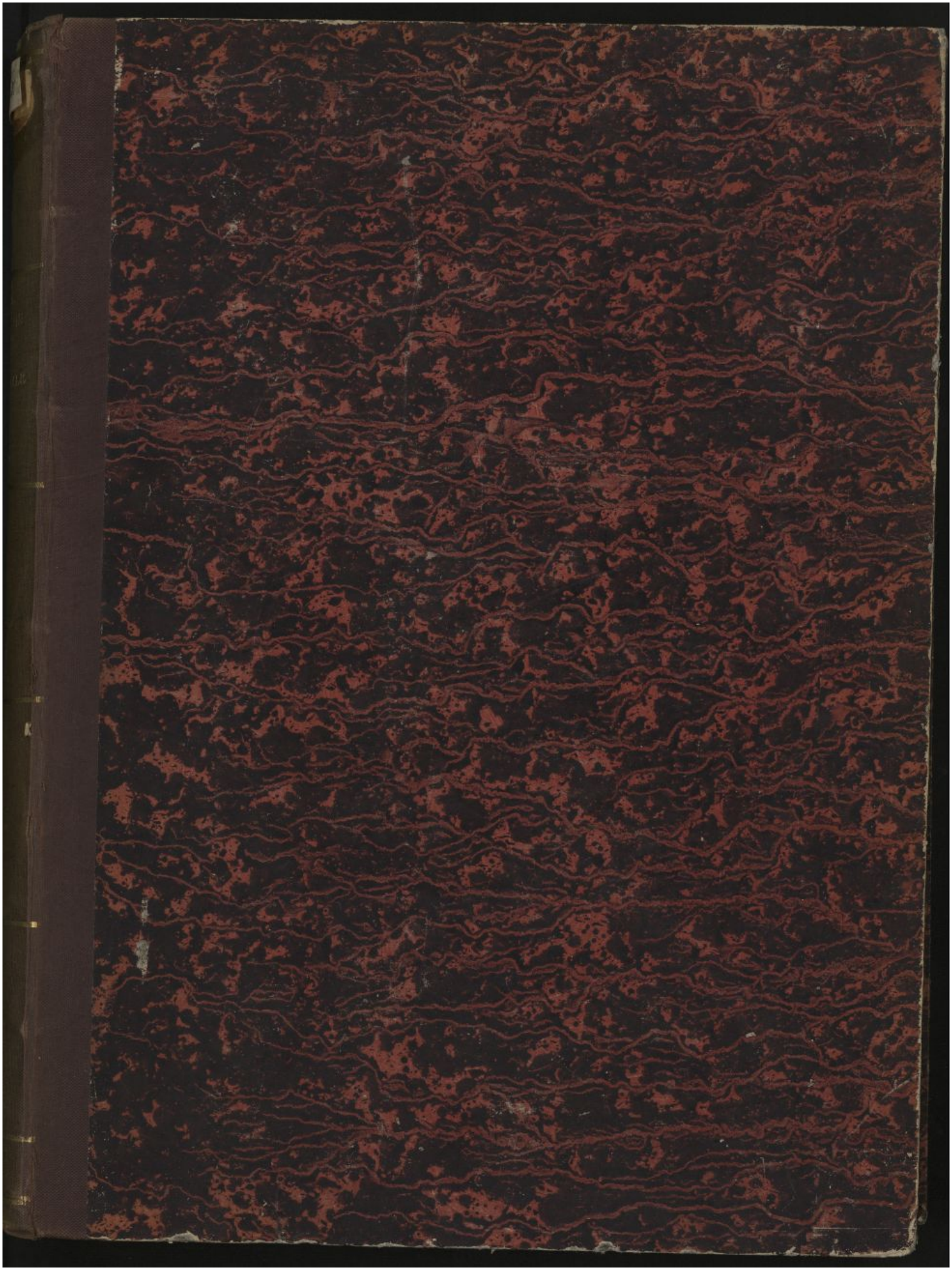
Bibliothèque numérique
medic@

L'Union médicale : journal des intérêts scientifiques et pratiques, moraux et professionnels du corps médical

1856. - Paris : aux Bureaux du journal, 1856.
Cote : 90068

Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90068x1856



Conduite à tenir dans le cas de rupture du périnée consécutives
à un accouchement ——— 13g

Traitement de la Congestion ——— 25g —

Accidents congestifs dus à la cessation brusque d'hémorrhagies
habituelles chez des sujets anémiques ——— 2g5

90068

90068

90068

90068

507 (10)

90068

L'UNION MÉDICALE,

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES,

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

Rédacteur en chef : M. le Dr Amédée LATOUR.

Gérant : M. le Dr RICHELOT.

DIXIÈME ANNÉE.

TOME X.

90068

1856.

PARIS,

AU BUREAU DU JOURNAL,

RUE DU FAUBOURG-MONTMARTRE, 56.

L'UNION MÉDICALE,

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES,

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

Rédacteur en chef : M. le Dr Amédée LATOUR.

Gérant : M. le Dr RICHELOT.

DIXIÈME ANNÉE.

TOME X.

1856.

PARIS,

AU BUREAU DU JOURNAL,

RUE DU FAUBOURG-MONTMARTRE, 56.

Tome X.—N° 1. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 1er Janvier 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PHYSIOLOGIE : Du siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme. — II. CLINIQUE MÉDICALE : Note sur l'arthralgie des phthisiques. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société d'hydrologie médicale de Paris* : Séances des 14 et 28 décembre 1855. — IV. STATUT sur l'agrégation des Facultés. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Causeries.

PHYSIOLOGIE.

DU SIÉGE COMMUN DE L'INTELLIGENCE, DE LA VOLONTÉ ET DE LA SENSIBILITÉ CHEZ L'HOMME ;

Par M. le docteur Max. PARCHAPPE, inspecteur général de 1re classe des établissemens d'aliénés.

« La couche corticale du cerveau doit être considérée comme l'aboutissant des impressions sensitives et comme le point de départ des impulsions motrices volontaires. C'est dans cette partie du cerveau que s'accomplissent les actes organiques, inconnus dans leur nature, auxquels sont liées, comme à leur condition matérielle, les opérations spirituelles de l'âme. Toutes les fois que, pour une cause quelconque, compression, ramollissement, destruction, la couche corticale est, dans une étendue un peu notable, incapable de ces actes organiques, les opérations de l'âme sont troublées, suspendues, ou abolies, ainsi que le prouvent les vivisections et plus sûrement encore les recherches de l'anatomie pathologique, qui ont démontré, pour moi du moins et j'espère, un jour, pour tous, que le ramollissement de la couche corticale cérébrale entraîne constamment l'altération de la sensibilité, de la motilité et des opérations intellectuelles. »

(*Instruction pour le Peuple. Anatomie et physiologie de l'homme*, par Max. Parchappe, page 768 ; 1847.)

Pendant plusieurs années, de 1837 à 1848, j'ai enseigné, dans mes cours de physiologie à l'École de médecine de Rouen, que la couche corticale cérébrale est la condition organique, le siége, le centre de l'intelligence dans tous ses modes, de la volonté dans tous ses actes, y compris les mouvemens. J'avais dès lors l'intime conviction que la couche corticale cérébrale est en même temps la condition organique, le siége, l'aboutissant, le centre des phénomènes de sensibilité.

En formulant positivement, dès 1847, dans un opuscule destiné à une grande publicité, cette doctrine sur le rôle physiologique de la couche corticale cérébrale, je me proposais de m'assurer la priorité pour ce qu'elle pouvait avoir de nouveau, en attendant la publication, que je croyais alors très prochaine, d'une exposition complète de ses preuves scientifiques.

Le désir de faire entrer dans les développemens que comporte la preuve anatomique, le résultat de mes études, non encore terminées, sur la structure de l'encéphale, a jusqu'alors motivé l'ajournement de cette publication.

C'est ce motif qui, en 1848, m'a déterminé à ne pas profiter de l'opportunité qui résultait de l'immense intérêt jeté sur la physiologie de la sensibilité par les effets et les applications de l'inhalation de l'éther, et à me contenter de publier les principaux résultats de mes recherches expérimentales sur l'action toxique de l'éther, sans les rattacher, comme preuves, à la solution physiologique pour laquelle ces recherches avaient été entreprises.

Aujourd'hui la question du siége organique de la sensibilité se trouve de nouveau mise à l'ordre du jour de la physiologie par les importans travaux de M. Brown-Séquard.

Bien plus, s'il fallait en croire une appréciation, par bonheur exagérée, de la portée de ces travaux, il ne resterait plus en ce moment de la physiologie du système nerveux, *de cette belle science, dont le XIXe siècle était fier, qu'un amas de ruines.*

Pour tous ceux qui ne partagent pas cette opinion, il y a devoir, à mon avis, de concourir, selon leurs forces, à la défense de celles des doctrines qui doivent demeurer debout parce qu'elles sont vraies.

C'est ainsi que je me trouve obligé à ne plus différer la publication des preuves qui militent en faveur de ce que je crois la vérité.

Je m'estime heureux que l'honorable rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE ait bien voulu me rendre ma tâche plus facile et plus sûre, en accordant à quelques extraits de l'œuvre que je prépare les avantages d'une publicité rapide et étendue.

DES CONDITIONS DE LA CERTITUDE EN PHYSIOLOGIE.

Les démonstrations physiologiques s'appuient sur trois ordres de preuves différentes dans leur essence, inégales dans leur certitude : les *preuves rationnelles*, ou inductions tirées des rapports de conformité que le raisonnement conduit à reconnaître entre la nature des phénomènes et la structure des organes ; les *preuves empiriques*, ou inductions tirées des rapports de co-existence et de succession, que l'observation permet de constater dans les phénomènes se produisant spontanément ; les *preuves expérimentales*, ou inductions tirées des rapports de causalité que l'expérimentation met en évidence au moyen de phénomènes provoqués par une influence connue dans des conditions définies.

L'appréciation de la nature même des phénomènes est d'un poids considérable en ce qui se rapporte à la détermination scientifique des conditions que doit réaliser l'organisme pour l'accomplissement des fonctions. Toutefois, comme cette détermination est souvent difficile et comme les mêmes conditions peuvent être réalisées de diverses manières, le raisonnement, dans cette voie, rencontre facilement et fréquemment l'erreur. Ainsi la fonction d'absorption, qui suppose nécessairement le fait du transport de la matière absorbée, implique l'existence de voies de communication entre la surface et l'intérieur de l'organisme. Mais ces voies sont-elles de simples porosités dans les tissus, sont-elles des bouches aspirantes dans des canaux organisés? Questions longtemps controversées, dont les solutions diverses, aux diverses époques de la science, ont exercé une influence considérable sur les théories médicales.

La considération de la structure des organes a une grande valeur en tout ce qui touche l'intelligence et l'explication du mécanisme des fonctions. Mais si les inductions anatomiques ont mis sur la voie de la découverte de la circulation du sang et ont puissamment concouru à sa démonstration, et si naguères elles m'ont permis de découvrir et de démontrer le véritable mécanisme de l'occlusion des valvules auriculo-ventriculaires du cœur, elles se sont prêtées à une foule de théories fausses et notamment à la théorie si longtemps accréditée de la circulation des esprits animaux.

L'interprétation rationnelle de la nature des phénomènes dans ses rapports avec la structure des organes, qui peut conduire immédiatement à la vérité, qui prépare et confirme les découvertes, est néanmoins une source féconde d'erreurs. Elle a engendré tous les systèmes mécaniques, physiques et chimiques qui se sont successivement supplantés dans le domaine de la médecine.

A la double condition de la multiplicité et de la constance dans les faits, les inductions empiriques sont encore aujourd'hui au nombre des preuves les plus sûres en médecine. Pendant de longs siècles elles ont presque exclusivement fourni à la science médicale ce qu'elle contenait de vérité. Ce sont elles qui ont constitué, pour la plus grande partie, les bases encore subsistantes de la thérapeutique. Elles ont puissamment servi la théorie en créant, au moyen de l'anatomie pathologique, la science moderne du siége des maladies, conduite de nos jours si près de la perfection. Et pourtant il est dans la nature de l'induction empirique de ne pouvoir conduire l'esprit humain que jusqu'au seuil de la véritable science.

Dans la physiologie, aussi bien que dans la physique et la chimie, les inductions expérimentales réunissent tous les caractères les plus propres à élever la connaissance jusqu'à la

Feuilleton.

CAUSERIES.

Cher, aimable, spirituel et savant lecteur,
Précieux et charmant abonné,

Permets au feuilleton de s'introduire aujourd'hui dans ta demeure, non sous la forme étroite, mesquine et malhonnête d'un petit morceau de carton, revêtu d'une enveloppe, avec l'image verte ou bleue que vend l'administration des postes, mais en personne, couvert de son plus bel habit, cravate blanche et gants frais, pour te souhaiter la bonne année, accompagnée d'autant d'autres que tu puisses désirer, si tu penses que traîner le plus longtemps possible le lourd boulet de la vie, soit le bonheur suprême. Je vous souhaite à tous, ô mes amis, la santé, l'appétit, de bonnes jambes, conditions qu'il faut mettre avant toutes autres, et puis, satisfaction du cœur et de l'esprit, ce qui vient immédiatement après, enfin contentement du boursicot, que vous êtes tous assez sages pour ne placer qu'en dernière ligne. Que feriez-vous des trésors de la banque sans la santé, si au lieu des joies de la famille vous n'en ressentiez que les tyrannies ou les amertumes? Douce, pure et sainte intimité du foyer domestique, c'est auprès de toi et avec toi qu'on se rapproche le plus près possible de la réalisation de ce rêve qu'on appelle le bonheur! Que de tracas, que d'inquiétudes, que de perturbations, évitent le culte et le respect du foyer domestique!

Vous ne direz pas au moins que le feuilleton commence l'année en vous prêchant une morale relâchée.

Ce devoir accompli envers vous, ô aimable abonné, il reste au feuilleton à vous demander si, pendant l'année qui vient de finir, l'UNION MÉDICALE a fait tout ce qu'elle pouvait faire, dans les colonnes supérieures comme dans les inférieures, en *petit-romain* ou en *gaillarde*, pour vous intéresser, vous instruire ou même vous distraire?

Et d'abord, vous lui rendrez cette justice, c'est que, comme un écolier impatient du collége, elle n'est pas aux aguets de toutes les fêtes pour vous priver des numéros qui vous sont dus et que vous lui payez avec une exactitude qui lui fait un devoir de la réciprocité. L'UNION MÉDICALE ne s'abstient de paraître que lorsqu'elle est dans l'impossibilité matérielle de le faire, c'est-à-dire quand une grande fête tombe la veille du jour où elle doit être publiée. Alors, en effet, notre cher M. Nicolas donne *campos* à ses collaborateurs qui ont bien besoin, et lui-même, d'un peu de distraction et de repos. Eh bien, savez-vous combien de fois cette condition s'est présentée dans l'année qui vient de finir? Deux fois seulement, mon cher lecteur, le 1er janvier et le 15 août. Le journal n'a pas paru ces jours-là. Mais, est-ce à dire que vous y ayez perdu quelque chose? Non, car ces numéros manquans vous ont été remplacés par deux énormes suppléments. Aussi comptez bien :

52 semaines, à 3 numéros par semaine, font 156 numéros par an, à 4 pages par numéro, soit 624 pages par volume. Or, ayez la bonté de regarder la pagination du dernier numéro de l'UNION MÉDICALE, vous trouverez juste le chiffre de 624, c'est-à-dire exactement le nombre de pages que nous vous devons, sans compter les 12 pages du titre et de la table des matières, et quelle table!

Ainsi donc, matériellement, typographiquement, en papier et pour le nombre des pages, l'UNION MÉDICALE vous a donné, cher abonné, tout ce qui vous était dû et quelque chose même avec.

Je vous demande pardon d'entrer dans ce détail, vous savez que ce n'est pas mon habitude, mais ce petit calcul m'est imposé par quelques réclamations qui m'ont été personnellement adressées, et dans lesquelles on me fait des comparaisons de prix d'abonnement avec des publications analogues à la nôtre. Je n'ai qu'une chose à répondre à tout cela, à savoir que, si nous supprimions aussi cinq numéros à nos abonnés dans l'année, nous pourrions également faire des concessions qu'il nous est impossible de faire avec la régularité et l'exactitude qui sont notre règle et notre devoir.

Je pourrais entrer aussi dans le calcul du nombre de lignes à la page, et du nombre de lettres à la ligne, mais cela deviendrait fastidieux, un simple coup d'œil comparatif suffit.

Mais ce n'est pas tout de donner ce qu'il faut en papier, en caractères, en pages et en lignes. Si ce papier est mal couvert, si ces pages sont mal remplies et si ces lignes sont boiteuses, le lecteur se plaindra, et il aura raison, de trouver la stérilité au milieu de l'abondance.

Sous ce rapport je vous dirai sans détour que nous avons fait de notre mieux pour vous donner à la fois qualité et quantité. Je cherche vainement un point de l'horizon médical vers lequel nous n'ayons pas braqué notre lorgnette pour vous dire ce qui s'y passait. Si nous avions quelque prétention à la direction de l'opinion publique médicale, comme d'aucuns nous en accusent, nous pourrions, en vérité, nous frotter les mains avec quelque satisfaction et vous dire..... : mais, prêt à commencer je m'arrête tout court tant me paraît difficile à trouver une formule qui exprime convenablement, sans forfanterie comme sans humilité, le degré d'action et d'influence de l'UNION MÉDICALE, sur l'esprit de ses lecteurs.

Nous avons cherché à ramener les esprits vers l'étude de l'histoire, de la tradition, de la philosophie et de la littérature médicales, non pas dans le but impossible de faire revivre ce qui a légitimement péri, mais avec l'intention pieuse de relier les conquêtes de l'esprit médical actuel aux doctrines philosophiques des temps passés. Nous trompons-nous dans nos efforts et dans nos espérances? L'avenir nous le dira; quant au moment actuel notre plus ferme conviction est celle-ci, qu'il n'existe aucune incompatibilité radicale entre l'esprit médical ancien et l'esprit médical moderne, que les doctrines anciennes peuvent accepter les faits modernes, et les faits modernes se laisser systématiser par les doctrines anciennes. La philosophie médicale manquait de faits; l'observation moderne manquait de philosophie; philosophie, observation, deux prétendus dont le mariage restait toujours à l'état de fiançailles; poussez un peu ces amoureux qui se conviennent de tous points, et vous conclurez le mariage, et le mariage sera fécond et vous aurez ce que vainement depuis tant de siècles on cherche, une philosophie médicale basée sur l'observation, une observation qu'il ne faudra pas recommencer sans cesse.

Nous n'exagérons pas ici — on l'a vu récemment — le rôle des Aca-

certitude. Mais l'expérimentation, quand elle a pour objet un être vivant, rencontre de grands obstacles et soulève de nombreuses objections.

Les résultats se compliquent par la difficulté de limiter et de circonscrire les influences, par l'impossibilité d'éviter les perturbations accessoires. Ils offrent de plus, dans un grand nombre de circonstances, cette imperfection fondamentale, que les conséquences doivent être transportées par analogie du sujet de l'expérience qui ne peut guères être qu'un animal, à l'homme qui par sa nature diffère essentiellement des animaux. Malgré ces obstacles, l'induction expérimentale a vérifié, confirmé, précisé, fécondé toutes les connaissances acquises par les autres voies, a produit des découvertes tout à fait inattendues, et a élevé la physiologie, sur beaucoup de points, au niveau de la certitude scientifique.

Ainsi chacun de ces ordres de preuves, rationnelles, empiriques ou expérimentales, peut conduire isolément à la démonstration d'une vérité physiologique, en imprimant toutefois à cette démonstration un caractère de certitude variable et relatif à la nature même de la preuve. Chaque ordre de preuves a ses limites, ses imperfections, ses illusions.

Pour qu'une connaissance physiologique acquière toute la certitude qu'il est possible à l'esprit humain d'obtenir dans la science de la vie, il faut que ces trois ordres de preuves se soutiennent et se confirment. La véritable science s'acquiert au prix de ce concours de toutes les preuves convergeant vers une même doctrine. Et si l'un de ces ordres de preuves vient à fournir relativement à la question une induction contradictoire, la solution doit être considérée comme fausse, ou au moins comme douteuse, et, à ce titre, non définitive.

Aussi est-ce au concours de ces trois ordres de preuves que je demanderai la solution du théorème que j'ai posé en ces termes : La couche corticale cérébrale est le siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme.

Premières données rationnelles sur le siége de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité.

La nature des phénomènes psychiques, considérés en eux-mêmes, aussi bien que la nature des conditions organiques auxquelles ils peuvent être physiologiquement rapportés, conduit immédiatement à admettre que la sensibilité, l'intelligence et la volonté doivent avoir dans l'organisation humaine un siége commun.

1° Dans la vie humaine, la sensibilité, l'intelligence et la volonté ont un élément commun, la conscience. Le fait de conscience accompagne nécessairement ces trois manifestations de l'âme; il est une partie de l'essence de chacune d'elles. Otez la conscience, et vous supprimez la sensibilité, et aussi l'intelligence, et aussi la volonté; vous supprimez l'âme tout entière dans sa manifestation actuelle.

Cet élément commun, le fait de conscience, rattache chacune de ces manifestations aux deux autres, et les rattache toutes les trois à un principe unique qui n'est autre chose que l'âme.

C'est par le fait de conscience, représentant de la personnalité, que semblent surtout se fondre dans l'unité de l'âme la sensibilité, l'intelligence, la volonté, cette merveilleuse trinité phénoménale par laquelle l'âme embrasse, réalise et exprime la vie humaine.

2° La notion de siége appliquée en physiologie aux fonctions, c'est-à-dire à l'ensemble des phénomènes qui concourent à une fin distincte et déterminée de la vie, est équivalente à la notion de condition organique. Le siége de chaque fonction est dans l'organe, ou l'ensemble d'organes, à l'aide desquels se réalise en acte la fin particulière de la vie représentée par cette fonction.

Lorsque la fonction de la vie est de nature à faire supposer nécessairement un principe d'action comme point de départ des phénomènes, et il en est ainsi de la plupart des fonctions, le point de départ doit être cherché dans une condition organique ; et l'organe, qui est le point de départ, doit être considéré comme le siége du principe d'action, et, alors, d'après la nature des choses, ce siége est nécessairement conçu comme un centre.

Lorsque la fonction de la vie est de nature à faire supposer nécessairement un point d'arrivée, un aboutissant des phénomènes, le point d'arrivée ne peut être trouvé que dans un organe, dès lors conçu aussi comme centre.

Enfin, lorsque la fonction implique nécessairement un point de départ et un point d'arrivée et la réunion de ces deux points, le siége de ce qui se rapporte aux phénomènes de départ et de ce qui se rapporte aux phénomènes d'arrivée, doit être cherché dans un même organe, qui acquiert alors au plus haut degré le caractère de centre, en tant que source et aboutissant.

Il en est ainsi de la fonction de l'âme.

L'âme est source par l'intelligence et la volonté, aboutissant par la sensibilité et réunion par la conscience. L'âme est un centre.

La condition organique de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité doit être un point de départ et un point d'arrivée réunis, c'est-à-dire un même organe.

S'il est rationnellement impossible de concevoir l'intelligence, la volonté et la sensibilité comme réellement séparables dans le moi, il est physiologiquement difficile de concevoir les conditions instrumentales de ces manifestations de l'âme, en tant que centres, comme réellement séparées dans l'organisation.

3° La structure organique, considérée dans ses rapports avec la nature de la fonction, peut-elle permettre de préjuger à quelle partie du système nerveux doit être assigné le rôle de centre des manifestations sensitives, intellectuelles et volontaires?

Il semble qu'à raison même de la nature des manifestations auxquelles il concourt, le système nerveux doive être de tous les appareils fonctionnels celui qui exclut le plus absolument toute induction rationnelle tirée de la structure. Quel rapport de conformité concevoir *à priori* entre la matière organisée et les phénomènes d'intelligence, de volonté et de sensibilité?

Il y a néanmoins certaines conditions de la manifestation de ces phénomènes qui impliquent certaines conditions de structure, et qui, dès lors, peuvent conduire à une interprétation rationnelle.

En effet, les phénomènes de sensibilité ne peuvent se produire qu'à la condition de la dissémination dans toute l'étendue du corps, et principalement à sa surface, de parties organiques susceptibles de recevoir les impressions sensitives, et à la condition de la convergence de ces parties organiques vers un centre où ces impressions, transmises de proche en proche, puissent se fondre dans l'unité de la conscience. C'est ce que réalise le système des nerfs disséminés par rayonnement dans toutes les parties du corps, relativement au système de l'axe cérébro-spinal, centre de leur convergence.

Les phénomènes de mouvement volontaire supposent deux conditions semblables d'organisation, un centre qui soit le point de départ, des rayons qui soient les conducteurs de l'action motrice, conditions auxquelles satisfait aussi la structure du système des nerfs dans son rapport avec le système de l'axe cérébro-spinal.

Donc, même en ne tenant compte que de la structure, le système des nerfs peut être conçu comme destiné à jouer le rôle de conducteur dans les phénomènes de sensibilité et de mouvement.

Les nerfs sont anatomiquement constitués par l'association en faisceaux de fibres primitives, isolées, et se continuant sans interruption de la périphérie représentée par toute l'étendue du corps, au centre représenté par l'axe cérébro-spinal.

Or, l'anatomie a démontré que l'axe cérébro-spinal, dans ses diverses parties composantes, moelle épinière, moelle allongée, cervelet et cerveau, est constitué, pour toute la substance blanche qui entre dans sa formation, par des fibres semblables à celles des nerfs, et associées, quant à la forme, en faisceaux ou en lamelles. Et de plus l'anatomie montre que ces fibres primitives de l'axe cérébro-spinal sont en rapport de continuité non interrompue avec les fibres primitives des nerfs.

Si les fibres primitives ont dans les nerfs le rôle de conducteur, pourquoi ces fibres, continuées dans l'axe cérébro-spinal, auraient-elles un rôle différent? N'est-ce pas une loi de l'organisme qu'à chaque fonction essentiellement différente par sa nature soit attribué un organe spécial? N'y a-t-il pas pour la réalisation du mouvement la fibre musculaire, pour la progression des liquides le vaisseau, pour la formation sécrétoire la cellule? Quel rôle, d'ailleurs, attribuer à la substance grise, qui, essentiellement différente de la fibre primitive par sa nature organique, a une part importante quant à la quantité, à la situation et à la forme dans la structure de l'axe cérébro-spinal?

Partout où il y a apparence d'un point de départ ou d'un aboutissant pour les fibres primitives, il y a existence, accumulation, développement de la substance grise.

Ainsi les nerfs du grand sympathique représentent par leur masse plus de fibres primitives que n'en contiennent les racines qui rattachent par continuité ce système de nerfs au système cérébro-spinal. Au point de connexion des deux systèmes existent les ganglions, dans la structure desquels entre la substance grise.

Dans l'axe cérébro-spinal la masse des fibres primitives augmente de la moelle épinière à la moelle allongée, et de la moelle allongée au cervelet et au cerveau. Aussi trouve-t-on, sur le trajet des fibres, des amas de substance grise dans la moelle allongée, dans le cerveau, et, à l'extrémité terminale des fibres, le grand développement de substance grise qui forme la couche corticale du cervelet et du cerveau.

Partout la substance grise semble disposée pour jouer, par rapport à la substance blanche conductrice, le rôle de centre, point de départ et aboutissant.

La vascularité prédominante de la substance grise ne semble-t-elle pas réaliser en elle, par la prédominance du conflit sanguin, l'une des conditions physiologiques essentielles à la prédominance d'action qui est un des caractères du rôle assignable aux centres organiques de fonction?

Et qu'on ne s'empresse pas de contester à ces inductions, tirées du rapport de la structure organique à la nature de la

---

démies et Sociétés savantes, ce rôle qui pourrait être immense et qui n'est que secondaire ; mais nous reconnaissons que, par différens motifs appréciables et appréciés, le retentissement et la publicité de leurs travaux, les prix et les récompenses dont elles disposent, un certain prestige attaché à ce qui les concerne, les Académies attirent, représentent et traduisent le mouvement scientifique de l'époque. Ce sont les gares, les docks intellectuels où tout aboutit, mais d'où rien n'est dirigé que selon l'étiquette ou l'enregistrement. Et que de *colis* qui font fausse route! Que de voyageurs qui, voulant aller à Châlons-sur-Marne, arrivent à Châlon-sur-Saône!..... Mais enfin, il faut de toute nécessité, quand on représente l'actualité médicale, l'ébulition du moment, le rhythme et la mesure du pouls médical, il faut être exact, fidèle, complet. A cet égard, l'Union Médicale ne craint aucune concurrence et les défie toutes. Ses adversaires eux-mêmes lui rendent la plus juste des justices, ils la reproduisent. Et ils n'ont pas mauvais goût — je parle des comptes rendus aussi intelligens qu'impartiaux et sincères qui sont rédigés pour nous par M. le docteur Axenfeld. — Je peux bien avoir, moi qui ai l'honneur de diriger le *premier-Paris*, mes préférences, mes convictions, mes sympathies; mais, lecteur attentif, vous avez aussi la possibilité d'apprécier leur exactitude et leur justesse, car mon jeune et austère confrère ne dissimulera rien de ce qui m'est contraire ou favorable, et, sur ce point, j'invoque aussi son témoignage : il sait bien que liberté complète lui est laissée.

Ne faire aucune exclusion des diverses branches de l'arbre de la science médicale, tel a été jusqu'ici, tel continuera à être le caractère du journal l'Union Médicale ; science et pratique, faits et doctrines, histoire et philosophie, il cherche à tout représenter, parce que ce n'est que de cet ensemble que peuvent naître des résultats vraiment sérieux et des conséquences véritablement utiles. Aussi n'a-t-il pas craint, dans l'année qui vient de s'éteindre, et pour ne citer que quelques exemples, de promener successivement ses lecteurs du cours de physiologie comparée de M. Flourens aux leçons de M. Bouvier sur les maladies de l'appareil locomoteur ; du cours de M. Andral sur l'histoire de la médecine, aux leçons sur l'asthme par M. Pidoux ; des discussions doctrinales de l'Académie de médecine sur le vitalisme et sur la révulsion, aux discussions pratiques sur l'anesthésie de la Société médicale d'émulation.

Et ceci me conduit à dire un mot de ces nombreuses Sociétés médicales libres dont l'Union Médicale est l'organe officiel, *Société des médecins des hôpitaux, Société médicale d'émulation, Société médico-pratique, Société médico-chirurgicale de Paris, Sociétés médicales des 1er, 2me et 10me arrondissemens de Paris*, qui nous ont fait l'honneur de nous choisir pour la publication de leurs travaux, foyers intellectuels où se conserve la vie médicale, l'esprit médical, les saines traditions de l'honorabilité professionnelle ; la grande *Association de prévoyance* des médecins de la Seine dont l'Union Médicale publie également les comptes rendus annuels, honneur qui était bien dû à un journal, qui a fait tant d'efforts pour propager, dans le corps médical, l'esprit d'association. Cette année encore nous arrive un honneur nouveau que nous n'avons pas sollicité mais que nous avons accepté avec empressement, celui de devenir l'organe officiel de la *Société d'hydrologie médicale*, Société qui, quoique toute jeune encore, a marqué sa place parmi les institutions les plus utiles et qui a rallié autour d'elle les noms les plus considérables et les plus autorisés de la science.

Je peux donc le dire avec vérité, l'Union Médicale fait connaître avec exactitude et célérité le mouvement de la science et de la pratique médicale, dans tous les foyers où il se produit, sans négliger les foyers plus modestes et moins retentissans où nos confrères des départemens se livrent à des travaux aussi savans qu'utiles. Notre *Revue médicale*, notre *Presse médicale*, la *Bibliothèque* et la *Revue médico-littéraire* reproduisent, analysent, apprécient tous les travaux importans qui surgissent dans le monde médical ; par de nouveaux efforts, nous agrandirons encore cette année le cercle de ces diverses parties de notre publication.

Tout ce que je viens de dire ici, cher et honoré lecteur, je ne le dis qu'au seul point de vue de la *conservation*. L'Union Médicale a passé, a très heureusement passé la période de la *propagation*. Elle ne demande à Dieu et à vous que de la maintenir au point où elle est arrivée, grâce à lui et à vous. Vous ne nous croyez pas assez présomptueux, n'est ce pas, de penser que nous ayons atteint à la perfection même. Non, il nous reste, nous le reconnaissons avec regret, un grand espace à parcourir ; mais nous avons l'ambition d'en approcher tous les jours le plus près possible. Je l'ai dit souvent, un journal est une œuvre de progrès continu. Malheur à celui qui s'endort dans le succès ; l'âpre concurrence est là qui veille. Fait-on bien là, il faut avoir la prétention de mieux faire ici. Cette prétention, nous l'annonçons tout haut. Qu'elle ne surprenne donc personne. L'Union Médicale peut faire et fera tout ce qui doit contenter ses fidèles lecteurs. Mais ce qu'elle fera est son secret, et si vous voulez bien le connaître, bien-aimé souscripteur, restez avec nous qui vous promettons toutes sortes d'attentions, de prévenances et de soins.

Amédée Latour.

Par un décret impérial du 29 décembre 1855, rendu sur le rapport de l'amiral ministre secrétaire d'État de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur, savoir :

Au grade d'officier :

M. Villette (Émile-Jules), chirurgien de la marine de 1re classe à bord du *Gomer*.

Au grade de chevalier :

M. Bellebon (Théodore-Laurent-François-Louis), chirurgien de la marine de 1re classe.

M. Battarel (François-Pélagie), chirurgien de la marine de 1re classe.

M. Cougit (Athanase-Bruno-Victor), chirurgien de la marine de 2me classe.

M. Marec (Vincent-Marie), chirurgien de la marine de 3me classe, chirurgien-major de l'*Epervier*.

M. Perrin (Adolphe-Adrien-Paulin), chirurgien de 1re classe à la Guyane.

M. Bourayne (Pierre-Louis), chirurgien de 2me classe à la Guyane.

M. Virgile (Pierre-Frédéric), médecin civil à la Guyane.

fonction, toute valeur comme preuve, ou au moins comme préparation à la preuve.

De ce que certains nerfs se distribuent exclusivement dans des organes de mouvement, le nerf moteur oculaire commun, ou dans des organes de sensibilité, le nerf optique, et de ce qu'un appareil organique complexe, comprenant le mouvement et la sensibilité, l'œil, reçoit pour l'accomplissement d'une même fonction, la vision, des nerfs différens, les anciens et expressément Galien avaient le droit de conclure qu'il y a des conducteurs spéciaux pour la sensibilité et pour la motilité.

De ce que des nerfs qui se rendent à des organes de mouvement et de sentiment, se décomposent à leur insertion dans l'axe cérébro-spinal en deux racines distinctes, l'une simple, l'autre munie d'un ganglion, Charles Bell en a conclu que ces racines devaient représenter les élémens composans d'un nerf mixte et contenir l'une les conducteurs sensitifs, l'autre les conducteurs moteurs. Le théorème qu'il a ainsi conçu *à priori* par l'induction anatomique, et dont il a complété la démonstration par des preuves empiriques et expérimentales, a été étendu par lui à la moelle épinière elle-même, décomposée anatomiquement en cordons antérieurs conducteurs du mouvement, et cordons postérieurs conducteurs de la sensibilité.

Cette induction de Charles Bell peut être appliquée à tout le système nerveux central.

Au delà de la moelle épinière, dans la moelle allongée, bulbe et protubérance, dans les pédoncules cérébelleux et cérébraux, dans le cervelet et le cerveau, les cordons de la moelle épinière, s'ils s'y propagent sans interruption de continuité, ne conserveront-ils pas leur caractère d'organes conducteurs; et leur aboutissant final, s'il est la substance grise, et plus spécialement encore la substance grise corticale, ne devra-t-il pas être considéré comme le point où cesse le rôle de conducteur et où se réalise le rôle de centre?

Au point de vue le plus général, la structure du système nerveux peut donc être conçue, comme réalisant dans ses deux élémens anatomiques distincts, la substance blanche et la substance grise, les deux conditions organiques, non moins différentes, d'action conductrice et d'action centrale que suppose la nature même de la fonction.

C'est au développement de la preuve anatomique qu'appartiendra la vérification de cette vue dans tous les détails de la structure du système nerveux.

Mais tout d'abord, la conformité qu'il est possible de saisir par la pensée entre les données fondamentales de la structure du système nerveux et les conditions essentielles de la manifestation des phénomènes psychiques, permet, comme il était nécessaire, de poser dans ses véritables termes la question du siége organique de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR L'ARTHRALGIE DES PHTHISIQUES;

Lue à la Société médicale des hôpitaux,

Par J.-H.-S. Beau, médecin de l'hôpital Cochin, agrégé libre de la Faculté de médecine.

Je comprends sous ce nom des douleurs fixées sur les membres chez les phthisiques.

M. Tanquerel a employé le premier cette expression pour désigner les douleurs si vives qui affectent les membres dans les cas d'intoxication saturnine, en faisant remarquer avec raison que le mot ἄρθρον signifie, chez les Grecs, indifféremment *membre* ou *articulation*.

On pourrait encore donner le même nom d'*arthralgie* à ces douleurs des membres qui marquent le troisième degré du scorbut, et qui ont été signalées par les différens observateurs de cette maladie.

Eh bien, on trouve dans la phthisie, comme dans l'intoxication saturnine, comme dans le scorbut, des douleurs plus ou moins intenses qui affectent les membres. Ce sont ces douleurs qui ne sont décrites ni même indiquées nulle part, que je vais faire connaître, en présentant succinctement leur histoire sous le nom d'*arthralgie des phthisiques*.

Disons d'abord que ces douleurs ont une prédilection marquée pour les membres inférieurs. Depuis deux ans environ que mon attention est éveillée sur l'observation de ce symptôme, je n'ai vu qu'une seule fois l'arthralgie fixée en même temps sur les membres inférieurs et supérieurs. J'ajouterai qu'il est très rare de voir cette arthralgie limitée à un seul membre inférieur. Presque toujours elle affecte les deux membres en même temps, bien que, souvent, elle soit moins intense d'un côté que de l'autre. Il est très rare également de voir l'arthralgie affecter isolément la cuisse, la jambe ou le pied; presque toujours elle envahit les deux membres inférieurs dans toute leur étendue.

Le caractère de cette douleur varie un peu suivant les individus. Ainsi, quelquefois, elle est accusée comme une sensation insupportable de brisement et de courbature; d'autres fois elle est lancinante et paraît se diriger dans le sens des branches nerveuses.

Son intensité varie aussi beaucoup; quelques phthisiques en souffrent à peine; tandis que chez d'autres elle est intolérable. J'ai vu souvent cette arthralgie arracher des gémissemens aux malades et les priver complétement de sommeil.

Quelquefois cette douleur, surtout dans les commencemens où elle se fait sentir, est provoquée seulement par la pression; mais bientôt elle devient spontanée, et dans ce cas, quand elle est très intense; le moindre contact suffit pour faire crier le malade.

Cette douleur est continue, mais sujette à des exacerbations, qui surviennent surtout pendant la nuit.

Ces douleurs ne s'accompagnent jamais de mouvemens convulsifs des muscles. Quand elles sont bien vives, j'ai remarqué que les membres sont dans la flexion, les muscles dans le relâchement; le malade ne peut ni allonger ses membres, ni s'en servir.

Il est très difficile de localiser ces douleurs. Elles affectent les membres inférieurs en masse, sans qu'on puisse préciser leur siége dans les nerfs, les muscles ou le tissu osseux, soit pendant la vie, soit même après la mort.

Cette arthralgie, à l'état de prédominance, ne se rencontre guère que dans le quart des malades qui meurent de tuberculisation pulmonaire. Elle se montre ordinairement avec les symptômes qui constituent le troisième degré ou la période colliquative de la phthisie pulmonaire.

Elle s'observe particulièrement dans les cas où l'amaigrissement est porté très loin, où la fièvre est brûlante, surtout chez les jeunes sujets du sexe féminin.

Quelquefois cette arthralgie se complique d'œdème simple des membres inférieurs, et l'on serait tenté, dans ce cas de complication, de diagnostiquer une *phlegmatia alba dolens*, comme on en voit assez souvent chez les phthisiques. On évitera cette erreur de diagnostic en remarquant que, dans la *phlegmatia*, la peau est tendue, et ne conserve pas l'impression du doigt, tandis que dans l'œdème ordinaire elle n'a pas ces caractères; et puis, dans la *phlegmatia*, il sera souvent possible de sentir avec les doigts le cordon veineux enflammé, tandis que dans l'œdème simple compliqué d'arthralgie, il n'y a rien de semblable.

Le pronostic de cette arthralgie est très grave. Je n'ai jamais vu les tuberculeux qui en étaient affectés, je ne dirai pas guérir, mais même éprouver un enrayement dans leur maladie. Elle indique que le malade est condamné à une consomption fatalement et rapidement progressive.

Le traitement est palliatif, par conséquent. Il se compose de toutes les préparations opiacées, employées à l'intérieur et à l'extérieur, qui procurent de temps en temps du soulagement. On calme souvent les douleurs de cette arthralgie en enveloppant les membres de linges chauds.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 14 Décembre 1855. — Présidence de M. Melier.

Ouvrages offerts à la Société :

Études médicales, scientifiques et statistiques sur les principales sources d'eaux minérales de France, d'Angleterre et d'Allemagne, par le docteur Herpin (de Metz).

Note sur une eau minérale ferrugineuse, dite du Frais-Vallon, près d'Alger, par M. Millon.

Sur la proposition du bureau, la Société décide que, parmi les questions proposées à l'étude pour la session de 1855-56, les deux suivantes seront mises les premières à l'ordre du jour :

1° *De l'action des eaux minérales dans les paralysies;*

2° *Les eaux sulfureuses, ferrugineuses, alcalines, possèdent-elles des propriétés curatives autres que celles du soufre, du fer, du bicarbonate de soude?*

M. le docteur Rotureau est nommé membre titulaire.

M. le docteur Bertherand, à Lille, est nommé membre correspondant.

— M. Robiquet lit, au nom d'une commission composée de MM. Chevallier, Debout, Mialhe, Réveil, Schauefèle et Robiquet, un rapport dont les conclusions sont les suivantes :

La Société d'hydrologie réunira une collection comprenant les différens objets propres à intéresser l'hydrologie médicale, par exemple, les matières organiques et les substances salines retirées des eaux, les plans et modèles représentant les établissemens thermaux et les appareils qui y fonctionnent, enfin, les échantillons de minéraux et de roches nécessaires à l'intelligence des terrains d'où jaillissent les sources.

Cette collection sera confiée aux soins du bureau et d'une commission de six membres prise en dehors du bureau.

Cette commission sera renouvelée par tiers tous les ans. L'un de ses membres sera nommé *conservateur* pour cinq années.

Le conservateur de la collection sera toujours rééligible.

La Société entend la suite des rapports présentés par la commission désignée pour rendre compte des produits de l'*Exposition universelle*, afférens aux eaux minérales.

— M. Réveil lit le rapport de la sous-commission des *appareils*, composée de MM. François, de Laurès et Réveil.

Les appareils que M. Réveil a eu à examiner peuvent être rangés dans trois classes :

1° Les baignoires, bains de siége et appareils destinés à chauffer l'eau; 2° les appareils pour douches et bains de vapeurs d'eau; 3° les appareils à air comprimé, chambres d'aspiration, et à bains de vapeurs composées.

M. Réveil signale, dans la première classe, des baignoires revêtues d'un émail qui les rend inattaquables par les solutions salines, d'autres munies d'appareils pour placer les malades impotens dans leur bain, ou bien auxquelles sont annexés des appareils à douches ou des calefacteurs qui permettent de chauffer l'eau dans la baignoire elle même; mais la plupart de ces appareils sont d'un prix très élevé. M. le rapporteur mentionne cependant quelques baignoires calorifères que leur disposition plus simple permettrait d'introduire dans l'usage journalier.

Les appareils pour douches et bains de vapeurs d'eau étaient en fort petit nombre. M. Réveil n'a trouvé à signaler, avec quelques détails, qu'un appareil très simple et très ingénieux, construit par M. Charrière d'après le principe de M. le docteur Rioux, et qui pourrait être utilisé pour l'analyse des vapeurs d'eaux minérales.

Les appareils de la troisième catégorie ont surtout paru à M. Réveil dignes de fixer l'attention de la Société.

La chambre à inhalation des gaz et vapeurs provenant des eaux minérales sulfureuses d'Allevard, exposée par M. le docteur Niepce, membre de la Société; la cloche à bain d'air comprimé de M. Tabarié; l'appareil de M. Rey pour l'aspiration des vapeurs résineuses, ou mieux balsamiques; enfin, un appareil pour l'aspiration du gaz acide carbonique, proposé par M. le docteur Herpin (de Metz), membre de la Société, et représenté par un dessin, intéressent très directement la thérapeutique.

M. le rapporteur ne s'est pas contenté d'exposer à la Société le mécanisme et les conditions d'application de ces différens appareils; il a non moins insisté sur les ressources que la thérapeutique est appelée à puiser dans les médications auxquelles ils se rapportent, et dont l'usage est encore à peine répandu, malgré leur haute importance.

— M. Fermond lit un rapport au nom de la sous-commission des *eaux minérales artificielles*, composée de MM. Barreswil, Mialhe, et Fermond, et à laquelle M. Herpin (de Metz) a bien voulu s'adjoindre.

Tous les appareils que la commission a eu à examiner ont pour objet de forcer certains liquides à se charger d'une plus ou moins forte proportion de gaz acide carbonique. Ces appareils, qui peuvent être distingués en appareils à haute pression intérieure et en appareils à basse pression intérieure, sont nombreux. Construits tous pour un même objet, leur description ne se prête à aucune analyse.

A l'occasion de ce rapport, M. Durand Fardel exprime la crainte qu'une trop grande importance soit attribuée aux eaux minérales artificielles, aux dépens des eaux naturelles transportées, qui l'emportent incontestablement sur les premières dans l'usage thérapeutique, et sur lesquelles la plupart des analyses qui ont autorité ont été faites. Il fait remarquer que la plupart des préparations, qui sont désignées sous le nom d'eaux minérales artificielles, ne méritent aucunement cette dénomination, n'offrant en général qu'une solution d'un seul principe, dominant dans une eau minérale, mais n'en constituant lui-même qu'une faible partie. C'est ainsi que ce que l'on appelle eau de Vichy artificielle, n'est autre chose qu'une solution de bicarbonate de soude; et d'un autre côté une solution de bicarbonate de soude ne saurait s'appeler elle-même eau de Vichy. Tout cela n'a donc pas de sens, et n'est propre qu'à donner une fausse idée de la nature ou de la valeur des choses. Cependant il est des pratiques artificielles qui peuvent avoir une réelle importance, comme l'introduction du gaz acide carbonique dans une eau minérale, celle de Vichy, par exemple, pour remplacer celui qui s'est perdu par dégagement spontané.

M. Chevallier parle dans le même sens. Quelle que soit la perfection des moyens de fabrication, on ne peut pas arriver à représenter artificiellement une eau naturelle quelconque; il est même impossible jusqu'ici de redissoudre les principes qu'on a extraits par l'analyse, d'une source minérale, et d'en faire une composition identique à celle que produit la nature. Les eaux minérales artificielles sont donc une imitation de conditions parfaitement inconnues, et on ne doit les considérer que comme des médicamens très incomplets. M. Chevallier insiste sur l'avantage qu'on retirerait des procédés artificiels à titre de moyen de conservation, tels que l'introduction par refoulement de l'acide carbonique dans l'eau de Vichy, dans la plupart des sources ferrugineuses, etc.

M. Patissier fait remarquer que les eaux de Seltz artificielles produisent souvent, par un usage prolongé, une irritation de l'estomac, que calment au contraire les eaux de Seltz naturelles. Cette simple distinction d'action thérapeutique a donc une grande importance dans la comparaison du produit de l'art et de la source naturelle.

M. L'Héritier et M. V. Gerdy présentent quelques observations sur les difficultés que l'on éprouve à conserver les eaux sulfureuses.

M. Réveil est d'avis que l'expression d'eaux minérales artificielles peut être acceptée, d'autant plus que si ces eaux ne peuvent pas remplacer les eaux naturelles, elles se rapprochent au moins beaucoup du but qu'on se propose en les employant, de même que les bains de sulfures remplacent jusqu'à un certain point les eaux sulfureuses et sulfhydriquées. Toutefois, il faut avouer que la composition chimique des unes et des autres ne peut se comparer. C'est ainsi que M. Buignet a vu que l'eau de Saint-Allyre, laquelle renferme une quantité notable de carbonate de chaux, introduite dans le tube barométrique, ne se décomposé pas, tandis qu'une eau carbonatée artificiellement et soumise aux mêmes conditions, subit une décomposition complète.

M. Fermond insiste sur ce qu'il n'a pas non plus, dans son rapport, prétendu assimiler les eaux minérales artificielles aux eaux naturelles, mais sur ce que les unes et les autres ont des propriétés également distinctes et appréciables.

Séance du 28 Décembre. — Présidence de M. Patissier, vice-président.

La correspondance manuscrite comprend :

Une lettre de M. Willemin, qui, ne résidant plus à Paris, demande à échanger son titre de membre titulaire en celui de membre correspondant.

Deux notices de M. Roccas (de Trouville), membre correspondant, *sur l'action des bains de mer dans le traitement des paralysies*, et *sur le traitement du rhumatisme par les bains de mer*.

Ouvrages offerts à la Société :

Des eaux minérales acidules thermales de Foncaude (Hérault), par M. Bertin, médecin-inspecteur des eaux de Foncaude, membre correspondant de la Société.

Étude clinique de l'emploi et des effets du bain d'air comprimé dans le traitement de diverses maladies, selon les procédés médico-pneumatiques ou d'atmospherie de M. Emile Tabarié, par M. Bertin.

M. le Président annonce que, d'après une décision du bureau, le siége de la Société est transféré *quai Malaquais*, n° 3, et que les séances auront lieu désormais les 1er et 3me lundis de chaque mois.

La Société avait trouvé à la Faculté de médecine, grâce à l'extrême bienveillance de M. le doyen Paul Dubois, une honorable hospitalité, à laquelle elle a pu devoir non seulement une plus facile organisation, mais un élément réel de succès. Mais il aurait pu être indiscret de prolonger indéfiniment un séjour qui ne devait être que transitoire. Le développement qu'a pris la Société, la résolution adoptée par elle de réunir en collection les objets ou produits intéressans pour l'hydrologie, lui faisaient un devoir, comme une nécessité, de chercher à se créer un siége qui lui fût propre. C'est ce que le bureau a dû chercher à réaliser, dès que les ressources matérielles de la Société lui ont permis de le faire. Mais la Société ne devait pas abandonner le siége où elle est née et a rapidement grandi, et où il ne tenait qu'à elle de poursuivre longtemps encore ses travaux, sans témoigner de sa profonde gratitude envers la Faculté qui l'avait accueillie avec tant de bienveillance.

M. le Président adresse, en outre, la communication suivante :

Le président de la Société a reçu de l'éditeur de la *Gazette hebdomadaire* la déclaration qu'il entendait ne pas donner suite aux engagemens contractés avec la *Société d'hydrologie médicale*.

Le bureau, ayant apprécié les motifs de cette détermination, a jugé qu'il était conforme à la dignité comme aux intérêts de la Société de prendre la résolution suivante :

« A partir du 1er janvier 1856, la *Gazette hebdomadaire* cesse d'être l'organe officiel de la *Société d'hydrologie médicale de Paris*.

» Les procès-verbaux des séances seront désormais publiés par extraits dans le journal l'Union Médicale.

» Les travaux de la Société seront imprimés, à ses frais, *in extenso*, dans un volume qui sera distribué à chacun des membres titulaires à la fin de la session. »

La Société procède au renouvellement du bureau et du comité de rédaction.

Sont nommés pour l'année 1856 :

Président,	MM.	Mélier,
Vice-président,		Patissier,
Secrétaire général,		Durand-Fardel,
Secrétaire des séances,		Le Bret,
Trésorier,		de Laurès,
Membres du comité de rédaction,		Fermond et Richelot.

(*La suite de la séance à un prochain n°.*)

Le secrétaire général, DURAND-FARDEL.

STATUT SUR L'AGRÉGATION DES FACULTÉS.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes,

Vu les articles 9, 10, 11 et 12 du décret du 22 août 1854, sur l'organisation des Académies,

Le conseil impérial de l'instruction publique entendu,

Arrête :

TITRE Ier.

DISPOSITIONS GÉNÉRALES.

Art. 1er. Les agrégés près des Facultés de droit, de médecine, des sciences, des lettres et des Ecoles supérieures de pharmacie sont divisés en deux classes :

1° Agrégés en activité pour un temps qui sera déterminé ci-après, lesquels ont seuls droit à un traitement ;

2° Agrégés libres dont les fonctions sont expirées.

Art. 2. Le ministre peut, par un arrêté spécial, maintenir un agrégé dans son titre ou dans ses fonctions après l'expiration de son temps légal d'exercice, ou même le rappeler temporairement à l'activité, si les besoins du service l'exigent.

Art. 3. Nul ne peut être admis à concourir pour l'agrégation des Facultés, s'il n'est Français ou naturalisé Français, âgé de 25 ans accomplis, et pourvu du diplôme de docteur correspondant à l'ordre d'agrégation pour lequel il se présente.

Des dispenses d'âge peuvent être accordées par le ministre.

Art. 4. Les concours ont lieu aux époques déterminées par le ministre ; ils sont annoncés par un avis inséré au *Moniteur*, six mois au moins avant l'ouverture des épreuves.

Le siége du concours est déterminé par le ministre.

Art. 5. Les candidats se font inscrire au secrétariat des diverses Académies, deux mois au moins avant l'ouverture du concours.

Ils joignent aux pièces qui constatent l'accomplissement des conditions prescrites par l'article 3, l'indication de leurs services et de leurs travaux, et déposent un exemplaire de chacun des ouvrages ou mémoires qu'ils ont publiés.

La liste des concurrens est arrêtée par le ministre, après avis des Facultés et du recteur de l'Académie où résident les candidats.

Art. 6. Les juges des concours d'agrégation sont désignés par le ministre, parmi les membres du conseil impérial de l'instruction publique, les inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, les professeurs et agrégés des Facultés ou Écoles supérieures de pharmacie, et parmi les membres de l'Institut, les professeurs du Collége de France et du Muséum d'histoire naturelle.

Pour l'agrégation des Facultés de droit, les juges peuvent être choisis, en outre, parmi les conseillers d'État et parmi les magistrats des cours souveraines ;

Pour l'agrégation des Facultés de médecine, parmi les membres de l'Académie impériale de médecine ;

Pour l'agrégation des Facultés des sciences, parmi les inspecteurs et ingénieurs en chef des ponts et chaussées et des mines, parmi les officiers généraux appartenant à l'artillerie ou au génie maritime et militaire.

Art. 7. Le nombre des juges, pour chaque concours, est de sept au moins et de neuf au plus, y compris le président. Les professeurs et agrégés de l'ordre des Facultés, pour lesquelles le concours est ouvert, sont toujours en majorité dans le jury.

En cas de récusation ou de tout autre empêchement d'un ou de plusieurs de ses membres, le jury se complète, lors de sa première séance, au moyen d'un tirage au sort fait parmi quatre membres supplémentaires désignés par le ministre. Dès que le jury est constitué, ceux de ces quatre membres que le sort n'a pas désignés se retirent.

Art. 8. Ne peuvent siéger dans un même concours deux parens ou alliés, jusqu'au degré de cousin germain inclusivement.

Doit se récuser tout parent ou allié, au même degré d'un des candidats.

Art. 9. Cesse de faire partie du jury tout membre qui a été empêché d'assister à une des opérations du concours.

Art. 10. Le jugement du jury peut être valablement rendu par cinq juges.

Art. 11. Le président est nommé par le ministre de l'instruction publique.

La direction et la police du concours lui appartiennent.

Il désigne, de concert avec les membres du jury, les sujets de composition, d'argumentation, de leçons et d'épreuves pratiques destinés à être tirés au sort entre les candidats.

Art. 12. Le président prononce sur toutes les difficultés qui peuvent s'élever pendant la durée du concours.

Il fixe les jours et heures auxquels ont lieu les diverses séances :

Art. 13. Dans sa première séance, le jury désigne son secrétaire, soit dans son sein, soit parmi les secrétaires des Facultés.

Art. 14. Aux jours et heures fixés pour cette première séance, après la constitution définitive du jury, il est fait un appel de tous les candidats admis au concours. Chaque candidat écrit lui-même, sur un registre, son nom et son adresse. Le registre est clos aussitôt par le président.

Tout candidat qui ne s'est pas présenté à cette séance est exclu du concours.

Art. 15. Les concurrens sont tenus, sous peine d'exclusion, de subir toutes les épreuves aux jours et heures indiqués. Aucune excuse n'est reçue, si elle n'est jugée valable par le jury.

Art. 16. Le sort détermine les sujets à traiter par chaque candidat dans les différentes épreuves.

Il détermine également l'ordre dans lequel les candidats doivent subir chaque épreuve.

Art. 17. Pour l'épreuve de la composition, chaque candidat, après avoir achevé son travail sous la surveillance d'un membre du jury, le dépose, signé de lui et visé par le président, dans une boîte qui est scellée du sceau du président.

Art. 18. Il peut être ouvert un concours spécial pour chacune des sections entre lesquelles se subdivise l'agrégation de chaque ordre de Faculté.

Art. 19. Dans chaque concours, il y a deux sortes d'épreuves :

Epreuves préparatoires,

Epreuves définitives.

Art. 20. Le jury, après le résultat des épreuves préparatoires, dresse la liste des candidats admis aux épreuves définitives. Ils sont rangés par ordre alphabétique.

Cette liste comprend trois candidats au plus pour chaque place mise au concours.

Art. 21. L'admission des candidats aux épreuves définitives a lieu par la voie du scrutin secret.

Il est ouvert un scrutin pour chaque candidat à nommer.

Si les deux premiers tours de scrutin ne donnent pas la majorité absolue, il est procédé au ballotage entre les candidats qui ont obtenu le plus de voix au second tour.

Dans le scrutin de ballottage, la voix du président, en cas de partage, est prépondérante.

Art. 22. Le jugement définitif du jury est rendu dans les mêmes formes.

Art. 23. Le jugement rendu par le jury, à la suite des épreuves définitives, est soumis à la ratification du ministre.

La liste arrêtée par le jury ne peut comprendre plus de noms qu'il n'y a de places mises au concours ; mais elle peut en comprendre moins, si le résultat des épreuves l'exige.

Elle est dressée par ordre de mérite.

Art. 24. Un délai de dix jours est accordé à tout concurrent qui a pris part à tous les actes du concours pour se pourvoir devant le ministre contre les résultats dudit concours, mais seulement à raison de violation des formes prescrites.

Art. 25. Si le pourvoi est admis, il est procédé, entre les mêmes candidats, à un nouveau concours dont l'époque est fixée par le ministre.

Art. 26. Les agrégés participent aux examens suivant les besoins du service, et dirigent, sous l'autorité du doyen, les conférences instituées par l'article 5 du décret du 22 août 1854. Le ministre peut les autoriser, sur l'avis du doyen, et le rapport du recteur, à ouvrir des cours complémentaires dans le local de la Faculté dont ils font partie.

Ces cours sont annoncés à la suite du programme des cours ordinaires de la Faculté.

Art. 27. Les agrégés sont membres de la Faculté à laquelle ils sont attachés. Ils prennent rang immédiatement après les professeurs.

Ils peuvent être appelés aux délibérations de la Faculté avec voix consultative.

Art. 28. Tout agrégé qui, à l'époque fixée, ne s'est pas rendu au poste auquel il aurait été appelé, perd son titre d'agrégé et les droits qui y sont attachés.

TITRE III.

DISPOSITIONS SPÉCIALES A L'AGRÉGATION DES FACULTÉS DE MÉDECINE.

Art. 37. Dans les Facultés de médecine, les agrégés institués après le concours font un stage de trois ans avant d'entrer en activité de service.

Art. 38. Les agrégés stagiaires n'ont pas de traitement fixe ; ils peuvent être chargés des conférences instituées par le décret du 2 août 1854, et, dans ce cas, ils reçoivent, à titre d'indemnité éventuelle, le tiers du produit desdites conférences.

Art. 39. La durée des fonctions des agrégés admis, après le stage, à prendre part aux examens et au remplacement des professeurs absens ou empêchés, est fixée à six ans pour la Faculté de médecine de Paris, à neuf ans pour les Facultés de médecine de Montpellier et de Strasbourg.

Art. 40. Sont attachés : à la Faculté de médecine de Paris, trente-neuf agrégés dont un tiers en stage et deux tiers en exercice ; à celle de Montpellier, vingt et un, dont six en stage et quinze en exercice ; à celle de Strasbourg, dix-huit, dont quatre en stage et quatorze en exercice.

Art. 41. Tous les trois ans, les agrégés en exercice sont renouvelés : par moitié dans la Faculté de Paris, par tiers dans les Facultés de Montpellier et de Strasbourg.

Art. 42. Les agrégés en exercice sortans sont remplacés par les agrégés stagiaires qui ont accompli le temps du stage et ceux-ci par des agrégés stagiaires nouveaux.

Art. 43. Il y a quatre sections d'agrégés.

La première, pour les sciences anatomiques et physiologiques, comprend : l'anatomie, la physiologie et l'histoire naturelle ;

La seconde, pour les sciences physiques, comprend : la physique, la chimie, la pharmacie et la toxicologie ;

La troisième, pour la médecine proprement dite et la médecine légale ;

La quatrième, pour la chirurgie et les accouchemens.

Art. 44. Les épreuves préparatoires consistent :

1° Dans l'appréciation des services et des travaux antérieurs des candidats ;

2° Dans une composition sur un sujet d'anatomie et de physiologie ;

3° Dans une leçon orale de trois quarts d'heure au plus, faite après trois heures de préparation dans une salle fermée, sur une question empruntée à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat s'est inscrit.

Art. 45. Cinq heures sont accordées pour la composition. Elle a lieu dans une salle fermée sous la surveillance d'un membre du jury. Les concurrens ne peuvent s'aider d'aucun ouvrage imprimé ou manuscrit.

Les compositions sont lues, en séance publique, par les candidats qui les ont rédigées et sous le contrôle d'un des juges.

Art. 46. Les épreuves définitives consistent en une leçon orale, en épreuves pratiques et en une argumentation.

Art. 47. La leçon orale est faite, après vingt-quatre heures de préparation libre, sur un sujet emprunté à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat s'est inscrit.

Elle dure une heure.

Art. 48. La nature et le nombre des épreuves pratiques imposées à chaque candidat sont déterminés par le président, de concert avec les membres du jury.

Art. 49. Chaque candidat soutient une thèse dont le sujet est choisi dans l'ordre d'enseignement pour lequel il s'est inscrit.

Il a donc douze jours francs à dater de celui où il connaît le sujet qui lui est échu, pour écrire, faire imprimer et déposer sa thèse. Le nombre d'exemplaires déposés est égal à celui des juges et des concurrens, indépendamment de ceux qu'exige le service de l'administration supérieure.

Les exemplaires déposés sont distribués trois jours francs avant celui où la thèse doit être soutenue.

L'argumentation sur chaque thèse dure une heure.

Le soutenant est argumenté par deux concurrens.

TITRE VI.

DISPOSITION SPÉCIALE A L'AGRÉGATION DES ÉCOLES SUPÉRIEURES DE PHARMACIE.

Art. 65. Les candidats au concours de l'agrégation pour les Écoles supérieures de pharmacie doivent être pourvus du diplôme de docteur ès sciences physiques ou naturelles, et de celui de pharmacien de première classe.

Art. 66. Le nombre des agrégés en exercice dans chaque École supérieure de pharmacie est égal à celui des professeurs titulaires.

Art. 67. Les agrégés des Écoles supérieures de pharmacie sont nommés pour dix ans et renouvelés, par moitié, tous les cinq ans.

Art. 68. Ils sont partagés en deux sections :

Section de physique, de chimie et de toxicologie ;

Section d'histoire naturelle médicale et de pharmacie.

Art. 69. Les épreuves préparatoires consistent :

1° Dans l'appréciation des services et des travaux antérieurs des candidats ;

2° Dans une composition sur un sujet de pharmacie.

Huit heures sont accordées pour la composition.

Les candidats que le jury, d'après l'appréciation de leurs titres antérieurs, croit dignes d'être admis directement aux épreuves définitives, sont dispensés de la composition.

Art. 70. Les épreuves définitives sont au nombre de trois : les leçons orales, l'argumentation, les épreuves pratiques.

Art. 71. Il y a deux leçons orales, l'une, faite après vingt-quatre heures de préparation libre, sur un sujet d'histoire naturelle ou de chimie générale ; l'autre, après trois heures de préparation dans une salle fermée, sur une question relative à l'enseignement spécial pour lequel le candidat s'est inscrit.

Art 72. Les épreuves pratiques sont empruntées à l'ordre d'enseignement pour lequel le candidat s'est inscrit.

La nature de chaque épreuve est déterminée par le président, de concert avec le jury.

Les préparations se font dans une salle fermée, sous la surveillance d'un membre du jury.

L'épreuve terminée, les candidats font publiquement, pendant une demi-heure au plus, l'exposé des procédés qu'ils ont suivis, et la description des plantes ou autres objets d'histoire naturelle qu'ils ont eu à examiner.

Le résultat de l'épreuve de toxicologie est présenté sous forme de rapport judiciaire.

Art. 73. Les thèses, composées sur les sujets indiqués six mois à l'avance par le ministre de l'instruction publique, correspondent aux différens ordres d'enseignement pour lesquels le concours est ouvert.

TITRE VII.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES.

Art. 74. Les agrégés institués antérieurement au présent statut continuent à jouir des avantages que leur assurent les anciens règlemens.

Art. 75. Sont et demeurent abrogés les statuts, règlemens, et arrêtés antérieurs relatifs aux concours de l'agrégation des Facultés et Écoles supérieures de pharmacie.

Fait à Paris, le 20 décembre 1855

H. FORTOUL.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

EN VENTE:

Aux Bureaux de L'UNION MÉDICALE, et chez tous les Libraires de l'École de médecine,

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

POUR LA VILLE DE PARIS.

Fondé par DOMANGE-HUBERT et continué par l'Administration de L'UNION MÉDICALE.

VINGT-SEPTIÈME ANNÉE — 1856.

Cet ouvrage renferme le recueil des lois spéciales relatives à l'enseignement et à l'exercice de la médecine et de la pharmacie ; les renseignemens les plus complets et les plus exacts sur les Facultés de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie (personnel, enseignement, etc.), sur les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sur le haut enseignement public qui se fait au Muséum d'histoire naturelle, au Collége de France, à la Faculté des sciences et à la Faculté des lettres, sur tout ce qui rentre dans le domaine de l'Assistance publique (hôpitaux et hospices, secours à domicile) ; le tableau complet de toutes les Sociétés savantes de Paris se rattachant à la médecine et à la pharmacie ; les indications nécessaires aux médecins et aux pharmaciens dans leurs relations avec les diverses Administrations publiques ; le Service de santé des Autorités et Administrations ; l'énumération de tous les Journaux de médecine et de pharmacie qui se publient à Paris ; enfin, la Liste (avec les adresses, les titres officiels et les heures de consultations) de tous les Médecins et Pharmaciens du département de la Seine, et celle des Sages-femmes de Paris ; cette Liste est reproduite par rues pour les Médecins et les Pharmaciens de Paris.

UN JOLI VOLUME IN-18, IMPRIMÉ EN CARACTÈRES NEUFS, FONDUS EXPRÈS. — PRIX : 3 FRANCS 50 CENTIMES.

Tome X. — N° 2. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 3 Janvier 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. STATISTIQUE MÉDICALE : La vaccine et ses accusateurs. — II. CLINIQUE CHIRURGICALE (hôpital Cochin, M. Gosselin) : Sur le traitement de la grenouillette. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie des sciences) : Séance du 17 Décembre : Recherches sur la respiration. — De l'emploi du chloroforme dans la chirurgie militaire. — De la valeur relative de la désarticulation du genou et de l'amputation de la cuisse. — (Académie de médecine) : Séance du 27 Décembre : Présentation d'instruments de chirurgie. — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

STATISTIQUE MÉDICALE.

LA VACCINE ET SES ACCUSATEURS (1).

(Voyez les nos 102, 108, 146 de 1855.)

Monsieur le rédacteur,

Ce serait abuser du lecteur et de vous que de vouloir insérer en un seul article la lettre de M. Bayard et la réponse qu'elle nécessite, d'autant plus qu'il me faut entrer dans quelques détails de calcul mieux placés, sans doute, dans un cours élémentaire d'arithmétique que dans vos colonnes. Aussi, dans le cours de ce travail, ai-je été tenté souvent de renvoyer mes contradicteurs à l'école sans y conduire nos lecteurs. Mais reconnaissant l'importance du sujet qui nous occupe et surtout celle que prend de jour en jour la statistique, nous croyons utile de prémunir ceux qui voudraient s'occuper de cette science nouvelle contre certaines illusions perfides pouvant entraîner un voyageur inexpérimenté.

Que mes contradicteurs servent donc comme de signaux qui, suspendus au-dessus de ces savanes de chiffres, rappellent leur mésaventure ; que, célèbres victimes, il servent d'épouvantails salutaires aux novices qui seraient tentés de s'aventurer, *sans études préalables*, dans cette Égypte hiéroglyphique aussi féconde en solides richesses qu'en mirages décevans.

Voici la première partie de la lettre de M. Bayard :

Réponse aux conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine de M. le docteur Bertillon.

On me communique l'UNION MÉDICALE des 28 août et 11 septembre. Je lis ce qui suit dans un travail de M. le docteur Bertillon, intitulé *conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine.*

« Un partisan de ces fausses opinions fait jactance de *quelques* variations qu'il trouve dans les tables de population données par l'Annuaire du bureau des longitudes. A l'entendre, c'est à sa provocation que les auteurs de l'Annuaire ont tacitement cédé ; et cependant on trouvait déjà cette modification en 1848. Il eût été plus digne d'un médecin et d'un ami de la vérité, de demander avec modestie les motifs de ces variations que de s'en targuer avec vanité, et d'outrager les noms d'Arago et de Mathieu, consacrés par l'auréole de la gloire et de la probité scientifique. »

Le petit tableau suivant, déjà publié, mettra à même nos lecteurs de juger de l'importance de ces *quelques* variantes de l'Annuaire qui n'existaient pas encore le 1er janvier 1849, bien que M. Bertillon les fasse remonter à 1848.

Population par âge, en France, sur 1,000,000 d'habitans.

	Annuaire de 1849, p. 210.	*Annuaire de 1853, p. 230.*
De 15 à 16 ans.	16,550	18,350
De 45 à 46 ans.	12,110	11,360
Perte pour décès de 15 à 45 ans.	4,440	6,980
Mortalité relative p. 100. . . .	26,82	38,06

Ainsi, au premier janvier 1849, MM. Arago et Mathieu évaluaient à 26, 82 p. 0/0 la mortalité, entre 15 et 45 ans, en France ; et au 1er janvier 1853, leur opinion était tellement modifiée par le travail que l'Académie avait renvoyé à leur examen, qu'ils la fixaient à 38,06 p. 0/0, c'est-à-dire à environ 3/7 de plus. Comme on le voit, s'ils n'ont pas mis la vérité en relief dans un rapport officiel, ils ont trouvé moyen de la dire publiquement. Il ne s'agit que de les comprendre ! La crainte d'inquiéter la population française est peut-être aussi une cause du silence gardé jusqu'ici par l'Académie des sciences. Elle n'y renoncera évidemment que lorsque le gouvernement l'exigera d'elle. Les oracles ont toujours eu des raisons pour ne pas parler trop clairement, sans vouloir néanmoins s'exposer à être accusés d'ignorance. Ainsi ont fait les rédacteurs de l'Annuaire.

M. Carnot faisant l'historique de ses travaux soumis à l'Institut, ajoute : — « Je puis donc affirmer *maintenant* que si l'approbation éclatante de l'Académie des sciences manque encore à mes recherches, elles ont obtenu, du moins, l'assentiment *public* des juges qu'elle m'avait donnés. Je puis affirmer, en outre, que M. Ch. Dupin n'a plus élevé aucune contestation, depuis que la commission de 1849 a été nommée pour *décider* la question, ce qui permet assurément de croire à l'approbation tacite de ce savant géomètre. J'ai donc le droit de dire hautement que parmi mes contradicteurs, je ne compte plus aujourd'hui aucun homme doué de l'intelligence mathématique. Telle est la seule réponse que je puisse faire à MM. les docteurs Roche, Barthe et Bricheteau, etc., etc. ; elle suffit et ne saurait les offenser. Pour eux comme pour moi, la maxime suivante est vraie : *Ne sutor ultrà crepidam.* » (*Gaz. des hôpitaux*, 1854, *Influence de la vaccine sur la population*, page 58.)

Ces derniers mots doivent me faire croire que M. Carnot se taira devant les conclusions statistiques de notre honoré confrère.

A quoi bon répondre ? Ses travaux ont l'assentiment des juges qu'il s'était volontairement donnés ? M. Bertillon ne voit-il pas lui-même, que s'ils étaient condamnés à l'Institut comme il le dit, le jugement de ce tribunal supérieur rendrait superflu son plaidoyer et ses conclusions.

(*La suite prochainement.*) Dr A. BAYARD.

Cette première partie de la lettre nous donnera lieu de démontrer :

1° Que la prétention que les annuaires du Bureau des longitudes aient été modifiés d'après les critiques de M. Bayard, est, de sa part, une présomption reposant sur deux erreurs ;

2° Que le petit tableau qu'il cite, pour prouver l'augmentation de la mortalité, n'a absolument aucune des significations qu'il lui prête.

Un mot d'abord pour bien fixer la valeur de quatre expressions qui reviendront souvent sous notre plume.

1° La *table mortuaire* est celle qui donne le *nombre absolu* des décès d'une population à chaque âge.

2° La *table de population* est celle qui donne le *nombre absolu* des vivans à chaque âge.

3° Les *tables des rapports des âges* des vivans ou des décédés sont tirées des deux tables précédentes, en ramenant, par une règle de proportion, la somme totale des vivans ou des morts à une somme constante, invariable, comme cent, mille, un million. Elles servent pour la comparaison des différentes tables entre elles.

4° La *table de survie* suppose que, prenant un nombre de naissances déterminées, on les suit d'âge en âge en indiquant à chaque âge le nombre des survivans.

Nous adoptons ainsi la nomenclature de M. Guillard (1) ; car, nous devons le dire à la décharge de nos adversaires, si les déplorables confusions qu'ils ont commises entre les différentes tables que nous venons de citer leur sont propres ; si ces choses fort différentes ont été de tout temps distinctes dans l'esprit des statisticiens, elles ont été le plus souvent confondues dans leur langage. Notre article fera même sentir la nécessité de bien distinguer les tables *des rapports des âges* que M. Guillard a le plus souvent réunies sous une même dénomination aux tables de population ou aux mortuaires (2).

(1) Nous avons reçu de M. H. Carnot une note dans laquelle il modifie les chiffres qu'il a donnés, et qui sont insérés dans le dernier article de M. Bertillon (N° 146, année 1855). Le docteur Bertillon nous envoie également une rectification du tableau qu'il a publié dans le même article, page 587, et dans lequel se sont glissées plusieurs fautes importantes.

Nous publierons mardi prochain ces notes rectificatives qui, d'ailleurs, ne changent rien aux rapports des nombres, et par conséquent aux conclusions des auteurs.

(*Note du rédacteur en chef.*)

(1) *Démographie comparée*, 1855, et *Annuaire d'économie*, 1854.

(2) *Historique des variations des Annuaires du Bureau des longitudes depuis 1848.*

M. Mathieu, ayant voulu donner chaque année une table de survie et une table de population qui pût s'appliquer au peuple français, adopta avant 1848 les tables de

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Études expérimentales de Galien sur les fonctions du poumon et du cœur. — Analyse des ouvrages de Galien sur le pouls. — Belles considérations de Galien sur ce phénomène. — Revers de la médaille, subtilités et bizarreries. — Conseils de Galien ; réflexions de M. Andral.

XVII (1).

Physiologie de Galien. — Analyse du De usu partium (suite).

Physiologie de l'appareil de l'aération. — On trouve dans le *De usu partium*, deux pages exclusivement consacrées à démontrer que l'air entre dans la poitrine en trois temps, pendant lesquels cette cavité se dilate. Le premier temps est rempli par la contraction ou l'abaissement du diaphragme ; le deuxième temps par la contraction des muscles intercostaux ; le troisième temps par celle des muscles cervico-thoraciques. Pendant que la poitrine s'élargit ainsi en tout sens sous l'influence de l'action musculaire, le poumon se dilate passivement sous la pression de l'air qui s'y précipite. Toutes ces propositions sont appuyées de nombreuses expériences, dans lesquelles Galien fait preuve d'un très remarquable talent d'observation.

Pour Galien, le poumon n'est qu'un réservoir destiné à mesurer au cœur la quantité d'air que cet organe doit contenir. Mais comment l'air arrive-t-il au cœur ? Par une véritable attraction ou aspiration que ce dernier exerce sur l'air contenu dans les poumons, à travers les veines pulmonaires qui sont, d'après Galien, des tubes de communication entre le cœur gauche et les extrémités des bronches.

Voici l'expérience et le raisonnement que Galien donne en preuve de son assertion. Sur un animal mort il insuffle les poumons, et ne voyant pas l'air arriver au cœur à la suite de cette insufflation, il en conclut que, pendant la vie, l'air ne pénètre pas dans le cœur d'une manière mécanique et passive, mais par une dilatation active, par une véritable force d'attraction que le cœur vivant possède. Car si la condition, qui détermine l'entrée de l'air dans le cœur, était toute mécanique, il est évident, dit Galien, que ce fluide pénétrerait aussi bien après la mort que pendant la vie. C'est, en effet, la conséquence logique de l'erreur de Galien, touchant la communication du cœur avec les tubes aérifères.

Galien établit qu'il existe un rapport intime entre la fréquence de la respiration et l'intensité de la chaleur animale. Plus, dit-il, la chaleur animale est développée, plus la respiration est fréquente, et pour preuve, comparez la respiration de l'enfant à celle du vieillard ; la respiration d'un animal à sang chaud à celle d'un animal à sang froid.

Voilà, certes, de la bonne observation. Voici maintenant des expériences qui n'ont pas moins de mérite. Galien veut étudier le mécanisme des mouvemens du cœur ; dans ce but, sur un animal vivant, tantôt il enlève les côtes et met le cœur à nu ; tantôt il arrache le cœur de la poitrine et l'examine ainsi séparé de l'animal. Dans les deux cas, il voit que le cœur est le siége d'un double mouvement ; l'un, de contraction, en vertu duquel cet organe se resserre et diminue de volume ; l'autre, de dilatation, par lequel ses dimensions augmentent.

Pour avoir une notion complète des idées de Galien sur la respiration, il faut consulter encore deux ouvrages ayant pour titre, l'un *De usu respirationis* ; l'autre *De causis respirationis*.

Signalons, en passant, une erreur de Galien relative au sujet qui nous occupe. Il prétend que la respiration sert d'aliment à l'esprit animal, lequel se forme dans les ventricules du cerveau. Pour cela, il suppose deux voies ouvertes à l'air et par lesquelles ce fluide pénètre dans le cerveau : l'artère carotide et les trous de la lame criblée de l'ethmoïde.

Le traité *De usu partium* ne contenant rien sur les battemens artériels, et la question du pouls trouvant, d'ailleurs, ici sa place naturelle, nous allons quitter un instant le *De usu partium* pour extraire, par une analyse succincte des divers ouvrages de Galien sur le pouls, les notions que possédait l'auteur sur cette question importante.

Suivant Galien, la combustion, commencée dans le cœur, se continue dans les artères où se brûlent quelques matériaux hétérogènes contenus dans le sang et d'où ces principes brûlés s'échappent au dehors, soit par la surface intestinale, soit par la peau, sous forme de transpiration, de sueur, de matière sébacée. Les artères seraient donc, elles aussi, des organes de dépuration du sang. Rapprochez de cette proposition de Galien les expériences récentes de M. Foucault, déterminant des accidens graves sur des animaux dont il avait recouvert la peau d'un enduit imperméable ; rapprochez en outre cette observation que, chez les animaux, moins la perspiration pulmonaire est active, plus la perspiration cutanée devient considérable, et voyez s'il n'y a pas là quelque chose qui semble confirmer les idées de Galien sur le rôle hypothétique qu'il fait jouer aux artères.

La question des battemens artériels, complétement inconnus, ou à peu près, des hippocratistes, devint, sous l'influence de l'école d'Alexandrie, l'objet de travaux innombrables où toutes sortes d'opinions étaient émises touchant la cause de ce phénomène. Pour les uns, le pouls avait son principe dans une force de dilatation et de resserrement alternatifs inhérens aux artères ; d'autres pensaient qu'il était le produit de mouvemens de l'esprit ou de l'air. Galien fixa les idées par les expériences. Il trouva le rapport qui existe entre les battemens du cœur et les pulsations artérielles, entre la systole et la diastole du cœur et la diastole et la systole des artères.

Toutes les artères, dit-il, battent de la même manière et battent comme le cœur ;

Par les battemens d'une artère quelconque, on peut juger de ceux du cœur ;

L'artère radiale est celle qui, par la position superficielle et au voisinage du radius, mérite la préférence pour l'exploration du pouls.

Le pouls doit être étudié à divers points de vue : 1° au point de vue

(1) Voir les numéros des 9, 16, 23, 30 Octobre, 20 Novembre et 20 Décembre.

Revenant maintenant aux modifications qu'ont subies les annuaires, nous ne prenons, dans les tables *des rapports des âges* de la population française fournis par ces annuaires, que les âges choisis par M. Bayard, afin de concentrer l'attention, et nous mettons sous les yeux du lecteur la série des tâtonnemens qu'on y remarque, et qui partent, comme on le voit, de 1847.

Cinq tables du rapport des âges des vivans

qui ont été successivement proposées dans les *Annuaires*, afin d'indiquer le nombre des vivans à chaque âge pour un million de Français.

Ages.	Avant 1848.	En 1848 et 1849.	En 1850.	En 1851 et 1852.	De 1853 à 1855.
0 à 1 an..	»	»	»	»	»
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
15 à 16 ans..	18,600	16,550	17,130	17,640	18,340
. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .	. . . . .
45 à 46 ans..	11,700	12,110	11,810	11,630	11,360

(La somme des vivans de tout âge est supposée d'un million dans chaque table.)

On remarquera d'abord que la modification de 1853, qui fait faire la roue à M. Bayard, existait déjà, non en 1848, comme nous l'avons dit par erreur, mais, ce qui est mieux, en 1847, c'est-à-dire bien avant que MM. Carnot et Bayard n'*eussent paru* sur l'horizon de la statistique. Nous voyons pourtant M. Bayard nier positivement ce fait authentique. Lecteur, ne l'accusez pas; je vais vous prouver son exactitude. Avant 1848, M. Mathieu ne donnait pas de table du rapport des âges; c'était au lecteur intelligent à la calculer sur la table de population, qui était même d'une espèce particulière : on y donne non les vivans à chaque âge, mais tous ceux ayant atteint ou dépassé chaque âge (1); d'où il résulte qu'il faut faire et une soustraction et une division pour trouver les nombres que nous donnons, et qui se sont ainsi dérobés à la sagacité de M. Bayard. Cela explique et prouve l'innocence de ce calculateur. Cependant il ne se déclarera pas vaincu pour si peu, il dira : « Eh bien, si je n'ai pas eu la gloire de faire découvrir à M. Mathieu les chiffres adoptés en 1853 (puisqu'ils » sont à peu près les mêmes que ceux de 1847), c'est grâce à » mes travaux qu'il est revenu à ses premiers nombres. Nous » avons donc l'adhésion d'un membre de l'Institut; combien » dès lors devient misérable et vain votre plaidoyer! »

Voyons donc le secours que serait venu apporter M. Bayard, et dont aurait profité M. Mathieu sans en rien dire.

Duvillard; trouvant à cette époque que, depuis longtems, elles avaient tout à fait cessé de représenter l'état de la population, il les remplaça, en 1848, par la table de survie de Deparcieux, sur laquelle il calcula deux *tables de population* et une table du rapport des âges des vivans. Cependant la table de population ne donnait que 550 mille de 20 à 21 ans, tandis que le nombre des conscrits en suppose au moins 611 mille. Il la modifia donc sous ce point de vue en 1850. Mais cette nouvelle table donnait encore plus de naissances et plus de décès que n'en accuse l'état civil, et supposait une population de près de 38 millions d'habitans; il la modifie donc de nouveau en 1851, pour qu'elle satisfasse à l'observation des faits. Enfin, dans l'*Annuaire* de 1853, faisant entrer dans ses modifications le nombre des naissances et des décès, le nombre des décès dans la première année, celui des conscrits et celui des électeurs, il opère une nouvelle et dernière modification. Le lecteur verra comme nous, dans ces variations successives, d'une part la probité scientifique, d'ailleurs si connue, de M. Mathieu, qui cherche chaque année à se rapprocher de la vérité; et d'autre part la difficulté du sujet, qui consistait à faire que la petite table de Deparcieux, construite sur un nombre très restreint de têtes choisies, on peut dire sur une petite population factice, vivant il y a plus d'un siècle, pût représenter aujourd'hui la manière d'être d'une grande nation.

(1) Vivans ayant 1 an et au-dessus, 2 ans et au-dessus, 3 ans et au-dessus, etc.

Le premier ouvrage dont M. Bayard tire vanité a été publié dans la *Gazette des hôpitaux* le 30 *août* 1853! Il avait pour titre : *Erreurs contenues dans l'Annuaire du Bureau des longitudes*. Travail d'ailleurs remarquable à ce titre, que, pour démontrer un fait incontestable en lui-même, le changement survenu dans le rapport des âges des vivans depuis l'influence vaccinale, on y fait autant d'erreurs que d'argumens. Mais enfin comment cette critique, mise au monde dans la dernière moitié de 1853, a-t-elle pu entrer pour quelque chose dans les quatre modifications toutes antérieures à cette époque?

Cela semble si absurde, Monsieur le rédacteur, que je voudrais moi-même trouver quelques motifs plus plausibles aux assertions de votre correspondant. Peut-être l'ai-je mal compris, et est-ce en l'honneur de M. Carnot qu'il réclame cette pression sur le travail de M. Mathieu. Voyons donc les œuvres de M. Carnot qui, d'ailleurs, se flattait aussi de voir dans l'*Annuaire* une approbation tacite de ses assertions.

Laissons le fidèle disciple exposer lui-même les titres du maître :

« M. Carnot avait démontré que la mortalité de la popu» lation féconde avait augmenté de 3/7mes en France. Si » M. Carnot a démontré le premier, en 1849, cette augmenta» tion de fait, l'*Annuaire du Bureau des longitudes* a rectifié de » son côté, en 1854 » (lisez 1853) « *ainsi qu'il avait été prié de* » *le faire*, l'erreur qu'il avait commise jusque-là : *que l'Aca*» *démie de médecine veuille bien le remarquer!* » (Bayard, UNION MÉDICALE, 1854, n° 111.)

Certes, si cette prétention n'est pas une incontestable vérité, c'est une rare outrecuidance, à moins que ce ne soit une rare niaiserie.

Ouvrons donc encore les annuaires, examinons si M. Mathieu a modifié la vitalité des adultes depuis les avertissemens de M. Carnot. Dès 1848, M. Mathieu adopte la table de survie de Deparcieux, qu'il complète, qu'il modifie encore légèrement en 1851, de manière, dit-il, à représenter l'état actuel de la population en France. Dans cette table, sur laquelle il calcule toutes les autres, il donne la vie moyenne et la vie probable *à chaque âge*, non en copiant négligemment Deparcieux, mais en refaisant les calculs pour tenir compte des modifications qu'il a apportées. Il va donc, d'après les avertissemens de M. Carnot, en 1849, « rectifier l'erreur qu'il avait commise jusque-là » sur la vitalité des âges virils? Il va donc diminuer les chiffres qui expriment les chances de vie aux âges de fécondité? *Nullement!* Depuis 1848, il donne constamment les mêmes chiffres pour représenter la vie moyenne et *la vie probable* des individus âgés de 15, de 20, de 30 ans, etc. Depuis 1848, il déclare que la probabilité mathématique accorde encore 47 ans, 11 mois, à l'âge de 15 ans; 44 ans et 2 mois à l'âge de 20 ans; 34 ans à 30 ans, etc.

Comment donc ces messieurs ont-ils eu la folle présomption de dire qu'ils avaient dans l'*Annuaire* l'approbation tacite de MM. Arago et Mathieu, et de vouloir en imposer à l'Académie de médecine par la prétendue adhésion des membres de l'Institut?

Certes, on pouvait croire à la mauvaise foi; mais je m'empresse de le déclarer, plus d'attention m'a fait revenir à de meilleurs sentimens. Il n'y a absolument, disons-nous, qu'insigne niaiserie et qu'une absolue ignorance du sujet.

En effet, le petit tableau que cite M. Bayard, et sur lequel nos adversaires fondent toute leur vaniteuse prétention, est tiré des tables des annuaires, *destinées* à faire connaître le *rapport* des âges de la population française ramenée à un nombre *invariable* d'habitans (un million); et ces messieurs, méconnaissant complétement la signification de ces tables, raisonnent comme si elles étaient à la fois des tables de population et des tables de survie.

Pour bien fixer les idées, nous mettrons sous les yeux du lecteur une table du rapport des âges des vivans, contractée en deux périodes seulement, afin de mieux faire comprendre le jeu de bascule auquel elle donne lieu, et où s'est innocemment laissé prendre M. Bayard. Que le lecteur nous prête un moment d'attention; le sujet est minutieux, mais non difficile. Plusieurs me trouveront prolixe; mais qu'ils m'excusent en faveur de ceux qui sont moins familiers avec le calcul.

Table du rapport des âges pour 100 *habitans :*

0 à 50.	81
50 et au-dessus.	19
	100

Accordons que cette table, qui est une réduction de celle de l'*Annuaire*, représente l'état actuel d'une population. Puis, admettons par hypothèse que, par suite des progrès de la médecine, de l'hygiène, du bien-être, etc., la mortalité des vieillards diminue, il n'y a rien dans cette supposition qui puisse amener des changemens dans la mortalité du reste de la population, qu'en conséquence nous supposerons stationnaire. En vertu de nos hypothèses :

1° Le nombre *absolu* et le nombre *relatif* des vieillards augmenteront;

2° Le nombre *absolu* de nos jeunes et virils restera *fixe*; mais le NOMBRE RELATIF DIMINUERA.

En effet, ce ne sera plus 19 comme autrefois qu'on trouvera ayant plus de 50 ans *sur cent habitans*, mais par exemple 25; dès lors, il n'y en aura plus que 75 pour 100 au-dessous de cet âge. De sorte que notre table du *rapport* d'âge deviendra :

De 0 à 50 ans	75
De 50 et au-dessus. . .	25

toujours pour cent habitans. Il est clair pourtant que, dans notre hypothèse, la population de la nation a augmenté; mais comme dans les *tables des rapports* des âges, il est d'usage que la somme de tous les rapports soit invariable, afin de rendre plus facile la comparaison des tables entre elles, il en résulte que, lorsqu'un terme croît, les autres décroissent nécessairement, sans que les nombres RÉELS ABSOLUS des vivans à ces âges, dont les valeurs relatives sont amoindries, aient diminué, sans que la mortalité ait augmenté parmi eux.

Ceci bien compris et posé, qu'on nous permette de renverser notre hypothèse. Si, les rapports d'âge étant comme ci-devant, de 0 à 50 ans, 81 et 19 au-dessus de 50 ans, nous supposons que la mortalité des vieillards reste constante, mais qu'un fléau, la guerre, par exemple, décime les vivans au-dessous de 50 ans : le nombre *absolu* et le nombre *relatif* de ceux-ci diminueront, de sorte que sur 100 citoyens, nous n'en compterons plus, par exemple, que 75 au-dessous de 50 ans, et, par suite, nous pourrons avoir la même table de rapport d'âge que dans l'hypothèse contraire :

De 0 à 50.	75
De 50 et au-dessus. . .	25

25 vieillards pour 100 au lieu de 20; et pourtant le nombre *absolu* de ceux-ci n'a pas augmenté.

---

de sa vivacité ou de sa lenteur, c'est-à-dire du temps que met l'artère à se dilater et à revenir sur elle-même;

2° Au point de vue de l'intervalle qui sépare les battemens les uns des autres;

3° Au point de vue de ses caractères de mollesse ou de dureté, de force ou de faiblesse, de grandeur ou de petitesse.

Parmi les circonstances qui peuvent modifier le pouls, Galien établit trois catégories :

1° Circonstances dépendantes de l'état physiologique : le sexe, les tempéramens, les constitutions, les âges, l'état de sommeil ou de veille, l'exercice de certaines fonctions telles que la digestion, l'action musculaire, etc.; les divers états du système nerveux, les émotions de l'âme, le mode de sensibilité, la douleur et ses espèces.

2° Circonstances extérieures : la qualité et la quantité des boissons et des alimens, les bains chauds ou froids, les saisons, les climats;

3° Les divers états morbides : la considération du pouls dans les maladies est d'une extrême importance, suivant Galien, parce que de l'état du pouls on peut déduire l'état des forces, circonstance capitale d'où le médecin tire les notions les plus précieuses, relativement à la nature de la maladie, à son pronostic et surtout aux moyens de traitement qu'il faut lui opposer. Tantôt, par son volume considérable, le pouls indique l'augmentation de la vitalité, tantôt par sa petitesse, il révèle la dépression des forces. C'est par l'étude du pouls que l'on pourra déterminer l'influence qu'exercent, sur l'état des forces, certaines circonstances telles que les passions, l'abstinence, les évacuations trop abondantes, les maladies, soit par leur intensité, soit par leur prolongation.

L'épuisement des forces, produit par ces diverses causes, se reconnaît à certains caractères du pouls qui sont la petitesse, la fréquence et l'inégalité. Mais, dit Galien, il faut savoir distinguer la *dépression* des forces de leur simple *oppression*. La puissance vitale est *déprimée*, entre en dissolution (ADYNAMIE) par le défaut, l'insuffisance des alimens, par l'excès des passions ou des émotions de l'âme, par l'intensité ou la prolongation de la douleur, par des évacuations immodérées, par la gravité des maladies, *morborum malignitate*.

La force vitale est *opprimée* : 1° quand il y a, dans les vaisseaux, accumulation trop grande de liquides; 2° quand l'énergie vitale se concentre dans un organe malade, abandonnant, pour ainsi dire, le reste de l'économie.

Telle est l'origine de cette distinction capitale, devenue vulgaire aujourd'hui, entre la dépression et l'oppression des forces. C'est à Galien qu'en revient l'honneur.

Certains *besoins de l'économie* sont encore révélés, suivant Galien, par l'état du pouls. Ainsi, lorsque la chaleur animale devient trop intense et que l'économie a besoin d'être rafraîchie, il faut que l'air extérieur arrive en plus grande abondance dans les poumons et le cœur, pour être distribué à tout le corps par les artères. C'est pourquoi la respiration devient plus fréquente, ainsi que les battemens du pouls. On voit que Galien subordonne, dans la fièvre, l'état du pouls à l'élévation de la température. Telle est la vérité qu'il faut dégager de l'hypothèse émise par lui.

Enfin, parmi les mêmes circonstances qui modifient l'état du pouls, Galien signale : 1° la *compression* de l'artère que l'on explore; 2° l'accumulation d'*humeurs hétérogènes* ou de *pneuma* dans les vaisseaux; 3° l'accumulation du sang ou la *pléthore*.

Jusqu'ici, dans cette question du pouls, les idées de Galien ne s'éloignent pas trop des faits que l'observation moderne a mis en lumière; mais maintenant nous allons voir l'auteur entrer dans des subtilités, des minuties puériles qui déparent les pages précédentes et nous montrent l'auteur se laissant emporter par son imagination dans le vague des hypothèses et des théories spéculatives.

Dans cette division du pouls, qu'il désigne sous le nom de *pouls inégal*, l'auteur admet des variétés bizarres, décorées de noms plus bizarres encore.

Il reconnaît un pouls *myurus*, en *queue-de-rat*, c'est-à-dire composé de pulsations qui vont en diminuant par des dégradations insensibles; ce pouls a lui-même des variétés, savoir le pouls myurus *défaillant*, et le pouls myurus *qui va en baissant de côté et d'autre*.

Passons sous silence toutes ces variétés de pouls, désignées par les noms plus ou moins bizarres de pouls *intercident*, *capricant*, ou en *saut de chèvre*, *ondulant*, *vermiculaire*, ou *formicant*, *convulsif*, *serrin*, ou en *scie*, (*serra*) *dardant* ou en pointe de dard, etc., etc., dont l'existence est hypothétique; mais faisons une exception en faveur du pouls *dicrote*, *bis feriens*, variété très heureusement trouvée et dénommée par Galien et qui, comme chacun sait, a, dans la nature, une existence très réelle.

Enfin, Galien admet des pouls mixtes composés d'un plus ou moins grand nombre des précédentes variétés. Il prétend que toutes ces nuances répondent à des états particuliers de l'économie. Il engage les médecins à s'occuper sérieusement de l'étude du pouls, dans l'état de santé comme dans l'état de maladie. Cette étude nous fait connaître : 1° l'état des forces; 2° l'état du cœur et des artères; 3° la quantité de sang et d'esprit que les artères contiennent, ce qui donne la mesure de la résistance vitale; 4° enfin ce qu'est la maladie au double point de vue de son siége et de sa nature, et ce qu'elle deviendra; d'où il suit que le pouls est un instrument précieux de diagnose et de pronose.

Mais, ajoute Galien, la science du pouls est difficile, elle exige, de celui qui veut l'acquérir, une grande attention d'esprit et un talent d'observation peu ordinaire; elle demande surtout une longue et constante application et l'amour des études sérieuses. « J'ai fait de la science du pouls, une étude de toute ma vie, mais qui voudra s'y livrer après moi, en ce temps déplorable où chacun ne reconnaît d'autre Dieu que la fortune!... qu'importe, après tout, lors même que, sur mille personnes, une seule saurait comprendre et apprécier mes travaux, je serais assez payé de mes peines! »

De ces conseils de Galien nous devons faire notre profit. Si de son temps on a poussé l'étude du pouls jusqu'à des minuties ridicules; par un excès contraire, aujourd'hui, on ne l'étudie pas assez. L'introduction des méthodes exactes de la percussion et de l'auscultation a détourné de ces objets l'esprit des médecins, et cependant il est vrai de dire que, dans beaucoup de cas, les notions fournies par l'exploration attentive du pouls nous sont plus utiles que celles dont nous sommes redevables à l'emploi de ces méthodes. S'agit-il, par exemple, de traiter une pneumonie ou une pleurésie, n'est-il pas vrai que l'étude du pouls devient alors plus importante que celle des phénomènes stéthoscopiques. Vous délibérez sur la convenance d'une deuxième ou d'une troisième saignée à pratiquer au malade; n'est-ce pas dans l'état du pouls que vous allez chercher les indications ou les contre-indications? Malheur au praticien qui, dans des cas pareils, s'en rapporterait uniquement à la percussion ou à l'auscultation, sans consulter l'état des forces!

Autre considération; qu'indique le pouls? L'état du cœur, du cœur où viennent aboutir rapidement toutes les modifications importantes des organes; du cœur, baromètre éminemment sensible, qui reçoit et traduit avec tant de délicatesse toutes les souffrances de l'économie. Soit directement, soit par l'intermédiaire du système nerveux, tout organe malade va modifier sympathiquement les battemens du cœur, et leur mode varie suivant que les impressions viennent du cerveau, du foie, de l'estomac, du poumon, etc. Si cela est vrai, et l'on ne peut le nier, ne doit-il pas en résulter, pour le pouls, des états particuliers traduisant des modifications organiques particulières? Tout cela est à voir; il ne serait pas impossible qu'après beaucoup de temps et beaucoup d'études on arrivât à trouver sinon toutes les subtilités de Galien, du moins une doctrine sphygmologique plus profitable à la pratique médicale.

(La suite à un prochain numéro.)

Enfin, mettant en regard nos trois petites tables du rapport d'âge :

Rapport des âges de 100 vivans dans une population.

Age.	Avant toute perturbation (1)	Après l'augmentation de vitalité des vieillards. (2)	Après un fléau qui a diminué le nombre des jeunes.
0 à 50 ans	81	75	75
50 ans et au-dessus.	19	25	25

Concluons que les tables dont nous nous occupons peuvent éprouver deux modifications qui, bien qu'indépendantes et fort différentes comme origine et comme cause, donnent absolument le même résultat, et que si l'on nous fait connaître qu'une nation a vu ses rapports d'âge indiqués dans la table (1), devenir ceux de la table (2), on nous apprend seulement que ces rapports sont changés, sans que nous puissions induire que c'est par un bienfait qui a augmenté la vitalité des uns ou par un fléau qui a diminué le nombre des autres; *à fortiori*, serons-nous impuissans à reconnaître si ce ne sont pas des résultats complexes de plusieurs mouvemens opposés ou inégaux.

Ainsi, Monsieur Bayard, quand vous nous apportez triomphant le lambeau de la table des rapports des âges suivans :

	Annuaire 1849.	*Annuaire 1853.*
De 15 à 16	165,500	183,400
De 45 à 46	121,100	113,600
Somme des vivans de tout âge	1,000,000	1,000,000

vous prouvez seulement que, d'après ces tables, il s'est opéré un changement dans les rapports des âges des vivans. Mais rien, absolument rien ne nous autorise à induire que ce soit par un supplément de décès chez les adultes quand l'augmentation de la vitalité ou du nombre des jeunes (fait incontesté de la vaccine) suffit pour l'expliquer.

Est-ce donc par haine du progrès que vous invoquez la mort quand vous pouvez invoquer la vie! Non, nous reconnaissons votre innocence, c'est seulement par une méprise un peu lourde chez un homme qui depuis longtemps étudie le sujet. Vous avez confondu les tables du rapport d'âge avec les tables de population; et quand, de cette malheureuse confusion, vous tirez que la perte est de 27 par ici et de 36 par là; quand vous voyez, dans ces innocentes tables, la mortalité augmentée frapper les adultes; quand vous y voyez l'approbation cachée de M. Mathieu, voire même celle d'Arago et de tout l'Institut; quand vous croyez y voir un moyen d'effrayer les gens par une si haute adhésion, vous voyez comme voyait l'astrologue du BON HOMME, la petite bête qui niche, non sur vos lunettes, puisque l'optique s'y oppose, mais dans le cerveau de l'observateur.

Cependant, désirant instruire autant que critiquer, nous allons vous donner de suite, *en conservant vos idées et vos nombres*, un exemple des deux espèces de tables, dont la confusion a donné lieu à votre petit triomphe.

Tables qui s'appliquent, suivant M. Bayard, au peuple Français.

Ages.	1° *Avant* l'influence vaccinale sur les adultes vers 1815 à 1820.		2° *Après* l'influence vaccinale sur les adultes vers 1855.	
	Table du rapport des âges des vivans.	Table de population.	Table du rapport des âges des vivans.	Table de population.
De 0 à 1 an..	»	»	»	»
De 15 à 16 ans.	16,550	496,500	18,340	660,240
De 45 à 46 ans.	12,110	363,300	11,360	408,960
Somme des vivans à tous les âges..	1,000,000	30,000,000	1,000,000	36,000,000

Nous avons dressé, en regard de chaque table du rapport des âges des vivans, une vraie table de population d'après la méthode très simple qui suit : puisque ces deux tables nous donnent l'arrangement des âges pour une population d'un million, nous n'avons, pour avoir les nombres vrais qui représentent la distribution de la population française, par âge à *chaque époque*, qu'à multiplier chacun des nombres de la première table par 30 millions (population de la France vers 1820), ceux de la seconde par 36 millions (population actuelle), et nous obtiendrons les deux tables de population correspondantes aux deux tables de rapport d'âge. On remarquera de suite que, dans ces deux nouvelles tables, les hommes mûrs, au lieu de paraître avoir diminué d'une époque à l'autre, comme dans les tables des rapports, ont, au contraire, augmenté. Enfin, où sont donc les sujets de lamentation de ces messieurs? Quoi, nous n'avions que 496 mille jeunes gens de 15 ans, en voilà aujourd'hui 660! nous n'avions que 363 mille hommes de 45 ans, nous en avons aujourd'hui 409 mille! où donc est cette mortalité augmentée?

Vous croyez, lecteur, que mon théorème est démontré, que M. Bayard n'a rien à répondre? Si vraiment, il se sauve par une autre erreur : il veut absolument voir des morts dans une table qui ne renferme que des vivans, et confondre encore (car tout est confusion dans son esprit) les tables de survie avec les tables de population.

M. Bayard ripostera donc : « 496 mille jeunes gens de » 15 ans fournissaient 363 hommes de 45; il n'y avait donc que » 27 p. 100 de perte en passant d'un âge à l'autre; tandis » qu'aujourd'hui 660 mille adolescens ne donnent plus que » 409 mille hommes mûrs, c'est-à-dire qu'ils sont décimés par » une mortalité de 38 p. 100! »

Eh, Monsieur Bayard, qui vous a dit que les 496 mille âgés de 15 devenaient 363 mille de 45 ans? Une table de population ne signifie pas un mot de cela. Vous confondez avec les tables de survivance. La table de population indique *seulement*, qu'il y avait, à UNE *époque déterminée*, tel nombre de jeunes gens, tel nombre d'hommes mûrs. Les 496 adolescens qui existaient vers 1815, sont ceux qui ont fourni nos 409 mille hommes de 45 ans existant aujourd'hui, puisque ces citoyens, il y a trente ans, étaient âgés de 15 ans : et nous verrons, dans *trente* ans, ce que seront devenus les 660 mille âgés aujourd'hui de 15 ans.

Ces annuaires, que vous paraissez si bien connaître, vous avertissent pourtant chaque année qu'une table de survie n'est pas une table de population; ils vous disent qu'une table de survie ne pourrait devenir une table de population que pour un peuple immuable, et chez lequel il y aurait égalité entre les naissances et les décès annuels; « mais comme les nais- » sances surpassent *beaucoup* les décès, les nombres ainsi » obtenus sont trop grands, etc. » (Année 1853, p. 223.)

Ainsi, confusion de la table des rapports des âges avec la table de population; confusion de ces deux tables avec la table de survivance; confusion des nombres relatifs avec les nombres absolus; est-ce assez de méprises et de gâchis? Non, M. Bayard nous met encore M. Ancelon sur les bras. Nous examinerons donc prochainement le petit bagage de ce calculateur; puis nous continuerons à apprécier les œuvres de M. Bayard; car nous espérons y faire de rechef quelques découvertes curieuses et instructives.

Dr BERTILLON,
Médecin de l'hôpital de Montmorency.

(*La suite prochainement.*)

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôpital Cochin. — Clinique de M. GOSSELIN.

SUR LE TRAITEMENT DE LA GRENOUILLETTE.

La malade qui a servi de texte à cette leçon est une jeune fille couchée au n° 3 de la salle Saint-Jacques, et qui porte dans le plancher de la bouche une de ces tumeurs auxquelles on a donné le nom de grenouillette. La maladie a débuté au printemps dernier, puis, après être restée quelque temps stationnaire, a fini par disparaître spontanément pour reparaître il y a trois semaines environ. Au moment de son entrée, cette malade présente dans la région buccale une tumeur située sur le côté gauche du frein de la langue. Cette tumeur est du volume d'un œuf de pigeon, d'une couleur blanchâtre, presque transparente, molle, fluctuante. Comme cette grosseur gêne un peu la déglutition et la prononciation des sons, la malade désire en être débarrassée, et se soumet à l'opération que nous décrivons plus loin.

M. le docteur Gosselin, après avoir en quelques mots rappelé les différentes opinions qui ont eu cours dans la science sur la nature de cette maladie, et au sujet desquelles les auteurs sont encore partagés, s'est étendu sur les moyens de traitement qu'on lui oppose. La grenouillette est, comme on le sait, une affection en général peu sérieuse, à part quelques rares exceptions, mais qui, par sa position, devient assez incommode pour que le malade réclame souvent l'intervention de la chirurgie. Certes, si l'on mesurait la certitude de la guérison d'une maladie au nombre des procédés employés pour la combattre, la part faite à la grenouillette serait assez belle. Mais malheureusement il n'en est rien. Les chirurgiens, quelle que fût d'ailleurs leur idée sur la nature de la maladie, ont tous été d'accord sur ce premier point : évacuer le liquide par l'incision ou la ponction de la poche; puis, quelques-uns se sont proposé d'empêcher la reproduction de la tumeur, soit en fournissant au liquide une issue au moyen d'une ouverture permanente, soit en enlevant la poche elle-même; mais ce dernier procédé a été rarement employé et est d'ailleurs difficile. Le séton, le bouton de chemise de Dupuytren, pas plus que l'excision, n'ont donné des résultats satisfaisans. Cependant, il faut dire que le séton, préconisé principalement par M. Laugier, a assez bien réussi entre ses mains, mais c'est un moyen long et gênant pour le malade.

Quelques chirurgiens, considérant la grenouillette comme un kyste adventif, eurent l'idée de lui appliquer le traitement des kystes séreux et la grenouillette fut traitée comme l'hydrocèle. Mais l'injection de la teinture d'iode, outre les chances de récidive dont elle ne défend pas le malade plus que les autres procédés que nous venons de rappeler, offre un inconvénient assez sérieux sur lequel M. Gosselin insiste particulièrement. Si, comme cela arrive assez souvent, le liquide contenu dans le kyste offre de la consistance, est trop visqueux pour s'écouler librement par l'ouverture artificielle, on injecte dans la poche une certaine quantité d'eau destinée à faciliter son écoulement. La muqueuse distendue est trop mince pour résister, elle se perfore, et, lorsqu'on vient à injecter la teinture d'iode, celle-ci sort par l'ouverture accidentelle et s'épanche dans la bouche, où son passage détermine des sensations fort désagrables pour l'opéré. M. Gosselin a, d'ailleurs, suivi deux malades traités de cette façon. Chez l'un, l'ouverture du trocart s'est fermée, et il y a eu récidive; chez l'autre, la poche a suppuré, la plaie faite par l'instrument s'est rouverte et il y a eu guérison il est vrai, mais après suppuration. Ceux qui ont vanté la teinture d'iode ont eu tort de ne pas chercher et de ne pas dire si la guérison radicale était obtenue sans suppuration. Il est douteux qu'il n'en soit pas ainsi.

En poursuivant cette revue rapide des principaux moyens employés pour la cure de la grenouillette, nous arrivons à la méthode autoplastique de M. Jobert, modifiée par M. Forget (de Paris). Nous ne doutons pas de l'efficacité de ce moyen, mais nous pensons que c'est une opération bien pénible pour le malade et bien laborieuse pour le chirurgien qui se trouve en présence d'une affection aussi légère.

La plupart des procédés que nous venons de rappeler sont donc, en général, longs dans leur durée, incertains dans leurs effets, car aucun d'eux n'offre une certitude absolue de guérison radicale, et cela tient surtout à ce que l'ouverture faite à la poche se ferme trop vite.

Si maintenant, avec M. Gosselin, nous recherchons les principes qui ont guidé les chirurgiens dans la cure de cette maladie, nous voyons que quelques-uns sont partis d'un point de vue erroné sur la nature de la grenouillette, et que par suite le résultat a été contraire à leurs prévisions. Pour certains auteurs, en effet, cette tumeur a été considérée comme la conséquence d'une accumulation de salive, et ils se sont dit : en livrant passage à ce liquide, l'afflux continuel qui se fera par là empêchera la fistule accidentelle de se fermer jusqu'à l'oblitération du kyste, mais, par malheur, le liquide ne provient pas le plus souvent de la glande sous-maxillaire, et l'ouverture, au lieu de rester fistuleuse, a la plus grande tendance à se fermer comme toutes les plaies de la cavité buccale; dès lors qu'elle est fermée le liquide afflue de nouveau et la tumeur reparaît.

Quant à l'opinion que la grenouillette est due à la dilatation du canal de Warthen, elle est presque abandonnée, et cependant, quoique beaucoup de chirurgiens admettent que cette tumeur est le plus souvent, sinon toujours, un kyste indépendant du conduit de Warthen, la plupart n'en persistent pas moins à croire que l'indication à remplir dans le traitement de cette maladie, est d'établir une ouverture permanente, sorte de fistule salivaire artificielle. Mais comme nous l'avons fait déjà remarquer, M. Gosselin s'est convaincu, par l'observation de malades traités par lui-même ou par d'autres, qu'on n'arrivait jamais à ce résultat, et que les ouvertures faites au moyen des procédés connus se fermaient très vite et le plus souvent avant que la cavité du kyste ait eu le temps de disparaître par l'adhésion de ses parois à elles-mêmes. M. Gosselin juge que l'indication à remplir est de tenir l'ouverture assez longtemps béante pour que l'oblitération de la poche ait le temps de se faire avant que cette ouverture soit cicatrisée.

Cette indication une fois posée, on peut y satisfaire par toutes les opérations connues. L'essentiel est de bien savoir que si l'on abandonne l'ouverture à elle-même, elle se fermera trop tôt. Il est donc nécessaire que le chirurgien intervienne tous les jours, tant pour entretenir l'ouverture que pour exciter le retrait des parois du kyste.

M. Gosselin fait donc d'abord l'excision suivant le conseil de Boyer, et cautérise ensuite avec l'azotate d'argent; le lendemain, il introduit un stylet pour rouvrir la plaie, qui a de la tendance à se fermer; le surlendemain, il cautérise de nouveau la cavité; le troisième ou le quatrième jour, il agrandit avec les ciseaux l'ouverture devenue trop étroite; et les jours suivans, il cautérise encore. Après dix ou douze jours de ces soins assidus, si l'introduction du stylet fait reconnaître que la cavité est oblitérée, il abandonne l'ouverture à elle-même. Si elle fait voir que le trajet a encore une certaine longueur, il agrandit de nouveau l'orifice avec des ciseaux. Rarement on doit continuer ces soins au delà de quinze jours. Après ce laps de temps, l'ouverture extérieure se ferme, et la cavité étant oblitérée, on n'a pas à craindre de récidive.

M. Gosselin a opéré plusieurs malades de cette manière, et chez trois qu'il a suivis depuis plusieurs années, la récidive n'a pas eu lieu et l'ouverture reste fermée.

Ce procédé, que nous venons de décrire assez minutieusement, n'est pas, du reste, seulement applicable à la grenouillette, il peut encore s'étendre à d'autres affections, et notamment lorsqu'on a affaire à une cavité dont les parois sécrètent un liquide, et qui n'ont pas de tendance à se rapprocher spontanément. M. Gosselin l'a employé avec succès dans différens cas, et il y a dans les salles de l'hôpital Cochin une malade qui a été traitée de la sorte pour un kyste osseux de l'os maxillaire inférieur, qui avait acquis un volume considérable, et étant causé par l'accumulation d'un liquide séro-sanguinolent dans la substance interposée aux deux lames de tissu compacte.

Cette malade, dont l'observation serait trop longue à placer

ici, est maintenant presque entièrement guérie. L'opération a consisté dans une large incision faite par le vestibule de la bouche, puis l'oblitération a été provoquée d'abord par des tampons de charpie sèche et, plus tard par la cautérisation, répétée tous les jours, de la cavité du kyste, en même temps que par des manœuvres très fréquemment répétées on empêchait l'orifice de se fermer.

Emile TILLOT.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 Décembre 1855. — Présidence de M. REGNAULT.

Recherches sur la respiration.

M. le docteur POISEUILLE lit, sous ce titre, un mémoire dont nous publions l'extrait suivant :

Nous avons cherché le temps que mettait à s'écouler, en passant par les capillaires du poumon, une même quantité de liquide n'imbibant que difficilement les tissus, l'organe étant *insufflé* et *non insufflé*, sous la pression de 14 à 15 millimètres de mercure, qui est celle du cœur droit; et nous avons constaté, sur un poumon de lapin mort d'hémorrhagie, que la durée de l'écoulement de 5 centimètres cubes environ, le poumon non insufflé, était de 1' 20", et l'organe insufflé de 1' 59"; dans une insufflation plus grande que la précédente, le temps a été de 2' 19".

Cette expérience, répétée sur des poumons de chats et de chiens tués par l'hémorrhagie, nous a donné des résultats analogues à ceux que nous venons de rapporter, c'est-à-dire que la durée de l'écoulement a toujours été plus considérable, le poumon étant insufflé.

Nous pouvons donc dire que l'insufflation retarde le passage des liquides dans les capillaires du poumon.

Quelques animaux de la classe des reptiles nous ont servi à établir la vérité du troisième point, à savoir, que l'inspiration, dilatant le poumon, entrave la circulation dans les capillaires pulmonaires.

Une grenouille est épinglée sur une lame de liége, on fait une incision à la peau et aux muscles, sur l'un des côtés de la poitrine; le poumon sort par l'ouverture, et le volume qu'il acquiert est en raison de l'air qui y est poussé par l'animal; si la grenouille est très vivace, son ampliation pourra varier dans des limites qui permettront d'examiner au microscope la circulation à travers ses parois devenues transparentes par la dilatation de l'organe, en saisissant les momens où il est plus ou moins dilaté, et cela à l'aide d'un fort grossissement, 60 à 80 diamètres par exemple, puisqu'alors on peut, avec un peu d'habitude, placer aisément et instantanément le poumon au foyer du microscope. C'est ainsi que nous avons pu constater que la vitesse des globules du sang, très grande lors d'une certaine ampleur de l'organe, diminuait de plus en plus, toutes choses égales d'ailleurs, au fur et à mesure de sa dilatation.

Cette expérience peut être faite avec plus de facilité sur le crapaud, moins irritable, en général, que la grenouille.

Ainsi se trouve établi un nouveau lien entre la circulation du sang dans les capillaires des animaux vivans, eu égard aux variations de leur longeur et de leur diamètre, et l'écoulement des liquides dans les tubes inertes de très petits diamètres.

Des faits qui précèdent, nous pouvons donc conclure qu'en effet, l'inspiration entrave la circulation capillaire des poumons, tandis que l'expiration la favorise.

Nous ne saurions terminer sans parler d'un corollaire qui découle naturellement de cette proposition. Le médecin est appelé, dans certaines circonstances, à pratiquer la *respiration artificielle*, par exemple dans l'asphyxie par submersion chez les noyés, dans la mort apparente des nouveau-nés; si l'opérateur, tout entier à l'idée d'introduire de l'air dans la poitrine à l'aide du tube laryngien, fait des insufflations pulmonaires *prolongées* au lieu d'être *instantanées*, il agira évidemment au profit de l'asphyxie qu'il se propose de combattre.

Ces recherches sont extraites d'un travail sur le poumon, dont je m'occupe depuis plusieurs années, et dans lequel ont bien voulu m'assister tour à tour MM. les docteurs Rouget, Baibiani et Le Gendre.

Dans un très prochain travail, j'examinerai, aidé des lumières d'un chimiste connu de l'Académie, les altérations que l'air subit dans le poumon de l'homme, en faisant varier, autant qu'il est possible, suivant les dispositions individuelles, la durée de l'inspiration et de l'expiration.

(Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

De l'emploi du chloroforme dans la chirurgie militaire.

M. BAUDENS adresse, sous ce titre, une note dont nous publions l'extrait suivant :

De grandes questions sont encore aujourd'hui controversées : le débridement préventif des plaies d'armes à feu, l'extraction des esquilles, l'opportunité des amputations immédiates et consécutives, les avantages de la résection sur la perte absolue du membre, etc., etc. Il n'est pas jusqu'au chloroforme dont les bienfaits n'aient été mis en doute, à ce point que l'armée sarde n'ose pas en faire usage. Dans l'armée française, au contraire, ce précieux agent anesthésique a été employé en Crimée sur plus de 25,000 blessés. Le médecin en chef, M. Scrive, dont le nom fait autorité et de qui je tiens ce document, m'a affirmé qu'il n'a donné lieu à aucun accident.

Il est vrai qu'il a été administré par nos médecins d'armée avec une grande prudence et en ayant soin, selon les conseils que j'ai donnés et que j'ai fini par faire prévaloir, de ne jamais dépasser, avec intention, la période d'insensibilité. On sait que ce précepte repose sur les belles expériences de M. Flourens, qui a découvert que l'action du chloroforme sur les centres nerveux est progressive et successive.

Un grand avantage de l'emploi du chloroforme, c'est qu'il permet de régulariser des plaies qui, d'apparence, fatalement mortelles, auraient réduit le chirurgien à l'impuissance dans la crainte de provoquer de nouvelles et inutiles souffrances. D'une part, les blessures ainsi régularisées ont toujours eu pour résultat de diminuer la somme des douleurs, et de l'autre, de procurer quelquefois des cures inespérées. Ainsi, l'éclat d'obus de 2 kil. 150 que j'envoie avec ma lettre a été retiré sous mes yeux à l'ambulance de Sébastopol, par le chirurgien-major Mercier au soldat Etienne du 57me régiment. Le projectile était logé en entier au tiers supérieur et externe de la cuisse droite, il était caché si bien, qu'on n'en voyait aucune portion saillante au dehors. Le fémur était brisé en éclats, la commotion générale était extrême. On comprend, à la vue de cet énorme morceau de fer, toute la gravité de la lésion. Le chloroforme permit l'extraction du corps étranger et l'amputation, ensuite, sans que le malade ait éprouvé la moindre souffrance et avec des chances de guérison qui se continuent.

De tels faits parlent plus haut que la critique; il restait au chloroforme à faire ses preuves sur le champ de bataille, son triomphe a été complet. — (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

De la valeur relative de la désarticulation du genou et de l'amputation de la cuisse.

M. BAUDENS adresse un deuxième travail, d'où nous publions ce qui suit :

Parmi les grandes questions de la chirurgie des champs de bataille encore controversées et qui, pendant ma mission à l'armée d'Orient, ont fixé mon attention, se trouve celle-ci :

1° Quelle est la valeur relative de la désarticulation du genou et de l'amputation de la cuisse?

L'opinion de tous les médecins chefs d'ambulance, et cette opinion a été confirmée par ce que j'ai vu dans les hôpitaux depuis Marseille et Toulon jusqu'à Constantinople et la Crimée, est que la désarticulation du genou doit être préférée à l'amputation de la cuisse toutes les fois qu'il n'est pas possible d'amputer la jambe au-dessous de la rotule. Il est en effet incontestable que la désarticulation du genou a réussi dans un nombre de cas donnés, plus souvent que l'amputation de la cuisse, même au tiers inférieur. Mais l'amputation du genou doit être préférée à celle de la cuisse à une condition expresse, à savoir qu'elle sera faite immédiatement, c'est-à-dire dans les premiers momens qui suivent la blessure. Consécutivement, l'amputation de la cuisse devrait avoir le choix. Cette seconde opinion concorde encore de tous points avec ce que j'ai observé, écrit et professé au Val-de-Grâce pendant les dix années que j'ai été à la tête de ce grand hôpital. Les beaux résultats de désarticulation du genou, consignés spécialement dans ma clinique des plaies d'armes à feu, ont été obtenus en campagne sur des militaires qui venaient d'être atteints par le plomb ennemi.

La différence des succès dus à la désarticulation du genou immédiate ou consécutive tient à ce que, même dans l'état de santé, le volume des os n'est pas en harmonie parfaite avec la quantité des parties molles; et la disproportion devient plus grande encore quand le malade a perdu de son embonpoint par suite de souffrances prolongées et d'abondantes suppurations.

Le procédé opératoire qui en Crimée a donné de si beaux résultats, a toujours été le même. Tous les chirurgiens ont eu recours à celui que j'ai créé et qui m'a si bien réussi, au procédé à lambeau semi-lunaire antérieur, avec conservation d'un gros trousseau de muscles pour masquer en arrière l'échancrure intercondylienne du fémur. Ce procédé opératoire, devenu classique, a été hautement approuvé par les auteurs. Voici dans quels termes l'apprécie M. le professeur Malgaigne, dans son Traité publié en 1854, page 330 :

« Le résultat donné par ce procédé est véritablement admirable..... » l'immense avantage que cette désarticulation présente sur l'amputa» tion dans la continuité, c'est qu'elle conserve aux amputés le libre » jeu de l'articulation coxo-fémorale. C'est encore une de ces opéra» tions trop légèrement condamnées. » — (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

— M. J. GUÉRIN prie l'Académie de voir bien le comprendre dans le nombre des candidats pour la place vacante dans la section de médecine et de chirurgie, par suite du décès de M. Magendie.

— M. BAUDENS adresse une semblable demande.

Les deux lettres sont renvoyées à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 27 Décembre 1855. — Présidence de M. JOBERT (de Lamballe).

M. CHARRIÈRE présente à l'Académie un dynamomètre médical applicable à la mesure de la force de tous les mouvemens partiels des membres et du tronc.

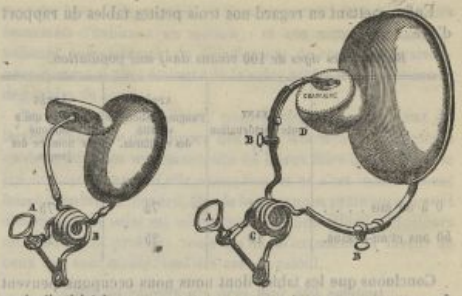
Ce dynamomètre repose sur le principe de la romaine, dont les bras de levier s'allongent à volonté.

Le ressort du dynamomètre offre des dispositions analogues à celles de la serre-fine. (Com. M. Poiseuille.)

— M. CHARRIÈRE présente également à l'Académie, de la part de M. le professeur DUVAL, chirurgien en chef de l'École de médecine navale de Brest :

1° Deux modèles de compresseur à pression continue, munis d'une vis à l'aide de laquelle on peut graduer la pression.

Ces deux instrumens se composent de deux tiges d'acier qui supportent, à une de leur extrémité, deux pelottes compressives; à leur partie moyenne, elles sont roulées en spirale, de manière à faire deux spires concentriques; chacune des deux extrémités de la tige, c'est-à-dire la portion qui prolonge les spirales à droite et à gauche; est percée d'un trou dans lequel s'engage une vis de rappel. La pression est faite par la



seule élasticité du ressort, mais, en tournant la vis de gauche à droite, on rapproche les deux extrémités des tiges et la pression est plus considérable. En tournant en sens contraire, ces deux extrémités s'éloignent et on diminue le degré de pression.

L'un de ces modèles est à tiges, qui peuvent être allongées ou raccourcies à volonté, et a une de ses plaques articulées, de telle sorte que l'on peut diriger la compression dans le sens que l'on désire, sans avoir besoin de changer le point d'appui.

2° Trois modèles de pinces unissantes, à pression continue; ces modèles ressemblent en tout point à des serres-fines doubles, excepté le plus grand, dont les mors sont mousses. Les ressorts de chacune de ces pinces sont construits d'après les mêmes principes que le compresseur décrit plus haut et sont réunis par une tige transversale, munie d'un trou dans lequel s'engage une vis, qui, comme dans le compresseur précédemment décrit, augmente la force de constriction des mors de la pince.

Fig. 3. Fig. 2. Fig. 1.



Fig. 1. *B* double ressort spiral; *A* vis de rappel.

Fig. 2. *A* vis de rappel; — *BB* vis de pression pour fixer les deux parties des arbres du compresseur, qui glissent l'une sur l'autre; — *C* double ressort spiral; — *D* pelote mobile articulée, à charnière.

Fig. 3. *AAA* vis de rappel pour augmenter le mors des pinces; — *BBBB* extrémité du levier pour écarter les mors des pinces.

3° Un modèle d'appareil de fracture de l'avant-bras, qui se compose de deux coussins destinés à refouler les muscles dans l'espace interosseux et fixés sur deux attelles qui, elles-mêmes, sont réunies à l'aide de deux tiges en fil de fer, roulées de manière à faire un ressort spiral à à droite et à gauche, qui fait pression continue. Une vis de rappel analogue à celles des précédens appareils permet d'augmenter ou de diminuer à volonté la force des ressorts, ou plutôt règle l'écartement qui doit exister entre les deux coussins, en modifiant la forme, l'épaisseur des coussins.

M. Duval applique ce même appareil aux fractures de l'extrémité du radius.

4° Un modèle d'appareil à double plan incliné, pour les fractures du col et du corps du fémur.

Cet appareil est disposé de manière à présenter une saillie arrondie au niveau du creux poplité, une coulisse permet d'allonger ou de raccourcir le plan fémoral, de manière à lui donner une longueur proportionnelle à celle du fémur fracturé. Les deux plans tibial et fémoral reposent sur un troisième plan horizontal, à l'extrémité inférieure duquel sont creusées des rainures, dans lequel on engage l'extrémité du plan tibial, de manière à pouvoir donner aux deux plans l'inclinaison nécessaire.

Plusieurs tiges métalliques, fixées à l'extrémité du plan horizontal, peuvent servir à attacher des lacs extensifs; enfin des attelles latérales, que l'on peut enlever à volonté, servent à maintenir des coussins de remplissage et à empêcher de vaciller le membre fracturé placé dans un appareil de Scultet complet, bandes, coussins, attelles, etc., etc. — (M. Bégin rapporteur.)

Par arrêté de M. le préfet de police, M. le docteur Lélut est nommé président et M. Trébuchet secrétaire du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine pour 1856.

— M. le docteur Alex. Mayer, médecin de l'inspection générale de la salubrité et médecin-adjoint de l'hospice des Quinze-Vingts, vient, sur la proposition du ministre de l'instruction publique, d'être nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Le Gérant, G. BICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

EN VENTE:

Aux Bureaux de L'UNION MÉDICALE, et chez tous les Libraires de l'École de médecine,

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

POUR LA VILLE DE PARIS.

Fondé par DOMANGE-HUBERT et continué par l'Administration de L'UNION MÉDICALE.

VINGT-SEPTIÈME ANNÉE — 1856.

Cet ouvrage renferme le recueil des lois spéciales relatives à l'enseignement et à l'exercice de la médecine et de la pharmacie; les renseignemens les plus complets et les plus exacts sur les Facultés de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie (personnel, enseignement, etc.), sur les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sur le haut enseignement public qui se fait au Muséum d'histoire naturelle, au Collége de France, à la Faculté des sciences et à la Faculté des lettres, sur tout ce qui rentre dans le domaine de l'Assistance publique (hôpitaux et hospices, secours à domicile); le tableau complet de toutes les Sociétés savantes de Paris se rattachant à la médecine et à la pharmacie; les indications nécessaires aux médecins et aux pharmaciens dans leurs relations avec les diverses Administrations publiques; le Service de santé des Autorités et Administrations; l'énumération de tous les Journaux de médecine et de pharmacie qui se publient à Paris; enfin, la Liste (avec les adresses, les titres officiels et les heures de consultations) de tous les Médecins et Pharmaciens du département de la Seine, et celle des Sages-femmes de Paris; cette Liste est reproduite par rues pour les Médecins et les Pharmaciens de Paris.

UN JOLI VOLUME IN-18, IMPRIMÉ EN CARACTÈRES NEUFS, FONDUS EXPRÈS. — PRIX : 3 FRANCS 50 CENTIMES.

Tome X. — N° 3. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 5 Janvier 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 2 Janvier 1856 : Correspondance. — Installation du bureau de l'Académie pour 1856. — Suite de la discussion sur le séton. — III. COURRIER.

PARIS, LE 4 JANVIER 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les complimens de nouvel an. — Les exutoires et la révulsion devant l'Académie.

L'Académie a convenablement inauguré le nouvel an. Après l'installation du nouveau bureau, après une allocution simple et digne de M. Bussy en prenant le fauteuil de la présidence, après les remercîmens d'usage aux membres du bureau dont les fonctions ont expiré, l'Académie a repris la discussion sur les exutoires et sur la révulsion. Avant d'aborder cette partie de la séance, signalons, dans l'allocution de M. Bussy, une pressante recommandation aux deux commissions du choléra de 1849 et de 1854 de hâter leurs rapports. Il serait affligeant, a dit l'honorable président, que ces deux grandes épidémies si meurtrières eussent passé sur notre pays sans que l'Académie de médecine laissât des traces des études et des recherches qu'elles ont suscitées. Recommandation fort sage et fort opportune assurément, mais sur l'efficacité de laquelle nous voudrions pouvoir compter.

Deux orateurs ont pris part à la discussion sur les exutoires et sur la révulsion : M. Parchappe et M. Bousquet.

M. Parchappe a très judicieusement fait remarquer ce que dès le début de cette discussion nous avions fait observer nous-même, à savoir que la question pratique du séton et des autres exutoires se rattachait directement à la question plus générale de la révulsion, laquelle impliquait de toute nécessité une question encore plus élevée de philosophie médicale, c'est-à-dire la question du vitalisme. C'est dans ce sens que nous nous étions permis d'adresser non pas une critique, mais une simple observation à M. Bouvier qui nous paraissait, dans ses savans discours, s'être arrêté en route, avoir parfaitement montré la corrélation entre l'emploi des exutoires et la doctrine thérapeutique de la révulsion, mais avoir négligé de remonter plus haut, de la doctrine au principe, c'est-à-dire de la révulsion au vitalisme.

M. Parchappe a été plus net et plus ferme sur ce point. Après une savante analyse de la doctrine d'Hippocrate sur la révulsion et de son commentaire par Galien, l'orateur a montré que cette doctrine de la révulsion qui transsude, pour ainsi dire, dans les plus célèbres aphorismes d'Hippocrate, et dont il a fort à propos rappelé le texte, que cette doctrine émanait d'une doctrine philosophique plus générale et plus haute, qui n'est autre que le dynamisme de la matière organisée et vivante.

L'antiquité, la pérennité, la transmissibilité successive de la doctrine de la révulsion, une fois démontrée par M. Parchappe, qui la suit dans les évolutions des âges et de la science, sententieuse et aphoristique par Hippocrate, développée et quelquefois obscurcie sous les longs commentaires de Galien, notre savant confrère a comparé cette doctrine antique à la conception moderne de la maladie et n'a trouvé à signaler aucune différence essentielle. Comme les anciens, nous admettons les solutions critiques de la maladie par les hémorrhagies, par les sécrétions, par les éruptions cutanées, etc. Comme eux, nous croyons aux métastases spontanées, utiles ou nuisibles, et comme eux tantôt nous avons à respecter, tantôt à combattre, tantôt à diriger ces phénomènes naturels de la maladie. Seulement, l'observation moderne, plus exacte dans ses détails, a permis d'étendre et de compléter, sur ce point, l'observation antique.

Élargissant encore le cercle de ses réflexions, M. Parchappe a fait voir que l'idée médicale moderne, de quelque nom qu'elle se revête, animisme, mécanicisme, organicisme, chimisme, etc., que cette idée est partout et toujours essentiellement vitaliste. Et cette réflexion est profondément vraie et juste. De là la nécessité très prochaine, pour l'Académie, d'aborder, résolument et de front, cette grande conception du vitalisme qui se trouve, sciemment ou non, au fond de toutes les croyances médicales ; et, ce qui est plus sérieux, au fond de toute thérapeutique raisonnable, avec ou sans l'assentiment de ceux qui l'emploient. Ce n'est pas là une pure vue de l'esprit, une affaire de caprice et de mode, comme nous le disait dernièrement, à cette même place, notre savant ami M. le professeur Forget, qui, trop promptement a conçu des alarmes de ce retour vers le principe vitaliste pour les conquêtes de l'observation moderne ; non, c'est une loi nécessaire de l'étude de l'organisme vivant, et, sous ce rapport, ce serait une recherche piquante autant qu'instructive celle qui tendrait à montrer qu'aujourd'hui, dans l'état actuel des esprits et de la science, on ne trouverait peut-être pas une seule négation autorisée du vitalisme ; à découvrir ce vitalisme plus ou moins bien caché sous les formules les plus accentuées de la chimie de M. Dumas, de M. Liebig, de M. Mialhe ; sous les expériences les plus anatomiques, en apparence, de M. Cl. Bernard, de M. Brown-Séquard, sous les conceptions les plus franchement organicistes de M. Piorry et de M. Forget lui-même.

Et qui pourrait, en effet, répugner à la conception du vitalisme, telle que, dans ce discours remarquable, l'a fait pressentir plus qu'il ne l'a exposée l'éloquent orateur dont nous analysons les réflexions ? Pour lui, comme pour nous, le vitalisme bien entendu, le vitalisme tolérant et progressif se concilie à merveille avec toutes les exigences de la science moderne. Il n'y a ni identité ni antagonisme entre les forces de la vie et les forces de la nature inorganique. Il y a concours simultané de ces deux dynamismes, et, selon l'expression neuve et hardie de M. Parchappe, « la vie n'est pas un antagonisme, mais une harmonie. » Il y a tout un programme dans cette pensée, brillante et juste contre-partie de la définition célèbre de Bichat.

Nous nous arrêterions certainement plus longtemps à cette analyse incomplète du discours de M. Parchappe, si nous n'étions assez heureux pour placer ce discours tout entier sous les yeux de nos lecteurs. Ils reconnaîtront avec nous que c'est là une œuvre de haute portée ; et puisqu'il s'agit d'élection prochaine, l'Académie comprendra, sans doute, la nécessité de s'attacher un membre de cette valeur et de cette distinction autrement que par le titre trop modeste de correspondant.

Le discours de M. Bousquet était attendu avec une certaine impatience. La position très nette prise par cet honorable académicien dans les discussions sur la variole et sur l'aliénation mentale faisaient pressentir, de sa part, une attaque non moins vive contre les opinions soutenues par M. Malgaigne et auxquelles M. Piorry seul, jusqu'ici, est venu franchement en aide.

Le discours de M. Bousquet a surpris tout le monde. L'honorable orateur est parti de la doctrine de la révulsion, dont il admet la légitimité et l'utilité, pour arriver à ce qui a pu paraître une attaque formelle et très vive contre les révulsifs, et qui n'a été, en définitive, qu'une critique de leur abus et qu'une limitation de leur puissance d'action. Il adopte le principe, mais il en rejette l'application abusive ; il croit à la médication, mais il ne croit pas à l'infaillibilité du remède. Cette apparente contradiction a produit un grand étonnement parmi ceux qui vivent en communion d'idées avec M. Bousquet. Mais, y a-t-il contradiction ? M. Bousquet n'aurait-il fait que reproduire, sous une forme meilleure et plus autorisée, ce que nous avons nous-même exposé, savoir que, dans la discussion actuelle, s'agitent plusieurs questions d'une importance différente, une question de principe, celle du vitalisme ; une question de doctrine, celle de la révulsion ; une question de thérapeutique, celle des révulsifs ?

Considéré de ce point de vue, le discours de M. Bousquet présente une signification que nous acceptons, pour notre compte, dans une certaine mesure, et la contradiction devient plus apparente que réelle. M. Bousquet est vitaliste, il n'avait pas besoin de faire une nouvelle profession de foi à cet égard ; comme vitaliste, il croit à l'existence et à la possibilité de la révulsion, il l'a dit très explicitement ; mais cette révulsion, en tant que méthode thérapeutique, il l'a croit resserrée dans des limites assez étroites qui en font toute l'opportunité, la période initiale des maladies et leur période de déclin et de résolution. Hors de là, c'est-à-dire dans la période d'*état* des maladies, l'art est pour lui impuissant, c'est la nature qui fait tous les frais de la lutte, l'organisme en sort vainqueur ou vaincu, mais l'intervention de l'art n'a que faire dans ce conflit.

Qui ne reconnaît là le naturisme hippocratique, et pourquoi s'étonner, dès lors, que M. Bousquet ait été rationnellement conduit à en exposer de nouveau les principes de conduite à l'occasion des médicamens révulsifs ? C'était très logique, au contraire, car qui ne sait que le naturisme hippocratique n'a dans la thérapeutique active qu'une fort médiocre confiance ? M. Bousquet a reproduit, avec une énergique conviction, ce qui est dans l'esprit d'un très grand nombre de praticiens, ce qui a été si souvent dit devant l'Académie, où cette proposition a souvent attiré de longues discussions : il n'est pas au pouvoir de l'art d'abréger d'une seconde la durée d'une phlegmasie confirmée. Que M. Bouillaud, que M. Piorry s'élèvent violemment contre cette proposition, c'est le droit de leur thérapeutique organicienne et jugulante. Mais que les médecins vitalistes, que les hippocratistes en soient scandalisés, c'est ce que nous ne saurions comprendre, car là serait la contradiction.

Disons-le, cependant, le discours de M. Bousquet laisse à désirer une transition moins brusque et moins heurtée entre sa première et sa seconde partie, entre ses prémisses et sa conclusion. Un peu plus de temps et de préparations aurait sauvé sans doute cette apparente dissonance logique que nous avons entendu lui reprocher de plusieurs côtés. Certainement, M. Malgaigne ne pourra que s'emparer avec bonheur de la critique, aussi vive que spirituelle, faite par M. Bousquet, de l'abus des exutoires à demeure. Et cependant, et à plus forte raison encore aujourd'hui, insisterons-nous sur la nécessité impérieuse de séparer, dans cette discussion, ce qui est de principe et de doctrine, de ce qui n'est qu'expérimental et pratique. Nous avons loué, nous avons remercié M. Malgaigne d'avoir porté la discussion sur le terrain de la thérapeutique. La question de la valeur des exutoires est si peu résolue, que l'Académie elle-même vient de la donner comme sujet de prix. Ce que nous avons loué en M. Malgaigne, pourrions-nous le blâmer en M. Bousquet ?

Mais n'est-il pas singulier, et pouvons-nous nous empêcher de faire remarquer que deux orateurs, partant de points si divergens, arrivent à la même conclusion ? M. Bousquet part du dogme de la révulsion dont il admet l'existence, dont il reconnaît l'antiquité et qu'il fait procéder avec raison du principe vitaliste ; mais cette révulsion il ne l'admet que naturelle, que spontanée, que comme un résultat des phénomènes intimes du dynamisme vivant, que comme un témoignage et un produit de la lutte intestine entre l'organisme et le principe morbifique ; quant à la révulsion artificielle et provoquée, M. Bousquet en rétrécit énormément la sphère d'action ; il ne la croit utile et possible que dans la période d'imminence morbide, ou quand il ne s'agit plus, par un effort de l'art, que de venir en aide aux efforts suprêmes de la nature. C'est là la conception hippocratique pure, celle qui avait divisé l'antiquité, car si elle eut ses partisans, elle eut aussi ses adversaires, comme le témoigne l'épigramme célèbre par laquelle elle fut définie : une méditation sur la mort.

M. Malgaigne d'où part-il ? On ne le voit, si ce n'est d'une négation pure. Du vitalisme il ne parle pas ; la révulsion, il la nie ; les révulsifs, il les condamne. Et puis, appel à l'étude nouvelle : observation, expérience, remettez-vous à l'œuvre, et nous verrons après.

Scepticisme des deux parts.

Est-ce donc là le terme fatal où doit aboutir, quel que soit le point de départ, l'art médical ? Nous ne saurions accepter ici cette solution. Dans des réflexions dont on a bien voulu approuver l'intention (voyez *La tradition et l'empirisme*, in UNION MÉDICALE des 27 novembre et 1er décembre 1855), nous avons cherché à préciser ce qu'il fallait entendre par la *foi* et par le *doute* en médecine. Nous nous en référons à cette exposition de principes, sur laquelle nous pourrons revenir si la discussion actuelle nous y entraîne de nouveau.

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 Janvier 1856. — Présidence de M. BUSSY.

La correspondance officielle comprend les pièces suivantes transmises par le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics :

Rapport de M. le docteur LECŒUR, médecin des épidémies de l'arrondissement de Caen, sur une épidémie de choléra qui a régné dans les mois d'août, de septembre et d'octobre 1855, dans quelques communes du littoral du Calvados.

— Rapport de M. le docteur MANGIN, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Julien (Vosges).

— Rapports des médecins des épidémies du département des Hautes-Pyrénées, sur les épidémies qui ont régné dans ce département en 1854.

— Rapport de M. CHAPEL, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Malo, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans cet arrondissement en 1855.

(Commission des épidémies.)

— Demande en autorisation d'exploitation d'une source minérale située à Saux, commune de Decize (Nièvre).

— Demande en autorisation d'exploitation de sources existant à Auranson (Gers).

(Commission des eaux minérales.)

— Recette d'un médicament contre l'hydrophobie. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Tableau des vaccinations pratiquées, en 1854, dans les départemens de l'Ain et du Doubs. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivans :

Résumé des vaccinations pratiquées, en 1854, dans le troisième canton de Reims, par M. le docteur PANIS, professeur d'accouchemens à l'École de Reims. (Comm. de vaccine.)

— M. CHARRIÈRE fils soumet à l'Académie deux sondes et deux porte-nitrates fabriquées avec l'aluminium.

M. BUSSY, en prenant place au fauteuil du président, remercie l'Académie de ses suffrages. Il ajoute que les discussions, quelque grand que soit leur intérêt, ne doivent pas distraire l'Académie de ses travaux. Les commissions du choléra 1849 et 1852 n'ont pas encore présenté le rapport sur ces deux épidémies; il se propose de stimuler leur zèle.

M. Bussy adresse, au nom de l'Académie, des remercîmens à M. Jobert (de Lamballe) président sortant, ainsi qu'à MM. Rostan et Robert, membres du conseil.

Il raconte la réception faite au bureau de l'Académie aux Tuileries et au ministère de l'instruction publique, à l'occasion du nouvel an.

M. DEPAUL : Messieurs, permettez-moi aussi de vous remercier des nouveaux suffrages par lesquels vous m'avez maintenu dans les fonctions de secrétaire annuel. Cet honneur, qui me dédommage amplement des quelques soins que je me suis efforcé d'apporter dans l'accomplissement de mes devoirs, m'impose l'obligation de redoubler de zèle et d'activité et je n'ai pas besoin de vous dire qu'à ce double titre l'Académie peut compter sur tout mon bon vouloir.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le séton.

M. MALGAIGNE, qui s'était fait inscrire, renonce à prendre la parole dans cette séance, dont l'heure coïncide avec celle de sa leçon à l'amphithéâtre de la Faculté.

M. Parchappe a la parole.

M. PARCHAPPE : Dans la science de la vie et dans l'art médical tout se tient et tout s'enchaîne si étroitement, qu'il n'y a pas de question si petite qui ne puisse toujours, et qui ne doive souvent, susciter les problèmes les plus graves et les plus généraux.

Le choix à faire entre les petits et les gros sétons implique l'appréciation de l'utilité d'abord, en particulier, des sétons, puis, et en général, des exutoires permanens.

Or, l'utilité thérapeutique des sétons, petits ou gros, et des exutoires permanens ne peut être justifiée ou contestée qu'à raison de l'aptitude ou de l'inaptitude de ces médications à satisfaire des indications rationnellement ou empiriquement déterminées.

L'indication rationnelle des sétons et des exutoires permanens s'appuie, pour ceux qui admettent leur utilité, sur la doctrine de la révulsion.

Si, comme on l'a avancé, il n'y a jamais eu dans le passé et il n'y a pas dans le présent une doctrine thérapeutique de la révulsion qui mérite d'être sérieusement prise en considération par des médecins rigoureux, l'indication rationnelle des exutoires permanens, en tant que révulsifs, manque de base.

Ce n'est plus, dès lors, l'utilité des exutoires permanens qui est le sujet de la discussion, c'est l'existence, c'est la valeur de la doctrine de la révulsion, c'est-à-dire une grande question de thérapeutique étroitement liée aux plus grandes questions de la pathologie et de la physiologie.

Mais, à défaut d'un fondement rationnel, emprunté à la science si difficile et encore si imparfaite des lois de la vie dans la santé et la maladie, l'indication des exutoires permanens peut être considérée comme répondant à ces indications purement empiriques que la thérapeutique n'a pas le droit de négliger, sous peine de perdre une grande partie de sa puissance, et que représente, par exemple, l'indication du quinquina dans les fièvres intermittentes, ou du mercure dans la syphilis.

L'expérience pure a été invoquée pour et contre l'utilité des exutoires permanens.

En face des affirmations et des contradictions portant sur le fait d'expérience, se pose, non pas purement et simplement la question du choix à faire entre les autorités, mais plus largement et plus scientifiquement la question des conditions de la certitude en thérapeutique.

Ainsi, en définitive, l'examen de l'utilité des exutoires permanens aboutit logiquement et nécessairement, d'une part, à une question de physiologie pathologique, celle de la doctrine de la révulsion; d'autre part, à une question de méthode philosophique, celle de la certitude thérapeutique.

Des deux questions, celle qui se rapporte à la démonstration empirique de l'utilité des révulsifs et des exutoires a été conduite aussi près que possible d'une solution par MM. Velpeau, Gerdy, Bouley, Leblanc.

Dans celle qui se rapporte à la doctrine thérapeutique de la révulsion, il y a encore assez d'ampleur pour que j'eusse hésité à l'aborder, si les nécessités d'une discussion académique, en imposant l'obligation d'une exposition succincte et condensée, ne m'autorisaient à compter sur une patiente attention, en même temps que les difficultés du sujet me permettent d'espérer une bienveillante indulgence.

La réalité de l'existence d'une doctrine médicale de la révulsion, servant de fondement à des indications et à des médications dans la thérapeutique de tous les temps depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, ne saurait être sérieusement mise en doute.

Les remarquables discours de M. Bouvier, et de M. Malgaigne lui-même, me paraissent avoir démontré suffisamment, pour les besoins de la discussion, cette vérité de l'existence d'une doctrine de la révulsion se révélant, dans les écrits des médecins de tous les temps, par le mot, par l'idée, par le fait, comme elle se retrouve de nos jours dans notre langage, dans notre pensée, dans notre pratique.

Ce n'est pas sur ce point qu'il peut y avoir contestation durable.

La contradiction de l'honorable M. Malgaigne, bien que sa parole ait plus d'une fois dépassé sa pensée, ne porte au fond et en définitive que sur des points en effet plus controversables et aussi plus importants, d'abord sur l'identité de la doctrine, puis sur la réalité de sa valeur.

Pour vérifier rigoureusement l'identité traditionnelle de la doctrine de la révulsion, il y aurait à réaliser d'immenses recherches historiques et critiques, et pour en exposer la preuve complète ce n'est pas un discours académique qui pourrait suffire.

Heureusement il est possible d'acquérir pour soi-même et peut-être de faire partager aux autres une conviction suffisante sur ce point, par une méthode beaucoup plus courte et presque aussi sûre.

Il faut d'abord s'entendre sur ce que peut être l'identité traditionnelle d'une doctrine dans le développement historique de la science médicale.

Sans aucun doute l'ensemble des vues et des connaissances qui doivent nécessairement se rattacher à toute conception, dans laquelle se trouvent impliqués les phénomènes de la vie, ne peut manquer de varier considérablement d'une époque à l'autre. Mais les différences, corrélatives à l'état général de la science et à la nature des doctrines physiologiques et pathologiques dominantes dans les écoles, peuvent ne pas porter sur ce qu'il y a de plus essentiel dans la conception doctrinale dont il s'agit de vérifier l'identité.

N'en est-il pas ainsi de la conception pathologique de l'inflammation?

Que les anciens et les modernes, qu'Hippocrate, Galien, Van Helmont, Boerhaave, Hoffmann, Hunter, Barthez et Broussais aient fait entrer dans leur conception de l'inflammation des vues et des connaissances fort différentes, c'est ce que nul ne serait tenté de contester.

Mais tous et chacun n'ont-ils pas fait entrer dans l'idée de cette maladie, comme données essentielles et caractéristiques de son existence, le gonflement, la rougeur, la chaleur et la douleur?

Sous ce point de vue il est évidemment permis d'affirmer l'identité traditionnelle de la conception pathologique de l'inflammation.

N'en serait-il pas de même de la conception thérapeutique de la révulsion?

N'y a-t-il pas dans l'ensemble des faits d'où est née l'idée médicale de la révulsion, quelque chose qui, comme la tumeur, la rougeur, la chaleur et la douleur relativement à la conception pathologique de l'inflammation, représente relativement à la conception thérapeutique, pour toutes les époques et pour toutes les écoles, des données fondamentales communes et identiques?

C'est là précisément ce qui me paraît incontestable et ce qu'une vérification historique, complétement faite, ne manquerait pas de prouver invinciblement.

Mais, pour obtenir une démonstration suffisante de cette vérité, il n'est pas indispensable de suivre pas à pas, de grand homme à grand homme, et d'école à école, dans tout le cours des siècles, les diverses phases du développement théorique et pratique de la doctrine thérapeutique de la révulsion.

Il suffit, ce me semble, de fixer aussi exactement que possible ce qu'a été cette doctrine, au point de départ, dans la médecine antique, et de rapprocher de cet exposé une appréciation non moins fidèle de ce qu'est cette doctrine à l'époque où nous vivons.

S'il y a entre les données essentielles de la doctrine à ces deux époques extrêmes une conformité réelle, il sera légitime d'en conclure, sans avoir à invoquer expressément des preuves pour les époques intermédiaires, l'identité traditionnelle de la doctrine; et ne sera-t-il pas permis d'en conclure immédiatement aussi la réalité de la valeur d'une doctrine ainsi consacrée par l'autorité universelle?

C'est à bon droit que Galien a proclamé Hippocrate l'inventeur de la doctrine thérapeutique de la révulsion.

En effet, dans les Aphorismes, celui des traités de la collection hippocratique dont l'authenticité est la plus incontestable, se trouvent très positivement constatées les données fondamentales de cette doctrine, très nettement formulés ses principes essentiels.

La doctrine thérapeutique de la révulsion est implicitement contenue dans la conception hippocratique de la nature de la maladie. Elle n'est autre chose que l'application au traitement des maladies de l'une des vues essentielles à cette conception, fondée, comme la conception elle-même, sur les données de l'observation.

Le développement de phénomènes qui constitue la maladie, qui exprime une réaction de la vie contre la cause de la maladie, qui consiste dans une élaboration de la matière morbide, la coction, et qui a pour but l'élimination de ce que le travail du corps n'a pu vaincre, la crise, doit être respecté, lorsque ce développement se produit de manière à représenter une tendance salutaire de la nature vers la guérison.

Ce principe dominant de la thérapeutique hippocratique est formulé dans l'aphorisme 20 de la 1re section :

— Ce qui se juge ou ce qui est parfaitement jugé ne doit être ni mu ni changé par des purgatifs ou d'autres irritans, mais doit être respecté.

Ce précepte de l'abstention, qui a eu tant de retentissement sous le nom d'expectation hippocratique, est loin de représenter, comme on a trop souvent affecté de le dire, toute la thérapeutique du médecin de Cos.

L'observation prouve que la nature, pour effectuer la guérison des maladies, se sert du déplacement du principe morbide, du transport de sa cause matérielle d'un lieu dans un autre lieu du corps. C'est dans un tel déplacement que consiste principalement la crise.

— Dans l'angine, le développement d'un gonflement au cou, d'un gonflement et d'un érythème sur la poitrine, est un bien; car la maladie se porte au dehors. Aph. 37, s. 6, et 49, s. 7.

— Chez une femme qui vomit du sang, l'éruption des règles amène la guérison. Aph. 32, s. 5.

— Dans les diarrhées prolongées, le vomissement spontané guérit la diarrhée. Aph. 15, s. 6.

— Pour qui a une ophthalmie, être pris de diarrhée c'est un bien. Aph. 17, s. 6.

— Chez les maniaques, l'apparition de varices ou d'hémorrhoïdes guérit la manie. Aph. 21, s. 6.

— Quand dans les fièvres l'ouie devient dure, une hémorrhagie par les narines ou une perturbation alvine dissipe la maladie. Aph. 60, s. 4.

La tendance de la nature à effectuer la guérison des maladies par l'élimination critique de la matière morbide doit être favorisée et les procédés qu'elle emploie pour atteindre ce but peuvent être imités par l'art, dans certaines conditions que l'observation permet d'apprécier.

L'élimination critique ne doit être provoquée que quand l'élaboration nécessaire de la matière morbide, la coction, a été accomplie.

— On ne doit purger et déplacer qu'après la coction et non dans la crudité, ni au début de la maladie, à moins qu'il n'y ait orgasme, ce qui est rare. Aph. 22, s. 1.

L'indication d'agir subsiste quand la crise a été incomplète.

— Ce qui est demeuré au dedans après la crise, dans les maladies, produit ordinairement des récidives. Aph. 12, s. 2.

L'élimination doit être dirigée du côté où se manifeste la tendance de la nature, et par les voies que l'observation démontre favorables.

— Ce qui doit être dirigé, il faut le diriger là où est la plus forte tendance, par les voies convenables. Aph. 21, s. 1.

Les tendances spontanées ne sont pas toutes salutaires.

— Le déplacement de l'érysipèle du dehors au dedans est un mal; du dedans au dehors, c'est un bien. Aph. 25, s. 6.

L'observation démontre la possibilité d'imiter les procédés de la nature dans la guérison des maladies par déplacement.

— Si vous voulez arrêter les règles d'une femme, appliquez sur les mamelles une ventouse aussi grande que possible. Aph. 50, s. 5.

— Celui qui souffre en arrière de la tête est soulagé par l'incision de la veine perpendiculaire du front. Aph. 68, s. 5.

La méthode thérapeutique que constitue cette imitation de la nature par l'art, c'est la révulsion.

Le principe sur lequel son efficacité est fondée se résume, en s'élevant, de toute la hauteur d'un vitalisme dynamique, au-dessus d'un vitalisme humoral, dans cet Aphorisme tant de fois cité :

— De deux douleurs produites simultanément mais non dans le même lieu, la plus forte fait évanouir l'autre. Aph. 46, s. 2.

Que telle soit en réalité la doctrine de la révulsion fondée par Hippocrate, c'est ce que ne permettrait pas de révoquer en doute le sens si clair des Aphorismes cités, rendu encore plus lumineux par les rapports de doctrine qui les unissent aux autres Aphorismes du traité, mais c'est ce que démontre avec la plus irrésistible évidence le développement de cette doctrine dans l'école dogmatique qui a continué Hippocrate et dans le galénisme.

En acceptant, en expliquant, en développant les doctrines de la dérivation et de la révulsion inventées par Hippocrate, Galien n'a pas été aussi obscur et aussi peu digne de lui-même et du médecin de Cos qu'on l'a prétendu.

Il ne faut pas que la génération actuelle se laisse entraîner au mépris des grands hommes dont les conceptions occupent encore aujourd'hui une si grande place dans la pensée qui nous fait médicalement vivre et agir.

Les commentaires, les explications et les développemens de Galien forment le complément nécessaire de la doctrine de la révulsion dans la médecine antique.

C'est par la doctrine pathologique du naturisme et par les doctrines thérapeutiques de la dérivation et de la révulsion que Galien justifie et explique les faits et les préceptes contenus dans les aphorismes que j'ai cités.

Ainsi, à propos du fait de la guérison des diarrhées prolongées par le vomissement spontané, il dit expressément : C'est là un exemple de ces opérations salutaires que produit la nature, que le médecin doit imiter et qu'explique la révulsion.

Si la diarrhée est un bien dans l'ophthalmie, c'est à cause de l'évacuation et de la révulsion, par en bas, des humeurs prédominantes. Exemple de l'utilité des évacuations spontanées à imiter par les médecins, ainsi que tous le font, dans le traitement des ophthalmies, en agissant sur le ventre par les lavemens et les purgatifs.

Dans la guérison du vomissement de sang, chez la femme, par l'éruption des règles, il y a à la fois révulsion et évacuation du sang. L'expérience, en nous démontrant l'utilité de cette opération naturelle, nous conduit, par imitation, à ouvrir chez les femmes atteintes du même mal les veines du jarret et de la malléole.

C'est par la révulsion de bas en haut qu'agit, pour arrêter les règles, la ventouse appliquée sur les mamelles.

En recommandant la section de la veine frontale pour remédier à la douleur occipitale, Hippocrate prescrit une évacuation avec révulsion. Car la révulsion se fait dans les parties opposées. C'est ainsi que souvent des fluxions chroniques des yeux sont guéries par des évacuations sanguines au moyen de ventouses appliquées à l'occiput.

C'est en dirigeant vers des parties d'importance secondaire les humeurs qui engendrent la maladie, que la nature produit les varices et les hémorrhoïdes et guérit en même temps la manie.

L'indication la plus générale de la thérapeutique est formulée en ces termes par Galien dans son commentaire sur l'aphorisme 21 de la 1re section :

Le médecin doit observer la direction du mouvement naturel; si elle est salutaire, il doit la favoriser et l'aider; si au contraire elle est nuisible, il doit lui mettre obstacle, et en même temps la dériver et la révulser.

Dans cette formule se trouvent contenus et distingués les élémens

fondamentaux de la doctrine hippocratique et galénique sur l'évacuation, la dérivation et la révulsion.

L'évacuation directe s'obtient par la partie qui est le siége de la fluxion.

La dérivation est une évacuation qui s'obtient par les parties voisines du siége de la fluxion.

La révulsion s'obtient au moyen d'une évacuation ou d'une attraction dans une partie opposée au siége de la fluxion.

La dérivation se fait sur l'utérus, sur les reins et la vessie pour les évacuations alvines, et réciproquement; sur les narines pour les écoulemens des yeux, des oreilles, du palais.

La révulsion se fait de l'utérus aux mamelles, des yeux à l'occiput, de la partie postérieure à la partie antérieure de la tête, comme dans les exemples précédens; des narines aux hypochondres, comme dans le cas où l'on applique des ventouses sur les hypochondres pour arrêter une hémorrhagie nasale.

La révulsion a pour but d'empêcher l'irruption d'une trop violente affluence d'humeurs sur la partie qui est le siége du mal.

Elle s'emploie de manière à attirer les humeurs au dehors quand elles se portent en dedans, et généralement dans un sens opposé à leur direction morbide, de haut en bas, d'arrière en avant, de droite à gauche et réciproquement.

La direction à donner aux humeurs et par conséquent le choix des méthodes évacuantes, dérivatives et révulsives, doivent être subordonnés à la double considération de la nature des parties et de la tendance des humeurs.

Il faut diriger sur les parties convenables. Les lieux les plus favorables pour les évacuations sont les intestins, l'estomac, la vessie, l'utérus, la peau, le palais, les narines.

Il faut choisir parmi les tendances naturelles des humeurs celles qui sont les plus favorables. Ainsi, dans les maladies du foie, la tendance des humeurs vers la poitrine, le poumon et le cœur est fâcheuse. Les deux autres tendances, l'une vers le ventre, l'autre vers les reins et la vessie, sont favorables. Dans la tendance vers le ventre, l'évacuation alvine est préférable au vomissement.

L'évacuation directe du sang est, de toutes les évacuations, la plus utile et la plus secourable.

La révulsion est le remède des fluxions encore mobiles.

La dérivation est le remède des fluxions fixées dans les parties.

Dans ce résumé fidèle de la doctrine de Galien, qui n'est au fond qu'une paraphrase de la doctrine d'Hippocrate, je n'ai pas fait entrer un certain nombre de vues particulières sur la dérivation considérée soit en elle-même, soit relativement à la révulsion. Ces vues fort obscures et fort erronées, ont été empruntées à une anatomie et à une physiologie fort imparfaites en tout ce qui se rapporte au mouvement des humeurs et du sang et aux voies de communication entre les parties. On comprend que ces vues aient donné lieu à de grands débats pour les médecins, à de grands embarras pour les critiques, et qu'elles aient dû être complétement abandonnées à l'époque où les progrès de l'anatomie et de la physiologie ont détruit les fausses notions qui leur servaient de fondement.

Mais en élaguant de la doctrine antique de la révulsion ces données complétement fausses d'une science imparfaite, et en modifiant, dans les vues vitalistes que cette doctrine exprime, le dogme humoral dont elles se trouvent si fortement empreintes, il est facile d'y reconnaître les fondemens solides de ces grandes vérités d'observation, dont il appartient à la science de perfectionner, de jour en jour davantage, la théorie et les applications, mais dont le renversement n'est ni dans le pouvoir, ni dans la destinée du progrès.

De la simple exposition des données fondamentales de la doctrine de la révulsion dans la médecine antique, ressort en quelque sorte immédiatement la preuve de sa conformité avec la doctrine de la révulsion dans la médecine moderne.

A peine est-il nécessaire de mettre en relief les points les plus essentiels de cette ressemblance !

La conception moderne, comme la conception antique, s'appuie sur les données d'observation pure, qui présentent la *nature*, ou le *principe de la vie*, ou les *forces vitales*, ou l'*organisme vivant*, expressions au fond synonymes, comme déterminant la guérison des maladies au moyen d'une direction des actions organiques, qui se traduit fréquemment par un déplacement du mouvement morbide, par le développement, dans une partie plus ou moins éloignée du siége principal de la maladie, de phénomènes dynamiques et plastiques aboutissant généralement à une élimination matérielle.

Ainsi la conception moderne admet la réalité de la solution critique des maladies par les hémorrhagies, par les sécrétions, par les éruptions cutanées, par les engorgemens cellulaires, par les abcès.

Elle admet la réalité du déplacement spontané, utile ou nuisible, de la maladie d'une région du corps à une autre région, du dedans au dehors, du dehors au dedans.

Elle invoque pour justifier la vérité de ces données générales de l'observation, non pas seulement les faits constatés dans les aphorismes d'Hippocrate et tant de fois confirmés depuis, mais une masse innombrable de faits semblables ou analogues.

La méthode que recommande la doctrine moderne consiste aussi dans une imitation des procédés de la nature. Elle se propose, en effet, de déplacer les forces de la vie et les actions par lesquelles se manifestent ces forces, en déterminant, dans un lieu autre que celui où siége le travail morbide, pour le diminuer, le remplacer, l'effacer, un travail plus ou moins semblable.

Dans la direction à donner aux mouvemens de la nature ou aux forces de la vie, pour obtenir la guérison, la doctrine moderne pose aussi comme règle principale l'obligation de se conformer à ce que l'expérience a enseigné sur l'efficacité curative des actions naturelles.

Seulement, pour elle, le champ de l'observation s'est considérablement étendu et l'expérience successive des siècles a permis de constater entre les parties du corps où se produisent spontanément et où peuvent se produire artificiellement des déplacemens morbides favorables, des rapports plus intimement liés aux lois mêmes de la vie que ceux qui résultent de l'éloignement et de l'opposition dans l'espace. A cet ordre de faits se rapportent toutes les importantes conquêtes de la science moderne sur les faits et les lois de la sympathie.

Dans sa manière de comprendre ce qui constitue essentiellement l'efficacité de la méthode thérapeutique, la doctrine moderne admet les mêmes idées fondamentales, celle d'un antagonisme et d'un déplacement dynamiques, celle d'une attraction exercée sur les liquides en même temps que sur les forces.

Malgré d'immenses différences dans l'état de la science en tout ce qui touche la structure et les fonctions de l'organisme, les vues relatives aux actions principales et distinctes qui peuvent être effectuées par les évacuations, suivant qu'elles s'obtiennent directement, par dérivation ou par révulsion, se retrouvent encore, jusqu'à un certain point, admises dans la conception moderne, au moins en ce qui se rapporte à l'humeur par excellence, le sang.

L'action évacuante aussi directe que possible, est encore aujourd'hui le remède le plus salutaire et le plus efficace de la congestion sanguine et de l'inflammation.

La révulsion déploie surtout toute sa puissance quand l'humeur est encore mobile, c'est-à-dire dans les cas de congestion sanguine.

Quand l'humeur est fixée, dans l'inflammation, la dérivation pourrait être encore conçue comme plus efficace que la révulsion, si elle était possible, et aussi facile que les anciens le croyaient.

Les applications de sangsues au voisinage de la partie enflammée semblent répondre à la dérivation antique, dans la pensée et la pratique des modernes.

Enfin, et c'est là le caractère le plus élevé de la conformité des doctrines modernes et antiques, la conception thérapeutique de la révulsion, aujourd'hui comme dans le passé, implique une conception vitaliste de la maladie.

C'est à mon avis une inévitable nécessité, Messieurs, que bientôt l'Académie de médecine se décide à poser ou à accepter directement le débat sur la question tout entière du vitalisme. Cette question se présente ici d'elle-même toutes les fois que se produit le moindre fait, que s'agite la moindre doctrine. Le choix entre les petits et les gros sétons la soulève aussi bien que la thérapeutique de la variole.

Le jour où la question du vitalisme se produira ici dans toute sa grandeur, sans aucun doute n'hésiteront pas à monter à cette tribune tous ceux qui occupent les sommets de l'enseignement, des Académies et de la pratique, et alors pourront ou devront garder le silence ceux dont la position plus modeste ne saurait donner une égale autorité à leur parole.

Mais, en attendant, la force des choses imprime à chaque discussion la tendance qui est dans les besoins de la science comme dans les aspirations du plus grand nombre. Et en prenant part à la discussion actuelle, au nom du vitalisme, je ne suis encore aujourd'hui que l'écho d'une voix bien autrement puissante que la mienne, la voix de l'opinion commune.

Oui, Messieurs, la doctrine de la révulsion suppose le vitalisme chez les anciens, chez les modernes, chez tous.

Empirique ou dogmatique, humorale, mécanique, chimique, dynamique, animiste, spiritualiste ou même organiciste, la doctrine thérapeutique de la révulsion, a, toujours et partout, pour fond le vitalisme.

Ne suffirait-il pas, pour le comprendre et pour le prouver, de concevoir que les doctrines antivitalistes conséquentes doivent nier la révulsion, et de constater que les médecins antivitalistes conséquens la nient !

Qu'est-ce donc, en définitive et en essence, que la doctrine vitaliste de la révulsion ?

La vie, dans l'ordre physiologique aussi bien que dans l'ordre pathologique, ne peut-être conçue que comme un déploiement de force au sein d'un organisme.

L'action de la force, d'où dépend la vie, a été considérée par les uns comme identique, par les autres comme antagoniste à l'action des forces générales qui régissent les phénomènes matériels.

La vérité est entre ces deux extrêmes.

Les forces connues de la nature inorganique ne peuvent suffire à l'intelligence, à l'explication des manifestations de la vie.

Aucun des impondérables lumière; calorique, électricité, magnétisme, ne peut être identifié à l'impondérable qui concourt aux fonctions du système nerveux.

L'attraction, l'affinité, l'endosmose, la fermentation, la catalyse, ne peuvent rendre complétement compte, même des phénomènes physiques et chimiques qui s'accomplissent dans l'organisme vivant, à plus forte raison ces forces de la nature morte ne peuvent-elles expliquer les actions véritablement caractéristiques du plus haut degré de la vie, telles que le mouvement spontané et la sensibilité.

Mais d'un autre côté la vie n'exclut pas l'action des forces générales de la matière. Les procédés fonctionnels des organes offrent très fréquemment, avec les procédés physiques et chimiques, la plus grande analogie, sinon une identité parfaite.

Dans la réalisation de la vie par un organisme dans le milieu du monde, il y a concours de la force vitale avec les forces générales, et ainsi comprise la vie n'est pas un antagonisme mais une harmonie.

Quelle que soit la nature de la force vitale, et il n'y a pas lieu de chercher en ce moment à démontrer plus explicitement, qu'au point de vue de la modalité des phénomènes, cette force ne peut être identifiée avec les forces générales du monde inorganique; le déploiement de cette force, dans l'organisme, se manifeste comme susceptible de varier capitalement sous le double point de vue de la quantité et de la direction.

A moins de renoncer aux idées et aux mots de toute science et de toute langue physiologiques et pathologiques, à moins de méconnaître les faits réels et leur signification évidente, il est impossible de ne pas admettre que la quantité de la vie varie en plus ou en moins, soit à divers momens dans l'organisme tout entier, soit au même moment dans les diverses parties de l'organisme, états auxquels correspondent les idées de force et de faiblesse; et aussi que, pour une quantité égale de vie dans l'organisme tout entier, la répartition de la vie entre les divers organes présente des conditions variables d'équilibre et de direction, états auxquels correspondent les idées de concentration, de dispersion, de déplacement de l'activité vitale.

Est-il nécessaire de rappeler comme preuves, entre mille autres, dans l'ordre pathologique, les phénomènes de l'inflammation, et dans l'ordre physiologique, les diverses phases du développement de l'embryon, et celles de la croissance, et notamment la dentition, la puberté, l'apparition première, le retour périodique, et la cessation de la menstruation !

C'est à cette conception dynamique de la vie, quant à la quantité et à la direction, que répond logiquement l'idée de la révulsion thérapeutique, qui implique la provocation d'un appel de la vie sur un point déterminé de l'organisme, ayant pour but une rupture d'équilibre, un changement de direction, un déplacement, et, par suite, une diminution de concentration de l'activité vitale sur le point malade.

Ces idées, impliquées dans la doctrine de la révulsion, ne manquent, à coup sûr, ni de netteté ni de clarté. Mais ont-elles un fondement réel dans la nature des choses ?

Ici se présente l'éternelle objection d'ontologisme que rencontrent le vitalisme et les doctrines qui s'y rattachent.

Toutes ces idées, répète-t-on sans cesse, ne sont que des abstractions sans réalité, sans portée pratique.

Mais n'y a-t-il donc de réel, même dans le monde matériel, que ce qui frappe immédiatement les sens. Dans la chute des corps, il y avait l'attraction universelle, même avant que le génie de Newton l'en fît sortir.

Est-ce que pa hasard l'homme pense avec des faits ? Et les idées ont-elles moins de réalité que les faits qu'elles représentent ?

Les faits, tels que l'intelligence peut les constater, sont-ils autre chose que des réalisations d'idées, réalisations d'idées de l'homme dans l'art, réalisations d'idées de Dieu dans l'univers.

Pour être incorporée dans les organes, la force qui les fait vivans en est-elle moins réelle ? On ne peut l'en séparer, soit; mais on doit l'en distinguer et tenir compte de son existence.

C'est en vain qu'on prétend que, parce que les organes sont les intermédiaires obligés de toute action vivante, il soit impossible d'agir sur la vie elle-même.

Que deviennent donc alors en thérapeutique la plupart des indications et des médications ?

La médication antiphlogistique, qui tient une si grande place dans la thérapeutique, ne se propose-t-elle pas et n'obtient-elle pas pour résultat la diminution de la vie, soit généralement, soit localement ? Est-ce qu'une augmentation générale ou locale de la vie n'est pas le but de la médication tonique ? Quand on emploie ces médications on veut agir et on agit, en effet, sur la quantité de la vie.

Est-ce que la diminution de la vie ne peut pas être poussée jusqu'à l'abolition instantanée, comme dans l'action toxique de l'acide prussique et du chloroforme ?

Dans la méthode substitutive, doctrinalement empruntée à Hunter, est-ce qu'on ne cherche pas, est-ce qu'on n'obtient pas un changement direct dans la modalité vitale des organes ?

Et enfin la révulsion, est-ce autre chose qu'une idée tout aussi réelle que l'ordre de faits qu'elle représente, c'est-à-dire des faits de rupture d'équilibre dans une répartition actuelle de la vie, de déplacement de la quantité de la vie d'une partie à une autre partie de l'organisme ?

Il y a donc une doctrine de la révulsion.

Cette doctrine constitue, en thérapeutique, une application rationnelle de la théorie dynamique du vitalisme.

Elle a pour base et pour règles les données fournies par l'observation des faits dans l'ordre physiologique et l'ordre pathologique.

C'est par la reproduction incessante de l'observation constante de ces mêmes faits, plus encore que par leur interprétation, nécessairement plus ou moins variable suivant les époques, que se caractérise la permanence traditionnelle de cette doctrine dans la pratique de la médecine.

Il y a lieu de continuer à lui demander son secours et son appui dans l'exercice de l'art.

Et c'est par elle qu'il est possible d'expliquer les effets curatifs que nous obtenons tous chaque jour au moyen de la révulsion temporaire dans les maladies aiguës, au moyen de la révulsion permanente dans les maladies chroniques.

La parole est à M. Bousquet.

M. Bousquet : Messieurs, s'il y a quelque désavantage à se mêler à une discussion dont on n'a pas entendu le commencement, il est heureux du moins de n'avoir pas à se défendre contre l'éblouissement d'une parole abondante et passionnée. Moins qu'un autre, peut-être, j'aurais résisté à l'entraînement; mais dans la position que les circonstances m'ont faite, réduit à chercher dans les comptes rendus de nos séances ce qu'il ne m'a pas été donné d'entendre de mes oreilles, rien ne saurait troubler mon attention et me distraire de l'objet du débat.

Je trouve d'abord que M. Bouvier, dont le zèle ne dédaigne rien de ce qui est utile, vous a communiqué un nouveau procédé de séton. Ses vues, à ce qu'il paraît, n'allaient pas d'abord au delà; mais l'Académie n'a pu consentir à se renfermer dans les limites d'un si mince sujet, et, suivant ses habitudes, elle a agrandi le champ de la discussion : on a bientôt oublié le procédé opératoire pour ne considérer que la médication, c'est-à-dire la dérivation et la révulsion.

Si l'art de changer le cours du sang et des autres humeurs était connu des anciens, M. Bouvier l'a prouvé en grec et en latin, de manière à fermer la bouche à quiconque aurait encore envie de le contester. En dehors de l'histoire, on sent que la révulsion a dû se présenter d'autant plus vite à l'esprit, qu'elle n'est qu'une imitation des procédés naturels. La nature a été le premier médecin, elle est encore le plus grand de tous; et il est douteux que jamais les hommes eussent entrepris de guérir les maladies s'ils n'avaient vu la nature à l'œuvre, et ne lui eussent dérobé quelques-uns des moyens dont elle se sert pour se soulager.

L'idée de la révulsion fut d'abord toute humorale; le vitalisme s'en est emparé comme d'une de ses propriétés, et en effet, hors du vitalisme, il n'y a pas de révulsion. En créant l'organisation, le créateur la dota d'une certaine quantité de forces fort inégalement réparties entre les organes, mais chacun en reçut ce qui convenait à sa nature et à ses fonctions. Ces forces sont susceptibles d'augmenter et de diminuer, sinon on comprend que les hommes seraient toujours également forts, également faibles. L'exercice les développe, l'inaction les épuise : les substances animales les relèvent, la diète végétale les rabaisse, etc. Et il est remarquable que, quand elles sont en hausse d'un côté, elles déclinent de l'autre. C'est sur cette vérité que repose la doctrine de la révulsion.

Des exemples d'une révulsion naturelle, on en voit tous les jours

dans l'effet des hémorrhoïdes sur les congestions cérébrales; des flux diarrhéiques sur les maladies du foie et du bas-ventre; des sueurs sur les affections catarrhales, et peut-être aussi dans la plupart des mouvemens critiques.

Eh bien, ce que la nature fait quelquefois d'elle-même, l'art a cru qu'il pourrait le faire à volonté. Les anciens donnaient d'autant plus d'attention à la révulsion, ils y mettaient d'autant plus d'autant plus de prix que, dans leurs doctrines humorales, ils croyaient voir couler, avec les humeurs, la cause des maladies : la dérivation n'enlevait pas seulement ce qu'il y avait de vicieux, de corrompu dans les liquides, elle les corrigeait, elle les épurait; c'était tout à la fois un moyen d'élimination et d'épuration.

En rompant avec l'humorisme, les modernes en ont un peu modifié le langage. On ne parle guère aujourd'hui que de révulsion, et on entend par là non plus le déplacement des humeurs, mais le transport de l'action vitale d'un point sur un autre; on rejette les théories des anciens, mais on conserve précieusement leur pratique à laquelle on a donné des règles.

Je croyais, dans mon ignorance, que Barthez était l'inventeur de ces règles; l'érudition de M. Bouvier m'a appris qu'il fallait remonter beaucoup plus haut. Elles étaient en usage et en honneur au temps de Galien; de sorte que Barthez, les eût-il trouvées de nouveau, n'aurait, dans l'histoire, que le mérite de les avoir fait revivre. Si elles sont mauvaises, ces règles, M. Malgaigne a bien fait de le dire, il aurait mieux fait de le prouver. On ne demande pas grâce pour l'erreur, mais égard et respect pour le génie. Je comprends, j'aime la critique autant que qui que ce soit, la critique sans laquelle il n'y a pas de science; et je lui passe tout, excepté l'oubli des bienséances, l'irrévérence du langage, à quoi j'ajoute et l'infidélité des citations.

Ce qu'a dit M. Malgaigne des vues de Barthez sur la thérapeutique des fluxions, n'en saurait donner une juste idée. Ces vues ou ces règles sont au nombre de cinq, mais les deux premières sont les principales. Eh bien, la première, M. Malgaigne la tient dans l'ombre, il n'en parle pas; il a tronqué, il a mutilé doublement la seconde en en retranchant la tête et la fin. Je prends la liberté de le compléter.

1° La fluxion est-elle imminente, en voie de formation ou de continuité, Barthez veut qu'on l'attire au loin; pourquoi au loin? Parce qu'un appel fait dans le voisinage du mal, rentrant dans la sphère d'activité du mouvement naturel, pourrait le seconder au lieu de le contrarier.

2° Au contraire la fluxion est-elle bien formée, bien établie, à plus forte raison si elle est ancienne, il y a peu d'espoir de la déplacer par des appels lointains qui ne seraient pas entendus : il faut s'en approcher de plus en plus et la solliciter par des attractions immédiates et successives.

La seconde règle n'est pas absolue, la quatrième y apporte une restriction que voici : Néanmoins dans les maladies où l'organe, d'où part la fluxion, est connu, c'est sur cet organe qu'il faut porter la contre-fluxion.

Voilà, en esprit et en vérité, le traitement méthodique des fluxions tel que Barthez l'a institué, le reste est accessoire. Le trouvez-vous, Messieurs, aussi futile, aussi vain, aussi stérile qu'on l'a dit, et méritait-il l'anathème dont on l'a frappé? Il paraît d'abord si spécieux que la raison l'accepte avant toute expérience. A une fluxion naturelle et dangereuse en soi ou par l'organe qu'elle menace, on oppose une contre-fluxion dont on choisit la place; quoi de plus naturel et de plus rationnel. Mais aux présomptions de la théorie l'expérience a joint son témoignage. Une personne se plaint de la tête, elle met ses pieds dans l'eau et se sent soulagée; une autre est sous le coup d'une congestion cérébrale, on la saigne du pied et la tête se dégage. Hippocrate avait vu si souvent le même fait se reproduire, qu'il s'était persuadé qu'il existait un grand vaisseau qui mettait la tête en communication directe avec les pieds. Voici maintenant une hémoptysie, l'art ouvre au sang une autre voie, et l'hémorrhagie s'arrête; une bronchite commençante, il prescrit un émétique ou la poudre de Dower, la sueur coule et emporte la maladie. M. Bouley, qui tient si dignement la place de son père parmi nous, M. Bouley va bien plus loin, il assure qu'on arrête la pneumonie des vaches, dans sa *période d'incubation*, par de larges sétons pratiqués autour du thorax. La révulsion était une des médications les plus familières à Double, mais il n'en usait que dans cette période qu'on appelle *l'imminence* des maladies; c'est le sujet de sa dissertation inaugurale. Il y soutient que, prises à ce moment, la plupart des maladies reculent et avortent. Cette idée qu'il avait rapportée des bancs de l'école, il ne cessa de l'appliquer dans tout le cours de sa brillante carrière. Son révulsif de prédilection était le bain chaud; il en avait éprouvé plus d'une fois les bons effets sur lui-même; il y eut recours dans sa dernière maladie, et il a dû mourir avec la conviction qu'il lui aurait sauvé la vie s'il l'eût employé plutôt; mais il arrivait de voyage, il était trop tard.

Je fais remarquer ici qu'en présentant la révulsion comme un des procédés de cette force médicatrice que Broussais appelait si heureusement du nom de providence intérieure; en la proposant comme une des ressources les plus précieuses de la thérapeutique, je n'en étends pas indéfiniment l'usage; au contraire, je le limite d'abord expressément à la naissance, à l'invasion des maladies. Les fausses applications perdent les meilleures méthodes. A mesure qu'on s'éloigne de ce premier moment, la maladie prend des forces, et la révulsion n'est plus de raison, le temps en est passé pour le moment, il reviendra.

C'est qui arrive pour les phlegmasies confirmées, j'explique ma pensée : tant que l'inflammation n'est pas faite, tant qu'elle est en voie de se faire, la fluxion y joue un si grand rôle que si, par un moyen ou par un autre, on parvient à en changer le cours, la maladie, privée d'un de ses élémens les plus essentiels, se dissout d'elle-même; mais lorsque l'inflammation est complète, lorsqu'elle a atteint son *état*, sa *perfection*, elle ne peut plus être considérée comme une association d'élémens divers, elle constitue un ensemble, un tout, une unité pathologique, laquelle doit fatalement se dérouler et s'accomplir sur la place qu'elle a prise. Permettez-moi, Messieurs, de m'arrêter ici quelques instans : le cas me paraît digne de toute votre attention.

S'il est, en pathologie, une vérité solidement établie, c'est sans doute la tendance de l'inflammation à s'étendre, à se propager. Lisez Morgagni, l'histoire des phlegmasies chroniques qu'on ne lit plus; lisez les belles recherches de M. Louis sur la fièvre typhoïde, lisez enfin les recueils d'observations, et si, à l'expérience d'autrui, il vous convient de joindre la vôtre, ouvrez les cadavres, vous serez étonnés des nombreuses traces d'inflammation que les maladies laissent après elles. On en cherche dans un organe, on en trouve dans deux, trois, quatre, etc.; ce qui a fait dire à Tommasini que l'inflammation est comme un stimulus toujours en action, lequel dispose à une seconde, celle-ci à une troisième, à une quatrième et ainsi de suite.

Les raisons de cette diffusion, je crois les voir dans la contiguïté des organes, dans la similitude des tissus, dans la dépendance des parties d'un même appareil, dans ces liens sympathiques, etc.; mais peu importe le moyen; on ne tient en ce moment qu'à constater un fait, et à montrer qu'on n'en a compris ni la portée, ni les conséquences.

Comment concilier, je le demande, la diffusion avec la révulsion de la phlogose? On dit d'une part que, de sa nature, l'inflammation tend sans cesse à s'étendre, et on dit de l'autre qu'il suffit d'allumer une inflammation sur un point pour attirer celle qui s'est produite sur un autre. Ici l'inflammation est cause d'elle-même, là elle en est le remède. Mais alors comprenez que deux inflammations ne devraient, ne pourraient jamais exister ensemble; la plus forte absorberait nécessairement la plus faible; c'était aussi le raisonnement de Dugès.

C'est, en effet, ce qu'enseigne le trop célèbre aphorisme *Duobus doloribus vel laboribus* : la maxime ne gagne rien à la variante, elle est fausse dans les deux textes. Quelque actif, quelque entreprenant qu'il soit, l'art en fait presque toujours moins que la maladie. Pourrait-on comparer la douleur d'un vésicatoire ou d'une ventouse avec la douleur de la sciatique ou de la pleurésie?

Et la diffusion de l'inflammation n'est pas le seul caractère qui exclut la révulsion. J'en trouve une autre dans sa marche, dans sa fixité. Elle est telle cette fixité, que là où elle a pris naissance il faut qu'elle parcoure toutes ses périodes et qu'elle s'éteigne. Ni les saignées, ni les révulsifs les plus irritans, rien ne saurait lui imprimer la mobilité qu'elle n'a pas et l'obliger à changer de place. On ôterait à un malade tout son sang, on rubéfierait toute la surface du corps, qu'on ne parviendrait pas à trancher le cours de la plus petite inflammation. Si vous en doutez, jugez-en par les phlegmasies de l'extérieur, et ne profitez pas de l'obscurité qui couvre celles de l'intérieur pour accréditer une opinion consolante, sans doute, mais sans fondement. Soit une ophthalmie, un clou, un phlegmon, une angine, un panaris. On applique, par voie d'expérience, un vésicatoire, un cautère, un révulsif enfin, qu'arrive-t-il? L'inflammation morbide diminue peut-être, c'est dans sa nature; mais si elle diminue, elle ne diminuera pas assez rapidement pour qu'on en puisse faire honneur à l'inflammation artificielle; on ne voit pas que l'une s'augmente de ce que l'autre perd; mais on voit clairement qu'elles marchent chacune de son côté comme si elle était seule, avec cette différence bien digne de remarque, que l'inflammation morbide, née spontanément par les seules forces de la vie, ou sous l'influence de causes communes, se prolonge souvent outre mesure; elle porte donc en elle des conditions de durée et de persistance qui ne sont pas dans l'inflammation artificielle, car celle-ci a des tendances toutes contraires; on ne peut l'entretenir que par des stimulations continues et sans cesse renouvelées, sinon le vésicatoire se sèche, le cautère se ferme, le séton se cicatrise.

Heureusement tous les agens de la thérapeutique décorés du titre de révulsifs ne se ressemblent pas, sinon il faudrait les bannir du traitement des phlegmasies confirmées. Il y en a de doux comme les saignées et les bains; il y en a d'irritans comme vésicatoires, cautères, etc. En second lieu, ils ont, pour la plupart, plusieurs propriétés distinctes que le médecin, il est vrai, ne peut séparer dans l'application, mais l'économie fait cette séparation en en prenant ce qui lui convient suivant ses besoins. La saignée n'est pas seulement propre à dévier le cours du sang, elle en tempère l'effervescence en en diminuant la masse, elle affaiblit, elle rafraîchit. C'est même par là qu'elle est d'un si fréquent usage dans le traitement de l'inflammation confirmée, je dis confirmée, on sait pourquoi. Dans cet état, il est peut-être assez indifférent d'ouvrir les veines du bras ou du pied; ce qu'il y a de certain, c'est que ceux qui tiennent le plus pour la révulsion ne s'entendent pas entre eux. Les uns ne voulant prendre conseil que de l'âge de l'inflammation, s'en rapprochent de plus en plus à mesure qu'elle vieillit; les autres ne considérant que les communications anatomiques, saignent du bras ou du pied, suivant que l'inflammation siége au-dessus ou au-dessous du diaphragme.

Les révulsifs doux ont au moins cet avantage qu'ils conviennent par toutes leurs propriétés; il n'en est pas tout à fait de même du vésicatoire, du cautère, du séton, etc. C'est à leurs propriétés irritantes qu'ils doivent d'être classés parmi les révulsifs, et c'est justement cette irritation qui les rend si difficiles à manier; car loin qu'elle s'absorbe dans le lieu de l'application, elle se répète, elle retentit dans toute l'économie, et principalement sur l'organe enflammé, en vertu du célèbre aphorisme, *Consensus unus*, qu'il n'est pas facile d'accorder avec cet autre non moins célèbre, *Duobus doloribus*. Mais il est dit que tout ici sera contradiction, principes et pratique. On ne se permettrait pas le plus légèr stimulant à l'intérieur, et on les prodigue à l'extérieur. Faut-il réprimer une congestion, une inflammation du cerveau ou de ses membranes, on tire du sang, et à peine a-t-on fermé la veine qu'on s'empresse de poser des vésicatoires aux jambes; il est vrai que, d'ordinaire, on applique en même temps de la glace sur la tête; le feu qu'il allume d'une main, on cherche à l'éteindre de l'autre. L'oculiste Demours, de regrettable mémoire, employait quelquefois, quoi qu'il n'en fût pas très partisan, le vésicatoire à la nuque contre l'ophthalmie, mais dès le premier pansement, il le couvrait d'un large cataplasme pour en atténuer l'effet, et il mettait un si grand prix au correctif que, plutôt que d'y renoncer, il aurait renoncé au vésicatoire. Et cette inconséquente pratique, dont je ne veux pas multiplier les exemples, a traversé les siècles toujours suivie, toujours honorée, sous la protection d'une simple théorie, de la théorie de la révulsion.

Combien de fois un vésicatoire destiné à déplacer une inflammation n'en a-t-il pas produit une seconde sans profit pour la première! J'ai plusieurs fois entendu dire à Antoine Dubois, dont je recueillais avidement les paroles, qu'il avait guéri bon nombre de malades, atteints de difficulté d'évacuer, en leur faisant fermer un vésicatoire appliqué mal à propos.

Nous avons dit que le temps de la révulsion reviendrait, il est revenu. L'inflammation ne se maintient pas dans tout son cours également vive, également intense. Pendant que nous discourons, elle marche, elle s'adoucit, elle décline; si la résolution s'opère, il n'y a rien à faire; mais si elle se retarde, il faut la hâter afin de prévenir le passage si redoutable de l'état aigu à l'état chronique. Le révulsion reparaît alors et offre encore une fois ses services. La médecine comparée ne connaît rien de comparable au séton. Vous avez entendu M. Bouley en prendre la défense; M. Leblanc l'a continuée en renchérissant sur son confrère; ses raisons sont des faits. Il nous a appris, chemin faisant, qu'il existe une classe d'empiriques à qui le séton tient lieu de toutes les autres médications. Les ressources de son art lui sont trop bien connues pour approuver cette pratique; mais il convient qu'elle est heureuse. Heureuse? il faut s'entendre. Prenez un médicament, un moyen au hasard, la saignée, le fer, le mercure, l'eau pure, etc., donnez-le systématiquement à tous les malades, beaucoup guériront, et plus vous en aurez plus vous compterez de succès; mais ces succès que vous revendiquez ne sont pas à vous, ils appartiennent pour la plupart à la nature, et tout ce que vous pouvez conclure de plus favorable à vos prétentions, c'est que le moyen employé n'a pas empêché la bonne nature d'obéir à ses instincts et d'arriver à ses fins.

L'esprit de ces réflexions n'est pas de rabaisser le séton; je veux bien croire tout ce qu'en raconte l'art vétérinaire; mais je le soutiens, et je le dis avec envie, que la médecine humaine est loin d'en tirer les mêmes avantages. Cela tiendrait-il à la différence des espèces? après tout, il serait bien surprenant que ce qui convient si bien au cheval, convînt moins à l'homme. Serait-ce que les soucis, les chagrins, l'inquiétude qui s'empare de nous au moindre danger vient traverser les efforts du médecin et paralyser les effets des meilleures méthodes? on ne sait que penser. En dehors de ces conjectures, j'entrevois cependant deux raisons plus plausibles : l'une est l'étendue même du séton vétérinaire, lequel égale et dépasse quelquefois un mètre; l'autre, c'est la promptitude de l'application. M. Leblanc dit expressément que plutôt on y vient, et plus sûr est le succès.

Il est certain, qu'à mesure que les phlegmasies vieillissent, la révulsion perd de son pouvoir; la lutte devient de plus en plus inégale, la victoire plus incertaine. Cette vérité n'est pas seulement d'expérience, elle est de bon sens. Eh quoi! lorsqu'une maladie s'est introduite doucement dans l'organisation, lorsqu'elle s'est établie dans un organe, lorsqu'elle en a pris possession au point que l'économie la supporte sans fièvre ni réaction, on croirait qu'il suffit de susciter une inflammation à côté pour déloger son amie et en avoir raison! On connaît des médecins qui sont encore dans l'habitude d'ouvrir des cautères au sommet du thorax pour fouetter ou pour attirer au dehors les tubercules du poumon; cependant ont-ils guéri beaucoup de phthisiques par ce moyen? J'admire tant de confiance, mais je voudrais la partager que je ne le pourrais pas.

Je crois plutôt qu'il vient un moment où toute révulsion est impuissante, toute tentative inutile. Les malades n'y gagnent rien que d'avoir deux maladies au lieu d'une. Telle est, en général, la position de ceux qui portent des exutoires à vie. Les exutoires à temps, les longues suppurations de trois, six mois, un an, il serait imprudent de les exclure sans restriction : elles ont pour elles la plus sûre, la plus incontestable des autorités en médecine, l'empirisme. Quand un malade se sent soulagé, il jouit de son soulagement, et ne demande pas au remède qui le lui a apporté le secret de ses opérations. Il est des cas où la même réserve est commandée au médecin. Il est d'expérience que les cautères sont précieux dans quelques maladies des os et notamment dans la maladie dite de Pott. Après qu'on a tout essayé dans certaines maladies profondes et indéfinissables des yeux, il ne faut pas perdre tout espoir si on n'a pas appliqué un séton derrière le cou. Je ne voudrais pas priver la thérapeutique de ces suprêmes ressources. M. Velpeau, dont la parole acquiert chaque jour plus d'autorité, reste fidèle à la tradition des grands maîtres. L'histoire qu'il a faite de sa vie chirurgicale, est celle de beaucoup d'autres. Qui de nous ne s'est pas cru appelé, ne fût-ce qu'un seul jour, à réformer quelque partie de la médecine; c'est une des illusions de la jeunesse; mais cela ne dure pas. A mesure que l'âge vient, il nous met en présence de la réalité, et dès lors tout change d'aspect; l'illusion s'évanouit, la raison se trouble, et après s'être flatté d'ouvrir de nouvelles voies, on retombe dans l'ornière, sinon des vieilles idées, du moins des vieilles pratiques.

Ainsi se perpétue l'abus des exutoires. Il n'est pas si loin de nous le temps où les plus jolies femmes portaient des cautères qu'il n'en reste encore de nombreux exemples. Il est vrai que la science avait mis la coquetterie dans ses intérêts; elle lui avait persuadé que c'était le moyen d'entretenir la fraîcheur du visage et de conserver indéfiniment des airs de jeunesse.

Nous avons sans doute des idées plus saines et plus sérieuses, mais elles accordent encore trop à la révulsion. Il n'est pas si facile qu'on paraît le croire de détourner la nature de ses voies, et de l'entraîner où elle ne veut pas aller. La révulsion n'en tient compte et se présente toujours pour le tenter. Ses agens sont nombreux, elle a su tourner à son usage toute la matière médicale. Ce qui ne peut pas s'expliquer par l'action directe des médicamens, s'explique indirectement par la révulsion. Aussi son règne n'est-il pas près de finir. Il ne faut pas se le dissimuler, les révulsifs sont les ressources de l'ignorance qui ne sait que faire, ils le sont aussi de la science à bout de moyens. Peu de malades meurent, soit de maladies aiguës, soit de maladies chroniques qui ne portent des sinapismes et des vésicatoires; c'est souvent un signe de détresse, un cri d'alarme. Et cette pratique est si bien entrée dans les idées du peuple, que le médecin qui y manquerait ne connaîtrait pas toutes les ressources de son art et n'aurait pas fait tout son devoir.

M. LE PRÉSIDENT fait connaître le nom des académiciens désignés par les suffrages de leurs collègues à faire partie de la commission qui aura à déterminer dans quelles sections deux places doivent être déclarées vacantes.

Ce sont : MM. Piorry, Bouillaud, Velpeau, Jolly, Gimelle, Chomel, Depaul, Chevallier, Renaud, Caventou, Bouchardat.

COURRIER.

Par décret du 28 décembre 1855, sur la proposition du ministre de la guerre, l'Empereur a promu et nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Guerre, médecin principal de 1re classe aux hôpitaux d'Oran.

Au grade de chevalier : MM. Bertrand, médecin-major de 1re classe aux hôpitaux de l'armée d'Orient; Berthe, médecin-major de 2me classe du 8me régiment de hussards; Malachowski de Pietrowski, médecin-major de 2me classe du 3me régiment de spahis; Fropo, médecin-major de 2me classe aux hôpitaux de la division de Constantine; Lacroix, médecin-major de 2me classe à l'hôpital militaire de Boulogne; Camus, médecin-major de 2me classe du 10me régiment de cuirassiers; Songy, médecin-major de 2me classe du 5me régiment de dragons; Dieu, pharmacien principal de 2me classe à l'hôpital militaire de Metz; Robillard, pharmacien-major de 1re classe aux hôpitaux de l'armée d'Orient.

— Ont été nommés au grade de chevalier du même ordre, sur la proposition du ministre de l'intérieur : M. Maladière-Montécot, médecin des hospices de Langres (Haute-Marne), ancien chirurgien militaire.

Et sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes : MM. Depaul, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, secrétaire annuel de l'Académie de médecine; Raige de Lorme, bibliothécaire en chef de la Faculté de médecine de Paris; Crozat, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Tours; Canuet, docteur en médecine, attaché à divers établissemens de bienfaisance; Constantin James, docteur en médecine.

— Par décret en date du 30 décembre dernier, ont été nommés médecins consultans dans le service de santé de la Maison de l'Empereur, M. le docteur Mélier, inspecteur général du service sanitaire, et M. le docteur Alquié, inspecteur du service de santé militaire.

— La *Société médico-chirurgicale de Paris* vient de procéder à l'élection de son bureau pour 1856. Il se compose ainsi qu'il suit :

MM. Depaul, président;
Labarraque, vice-président;
Collomb, secrétaire-général;
Grange, secrétaire-adjoint;
Poulenc, trésorier;
Malhe et Forget, membres du comité de rédaction.

— La Société entomologique de France, dans sa séance tenue à l'Hôtel-de-Ville, le mercredi 26 décembre 1855, a, pour la vingt-cinquième fois depuis sa fondation, procédé au renouvellement annuel des membres de son bureau et à la nomination de sa commission de publication.

Ont été nommés pour l'année 1856, *membres du bureau* : président, M. L. Reiche; 1er vice-président, M. E. Bellier de la Chavignerie; 2me vice-président, M. le docteur Boisduval; secrétaire, M. E. Desmarest; secrétaire-adjoint, M. H. Lucas; trésorier, M. L. Buquet; trésorier-adjoint, M. L. Fairmaire; archiviste, M. A. Doüé; archiviste-adjoint, M. le docteur V. Signoret. — *Commission de publication* : outre les membres du bureau, MM. Amyot, Berce, J. Bigot, L. Brisout de Barneville et le docteur Sichel.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 4. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 8 Janvier 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. STATISTIQUE MÉDICALE : La vaccine et ses accusateurs. — II. PATHOLOGIE : De la non identité de la colique de plomb et de la colique sèche des pays chauds. — III. CLINIQUE MÉDICALE : Observation de colique, rapportée à la colique végétale, quoique bien évidemment de cause saturnine. — IV. REVUE GÉNÉRALE : Faits tendant à prouver que le sulfate acide de quinine est le véritable et seul antidote des accidens résultant des fièvres paludéennes de longue durée. — Application de la glycérine à la conservation des matières organiques. — V. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Discussion à l'occasion d'une observation de colique végétale.

STATISTIQUE MÉDICALE.

LA VACCINE ET SES ACCUSATEURS.

Monsieur le rédacteur,

La lenteur qu'exigent les travaux de statistique s'accorde mal avec la célérité qui convient à la polémique.

C'est ainsi que MM. Carnot et Bertillon se trouvent dans la nécessité de retoucher les tableaux qui ont paru dans le n° 146, année 1855.

Ces modifications n'ont qu'une importance de forme; elles ne détruisent pas les conclusions réciproques. Cependant nous félicitons M. Carnot d'avoir abandonné la malheureuse idée d'apprécier les chances de mortalités de deux époques en ne comptant que les décès, sans les comparer aux populations respectives qui les ont fournis, il revient ainsi à l'arithmétique dont il s'était éloigné; et dans l'espèce, la méthode était d'autant plus urgente que, comme M. Carnot le démontre fort bien, l'accroissement des vivans est inégal à chaque âge.

Voici la note rectificative de M. Carnot :

VILLE DE PARIS.

« La vérité avant tout. »

Population et mortalité comparées des femmes, à 30 ans d'intervalle MOYEN, *en* (1813—1823) *et en* (1843—1853).

AGES des femmes recensées.	POPULATION FÉMININE *intrà-muros*. De 1813 à 1823.	Décès annuels.	De 1843 à 1853.	Décès annuels.
De la naissance à 15 ans.	74,431	3,940	96,255	5,328
De 15 ans à 50 ans. .	228,396	3,119	306,954	4,976
De 50 ans à 105 ans. .	72,214	3,970	78,477	4,721
De la naissance à la mort.	375,041	11,029	481,686	15,025

CONCLUSIONS :

1° En 30 ans, la population *totale* féminine s'est accrue de 28 p. 100, et les décès correspondans de 36 p. 100.

2° La population de 0 à 15 ans s'est accrue de 29 p. 100, — ses décès de 35 p. 100 (à très peu près comme la population totale).

3° La population de 15 à 50 ans s'est accrue de 34 p. 100, — ses décès de 60 p. 100.

4° La population de 50 à 105 ans s'est accrue de 9 p. 100, — ses décès de 19 p. 100.

Danger de mort RELATIF.

Le danger de mort s'est accru :

De 0 à 15 ans	dans le rapport de	129 à 135
De 15 à 50 ans	—	de 134 à 160
De 50 à 105 ans	—	de 109 à 119
Pendant la vie	—	de 128 à 136

Donc, *à toutes les grandes époques* de la vie féminine, le danger de mort s'est accru de (1813—1823) à (1843—1853) !...

H. CARNOT.

Il suivrait donc, de ce nouveau travail, qu'aux âges de fécondité, les chances de mort du sexe féminin, A PARIS, auraient augmenté de 1/6, et que cette augmentation s'est fait sentir à tous les âges et a été de 1/16. Le lecteur remarquera que nous sommes loin du point de départ de M. Carnot : « la vaccine a déplacé la variole, *la mortalité a* DOUBLÉ EN FRANCE aux âges de fécondité; » il en conclura, avec plaisir sans doute, que, contre l'ordinaire, la polémique a rapproché les contradicteurs. Tout l'honneur en revient à la statistique. En effet, si, dans cette science plus que dans toute autre, l'erreur est facile, la discussion ne peut être éternelle comme dans celle des théories spéculatives..... Mais revenons à notre sujet. Nous disons que M. Carnot s'est rapproché du vrai par la méthode et même par le résultat, cependant il s'en éloigne encore et cela par les deux motifs suivans :

1° M. Carnot, en prenant la période de 1843 à 53, n'ignore pas qu'il a choisi une époque funeste à plus d'un titre ; cherté insolite de 1846 et 1847, révolution et chômage, enfin, et surtout, choléra de 1849. Dans son opinion, la vaccine serait-elle cause de tous ces fléaux ?

2° Il a fait subir aux chiffres de la population à chaque âge des recensemens, des modifications qui nous paraissent fort arbitraires.

En effet, d'une part, sous prétexte de donner la population féminine de 1818, milieu de la première période (1813 à 1823), période qu'il veut favoriser, M. Carnot porte à 375 mille le nombre des femmes de la ville de Paris ; c'est-à-dire qu'il suppose *en une année* une augmentation de 14 mille sur le recensement de 1817, tandis que le recensement suivant (1831) nous apprend qu'*en quatorze ans* l'accroissement n'avait été que de 37 mille, soit 2,600 par an. Cette augmentation erronée des vivantes diminue artificiellement la mortalité de cette période; c'est ainsi qu'au lieu de 1 décès sur 34 que trouve notre contradicteur, il faut lire 1 décès sur 33. D'autre part, pour obtenir un résultat inverse, c'est-à-dire pour augmenter la mortalité de la période qu'il accuse (1843 à 1853), il suppose que le nombre des femmes qui, d'après le recensement de 1851, est de 521 mille, était en 1848 (milieu de la période étudiée) seulement de 482 mille, tandis que le recensement de 1846 en compte déjà plus de 510 mille; par cette très arbitraire modification, M. Carnot obtient 1 décès sur 32 vivans, tandis que, sans elle, on trouve 1 décès sur 35 ! Ainsi, même en admettant dans la seconde période, la fatale année 1849, on trouve encore que la mortalité a diminué, et que de 1 décès sur 32, elle est devenue 1 décès sur 35 vivans.

Reproduisons maintenant notre tableau donné page 587, en rectifiant deux graves erreurs, toutes matérielles sans doute, mais non moins importantes : d'abord une faute de typographie, puis une faute qui nous est propre; un alignement intempestif nous avait fait donner comme de 15 à 45 la population de 15 à 40.

Au recensement de 1817, nous avons ajouté la population féminine des hospices et des hôpitaux que la *Statistique de France* n'avait pas rapportée, et qu'on trouve dans le premier volume de la *Statistique de la ville de Paris*. Cette omission nous a été justement reprochée par M. Bayard; la vérité avant tout, comme dit M. Carnot.

Enfin, nous avons sciemment omis dans la période de 1843 à 1853 exclusivement l'année cholérique 1849, pensant que la disette et le chômage avaient suffisamment chargé de décès cette période funeste, sans y joindre un fléau qui, frappant surtout les âges virils, change les rapports des âges de mortalité, objet de nos investigations.

RÉSUMÉ

des tables de mortalité et de population comparées pour le sexe féminin de la ville de Paris.

(Pour remplacer le tableau page 587, tome IX de l'UNION MÉDICALE.)

AGE.	Moyenne annuelle des décès féminins.	Population féminine d'après les recensemens.	Un décès sur
Première période de 1813 à 1823.			
		Recensement de 1817.	
0 à 15 ans. . . .	3,940	70,430	17,8
15 à 50 ans. . . .	3,119	217,492	69,7
Au-dessus.	3,970	73,100	18,4
De tout âge. . . .	11,029	361,022	32,8
Seconde période de 1843 à 1853 (moins 1849).			
		Recensement de 1851.	
0 à 15 ans. . . .	5,048	104,210	20,6
15 à 50 ans. . . .	4,505	333,411	74,0
Au-dessus.	4,309	83,328	19,3
De tout âge. . . .	13,862	520,949	37,5

Tous nos chiffres sont le résultat de ceux donnés par la *Statistique de France*, Popul., t. II, ou *Statistique de la ville de Paris*, t. I; mais ces ouvrages, ne donnant les décès par âge que depuis 1817, nous avons adopté, sans autres vérifications, les *nouveaux* chiffres que donne M. Carnot (nous ne savons sur quel document), bien qu'ils nous soient moins favorables que ceux qu'il donnait dans le n° 146, et qu'il disait empruntés aux *Annuaires* (1).

Il résulte donc de ces tables, construites sans aucune hypothèse, que les chances de mort ont diminué pour les femmes de Paris à *tous les âges, particulièrement aux deux premiers âges, et que les femmes âgées ont été les moins favorisées*, etc.

Mais, encore une fois, abandonnons ces documens fallacieux de la statistique des grandes villes; les meilleurs travaux y sont entachés d'inévitables erreurs, il faut, en l'absence de documens, marcher d'hypothèse en hypothèse, sous peine de commettre les plus grosses hérésies contre le sens commun et contre la statistique.

Car enfin que le lecteur avec moi sacrifie aux faux dieux; qu'il veuille croire à l'instar de M. Carnot et grâce à ses hypothèses, grâce à l'épidémie de 1849, qu'à cette période, les chances de mortalité aient augmenté de 1/16e pour la population féminine de la capitale, serait-ce d'un document aussi incomplet qu'il oserait tirer une conclusion quelconque?

Si le choléra n'est pas là pour expliquer cette aggravation, si, comme mon contradicteur, on ignore l'imperfection des documens statistiques des grandes villes, si l'augmentation de la mortalité, même de 0 à 15 ans, indiquée dans le tableau de M. Carnot contradictoirement à tout ce qu'il a avancé sur les effets de la vaccine (augmentation de la vie des enfans au détriment des virils), ne suffit pour prouver que la vaccine n'a rien à faire ici, n'est-il pas naturel encore que, puisque tous les statisticiens ont constaté que, par le fait de mille causes mystérieuses, la mortalité est plus forte dans les grandes villes que dans les moyennes, dans les moyennes que dans les petites, cet accroissement relatif de la mortalité (qui ne nous est nullement démontré) est absolument légitime, quand une ville de 713,000 âmes (Paris vers 1817) acquiert plus d'un million d'habitans (1851); n'est-il pas vrai, par exemple, que, comme le démontre M. Carnot, la population virile qui, à *Paris*, augmente dans des proportions beaucoup plus considérables que les autres, augmente surtout par l'immigration de la classe ouvrière dont la vitalité est moindre, et qu'en conséquence les âges virils à Paris *perdent en qualité à mesure qu'ils augmentent en quantité*; n'est-il pas naturel encore que les hôpitaux se multipliant, leur aspect hideux faisant place à un luxe monumental, et l'hygiène ainsi que le bien-être des malades augmentant, les séductions qui y attirent les provinciaux augmentent aussi?

Ainsi, quelque part que nous nous placions, dans les faits ou dans l'hypothèse, dans la statistique ou hors de la statistique, pourvu que nous n'abdiquions pas le simple bon sens, nous ne pouvons rien trouver qui accuse la vaccine. Que M. Carnot abandonne donc un terrrain aussi trompeur et aussi stérile; mais sollicitons, d'un commun accord, qu'on apporte dans la collection de l'intéressante statistique de Paris les nombreux perfectionnemens qu'elle réclame;

Demandons à la ville de Paris, qui n'a rien publié depuis 1844, de ne pas rester plus longtemps dans ce déplorable silence, de ne pas rompre un travail si savamment commencé par Fourier; et attendons pour bâtir que la pierre soit tirée de la carrière.

Dr BERTILLON,
Médecin de l'hôpital de Montmorency.

PATHOLOGIE.

DE LA NON IDENTITÉ DE LA COLIQUE DE PLOMB ET DE LA COLIQUE SÈCHE DES PAYS CHAUDS;

Par M. le docteur Jules ROCHARD, second chirurgien en chef de la marine au port de Brest.

La question si souvent débattue de l'identité de la colique sèche des pays chauds et de la colique de plomb, vient d'être soulevée de nouveau, au sein de la *Société médicale* des hôpitaux de Paris. La plupart des médecins distingués qui l'ont abordée, semblent disposés à la résoudre par l'affirmative, et

(1) Nous prions nos lecteurs et nos adversaires d'observer que nous ne manquons jamais d'indiquer soigneusement *nos sources* et *nos procédés* de calcul, et nous prions ceux-ci de nous imiter. C'est un soin sans lequel les citations statistiques perdent toute leur valeur. Comment, sans cela, rétablir un chiffre qu'une faute matérielle de calcul ou de typographie aura altéré? Comment distinguer, sans ce soin, ce qui est erreur de logique ou faute de chiffre? Le journal ne porte pas avec lui l'*erratum* comme le volume.

dans l'opinion de la *Gazette des Hôpitaux*, (n° du 15 décembre dernier), elle n'a pas fait un pas, depuis deux ans. Il est certain que ce n'est pas à l'aide de quelques faits recueillis de loin en loin, de renseignemens fournis par la mémoire toujours infidèle des malades, qu'on la fera progresser, c'est en multipliant les observations et les recherches, sous toutes les latitudes, dans tous les pays, à bord de tous les navires et dans les circonstances les plus variées, et c'est là précisément ce que ne cessent de faire, depuis 20 ans, les médecins de la marine, dont on a bien voulu invoquer l'opinion.

La question en vaut bien la peine. La colique sèche, pour lui conserver le nom qu'elle a pris dans le débat, règne dans presque tous les pays situés sous la zone torride, tous les navires qui stationnent dans ces parages en subissent les atteintes; les malades renvoyés en France à la suite de cette affection et traités dans nos hôpitaux, se comptent, chaque année, par centaines, ainsi que les congés de réforme ou de convalescence délivrés pour le même motif. Elle vient, en un mot, sous le double rapport de la gravité et de la fréquence, réclamer une place à côté de la fièvre intermittente, de la dysenterie et de l'hépatite, ces redoutables endémies des pays chauds.

Nous avons, on le comprendra facilement, été frappés les premiers de cette similitude de symptômes et, dans le principe, nous avons pensé, nous aussi, à l'intoxication saturnine; chacun s'est efforcé, de son côté, d'en découvrir la source, et si nous y étions parvenus, il y a longtemps que des mesures préventives auraient été adoptées et que cette maladie aurait cessé de décimer nos équipages, mais toutes nos recherches ont abouti à une négation, toutes les analyses ont été sans résultat, tous les faits plaident en faveur de la non-identité, et c'est pour cela que nous soutenons cette opinion d'une manière à peu près unanime, qu'on la trouve exprimée, avec une conviction énergique, dans les nombreux travaux dont la colique sèche a été l'objet depuis quelques années, dans le mémoire si remarquable publié par M. Fonssagrives; dans les *Archives générales de médecine* (année 1852); dans les thèses de MM. les docteurs Marguen, Mauduyt, Lemarié, Barthe, Le Tersec, Bories, Lecoq, Colson, Delarue, Petit, etc., etc.; dans les comptes rendus des médecins en chef de nos colonies, et notamment dans le travail important que publie en ce moment M. Dutrouleau, premier médecin en chef de la marine; qu'on la trouve reproduite dans les nombreux rapports de fin de campagne déposés dans nos archives.

La doctrine opposée a cependant compté, dans nos écoles, un défenseur dont le talent n'aurait pas manqué de la faire prévaloir, si les faits ne lui avaient pas donné de continuels démentis. Le docteur Raoul, médecin-professeur au port de Brest, après avoir longtemps partagé l'opinion de ses confrères, l'abandonna pendant les dernières années de sa vie, et passa dans le camp opposé. Malgré l'autorité que donnait à ses paroles, un vaste savoir uni à une connaissance approfondie des maladies des pays chauds, il ne put réussir à porter la conviction dans les esprits, et les travaux précédemment cités le prouvent. Tous constatent ce premier fait qui aplanit le terrain, c'est que la colique sèche présente partout les mêmes symptômes, que ses caractères nettement tranchés sont invariables. Il n'y a ici ni confusion à craindre, ni erreur de diagnostic à redouter. Les malades ne s'y méprennent pas plus que le médecin. Il ne peut donc être question ni de coliques rhumatismales, ni de coliques causées par l'ingestion de boissons glacées. La colique sèche est une maladie à part, qui naît et se généralise dans des localités et sous des influences déterminées. Les quelques cas observés de loin en loin, dans les hôpitaux de Paris, sont identiques à ceux qui passent sans cesse sous nos yeux. Elle présente avec l'intoxication saturnine la ressemblance la plus frappante, elle amène les mêmes accidens, conduit au même résultat et cependant, quelque étrange que cela puisse paraître, le plomb y est complétement étranger. Je vais le prouver en faisant appel à mes souvenirs et aux travaux de mes confrères.

La colique sèche n'est pas un empoisonnement saturnin :

1° Parce que l'agent toxique n'existe pas à bord de nos navires, sous une forme qui lui permette de déterminer des accidens;

2° Parce que la maladie qu'on lui attribue se développe dans des conditions qui excluent toute possibilité d'intoxication;

3° Parce que, si les deux affections se ressemblent par leurs symptômes, elles diffèrent par la rapidité de leur marche et par la gravité de leur pronostic.

I. — Pour que le plomb puisse être absorbé et pour qu'il s'introduise dans l'économie, il faut qu'il soit mêlé à l'air atmosphérique, aux alimens ou aux boissons; aussi les a-t-on successivement accusés de recéler l'agent toxique, et je dois commencer par les justifier :

L'air est vicié, dit-on, par l'énorme quantité de peinture à base de plomb que l'on emploie à bord des navires, des navires de guerre, je suppose, car les navires de commerce sont à l'abri d'un pareil soupçon. Or, les navires de guerre sont peints en totalité à l'époque de l'armement, et comme l'armement se fait dans les ports de France et que la colique sèche n'y règne pas, l'équipage et l'état-major vivent au milieu de cette atmosphère, sans qu'on la voie éclater. Ce n'est que plusieurs mois, parfois un an après, lorsque le bâtiment arrive dans la sphère d'action de cette maladie, qu'elle se déclare, et la peinture a eu bien des fois le temps de sécher. Il arrive parfois, qu'en cours de campagne, on rafraîchisse la peinture du pont et de la batterie; comme la température est élevée, que ces parties du navire sont bien aérées, la dessication en est rapide, et cette mesure n'a pas d'inconvéniens. Pour la rendre responsable de l'invasion de la colique sèche, il faudrait qu'elles coïncidassent, et personne ne l'a jamais remarqué. « Une expérience que nous ne provoquions pas, dit M. Fonssagrives, est venue à deux reprises nous montrer le peu » d'influence de la peinture à la céruse sur la production des » coliques, ou l'aggravation de celles qui existaient déjà. Les » murailles du navire (*l'Eldorado*) furent, en effet, peintes à » deux reprises, et quoique l'odeur fût flagrante et pénétrât » partout, nos malheureux malades, qui n'attendaient, en » quelque sorte, qu'un prétexte pour rechuter, ne s'aperçu» rent en rien de cette condition défavorable. » Ce ne sont pas là, qu'on le sache bien, des faits isolés, c'est une expérience qui se répète plusieurs fois chaque année, et toujours avec le même résultat. Enfin, et ce dernier argument paraîtra probablement sans réplique, on a substitué, depuis plusieurs années, le blanc de zinc au blanc de plomb, dans la préparation de la peinture qu'on emploie à bord de nos navires, et cependant les cas de colique sèche ne sont pas plus rares que par le passé. Voyons maintenant si les accusations intentées aux boissons dont nos hommes font usage sont plus justes et plus fondées.

L'eau qui se consomme à bord provient de deux sources : de l'approvisionnement fait au départ et qu'on renouvelle à chaque relâche, de la cuisine distillatoire introduite, depuis quelques années, à bord des bâtimens de l'État. La première est conservée dans des caisses en tôle, et par conséquent à l'abri de tout soupçon; on ne peut donc incriminer que l'eau distillée. On a dit que les coliques sèches étaient devenues beaucoup plus communes à bord des navires du commerce depuis l'adoption de ces appareils; on a parlé de tuyaux de plomb que l'eau traversait, avant d'être livrée à la consommation. Je ne suis pas complétement renseigné sur ce qui se passe à bord de ces bâtimens, mais je sais parfaitement bien ce qui a lieu à bord des navires de guerre, dont l'équipage, beaucoup plus nombreux, est soumis à l'observation constante de médecins, dont l'attention est depuis longtemps éveillée sur ce point. Or, les cuisines distillatoires dont nous nous servons, sont en cuivre étamé, ainsi que leurs tuyaux de conduite, et depuis leur introduction, les cas de colique sèche ne sont ni plus ni moins nombreux qu'auparavant. J'en ai observé un certain nombre, j'en ai été atteint moi-même, à bord de la corvette de charge la *Fortune*, en station dans les mers de l'Inde, pendant le cours des années 1841, 1842 et 1843, nous n'avions cependant pas de cuisine distillatoire, et les autres navires de la station, qui en étaient également dépourvus, ne furent pas plus favorisés que nous. Je pourrais en dire autant des bâtimens marchands que j'ai eu l'occasion de visiter à cette époque. Les goëlettes des stations locales ne consomment pas d'eau distillée et la colique sèche y est aussi commune que partout ailleurs. La contre-épreuve se présente d'elle-même : le brick l'*Abeille*, par exemple, pendant sa station au Sénégal, n'a pas présenté un seul cas de cette maladie, bien que l'équipage ne fît usage que d'eau distillée (M. Fonssagrives); ceux qui furent observés par Segond, à Cayenne, en 1836 et 1837; ceux qui se présentent parmi les troupes en garnison dans nos colonies, ne peuvent, d'ailleurs, être attribués à cette cause.

Il faudrait, pour éclairer la question, dit M. Guérard, obtenir des échantillons de cette eau distillée et en faire l'analyse pour y rechercher la présence du plomb. M. Guérard ne nous fait pas l'injure de supposer, je pense, que nous ayons négligé jusqu'ici ce moyen de nous éclairer. Ces analyses ont été faites à diverses reprises et dans des conditions différentes, par M. Fonssagrives, à bord de l'*Eldorado*, au Sénégal; à bord de l'*Armide*, aux Antilles, par M. Lecoq et par le pharmacien de la frégate (Lecoq, thèse inaugurale, Paris, 1855), par M. Le Tersec, à bord de la *Capricieuse*, dans les mers de l'Inde (Le Tersec, thèse inaugurale, Montpellier, 1855). Le résultat a toujours été complétement négatif. On ne peut pas, je crois, invoquer ici l'imperfection des procédés suivis; les réactions à l'aide desquelles on décèle la présence du plomb dans les liquides, sont trop simples pour qu'on puisse leur opposer cette fin de non recevoir. « Dans quelques circonstances, dit » M. Le Tersec, on a pu recueillir à la surface de l'eau, dans » la cale, une matière grasse, verdâtre, qui n'était autre chose » qu'un peu de margarate de cuivre, il est vrai; mais, dans ce » cas, l'eau n'a pas été délivrée comme boisson et nous nous » sommes même assuré qu'elle ne tenait en dissolution » aucune trace de cuivre sensible aux réactifs et dont la pré» sence, d'ailleurs, eût pu déterminer tout au plus des sym» ptômes d'empoisonnement, tout à fait différens des acci» dens qui caractérisent la colique nerveuse. Voici comment » nous avons pu expliquer la présence de ce margarate de » cuivre : Dans les rares circonstances où l'appareil a été » démonté, pour être visité, avant d'être remis en place, » chaque boulon en cuivre était enduit d'un corps gras dont » l'excédant était entraîné par la vapeur, dans les jours qui » suivaient la réparation. » Ainsi donc, ni l'eau des caisses, ni celle qui provient de la cuisine distillatoire ne contiennent de plomb; mais les vases, dans lesquels on la délivre à l'équipage, pourraient en renfermer, et je veux aller au devant de cette objection. L'eau que consomment le commandant, l'état-major, les aspirans et les maîtres est conservée, comme à terre, dans des filtres, des vases de terre, de verre, ou de porcelaine, ce qui ne les empêche pas de contracter la colique sèche, comme les autres; celle qui est destinée à l'équipage est contenue dans un réservoir en bois nommé charnier; les hommes aspirent le liquide, à l'aide de tubes métalliques fixés à ce réservoir. Les tubes sont en fer-blanc ou en zinc; et pour qu'on n'accuse pas la petite quantité de soudure qu'ils peuvent présenter, je rappellerai que sous les tropiques, dans les longues traversées, alors qu'il devient indispensable d'économiser l'eau et d'empêcher les matelots d'en faire un abus préjudiciable à leur santé, on leur distribue leur ration, dans des bidons en bois, ce qui ne les préserve pas le moins du monde de la maladie.

Le vin a dû nécessairement être incriminé à son tour, et cela avec d'autant plus de justice apparente, qu'on le sophistique parfois avec de la litharge. On ne peut guère admettre qu'il en soit ainsi de celui qui provient de nos ports; l'État l'achète directement aux propriétaires de vignobles, il ne sort pas des mains de ses agens, et personne n'a d'intérêt à lui faire subir cette criminelle altération. Le même vin est d'ailleurs délivré à tous les navires, quelle que soit leur destination, il serait surprenant qu'inoffensif pour la majorité des équipages, il réservât son action toxique pour les bâtimens des stations intertropicales. Le vin pris en cours de campagne, dans les colonies, n'est pas dans le même cas; sa pureté peut être à bon droit suspectée; s'il renfermait du plomb, comme tous les hommes de l'équipage en consomment chaque jour la même quantité, les mêmes accidens devraient se montrer chez tous à la fois, à des nuances d'intensité près, ils devraient éclater au même moment, et c'est ce qui n'arrive jamais. Il est des pays, Pondichéry, par exemple, où, d'après les rapports de M. Collas, chargé de la direction du service médical de cette colonie, la colique sèche est à peine connue, tandis qu'on la voit fatalement éclater à bord des navires qui séjournent sur cette rade. L'attribuera-t-on au vin pris à terre et que la population consomme sans inconvéniens, ou à celui que le navire a pris en France, et dont l'équipage a fait usage, pendant cent ou cent vingt jours qu'a duré la traversée. Enfin, cette fois encore, la preuve chimique vient confirmer le raisonnement. Ces vins ont été soumis aux mêmes analyses que l'eau, par les mêmes expérimentateurs, avec le même résultat négatif. « Nous avons inutilement recherché, dit M. Fons» sagrives, à l'aide des réactions qui décèlent le plomb, à con» stater la présence de ce corps dans le vin donné à l'équi» page, nous n'en avons pas trouvé un atome. » — « Le vin du » bord, dit M. Lecoq, a été soumis à l'analyse et examiné » avec le plus grand soin, je dirai même avec l'intention d'y » découvrir du plomb, et toujours sans succès. » — « J'ai » soumis plusieurs fois à l'analyse les alimens et les boissons » de l'équipage, j'ai notamment traité le vin par l'acide sul» fhydrique, sans obtenir de résultats qui puissent dénoter la » présence du plomb. » (Barthe, thèse inaugurale.) Ces recherches étaient faites avec d'autant plus d'attention, que nos confrères auraient été heureux de pouvoir apporter une preuve expérimentale à l'appui de l'opinion du professeur Raoul qui leur inspirait à tous une si légitime confiance. Raoul, alors qu'il centralisait le service médical à la station des côtes occidentales d'Afrique, fut frappé de ce fait, que les Anglais, qui y comptent plus de navires que nous, ne connaissent pas la colique sèche. Il l'attribua à ce que leurs hommes ne boivent pas de vin et reçoivent en échange une ration de grog. S'il en était ainsi, comme ce régime réglementaire est le même partout, les Anglais devraient jouir de la même immunité dans toutes les mers, et c'est le contraire qui arrive. « Les chirur» giens anglais de Bombay, dit M. Lemarié (thèse inaugurale, » Montpellier, 1851) reçoivent un grand nombre de malades » atteints de colique sèche des postes et des bâtimens du Sind » et du golfe Persique, ceux de Calcutta, de la navigation du » Gange et du golfe du Bengale. » Dans les mers de l'Inde et de la Chine, les navires anglais et américains ne sont pas plus favorisés que les nôtres sous ce rapport; M. Le Tersec s'en est maintes fois assuré, et j'ai pu faire la même observation au Bengale.

Les alimens solides n'ont été sérieusement incriminés par personne et cela se conçoit : jamais, à bord, ils ne sont en contact avec une parcelle de plomb. Les farines, les viandes salées sont renfermées dans des barils, les légumes secs, le biscuit, dans des soutes en bois; rien de tout cela ne peut donner prise au moindre soupçon, car je ne pense pas que l'étamage des vases en cuivre puisse en faire naître. S'il en était autrement, personne ne pourrait se croire à l'abri de la colique de plomb, et, comme le mode de préparation est le même, à bord de tous les navires, on devrait l'observer partout.

Il restait à faire une dernière épreuve, à rechercher le plomb dans les produits de sécrétion des malades atteints de colique sèche. L'analyse présentait ici de plus grandes difficultés, aussi a-t-elle été confiée à des chimistes habitués à ces

expériences délicates. Raoul, qui avait un si grand intérêt à les voir réussir, pria M. Hétet, aujourd'hui pharmacien professeur au port de Toulon, d'examiner les urines, la salive, le mucus buccal des malades traités dans son service. Jamais M. Hétet n'a pu y découvrir la moindre trace de plomb. M. Lépine, chef du service pharmaceutique à Pondichéry, n'a pas été plus heureux dans les tentatives de même nature auxquelles il s'est livré, à la prière de M. Collas, chez des sujets qui présentaient le liseré gingival de Burton le mieux dessiné. Disons enfin que, chaque jour, on administre des bains sulfureux aux malades qui reviennent des colonies et qu'il ne nous est pas arrivé une seule fois de déterminer cette coloration de la peau qui se manifeste dans l'intoxication saturnine.

Si, comme nous venons de le démontrer, il est impossible de découvrir la présence du plomb dans l'air que respirent les marins, dans les alimens dont ils se nourrissent, dans les boissons dont ils font usage, dans les humeurs de ceux que la colique sèche a frappés, nous sommes autorisés, ce me semble, à nier de la manière la plus formelle l'intervention de cet agent toxique; nous allons toutefois aborder un autre ordre de preuves.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATION DE COLIQUE, RAPPORTÉE A LA COLIQUE VÉGÉTALE, QUOIQUE BIEN ÉVIDEMMENT DE CAUSE SATURNINE;

Lue à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur VIGLA, médecin de la Maison municipale de santé.

Le 9 octobre 1855, est entré à la Maison de santé un malade, M. Sk..., âgé de 38 ans, servant dans la marine marchande. Cet homme a été atteint, à plusieurs reprises, de coliques violentes, avec constipation et vomissemens, coliques qu'il dit avoir été qualifiées de *coliques sèches*; de plus, il présente une paralysie des muscles extenseurs de la main et des doigts.

Antécédens. — M. Sk... est marin depuis l'âge de 15 ans; jusqu'à 33 ans il s'est toujours bien porté; il a eu une blennorrhagie à l'âge de 27 ans.

Il y a cinq ans (il avait alors 33 ans), il fut atteint, pendant une quarantaine à Fernambouc, d'une maladie qu'on appela colique sèche, et dont voici l'exposé succinct, mais le plus complet qu'ait pu donner le malade :

Tout d'abord, douleurs générales, surtout aux reins et dans les articulations des membres supérieurs; presque au même moment, coliques violentes dans tout l'abdomen, irradiant toutes des reins et du bas-ventre pour converger vers l'ombilic; nausées fréquentes, peu de vomissemens, si ce n'est à la suite des purgations; dans ce cas, ils sont verdâtres; constipation absolue pendant quinze jours, à chaque minute besoin douloureux d'aller à la selle, mais sans aucun résultat; la miction était aussi le plus souvent assez douloureuse; soif très vive, bouche mauvaise; pas de saveur sucrée; anorexie, diète presque complète pendant quinze jours; les rares alimens pris semblaient extrêmement amers; céphalalgie, avec insomnie opiniâtre; les douleurs avaient leur maximum à l'occiput; agitation presque habituelle; faiblesse extrême dès les premiers jours; marche impossible. Pas de paralysie.

Quant aux conditions qui ont pu causer cette maladie, nul renseignement tout d'abord : il a été seul atteint de cette affection, d'autres matelots avaient la jaunisse, la fièvre jaune. L'eau était conservée dans des tonneaux en bois; on ne distillait pas d'eau de mer sur le bâtiment; le vin, vin de Bordeaux et de Provence, était aussi dans des tonneaux. La nourriture était saine et suffisante; pas de saumure, beaucoup de jambons fumés.

Certain de trouver dans ce fait de prétendue colique sèche un cas de colique de plomb, d'abord à cause des symptômes passés et actuels, puis par la découverte du liseré des gencives, M. Vigla insiste sur l'interrogation concernant les détails de la vie à bord, et on arrive à apprendre ceci : quatre jours avant le début des accidens, le malade avait peint l'intérieur du navire en blanc (blanc de céruse), les armatures en jaune (litharge); cette opération avait duré deux jours; puis il avait couché ensuite dans sa cabine nouvellement peinte aussi par lui. Tout l'équipage avait participé à ce travail. Lui et les autres marins furent atteints de coliques; l'un de ses quatre compagnons mourut six heures après dans les coliques; les trois autres après sept ou huit jours, à la suite de coliques, de délire violent, d'épistaxis et de saignement des gencives.

Traitement par l'homœopathie; au bout de quinze jours seulement, *débâcle*, puis hémorrhagie intestinale peu considérable pendant dix jours. Pendant six semaines encore, faiblesse extrême; douleurs contusives par tout le corps; tremblement général, surtout des mains; marche un peu chancelante; étourdissemens fréquens; pâleur de la peau et décoloration des muqueuses à partir de ce moment; palpitations assez fortes et fréquentes ayant déjà commencé pendant la constipation.

Après l'hémorrhagie intestinale, les selles se régularisent et sont de moins en moins douloureuses.

L'appétit revient assez rapidement, ainsi que les forces. Un mois et demi après environ, M. Sk... était presque aussi bien portant qu'avant cette première attaque.

Il reste ensuite deux ans sans être malade; pourtant, palpitations persistantes, dyspnée fréquente, maigreur et pâleur.

Au mois de janvier 1853, deuxième attaque; il était alors dans le port de Marseille, à bord d'un navire où il couchait toujours et sur lequel il faisait des chargemens. Cette fois encore le bâtiment avait été repeint comme la première fois, seulement il n'y avait pas travaillé et sa cabine n'avait pas été peinte. Pourtant les accidens furent aussi violens, la description en serait calquée sur ceux de la première attaque. Aucun symptôme nouveau.

Il entre à l'hôpital de Marseille; la constipation dure six jours, elle cède aux purgatifs, surtout à l'huile de ricin, et notre malade sort guéri après 23 jours de traitement. Sa santé se conserve encore excellente jusqu'à une troisième et dernière attaque. Celle-ci arrive encore dans les mêmes circonstances.

C'était au mois de mai dernier, en pleine mer, sous l'équateur, après quarante deux jours de navigation. Sa cabine avait encore été peinte en blanc, quinze jours avant le départ, le bâtiment et l'armature avaient aussi été peints.

Mêmes conditions de nourriture et de boissons. Jamais de cidre, ni de liqueur forte : café deux fois par jour, thé le matin.

Cette fois, coliques et constipation pendant dix jours, cèdant à l'huile de ricin, suivies, comme après les deux premières attaques, d'une légère hémorrhagie intestinale pendant trois ou quatre jours (il n'a pas d'hémorrhoïdes). Les douleurs générales et la faiblesse sont plus marquées que jamais.

Au commencement de juin dernier, six ou sept jours après la fin de la crise, M. Sk... s'aperçut un matin qu'il ne peut remuer ses mains avec autant de facilité que la veille, l'extension en est complétement impossible. Cette paralysie est survenue du soir au matin, arrivant subitement à un degré beaucoup plus prononcé même que dans l'état actuel. L'extension des deux pieds était aussi impossible, la pointe traînait à terre pendant la marche, rendue encore plus difficile par une faiblesse extrême des reins qui lui permettait à peine de se tenir droit. A cela se joignaient des douleurs lancinantes générales avec secousses comparées par le malade à celles que cause l'électricité.

A partir de ce moment aussi, la dyspnée augmente pendant quelques jours; puis elle devient persistante, quoique à un degré moins élevé.

Après cette crise, la paralysie disparaît dans toutes les parties atteintes, sauf dans les muscles de la main droite; les forces aussi reviennent peu à peu.

État actuel. — Constitution assez robuste encore, malgré l'état de maigreur assez prononcé du malade; teint pâle, d'un jaune terreux; décoloration des muqueuses; langue nette, mais blanche; liseré ardoisé des gencives, surtout aux incisives inférieures et aux canines supérieures; coloration bleuâtre du collet des dents, qui ne disparaît pas par le charbon.

Éructations fréquentes; sensations presque continuelles de pyrosis; perversion du goût; les alimens paraissent presque tous amers; l'haleine n'est pas fétide.

L'appétit est assez bon; les digestions se font bien; depuis deux mois, nulle colique; selles régulières et faciles.

Pouls faible, mou, de 55 à 60 pulsations. Pas de palpitations depuis deux mois. Les bruits du cœur sont lents, avec un léger prolongement du premier temps. Pas de souffle appréciable dans les jugulaires.

La faiblesse va croissant depuis un mois; sueurs nocturnes assez abondantes. Pas de toux; poumons un peu œdématiés; râles sous-crépitans généraux.

Paralysie des extenseurs de la main et des doigts du membre droit seulement; le pouce est peut-être moins paralysé que les autres doigts. L'extension du poignet est impossible si la main est en pronation; si elle est en demi-supination, l'extension peut encore se faire; de même que si on comprime légèrement le tiers inférieur de l'avant-bras, les doigts ne peuvent rien saisir avec force, à moins que ce ne soit un corps assez volumineux.

Les mouvemens d'adduction et d'abduction des doigts sont très limités; ceux du poignet sont plus marqués.

Un peu de tremblottement, comme dans le *delirium tremens*, lorsque le malade étend la main, même la gauche.

Traitement. — Le 10, limonade sulfurique; une pilule de strychnine, 0,005 : un bain sulfureux tous les deux jours; électrisation les jours intercalaires.

Même traitement jusqu'au 16.

Le 16, deux pilules.

Les 17 et 18, trois pilules.

Le 19, trois pilules, plus un julep avec persulfure de fer, 1 gramme.

Les 21, 22 et 23, id.

Pas de changement appréciable.

REVUE GÉNÉRALE.

Faits tendant à prouver que le sulfate acide de quinine est le véritable et seul antidote des accidens résultant des fièvres paludéennes de longue durée. — Application de la glycérine à la conservation des matières organiques.

Dans notre numéro du 20 novembre dernier, nous avons publié, d'après la *Gazette hebdomadaire*, des observations de M. le docteur E. Chauffard, d'Avignon, tendant à prouver, au profit de la doctrine de la révulsion, les bons effets des cautères appliqués sur l'hypochondre gauche dans des cas d'hypertrophie de la rate, suite de fièvres paludéennes d'Afrique, rebelles à la médication quinique. Quelques jours après, M. le docteur Rochard nous communiquait, comme confirmation de ces faits, une note dans laquelle cet honorable confrère exposait ce qu'il a observé à Madagascar, où les accidens graves résultant des fièvres miasmatiques sont souvent jugées par l'apparition d'ulcères aux jambes.

M. le docteur Bertet, de Cercoux, n'a pas été édifié par ces faits et par ces observations. Cet honorable praticien nous adresse une note à laquelle nous devons accorder notre publicité; l'opinion de notre confrère sur ce sujet doit être prise en considération, car il habite une contrée où les fièvres sont endémiques et règnent pendant près de huit mois de l'année. Durant un exercice de la médecine de quinze années, dans une très vaste clientèle rurale, M. Bertet a acquis une véritable expérience, en ce qui concerne ces fièvres.

Voici les faits que nous rapporte M. Bertet et qui prouvent, dit-il, jusqu'à la dernière évidence, que le sulfate acide de quinine est le véritable spécifique, le seul antidote des accidens qui résultent des longues fièvres paludéennes.

1re FAIT. — Le nommé B..., âgé de 40 ans environ, est atteint de fièvre depuis dix ans. Sous l'influence de divers remèdes, il a vu son mal aller et venir, le quitter pour un temps plus ou moins long et le reprendre. Lassé, désespéré, B... vint me trouver. Je constatai chez cet homme, riche, bien nourri, ne travaillant pas trop, l'existence d'une rate dépassant de plusieurs centimètres les dernières fausses côtes. Il avait aussi un très mauvais teint et les sclérotiques jaunes-verdâtres. Je lui prescrivis le *sulfate acide de quinine* en pilules à la dose de 60 centigrammes par jour. Sous l'influence de ce traitement si simple, il guérit parfaitement en un mois de temps. Sa guérison ne s'est point démentie depuis dix ans.

2me FAIT. — Mme de C..., âgée d'une trentaine d'années, malade depuis fort longtemps et jugée incurable par son médecin, est atteinte d'hypertrophie de la rate sans véritables accès : ils sont, on peut le dire, usés. Cette dame a un très mauvais teint, ses gencives molles, ses dents décharnées; elle n'a nul appétit. Sa rate, qui s'étend de haut en bas depuis le rebord des fausses côtes gauches jusqu'au fond de la fosse iliaque droite, a *quinze pouces* de longueur; (elle est tombée fort bas) en travers, elle dépasse la ligne blanche et s'étend jusqu'à la colonne vertébrale à gauche. Cette dame a guéri sans rechute dans l'espace de moins de deux mois par le sulfate acide de quinine en pilules, à la dose de 60 centigrammes par jour.

3me FAIT. — Le nommé Buzard, demeurant à Lagarde-Montlieu, jeune soldat attaché au corps des infirmiers militaires, envoyé chez lui en convalescence, a contracté, en Afrique, une fièvre intermittente grave qui s'est compliquée de dysenterie.

Au moment où j'ai été appelé auprès de ce jeune homme, il était tombé dans un état d'anémie des plus graves; sa dysenterie avait dégénéré en diarrhée séro-muqueuse abondante; il y avait, chez Buzard, anasarque et ascite; la peau était complètement décolorée, la circulation fortement troublée, paresse de l'intelligence et par dessus tout cela une très grosse rate. Les choses en étaient à ce point que ce jeune malade ne pouvait se mouvoir seul, et ne pouvait être mis sur son séant, sans éprouver de véritables lipothymies. Sans la circonstance de la grosse rate, j'avoue que j'aurais cru ce jeune homme voué à une mort certaine; tandis que je n'hésitai pas à penser et à dire qu'il en reviendrait. Il a guéri dans l'espace de quatre mois, guéri à tel point, qu'à peine convalescent, il a pu, sans rechuter, rejoindre son poste. Aujourd'hui, Buzard est un homme fort et robuste. Le *sulfate acide de quinine* et les lavemens au sulfate de soude, aidés d'une bonne alimentation, ont fait tous les frais de son traitement.

4me ET DERNIER FAIT. — Le nommé Lusseau, du village de Bonnet, commune du Fouilloux, (près Montguyon), âgé de 40 ans, m'écrivit au commencement de janvier 1854 d'aller le voir, m'annonçant qu'il avait une *nommée*.

Je me rendis immédiatement auprès de cet homme; assez intrigué au sujet de son diagnostic. Je le trouvai dans l'état le plus déplorable. Lusseau est malade depuis plus de dix ans, il a un teint indescriptible, sale, terreux, verdâtre, ses yeux sont chassieux; il a une anasarque générale et un essoufflement considérable. Il ne peut marcher sans éprouver des palpitations tellement violentes qu'il est forcé de s'arrêter immédiatement. Il a, à la jambe gauche, un ulcère rond, fétide, blafard, gangréneux quoique assez superficiel, et, pour couronner le tableau une rate qui remplit presque tout le ventre et une partie de la poitrine qu'elle déforme sensiblement. Cette rate, véritable phénomène du genre, s'étend en hauteur depuis la quatrième côte gauche jusqu'au fond de la fosse iliaque droite; dans le sens transversal, depuis le flanc droit jusque sur la colonne vertébrale, qu'elle dépasse à gauche. Le cœur est refoulé en haut et à droite : les battemens indiquent qu'il se trouve à droite du sternum. Eh bien, sous l'influence du *sulfate acide de quinine*, l'état de Lusseau s'est amélioré rapidement et cet homme a été guéri complétement à la fin de juin 1854. Aujourd'hui, Lusseau se livre aux rudes travaux de la terre. Quelques dragées de lactate de fer ont aidé à cette guérison. Le *sulfate acide de quinine* n'a jamais été porté, par vingt-quatre heures, à plus de 80 centigrammes. Le plus ordinairement, 60 centigrammes ont constitué la dose journalière. Lusseau a pris environ 60 grammes de *sulfate acide de quinine*. L'ulcère de la jambe, sans autre pansement qu'un linge cératé, était guéri à la fin de la première quinzaine du traitement.

De ce qui précède, et il me serait facile de multiplier les observations, il m'est permis de tirer les conclusions suivantes :

1° Le *sulfate acide de quinine* guérit, avec certitude, non seulement les fièvres d'accès, mais encore l'hypertrophie de la rate qui les accompagne.

2° Cette hypertrophie, quand elle arrive à un certain degré, est souvent accompagnée d'ulcères gangréneux dont le siége ordinaire est aux membres inférieurs. Ces ulcères et les hémorrhagies, si fréquentes dans l'hypertrophie considérable de la rate, tiennent, selon moi, à un appauvrissement du sang dépendant d'un véritable empoisonnement. S'il en était autrement, comment pourrait-on expliquer les fièvres pernicieuses si promptement mortelles.

Ces fièvres tuent, comme tue l'arsenic ou tout autre poison. Si la dose est suffisante, la mort s'ensuit presque immédiatement; dans le cas contraire, la constitution est minée à la longue.

3° Les ulcères ne sont donc pas un moyen employé par la nature pour se débarrasser, mais une preuve qu'elle est vaincue, terrassée.

4° Ces ulcères ne guérissent point la fièvre, mais la compliquent fâcheusement; tandis que sous l'influence du *sulfate acide de quinine* ou contre-poison, la fièvre et l'ulcère guérissent en même temps.

Une simple remarque à l'égard des observations de M. Chauffard, me donnera, je crois, tout à fait gain de cause. M. Chauffard, en effet, a continué l'usage du sulfate de quinine pendant l'emploi de ces cautères. Il ne nous dit point à quelle dose; mais si cette dose était seulement de 40 à 50 centigrammes par jour, elle a suffi et au delà, à amener la guérison. Il en a été ainsi, à plus forte raison, dans les cas où il a fait saupoudrer un vésicatoire récent de 1 gramme de sulfate de quinine. Pour qui connaît l'activité d'absorption de la peau fraîchement dénudée, il ne peut y avoir l'ombre d'un doute à cet égard.

En terminant cette note déjà longue, j'émets un vœu et je fais une proposition.

Il serait, je le crois du moins, digne de tout point du gouvernement de l'Empereur, si soucieux de tout ce qui peut améliorer l'état des masses et surtout des masses souffrantes, de s'approprier le monopole des quinquinas à leur entrée en France.

Quand, d'un côté, on réfléchit à l'utilité de cette substance, si indispensable à bien des contrées de notre beau pays, et quand, d'un autre côté, on considère le prix élevé auquel cette substance est livrée au consommateur (2,000 fr. le kilogramme), on ne peut s'empêcher de gémir de l'état actuel des choses.

Le tabac est un poison..... une sale et affreuse drogue pour le moins, et, sous prétexte qu'il rapporte à l'état de grands revenus, nul ne peut en augmenter le prix, qui est insignifiant si on le compare à celui que nous venons d'assigner, et qui est réel, au premier de tous les remèdes. Est-ce que, du reste, le monopole des quinquinas ne donnerait pas de grands bénéfices à l'État.

Par le fait du monopole par l'État des quinquinas, le prix du sulfate de quinine baisserait considérablement, et les falsifications, si dangereuses pour la vie des malades et si communes cependant, diminueraient de beaucoup si elles ne disparaissaient pas. Il en résulterait un véritable inconvénient de moins. Je veux parler de l'introduction, dans la thérapeutique des fièvres d'accès, d'une foule de substances toutes plus ou moins insignifiantes, et qui font perdre aux malades un temps bien précieux, quand elles ne laissent pas leur vie en péril. Je ne blâme pas, cependant, les chercheurs à cet égard. J'ai souvent pensé à les imiter, et j'ai répété leurs expériences depuis l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée jusqu'à l'apiol, sans jamais en obtenir de véritable résultat.

Eh bien! sans cependant abandonner toute recherche à ce sujet, les médecins s'en tiendraient, au grand avantage de leurs clients, à un remède *infaillible* et qui serait à la portée de toutes les bourses.

— Nous avons dit quelques mots des essais tentés par M. le docteur Demarquay de l'application de la glycérine à la conservation des matières organiques. Ce sujet est si intéressant, que nous n'hésitons pas à publier une note communiquée à la *Société de biologie* par M. Luton, interne des hôpitaux, qui a participé aux expériences faites par M. Demarquay.

Les résultats remarquables, obtenus dans le pansement des plaies avec la glycérine, excitaient assez d'intérêt pour que l'on cherchât à se rendre compte de cette action dont l'efficacité est incontestable. Les propriétés antiseptiques de la glycérine, son intervention heureuse contre la pourriture d'hôpital et les ulcères putrides ou spécifiques, indiquaient la marche naturelle qu'il fallait suivre pour arriver à ce but. On mit des matières organiques en contact avec la glycérine et celle-ci les préserva de la putréfaction.

Tel est en peu de mots le résultat des expériences qui ont été entreprises, par M. Demarquay, dans ces derniers temps. Nous avons d'autant plus volontiers participé à ces essais, que certaines notions chimiques, relatives à la glycérine, nous donnaient une grande confiance dans la réussite. Nous allons donc résumer ici les principales expériences que nous avons déjà faites et montrer les résultats obtenus.

Première série d'expériences. — Le 26 octobre 1855, nous avons plongé de la chair musculaire de bœuf et de mouton, ainsi que des parties de végétaux, d'une part dans de la glycérine pure, d'autre part dans de l'eau ordinaire. Bientôt les tissus plongés dans l'eau se sont putréfiés et aujourd'hui ils sont complétement dissous; tandis que la glycérine a conservé intactes les matières qu'elle recouvrait. Elle-même n'a subi dans sa constitution aucune modification sensible; aucune odeur ne s'exhale des vases d'expérience qui la renferment.

Deuxième série. — Ces premiers essais ont été faits sur de petites quantités de matières. Ils furent répétés bientôt sur de plus larges bases. Le 10 novembre, on plongea dans de grands bocaux, au milieu de la glycérine pure, des côtelettes de mouton, des tranches de bœuf cru, un pigeon tout entier. Jusqu'à ce jour, c'est-à-dire après un intervalle de plus de quarante jours, la conservation a été parfaite. Les tissus se sont un peu contractés; ils sont demi-transparens, comme gélatineux et cependant très fermes. La fibre musculaire striée a conservé sa structure et une manière encore très évidente. Aucune odeur ne s'exhale des vases.

Dans une autre expérience, on a employé un mélange en proportions égales de glycérine et d'eau. La liqueur s'est un peu troublée, comme si elle avait dissous quelques substances organiques; cependant la putréfaction ne s'est nullement manifestée dans ce cas.

Troisième série. — Dans toutes ces expériences, les matières ont été plongées au milieu de la glycérine; on essaya ensuite de conserver les tissus en injectant cette substance dans les artères.

Le 19 novembre, le pied d'un homme, mort le 13, fut injecté avec de la glycérine pure. L'injection fut poussée jusqu'à ce qu'elle revînt par les veines. Aujourd'hui encore, 24 décembre, c'est-à-dire plus d'un mois après l'injection, ce pied paraît aussi frais que le jour où il a été détaché du cadavre auquel il appartenait. La peau a conservé sa couleur normale; toutes les articulations sont souples; les tissus ont une fermeté naturelle. Sur la surface de section, on voit les muscles racornis, durcis et couverts de moisissures. Ces apparences excluent l'idée de la décomposition ammoniacale.

Le 5 décembre, on a injecté deux autres pieds et un avant-bras tout entier. La conservation jusqu'à ce jour est parfaite. Cet essai est moins concluant que l'autre, puisqu'il y a une différence de quinze jours entre les deux; mais il n'a pas moins lui-même quinze jours de date, et par conséquent il n'est pas sans valeur.

L'un des deux pieds a été disséqué en partie, le mardi, 14 décembre, c'est-à-dire il y a cinq jours. La préparation a fourni des résultats très satisfaisants. On peut voir que les tissus imbibés de glycérine ont conservé leur humidité et leur couleur normales, et qu'ils présentent un très bel aspect.

Quatrième série. — Le 9 décembre, deux fœtus jumeaux et mort-nés, de cinq mois et demi, ont été injectés avec de la glycérine par le cordon ombilical. Le résultat, bien que l'expérience soit encore un peu récente, a encore été le même. La conservation jusqu'à ce jour est complète.

Quant aux conditions physiques auxquelles toutes ces pièces ont été soumises, les voici : Elles ont toujours été à l'abri des froids de cette saison, et exposées à la température d'une chambre habitée. Les vases, dans les premières expériences, n'ont jamais été couverts; ainsi donc, les influences qui favorisent le plus la putréfaction n'ont pas cessé de s'exercer dans le cours de ces expériences.

La glycérine est donc un agent conservateur des matières organiques. Mais pour quel intervalle de temps son action est-elle efficace? C'est ce que la suite nous apprendra.

Ces essais demandent à être répétés sur une plus grande échelle. M. Demarquay doit injecter des cadavres d'adultes avec de la glycérine pure ou étendue d'eau. On verra alors quel parti on pourra tirer de cette substance pour l'embaumement des morts, ou tout au moins pour la conservation temporaire des cadavres destinés aux dissections; et il faut le dire, les faits que nous avons sous les yeux, prouvent déjà tout l'avantage que l'on pourrait tirer de la glycérine dans cette circonstance. Bientôt, nous l'espérons, les expériences de M. Demarquay seront concluantes à ce sujet.

— L'étendue de ces deux notes nous force à renvoyer à une prochaine *Revue* quelques faits intéressans que nous avions colligés dans la presse médicale française et étrangère.

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séances des 24 Octobre et 14 Novembre 1855. — Présidence de M. Guérard, vice-président.

Sommaire. — Observation de *colique, rapportée à la colique végétale, mais bien évidemment de cause saturnine*, par M. Vigla. Discussion : MM. Guérard, Legroux, Bouchut, Cahen, Lasègue, Delasiauve, Aran, Béhier, Barthez (François), Becquerel, Blache, Gillette.

M. Vigla donne lecture de l'observation complète du malade atteint de colique végétale dont il a entretenu la Société dans la précédente séance. Il annonce que cette prétendue colique végétale n'est autre chose qu'une colique saturnine parfaitement caractérisée, et il fait remarquer combien il est souvent difficile d'obtenir des malades des renseignemens exacts. (Voir plus haut, article : *Clinique médicale.*)

M. Guérard : L'observation que vient de nous lire M. Vigla me paraît offrir le plus haut intérêt; elle est en rapport avec d'autres faits déjà rapportés dans la science; néanmoins, il est bon d'y insister, parce que beaucoup de personnes ne paraissent pas disposées à croire à la gravité des peintures fraîches, attribuant à la térébenthine seule les accidens produits. Sous ce rapport, le fait de M. Vigla est concluant; M. Tanquerel des Planches en a rapporté d'analogues. J'ai cité, dans la dernière séance, l'expérience qui consiste à faire passer un courant d'acide sulfhydrique à travers une boîte récemment peinte avec la céruse; il se forme du sulfure de plomb. A cette occasion, je rappellerai la mort de M. Olivier d'Angers. Je suis porté à penser que ce regrettable confrère a succombé aux suites d'une intoxication saturnine. Olivier d'Angers jouissait d'une parfaite santé quand on peignit son appartement. Il persista à y coucher, et quelques jours après, il fut pris de douleurs de tête, qui durèrent plusieurs mois. Au bout de quelque temps, survint un affaiblissement de la vue, sorte d'amaurose incomplète, puis, plus tard, des accidens aigus de péricardite qui l'emportèrent. Pour expliquer cette mort, on ne s'occupa que de la péricardite et fort peu des accidens primitifs qui, cependant, me paraissent avoir joué un rôle très important.

Une remarque que je ferai à cette occasion, c'est que les accidens si graves observés en pareil cas semblent surtout dépendre de l'extrême division du plomb qui se trouve entraîné sous forme de particules impalpables par un corps volatil, la térébenthine.

M. Legroux : Malgré les faits intéressans cités par M. Guérard, je ne suis pas encore convaincu que les accidens signalés dans ces cas soient dus à la volatilisation du plomb, d'autant plus que les faits pathologiques sont susceptibles d'une autre explication. Je ferai remarquer que les ouvriers peintres sont rarement affectés de colique saturnine après avoir peint les murs; et que ce n'est guère qu'à la suite des grattages qu'ils contractent la maladie.

Il y a un mois, en l'absence d'un de mes confrères, M. Letalenet, j'ai donné des soins à un malade qui n'avait été exposé à aucune des causes ordinaires de l'intoxication saturnine. Il y avait colique avec rétraction, vomissemens bilieux, constipation. Un liseré bleuâtre existait aux gencives. Ce seul fait me donna l'idée d'une affection saturnine. Comment l'avait-il contractée? Je n'en sais rien. Toujours est-il que le malade a guéri, puis il a eu une rechute, et il a guéri de nouveau. J'ai été depuis consulté par un imprimeur qui prétend être pris de colique chaque fois qu'il entre dans son imprimerie, il y a une coloration bleuâtre de la face externe de la gencive, mais non le liseré mince des bords.

M. Bouchut : Dans la communication que nous a faite M. Guérard, j'ai remarqué que les accidens observés chez M. Ollivier d'Angers, tels que céphalalgie, amaurose, puis, plus tard, péricardite, étaient attribués par notre honorable président à la respiration d'émanations saturnines. Je ne sais pas si la simple respiration de ces émanations peut déterminer d'emblée des accidens cérébraux sans qu'il y ait eu d'autres accidens antérieurs d'intoxication. Il ne faudrait pas, je crois, exagérer l'influence des émanations plombiques. On sait que si l'on couche dans un appartement où il y a une odeur de vernis, une odeur quelconque, on y contracte quelquefois des douleurs de tête, des migraines qui peuvent durer fort longtemps. Ce qui nous amène à dire que, dans un appartement récemment peint, il y a deux choses : une atmosphère plombique, mais aussi une atmosphère de vapeurs térébenthinées. Ces jours-ci, je suis entré dans une usine de caoutchouc : j'ai constaté que les ouvriers, exposés aux émanations de térébenthine et d'huile de naphte, présentaient souvent des accidens cérébraux quelquefois très graves.

M. Cahen fait remarquer que l'on emploie une grande quantité de plomb dans la fabrication du caoutchouc, et qu'il pourrait se faire que les accidens signalés par M. Bouchut rentrassent dans ceux que produit l'intoxication saturnine.

M. Bouchut répond qu'il n'a voulu parler que des ouvriers occupés dans l'usine à des travaux dans lesquels n'entre pas le plus petit atome de plomb.

M. Guérard : En parlant tout à l'heure des accidens observés chez M. Ollivier d'Angers, je n'ai pas affirmé, d'une manière absolue, qu'ils avaient été occasionnés par une intoxication saturnine; j'ai dit que les faits cités par M. Vigla pouvaient rendre compte des symptômes constatés. Je ne nie pas que la térébenthine n'ait ces inconvéniens; mais je dis qu'il faut également tenir compte de l'influence délétère que peuvent exercer des émanations saturnines.

Maintenant, relativement au fait rapporté par M. Legroux, je répondrai que dans une imprimerie, l'atmosphère est véritablement remplie de particules plombiques, et je comprends très bien que certains individus, déjà sujets à l'intoxication, soient tellement susceptibles, que, rien qu'en entrant dans l'atmosphère d'une imprimerie si chargée de plomb, ils éprouvent des coliques.

J'ajouterai un dernier mot. Quand on parle de volatilisation du plomb, on sait très bien que le plomb n'est pas volatil. On veut seulement exprimer par là qu'il est entraîné avec un corps volatil dans un état de division extrême.

M. Lasègue : Je citerai un fait qui montre l'extrême difficulté que l'on éprouve quelquefois à reconnaître la cause de l'intoxication saturnine. Un jeune homme est pris, dans une famille à laquelle je donne des soins, d'une colique de plomb très intense. Vainement je recherche sous quelle forme le plomb a pu agir pour produire l'intoxication. J'apprends un jour un tout petit fait qui était passé inaperçu. Ce jeune homme se servait, pour essuyer sa plume, de petits grains de plomb qu'il suçait de temps en temps. C'était là la cause; car une fois qu'il eût perdu cette mauvaise habitude, les accidens ne reparurent plus.

Je voudrais ajouter quelque chose relativement à la marche des accidens du plomb. Il m'a semblé que les symptômes cérébraux graves succèdent le plus souvent à ces intoxications chroniques, et progressant lentement, beaucoup plus qu'à des intoxications aiguës. Il en serait du plomb comme de quelques cachexies, la cachexie syphilitique, par exemple. Les individus qui sont pris de phénomènes cérébraux graves ont eu le plus souvent des syphilis constitutionnelles dans lesquelles les déterminations morbides, soit à la peau, soit aux muqueuses, soit aux glandes, ont été peu prononcées.

M. Delasiauve : Je voudrais citer un fait à l'occasion du danger des chambres nouvellement peintes. Il s'agit d'une femme nerveuse, qui fut tout à coup prise d'accidens comme hystériques, douleurs à la tête, pleurs, insomnie, etc. Pas de fièvre. Le diagnostic resta longtemps incertain, et la maladie résista à tous les traitemens employés; enfin on finit par se persuader que la chambre ayant été rafraîchie récemment, la peinture pouvait être pour quelque chose dans les symptômes observés. On la changea d'appartement, et à l'instant elle guérit. Je pensai que, dans ce cas, c'était à la térébenthine qu'il fallait rapporter les accidens éprouvés par la malade.

Séance du 14 Novembre 1855. — Présidence de M. Guérard.

M. Guérard prend la parole à l'occasion du procès-verbal. J'ai avancé, dit-il, dans l'avant-dernière séance, qu'en faisant passer un courant d'air à travers une boîte fraîchement peinte, cet air se chargeait d'une quantité de plomb suffisante pour être démontré par les réactifs chimiques. Il est très vrai que M. Mialhe a tenté cette expérience avec succès, et qu'ayant fait passer un courant d'air à travers une caisse, peinte à l'intérieur, l'air lavé dans une solution d'acide sulfhydrique, y a laissé du sulfure de plomb en quantité notable. Mais je dois ajouter que cette expérience, répétée différentes fois par M. Mialhe lui-même et par MM. Chevreul et Lassaigne, a produit un résultat négatif. Je m'étais donc appuyé sur une seule expérience dont le résultat a été différent des expériences subséquentes. M. Mialhe croit pouvoir attribuer la présence du plomb dans la première expérience, à ce que l'air avait été probablement amené dans la caisse par un tuyau de plomb.

Néanmoins, l'absence de plomb constatée dans des expériences de MM. Mialhe, Chevreul et Lassaigne, ne saurait être invoquée pour nier la possibilité d'accidens saturnins, chez des individus qui ont habité un appartement fraîchement peint; en effet, presque toujours une certaine portion des peintures anciennes ont été soumises au grattage, des poussières plombiques ont été produites, se sont déposées partout, et ainsi mélangées à l'atmosphère des appartemens, sont susceptibles d'être entraînées dans les voies respiratoires et absorbées. M. Chevallier a fait un grand nombre d'expériences à ce sujet, et l'on sait que dans les imprimeries, par suite de l'usure des caractères, il se répand une grande quantité de poussières plombiques, et que les animaux qui y séjournent, les chats en particulier, sont fréquemment atteints d'accidens saturnins, paralysies, épilepsies. Dans une fabrique de poterie, après que l'on a appliqué le vernis intérieur nommé couverte, on y passe de l'eau, et cette eau, bue par des volailles, leur donne des accidens saturnins. Ainsi donc, même en admettant l'inexactitude de ma première communication que je m'empresse de rectifier, ce n'est pas une raison pour ne pas admettre les accidens saturnins, que de ne pas pouvoir se rendre compte du mode par lequel le plomb a pénétré dans l'économie. Ainsi, par exemple, lorsqu'en 1851, on vit survenir tant d'accidens saturnins, quelquefois suivis de mort, on n'aurait pas pu en retrouver l'origine si les accidens, moins fréquens et moins graves, avaient échappé à l'attention des médecins et de l'autorité, si l'on n'eût pas découvert que les individus atteints avaient bu du cidre, et si, remontant à l'origine, on n'avait pas appris que l'on avait employé l'acétate de plomb pour le clarifier. Ce cidre était alors d'une limpidité extraordinaire, très recherché des consommateurs qui furent empoisonnés par les fabricans, lesquels ignoraient les accidens que pouvait occasionner l'acétate de plomb, et qui furent néanmoins condamnés à de fortes amendes. De même si l'on étudie le travail publié par M. H. Gueneau de Mussy, sur l'empoisonnement de Claremont, on voit que ce n'est pas de suite que l'idée d'empoisonnement saturnin lui est venu, ce n'est qu'après que la maladie eût duré un certain temps, que tous ses caractères se furent nettement prononcés, et surtout qu'elle eût frappé un grand nombre de personnes.

En résumé je pense qu'il ne serait pas raisonnable d'admettre qu'il y a des maladies qui simulent les maladies saturnines dans toutes leurs phases, et que par cela seul, que l'on ne peut pas remonter à l'origine du plomb, ce ne sont pas des affections saturnines.

M. Aran : Dans les précédentes séances on a beaucoup insisté sur l'importance du liseré ardoisé dans les maladies saturnines; je tiens à démontrer que ce liseré n'est nullement nécessaire. Dans deux cas de diarrhée rebelle, j'ai fait usage de lavemens à l'acétate de plomb; dans les deux cas il s'est développé une colique de plomb, parfaitement évidente et sans liseré ardoisé des gencives. La raison de ce fait, c'est que dans les cas où l'on trouve ce liseré il y avait eu des particules saturnines en contact avec les gencives, et dans les cas présens le mode d'absorption du plomb n'a pas permis ce contact. Il résulte encore de ces deux faits que l'emploi de l'acétate de plomb en lavemens n'est pas sans inconvéniens, quoiqu'il soit facile de se rendre maître des accidens.

M. Legroux : J'ai insisté sur la valeur du liseré ardoisé et sur son mode de production, il n'est donc pas étonnant pour moi que M. Aran ne l'ait pas observé dans les deux cas qu'il nous a cités; effectivement le liseré ne se produit pas quand les gencives sont saines, mais il existe là où se trouve quelque ulcération du bord de la gencive. Si M. Aran avait eu l'occasion d'examiner la muqueuse du gros intestin, il l'aurait trouvée ardoisée jusqu'à la valvule iléo-cœcale; cela résulte de faits que j'ai communiqués à l'Académie de médecine. Quant à l'innocuité des intoxications saturnines, j'avoue que je ne suis pas aussi rassuré que M. Aran, même quand elles sont provoquées par des médicamens administrés contre d'autres maladies.

M. Béhier : J'ai vu une colique saturnine sans liseré dans les circonstances suivantes : Une dame tombe, se fait une contusion, on lui applique des sangsues et immédiatement après des compresses imbibées d'eau blanche; il se développa en peu de temps des accidens saturnins, mais sans liseré ardoisé. Quant aux accidens développés par l'usage du cidre que M. Guérard vient de rappeler, ils ne sont pas nouveaux. Le souvenir d'accidens semblables, développés il y a 37 ans s'est perpétué dans ma famille; seulement, dans ce cas, il ne s'agissait pas de coliques saturnines simples, mais de coliques saturnines avec accompagnement d'entérite aiguë.

M. Guérard : Autrefois l'emploi de la litharge pour adoucir les cidres trop aigres, était général en Normandie, et même, autrefois, l'Académie des sciences a nommé une commission pour constater la présence de la litharge dans le cidre et dans le vin, et pour appeler l'attention des magistrats sur ces pratiques dangereuses.

M. Becquerel a vu, il y a cinq ou six jours, un homme atteint de cachexie saturnine, sans avoir jamais eu de coliques; le liseré existe aux gencives. Il rapporte ce fait à cause de la difficulté que l'on a à se rendre compte de la présence du plomb. Tout ce qu'il a été possible de savoir, c'est que cet homme qui, aujourd'hui, est dans un état de cachexie complète, a travaillé au plomb il y a six ans, pendant quinze jours, il a abandonné ce genre de travail sans avoir eu de coliques, il s'est bien porté pendant longtemps, et enfin, depuis quelque temps, il est atteint de cachexie saturnine avec quelques symptômes d'embarras gastrique.

M. Barthez (François) a lieu de s'étonner des deux faits rapportés par M. Aran, car dans plusieurs milliers de cas, il a lui-même administré jusqu'à 20 et 30 grammes de sous-acétate de plomb sans avoir jamais vu se développer d'accidens saturnins. M. Aran a employé l'acétate de plomb et non le sous-acétate, c'est sans aucun doute la cause des accidens.

M. Aran : J'ai administré l'acétate de plomb à la dose de 1 gramme 50 c. dans un lavement.

M. Blache : Je n'ai jamais vu l'acétate de plomb donner lieu à la colique saturnine. Mais j'ai vu, il y a quelques années, un enfant en proie à la colique de plomb; on s'évertuait à en chercher la cause lorsque l'on découvrit que l'occupation de sa mère consistait à étendre avec le doigt, sur certains meubles, une préparation contenant du plomb; son enfant l'aidait dans ce travail. Jamais il n'a eu de liseré ardoisé.

M. Béhier : Sans avoir employé l'extrait de saturne à aussi haute dose que M. Aran, il m'est arrivé d'en donner vingt-cinq gouttes dans un quart de lavement à un tuberculeux et j'ai vu se développer des accidens saturnins. Il faut tenir compte, dans ces cas, des dispositions particulières. Et moi-même je suis tellement sensible à l'action du mercure, qu'il m'est arrivé de contracter une salivation pour avoir plongé les doigts dans un bain de sublimé afin de tâter le pouls d'un malade; et une autre fois, je fus atteint de même pour avoir reçu directement dans la bouche l'haleine d'un individu qui avait une salivation mercurielle.

M. Gillette : M. Blache a signalé la rareté de la colique saturnine chez les enfans; j'en ai vu un de 10 ou 12 ans, atteint de symptômes sérieux, et même d'accidens épileptiformes. Il nous fallut plusieurs jours pour retrouver la cause de la maladie, et nous apprîmes enfin qu'il avait été employé chez un polisseur de pierres précieuses, et qu'il avait tourné la meule en plomb qui sert en pareil cas.

M. Guérard : On a souvent à rechercher la cause d'empoisonnemens par le plomb, dont les auteurs se croient parfaitement innocens. Ainsi, par exemple, le Conseil de salubrité a proscrit, dans la fabrication des bonbons, l'usage des substances colorantes nuisibles; cependant des confiseurs ont introduit dans leurs bonbons du blanc d'argent, ignorant que ce n'est que le blanc du plomb seulement mieux préparé. Quant à moi, je crains tellement les effets du plomb que jamais je ne l'emploie en médecine. J'ai vu un jeune homme qui, pour couper une blennorrhagie, prit à l'intérieur de l'acétate de plomb, il survint des coliques, puis des accidens cérébraux, et enfin la mort une année après.

Le secrétaire, Dr Hérard.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 5. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 10 Janvier 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. PATHOLOGIE : De la non identité de la colique de plomb et de la colique sèche des pays chauds. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 8 Janvier 1856 : Correspondance. — Suite et fin de la discussion sur le séton.

PARIS, LE 9 JANVIER 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur la révulsion. — Discours de M. Malgaigne. — Clôture.

C'est toujours un grand plaisir d'écouter M. Malgaigne, même quand il critique des opinions que vous croyez justes et vraies. Mais on l'écoute avec plus de plaisir encore quand il met sa parole brillante et facile au service des idées que l'on croit devoir défendre comme on défend la vérité. M. Malgaigne nous a procuré hier ce double plaisir. Il y a dans son discours de quoi contenter toutes les opinions, toutes les croyances. Il est vrai qu'il y a aussi de quoi les mécontenter toutes. Mais nous espérons qu'elles feront toutes preuve de bon caractère en ne s'arrêtant qu'à ce qui leur est favorable et en laissant dans l'ombre ce qui leur est contraire. Nous nous trouvons, quant à nous, fort satisfait de cette déclaration, aussi spontanée qu'inattendue, de vitaliste faite par M. Malgaigne, avec un accent qui nous a fortement ému. Nous sommes non moins satisfait de l'appréciation éloquente faite par l'orateur de la grande conception du naturisme hippocratique. Certes, nous ne nous attendions pas à tout cela ni à tant que cela. Si la discussion, orale ou écrite, a eu ce résultat de conduire M. Malgaigne à une semblable déclaration de principes, félicitons-nous de cette discussion. Quand on est d'accord sur ces points capitaux, on est bien près de l'être sur des points moins importans et secondaires.

Quand on remonte par trois ou quatre fois à la tribune sur une même question, le talent le plus souple et le plus varié s'expose à des redites et à des répétitions. M. Malgaigne n'a pu se soustraire aux conséquences inévitables de sa situation. Sur plusieurs points il a été obligé de refaire ses précédens discours et pas toujours avec des formes aussi heureuses que dans sa première action. Cette réplique est certainement d'un avocat habile, mais on y sentait trop l'effort désespéré d'une cause à moitié perdue. Nous disons à moitié, et cela par justice et en vérité. Il faut, en effet, faire deux parts dans cette nouvelle oraison comme dans les précédentes de M. Malgaigne, l'une où il est dans le vrai et où il invoque les plus sains et les plus réels principes de la critique scientifique ; l'autre, dans laquelle il soutient des idées et des opinions que lui seul peut soutenir, car lui seul a assez d'esprit et assez de facilité de parole pour jouer aussi longtemps avec le paradoxe.

Élaguez de ces discours tout ce qui est relatif à la révulsion, oubliez que M. Malgaigne a soutenu, avec plus de courage que de bonheur, que l'antiquité n'a pas eu de doctrine de la révulsion, et que les temps modernes n'en ont pas davantage, opinion dont l'erreur a été surabondamment prouvée par MM. Bouvier et Parchappe, vous trouverez une critique judicieuse de l'emploi abusif des révulsifs, un appel éloquent à l'observation nouvelle et à de nouvelles expériences, des principes de philosophie et de critique médicales qui ne sont pas tous irréprochables, sans doute, et sur quelques-uns desquels nous faisons nos réserves, mais dont la tendance générale est bonne, et qu'il faut se faire honneur de partager.

Nous devons nous borner aujourd'hui à ces réflexions générales ; avant de discuter quelques-unes des opinions de M. Malgaigne, nous désirons savoir si la version que nous publions de son discours sera agréée par lui et trouvée exacte et fidèle ; cette précaution ne nous paraît pas inutile, d'après quelques incidens de cette discussion. Si M. Malgaigne ne nous signale aucune erreur, nous tiendrons notre version comme bonne, et nous pourrons discuter en conséquence.

Annonçons que la discussion est close. Après une courte réponse de M. Bouvier, et sur la proposition de M. Larrey, l'Académie a prononcé la clôture, se privant ainsi d'entendre M. Desportes, qui avait, disait-il, à exposer des considérations différentes de celles que l'Académie avait entendues.

M. Bonnafont a terminé la séance par la présentation d'un malade sur lequel il a pratiqué avec bonheur et succès une grave et délicate opération d'autoplastie faciale.

Amédée LATOUR.

M. le professeur Forget, de Strasbourg, nous fait l'honneur de nous adresser la lettre suivante :

Monsieur le directeur,

L'approbation que vous accordez à cette sentence *neuve et hardie* : « la vie n'est pas un antagonisme, mais une harmonie, » m'enhardit à vous prier de publier ce passage d'un discours prononcé il y a vingt ans :

« C'est une grande erreur de considérer l'homme sain comme en lutte continuelle avec les agens extérieurs : n'est-ce pas faire injure à la sagesse ineffable de la Providence que de représenter sa créature favorite comme environnée d'ennemis perpétuels ? L'unité régit l'univers où tout s'enchaîne par des rapports nécessaires : la vie organique n'est point un combat, c'est un concours d'affinités, d'actions, de combinaisons harmoniques. Ce n'est point en se révoltant contre la matière alibile que l'individu se nourrit ; c'est en choisissant parmi les produits de la mère commune l'aliment en rapport avec les facultés digestives. Ce n'est point en repoussant les élémens de l'air que le fluide organisateur, le sang se vivifie : c'est en s'assimilant, dans le calme de la santé, le principe que lui transmet naturellement l'appareil respiratoire. Enfin, ce n'est point en résistant à ses impressions que l'homme agit et pense : c'est en cédant à l'action de son encéphale mis en jeu par ses excitans naturels. Dans le monde physique, en effet, comme dans le monde moral, l'ordre et le bien résident dans l'harmonie, le balancement des forces actives et passives. La lutte et la réaction ne commencent qu'à l'instant où la pondération est détruite. Alors débute la maladie, alors aussi l'œuvre thérapeutique devient nécessaire, si la nature ne peut suffire pour dompter l'agent perturbateur. Aussi le médecin le plus philosophe de l'Allemagne, Reil, a-t-il défini la maladie : *une réaction accidentelle de l'organisme contre une cause de trouble.* » — FORGET (Discours d'ouverture du cours de la clinique médicale, avril 1836.)

L'auteur ne soupçonnait pas avoir fait une si belle découverte ; il ne croyait pas même avoir fait une découverte ; il ne soupçonnait pas surtout, qu'en professant de tels principes, il prêtait des armes victorieuses à l'ultra-vitalisme, car c'est le seul que je combats ; et je ne comprends pas qu'on puisse considérer comme un représentant de l'organicisme pur, celui qui, depuis si longtemps, travaille à propager la plus conciliante des doctrines, celle des *élémens*.

Votre tout dévoué,

Professeur FORGET.

Nous prions notre savant correspondant de remarquer que nous n'avons pas parlé de *sentence*, mais d'une *expression neuve et hardie* de M. Parchappe, ce qui n'implique en aucune façon la nouveauté de la pensée. Cette pensée, nous pourrions la faire remonter plus haut encore qu'à M. Forget ; il la retrouvera très explicitement formulée, par exemple, dans les *Élémens de physiologie* de Magendie, qui n'a jamais passé, que nous sachions, pour un *ultra-vitaliste*.

La paraphrase de M. Forget est aussi brillante que juste ; nous sommes enchanté qu'il nous l'ait rappelée ; elle nous montre combien nous avons eu raison de dire que sous l'organicisme le plus accentué se cachait le vitalisme. Or, si le dernier écrit de M. Forget, publié dans ce journal même (voyez les trois derniers numéros de décembre dernier), n'est pas une manifestation et même une prot station de l'organicisme, c'est que nous ne l'avons pas compris, pas plus que ne l'ont compris un grand nombre de nos lecteurs qui nous ont traduit la même impression. Et si cet écrit a bien la signification que nous lui donnons, que prouve la réclamation actuelle très vitaliste de M. Forget ? rien autre chose, si ce n'est la vérité d'une pensée que nous nous permettons de formuler par cette variante d'une *sentence* bien connue :

Grattez l'organicien, vous retrouvez le vitaliste.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

DE LA NON IDENTITÉ DE LA COLIQUE DE PLOMB ET DE LA COLIQUE SÈCHE DES PAYS CHAUDS ;

Par M. le docteur Jules ROCHARD, second chirurgien en chef de la marine au port de Brest.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

II. — Tous les navires, avons-nous dit, sont soumis aux mêmes règles, aux mêmes influences hygiéniques, à part le climat bien entendu. Si la maladie qui nous occupe dépend de l'une d'entre elles, pourquoi n'éclate-t-elle jamais dans nos escadres de la Méditerranée, dans nos stations des côtes d'Espagne et de Portugal, de Terre-Neuve, etc. ? Pourquoi attend-elle pour se manifester que les navires soient arrivés dans certains parages ? Pourquoi la voit-on se montrer à la mer à bord de bâtimens pour lesquels rien n'a changé que la latitude, ainsi que cela est arrivé à bord de la *Fortune*, à l'époque que j'ai indiquée ? Le fait suivant que j'emprunte à la thèse de M. Lecoq, est encore plus probant :

« Au mois de juillet 1846, nous partons de Brest pour aller » prendre le commandement de la station de l'Indo-Chine » (à bord de la frégate la *Gloire*) ; nous arrivons après sept » mois de traversée, dans les mers de Chine, où nous visitons » successivement Macao, Canton, puis Tousane en Cochin- » chine. Pendant tout cet espace de temps qui comprend une » période de quatorze mois, pas un seul cas de colique ner- » veuse ne s'est déclaré parmi notre équipage. Au mois » d'août 1847, nous faisons naufrage, dans un Archipel, sur » les côtes de la Corée et nous nous réfugions sur une île in- » habitée, où nous formons un camp en attendant les navires » qui doivent nous rapatrier, couchant sur le sol, à l'abri de » tentes formées avec les voiles de nos bâtimens. Quinze jours » après notre débarquement, sur cette île, de nombreux cas » très graves de colique nerveuse éclatent parmi notre équi- » page. Celui de la corvette la *Victorieuse*, notre compagne » d'infortune, fut aussi maltraité que nous et paya un large » tribut à l'affection que nous venions de contracter depuis » notre débarquement sur l'île que nous habitions depuis » quinze à vingt jours. Voilà la maladie, où en est la cause ? » Est-il logique d'aller la chercher dans le plomb de nos na- » vires que nous avions abandonnés depuis plusieurs jours ? » Dans la litharge de notre vin dont nous fûmes à peu près » complétement privés après notre naufrage ? Non, évidem- » ment. »

M. Marroin, chirurgien principal de la marine, chargé, pendant les années 1850, 1851 et 1852, de la direction du service de santé à l'hôpital de la marine à Montevideo, s'exprime ainsi dans un rapport inséré dans les *Nouvelles Annales maritimes*, (août 1852) : « J'ai soigné des capitaines et des matelots du » commerce, arrivant des Antilles. L'investigation la plus » minutieuse ne m'a fait découvrir de plomb ni sur la pein- » ture qui était à la chaux, ni dans la cargaison de leurs bâti- » mens. Il m'est arrivé maintes fois de soigner les patrons ou » les matelots des barques qui font la navigation des affluents » de la Plata ; leur commerce consiste uniquement en tabac, » fruits, cuirs, où auraient-ils absorbé du plomb ? » Le plomb est, comme le fait observer M. Fonssagrives, un des poisons les plus généraux, il n'est guère d'idiosyncrasie qui lui résiste. Je sais que dans les fabriques il épargne quelques individus, que tous les ouvriers ne sont pas atteints avec la même violence, mais en somme, si l'on suppose un certain nombre de personnes soumises à la même dose de cet agent toxique, la presque totalité en subira les atteintes. C'est le contraire à bord de nos navires, où la colique sèche n'atteint en général qu'une fraction de l'équipage.

Le plomb est toxique à tous les âges de la vie, il n'épargne pas les enfants. M. Tanquerel des Planches s'est assuré qu'ils contractaient la colique avec la plus grande facilité, plus fréquemment même que les adultes. Il cite plusieurs fabriques dans lesquelles on a été obligé de les renvoyer parce qu'ils tombaient trop souvent malades ; des chefs d'atelier qui ont dû congédier leurs apprentis pour le même motif. Il n'y a là rien qui puisse surprendre. Le plomb ne peut pas faire exception à la loi générale, et les poisons comme les médicamens produisent, à doses égales, des effets d'autant plus énergiques que les sujets sont plus jeunes. La colique sèche diffère encore sous ce rapport de l'intoxication saturnine. Elle épargne les enfans dans les colonies et les mousses à bord des bâtimens ; ce dernier fait a été invoqué par les médecins qui accusent le vin sophistiqué de la produire, mais tout le monde sait que si les règlemens n'accordent pas de vin aux mousses, ils n'en sont pas privés pour cela et qu'ils prennent part à la ration des hommes de leur plat.

La colique sèche n'est pas une affection propre aux navires ; à part quelques exceptions que j'ai signalées, elle règne dans presque tous les pays chauds. Elle sévit souvent avec intensité dans les garnisons de nos colonies ; et cependant les soldats habitent des casernes peintes à la chaux et ne boivent pas d'eau distillée. Les cas les plus nombreux et les plus graves proviennent des postes détachés établis souvent dans l'intérieur. La peinture y est inconnue, le plomb ne peut y être soupçonné.

La colique sèche enfin offre, au plus haut degré, le caractère épidémique, et ce dernier caractère distinctif me conduit à dire un mot des causes qui peuvent la déterminer. En ce qui a trait à ce point difficile d'étiologie, les opinions ne présentent pas la même unanimité. Le désaccord est pourtant plus apparent que réel. Tous les médecins qui ont observé la colique sèche lui reconnaissent :

1° Pour condition indispensable, une température élevée;

2° Pour cause essentielle, un état spécial de l'organisme caractérisé par une débilité profonde;

3° Pour cause occasionnelle, les variations atmosphériques et les refroidissemens.

Température. — La colique sèche ne règne que dans les pays chauds. Pendant le cours d'une longue station dans les mers de Chine, à bord du *Cassini*, M. Fallier a remarqué que jamais elle ne se montrait lorsque le thermomètre était au-dessous de 22° centig.; qu'au delà de ce chiffre, le nombre et la gravité des cas nouveaux et des rechutes s'élevaient et s'abaissaient avec lui. Il ne faudrait pas ériger ce fait en loi générale, et assigner à la maladie qui nous occupe des limites invariables, mais il n'en offre pas moins un vif intérêt.

La colique sèche est d'autant plus fréquente et d'autant plus meurtrière qu'on l'observe sous un climat plus ardent. La côte occidentale d'Afrique, le pays le plus chaud du globe, certains points de l'Inde et de la Chine, qui s'en rapprochent sous ce rapport, marchent en première ligne; les côtes de Madagascar, les Comores, Cayenne, le Brésil, les Antilles, jouissent d'une température plus supportable et la colique sèche y sévit avec moins d'intensité; on l'observe enfin sous une forme encore plus atténuée, dans les mers du Sud et sur les bords de la Plata. Cette règle comporte quelques exceptions, mais elles ne lui ôtent rien de sa valeur.

C'est pendant la saison la plus chaude de l'année, pendant l'hivernage qu'elle sévit avec le plus d'intensité.

Dans toutes les stations, les bateaux à vapeur qui empruntent à leur machine un surcroît de température sont plus cruellement éprouvés que les navires à voiles : je ne me rappelle pas, dit M. Fonssagrives, avoir vu, pendant les quatre années que j'ai passées sur la côte d'Afrique, un seul navire à vapeur qui n'ait eu à souffrir de la colique sèche; quelques-uns d'entre eux, et en particulier le *Caraïbe*, l'*Espadon*, l'*Australie*, l'*Eldorado*, ont été fortement maltraités; tandis que les bâtimens à voiles, plus nombreux, et présentant un effectif plus élevé, ont joui d'une immunité remarquable. Le même fait se reproduit dans les mers de l'Inde, aux Antilles, partout, en un mot, où l'on peut faire des observations comparatives.

Les hommes que leur profession retient près d'un foyer permanent de chaleur, paient à la colique sèche un plus large tribut que leurs camarades. C'est ainsi qu'elle affecte une sorte de prédilection pour les chauffeurs, les mécaniciens, les hommes chargés de la cuisine distillatoire, les boulangers, les cuisiniers de l'équipage, du commandant, de l'état-major, des élèves, les hommes qui leur sont adjoints, les infirmiers qui préparent les alimens des malades. A bord de l'*Espadon*, sur 21 malades, 8 appartenaient à ces diverses professions; à bord du *Cassini*, elles ont offert à M. Fallier huit fois plus de coliques sèches que les autres; le *Crocodile*, à Madagascar, a vu tous les chauffeurs successivement atteints; il en est de même dans toutes les stations. Une température élevée est donc une condition indispensable; tout le monde est d'accord sur ce point; mais il n'en est plus de même à l'égard du second.

Débilité, anémie. — La colique sèche, personne ne le conteste, ne se montre guère que chez les hommes profondément affaiblis; mais, pour quelques médecins, cet état d'anémie suffit pour la produire, quelle que soit d'ailleurs la cause qui l'ait amené, tandis que les autres le considèrent comme le résultat d'une infection miasmatique identique. MM. Marroin, Le Tersec, Bories, etc., la comparent à celle que détermine la fièvre intermittente, offrant seulement avec elle une grande analogie, aux yeux de M. Fonssagrives, complétement distincte dans l'opinion de M. Dutrouleau. Je ne pourrais, sans m'écarter du plan que je me suis tracé, me livrer à ce sujet à une discussion approfondie. D'une part, la colique sèche présente dans son invasion, dans sa marche, dans ses apparitions capricieuses et jusque dans ses symptômes tous les caractères des maladies infectieuses; de l'autre, je ne puis me décider à la regarder comme une des formes de l'intoxication paludéenne, parce que, s'il en était ainsi, elle devrait se montrer plus fréquente et plus grave à terre, au voisinage des marais, qu'à bord des navires, moins immédiatement exposés à leur influence, tandis qu'elle attaque plus particulièrement ceux-ci, parce qu'on la voit parfois éclater dans des parages exempts de fièvres, chez des hommes qui n'en ont jamais été atteints, parce qu'enfin, le caractère essentiel des affections paludéennes est la périodicité, et que la colique sèche ne le présente pas. J'éprouve également quelque répugnance à reconnaître un miasme spécial pour chacune des maladies propres aux pays chauds, pour la dysenterie, pour l'hépatite, pour la colique sèche, pour la fièvre jaune. Il faut, je crois, être sobre de ce genre d'explications, sévère lorsqu'il s'agit d'admettre, *à priori*, ces causes occultes qui ne tombent pas sous les sens. Je serais donc plus disposé à me rallier à l'opinion moins absolue de M. Fonssagrives, en appelant avec lui de nouvelles recherches sur ce point intéressant. Le principe encore inconnu de cette maladie existe peut-être, comme il le soupçonne, dans les cales de nos navires à voiles, dans les soutes à charbon de nos bateaux à vapeur, mais ce sont là de simples conjectures, qu'il ne faut pas présenter comme des faits démontrés.

Refroidissement. — Quoi qu'il en soit, lorsque cette prédisposition existe, lorsque les influences précédentes ont agi, il ne faut à la maladie qu'un prétexte pour éclater, et les variations brusques de température, les refroidissemens, les suppressions de transpiration sont là pour le lui offrir. Je sais combien cette étiologie est banale, je sais qu'on la met en avant à l'occasion de toutes les maladies et cependant, en ce qui concerne la colique sèche, il est impossible de ne pas la prendre au sérieux. Toutes les relations médicales, toutes les observations particulières la signalent et j'ai pu maintes fois moi-même en constater la réalité. La relation de cause à effet est trop manifeste, dans la plupart des cas, pour qu'on puisse élever des doutes. Les chauffeurs, les mécaniciens, les boulangers quittent leurs fournaises aussitôt que le service le leur permet, pour aller respirer l'air frais du dehors, le corps baigné de sueur et la poitrine nue; les matelots entassés pendant la nuit, dans le faux pont ou dans la batterie, soumis à une chaleur accablante, plongés dans une atmosphère à peine respirable, viennent, en dépit des conseils qu'on leur donne, se coucher et s'endormir sur le pont; les officiers eux-mêmes n'ont pas toujours le courage de résister à la tentation d'en faire autant et c'est souvent à la suite de ces imprudences que la maladie se déclare.

Toutes ces causes s'enchaînent, on le voit, et, quelle que soit la part qu'on fasse à chacune d'elles, elle sera toujours assez large pour qu'il soit inutile de recourir à une autre explication et d'invoquer un agent toxique dont la présence ne peut se démontrer.

III. — Il me reste enfin à signaler quelques différences dans le mode d'invasion, la marche et le pronostic des deux maladies. Les symptômes sont les mêmes, les phénomènes consécutifs, la paralysie, les accidens cérébraux offrent les mêmes caractères, mais les maladies de plomb sont précédées par une période prodromique, à laquelle M. Tanquerel des Planches donne le nom d'intoxication saturnine primitive, et dont les signes sont assez tranchés pour être souvent reconnus par les chefs d'atelier et par les ouvriers des fabriques. Ils consistent dans une saveur sucrée, une odeur spéciale de l'haleine, une coloration de la peau, désignée sous le nom d'ictère saturnin, dans ce liseré, dans cette teinte grisâtre des gencives, enfin, à laquelle on semble attacher tant d'importance dans la question qui nous occupe. Rien de tout cela ne s'observe avant l'invasion de la colique sèche, rien, pas même le liseré gingival de Burton, qui n'a jamais, que je sache, été signalé avant le début de la maladie, et qu'on ne retrouve même pas d'une manière constante pendant son cours. MM. Dutrouleau et Fonssagrives ne l'ont jamais vu chez leurs malades, M. Lecoq ne l'a rencontré que chez la moitié des siens, beaucoup d'observateurs n'en parlent même pas. J'ai eu l'occasion de le constater fréquemment, mais je l'ai vu manquer souvent, et, par compensation, je l'ai remarqué plusieurs fois sur des sujets revenant des colonies dans un état de chloro-anémie profonde, mais sans avoir eu de coliques sèches. Cette dernière considération lui ôte, à mes yeux, beaucoup de sa valeur.

L'intoxication saturnine la plus grave peut survenir sans coliques. Elle peut apparaître, pour la première fois, sous forme d'arthralgie, de paralysie, d'encéphalopathie. M. Tanquerel des Planches a réuni 276 cas de cette espèce. Dans la maladie qui fait l'objet de ce travail, c'est toujours la colique qui ouvre la scène.

La marche de la colique sèche, dans les cas graves, est beaucoup plus rapide et le nombre proportionnel des décès plus considérable.

En général, les malades ne succombent à l'intoxication saturnine qu'après de nombreuses rechutes, au bout d'un temps parfois fort long. Dans la colique sèche la mort arrive, le plus souvent, après trois ou quatre mois de maladie, et quelquefois plus tôt. Dans quelques cas, l'encéphalopathie a été si promptement mortelle, qu'on a pu la qualifier de foudroyante.

Enfin, d'après les relevés de M. Tanquerel des Planches, 4,809 cas d'intoxication saturnine n'ont causé que 111 décès (1 sur 43), et la colique sèche, dans certains pays, enlève un tiers des malades. En voici quelques exemples :

L'*Eldorado*, station du Sénégal, 14 cas, 4 décès (M. Fonssagrives);

L'*Espadon*, station du Sénégal, 21 cas, 9 décès (M. Hervé);

La *Capricieuse*, mers de Chine, 45 cas, 4 décès (M. Le Tersec);

L'*Érigone*, mers de Chine, a perdu 60 hommes, dont 20 de colique sèche (M. Ragot).

Ainsi, dans les ateliers, dans les fabriques, où le plomb est partout, dans l'air que respirent les ouvriers, sur leurs vêtemens et jusqu'à la surface de leur peau, il n'en fait périr qu'un petit nombre, il ne choisit guère ses victimes que parmi les malheureux qui, poussés par le besoin, par une sorte de fatalité professionnelle, reviennent, après chaque guérison, se replonger dans le milieu qui les tue; et ce même agent, tellement atténué à bord de nos navires (en admettant pour un instant qu'il y existe), qu'on ne peut pas en découvrir de traces, serait la cause de ces accidens si promptement et si fréquemment funestes! L'admission d'un pareil fait conduirait à cette conclusion homœopathique que le plomb est d'autant plus toxique, qu'il est plus dilué et absorbé en quantité plus petite, et je crois qu'elle ne séduira personne.

Non, la colique sèche n'est pas empoisonnement saturnin. Si elle était due à cette cause, nous ne nous laisserions pas empoisonner si bénévolement et depuis tant d'années, nous et ceux qui nous entourent. Il y a longtemps que nous aurions découvert l'agent toxique, et que l'autorité maritime aurait pris les mesures nécessaires pour le faire disparaître.

On me pardonnera les longs détails dans lesquels je viens d'entrer, si l'on songe qu'il s'agit ici d'une des maladies les plus communes et les plus graves de celles qui affligent les pays chauds; qu'elle s'attaque de préférence à une classe d'hommes intéressans à tous égards, par les dangers qu'elle court, par les fatigues qu'elle endure et par les services qu'elle rend au pays.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 Janvier 1856. — Présidence de M. Bussy.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Le rapport final de M. le docteur Caussard, médecin des épidémies, sur une épidémie dysentérique qui a régné dans onze communes de l'arrondissement de Châtillon.

6° Six rapports de M. le docteur Denée, sur diverses épidémies qui ont régné dans l'arrondissement d'Arras en 1855. (Comm. des épidémies.)

3° Le tableau des vaccinations pratiquées dans le département de la Seine en 1854. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle comprend :

Une observation de rupture de l'utérus au sixième mois de la grossesse, par M. Bénigny, de Versailles. (Comm. M. Guérard.)

M. Boullay, au nom de la commission des eaux minérales, lit un rapport au sujet d'une demande adressée au ministre d'exploitation d'une fabrique d'eaux gazeuses artificielles. Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le séton. — La parole est à M. Malgaigne.

M. Malgaigne, au moment de monter à la tribune, dépose sur le bureau le *Traité de l'écrasement linéaire* de M. Chassaignac. (Remercimens). Puis M. Malgaigne s'exprime en ces termes :

Messieurs, l'année passée, la discussion qui s'était élevée à l'occasion du travail de M. Bouvier, semblait définitivement close par le dernier discours de notre collègue. Il s'agissait d'abord du séton, puis d'autres questions plus étendues : Y a-t-il une doctrine et des principes de la révulsion chez les anciens, chez les modernes? La pratique moderne est-elle fille de l'ancienne et y ressemblait-elle réellement? Toutes ces questions, M. Bouvier paraissait les avoir résolues victorieusement, non sans avoir eu beaucoup de peine à répondre sérieusement à un discours moins sérieux qu'agréable; — ce discours, c'était le mien. Au sein de l'Académie, comme en dehors d'elle, on semblait me donner tort, et les organes de la presse médicale de Paris, la première du monde, ce n'est pas moi qui le contesterai, se sont réjouis de voir mes idées *subversives* réduites à leur véritable valeur!

Pour ma part, le discours de M. Bouvier m'a paru sérieux, grave même et je ne puis le laisser passer sans réponse. M. Bouvier affirme qu'il y a une doctrine scientifique de la révulsion, tandis que j'ai déclaré et je déclare qu'il n'en existe pas. Les orateurs qui ont successivement pris part à ce débat paraissent autant de partisans des opinions de M. Bouvier et autant d'adversaires des miennes : à l'exception de M. Piorry, tous semblent d'accord sur la réalité de cette doctrine et sur son identité aux divers âges de la science, et même M. Bouvier a eu soin de m'apprendre ce que c'est qu'une doctrine...

Comme mes opinions n'ont pas toujours été bien rendues, ce qui sans doute est de ma faute, je vous demande la permission de résumer brièvement la marche de la discussion : Un nouveau séton est proposé; je m'élève contre l'usage du séton en particulier, et, en général, contre l'emploi des exutoires à demeure, contre ce qu'on appelle la révulsion permanente; je me trouve ainsi conduit à discuter les « grands principes de la révulsion, » comme les appelle M. Bouvier, principes dont je nie l'existence. Ce que je vais dire se rapporte, premièrement au séton, en second lieu à la doctrine de la révulsion chez les anciens, troisièmement à la doctrine des modernes.

Et d'abord, quant à l'utilité du séton, nous avons eu des faits et des assertions collectives que je regarde comme l'équivalent d'observations particulières. Pour les faits, c'est M. Bouvier qui les a produits. J'en ai fait la critique, je n'y reviendrai pas. Mais je noterai que le *consensus* de la presse médicale a été troublé sur ce point, et que les observations de M. Bouvier n'y ont pas excité grande sensation. Le *Bulletin de l'Académie* renferme, au sujet des malades traités par M. Bouvier, des renseignemens singuliers : quelques-uns ont eu des récidives, l'un n'a pas guéri et a été déclaré incurable. Mais, dit M. Bouvier, il ne faut pas y regarder de trop près, il ne faut pas examiner les faits à travers le prisme de la prévention. Si j'avais une doctrine de la révulsion, moi, je voudrais qu'on l'on l'examinât à travers ce prisme. Les magnétiseurs aussi en veulent aux incrédules; ils exigent qu'on croie avant de voir... Loin de moi la pensée de vouloir leur comparer notre honorable collègue, mais il peut se tromper, et je suis convaincu qu'il se trompe. Contraste digne d'être remarqué! Ce même M. Bouvier est on ne peut plus sceptique en chirurgie... Il a soumis à une critique sévère, et qui lui fait honneur, certains faits d'orthopédie, il nie la réduction des luxations congénitales du fémur, et cependant d'honorables chirurgiens de Lyon déclarent l'avoir constatée. Je ne voudrais pas me prononcer sur ce sujet, mais je demanderai à M. Bouvier d'où vient qu'étant si sceptique en chirurgie, il le soit si peu en médecine; et comment il peut fonder sa croyance sur des faits si pauvres et si peu faits pour convaincre?

Bien des orateurs ont succédé à M. Bouvier; nul d'entre eux n'a pro-

duit de faits et n'a parlé du séton, ni en mal, par respect pour M. Bouvier, ni en bien, par respect pour eux-mêmes. Mais des affirmations résumant une longue pratique et, par conséquent, dignes de considération ont été produites par MM. Bouley et Leblanc. J'ai eu le malheur de piquer M. Bouley, je ne dirai donc rien contre le séton vétérinaire ; une phrase du discours de M. Bousquet me fournit, d'ailleurs, un excellent motif pour m'abstenir. Ce motif, je l'avais déjà indiqué, c'est que la médecine humaine est loin de retirer du séton les mêmes avantages que la vétérinaire.

M. Bouillaud nous a dit qu'il n'avait pas d'expérience personnelle au sujet du séton ; c'est qu'il ne l'a pas employé ; et si un homme de la valeur de M. Bouillaud ne l'as pas employé, c'est que sans doute aussi il avait de bonnes raisons pour cela. Du reste vous vous rappelez ce qu'il a dit des exutoires permanens, et l'expression énergique dont il s'est servi en les assimilant à un cautère sur la jambe de bois proverbiale. Cette même expression, M. Piorry l'a répétée, parce qu'elle est bonne. Quant à M. Parchappe, il n'a pas voulu s'en expliquer ; il parle seulement des effets curatifs que nous obtenons chaque jour au moyen de la révulsion permanente dans les maladies chroniques. L'orateur nous semble ici trop généreux, il aurait pu moins ménager ceux qui ont le malheur d'ignorer ces effets observés *chaque jour*, et les prouver à ceux qui, comme M. Bouillaud, M. Piorry et moi, par exemple, ne croient pas à cette efficacité des révulsifs.

M. Bousquet nie que les cautères et autres moyens semblables guérissent jamais les phthisiques ; il dit en parlant des exutoires à vie : les malades n'y gagnent rien que d'avoir deux maladies au lieu d'une, — mais tandis qu'il les rejette dans les maladies internes, il établit une exception pour les maladies chirurgicales. Il est d'expérience, suivant M. Bousquet, que les cautères sont précieux dans quelques maladies des os et notamment dans la maladie de Pott (précisément dans le cas où moi, qui suis chirurgien, je suis convaincu de leur inefficacité, et où M. Bouvier partage mon opinion). M. Bousquet semble croire aussi à l'utilité du séton dans quelques ophthalmies, mais ce qu'il en dit est atténué par ce qui suit : « Les révulsifs sont les ressources de l'ignorance qui ne sait que faire ; ils le sont aussi de la science à bout de moyens. » A nos yeux, l'ignorance qui ne sait que faire et la science à bout de moyens se ressemblent infiniment, et je crois qu'en retranchant le mot de science de cette phrase, M. Bousquet l'eût faite un peu moins élégante peut-être, mais à coup sûr tout aussi claire. On est étonné, après une appréciation si défavorable des exutoires, de trouver dans le discours de M. Bousquet ces mots : « Cette pratique est si bien entrée dans les idées du peuple, que le médecin qui y manquerait ne connaîtrait pas toutes les ressources de son art (c'est-à-dire de la science à bout de moyens), et n'aurait pas fait tout son devoir... son devoir d'obéir aux idées du peuple !

Pour en finir avec le séton, je dirai : la meilleure justification de la thèse que je soutiens, est précisément le choix fait par l'Académie d'une question de prix ainsi conçue : *Sur le degré d'utilité des exutoires dans les maladies chroniques.* La question est bien posée, elle ne préjuge rien.

J'arrive à la deuxième question. La médecine possède-t-elle des principes, une doctrine de la révulsion ? J'ai dit que ce qui en existe dans l'antiquité se réduit à un passage obscur d'Hippocrate et à une théorie fantastique édifiée par Galien, son commentateur ; que dans Celse on n'en trouvait pas trace. Dans la réfutation faite par M. Bouvier de toutes ces assertions, j'ai admiré une chose : c'est, quand il se produit des idées nouvelles, l'exigence dont tout le monde fait preuve à leur égard : on veut des faits précis, une démonstration rigoureuse ; par contre, s'agit-il d'une conception ancrée dans la mémoire des hommes, ayant plus ou moins légitimement conquis un petit droit de domicile dans la science, avec quelle facilité, quelle complaisance, on accepte les moindres arguments qui lui sont favorables ! Ainsi M. Bouvier n'a pas cité un seul texte qui se rapportât exactement à ce qu'il voulait établir, et l'on a dit qu'il avait les mains pleines de preuves et qu'il avait prouvé l'antiquité, de la révulsion en grec et en latin ! Je ne reviendrai pas sur une discussion épuisée, mais je dirai à M. Bouvier qu'il n'a pas compris Celse ; par maint et maint passage, que je me charge de mettre à la disposition de mon adversaire, il est démontré qu'il n'y a pas la moindre analogie entre l'*evocare* de Celse et la révulsion proprement dite. Une doctrine, dit M. Bouvier, c'est un ensemble de faits systématisés, c'est-à-dire rapprochés par un point commun, par un fait général qui montre leur affinité, leur origine semblable. Soit, j'accepte cette définition. Donc une doctrine exige des faits systématisés : une systématisation ne saurait exister qu'autant qu'elle est formulée. Or, cette systématisation et cette formule, M. Bouvier les a-t-il rencontrées dans les écrits des anciens ? Non, il y a recueilli des faits qui indiquent la révulsion et qui s'expliquent par elle ; puis il a ajouté : n'en jaillit-il pas une doctrine de la révulsion ? Et il en fait une, lui, M. Bouvier, qui est excellente, je veux le croire, mais enfin qui n'appartient pas aux anciens. M. Bouvier ne m'ayant pas montré un texte où se trouve cette formule, je maintiens et renouvelle le défi de citer sur la révulsion autre chose que ce qu'en a dit Galien et ce que j'ai reproduit aux rires de cette assemblée. Au sujet de ce livre de Galien, j'avais dit (avec M. Daremberg), qu'il me paraissait obscur et j'ai été accusé à cause de cela, d'avoir altéré le texte de M. Daremberg ! Comme cette insinuation était complétement gratuite, — car la citation était textuelle, — je l'attribuai à un hasard d'improvisation et priai M. Bouvier de vouloir bien la retirer quand il en trouverait l'occasion... Jusqu'à ce jour cette occasion lui a fait défaut. M. Daremberg, un peu épris des anciens, comme c'est son droit d'érudit, m'a dit aussi, à l'égard de la prétendue doctrine de Galien, que sans doute elle était obscure dans beaucoup de points, mais pas partout. Eh ! concevrait-on que l'intelligence humaine pût enfanter le chaos tout entier !

M. Bouvier, tout en exaltant les idées de Galien, éprouve comme un léger remords. Il convient, qu'imbu d'opinions humoristes, Galien émet plus d'une assertion singulière ; mais, ajoute-t-il, à sa place, peut-être eussions-nous fait pis. Ainsi M. Bouvier plaide la circonstance atténuante ! Je l'accorde ; mais sans retirer l'accusation contre Galien d'avoir plongé la science dans un véritable galimatias. Pour que la révulsion fût acquise à la science, il faudrait, comme je l'ai déjà dit : premièrement, l'intelligence de ce qu'on fait, c'est-à-dire l'histoire physiologique des révulsifs ; secondement, des règles présidant à leur emploi. Pour la doctrine, vous venez de voir qu'il n'en existait pas l'ombre chez les anciens. « La doctrine créée, poursuit M. Bouvier, il restait à exposer les règles, les principes qui fixent son application dans la pratique. Les anciens n'y ont pas manqué, ici encore, » M. Bouvier a merveilleusement arrangé des textes, mais il n'a pas cité ces principes et je le défie d'en citer un seul qui se soit transmis jusqu'à nous. Je ne sais vraiment s'il est permis de traiter ainsi l'histoire de la science. Depuis quinze ans, je fouille dans les écrits des anciens et je sais combien il est difficile d'y rechercher l'équivalent de nos idées d'aujourd'hui ; prendre ici et là une vérité, les rapprocher et en faire ressortir, par un artifice plus ou moins ingénieux, la conclusion que l'on veut avoir, c'est un travail analogue à celui qui consiste à faire un centon avec des vers pris dans Virgile au hasard.

M. Bouvier confond constamment la révulsion avec la dérivation, malgré le soin que mettent les anciens à les distinguer ; chose plus étrange encore, il regarde comme un révulsif le séton à demeure après la guérison, tandis que l'effet de ce séton n'est que la *dépuration*, puisque, par hypothèse, il n'y a plus rien à révulser.

M. Bouillaud a bien saisi ce vice de l'argumentation de M. Bouvier ; vous citez des faits, lui a-t-il dit, mais de principe, mais de doctrine, point. M. Piorry est un radical et fait fi des théories antiques, c'est son droit, chacun suit son sentier.

Quant à M. Parchappe, comme M. Bouvier, il a, lui aussi, trouvé une doctrine, et le passage de son discours qu'il y consacre, est fort remarquable par la forme et en partie par le fond. C'est dans les *aphorismes* qu'il la trouve, c'est-à-dire dans le livre d'Hippocrate dont l'authenticité est le moins contestée. Selon M. Parchappe, la conception hippocratique de la maladie consiste à y voir « une réaction de la vie contre la cause de la maladie qui consiste dans une élaboration de la matière morbide, la coction ; » si dans cette lutte la nature a le dessus, la coction se fait seule, et la médecine n'a pas à intervenir (excellent principe, dont je fais mon profit en chirurgie), sinon il faut évacuer la cause morbide. Et c'est là que M. Parchappe voit la révulsion ! !

Voici qui mérite également votre attention. J'avais avancé que dans Hippocrate on ne trouvait sur la révulsion que l'aphorisme fameux : *de duobus doloribus*. M. Parchappe, qui appelle Hippocrate le créateur de la révulsion, dit que le principe sur lequel son efficacité est fondée, se résume, en s'élevant de toute la hauteur d'un vitalisme dynamique au-dessus d'un vitalisme humoral, dans ce même aphorisme. Voyez à quelles erreurs entraîne une idée préconçue. Cet aphorisme, simple énoncé d'un fait pathologique, a si peu la portée doctrinale qu'on lui prête, que Galien, dans ses Commentaires, n'en tire aucun parti pour ses idées sur la révulsion. Cet aphorisme, qui forme le sommet de la pyramide de la doctrine en question, M. Bouvier s'est bien gardé de l'interpréter comme M. Parchappe, et je ne saurais assez l'en louer.

Passant à Galien, M. Parchappe en donne un résumé qu'il déclare fidèle, non sans laisser percer un certain sentiment de satisfaction. Cependant il dit : Dans ce résumé fidèle de la doctrine de Galien je n'ai pas fait entrer un certain nombre de vues particulières sur la dérivation, etc... Ces vues sont fort obscures et fort erronées... On comprend que ces vues aient donné lieu à de grands embarras pour les critiques et qu'elles aient dû être abandonnées... Mais en *élaguant* de la doctrine antique de la révulsion ces données complétement fausses, et en *modifiant* dans des vues vitalistes le dogme humoral dont elles sont si fortement empreintes, il est facile d'y reconnaître les fondemens solides de ces grandes vérités, etc. En élaguant ce qui gêne dans une doctrine, en modifiant le reste, on fait tenir à Galien le langage qu'on veut. Si M. Parchappe devinait les énigmes de Galien, et en donnait un résumé fidèle, il n'aurait pas moins de gloire qu'Œdipe.

M. Bousquet remercie M. Bouvier de lui avoir appris que les principes de Barthez existaient dans les anciens (éloge dont M. Bouvier pourrait être embarrassé) ; on conserve, dit-il, leur pratique, tout en rejetant leurs théories.

M. Parchappe est vitaliste, il fait dépendre la doctrine de la révulsion de la grande question du vitalisme dont il prévoit que l'Académie sera bientôt saisie. Moi aussi je suis vitaliste, très vitaliste, mais non pas de ceux qui se plaisent à de stériles spéculations. Je le suis avec l'école de Hunter, parce qu'elle me montre la force vitale présidant à des actes que l'on observe et analyse. Mais vouloir prouver la révulsion par le vitalisme, *obscurum per obscurius*, me semble une entreprise inutile. Qu'on me la démontre par des faits et je l'accepterai.

Tandis que M. Parchappe place l'aphorisme *de duobus doloribus* au sommet de sa pyramide, M. Bousquet le déclare faux dans le sens de *doloribus*, mais encore plus faux dans l'acception de *laboribus*. En attendant que ces deux vitalistes se mettent d'accord, il demeure prouvé qu'en écrivant ces deux lignes Hippocrate ne songeait pas à la révulsion.

Pour ce qui est du livre des Humeurs je l'abandonne. Que ceux qui se seront cassé la tête (passez-moi le mot) à ce jeu de patience, veuillent bien me faire part du résultat auquel ils seront arrivés.

Voilà pour les anciens. Les modernes aussi, au dire de M. Bouvier ont des principes en matière de révulsion et l'on en trouverait le germe dans Hunter d'abord. Comme je ne lis pas moins souvent Hunter, qui, pour moi, est l'Hippocrate des temps modernes, que l'Hippocrate ancien, cette assertion m'a surpris. Mais en cherchant à la vérifier, je n'ai trouvé dans Hunter que deux ou trois phrases indifférentes, comme tout le monde en écrit sur la révulsion, comme j'en écris moi-même. M. Bouvier m'a renvoyé encore à Broussais, Guersant, Roche, Sabatier, Cazenave et Marrotte. J'avais défié M. Bouvier de citer des principes, que ne l'a-t-il fait ? Ce n'est probablement pas sans d'excellentes raisons. M. Bouvier aurait pu indiquer aussi, et c'est là une omission sérieuse, la thèse de M. Martin-Solon soutenue en 1839...

M. Bouvier : Elle est citée dans mon discours imprimé au *Bulletin*.

M. Malgaigne : M. Martin-Solon m'avait chargé de faire pour lui des recherches sur la révulsion dans les auteurs de l'antiquité, afin de tracer l'historique de la question. Ceci prouvera à M. Bouvier que ce n'est pas d'hier que j'étudie ce sujet.

Je crains bien qu'au lieu de principes, on ne trouve dans les auteurs indiqués par M. Bouvier, que de ces considérations générales auxquelles, trop souvent, les pathologistes se livrent entre la veille et le sommeil. M. Bouillaud, avec toute sorte d'aménités de langage, me plaint au fond de mon ignorance en littérature médicale ; il m'indique, comme autant de sources que j'ai eu tort de ne pas consulter, un certain nombre de dictionnaires, dont l'un ne contient pas d'article sur la révulsion ! Des dictionnaires, Messieurs ! sont-ce là les autorités qu'on m'oppose ? M. Bouillaud, lui, n'a pas de principes en matière de révulsion, il se borne à établir que les vésicatoires sont utiles dans la pleurésie, etc. Vous savez ce qu'il a dit des exutoires dans les maladies chroniques. M. Piorry, autre représentant de l'école de Paris, non seulement déclare n'avoir ni doctrines ni principes de révulsion, mais encore, révulsion, dérivation, etc., doivent être, dit-il, rayés du langage de la science.

Nouvel embarras ; M. Bouvier confond la révulsion et la dérivation. Après son discours qui me valut dans la presse le reproche d'esprit exagéré, une certaine dissidence se manifeste parmi mes critiques, la désunion se met dans le camp des vainqueurs : M. Dechambre veut que l'on distingue par la révulsion la *dérivation*, M. Sales-Girons en distrait de plus la *dépuration*. Il faudrait, pour avoir une solution là-dessus, assembler un concile et faire discuter entre eux ces trois grands théologiens du séton.

Serons-nous plus heureux à Montpellier ? Je vous ai lu des passages de Barthez et j'ai eu lieu de m'en repentir. D'abord M. Bouvier prétend que le mémoire de Barthez ne représente pas les idées actuelles de Montpellier. Où chercher ces idées ? Notre confrère M. Blatin m'a confié que Montpellier n'avait pas l'intention de me répondre. Dédaigneux et sage silence ; il est des choses qui ne gagnent pas à être discutées. J'attendais donc avec impatience le retour de M. Bousquet, et c'est avec une véritable satisfaction que je l'ai vu monter à la tribune.

Mais qu'arrive-t-il ? M. Bousquet, en parlant des règles de Barthez, s'exprime ainsi : « Si elles sont mauvaises, M. Malgaigne a bien fait de le dire, il aurait mieux fait de le prouver. On ne demande pas grâce pour l'erreur mais égard et respect pour le génie. Je passe tout à la critique, excepté l'oubli des bienséances, l'irrévérence du langage, et l'infidélité des citations. » Oui toutes ces expressions sont là dans le discours de M. Bousquet. L'oubli des bienséances ! mais qui donc, à cette tribune les a oubliées au point de dire d'un collègue : « Il veut répandre des idées doctrinales et il s'isole de plus en plus, comment ne le voit-il pas ? Il est presque étranger parmi nous..... ? « Ce sont là des choses dures dont la tribune s'accommode mal, surtout quand elles se répètent. L'irrévérence du langage ! mais j'ai rendu à Barthez les honneurs dus au génie. Je ne repousse que les erreurs ; qu'est-ce que c'est que cette idolâtrie ? Lorsque je critique un système, une école, c'est mon usage de viser à la tête, de m'attaquer au chef, au porte-drapeau, ce n'est pas moi qui vais chercher dans les bas-fonds de la littérature un Glandorp pour en faire le grand, le beau, l'incomparable Glandorp ; voici Barthez, me suis-je dit, voici un homme de génie qui, dans deux mémoires, jette autant d'erreurs qu'il y en peut tenir, c'est à lui que je dois m'en prendre. Respect aux hommes vivans, aux collègues surtout, mais attaquez, brûlez, incendiez l'erreur. Ce n'est pas dans ses mémoires de la révulsion que Barthez a prouvé son génie, mais bien dans la Doctrine des Élémens.

L'infidélité des citations ! parce que je n'ai pas reproduit les cinq règles de Barthez en entier.

Mais, Messieurs, c'eût été vous faire rire trop longtemps. Ce que j'en ai reproduit est textuel, il n'y manque pas une virgule. Pourquoi donc M. Bousquet, qui en rappelle deux, ne les cite-t-il pas littéralement ? Pour ne pas fatiguer l'Académie il les résume, — et il les fausse.

Quant à la valeur du système, voici ce qu'en pense M. Bousquet : « Il paraît d'abord si spécieux que la raison l'accepte avant toute expérience. » Il est fâcheux de voir une théorie acceptée avant toute expérience, et je crains que ce ne soit là trop souvent la philosophie de Montpellier. Quelques lignes plus loin il est dit : « Mais aux présomptions de la théorie l'expérience a joint son témoignage. » Qu'y manque-t-il donc ? Rien ; et cependant M. Bousquet ne veut pas, du système, et à sa place il en met un de sa façon. Je respecte M. Bousquet, et son système me paraît ingénieux, mais je ne m'attaque qu'aux doctrines des grandes écoles. Or, en parlant de certaines pratiques de révulsion, voici comment s'exprime M. Bousquet : « Il est dit que tout ici sera contradiction, principes et pratique..., et cette inconséquence pratique (un vésicatoire à la nuque suivi d'un cataplasme), dont je ne veux pas multiplier les exemples, a traversé les siècles, toujours suivie, toujours honorée, sous la protection d'une *simple théorie*, de la théorie de la révulsion. » Puis vient le passage de l'ignorance ne sachant que faire et de la science à bout de moyens.

Ainsi, pas de doctrine de la révulsion, ni à Paris, ni à Montpellier. M. Parchappe ne se rattache à aucune des deux écoles, il dit seulement que la doctrine de la révulsion implique une conception vitaliste de la maladie. Je n'ai rien dit du système de M. Bousquet, je ne dirai rien de la conception de M. Parchappe.

J'ai pensé qu'il était bon d'établir l'absence de toute doctrine. Savoir qu'on ignore c'est le commencement de la science. M. Bouvier maintient cependant qu'il y a des lois et des principes, il dit : « La doctrine n'est nullement attachée à ces explications empruntées aux idées dominantes de chaque époque. Les idées spéculatives passent ; les faits, leur expression pure restent. Mes principes, ceux du moins dont je me suis fait le défenseur, ce sont les lois éternelles de la révulsion que nous tenons des anciens. L'interprétation de ces lois je vous l'abandonne. » Mais, qu'est-ce que des lois qui ne sont pas interprétées ? Si vous abandonnez l'interprétation, vous sacrifiez en même temps la doctrine et les principes.

Voilà donc, Messieurs, ce qu'on a tant approuvé et admiré. Je nie les principes, M. Bouvier se rejette sur les faits ; je nie les faits de M. Bouvier, il me renvoie aux principes ; je nie les uns et les autres, M. Bouvier est toujours satisfait. En vérité, sommes-nous bien ici dans une académie de médecine ? La médecine est-elle une science ? Quoi ! on se retranche derrière des lois éternelles que l'on n'interprète pas ! mais la cuisinière de M. Bouvier met à profit les lois éternelles de la création ! Et quand il serait vrai que les cuisinières de l'antiquité aient appliqué des cautères et des sétons, cela suffirait-il pour faire une science exacte et pratique ! Singulière manière de comprendre la philosophie des sciences ! Les lois éternelles existent toutes de tout temps, mais elles n'existent pour nous que lorsque nous les avons découvertes. Vous admettez la loi éternelle de la révulsion, voilà M. Piorry qui la nie, je

me place entre vous, et lui doutant, cherchant une doctrine. On ne peut, dit M. Bouvier, remonter aux causes premières. Permettez, il y a là deux ordres de choses qu'il ne faut pas confondre. De tout temps on avait observé que les pommes tombaient; depuis fort longtemps aussi les maçons savaient qu'il ne fallait pas trop incliner les murs, c'était du métier; les architectes eurent les principes sans la doctrine; enfin Newton arrive, il découvre une force, il en étudie tous les effets sans aller jusqu'aux causes premières. Ce que nous avons nous, ce sont les faits, ce sont de petits principes partiels; pour arriver jusqu'à l'architecte et à Newton il nous reste bien du chemin à faire, surtout si vous imaginez l'avoir déjà parcouru. Allez jusque-là, il vous sera permis de ne pas aller au delà.

J'ai eu un petit démêlé avec M. Bouley et je me soucie peu de le renouveler. M. Bouley me trouve trop d'esprit, pour moi j'admire son génie. Je demandais des principes de révulsion : huit jours après il nous en apporta trois. J'en appelle aux chimistes, aux physiciens, ils savent ce qu'il faut de travail pour découvrir des principes dans leurs sciences qui cependant sont beaucoup plus faciles que la nôtre. Comptons s'il vous plaît : M. Bouley, trois principes, M. Parchappe un principe, M. Bousquet un principe, il y en a beaucoup d'autres sans doute. En présence de cette accumulation, je me suis réjoui d'être chirurgien, et comme je l'ai dit à un de nos maîtres, je trouve bon que ce soit la chirurgie qui rappelle la médecine à la vraie science, afin qu'on ne vienne pas dans quelques semaines, dans quelques jours, nous rapporter encore de ces considérations décorées du nom de principes, écloses entre le sommeil et la veille. Parmi les principes de M. Bouley, il en est un qui a été cité par M. Bouillaud et dont je dirai un mot; c'est celui qui veut que la vacuité des vaisseaux favorise l'absorption : vrai en physiologie, ce principe est faux en pathologie. M. Leblanc nous en a fourni la preuve, sans le vouloir peut-être, en nous disant qu'autrefois il traitait la pneumonie, chez les chevaux, par des saignées copieuses, sans grand succès; aujourd'hui il oppose à la même maladie les sétons, et cela lui réussit mieux. Et cependant je pense que pour vider les vaisseaux la saignée est autrement puissante que le séton.

M. Bouillaud m'a adressé un reproche d'un autre genre : il m'a dit qu'en supprimant les révulsifs j'enlevais à la thérapeutique les trois quarts de ses moyens d'action. M. Bouvier aussi veut défendre contre moi le grand héritage laissé par les anciens. Mais ne voyez-vous pas que, de jour en jour, on tend à se défaire de cet héritage tant vanté? Qui donc emploie aujourd'hui les cautères chez les phthisiques? les anciens leur en couvraient la poitrine; dans les maladies de la rate et du foie? les anciens leur en couvraient les hypochondres; dans les affections des reins? ils leur en criblaient les lombes. Il y a tout un livre d'Albucasis où se trouvent décrites des pratiques abominables, heureusement abandonnées aujourd'hui. Les médecins en usent de moins en moins, M. Piorry ne s'en sert plus du tout.

Ah! l'on m'engage à n'être pas irrévérencieux envers les anciens, et M. Parchappe me donne ce conseil de ne pas me laisser aller au mépris des grands hommes! Mais, à l'exception d'un de nos collègues, que l'Académie a le regret de voir trop rarement participer à ses travaux, qui donc plus que moi a consciencieusement fouillé les anciens? Je le dis à ma gloire, quand, sur la foi des érudits et de la mécharte critique du XVIIIme siècle, vous vous accordiez à considérer Hippocrate comme un prêtre d'Esculape, écrivant ses aphorismes sur le registre d'un sacristain, c'est moi qui vous ai prouvé qu'il n'en était rien, qu'Hippocrate n'était pas un prêtre d'Esculape, mais un illustre réformateur, un de ceux qui font sur une large échelle ce que nous faisons ici en petit, et d'après les mêmes principes. Et Galien ne lui ai-je pas rendu justice? Mais parce que ces hommes avaient du génie, s'en suit-il qu'il ne faille pas les attaquer? Respect aux hommes, point de respect pour les doctrines erronées!

Oui, je le dis, en terminant, à notre jeunesse médicale : il y a de belles et de bonnes vérités dans les écrits que nous ont légués les anciens; méditez les aphorismes; méditez la thérapeutique chirurgicale d'Hippocrate, elle est supérieure à la nôtre. Mais je ne suis pas content de la thérapeutique médicale; et lorsque vous rencontrerez une doctrine comme celle de la révulsion, qui ne s'étaie ni de principes ni de faits sérieux, attaquez-la hardiment, et ne craignez pas de traiter légèrement une chose légère. Je me suis donné cette tâche et je la remplirai. Pas une de ces graves erreurs ne se produira ici, sans que, pour la détruire, j'apporte mon petit contingent de forces, et je suis sûr que la sympathie de l'Académie ne me fera pas défaut. *Delenda Carthago.*

M. Desportes se dirige vers la tribune; M. Bouvier y monte en même temps et demande à répondre à M. Malgaigne. L'Académie est consultée, la parole est à M. Bouvier.

M. Bouvier : M. Malgaigne vient de faire l'apologie des anciens; cela nous rapproche un peu. Suivant lui, la théorie de la révulsion n'est pas à la hauteur du génie des anciens; je ne reviendrai pas sur ce que j'ai établi à cet égard. Les Bulletins de l'Académie sont là, les pièces du procès entre les mains de tous. M. Malgaigne m'accuse d'avoir systématiquement simplifié et arrangé les textes, d'avoir donné de *l'evocare* de Celse une interprétation erronée. Je réponds encore en renvoyant aux Bulletins. Il nie la théorie moderne de la révulsion; chacun peut voir en quoi consiste cette théorie, en lisant les modernes. M. Malgaigne voudrait trouver en médecine des principes de science pareils à ceux de la chimie, de la physique; pour moi, je n'ai parlé que de principes d'art. Quant à des forces comme la gravitation, je serais heureux qu'il en trouvât sur son chemin.

Je n'ai aucun souvenir des renseignemens *singuliers* que contiendrait le Bulletin au sujet de mes malades, ni de l'incurabilité déclarée de l'un d'eux, ni des sétons laissés à demeure chez des malades guéris.

Qu'il me soit permis, au lieu de m'arrêter à des assertions faciles à apprécier, de résumer en peu de mots le côté *pratique* de la discussion, dont on n'a peut-être pas assez parlé.

Le débat qui touche à son terme a été soulevé, on se le rappelle, par M. Malgaigne, à l'occasion d'une bien modeste lecture et de quelques petits malades que j'avais présentés au jugement de l'Académie.

Le but de notre honorable collègue, dans cette discussion, a été de faire rayer de la thérapeutique une médication tout entière, celle qui consiste en une suppuration artificielle du derme ou du tissu cellulaire, ou même deux ordres de médications, si l'on distingue dans l'action des exutoires, avec MM. Trousseau et Pidoux, une médication *transpositive* et une médication *spoliative*.

Ce but, M. Malgaigne l'a-t-il atteint?

Je ne le crois pas.

Je crois qu'il n'a ébranlé aucune conviction; qu'après cette discussion, comme auparavant, les exutoires resteront une ressource importante de la thérapeutique.

Comment en serait-il autrement?

Quels moyens notre collègue a-t-il employés pour faire prévaloir son opinion?

La raillerie, les hypothèses, les dénégations.

La raillerie! M. Malgaigne y excelle; il vous en a donné de nouvelles preuves dans cette séance même; mais qu'il ne s'y trompe pas; les succès de cette sorte sont loin d'entraîner toujours la persuasion. Quand nous avons bien ri aux scènes bouffonnes du *Malade imaginaire*, nous ne renonçons pas pour cela à *saignare, purgare*, ni même à *clysterium donare*. C'est que, dans les sciences expérimentales, l'arme du ridicule s'émousse devant la force irrésistible des faits.

Sont-ce les idées théoriques de M. Malgaigne qui pouvaient saper une croyance aussi générale que celle de l'utilité des exutoires? J'appelle ces idées des hypothèses; on va en juger.

Premier principe posé par notre honorable collègue : il n'y a, suivant lui, de révulsion utile que celle qui agit contre la douleur. Ainsi un bain de pieds, un sinapisme, la grande ventouse Junod, pourront dissiper un mal de tête; mais ils ne feront rien dans la congestion qui le produit, si elle ne va pas jusqu'à la douleur! Ils ne seront pas moins inutiles dans l'imminence d'une apoplexie, d'un coup de sang, s'il n'y a pas céphalalgie! La révulsion cutanée pourra bien, en rappelant aux extrémités la goutte, le rhumatisme, faire cesser des viscéralgies causées par le déplacement de ces affections; mais cette révulsion sera impuissante, si la même cause se borne à produire un accès de suffocation! On voit à quelles conséquences mènerait cette théorie boiteuse, tronquée, qui mutile les faits les plus vulgaires.

Autre principe. Selon M. Malgaigne, les exutoires *prolongés* ne sont d'aucune utilité, parce que l'économie finit par s'y accoutumer. D'abord où est la preuve que cette *habitude* ne puisse contrebalancer efficacement une habitude morbide contraire? En second lieu, cette *habitude* ne s'établit qu'au bout d'un temps plus ou moins long. Jusque là, les exutoires jouissent au moins des mêmes propriétés que les autres irritations douloureuses de la peau, que ces vésicatoires volans, par exemple, dont personne ne conteste les avantages, si bien établis par notre éminent collègue M. Bouillaud. Voilà donc, comme conséquence forcée de l'argumentation de M. Malgaigne lui-même, le séton, le cautère, le moxa, en possession, au moins *pour un certain temps*, au même titre que le sinapisme, le vésicatoire, la ventouse, de la faculté de guérir ou d'atténuer, non seulement des douleurs, dirai-je, mais encore des congestions, des fluxions, des inflammations, etc. Et combien de temps faudra-t-il pour faire perdre aux exutoires cette propriété? Est-ce au bout d'un mois, de deux mois, de six mois, d'un an ou davantage, qu'ils en seront privés? M. Malgaigne serait fort embarrassé de le dire.

Troisième principe. On ne doit pas admettre qu'un remède ne commence à produire de bons effets qu'après un mois ou plus de son emploi; *il n'est pour rien* dans la guérison, si elle a lieu dans ce cas. Ainsi des exutoires, ainsi du séton, quand le mal auquel ils s'adressent ne commence à diminuer qu'un mois ou plus après leur application. Vous avez cru bonnement jusqu'ici avoir guéri des scrofuleux par l'iode, d'anciens vérolés par le mercure ou l'iodure de potassium, des dartreux par le soufre, des paraplégiques par les eaux des Pyrénées, même lorsque l'amélioration n'avait commencé qu'après un mois ou plus de l'administration de ces remèdes. Erreur, vous dira M. Malgaigne; dans ces cas-là, la guérison n'est point de votre fait; vous ne pouvez en revendiquer l'honneur que si l'amendement s'est montré avant un mois de traitement, terme de rigueur!

Avais-je tort de dire que les raisonnemens, *à priori*, de notre collègue n'étaient guères de nature à vous toucher?

Et les dénégations à l'égard des faits *à posteriori*? M. Malgaigne ne s'en est pas fait faute. Comment les a-t-il motivées?

Platon, Messieurs, a dit dans sa *République* : « Pour être vrai médecin, il serait nécessaire que celui qui l'entreprendrait eût passé par toutes les maladies qu'il veut guérir, et par tous les accidens et circonstances de quoi il doit juger. » Mon honorable collègue n'est pas de cet avis; cela est fâcheux, pour Platon, j'entends. Mais voici que Montaigne lui vient en aide. En citant ce passage de Platon, il ajoute : « C'est raison que les médecins prennent la vérole, s'ils la veulent savoir panser. *Vraiment je m'en fierais à celui-là.* » Montaigne, qui croyait à la médecine encore moins que M. Malgaigne, se serait *fié*, dans ses maladies, à un médecin qui les aurait étudiées sur lui-même. M. Malgaigne, loin de là, n'accorde pas même qu'un médecin, dont il paraît d'ailleurs faire quelque cas, soit *compétent* (le mot est joli) pour juger de la marche de sa maladie et de l'effet des remèdes! Et cela à propos d'une *ophthalmie*, c'est-à-dire d'une affection des plus faciles à observer et de celles qui laissent le plus de liberté de penser! Un pareil argument ne pouvait nous convaincre. Vous avez partagé l'opinion de Platon et de Montaigne; vous n'avez point récusé avec M. Malgaigne un témoignage de l'efficacité du séton que je fournissais sur moi-même; vous ne repousseriez pas davantage le fait du professeur Guilbert, dont l'exemple me décida à recourir à ce moyen, ni celui de notre collègue, M. Henri Gaultier de Claubry, autrefois guéri d'amaurose par un séton que lui conseilla Boyer.

A ces faits, à tant d'autres que la discussion a produits, que répond M. Malgaigne? Que ce sont des *coïncidences*. Un homme est sur le point de perdre la vue, un séton le sauve; on le supprime, la maladie reparaît; le séton la guérit de nouveau; coïncidence. Cet autre n'a plus d'attaques d'épilepsie depuis qu'il porte un séton; coïncidence. Une jeune fille souffre à trois reprises d'une céphalée intolérable; chaque fois le séton la dissipe; pure coïncidence. Des sétons-*monstres* hâtent la résolution de pneumonies sur des chevaux, comme les vésicatoires-*monstres* chez l'homme; coïncidence, toujours coïncidence. C'est un parti pris.

Cette manière de philosopher sent fort son *Marpaurius*; elle conduirait, voulez-vous savoir à quoi? à la négation de toute médecine. Car il n'est pas un remède dont on ne pût nier ainsi l'action, sous prétexte de n'y voir que des *coïncidences*. Si une dialectique semblable pouvait triompher, on verrait démolir pièce à pièce cet édifice de la thérapeutique si laborieusement construit, et sans cesse accru par tant d'utiles travaux. Aujourd'hui les exutoires, demain la saignée, puis le quinquina, l'émétique, l'opium, etc., tout y passerait; car tout repose sur la même base, l'expérience. Observons scrupuleusement les éternels principes de la méthode expérimentale, qui ne datent pas d'hier, quoi qu'on en dise. Mais gardons-nous de ce pyrrhonisme outré, non moins contraire à ces principes qu'à ceux du simple bon sens; ce scepticisme exagéré n'aboutirait qu'à éteindre jusqu'aux dernières lueurs de la foi médicale, de cette foi sans laquelle le médecin reste désarmé en présence du danger, les mains pleines de ressources dont il ne sait pas se servir. Sans la foi en son art, le médecin se déconsidère aux yeux d'un public ignorant, et le jette dans les bras du charlatanisme.

M. Malgaigne, lui aussi, a suivi, dans un temps, à l'endroit des exutoires, les véritables règles de la méthode expérimentale; et il a guéri des malades. Puis un remords de conscience le prit; *le bénéfice qu'il avait pu retirer de l'emploi des exutoires* lui parut *très douteux*; il s'abstint. C'est tout ce que nous savons de ses recherches. Assurément, telles qu'il les a énoncées, elles ne pouvaient justifier ses dénégations relativement aux guérisons obtenues par d'autres.

Mais, après tout, n'aviez-vous pas, vous praticiens, vos propres faits, des faits journaliers? car ils abondent sur un point de thérapeutique aussi répandu. Que pouvaient des allégations sans preuve, de vagues incertitudes, des doutes si faiblement étayés contre ce que vous aviez vu de vos propres yeux, observé cent fois vous-mêmes?

J'avais donc raison de le dire en commençant, rien de tout cela, non, rien de tout cela ne pouvait vous convertir.

Cependant, je dois le reconnaître, il restera quelque chose de l'ardente opposition de notre honorable collègue. Les partisans des exutoires ont depuis longtemps signalé l'abus qu'on en fait souvent en les prescrivant sans indication suffisante ou même contre toute indication. Il existe, sur les exutoires, et en particulier sur l'usage du garou, un petit traité peu connu, dont la dernière édition est de 1774. L'auteur, Agathange Leroy, passe pour s'être servi le premier du mot *exutoire*, qu'il croit lui-même avoir créé; et, soit dit en passant, ce mot a eu un succès à faire envie à notre collègue M. Piorry lui-même. Or, Leroy, quoique grand partisan des vésicatoires à demeure, ne manque pas de dire « qu'il a été autant occupé d'en faire supprimer que d'en établir, » exactement comme M. Malgaigne, qui *en a mis beaucoup* et *en a beaucoup supprimé*. Espérons que cet abus, qui subsiste encore, ne résistera pas aux vigoureuses attaques de mon honorable collègue.

Un autre résultat non moins important du débat suscité par M. Malgaigne, il vient lui-même de vous le rappeler, c'est la question de prix proposée par l'Académie sur les exutoires à demeure. Ce n'est pas la première fois que les corps savans appellent sur ce sujet l'attention et les études des médecins. En 1790, la Société royale de médecine proposa la même question. Wauters, de Gand, Rougemont, de Bonn, remportèrent la palme, et leurs ouvrages jouissent encore aujourd'hui d'une réputation méritée. Que cet exemple stimule le zèle des concurrens! Athlètes éprouvés, jeunes athlètes, que tous, à l'envi, se précipitent dans la lice! Une ample moisson de faits, d'aperçus nouveaux, leur est offerte. Quel que soit le prix de leurs efforts, s'ils parviennent à combler quelqu'un de ces vides si communs dans nos doctrines thérapeutiques, ils auront bien mérité de l'Académie, de la science et de l'humanité.

M. Larrey demande la parole pour une motion d'ordre. Les arguments paraissant épuisés de part et d'autre, il propose de mettre aux voix la clôture de la discussion.

M. Bouley : Lorsque je faisais l'éloge de l'esprit de M. Malgaigne, personne n'a pu y voir une ironie; en m'attribuant du génie, il est évident qu'il a voulu me persifler. Mais il n'a pas réfuté un seul des faits généraux que j'ai énoncés. J'ai, à l'École d'Alfort, mis cinq sétons à un cheval et j'ai noté depuis un mois son poids moyen chaque jour. Savez-vous ce qu'il a perdu dans l'espace de quinze jours? Quarante livres. Les sétons supprimés, immédiatement le poids a de nouveau augmenté.

Chez un autre cheval atteint d'engorgement à l'une des jambes, le membre a été mesuré, pendant longtemps ses dimensions sont restées les mêmes. Un séton a été appliqué au haut de la fesse, et cette jambe diminue rapidement. En attendant que je soumette à l'Académie une série d'expériences sur ce sujet, je suis bien aise de dire à M. Malgaigne que les faits généraux énoncés par moi ne sont pas le résultat d'un travail d'une semaine, d'un mardi à l'autre, mais bien de vingt années de pratique.

M. Desportes demande de nouveau la parole. L'Académie est consultée, la clôture de la discussion mise aux voix et adoptée.

—

M. Bonnafont montre un malade auquel il a pratiqué, avec succès, une autoplastie de la face d'après un procédé particulier.

De la lithotritie considérée au point de vue de son application, par P.-S. Ségalas, membre de l'Académie impériale de médecine. Brochure in-8, Paris, 1855, aux bureaux de l'*Union Médicale*, et chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19. — Prix : 2 fr.

Traité pratique des maladies des yeux, par W. Mackenzie, chirurgien-oculiste de S. M. B., professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow, chirurgien de l'hôpital ophthalmique de la même ville; traduit de l'anglais avec notes et additions, par S. Laugier, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, et G. Richelot, docteur en médecine. — Un fort vol. in-8°.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris, par M. le professeur Andral; recueilli et publié par M. le docteur Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édition entièrement refondue.— 3 vol. in-8° de 2076 pages. — Prix : 18 fr.

Germer-Baillière, libraire, 17, rue del'Ecole-de-Médecine.

Traité de la Maladie vénérienne, par J. Hunter, traduit de l'anglais par le docteur G. Richelot, avec des notes et des additions par le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, membre de l'Académie de médecine, etc.; accompagnée de 9 planches. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. — Prix : 9 fr.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 6. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 12 Janvier 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef : tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. ÉPIDÉMIOLOGIE : Rapport sur l'épidémie cholérique de 1853-1854, dans les établissemens dépendant de l'administration générale de l'assistance publique de la ville de Paris. — II. THÉRAPEUTIQUE : Sur l'apepsie (ou absence de digestion) chez les enfans et sur le traitement de cette maladie par la pepsine. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS (Académie des sciences). Séances des 28 et 31 Décembre : Observation de mutité et d'aphonie complètes, datant de douze années, rapidement guéries par l'application de l'électricité d'induction. — Présence de la vivianite dans les ossemens humains. — Des fonctions du foie chez les arachnides. — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON : La théorie de l'automatisme étudié dans le manuscrit d'un monomaniaque.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

RAPPORT SUR L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1853-1854, DANS LES ÉTABLISSEMENS DÉPENDANT DE L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE LA VILLE DE PARIS ;

Par M. F. BLONDEL, inspecteur de l'Administration générale de l'Assistance publique, etc. — Un vol. in-4°. Paris, 1855.

L'administration de l'assistance publique de Paris donne un grand et bel exemple; elle mérite bien de la science et de l'humanité. Les trois grandes épidémies de choléra, que la ville de Paris a eu à subir depuis l'année 1832, ne l'ont pas trouvée seulement prévoyante, attentive et secourable; quand le fléau a cessé ses ravages, profitant des élémens considérables d'étude qu'elle a pu réunir et colliger, elle en fait l'objet de ses recherches savantes qu'elle livre ensuite à la méditation de tous. C'est ainsi que nous lui devons le beau rapport sur l'épidémie de 1849; c'est ainsi que nous lui sommes redevables du rapport non moins important et curieux qu'elle vient de publier sur l'épidémie de 1853-1854. L'auteur de ces deux rapports est l'honorable M. Blondel, inspecteur de l'assistance publique. Nous avons en temps opportun rendu hommage au premier de ces travaux, et nous en avons exposé les principaux résultats. Nous allons aujourd'hui remplir le même devoir envers le second rapport, digne en tous points de son aîné, document d'un intérêt considérable et qui qui fait regretter que, moins favorisés que d'autres pays, sur ce sujet, nous soyons, en France, si peu riches en matériaux de ce genre. L'Angleterre, bien moins fournie que la France d'institutions sanitaires de tout genre, n'a pas cependant laissé passer une seule épidémie de choléra sans en tracer le tableau, sans en recueillir les résultats locaux et généraux dans des rapports partiels et d'ensemble. Nous citerons à cet égard les précieux travaux du *General board of health*, les beaux ouvrages des docteurs Farr et Simon, et un grand nombre d'autres documens sur les élémens si divers que la question du choléra présente à étudier.

Le rapport de M. Blondel est divisé en plusieurs parties :

La première traite de l'invasion et du développement de l'épidémie, c'est-à-dire : 1° du moment où le choléra a paru dans les diverses localités et parmi les différentes classes d'habitans; 2° des périodes croissantes et décroissantes qui ont constitué l'ensemble de l'épidémie pour toute la population.

La seconde partie comprend les effets généraux du choléra, d'abord à domicile, puis dans les établissemens hospitaliers, enfin dans les services spéciaux.

La troisième indique son action relative sous les influences accidentelles de localité et suivant les conditions personnelles d'âge, de sexe, d'existence, etc.

Dans la quatrième et dernière, l'auteur résume les points saillans que peut produire la comparaison de l'épidémie de 1854 avec les invasions de 1832 et de 1849.

Suivons M. Blondel dans les principaux résultats de cette statistique.

Le premier résultat à retenir, c'est que l'invasion de l'épidémie de 1853-1854 à Paris a eu lieu à peu près à la même époque sur tous les points; le mal a atteint simultanément des personnes n'ayant aucune relation entre elles; à quelques jours de distance, il se répand dans tous les arrondissemens, et se produit tant à domicile que sur la population des hôpitaux et sur l'effectif de la garnison.

Dans son rapport sur l'épidémie de 1849, M. Blondel avait signalé ce même mode d'irruption du choléra pour les épidémies de 1849 et de 1832.

Dans le chapitre suivant, M. Blondel s'occupe du développement de l'épidémie. Le rapprochement de toutes les dates qu'il indique « confirme ce fait, dit-il, que j'ai déjà signalé lors des précédentes épidémies; *d'un développement* SIMULTANÉ *du choléra sur toutes les catégories d'habitans ou de malades.* — Que le mal se produise aussi rapidement et avec autant d'intensité qu'en 1832; que, moins violent dans son irruption, il conserve, plus longtemps, une haute puissance de destruction comme en 1849, ou qu'il prolonge sa durée dans une sorte de somnolence comme en 1853-1854; toujours on remarque l'influence de certaines dates qui désignent, pour toute la ville, les périodes croissantes ou décroissantes et les points culminans de chaque épidémie.

» Celle de 1832 a donné une triste célébrité au 26 mars, jour de l'apparition du fléau; aux 8, 9 et 10 avril, qui ont enregistré le plus grand nombre de victimes (de 769 à 848 décès par jour).

» Celle de 1849 rappelle le 18 mars, jour de l'invasion; les 8, 9 et 10 juin, qui comptent de 637 à 721 morts.

» 1853-1854, dans des circonstances analogues et avec les mêmes significations, met en relief les dates du 11 novembre 1853, commencement de l'épidémie, et celle du 3 et du 12 août 1854, maximum d'intensité (de 120 à 130 décès par jour); puis les dates secondaires du 1er et du 16 décembre 1853, points culminans de la première partie; du 26 et du 29 avril 1854, qui marquait un nouveau mouvement ascensionnel.

» Les deux premières invasions avaient duré de sept à huit mois environ. Celle-ci se prolonge pendant quatorze, sauf une interruption de quinze à vingt jours. Les faits sont plus éloignés, les points de comparaison moins saillans, mais l'ensemble de la marche offre de nombreuses analogies.

» Nous voyons le choléra accuser dans toutes ses phases par sa subite irruption, par son développement général, par sa simultanéité d'action sur tous, dans chaque mouvement d'extension ou de décroissance, l'existence du même principe morbide. Insaisissable pour nos sens, il pénètre partout, nous enveloppe, en temps d'épidémie, comme l'air dans lequel nous vivons, et ne se révèle que par ses ravages, là où il trouve des conditions propices à son développement. » (Pages 26-27.)

L'importance de ces faits, relativement à la question si controversée du mode de propagation du choléra, n'échappera à personne, et leur répétition dans trois épidémies successives est une circonstance capitale.

Dans la seconde partie, M. Blondel a établi les effets généraux et particuliers de l'épidémie de 1853-1854.

Moins rapide dans son irruption que les deux premières, cette épidémie leur cède beaucoup aussi en intensité, et, bien que le choléra persiste alors parmi nous deux fois plus longtemps qu'aux autres époques, elle fait cependant moitié moins de victimes.

En effet, tandis que l'épidémie de 1832 enlève à Paris 18,654 personnes; l'épidémie de 1849, 19,184; l'épidémie de 1853-1854 ne fait que 9,096 victimes. Tel est le fait général brut, mais les tableaux suivans empruntés au rapport donnent des indications précieuses sur les proportions de la mortalité dans les trois épidémies.

	1832.	1849.
A domicile, sur 1,000 habitans	14 décès.	10 décès.
Dans les hôpitaux civils, sur 1,000 habitans	16 malades,	9 malad.
	7 décès,	5 décès.
100 malades,	46 décès.	51 décès.
Dans les hospices civils, sur 100 malades	61 décès.	72 décès.

Feuilleton.

LA THÉORIE DE L'AUTOMATISME ÉTUDIÉE DANS LE MANUSCRIT D'UN MONOMANIAQUE ;

Par M. BAILLARGER, médecin de la Salpêtrière, membre de l'Académie de médecine.

Il y a plus de dix ans que j'ai exposé pour le délire en général, et pour les hallucinations en particulier, la théorie de l'automatisme, théorie sur laquelle j'ai insisté de nouveau dans la discussion qui a eu lieu en 1855 à l'Académie de médecine sur la folie. Plus j'observe les aliénés, plus j'acquiers la conviction, que c'est dans l'exercice involontaire des facultés qu'il faut chercher le point de départ de tous les délires. Dès qu'il survient de l'excitation cérébrale et que la maladie commence, on devient incapable de diriger ses idées; elles s'imposent et l'on est forcé de les subir. Entraîné à chaque instant par ces idées spontanées et involontaires, le malade cesse de pouvoir fixer son attention, et tout travail suivi devient impossible. Après avoir vainement lutté contre cette puissance qui le domine, il est conduit le plus souvent à des explications erronées; il attribue, par exemple, les idées qui l'obsèdent à un être étranger. Ce qui aide à provoquer cette explication c'est la nature même de ces idées qu'il n'a jamais eues dans son état normal ou même qui sont complétement opposées à ses idées habituelles; enfin l'erreur devient plus complète par suite de la forme que revêt bientôt la pensée lorsque cet état se prolonge. On sait que rien n'est plus fréquent que les conversations dans les rêves et il n'y a pas lieu de s'étonner de les voir se reproduire lorsque l'exercice des facultés est devenu involontaire pendant la veille. Ce qui achève la ressemblance, c'est que la pensée ne se reproduit plus alors sans être articulée intérieurement. De là quelquefois cette singulière illusion d'une voix qui a son siége dans la poitrine ou dans la région de l'estomac: c'est alors qu'on s'adresse au malade à la seconde personne, qu'on l'interroge et que la *dualité* devient plus tranchée, c'est alors aussi qu'il y a bien véritablement comme une double pensée et comme deux être distincts.

Les élémens de la théorie de l'automatisme se trouvent réunis de la manière la plus curieuse dans un manuscrit que je possède et dont on lira plus bas des extraits.

Le malade est un jeune homme de 28 ans, d'une intelligence assez développée mais dont l'éducation avait été très négligée; à seize ans il savait à peine l'orthographe et c'est alors que se livrant avec passion au travail, il parvint seul en trois ou quatre ans à se mettre en état d'occuper à 21 ans une place qui exigeait une instruction assez étendue. Il avait alors devancé tous les jeunes gens de son âge qui suivaient la même carrière que lui. Cet excès de travail avait eu lieu dans les circonstances les plus fâcheuses; le malade se livrait à l'onanisme depuis l'âge de 15 ou 16 ans, et il avait bientôt éprouvé des pertes séminales qui amenèrent une grande faiblesse et des maux d'estomac. Timide, honteux, concentré et ignorant d'ailleurs la source de ses souffrances, il ne dit rien au médecin qui le traitait et fut mis à un régime débilitant pour une prétendue gastrite. On comprend comment, dans de pareilles conditions, le système nerveux a été violemment ébranlé, et l'aggravation croissante des symptômes sous l'influence d'un travail excessif. Il se manifesta d'abord une exaltation des idées. L'imagination allait au devant de tout et prévoyait tous les malheurs.

« J'étais toujours, dit le malade, et pour toutes les choses de la vie, dans les inquiétudes les plus grandes; une simple visite à rendre me causait une vive émotion, et je ne pouvais m'empêcher de songer à l'avance à ce que j'aurais à dire, aux réponses qu'on me ferait, et je formulais avec beaucoup de difficultés les objections que je pourrais moi-même opposer.

» Si je me décidais à monter à cheval, je me voyais tombant sur la tête et me la broyant sur des roches; l'idée d'une excursion en mer amenait indubitablement celle du naufrage. A la campagne, c'était la peur du serpent qui me poursuivait; il me semblait qu'il y en avait même dans mon lit. Quelque sécurité que m'offrît la chambre, je ne pouvais me coucher sans faire une visite minutieuse, et ce n'est qu'avec peine que je parvenais à m'endormir. Cette crainte des serpens me suivait même à la ville. Quelquefois je me figurais qu'une personne était cachée sous mon lit pour me poignarder, le moindre bruit me tenait en éveil et me causait des frayeurs, et je n'aurais jamais consenti à coucher seul dans une maison. J'ai toujours présens à l'imagination les objets, les personnes et même les lieux dont on me parle, et si on me raconte une scène, j'en vois immédiatement apparaître tous les personnages. M'annonce-t-on, par exemple, la mort d'une personne, je la vois immédiatement, on la met dans le cercueil, j'assiste à son enterrement, on la descend dans la fosse, et *tout cela en esprit*. Souvent moi-même je me suis vu mort, et par avance j'assistais à mon convoi. Je m'étais fait dès mon bas âge une idée effrayante et monstrueuse du duel, à ce point que si j'apprenais que deux individus dussent se battre, j'éprouvais la même émotion que si j'eusse été l'un des combattans. Immédiatement la scène du duel se déroulait dans mon esprit, et bientôt je voyais l'un des adversaires tomber mort; quand un duel devait avoir lieu, je ne pouvais m'empêcher le soir de prier Dieu pour les combattans; il m'arrivait même quelquefois de sortir de mon lit pour le faire, et ce n'était certainement point là une chose naturelle. Cette pensée du duel, en effet, n'a jamais provoqué dans une tête bien organisée les idées effrayantes que j'éprouvais, mais elle a toujours été l'une des plus grandes préoccupations de mon esprit malade. . . . . C'est ici le lieu de vous dire toute l'impression que produisait sur moi la vue ou même l'idée d'un cadavre; cela suffisait, en effet, pour m'empêcher de dormir; la mort était toujours là présente à mon imagination, laquelle me représentait toujours les objets auxquels je pensais ou dont on me parlait.

» Voilà quelques-uns des mille tourmens que j'éprouvais depuis l'âge de 16 à 17 ans; mais, hélas! ce n'est là qu'une faible partie de mes angoisses, et il serait trop long de les détailler toutes. Cet état est si extraordinaire que je ne puis cependant m'empêcher d'en tracer encore quelques particularités.

» Croiriez-vous que, depuis l'époque dont je veux parler, c'est-à-dire pendant environ dix ans, il ne m'est pas arrivé de me coucher un soir sans penser à la mort; très souvent j'étais convaincu que j'allais mourir la nuit. . . . . Cette idée me dominait sans cesse, et fort souvent en quittant mon travail, je laissais tout en ordre par la crainte de ne pas revenir le lendemain; aussi, à la moindre indisposition, cette idée était toujours là présente. . . . . J'entrevoyais mille dangers; même en marchant je craignais de me casser une jambe ou un bras. J'étais préoccupé du malheur de devenir aveugle, etc., etc. »

Ces citations que je pourrais multiplier suffisent pour montrer à quel degré en était arrivée l'exaltation de l'imagination chez ce malade sans cesse dominé par des idées tristes qu'il n'était point en son pouvoir d'éloigner.

Cette impuissance de la volonté a eu pour conséquence, dans ce cas comme dans beaucoup d'autres, d'éveiller une série d'idées que nous allons voir se développer. Ne pouvant diriger son intelligence, le malade en conclut avec raison qu'il est désormais tout à fait en dehors des voies normales et privé de ses *facultés naturelles*; voici comment il s'exprime à cet égard :

« L'homme jouissant de la pensée naturelle et intellectuelle a l'esprit successivement occupé d'une foule d'idées diverses et toujours nouvelles; il lit, retient au moins le sens, l'ensemble de ce qu'il a lu. Quand une idée ne lui convient pas, il la chasse de son esprit; quand il voit un objet quelconque il l'examine, son esprit s'en occupe un moment et il fait quelques observations bonnes ou mauvaises, qui lui

Épidémie de 1853-1854.

A domicile, sur 1,000 habitans		4 décès,	8 dix^mes
Dans les hôpitaux civils, sur	1,000 habitans,	6 malades,	7 dix^mes
		3 décès,	5 dix^mes
	100 malades,	52 décès,	1 dix^me
Dans les hospices civils, sur 100 malades. . . .		73 décès,	6 six^mes
Dans les hôpit. milit. (1), sur	1,000 hommes,	34 malades,	
		12 décès,	
	100 malades,	35 décès,	3 dix^mes
Dans le service des Invalides, sur 100 malades.		71 décès.	

« Ainsi, dit M. Blondel, en comparant 1832 et 1849 avec 1853-1854, on constate pour la dernière époque: beaucoup moins de décès en général, moins de malades, une réduction plus sensible sur les décès à domicile que pour ceux des hôpitaux, une mortalité un peu plus grande sur les personnes traitées dans les établissemens. » (Page 33.)

La mortalité générale de la ville de Paris en 1854, malgré la réduction considérable des décès cholériques, relativement à 1832 et 1849, ne présente pas cependant une réduction proportionnelle sur le chiffre total des décès. Mais en tenant compte de l'augmentation de la population, les chiffres de 1854 sont par le fait moins élevés que ceux des autres années, eu égard au nombre des habitans, comme le prouve le tableau suivant :

Années.	Population civile.	Garnison.	Total de la population.	Total des décès.	Proportion des décès sur 100 habitans.
1832	770,286	15,576	785,862	45,665	5,8
1849	1,034,196	69,000	1,103,196	49,173	4,4
1854	1,021,530	42,000	1,063,530	43,284	4,0

Dans le chapitre suivant, et par des tableaux d'une grande clarté, M. Blondel établit la mortalité à domicile par arrondissemens, pour l'épidémie de 1853-1854. Nous reproduisons ici le résumé général :

« Toutes les proportions générales sont plus favorables cette fois, et si l'on recourt aux tableaux 4, 6 et 8, on voit que les proportions particulières de chaque arrondissement présentent aussi de l'amélioration.

» De 1849 à 1854, la différence pour les décès à domicile est d'environ 50 p. 0/0; 91 à 207. Par exception, le quatrième arrondissement dépasse de beaucoup cette moyenne : il avait pour 1849, 1 décès sur 108 habitans; en 1854, il n'en a plus que 1 sur 437. On remarque aussi le douzième qui, de 1 sur 48 en 1849, arrive à 1 sur 115 en 1854. Presque tous les autres se rapprochent de la proportion commune.

» Il en est à peu près de même quand on opère sur les chiffres réunis des hôpitaux et de la ville; la moyenne générale est de 1 décès sur 65 habitans en 1849, et seulement de 1 sur 132 en 1854.

» Le quatrième figurait pour 1 mort sur 80 recensés, et cette dernière fois il est porté pour 1 sur 232.

» Le douzième arrondissement est bien encore le plus frappé, ainsi qu'en 1849, mais au lieu de 1 sur 32, il ne présente que 1 sur 77.

» Enfin le nombre des malades que chaque arrondissement a envoyés se faire traiter dans les hôpitaux diminue, comme le nombre des décès, de 50 0/0; environ 1 malade sur 146 habitans en 1849; 1 sur 273 en 1854.

» Ce n'est pas un des résultats les moins curieux de ceux qui ressortent de ces rapprochemens, que cette réduction *de moitié* dans le chiffre des malades traités, dans celui de ceux qui succombent, et de ceux qui sont morts à domicile.

» En se reportant aux numéros de classement qui déterminent, pour les arrondissemens, l'intensité des effets du choléra à chaque épidémie, on remarque que, dans l'ordre des plus privilégiés :

» Le premier arrondissement se présente le troisième en 1832, et qu'il varie, pour 1849 et 1854, entre le deuxième et le quatrième rang.

» Le deuxième arrondissement, au contraire, à deux exceptions près, est toujours le plus favorisé; en 1854, il prend seulement une fois le n° 2, une fois le n° 3.

» Le troisième tend à reculer du deuxième au troisième rang, qu'il occupait dans les autres épidémies, au troisième et au cinquième.

» Le quatrième remonte des n°s 7, 6 et 5, aux n°s 4 et 1.

» Le cinquième et le sixième descendent relativement à chaque épidémie.

» Le neuvième améliore sa position.

» Le dixième, par un singulier hasard, occupe cinq fois le dixième rang.

» Le onzième s'élève jusqu'à la deuxième et à la quatrième place.

» Le douzième conserve presque constamment la plus mauvaise. » (Pages 42 et 43.)

M. Blondel n'a pas borné là ses investigations, et il a voulu rechercher la répartition des cholériques par rue et même par maison. Mais n'ayant pu faire cette recherche pour les 4,811 malades décédés en ville, son tableau n° 9 n'est relatif qu'aux 3,640 cholériques de Paris, qui ont été amenés dans les hôpitaux. Les résultats sont encore dignes d'attention.

Sur 3,640 malades cholériques de Paris admis dans les hôpitaux, 2,516 proviennent de maisons qui n'ont fourni qu'un seul malade pour toute l'épidémie, et 1,124 de 468 maisons qui en ont fourni plus d'un; le rapport est donc de cette catégorie à l'autre, comme 31 est à 100, et pour les maisons à plusieurs malades avec celles qui n'en ont eu qu'un, comme 19 à 100.

Les rues les plus maltraitées sont, en général, celles qui présentent, par la nature des habitations et par le genre de vie des habitans, les conditions les moins favorables à la santé.

On compte, sur les 468 maisons à plusieurs malades, 265 habitations ordinaires et 203 garnis.

Les premières ont produit 601 malades; les secondes 523. Mais c'est dans les garnis que se trouvent les chiffres les plus élevés.

Du reste, M. Blondel fait remarquer que les malades d'une même maison n'ont pas été atteints à la même époque, et que, le plus souvent, il n'y avait aucune communauté d'existence entre eux; cela s'observe notamment à l'égard des maisons qui ont envoyé un nombre élevé de malades; les atteintes y sont presque toujours éloignées les unes des autres d'un ou de plusieurs mois, et généralement les personnes frappées appartiennent à des familles différentes qui occupaient des logemens entièrement distincts.

M. Blondel termine ce chapitre par les réflexions suivantes que nous signalons à l'attention du lecteur :

« On peut conclure, ce me semble, du tableau n° 9, que les atteintes *répétées* se présentent, sur nos malades, dans une plus faible proportion qu'on aurait pu le croire, d'après quelques observations particulières qui avaient frappé les esprits; qu'elles sont de beaucoup inférieures en nombre aux atteintes *isolées;* que les unes et les autres sont réparties dans les rues et dans les maisons, sans qu'on puisse apercevoir les indices d'un mode régulier de propagation. En résumé, les atteintes répétées attesteraient une influence endémique tenant plutôt aux lieux qu'aux personnes, et feraient supposer que le choléra persiste dans une localité, bien moins par suite d'un principe de contagion, qu'en raison des facilités de développement que lui offrent le milieu où l'on vit et les dispositions particulières de chacun. » (Page 44.)

Dans le chapitre suivant, M. Blondel expose les effets de l'épidémie dans les établissemens hospitaliers.

(La suite prochainement.) Amédée Latour.

(1) Le tableau est incomplet pour les épidémies de 1832—1849.

THÉRAPEUTIQUE.

SUR L'APEPSIE (OU ABSENCE DE DIGESTION) CHEZ LES ENFANS ET SUR LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE PAR LA PEPSINE;

Par le docteur E. Barthez, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Les maladies des voies digestives chez les enfans sont aujourd'hui encore incomplétement définies et classées; leur nature est peu connue et mal appréciée, bien que les connaissances étiologiques ne nous fassent pas complétement défaut et que le traitement soit assez bien établi. Malgré les efforts des médecins qui ont écrit dans ces derniers temps sur les maladies du jeune âge, malgré ceux que nous avons faits, M. Rilliet et moi, pour éclaircir ce sujet, et tout en admettant que des progrès réels ont été accomplis, je ne puis m'empêcher de reconnaître que la connaissance des maladies gastro-intestinales est loin encore d'avoir atteint ce degré de clarté, de précision et d'ensemble auquel est parvenue celle des maladies thoraciques.

Dans notre *Traité des maladies des enfans*, nous avons, M. Rilliet et moi, considéré comme une manifestation du catarrhe un bon nombre des maladies aiguës ou chroniques du tube digestif, sans nous dissimuler cependant combien de points obscurs appelaient encore l'attention et le travail. Il faudrait, en effet, distinguer le catarrhe général et le catarrhe local, déterminer les causes et la nature de ce dernier, questions sur lesquelles les médecins ne sont guères préparés; il faudrait rechercher les vices de sécrétions des diverses parties de la muqueuse; étudier, en elles-mêmes et dans leurs rapports avec les maladies, les altérations du suc gastrique; des sécrétions muqueuses, séreuses, gazeuses; des acides et des alcalis, des sucs pancréatique et biliaire, etc.; que de sujets à élucider, dans lesquels les incertitudes de la physiologie normale augmentent ou causent celles de la physiologie pathologique!

Je n'ai pas l'intention d'aborder un aussi vaste travail, qui, pour être mené à bonne fin, exige le concours de plusieurs sortes de travailleurs. Je veux seulement appeler l'attention sur un point restreint de ce sujet, sur une maladie qui me paraît résulter d'une altération du suc gastrique; altération dont j'ignore la nature chimique, mais dont la conséquence est la non-digestion des alimens. J'ai été conduit à cette idée par quelques faits dont je vais parler, par les travaux du doc-

---

viennent naturellement; mais moi, je n'ai jamais pu le faire, je n'ai jamais pu me débarrasser des images lascives qui m'ont toujours persécuté, de même que, malgré moi et quoi que je fasse, j'ai toujours présens l'image de la mort, le cimetière, la fosse, Dieu et les choses de la religion. »

Il est assurément impossible d'exprimer plus nettement l'exercice involontaire de l'imagination et sa prédominance sur l'exercice volontaire et de faire mieux la part de la santé et de la maladie.

L'auteur du manuscrit est donc dans le vrai quand, dans un autre passage, exprimant encore les mêmes idées, il assure que, chez lui, c'est la *matière qui pense.* « Privé de la pensée naturelle, dit-il, et de la réflexion intellectuelle, si je puis m'exprimer ainsi, je n'ai jamais pu avoir une idée suivie, je n'ai jamais pu avoir, comme tout le monde, la tête occupée d'un objet quelconque, d'une lecture, je le répète, je n'ai jamais été capable d'un moment d'attention. *C'est la matière* qui a toujours pensé chez moi. Je n'ai enfin jamais pu donner un autre cours à mes idées, je retrouve partout des tableaux indécens dont je ne puis me débarrasser. »

Tout cela est parfaitement exact; l'attention est impossible au milieu de ce débordement des idées dans un cerveau surexcité. Qu'est-ce autre chose, cependant, que cet état, si ce n'est l'automatisme des rêves transporté dans la veille? Plus loin, le malade explique comment, ne pouvant appliquer son attention, ni diriger ses idées, il est devenu incapable de rien retenir.

« Anciennement et jusqu'à l'année dernière, dit-il, je lisais beaucoup, mais toujours sans rien conserver de mes lectures; c'était au moins une occupation, une distraction momentanée, un passe-temps; mais à présent, je ne puis lire quatre lignes, il m'est impossible de retenir un mot; après avoir lu et relu une lettre, rien ne me reste; à mesure que je lis, j'oublie. Il en est de même en écrivant, j'oublie ce que je viens d'écrire. Non seulement je n'ai plus de mémoire, mais, en outre, tout ce qui est étranger à mon état ne peut m'occuper tant soit peu; les livres que je puis lire ne sont d'aucun intérêt : c'est comme l'eau qui passe sur la roche de la rivière. »

Quand, par suite d'une excitation cérébrale devenue habituelle, le malade en est arrivé à ne plus pouvoir fixer son attention, entraîné qu'il est par les idées qui l'assiégent malgré lui, non seulement, comme on vient de le voir, il ne retient rien de ses lectures, mais il est forcément conduit, dans les efforts qu'il fait, à une autre conséquence facile à comprendre si l'on s'observe soi-même en faisant mentalement un calcul un peu difficile. Je veux parler de la nécessité où se trouve le malade d'articuler toutes ses pensées. C'est ce qui est exprimé dans les lignes suivantes :

« Après avoir passé une journée à lire et à étudier, je me demandais ensuite ce que j'avais lu; rien ne me restait de ma lecture. Une remarque ou plutôt une découverte que j'ai été à même de faire depuis que je me connais, c'est que je n'ai jamais lu comme tout le monde, je n'ai jamais lu de la tête, j'articulais toujours intérieurement ce que je lisais, et pendant cette lecture, mon esprit était sans cesse occupé de mille objets étrangers. . . . . Je n'ai jamais été doué de cette attention dont tous les hommes sont plus ou moins capables; je n'ai jamais pu suivre une conversation un peu longue, ni un discours, ni une plaidoirie, ou même un simple raisonnement, etc. »

Comme on le voit, le malade ne pouvait lire sans articuler, ce qui lui fait dire qu'il ne lit pas de la tête comme tout le monde, expression très juste et qui rend bien sa pensée.

Non seulement l'articulation des mots était devenue nécessaire pour la lecture, elle l'était, et plus encore, quand il s'agissait pour le malade d'évoquer ses souvenirs. C'est ce que prouve le passage suivant :

« Je vous dirai que, voulant me rappeler une lettre que j'avais écrite, je suis obligé d'articuler mot à mot les phrases que j'ai employées, autrement je ne puis m'en souvenir, les idées ne pouvant se présenter sans articulation. »

Enfin cette même articulation intérieure des pensées du malade avait lieu aussi dans la conversation :

« Ma pensée, dit-il, avant d'être exprimée par la parole est formulée intérieurement par des mots. Comprenez-vous cela? . . . . . Il m'arrivait toujours, avant de parler, de répéter intérieurement ce que je voulais dire. »

Il y a dans l'ordre de faits que nous étudions, un dernier degré, le plus curieux, assurément le plus étrange, et qui donne l'explication de plusieurs phénomènes observés dans l'inspiration, les hallucinations, l'extase de somnambulisme, etc.

Ces pensées articulées intérieurement, et qui retentissent pour ainsi dire dans la poitrine, semblent ne plus appartenir à la tête, et le malade les rapporte à la région de l'estomac. Qu'on essaie soi-même de parler intérieurement sans remuer les lèvres, et l'on comprendra comment Van Helmont, en proie au délire, croyait que sa pensée avait changé de siége et s'était transportée dans la région de l'estomac; comment tant de somnambules et de faux hallucinés croient entendre dans cette région des voix qui leur parlent. Nous trouvons à cet égard dans le manuscrit que nous analysons les lignes suivantes :

« Il y a, dit le malade, il y a dans ma poitrine, dans la région de l'estomac, comme une langue qui *articule* tout intérieurement.

« Ordinairement, quand on veut écrire une lettre, par exemple, la tête cherche (la pensée intellectuelle est occupée), mais chez moi la tête n'y est pour rien, c'est l'estomac qui est en travail, c'est une langue intérieure *qui formule;* je regrette, ajoute-t-il, de ne pouvoir mieux expliquer toutes ces choses que vous ne sauriez mieux comprendre. »

Jusqu'ici le malade n'a fait que décrire les phénomènes qu'il éprouve, il nous a montré ses luttes contre les idées qui l'assiégent sans cesse, et qu'il essaie vainement de chasser; nous l'avons vu forcé d'articuler intérieurement pendant ses lectures, et malgré cela, ne parvenant pas à fixer son attention et à retenir ce qu'il lit; il ne peut non plus se souvenir sans articuler mentalement; enfin, comme il le dit, sa pensée, avant d'être exprimée par la parole, est formulée d'abord par des mots. Il y a plus, cette parole intérieure retentit dans la poitrine, et c'est là désormais que semble se passer tout le travail intellectuel; il ne reste plus alors au malade qu'un pas à faire pour perdre la conscience de l'unité de son intelligence, et pour arriver à la conviction de cette dualité que favorisent quelquefois certaines croyances, mais qui est le plus souvent un symptôme d'aliénation mentale; ce dernier degré, le malade ne le franchit pas, mais il en est bien près, comme le prouve le passage suivant, le plus curieux de tous ceux que j'ai fait connaître jusqu'ici.

« Privé de cette pensée instinctive et naturelle à tout homme, je ne puis livrer mon esprit à aucune occupation, je ne suis capable d'aucune attention, ma pensée a changé de siége; tout n'est que matière chez moi, *c'est la matière qui pense.* Ma pensée gît, il me semble, à la poitrine, à l'estomac; je suis porté à croire qu'il y a chez moi *une double pensée,* car il s'opère en moi comme un *contrôle,* il y a comme un autre moi-même qui inspecte toutes mes actions, toutes mes paroles, comme *un écho* qui redit tout, et me représente constamment tout ce que je fais ou tout ce que je dis. »

On voit que la perte de conscience de l'unité intellectuelle n'est pas consommée, mais que toutes les conditions existent pour qu'elle se produise.

Il y a en effet, chez le malade, comme une double pensée, et, ajoute-t-il, comme un autre lui-même qui inspecte toutes ses actions; que faudrait-il ici pour arriver à la conviction d'un être étranger qui vous parle, vous domine, et qui lui aussi contrôle tout ce que vous dites et tout ce que vous faites. Il est impossible, comme on le voit, d'être plus près du délire sans en franchir la limite.

teur L. Corvisart, sur la pepsine, par l'article qu'a publié sur la dyspepsie mon excellent ami le docteur Rilliet (1), et enfin par les considérations que nous avons émises, M. Rilliet et moi, sur la nature catarrhale d'un certain nombre de maladies du tube digestif.

Nous disions alors (2) : « Il existe dans l'enfance deux espèces d'indigestion, l'une temporaire, l'autre continue, qui peuvent être comparées l'une à l'empoisonnement aigu, l'autre à l'empoisonnement lent.

» Dans le premier cas, l'aliment indigeste ou indigéré agit à la manière des poisons irritans et produit des effets immédiats : vomissemens, diarrhées, coliques, fièvre, symptômes nerveux, et probablement une lésion locale éphémère.

» Dans le second, l'alimentation vicieuse ou insuffisante ne produit pas des effets locaux immédiats; la digestion continue à se faire d'une manière assez régulière; il n'y a encore ni diarrhée, ni vomissemens, ni coliques; mais l'enfant pâlit, maigrit, mollit, s'étiole, perd ses forces, sa gaieté et son appétit; puis, au bout de quelque temps, survient la diarrhée. En un mot, l'altération de l'état général précède les symptômes locaux, et indique que, sous l'influence d'une alimentation vicieuse, un chyle peu réparateur n'a pu produire qu'un sang altéré. A son tour, l'altération du sang devient la cause des symptômes locaux par l'intermédiaire de l'appareil folliculaire intestinal, qui est à la fois l'agent et, qu'on nous passe le mot, la victime de cette élimination... »

Dans les faits que je vais rapporter, la maladie me paraît tenir le milieu entre les deux sortes d'indigestions dont nous parlions alors; ou plutôt elle consiste en une absence de digestion qui, longtemps continuée, reproduit une partie des symptômes de l'indigestion continue.

Voici ce dont il s'agit :

On rencontre encore assez souvent des enfans du premier âge doués d'un appétit considérable, consommant avec avidité de grandes quantités d'alimens et qui cependant sont loin de présenter une force et un embonpoint en rapport avec l'abondance des substances ingérées. Ils demandent sans cesse à manger, et les parens croient bien faire en satisfaisant cet appétit vorace au moyen des alimens les plus nutritifs; viandes, œufs, pomme de terre, haricots, pain, soupes épaisses de toute sorte leur sont habituellement prodigués. L'estomac accepte sans la rejeter cette alimentation exagérée. La digestion gastrique se fait, tantôt avec une facilité apparente, tantôt accompagnée d'un léger mouvement fébrile qui peut simuler la fièvre hectique. Habituellement la diarrhée existe, souvent même les évacuations alvines suivent très rapidement l'ingestion des alimens : les matières fécales sont très abondantes, quelquefois assez solides, et plus ordinairement très liquides, constituées par de la sérosité ou par du mucus mêlés de débris de substances alimentaires indigérées et facilement reconnaissables. Ces enfans sont habituellement tristes et tranquilles; d'autres fois ils conservent quelque gaieté et se livrent à leurs jeux avec une ardeur contenue. Mais en tous cas, *ils ne profitent pas*, disent les parens tout étonnés de constater que la grande quantité d'alimens ingérés ne se convertit pas en chair et en graisse. Dans le fait, ces enfans sont chétifs, leur peau est décolorée, leurs membres sont petits, grêles et mous et présentent une disproportion notable avec le ventre qui est gros, sonore, tendu. Enfin, il m'a paru que la taille ne s'accroît pas en proportion de l'âge. Cet état dure pendant des semaines et des mois sans modification bien appréciable, et sans qu'il survienne aucun autre accident local ou général. En présence de cette demi-santé les parens négligent d'invoquer les secours de l'art. Sa persistance, pendant plusieurs mois, ou l'apparition de nouveaux phénomènes finissent seuls par exciter quelque inquiétude.

Chez ces enfans les accidens actifs, aigus et locaux de l'indigestion sont très atténués; ils se bornent presque à l'existence de la diarrhée, à la sécrétion excessive des gaz intestinaux et par suite à l'augmentation permanente du volume du ventre. On ne voit pas non plus se développer les symptômes de cet empoisonnement catarrhal, résultat de l'indigestion souvent répétée et de l'absorption de matériaux viciés ou trop abondans.

En étudiant les faits de cette nature, après avoir lu les travaux du docteur Corvisart, je pensai qu'il devait s'agir là d'une digestion incomplète ou nulle, par suite d'un vice quelconque dans la sécrétion des sucs dissolvants de l'estomac. Je supposai que les alimens, ainsi indigérés, passent peu ou pas modifiés dans les intestins et y jouent le rôle d'un corps étranger dont l'action locale détermine une hypersécrétion gazeuse et séreuse ou muqueuse. Pendant leur trajet, au lieu de fournir à l'absorption des matériaux étrangers ou trop abondants, ils en donnent qui pèchent seulement par leur quantité insuffisante. De là une réparation incomplète, un défaut de nutrition, un temps d'arrêt dans le développement; de là peut-être aussi ce besoin incessant de manger. C'est donc réellement un cercle vicieux dans lequel tournent ces enfans : alimentation trop forte pour un suc gastrique dont la force dissolvante est diminuée; absence de réparation entretenant la faim vorace qui ne saurait être satisfaite par l'ingestion de nouveaux alimens qui ne seront pas plus digérés que les premiers.

Pour rompre ce cercle vicieux, il fallait rendre aux sucs digestifs leur puissance dissolvante. C'était là la véritable indication que je pouvais essayer de remplir de deux manières. L'une consistait à diminuer la quantité de l'alimentation, et à mettre, par des tâtonnemens successifs, sa qualité en rapport avec les sucs tels qu'ils existaient. L'autre manière était de rendre directement à ces sucs leur faculté digestive.

La première méthode n'est pas toujours facile à suivre, parce que les parens n'ont pas le courage de maintenir longtemps au régime nécessaire un enfant qui demande sans cesse à manger. Quant à rendre directement au suc gastrique sa faculté dissolvante, la pepsine, si elle a les propriétés indiquées par M. Corvisart, devait remplir ce but.

En général, je fais peu d'essais; et ma thérapeutique n'est pas aventureuse. J'aime à remplir des indications déterminées au moyen de remèdes que je sais agir dans le sens que je désire. Ici, l'expérimentation était innocente; je devais, je pouvais au moins réussir du premier coup; la non-réussite n'avait aucun inconvénient.

Je résolus donc d'employer la pepsine. Sachant très bien, d'ailleurs, que le suc gastrique des enfans pèche plutôt par excès que par manque d'acides, je préférai à la pepsine acidifiée la pepsine neutre, que je supposai plus capable que l'autre de reconstituer le suc gastrique.

Ici je laisse parler les faits, qui seuls peuvent résoudre la question :

Observation I. — *Diarrhée par non-digestion des matières alimentaires; — dépérissement notable; — durée de plusieurs mois; — guérison en quelques jours après l'usage de la pepsine neutre.*

Morin, âgé de 4 ans 1/2, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie le 23 novembre 1854.

Cet enfant, atteint depuis plusieurs mois d'une diarrhée fréquente, grumeleuse, liquide, était remarquable, lors de son entrée à l'hôpital, par sa pâleur, son dépérissement, sa tristesse et son inertie. Les chairs étaient molles, les membres petits; le ventre était gros, ballonné; la peau fraîche; le pouls petit et faible, non fréquent. Les garde-robes étaient nombreuses, très liquides, mêlées de matières indigérées parfaitement reconnaissables. Les morceaux de viande surtout étaient gros et abondans. L'appétit était d'ailleurs vorace, et les parens n'avaient jamais modifié la quantité ni la qualité de la nourriture habituelle.

Pendant six jours, je me contentai de restreindre la quantité des alimens, malgré la demande incessante de l'enfant, et de donner soit de la viande crue et pilée en petite quantité, soit 4 grammes par vingt-quatre heures de sous-nitrate de bismuth.

Au bout de ce temps, la diarrhée n'était nullement modifiée; l'enfant ne cessait pas de demander à manger; les selles étaient toujours liquides, fréquentes; les alimens indigérés, et l'état général sensiblement le même.

Supposant alors que la maladie consistait surtout en ce que les sucs gastriques n'étaient pas dans les conditions nécessaires à la digestion des alimens, je me décidai à provoquer une digestion artificielle en donnant un demi-gramme de pepsine neutre au commencement de l'un des repas fait avec la viande ordinaire de l'hôpital.

Dès le lendemain, 1er décembre, les matières fécales furent plus jaunes et mieux digérées qu'elles n'avaient été jusqu'alors. Je fais donner ce jour même deux prises de pepsine de 0,50 chacune. Le lendemain, les évacuations sont moins fréquentes, et les alimens à peu près digérés, bien que les selles fussent encore liquides.

Le 3 décembre, pas d'évacuations pour la première fois depuis quatre mois. Un demi-paquet seulement fut donné, et le lendemain 4, l'enfant n'ayant pas eu de garde-robes, je supprimai les poudres et ordonnai un lavement d'eau simple.

Le jour suivant, l'enfant eut deux selles demi-liquides, mais bien digérées, quoique l'alimentation n'ait pas été changée. En même temps, l'état général était sensiblement meilleur; l'enfant était plus vif et plus gai, son appétit n'était plus aussi vorace, son ventre n'était pas aussi ballonné.

Je crus dès lors inutile de revenir à l'usage des poudres, je me contentai de donner chaque jour 4 grammes de sous-nitrate de bismuth. Les matières évacuées se solidifièrent promptement, et la guérison d'une diarrhée continue, datant de plusieurs mois, fut définitive au bout de quelques jours.

Je gardai l'enfant jusqu'au 27 décembre, c'est-à-dire plus de quinze jours après la guérison établie, afin d'être bien certain qu'elle était complète. Alors le jeune Morin fut rendu à ses parens dans un état de santé très satisfaisant.

Observation II. — *Diarrhée avec lienterie datant de sept à huit mois — Guérison dans un intervalle de quinze jours par l'usage de la pepsine neutre.*

B... est resté en nourrice, hors Paris jusqu'à l'âge de 18 mois. Il a été nourri exclusivement avec du lait de femme ou de vache. Il a été sevré à 17 mois. Jusqu'à l'âge de 16 mois, environ, il est resté bien portant.

Quelques semaines avant le sevrage, il a été pris d'une diarrhée très liquide, très abondante, et a commencé à dépérir.

Vu la persistance de cet état, les parens reprennent leur enfant lorsqu'il avait dix-huit mois. Alors la diarrhée était très abondante, très liquide, s'échappait presque continuellement, goutte à goutte, malgré l'enfant. Cependant il marchait, courait, jouait, ne perdait pas l'appétit. Les parens, attribuant la diarrhée au régime lacté exclusif auquel l'enfant avait été soumis, le mirent à l'usage de la panade, de la biscotte, de la crème de riz, et lui donnèrent même de la viande et des haricots.

(1) *Revue médico-chirurgicale*, nov. et déc. 1854.
(2) *Traité des maladies des enfans*, tome I, page 715, 2e édit.

Tels sont les principaux passages qui m'ont semblé pouvoir éclairer la théorie de l'automatisme; en effet, ici on suit tous les degrés. D'abord nous avons vu le malade dominé par des idées tristes ou des tableaux obscènes dont il lui est impossible de se débarrasser. Il établit que c'est là un fait anormal, puisque dans l'état de santé on dirige ses idées, et qu'il ne peut en changer le cours, ce qui le porte à croire que chez lui c'est la matière qui pense.

Il indique comme conséquence l'impossibilité où il est d'appliquer son attention, et de rien retenir de ce qu'il lit.

Bientôt il articule intérieurement toutes ses pensées. Avant d'être exprimées par la parole, elles sont, dit-il, formulées intérieurement par des mots.

Plus loin, il lui semble que son intelligence a changé de siége, elle est désormais dans la poitrine ou dans la région de l'estomac : « la tête n'y est plus pour rien, c'est l'estomac qui est en travail, c'est cette langue intérieure qui formule. »

Enfin vient le dédoublement de la pensée dont j'ai parlé, et qui forme comme le dernier degré de cet état.

Il me reste à indiquer les explications que donne le malade, et qui me paraissent assez curieuses pour trouver place ici. Au lieu de voir, dans ce qu'il éprouvait, un état de maladie, il se reproche d'avoir dévié par sa faute de la voie commune. « Peu à peu, dit-il, je découvris l'affreuse vérité. Mon existence se divise en deux parties. J'ai vécu de la vie commune jusqu'à 17 ans, mais, à cette époque, je sais sorti de la place qui m'était assignée dans la nature, j'ai suivi une route tout à fait fausse, j'ai compromis tout mon *être moral*. »

C'est ainsi qu'il est arrivé à perdre peu à peu ce qu'il appelle la *pensée naturelle*, la *pensée intellectuelle*, ou même les *facultés intellectuelles*, c'est-à-dire, pour nous, le pouvoir de diriger ses idées.

Pour ne point laisser de doutes sur cette perte de ses facultés intellectuelles, voici comment il s'exprime :

« La preuve, dit-il, que je ne jouis pas de la *pensée intellectuelle*, c'est qu'après avoir longuement écrit ou lu, mon esprit ne s'est jamais senti fatigué, et n'a jamais eu besoin de se reporter sur des choses riantes pour faire diversion. Je n'ai jamais éprouvé le besoin de distractions que recherchent tous ceux qui, comme moi, sont livrés au travail des bureaux.

» D'ailleurs, n'est il pas évident que si j'avais joui de mes facultés intellectuelles, la religion, dont, à mon insu même, j'ai toujours été occupé, aurait complétement capté mon imagination, et je ne serais pas aujourd'hui désabusé.

» Enfin une dernière preuve que je n'ai pas de facultés intellectuelles, c'est que si je les possédais, je serais déjà devenu fou. Il m'arrivait d'être obligé de cesser mon travail parce que les reins me faisaient mal; le corps, la matière, demandaient du repos, mais l'esprit, la pensée, jamais.

» . . . . . .

. . . . . Pour ce point, je dois encore dire qu'anciennement, alors que j'étais, ou plutôt alors que je me croyais dans la vie, il me venait, sans aucune raison, la pensée que je ne pourrais jamais devenir fou; aujourd'hui je comprends cela, privé des facultés intellectuelles, je ne puis devenir fou. »

Ailleurs, après avoir constaté avec étonnement que ses idées religieuses ont tout à coup à *son insu* contre *sa volonté*, été remplacées par les idées les plus opposées, il ajoute : « Peut-on voir un bouleversement pareil, il ne peut évidemment s'expliquer que par *un développement extraordinaire d'imagination*, ce qui n'aurait pas eu lieu, si je n'avais pas suivi une fausse route. Ce changement d'idées et de croyances, autant qu'il serait le résultat de la réflexion, du raisonnement et de la maturité, n'aurait rien d'étonnant chez tout autre individu, mais chez moi, c'est bien extraordinaire; et ce qui fait ressortir toute l'étrangeté de cette situation, c'est qu'elle se lie d'une manière intime avec tout mon être physique; c'est la conséquence, il paraît, de la mauvaise route, de la fausse direction que j'ai suivie. La cause première de tout ce désordre, n'est-elle pas cette grave incommodité qui a jeté une perturbation dans mon être physique et moral, qui a refoulé et anéanti à leur naissance tous mes sentimens naturels, tous mes instincts, toutes mes passions, et qui enfin a détruit *ma perception naturelle*, mon intelligence, tout en changeant aussi ma nature animale. »

On voit quel singulier mélange d'idées fausses et d'idées justes. Le malade, en effet, est dans le vrai lorsqu'il tend à expliquer la perturbation générale à laquelle il est en proie par les pertes séminales qu'il éprouve depuis plusieurs années. Il est encore dans le vrai quand il explique que son changement de croyances et d'idées se lie d'une manière intime aux changemens qui ont eu lieu dans son être physique; tout le reste est erroné. On aura d'ailleurs une idée de cet état physique du malade par les passages suivans :

« Il me semblait parfois que mes tempes allaient se rapprocher, ma tête était pressée et tiraillée comme par des cordes, ma vue troublée; quelquefois la gêne de la respiration devenait telle que j'étais sur le point d'étouffer, ce dont je me réjouissais; mais non, victime vouée au supplice, ce n'était là qu'un acheminement plus extraordinaire et plus incompréhensible; d'autres fois j'avais comme une barre ou plutôt une main de fer qui pesait sur mon front; le vent sifflait et bourdonnait dans ma tête creuse; ma peau était devenue excessivement épaisse, endurcie et sèche et la transpiration presque supprimée; mon corps me semblait de bois ou bien au contraire comme de la cire molle; j'étais agité de tremblemens nerveux; j'avais des picotemens, des chatouillemens dans l'estomac et dans la poitrine et qui s'étendaient jusque dans les bras; un fluide électrique refluait de la tête aux pieds; enfin j'éprouve je ne sais quoi de poignant que je ne puis définir et encore moins expliquer; je ne saurais le comparer qu'à ce que l'on dit du remords qui ronge le damné sans le détruire. »

Le malade éprouvait des conceptions délirantes en dehors de l'hypochondrie; il s'attribuait tous les événemens malheureux, et entre autres le tremblement de terre de 1839; il croyait qu'il ne pourrait jamais mourir, et que les poisons les plus actifs seraient sans action sur lui. Il s'imaginait toujours qu'on l'examinait et qu'on parlait de lui, ce qui augmentait son embarras dans la société et lui faisait rechercher la solitude. Il était atteint, à notre avis, d'une monomanie hypochondriaque provoquée par des pertes séminales, par un régime débilitant et des excès de travail.

Nécrologie. — M. le docteur Audouard, ancien médecin en chef des armées, membre de la Société de médecine de Paris, vient de succomber à un âge avancé. M. Audouard était principalement connu par ses travaux sur les pyrexies des pays chauds.

— Voici la composition du bureau de la Société médicale du 5me arrondissement pour l'année 1856 :

MM. Lebreton, président;
Bossion, vice-président;
Dicharry, secrétaire général;
Pointis, secrétaire particulier;
Bouhair, pharmacien, trésorier.

Le conseil d'administration se compose de MM. Gion et Manget, président sortant.

— Le docteur Auzoux, auteur de l'*Anatomie clastique*, commencera, le dimanche 13 janvier à 1 heure, son cours d'anatomie humaine et comparée.

Ce cours sera continué les dimanches suivans à la même heure.

1° Conférences sur la leçon du dimanche.

2° Expériences chimiques et physiologiques propres à faire apprécier les conditions qui favorisent, empêchent ou modifient les fonctions par lesquelles la vie s'entretient.

3° Considérations hygiéniques et physiologiques appliquées à l'homme, au cheval, à tous les animaux domestiques.

La diarrhée ne fut pas arrêtée; seulement, au lieu d'être liquide comme de l'eau, elle était mêlée de matières solides et des alimens dont on reconnaissait parfaitement la nature.

Cependant l'enfant finit par refuser cette alimentation, et les parens se virent contraints de le remettre au régime lacté exclusif qu'il aimait passionnément et qu'il désirait à l'exclusion de tout autre.

La diarrhée ne fut pas modifiée dans son abondance; seulement, au lieu de morceaux de viande, on retrouvait le lait caillé dans les évacuations.

Les parens conservèrent leur enfant dans cet état jusqu'à l'âge de 2 ans sans faire aucun traitement. Je le vis en décembre 1854 pour la première fois : la diarrhée durait depuis sept à huit mois sans aucune interruption.

C'était un enfant pâle, chétif, ayant les jambes très grêles, les chairs molles, le ventre gros et rempli de gaz; cependant il n'avait pas de fièvre, marchait et jouait dans l'appartement. Il prenait son lait et ses potages au lait avec plaisir et assez abondamment; mais il avait des selles presque aussitôt après l'ingestion de l'aliment. Les matières que je vis étaient très liquides, séreuses, et mêlées de beaucoup de grumeaux de caséum indigéré.

L'enfant refusant toute autre nourriture que le lait, je prescrivis d'en diminuer considérablement la quantité et de le mêler d'un cinquième de chaux. Je permis un petit potage de crème de riz, auquel je fis mêler 2 grammes de sous-nitrate de bismuth.

Après quatre à cinq jours de ce traitement, la diarrhée avait diminué d'abondance et même de liquidité. Le bismuth avait coloré les matières en noir; mais le lait passait toujours indigéré, les morceaux de caséum ne diminuant aucunement.

Quelques jours plus tard, aucune autre amélioration n'étant survenue, les parens suspendirent le traitement, donnèrent du lait en abondance, et de suite les selles reprirent leur ancienne nature.

On me ramena l'enfant huit à dix jours plus tard, c'est-à-dire près de trois semaines après le début du traitement.

Les parens n'ayant pas le courage de diminuer la quantité de lait que réclamait leur enfant; l'enfant ne voulant pas d'autre nourriture, et moi-même constatant qu'il s'agissait seulement d'une absence de digestion incessamment répétée, je supposai, comme dans l'observation précédente, que toute la maladie consistait en ce que l'estomac ne fournissait pas, en quantité suffisante ou en qualité, les sucs dissolvans des alimens.

Je prescrivis alors la pepsine neutre à la dose de 1 gramme, divisé en deux prises administrées au commencement de deux des repas. Enfin je laissai les parens libres de donner autant de lait que l'enfant le désirait.

Dès le premier jour la diarrhée diminua, aussi bien que l'abondance du caséum évacué. — Au bout de trois jours les matières étaient constituées par une bouillie homogène, non grumeleuse. — Au bout de quatre ou cinq jours j'ordonnai un peu de viande que l'enfant avait refusée jusque-là et qu'il accepta. La viande fut parfaitement digérée. — Au bout de dix jours de traitement les matières se solidifiaient et commençaient à se former; chose que les parens n'avaient point encore vue une seule fois depuis six mois qu'ils avaient repris leur enfant. — A ce moment aussi l'enfant commença à engraisser et à prendre de la coloration de la peau et de la fermeté des chairs.

Je fis continuer les poudres en mettant un jour d'intervalle entre chaque paquet. Le mieux continua; les matières se moulèrent tout-à-fait, l'enfant devint gros et gras, ferme, coloré. La pepsine que l'on continua pendant quelque temps, par reconnaissance pour ainsi dire, fut enfin abandonnée : la guérison se soutint, bien qu'on ne fît que peu d'attention au genre d'alimens donnés à l'enfant. Six mois plus tard j'eus des nouvelles de ce garçon dont la guérison ne s'était pas démentie un instant.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 et 31 Décembre 1855.— Présidence de M. REGNAULT.

Observation de mutité et d'aphonie complètes, datant de douze années, rapidement guéries par l'application de l'électricité d'induction.

M. le professeur SÉDILLOT communique à l'Académie l'observation suivante :

Hirschel Sara, âgée de 30 ans, nous fut amenée à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Strasbourg, le 19 novembre 1855, par un de nos confrères, M. le docteur Flamand de Sélestat.

Cette jeune femme avait été frappée, douze années auparavant, d'une mutité et d'une aphonie complètes, à la suite d'un vif mouvement de frayeur. Depuis ce moment, on avait eu recours à de nombreux traitemens, par les antiphlogistiques, les révulsifs, les antispasmodiques, sans aucun résultat avantageux. La malade comprenait très bien tout ce qui était dit autour d'elle, y répondait par ses gestes, mais était dans l'impossibilité de prononcer une seule parole et d'émettre aucun son. Lorsque nous eûmes l'occasion de l'examiner, nous constatâmes, comme on l'avait fait avant nous, une sorte de rétraction de la langue, qui était portée en arrière et en haut, et dont la pointe, dirigée contre la voûte palatine, n'était abaissé volontairement qu'avec une certaine difficulté et ne pouvait arriver au contact des arcades dentaires, malgré tous les efforts de la malade. Le tissu lingual était souple et sans altérations apparentes, la déglutition des boissons et des alimens était facile, et la santé générale n'avait pas souffert, malgré quelques attaques hystériques. La mutité et l'aphonie avaient persisté, sans nulle interruption, depuis douze ans, avaient été constatées par plusieurs médecins et étaient de notoriété publique.

Les faits que nous venons de raconter nous parurent démontrer l'existence d'une paralysie des principaux muscles extrinsèques de la langue et particulièrement des génio-glosses, paralysie étendue à l'appareil laryngé, et compromettant l'action des cordes vocales. Aucune opération chirurgicale n'était indiquée, mais il nous sembla qu'on pourrait recourir avec avantage à l'emploi de l'électricité par induction, dont on connaît déjà d'heureux effets, et il fut convenu que nous mettrions en usage l'appareil de MM. Legendre et Morin, que nous possédions.

Un premier essai eut lieu le 20 novembre. L'un des fils de l'appareil fut dirigé sur la langue et y fut appliqué tantôt sur un point, tantôt sur un autre, tandis que le second fil était promené sur l'apophyse mastoïde, la partie supérieure et postérieure du cou, et sur différens points de la face. La malade accusa un peu de douleur, et il devint évident que les mouvemens de la langue prenaient plus de liberté. La pointe de l'organe arrivait plus aisément à l'arcade dentaire, qui était parfois dépassée. Cette première tentative, continuée quelques minutes, ne fut pas renouvelée avant le 27 novembre, en raison d'une violente céphalalgie qui en fut la conséquence probable. L'amélioration survenue dans la mobilité linguale persista, mais n'entraîna pas d'autres changemens. Le 27, l'électricité appliquée de la même manière, en présence des élèves de la clinique, eut des effets beaucoup plus remarquables. La langue atteignit l'intervalle des lèvres, les franchit, et un instant après la malade commença à parler d'une façon très distincte, quoique la voix ne fût pas encore rétablie. La mutité, on le voit, avait disparu malgré la persistance d'un assez grand degré d'aphonie, comme on en rencontre chaque jour de fréquens exemples. La prononciation déterminait, lorsqu'elle était prolongée, des douleurs, ou plutôt une sorte de tiraillement et de fatigue dans la direction des régions styloïdienne et hyoïdienne, dépendant vraisemblablement de la fatigue des muscles qui avaient recouvré leur activité. Plusieurs autres séances d'électrisation développèrent de plus en plus la voix, qui n'avait jamais été très forte, et la malade retourna chez elle, quinze jours plus tard, parfaitement guérie.

On possède plusieurs exemples des heureux effets de l'application de l'électricité dans la mutité et l'aphonie; mais aucun qui soit aussi remarquable par l'ancienneté de la maladie et la rapidité de la perfection du succès.

On trouve dans les Mémoires de l'Académie des sciences, année 1753, l'histoire d'une jeune fille de 14 ans, frappée de paralysie et de perte de la parole par suite de frayeur, et qui se rétablit sous l'influence d'électrisations répétées. Le temps écoulé entre l'accident et la guérison n'a pas été nettement précisé, mais n'avait pas été de longue durée. Trois faits de même nature ont été rapportés dans un journal allemand (*Canstatt's Jahresbericht*, 1843, 45, 47). L'un, dû à César Pellegrini, est celui d'un jeune homme de 24 ans, dont l'aphonie, datant de seize mois, céda à douze séances d'électrisations avec une pile de 70 élémens. Le second, dû au docteur Walter, concerne un homme de 45 ans, qui recouvra la parole abolie depuis peu de temps. On avait employé un appareil électro-magnétique. La troisième observation concerne une jeune syphilitique de 24 ans, complétement aphone, par suite d'une laryngite chronique, qui retrouva la voix à sa troisième séance d'électrisation.

Il serait inutile de multiplier ces exemples dont la plupart manquent d'une suffisante analogie. Nous insisterons seulement sur la fréquence des paralysies produites par un accès de frayeur, et sur l'instantanéité des guérisons parfois obtenues, même après un laps de temps très considérable. On doit en conclure que la modification organique, probablement survenue dans le tissu nerveux à l'origine des nerfs cérébraux, si ce n'est dans quelques parties de l'encéphale, est une modification peu profonde, peu résistante à l'influence de certains excitans appropriés, et qu'une vive émotion, en donnant une forte secousse à l'appareil cérébro-spinal, peut être, jusqu'à un certain point, comparée à l'action du galvanisme. On s'expliquerait ainsi certains faits miraculeux qui ont de tout temps excité l'attention publique et mérité l'intérêt des observateurs.

En tout cas, la guérison de notre malade montre que l'ancienneté de la mutité et de l'aphonie déterminées par une cause brusque, telle que la peur, sans lésions organiques profondes, ne doit pas être un motif de désespérer ni d'abandonner le malade sans la supposition d'une incurabilité que rien ne démontre.

Présence de la vivianite dans les ossemens humains.

M. J. NIKLÈS adresse la note suivante :

Au milieu des ossemens accumulés depuis plusieurs siècles dans le charnier du cimetière d'Eumont (Meurthe), on vient de remarquer, non sans intérêt, deux os de femme, un cubitus et un radius, qui se distinguaient par une forte coloration d'un vert-bleu. L'un de ces os, le cubitus, ayant été rompu par un curieux, on vit que la coloration était générale et que la pâte osseuse en était affectée dans toute son épaisseur.

Cet os m'ayant été remis, j'en fis l'objet d'observations et d'expériences dont voici les résultats : La coloration virait fortement au vert; mais en considérant que la pâte osseuse était jaune, il était évident que la matière colorante devait être bleue. Cependant elle n'était pas due à une combinaison cuivrique; car en faisant dissoudre un fragment d'os dans de l'acide chlorhydrique, et sursaturant par de l'ammoniaque, on obtint un précipité blanc de phosphate de chaux, teinté de bleu. Le liquide surnageant était incolore; il n'y avait donc pas de cuivre en présence. Les réactifs indiquaient le fer; mais comme les os en contiennent tous, il n'était pas d'abord très facile de s'assurer si ce métal faisait partie intégrante du principe colorant, bien que ce principe pût fort bien n'être que du phosphate de fer.

En poursuivant mon investigation, je ne tardai pas à reconnaître qu'en effet il en était ainsi; après avoir divisé le fragment d'os que j'avais en expérience et exploré à la loupe le canal médullaire, je reconnus au milieu des sinuosités laissées par la moelle durcie, des points brillans qui offraient les caractères d'une véritable cristallisation. Ces points brillans ayant été examinés au microscope, on reconnut aisément qu'ils constituaient des prismes rhomboïdaux parallèles obliques, dont les uns étaient surmontés d'un prisme horizontal, tandis que les autres, munis de facettes octaédriques, portaient des faces terminales appliquées aux deux extrémités du macrodiagonal. La petitesse de ces cristaux ne permit pas de les soumettre à des mesures goniométriques, mais j'en réunis assez pour pouvoir faire quelques essais analytiques. Disons tout de suite qu'ils offraient tous les caractères du phosphate de fer, et quand je les eus calcinés avec du carbonate de soude, il me fut aisé d'en séparer l'acide et l'oxyde; en effet, le produit de la calcination ayant été traité par de l'eau distillée, j'obtins un résidu jaune d'oxyde de fer et une dissolution alcaline, laquelle, neutralisée, précipitait abondamment par un mélange d'ammoniaque, de chlorhydrate d'ammoniaque et de sulfate de magnésie. C'était donc de l'acide phosphorique, et la substance était du phosphate de fer cristallisé.

Comme on ne connaît qu'une seule espèce de phosphate de fer cristallisé, les prismes en question ne peuvent être que de la *vivianite*, intéressant minéral qu'on rencontre dans certains terrains de sédiment.

La coloration des os du cimetière d'Eumont s'explique maintenant sans difficulté; ils ont dû séjourner dans une eau ferrugineuse; l'oxyde de fer introduit par capillarité ayant rencontré le phosphate calcaire de l'os s'y est uni et a donné lieu à la matière colorante, phosphate de fer, dont nous venons de constater la présence.

Cette formation d'un minéral au sein d'un corps organisé rappelle une observation, faite par M. Schlossberger, sur une autruche morte subitement et dans l'estomac de laquelle on trouva deux clous entourés d'une substance onctueuse, bleue, que l'auteur a trouvée composée de phosphate de fer dans les rapports qui constituent la vivianite.

On n'a pu me préciser l'âge de ces os; on l'estime à deux siècles environ; mais eussent-ils quelques siècles de plus, le fait mentionné dans cette note n'en conduirait pas moins à cette conclusion, savoir : que la vivianite est de formation toute moderne et qu'elle peut se produire toutes les fois que l'acide phosphorique, si répandu à l'état de phosphate, se trouve dans des conditions favorables en présence de l'oxyde de fer qu'on rencontre un peu partout.

Des fonctions du foie chez les arachnides.

M. Émile BLANCHARD adresse, sous ce titre, la note suivante :

Le développement que conserve le foie chez une infinité d'animaux, déjà fort dégradés sous le rapport de leur organisation, exclut l'idée que cet organe ait un rôle tout à fait secondaire, comme cela a été admis par divers physiologistes. Chez les arachnides, le foie a un volume énorme, comparativement à celui de tous les autres organes. D'après cela seul, il devient évident que ce viscère remplit dans l'économie de ces animaux des fonctions de grande importance.

J'ai entrepris, à ce sujet, particulièrement sur les scorpions, des expériences qui m'ont permis de constater certains faits. La production glycogénique du foie ayant été reconnue par M. Cl. Bernard chez des animaux appartenant à différentes classes, j'ai tenu à m'assurer si cette production avait lieu également chez nos arachnides. Pour cette recherche, M. Leconte, professeur agrégé de la Faculté de médecine, m'a prêté son concours. Au moyen non seulement du cuprotartrate de potasse, mais aussi de la fermentation, il a été mis hors de doute que le foie chez les scorpions produit de la matière sucrée pendant la digestion, que cette production cesse lorsque les animaux sont à jeun. Je n'entrerai ici dans aucuns détails concernant ces expériences, qui n'ajoutent pas aux faits généraux établis dans la science par M. Cl. Bernard.

Mais le foie étant un organe destiné à la sécrétion du glycose, est-ce à dire que ce viscère ne remplit pas encore d'autres fonctions importantes? Mes recherches sur les arachnides et les insectes tendent à prouver que là ne s'arrête pas son rôle dans l'économie. Le foie a été souvent considéré comme servant à l'épuration du sang, comme un organe d'élimination, agissant sous certains rapports à la manière des reins. De ce côté il y avait une étude à faire; je l'ai entreprise, et elle m'a donné un résultat plus démonstratif peut-être que tout ce que l'on a obtenu d'ailleurs.

Par des recherches antérieures dirigées vers un autre but, je savais que l'on colore le sang des animaux invertébrés, en faisant avaler à ces animaux des substances colorantes. Rien n'est plus facile pour les espèces phytophages; il suffit de saupoudrer de la matière colorante les feuilles dont ils se nourrissent. Pour des espèces carnassières refusant toute autre chose qu'une proie vivante, l'opération devenait plus difficile. Néanmoins, le moyen d'y parvenir fut trouvé.

La plupart des insectes continuant à s'agiter longtemps encore après avoir reçu de terribles blessures, il semble possible d'introduire dans leur corps une quantité notable soit d'indigo, soit de garance, et de les présenter aussitôt à des scorpions avant qu'ils aient cessé de se débattre. De grosses mouches de la viande furent choisies; l'ampleur de leur abdomen permettant d'y loger aisément la matière colorante, ces mouches furent données à nos arachnides qui les dévorèrent aussi aisément que les autres. Après plusieurs jours de ce régime, consistant en mouches garnies d'indigo pour les uns, de garance pour les autres, j'eus des scorpions à sang bleu et des scorpions à sang rougeâtre; la couleur n'était pas fort intense, mais elle était bien prononcée.

Chez les individus ouverts peu de jours après le commencement du régime, le *sang était coloré*, la substance colorante se voyait dans l'intestin, mais c'était tout. Au contraire, chez les individus soumis au régime depuis longtemps, le foie avait pris la teinte de la substance ingérée par l'animal; chez les individus d'abord soumis à la même alimentation que les autres, puis laissés à jeun pendant plusieurs jours, le sang avait presque perdu sa couleur bleue ou rougeâtre, et le foie l'avait acquise avec beaucoup d'intensité; chez les scorpions laissés à jeun au même moment et ouverts plus tard, le sang avait repris sa teinte ordinaire, tandis que le foie conservait encore des traces évidentes de la présence soit de l'indigo, soit de lagarance. Chez les individus mis dans des conditions semblables et ouverts après un plus long espace de temps, tout avait disparu de l'économie.

Ainsi la matière colorante, qui de l'intestin passe dans le sang, est positivement éliminée par le foie. Or, si le foie a la propriété d'éliminer la substance apparente à nos yeux, il nous semble impossible de ne pas croire qu'il ait la même propriété à l'égard d'autres élémens que nous sommes inhabiles à distinguer. Le foie sert donc bien réellement à épurer le sang.

— M. MOREL adresse au concours pour le prix de médecine et de chirurgie de 1856, un travail intitulé : *Mémoire sur la formation des dégénérescences dans l'espèce humaine.* Ce mémoire est accompagné, conformément à une condition imposée aux auteurs pour ces sortes de concours, d'un résumé indiquant les parties que l'auteur considère comme neuves ou sur lesquelles il désire appeler particulièrement l'attention. Les questions principales traitées sont les suivantes : 1° Que faut-il entendre par dégénérescence? 2° caractères distinguant les dégénérescences des variétés naturelles dans l'espèce; 3° action des causes dégénératrices; 4° classification des êtres dégénérés; 5° conditions générales du traitement. — (Réservé pour la future commission des prix de médecine et de chirurgie.)

COURRIER.

Chacun des articles de M. le docteur Bertillon sur *la vaccine et ses accusateurs*, nous procure l'avantage de recevoir un grand nombre de lettres de M. Carnot et de M. le docteur Bayard. Toutes ces lettres sont naturellement renvoyées par nous à notre honorable collaborateur. Mais ces messieurs doivent comprendre qu'il nous est impossible de tout publier à la fois, et à M. Bertillon de répondre ainsi jour par jour et à l'instant à toutes ces lettres. Chaque chose en son temps. Tant que M. le docteur Bertillon voudra continuer la lutte qu'il a si heureusement engagée, nos colonnes ne lui feront pas défaut. Il a commencé sa réponse à une première lettre de M. Bayard, qu'on la lui laisse au moins terminer. Les autres lettres, aussi bien celles de M. Carnot que celles de M. Bayard viendront à la suite, et toujours avec les commentaires de M. Bertillon. Ces messieurs, nous osons le croire, ne perdront rien pour attendre. Mais ils doivent savoir, mieux que qui ce soit, que les travaux et les recherches de statistique ne s'improvisent pas, et M. Bertillon respecte assez le public pour ne vouloir lui exposer que des résultats dignes de confiance. D'ailleurs, notre honorable confrère n'a pas qu'à répondre à ces messieurs, et il ne peut dérober tout son temps aux devoirs et aux exigences de sa profession.

Quant à une certaine menace de *sommation légale* qui nous a été faite, nous déclarons formellement que toute communication qui nous serait adressée par cette voie donnerait lieu à la clôture immédiate de toute discussion. Amédée LATOUR.

— Sont nommés au grade de chirurgien principal de la marine, les chirurgiens de 1re classe :

MM. Brousmiche, Gouais-Lanand, Canolle, Buisson, Bigot, Laugaudin, Delaporte.

Sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. Burguières, médecin sanitaire au Caire; Maréchal, médecin des épidémies de l'arrondissement de Dreux, membre du comité d'hygiène; Levieux, membre et secrétaire du comité d'hygiène du département de la Gironde; Daran (Léon), membre et secrétaire du conseil d'hygiène des Basses-Pyrénées, médecin en chef de l'hôpital de Pau; Guireue, médecin des épidémies, de l'arrondissement d'Oloron (Basses-Pyrénées); Lapeyre, médecin à Orthez (id.); Silva, pharmacien à Bayonne (id.); Dabadie, médecin à Hastingue (Landes).

— Les épreuves du concours pour l'admission aux emplois de médecins et de pharmaciens stagiaires à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, seront ouvertes, à Strasbourg, le 4 février 1856, à Montpellier le 18 du même mois, et à Paris le 3 mars suivant.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X, — N° 7. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 15 Janvier 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux libraires. Dans tous les bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Encore un mot sur la vaccine. — II. PHYSIOLOGIE : Du siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme. — III. REVUE GÉNÉRALE : Résultats d'une enquête sur l'emploi de l'inoculation du venin d'une vipère comme moyen préventif de la fièvre jaune. — De l'association de l'iodure de potassium et des sulfureux dans le traitement des intoxications saturnines. — De l'emploi du proto-sulfate de fer en pommade dans le traitement des maladies de la peau. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société d'hydrologie médicale de Paris* : Suite de la séance 28 décembre : De l'emploi médical des eaux minérales de Château-Gontier (Mayenne). — Étude sur les eaux mères des salines. — V. COURRIER.

PARIS, LE 14 JANVIER 1856.

ENCORE UN MOT SUR LA VACCINE.

Dans un procès qui intéresse la vie, l'honneur, la fortune même d'*un* homme, le jury avant de prononcer son verdict, les magistrats avant de rendre leur sentence, interrogent en leur âme et conscience les faits acquis à la cause et se décident d'après des témoignages positifs, évidens, irrécusables. Les à peu près, les on dit, les suppositions gratuites n'y ont pas cours, et le doute tourne toujours à l'avantage de l'accusé.

Un procès bien plus important par ses conséquences est actuellement porté devant le tribunal de l'opinion publique ou tout au moins de l'opinion médicale. Ce n'est, il est vrai, ni la fortune, ni l'honneur, ni la vie d'*un* homme qui sont en jeu, c'est plus que tout cela : c'est de la santé, de la vie même d'une innombrable quantité d'hommes,... c'est de la vaccine qu'il s'agit.

Battu devant la première chambre, l'infatigable accusateur public de cet incomparable bienfait frappe à toutes les portes de la cour d'appel, et ne se résignera probablement au silence qu'après l'arrêt, sans retour, de la cour de cassation.

Dans le parti conservateur, la réplique a été vive, puissante, décisive, et elle a dû satisfaire les esprits incertains, *rari nantes*, que les agressions de M. Carnot ont pu produire.

Ne nous flattons pas cependant d'avoir convaincu tout le monde, l'erreur a eu, a encore et aura toujours des adeptes : ajoutons qu'il y aura aussi toujours des apôtres pour la combattre. Les défenseurs de la vaccine ont sans doute déployé, dans cette circonstance, des argumens de grande valeur, et je me plais à leur rendre, ici, la justice et la reconnaissance qu'ils ont si bien méritées. Mais n'y a-t-il plus rien à ajouter et ont-ils épuisé la matière? Cela n'est pas probable, et M. le docteur Bertillon le prouve en préparant de nouveau ses armes.

Par exemple, s'est-on suffisamment assuré de l'authenticité des faits sur lesquels reposent les attaques dirigées contre la vaccine, et n'a-t-on pas laissé passer, sans les contrôler convenablement, les témoignages problématiques rassemblés à la charge de l'accusée?

Expliquons-nous.

Pour prouver que la mortalité a doublé dans les rangs de la population de 20 à 30 ans et que, conséquemment, elle n'a fait que se déplacer depuis la vaccine, M. Carnot compare la mortalité de l'époque actuelle avec celle des dernières années du siècle précédent et du commencement de celui-ci. Or, je le demande, cette comparaison est-elle possible et peut-on prouver l'exactitude des élémens sur lesquels elle repose?

Relativement au premier terme de cette comparaison, la mortalité de l'époque actuelle est facile à connaître et à prouver : partout on observe, on rassemble et on publie des faits et la statistique est à l'ordre du jour aujourd'hui. M. Carnot affirmera-t-il qu'il en est de même pour l'époque antérieure à la vaccine, et se trouve-t-il en mesure de démontrer l'excellence de la statistique qu'il emprunte au XVIIIme siècle et aux premières années de celui-ci? Et si ce second terme est douteux, que deviendront ses conclusions et comment soutiendra-t-il désormais ses *démonstrations*. Or, il m'est facile de prouver qu'il est fort douteux et c'est le but que je me propose dans cette note.

Tous ceux qui se sont occupés de statistique, et M. Carnot tout le premier, n'ignorent pas que tous les dénombremens relatifs à la population ne sont qu'approximatifs avant la Révolution de 89, et que ceux qui ont été produits, sous la République et dans les premiers temps de l'Empire, ne peuvent servir qu'à titre de renseignemens incomplets.

Avant 1792, les actes relatifs aux naissances, aux mariages, aux décès étaient conservés dans les paroisses et ils l'étaient avec si peu d'uniformité et quelquefois si peu de soins que leur dépouillement eût exigé un travail impossible pour aboutir à un résultat de quelque valeur. Il en résulte que les tableaux dressés à cette époque par les soins de l'autorité ne présentent, le plus souvent, qu'un amas incohérent de chiffres hasardés, et que les travaux particuliers sont si contradictoires qu'il est impossible d'en extraire autre chose qu'une statistique conjecturale (1).

Répéterai-je que les conséquences qu'on a voulu tirer du travail de Deparcieux, généralement plus estimé, sont illégitimes et forcées, attendu que ce savant n'opérait que sur un chiffre fort restreint (814) d'individus pris dans les conditions hygiéniques les plus satisfaisantes? Mais passons là-dessus et bornons-nous à des considérations plus générales.

Sous la République, le gouvernement avait conçu le plan d'une statistique large, exacte et complète. C'est ainsi que François de Neufchâteau, ministre de l'intérieur en 1798, stimulait incessamment le zèle des administrations provinciales et intéressait les commissaires envoyés en mission, dans les départemens, afin d'obtenir la collection des matériaux nécessaires à l'œuvre projetée. Quelque années plus tard, Chaptal, aussi ministre de l'intérieur, voulant réaliser cette entreprise, fit de nouveaux efforts, ainsi qu'on en peut juger par sa lettre aux préfets, en date du 28 prairial, an XII. « Les instances réitérées que je vous adresse depuis deux ans, leur dit-il, doivent vous avoir déterminé à réunir les matériaux du grand mémoire statistique que j'attends de vous. »

Tant d'efforts persévérans devaient-ils aboutir immédiatement? Qu'on en juge.

La plupart des préfets répondirent au ministre, en l'avertissant toutefois, que leurs renseignemens ne pouvaient être d'une exactitude rigoureuse, attendu que, dans un grand nombre de départemens, la partie de l'administration à laquelle ils ressortissent, ou n'était point encore créée ou se trouvait complétement désorganisée. Dans un grand nombre de communes rurales, beaucoup de paysans, soit ignorance de leurs véritables intérêts, soit éloignement du lieu, soit pour se soustraire au paiement du droit de succession, négligeaient de faire inscrire à l'état civil les actes qui les intéressaient (2); ou bien les registres manquaient totalement, ou ils avaient été brûlés, lacérés ou cachés pendant les troubles, ou bien les actes s'étaient perdus parce qu'ils étaient tenus sur des feuilles volantes. Ailleurs, enfin, c'étaient les maires qui négligeaient d'envoyer des notes exactes (3).

Le rapport de Brun, préfet de l'Ariége, an XI, résume trop bien ces *desiderata* pour qu'on n'en cite pas un passage.

« Cette partie de l'administration publique est dans un désordre affreux dans ce département; les générations qui s'élèvent ne sauront bientôt plus comment constater leur état civil; des procès interminables vont ressortir des lacunes immenses qui existent dans les registres des naissances, mariages et décès; la plupart des fortunes vont être compromises. L'ignorance des officiers civils, quelquefois leur mauvaise foi, l'apathie des pères et mères, le désir d'arracher, autant qu'il dépend d'eux leurs enfans à la loi de la conscription; le temps d'anarchie où nous avons vécu pendant les quatre ou cinq années qui ont précédé le 18 brumaire de l'an VIII, tout a contribué à fomenter, à étendre les innombrables abus qui se sont glissés dans cette partie essentielle de l'administration. Une immensité de déclarations n'ont pas été faites; les faux actes se sont multipliés; les vrais ont été en grand nombre enlevés, lacérés, brûlés. C'est en vain que j'invoque chaque jour la sévérité des lois contre les coupables, même contre les négligens; c'est en vain que je fais parler l'intérêt public et privé; rien ne peut arrêter ces abus; rien ne peut suppléer à l'insuffisance, à l'impéritie des officiers publics; rien ne peut vaincre l'indolence de ce peuple agreste et à demi-civilisé, pour qui le moment actuel est tout, et qui compte pour rien l'avenir (4). »

Tous ces faits et beaucoup d'autres analogues sont consignés dans les rapports adressés par les préfets au ministre de l'intérieur dans le courant de l'an XII. Après deux ans de sollicitations soutenues, ces fonctionnaires ne peuvent fournir que des renseignemens approximatifs, et ce sont des chiffres ramassés péniblement et presque au hasard, à une époque où l'administration était à peine instituée, qui servent de base à l'arrêt contre la vaccine! La statistique de l'an XII, de l'aveu même des personnes chargées d'en recueillir les matériaux, ne repose que sur des faits incomplets; et cependant l'on veut s'appuyer sur celle des années précédentes, beaucoup plus incomplète encore, pour prononcer la déchéance de la plus belle conquête que l'hygiène ait jamais remportée sur la mort!

Je m'étonne qu'un savant aussi éclairé que M. Carnot n'ait pas pensé à vérifier ses sources avant de produire un travail qui peut avoir des conséquences aussi graves que le sien.

Je termine comme j'ai commencé : ce n'est point dans des à peu près, des équivalens ou des propositions hypothétiques qu'un jury, un magistrat, un savant, doivent puiser leurs convictions, mais bien dans des témoignages évidens, authentiques et irrécusables, et je cherche en vain ces caractères dans les principaux faits statistiques invoqués par M. Carnot.

J. DRUHEN aîné,
Professeur à l'École de médecine de Besançon.

(1) C'est aussi l'opinion de M. Dufau: *Traité de statistique, ou théorie de l'étude des lois d'après lesquelles se développent les faits sociaux*, 1840.

(2) Rapport de Dupin, préfet des Deux-Sèvres; de Latourelle, du Tarn; et de Dieudonné, du Nord.

(3) Rapport de Pieyre, préfet de Tarn-et-Garonne; et de Florens, de la Lozère.

(4) Deferrière, chef du bureau de statistique au ministère de l'intérieur. *Archives statistiques de la France*, Paris 1804.

PHYSIOLOGIE.

DU SIÉGE COMMUN DE L'INTELLIGENCE, DE LA VOLONTÉ ET DE LA SENSIBILITÉ CHEZ L'HOMME;

Par M. le docteur Max. PARCHAPPE, inspecteur général de 1re classe des établissemens d'aliénés.

(Suite. — Voir le numéro du 1er Janvier 1856.)

PREUVE PATHOLOGIQUE.

Du choix des observations pathologiques.

Pour que les observations pathologiques soient de nature à fournir une base solide à l'induction empirique dans la recherche du siége des fonctions au moyen de la confrontation des altérations fonctionnelles avec les altérations organiques, il faut que l'observateur, suffisamment instruit, ait mis toute son attention à constater et à reproduire, dans toute leur vérité, les faits à comparer.

Si les symptômes pendant la vie, et les altérations après la mort n'ont pas été constatés et décrits avec une exactitude parfaite, l'observation demeure sans valeur applicable à la démonstration, par induction, de la solution cherchée, qu'il s'agisse ou du siége des maladies, ou, à plus forte raison, du siége des fonctions.

Combien d'observations de ce genre encombrent les archives de la science!

Bien plus, l'observation inexacte ou incomplète devient souvent un élément contradictoire qui, bien que factice, tend à frapper de nullité les observations vraiment concluantes.

C'est cette vérité que Morgagni a proclamée par cette maxime, tant de fois citée : *Neque enim numerandæ sunt, sed perpendendæ observationes.*

Certes, ce serait se méprendre sur la portée de ces paroles d'un sens si profondément juste, que de leur attribuer la négation de la valeur du nombre dans les observations. Mais Morgagni avait sous les yeux le sépulchretum de Bonet. Il ne voulait pas qu'on comptât des observations pour la plupart dénuées de tout caractère scientifique. Et, en demandant que les observations fussent plutôt pesées que comptées, il rendait hommage à ce principe fondamental des sciences d'observation, que tout fait particulier, à la condition d'être exactement et complétement observé, contient en puissance la démonstration des lois générales dont il est l'expression.

En effet, dès que la science est faite, ne consiste-t-elle pas essentiellement à retrouver les vérités générales dans les faits particuliers?

En demandant à la pathologie les enseignemens qu'elle est propre à fournir pour la solution des questions physiologiques, il n'est pas seulement permis, il est indispensable de faire un choix parmi les observations, et de rejeter tout d'abord toutes celles qui, à défaut soit de l'autorité dans leurs auteurs, soit de l'étendue et de la clarté dans les détails, ne peuvent être considérées comme parfaitement exactes et complètes.

Mais les observations qui, réunissant ces deux conditions générales, peuvent dès lors être légitimement comptées au nombre des faits à peser scientifiquement, pour l'élucidation

des problèmes pathologiques et physiologiques, ne sont pas toutes propres à mettre en lumière, d'une manière démonstrative, les preuves nécessaires pour la détermination par induction du siége organique des fonctions.

Pour rendre ce résultat possible, les observations doivent de plus réaliser certaines conditions spéciales, relatives à l'objet même de cette nature d'investigation scientifique.

Ces conditions spéciales, qui varient suivant la nature diverse des organes et des fonctions, représentent, en ce qui se rapporte au système nerveux et à ses fonctions, des exigences nombreuses, dont la réalisation rigoureuse ne se rencontre pas communément.

Les fonctions fort complexes du système nerveux sont subordonnées ou coordonnées les unes par rapport aux autres, de manière à aboutir, en définitive, à l'unité de la vie et de la conscience, et s'accomplissent au moyen d'un système d'organes associés de manière à former un tout par la continuité et la connexité.

Pour que la pathologie puisse fournir des preuves décisives, relativement à la détermination du siége de l'une ou l'autre des fonctions distinctes du système nerveux, il faut qu'elle se soit en quelque sorte chargée de faire, dans cette synthèse de la vie nerveuse, une analyse morbide qui mette en relief, avec l'altération d'une seule fonction, l'altération d'un seul organe, à la manière de ce que tente l'expérimentation dans les vivisections.

Les observations pathologiques doivent donc réaliser cette première condition spéciale, que l'altération organique, constatée après la mort, soit rigoureusement limitée à une partie du système nerveux, ayant les caractères anatomiques et physiologiques d'un organe distinct, et que l'altération fonctionnelle, observée pendant la vie, ait porté exclusivement sur un ou plusieurs élémens fonctionnels parfaitement déterminés.

Dans le choix à faire des preuves pathologiques, il y a donc lieu de rejeter toutes les observations dans lesquelles les altérations organiques s'étendent à plusieurs parties distinctes du système nerveux, et aussi toutes les observations dans lesquelles les manifestations symptomatiques ont porté, pendant la vie, d'une manière générale, sur l'ensemble des fonctions du système nerveux.

Il ne suffit pas de cette coïncidence d'altérations exactement limitées dans les organes et les fonctions, pour que les faits exprimés par les observations puissent s'élever jusqu'à la valeur de preuves décisives, il faut encore que ces observations réalisent d'autres conditions importantes, se rapportant à la nature, à l'intensité et à la durée des altérations dans les fonctions et les organes.

L'induction pathologique ne saurait acquérir le degré de certitude dont elle est susceptible, que si les altérations équivalent dans les organes à la destruction, dans les fonctions à l'abolition. La preuve pathologique s'élève, en pareil cas, au niveau de la preuve expérimentale obtenue dans les vivisections par l'ablation des organes.

Mais il est rare que ces deux conditions se rencontrent d'une manière absolue, et si l'on était réduit à ne demander des enseignemens physiologiques à la pathologie, qu'au moyen d'observations où elles se trouvassent réunies, les preuves qu'elle est apte à fournir se restreindraient à un bien petit nombre.

En ce qui se rapporte aux altérations organiques, il n'est pas indispensable que l'altération ait envahi l'organe tout entier, ni qu'elle consiste dans une désorganisation complète, il suffit que l'organe soit lésé dans une notable portion de son étendue, et que l'altération porte essentiellement sur la structure.

En ce qui se rapporte aux altérations fonctionnelles, il n'est pas indispensable que l'élément fonctionnel soit absolument et complétement aboli, il suffit que l'action propre qui le caractérise soit sensiblement troublée.

Mais pour les altérations fonctionnelles aussi bien que pour les altérations organiques, il est indispensable qu'elles aient eu pour caractère la permanence dans leur durée commune depuis le moment, où la manifestation du trouble fonctionnel a révélé l'existence de la lésion organique, jusqu'à la mort.

Si l'on résume synthétiquement ces diverses conditions, on est conduit à reconnaître qu'on ne doit admettre au nombre des faits, d'où peuvent être sûrement tirées des inductions physiologiques relativement au siége organique des fonctions du système nerveux, que les observations pathologiques qui, recueillies par des observateurs habiles et attentifs, ont permis de constater la coïncidence d'une lésion grave et isolée d'une fonction distincte, ayant duré sans interruption pendant la vie depuis un moment donné jusqu'à la mort, avec une lésion grave et isolée d'une partie organique distincte du système nerveux, dont l'existence puisse être rapportée à l'époque de la vie où s'est manifestée la lésion fonctionnelle.

De la valeur démonstrative des observations pathologiques.

Considérées dans leur portée immédiate, les observations pathologiques, qui réunissent les conditions qui viennent d'être définies, ne prouvent absolument que la coïncidence et la non-coïncidence d'altérations organiques et d'altérations fonctionnelles. En tant qu'elles constatent la coïncidence d'une lésion dans une partie organique distincte avec la perturbation d'un élément fonctionnel déterminé, elles ont une valeur *positive*, relativement à la démonstration d'une connexion physiologique entre la partie organique et l'élément fonctionnel. En tant qu'elles constatent l'intégrité des autres parties organiques et des autres élémens fonctionnels, elles ont une valeur *négative*, relativement à la démonstration d'un défaut de connexion physiologique entre l'organe lésé et les fonctions intactes, et entre les organes intacts et la fonction lésée.

Mais pour que la valeur de ces observations, en ce qui touche la démonstration du fait de coïncidence et de non coïncidence d'altérations déterminées dans les organes et les fonctions, puisse atteindre la portée d'une preuve physiologique applicable à la détermination du siége des fonctions, plusieurs conditions sont nécessaires.

Il faut d'abord que, dans toutes les observations, réunissant d'ailleurs tous les caractères désirables, se rencontrent d'une part la concordance des faits ayant une valeur positive avec les faits ayant une valeur négative, et d'autre part la constance de coexistence entre l'altération organique et l'altération fonctionnelle, dont l'association forme le fondement de la preuve empirique.

Mais de plus, l'induction à tirer du fait constaté de coïncidence et de non coïncidence ne doit pas être en contradiction avec les inductions scientifiquement tirées de tous les autres ordres de preuves. C'est à l'accord parfait entre toutes les preuves que se reconnaît la vérité.

On conçoit facilement qu'il ne soit possible de reconnaître sûrement, dans les observations, l'existence de ces caractères, et surtout d'en déduire légitimement les enseignemens qu'elles contiennent, qu'à la condition de les soumettre à une interprétation rigoureusement conforme à toutes les données de la pathologie et de la physiologie.

Il ne suffit donc pas, pour obtenir de la pathologie les lumières dont elle peut éclairer la solution des questions physiologiques, de ne lui emprunter que des observations choisies selon les règles qui ont été tracées, il faut encore et de plus que ces observations mettent en relief des faits concordans et constans, d'où puissent sortir, par une interprétation légitime, des inductions conformes aux autres données de la science.

De l'interprétation physiologique des observations pathologiques.

L'interprétation physiologique des observations pathologiques ne peut atteindre son but, en ce qui se rapporte à la détermination du siége des fonctions, qu'en transformant en rapports de causalité les rapports de coïncidence constatés entre les altérations organiques et les altérations fonctionnelles.

Cette transformation logique des faits pathologiques en inductions physiologiques, qui suppose l'appréciation scientifique du trouble fonctionnel, de la lésion organique et de leur rapport, est, dans les maladies des centres nerveux, entourée de difficultés exceptionnelles qui dépendent à la fois de la nature des fonctions et de la nature des organes.

L'enchaînement des divers élémens fonctionnels dans les manifestations de la vie psychique dont le système nerveux est l'instrument, ne permettent pas facilement à l'analyse de saisir avec certitude, parmi les symptômes le plus souvent fort complexes qui expriment le trouble fonctionnel, l'élément caractéristique d'une lésion isolée dans une fonction distincte, condition que l'observation pathologique doit pourtant réaliser pour être apte à devenir une preuve physiologique.

Les trois élémens principaux que l'analyse est tout d'abord conduite à distinguer dans la vie psychique et dans les fonctions des centres nerveux, l'intelligence, la volonté et la sensibilité, se supposent réciproquement d'une manière si absolue, qu'il est impossible d'admettre, *à priori*, qu'elles puissent être lésées isolément dans ce qu'elles ont de plus essentiel.

L'observation prouve, en effet, que l'intelligence, sans laquelle il ne peut y avoir logiquement ni volonté ni sensibilité, ne peut être profondément lésée, sans qu'il y ait en même temps altération de la sensibilité et de la volonté. C'est ce que démontrent les innombrables observations pathologiques dans lesquelles les lésions de l'encéphale, les plus différentes par leur nature et par leur siége, donnent naissance à un état parfaitement semblable, l'état apoplectique, c'est-à-dire entraînent par la perte de la connaissance l'abolition de la volonté et de la sensibilité, simulant pathologiquement cet état physiologique du sommeil dans lequel la volonté et la sensibilité ne s'éteignent qu'avec l'intelligence.

Aussi quand il s'agit de déterminer, à l'aide des faits pathologiques, le siége organique spécial à assigner aux diverses fonctions des centres nerveux, n'y a-t-il rien à conclure de ces observations dans lesquelles les symptômes ont revêtu la forme apoplectique, et où le coma s'est prolongé sans interruption jusqu'à la mort, rien si ce n'est que l'intelligence, la volonté et la sensibilité résident dans un même organe.

Si des troubles partiels, isolés, indépendans, semblent se produire, ou se produisent réellement à certains égards, dans chacun de ces trois modes de l'activité psychique, il faut en chercher la cause et l'explication dans la différence considérable qui les sépare quant aux conditions de leur production et de leur manifestation.

L'intelligence, pour s'exercer actuellement, n'a besoin que de l'intégrité de son organe propre, sans qu'il soit nécessaire qu'elle se traduise en actes exprimant une relation du corps avec lui-même ou avec le monde extérieur.

Il en est bien de même aussi de la volonté, tant qu'elle demeure un acte purement intellectuel qui ne tend pas à se réaliser par un mouvement. Mais si la volonté entre en exercice par une action réelle qui lui soit propre, elle ne peut le faire qu'au moyen du mouvement; et pour que le mouvement se produise, il est indispensable que l'impulsion, qui a son point de départ dans l'organe où réside la volonté, se transmette de proche en proche jusqu'à l'organe qui exécute le mouvement.

La sensibilité ne peut se traduire en acte qu'au moyen d'une impulsion reçue par l'organe où elle réside, impulsion qui lui est transmise de proche en proche, en partant de l'organe où se réalise la relation avec le corps ou avec le monde extérieur, condition essentielle de la manifestation de tout acte de sensibilité.

Il résulte de là que, l'intelligence demeurant parfaitement intacte, la volonté peut être réduite à l'impuissance quant à sa manifestation la plus évidente, le mouvement, et la sensibilité réduite à une simple virtualité qui ne peut entrer en action, à raison de la suppression des conditions de son exercice.

C'est ainsi que la paralysie du mouvement volontaire et de la sensibilité peuvent se produire et se produisent en effet dans les maladies du système nerveux, isolément l'une par rapport à l'autre, et dans un état d'intégrité parfaite de l'intelligence, toutes les fois que l'organe central et commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité étant intact, se trouvent altérées les parties du système nerveux qui jouent, par rapport à ce centre principal, le rôle de conducteurs ou de centres secondaires et subordonnés.

Ce n'est pas seulement par les conditions organiques de leur production, c'est aussi par les modes de leur manifestation que diffèrent les perturbations fonctionnelles qui portent sur l'intelligence, la volonté et la sensibilité.

Ces trois élémens fonctionnels sont sans aucun doute susceptibles d'une même lésion essentielle, portant sur leur intensité, en tant qu'expression de l'activité d'une force. Mais l'altération dynamique d'intensité se laisse assez difficilement reconnaître et mesurer dans les manifestations intellectuelles, où elle n'est représentée que par la diminution de l'aptitude à exercer les actes généraux de l'intelligence, mémoire, idéalisation, jugement, raisonnement, état qui échappe souvent à l'observation inattentive ou inexpérimentée. Au contraire, les altérations d'intensité de la volonté, en tant que force motrice, et de la sensibilité, en tant qu'aptitude réceptive, peuvent se constater avec une parfaite certitude et se mesurer avec une grande précision.

Il résulte de là que dans un certain nombre de cas où le mouvement et la sensibilité se montrent évidemment lésés, l'altération concomitante de l'intelligence peut être méconnue, bien que réellement existante.

C'est ainsi qu'il n'est pas rare de rencontrer, dans les recueils scientifiques, des observations où l'intelligence, bien que troublée, a été considérée comme intacte parce que la conservation de la connaissance a été constatée et parce qu'on n'a été frappé d'aucun symptôme de délire actif.

(*La suite à un prochain numéro.*)

REVUE GÉNÉRALE.

Résultats d'une enquête sur l'emploi de l'inoculation du venin d'une vipère comme moyen préventif de la fièvre jaune. — De l'association de l'iodure de potassium et des sulfureux, des bains alcalins et des bains sulfureux dans le traitement des intoxications saturnines. — De l'emploi du proto-sulfate de fer en pommade dans le traitement des maladies de la peau.

Nous avons tenu nos lecteurs au courant de toutes les publications plus ou moins sérieuses qui ont été faites sur un prétendu préservatif de la fièvre jaune qui aurait été trouvé au Mexique par un médecin qui porte un nom célèbre, par M. de Humboldt, parent du savant illustre. En présence de ce fait grave, qui nous avait été révélé directement et indirectement, que le gouverneur général de la Havane avait mis un hôpital à la disposition de M. le docteur de Humboldt, et que des expériences d'inoculation préventive allaient se faire ou étaient en voie d'exécution sur 500 personnes, nous prîmes la liberté de conseiller à l'administration française de profiter de cette occasion pour ouvrir une enquête, afin de fixer l'opinion sur la valeur d'une découverte qui, réelle, serait immense, ou dont la fausseté devait être immédiatement connue. Une publication récente de M. le docteur Sénard, chirurgien principal de la marine, nous apprend que nos vœux, à cet égard, avaient été devancés. M. le gouverneur de la Martinique, de concert avec M. le docteur Amic, a institué une commission à l'effet d'étudier, à la Havane même, sous les yeux de M. de Humboldt et en présence des faits, les procédés d'inoculation exécutés et les résultats obtenus par le médecin du Mexique. Cette commission a fait un rapport que M. Sénard vient de publier, et dont nous croyons devoir extraire les passages suivans :

« La commission, composée de MM. Kecaugel, chirurgien de 1re classe, de la Martinique, Pichaud, pharmacien de 1re classe, de la Guadeloupe, et Longueteau, chirurgien de 2me classe, à la même résidence, après s'être mise en rapport avec M. de Humboldt, avoir suivi ses expériences à l'hôpital militaire de la Havane et à la maison de santé spé-

cialement consacrée à cet objet, et avoir pratiqué elle-même un certain nombre d'inoculations, a répondu en ces termes aux questions posées par M. le premier médecin en chef de la Martinique :

» 1° *État du virus ; animal qui le fournit ; procédé par lequel on l'obtient.* — Ce virus (modifié par son association à des matières animales) est, à l'état liquide, de couleur brune, de la consistance de la salive, quand on le prend avec précaution au-dessus des matières grasses auxquelles il est associé ; de la couleur et de la consistance de l'encre de Chine, quand on examine le tout ensemble après avoir bien agité la fiole. L'odeur est *sui generis*, très forte, très désagréable, rappelant celle des matières animales putréfiées.

» *Conditions où doivent se trouver les individus inoculés.* — On ne fait subir aucun traitement préparatoire aux inoculés. Un état fébrile, même léger, doit faire ajourner l'opération. Tout indice de fièvre éruptive doit aussi faire suspendre l'inoculation. En un mot, il faut, autant que possible, ne pratiquer l'inoculation que sur des sujets exempts de maladies, à quelque degré que ce soit.

» 2° *Manière de pratiquer l'inoculation.* — L'opération se pratique, comme la vaccination, par des piqûres faites au derme de la région supérieure et externe des bras, avec des lancettes terminées en fer de lance et cannelées, et préalablement trempées dans le liquide inoculateur. M. de Humboldt pense qu'une goutte du mélange répartie en quatre piqûres, dont deux de chaque côté, suffit pour produire un effet préservatif. Il y aurait à craindre, en outre-passant cette quantité, de voir les symptômes prendre une gravité redoutable. On se borne à deux ou trois piqûres pour les enfans, les femmes et les sujets peu robustes.

» 3° *Régime et traitement auquel sont soumis les inoculés.* — Les malades sont tenus au régime (soupes seulement) pendant deux ou trois jours, et ils sont ensuite ramenés rapidement à leurs rations ordinaires, à moins que la gravité et la prolongation des effets de l'inoculation n'obligent à continuer le régime ou même à prescrire la diète absolue.

» Aussitôt après l'opération, on fait prendre au malade dans un peu d'eau une cuillerée à bouche de sirop de guano (sirop antiseptique composé de :

Sirop d'une forte décoction de micania-guaco.	200	grammes.
Sirop de rhubarbe.	120	—
Iodure de potassium.	30	—
Gomme-gutte	60	centig.
dissoute dans		
Eau distillée	30	grammes.

pour une demi-bouteille).

» En cas ordinaire, on répète la cuillerée toutes les deux heures, de façon à en faire prendre quatre onces le premier jour. Si, au contraire, les symptômes d'intoxication sont plus marqués, on rapproche les doses de sirop d'heure en heure, de demi-heure en demi-heure, et l'on va même jusqu'à en donner plusieurs cuillerées à la fois. Ces hautes doses doivent être maintenues tant que l'état offre de la gravité. Si les symptômes n'offrent rien d'alarmant, dès le deuxième jour on commence à espacer les doses, et on termine le quatrième jour en n'en donnant plus que deux cuillerées dans la journée.

» Le cinquième jour, on prescrit une bouteille de limonade au citrate de magnésie, si le sirop n'a pas produit une purgation notable.

» Dans quelques cas où la réaction qui suit l'inoculation a été assez forte pour produire un état fébrile intense, avec congestion cérébrale et délire, on a dû recourir à la saignée du pied et à l'administration du calomel (de 2 à 4 grammes).

» Si le sirop a produit trop d'effet [selles fréquentes et douloureuses, chaleur du ventre, etc.), on recouvre l'abdomen de cataplasmes, et on donne des lavemens émolliens.

» 4° *Durée de l'incubation du venin.* — Quelquefois les premiers effets de l'intoxication apparaissent très peu de temps après l'inoculation, d'autres fois il se passe une demi-journée sans que l'état normal ait été modifié. En général, c'est après deux, trois ou quatre jours d'incubation que l'on observe l'abaissement du pouls et la diminution de la chaleur de la peau.

» 5° *Phenomènes physiologiques qu'éprouvent les malades par suite de l'absorption du venin.* — Quelques heures après l'inoculation, le pouls baisse de 5, 10, 15, 20 et même 25 pulsations par minute ; il devient petit, dépressible. La peau se refroidit ; le malade éprouve quelquefois des frissons, des nausées et un sentiment de malaise et d'affaissement général.

» Ce premier stade se prolonge quelquefois jusqu'à la nuit (les inoculations étant pratiquées le matin) ; mais souvent il cesse dès l'après-midi, et il fait place à une réaction plus ou moins forte, caractérisée par l'accélération du pouls et son ampliude. Les pulsations arrivent alors à 90 et 100 par minute ; la peau devient chaude et sèche, mais n'arrive jamais à ce degré de calorification qu'on observe dans la fièvre jaune. La respiration reste facile.

» C'est ordinairement pendant la première nuit que les autres symptômes se montrent. Il y a alors céphalalgie vive, surtout au-dessus des orbites. La tête est chaude, les veines sont saillantes ; les yeux, douloureux, sont sensibles à l'action de la lumière ; il y a tendance à la dilatation des pupilles et au larmoiement. Il survient plus tard une légère injection des conjonctives oculaire et palpébrale ; chez plusieurs même, il y a eu ophthalmie. Les paupières sont tuméfiées ; il y a turgescence de la peau de la face. La muqueuse nasale est aussi le siége d'une congestion vive, produisant un coryza quelquefois très intense et des plus fatigans. La buccale et la pharyngienne participent également à cet état de phlogose ; le voile du palais est rouge, pointillé ; les amygdales sont développées, et l'angine est parfois intense ; il y a constriction de la gorge, gêne de la déglutition. Les gencives s'injectent, se tuméfient jusqu'à prendre l'aspect violacé : le bord libre se marque d'un liseré brunâtre ; on aperçoit çà et là quelques plaques nacrées. Cet état des gencives peut arriver plus tard à l'hémorrhagie.

» Les différentes branches du trifacial sont quelquefois affectées de névralgies fort douloureuses, mais de courte durée. Il y a douleur et quelquefois tumeur à la région parotidienne.

» L'intelligence reste presque toujours intacte. (M. de Humboldt a quelquefois vu survenir le délire, mais sans lui attribuer sa gravité habituelle.)

» La langue est souvent normale ; quelquefois elle est rouge sur les bords, pâteuse, saburrale ou blanchâtre au milieu. Elle perd parfois sa température normale pour acquérir une chaleur notable. L'inappétence est rare ; l'appétit se conserve, au contraire, dans la plupart des cas.

» Les phénomènes gastriques ont été fort rares. L'anxiété et la douleur épigastrique manquant presque toujours. Quelques hommes ont eu des vomissemens pendant un jour ou deux ; la coloration des matières rendues n'a jamais dépassé la teinte bilieuse claire.

» Du côté de l'abdomen, il n'y a eu à noter que des gargouillemens dans les fosses iliaques, quelquefois de la diarrhée. Les urines n'ont jamais offert d'altération soit en qualité, soit en quantité.

» Les douleurs à la région lombaire et aux articulations ont été signalées quelquefois par les hommes chez lesquels la réaction était vive et prolongée.

» Lorsque ces symptômes se développaient pendant la nuit, il y avait agitation, privation de sommeil, cauchemar et rêves pénibles. Dans le plus grand nombre des cas, le lendemain matin il y avait réaction. Le pouls redescend même au-dessous de son temps normal (50, 45, 40 dans quelques cas). La peau devient fraîche, moite, le facies plus calme. La céphalalgie, la douleur des yeux, des narines, des parotides, des gencives, de la gorge persistent, mais à un degré beaucoup plus faible.

» Chez plusieurs sujets, tout se borne au premier accès, et la convalescence commence immédiatement après.

» Dans le plus grand nombre des cas, les choses se passent encore le deuxième jour comme le premier. La deuxième nuit est accompagnée des mêmes phénomènes, mais presque tous atténués. La troisième journée est bonne ; vers le troisième soir, le pouls s'accélère encore, mais peu. La troisième nuit ressemble quelquefois un peu aux précédentes. Le quatrième jour se passe généralement sans qu'il y ait rien autre à constater, qu'un peu de fatigue et de susceptibilité nerveuse, du gonflement aux gencives, de la diarrhée. Il survient parfois des hémorrhagies passives. Le cinquième jour, les inoculés prennent le purgatif salin s'ils se trouvent dans les conditions indiquées plus haut, et le sixième, ordinairement, ils sortent de l'hôpital. Chez un petit nombre, les symptômes ayant été plus graves, la convalescence a été plus longue et le séjour de l'hôpital plus prolongé.

» 6° *Analogie entre ces symptômes et ceux de la fièvre jaune.* — Les commissaires, sans se prononcer catégoriquement sur ce point, disent avoir saisi parfois des points de ressemblance entre ces symptômes et ceux de la première période de la fièvre jaune ; mais ils font à cet égard des réserves, plusieurs autres affections présentant, à leur début, des phénomènes identiques. Ils ne sont pas éloignés de penser cependant, avec M. de Humboldt, que s'il était possible d'outrer les symptômes, soit en multipliant les piqûres, soit en ne donnant pas tout d'abord le sirop antiseptique, on verrait peut-être une ressemblance plus complète.

» 7° *Les individus inoculés ont-ils contracté plus tard la fièvre jaune? Temps écoulé entre l'inoculation et l'invasion de la maladie.* — Voici en quels termes les commissaires résument cette partie importante de leur enquête :

» Du 18 novembre 1854 au 12 mai 1855, 2,400 sujets militaires ou civils ont été soumis à l'inoculation. Jusqu'à ce jour, 57 sont revenus aux hôpitaux pour affections fébriles de différens types, dont les plus fréquens ont été intermittens et rémittens. Deux de ces malades sont morts de fièvre jaune ; une dizaine d'autres ont vu leur affection prendre un caractère assez grave et sont aujourd'hui rétablis ou en convalescence (1).

» Les commissaires n'ont pu observer par eux mêmes ce qui se passe quand des individus ayant eu la fièvre jaune étaient soumis à l'inoculation. Mais M. de Humboldt leur a assuré que pour ceux-là, de même que pour ceux qui étaient inoculés une seconde fois, de même encore que pour les sujets qui, comme les créoles, sont à l'abri de la fièvre jaune, les symptômes se réduisaient à fort peu de chose, et que souvent il ne s'en produisait pas du tout.

» En résumé, la commission n'a pas cru devoir tirer de ces faits des conclusions formelles ; elle hésite à se prononcer sur la valeur des moyens préconisés, et se borne à exprimer des vœux pour que le temps et des expériences ultérieures viennent réaliser les promesses du docteur de Humboldt.

» D'un autre côté, des expériences faites à la Guadeloupe sous la direction de M. Dutroulau, médecin en chef, n'ont donné que des résultats négatifs.

» Enfin, M. Sénard, analysant et résumant à son tour tous ces documens, et soumettant en particulier les faits énoncés dans le mémoire adressé à l'Académie des sciences médicales de la Havane par M. le docteur de Humboldt lui-même, conclut :

» 1° Qu'il n'est pas certain que les phénomènes consécutifs à l'inoculation soient dus à l'absorption du venin de la vipère ;

» 2° Que ces phénomènes se rapportent aux symptômes de l'empoisonnement septique, et non pas à ceux de la fièvre jaune ;

» 3° Que le procédé ne répond pas, en conséquence, aux intentions de M. de Humboldt ;

» 4° Que rien ne prouve jusqu'à présent la préservation en faveur des inoculés ;

» 5° Qu'il n'est pas permis de voir dans les faits rapportés par la commission l'affirmation des promesses de M. de Humboldt ;

» 6° Que l'inoculation de matières putréfiées présente un danger réel et proportionné à la quantité introduite dans l'organisme ;

» 7° Que l'inoculation pouvant, devant même, selon les idées de l'inventeur, déterminer l'incapacité de travail pendant quelques jours, il appartient seulement aux individus privés de se soumettre, sous leur responsabilité propre, à cette opération. » — (In *Gazette hebdomadaire*, décembre 1855.)

Le *vaccin de la fièvre jaune* nous semble, hélas! bien compromis par cette enquête. On ne tardera pas à recevoir de la Havane même des renseignemens décisifs sur cette affaire.

(1) « M. de Humboldt affirme que, sur 200 individus qu'il a inoculés pendant les premières années de ses tentatives, tout récemment venus d'Europe, aucun n'a été attaqué de la fièvre jaune pendant les trois années suivantes. »

— L'emploi simultané de l'iodure de potassium et des sulfureux, dans le traitement des intoxications saturnines, médication préconisée par un grand nombre d'auteurs, paraît à M. le docteur Beaupoil, à Ingrandes, une contradiction formelle, ainsi que l'emploi simultané des bains sulfureux et savonneux. Que se propose-t-on, en effet, par l'emploi de l'iodure de potassium? De rendre soluble le composé métallique absorbé, afin de faciliter son élimination par les sécrétions normales. Que peuvent, d'un autre côté, produire les sulfureux, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, si ce n'est du sulfure de plomb noir insoluble?

En administrant l'iodure de potassium conjointement avec les sulfureux, on se met donc, dit M. Beaupoil, dans l'alternative ou de rendre le composé saturnin soluble, au moyen de l'iodure, ou bien, au contraire, de le transformer en composé insoluble au moyen des sulfureux. « Où peut mener cette contradiction? A notre sens, elle ne peut que prolonger la durée des accidens.

» Il nous semble facile de le faire comprendre en considérant ce qui se passe à la peau sous l'influence des bains alternativement sulfureux et savonneux. En effet, si le malade est plongé dans un bain sulfureux, il devient d'autant plus noir qu'il avait une plus grande quantité de *crasse métallique* adhérente à son tégument externe, et si on le laisse sous cette influence, il reste noir jusqu'à ce que les frottemens réitérés des corps extérieurs (vêtemens, objets de literie, etc.) et surtout l'absorption cutanée aient enlevé le sulfure de plomb. La portion arrachée par les frottemens sera perdue; quant à la portion reprise par l'absorption, elle sera remise en circulation dans le sang et transportée avec lui vers les organes pour y occasionner de nouveaux accidens. On n'aura donc gagné qu'un peu de temps sans produire aucun effet définitif. Au contraire, si l'on fait suivre immédiatement le bain sulfureux d'un bain savonneux, on enlève tout le plomb adhérent à la peau, et l'on débarrasse d'autant l'économie. Mais qu'a-t-on gagné à faire précéder le bain alcalin d'un bain sulfureux? Évidemment rien, car ce dernier n'a pas augmenté la quantité du métal adhérente à la peau, ainsi que paraissent devoir le faire, pour l'intestin, les purgatifs, qui, en provoquant d'abondantes évacuations bilieuses et en surexcitant la perspiration intestinale, éliminent une partie du plomb contenu dans le foie et dans les autres parties du canal alimentaire. Je me trompe, on a gagné quelque chose à cette manière de faire....., la difficulté plus grande à nettoyer la peau au moyen des préparations alcalines! Car le plomb, sous forme de sulfure, est bien plus adhérent aux tégumens qu'il ne l'était avant sa transformation en ce composé insoluble.

» Ce qui se passe à la peau doit également se produire à l'intestin ; les phénomènes y sont identiques.

» Cette manière de faire a pourtant un avantage : elle indique, par l'intensité de la noirceur, l'abondance de la préparation saturnine à la peau, et, par suite, dans l'économie tout entière. C'est donc un moyen de diagnostic précieux. Il est donc bon de l'employer comme tel, mais il n'en faut pas faire un moyen banal de traitement ; car, administré intérieurement, il ne peut rien indiquer, et il a paru dangereux à M. Rayer lui-même, qui, le premier, l'a vanté conjointement avec M. Chevallier, au commencement de l'année 1832. M. Tanquerel prétend même qu'il a pu accélérer l'arrivée des accidens quand il a été administré comme moyen préservatif chez les ouvriers cérusiers.

» L'emploi des sulfureux est donc irrationnel et dangereux. L'iodure de potassium, au contraire, de même que le bain électro-chimique vanté tout dernièrement par MM. Morice, Vergnès et André Poey (Académie des sciences, 29 janvier 1855), se présentent avec des prétentions rationnelles, et si les expériences confirment ce que l'on nous promet de l'un et de l'autre, ils deviendront bientôt d'un usage journalier. » — (In *Journal de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles*, janvier 1856.)

— M. Devergie emploie avec grand avantage, à l'hôpital St-Louis, la pommade au sulfate de fer dans les affections de la peau à forme lymphatique, c'est-à-dire essentiellement sécrétantes, et reposant sur des tempéramens et des constitutions lymphatiques. Les formes dans lesquelles cette préparation réussit sont les eczémas impétigineux, les impétigos et les intertrigos, les plus communes de toutes les affections cutanées et les plus communes chez les individus lymphatiques.

M. Devergie s'est également très bien trouvé des pansemens avec de la charpie enduite de pommade ferrugineuse pour les ulcérations qui accompagnent les vésicules et les pustules de rupia et d'*ecthyma cachecticum*, ou leur succèdent, pourvu qu'il n'y ait plus rien d'aigu.

Voici la formule qu'emploie M. Devergie :

Axonge	30 grammes.
Protoxyde de fer cristallisé et lavé, de	0,50 centig. à 1 gram.

Dissolvez à l'aide de quelques gouttes d'eau le sel ferrugineux, et incorporez immédiatement à l'axonge. Mettez de suite à l'abri du contact de l'air. — (*Bulletin de thérap.*)

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Suite de la séance du 28 Décembre 1855. — Présidence de M. Patissier, vice-président.

Extrait d'un rapport de M. le docteur Hébard, sur un mémoire de M. le docteur Mahier, intitulé : *De l'emploi médical des eaux minérales de Château-Gontier* (Mayenne).

L'eau minérale de Château-Gontier, connue depuis nombre d'années sous le nom d'eau de Pougnes rouillée, sort d'un terrain schisteux à peu de distance des bords de la Mayenne. Sa température est froide, sa saveur styptique, ferrugineuse. Au moment de son émission, elle est d'une limpidité parfaite. Lorsqu'on la reçoit dans un verre, une multitude de petites bulles se dégagent de l'eau, et au bout de quelques heures le fond et les parois du vase sont couverts d'une couche d'un dépôt jaune-rougeâtre.

L'analyse faite en 1850 par M. Ossian Henry a permis de reconnaître la présence de l'acide carbonique libre (1/8 du volume), des sels de fer, du bicarbonate de chaux et de magnésie, du sulfate de magnésie en quantité très notable, du chlorure de sodium et de magnésium, un peu de sulfate de soude et de chaux, une proportion très faible de silice, d'alumine, de manganèse, enfin un principe arsénical sensible dans le dépôt ocracé de la source. D'après l'analyse qui précède, il est difficile de déterminer exactement à quelle classe d'eaux minérales doit être rapportée l'eau de Château-Gontier. Par la grande quantité d'acide carbonique libre qu'elle contient, elle rentre dans les eaux acidules gazeuses. Par l'abondance de ses sels de fer, elle appartient aux sources ferrugineuses, et sous ce double rapport, pourrait être comparée aux eaux de Spa ; mais il est juste de tenir également compte de la prédominance des sulfates, et en particulier des sulfates de magnésie, prédominance qui permet de rapprocher sa composition de celle des eaux d'Epsom, de Sedlitz, de Seidschutz et de Pullna. Ingérées à jeun les matins à la dose de quelques verres, les eaux de Château-Gontier produisent, chez les personnes bien portantes, une sensation de pesanteur marquée et déterminent quelques éructations gazeuses : prises pendant le repas, coupées avec du vin rouge, elles paraissent au contraire aider la digestion et augmenter l'appétit. Prises à haute dose, la pesanteur d'estomac très marquée d'abord, disparaît bientôt, et il se forme des gaz en plus ou

moins grande quantité dans l'intestin, bientôt suivis de coliques et de quelques selles liquides et noirâtres. Après plusieurs jours de l'usage de ces eaux à haute dose, on remarque quelques effets généraux. Sous leur influence, le pouls devient plus fort, les menstrues et le flux hémorrhoïdal coulent avec plus d'abondance; toute l'économie acquiert un degré inusité de force et de bien-être qui se traduit au dehors par un teint plus coloré et par une augmentation d'énergie musculaire.

M. Mahier en conclut que les eaux de Château-Gontier sont toniques et stimulantes, et que ces propriétés jointes à d'autres plus spécialement attribuables à certains principes minéralisateurs qui entrent dans leur composition, les indiquent formellement dans les maladies constitutionnelles, ainsi que dans quelques affections locales de l'estomac, de l'intestin et de l'appareil génito-urinaire.

Au premier rang des maladies constitutionnelles ou diathésiques, traitées avec succès par les eaux de Château-Gontier, figurent la *chlorose* à tous les degrés, depuis la forme la plus légère jusqu'à la forme la plus grave, l'*anémie* et ses diverses espèces, *anémie des convalescens, anémie saturnine, syphilitique, paludéenne, anémie des tuberculeux*, etc., la *scrofule*, le *rachitisme*. Dans tous ces cas, sous l'influence des eaux et aussi par suite des heureuses conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent nécessairement placés les malades, on voit l'appétit se développer, les digestions deviennent faciles, les forces renaissent, les palpitations et les accidens nerveux disparaissent, le teint se colore, la peau perd sa teinte morbide; chez les femmes, l'écoulement menstruel rentre dans ses limites physiologiques, et les malades retrouvent une santé perdue depuis longtemps.

Les affections du tube digestif, auxquelles M. Mahier a opposé les eaux de Château-Gontier, appartenaient à cette catégorie de maladies si communes auxquelles on a donné le nom de dyspepsies. Au bout de peu de jours d'un traitement consistant dans l'emploi simultané de l'eau en boisson, de bains et de douches, l'appétit se régularisait, les digestions devenaient moins laborieuses, les vomissemens cessaient. Dans le catarrhe vésical et dans la gravelle, l'action avantageuse des eaux de Château-Gontier ne paraît pas moins évidente, quoique l'on puisse exprimer le regret, regret applicable à la plupart des sujets traités dans le mémoire de M. Mahier, de ne pas trouver un résumé statistique complet de tous les faits observés, avec la part inévitable et toujours utile à connaître des insuccès.

Nous ne suivrons pas l'auteur, dit M. Hérard, en terminant, dans l'étude du mode d'action des eaux de Château-Gontier dans les maladies locales du tube digestif et de l'appareil génito-urinaire. Ce sont là, en général, des questions difficiles et controversées. Contentons-nous d'enregistrer les faits cliniques. Demandons surtout des faits précis, bien observés, qui puissent servir de fondemens solides à l'édifice que nous nous efforçons de construire. Ce n'est que plus tard et par la comparaison de faits analogues apportés de sources différentes, qu'il nous sera possible de nous élever à la connaissance du mode d'action des eaux.

Étude sur les eaux mères des salines, par M. DURAND-FARDEL; rapport sur un mémoire de M. Germain, *sur les eaux mères des salines du Jura*, et de M. Rotureau, *sur les eaux de Nauheim*. (Extrait.)

On désigne sous le nom d'*eaux mères* le résidu d'évaporation des salines où l'on exploite le chlorure de sodium, pour la consommation générale. L'usage de ces eaux mères constitue une médication d'une grande efficacité, particulièrement dans le traitement des scrofules, laquelle, très usitée en Allemagne, est à peine connue en France, bien que les élémens abondent chez nous pour la développer au même degré que de l'autre côté du Rhin.

Les trois stations principales où l'on peut étudier la préparation des eaux mères sont, en Allemagne, la vallée où jaillissent les eaux salées de Kreutznach et de Nauheim; en France, nos salines de l'Est, Salins, Montmorot, Dieuze; enfin les marais salans qui couvrent une partie de nos plages. Les eaux salées sont amenées au degré de concentration voulue, soit en subissant une extrême division à travers des amas de fascines, comme en Allemagne, soit en étant directement traitées par l'ébullition, comme dans nos salines de l'Est, soit par une évaporation lente à l'air, comme dans les marais salans.

Les eaux *salées*, que l'on appelle aussi eaux *chlorurées*, d'où proviennent ces eaux mères, présentent une constitution, sinon identique, du moins fort analogue; les chlorures y dominent, le chlorure de sodium surtout; la proportion réciproque de la chaux ou de la magnésie y varie assez notablement; on trouve dans toutes du brome, en proportion variable; de l'iode presque seulement dans les eaux salées de Bex, en Suisse. Ce sont donc des eaux bromurées, et non iodurées.

Les eaux mères représentent à un haut degré de concentration la plupart des principes contenus dans les eaux salées d'où elles proviennent. Cependant le chlorure de sodium en a généralement disparu en grande partie, bien qu'il domine encore dans l'eau mère de Salins; c'est le chlorure de magnésium, qui domine dans celle de Bex et dans celle de Nauheim; celui de calcium dans celle de Kreutznach. La proportion des bromures s'y élève naturellement d'une manière considérable, surtout dans l'eau mère de Kreutznach.

L'emploi des eaux mères des salines présente une spécialité thérapeutique très précise, ce sont les maladies qui dérivent du tempérament lymphatique ou de la diathèse scrofuleuse. Elles sont également usitées avec grand avantage à titre de médication tonique, principalement dans la chlorose et l'anémie, et elles présentent toute une série d'applications qui peut être fort étendue, en raison des propriétés qu'elles empruntent à leur constitution. Mais c'est surtout au sujet du lymphatisme et des scrofules que se développe leur spécialité thérapeutique.

Des renseignemens thérapeutiques d'un haut intérêt peuvent être puisés à ce sujet dans l'ouvrage, déjà cité, de M. Germain (eaux mères de Salins), dans le mémoire encore inédit de M. Rotureau (eaux minérales de Nauheim), et dans les comptes-rendus des eaux de Lavey, publiés en 1840, 1841 et 1842, par M. Lebert, aujourd'hui professeur à l'Université de Zurich, et plus tard par son successeur à Lavey, M. le docteur Cossy. Ces renseignemens permettent de considérer le traitement par les eaux mères comme propre à modifier toutes les formes et toutes les périodes de la scrofule, même les plus graves et les plus avancées, dans le sens de la guérison ou au moins d'une amélioration radicale. Les cas étudiés par ces observateurs, en commençant par les plus simples et par ceux qui se prêtent le plus rapidement aux effets du traitement, ont trait : à ces engorgemens ganglionnaires qui entourent le col comme d'un collier, aux abcès et aux décollemens de la peau, aux ophthalmies avec les altérations matérielles les plus prononcées des tissus ou des humeurs de l'œil, pourvu que le fait de la désorganisation ne soit pas atteint; aux gonflemens articulaires, même lorsqu'ils méritent le nom de tumeurs blanches, et qu'ils ne peuvent plus guérir sans déformation et sans roideur des jointures; aux ulcères, aux caries et aux affections tuberculeuses de la peau (lupus).

On observe d'abord l'effacement de la physionomie scrofuleuse, le retour des fonctions cutanées et digestives, la résolution des manifestations ganglionnaires ou cutanées; les altérations osseuses se modifient beaucoup plus lentement. Mais c'est très évidemment par une action exercée d'abord sur l'état diathésique, ensuite sur les manifestations de la diathèse, que s'obtiennent de pareils résultats.

La règle, dans ces sortes de traitemens, paraît être une modification complète et radicale de la diathèse scrofuleuse et de ses manifestations. La guérison des formes graves est elle-même un fait commun. Mais il ne faut pas oublier que, si des changemens considérables se marquent dès les premiers jours du traitement, on ne peut arriver que lentement à se débarrasser d'un état diathésique formel. Ce n'est en général qu'au bout de deux ou trois ans de continuation, aux époques opportunes, de la médication, que les individus affectés de tumeur blanche, de carie, de lupus, peuvent être déclarés guéris.

C'est sans doute auprès des établissemens thermaux eux-mêmes, où se préparent ces eaux mères, ou bien près des sources de constitution et de propriétés analogues, que les eaux mères sont spécialement utilisées en thérapeutique. Cependant il s'en faut que leur usage soit limité aux localités thermales. Les médecins s'en servent en Allemagne, comme nous le faisons en France de bains médicamenteux quelconques. L'auteur de ce rapport a interrogé ses confrères de Lons-le-Saulnier, de Besançon surtout, de Dijon même, qui ont quelquefois recours dans la scrofule, dans la chlorose ou dans les longues convalescences, aux eaux mères de nos salines du Jura, et il en a appris qu'ils considéraient ces eaux mères comme un des médicamens les plus précieux que l'on puisse employer dans les cas de ce genre.

A Salins, à Nauheim, à Kreutznach, à Lavey, ces eaux mères s'emploient à la dose de 8, 10, 20 et même 30 litres dans un bain, se dosant suivant les conditions d'âge, de maladie, de constitution individuelle. Il faut se tenir en garde contre l'activité de la médication. Les doses élevées sont bonnes pour les individus très lymphatiques, plongés dans l'atonie. Mais s'il y a quelque chose d'inflammatoire, dans les maladies des os, et en général, si l'on dépasse la proportion indiquée, il survient ou des accidens locaux, ou des phénomènes de congestion cardiaque, pulmonaire ou cérébrale. La peau rougit avec une extrême facilité dans ces bains. On emploie ces eaux mères sous forme topique. M. Rotureau a vu des applications continuées pendant vingt-quatre heures autour de genoux tuméfiés, y développer une éruption semblable à celle de la pommade stibiée.

Les eaux mères doivent s'expédier dans du verre ou des cruchons vernis; elles transpercent le bois. Elles s'expédient en Allemagne, sous forme solide, et on les désigne alors, suivant leur provenance, sous le nom de sel de bains de Nauheim, sel de Kreutznach. On met de 500 à 1,000 grammes du sel de bains de Nauheim dans l'eau d'une baignoire ordinaire.

La première conclusion de ce travail sera qu'une médication aussi importante et aussi notoire que celle dont nous avons cherché à donner une idée dans ce court extrait, ne doit pas rester le monopole de l'Allemagne. Nous possédons en France les élémens d'une médication aussi complète que celle qui, depuis longtemps déjà, est en vigueur au delà du Rhin. Nos salines de l'Est, celles du Béarn (Salies en Béarn), celles enfin qui, à l'Ouest et au Midi couvrent nos plages maritimes, en témoignent amplement. Nous possédons des sources salées qui, comme Salins, Bourbonne, Niederbronn, Uriage, Balaruc, appellent cette médication complémentaire.

MM. Figuier et Mialhe ont déjà fait ressortir l'analogie parfaite qui existe entre ces eaux minérales et les eaux d'outre-Rhin les plus célèbres par leur spécialité, et ont indiqué les moyens de rendre cette analogie plus complète au moyen de certaines additions, qui permettraient de faire des eaux de Bourbonne, par exemple, quelque chose d'à peu près identique à celles de Hombourg ou de Soden. La combinaison des eaux mères nous paraît un moyen plus pratique, plus efficace et moins artificiel, d'élever ces médications à la hauteur les unes des autres, car c'est surtout le traitement externe qu'il nous paraît essentiel de développer et de fortifier. Il existe d'ailleurs, à Salins, un établissement thermal, nouvellement fondé par M. de Grimaldi, où se trouvent réunies toutes ces ressources que nous avons pu envier jusqu'ici à Nauheim et à Kreutznach.

Nous ne devons pas nous borner au vœu que certains établissemens thermaux s'enrichissent de moyens qui permettent d'ajouter une mesure considérable à leurs propriétés essentielles. Nous croyons que l'usage des eaux mères doit, ici comme en Allemagne, entrer dans la pratique générale pour ce cercle si bien circonscrit de la scrofule et de l'état lymphatique, et dont l'extension légitime se produit d'abord dans le sens de la chlorose, de l'anémie, des débilités générales, des longues convalescences. Déjà l'un de nos confrères les plus autorisés, M. le docteur Gillette, s'est engagé, à notre prière, à utiliser les eaux mères de Salins dans sa pratique si spéciale, et nous ne doutons pas que, dans cet intéressant établissement de Forges (Seine-et-Oise), où, avec de l'eau claire et un air pur, et nous ne savons quoi, les enfans scrofuleux des hôpitaux subissent à un si haut degré l'influence de conditions régénératrices, l'usage des eaux mères des salines ne vienne multiplier encore le nombre et la mesure des résultats obtenus.

M. V. GERDY fait remarquer, au sujet du travail qui précède, que les eaux mères ne représentent pas exactement les eaux primitives, en raison de la concentration qu'elles ont subie. C'est ainsi que, dans l'eau mère, la proportion réciproque des sulfates, des chlorures, des bromures, du sodium, du magnésium, etc., n'étant plus la même, il doit en résulter, de la part des eaux salines et des eaux mères, des propriétés et un mode d'action différent. Il fait remarquer également que la constitution des eaux salines ne se montre pas toujours la même, non seulement suivant les localités, mais encore suivant les époques où on les examine. Il serait important, si l'on veut se rendre un compte exact des propriétés thérapeutiques de ces eaux et en particulier des eaux mères, d'avoir des données précises sur la composition spéciale de chacune d'entre elles, et sur les variations qu'elles peuvent subir.

M. CHEVALLIER appuie la manière de voir de M. Gerdy au sujet de l'importance des déterminations qu'il réclame; mais il fait remarquer qu'il est difficile d'établir des résultats très précis en présence des variations que la même eau minérale peut subir d'un moment à l'autre. M. Chevallier a eu plus d'une occasion de constater ces variations, à Vichy, à Bourbonne, à Chaudes-Aigues, par exemple. Il a vu, en particulier, à Chaudes-Aigues, la proportion d'un même élément varier, sans que la température ou la jauge de la source présentât aucune modification correspondante. Cela s'explique parfaitement, du reste, par la diversité des bancs que les eaux ont à traverser, à mesure que les premiers se sont épuisés, et qui sans doute ne se présentent pas tous dans des conditions d'identité parfaite. L'analyse ne donnera donc que des moyennes, mais point de résultats absolument exacts.

M. V. GERDY admet cependant qu'il y a des variations à peu près stables et dont on peut tenir compte pour arriver à des proportions précises d'élémens minéralisateurs. Quant aux changemens accidentels, les résultats approximatifs suffiraient pour les apprécier.

M. MIALHE partage les opinions précédemment émises sur l'importance que l'on doit attacher aux variations de composition des eaux salines et des eaux mères en particulier. Il ne pense pas non plus que celles-ci représentent précisement les eaux primitives; la concentration a modifié la nature des matériaux qu'elles renferment, et changé leur mode d'action.

M. DURAND-FARDEL fait remarquer que les phénomènes que M. Chevallier suppose se passer au sein de la terre, se manifestent à Dieuze dans le mode d'exploitation usité près des salines. Le sel ne s'extrait pas, à Dieuze, sous forme liquide, de puits artésiens ou naturels, comme à Nauheim, à Kreutznach, à Salins; les bancs de sel gemme y sont directement exploités, et on les voit revêtir alternativement des apparences de coloration différentes qui correspondent à des variations de composition, du fer se montrant ici, là de la marne, les bromures manquant en un point pour reparaître ailleurs. Cependant il doute que ces variations de composition aient une grande importance au point de vue de la valeur ou de l'application thérapeutique de ces eaux minérales, de leurs eaux mères en particulier. Il ne s'agit là que d'un traitement externe; et c'est une question pour M. Durand-Fardel que de savoir si le traitement de la scrofule par les eaux mères ne doit pas être considéré comme un traitement identique, malgré les nuances de composition que peut présenter le médicament usité.

Cependant comme c'est à l'observation qu'il appartient en définitive de décider à ce sujet, M. Durand-Fardel attache autant d'importance que M. Gerdy à ce que la chimie arrive à dire son dernier mot au sujet de la composition formelle des eaux mères et des variations qu'elle peut avoir à subir.

M. Durand-Fardel a reçu de Montmorot, et attend de Salins, des échantillons d'eaux salines et d'eaux mères qu'il tient à la disposition de la Société, si, comme il en fait la proposition, elle juge à propos d'en faire exécuter l'analyse.

M. ROTUREAU offre de faire parvenir à la Société des échantillons des eaux mères de Kreutznach et de Nauheim.

M. BAUDRIMONT ayant mis son laboratoire à la disposition de la Société, est chargé par elle de procéder à ces analyses et de lui rendre compte des résultats qu'il aura obtenus. Ces analyses devront porter non seulement sur des eaux mères de diverses provenances, mais encore sur les mêmes eaux mères, recueillies à des époques différentes.

Le secrétaire général, DURAND-FARDEL.

MORT DE M. MARTIN-SOLON.

Une pieuse cérémonie réunissait hier dimanche, dans la modeste église de Bercy, un grand nombre de nos confrères. C'était pour rendre un dernier hommage à M. Martin-Solon, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, etc., un des praticiens les plus estimés et les plus aimés de notre temps. Une maladie cruelle l'avait, depuis plusieurs années, éloigné de Paris, des travaux des Sociétés scientifiques auxquelles il appartenait, ainsi que de la clientèle des hôpitaux et de la ville; il a fini obscurément et dans une pauvreté supportée noblement, une existence qui devait être riche et honorée.

Après la cérémonie religieuse, le convoi s'est dirigé de Bercy au cimetière Montmartre. Après quelques paroles touchantes, improvisées, sur la tombe, par M. le docteur Barth, au nom de l'Académie de médecine, M. Henri Roger a prononcé, pour la Société des médecins des hôpitaux, dont M. Martin-Solon était membre honoraire, un discours qui nous parvient trop tard pour que nous puissions le publier aujourd'hui. Nous l'insérerons dans notre prochain numéro.

— Dans sa dernière séance de décembre, la *Société médico-pratique* a procédé au renouvellement de son bureau, pour l'année 1856, ainsi qu'il suit :

MM. Compérat, président;
Aubrun, vice-président;
Perrin, secrétaire général;
Bauche, archiviste;
Janin, trésorier;
Bonnassies, secrétaire trésorier.

Suivant le désir de la Société, les fonctions de secrétaire annuel continueront à être remplies par M. Perrin, nommé secrétaire général.

Le comité de publication, pour la même année, sera composé de MM. Ameuille, Dreyfus et Aug. Mercier.

D'après l'article 29 du règlement, le président et le secrétaire général font de droit partie du comité.

MM. Trèves et Labarraque sont maintenus en qualité de référendaires.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 8. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 17 Janvier 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. THÉRAPEUTIQUE : Sur l'apepsie (ou absence de digestion) chez les enfans et sur le traitement de cette maladie par la pepsine. — III. CLINIQUE CHIRURGICALE : Plaie profonde du poignet ; hémorrhagie le cinquième jour ; ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie. — IV. BIBLIOTHÈQUE : Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfans à la mamelle. — V. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 15 Janvier 1856 : Correspondance. — Rapports. — Lecture : Note sur les accidens que développe chez les ouvriers en caoutchouc l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur. — VI. PRESSE MÉDICALE : Sur l'alimentation des enfans serrés ou que l'on veut sevrer. — VII. NÉCROLOGIE : M. Martin-Solon. — VIII. FEUILLETON : Sur l'une des formes de la douleur nerveuse ici désignée sous le nom de *supplicium neuricum*.

PARIS, LE 16 JANVIER 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Ce n'est pas la variété qui a manqué à la séance d'hier. Ce n'est pas non plus l'intérêt, quoiqu'aucune grande discussion de dogme ou de pratique n'ait ouvert les écluses de l'éloquence académique.

Contrairement à un pieux usage, auquel l'Académie est rarement infidèle, la députation qui a accompagné M. Martin-Solon à sa dernière demeure, n'a pas fait connaître le discours prononcé sur sa tombe au nom de la compagnie. Qui, cependant, méritait mieux cet honneur que le digne et malheureux confrère que la mort vient de nous enlever ?....

La mémoire de M. Ernest Cloquet, membre correspondant, a été plus favorisée, et une touchante notice lue par M. H. Larrey a payé un juste tribut de regrets à ce confrère distingué.

La commission des onze, par l'organe de M. Depaul, a proposé et l'Académie a adopté, deux déclarations de vacances : l'une dans la section de pharmacie, l'autre dans la section de physique et de chimie.

La longue discussion sur la révulsion avait éloigné de la tribune l'inexorable rapporteur de la commission des remèdes secrets et nouveaux. M. Robinet a commencé, hier, à réparer le temps perdu, et une demi-douzaine d'arcanes, plus infaillibles les uns que les autres, ont été impitoyablement immolés sur l'autel de la médecine orthodoxe.

A propos de remèdes nouveaux, signalons un moyen de traitement du choléra, employé avec grand succès, dit-on, au Para, province du Brésil, d'après une lettre reçue par M. Gibert, et dont cet honorable membre a donné communication à l'Académie, sous toutes réserves, bien entendu. Ce moyen est le jus de citron pur donné à assez fortes doses, et coup sur coup. Dieu le veuille!

M. le docteur Cazenave, de Pau, membre correspondant, a communiqué à l'Académie trois observations de lithotritie, sur lesquelles M. Ségalas a fait un rapport intéressant et tel qu'on pouvait l'attendre de la grande expérience de notre savant confrère. Les observations de M. Cazenave ont été trouvées dignes d'être renvoyées au comité de publication.

N'est-il pas remarquable et triste à la fois que chaque conquête de l'homme dans le domaine de l'industrie produise une cause nouvelle de souffrance et de maladie ? L'industrie du caoutchouc, qui a pris de si grandes proportions, cette industrie, telle qu'elle est aujourd'hui exercée, est insalubre et dangereuse pour les ouvriers qui y sont employés. L'insalubrité de cette industrie ne réside pas dans la matière première, dans le caoutchouc lui-même, mais bien dans le sulfure de carbone, qui sert à le dissoudre, à le souder, etc. Les émanations du sulfure de carbone produisent des accidens graves, et c'est la description de ces accidens et l'indication des moyens d'y remédier qui ont fait le sujet d'un excellent et très important mémoire lu par M. le docteur Delpech, agrégé de la Faculté. Voilà donc une industrie dans laquelle l'hygiène intervient avec succès, comme dans tant d'autres, où elle a rendu déjà de si grands services, où elle en rendrait de plus grands encore si ses indications et ses conseils étaient plus suivis et écoutés. Le mémoire de M. Delpech, déjà si curieux et si neuf, va devenir le point de départ de nouvelles recherches, qu'il aura eu l'honneur de provoquer, quoiqu'à vrai dire le travail de cet honorable confrère nous ait paru très complet et avoir laissé peu de chose à faire à ceux qui s'occuperont de ce sujet.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

SUR L'APEPSIE (OU ABSENCE DE DIGESTION) CHEZ LES ENFANS ET SUR LE TRAITEMENT DE CETTE MALADIE PAR LA PEPSINE ;

Par le docteur E. BARTHEZ, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 12 Janvier 1856.)

Ces deux faits me frappèrent vivement ; le succès avait été si rapide, si complet, avait si bien suivi l'administration de la pepsine qu'il m'était difficile de ne pas croire à l'action de ce moyen de digestion. Les idées de M. Corvisart et ma supposition se trouvaient justifiées. J'étais donc encouragé à continuer.

OBSERVATION III. — *Diarrhée par non digestion des alimens datant, avec alternative de suspension, de deux mois. — Guérison rapide par l'usage de la pepsine neutre. — Retour par suspension du remède. — Guérison complète en trois semaines, sans aucun changement dans l'alimentation.*

Emile Mailly, âgé de 3 ans, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 25 janvier 1855, pour une diarrhée dont le début remonte à deux mois. Suspendue pendant huit jours, un mois après le début, la diarrhée, depuis ce temps, s'arrête et revient alternativement. L'appétit, loin d'être diminué est, au contraire, augmenté et l'enfant mange considérablement.

A son entrée à l'hôpital, il n'est pas positivement amaigri, il a cependant une teinte un peu jaune de la face ; il reste levé pour jouer et courir presque tout le jour.

Son ventre est gros, sonore, indolent ; la diarrhée est abondante, tantôt très claire, séreuse, aqueuse ; tantôt visqueuse, muqueuse et mêlée de morceaux indigérés d'alimens.

Deux jours après son entrée, l'enfant prend 1 gramme de pepsine neutre divisé en deux prises au commencement de chaque repas. On satisfait, d'ailleurs, l'appétit vorace en donnant de la viande.

Dès le surlendemain, la diarrhée est moins muqueuse et plus homogène : et le quatrième jour elle est tout à fait suspendue.

Le cinquième jour du traitement, il y a une selle dont la consistance est celle d'une bouillie homogène, et dans laquelle on ne trouve plus de morceaux indigérés.

Le sixième et le septième jour, il n'y a pas de garde-robes ; l'appétit est toujours bon ; les alimens paraissent être facilement digérés. Les poudres sont suspendues.

Le neuvième jour, vu l'absence continue des évacuations, un lavement d'eau un peu fraîche est prescrit et amène des matières dont les unes sont délayées et les autres tout à fait dures. Elles ne contiennent aucune parcelle reconnaissable des alimens. Mais, dans la journée, il y a une évacuation spontanée demi-liquide dans laquelle on retrouve des morceaux de viandes non digérés.

Les poudres furent dès lors reprises à la même dose qu'auparavant, et continuées pendant six jours. Dès le lendemain de cette reprise, les évacuations furent suspendues ; puis, au bout de deux jours, elles revinrent spontanément, ayant d'abord la consistance de bouillie épaisse ; puis elles se moulèrent. Elles se suspendirent de nouveau pendant deux jours, puis furent naturelles et restèrent telles jusqu'à la sortie du malade, qui eut lieu le 18 février, c'est-à-dire un peu plus de trois semaines après l'entrée.

Pendant tout ce temps, l'enfant n'a pas cessé d'être nourri de viandes, de légumes (haricots et pommes de terre), de soupe, de laitage, suivant son appétit et comme s'il n'avait pas eu une maladie des voies digestives. Lors de sa sortie, l'apparence générale était très bonne et en rapport avec l'état normal des intestins.

Feuilleton.

Lettre à M. le Docteur CERISE,

SUR L'UNE DES FORMES DE LA DOULEUR NERVEUSE ICI DÉSIGNÉE SOUS LE NOM DE *SUPPLICIUM NEURICUM*.

Mon cher confrère et ami,

Vous avez approfondi mieux que la plupart des médecins les nombreux et délicats mystères de cette affreuse et inexprimable douleur névroso-morale que vous appelez *névropathie émotive*. Permettez-moi de vous soumettre et de vous dédier cette étude. Je l'ai faite sous l'autorité de mon expérience personnelle, et je la mets résolument au jour pour l'enseignement, qu'on me pardonne cette prétention un peu naïve, de ceux qui ont pour mission de soulager des misères encore si peu mises en lumière par les pathologistes et qui ont droit à toute la sollicitude des praticiens.

Mens narrando defecit....

I.

On a dit des eaux minérales, considérées dans leurs propriétés, qu'elles étaient une *thériaque* formée par la nature ; ce qui signifie qu'elles renferment un ensemble d'élémens dont l'analyse ne peut s'emparer que pour en rendre compte. S'il en est ainsi des combinaisons de la matière brute, que ne sera-ce pas à l'égard de l'être animé, sensible et pensant ! C'est là où les mystères abondent et que d'innombrables défis sont jetés à notre insatiable curiosité.

De tout temps on a distingué la douleur morale de la douleur physique en cherchant *à signaler* les variétés de caractère qui leur appartiennent ; mais il est une douleur complexe qui, je crois, n'a pas été suffisamment étudiée dans ses effets comme dans son mode. Je tenterai de faire arriver quelques lueurs sur ce sujet de pathologie éminente en montrant la différence qui existe entre le *simple mélange* de la douleur morale avec la douleur physique, de la *combinaison* intime spéciale qui, dans certaines conditions, est produite par la coexistence de ces mêmes douleurs.

Avec l'expérience personnelle d'un pareil état, il est on ne peut plus difficile d'en aborder la description ; mais sans cette expérience, c'est une tâche impossible !... Ce que je vais en raconter pourra ne pas toujours satisfaire votre esprit ; il pourra, peut-être, heurter de front quelques-unes de ses habitudes ; et cependant ce sera l'expression rigoureuse de la vérité. Je vous demande, avec humilité, tout en m'appuyant sur un droit fatalement acquis, d'honorer mes assertions de la confiance que l'Institut a accordée à M. de Savigny, parlant du phosphène ; à M. le comte d'Escayrac, exposant les étranges phénomènes du ragle.

Et d'abord j'exposerai l'une de ces situations qui parlent pour tous et attendrissent presque les natures les plus réfractaires à la pitié.

Soit un homme dont la vie laborieuse et honnête a été interrompue par l'une de ces diathèses qui, comme un toxique lent, dégradent, une à une, nos molécules constitutives et demeurent, pour la science, à l'état d'énigmes introuvables. Or, le malheureux dont il est question est affecté d'un cancer... L'altération de ses traits, l'amaigrissement de son corps, la teinte jaune et le froid de sa peau, la mesquinerie de son pouls, les fréquentes syncopes qui surviennent ; enfin, une tumeur circonscrite, dure, lancinante, sans pulsations et cramponnée sur le trajet du colon... Comme tout cela fait image et confirme, péremptoirement, la proposition diagnostique. Voilà pour la souffrance physique. Passons à l'autre.

Le malade ne sait pas, au juste, qu'il doit succomber, mais il le soupçonne malgré la pieuse opposition de ceux qui l'entourent. Son cœur saigne de regrets ; tous les sentimens de la famille se soulèvent en lui ; et, pour combler son calice, il envisage que sa perte, renversant ses affaires, réduira sa femme et ses enfans à la misère ; que la séduction, peut-être.... Mon Dieu ! que ne présage-t-il pas dans cette fausse agonie, cent fois plus terrible que ne l'est le rôle pathognomonique de la mort !

Il y a là, Monsieur, une réunion de douleurs diverses, distinctes, solidaires, qui impressionnent d'un commun accord et mettent le patient dans un cercle vicieux. Cependant la combinaison vitale qui fait l'objet de ce travail ne s'est point effectuée, mais elle pourrait l'être par l'intervention d'une cause déterminante, secondée par l'idiosyncrasie de l'individu. Ce que ce tableau ne rend pas extérieurement il l'insinue par voie d'induction : il est la peinture fidèle des *douleurs-centaures* de M. Munaret, portées à un très haut degré, et, atteignant, plus ou moins, toutes les créatures de notre espèce ; personne n'y échappe.... ce qui fait que nul ne les révoque en doute. Il n'en est pas de même de celles que j'énonce, parce que, s'éclipsant en entier, elles échappent à l'observation du monde extérieur.

Voici, à peu près, comment est amenée la *transsubstantiation* qui les engendre. Le début est signalé par des sensations purement organiques, dont la variété est insupportable ; puis, par concomitance, viennent s'y adjoindre celles de l'ordre moral : on appellera cette condition *hyponcondrie*, *mélancolie*, comme on voudra.... Jusqu'ici ces divers élémens de douleur ne sont qu'en présence l'un de l'autre ; ils se touchent, ils s'*anastomosent*, mais ils ne s'*agrègent* point, ils attendent une circonstance d'impressionnabilité vive qui se comportera envers eux comme un réactif chimique à l'égard de deux corps susceptibles d'échange, et il en surgira une *holopathie* (1) des plus extraordinaires, des plus incomprises !

C'est à la *résultante* de cette conflagration, entre les deux principes, que je donne le nom de *supplicium neuricum*, état que je considère comme l'avant-garde du *tædium vitæ* et comme l'une des principales tangentes du suicide.

II.

Je reprends et je dis : Dès l'apparition des premiers symptômes de ce bouleversement, on sent passer au-dedans de soi un souffle horripilateur suivi de cette sensation algide que produisait — je suppose — le *cobra capella* ou la vipère, s'entortillant autour du cœur : c'est l'instant où va s'opérer la combinaison physico-morale. Le reptile vient-il à lancer sa piqûre ? l'action est accomplie, et il en résultera un ébranlement général, une tempête dans laquelle nous serons entourbillonnés comme le sable d'Ammon... *æstuosus Jupiter !* Les scènes qui s'ouvriront alors dans l'arbre nerveux seront éclairées par une lueur fantastique qui vaporisera bien autrement les objets que ne le font les rampes dramatiques ! Nous serons dans un milieu nouveau, dans une

(1) Cette expression, nouvellement émise par M. le docteur Marchal (de Calvi), rend très bien ma pensée.

Chez ce dernier enfant, la pepsine avait agi avec la même rapidité que précédemment; et dans le fait, lorsque les cas sont simples, c'est-à-dire lorsque la diarrhée est purement lientérique, lorsque la durée de l'apepsie n'a pas déterminé de lésions intestinales graves, ni d'état catarrhal, dans ces cas, dis-je, la pepsine doit dissoudre immédiatement les alimens et amener de suite des digestions meilleures.

Mais ce n'est pas une raison pour que les sucs gastriques arrivent aussi rapidement à reprendre leur constitution physiologique. Quelle que soit l'impulsion favorable donnée en ce sens par l'arrêt de l'apepsie, il se peut que cela ne suffise pas pour rétablir la sécrétion normale du suc gastrique. Alors la suspension de l'emploi de la pepsine doit être suivie du retour des accidens; c'est ce qui est arrivé dans cette dernière observation; mais en faisant de nouveau usage du remède les accidens doivent disparaître avec facilité, comme cela est arrivé en effet.

Je termine par une observation analogue aux précédentes, mais ayant trait à un enfant plus âgé, chez lequel l'apepsie était accompagnée d'indigestion et de gastralgie.

Observation IV. — *Maladie datant de plusieurs mois; — apepsie, indigestion, gastralgie, lienterie; — alimens indigérés pris pour un tænia; — guérison en quelques jours par la pepsine neutre.*

(Recueillie à l'hôpital Sainte-Eugénie par M. Rabaud, interne de mon service.)

Clémence Noël, âgée de 11 ans, entre dans la salle Sainte-Mathilde le 12 novembre 1855.

Cette enfant, ordinairement bien portante, mange de la viande deux ou trois fois la semaine, et le reste du temps se nourrit de légumes. Ses parens font remonter à trois ou quatre mois la maladie actuelle, dont les symptômes principaux seraient de la diarrhée habituelle et de la céphalalgie. Cet état est devenu pire depuis trois semaines. Il s'y est joint des douleurs épigastriques lancinantes, des nausées et des coliques. L'enfant se tient le tronc courbé en avant pour soulager la douleur. Cependant l'appétit est conservé. La diarrhée est continue depuis huit jours (deux à trois selles par jour). Depuis cinq jours, des vomissemens se sont ajoutés aux symptômes précédens; ils surviennent le soir, dix minutes environ après le repas, et sont composés de matières alimentaires. Enfin, depuis quelque temps, l'enfant rend chaque jour, mêlés aux matières fécales, des petits fragmens blanchâtres que les parens ont pris pour des débris de tænia.

Cette jeune fille est pâle et d'une constitution assez faible. Cependant les muqueuses sont assez colorées, il n'y a pas de bruit de soufle carotidien, ni aucun autre signe de chlorose.

Pas de fièvre, appétit conservé; seulement l'enfant se plaint de douleurs épigastriques vives; de plus elle a la diarrhée. Les alimens ne sont pas digérés. Ainsi on trouve, dans les selles dont le fond est gris et presque liquide, des fragmens blancs et parfaitement reconnaissables de pommes de terre et des morceaux de viande.

Aucun traitement n'est fait du 12 au 17 novembre; et la diarrhée ne change pas de caractères. Le 17, on donne, au commencement de chaque repas, 1 gramme de pepsine neutre, sans rien changer à l'alimentation. A la visite du lendemain, nous constatons que, depuis cette prise, il y a eu seulement deux selles qui contiennent beaucoup moins de particules indigérées. On prescrit encore deux prises de pepsine et le lendemain on trouve qu'il y a eu trois évacuations composées de matières grises semi-liquides dans lesquelles on ne retrouve aucune trace de la viande ni des pommes de terres que la jeune fille a mangées.

Alors l'administration de la pepsine est suspendue. Le 21 novembre, il n'y a pas d'évacuations; le 22, on nous montre une selle noirâtre demi solide, bien liée. La douleur épigastrique, qui a graduellement diminuée, est presque nulle, les coliques ont disparu.

Les jours suivans, la guérison se confirme et aucune rechute n'eut lieu bien que l'alimentation n'ait pas été modifiée; plus tard, cette jeune fille quitta l'hôpital parfaitement rétablie.

Les quatre malades dont je viens de donner l'histoire, sont les seuls *apeptiques* que j'aie traités par la pepsine. Si je cite quatre succès sans enregistrer un revers, je dois cependant faire une remarque restrictive. Je ne donne pas ces faits comme des exemples de maladies graves, incurables, résistant aux moyens connus de la thérapeutique, et dans lesquels la pepsine a joué le rôle d'un remède sauveur autant qu'héroïque. Loin de là, je suis certain qu'avec du temps, de la patience, un régime sévère et varié suivant les effets observés, qu'avec quelques remèdes simples, je serais arrivé à un résultat satisfaisant. Nous l'avons dit déjà, M. Rilliet et moi, chez les enfans, les maladies du tube digestif que l'on peut rattacher au catarrhe chronique, sont presque toujours curables; et je répète ici l'assertion que nous avons émise il y a deux ans dans la seconde édition de notre ouvrage: Le catarrhe chronique des intestins, meurtrier à l'hôpital, n'a jamais résisté à nos soins dans la clientèle de la ville.

Mais la guérison s'obtient par du temps, des privations, un régime sévère, une hygiène bien entendue, toutes choses auxquelles les parens se soumettent quelquefois très difficilement. En tous cas, il y a loin de cette guérison obtenue avec peines et luttes à celles que je viens de rapporter, dans lesquelles le résultat favorable a été immédiat. Lorsqu'une maladie résultant d'une mauvaise alimentation et durant depuis plusieurs mois, avec amaigrissement et presque cachexie, est terminée par guérison en peu de jours, même sans changer l'alimentation vicieuse, et cela par quelques prises d'une poudre inoffensive, je ne puis m'empêcher d'estimer qu'un progrès réel a été accompli (1).

CLINIQUE CHIRURGICALE.

PLAIE PROFONDE DU POIGNET; — HÉMORRHAGIE LE CINQUIÈME JOUR; — LIGATURE DES DEUX BOUTS DE L'ARTÈRE DANS LA PLAIE; GUÉRISON;

Par le docteur Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, membre correspondant de la Société de chirurgie, etc.

La nommée Toussaye, âgée de 64 ans, entre à l'hôpital de Lisieux, le 11 juillet 1854. Cette femme a eu la main prise dans un engrenage qui lui a fait au poignet une plaie transversale, étendue du sommet de l'éminence thénar au bord cubital de la main. Cette plaie, d'autant plus large et plus profonde qu'on se rapproche du bord cubital du poignet, est horriblement contuse, remplie de caillots, et il est impossible de préciser jusqu'où s'étendent les lésions; toutefois les mouvemens de flexion de la main et des doigts sont conservés. Au moment de l'accident elle a perdu beaucoup de sang qui s'échappait en jet, et elle s'est évanouie à plusieurs reprises. On est enfin parvenu à arrêter l'hémorrhagie par le tamponnement, et maintenant la plaie ne donne plus de sang. D'après la profondeur et la direction de la plaie, soupçonnant la lésion de l'artère cubitale, je préviens la religieuse qu'une hémorrhagie peut se déclarer d'un moment à l'autre; et le cas échéant, je donne mes instructions pour que l'on tamponne la plaie pendant que l'on m'enverra chercher. Des cataplasmes froids sont appliqués sur le poignet.

Le 16 juillet, dans l'après-midi, c'est-à-dire cinq jours après l'accident, la malade allait très bien, la plaie se couvrait de bourgeons charnus, et la suppuration était de bonne nature; tout-à-coup une hémorrhagie abondante se déclare: on tamponne aussitôt, néanmoins la malade perd beaucoup de sang. Arrivé auprès d'elle une demi-heure après l'accident, je la trouve épuisée, pâle, anémiée, l'hémorrhagie était arrêtée. Je débarrasse la plaie des caillots qui la couvraient et je dirige mes recherches sur le trajet de l'artère cubitale. Un jet de sang me met bientôt sur la trace de l'artère, et au milieu d'une bouillie noirâtre, je trouve l'artère détruite dans les trois quarts de sa circonférence dans une longueur de 15 millimètres, et l'orifice supérieur, par lequel le sang s'échappait, béant. Je fis comprimer l'artère cubitale au-dessus de la plaie, je débridai quelques portions de tissus fibreux afin de bien isoler l'artère et je la liai; puis, je posai une ligature sur le bout inférieur et bien m'en prit, car en l'isolant je déplaçai un petit caillot qui oblitérait cette extrémité et l'hémorrhagie reparut avec autant de force que par le bout supérieur. Cataplasme froid sur la plaie, vin, bouillon.

Le 23, la ligature inférieure se détache.

Le 24, la ligature supérieure tombe; la plaie a bon aspect. Le 15 août, la cicatrisation est complète et la malade sort de l'hôpital.

Ce fait, rapproché de beaucoup d'autres semblables qui existent dans la science, prouve combien il est important d'aller dans la plaie même, à la recherche des deux bouts de l'artère divisée pour en faire la ligature. Si, en effet, craignant de trouver l'extrémité du vaisseau ramollie, j'avais pratiqué la ligature de l'artère cubitale immédiatement au-dessous de la plaie, je n'aurais fait qu'une détestable opération, puisque l'hémorrhagie aurait infailliblement reparu avec la même intensité par le bout inférieur. La malade, déjà très épuisée par les hémorrhagies antérieures, aurait peut-être succombé à cette nouvelle perte de sang, et dans tous les cas se serait trouvé dans des conditions bien peu favorables pour subir la ligature de la radiale, et peut-être même de l'humérale.

En liant au contraire les deux extrémités du vaisseau, la position de la malade ne s'est point trouvée aggravée. Les extrémités artérielles ne présentaient aucun ramollissement et bien que les fils aient été fortement serrés, l'artère n'a pas été coupée; on n'avait donc pas à craindre le retour de l'hémorrhagie.

On a fait à cette méthode plusieurs objections qui véritablement ne sont pas sérieuses; on a cité des faits dans lesquels l'extrémité du vaisseau était ramollie; mais ainsi que je l'ai démontré dans ma thèse (Paris 1850), ce ramollissement est l'exception; il est en général très-limité et immédiatement au-dessus on trouve *toujours* les parois du vaisseau saines, dépourvues de toute trace d'inflammation ou de ramollissement. Que si par une circonstance exceptionnelle le ramollissement de l'artère s'élevait à 1 ou 2 centimètres, comme j'en ai moi-même rapporté quelques exemples, ne vaudrait-il pas cent fois mieux agrandir la plaie de 2 ou 3 centimètres même s'il était nécessaire, que de lier un gros tronc artériel, opération grave et qui n'empêche pas toujours le retour de l'hémorrhagie secondaire.

On a dit que Blandin savait que, très peu au delà de son extrémité, l'artère était saine, et que s'il ne liait pas l'artère dans la plaie, c'est qu'il ne voulait pas détruire les réunions en voie de cicatrisation. Peut-on véritablement comparer les inconvéniens de la déchirure de quelques adhérences, dans une plaie en suppuration, avec le danger toujours sérieux de la ligature d'une artère importante.

Il est une objection et c'est la seule qui puisse être adressée à la méthode que nous défendons: c'est, dans certains cas, la difficulté de déterminer le vaisseau qui donne l'hémorrhagie, difficulté qui est telle que quelquefois on est obligé de

(1) Le lecteur pourra consulter avec fruit sur ce sujet l'Union Médicale des 27 décembre 1854 et 13 mars 1855, et *Dyspepsie et consomption*, par L. Corvisart. Labé, libraire, Paris, 1854.

---

sphère épouvantable!... Ah! Monsieur, si vous me taxiez d'exagération, je vous rappellerais que Johnson demandait grâce et miséricorde à l'approche de cette infernalité en assurant que, pour la prévenir, il sacrifierait l'un de ses membres...

Personne ne résiste à de pareilles décharges: qu'on soit Cromwell ou Socrate, on ne saurait y faire face; car l'âme, torturée dans tous ses replis, tombe dans l'abattement. Il faut que nous acceptions toutes ces conséquences comme nous subissons les effets de la pesanteur dans une chute: il faut céder!... parce que, encore une fois, ce débordement est d'une nature indomptable. Tant qu'il dure, le *consensus* est étreint; le libre arbitre enchaîné; la volonté *ne peut pas vouloir!*...

Il faut être de la famille d'Obermann, de Lefebvre, de Gérard de Nerval, pour connaître ce martyre occulte, ce martyre pour lequel ne sont faites ni les ovations, ni les palmes! Sa durée est indéterminée, mais, le plus souvent, elle est passagère; car si cet état se prolongeait, ou s'il se reproduisait dans de trop courts intervalles, — je l'ai dit dans une lettre publique, adressée à M. Foissac — nul ne pourrait y tenir... Il faudrait perdre pied à l'égal des deux dernières victimes que je viens de nommer.

La rafale étant passée, on retrouve l'équilibre; et c'est alors qu'on peut s'écrier avec saint Augustin: « Comment se peut-il faire, ô mon Dieu! que le moment qui transporte d'un de *ces* états à l'autre, fasse une si énorme différence, différence *entre moi* et *moi-même?*... » C'est que les deux natures ont repris leur pivot; elles ont retrouvé leurs joints et leur *enchevêtrement*...

Néanmoins, on subit, pendant plus ou moins de temps encore, une fluctuation nauséabonde et comme un remous de tristesse qui repoussent l'idée d'une complète délivrance, attendu que le bouleversement et l'effrayante multiplicité de ses épisodes, nous poursuivent comme le songe d'Athalie ou comme le spectre d'Hamlet:

Dont le tableau quitté le tourmente et le suit.....

On ne saurait croire combien il est difficile, dans cette période, de supporter ce que Marc-Aurèle appelait la *correspondance de soi à soi*. Il faut nécessairement des intermédiaires qui nous en détournent par une action sympathique. Alors, nous reconquérons la normalité la plus pure; alors nos facultés, de comprimées qu'elles étaient, s'épanouissent et retrouvent leur énergie tout aussi bien que leur palette... Mais que cet agent moral disparaisse, l'âme se condense de nouveau, reprend, malgré elle, cette *autopsie* spéculative qui nous remet en présence de l'abîme et de toutes ses fantasmagories!

Ah! si nos amis pouvaient s'imaginer l'importance — allant jusqu'à ajouter — la *sainteté* du rôle qu'ils pourraient accomplir envers nous, leur conscience et leur cœur les contraindraient à un dévouement qui s'ajusterait à nos impérieux besoins: ce n'est pas leur faute, ce n'est que celle de leur ignorance.... Consignons, comme acte de justice, que les femmes ont davantage l'instinct de ces sortes de maux; parce qu'elles sont naturellement enthousiastes comme les poètes et courageuses comme les héros, dit Lamartine; parce que leur nerf optique a le pouvoir de percer la membrane de leurs paupières, dit Paul Féval; parce que, où il y a un mur d'airain pour nous, il n'y a souvent pour elles qu'*une toile d'araignée*, dit Diderot...

Dans les lamentations qui ont été poussées à propos de la fin violente de l'auteur d'Aurélia — ce génie qui avait le don de l'esthétique — j'ai dû être frappé par ce passage: « Et il ne s'est pas trouvé autour de lui, si doux et si facile, un cœur assez intelligent, assez *dévoué* pour *deviner*, pour prévoir et pour empêcher l'exécution de ses tristes et funèbres pensées... » Ces paroles sont d'une femme dont le talent ornemente la *Gazette de France* et qui signe: *Sophie des Nos.*

III.

Monsieur, ce qu'il y a de plus inconcevable, pour un esprit familiarisé aux études de la médecine (lorsqu'il fait connaissance avec ce *remue-ménage*), c'est de sentir — et toujours — une parfaite intégrité de la raison et de ses attributs; c'est ce *dédoublement* par lequel l'homme intellectuel demeure spectateur de l'homme névrosé... En effet, le *moi* physiologique surnage à ce cataclysme comme une *bouée* au-dessus des ébullitions de la mer: il demeure intact, il ne sombre point, mais *il a peur!*...

D'où je serais tenté d'admettre, avec Mojon, qu'il y a deux âmes en nous: l'une de seconde majesté, privée de la propriété de raisonner; l'autre de première majesté, possédant cette propriété par droit de succession divine.

Je regrette, mon cher confrère, avec un grain de vanité, d'avoir perdu un apologue que j'écrivis, il y a plusieurs années, et qui s'encadrerait parfaitement dans cette lettre; il était intitulé: *Méditations d'une abeille-reine sur l'état morbide de sa ruche.* Ce morceau dépeignait la situation de l'être moral, en discordance avec ses rouages organiques, au moyen d'une langue que je ne puis retrouver.

Ce dont je vous entretiens, Monsieur, sont de ces choses qui élèvent l'esprit à des hauteurs incommensurables, et qui font comprendre, à celui qui les supporte, toute la fécondité du cerveau humain, toute l'étendue du réservoir de nos misères! Mais aussi, comme il sent les omissions et les lacunes sans nombre de la nosographie! En vérité, celle-ci n'en est qu'aux bas-fonds de la science: c'est un livre dont chaque feuillet se brise ou se brouille dès qu'on veut en examiner le *verso*. D'ailleurs, il faut s'y résigner, car, quels que soient dans l'avenir, les progrès de l'expérimentation, ces phénomènes de dualité demeureront éternellement problématiques, parce qu'ils sont, de leur essence, inabordables aux capacités les plus profondes et les plus déliées. S'imagine-t-on seulement qu'il arrive un jour où l'on pourra décrire et réduire en théorie les modifications fluidiques d'un œil qui rayonne de colère ou duquel s'échappent les tendres émanations de la foi?... Non! aucun microscope ne pourra les saisir; et pourtant je parle d'un organe qui fonctionne en notre présence, et dont le jeu a une manifestation saisissante.

Je ne saurais trop insister sur ce fait: c'est que, pour acquérir une parfaite appréciation de cet océan de douleurs, *il faut y avoir été immergé*, et même ne pas être affranchi de ses courans; car une fois en dehors du gouffre, les sensations ne laissent plus dans le souvenir qu'une trace confuse et vaguement dessinée. C'est, du reste, ce qui a lieu pour toutes les grandes secousses, soit qu'elles appartiennent à l'ordre pathologique ou à l'ordre social. Ceci légitime la belle pensée de Châteaubriand: *Nos afflictions ne sont pas moins vaines que nos félicités.*

(*La suite prochainement.*) Dr Dumont (de Monteux).

renoncer à cette méthode. Cependant dans un cas semblable, il vaudrait mieux, ainsi que je l'ai vu faire, avec succès, à M. le professeur Nélaton, pour une plaie profonde de la paume de la main, cautériser énergiquement avec le fer rouge, que de lier l'artère principale du membre.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANS A LA MAMELLE, précédé d'un Précis sur l'hygiène et l'éducation physique des jeunes enfans, par E. Bouchut, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Ste-Eugénie, etc. Troisième édition revue, corrigée et considérablement augmentée. Un volume in-8° de 856 pages. — Paris, 1855, J.-B. Baillière.

Un ouvrage arrivé à sa troisième édition, pourrait se passer d'analyse et d'appréciation. Mais les changemens considérables et les additions nombreuses que M. Bouchut a introduites dans cette nouvelle édition du *Traité des maladies des nouveau-nés*, en font comme un ouvrage tout nouveau et justifieront l'étendue de notre compte rendu.

Cet ouvrage est divisé en trois parties. La première est consacrée à l'hygiène de la première enfance, la seconde à la pathologie générale, et la troisième comprend toute la pathologie médico-chirurgicale appliquée à cet âge.

Première partie. — L'auteur a apporté le plus grand soin et donné de nombreux développemens à cette partie de son livre. L'hygiène de la première enfance exerce une grande et incontestable influence sur toute la vie du petit être qui vient d'arriver au monde, et l'auteur se plaint, avec juste raison, qu'on y accorde, en général, trop peu d'attention. Dès sa conception, l'enfant doit être l'objet de précautions minutieuses. Il faut soigner la grossesse, préparer l'allaitement.

De tous les points de l'hygiène du jeune enfant, ce dernier est le plus important; aussi l'auteur en a-t-il fait une étude toute particulière. Des trois modes d'allaitement généralement usités, à savoir l'allaitement maternel, la nourrice étrangère et le biberon, le premier est incontestablement, selon l'auteur, de beaucoup préférable; tellement, qu'une mère nourrice médiocre vaut le plus souvent mieux, pour l'enfant, qu'une nourrice étrangère excellente. Quant à l'allaitement artificiel, c'est une « pratique déplorable, qu'il faut bannir sans réserve. »

L'état de santé de la mère et celui de l'enfant peuvent néanmoins contre-indiquer l'allaitement maternel. Il serait dangereux de l'entreprendre pour une femme atteinte d'une maladie constitutionnelle qui menacerait son existence; mais la faiblesse de constitution ne doit pas suffire à une femme pour s'affranchir de ce devoir. Des femmes, très frêles en apparence, en supportent aisément la fatigue et sont d'excellentes nourrices. Il serait fâcheux pour l'enfant si la mère était atteinte de quelque affection héréditaire, comme la phthisie, la scrofule, la syphilis, la goutte, si les seins étaient mal conformés, si la sécrétion lactée était insuffisante ou de mauvaise qualité. Il faut aussi prendre en considération la santé de l'enfant, car s'il tient de son père une constitution robuste, il aura moins à souffrir de l'influence fâcheuse du mauvais état de la mère.

L'auteur recommande de ne point s'en tenir, quand on veut apprécier la qualité du lait, à l'examen de ses qualités physiques et chimiques, et de prendre surtout en considération ses *qualités vitales* dont on ne peut juger que par la constitution de la femme et par la manière dont l'enfant profite.

L'enfant doit être présenté au sein de la mère dès les premières heures après l'accouchement et c'est là, suivant M. Bouchut, un précepte d'une grande importance. Il ne faut pas qu'il ait d'autre nourriture jusqu'à 4 ou 5 mois et même 8 ou 10 quand celle-ci peut encore lui suffire. Ensuite on y ajoute peu à peu du lait et des potages maigres et le sevrage se fait entre 10 et 18 mois, c'est-à-dire à la sortie des dents canines.

Après un grand nombre d'autres excellens préceptes relatifs à l'hygiène des enfans, au choix des nourrices mercenaires, au régime qu'elles doivent suivre, l'auteur aborde un sujet important et difficile qu'il traite en détail, l'influence des maladies actuelles et antérieures de la nourrice sur la santé de l'enfant qu'elle allaite. L'auteur entre d'abord dans quelques considérations sur l'hérédité en général, et en particulier sur la transmissibilité de la syphilis, dont il indique les différens modes de transmission, que tous il admet comme possibles; point sur lequel il est en dissidence avec l'école de M. Ricord, et sur lequel nous ne pouvons discuter ici, puis il arrive aux maladies actuelles de la nourrice, dont l'influence se transmet par l'intermédiaire du lait. De ces maladies, les unes déterminent des changemens de composition appréciable dans le lait, les autres agissent sans lui faire subir aucune modification appréciable à nos moyens d'investigation.

Les altérations du lait qui peuvent rendre ce liquide nuisible à l'enfant qui s'en nourrit sont : 1° sa richesse trop grande en globules; 2° un retour à l'état de colostrum par une élaboration incomplète, etc.

Deuxième partie. — *Pathologie générale de l'enfance.* — Cette seconde partie de l'ouvrage, consacrée à la pathologie générale de l'enfance, est divisée en deux sections. Dans la première section, l'auteur trace les caractères généraux des maladies de la première enfance, et les résume comme il suit : « Action facile des causes productrices, réaction vive, souvent exagérée, qui tombe rapidement, faible plasticité de l'inflammation qui donne aux lésions anatomiques des caractères physiques particuliers; état fébrile souvent accompagné de rémissions; marche rapide des accidens; terminaison précipitée, soit que la guérison ait lieu, soit que la mort ou la chronicité surviennent; tout enfin nous permet de dire que les maladies des enfans à la mamelle présentent un cachet de faiblesse remarquable qui est en rapport avec la chétive constitution des sujets. »

Dans la deuxième section, l'auteur traite des *moyens d'expression des enfans*, c'est-à-dire des signes tirés de leur physionomie, de leur attitude, de leur geste et de l'examen extérieur du corps qui peuvent suppléer chez ces petits êtres souffrans, à la parole qui leur manque pour exprimer leurs sensations et leurs douleurs, source précieuse de diagnostic.

L'auteur s'est étendu longuement sur ce sujet qu'il paraît avoir étudié avec un soin tout particulier, et où il a ajouté beaucoup aux observations de ses devanciers. Nous tâcherons de le suivre dans les développemens qu'il lui donne.

La physionomie des enfans malades n'a pas été jusqu'ici étudiée avec assez d'attention, et M. Jadelot lui-même, dont les recherches sur ce sujet sont les plus complètes, ne croyait pouvoir y trouver aucun signe de quelque utilité avant la première dentition achevée. M. Bouchut a voulu combler cette lacune en cherchant à lire même sur le visage si mobile des enfans à la mamelle, et il y a rencontré des indications importantes. Ainsi, la rougeur subite, fugitive et intermittente du visage est pour lui un signe certain d'affection cérébrale aiguë; la cyanose des muqueuses et de la peau révèle toujours une affection du cœur; le degré de la cyanose dans la période asphyxique du croup donne la mesure du danger et détermine à tenter l'opération; la teinte plombée de la face est l'indice du muguet ou de l'entérocolite; la teinte jaune celle d'une affection du foie, etc.

Les sensations douloureuses de la maladie jettent un trouble rapide et profond dans la physionomie de l'enfant, d'une expression si douce et si calme pendant son repos. De plus, dit l'auteur, « il est possible, dans un grand nombre de circonstances, de découvrir sur le visage, dans la manifestation de la douleur, des traits qui indiquent son origine. Ainsi les enfans qui souffrent dans la tête par suite d'une affection aiguë des méninges ou du cerveau, joignent à leur cri une altération des traits fort évidente. Tantôt c'est une paupière qui ne peut se lever et laisse l'œil entr'ouvert; ou bien c'est le nez, dont une narine reste abaissée; d'autres fois, c'est la bouche, dont une commissure offre une déviation considérable; tantôt, enfin, c'est du strabisme, des convulsions de la face, etc. » La forme de la tête, la divergence du regard sont des caractères pathognomoniques de l'hydrocéphale. Dans la pneumonie « les narines se dilatent à chaque inspiration avec un effort considérable, les sourcils se rapprochent, et quelquefois, à une période avancée de la maladie, les lèvres s'écartent pour faciliter la respiration. » Dans l'entérocolite aiguë, on voit en une nuit la face maigrir, devenir blême, les lèvres se décolorer, le nez se pincer, les joues tomber, les yeux s'excaver, perdre leur éclat et s'entourer d'un sillon profondément creusé. S'il survient des coliques, c'est comme *un nuage de douleur* qui passe sur la face de l'enfant. « La face devient sombre, les traits se contractent, les sourcils se rapprochent, les yeux se ferment à demi, les narines s'élèvent, en formant une ride sur la joue; les lèvres, un instant agitées, s'écartent et des cris se font entendre. En même temps, le jeune enfant fléchit les cuisses sur le ventre, qu'il tend avec effort; il se tortille avec violence; puis le calme reparaît, et tout revient à l'état ordinaire. » Dans l'entérocolite chronique, la figure amaigrie, décharnée, les os saillans, les rides nombreuses dont se couvre toute la face donnent aux enfans l'aspect de petits vieillards prêts à s'éteindre, et constituent ce qui a été spirituellement appelé la *face voltairienne*.

L'auteur n'a pas trouvé exacts les signes considérés par la plupart de ceux qui ont traité des maladies des enfans comme indiquant la présence des vers intestinaux. La démangeaison du nez, à laquelle on a tant attaché d'importance, n'a aucune valeur, selon lui.

Quelques signes peuvent encore se tirer de l'expression des yeux. La dilatation complète, absolue, définitive des pupilles est un des meilleurs signes de la mort; le strabisme et l'abaissement des paupières ont une assez grande importance pour le diagnostic des maladies des méninges et du cerveau, mais il faut qu'ils surviennent dans le cours d'une fièvre prolongée et s'accompagnent de convulsions générales ou d'hémiplégie, car, établis d'emblée, ils n'ont aucune valeur.

Dans le second chapitre, l'auteur traite des signes que peuvent fournir au diagnostic le geste et l'attitude des enfans. Il est évident que cette étude ne sera possible qu'à la condition de débarrasser les enfans du maillot qui les enveloppe et les maintient dans l'immobilité. Une fois en liberté dans leur berceau, les enfans les plus jeunes se livrent à une pantomime que le médecin doit savoir comprendre. Ainsi, au début de la fièvre cérébrale, le jeune enfant « jette tout à coup les hauts cris, sa main s'élève en frappant l'air ou en tiraillant sur un endroit de ses vêtemens ou des linges qui le recouvrent comme pour enlever un objet qui l'épouvante. » S'il peut déjà parler, il appelle sa mère pour le délivrer de la bête qu'il aperçoit, quelquefois il se lève et fait des efforts pour fuir. Dans une période plus avancée de la maladie, les mouvemens sont automatiques, ce sont ceux de la carphologie, ou bien il survient des mouvemens convulsifs généraux ou de la paralysie. Dans les maladies de la bouche, le geste de l'enfant, qui y porte sans cesse la main, indique le siége du mal. Dans celle du larynx, on le voit aussi diriger ses mains vers l'organe malade, et, quand survient un obstacle au passage de l'air, l'étreinte convulsive dans laquelle le pauvre petit malade saisit la main qu'on lui présente pour se relever et les efforts qu'il fait en portant la face vers le ciel pour atteindre l'air qui semble lui échapper, sont des symptômes auxquels on ne saurait se méprendre. Il est inutile de parler des modifications qu'amènent, dans l'attitude des enfans, les déformations du rachitisme ou de la rétraction musculaire : tout cela est caractéristique.

L'état de la peau lui-même peut fournir un signe distinctif utile entre les maladies aiguës et les maladies chroniques. Dans les premières, quel que soit le degré de l'amaigrissement, la peau reste ferme et polie sur les chairs molles et pendantes qu'elle recouvre; dans les autres, elle perd son élasticité, conserve le pli que la pression des doigts lui imprime, et se couvre de rides.

Le cri des enfans malades, attentivement étudié par l'auteur, ne lui a pas fourni de résultats bien avantageux, ni d'indications véritablement utiles. La faiblesse, un caractère étouffé, annoncent l'épuisement ou le défaut de viabilité des pauvres petits êtres qui le font entendre à grand'peine; mais c'est là à peu près tout; et quant au cri hydrencéphalique dont il a été tant parlé, il n'a pour l'auteur qu'une valeur diagnostique fort contestable.

L'examen de la bouche et du ventre ne conduisent aussi qu'à des résultats très bornés. Cependant l'auteur remarque que l'énergie des mouvemens de succion, exercés par l'enfant sur le doigt qu'on lui abandonne, fournit assez exactement la mesure de son degré d'activité et de force.

Passant à l'examen de la poitrine et de la respiration, l'auteur signale les difficultés qu'entraîne l'extrême irrégularité de la respiration chez les nouveau-nés, et donne le bon conseil d'ausculter toujours les enfans avant d'explorer leur poitrine à l'aide de la percussion qui les trouble toujours beaucoup. Il fait enfin remarquer que, dans le premier âge, le bruit respiratoire n'a pas le caractère assigné à la *respiration puérile*, qu'il est faible et manque de moelleux, et que la sonorité de la poitrine varie notablement, selon que l'on percute pendant l'inspiration ou l'expiration. Enfin, il indique différentes modifications des mouvemens respiratoires qu'il a observés dans l'état pathologique. Ce sont : dans la pneumonie, la *respiration haletante*, que cette dénomination caractérise suffisamment, et la *respiration expiratrice*, consistant en une expiration brusque, avec resserrement latéral du thorax et développement du ventre, immédiatement suivie de l'inspiration, à laquelle succède un temps de repos; dans la pleurésie, la *respiration empêchée* se manifestant par une suspension brusque du mouvement inspiratoire avec contraction convulsive des muscles du thorax; dans la péritonite, la *respiration courte, incomplète et comme saccadée*, alternant avec de profondes inspirations; dans les affections aiguës du cerveau au début, la *respiration courte incomplète intermittente*, dont le caractère principal est une extrême irrégularité.

Les deux derniers chapitres de cette seconde partie, qui traitent du pouls et de la calorification, ne contiennent guère de faits susceptibles d'analyse. On sait que le rhythme et la fréquence sont les deux seuls caractères qu'on puisse apprécier dans le pouls des jeunes enfans, et que sa fréquence est fort inégale et fort variable. De nombreuses recherches ont été faites sur ce sujet, et elles s'accordent peu entre elles; mais nous ne suivrons pas l'auteur dans l'analyse critique qu'il en fait, d'autant qu'il n'apporte aucune observation qui lui soit propre. Nous signalerons seulement les deux caractères distinctifs de l'appareil fébrile chez les enfans : absence du frisson initial remplacé par d'autres phénomènes indiquant la concentration des forces, tels que la pâleur du visage, la décoloration des lèvres et la teinte bleuâtre des ongles; inégalité du mouvement fébrile qui n'est jamais parfaitement continu, mais toujours coupé de rémittences et de paroxysmes très prononcés, fréquens et irréguliers.

Ici se termine la seconde partie de ce livre, et elle en constitue la partie véritablement originale. Cette sémélotique des maladies des nouveau-nés offre, comme on a pu le voir, des faits d'observation neufs et intéressans. L'auteur, comme dans la première partie, l'a résumée dans une longue série d'aphorismes, dont la forme est en général heureuse, mais qu'il a peut-être trop multipliés. Il en est quelques-uns qui, par la vulgarité du sujet, ne méritaient réellement pas cette forme magistrale.

Troisième partie. — *Pathologie médico-chirurgicale.* — Nous nous sommes longuement étendu sur les deux premières parties de l'ouvrage de M. Bouchut, parce qu'on y trouve les idées les plus générales et le résumé des opinions de l'auteur. Nous ne pourrons le suivre de même dans la troisième partie, qui comprend toute la pathologie médico-chirurgicale de la première enfance. On ne saurait la résumer succinctement, l'analyse détaillée nous entraînerait trop loin. Nous devons toutefois avertir le lecteur qu'il trouvera dans cette partie de l'ouvrage, outre une description très soignée de chacune des maladies de la première enfance, un bon nombre de vues neuves et de considérations intéressantes appartenant à l'auteur, notamment sur l'étiologie des convulsions, sur les lésions anatomiques de la méningite granuleuse et sur le diagnostic de cette maladie à la première période, sur une sorte d'asphyxie lente qui, chez les enfans nouveau-nés, est quelquefois la conséquence du coryza; sur les difficultés du diagnostic de la bronchite capillaire; sur l'anatomie pathologique de la pneumonie; sur les deux variétés de tuberculisation pulmonaire que l'auteur a étudiées avec M. Ch. Robin; sur les maladies qu'on attribue à la dentition; sur les hémorrhagies intestinales où il a établi quatre espèces, dont la distinction est d'une grande importance; enfin, sur la fièvre intermittente qui, chez les nouveau-nés, revêt une forme toute spéciale.

L'ouvrage se termine par quelques considérations intéressantes sur l'influence des maladies sur la croissance et de la croissance sur les maladies, suivies d'une description très soignée de la syphilis héréditaire où l'auteur a réuni toutes les lésions anatomiques qui, dans ces derniers temps, ont été, avec raison selon lui, rapportées à cette maladie.

Cet ouvrage mérite son succès. Indépendamment de sa valeur comme œuvre de science et de pratique, on y remarque avec plaisir un certain mérite littéraire auquel ne nous ont pas trop habitués les médecins de la génération de M. Bouchut, trop exclusivement préoccupés de longues, fastidieuses et trop souvent stériles descriptions d'anatomie pathologique. Il y a, dans M. Bouchut, une tendance visible, et qui doit être encouragée, à secouer le joug de la méthode moderne, ou du moins à ne demander à cette méthode que ce qu'elle peut raisonnablement donner si l'on ne veut transformer la médecine en une branche de l'histoire naturelle. M. Bouchut, c'est évident, a des principes de philosophie médicale différens de ceux qu'il a pu puiser dans l'enseignement officiel, et ils transpirent dans plusieurs pages de ce livre. Nous l'en félicitons sincèrement; et quoique nous soyons en dissidence avec lui sur plusieurs points de doctrine, et notamment sur son chapitre de la syphilis, quoiqu'il ne se soit pas montré toujours parfaitement juste envers le journal que nous avons l'honneur de diriger, nous ne voulons pas moins rendre hommage au talent distingué et élevé dont il a fait preuve dans l'ouvrage dont nous venons d'essayer de donner une idée à nos lecteurs.

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 Janvier 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle se compose des envois suivans :

Cinq rapports sur une épidémie de suette et de choléra qui a régné dans plusieurs communes du département des Landes.

— Un rapport de M. Billot, médecin des épidémies, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans la commune de Ney (Jura).

— Un rapport de M. Danvin, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans les communes de Wael et Willemain.

(Commission des épidémies.)

— Un rapport de M. ANTELLET, sur une épidémie de choléra dans l'arrondissement de Civray. (Comm. du choléra.)

— Une demande de MM. SACHS frères, ayant pour objet l'introduction dans le service des hôpitaux d'un nouveau produit importé d'Allemagne, la *waldwolle*, qu'ils considèrent comme propre à la fabrication des objets de literie. (Comm. MM. Davenne, Blache, Bouvier.)

— Un rapport de M. le docteur DE PUISAYE, médecin-inspecteur adjoint des eaux minérales d'Enghien, pour l'année 1854 ; et un autre rapport de ce même médecin sur le choléra qui a régné à Enghien pendant la même année. (Comm. des eaux minérales et du choléra.)

La correspondance non officielle comprend un mémoire de M. le docteur LAFORGUE, de Toulouse, *sur le débridement de l'anneau interne dans les hernies inguinales*. (Comm. MM. Laugier, Larrey.)

M. GIBERT communique à l'Académie une lettre de M. le docteur d'Aquino de Fonseca, relative : 1° à un nouveau spécifique du choléra, c'est le jus de citron ; 2° à l'existence de l'éléphantiasis arabe au Brésil, contrairement aux assertions de M. Da Costa, tendant à établir que cette maladie y avait été remplacée par l'hydrocèle.

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Martin-Solon.

M. LARREY donne lecture d'une notice nécrologique sur le docteur Ernest Cloquet.

M. DEPAUL, au nom de la *commission des onze*, propose à l'Académie de déclarer vacantes deux places, l'une dans la section de pharmacie, l'autre dans celle de physique et de chimie. (Adopté.)

— M. ROBINET lit un rapport défavorable sur plusieurs remèdes secrets.

Les conclusions sont adoptées.

— M. SÉGALAS rend compte d'une communication de M. Cazenave, de Pau, relative à la lithotritie et à la taille bilatérale.

Après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Velpeau, Ségalas et Moreau, l'Académie décide que ce travail sera renvoyé au comité de publication.

— M. DELPECH lit un travail intitulé : *Note sur les accidens que développe chez les ouvriers en caoutchouc l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur*. Il le résume dans les conclusions suivantes :

1° Les ouvriers en caoutchouc sont soumis à de graves accidens qui consistent :

a. Dans des troubles divers de la digestion, anorexie, nausées, vomissemens, diarrhée, constipation ;

b. Dans une modification profonde de l'intelligence, hébétude, perte de la mémoire, mobilité extrême, violences inexpliquées.

c. Dans une altération des plus sérieuses des fonctions du système nerveux, céphalalgie, vertiges, troubles de la vue, de l'ouïe, impuissance, paralysies variées, surtout du mouvement.

2° L'observation des fonctions dévolues à ceux des ouvriers qui deviennent malades et les expériences faites sur les animaux qui subissent, comme l'homme, cette influence, suivie chez eux des mêmes accidens, permettent de les attribuer à l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur.

3° Il y a lieu de rechercher les moyens les plus propres à en préserver les ouvriers et de provoquer sur ce point la publication de règlemens d'hygiène publique.

PRESSE MÉDICALE.

SUR L'ALIMENTATION DES ENFANS SEVRÉS, OU QUE L'ON VEUT SEVRER; par le docteur GUMPRECHT, à Hombourg. — Les amylacés ne se dissolvent pas complétement dans l'eau bouillante ; il faudrait la marmite de Papin, ou la torréfaction, jusqu'à ce que l'amidon commence à jaunir. Dans ce dernier cas, il perd 16 à 24 p. 100 en poids, se transforme en gomme et en dextrine, et devient tout à fait soluble. Il est alors d'une digestion beaucoup plus facile, une partie des modifications qu'il doit subir dans l'estomac ayant déjà été opérées antérieurement.

L'idée d'astreindre les petits enfans à une alimentation exclusivement féculente est fausse et des plus pernicieuses; il leur faut des substances albuminoïdes, grasses, etc. Le régime animal doit donc être ajouté au précédent. Outre les bouillons de bœuf ordinaires, il existe encore deux préparations des plus efficaces, la viande crue et le bouillon de Liébig. Pour la première, on prend du meilleur filet de bœuf, bien dégraissé et râclé en bouillie fine. La dose en est de deux cuillerées à bouche, à peu près, par jour, pour un petit enfant sevré; donnée avec ou sans sucre, ou bien ajoutée à la soupe préparée avec des féculens. C'est le meilleur moyen pour guérir les diarrhées si rebelles des enfans en sevrage, et l'atrophie des enfans; mais alors il faut la combiner avec les remèdes appropriés. Les soupes doivent être préparées avec soin, la fécule torréfiée doit être délayée dans un peu d'eau froide, alors on ajoute le reste bouillant, et on laisse cuire en remuant continuellement.

Le bouillon de Liebig s'obtient en hachant très fin du bœuf maigre et dégarni de graisse ; une livre de viande est mélangée avec la même quantité d'eau et un peu de sel ; on fait bouillir légèrement pendant une demi-heure, et on passe à travers un linge. La graisse, l'albumine coagulée et la fibrine restent sur le filtre, et le bouillon contient les principes aromatiques et nutritifs de la viande, la créatine, la créatinine, l'acide lactique, inosique et les sels. La viande de cheval se prête aussi bien que celle de bœuf à la préparation de ce bouillon. On le donne seul, ou bien on y ajoute des féculens torréfiés. — (*Journal f. Kinderkrankh*, 1855, N^mes 5-6.)

SUCCÉDANÉ DE LA QUININE. — Puisse cette préparation du docteur P. Gamberini, avoir un meilleur succès que presque toutes les innombrables précédentes. C'est une *limonade oxalico-martiale*, composée de : sulfate de fer 0, 60 ; acide oxalique 0, 30 ; eau distillée 1,500, 00 ; sucre 45, 00. A bien secouer et prendre pendant plusieurs jours dans l'apyrexie (le mode d'administration n'est pas indiqué d'une manière plus explicite). Les docteurs Leonesi et Balazzi la préfèrent, même de beaucoup, au sulfate de quinine (!) (*Bollet. de scienze med. di Bologna*, février 1855, dans *Allgem. med. central-zeit.*, 1855, n° 63.)

DE LA DÉGÉNÉRESCENCE DITE GRAISSEUSE DU PLACENTA ; par le docteur James COWAN. — Par une série d'examens chimiques et microscopiques, ce médecin est arrivé à déclarer que la dégénérescence dite adipeuse du placenta ne présente aucun caractère d'une dégénérescence graisseuse. L'analyse chimique n'a jamais démontré la présence d'une véritable graisse; le placenta ne renferme, d'ailleurs, pas de cellules graisseuses ni dans l'état normal, ni dans l'état pathologique. Voici les résultats de l'examen de cette maladie :

1° Les villosités conservent leur forme naturelle, même dans les degrés les plus avancés de la maladie ; elles sont simplement comprimées, moins développées qu'à l'état normal, ce qui s'explique par des causes mécaniques ;

2° Dans ces cas, le placenta apparaît dur et condensé ; il serait au contraire mou, s'il était le siége d'une dégénérescence graisseuse ;

3° Les globules de graisse qu'on rencontre, ne sont qu'à la surface des villosités, ou bien ne pénètrent que très peu dans leur tissu.

Le placenta a un aspect atrophique et anémique. Ces altérations ne s'expliquent que par l'admission d'une masse dense, étrangère, déposée et répandue dans l'intimité de l'organe. Cette lésion est un exemple de décomposition de la fibrine du sang, qui peut se faire dans les conditions les plus diverses, et à son point de départ constant dans une extravasation sanguine, déterminée par une déchirure des vaisseaux utéro-placentaires. Celle-ci peut elle-même être constitutionnelle ou accidentelle. (*Edinb. méd. and surg. journ.* n° 199, dans *Allgem. med. central-zeit.*, 1855, n° 63.)

DEUX CAS DE SCLÉRÈME DE LA PEAU ; par le docteur FIEDLER, à Dresde. — Ils ont été observés sur une fille de 20 ans et un garçon de 13 ans et demi. Ils ne se distinguent pas grandement de tous les autres cas connus, si ce n'est que chez la fille les extrémités inférieures étaient également prises, ce qui est contraire au résumé déduit par M. Gillette, des cas connus. (*Archiv. gén.* Décembre 1854.) La maladie était très-lente à se former et a résisté à tous les moyens de traitement. Le docteur Friedler regarde l'amaigrissement comme primitif; les malades maigrissent, le tissu cellulaire sous-cutané disparaît et la peau est étendue directement sur les muscles et les os; sa nutrition se fait mal, elle devient dure et luisante et aux endroits où elle touche les os, la pression et la tension y déterminent des ulcères. Aussi cette maladie devrait porter le nom d'*atrophie du tissu cellulaire et de la peau*. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 34.)

NÉCROLOGIE.

MORT DE M. MARTIN-SOLON.

Voici le discours prononcé par M. Henri ROGER, secrétaire général de la Société des médecins des hôpitaux, sur la tombe de M. Martin-Solon, au nom de cette Société :

La *Société médicale des hôpitaux de Paris*, que j'ai l'honneur de représenter dans cette triste solennité, doit un mot d'adieu suprême au savant distingué, à l'éminent praticien, à l'excellent confrère dont elle va être séparée à jamais. Hélas ! une maladie cruelle avait commencé, depuis longtemps déjà, cette séparation : lorsque, il y a sept années, la Société se fonda, Martin-Solon n'était plus en état de prendre part à ses travaux, et pourtant il voulut être inscrit un des premiers sur la liste de ses membres ; notre association, qui a pour but le progrès de la science et la perpétuité des plus nobles principes de dignité et de confraternité professionnelles, s'enrichit, à son berceau, d'un nom honoré et chéri entre tous.

Combien avaient été brillans les débuts de Martin-Solon dans la carrière médicale ! Ancien élève de Dupuytren, lauréat de l'École pratique, chef de clinique de l'Hôtel-Dieu, il avait conquis successivement par le concours les titres de professeur-agrégé à la Faculté de médecin et de médecin du bureau central. Appelé par la confiance de l'administration aux fonctions importantes de médecin de l'hôpital Beaujon, il s'éleva bien vite dans l'estime générale ; par ses talens, par son caractère, il grandit également dans l'opinion et dans l'amitié de ses confrères ; il acquit la réputation d'un praticien habile, d'un thérapeutiste judicieux et en même temps fécond ; et ce mérite était grand à une époque où les doctrines de Broussais avaient beaucoup trop simplifié la pratique médicale, et où la plupart des médecins, oublieux des ressources que l'expérience des siècles a mises à leur disposition pour le soulagement des maux de l'humanité, semblaient ne pas se souvenir que la médecine est, avant tout, l'*art de guérir*.

De nombreux et estimables travaux de pathologie, d'anatomie morbide et de thérapeutique, publiés dans les journaux de médecine et dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* ; une réputation médicale solidement établie ; un renom, plus excellent encore, de digne et honorable confrère, avaient ouvert à Martin-Solon les portes de l'Académie de médecine ; et, dans cette docte compagnie, il conserva ses habitudes de travail incessant et d'ardeur soutenue pour la science ; il s'y distingua par une collaboration active, par des communications et des rapports ; de cette époque date son œuvre principale, le *Traité de l'albuminurie*.

Médecin de l'Hôtel-Dieu, le premier établissement hospitalier de l'Europe ; membre de l'Académie de médecine ; apprécié par ses confrères qui aimaient l'homme, et, dans des cas difficiles, réclamaient le concours du médecin ; trouvant dans les honneurs scientifiques qu'il avait vaillamment gagnés et dans l'accroissement d'une clientèle plus lentement venue, la juste récompense de toute une vie d'efforts et de dévouement à la science et à l'humanité souffrante ; entouré des joies pures du foyer domestique, si bien comprises par son cœur aimant, Martin-Solon commençait, et bien tardivement, à goûter le bonheur.

Ce bonheur fut de courte durée : une impitoyable maladie vint renverser cet édifice fragile et péniblement construit de l'humaine félicité. « Vivans nous sommes détruits », a dit un orateur sacré. La maladie, dont les rigueurs envers notre malheureux confrère ne firent que croître pendant de longues années, détruisit peu à peu les ressorts de cette vie active et si bien employée ; elle lui enleva successivement ses places si méritées et si consciencieusement remplies ; elle éclaircit vite le nombre des cliens, prompts à l'ingratitude, de ces cliens au soulagement desquels il s'était voué jadis corps et âme ; avec la maladie, vint la pauvreté et ses poignantes souffrances. Pauvreté imméritée et supportée admirablement ! Pauvreté noble, et dont Martin-Solon pouvait être fier, car elle attestait une vie entière d'honorabilité et d'abnégation professionnelles.

Mais écartons ces pensers douloureux ! Voyons, au milieu de ces souffrances du courageux malade, les consolations qui ont tempéré l'amertume de ses misères ! Auprès de lui, un cercle d'amis, à la vérité de plus en plus étroit, mais par cela même l'embrassant davantage de sa douce étreinte ; à son chevet, deux femmes, touchans modèles de la conjugale et filiale tendresse, deux anges, compagnes inséparables et immuables, presque également douces à la mauvaise et à la bonne fortune.

« Si l'âme n'apercevait rien dans l'avenir ; si elle bornait à la courte durée de nos jours l'étendue de ses pensées, elle ne voudrait jamais se fatiguer de tant de soins, » disait Cicéron. Et le corps, aurait-il la force, sans un soutien moral, de supporter les incessantes souffrances d'un mal incurable ? Si notre infortuné confrère a montré tant de résignation dans ses longues douleurs, c'est qu'il comptait, comme sur une compensation suprême, sur l'immortalité terrestre que lui promettent et la science médicale qu'il a honorée et le cœur de ses amis fidèles ; c'est qu'il entrevoyait l'immortalité céleste qui, selon l'expression d'un grand écrivain, est une des espérances de la vertu.

Une Histoire et Description de la Vallée de Montmorency vient de paraître chez le libraire Dumoulin. M. LEVEUVE en est l'auteur.

Études historiques et comparatives sur les embaumemens, par P. COUIL. Brochure. — Prix : 75 cent.
Chez L. Leclerc, libraire, place de l'École-de-Médecine, 14.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

EN VENTE:

Aux Bureaux de L'UNION MÉDICALE, et chez tous les Libraires de l'École de médecine,

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

POUR LA VILLE DE PARIS.

Fondé par DOMANGE-HUBERT et continué par l'Administration de L'UNION MÉDICALE.

VINGT-SEPTIÈME ANNÉE — 1856.

Cet ouvrage renferme le recueil des lois spéciales relatives à l'enseignement et à l'exercice de la médecine et de la pharmacie ; les renseignemens les plus complets et les plus exacts sur les Facultés de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie (personnel, enseignement, etc.), sur les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sur le haut enseignement public qui se fait au Muséum d'histoire naturelle, au Collége de France, à la Faculté des sciences et à la Faculté des lettres, sur tout ce qui rentre dans le domaine de l'Assistance publique (hôpitaux et hospices, secours à domicile) ; le tableau complet de toutes les Sociétés savantes de Paris se rattachant à la médecine et à la pharmacie ; les indications nécessaires aux médecins et aux pharmaciens dans leurs relations avec les diverses Administrations publiques ; le Service de santé des Autorités et Administrations ; l'énumération de tous les Journaux de médecine et de pharmacie qui se publient à Paris ; enfin, la Liste (avec les adresses, les titres officiels et les heures de consultations) de tous les Médecins et Pharmaciens du département de la Seine, et celle des Sages-femmes de Paris ; cette Liste est reproduite par rues pour les Médecins et les Pharmaciens de Paris.

UN JOLI VOLUME IN-18, IMPRIMÉ EN CARACTÈRES NEUFS, FONDUS EXPRÈS. — PRIX : 3 FRANCS 50 CENTIMES.

Tome X. — N° 9. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 19 Janvier 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. ÉPIDÉMIOLOGIE : Rapport sur l'épidémie cholérique de 1853-1854, dans les établissemens dépendant de l'administration générale de l'assistance publique de la ville de Paris. — II. PATHOLOGIE : Sur l'hydrocéphale. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médico-pratique* : Sur un nouveau procédé de cathétérisme, applicable à la cure radicale et instantanée du rétrécissement de l'urètre. — Considérations nouvelles sur la maladie scrofuleuse. — Discussion à l'occasion d'un cas d'opération de lithotritie. — IV. STATISTIQUE MÉDICALE : La vaccine et ses accusateurs. — V. COURRIER.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

RAPPORT SUR L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1853-1854, DANS LES ÉTABLISSEMENS DÉPENDANT DE L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE LA VILLE DE PARIS ;

Par M. F. BLONDEL, inspecteur de l'Administration générale de l'Assistance publique, etc. — Un vol. in-4°, Paris, 1855.

(Suite. — Voir le numéro du 12 Janvier 1856.)

Pendant le choléra de 1853-1854, l'administration charitable de Paris a fait traiter :

6,951 cholériques.
Sur lesquels au 31 décembre 1854 : 3,240 étaient sortis guéris. 3,667 étaient morts. 44 restaient en traitement.
Total égal aux déclarations. 6,951

Les *hôpitaux* et les *hospices* entrent dans ce tableau dans des proportions fort inégales. Ainsi, tandis que le chiffre des malades des hôpitaux s'élève à 6,746, celui des malades des hospices ne s'élève qu'à 205.

La mortalité a différé aussi étrangement, selon les hôpitaux et les hospices ; tandis qu'elle a été de 52 p. 100 dans les hôpitaux, elle s'est élevée à 74 p. 100 dans les hospices.

Les malades traités dans les hôpitaux et hospices se distinguent :

En cholériques du dehors	Hôpitaux	4,750	
	Hospices	6	
En cholériques de l'intérieur	Hôpitaux		2,006
	Hospices		199
Totaux par catégorie		4,756	2,205
Total général		6,951.	

Malgré l'accroissement de la population, on voit que le nombre des malades diminue sensiblement à chaque invasion ; il n'est plus, en 1854, que la moitié environ de ce qu'il a été en 1849 et en 1832 ; pour les hospices, la réduction est encore plus sensible.

« Malheureusement, fait remarquer M. Blondel, la mortalité ne décroît pas dans la même proportion. Celle des hôpitaux va, au contraire, en augmentant de 46 à 51, et jusqu'à 52 p. 100 ; celle des hospices progresse aussi : elle s'élève de 61 à 72, et à 71 p. 100. Cependant la mortalité des deux services est moindre en 1854 qu'en 1849 (53 au lieu de 55) ; c'est que cette moyenne s'établit sur le chiffre total des cholériques comparé au total des décès ; et qu'en 1854, les hospices qui fournissent la plus forte mortalité entrent dans ces deux nombres pour une part bien plus faible qu'en 1849, année où l'hospice de la Vieillesse (femmes) à lui seul compte plus de 1,400 morts. » (Page 48).

Cela revient à dire, quelque pénible que soit cet aveu, que l'art s'est montré encore moins efficace dans la dernière épidémie que dans les épidémies antérieures.

M. Blondel a porté une attention spéciale à la question des cas intérieurs, et lui a consacré un paragraphe étendu. Ce fait des cas intérieurs a causé une assez grande émotion et a servi d'argument aux contagionistes. Voyons quelle est sa signification par l'étude statistique bien interprétée.

Et d'abord, il faut dire qu'un essai imparfait, il est vrai, mais le plus sérieux qui ait été tenté, a été fait dans les hôpitaux pour l'isolement des cholériques. Un certain nombre de salles, dans quelques hôpitaux, ont été exclusivement consacrées aux cholériques ; dans d'autres salles, on a placé les cholériques à l'une des extrémités de ces salles, et de façon à laisser un intervalle entre eux et les autres malades. Il suit de là que, dans cette épidémie, on a employé simultanément les deux systèmes : celui de l'isolement et celui de la dissémination des cholériques.

Un premier fait qui résulte du rapport c'est que la proportion des cas intérieurs a été de beaucoup plus considérable dans l'épidémie de 1854 que dans celle de 1849. Elle a été de 42 p. 100 dans la dernière épidémie ; en 1849 elle ne fut que de 33 p. 100, mais cette proportion est loin de rester la même pendant toute la durée de l'invasion ; ainsi qu'aux autres épidémies, elle change sensiblement suivant les périodes, suivant les établissemens, suivant les salles. Par mois, elle varie de 174 à 30 p. 100. La proportion est très considérable à la fin de la première période ; elle l'est aussi au début et à la fin de la seconde, mais elle diminue à mesure que l'épidémie, prenant de l'intensité, les cas du dehors vont en augmentant. Les mêmes observations ont été faites en 1849, et M. Blondel disait déjà dans le rapport de 1850 : « La proportion des cas internes « est d'autant plus faible qu'on s'approche davantage de la « plus grande intensité de l'épidémie ; elle est en raison « inverse du nombre des cholériques amenés du dehors. « Comment donc admettre que les uns soient la conséquence « des autres ? »

La proportion des atteintes de l'intérieur a présenté des variations énormes selon les établissemens. Ainsi elle a varié entre 217 p. 100 (Maison de santé), et 6 p. 100 (Necker). D'où peut venir cette disproportion ? M. Blondel ne trouve à l'expliquer ni par les dispositions des lieux, ni par les effets de l'épidémie dans les quartiers situés dans le voisinage des hôpitaux. M. Blondel est porté à croire que des différences assez sensibles, sous ce rapport, peuvent s'expliquer par des différences dans le classement des malades dans les divers établissemens, par quelques difficultés de diagnostic au moment de l'entrée des malades, etc., toutes circonstances qui, sans changer notablement le résultat général, influent sur les proportions relatives des cas intérieurs dans les divers établissemens hospitaliers.

Pour la mortalité spéciale aux cas internes, M. Blondel a reconnu que toujours la mortalité est plus grande sur ces malades que sur les cas du dehors. Elle est en moyenne, dans les hôpitaux, de 64 p. 100, tandis que l'autre ne dépasse pas le chiffre de 47. Différence sensible.

M. Blondel cherche ensuite à établir le rapport des cas d'intérieur aux cas du dehors, non plus seulement établissement par établissement, mais salle par salle dans le même établissement. Un grand nombre de faits curieux ressortent de cette analyse ; M. Blondel en résume ainsi les résultats généraux :

« En résumé :

» A la Maison de santé, à St-Louis, à Lariboisière, à Beaujon, à la Charité, à l'Hôtel-Dieu, nous constatons à peu près les mêmes résultats ; et cet examen du classement des cholériques par salle nous amène, par l'étude des détails, aux mêmes conclusions que la comparaison des faits généraux entre établissemens et d'époque à époque. Qu'on traite la question dans son ensemble ou en suivant individu par individu, on voit en général les invasions et les admissions subir une commune influence, mais dans une proportion qui varie suivant les époques de l'épidémie, — se produire indépendamment les unes des autres ; — souvent séparément ; — et, quand elles se présentent dans un même lieu, s'échelonner de manière à ne laisser soupçonner aucune action des cas du dehors sur ceux de l'intérieur ; — on voit enfin les cas internes croître et décroître bien plus sous l'influence épidémique générale, qu'en raison de la centralisation ou de la diffusion des malades dans les salles d'hôpitaux. C'est déjà ce que je signalais il y a cinq années. » (Page 72.)

Ne pouvant découvrir de rapport entre les cholériques de l'intérieur et ceux amenés dans les établissemens, M. Blondel a voulu savoir si les premiers n'auraient pas augmenté en nombre pendant l'épidémie de 1854, parce que les hôpitaux auraient eu habituellement un chiffre de population plus élevé qu'en 1849 ou en 1832. De cette recherche M. Blondel expose que le nombre des cholériques dans les hôpitaux ayant été constamment moindre que dans les précédentes épidémies, mais que le nombre des malades atteints d'autres maladies ayant été constamment supérieur, c'est à cette dernière cause seule, à l'encombrement des malades de toute nature dans les hôpitaux, qu'il faut attribuer la proportion plus considérable des cas de choléra intérieur. « Je dirai donc, en terminant, ajoute M. Blondel, que l'accroissement des atteintes de l'intérieur, constaté en 1854 pour nos hôpitaux, peut trouver son explication : dans le soin particulier apporté, cette année, à l'enregistrement de tous les cas internes ; dans la réserve qui, en présence d'un doute, a fait ajourner, pour certains malades entrans, le diagnostic du choléra jusqu'après un ou plusieurs jours de résidence à l'hôpital ; dans le grand nombre des malades de tous genres qui ont occupé les salles pendant l'épidémie ; dans la multiplicité et la gravité des affections dont la plupart étaient atteints. Toutes circonstances indépendantes, par le fait, de l'action même du choléra. » (Page 75.)

Telles sont les causes de ce fait qui a ému l'administration, les médecins et sur lequel plusieurs théories s'étaient déjà élevées.

Dans le paragraphe suivant, le rapport s'occupe du *domicile* de l'ensemble des cholériques traités dans les hôpitaux. Un premier classement les groupe ainsi qu'il suit :

De Paris	5,361
De la banlieue	1,435
Des départemens	143
Sans domicile connu	12

Un second classement les groupe par arrondissement. En comparant ces chiffres à ceux de la mortalité, on voit que ce sont les cholériques des départemens qui ont fourni la mortalité la plus élevée (72 p. 100), qu'elle a été égale pour les cholériques de la banlieue et de Paris (52 p. 100) ; que les cholériques du 1er arrondissement ont supporté la plus grande mortalité (60 p. 100), ceux du 8me et du 12me la moins grave (46 et 48 p. 100).

On ne peut tirer rien de concluant des tableaux consacrés à la recherche de l'influence des jours de la semaine sur les déclarations des cas de choléra. Il y a, dans les trois épidémies, de grandes variations à cet égard.

Le rapport signale de grandes différences dans la proportion des décès par hôpital et même par service dans le même hôpital, genre de recherches que l'on trouve pour la première fois dans le rapport de 1854, mais desquelles, ainsi que M. Blondel le fait observer avec raison, il est impossible de tirer aucune conséquence de supériorité d'un service sur un autre. Les questions relatives à la mortalité sont extrêmement complexes, les élémens très nombreux, et il faudrait pouvoir agir sur de très grands nombres pour se mettre à l'abri de toute cause d'erreur.

Quoi qu'il en soit, voici, d'après le rapport, les résultats des recherches entreprises à ce point de vue :

La moyenne des cas du dehors est 45 décès par 100 malades.
16 services n'ont pas atteint cette proportion.
3 services présentent précisément le chiffre 45.
28 services l'ont dépassé.
Les différences ont eu, comme points limites : au-dessous, 31 ; au-dessus, 69.

Nous terminerons, dans un prochain article, l'examen de cet important rapport.

(*La suite prochainement.*) Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

SUR L'HYDROCÉPHALE ;

Par le docteur LUZINSKY, médecin de l'hôpital de Mariahilf, à Vienne.

Dans les traités des maladies des enfans, il n'y a pas de chapitre plus confus que celui sur l'hydrocéphale. Tantôt elle est une affection idiopathique, tantôt elle apparaît comme un spectre dans la congestion, l'hypérémie cérébrales, dans la méningite ; d'autres fois, au contraire, c'est dans l'anémie et la tuberculisation. On lui attribue des symptômes qui appartiennent à ces dernières maladies, et on la parque dans des classifications qui ne lui vont pas.

L'hydrocéphale doit être renfermée dans des bornes beaucoup plus étroites. D'après son nom, elle exige la présence d'un liquide aqueux dans la cavité crânienne, que ce soit dans le sac arachnoïdien, ou au dehors sous forme d'œdème cérébral et de la pie-mère, elle est presque toujours accompagnée d'hydropisie ventriculaire.

La division habituelle en stades n'est pas fondée. Admettre l'inflammation du cerveau ou de ses enveloppes et l'hypérémie active, comme prodromes de l'hydrocéphale, est une erreur, ainsi que Cahen l'a déjà démontré. L'autopsie nous montre tous les jours des hypérémies sans exsudation séreuse, et celle-ci sans hypérémie ; le liquide doit donc provenir d'une autre cause. Tout comme ces maladies inflammatoires sont ordinai-

rement précédées d'un certain degré d'excitation vasculaire, l'hydrocéphale offre des phénomènes semblables, mais c'est une excitation nerveuse, déterminée par un éréthisme cérébral. Les symptômes caractéristiques de l'hydrocéphale sont ceux de la compression cérébrale; mais ils peuvent être simulés par d'autres maladies, ce qui, dans quelques cas, rend le diagnostic très difficile. Pour ne pas être inconséquens, nos pères ont donné à ces états le nom d'hydrocéphale sèche.

Quand les phénomènes précurseurs existent, ce qui n'est pas constant, on voit le caractère changer, le sommeil devenir agité, la physionomie s'exciter et prendre souvent l'aspect d'un maniaque, les sens devenir extrêmement impressionnables, les muscles de la face et des extrémités être pris de secousses qui dégénèrent souvent en convulsions. Les enfans plus âgés se plaignent de céphalalgie, ceux qui sont plus petits portent la main à la tête, à la face, avec diverses manifestations. La tête, toujours plus chaude chez les enfans que chez les adultes, n'est pas chaude, elle est souvent au-dessous de la température normale; soif modérée; pas d'appétit. Un symptôme très important, qui se manifeste de bonne heure, est le vomissement d'un liquide verdâtre, muqueux, avec beaucoup de nausées et de vomituritions; la constipation est moins constante. La circulation accélérée qui accompagne souvent cet état, n'est pas une véritable fièvre, mais un orgasme déterminé par l'excitation nerveuse et qui augmente ou diminue avec celle-ci. Puis surviennent les symptômes de compression cérébrale par l'exsudation; ils sont trop connus pour que nous les relations ici.

En soumettant à une analyse sévère les conditions qui déterminent l'hydrocéphale, on les réduit aux deux suivantes:

1° Une excitation cérébrale morbide, non consécutive à une hypérémie active, mais à un éréthisme, à une excitation nerveuse exagérée. Ce qui le prouve, ce sont les faits suivans:

a. L'existence si fréquente, presque exclusive de l'hydrocéphale, dans l'enfance, où le système nerveux est plus irritable.

b. Les enfans prédisposés à l'hydrocéphale sont surtout les enfans irritables, à constitution nerveuse, à disposition rachitique, ayant de l'hypertrophie du cerveau, soumis aux convulsions, intellectuellement très développés. Dans tous ces cas, l'hypérémie cérébrale est un état rare. (Stokes, Brachet.)

c. Les causes de l'hydrocéphale sont de nature à entraîner non l'hypérémie, mais l'excitation nerveuse cérébrale; telles les travaux intellectuels, les émotions, l'insolation, la dentition difficile, les commotions cérébrales, des excitations organiques.

d. Les autopsies révèlent le plus souvent, non seulement pas d'excès de sang dans le cerveau, mais même de la pauvreté et du manque de ce liquide. Les hypérémies qu'on y rencontre sont ou secondaires, ou des complications accidentelles, ordinairement des stases passives provenant d'autres altérations trouvées dans le cadavre. Une certaine injection cérébrale est un état normal chez les enfans, et plus des deux tiers de toutes leurs maladies sont accompagnées d'un afflux exagéré de sang dans le cerveau, sans qu'il s'en suive une exsudation séreuse.

2° La seconde condition dans les causes de l'hydrocéphale est une altération du sang, une dyscrasie séreuse; car:

a. Il est connu que le sang des enfans est normalement plus séreux que celui des adultes.

b. Les enfans qui ont cet état plus marqué sont aussi plus prédisposés; ainsi les enfans replets, sanguins, à cheveux blonds, yeux bleus, à peau fine.

c. Les maladies qui appauvrissent le sang entraînent l'hydrocéphale; ainsi toutes celles des systèmes digestif, respiratoire. Ou bien ce sont des maladies du sang primaires, comme la pyémie, l'anémie, l'hydrohémie, la dissolution du sang. Aucune n'est plus fréquente que la tuberculose; au moins les deux tiers des hydrocéphales en proviennent. Cet état réunit en lui les deux causes efficientes: un sang appauvri par les dépôts tuberculeux, et l'excitation cérébrale par la présence des tubercules dans le cerveau.

d. Enfin la méthode antiphlogistique et déplétive donne ordinairement de mauvais résultats.

En considérant l'énergie et la ténacité des causes prédisosantes et efficientes, et les désorganisations cérébrales déterminées par le liquide épanché, on se convaincra que la guérison de l'hydrocéphale est presque une impossibilité. On y arrive néanmoins dans des cas rares. Parmi les milliers d'enfans que le docteur Luzsinsky a eu à traiter, il peut compter six guérisons d'hydrocéphale confirmée; mais elles ont été obtenues dans tant de conditions différentes, avec des médicamens si divers, et plus peut-être sans médicamens, qu'il déclare que probablement tous les remèdes n'ont servi à rien, et que c'est l'autocratie de la nature qui a tout fait. Malheureusement, nous ignorons encore quelle est la voie suivie par elle, quelles sont les lésions cérébrales encore guérissables, etc.

L'intervention efficace du médecin se résume dans la prophylaxie: empêcher l'hydrocéphale de se former est tout ce que l'on peut faire. Le traitement doit s'adresser avant tout à la constitution de l'enfant; il faut la fortifier et en même temps empêcher et diminuer l'excitation cérébrale. Lorsque cette dernière est trop vive, il faut prescrire hardiment les narcotiques, et parmi eux l'eau de laurier-cerise et la morphine. Les maladies qui précèdent et qui traînent à leur suite l'hydrocéphale, seront traitées d'après les règles de l'art; seulement il faut être très sobre des antiphlogistiques et des évacuans, dont on abuse énormément dans la pratique des enfans, surtout des émissions sanguines. Le médecin qui n'observe pas ces points est souvent cause de l'hydrocéphale en le provoquant par son traitement intempestif. Sur 5,000 enfans malades que le docteur Luzsinsky voit par an à l'hôpital de la ville, il est à peine plusieurs fois dans le cas d'appliquer des sangsues, et cependant il a moins d'hydrocéphales que dans d'autres établissemens. Il fait la même recommandation dans les inflammations, qui guérissent le mieux sans sangsues.

Ce qu'il dit des émissions sanguines, il est tenté de le répéter des vésicatoires et des autres exutoires, de la pommade stibiée, par exemple. Ce sont de véritables tortures qui font plus de mal que de bien, et que les médecins continuent d'employer par routine, sans raison et contre la raison.

La même condamnation frappe les soi-disant dérivatifs internes. Les diurétiques, ectrotiques, sudorifiques, etc., au moyen desquels on espère enlever l'eau de la tête, sont impuissans. En croyant ouvrir à la nature toutes les voies pour effectuer ses crises plus facilement, il arrive que le malade périt épuisé par les selles nombreuses, la diurèse et la diaphorèse abondantes. A côté de ces moyens qui ont pour eux au moins une apparence de rationalité, il en existe une foule d'autres des plus absurdes, dont on ne connaît nullement l'origine. Dans l'état actuel de la médecine, le traitement de l'hydrocéphale est donc purement palliatif; la nature, pour prouver sa toute-puissance, fait parfois des miracles, mais nous a caché obstinément le comment. — (*Journal f. Kinderkrankh*, 1855, nos 7 et 8.)

A part quelques exagérations, le mémoire précédent renferme beaucoup de vérités. Notre but ne peut pas être d'en faire ici un examen critique et détaillé; nous ne pourrions entreprendre ce travail que du point de vue théorique, une pratique de ville ne suffisant pas pour opposer à la masse des observations cliniques de notre confrère de Vienne un chiffre également imposant de cas qui permettent de tirer des déductions favorables ou défavorables. Dans tous les cas, ces remarques sont à prendre en grande considération. Notre impuissance déplorable en face d'un épanchement n'est peut-être pas aussi radicale; outre les puissans mais barbares révulsifs cutanés, que, pour notre part, nous avons abandonnés depuis longtemps à cause de leur complète inefficacité, il nous semble qu'il nous reste encore d'autres moyens à employer, et que, sans torturer de pauvres enfans, voués à une mort probable, nous ne sommes pas obligés de rester inactifs et les bras croisés. M. Luzsinsky a peut-être trop condamné les dérivatifs internes, les mercuriaux et l'iodure potassique, recommandé en dernier lieu. Il peut avoir souvent raison en disant que les cas guéris n'étaient pas de l'hydrocéphale, ou bien ont été guéris malgré les médicamens; mais il existe des observations où l'influence du médicament avait l'air de se manifester plus clairement. En voici un exemple pris dans le *Med. correspondanz. bl. d. würt. aerztl. ver.*, 1855, n° 30, et publié par le docteur Baumann:

Un garçon de 8 ans fut renversé par des chevaux sans présenter une lésion extérieure. De suite après il fut pris des symptômes d'hydrocéphale. Ce médecin fut appelé le huitième jour, et trouva l'enfant avec tous les symptômes de cette maladie avancée: perte de connaissance complète, surdité et cécité, pupilles immobiles et largement dilatées, cou raide, incurvé en arrière, déglutition difficile, écoulement involontaire de l'urine et des matières fécales, grincement des dents, parfois explosion de convulsions générales. Sept grammes d'iodure potassique furent prescrits à prendre dans les vingt-quatre heures; après la première dose, les convulsions cessèrent, et bientôt il y eut quelques légers symptômes d'amélioration, qui encouragèrent à continuer cette médication. Il survient une abondante diurèse, une éruption cutanée générale, analogue à la miliaire, et un vaste ulcère charbonneux sur le dos du pied gauche, avec destruction gangréneuse du tissu cellulaire, suivie de cicatrisation. En quatre semaines, cet enfant avait pris près de 80 grammes d'iodure potassique. Chose importante à remarquer, les parens avaient interrompu ce traitement à différentes reprises, et avaient été chaque fois obligés d'y revenir par l'aggravation des accidens.

Il est à déplorer que cette observation soit tellement écourtée, car on pourrait rattacher la guérison à la révulsion opérée par les lésions de la peau. Sans nier cette influence tout à fait, il faut cependant remarquer que l'amélioration a commencé avant ces accidens, et qu'on peut l'attribuer tout autant à l'abondante diurèse. Ne serait-on pas en droit, d'ailleurs, de rattacher l'éruption et le furoncle charbonneux à l'iodure potassique, donné à si haute dose?

Dr Strohl.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances des mois d'Octobre, Novembre et Décembre 1855.
Présidence de M. Aug. Mercier.

La correspondance comprend:

1° Plusieurs numéros du *Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire.* M. Perrin, rapporteur;

2° Un ouvrage de M. le docteur Tessereau, membre titulaire de la Société, intitulé: *Cours d'hygiène*;

3° Le *Rapport général des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat.* M. Ameuille, rapporteur;

4° Le *Bulletin* n° 16, 2me série, de la Société médicale des hôpitaux.

A la suite du rapport fait à la Société par M. le docteur Ameuille sur une brochure de M. le docteur Henriette, de Bruxelles, ayant pour titre: *Est-ce un garçon, est-ce une fille?* brochure envoyée par l'auteur à l'appui d'une demande comme membre correspondant, ce confrère distingué, sur les conclusions du rapporteur, est nommé membre correspondant de la Société médico-pratique.

M. H. Labarraque a, le 26 novembre dernier, informé la Société que l'un de ses membres honoraires, M. le docteur Zugenbulher, était décédé au mois de janvier dernier. La Société a vivement regretté de n'avoir pas été avertie par la famille à l'époque du décès de ce vénérable collègue.

Dans la même séance, un membre a déclaré que, malgré toutes ses instances, il ne lui a pas été possible de faire retirer à M. le docteur Laguerre la démission qu'il avait adressée il y a quelque temps. La démission de M. le docteur Laguerre est définitivement acceptée.

Dans la séance du 24 septembre, M. Ferdinand Martin a lu un chapitre détaché d'un travail inédit: *Sur l'étiologie de la déformation des os.*

Dans la dernière séance d'octobre, M. le docteur Boinet a fait un rapport verbal sur un mémoire de l'un de ses membres titulaires, M. le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié, intitulé: *Mémoire sur une nouvelle méthode de cathétérisme et sur son application à la cure radicale et instantanée des rétrécissemens de l'urètre.* Notre confrère, dans son argumentation, tend à démontrer que le procédé de M. Maisonneuve n'a de nouveau que le fait, après avoir introduit la bougie filiforme dans la vessie, de visser, sur l'ajutage qu'elle porte au dehors, l'extrémité vésicale d'un urétrotome: ce qui permet d'enfiler et de franchir avec plus de sûreté tous les rétrécissemens. Mais, il faut bien le savoir, la difficulté capitale qui, dans le procédé de M. Maisonneuve, comme dans toutes les autres méthodes, reste le même, c'est l'introduction de la première bougie. Or, il faut avouer que, dans quelques cas, cette introduction préalable de la bougie conductrice est malheureusement impossible, et que, alors, en présence d'un malade qui ne peut *actuellement* uriner, M. Maisonneuve reste impuissant avec son procédé, comme avec ceux que la science possède déjà. Maintenant, dans les cas où le procédé du cathétérisme en question est applicable, est-il sans danger? L'expérience ne tardera pas à l'apprendre. Au reste, la composition anatomique des organes sur lesquels on opère, permet déjà de prévoir, à la suite d'une semblable opération, la production d'hémorrhagies dangereuses, de phlébites, d'abcès, etc..., tous accidens d'autant plus à craindre qu'il n'est pas facile, surtout pour des mains peu expérimentées, de bien juger du degré de profondeur et même du siége de l'incision pratiquée avec l'urétrotome caché que M. Maisonneuve emploie. M. Boinet exprime ensuite le regret que M. Maisonneuve ne se soit pas enquis des suites des opérations pratiquées par lui chez les malades dont il a publié les observations dans sa brochure. Il aurait surtout voulu savoir ce qu'est devenu le malade opéré dans le service de M. Velpeau. On est, en effet, conduit à se demander, quoique M. Maisonneuve prétende le contraire, si un rétrécissement, une fois incisé et non suivi de dilatation consécutive, ne doit pas forcément se reproduire plus tard.

MM. Ameuille et Labarraque, sans nier une partie des objections posées par M. Boinet, ne peuvent s'empêcher de voir un véritable progrès dans le procédé de M. Maisonneuve. La bougie conductrice est sans doute difficile à introduire pour lui comme pour tout le monde, mais aussi, une fois introduite, on est maître *à toujours* de la position, puisqu'il n'est plus nécessaire de la retirer ou de lui en substituer une autre dont l'introduction sera tout aussi difficile que pour la première; si même, dans quelques cas, elle ne devient tout à fait impossible: car, il faut le dire, quand il s'agit d'enfiler une bougie à travers certains rétrécissemens d'une étroitesse incroyable, il faut quelquefois et même souvent que le hasard vous vienne en aide, et malheureusement il est rare qu'il vous serve utilement deux fois de suite.

M. Trèves a eu l'occasion de voir les suites de cette opération chez un de ces malades qu'il traitait avec un succès marqué depuis trois semaines, par la dilatation. Il en était arrivé à pouvoir faire pénétrer des bougies volumineuses, quand, tout d'un coup et sans cause appréciable, il lui devient impossible d'introduire ni grosse ni petite bougie. Le malade, dont la vessie était distendue outre mesure, ne pouvait uriner. M. Maisonneuve, appelé en consultation par notre confrère, ne put lui-même venir à bout de sonder le malade. C'est alors qu'il eut recours à son procédé. Tout se passa à merveille. A peine si le malade perdit quelques gouttes de sang, et la miction put avoir lieu immédiatement. Mais, un mois après l'opération, le malade ayant voulu pratiquer le coït avec sa femme, fut pris d'une hémorrhagie urétrale qui se renouvela à trois reprises différentes, et qui ne fut pas sans donner, à cause de son abondance, quelque inquiétude à notre confrère.

M. Auguste Mercier rappelle que le procédé de cathétérisme proposé par M. Maisonneuve se trouve indiqué dans un ouvrage imprimé en 1797, intitulé: *La médecine puerpérale*, et qui a pour auteur un nommé Piessemann, contemporain de Desault. Dans cet ouvrage, Plessemann raconte qu'après avoir franchi péniblement un rétrécissement à l'aide d'une première bougie, il faisait passer, à travers cette bougie, un fil de laiton qu'il laissait en place, en retirant ensuite la bougie. C'était sur ce fil de laiton qu'il guidait plus tard une série de bougies de plus en plus grosses pour dilater le point du canal rétréci. Ce procédé, attribué par Bichat à Desault, ne se trouve point décrit dans le journal de Desault. Comme Plessemann avait été élève de Desault, on est conduit à se demander si, en effet, Desault n'aurait pas eu recours quelquefois à ce procédé d'après les indications de Plessemann. Évidemment, ajoute M. Mercier, ce procédé est bon et peut avoir son utilité dans quelques rétrécissemens. Mais il ne faut pas oublier que les véritables rétrécissemens du canal de l'urètre sont plus rares qu'on ne le pense généralement, et que la rétention d'urine est souvent due à des

déviations du canal, et non à son atrésie, par suite des engorgemens dont la prostate peut être le siége. Quand la rétention d'urine est due à une semblable cause, il est toujours facile de pénétrer dans la vessie avec une sonde *à bec coudé* dont le talon, en parcourant le canal, tend à déprimer les saillies qui s'y rencontrent. Les seules difficultés, et parfois très grandes, que l'on peut trouver, sont dues toujours à des fausses routes et non au rétrécissement du canal qui n'existe pas. Quelquefois les fausses routes sont multiples, et l'extrémité de la sonde, au lieu de pénétrer dans le col de la vessie, s'enfile fatalement dans l'une d'elles. Dans un cas de ce genre, M. Mercier introduisit une grosse sonde Mayor, dont l'extrémité vint se loger dans la fausse route elle-même, et il put ensuite conduire une bougie dans cette grosse sonde, la faire sortir par l'œil qu'elle porte au devant de sa courbure, et pénétrer ainsi dans la vessie. La bougie tortillée de M. Leroy-d'Étiolles pénètre par le même mécanisme que la sonde coudée à sa pointe de M. Mercier. Seulement celle-ci est plus sûre et préférable.

Quant aux rétrécissemens spasmodiques, ils ont leur siége dans la région membraneuse. Après en avoir nié l'existence, on a fini par les admettre avec raison de nouveau. Mais il faut se garder de croire qu'ils soient dus à une contraction véritable de la portion membraneuse, attendu que, selon lui, les fibres musculaires circulaires qu'on y a admises n'existent pas. C'est à la contraction de muscles extérieurs à cette région, aux muscles de Wilson, entre autres, qui viennent s'insérer par leur extrémité antérieure derrière la symphyse pubienne, qu'il faut rapporter la contraction spasmodique produite, et qui a pour effet d'augmenter la courbure naturelle de l'urètre. C'est à un rétrécissement de cette nature, ou mieux à une déviation du canal de ce genre, qu'a eu très probablement affaire M. Trèves.

Enfin, pour ce qui est de ces rétrécissemens dans véritablement infranchissables pour la plupart des procédés, M. Mercier a recours à l'introduction successive et alternative d'une bougie fine, puis d'une bougie plus grosse, pour revenir ensuite à la fine, puis ensuite à la grosse, et ainsi de suite, et il arrive de la sorte à franchir *par portions* toute la longueur du rétrécissement. Par ce procédé, il parvient à faire uriner le malade dans la même séance. Si les accidens sont urgens, et qu'on tienne à les faire cesser immédiatement, M. Mercier a recours à un scarificateur particulier qu'il met sous les yeux de la société, et dont la disposition très ingénieuse permet de scarifier sans danger et rapidement les points rétrécis sans les avoir préalablement traversés.

M. Boinet, revenant sur les rétrécissemens spasmodiques signalé, par M. Mercier, déclare qu'il admet des rétrécissemens de cette nature. Il en a publié, il y a déjà longtemps, un exemple remarquable recueilli, à l'Hôtel Dieu, dans le service de Sanson, à une époque précisément où ce genre de rétrécissement était mis en doute. C'était chez un enfant dont l'émotion était tellement vive au moment de la visite du chirurgien que jamais Sanson n'a pu le sonder en présence des élèves qui suivaient habituellement sa clinique. Mais une fois la visite terminée, le soir, par exemple, à la visite de l'interne, M. Boinet pouvait introduire avec la plus grande facilité une sonde et pénétrer dans la vessie de ce petit malade.

M. Perrin, dans la dernière séance de novembre, a terminé la lecture d'un mémoire manuscrit intitulé : *Considérations nouvelles sur la maladie scrofuleuse*. Ce travail est divisé en trois sections principales : Dans la première, l'auteur expose les caractères d'un nouveau signe éminemment propre, *en dehors de toute localisation morbide actuelle*, à faire soupçonner dans l'individu ou dans la famille, l'existence du vice scrofuleux. Ce signe consiste dans le manque d'ensemble, dans le défaut d'équilibre que le vice strumeux apporte presque toujours dans l'évolution organique et fonctionnel de l'être ou du groupe scrofuleux : ce qui amène parmi les individus entachés de ce vice les contrastes les plus étonnans sous le rapport du développement des organes et de l'énergie des fonctions. Ainsi, par exemple, si l'on considère les scrofuleux pris en masse, on y trouve, au point de vue du squelette, les géants et les nains; sous le rapport de l'embonpoint, des sujets d'une maigreur extrême, et d'autres transformés en véritables lipômes, et cela, souvent parmi des consanguins, le frère et la sœur, par exemple; comme activité ou précocité sexuelles, on trouvera également parmi les scrofuleux les extrêmes les plus opposés; il en sera de même si on les envisage sous le rapport de l'énergie musculaire, de la fécondité, de la longévité, etc. Enfin, sous le rapport psychologique, les scrofuleux offriraient pareillement une preuve historique du fait général signalé pour la première fois par M. Perrin. Il ne serait pas, en effet, difficile de trouver parmi eux, aux deux degrés de l'échelle qui mesure leur capacité intellectuelle : en bas, des idiots et des crétins; en haut, des poètes, des artistes, des hommes d'élite par l'intelligence.

Dans la seconde section de son mémoire, l'auteur, s'occupant de l'étiologie de la maladie scrofuleuse, nie la plupart des causes qui tour à tour ont été invoquées comme capables d'engendrer la scrofule. Il croit difficilement à la scrofule d'*emblée*. En dehors de l'hérédité, il ne connaît aucune cause susceptible de développer la scrofule chez un individu qui *congénialement* n'y serait pas prédisposé. Toutefois le tempérament dit lymphatique qui au fond n'est qu'une modalité physiologique, pour ainsi dire, de la complexion scrofuleuse, aurait, selon lui, ainsi que l'altération de l'air, si bien étudiée par Baudelocque, une influence réelle sur la production de cette maladie.

Enfin dans la troisième et dernière section, M. Perrin apporte des faits et des argumens qui tendent à établir entre la scrofule proprement dite, le tubercule et le rachitisme, une identité de nature parfaite. Il reproche aux anatomo-pathologistes d'avoir singulièrement contribué, dans ces dernières années, à augmenter la confusion qui existe aujourd'hui dans l'étude clinique de la scrofule, en détachant, au nom de la loupe et du scalpel, du cadre des maladies scrofuleuses, des affections que jusqu'alors on y avait toujours avec raison fait figurer. Tout en rendant hommage aux magnifiques travaux de M. Jules Guérin, sur le rachitisme, il n'en persiste pas moins à admettre une variété de rachitisme de nature essentiellement scrofuleuse.

Renvoi de ce travail au comité de publication.

Dans la même séance, M. le docteur Delcroix a communiqué à la Société l'observation suivante. Il s'agit d'un malade, correcteur dans une imprimerie, qui, depuis deux ans, éprouvait tous les accidens propres à faire soupçonner l'existence d'une pierre dans la vessie. Le malade, très timoré, n'avait pu consentir à se laisser sonder. Mais, il y a trois mois, les accidens persistant, il finit par se laisser introduire une sonde dans la vessie : ce qui permit à notre confrère de constater dans l'intérieur de ce viscère la présence d'une pierre d'une grosseur notable.

Après avoir préparé la tolérance du canal de l'urètre par l'introduction successive de quelques bougies de plus en plus grosses, M. Delcroix se mit en devoir de pratiquer l'opération de la lithoritie. Un lithotriteur de Heurteloup, modifié, fut introduit. La pierre fut presque aussitôt saisie, mais, malgré la pression la plus énergique, exercée successivement à l'aide de la main et avec le pignon, il devint impossible de briser la pierre. Plusieurs coups de marteau furent également sans résultat. Le lithotriteur retiré permit de reconnaître dans les mors de l'instrument la présence d'une matière terreuse qui n'était autre que de l'acide urique. Notre confrère qui, jusque là, avait procédé seul à l'opération, dut s'adjoindre des aides pour une autre séance. L'étau à main fut solidement fixé, et, dès ce moment, la percussion devint suffisante pour faire éclater le calcul. Quatre séances ordinaires, c'est-à-dire sans avoir été obligé de recourir aux acides et à l'étau, suffirent pour débarrasser le malade qui ne fut pas retenu un seul jour chez lui, et du cabinet de notre confrère retournait presque aussitôt à son atelier où sa présence quotidienne était indispensable.

M. Aug. Mercier dit également avoir rencontré de ces calculs d'acide urique extrêmement durs et difficiles à briser. Ce genre de calculs étant formé de couches concentriques, cette disposition fait l'effet de la voûte et offre une résistance considérable à la pression et même à la percussion. Les calculs d'oxalate de chaux sont presque aussi durs que ceux d'acide urique sous l'action de la scie, mais ils résistent moins à l'action du marteau.

M. Delcroix ajoute que chaque séance de lithotritie qui avait lieu dans son cabinet ne durait pas plus de deux ou trois minutes. C'est à ces explorations rapides et de peu de durée, et aussi à l'habitude où est M. Delcroix, avant l'opération, de préparer chez ses malades la tolérance des organes urinaires, qu'il rapporte chez eux l'absence complète d'accidens consécutifs. Ainsi, non seulement M. Delcroix, comme il l'a déjà dit, fait précéder l'emploi du lithotriteur de l'introduction journalière de bougies de plus en plus grosses, mais il soumet encore son malade à l'ingestion de boissons émollientes et légèrement narcotiques, et à l'introduction de suppositoires calmans dans le rectum. Il s'abstient en outre d'injecter dans la vessie de l'eau, au moment de l'opération. Il recommande tout simplement au malade de ne pas uriner plusieurs heures avant le moment de l'opération, et l'urine du malade devient ainsi le moyen naturel de distension de la vessie, pour faciliter le jeu de l'instrument lithotriteur.

M. Perrin demande à M. Delcroix s'il ne lui paraîtrait pas rationnel dans le but de préparer la tolérance des organes génitaux, et surtout de prévenir ces véritables accès de fièvre pernicieuse qui ont quelquefois enlevé des malades à la suite d'un simple et facile cathétérisme, d'administrer au malade, la veille de l'opération, comme sédatif du système nerveux général, une forte dose, un gramme, par exemple, de sulfate de quinine.

M. Delcroix répond qu'il n'a recours au sulfate de quinine qu'autant que, à la suite d'une exploration urétrale, il constate une certaine agitation fébrile chez ses malades. Il prescrit alors, dans les vingt-quatre heures, deux ou trois doses moyennes de sulfate de quinine. Il ne l'emploie donc point à titre de prophylactique.

M. Aug. Mercier, revenant sur le *modus faciendi* de M. Delcroix, dans l'opération de la lithotritie, dit qu'il n'est pas toujours possible de s'abstenir de faire préalablement une injection, et de se borner à conseiller au malade de garder ses urines, attendu qu'il est un certain nombre de sujets dont la vessie, très irritable, se prête difficilement à cette rétention volontaire.

M. Delcroix répond qu'il n'a pas voulu donner sa manière de faire comme un précepte d'une application constante; seulement il la propose comme méthode générale, attendu que, par elle, on évite les inconvéniens qu'il reproche à l'injection préalable, qui sont : 1° d'allonger et de doubler pour ainsi dire l'opération; 2° d'introduire dans la vessie un liquide, quoique purement aqueux ou émollient, moins inoffensif que l'urine, au contact de laquelle la vessie est habituée. Quant à l'irritation vésicale signalée chez quelques malades par M. Mercier, il lui est précisément arrivé souvent de la combattre et de la prévenir par les moyens qu'il a indiqués tout à l'heure.

Le secrétaire, Dr Perrin.

STATISTIQUE MÉDICALE.

LA VACCINE ET SES ACCUSATEURS.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'Union Médicale.

Monsieur le rédacteur,

Avant de continuer cette discussion, il est bon, je crois, de nous recueillir un instant pour nous rappeler d'où nous sommes partis et où nous sommes arrivés.

Quand nous avons pris la plume il était avéré, dans l'école de M. Carnot, et par le fait des démonstrations de ce calculateur :

1° Que la mortalité avait *diminué* en France *pendant l'enfance*;

2° Que la mortalité avait DOUBLÉ en France aux âges de fécondité; et cela, sous l'influence de la vaccine.

Voilà ce qu'on synthétisait par cette phrase ingénieuse : la vaccine a déplacé la mortalité.

Voilà la proposition sérieuse de M. Carnot; voilà celle qui a porté l'inquiétude dans les esprits.

Elle n'était pas le résultat d'un seul travail, du labeur d'une semaine, dans lequel on conçoit absolument qu'une inattention d'un instant, ou un chiffre mal aligné vous égare; mais il y avait des années que M. Carnot et ses disciples imprimaient dans des ouvrages *ex professo*, et réimprimaient dans toutes les feuilles médicales successivement leurs prétendues démonstrations.

Voilà donc où en étaient les choses quand nous avons pris la plume. Où en sont-elles aujourd'hui? D'après les dernières publications de M. Carnot :

La mortalité aurait augmenté à tous les âges, à Paris;

Elle aurait augmenté d'un seizième *pendant l'enfance*;

Elle aurait augmenté d'un seizième aux âges de fécondité, à Paris; à *Paris* où, selon M. Carnot, « la réaction destructive » de la vaccine est *complète*, tandis qu'elle ne l'est pas encore » dans les *trois quarts* de nos départemens, etc. (1). »

Apparemment M. Carnot n'eût pas pris tant de peine pour prouver une augmentation d'un sixième à Paris, s'il pouvait *encore* démontrer sa mortalité *doublée* ou seulement augmentée d'un sixième en France.

Ainsi, je le demande à mes adversaires comme à mes *lecteurs*, ces propositions nouvelles prouvent-elles ou infirment-elles le *premier* théorème de M. Carnot?

Y voit-on la mortalité déplacée?

Y voit-on la mortalité doublée aux âges virils?

Y peut-on voir surtout la mortalité doublée en France?....

Et, je le demande encore à mes lecteurs, si M. Carnot, d'après sa méthode, avait prouvé, il y a huit ans (il ne l'aurait pu, puisque le choléra de 1849 n'avait pas passé), que la mortalité avait augmenté d'un sixième, etc., *dans la ville de Paris*; si, sur cette base, il avait accusé la vaccine de cette aggravation, quelqu'un se serait-il ému d'une assertion (erronée en elle-même, ne l'oublions pas), et surtout d'une explication d'aussi peu de valeur? On n'aurait eu que l'embarras du choix pour s'expliquer une aussi mince augmentation de la mortalité, dans une grande ville dont la population ouvrière augmente dans des limites hors de proportion, et dont la statistique est si incomplète et si incertaine.

Voilà, Monsieur le rédacteur, ce qu'était le débat et ce qu'il est devenu. On était parti d'une proposition effrayante, mettant en question et le bienfait de la vaccine et celui du progrès, et on est arrivé à un débat plein d'âpreté, il est vrai, mais où la vaccine et le progrès sont à peu près hors de cause, et dans lequel l'amour-propre des écrivains est surtout en jeu.

Nous reconnaissons que nos adversaires sont d'habiles tacticiens; ils se sont réfugiés dans une ville dont la statistique très imparfaite ne suffit pas aux besoins, et où l'hypothèse doit suppléer aux lacunes; de sorte qu'on chicane sur un chiffre, sur une hypothèse, et l'on espère ainsi en imposer au public et lui faire accroire qu'on dispute toujours le champ de bataille, tandis qu'on ne songe vraiment qu'à sauver par amour-propre un insignifiant bagage.

Nous croyons, il est vrai, qu'il n'y a pas lieu de laisser entre les mains de nos adversaires même ce petit fardeau. Nous achèverons donc, sans nous émouvoir, le moins du monde, des cris de colère qu'il est bien naturel que nous soulevions, de détruire le radeau que nos adversaires veulent sauver du naufrage.

Nous nous engageons formellement, d'ailleurs, à ne dérober aucun argument aux yeux des lecteurs, et, si nous trouvons parmi eux quelque chose de bon et de juste, à le faire ressortir avec autant de soin que nous en mettrons à submerger le reste. Car, malgré les injures qui nous sont adressées, et que les lecteurs vont pouvoir apprécier, nous n'avons aucun parti pris contre *les personnes*; nous n'entendons porter aucune atteinte à l'honorabilité morale ni médicale de nos adversaires; et si quelqu'un avait pu le comprendre autrement, ce serait par le fait d'une inhabileté de notre plume, nous nous empressons de le déclarer.

Mais nous avons, plus que jamais, la prétention de porter une rude atteinte à une statistique aussi inintelligente que possible, aussi erronée que dangereuse pour la science et pour l'hygiène.

Nous continuerons donc l'examen des *nouvelles* assertions de nos contradicteurs; mais nous les en prévenons, nous mettrons la lenteur et la maturité indispensables aux travaux de la statistique et à une discussion qui doit être sérieuse et nourrie avant que d'être passionnée, et qui ne peut empiéter sur les devoirs du médecin.

Et si, dans ce débat, quelqu'un de nos adversaires, trop pressé, invoque le secours de l'huissier, afin de nous ôter le loisir de vérifier la valeur de ses argumens, nous continuerons d'examiner ses assertions imprimées qui appartiennent à tout le monde, mais nous ne prononcerons plus un nom qui n'appartient qu'à celui qui le porte.

Dr Bertillon,
Médecin de l'hôpital de Montmorency.

M. Bayard nous écrivait le 9 janvier dernier :

Cirey, 9 janvier 1856.

A Monsieur le docteur Latour.

Mon bien honoré confrère,

Il m'en coûte bien de vous dire que je suis obligé de vous demander légalement l'insertion de la lettre ci-jointe.

Agréez l'hommage de bonne estime et confraternité de votre dévoué,

Dr A. Bayard.

Le 13, nous recevons de M. Carnot la lettre qui suit :

(1) *Journal des connaissances médicales*, n° 32, année 1855.

Paris, 13 janvier 1856.

Monsieur,

En m'envoyant copie de la lettre qu'il vous a adressée en réponse à à un article signé Bertillon et inséré dans votre numéro du 3 présent mois, article contenant des injures qui passent les bornes de la critique et rentrent sous le coup de la loi du 17 mai 1819 et des suivantes qui régissent la matière :

M. le docteur Bayard me prie de vous prévenir *officieusement* qu'il requiert l'insertion de cette lettre dans le cours de la semaine où nous entrons, pour tout délai, et que, faute par vous de satisfaire à cette juste réquisition, il fera usage des voies *légales*, tant contre le signataire que contre le gérant de l'Union Médicale, aux termes des lois précitées.

Je me conforme donc à son désir, tout en pensant que cette démarche n'était pas indispensable.

Agréez, Monsieur, l'assurance de ma considération très distinguée.

H. Carnot.

Ainsi donc, pas de doute possible, c'est l'insertion *légale* de la lettre suivante que l'on *requiert* de nous :

Cirey, 8 janvier 1856.

Mon bien honoré confrère,

Tous ceux qui ont lu les écrits de M. le docteur Bertillon savent que ce confrère n'est pas poli ; mais ils ignorent peut-être qu'il est moins véridique encore. C'est ce que je veux me borner à prouver ici en peu de mots, afin que le public, édifié sur les qualités de l'avocat de la vaccine, ne s'étonne pas de voir ses plaidoyers rester désormais sans réponse aucune de M. Carnot (1). Celui-ci a demandé des adversaires *instruits* et *loyaux*, et M. Bertillon n'est pas l'un et l'autre, ainsi qu'on va le voir clairement, ainsi que vous semblez vous-même le comprendre, lorsque vous avez soin de nous avertir par une note, le 3 janvier, que plusieurs *fautes graves* se sont glissées dans les articles de ce médecin ; il eût été convenable, c'était même justice de votre part, de dire à vos lecteurs à qui était due la découverte de ces *fautes graves*.

Premier fait. — Sous ce titre : *Recensement de 1817*, cet écrivain a donné dans l'Union Médicale du 8 décembre le nombre des femmes de 15 à 45 ans d'une part, et de 45 à 100 de l'autre. Or, il se trouve qu'il a *soustrait* de la première catégorie celles de 40 à 45 pour les ajouter à la seconde, afin de pouvoir poser les conclusions qui suivent son tableau, dans l'intérêt de sa cliente. — Et d'un !

Deuxième fait. — Pour établir une balance juste entre les recensemens de 1817 et de 1851, M. Bertillon devait replacer dans le *plateau* de 1817 les nombreux habitans sans domicile *certain* ; ceux des hôpitaux, des hospices, des écoles, des prisons et des casernes ; ceux enfin de la banlieue, puisque ces catégories se trouvent dans le *plateau* de 1851, et ont été soustraites de l'autre. Il ne pouvait l'ignorer, puisqu'il s'occupe beaucoup de statistique, et que M. Legoyt a eu grand soin d'en avertir tout le monde dans l'ouvrage officiel qu'il a publié en 1855 (2) ; mais cela n'eût pas fait les affaires de sa cliente, et il a pris le parti de n'avoir pas l'air de se douter, le moins du monde, de cette différence essentielle entre les deux recensemens. *Sa balance* étant donc fausse, le public a été nécessairement trompé. — Et de deux !

Troisième fait. — Dans l'Union Médicale du 3 janvier 1856, M. Bertillon, toujours pour le besoin de sa cause, dit que de 1815 à 1820, la population de 15 à 16 ans était de 496,500 habitans, tandis qu'il est notoire qu'elle dépassait ce chiffre d'environ 127,000 !!

Cela ne peut être l'objet d'un doute, puisque de 1816 à 1820 inclus, le chiffre *moyen* des *conscrits* appelés au tirage s'élevait à 296,967, et que la population de 15 ans est d'environ 5 p. 100 plus forte que celle de 20 ans. — *Et de trois !*

Quatrième fait. — Pour obtenir ce chiffre *étrange*, que M. Bertillon dit être celui de la population de 15 à 16 ans, *avant l'influence vaccinale*, il s'est basé — qui le croirait ! — sur les tables de M. Mathieu, faites en 1848, après un demi-siècle de vaccinations ; tables qui, sur 100 nouveau-nés, n'indiquent que 38 décès jusqu'à l'âge de 3 ans, tandis que Duvillard en comptait 38, c'est-à-dire *plus d'un tiers* en sus. Le doigt de Jenner ne se montre-t-il pas assez clairement dans ce fait comparatif ? Mais la table de Duvillard eût donné à l'avocat de la vaccine un chiffre plus approchant de la vérité, et, dans l'intérêt de sa cliente, pour tirer de nouvelles conclusions fantastiques, il lui fallait un chiffre *très faux !* Voilà pourquoi il a préféré ne pas opérer comme le plus simple bon sens lui conseillait de le faire. — *Et de quatre !*

Cinquième fait. — « Depuis 1848, dit M. Bertillon, M. Mathieu donne » *constamment* les mêmes chiffres pour la vie moyenne et la vie pro- » bable des individus de 20 ans. »

Voilà l'assertion ; voici maintenant la vérité.

	Annuaire de 1849.	de 1851.
Vie moyenne à 20 ans.	40 ans 3 mois,	38 ans 1 mois.
Vie probable à 20 ans.	44 ans 2 mois,	42 ans 4 mois.

L'adhésion ainsi donnée était *trop claire* ; elle fut immédiatement signalée au public par le *National de Saône-et-Loire*, département dont M. Mathieu était député. Aussi, en 1851, l'ancien chiffre revient à la table Ire ; en 1856, il y est encore ; mais dès 1853, la mutation se fit à la table IIIme. De cette façon, l'assentiment, quoique plus déguisé, fut *en réalité* plus prononcé qu'auparavant pour les lecteurs intelligens et assidus de l'*Annuaire*. Cela était suffisant pour calmer les terreurs de l'Académie de médecine, sans nuire à la vérité. Mais, en 1850, la table Ire ne portait plus le nom de Deparcieux, l'adhésion *ôtée*, elle le reprit immédiatement.

Est-ce clair, M. Bertillon ? — Et de cinq !

Sixième fait. — M. Bertillon conclut ainsi :

« Les 496,000 adolescens qui existaient vers 1815 ont fourni les 409,000 hommes de 45 ans qui existent *aujourd'hui*. »

D'après le troisième fait, cette conclusion, pour être vraie, doit être ainsi formulée et corrigée :

623,500 individus de 15 ans qui existaient vers 1818 en ont fourni 403,500 de 45 ans vers 1848 (3) ; 220,000 sont morts, soit 35,3 p. 100.

Or, Deparcieux, dont le gouvernement a, ainsi que M. Mathieu, adopté la table de mortalité, Deparcieux ne compte, entre 15 et 45 ans, qu'une mortalité de 26,7 p. 100 au XVIIIme siècle.

Il y a donc eu, toujours d'après les faits et l'opinion de M. Mathieu, un très grand accroissement de mortalité à cet âge ; *Quod erat demonstrandum*. — Et de six.

Ce n'est pas trop mal pour deux articles !

Voilà, sans charlatanisme, sans phrases redondantes, sans injures sur-tout, la vérité sur ce débat ; elle est exprimée d'une manière simple que tout le monde comprendra sans effort, j'ose l'espérer.

M. Bertillon me traite de *niais* ; soit ! Je n'en dirai pas autant de lui. Au temps où nous vivons on appelle *niais* les honnêtes gens qui suivent les commandemens de Dieu, mon confrère a droit à une autre qualification ; le public la lui donnera.

Agréez l'hommage de bonne confraternité, etc.

Dr A. Bayard.

P. S. En disant que les plaidoyers de M. Bertillon ne recevront désormais aucune réponse de M. Carnot, je ne fais que ce que je suis autorisé à faire. Si dans sa polémique irritante, M. Bertillon passe les bornes que les lois sur la presse ont fixées, il y a des juges à Paris !...

Ainsi que M. Bertillon le fait pressentir plus haut, ainsi que nous l'avons déclaré nous-même dans notre numéro de samedi dernier, la discussion change de face ; elle est close vis-à-vis du signataire de la lettre qu'on nous a *requis* de publier ; il n'y a plus désormais, pour l'Union Médicale, ni M. tel ni M. tel, il ne reste qu'une doctrine qui est dans le domaine public, qu'elle a le droit de discuter sans donner lieu au droit de réponse et qu'elle discutera, à son temps et à son aise, avec d'autant plus de liberté qu'on vient de la soustraire aux embarras et aux périls des discussions de personnes.

C'est avec connaissance de cause que cette *réquisition* nous a été faite, c'est après une déclaration formelle de notre part de suspendre la discussion si elle nous était faite que cette *réquisition* nous a été adressée. C'est après avoir également déclaré que nous publierons *spontanément*, mais en prenant le temps nécessaire pour les apprécier et les commenter, les réponses des contradicteurs de M. le docteur Bertillon, qu'on nous fait cette injonction. Le public appréciera dans sa souveraine justice, qui des accusateurs ou des défenseurs de la vaccine fait un débat sérieux et scientifique ; qui l'interrompt au milieu d'une réponse commencée et qui paraissait accablante, sans en attendre la fin ; qui, à une seule vivacité de plume fort inoffensive, répond par une lettre dont nous n'avons pas besoin de qualifier le style et la forme. Après une pareille lettre, nos lecteurs comprendront que nous ne voulions plus exposer notre honoré et savant collaborateur à de tels procédés littéraires.

Depuis le début de cette discussion, nous avons été littéralement accablés de lettres de la part des trois contradicteurs de M. Bertillon ; nous mettront-ils, par voie de réquisition, dans l'obligation de les publier *toutes* ? Nous livrons cette interrogation à leur prudence ; notre prudence à nous consisterait à ne pas faire de choix.

Quant au fond de la lettre qu'on vient de lire, M. Bertillon ne veut pas y répondre et il a raison. A-t-il besoin de rappeler à nos lecteurs que les *erreurs* n°s 1 et 2, il les a loyalement et spontanément rectifiées, et que ces erreurs de chiffres n'altéraient d'ailleurs en rien le fond du débat ? Que les *erreurs* cotées n°s 3, 4 et 6 prouvent, une fois de plus, la grande inattention et les préoccupations de l'auteur de la lettre ? car M. Bertillon a eu soin d'écrire en *italique* et de répéter par deux fois, de peur qu'on ne s'y méprenne, que c'était les chiffres de M. Bayard et non les siens qu'il donnait. « Nous » allons donner dit-il, *en conservant les idées et les nombres* » *de M. Bayard*, un exemple des deux espèces de tables dont » la confusion a donné lieu à son petit triomphe. » Il ne s'agit pas là de l'exactitude et de la véracité des chiffres, ce n'est pas là ce que recherchait M. Bertillon, il voulait seulement démontrer que M. Bayard avait confondu la signification des deux tables invoquées par lui, voilà tout. Et quant à l'*erreur* cotée n° 5, ne ressort-il pas clairement que M. Mathieu n'a donné aucune approbation aux dires de M. Bayard ? N'est-il pas, en effet, difficile de considérer comme une approbation une modification aussi légère à l'âge où ces messieurs prétendent que la mortalité a doublé, modification si passagère que, de 1848 à 1856, elle ne s'est produite qu'une fois, en 1851 ? Ne rentre-t-elle pas évidemment dans les tâtonnemens qu'a signalés M. Bertillon ? N'est-il pas surtout impossible d'admettre l'insinuation de M. Bayard, qui tendrait à faire croire que M. Mathieu place côte à côte deux tables contradictoires, bien que ce savant les dise déduites l'une de l'autre ? M. Bertillon n'a-t-il pas péremptoirement démontré que la IIIme table (table des rapports d'âge des vivans) ne préjugeait en rien la question de mortalité ? Evidemment, la clôture de la discussion avec l'auteur de cette lettre était urgente. Ce n'est plus contre la vaccine qu'on dirige les armes, c'est contre un confrère assez courageux et suffisamment instruit sur la matière pour avoir voulu porter la lumière dans ces ténèbres de chiffres, qui, comme toutes les ténèbres, faisaient peur aux esprits pusillanimes. Mais, quand la polémique en arrive où est arrivée celle-ci, elle doit être close. Remercions vivement M. le docteur Bertillon de sa généreuse initiative. Ce qu'il pouvait faire par la polémique, il l'a hardiment fait. Que si nos humbles conseils pouvaient avoir quelque poids sur son esprit, nous lui dirions : laissez désormais se débattre les adversaires de la vaccine dans les rudes argumens que vous leur avez portés. Ne gaspillez pas vos travaux et vos études dans la polémique énervante du jour le jour, polémique impossible sur certains sujets ; recueillez et concentrez vos idées et vos recherches dans une œuvre méditée ; la science et l'humanité vous en remercieront.

Amédée Latour.

(1) M. Bayard est très mal informé, nous avons reçu un très grand nombre de lettres de M. Carnot. (*Note du rédacteur en chef.*)

(2) Pour comparer utilement les deux documens, il importe de savoir que la population démombrée par âge en 1851, renferme *toutes* les catégories d'habitans trouvées dans Paris au moment du dénombrement, et que, par conséquent, elle contient les hospices et hôpitaux, les prisons, la garnison, etc. ; tandis que le dénombrement par âge de 1817 ne comprend que les individus recensés à *domicile*. (Legoyt, 1855.)

(3) Vers 1848, la population n'était pas de 36 millions d'âmes, comme l'a dit M. Bertillon dans son calcul. — (M. Bertillon a dit vers 1855 et non vers 1848, comme on le lui fait dire ici. L'Union Médicale, n° 2, 1856, p. 7.) *Note du rédacteur en chef.*

PRESSE MÉDICALE.

Traitement du nævus maternus par l'emplatre stibié ; par le docteur Cumming. — La vaccination ne peut réussir que sur de petits nævus. Quand ils sont plus étendus, ce médecin les traite par le tartre stibié. Un enfant de 9 mois avait sur la tempe droite une de ces tumeurs, très large. Les bords et une petite partie du centre avaient été guéris par la vaccination, mais une grande portion en subsistait encore et donnait lieu à des hémorrhagies dangereuses. La compression, le froid, les astringents étaient restés sans effet. C'est alors que M. Cumming appliqua sur le nævus un emplâtre de galbanum, saupoudré de 0,75 d'émétique. Le troisième jour il y eut un peu de rougeur, sans que l'enfant parût éprouver des douleurs. Le septième et le huitième jour, il s'était formé des pustules, mais l'emplâtre ne fut pas enlevé. Le neuvième jour on l'ôta, les pustules étaient très développées ; il se forma une escharre, après la chute de laquelle on vit une surface ulcérée qui se couvrit de nombreuses granulations et guérit rapidement. Dans 8 autres cas, ce traitement fut suivi du même résultat ; dans un seul, la guérison était partielle, parce que le mal était situé si près de l'angle de l'œil qu'on n'avait pas osé appliquer convenablement l'emplâtre. Les cicatrices étaient à peine visibles. — (*Journal f. Kinderkrankh*, 1855, n°s 5 et 6.)

COURRIER.

Prix d'Astley Cooper. — Le sixième prix triennal de trois cents livres (7,500) fondé par sir Astley Cooper, sera décerné à l'auteur du meilleur essai ou traité *sur la structure et les fonctions de la glande thyroïde*.

La condition exprimée par le testateur est « que les essais ou traités écrits en vue d'obtenir ce prix contiendront des expériences et des observations originales, inédites ; et que ces essais ou traités seront, autant que le sujet le comportera, illustrés par des pièces anatomiques et des dessins, lesquels pièces anatomiques et dessins seront ajoutés au musée de l'hôpital de Guy, et deviendront dès lors, conjointement avec l'ouvrage lui-même, au point de vue de l'exploitation exclusive et des droits d'auteur, la propriété de l'hôpital, et seront concédés à ce titre par un transfert du candidat qui aura remporté le prix. »

C'est la volonté du fondateur qu'aucun médecin ou chirurgien ou autre fonctionnaire actuellement attaché à l'hôpital de Guy ou à l'hôpital Saint-Thomas, ni aucune personne alliée aux médecins, chirurgiens ou fonctionnaires attachés à ces hôpitaux ne puissent être admis à concourir pour ce prix. Mais, à ces exceptions près, le prix d'Astley Cooper est mis au concours dans le monde entier.

Les mémoires, écrits en anglais, ou, s'ils sont écrits en une autre langue, accompagnés d'une traduction anglaise, devront être envoyés, avant le 1er janvier 1859, à l'adresse des médecins et chirurgiens de l'hôpital de Guy, au dit hôpital.

Chaque mémoire doit porter une devise qui le distingue des autres, et être accompagné d'un pli cacheté contenant le nom et l'adresse de l'auteur. Le pli annexé au mémoire couronné sera seul ouvert. Les essais ou traités qui n'auront pas obtenu le prix, ainsi que les pièces anatomiques et les dessins destinés à les illustrer, resteront déposés au musée de l'hôpital de Guy, jusqu'à ce qu'ils aient été réclamés par leurs auteurs ou les fondés de pouvoir de leurs auteurs.

— La lettre suivante a été adressée par M. Solacroup, chef d'exploitation du chemin de fer d'Orléans, à M. le docteur Pouget, médecin de la compagnie.

Nous applaudissons aux bonnes intentions de la compagnie pour la mise en pratique des wagons-lits, qui peuvent avoir de si heureux résultats pour l'humanité.

Nous espérons que les autres compagnies de chemins de fer suivront ce bon exemple.

Paris, 3 janvier 1856.

« Mon cher docteur Pouget,

» J'ai l'honneur de vous informer que le projet des wagons-lits, destinés au transport des malades, vient de recevoir son exécution. Deux wagons sont actuellement en construction ; ils seront prochainement terminés et mis en service.

» Si ces voitures trouvent un emploi utile, ce qui ne peut manquer d'arriver, si les établissemens médicaux projetés prospèrent et attirent des malades du Nord, la compagnie augmentera ce matériel suivant les besoins...

» Agréez, mon cher docteur, l'assurance de mes sentimens les plus distingués.

» *Le chef de l'exploitation*, Solacroup. »

— Par suite d'une nouvelle réorganisation de la clinique de l'Université de Bruxelles, ont été nommés professeurs de clinique : à l'hôpital St-Pierre, 1° M. Victor Uytterhoeven, pour les maladies internes ; 2° M. le baron Seutin, pour les maladies chirurgicales ; 3° M. Thiry, pour les affections syphilitiques et cutanées ; 4° M. Is. Henriette, pour les maladies des enfans. — A l'hôpital St-Jean : 1° M. Graux, pour les maladies internes ; 2° M. Deroubaix, pour les maladies chirurgicales et l'ophthalmologie. — A la Maternité, M. Van Huevel reste chargé de la clinique des accouchemens au grand hospice ; M. Crocq est chargé d'une clinique spéciale sur les maladies cancéreuses. — A l'hôpital militaire, M. Lebeau continuera sa clinique des maladies internes.

— L'asile de Saint-Robert, département de l'Isère, est un des établissemens d'aliénés qui ont été le plus améliorés depuis quinze ans. De grands travaux, dont le plan d'ensemble a été conçu par le médecin-directeur, M. Évrat, y sont maintenant en voie d'exécution. Le changement de l'architecte, chargé de leur direction, loin de les ralentir, aura pour résultat, nous l'espérons, d'en hâter l'achèvement.

La Turquie médicale au point de vue des **Armées expéditionnaires et des Voyageurs** ; Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, par Joseph Bryan, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ex-médecin major de l'hôpital impérial de la marine militaire, et chirurgien en chef de l'hôpital de Yedi-Koulé de Constantinople, suivi d'un **Vocabulaire scientifique et militaire**. — Broch. in-8° de 80 pages. — Prix : 2 *fr.*

Paris, 1854, aux bureaux de l'*Union Médicale*, rue du Faubourg-Montmartre, 56, et chez les principaux libraires.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 10. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 22 Janvier 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. ÉPIDÉMIOLOGIE : Rapport sur l'épidémie cholérique de 1853-1854, dans les établissemens dépendant de l'administration générale de l'assistance publique de la ville de Paris. — II. PHYSIOLOGIE : Du siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme. — III. REVUE GÉNÉRALE : Du traitement des fièvres intermittentes anciennes et rebelles. — Influence que certains actes pathologiques peuvent exercer sur la marche des fièvres intermittentes. — IV. PRESSE MÉDICALE : Diagnostic des maladies congénitales du cœur. — V. COURRIER.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

RAPPORT SUR L'ÉPIDÉMIE CHOLÉRIQUE DE 1853-1854, DANS LES ÉTABLISSEMENS DÉPENDANT DE L'ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE LA VILLE DE PARIS ;

Par M. F. BLONDEL, inspecteur de l'Administration générale de l'Assistance publique, etc. — Un vol. in-4°, Paris, 1855.

(Suite. — Voir les numéros des 12 et 19 Janvier 1856.)

Dans la troisième partie du rapport, M. Blondel examine les effets de l'épidémie de 1854 sous l'influence des conditions particulières de localités et de personnes.

Localités. — On attache, en Angleterre, une grande importance à quelques-unes des influences de localités. On y a adopté d'une manière presque absolue la théorie de la *localisation* du choléra, à ce point qu'on va jusqu'à déclarer qu'on peut, à l'avance, préciser les quartiers, les parties de rues, les maisons mêmes, qui, à une prochaine invasion, doivent être les premiers points atteints et peuvent devenir autant de foyers d'infection.

De l'ensemble des recherches qu'il a pu faire sur ce point, à Paris, des documens qu'il a pu établir ou qu'il a consultés touchant les circonstances accessoires de localités et de domicile, il résulte pour M. Blondel que le choléra peut se fixer, pendant un temps plus ou moins long, dans de certaines localités, pendant qu'il épargnera les points les plus voisins ; mais que ces faits n'autorisent nullement à conclure que cela tienne exclusivement à des conditions d'exposition, d'hygrométrie ou de salubrité générale, comme paraît le penser le Conseil de santé de Londres. Le plus souvent, au contraire, la localisation du fléau semble être un effet du hasard ou tout au moins le résultat d'un concours de circonstances dont la science n'a pu encore se rendre compte.

Sexe. — Il a été traité dans les hôpitaux et hospices civils plus d'hommes que de femmes, 3,875 hommes contre 3,076 femmes ; il en avait été de même en 1832 et aussi en 1849, en défalquant du relevé général l'épidémie de la Salpêtrière. Les décès sont aussi plus nombreux pour les hommes que pour les femmes, 1,975 pour les hommes, 1,692 pour les femmes. En résumé, dit M. Blondel, s'il existe une différence entre l'action du choléra sur chaque sexe pris séparément, elle ne se produit que dans une faible proportion.

Age. — Les périodes de la vie qui fournissent, aux trois épidémies, le plus de malades cholériques dans les établissemens hospitaliers de Paris, sont celles de 21 à 25 et de 26 à 30 ans. Il est vrai que la mortalité sur ces catégories de malades est moindre que sur les autres, mais elle tend aussi à s'élever chaque fois.

Genre de vie. — Les documens sur ce point ne sont pas suffisans pour permettre une conclusion. D'après les renseignemens recueillis par M. Blondel, la proportion des malades qui se trouvent dans les plus mauvaises conditions hygiéniques, est moins considérable qu'on n'aurait pu le penser, et la misère serait, à Paris, plus rarement, qu'on ne le croit en général, une cause déterminante de la propagation du fléau.

Durée de séjour à Paris. — Comme il avait été supposé que le choléra faisait surtout des victimes parmi les personnes arrivées récemment à Paris, M. Blondel a voulu se rendre compte de la durée de séjour des malades qu'on amenait dans les hôpitaux. Le résumé du tableau consacré à ce sujet donne le résultat suivant sur 4,740 cholériques :

264	seulement étaient à Paris depuis	1 à 15	jours.
65	—	16 à 29	jours.
426	—	1 à 2	mois.
665	—	3 à 6	mois.
2,988	—	plus de 6	mois.

La conclusion que l'on peut tirer de ces chiffres n'a pas besoin d'être indiquée.

Professions. — M. Blondel fait observer avec raison que, pour que le tableau qu'il a dressé à cet effet eût une signification, il faudrait connaître le nombre de personnes de chaque profession qui se trouvent à Paris, savoir combien d'entre elles ont été atteintes et soignées dans leur demeure, combien ont été reçues dans les hôpitaux, quelle a été la mortalité pour chaque catégorie. Mais, tout incomplet que soit ce document, il pourra être utile à ceux qui, s'occupant de recherches analogues sur une plus grande échelle, auraient quelque intérêt à consulter ce relevé partiel. On y voit que la profession qui a fourni le plus de malades est celle de journalier ; viennent ensuite les domestiques, les terrassiers, les maçons, les couturières, les lingères, etc.

Service dans les hôpitaux. — « C'est à l'égard du personnel attaché aux services hospitaliers, dit M. Blondel, que l'amoindrissement de l'action épidémique se fait le plus remarquer en 1854. Tandis que l'invasion de 1832 compte 97 décès, celle de 1849, 147 (par suite de l'épidémie spéciale de l'hospice de la Vieillesse-Femmes), l'année 1854 n'enregistre que 28 morts parmi les employés d'établissemens, les religieuses, les sous-employés, les infirmiers, infirmières et gens de service. La réduction n'est plus seulement de 50 p. 100 comparativement aux autres épidémies, elle est de 80 p. 100. Heureux résultat à consigner. Sur les 28 individus décédés, 11 n'étaient point appelés par leur emploi à s'approcher des cholériques ; parmi les 17 autres, les uns étaient attachés à des salles qui ont reçu des cholériques, plusieurs n'ont donné des soins qu'à des malades ordinaires. » (P. 109.)

Dans le chapitre suivant, M. Blondel expose les résultats de ses recherches sur les *conditions particulières de santé*, et le premier paragraphe de ce chapitre est consacré à la *diarrhée prémonitoire*.

Après avoir rappelé l'importance qu'a prise dans ces dernières années la question de la diarrhée prémonitoire, après avoir indiqué les conséquences que l'on a tirées, en Angleterre, de la croyance à l'existence de ce symptôme prodromique pour l'institution des visites préventives, institution que M. Blondel persiste à trouver difficilement praticable à Paris, point sur lequel nous persistons aussi à ne pas partager l'opinion du savant auteur de ce rapport et sur lequel nous aurons malheureusement peut-être à revenir, M. Blondel expose les résultats obtenus par l'observation dans l'épidémie de 1854. Ces résultats sont saisissans et nous semblent de nature à faire tomber toutes les objections qui ont été élevées sur l'existence, comme fait général, de la diarrhée prémonitoire.

« Les chiffres, dit M. Blondel, ne laissent pas de place aux incertitudes. Reprenant en main les 4,740 bulletins des malades du dehors, j'ai trouvé que 4,359 de ces malades avaient eu la diarrhée avant le moment où ils se présentaient à l'hôpital, et sur les 381 bulletins restans, les uns, en petit nombre, répondent négativement, les autres restent muets sur ce point des enquêtes individuelles.

Des 4,359 malades, 2,491 avaient ressenti de la diarrhée pendant 1 jour,
1,635 de 3 à 9 jours,
233 depuis 10 jours au moins.

Nous voudrions pouvoir reproduire ici les réflexions judicieuses dont M. Blondel fait suivre l'exposé de ce fait général. Mais l'espace nous presse et nous réservons cette question pour une publication spéciale.

Maladies antérieures. — M. Blondel a cherché à combler une lacune qui lui avait été signalée dans son rapport sur l'épidémie de 1849, à savoir quelle a été l'influence des maladies antérieures relativement à l'apparition du choléra sur les malades des hôpitaux. Il est arrivé aux résultats suivans :

Sur 1,953 malades,	fièvres typhoïdes.	207
	malad. des org. de la respiration.	200
	cas de chirurgie	182
	suite de couches.	100
	malad. des org. de la digestion. .	93

La quatrième et dernière partie de ce rapport est consacrée à la *comparaison des différences et des analogies que présentent les trois épidémies cholériques de 1832, de 1849 et de 1854.* Nous devons reproduire ces pages intéressantes :

§ Ier. — DIFFÉRENCE.

« Les trois épidémies cholériques qui ont atteint Paris, depuis 1832 jusqu'en 1854, diffèrent entre elles :

» Par la *durée* qui, de sept à huit mois, s'est étendue à quatorze pour la dernière.

» Par la *saison* où est apparu le fléau : en mars les deux premières fois, en novembre la troisième ; mais celle-ci prenant, il est vrai, la fin de mars pour point de départ d'une seconde période, plus grave même que la première, circonstance qui paraît digne d'être signalée, car elle semble confirmer, pour le mois de mars, une coïncidence permanente avec le développement, à Paris, de l'influence épidémique ;

» Elles diffèrent :

» Par la *rapidité du développement* qui conduit au point culminant de l'épidémie :

» Pour 1832, en moins de quinze jours ;

» Pour 1849, en trois mois moins quelques jours ;

» Pour 1853-1854, en huit mois.

» Par l'*intensité* qui paraît être en raison inverse de la durée, et qui s'évalue d'une manière sûre par le chiffre des décès et approximativement par le nombre, constaté ou supposé, des personnes atteintes :

	Décès.	Malades.
1832.	18,654	39,403
1849.	19,184	35,449
1853-1854. . .	9,096	17,798

» Elle s'évalue encore :

» Par le *prélèvement proportionnel* qu'a fait l'épidémie sur la population parisienne à chaque époque :

1832. . . . 1	décès, à domicile et dans les hôpitaux,	sur	45 hab. ;
1849. . . . 1	—	—	65
1853-1854. 1	—	—	132

» Par la comparaison du *chiffre total des victimes* avec l'ensemble de la population normale et autre :

1832.	5 décès	8/10	sur 100 habitans ;
1849.	4	4/10	—
1853-1854. . . .	4	»	—

» Les trois épidémies diffèrent encore :

» Par l'*ordre* dans lequel se sont produites les deux principales périodes qu'on remarque chaque fois ; la plus importante s'étant présentée la première en 1832, tandis qu'elle ne vient qu'en second en 1849 et en 1854.

» Par la *mortalité générale des cholériques*, qui tend à s'élever plutôt qu'à diminuer ;

» Par la *mortalité spéciale à chaque établissement* ;

» Par la *répartition des atteintes* dans les différens quartiers ; l'état des plus malheureux s'améliorant, chaque fois, dans une plus forte proportion que celui des arrondissemens qui, dès l'origine, ont été les plus épargnés ;

» Par *le nombre des cas de choléra* qui se déclarent à l'*intérieur* des hôpitaux sur des malades atteints d'autres affections, nombre qui va toujours croissant sans qu'on puisse assigner à cet accroissement une cause spéciale en dehors des diverses circonstances dont nous avons indiqué l'influence ;

» Par *le plus grand nombre de maladies graves* qui ont régné concurremment avec le choléra en 1854, et qui ont maintenu dans nos hôpitaux une population beaucoup plus considérable qu'aux autres épidémies ;

» Enfin, par *les complications* de moins en moins grandes que ces épidémies ont créées pour les services hospitaliers, comme par les *mesures exceptionnelles* qu'elles ont pu motiver de la part de l'administration.

§ II. — ANALOGIES.

» Les trois épidémies offrent, au contraire, certains résultats parfaitement semblables, et qui me paraissent dignes de toute votre attention, car les analogies ont bien plus d'importance que les différences. Celles-ci ne conduisent qu'à des solutions négatives ; celles-là constituent autant de traits caractéristiques de la nature et des effets du fléau : ce sont autant d'inconnues qu'on dégage du problème général.

» Parmi ces analogies, la première, la plus frappante, celle qui n'avait pas, je crois, été signalée avant mon rapport de 1850, et qui trouve sa confirmation dans celui-ci, est *la similitude d'action du fléau, à chacune de ses phases, sur tous les points de la ville, à l'égard de toutes les classes de personnes* ; similitude telle que les mêmes dates, presque les mêmes heures, marquent le commencement, le maximum d'effet et la décroissance de chacune de ces périodes, pour tous les quartiers, comme pour toutes les catégories d'habitans. D'où il résulte qu'à Paris au moins, le même jour, l'action cholérique redouble d'intensité ou perd tout à coup de sa force, au détriment ou à l'avantage de tous. Point capital, ce me semble, car il éclaire sur le mode de propagation du mal ; il écarte la supposition de la transmission du choléra d'individu à individu par l'unique voie de la contagion, et ne permet de chercher l'explication du développement épidémique que dans l'existence d'un *agent extérieur* dont la connaissance nous échappe.

» Les trois épidémies se ressemblent aussi :

» Par le *fractionnement* de chacune d'elles en *plusieurs périodes* bien distinctes (1) ;

» Par l'*impossibilité où elles sont de maintenir, pendant plusieurs*

(1) Même observation en Angleterre

jours, leur maximum d'intensité ; la décroissance commençant toujours dès que les séries croissantes s'arrêtent ;

» Par la *plus forte proportion des malades de 20 à 40 ans* qu'elles ont amenés dans les hôpitaux, comparativement aux malades plus jeunes ou plus âgés ;

» Par la *mortalité proportionnelle* qui atteint les différens âges, et qui sévit plus fortement sur l'enfance et sur la vieillesse que sur l'âge adulte.

» Les deux dernières nous ont montré que le *fléau peut devenir endémique* dans un établissement, s'y maintenir malgré l'assainissement des localités ; que le meilleur moyen de le combattre alors est de transporter les habitans dans d'autres lieux, ce qui peut se faire sans crainte pour les localités où ils se rendent, si ces localités ne sont pas elles-mêmes sous l'influence cholérique (1).

» La dernière confirme pour nous ce qui était seulement présumé, que le *choléra est presque toujours précédé de symptômes précurseurs*, en tête desquels il convient de placer la diarrhée prémonitoire. Elle donne lieu d'espérer, d'après les résultats obtenus en Angleterre, qu'en combattant à propos cette affection prodromique, on pourra conjurer en grande partie les effets du fléau.

» Toutes trois nous font reconnaître dans le choléra le *caractère d'un principe morbide* qui, répandu comme l'air, se transporte avec la même vitesse, s'abat sur les contrées, ou les épargne, suivant qu'il rencontre, dans les localités ou dans les individus, des conditions plus ou moins favorables à son incubation.

» Maintenant, ne faut-il voir dans toutes ces données que des considérations spéculatives répondant à notre besoin d'apprendre et de connaître, mais destinées à demeurer sans application possible, sans utilité pratique ?

» Je ne le pense pas et j'espère que vous en jugerez de même.

» Elles ont d'abord pour résultat immédiat : de fixer votre administration, ainsi que l'autorité supérieure, sur les deux points qui doivent concentrer leur attention et exciter leur sollicitude ; de rendre, par conséquent, les progrès plus certains puisqu'on connaît la route à suivre ; de prévenir toute fausse mesure, tout effort qui ne tendrait pas au but.

» Ce sera à l'administration de l'assistance de combattre, autant que possible, le développement des cas de choléra à l'intérieur des hôpitaux ; de poursuivre l'essai incomplétement fait de la réunion des malades dans un ou plusieurs établissemens, ou tout au moins dans des services spéciaux ; de faire évacuer tout hôpital où les atteintes intérieures se multiplieraient ; de porter à ce sujet une surveillance toute particulière sur l'état sanitaire de l'hôpital de la Charité.

» Ce sera encore à cette administration de concourir, de tous ses moyens, dans la limite de ses attributions, à l'extension, en temps d'épidémie, du service des consultations gratuites et du traitement à domicile tel qu'il a été organisé par votre arrêté du 20 avril 1853, et qu'il fonctionne depuis janvier 1854.

» Il appartiendra à l'autorité supérieure : d'examiner quel est le meilleur moyen d'amener la population à se faire soigner, dès qu'on éprouve le premier symptôme du mal, *la diarrhée ;*

» De provoquer, si le choléra se reproduit, la réunion de renseignemens assez complets et assez méthodiquement recueillis (au moyen de cadres, de bulletins et de tableaux dont les modèles seraient arrêtés à l'avance) pour que, de tous les points de la France, le fléau puisse être comparé dans ses effets les plus importans ;

» De faciliter, autant que possible, l'envoi immédiat d'un nombre suffisant de médecins sur les points attaqués isolément, et d'encourager au besoin la dispersion des populations.

» J'ose croire, d'après les faits observés, qu'une épidémie *grave* n'est plus à redouter à Paris. Mais, en 1853-1854, le fléau a étendu, pour la première fois, ses ravages dans beaucoup de départemens. Si le choléra se représente, il peut encore atteindre avec violence ces localités ou sévir sur celles qui ont été épargnées jusqu'ici. C'est là surtout qu'on trouvera l'occasion d'utiliser les enseignemens fournis par les trois épidémies successives de Paris ; c'est sur ces points qu'au premier symptôme il faudra porter en fait de conseils, de moyens de secours, toute la puissance d'action du gouvernement.

» Dans les départemens, la visite préventive est peut-être plus facile qu'à Paris ; l'adjonction de quelques médecins à ceux des localités pourrait suffire pour assurer le service ; sur beaucoup de points des campagnes, ce ne sont pas les habitans qui ont négligé de se faire soigner en temps utile, ce sont les praticiens qui ont manqué aux malades.

» Disons le donc : ce n'est pas en vain qu'on a cherché, en vain qu'on a étudié ; le jour se fait jusqu'à un certain degré. Le progrès des idées est sensible. Que l'on compare ce que, médecins et administrateurs, nous connaissions, en 1833, de l'action, de la propagation du choléra, des moyens à employer pour le combattre, et ce qu'on en sait aujourd'hui, ce qu'il est permis en outre de conjecturer avec quelque raison ; et l'on verra que si nous ne touchons pas encore au but, nous nous en sommes du moins sensiblement rapprochés.

» L'administration de l'assistance y aura contribué pour ce qui dépendait d'elle, en rendant compte de tous les faits observés dans ses vastes établissemens sur la nombreuse population qui les habite, sur la classe d'habitans qui les fréquente ; en donnant à la science, par le concours de la statistique, les moyens qu'on ne trouve que là, de comparer l'action du fléau sur le malade qui sort guéri, comme sur celui qui succombe, et d'étudier la maladie sous tous ses aspects. C'était un devoir qu'elle avait à remplir et qui a justement attiré tout votre intérêt. Je m'estime heureux, pour mon compte, d'avoir été appelé à participer à son accomplissement. »

Tel est dans son ensemble, et autant qu'on puisse en juger par cette analyse trop insuffisante, ce grand et beau travail qui fait un égal honneur à l'administration qui l'a inspiré et au savant inspecteur qui l'a exécuté. La réserve et la sobriété des déductions et des conséquences dont M. Blondel a fait preuve, témoignent de l'excellent esprit qui a présidé à cette œuvre difficile et pénible. Rien de plus aisé pour les esprits pressés et aventureux que de bâtir des théories sur des résultats numériques. Mais les hommes qui savent ce que coûtent de temps et de soins ces utiles études, qui ont appris par l'expérience combien la variété et la complexité des élemens dont il faut tenir compte peuvent faire aussi varier les résultats, ceux-là ne tirent qu'avec prudence et modération les conséquences scientifiques ou d'application.

Tout en imitant cette prudence, il nous sera permis de faire remarquer que partout où des travaux sérieux, exécutés par des hommes compétens, pouvant agir sur de grands nombres, partout, disons-nous, où ces travaux ont été entrepris, il en est résulté la confirmation de ces deux points qui, malgré de trop nombreuses dénégations, semblent définitivement acquis à la science :

1° Les études statistiques ne sont pas favorables à l'opinion de la propagation du choléra par voie de contagion ;

2° Ces études prouvent que, dans l'immense généralité des cas, les accidens graves du choléra sont précédés de la diarrhée prémonitoire.

Il est impossible de n'être pas frappé de ces deux grands faits comme ressortant pleins de lumière du beau rapport de M. Blondel.

Amédée Latour.

(1) De nombreuses observations autorisent du moins à le penser. L'Administration en a fait la preuve quand elle a renvoyé, en 1849, lors de l'épidémie de l'hospice de la Vieillesse-Femmes, un grand nombre d'infirmes de cette maison qui ont été, ou dispersées dans Paris, ou reçues dans un autre hospice. (Rapport de 1850.)

PHYSIOLOGIE.

DU SIÉGE COMMUN DE L'INTELLIGENCE, DE LA VOLONTÉ ET DE LA SENSIBILITÉ CHEZ L'HOMME ;

Par M. le docteur Max. Parchappe, inspecteur général de 1re classe des établissemens d'aliénés.

(Suite. — Voir les numéros des 1er et 15 Janvier 1856.)

PREUVE PATHOLOGIQUE.

Les perturbations qui n'expriment pas purement et simplement une diminution de la force, se traduisent, dans les phénomènes d'intelligence, par des symptômes infiniment plus variés et souvent plus évidens que dans les phénomènes de volonté et de sensibilité. Le délire, sous ses innombrables formes, se produit et se constate avec une extrême facilité, et sa manifestation tend à effacer tous les autres symptômes. Aussi, lorsque l'altération concomitante de la volonté et de la sensibilité ne porte que sur l'intensité et ne consiste que dans un affaiblissement léger, il peut arriver que la diminution de la motilité volontaire et de la réceptivité sensitive, qui indiquent la lésion de la volonté et de la sensibilité, échappe à l'observation. C'est ce qui a eu et a encore lieu dans la folie paralytique. L'altération du mouvement volontaire peut être facilement et est fréquemment méconnue dans la première période de cette maladie ; l'altération de la sensibilité, qui l'accompagne, n'a été constatée que par un petit nombre d'observateurs et n'est très positivement appréciable que dans le plus haut degré de la maladie.

L'intelligence, si complexe dans ses actes, tous solidaires les uns des autres, se trouble avec une extrême facilité, et on conçoit, comme au reste l'observation le prouve, que la plus légère altération dans le siége organique de l'intelligence puisse déterminer le délire.

Sans aucun doute, au moins pour moi, tout délire implique une lésion de la volonté et de la sensibilité dans ce que ces deux facultés ont d'intellectuel. Chez le délirant, les volitions ne peuvent être considérées comme se produisant dans l'état normal, puisque l'élément intellectuel de la volition, le motif, est nécessairement altéré dans ses conditions de manifestation. Et c'est pour cette raison essentielle que le délire exclut la liberté et la responsabilité. Chez le délirant, les sensations ne peuvent pas davantage être considérées comme pures de toute altération, puisque l'élément intellectuel de la sensibilité, la transformation de la sensation en idée, est nécessairement lésé. Les illusions des sens et du sentiment, les hallucinations attestent la participation de la sensibilité au trouble de l'intelligence dans le délire.

Mais le trouble des volitions, des sensations et des sentimens, en tant que symptôme morbide, n'est facile ni à constater positivement, ni surtout à distinguer sûrement du trouble de l'intelligence ; et, dans un grand nombre de cas, l'élément intellectuel du délire domine tellement ses élémens volontaire, sensitif et sentimental, qu'on ne reconnaît comme distinct et qu'on n'admet comme réel que le trouble de l'intelligence.

Ce qu'il y a de moins étroitement lié à l'intelligence dans la volonté et la sensibilité, l'impulsion motrice pour les mouvemens volontaires, et l'aptitude réceptive pour les sensations externes, est en même temps ce qu'il y a de plus simple comme action physiologique, et de plus absolument subordonné aux conditions mécaniques de structure. Aussi, à ce point de vue, les fonctions de la volonté et de la sensibilité peuvent être considérées comme beaucoup plus capables que les fonctions intellectuelles de résister aux causes de perturbation. On conçoit dès lors que des altérations organiques, tout en jetant le trouble dans les fonctions intellectuelles, puissent laisser libre le déploiement de la force motrice volontaire et permettent aux impressions extérieures d'arriver à la conscience suivant les conditions ordinaires. Et, d'autre part, les altérations de la volonté et de la sensibilité, en ce qui se rapporte à la force motrice et à l'aptitude réceptive, se produisant essentiellement sous la forme de modification quantitative, on comprend aussi que cette modification puisse exister à des degrés infiniment variés, dont les plus faibles peuvent échapper à l'observation, et qu'elle ne doive parvenir à l'effacement qu'à la condition d'une altération organique équivalente à la destruction.

L'observation prouve en effet que, pour les trois élémens fonctionnels qui composent l'activité psychique, et qui peuvent être troublés simultanément par une même maladie et par une même altération organique, il y a un ordre, dans le degré d'influence morbide exercée, tel que l'intelligence est plus facilement lésée que la volonté et la sensibilité, et la volonté, en tant que force motrice, plus facilement atteinte que la sensibilité.

C'est ce qui a lieu dans l'état de sommeil et dans l'état apoplectique.

La connaissance et la faculté de penser se perdent avant la faculté de se mouvoir et surtout avant la faculté de sentir.

On peut mesurer en quelque sorte le degré d'intensité de la lésion des fonctions psychiques ou cérébrales dans la stupeur fébrile, dans l'assoupissement de la congestion, de l'hémorrhagie, du ramollissement, par le degré de lésion de la faculté motrice et de l'aptitude réceptive pour les impressions externes.

Dans la folie paralytique, au summum de son développement, la lésion de l'intelligence est plus profonde que celle du mouvement, la lésion commune de l'intelligence et du mouvement plus profonde que la lésion de la sensibilité. Le ramollissement de la couche corticale cérébrale, qui est l'élément anatomique de cette maladie, n'entraîne l'abolition du mouvement volontaire et de la sensibilité que quand la lésion de structure, portée jusqu'à la désorganisation, a atteint, dans une grande étendue, toute l'épaisseur de la couche corticale.

D'après toutes ces considérations il devient facile de reconnaître combien peu d'observations pathologiques, parmi celles qui constituent les collections réunies par les auteurs, contiennent, même au point de vue de la simple constatation des altérations fonctionnelles, des faits dont la valeur scientifique ne puisse être contestée.

Mais, après avoir obtenu par de pénibles efforts la traduction légitime des symptômes en lésions fonctionnelles distinctes, l'interprétation physiologique rencontre de nouvelles et non moins grandes difficultés dans la détermination du rapport de ces lésions fonctionnelles aux altérations organiques constatées.

Il est important de remarquer tout d'abord qu'à raison de leur nature essentiellement dynamique, les fonctions du système nerveux peuvent être altérées, sous toutes les formes et à tous les degrés, sans qu'il soit possible de saisir dans les organes aucune trace matérielle d'altération.

Cette indépendance des lésions fonctionnelles par rapport à toute lésion organique appréciable, qui caractérise toute une classe de maladies, les névroses, permet, il est vrai, d'expliquer d'une manière satisfaisante la plupart des contradictions offertes par les observations anatomo-pathologiques ; mais on ne peut se dissimuler qu'elle infirme généralement la valeur applicable des faits de coïncidence et de non-coïncidence entre les troubles fonctionnels et les altérations organiques, et qu'elle introduit, dans un grand nombre d'observations, un élément de doute qui s'oppose à ce qu'on puisse les admettre au nombre des faits véritablemens concluans.

Ainsi une lésion isolée de la substance blanche du cerveau, constatée après la mort chez un individu qui, pendant la vie, a offert, outre une paralysie du mouvement volontaire, un trouble plus ou moins prononcé de l'intelligence, ne prouve pas que l'intelligence ait pour siége la substance blanche du cerveau, puisque le délire a pu dépendre d'une lésion dynamique, ayant sa condition dans un état inconnu de la couche corticale cérébrale.

Et d'autre part, les cas très nombreux, dans lesquels la substance corticale cérébrale est trouvée saine après la mort, quand l'intelligence a été troublée pendant la vie, infirment la valeur applicable du fait de coïncidence constatée entre les troubles intellectuels et les lésions de la surface cérébrale.

Les symptômes qui représentent la perturbation des fonctions de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité, et qui ne consistent pas dans l'altération quantitative de la force qui préside à ces fonctions, savoir : toutes les formes et toutes les variétés du délire, en ce qui se rapporte à l'intelligence ; les mouvemens désordonnés et les convulsions, en ce qui se rapporte à la volonté ; les illusions des sens, les hallucinations, les douleurs, en ce qui se rapporte à la sensibilité ; supposent tous la continuation de l'exercice de la fonction et la conservation de la structure organique dans leurs conditions les plus essentielles.

Aussi des altérations fort légères peuvent déterminer des troubles très notables dans l'intelligence, la volonté et la sensibilité, ainsi que le prouve l'observation pathologique dans les hyperémies et les inflammations des méninges et de la surface cérébrale, maladies qui se caractérisent symptomatique-

ment par le délire, les convulsions, les illusions des sens et les hallucinations.

D'autre part, des altérations anatomo-pathologiques fort graves, développées au contact ou dans le sein des organes cérébraux, peuvent n'apporter qu'un trouble fort léger, ou même ne causer aucun trouble dans les fonctions, si le développement lent et successif de ces altérations n'a pas eu pour effet de modifier la structure essentielle de ces organes, ou de provoquer en eux-mêmes un travail morbide.

C'est ainsi que les productions accidentelles, tubercules, cancer, hydatides, tumeurs diverses, peuvent laisser intactes les fonctions des organes centraux du système nerveux, ou n'amener, qu'à la longue et par une action mécanique de compression, des troubles qui consistent surtout dans un obstacle à ce qu'il y a de mécanique dans les fonctions du système nerveux, savoir, la transmission des impulsions motrices et des impressions sensitives. On conçoit qu'il n'y ait, le plus souvent, rien d'absolu à conclure de ces observations dans les questions de détermination du siége organique des fonctions.

Les symptômes qui consistent en une altération quantitative de la fonction, équivalente sinon égale à l'abolition, c'est-à-dire: pour ce qui concerne l'intelligence, le dernier degré de la démence, la perte de la connaissance, le coma; pour ce qui concerne la volonté et la sensibilité, les paralysies; semblent supposer l'altération profonde de la structure organique.

Il résulte de là que les observations qui fournissent les faits les plus propres à être transformés en preuves, sont celles où, d'une part, l'altération fonctionnelle, pour l'intelligence, la volonté et la sensibilité, a été portée jusqu'à un degré voisin de l'abolition, et où, d'autre part, l'altération anatomique s'est le plus rapprochée d'une complète désorganisation.

Il y a donc lieu, dans l'interprétion physiologique des observations pathologiques, de tenir grand compte de la nature des altérations organiques. Le ramollissement, simple ou hémorrhagique, est, de toutes ces altérations, la plus concluante, quant à l'explication des fonctions abolies, car le ramollissement a pour effet de détruire, dans une notable étendue, la structure organique. L'atrophie et l'induration sont loin d'avoir la même portée, toutes les fois qu'elles n'impliquent pas la désorganisation.

Mais il ne faut pas perdre de vue que la désorganisation d'une partie de l'encéphale, qui doit avoir pour effet nécessaire d'entraîner directement et immédiatement la suppression de la fonction qui lui est dévolue, a souvent pour effet indirect et médiat la suppression de fonctions auxquelles président d'autres parties organiques. Les troubles fonctionnels tendent à se généraliser, avec une extrême facilité, dans tout l'encéphale, quand une de ses parties est gravement atteinte d'une maladie quelconque, à raison de la continuité et de la contiguïté des divers élémens organiques, de leurs connexions vasculaires, de leur inclusion dans une même cavité inextensible. Rien de plus fréquent que les effets de la compression mécanique, de la congestion sanguine, de l'irritation sympathique, se produisant sous la forme d'un trouble général des fonctions encéphaliques, dans les maladies dont le siége anatomique est limité à un seul élément, à une seule partie de l'encéphale, trouble général dans lequel se confond et se masque le trouble spécial de la fonction distincte dévolue à l'élément, à la partie malades.

Dans l'appréciation de la valeur des altérations organiques constatées après la mort, il est important de déterminer aussi rigoureusement que possible, d'après les données générales de la science et d'après les données particulières de l'observation à juger, l'époque à laquelle doit être rapportée la production de l'altération sous la forme offerte au moment de l'autopsie.

En ce qui se rapporte à la plus concluante des altérations, au ramollissement, il ne faut pas perdre de vue qu'il y a lieu de prendre en grande considération la possibilité de son développement rapide, en étendue et en intensité, soit dans les derniers momens de la vie, soit même après la mort.

Il est rare que les malades soient attentivement observés dans les derniers instans de la vie; les phénomènes symptomatiques offerts peu de temps avant la mort et non constatés par l'observation, auraient, sans aucun doute, plus d'une fois donné l'explication de ces altérations considérables trouvées après la mort, sans que leur existence eût été révélée par aucun symptôme constaté pendant la vie. Aux approches de la mort, une altération, légère et peu étendue, peut se développer et s'aggraver rapidement, et se propager à des parties qui n'avaient pas encore été atteintes dans le cours observé de la maladie.

A une altération limitée et moins profonde pendant la vie, la décomposition cadavérique, plus rapide dans les tissus malades, peut substituer, par extension et par développement, une altération plus étendue et plus complète.

Il est, enfin, important de remarquer que toute la valeur d'induction physiologique à tirer des observations pathologiques, pour la détermination du siége organique des fonctions, est absolument subordonnée à l'exactitude et à la fidélité dans la constatation du siége des altérations organiques. Or, cette constatation suppose des connaissances anatomiques qui ne se rencontrent pas chez tous les observateurs, et exige une attention et des soins qui font souvent défaut dans les autopsies cadavériques.

Toutes les parties constituantes de la structure si compliquée de l'appareil encéphalique ont entre elles des connexions étroites et multipliées de contiguïté et de continuité. Il en est ainsi des deux élémens fondamentaux de cette structure; la substance grise et la substance blanche, auxquels sont certainement dévolues des fonctions distinctes et dont il n'est pas toujours facile de déterminer les lésions isolées ou simultanées.

Il en est de même des diverses parties qui peuvent être, anatomiquement et physiologiquement, considérées comme des organes distincts et qui peuvent être atteintes isolément ou simultanément par la maladie, cordons de la moelle épinière, pédoncules cérébraux et cérébelleux, tubercules quadrijumeaux, couches optiques, corps striés, faisceaux de la substance blanche, qui se continuent de la moelle allongée dans le cerveau et le cervelet, qui unissent le cervelet au cerveau, et qui, dans le cerveau et le cervelet, mettent en communication, avec la substance grise corticale, la substance grise centrale, et d'un côté à l'autre les hémisphères entre eux.

Combien d'observations doivent-elles être considérées comme justement frappées de non valeur, à raison de l'imperfection de la description des altérations organiques, en ce qui se rapporte à la détermination précise et rigoureuse de leur siége dans l'une ou dans l'autre de ces parties?

N'est-il pas permis de croire que des connaissances anatomiques plus profondes, et une attention plus scrupuleuse chez les observateurs, dans le passé, auraient notablement diminué le nombre des faits apparemment contradictoires dont les archives de la science sont surchargées? Et n'est-il pas permis d'espérer qu'un état de perfection plus grande dans la connaissance de la structure de l'encéphale conduira, dans l'avenir, de nouveaux observateurs à des résultats à la fois plus sûrs et plus concluans?

L'état de confusion et d'anarchie dans lequel se trouve encore la pathologie, quant à la détermination du siége des maladies du système nerveux, symptomatologiquement et physiologiquement considérées, dépend, à mon avis, de ce que les observations recueillies réunissent rarement tous les caractères exigibles, de ce qu'on a tiré des faits des inductions prématurées ou inexactes, de ce que les inductions n'ont pas été suffisamment contrôlées et mises en rapport avec les autres élémens de la science.

Je n'échapperai sans doute pas au reproche que cette affirmation fait peser sur les pathologistes. Je ne me dissimule pas qu'on m'opposera immédiatement les faits nombreux qui existent dans les recueils scientifiques et qui contredisent la doctrine que je soutiens. Cette considération ne m'arrête pas. Ces faits, que je connais, ne contredisent pas seulement ma doctrine, ils se contredisent entre eux.

Prises en masse dans les archives de la science, où elles sont accumulées, les observations pathologiques ne représentent guère que la contradiction sous toutes les formes et à tous les degrés, qu'une perpétuelle négation de tout ce que la science physiologique a le plus sûrement démontré. Et pourtant tous les faits, dans ce qu'ils ont d'exact, contiennent la vérité.

C'est à la critique qu'il appartient de faire un choix légitime parmi les faits. C'est à l'analyse scientifique qu'il appartient de tirer des faits exactement et complétement observés, l'enseignement vrai qu'ils contiennent.

L'observation ultérieure ne manquera pas, à l'aide du temps, de consacrer la vérité. C'est quand la vérité a été trouvée, et seulement quand elle a été trouvée, que les preuves abondent. Il en a été ainsi du principal théorème de Charles Bell; il en sera de même, je l'espère, du théorème que j'ai posé.

Je ne demanderai donc à la pathologie que les observations réunissant les caractères généraux et spéciaux que j'ai indiqués comme propres à leur donner une valeur réelle de preuve empirique.

Je produirai, à l'appui de la thèse que je soutiens, celles de ces observations qui ont une valeur positive pour sa démonstration.

Quant aux observations qui, réunissant tous les caractères exigibles, représenteraient des contradictions, je les reproduirai ou je les signalerai sans les accepter dès à présent comme preuves. L'avenir, par l'accumulation de nouveaux faits, décidera de leur véritable valeur.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE GÉNÉRALE.

Du traitement des fièvres intermittentes anciennes et rebelles. — Influence que certains actes pathologiques peuvent exercer sur la marche des fièvres intermittentes.

Nous devons consacrer cette *Revue* à la question importante du traitement des fièvres intermittentes anciennes et rebelles au sulfate de quinine. Nous ne rappellerons pas à nos lecteurs l'origine de ce débat; ils se souviennent que la reproduction que nous avons faite d'un article de M. le docteur E. Chauffard, confirmé par une note de M. le docteur Rochard, a donné lieu à une lettre de M. le docteur Bertet, de Cercoux, que nous avons publiée dans notre numéro du 8 janvier 1856.

Cette lettre de M. Bertet nous vaut aujourd'hui une communication directe de M. E. Chauffard, et une seconde note de M. Rochard. Nous nous empressons de publier ces deux communications.

Voici d'abord celle de M. Chauffard :

Il est, en médecine, des esprits distingués d'ailleurs, mais façonnés par leur nature, leurs habitudes scientifiques, leur première éducation médicale, à rechercher l'absolu dans les problèmes thérapeutiques, à ne pas souffrir les exceptions aux règles générales, à repousser les distinctions, l'étude des indications particulières, à vouloir enfin opposer nécessairement à une forme morbide, à un nom du cadre nosologique, une médication constante, une invariable formule. En sorte que lorsque des faits semblent s'élever contre ce qui est pour eux une règle exclusive de traitement, ils répugnent à les accepter franchement, et ne s'attachent pas à trouver par l'analyse des élémens morbides indicateurs, la raison vraie du défaut de la médication ordinaire dans certains cas, et en même temps du succès de médications exceptionnelles. Pourtant, la médecine pratique donne de perpétuels démentis à l'absolu; elle vit de distinctions souvent délicates, et l'intelligence de celui qui s'y livre ne saurait jamais se faire assez souple, assez accessible à toutes les conceptions, aux interprétations les plus diverses de faits en apparence semblables.

M. le docteur Bertet, de Cercoux, me paraît séduit par ce désir de notions fixes et assurées quand même, et ne guère souffrir que, dans des maladies de même nom, les questions de traitement soient tenues pour variables. Le sulfate de quinine est certainement le remède héroïque, le spécifique, si l'on veut, des fièvres intermittentes. La thérapeutique ne possède pas d'agent plus sûr, d'une efficacité plus fidèle. Ce n'est pas seulement contre les premières invasions fébriles que sa puissance éclate, mais encore généralement, je le redis avec M. Bertet, contre les accidens qui résultent des longues fièvres paludéennes. Ce praticien apporte en témoignage quatre observations; il aurait pu les multiplier, et tout médecin exerçant dans les pays où règnent endémiquement les fièvres intermittentes, fournirait des preuves sans nombre à l'appui. Pour nous, que les fièvres périodiques assiégent, qui vivons dans une contrée où elles revêtent toutes les formes, qui les observons depuis les intermittentes simples de type varié, jusqu'aux intermittentes accompagnées, subcontinues et subintrantes, qui les poursuivons enfin jusque dans les fièvres continues et dans les phlegmasies, on comprendra que nous n'avons nulle envie de contester ni d'amoindrir l'admirable vertu d'un médicament que nous n'administrons pas sans hardiesse, et, j'ose le dire, sans bonheur.

Mais ces faits de chaque jour ne sauraient m'empêcher de reconnaître qu'il peut exister et qu'il existe des cas isolés, ou survenant simultanément dans des conditions particulières à peu près identiques, et constituant des sortes de fièvre intermittente à médication autre que celle du sulfate de quinine. Je n'irai pas en rechercher de trop faciles et vulgaires exemples. Je me bornerai à mentionner ceux relatés par moi dans le court article que vous avez bien voulu reproduire dans votre excellent journal. A l'égard de ces faits, je rectifierai une assertion de M. Bertet. Je n'ai pas, contrairement à sa pensée, continué l'usage du sulfate de quinine pendant l'emploi des cautères. J'ai laissé la suppuration de l'hypochondre gauche faire seule son œuvre, et ranimer les malades. Sous cette influence, j'ai vu les retours fébriles que le sulfate de quinine n'avait pu enrayer ni affaiblir, s'éloigner, diminuer beaucoup d'intensité, disparaître pendant trois semaines, un mois d'abord; et lorsqu'après ce temps, leur réapparition se faisait sous l'influence des habitudes morbides de l'organisme, ou sous tout autre action extérieure, légère ou forte et perturbatrice, le sulfate de quinine ayant reconquis, même à faible dose, sa légitime influence, en avait solidement raison. En même temps, l'hypertrophie splénique, malgré son énorme volume, se résolvait sûrement, toutes les fonctions de l'économie se réveillaient, l'état général enfin se relevait de son extrême abattement.

Tels sont les faits en raccourci, et ils furent nombreux et saillans. La clinique raisonnée en est-elle difficile, et n'est-elle pas en conformité avec la saine interprétation des actes morbides? N'y était-on pas conduit directement par l'étude des élémens constituans de la maladie, étude dont les données générales ont été admirablement tracées dans l'œuvre trop peu connue de Frédéric Bérard, *Application de l'analyse à la Médecine pratique, supplément à la doctrine générale des Maladies chroniques de Dumas*. Ne pouvait-on percevoir ce que le traitement qui a réussi mit plus tard en lumière, à savoir que l'élément fébrile spécial, que la fièvre périodique primitive, ne demeurait plus l'élément dominant de la maladie; que cette fièvre n'était plus seulement rappelée par l'intoxication première de l'économie, par le miasme paludéen; mais que deux de ses effets, l'hypertrophie splénique et la dégradation générale de l'économie, étaient à leur tour devenus cause essentielle de l'affection morbide, élément majeur de la maladie parvenue à cette période, et que par conséquent, une médication plus directement appropriée à cette face de la maladie réussirait, alors que la simple administration des fébrifuges resterait impuissante. C'est d'après ces inductions que je me décidai à couvrir de cautères la tuméfaction splénique, qui me paraissait dominer même l'état général, ou du moins l'influencer grandement; je vis s'éteindre ainsi des fièvres intermittentes rebelles, qui persistaient pour la plupart depuis plus d'un an, et que tous les autres soins ou remèdes donnés aux malades n'avaient pu affaiblir.

Cette analyse pratique des élémens morbides qui fournit les indications thérapeutiques dans toutes les maladies, ne conduit-elle pas, chaque jour, dans le traitement des fièvres intermittentes, à s'adresser à un autre élément que l'élément fébrile périodique? Il suffit de mentionner ces fièvres intermittentes, particulièrement les intermittentes vernales, qu'un émétique ou un émoto-cathartique enlèvent souvent d'une manière stable, ou que le fébrifuge ne saurait guérir, et même exaspérerait parfois sans cette évacuation préalable.

M. Bertet ne saurait non plus admettre que les fièvres intermittentes puissent guérir par des mouvemens critiques spontanés; et il ne veut pas attribuer ce caractère à l'apparition d'ulcères aux jambes, signalés par M. le docteur Rochard comme jugeant souvent à Madagascar les accidens graves résultant des fièvres miasmatiques. Ces faits-là pourtant, en dehors de la valeur personnelle de l'observateur consciencieux

qui les relate, ne sont-ils pas profondément médicaux? Quelle est l'affection que la nature ne puisse guérir par des crises! aucune certainement, même parmi les maladies produites par l'absorption des plus délétères miasmes. M. Bertet pense-t-il que le quinquina introduit dans l'organisme guérit la fièvre intermittente, en allant directement et molécule contre molécule, s'attaquer au miasme absorbé, en le neutralisant ainsi matériellement, en se combinant avec lui comme un acide se combine avec un alcali pour former un sel neutre? M. Bertet se révolterait si on lui prêtait une pareille opinion; il croit sans doute que le quinquina, ou mieux le sulfate de quinine, guérissent en imprimant une modification propre et salutaire à la sensibilité organique, aux forces vitales actives, perverties par l'impression délétère du miasme paludéen. Pourquoi dès lors cette modification heureuse ne pourrait-elle s'effectuer directement, et en particulier par des actes et par des évacuations critiques? Les crises sont la plus grande ressource de la nature médicatrice, et la nature médicatrice est plus grand médecin que nous. Observons-en donc religieusement toutes les manifestations, et apprenons à lire docilement dans ce grand livre de la nature, où sont écrites toutes les vérités, en caractères immuables, mais trop souvent voilées pour nous.

M. le docteur Rochard prend la parole et nous dit à son tour :

Puisque M. le docteur Bertet, de Cercoux, n'a pas été édifié par les observations que j'ai publiées sur les heureux résultats produits par l'apparition des boutons ulcéreux aux jambes chez les malades atteints de fièvres miasmatiques de Madagascar, j'apporte, aujourd'hui, de nouveaux faits qui, en confirmant mes premières assertions, auront en même temps pour but de rectifier les conclusions beaucoup trop absolues par lesquelles il termine sa note. Dans le numéro du 8 janvier de l'UNION MÉDICALE, notre honorable confrère, après avoir cité quelques heureux effets du sulfate acide de quinine dans les accidens qui accompagnent les fièvres paludéennes de longue durée, conclut ainsi : « Le » sulfate acide de quinine guérit avec certitude, non seulement les fiè» vres d'accès, mais encore l'hypertrophie de la rate qui les accom» pagne. »

Je regrette, en présence d'une semblable affirmation, d'avoir à produire des faits très concluans aussi, mais dans un sens tout contraire et qui prouvent que les accès de fièvre de longue durée, ainsi que l'hypertrophie de la rate qui les accompagne, restent souvent réfractaires à l'action du sel de quinine. Voici, du reste, ce que j'ai observé à Madagascar : les traitans (négocians européens), qui habitaient cette île depuis plusieurs années, étaient sujets à de fréquens accès de fièvres; chez la plupart, la rate devenait très volumineuse. Au retour de la saison des fièvres, et pendant la durée de l'hivernage, ils prenaient de fortes et fréquentes doses de sulfate de quinine, dont ils n'obtenaient d'autre bénéfice que celui d'empêcher l'accès de devenir pernicieux ou d'en diminuer la violence. Quant à la périodicité de l'accès et à l'engorgement hypertrophique de la rate, ils restaient les mêmes; le ventre même prenait un volume considérable, et ces hommes en étaient venus à croire que leur état d'obstruction tenait à l'usage prolongé de la quinine. Dans cette persuasion, ils prenaient souvent des purgatifs, soutenant que ce moyen, en facilitant l'absorption et l'action du sel, avait pour effet de retarder le retour des accès.

Je dois convenir que, dans le pays dont on parle, on faisait abus des purgatifs, et que plusieurs traitans, dans leur trop grande confiance dans cette médication, ayant négligé le sulfate de quinine, ont fini, victimes de leur imprudence, par périr dans un accès pernicieux. Mais il n'en reste pas moins démontré, par ces faits, que le sulfate acide de quinine ne guérit pas avec certitude ni les fièvres intermittentes de longue durée, ni l'hypertrophie de la rate.

M. Bertet dit encore, dans sa note, que les ulcères gangréneux qui surviennent aux jambes pendant l'hypertrophie de la rate « ne sont pas » un moyen employé par la nature pour se débarrasser; qu'ils ne guéris» sent pas la fièvre, mais la compliquent fâcheusement. » Notre confrère a sans doute raison dans l'espèce qu'il a décrite. Là, les ulcères gangréneux sont bien l'expression la plus évidente de l'infection, de la cachexie paludéenne. Mais ce que mon contradicteur n'a pas remarqué, c'est que des ulcères gangréneux n'ont rien de commun avec les boutons ulcérés dont j'ai parlé, que je n'ai jamais vus devenir gangréneux. On peut, si on le veut, les considérer les uns et les autres comme les symptômes d'une crise, mais avec cette distinction cependant que les *boutons ulcéreux* dénotent un état critique qui tend à la guérison, tandis que les ulcères gangréneux dénotent une crise qui tend à une issue funeste.

Quant aux boutons ulcéreux, je ne puis m'empêcher de reconnaître en eux un signe de bon augure puisque j'ai vu, chez tous les malades qui en étaient affectés, la fièvre s'affaiblir toujours, cesser quelquefois, et la rate diminuer de volume. Atteint moi-même d'une forte fièvre, comme je l'ai déjà dit ailleurs, je n'ai jamais eu aucun signe anormal du côté de la rate, ni avant, ni après l'apparition des ulcères.

Voilà des faits bien certains et dont on doit conclure que les émonctoires, sinon artificiels, du moins naturels, contribuent à la guérison des fièvres intermittentes. On peut encore arriver indirectement et par analogie à la même conclusion en se rappelant que certains états morbides sont considérés comme des préservatifs des fièvres intermittentes auxquelles sont exposés les Européens dans les pays chauds.

A cet égard, je citerai les observations de Bajon, ancien chirurgien-major de l'île de Cayenne, correspondant de l'Académie royale des sciences de Paris et de celle de chirurgie. Dans son second mémoire (1) sur les maladies de Cayenne, on lit le passage suivant :

« Mais il y a, à Cayenne, me dira-t-on, des personnes qui ne sont jamais malades, et qui jouissent d'une très bonne santé, et d'autres qui, après avoir passé bien des années sans ressentir la moindre incommodité, ont eu des fièvres fort ordinaires et sans accidens. Cela peut être, mais tout le monde ne sait pas que ceux qui semblent jouir de la meilleure santé en apparence, n'en jouissent pas en réalité, que la plupart de ces personnes cachent sous leurs vêtemens des incommodités qui, en produisant quelque écoulement, donnent issue à une partie de l'humeur fébrile, laquelle ne peut, alors, ni s'accumuler, ni prendre assez de force pour exciter des fièvres violentes.

» Les incommodités capables de produire ces derniers effets sont de plusieurs espèces; mais celles qui paraissent y avoir le plus de part, et qui sont les plus communes parmi les habitans de cette colonie, sans que personne s'en aperçoive, sont les dartres.

» Cette espèce de préservatif des fièvres est d'autant plus sûr, que les dartres sont plus nombreuses et qu'elles entretiennent un écoulement plus abondant d'humeur.

» Outre les dartres, d'autres incommodités produisent le même effet; j'ai vu des personnes avoir pendant longtemps des écoulemens vénériens, et n'être jamais attaquées de fièvres, ou n'en avoir que de très légères. La nature sage et prudente connaît les besoins de la machine humaine et produit souvent de ces espèces d'évacuations dans différentes parties du corps, sans qu'aucune cause paraisse y concourir. J'ai été consulté une infinité de fois pour des cas semblables. Dans les uns, c'était un suintement purulent qui se faisait par les aisselles; chez d'autres, j'observai de grosses gales aux fesses et entre les cuisses; ceux-ci, malgré la grande propreté, étaient sujets à des écoulemens purulens entre le prépuce et le gland; ceux-là avaient de petites fluxions de temps en temps, dans le nez, derrière ou dans les oreilles et quelquefois ailleurs; plusieurs étaient attaqués périodiquement d'érysipèles considérables; d'autres, enfin, avaient quelque ulcère qui donnait issue à une grande quantité d'humeur purulente. Toutes ces incommodités, souvent très cachées, enlèvent et détruisent même la cause des fièvres auxquelles on est si sujet dans ces climats chauds; il serait dangereux de chercher à s'en débarrasser sans prendre les précautions les plus grandes. »

La valeur de tous ces actes pathologiques se trouve toute entière dans le fait de la révulsion. La nature ici, dans ses procédés impénétrables, a résolu le problème que nous nous efforçons souvent en vain d'imiter, celui d'atténuer et d'empêcher parfois les fièvres d'accès, en produisant des écoulemens puriformes à action prolongée de nature différente.

Maintenant, si nous rapprochons les faits nouveaux que j'ai rapportés dans cette note avec ceux observés par M. Bertet, l'histoire si intéressante des fièvres intermittentes devient plus complète, ce qui nous permet de substituer aux conclusions trop absolues de notre confrère les conclusions suivantes :

1° Le sulfate acide de quinine employé généralement avec succès contre les fièvres intermittentes, et principalement contre leur perniciosité, quelle que soit l'époque de leur invasion, ne guérit pas toujours, *avec certitude*, ni les fièvres paludéennes de longue durée, ni l'hypertrophie de la rate qui les accompagne.

2° Il est quelquefois utile, dans les fièvres à accès prolongés, de faire précéder l'administration du sulfate de quinine, de purgatifs, et mieux, comme l'a fait avec succès M. le docteur Chauffard, d'exutoires sur la région splénique lorsque l'engorgement de l'organe est ancien, afin de faciliter l'absorption du médicament, et d'obtenir la diminution du volume de la rate.

3° Les ulcères gangréneux qui surviennent aux jambes, pendant l'hypertrophie de la rate, étant l'expression plus ou moins prononcée de la cachexie paludéenne, sont toujours fâcheux.

4° Les ulcères non gangréneux, d'une nature critique salutaire, ont pour effets, par leur suppuration prolongée, d'atténuer toujours la fièvre, d'empêcher le plus souvent la périodicité des accès et de diminuer le volume de la rate.

5° Enfin, les écoulemens dartreux vénériens, leucorrhéiques ou de toute autre nature, peuvent être considérés, chez les Européens habitant les pays chauds, comme des préservatifs des fièvres intermittentes d'autant plus sûrs que ces écoulemens sont plus abondans.

(1) Extrait des registres de l'Académie royale des sciences, du 3 septembre 1777.

PRESSE MÉDICALE.

DIAGNOSTIC DES MALADIES CONGÉNITALES DU COEUR; par le professeur PEACOCK. — Il n'est pas difficile au début de la vie; ainsi des palpitations, de la dyspnée et la cyanose à différens degrés, observés dès la naissance, ou bientôt après, indiquent sûrement une déformation du cœur ou d'une des grosses artères. La difficulté est grande quand la maladie ne s'est déclarée que dans un âge plus avancé, quand le malade n'est observé qu'après la puberté et qu'on ne peut pas avoir de renseignemens précis sur son existence antérieure; alors il n'est souvent pas aisé de dire si la lésion est congénitale ou acquise. L'embarras augmente encore si, dans le premier cas, on veut préciser le genre de déformation.

Sur 150 cas de lésion congénitale du cœur de tout genre, près de 70 consistaient en un rétrécissement plus ou moins considérable de l'orifice de l'artère pulmonaire. Sur ces 150 enfans 28 ont dépassé 15 ans, et sur ces 28, 24 étaient atteints de cette stegnose. Il en résulte que, en cas de diagnostic d'une lésion congénitale, surtout si le malade est âgé de plus de 15 ans, on peut la supposer avec la plus grande probabilité dans l'artère pulmonaire. On entend alors à la hauteur du mamelon, entre lui et le sternum, un fort bruit systolique, qui se propage surtout dans la direction de cette artère, c'est-à-dire, de la base du cœur vers le milieu de la clavicule, et moins à la partie supérieure et à droite du sternum. Si ce rétrécissement est considérable, il est accompagné le plus souvent d'une perforation de la cloison inter-ventriculaire, et l'aorte reçoit son sang des deux ventricules. Alors il peut exister dans l'aorte ascendante un bruit systolique qui modifie les autres signes. Ordinairement dans ce cas, cette artère est très grande, et par sa vive réaction sur les valvules, il se produit pendant la diastole un second bruit clair, sensible surtout à la partie supérieure du sternum. A côté de ces symptômes on trouve ceux d'une hypertrophie avec dilatation du cœur droit et souvent avec reflux veineux dans la jugulaire.

Lorsqu'on a reconnu une coarctation de l'orifice de l'artère pulmonaire, on peut admettre en même temps une ouverture dans la cloison inter-ventriculaire ou la non oblitération du trou ovale, car l'une ou l'autre de ces deux lésions coexiste presque constamment. L'auteur essaie de donner le moyen de diagnostiquer la première; mais ces signes ne sont que théoriques et très vagues; quant à la seconde, il dit ne connaître aucun moyen de la reconnaître positivement, ainsi que les autres lésions congénitales. — (*Journal F. Kinderkrankh*, 1855, n°s 5 et 6.)

RÉORGANISATION DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON. — Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'ordonnance du 13 octobre 1840 relative aux Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie;

Vu le décret du 9 mars 1852;

Vu le décret impérial en date du 22 décembre 1855, qui réorganise l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon,

Arrête :

Art. 1er. Sont nommés à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon,

Professeurs titulaires des chaires suivantes, savoir :

Anatomie et physiologie. — M. Paris.
Pathologie externe et médecine opératoire. — M. Brullet.
Clinique externe. — M. Vallet.
Clinique interne. — M. Salgues.
Accouchemens, maladies des femmes et des enfans. — M. Lépine.
Matière médicale et thérapeutique. — M. Lavalle.
Pharmacie et notions de toxicologie. — M. Viallanes.

Art. 2. Sont nommés professeurs adjoints attachés aux chaires suivantes, savoir :

Clinique externe. — M. Chanut.
Clinique interne. — M. Merlot.
Pathologie interne. — M. Dugast.

Art. 3. Sont nommés professeurs suppléans :

Pour les chaires de médecine proprement dite. — M. Fortoul.
Pour les chaires de chirurgie et d'accouchemens, les maladies des femmes et des enfans. — M. Crouigneau.
Pour les chaires d'anatomie et physiologie. — M. Boucher.
Pour les chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie. — M. Delarue.

Art. 4. Est nommé chef des travaux anatomiques, M. Gruère fils.

Art. 5. Est nommé directeur de l'École, M. Lavalle, professeur de matière médicale et de thérapeutique.

Art. 6. M. le recteur de l'Académie de Dijon est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 10 janvier 1856.

H. FORTOUL.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

EN VENTE:

Aux Bureaux de L'UNION MÉDICALE, et chez tous les Libraires de l'École de médecine,

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

POUR LA VILLE DE PARIS.

Fondé par DOMANGE-HUBERT et continué par l'Administration de L'UNION MÉDICALE.

VINGT-SEPTIÈME ANNÉE — 1856.

Cet ouvrage renferme le recueil des lois spéciales relatives à l'enseignement et à l'exercice de la médecine et de la pharmacie; les renseignemens les plus complets et les plus exacts sur les Facultés de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie (personnel, enseignement, etc.), sur les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sur le haut enseignement public qui se fait au Muséum d'histoire naturelle, au Collége de France, à la Faculté des sciences et à la Faculté des lettres, sur tout ce qui rentre dans le domaine de l'Assistance publique (hôpitaux et hospices, secours à domicile); le tableau complet de toutes les Sociétés savantes de Paris se rattachant à la médecine et à la pharmacie; les indications nécessaires aux médecins et aux pharmaciens dans leurs relations avec les diverses Administrations publiques; le Service de santé des Autorités et Administrations; l'énumération de tous les Journaux de médecine et de pharmacie qui se publient à Paris; enfin, la Liste (avec les adresses, les titres officiels et les heures de consultations) de tous les Médecins et Pharmaciens du département de la Seine, et celle des Sages-femmes de Paris; cette Liste est reproduite par rues pour les Médecins et les Pharmaciens de Paris.

UN JOLI VOLUME IN-18, IMPRIMÉ EN CARACTÈRES NEUFS, FONDUS EXPRÈS. — PRIX : 3 FRANCS 50 CENTIMES.

Tome X. — N° 11. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 24 Janvier 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE : Du traitement des grandes plaies, surtout d'amputations, par le bain tiède continu. — III. CHIRURGIE : Sur la possibilité de la guérison des luxations coxo-fémorales congénitales. — IV. BIBLIOTHÈQUE : Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique. — V. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 22 Janvier 1856 : Correspondance. — Rapports. — VI. PRESSE MÉDICALE : Des causes de la maladie bleue. — Des chances de viabilité des enfans ayant des maladies congénitales du cœur. — VII. FEUILLETON : Sur l'une des formes de la douleur nerveuse ici désignée sous le nom de *supplicium neuricum*.

PARIS, LE 23 JANVIER 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Rapport de M. Jolly sur un mémoire de M. Michéa, relatif au traitement des affections convulsives par la belladone ;

Rapport de M. Bricheteau sur un mémoire de M. Lunier, concernant la médication bromo-iodurée ;

Rapport de M. Collineau sur un mémoire de M. Delenda, médecin grec, qui a choisi pour sujet d'étude l'influence de la lecture des romans sur la santé, et principalement sur la santé des femmes ;

Tel a été, avec une volumineuse correspondance, le menu de cette séance académique.

Nous n'avons pu rien entendre du rapport de M. Jolly, nous ne pouvons donc rien en dire.

Heureusement pour M. Lunier que M. Bricheteau a oublié que le mémoire de cet honorable confrère, du moins tout ce qui concerne la partie thérapeutique, a été publié dans l'UNION MÉDICALE en 1854. N'aurions-nous pas mauvaise grâce à ne pas nous associer sans réserve aux éloges donnés à ce travail par le savant rapporteur ?

Quant au rapport de M. Collineau, c'est une dissertation plus littéraire que scientifique, dans laquelle ce spirituel académicien a trouvé l'occasion de parler à peu près de toutes choses, excepté du sujet même du travail, c'est-à-dire des maladies que la lecture des romans peut occasionner aux femmes. M. Larrey s'est montré curieux de les connaître, en exprimant le regret que M. Collineau soit resté sur ce point dans des généralités fort élevées, sans doute, mais si vagues, qu'il a été impossible de saisir ce que l'auteur du mémoire a voulu dire et prouver. Nous croyons, somme toute, que le mémoire et le rapport sont l'un et l'autre jeux d'esprit ingénieux ; l'Académie s'est trouvée un instant indécise sur la convenance de publier le rapport dans le *Bulletin* ; pourquoi le *Bulletin* n'a-t-il pas un feuilleton ?

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DES GRANDES PLAIES, SURTOUT D'AMPUTATIONS, PAR LE BAIN TIÈDE CONTINU ;

Par le professeur LANGENBECK, de Berlin.

D'après le célèbre clinicien, les graves dangers de ces plaies proviennent du contact d'un air souvent vicié, d'une température trop variable et de la nécessité des pansemens, toujours douloureux et redoutés, quelque rares qu'on les fasse. L'appareil d'incubation de M. J. Guyot, que le professeur allemand paraît ignorer, a remédié à quelques-uns de ces inconvéniens, mais le contact de l'air subsiste toujours. M. Langenbeck examine d'abord les modes d'application de l'eau froide et chaude, en discute les avantages et les désavantages et conclut que, dans bien des cas, elles ne suffisent pas. Il rappelle les bons résultats qu'il a déjà obtenus par l'emploi des grands bains tièdes, après de grandes opérations, telles que la désarticulation scapulo-humérale, l'extirpation de l'omoplate, la taille, dans ce cas déjà, le lendemain de l'opération. Ces bains sont de demi-heure à une heure et donnés une à deux fois par jour, sans que la fièvre traumatique et l'inflammation des bords de la plaie les contre-indiquent ; à 36° centig., ils soutirent du calorique, diminuent la fièvre, la chaleur et la fréquence du pouls, calment la douleur et nettoient promptement la plaie. Les bains tièdes locaux ont souvent déjà été employés temporairement, par MM. Langenbeck et Stromeyer, dans les plaies d'armes à feu des extrémités, avec ou sans lésion des os, avant et pendant la suppuration. Stromeyer a le premier recommandé l'usage du bain tiède permanent après l'opération de la fistule vésico-vaginale. La femme est couchée dans un lit, garni d'un bain de siége dont l'eau est constamment renouvelée. Après ces préliminaires, le professeur de Berlin passe à l'exposition de son traitement, et nous allons le laisser parler.

Le docteur Fock a construit les appareils en zinc dont je me suis servi. Ceux qui sont destinés aux extrémités supérieures consistent en des cuvettes oblongues de grandeur variable ; on les place à côté du lit ou dans une excavation du matelas, de manière à ce que l'extrémité y repose commodément, le malade étant couché sur le dos. Le réservoir destiné à la jambe a la forme triangulaire ; sa base est dirigée en haut et sa pointe est fixée sur une planche et rendue mobile en roulant dans une charnière. Au moyen d'un appareil en bois qui s'engrène dans des excavations de la planche de support, et est fixé au bout supérieur, celui-ci peut être élevé ou abaissé à volonté. Tout l'appareil forme un double plan incliné, sur lequel la cuisse repose sur le support en bois matelassé qui soutient la cuve, tandis que la jambe, fléchie en un angle d'à peu près 120°, flotte dans le réservoir à eau. La cuve est garnie d'un couvercle fermé hermétiquement et muni en haut d'une ouverture destinée à laisser passer la jambe. L'ouverture porte un rebord saillant sur lequel on fixe une des extrémités d'un manchon en caoutchouc vulcanisé, tandis que l'autre embrasse la jambe ou la cuisse ; par ce moyen, on empêche l'évaporation et le refroidissement de l'eau. Dans l'intérieur du réservoir, on fixe à des crochets trois sangles de la longueur d'un doigt, qui soutiennent la jambe et obvient aux déplacemens en cas de fracture ; deux ou plusieurs autres sangles, accrochées au fond, passent en croix par dessus la jambe pour la fixer plus solidement et l'empêcher d'être soulevée hors de l'eau. Au fond de la baignoire, existe un tuyau court muni d'un robinet, et qui, au moyen d'une canule en caoutchouc, permet de laisser écouler l'eau. Deux ouvertures fermées d'un opercule mobile, se trouvent dans le couvercle, l'une destinée à introduire l'eau et l'autre à recevoir un thermomètre. Cet appareil est bien suffisant pour loger la jambe et l'avant-bras, y compris le coude.

Les lésions du genou et les moignons d'amputations de la cuisse exigent la position horizontale et par conséquent un autre appareil. Il consiste en des caisses carrées en zinc, longues de 50 centimètres à 1 mètre, larges de 35 centimètres, fermées par un couvercle comme l'appareil précédent et ayant le même arrangement intérieur. Pour les moignons d'amputations, la paroi qui regarde la cuisse est percée d'un large trou, garni extérieurement d'un rebord saillant, sur lequel on fixe le manchon en caoutchouc au moyen d'un anneau en fer coupé, dont on peut rapprocher les extrémités au moyen d'un écrou. L'autre bout du manchon embrasse la cuisse. Pour les lésions du genou, il faut prendre la même disposition à l'égard de la paroi qui regarde la jambe, de manière à ce que le genou seul avec la partie inférieure de la cuisse et la partie supérieure de la jambe plongent dans l'eau. Pour mettre ce dernier appareil, on applique d'abord le manchon de la cuisse en le distendant largement avec les deux mains, puis on passe la jambe à travers les ouvertures de la caisse et le manchon inférieur ; on fixe alors le bord inférieur du manchon de la cuisse sur le rebord saillant de l'ouverture de la caisse et on l'y adapte solidement au moyen de l'anneau de fer. L'appareil ainsi posé,

Feuilleton.

Lettre à M. le Docteur CERISE,

SUR L'UNE DES FORMES DE LA DOULEUR NERVEUSE ICI DÉSIGNÉE SOUS LE NOM DE *SUPPLICIUM NEURICUM* (1).

IV.

La perturbation ganglionnaire étant, à mon sens, l'apogée de la souffrance, j'ai recherché quelle pouvait être celle du bonheur dans ses conditions *connues* ; et, par une inversion, je suis arrivé à l'amour... mais l'amour s'exerçant sur des âmes affectives, délicates, exquises, et dans des corps qui, au lieu d'être revêtus par un épiderme épais et rugueux ; au lieu de contenir un appareil neurique plus comparable au gréement d'un navire qu'à une harpe éolienne, serait tout ce qu'il y a de plus approprié au développement des sensations. L'histoire me présentant, parmi ses personnages d'élite, mille exemples à ma convenance, je vais faire poser les deux grandes figures du Paraclet. Par là je vous transporterai, Monsieur, aux antipodes du *supplice nerveux*.

Ne soyez point étonné si, dans une voie aussi sombre, je me permets d'intercaler des images qui appartiennent en propre au crayon des Bertin et des Boucher... Je *disséque*, j'analyse l'homme dans la fusion de sa dualité, et le physiologiste a le droit de s'absenter de l'amphithéâtre pour aller observer un cloître, ou de passer, d'un lit de clinique, au canapé d'un boudoir !..

D'abord, considérons Abailard fasciné par son élève, et arrivant, par gradation, à l'excitabilité génésique. Voyons-le ensuite soutenir une lutte terrible contre les obstacles que lui opposent la religion et la morale ; et, enfin, *convulsé* par la possession absolue de cette femme si achevée, si suave, si splendide, que le temps conserve sous le nom d'*Héloïse*... N'est-ce point là le bonheur mondain élevé à son plus haut terme ? Un bonheur caché, parce que, s'incorporant à l'être moral, à l'être intellectuel et à l'être physique, il a cette condition de complexité sans laquelle nos sensations demeurent — pour ainsi parler — *dépareillées*... Je m'explique.

(1) Voir le numéro du 17 Janvier 1856.

Faites intervenir, Monsieur, toutes les joies dont vous avez l'expérience ; plus, toutes celles dont vous n'avez que l'idée, et demandez-vous si elles peuvent s'élancer *avec la même homogénéité* dans les régions suprêmes...

Ne tenons pas compte des sensualités de la table ; car, quoi qu'en ait pu dire Brillat-Savarin et ses disciples, le rôle spirituel est bien infime dans l'acte gastronomique ; et celui des passions affectives n'y entre pour rien. Dans les autres fonctions de la vie nutritive, on s'éloigne davantage encore de la concordance que j'ai rendue palpable. Quant aux impressions animiques, elles ne sont pas moins *détachées* puisqu'elles n'embrassent qu'une portion du *tout*. Le guerrier qui entre triomphant dans la ville qu'il a conquise, l'orateur dont les discours excitent l'enthousiasme, le citoyen qui reçoit la récompense d'un acte généreux, le savant qui enrichit sa patrie par une découverte à résultats immenses, la mère qui sauve son enfant ; et bien d'autres béatitudes qu'il ne serait pas convenable de noter, procurent des joies exclusives, spéciales, *sui generis*, ayant une action réflexe et puissante sur l'appareil anatomique, mais ne s'associant point *nécessairement* avec lui.

L'une des illustrations du protestantisme — Athanase Coquerel — a dit, dans un sens tout mystique, que l'*unité* ne se trouvait nulle part que dans l'*amour*... Cette proposition est celle d'un penseur, mais je ne l'accepte *rigoureusement* que dans le mode qui vient d'être précisé.

Nous, Monsieur, nous ne devons pas *déchiqueter* notre sujet ; il nous appartient dans son universalité, et il ne nous est pas plus permis de séparer les divers systèmes qui le composent, qu'il n'est permis à un musicien de séparer, dans un piano, la table harmonique d'avec les touches.

J'ai montré le bonheur dans son expansibilité complémentaire : qu'on prenne cet état, *qu'on le retourne*, et on aura l'unité dans la souffrance ; c'est-à-dire, celle-ci nous envahissant comme la loi hypothécaire des Romains : *tota in toto et totam qualibet parte !...*

V.

L'un des caractères du bouleversement dont il s'agit — je l'ai déjà signalé — est de se soustraire à l'observation du monde extérieur, parce qu'il s'effectue dans un milieu sans clairières ; et que, ne faisant point de bruit, nulle oreille ne peut l'entendre ; et que, ne s'irradiant point sur nos surfaces, ne se modulant point sur les traits de notre visage, nul œil ne peut le surprendre ! Il est caché comme le sont les actes de la pensée, comme l'est celui de la fécondation, comme tous les mystères de l'intelligence. Il est, aux douleurs *connues* ce que sont, en toxicologie, la morphine, la strychnine, le chloroforme, aux poisons qui ravagent nos tissus dès qu'ils les touchent... Voilà, certes, une grande différence entre la façon d'agir de ces substances ; mais, au résumé, celles qui *tuent* sans laisser de traces apparentes, doivent-elles former une classe à part sous la désignation de *perturbans imaginaires ?*..... Telle est presque la conclusion à laquelle aboutissent, parmi nous, non seulement les *vetches*, mais encore les esprits distingués qu'accablent certaines idées préconçues.

Une telle condition est terrible, mon cher confrère, parce que le malade n'est pas *vu*, et qu'il n'a pas, à l'égal du cancéreux, de l'anasarque ou du phthisique les *népenthès* de la commisération. Il est sans témoins : l'hospitalité est refusée à ses maux ; il n'est pas plaint — je le disais dans mes lettres à M. le professeur Rostan — mais, de plus, il est en butte à des réflexions humiliantes pour sa dignité, et à des réticences d'autant plus injurieuses, qu'elles sont plus timides et plus ménagées. Il est considéré comme un esprit qui *s'est* désenrayé des voies battues, qui vague *volontairement* dans les brouillards d'une poésie morbide !... Or, pour ce malheureux tout se transforme en éléments de peine pour converger sur son système émotif et en entretenir l'excitabilité. Il lui semble qu'un génie inclément et barbare ait remplacé, pour son compte, l'action providentielle... Il palpe l'inanité des choses en ce qu'elles ont de déchirant et d'amer, sans pouvoir être touché par ce qu'elles ont de gracieux et de tendre. Et sans doute ! car il est bien difficile, et souvent impossible, de revenir à la vie commune lorsqu'on est hors de son centre, et que nulle main charitable ne s'étend pour nous aider à y rentrer, parce que — encore une fois — il manque, à ceux qui nous jugent, cette *intrusion* du regard qui, comme une seconde vue, fait surprendre l'*invisibilité*.

Si ces bouleversemens se réfléchissaient au delà du derme, un névrosé ne pourrait se montrer sans que l'on s'écriât comme les enfans de

on tend convenablement les sangles pour fixer le genou, et l'on verse l'eau de manière à ce que le membre en soit totalement recouvert.

J'ai toujours laissé les grandes plaies sans aucune pièce de pansement. Néanmoins, quand elles étaient le résultat d'opérations récentes, avec de grandes pertes de substance de la peau, j'y appliquais un gâteau de charpie, maintenu par une bande, pour empêcher une hémorrhagie secondaire possible. Ce bandage était ôté le lendemain de l'opération, en coupant la bande sous l'eau, sans aucun dérangement, et enlevant ainsi la charpie.

Quand j'ai pu espérer une réunion immédiate, j'ai toujours fait des points de suture, en ayant la précaution de ménager un pertuis à l'un des angles, par exemple, là où passaient les ligatures pour laisser écouler les liquides sécrétés et permettre l'entrée de l'eau dans la cavité.

En général, il est prudent de n'appliquer l'appareil que lorsqu'on n'a plus à craindre une hémorrhagie consécutive. Pour les moignons d'amputations, par exemple, après dix-huit à vingt-quatre heures. Dans plusieurs cas, cependant, j'ai fait le pansement immédiatement après l'opération, avant que le malade ne fût sorti du sommeil chloroformique. Cette manière d'agir a l'avantage de dispenser le malade des douleurs, et de la crainte d'un pansement futur, et d'anéantir presque complétement les douleurs de l'opération; mais en cas d'hémorrhagie consécutive, il faut sortir le membre de l'appareil.

Il faut donner la plus grande attention aux manchons de caoutchouc vulcanisé. Leur bout libre doit embrasser hermétiquement le membre pour ne pas laisser passer l'eau, mais ne doit pas exercer une constriction trop forte. A cet effet, il faut prendre le caoutchouc le plus fin et donner à la partie qui embrasse le membre une grande étendue, pour que la compression soit distribuée sur une grande surface. Il peut se faire que, malgré tous les soins, l'application du manchon sur une partie charnue, la cuisse, par exemple, détermine de l'œdème, ou bien des excoriations et la gangrène, à des endroits où la peau repose sur une arête osseuse, comme la crête du tibia. J'espère que des perfectionnemens ultérieurs écarteront ces inconvéniens; en attendant, on fera bien d'examiner soigneusement ces plaies, deux fois par jour, lors du renouvellement de l'eau, et de reculer chaque fois le manchon pour le faire porter sur des parties fraîches. Il faudra, dans ce but, lui donner une certaine longueur.

La température de l'eau doit varier d'après les indications : soit qu'il s'agisse de calmer les douleurs, ou d'empêcher une hémorrhagie consécutive ou une inflammation, ou bien de favoriser les granulations. Des observations ultérieures nous feront peut-être modifier la température d'après le mode de lésion, l'état des forces, l'âge, le tempérament du malade.

Lorsque j'appliquais l'appareil immédiatement après l'opération, j'employais l'eau à 10, à 13° centig.; si l'eau n'était pas renouvelée, elle montait en trois à douze heures à 15°, 20°, 31°. Après le premier jour, cette dernière température était la plus agréable au malade; plus tard, quand la plaie commençait à se déterger et à suppurer, c'était 34°, 35° qui furent alors conservés. En général, la sensation accusée par le malade est le meilleur régulateur à cet égard. Il est facile de conserver une température à peu près constante, en couvrant plus ou moins l'appareil, en y versant de temps en temps de l'eau chaude ou froide. En été, par une température de 20 à 25°, l'eau monte en douze heures de 34° à 35° et 37°. En hiver, par 17° degrés dans la chambre, la température de l'eau tombait à 31°, 30° en douze heures.

Il suffit, en général, de renouveler l'eau deux fois par jour, le matin et le soir. S'il y a une grande plaie ou une suppuration abondante, il faut nettoyer soigneusement l'appareil tous les jours. A cet effet, on laisse écouler l'eau et l'on frotte les parois avec des éponges fixées à des bâtons, et imbibées d'une solution chlorurée. Pendant ces opérations, la partie lésée reste immobile, suspendue dans les sangles. La plaie n'a pas besoin de pansement. Lorsque de grandes et profondes plaies ne sont pas à jour, quand l'ouverture n'est pas déclive, de sorte que le pus s'amasse au fond, il faut nettoyer la plaie à chaque renouvellement de l'eau, en y dirigeant un jet d'eau tiède.

Voici les avantages que j'ai trouvés à ce mode de pansement :

I. *Diminution des douleurs consécutives à l'opération.* — Quelle que soit la grandeur de la plaie, le malade n'accuse plus de douleurs dès que son membre se trouve dans l'eau. Deux fois, chez des ouvriers, après des lésions d'extrémités, le bain a déterminé de la douleur dans le pied et la main sains qui plongeaient dans l'eau. C'était le soulèvement en masse de l'épiderme très épais, sous l'influence du liquide, qui en était la cause. Les douleurs disparurent, du reste, rapidement. La meilleure preuve de cette action anesthésique, est que les malades redoutent le renouvellement de l'eau. Dès que la plaie est exposée à l'air, le malade y ressent un sentiment de froid, et il y naît des douleurs qui, dans quelques cas, deviennent très intenses, mais disparaissent dès que l'eau chaude recouvre le membre. Quand une grande plaie reste opposée à l'air pendant un quart d'heure, il survient des frissons généraux. L'eau plus fraîche, de 10° à 17°, exerce la même action bienfaisante sur les plaies récentes. Je n'ai jamais vu survenir les frissons, si fréquens immédiatement après les grandes opérations, quand le malade avait été mis dans l'appareil encore pendant le sommeil anesthésique.

Cette action calmante et l'absence de pansement consécutif, sont surtout de grande valeur après les amputations. Il n'est pas besoin d'un seul pansement jusqu'à la guérison, les sutures peuvent être enlevées sous l'eau et sans déranger le membre, et la propreté ne peut être aussi complète par aucun autre moyen. Malheureusement l'appareil, tel qu'il est construit, paraît encore incomplet pour le moignon de la cuisse; après une amputation faite un peu haut, le manchon de caoutchouc peut déterminer de l'œdème. Le seul cas d'amputation de la cuisse, au-dessus du milieu, que j'aie traité par ces bains, ne peut cependant servir de règle absolue; le malade, faible et cachectique, atteint, en outre, d'une kyphose considérable, ne pouvait garder une position convenable.

II. *Diminution de la fièvre.* — La fièvre traumatique et celle de suppuration ne sont pas aussi intenses qu'à l'ordinaire. La fréquence ordinaire du pouls varie entre 88 et 96. Dans les premiers jours, après de grandes opérations, le pouls est monté plusieurs fois à 120; mais il retombe dans les limites indiquées dès que la plaie commence à se déterger et la suppuration à se faire. Quand on laisse écouler l'eau, le pouls peut augmenter de 10 à 24 pulsations, pour retomber dès que l'on a renversé de l'eau. Si la plaie s'enflamme violemment, ou s'il se forme un phlegmon du tissu cellulaire, comme je l'ai vu, le pouls monte à 120-150, avec chaleur générale du corps. Pendant la suppuration, j'ai observé un accès de frissons, indiquant la formation d'un dépôt purulent considérable.

III. *Écoulement des liquides sécrétés.* — Aussi longtemps que la plaie se trouve dans l'eau, la stagnation et la décomposition de ces liquides sont impossibles, à la condition absolue que l'eau ait un accès facile à la plaie. Plus le pus est liquide et la plaie déclive, plus la rétention du pus est empêchée. Pour les plaies profondes et sinueuses, par exemple, après la résection du genou, il faut les nettoyer au moyen d'injections, ainsi que je l'ai déjà recommandé. Les plaies très compliquées, telles que des fractures de la cuisse avec ouverture de l'articulation du genou, n'en doivent pas être surveillées avec moins de soin. Quand la plaie cutanée est petite, ou quand il survient des inflammations phlegmoneuses, les collections déclives de pus et les suppurations du tissu cellulaire sous-cutané et interstitiel sont également possibles dans le bain. Il faut alors faire les mêmes incisions que dans le traitement ordinaire.

IV. *Promptitude de la cicatrisation.* — Je n'ai pu déterminer encore l'influence du bain sur la guérison par première intention, parce que la plupart de mes opérations ne permettaient pas ce mode de réunion. Mais elle peut se faire, témoin l'observation II, où, après une amputation circulaire de la jambe, immédiatement au-dessous du genou, la plaie cutanée s'est ainsi guérie dans toute la longueur rapprochée par des points de suture. J'ai d'ailleurs l'intime conviction que le bain la favorise, parce que, par la méthode ordinaire, les bords réunis de la plaie se séparent souvent par suite des pansemens, ou bien quand le fond du moignon commence à suppurer.

Voici ce qui se passe sur une plaie dénudée, traitée par le bain continu. Les couches de sang coagulé, adhérens à la plaie, perdent bientôt leur couleur, et le dépôt fibrineux reste seul adhérent jusqu'à ce que du troisième au quatrième jour, les granulations se détachent. La plaie elle-même prend cinq à huit heures après l'opération un aspect gris-jaunâtre, un peu blanc, résultant d'une couche d'exsudation fortement adhérente à la plaie et de la décoloration des parties les plus superficielles, qui doivent être éliminées plus tard par les granulations. En même temps, les environs de la plaie enflent par imbibition de l'eau. Toute la portion de l'extrémité qui plonge dans le liquide, augmente de volume, mais le phénomène est le plus marqué à la plaie même qui est plus étendue sous l'eau. Ce qui prouve que l'imbibition aqueuse en est l'agent principal, c'est que ces parties, tenues hors de l'eau, perdent bientôt leurs dimensions pour les reprendre après un nouveau séjour dans le liquide. Cette pénétration de l'eau est certes d'une influence favorable; la résorption d'exsudats doit en être activée, et les troubles dans la circulation capillaire en seront empêchés.

A part cette augmentation de volume, les environs de la plaie n'offrent aucun changement jusqu'à la guérison. Je n'ai observé le gonflement inflammatoire des bords de la plaie et leur rougeur phlegmoneuse, que dans les cas où il se faisait des dépôts purulens, ou bien quand les sutures étaient trop serrées.

Dès le troisième ou le quatrième jour, l'exfoliation commence à la surface de la plaie, et il en naît des granulations. La couche mortifiée se détache en lambeaux et est enlevée par l'eau, et la plaie apparaît couverte de grands bourgeons à gros grain. En très peu de temps les cavités profondes de la plaie se comblent, les extrémités osseuses en sont recouvertes, parce que les granulations nées du canal médullaire se réunissent avec les autres. En général, elles prennent un développement que je n'ai jamais rencontré dans les autres modes de panse-

---

Ravennes, à l'aspect de Dante, *voilà cet homme qui revient de l'Enfer!*

Ainsi, il est bien entendu qu'il ne peut y avoir d'Espagnolet pour en faire passer le témoignage dans l'âme des autres comme l'ont fait la sculpture antique à l'égard de Laocoon, et Lebrun dans son caractère des Passions. Le pinceau même d'Eugène Delacroix — cet interprète de la mélancolie du siècle — ne peut que demeurer immobile en face d'un malheureux qui subit les rafales du *supplicium neuricum!* Il faudrait, pour rendre cette situation, qu'un Mozart, un Beethoven ou un Mendelssohn puissent les noter dans leur céleste idiôme; car, à la musique seule appartient le pouvoir de traduire avec ampleur les intimités douloureuses de notre pauvre nature! Donizetti, Georges Onslow et quelques autres, ont composé leurs plus belles œuvres au fort d'une insurrection de ce genre. Quant à la parole, elle est trop bornée, serait-ce celle d'Isaïe, de saint Jean ou de Shakespeare... A cet aveu il semble que je devrais m'incliner de honte et demander pardon aux immortels génies que j'évoque — ainsi qu'à vous, Monsieur — d'avoir osé entreprendre de vous parler de ce drame; mais remarquez que je ne fais *que vous en parler*: je le balbutie! Maintenant, que ce soit dans une impulsion abondante, peut-être irritée, c'est possible! et il ne peut guère en être autrement. Je ressemble à un muet auquel on arracherait un bras : dans l'impossibilité d'appeler au secours, ce muet pousserait des cris, se livrerait à des gestes qui seraient presque des convulsions; et cependant, à défaut d'harmonie, comme à défaut de rhythmes, *il dirait un peu* de ce qu'il lui est impossible d'articuler.

Cette question de linguistique appliquée, étant soulevée, je vous demande, Monsieur et cher confrère, de la continuer, afin de répondre à une observation qui n'est pas très bien appréciée par ceux-mêmes qui la reproduisent.

VI.

On dit : « Les hypochondriaques écrivent avec une énergie, une fécondité de tropes et une élégance fort remarquable. » Et pourquoi? Parce que la douleur les anime et les *trompe*: c'est elle qui leur communique cette diction ardente, enluminée, en les affranchissant de la subordination rhétoricienne... Cette éloquence-là est la *vérité* incorporée au sentiment; elle est, pour plus d'exactitude, *la conviction poignante du fait!*

Est-ce que saint Vincent de Paul avait besoin de règles quintiliennes pour parler de la charité? Et Napoléon a-t-il eu besoin, pour enflammer ses soldats, de recourir à des harangues *cuistrales?* Un homme d'honneur, accusé à faux, ne trouve-t-il pas, dans son for intérieur, — lors même qu'il serait tout à fait étranger aux Belles-Lettres — les données d'un langage qui épanouit dans une simplicité majestueuse le caractère de son innocence! J'ai vu, en Valère Maxime, qu'un certain philosophe, du nom d'*Hégésian*, exprima avec tant de succès les angoisses dont la vie était quelquefois affligée, que la plupart de ceux qui l'entendirent prirent le parti de se tuer; et que, pour empêcher les effets d'une élocution si pénétrante, on en défendit l'usage. C'est que cet homme avait profondément souffert, sans quoi il n'aurait pas obtenu des résultats aussi concluans.

M. Brierre de Boismont — il y a peu de temps — a laissé tomber de son attractive plume des lignes que j'ai dû saisir avec avidité, tant elles sont justes dans leur consonnance : « Il est de la dernière évidence — dit ce savant aliéniste — que c'est à l'aide d'une hallucination interne (qui n'est elle-même qu'une faculté merveilleuse de l'âme, *l'intuition*) que les maîtres de l'art parviennent à donner le coloris de la vie à leur composition si animée et si attrayante. Ils voient dans l'œil de leur esprit ces créations, d'abord confuses, se dessiner de plus en plus nettes, et lorsque les contours en sont bien arrêtés, la représentation bien exacte, ils les transportent dans leurs écrits, mais sans *jamais* réussir à rendre l'image qu'ils avaient dans leur rétine intérieure (1). »

Ainsi, Monsieur, faire ressortir que les malades du système émotif écrivent avec feu et que leur plume subjugue — si ce n'est la foi, du moins l'esprit de ceux qui les lisent — c'est tacitement reconnaître qu'ils sont dans les limites de la conscience, et qu'ils *n'inventent pas* les tristesses, les imprécations ou les tendretés qu'ils cherchent à symboliser...

(1) Analyse d'un travail de M. le docteur Gérardet, sur les anciennes pestes de Tours. (UNION MÉDICALE du 30 juin 1855.)

Comment! le plaisir donnera au style de la mollesse et de la grâce; il nous fera hennir, gazouiller, piaffer! et son opposite ne nous communiquerait pas la force, et, parfois, les couleurs du génie!

Il n'y a donc pas à être surpris du mérite littéraire que peuvent montrer les névrosés, à quelque nuance qu'ils appartiennent; parce que les souffrances dont ils se plaignent viennent de loin et tombent de haut... Elles sont *magistrales*, car, généralement, elles sont attribuées aux natures passionnées par le cœur, ou se consumant sous l'activité mentale. D'ailleurs, cette classe d'écrivains a ses réminiscences scolastiques; et ce qui lui revient d'une *sérieuse* fréquentation avec les grands modèles. Il y a tant de gens dont les productions *ne sont pas autre chose!...*

VII.

Je ne pousserai pas plus loin, mon cher confrère, cette lettre, déjà si étendue et si abstruse...., accueillez-la avec bonté — faites davantage... — daignez-lui consacrer quelques instans d'une attention soutenue. Je désire ardemment que vous acceptiez, *sur parole*, les assertions qu'elle renferme; ce qui implique un autre vœu empreint de la plus parfaite charité : c'est qu'aucun de vous n'en vérifie l'exactitude et la *loyauté!*

. . . . . .

J'ai commencé par un vers emprunté à la liturgie catholique, et je finirai par une citation tirée de saint Paul. Ce que l'apôtre scrutateur a dit des mystères d'en haut, je l'appliquerai à la douleur névrique, vous priant, Monsieur et honoré confrère, de vous en souvenir lorsque vous approcherez d'un malade qui la subira :

Sermo Dei penetrabilior omni gladio ancipiti et pertingens usque ad divisionem animæ ac spiritus, compagumt quoque ac medullaram...

Recevez, mon cher confrère et ami, l'expression de mes sentimens les plus affectueux.

Dr DUMONT (de Monteux),
Médecin de 1re classe dans le service des prisons, au mont Saint-Michel.

ment. Leur aspect demi-transparent prouve que leur volume dépend en partie de l'eau absorbée; aussi, quand elles sont exposées à l'air pendant quelques heures, elles perdent leur aspect et leurs dimensions. Dès que la plaie est remplie par les granulations, la cicatrisation commence aux bords. Elle ne paraît pas être activée par le bain, peut-être même est-elle retardée; c'est pour cela qu'à cette époque je cesse le bain pour employer les pansemens ordinaires. Mes observations ne vont donc pas plus loin que cette période.

(La suite à un prochain numéro.)

CHIRURGIE.

SUR LA POSSIBILITÉ DE LA GUÉRISON DES LUXATIONS COXO-FÉMORALES CONGÉNIALES.

Courte réponse aux dernières objections de M. le docteur Bouvier.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Monsieur et très honoré confrère,

Une petite place, s'il vous plaît, et pour la dernière fois, en faveur des courtes observations qui suivent. — Les paroles de M. Bouvier m'autorisant à croire qu'il a accepté ma proposition, je comprends que la solution du débat qui existe entre nous doit être reportée à un autre temps et sur un autre terrain; je me tiens donc, dès à présent, à la disposition de mon honorable confrère. Toutefois, en attendant l'examen projeté, qu'il me soit permis de préciser les faits seulement sur deux points de la dernière discussion (1).

1° Tout le monde sait que dans l'état sain, la tête du fémur, embrassée par la cavité cotyloïde dans les trois cinquièmes de sa circonférence, roule sur son axe *sans se déplacer* dans les différens mouvemens imprimés au membre; elle n'éprouve donc alors ni *abaissement* ni *élévation susceptible de se transmettre aux muscles qui recouvrent l'articulation.* Il est vrai que dans ces circonstances, le col se déplace sensiblement; mais celui-ci n'est point en cause, puisque c'est spécialement sur la tête du fémur que l'exploration doit être portée. En somme l'état sain ne permet de constater, au niveau de la région cotyloïdienne, qu'une simple résistance opposée par l'extrémité supérieure de l'os, résistance qui fait entièrement défaut quand la luxation existe.

Mais après la réduction d'une luxation congénitale, le tête du fémur, toujours plus ou moins irrégulière, et reposant sur une simple dépression, et *non dans une cavité profonde*, fait sur la région cotyloïdienne une saillie que l'on reconnaît à l'aide du moyen indiqué par Pravaz. La flaccidité et la maigreur actuelle des tissus, et la forme plus ou moins irrégulière de la tête fémorale aident encore à la perception *des mouvemens de rotation* qu'on imprime à cette partie. Jusqu'ici, dans l'un comme dans l'autre cas, il n'avait pas été question *du soulèvement des muscles*; d'où l'on voit que la rectification de M. Bouvier manque pour le moins d'opportunité et qu'elle laisse subsister entièrement mon objection.

2° Ceux qui ont lu mon observation, manuscrite ou imprimée, ont pu remarquer au bas de la page, d'où M. Bouvier a extrait le passage qu'il a cité, une note relative aux phases diverses de la claudication chez les sujets guéris d'une luxation congénitale du fémur. Quoique j'aie déjà, dans mon premier mémoire, minutieusement traité cette question, je suis forcé d'en rappeler ici sommairement les faits principaux.

Après la réduction des luxations *unilatérales* congénitales, et par ce fait même, l'égalité de longueur entre les deux membres peut être rétablie; il se peut même que le membre, autrefois plus court, ait acquis plus de longueur que l'autre (mesures prises de l'épine iliaque antérieure et supérieure à la malléole correspondante). Dans cet état, la claudication par raccourcissement du membre malade ne peut pas exister; le *tronc ne s'incline pas du côté infirme*; il est simplement balancé pour aider à la marche et rejeter sur le côté sain la plus grande portée du poids du corps.

Mais alors cette égalité de longueur n'est pas réelle, elle n'est qu'apparente, elle s'efface au fur et à mesure que les effets de l'extension continue disparaissent, et que s'affaisse le tissu spongieux qui comblait accidentellement le fond du cotyle. Quand les choses en sont arrivées à ce point, on voit graduellement reparaître une claudication véritable, mais faible, proportionnelle à l'atrophie du membre (qui est elle-même proportionnelle à l'ancienneté de la luxation) et attestant néanmoins par sa nature la solidité de l'articulation restaurée. C'est ainsi que s'expliquait clairement, et par la simple observation des faits, *l'absence de la claudication* peu de temps après la réduction d'une luxation unilatérale congénitale du fémur, et *sa réapparition* à une époque plus reculée.

C'est tout ce que je voulais dire pour permettre à vos honorables lecteurs d'apprécier, comme ils doivent l'être, des faits qui, incomplètement exposés, pourraient leur paraître contradictoires.

Agréez, Monsieur et très honoré confrère, avec mes vifs remercîmens, l'expression de mes sentimens les plus distingués.

GILLEBERT-D'HERCOURT, D.-M. P.

Lyon, le 4 Janvier 1856.

Réponse de M. Bouvier.

La lettre de M. Gillebert-d'Hercourt porte sur deux points :

1° Sur les différences de la région inguinale suivant la présence ou l'absence de la tête du fémur dans le cotyle;

2° Sur la persistance de la claudication après la réduction *présumée* des luxations congénitales du fémur.

PREMIER POINT. — Lorsque la tête du fémur occupe son siége normal, elle fournit un soutien aux parties molles de l'aine, et cette région n'offre qu'une dépression superficielle sur les sujets d'un embonpoint ordinaire, l'axe de la cuisse étant supposé parallèle à l'axe du corps.

Dans les luxations iliaques, les parties molles ne sont plus soutenues ou *soulevées* par la tête fémorale; elles se déprimen, et on perçoit à la vue et au toucher un creux, un vide dans le lieu abandonné par l'os.

(1) Voir l'UNION MÉDICALE du 29 Décembre 1855.

C'est là un signe de déplacement qui n'a pas été négligé dans les luxations récentes ou anciennes, et dont j'ai moi-même tenu compte dans mes leçons sur la pseudarthrose congénitale. Ce signe est toutefois peu certain; j'en ai dit ailleurs les motifs. (*V. Gazette des hopitaux*, mai 1855.)

Mais à ce signe Pravaz en a ajouté un autre, consistant en ce que « l'on ne sent plus, *comme d'ordinaire*, la tête fémorale *rouler* sous le pouce, lorsqu'on fournit avec le reste de la main un point d'appui au trochanter dans les mouvemens de rotation en dehors imprimés au membre. »

Voici comment ce signe est apprécié dans mes *Leçons* : « On a dit qu'en appliquant le pouce dans le creux inguinal et en imprimant des mouvemens de rotation au membre luxé, on ne sent plus la tête *rouler* sous les doigts. J'affirme qu'*on ne la sent pas davantage* (rouler) *dans l'état sain.* »

Détachant ce dernier membre de phrase de ce qui le précède, M. Gillebert-d'Hercourt lui a donné un autre sens et l'a trouvé en contradiction avec les mots *je ne sens plus la tête du fémur dans l'aine*, que j'applique plus loin à une enfant atteinte de luxation congénitale. J'ai eu beau lui faire voir qu'en parlant de cette enfant, j'ai dit plus clairement encore, dans un tirage à part de mes *Leçons : la tête du fémur ne soulève plus les parties molles de l'aine*; son « objection subsiste entièrement, » dit-il. Le lecteur comprendra aisément qu'il n'y a là aucune contradiction, donnant matière à la moindre *objection*; que dans un cas, je fais allusion à la *dépression*, à la vacuité de l'aine, au défaut de résistance produit par l'absence de la tête fémorale, tandis qu'il s'agit, dans l'autre, de la sensation de *roulement* perçue au tact pendant les mouvemens, suivant Pravaz, soit dans l'état normal, d'*ordinaire*, soit après la réduction; sensation dont je nie l'existence dans l'état sain, et que je suis très disposé à considérer comme tout aussi peu réelle après les soi-disant *réductions*.

DEUXIÈME POINT. — J'avais rappelé, dans ma première réponse (UNION MÉDICALE du 29 décembre 1855), le cas d'une petite fille traitée par M. Gillebert-d'Hercourt et ayant conservé dans sa démarche, d'abord un balancement latéral du tronc, puis, plus tard, une *légère* claudication. J'avais avancé que ce prétendu *balancement* était lui-même de la *claudication*. Mon honorable confrère accumule aujourd'hui les suppositions pour expliquer ce balancement, pour montrer en quoi il diffère de la claudication, comment celle-ci lui succède, etc. « C'est ainsi, dit-il, en terminant, que s'expliquent *clairement l'absence de la claudication* peu de temps après la réduction et *sa réapparition* à une époque plus reculée. » Il ne manque à tout cela que d'être *clairement* démontré par des faits mieux observés que ceux qu'on a produits jusqu'ici.

BIBLIOTHÈQUE.

CHIMIE APPLIQUÉE A LA PHYSIOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE;

Par le docteur MIALHE,

pharmacien de l'Empereur, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. — 1856, V. Masson, libraire.

(Nous ne croyons pouvoir mieux faire, pour rendre un compte exact des idées dominantes de ce livre, que de faire connaître l'analyse remarquable qui vient d'être publiée (*Schmidts Jahrbucher*, 1856, n° 1), par un des plus grands physiologistes de l'Allemagne, par Lehmann, de Leipzig. Nous devons la traduction de ce travail critique à l'obligeance du docteur Sée, médecin de l'hospice Larochefoucauld.)

Le titre de cet ouvrage indique clairement son but; c'est l'état actuel de la physiologie chimique, d'après les vues et les opinions propres à l'auteur.

Cette chimie spéciale est de fraîche date encore dans la science, et, malgré les notions si diverses, qui se trouvent éparses et élucidées dans les œuvres de Liébig, Mulder, Lehmann, Schlossberger, Robin, et Verdeil, etc., il est facile de comprendre et de justifier une pareille entreprise; elle s'adresse, en effet, surtout, à la médecine pratique, c'est-à-dire à la pharmacie et à la thérapeutique, plus encore qu'au diagnostic, proprement dit, dont le docteur Holle a fait récemment l'objet de recherches spéciales.

Ce livre doit être considéré comme une œuvre entièrement originale, basée sur de nombreuses observations nouvelles; en un mot, comme une véritable pharmacologie chimique, dont l'introduction peut être envisagée comme l'exposé complet de tous les phénomènes de l'oxydation et de la nutrition de l'organisme, avec toutes les applications de cette étude aux divers modes, aux diverses formes des prescriptions pharmaceutiques et thérapeutiques. On retrouve ces mêmes applications dans la partie du livre qui a trait à la physiologie chimique, en général, et surtout, dans les considérations sur la salive, dont l'auteur a étudié le ferment et son pouvoir saccharifiant, à l'aide d'expériences très variées et originales.

A cette étude se rattachent naturellement celle de l'origine et de la destruction du sang dans l'économie animale, ainsi que le développement et le traitement du diabète sucré. Si les alcalis viennent à diminuer dans la masse du sang, le sucre cesse de se détruire, et passe dans les urines; c'est cette théorie du diabète, que M. Mialhe soutient depuis longtemps, qui l'a amené à proposer l'usage modéré du bicarbonate de soude, et particulièrement de l'eau de Vichy; or l'expérience a largement sanctionné les brillans résultats de cette méthode curative, chez un grand nombre de diabétiques, dont la maladie ne présentait pas de complication.

Le chapitre relatif à la digestion gastrique est riche de faits et de recherches personnelles, principalement, quant au produit ultime de la digestion des alimens azotés, produit que l'auteur a, le premier, décrit avec soin et désigné sous le nom d'albuminose, que Lehmann, au contraire, préfère appeler peptone, parce que l'albuminose, provenant de l'albumine, n'est pas identique à celle que fournissent les autres corps protéiques, entre autres, la caséine, la fibrine, et même la gélatine, qui donnent toutes une peptone d'une composition différente. L'auteur est aussi le premier qui ait annoncé et démontré, par les raisons les plus plausibles, que la véritable albumine est privée entièrement du pouvoir endosmotique, car elle n'existe dans le sérum, comme dans l'albumine de l'œuf, que dans un état de division moléculaire (et de *boursouflement* ou *globularité*).

Déjà les résultats de ses remarquables expériences ont été communiqués en l'année 1851 à l'Académie des sciences, et les preuves péremptoires, qui se trouvent consignées dans les recueils allemands (*Schmidts Jahrb.*, p. 76) ne permettent plus de récuser cette opinion.

L'albumine vraie, qui se coagule par la chaleur, et précipite par l'acide nitrique, doit être distinguée de l'albuminose, qui ne présente plus ces réactions, et ne précipite que par les sels métalliques. Entre ces deux espèces, il existe une troisième intermédiaire, qui ne se coagule pas au feu, mais qui se précipite par l'acide nitrique avec cette particularité qu'elle se redissout dans un excès d'acide. Or, cette albumine ainsi modifiée provient de l'albumine ordinaire, dans les circonstances suivantes, à savoir : lorsque les sucs gastriques naturels ou artificiels commencent à l'attaquer dans sa composition, ou bien lorsqu'on vient à la délayer dans l'eau, et la soumettre en même temps à l'action d'une température élevée; ou bien enfin lorsqu'elle est soumise à l'influence délétère des miasmes ou des poisons qui ont pénétré dans le sang.

Voilà pour l'origine de ces trois espèces d'albumine; voici maintenant pour les conditions morbides de leur élimination :

L'albumine vraie n'apparaît dans les liquides sécrétés ou excrétés qu'à la suite des inflammations légitimes, ou, en général, après la destruction des tissus; c'est pourquoi on ne la rencontre dans l'urine de la maladie de Bright que dans l'état tout à fait aigu, ou, au contraire, après une dégénérescence complète des reins;

L'albumine modifiée ou caséiforme est, au contraire, susceptible d'endosmose, et, à ce titre, elle se manifeste dans les urines, principalement quand le sang devient très aqueux, soit que sa fluidité provienne de déperditions excessives des matières solides, soit qu'elle dépende de la répercussion subite de la sueur : c'est pourquoi on l'observe après la scarlatine, l'érysipèle, etc., et dans les formes chroniques de la maladie de Bright. De là aussi la remarque si souvent vérifiée, que l'albumine de l'urine dans la maladie de Bright, a bien le pouvoir de précipiter par l'acide nitrique, mais aussi celui de se redissoudre dans un excès d'acide; l'albuminose, enfin, peut, même à l'état normal, passer dans tous les liquides de sécrétion ou d'excrétion, mais cette élimination n'a jamais lieu qu'en petite quantité, attendu que dans la masse sanguine elle est promptement assimilée. Sous l'influence du choléra, il se formerait dans le sang un ferment qui, de même que la pepsine, a la propriété de transformer l'albumine normale en albuminose; il est donc très important, pour le pronostic du choléra, de rechercher si les déjections contiennent une albumine coagulable au feu, ou, du moins, précipitable par l'acide nitrique; ou bien si, au contraire, elles ne renferment que de l'albuminose; dans les cas mortels, on ne trouve généralement que cette dernière espèce.

L'absorption des graisses dans le tube digestif n'est possible, selon l'auteur, qu'à l'aide de l'alcali qui existe dans les sucs biliaires, pancréatiques et intestinaux; et il fonde cette opinion sur les recherches de Mateucci et l'Hermite. Il est à regretter que l'auteur n'ait point recherché plus complétement l'action de la bile, comme moyen propre à hâter l'absorption et ait passé sous silence les recherches histologiques sur la pénétration de la graisse dans les villosités.

A la suite de ce chapitre sur les graisses, M. Mialhe fait connaître sa manière de voir sur le développement de la cholestérine, qui résulterait, non pas de la transformation des graisses, mais d'une sorte de fermentation des substances albuminoïdes de l'organisme, fermentation qui serait l'analogue de celle que M. Blondeau de Carolles a observée dans certaines espèces de fromages. Par là s'explique aussi l'influence curative des alcalis sur les calculs biliaires; les alcalis, en effet, favorisent la combustion des substances albuminoïdes, et empêchent ou diminuent ainsi la formation de la cholestérine; de plus, en se combinant avec les graisses, les matières alcalines forment des savons qui dissolvent la cholestérine.

Dans le deuxième chapitre, l'auteur traite de l'absorption en général, et ce sujet, qu'il avait déjà étudié dans ses travaux antérieurs, a reçu dans ce livre tous les développemens qu'il comporte : il n'y a que les substances solubles qui puissent agir dynamiquement sur l'économie animale; c'est là la base de la pharmacie rationnelle; or, les substances, qui forment dans l'économie des combinaisons d'abord insolubles, doivent finir pourtant par trouver, dans le corps, des moyens dissolvans à l'aide desquels elles peuvent produire leurs effets. Comme la plupart des substances introduites dans l'économie agissent chimiquement sur le sérum du sang, soit d'une manière médiate ou immédiate, l'auteur divise les médicamens en coagulans et en fluidifians; à la première classe appartiennent le chlore, le brome, l'iode, les acides minéraux concentrés, les sels de zinc, d'étain, de bismuth, de plomb, de cuivre, d'antimoine, de mercure, d'argent, d'or et de platine, l'acide tannique, la créosote, l'alcool, l'acide acétique concentrée, l'huile de croton, etc.; dans la deuxième classe, il faut ranger tous les alcalis et la plupart de leurs sels, de même que tous les acides organiques, fortement dilués. Chacune de ces deux classes se subdivise encore en deux sections, savoir : en substances immédiatement ou médiatement coagulantes ou désobstruantes.

Ces premiers principes de pharmacologie sont exposés par l'auteur d'une manière éminemment simple et claire; ses conclusions, aussi logiques que lucides et fondées sur des expériences directes, conduisent souvent aux résultats pratiques les plus remarquables; cette sévérité des principes qui ont présidé à l'examen de toutes les questions en litige se retrouve surtout à l'occasion de chaque médicament en particulier. Bien des phénomènes qui étaient restés à l'état d'énigmes, se trouvent expliqués de la manière la plus simple; bien des remarques thérapeutiques qui, jusque-là, avaient échappé complétement à l'attention des pharmacologistes, un grand nombre d'observations fines, enfin des indications précieuses sur la forme pharmaceutique sous laquelle chaque médicament doit être administré, ce sont là pour le pharmacien des mines fécondes d'aperçus utiles et d'opinions nouvelles; pour le médecin, le guide le plus certain dans l'emploi des médicamens et leur mode de prescription.

Il ne nous reste plus qu'à féliciter l'auteur d'avoir profité de toutes les recherches publiées à l'étranger, aussi bien qu'en France, et d'avoir rassemblé dans son œuvre, toutes les notions éparses dans les recueils scientifiques, en discernant judicieusement leur importance.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 Janvier 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Deux rapports de MM. les docteurs Viard et Guéneau, sur une épidémie de dysenterie qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Semur (Côte-d'Or). — (Com. des épidémies.)

— Un mémoire de M. le docteur Barallier, intitulé : *Histoire médicale du typhus qui a sévi sur les condamnés du bagne de Toulon, du mois de mars au mois d'août* 1855. (Comm. MM. Michel Lévy, Ferrus, Mélier rapporteur.)

— Un rapport de M. le docteur Gaillard, médecin à Poitiers, sur l'épidémie de choléra qui a régné l'année dernière à Charroux (Vienne). (Comm. du choléra.)

La correspondance particulière se compose des envois suivans :

M. Davenne transmet à l'Académie un exemplaire du compte moral publié par l'administration de l'assistance publique pour l'année 1854.

— Une observation de M. le docteur Montrol, de Langres (Haute-Marne), intitulée : *Consolidation d'une fracture du tibia obtenue au moyen d'un vésicatoire appliqué sur l'endroit fracturé.* (M. Robert, rapporteur.)

— M. Leroy-d'Étiolles adresse une note ayant pour titre : *De la néphrite produite par la brusque cessation de la rétention partielle d'urine existante depuis longtemps.*

Il arrive assez souvent que, dans un âge avancé, la vessie ne se vide qu'incomplétement, tantôt par suite de la diminution de la contractilité, plus souvent par l'effet du développement d'un obstacle mécanique au col de la vessie tel que, valvule, bourrelet, tumeurs prostatiques. Cette rétention partielle, méconnue pendant des mois, des années, ou en augmentant pour l'ordinaire et il arrive un moment où l'urine, ne pouvant couler librement dans son réservoir naturel, reflue dans les uretères, les bassinets et les calices qu'elle tient dans un état de macération anormale, d'où finit par résulter l'inflammation que l'on a désignée par le mot pyélite. La fréquence toujours croissante des besoins d'uriner et l'altération de l'urine finissent par éveiller l'attention ; le cathétérisme pratiqué après la miction naturelle, la sortie d'une quantité d'urine égale ou supérieure à celle qui avait été expulsée spontanément, ne laissent pas de doute sur la rétention d'une portion de ce liquide.

Il y a indication de suppléer par la répétition quotidienne du cathétérisme à l'insuffisance de l'évacuation naturelle, jusqu'à ce qu'un traitement approprié ait fait disparaître, s'il est possible, la cause de la rétention. Tels sont les moyens de diagnostic et de traitement. Mais voici ce qui a lieu quelquefois et ce que l'on ignore généralement.

La déplétion subite de la vessie, des uretères, des bassinets et des calices, que détermine l'introduction de la sonde, produit dans ces cavités l'effet du vide d'une ventouse, d'où résulte l'hypérémie, l'inflammation, l'apoplexie rénale.

Cette conséquence funeste d'un traitement indispensable n'est pas heureusement très fréquente, car M. Leroy-d'Étiolles dit ne l'avoir observée d'une manière franche et nette qu'une demi-douzaine de fois sur plus d'un millier de cathétérismes pratiqués dans les circonstances précitées. Il ne tient pas compte, il est vrai, des cas plus nombreux dans lesquels cette opération a été pratiquée, *in extremis* pour ainsi dire, dans des circonstances où l'abondance du pus dans l'urine et la fièvre hectique dénotaient une altération profonde des organes et faisaient présager une mort inévitable.

M. Leroy-d'Étiolles indique deux précautions pour mettre, autant que possible, le malade à l'abri de l'espèce de néphrite qu'il signale :

1° Faire usage d'une sonde de petit calibre qui fasse couler lentement l'urine ;

2° Ne pas épuiser complétement l'urine pendant les premiers jours.

Ces précautions sont parfois insuffisantes comme le prouve la narration d'un fait remarquable annexée au mémoire, mais du moins, en les observant, dit M. Leroy-d'Étiolles, on agit conformément aux règles de la prudence et de la bonne chirurgie. — (Comm. MM. Amussat et Laugier.)

— MM. Wurtz, Regnauld, Figuier, adressent à l'Académie la demande d'être compris parmi les candidats à la place vacante dans la section de chimie et de physique médicales. — MM. Poggiale, Gobley et Boudet, adressent des demandes semblables pour la place vacante dans la section de pharmacie.

(Renvoi à la section de chimie et à celle de pharmacie constituées en commissions.)

M. Ossian Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit successivement :

1° Un rapport sur l'eau minérale de Birmensdorff (Varsovie). L'analyse démontre que cette eau est presque identique à celle de Pullna, et analogue enfin à celle de Sedlitz ; ce sont les sulfates de magnésie et de soude qui en font la base et qui lui donnent ses principales propriétés purgatives. Avant d'accorder ou de refuser l'autorisation d'introduire en France l'eau de Birmensdorff, la commission juge utile d'avoir de nouveaux éclaircissemens et des documens plus précis sur les propriétés médicales de cette source. (Adopté.)

2° Un rapport sur une eau minérale découverte à Miers (Lot). Les résultats obtenus dans le laboratoire de l'Académie étant en contradiction avec ceux annoncés par le comité d'hygiène du Lot, la commission juge qu'il y a lieu de soumettre cette eau à de nouvelles analyses, et de s'assurer si la source dont il est question se trouve dans des conditions légales d'exploitation. (Adopté.)

3° Un rapport sur l'eau minérale de Sarcey (Rhône). On reconnaît une assez grande analogie entre l'eau de Sarcey et celle de Charbonnières, à laquelle elle est même un peu supérieure quant à l'abondance du principe ferrugineux. Le rapporteur conclut à ce que la demande en exploitation soit accordée. (Adopté.)

4° Un rapport sur l'eau minérale des deux sources naturelles du Plan-de-Phazy, arrondissement d'Embrun (Hautes-Alpes). Des essais faits dans le laboratoire de l'Académie indiquent que l'eau des deux sources est saline, de la même nature et presque identique dans sa composition. Les sels qui les minéralisent comprennent principalement : le chlorure de sodium, le bicarbonate terreux et les sulfates de chaux, de soude et de magnésie ; elles offrent de plus une grande ressemblance avec d'autres eaux déjà connues, telles que celles d'Encausse, d'Aulus, de Siradam, etc. En conséquence, la commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu de régulariser l'exploitation de ces sources. (Adopté.)

— M. Jolly donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Michéa, intitulé : *Application des principes actifs de la valériane et de la belladone au traitement des maladies convulsives, et principalement de l'épilepsie, de l'hystérie et de la chorée.*

Le rapporteur expose les recherches comparatives faites par M. Michéa dans le traitement de ces affections avec la poudre de valériane et de belladone, avec l'extrait de ces mêmes substances, deux formes qui ne lui ont donné que des résultats négatifs ou incertains ; puis il discute l'amélioration ou la guérison complète que M. Michéa annonce avoir obtenue chez plusieurs malades, et notamment chez quatre épileptiques, en leur administrant la poudre préparatoire qu'il désigne sous le nom de *sel valérianique d'atropine* ; ce sel résulte de l'association de l'acide valérianique avec le principe actif de la belladone. Le rapporteur, en considérant les faits de guérison spontanée ou de cessation temporaire de ces affections, n'admet qu'avec réserve les conclusions de l'auteur, il l'invite à tenter de nouveaux essais dans la même voie et à en communiquer les résultats à l'Académie.

Dépôt aux archives. Remercîmens. (Adopté.)

— M. Bricheteau donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Lunier, intitulé : *Recherches physiologiques et thérapeutiques sur la médication bromo-iodurée.* L'auteur, après avoir cherché à établir que cette médication a pour effet de stimuler la sécrétion pancréatique et de faciliter ainsi la digestion des matières grasses, rapporte un assez grand nombre de faits cliniques (observés surtout chez des aliénés), dans lesquels l'usage de cette médication a été suivi du rétablissement des fonctions digestives et nutritives.

La commission propose de remercier l'auteur de sa communication, de l'engager à poursuivre ses recherches et de déposer son mémoire dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

— M. Collineau lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Delenda, ayant pour titre : *Un mot sur les romans envisagés au point de vue médical.*

Le rapporteur résume ainsi qu'il suit les considérations développées dans son travail :

1° Les mouvemens intellectuels, insaisissables par tout autre moyen que par la pensée, sont, suivant l'usage qu'il sait en faire, ce que l'homme a de plus libre, de plus précieux, de plus utile et aussi de plus pernicieux.

2° Malgré les dangers incontestables des mauvaises publications, l'expérience acquise depuis des siècles prouve que les exercices de l'esprit sur tous les sujets sont évidemment favorables aux progrès de l'intelligence et de la civilisation ; à l'amélioration des rapports sociaux et des mœurs ; rappellent l'homme au sentiment de sa dignité, de ses droits et de ses devoirs ; développent et justifient l'instinct et les principes religieux qui servent de base à la morale, à nos dernières consolations, à notre dernière espérance.

3° Dans l'immense variété des mouvemens intellectuels, il y a des choix à faire, mais l'influence de l'époque, du caractère individuel, du sexe, de l'âge et des vicissitudes de la vie, se fera toujours sentir en premier lieu : toutefois, sans arrêter constamment le progrès et les aspirations de la pensée et de l'âme, qui, par sa nature, tendra toujours, *en définitive*, vers le vrai, le bon et le bien.

4° On doit signaler des tendances intellectuelles, des paradoxes dangereux pour l'ordre social, les mœurs et la santé, mais l'on ne peut proscrire, *d'une manière absolue*, aucune littérature, ni, en général, rien de ce qui, en exerçant la pensée, tend à développer l'intelligence. Si quelque chose peut soutenir et faire aimer la vertu, c'est le tableau du vice et de ses conséquences.

5° Les avantages et les dangers de la lecture sont relatifs aux dispositions physiques et morales du lecteur, autant et plus qu'à la nature du sujet qui appelle son attention.

6° Dès lors il est dans les attributions et du devoir du médecin d'indiquer aux chefs de famille le genre de lecture qu'il faut permettre et celui qu'il faut *repousser*, suivant le caractère et les dispositions particulières des individus

7° Sous ces rapports divers, la question dont il s'agit, proposée par M. Delenda et soutenue par des hommes éminens qu'il a cités, est beaucoup plus importante et plus médicale qu'on n'aurait pu le croire au premier aperçu.

8° Sans avoir reçu aucune mission spéciale à cet égard, les médecins n'ont jamais manqué à ce que réclamaient de leur savoir et de leur expérience l'hygiène et la morale.

La commission propose le dépôt du mémoire de M. Delenda aux archives, et des remercîmens à l'auteur.

M. le Président : Le rapport qu'on vient d'entendre renferme plusieurs considérations plutôt littéraires que médicales, je prie M. Collineau de s'entendre avec M. le secrétaire perpétuel pour la forme que devra recevoir son travail dans les *Bulletins* de l'Académie.

M. Adelon insiste pour que ce travail soit inséré tel qu'il a été lu.

M. Bourdon pense qu'il sera mieux placé dans les mémoires de l'Académie que dans les Bulletins, à cause *de son étendue* considérable.

M. Larrey regrette que M. le rapporteur se soit tenu dans des généralités un peu trop vagues, au lieu d'entrer dans les détails du sujet ; c'eût été le seul moyen de donner à son œuvre le cachet médical. M. Larrey propose de renvoyer le rapport au comité de publication.

M. Adelon demande si ce renvoi implique la non-insertion de ce rapport dans le Bulletin de l'Académie.

M. le Secrétaire perpétuel donne des explications d'où il ressort que le comité de publication, qui ne se réunit que tous les trois mois, s'occupe exclusivement des travaux destinés à paraître dans la collection des *Mémoires* de l'Académie.

M. Cazeaux : Il suit de là que renvoyer le travail de M. Collineau au comité, c'est l'exclure du *Bulletin* et probablement aussi des *Mémoires*.

MM. Adelon et Bouvier parlent dans le même sens.

M. le Président met aux voix la proposition de renvoyer le rapport au comité de publication.

La proposition est rejetée.

PRESSE MÉDICALE.

DES CAUSES DE LA MALADIE BLEUE ; par le docteur Peacock, de Londres. — Dans une série de leçons des plus intéressantes sur les lésions congénitales du cœur, ce professeur discute aussi les causes de la maladie cyanotique. On sait que les médecins sont divisés en deux camps, sur ce sujet ; les uns les trouvent dans une hématose incomplète, par suite du mélange du sang veineux avec le sang artériel ; les autres dans une stase veineuse de la peau. M. Peacock croit les deux opinions vraies, mais avec prédominance de la seconde. Il rappelle les cas où le mélange des deux sangs n'existait pas, ou du moins n'était pas en rapport avec l'intensité de la cyanose ; ensuite il montre que celle-ci vient souvent par accès et est déterminée alors par des causes qui ne peuvent entraver l'hématose, mais qui entravent la circulation. En conséquence, il se range principalement du côté de Morgagni, MM. Ferrus, Louis, etc., tout en ne niant pas l'influence du mélange des deux sangs. Voici les conclusions auxquelles il arrive :

1° Il est probable que l'existence d'une maladie cyanotique intense exige, ainsi que Chevers l'avait déjà admis, que l'obstacle à la circulation date d'avant la naissance, ou au moins d'avant le développement complet du corps ; alors les capillaires sont plus larges et plus dilatables que plus tard. Si elle se fait dans un âge postérieur, il faut que cet obstacle ait agi depuis longtemps, de sorte que les capillaires se soient élargis peu à peu.

2° La couleur particulière que l'on remarque à ces malades, paraît dépendre, jusqu'à un certain point, de l'état de la peau. Si la couleur est d'un bleu foncé ou noirâtre, la peau est ordinairement très mince et le corps amaigri. Si la couleur est bleu-rougeâtre, ou si elle se rapproche d'un rose foncé, les malades ne sont pas maigres, souvent au contraire, ils ont un certain embonpoint, et alors quand la peau est pâle ou n'a pas de couleur, ou bien il n'y a pas de congestion, ou bien la couleur est masquée par de l'œdème cutané.

3° Enfin, il faut encore admettre que l'intensité de la cyanose et la différence de la coloration dépendent de la couleur du sang dans les vaisseaux. Ainsi, quand une petite portion de sang seulement est soumise à l'hématose, le reste conserve ses caractères veineux et la couleur de la peau doit être plus foncée. — (*Journal f. Kinderkrankh*, 1855, nos 5 et 6.)

DES CHANCES DE VIABILITÉ DES ENFANS AYANT DES MALADIES CONGÉNITALES DU COEUR. — M. Peacock examine dans ses leçons cette question si importante pour le médecin et pour le médecin légiste. Il la résout en se basant toujours sur le plus grand nombre de faits qu'il ait pu rassembler.

Si l'irrégularité de structure du cœur est petite, par exemple, s'il n'existe qu'une ou deux petites ouvertures dans la cloison inter-auriculaire ou inter-ventriculaire, elle est de peu d'importance. Il n'en est pas de même dans le cas contraire. Quand l'artère pulmonaire est atteinte d'une stegnose moyenne, sans perforation de la cloison et sans autre anormalité, des contractions plus énergiques du ventricule droit peuvent suffire pour vaincre la résistance de cet obstacle et amener une bonne santé. Dans le cas de Hamilton Roe, il s'agit d'un messager rural parvenu à l'âge de 30 ans ; dans celui de Graham, c'était un homme mort à 44 ans et qui avait travaillé jusque 6 semaines avant la mort, soit comme batelier, soit comme ouvrier du chemin de fer.

Quand le trou ovale est ouvert, l'orifice de l'artère pulmonaire est ordinairement plus rétréci que dans le cas précédent, la vie doit donc avoir moins de durée. Il existe néanmoins d'assez nombreux exemples d'une certaine longévité. Ainsi 9 malades ont atteint l'âge de 15 ans et au delà ; 4 autres celui de 29, 34, 40, 57 ans.

Lorsqu'avec le rétrécissement de l'orifice de l'artère pulmonaire il existe en même temps une perforation de la cloison inter-ventriculaire, de sorte que l'aorte est plus ou moins en communication avec le ventricule droit, la vie est plus courte. De 49 malades de cette catégorie, 15 seulement ont dépassé 15 ans, sur lesquels 2 ont atteint la 16e, 1 la 18e, 2 la 20e, 3 la 21e, 4 la 22e, 1 la 23e et 2 la 25e année.

Sur 29 cas où l'artère pulmonaire était oblitérée, 9 malades sont morts avant le 3e mois, 2 entre le 3e et le 6e mois, 3 entre le 6e et le 12e, 3 entre 1 et 2 ans, 2 à la 10e et 1 à la 12e année. Deux autres enfans sont morts au 9e et au 11e 1/2 mois. Dans le cas de Ramsbotham, où l'artère était notée comme manquant tout à fait, elle existait, mais à l'état rudimentaire, et le malade atteignit la 16e année.

Quand le cœur ne consiste qu'en un ventricule avec une ou deux oreillettes, la vie ne peut subsister que peu de temps. Dans 11 de ces cas à deux oreillettes, la mort est survenue 1 fois à la naissance, 1 fois au 2e, 1 fois au 11e jour ; 4 fois la 6e, 10e, 17e et 21e semaine. Chose remarquable, les 4 autres devinrent âgés de 11, 16, 23 et 24 ans. Le malade du docteur Hare atteignit le 20e mois. Dans 5 cas à un ventricule et une oreillette, la vie ne s'est prolongée que jusqu'à la 78e, 79e heure, 7e, 10e jour, et 10e 1/3 mois ; mais chez ces deux derniers, le cœur était plus développé que chez les autres.

Ces données ne peuvent être regardées comme la norme de la vitalité, parce que tous les malades qui ont dépassé le premier temps de la vie sont de véritables curiosités, bien reconnues, tandis que sur la foule d'enfans qui meurent à la naissance, ou peu de temps après, il en est certainement beaucoup d'atteints de ces lésions, mais ignorées, faute d'autopsie. La seule conclusion positive à en tirer est celle-ci : que la vie est d'autant plus courte, que l'obstacle à la circulation est plus considérable, et qu'il n'existe peut-être pas de lésion, quelque grave qu'elle soit, qui soit absolument incompatible avec une existence plus ou moins prolongée, même pendant des années.

Dans les autres lésions du cœur et des grosses artères qui en naissent, la vitalité dépend du degré et des complications de la lésion. Nous noterons seulement la transposition des artères aorte et pulmonaire, qui ne permet pas une longue durée de la vie. Sur 16 enfans ainsi conformés, 3 moururent dans la 1re, 1 dans la 2e, 1 dans la 3e semaine, 2 après 2 mois, 2 après 10 semaines, 1 après 5, 1 après 7, 1 après 10 mois ; les 4 autres vécurent 15 mois, 2 ans 6 mois, 2 ans 7 mois et 2 ans 9 mois. — (*Journal F. Kinderkrankh*, 1855, nos 5 et 6.)

L'Académie des sciences tiendra sa séance publique annuelle le lundi 28 de ce mois. M. Flourens y lira l'éloge de l'illustre géologue M. Léopold de Buch.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 12. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 26 Janvier 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Lettres sur la folie. — II. THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE : Du traitement des grandes plaies, surtout d'amputations, par le bain glacé continu. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale du 10e arrondissement* : Sur l'action physiologique et thérapeutique des ferrugineux. — IV. PRESSE MÉDICALE : Le seigle ergoté et le borax ; leurs indications spéciales. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Causeries.

PARIS, LE 23 JANVIER 1856.

LETTRES SUR LA FOLIE.

Fais ce que dois, advienne que pourra.

V.

DU PASSAGE DE LA FOLIE A LA DÉMENCE, ET DE SA SIGNIFICATION.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Mon cher ami,

Je ne sais vraiment pas par où commencer cette lettre. Je croyais avoir assez nettement formulé ma pensée dans les deux précédentes pour n'avoir plus à y revenir. Mais il paraîtrait que je m'étais trompé. Il me revient de tous côtés une foule d'objections auxquelles je m'attendais un peu, et quelques encouragemens sur lesquels je ne croyais guère pouvoir compter. Ceux-ci me sont d'autant plus précieux, et je suis heureux de pouvoir remercier publiquement les amis connus ou inconnus auxquels je les dois.

Quant aux objections, elles sont, comme cela arrive toujours, très différentes les unes des autres, et auraient dû s'exclure réciproquement. Elles s'accordent cependant en cela qu'elles prouvent, ou qu'on ne veut pas me comprendre, ou que je n'ai pas su me faire comprendre. Ainsi, les uns me trouvent trop spiritualiste, et ne doutent pas que je ne tombe en plein dans l'animisme, voire même dans le mysticisme. Ils me voient déjà, me rangeant sous la bannière de Stahl, entreprendre de restituer à l'âme le gouvernement suprême de notre corps et de toutes les fonctions organiques. Il en est, au contraire, qui me trouvent encore trop matérialiste, et ne peuvent se faire à l'idée que j'admette un trouble de l'âme ayant pour point de départ la souffrance de quelqu'un de nos organes. Il n'est pas jusqu'à cette expression de *dualité humaine*, dont je me suis servi à propos de la science des rapports du physique et du moral, qu'on ne m'ait reprochée avec une certaine amertume. On m'a demandé ce que j'entends par ces deux mots, qui me paraissent assez clairs cependant; si je me rallie ou non aux doctrines de l'école de Montpellier; si je crois à l'existence d'un principe vital substantiellement distinct de l'âme, etc., etc.

Que faire à tout cela? C'est vraiment très embarrassant. Répondre? Mais ces objections ne se sont pas encore produites au grand jour, et je ne suis pas sûr de les avoir bien comprises. Et puis ce serait entreprendre un travail énorme et tout à fait étranger à la question qui m'a fait prendre la plume. Il serait d'ailleurs, je le crains, à peu près complétement inutile. Car, ainsi que vous le savez de reste, il n'est pas de pires sourds que ceux qui ne veulent pas entendre, et il se pourrait bien que les objections dont je parle me viennent de gens de cette espèce. Aussi n'est-ce pas pour eux que j'écris; je n'ai qu'un bien faible espoir de jamais arriver à les convaincre, eussé-je dix fois raison. Mais je m'adresse surtout aux esprits indépendans, qui sont restés étrangers à nos systèmes ou à nos idées étroites et exclusives. Pour ceux-là qui, grâce à Dieu, forment encore le plus grand nombre, je crains de n'avoir pas été suffisamment clair et explicite. Je vais donc, si vous le permettez, essayer de compléter ma pensée à l'aide de quelques exemples.

Mais auparavant je voudrais bien dire quelques mots d'une allégation assez singulière qui m'a été opposée tout récemment, et qui s'est fait jour jusqu'à l'Académie dans la fameuse discussion de l'été dernier. Votre doctrine, m'a-t-on dit, ne conduit à rien moins qu'à la substitution, dans le traitement de la folie, des agens moraux aux moyens pharmaceutiques. Je ne le conteste nullement, du moins pour un grand nombre de cas. Oui, mais voyez la conséquence. Tout homme intelligent, et tant soit peu versé dans les études psychologiques, un prêtre, un professeur, un magistrat, etc., sont tout aussi compétens que vous et moi pour soigner et guérir les fous. Dès lors, le traitement de la folie vous échappe. Dès lors, les ordres religieux s'en emparent, etc., etc. Vous ne me croiriez pas, mon cher ami, si je ne citais textuellement :

« Outre une question de vérité scientifique, il y a donc quelque chose de plus dans la discussion qui s'agite; ce quelque chose, le voici : on menace les progrès réalisés, les règles établies, en exhumant aujourd'hui le mirage d'une médecine idéaliste et d'un traitement purement moral. S'il était admis, s'il était seulement supposable que l'aliénation mentale fût une affection de l'âme, est-ce que le zèle religieux, reprenant une tâche qu'il a si difficilement abandonnée, ne s'en autoriserait pas pour contester notre compétence et lui vouloir substituer la sienne? Est-ce que l'administration hospitalière, qui dénie déjà à la médecine le droit devenu si profitable de cumuler dans le service des aliénés les fonctions administratives et médicales, n'aurait pas logiquement alors le droit d'affirmer qu'une tutelle administrative et des soins hygiéniques généraux suffisent à l'insensé et couvrent suffisamment la responsabilité sociale? Est-ce qu'en agissant ainsi vous ne verriez pas tomber pièce à pièce, sous le péril de cette théorie, une législation protectrice devenue pour les autres états un modèle, et qui constitue une des plus belles conquêtes modernes de la raison et de la charité? »

Ceci est extrait mot pour mot, et sans que j'y aie changé un point ou une virgule, du discours d'un honorable académicien dont la parole a souvent une grande autorité. Et c'est pour cela que je le déplore profondément. Car il n'est guère possible de trouver un plus faible argument à introduire dans une discussion scientifique. N'est-ce pas à peu près comme si on disait qu'il faut renoncer à la vaccine parce qu'elle tend à supprimer la variole; qu'il faut abolir les règlemens d'hygiène publique et sociale, parce que ceux-ci tendent à diminuer le nombre des maladies, et à restreindre par cela seul le domaine productif de la médecine? Mais à côté de la question scientifique il y a l'intérêt professionnel, et c'est ici qu'est le véritable danger. Il n'est pas bon, qu'on me permette de le dire, d'appeler ainsi à son aide, dans une discussion de ce genre, un élément qui lui est étranger. Il n'est pas de vérité, toute éclatante qu'elle soit, qui ait en elle assez de force pour résister à des attaques de cette nature.

Fort heureusement, cet argument ne peut en rien m'être opposé. Je n'ai jamais dit, et personne, que je sache, n'a dit plus que moi que le traitement de la folie dût être constamment et exclusivement moral. J'ai essayé, au contraire, précisément en vue de ce traitement, de démontrer la nécessité absolue de bien distinguer la folie simple ou la maladie de l'âme, de toutes les complications qui peuvent survenir pendant sa durée. J'ai dit, et j'y insisterai, tant qu'on finira bien, j'espère, par renoncer à m'opposer une confusion que je repousse, j'ai dit que ces complications sont très fréquentes, qu'elles deviennent parfois plus sérieuses et plus importantes que la maladie primitive, et peuvent avoir pour siége tous les organes essentiels à la vie. J'ajoute, en me réservant expressément de vous dire plus tard toute ma pensée, que si la folie doit être combattue par des moyens moraux, ses complications exigent l'emploi des agens souvent les plus actifs de la matière médicale.

Or, quel est l'homme étranger à notre science qui osera se flatter de voir clair au milieu de ces ténèbres, que les médecins eux-mêmes ont tant de peine à éclairer d'un peu de lumière?

Feuilleton.

CAUSERIES.

M. Gaultier de Claubry. — M. Martin-Solon. — Enseignement que donne cette mort. — L'Association de prévoyance. — Le banquet du doyen de la Faculté. — Journaux éteints, journaux nouveaux. — La presse médicale. — Les candidatures aux Académies. — Un *Voyant*.

N'oublions pas les pauvres morts. Deux de nos plus honorables confrères de Paris, tous les deux membres de l'Académie de médecine, viennent de disparaître de ce monde, emportant une réputation légitime de science, de talent, de dignité professionnelle et d'excellente confraternité : je veux parler de M. Gaultier de Claubry et de M. Martin-Solon. M. Gaultier de Claubry était d'une piété fervente et austère, et si je le rappelle, ce n'est pas dans une autre intention que celle de prouver que la foi la plus sincère peut s'allier aux plus douces et aux plus bienveillantes qualités du cœur. M. Gaultier de Claubry était un médecin pieux, pour qui les pratiques religieuses les plus sévères étaient l'accomplissement d'un devoir, et non un faux dévot pour qui elles ne sont qu'une manœuvre et un calcul. Respect à ces convictions franches et naïves qui, sans ostentation mais sans faiblesse, suivent les prescriptions rigoureuses avec désintéressement des choses de ce monde; mépris pour ces hypocrisies de forme et de langage, instrumens terribles dans les mains d'un médecin improbe.

Pauvre Martin-Solon! a-t-il souffert! et avec quel courage, quelle résignation, quelle dignité! C'était un spectacle navrant que celui de ce malheureux confrère perclus, ankylosé, déformé de tous ses membres, dont la podagre avait soudé et contourné les articulations, qui ne vivait plus que par la tête, dont l'œil avait conservé toute sa vivacité, et le cerveau toute l'intelligence. Entouré des soins pieux de deux anges, sa femme et sa fille, dix ans durant cette immense infortune a été soulagée autant qu'elle a pu l'être; elle l'a été aussi par la généreuse initiative de la Société des médecins des hôpitaux et par les secours si efficaces de l'Association de prévoyance. Quel triste et puissant enseignement, mes chers confrères! Martin-Solon fut un des membres fondateurs de cette utile et si précieuse institution que je viens de nommer. Il était jeune encore, d'une santé d'apparence robuste, médecin d'hôpital, agrégé de la Faculté; sa clientèle devenait de jour en jour plus fructueuse; et certes, en s'associant de zèle et de cœur à l'œuvre d'Orfila, ce n'était pas à lui qu'il pensait, ce n'était pas de son avenir qu'il croyait s'occuper, alors que son présent était si rassurant et son avenir si plein d'espoir. Qu'a-t-il fallu pour briser cette situation prospère et pour anéantir ces espérances? Quelques années, hélas! de maladie et d'impotence. Qui de nous, chers et honorés confrères, peut donc se dire à l'abri d'un semblable malheur? Qui de nous n'a pas à trembler pour lui-même seulement, mais encore et surtout pour les êtres chéris qui l'entourent et dont il est la providence et le soutien? Qui donc peut hésiter encore à s'associer à cette œuvre pieuse qui a pu consoler et adoucir les dernières années de notre infortuné et si honorable confrère Martin-Solon?

Chers confrères de Paris — vous, chers confrères des départemens, rendez moi ce témoignage qu'il n'a pas dépendu de moi que je ne puisse vous adresser encore la même invitation; — demain, dimanche, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, l'Association de prévoyance des médecins de la Seine tiendra sa séance annuelle; venez entendre de la bouche de son honorable secrétaire général, M. Cabanellas, le récit du bien qu'elle a fait pendant l'année qui vient de finir; venez apprendre les infortunes qu'elle a soulagées, les malades qu'elle a secourues, les veuves et les enfans dont elle adoucit la position, les intérêts professionnels qu'elle a défendus. Venez à cette séance où l'on ne se pique pas seulement de faire de beaux discours, mais surtout de bonnes œuvres; venez, et je l'assure, votre cœur, le sentiment intelligent de la prévoyance, vous pousseront à participer dès demain aux actes si bienfaisans et si confraternels de cette belle et grande association. Venez, et vous en sortirez avec une bonne résolution que vous accomplirez, j'en suis certain. Et vous, qui faites déjà partie de l'Association, venez aussi à cette séance, car c'est parmi les présens que les règlemens prescrivent de choisir les membres de la commission générale, et cette commission est l'âme, est le ressort essentiel de l'Association; c'est elle qui, tous les mois, délibère sur les propositions, qui discute, apprécie et juge les demandes de secours, importantes et toujours délicates fonctions qu'il serait bon que chacun pût remplir à son tour.

Sans transition possible passons à d'autres sujets. Il a été beaucoup parlé d'un banquet offert, il y a quelques jours, par M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris à un certain nombre d'élèves qui se sont le plus distingués dans leurs études pendant la dernière année scolaire. C'est là une heureuse innovation et qu'on peut louer sans réserve. Tout ce qui peut rapprocher les maîtres des élèves, tout ce qui peut diminuer la distance qui les sépare et établir entre eux des rapports sympathiques, doit être encouragé et approuvé. Les écoles modernes, bien supérieures aux écoles anciennes pour l'étendue et la solidité de l'enseignement qu'elles donnent, leur sont cependant bien inférieures sous le rapport de la direction que les élèves devraient y trouver, et surtout par la regrettable absence de ces liens affectueux qui unissaient autrefois les maîtres aux élèves. L'Université moderne tient les élèves trop à distance. C'est un tort, et il ne me serait pas difficile, dans les circonstances actuelles, de montrer la fâcheuse influence de cet état des choses sur l'esprit des élèves, sur la facilité que trouvent à s'y produire toutes les causes d'agitation, sur le peu d'action qu'y rencontrent, dans les momens difficiles, la voix et l'autorité des maîtres. Aussi, des mesures semblables à celle que vient de tenter M. P. Dubois, sont excellentes à tous les points de vue. On a dit, du reste, merveilles de ce banquet. M. le doyen avait fait splendidement les choses, et les discours ont été à la hauteur du menu. Peut-être qu'un peu plus de publicité donné à un acte aussi louable n'eût pas été de trop, et si pour mon compte je regrette quelque chose, c'est que l'absence de toute communication officielle ne me permette pas de donner des détails plus circonstanciés.

La presse médicale a éprouvé quelques modifications depuis le commencement de cette année. Deux journaux ont cessé de paraître, la *Revue médico-chirurgicale*, de Paris, rédigée par M. Malgaigne, et la *Gazette médicale*, de Toulouse. On annonce, par compensation, l'apparition d'un journal nouveau de médecine en province, l'*Union médicale de la Gironde*. Enfin, et pour que nous ne perdions rien, la *France médico-chirurgicale*, de bis-mensuelle devient hebdomadaire. Donnons des regrets aux journaux qui s'en vont; souhaitons la bienvenue à

Croyez-vous qu'il ne tremblera pas à la seule pensée d'entreprendre le traitement d'une maladie si complexe qui attaque en même temps l'âme et le corps, et peut devenir très promptement incurable pour peu que les indications, qui surgissent souvent de la manière la plus inattendue, soient négligées ou méconnues? Que mes honorables contradicteurs se rassurent, Ce n'est pas en élargissant les bases de la thérapeutique de la folie ou en en multipliant les agens que nous donnerons le droit au *zèle religieux*, ou à l'*administration hospitalière* de contester notre compétence, et d'*affirmer qu'une tutelle administrative et des soins hygiéniques généraux suffisent à l'insensé et couvrent suffisamment la responsabilité sociale.*

Je reviens au sujet principal de cette lettre. Je vous rappellerai d'abord ma dernière conclusion :

« Si la maladie de l'âme se prolonge ou si elle acquiert rapidement une grande intensité, la lésion fonctionnelle du cerveau se transforme plus ou moins rapidement en une lésion organique qui a ses symptômes propres et qu'il importe extrêmement de bien distinguer des symptômes primitifs. »

Cette proposition fondamentale est, selon moi, la seule conséquence logique qu'on puisse tirer des nombreuses recherches anatomo-pathologiques auxquelles la folie a donné lieu depuis le commencement du siècle. Tous les observateurs ont signalé le passage fréquent de la folie à la démence et à la paralysie générale. Les causes générales et les circonstances extérieures de cette terminaison funeste ont été étudiées avec soin. Mais personne, que je sache, n'a montré la liaison qui existe entre cette dernière transformation de la maladie de l'âme et la production d'une altération matérielle de l'encéphale. Quelques-uns cependant semblent avoir eu comme un pressentiment de cette vérité, qu'on pourra contester encore, mais qui sera adoptée, soyez en certain, par tous les aliénistes qui voudront sérieusement sortir de la confusion que je vous ai tant de fois signalée. « On comprend, a dit Esquirol, que, dans la démence, qui est la terminaison de tous les désordres intellectuels et moraux, qui est le résultat du progrès de l'âge, qui est si souvent compliquée de paralysie et de convulsions, on comprend, dis-je, que le crâne, les méninges et le cerveau aient subi un grand nombre d'altérations qui donnent la raison de l'affaiblissement de l'intelligence et de la sensibilité. »

M. Parchappe, résumant, dans le précieux recueil d'observations dont j'ai déjà parlé, les données fournies sur l'état de la nutrition cérébrale par la comparaison du poids de l'encéphale dans deux cent quatre-vingt-quatre cas de folie simple, arrive à cette conclusion remarquable : « La loi du décroissement graduel du cerveau en raison de la dégradation successive de l'intelligence, dans la folie simple, est pour moi mise hors de doute par les faits que j'ai observés. » Est-il possible de dire plus clairement et avec plus d'autorité que les altérations cérébrales trouvées sur le cadavre du fou sont le résultat et non la cause de la folie, surtout lorsque M. Parchappe ajoute : « Je me contenterai donc de faire remarquer, *pour le moment*, que la simple inspection de ce tableau conduit à reconnaître une vérité déjà surabondamment démontrée, dans le cours de cet ouvrage, à savoir, que la folie est absolument indépendante de toutes ces altérations en général, et de chacune d'elles en particulier. » J'ai souligné les mots, *pour le moment*, pour me réserver le droit d'exprimer publiquement le regret, qui sera partagé par tous les aliénistes, que M. Parchappe n'ait pas encore trouvé le temps de publier le commentaire de ses observations, qu'il promettait en 1841. Je ne doute pas qu'un livre émanant d'un esprit aussi positif que le sien, et appuyé sur des faits aussi nombreux (337), tous recueillis par lui-même, ne soit destiné à faire faire un grand pas à la science. Et puis, je ne sais si je me fais illusion, mais, à en juger par les citations qui précèdent, je serais grandement surpris si les idées de M. Parchappe sur la nature intime et la cause prochaine de la folie s'éloignaient beaucoup des miennes.

Enfin M. Guislain, dont l'autorité en semblable matière ne sera contestée par personne, laisse percer la même tendance dans une foule de passages de son dernier ouvrage : « Je distingue dans l'aliénation mentale deux ordres de réactions morales : les unes conservatives, les autres automatiques, destructives. Les premières amènent la guérison. Les dernières compliquent la maladie et engendrent des lésions textiles. » M. Guislain n'a pas, comme nos aliénistes, une sainte horreur pour les maladies de l'âme. « Dans toute maladie, dit-il encore, la nature fait appel aux forces de résistance, de conservation. Cette loi, veuillez vous le rappeler, se retrouve au moral. Ainsi la souffrance de l'âme, comme la douleur corporelle, provoque des répulsions insurrectionnelles dirigées contre les agens ennemis. Ces actes, chez l'aliéné, résident dans la loquacité du malade, dans ses mouvemens d'impatience, dans ses accusations, dans ses vociférations, dans les voies de fait auxquelles il se porte. »

Voici un passage encore plus significatif que je trouve quelques pages plus loin : « Les conditions qui affaiblissent l'organisme tendent aussi à rendre la réaction morale moins forte et moins efficace, au point de vue de la guérison. Ainsi l'âge avancé change la manie furieuse en manie tranquille, laquelle dure beaucoup plus longtemps que la première. Le manque de nourriture conduit le maniaque à une démence incurable; les déplétions sanguines ont souvent le même effet. Notez-le bien, en diminuant l'énergie de l'organisme, on rend impossible la guérison et la manifestation des crises morales.

» La soustraction d'énergie, survenue dans les facultés intellectuelles, *est donc aussi le résultat de la maladie*, et souvent du régime auquel l'aliéné a été soumis. Il n'est que trop vrai que les maladies mentales usent le moral, et, ce qui plus est, par le trouble qu'elles portent dans la circulation de la pulpe nerveuse, elles altèrent la structure cérébrale et enraient l'exercice du cerveau. »

Ces citations, que je pourrais multiplier presque indéfiniment, sont peut-être un peu longues déjà; mais elles étaient nécessaires pour faire voir que je ne suis pas aussi isolé qu'on pourrait le croire ou le dire dans l'opinion que je défends. Je ne veux pas d'ailleurs qu'on me croie la ridicule prétention de me poser en inventeur ou en législateur exclusif et impérieux d'une science dans laquelle tant d'hommes éminens m'ont précédé. C'est dans leurs leçons et dans leurs écrits, autant que dans l'observation indépendante des faits, que j'ai puisé mes idées, sans en excepter celles qui semblent s'éloigner le plus des théories régnantes. Le seul mérite que je réclame, c'est celui d'avoir osé dire tout haut ce que beaucoup pensent sans trop s'en rendre compte peut-être, et que nos maîtres laissent deviner, dans leurs livres, à qui veut bien les comprendre.

Je disais donc que la proposition que j'essaie de démontrer, afin de pouvoir la donner pour base à une théorie rationnelle de la folie, peut revendiquer pour parrains avoués ou secrets quelques-uns des princes de notre science. Voyons maintenant si je pourrais l'appuyer encore sur l'autorité des faits. Ici quelques observations particulières sont indispensables.

J'ai eu longtemps sous les yeux, il y a quelques années, dans mon établissement, dont M. Leuret était alors médecin en chef, deux vieillards presque du même âge, et tous les deux atteints d'une maladie à peu près semblable, au moins à son origine. Le premier, que j'appellerai M. L..., était âgé de 71 ans au moment de son entrée dans l'établissement (juillet 1844). Depuis un grand nombre d'années, celui-ci avait donné, à des époques indéterminées, des signes évidens de folie qui, déjà, avaient exigé, à deux reprises différentes, son placement dans une maison de santé. Après avoir été possesseur d'une grande fortune, il en était réduit, au moment de sa dernière sortie, à une modeste rente viagère, suffisante cependant pour le faire vivre d'une manière honorable à Versailles, où il s'était retiré avec une jeune gouvernante, sa maîtresse, et qu'il faisait passer pour sa nièce.

Un mois environ auparavant, il avait été pris d'un accès plus intense et plus grave que les précédens. Celui-ci se manifesta d'abord par un besoin exagéré de mouvemens et une propension extrême aux boissons alcooliques. Privé presque complétement de sommeil, on le vit bientôt errer jour et nuit, cherchant à faire, partout où il s'arrêtait, les marchés les plus extravagans. Un jour, il achète trois cents sacs de farine, sans savoir où les placer. Une autre fois, il achète à Meudon vingt-sept maisons dans l'espace de quelques heures, etc. Quelques jours de ce genre de vie suffirent pour jeter ce malheureux dans un état d'excitation nerveuse telle, qu'il en vint à chercher querelle à toutes les personnes qui essayaient de le contredire dans ses idées ou de résister à ses capricieuses folies. Enfin, lorsque sa famille se décida à le faire placer dans une maison de santé, il avait annoncé publiquement, depuis deux ou trois jours, son intention de mettre le feu à une maison dont le propriétaire lui déplaisait, et au débarcadère du chemin de fer, qu'il voulait faire reconstruire, à ses frais, sur un plan plus monumental.

A son arrivée, M. L... était pâle et amaigri; sa démarche était incertaine et par momens chancelante; ses yeux étaient vagues et sans expression, sa parole légèrement embarrassée, ses cheveux sales et en désordre, ses habits malpropres et en lambeaux. Il paraissait dénué de tout et manquait d'argent depuis quelques jours. Agitation désordonnée, sans fureur, se traduisant par un besoin presque irrésistible de mouvement, et une loquacité continuelle; mobilité très prononcée dans les idées, dans les déterminations et dans les actes; idées ambitieuses, projets de spéculation gigantesque, soif ardente et besoin immodéré de boissons alcooliques. M. L... réclamait avec instance les vins les plus capiteux, se vantant avec une vanité puérile de sa force et de sa capacité à supporter tous les excès.

Quelques jours de repos forcé, d'un régime fortifiant et d'une abstinence complète de boissons alcooliques suffirent pour ramener un peu de calme et faire disparaître quelques symptômes qui nous avaient alarmés d'abord, et qui pouvaient faire craindre une affection matérielle du cerveau (démarche chancelante, tremblement des mains, embarras de la parole, etc., etc.). La santé physique se rétablit complétement. Mais l'état mental fut rebelle à tous les moyens de traitement

---

celui qui nous arrive; désirons à tous ceux qui restent succès et prospérité. Il en est qui se donnent bien du mal pour arriver à ce résultat. Quels moyens de concurrence, mon Dieu! quelles sollicitations, quelles concessions, quels sacrifices! Encore un pas de plus et ce ne sera plus l'abonné qui paiera son journal, ce sera l'éditeur qui lui fera une petite rente pour qu'il daigne le recevoir. Fermons le rideau sur ces petites manœuvres qui ne sont pas toutes marquées au coin de la confraternité la plus parfaite. Que de choses à dire surtout sur les pirates et les corsaires de la presse médicale! Mais ces choses ont été dites, et bien dites, par un de nos confrères en journalisme, et c'est avec plaisir que je reproduis ce passage d'un des derniers articles du rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire* :

« Ce que nous voulons dire au sujet des journaux de médecine ne comporte aucune allusion particulière, ne sous entend aucune attaque contre telle ou telle feuille de Paris ou d'ailleurs. Nous avons à signaler un mal; mais ce mal est ubiquiste; il est, comme la gent canine, de tous les climats. C'est sans doute ce qu'il y a de plus fâcheux, mais c'est aussi ce qui nous met le plus à notre aise, en nous abritant davantage contre un soupçon de personnalité. Il va sans dire, d'ailleurs, que nous ne méconnaissons pas les exceptions; il y en a d'assez nombreuses, et ce nous serait un vrai plaisir de les désigner tout haut, si ce n'était dénoncer du même coup tout ce qui n'en fait pas partie. Or, ce mal, de quel nom l'appeler? *Jalousie*, ce serait trop. *Rivalité*, ce n'est pas assez. Si l'on s'arrête à ce dernier mot, il faut entendre, pour être dans le vrai, une rivalité inquiète, tracassière, défiante, chagrine, un peu tripoteuse, et légèrement chipeuse, où s'accuse une constante et excessive préoccupation de la concurrence. Il semble que les journaux, au lieu de prendre côte à côte et fraternellement leurs places au soleil, telles que les leur distribue le bon plaisir du public, prennent à tâche, chacun en particulier, de faire ombre à ceux qu'ils craignent le plus et de commettre à leur préjudice quelque adroit détournement; d'où il résulte que l'œuvre du journalisme, au lieu d'être un effort commun et harmonique dans l'intérêt général de la science et de la profession, tend à se rapetisser aux proportions d'un conflit d'intérêts particuliers.

» Nous ne ferons que consigner un fait notoire, et qui n'est inavoué que parce qu'il est inavouable, en disant que beaucoup de feuilles scientifiques n'ont pas de plus grand souci, de plus importante affaire, que d'éviter toutes les occasions de nommer une feuille rivale, dans la crainte, dit-on, de lui servir de *prospectus*. C'est déjà passablement mesquin; c'est néanmoins strictement l'exercice d'un droit. Mais un acte plus grave et tout à fait illégitime est celui par lequel on dérobe à d'autres journaux, soit nationaux, soit étrangers, des articles de fond dont on dissimule l'origine. Le but véritable de cette manœuvre est moins, il est vrai, de nuire à autrui que de s'être utile à soi-même en couvrant sa propre indigence; mais l'acte en soi n'en est pas plus honnête; la pauvreté ne justifie pas plus le larcin aux yeux de la morale qu'aux yeux de la loi, ni plus dans les choses littéraires que dans tout autre genre de propriété. Il est remarquable que, dans un moment où des sociétés de gens de lettres et des conventions internationales s'appliquent à sauvegarder dans toute l'Europe la propriété des œuvres de l'esprit, le journalisme médical, par une déplorable exception, ne se montre pas pressé de rompre avec des mœurs de *partageux*. » — A. Dechambre.

Vous y arriverez, mon cher confrère, à cette idée du *syndicat* de la presse médicale, idée que vous ne combattez plus que par des argumens que j'appellerai de transition, et pour vous ménager une rentrée qui sera la bien venue.

Quel mouvement, quelles émotions dans nos Académies! Vous comprenez bien qu'il s'y agit de candidatures. A l'Académie des sciences, le fauteuil de M. Magendie tient en arrêt toutes les ambitions médicales, chirurgicales et physiologiques. C'est le même spectacle que j'ai décrit si souvent, et notamment l'été dernier, quand il s'agit de remplacer M. Roux. Les choses n'en sont encore qu'à la période de préparation, c'est-à-dire de confusion, et nul ne saurait dire ce qui sortira d'abord des délibérations de la section, et puis de l'urne du scrutin, ce qui n'est pas toujours la même chose, on le sait. Attendons un peu que l'horizon s'éclaircisse. A l'Académie de médecine, deux candidatures sont ouvertes, une dans la section de pharmacie, l'autre dans la section de chimie et de physique. — Quel luxe de sections accessoires! — On dit qu'une troisième vacance sera bientôt déclarée aussi dans la section de thérapeutique. Attendons encore sur tout cela que les choses soient un peu plus avancées. On sait que nous ne reculons pas ici devant les difficultés, les embarras et même les périls, de dire librement nos impressions en matière de candidatures académiques. Nous croyons exercer un droit et quelquefois accomplir un devoir. Nous le faisons sans prétention de réagir sur les compagnies savantes, en général fort réfractaires aux appréciations de la presse, mais avec la conviction d'un homme libre qui doit compte à l'opinion publique de ses préférences et de ses sympathies. Peu nous importent les interprétations; elles sont plus souvent méchantes que justes, nous le savons bien. Mais il est plus fort que la méchanceté celui qui peut se replier dans sa conscience indépendante et pure.

Plus on observe les hommes et plus on arrive à cette conviction que, de toutes les questions qui intéressent leur bien-être, ce sont celles qui touchent plus directement à la vie sur lesquelles ils sont les plus bêtes. On est effrayé d'entendre les hommes les plus élevés et les plus intelligens, quand ils parlent médecine et médecins. On est plus effrayé encore de les voir agir quand ils sont ou qu'ils se croient malades. Croiriez-vous qu'à l'heure qu'il est, un enfant de quinze ans voit plus de malades et donne plus de consultations que qui que ce soit de nos plus célèbres confrères! Henri, c'est son nom, est le *Voyant* à la mode. Henri n'est pas un somnambule vulgaire, il n'a pas besoin de magnétiseur, c'est tout éveillé, les yeux grands ouverts, qu'il prophétise, qu'il diagnostique, qu'il prescrit, Henri est un *Voyant*. Qu'est-ce qu'un Voyant? Un Voyant est un être privilégié qui a un *génie*. On consulte le Voyant; il prend une plume, lève les yeux au ciel, se recueille un instant, a l'air d'écouter une voix mystérieuse que lui seul peut entendre; cette voix parle, elle dicte, le Voyant écrit, et la consultation est faite. J'ai devers moi la plus singulière et toute récente histoire de ce Voyant que malheureusement je ne peux raconter, parce que ces lignes pourraient passer sous les yeux d'une pauvre malade dont je ne veux pas enlever une espérance. Mais, chers confrères, les billevesées de ce Voyant sont acceptées, comme paroles d'évangile, par des personnages très instruits, très clairvoyans dans toutes leurs affaires, et qui prennent, avec une aveugle confiance, les affreuses drogues que M. Henri leur prescrit.

Je connais une honorable et très riche famille de négocians, dont tous les membres, des deux sexes, n'entreprennent pas une opération tant soit peu importante, sans consulter un sorcier tireur de cartes. Ce sorcier n'est pas content de sa recette quand le minimum n'a pas dépassé de 70 à 100 fr. par jour. Je vous raconterai un jour l'histoire de ce sorcier, qui est de mes amis — il faut avoir des amis partout — et qui m'a autorisé à publier certains détails très curieux.

O Béotiens de Paris! Amédée Latour.

qui furent mis en usage pour le combattre. Il ne varia guère pendant près de trois ans que M. L... resta confié à nos soins, et présenta à peu près tous les signes de cette forme de la folie qu'on appelle assez généralement une manie chronique. Elle était caractérisée surtout par une excitation nerveuse habituelle, s'élevant parfois jusqu'à la violence et la fureur; celles-ci étaient de courte durée et faciles à réprimer. Loquacité intarissable, peu de sommeil, mémoire excellente, tant des hommes et des événemens que des choses; enfin, besoin incroyable de mal faire, allié à une ruse véritablement infernale, et souvent à une modération apparente qui trompait même les plus attentifs. Les choses furent même portées au point que M. Leuret engagea la famille à le transporter dans une autre maison de santé, dans le seul but de débarrasser les autres malades d'un contact aussi dangereux qu'insupportable.

E. Lisle.

(La suite prochainement.)

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

DU TRAITEMENT DES GRANDES PLAIES, SURTOUT D'AMPUTATIONS, PAR LE BAIN TIÈDE CONTINU (1);

Par le professeur Langenbeck, de Berlin.

Il faudrait un grand nombre d'observations comparatives pour savoir positivement si les plaies se cicatrisent plus vite sous l'eau qu'à l'air. Et même, dans ce cas, il ne faudrait pas perdre de vue que le temps nécessaire à la guérison peut varier extrêmement pour les mêmes opérations. Mes observations parlent cependant en faveur du bain continu. Dans trois cas d'ostéotomie sous-cutanée du tibia et du péroné, pansés à la manière ordinaire, la guérison fut obtenue en cinq, sept et douze semaines, tandis que deux cas de résection sous-cutanée d'ankylose du coude, traités par le bain, étaient cicatrisés avant la fin de la quatrième semaine. Une résection du genou avait exigé quatorze semaines, pendant que la dernière, traitée sous l'eau, était cicatrisée, à l'exception d'une raie granuleuse étroite, en huit semaines. Une amputation du pied par la méthode de Pirogoff, faite par le docteur Ulrich, était guérie en quatre semaines, à deux petites places suppurantes près, et les surfaces osseuses réséquées étaient réunies par un cal solide.

Ce traitement, pourra-t-il empêcher l'infection purulente? C'est la question la plus grave, que l'on ne pourra résoudre qu'après un grand nombre d'observations. Je n'ai pas encore rencontré de pyémie, quoique plusieurs cas eussent été des plus favorables à cette terrible complication, et que des cas isolés de pyémie se fussent montrés à cette époque à ma clinique et dans les autres hôpitaux. Le refroidissement de la plaie, la rétention et la décomposition putride du pus, et une influence miasmatique (l'air des salles), telles sont les principales causes de la pyémie. Un traitement méthodique sous l'eau permet de les éviter, quoique, *à priori*, on ne puisse en déduire, rigoureusement, l'impossibilité d'une infection purulente. Il est sans doute des conditions individuelles, basées sur la constitution du malade et sur une crase sanguine mauvaise, qui permettent l'établissement de cette maladie sans ces influences extérieures. Il est naturel que le bain se montre impuissant contre ces dispositions internes.

Quoique le bain garantisse la plaie du contact immédiat et prolongé de l'atmosphère, la décomposition putride du pus sous l'influence de l'eau aérée n'en est pas moins possible, même inévitable, lorsque le pus est retenu dans la plaie. Par la même raison, un phlegmon du tissu cellulaire, avec terminaison sanieuse et purulente peut se faire, comme je l'ai observé dans un cas. Un examen attentif de la partie lésée est donc nécessaire, d'autant plus que ces suppurations étendues peuvent se faire sous l'eau, sans être indiquées par une augmentation notable de la fièvre et des douleurs.

M. Langenbeck a choisi parmi ses observations, les suivantes, se rapportant toutes à des cas très graves, et qu'il relate avec détail. Nous regrettons que la longueur de cet article ne nous permette pas de les donner *in extenso*; plusieurs d'entre elles ont trait à des opérations hardies et nouvelles.

Obs. I. — *Fracture comminutive compliquée de la jambe droite.* — Homme robuste de 39 ans, blessé le 17 janvier 1855. Deux plaies cutanées. Le 29 janvier, l'état est devenu des plus mauvais; M. Langenbeck n'exécute pas l'amputation formellement indiquée, puisque des cas de pyoémie s'étaient montrés dans l'hôpital, et que les conditions climatériques étaient mauvaises. Ce matin, frisson d'une demi-heure, suivi de sueur. Bain tiède journalier de l'extrémité lésée pendant une demi-heure. 4 février, les plaies ont un aspect un peu meilleur; l'état général s'est également amélioré. Du 5 au 8, bain toute la journée; pansement contentif la nuit. Du 8 au 25, bain continu sans aucune interruption, à 34°. Au bout de trois jours, aspect satisfaisant des plaies; larges granulations. Le 15, celles-ci deviennent plus fermes, plus rouges. Le 20, les cavités en sont presque entièrement remplies; cicatrices de 5 à 8 millimètres sur les bords. A partir de ce moment, les granulations reprirent leur aspect pâle, infiltré, qu'elles avaient au commencement du bain; elles s'élevaient au-dessus du niveau de la plaie, et toute la jambe était volumineuse, comme infiltrée. Le 25, la jambe fut sortie du bain et contenue par des attelles ouatées; vingt-quatre heures après, elle avait perdu l'œdème. Le 2 avril, les plaies étaient cicatrisées à quelques petites ouvertures près. On appliqua un appareil fenêtré en gutta-percha, que l'on fut obligé d'enlever, parce que l'exfoliation de petits fragmens d'os avait déterminé une suppuration plus abondante. La sortie d'esquilles continua jusqu'au 14 juillet. A cette époque, la plaie était guérie et la perte de substance osseuse considérable, remplie d'une masse fibreuse. Pour guérir la pseudarthrose, le professeur enfonça ses vis dans l'os, au-dessus et au-dessous de la fracture. Le 17 juillet, réaction locale et générale. Comme le fragment inférieur était très court et proche de l'articulation du pied, la vis inférieure fut enlevée au commencement d'août. La supérieure y est encore profondément implantée dans l'os (12 millimètres); et aujourd'hui, 28 août, l'os est augmenté de volume par des masses de cal considérables, et la fausse articulation de beaucoup moins mobile.

Obs. II. — *Ostéosarcome du tibia droit. Amputation de la jambe immédiatement au-dessous de l'articulation du genou. Bain. Guérison.* — Opéré le 20 février. Fomentations froides. Le 22, bain continu à 31°; le 23, à 34°. Le 28, réunion par première intention, réussie dans toute la longueur de la peau que l'on avait pu affronter; au milieu, par le manque de peau, il reste une surface non réunie de 12 millimètres, remplie de granulations. Le 17 mars, à titre d'essai, le moignon est sorti du bain; il y survient des douleurs empêchant le sommeil; le pouls monte de 88 à 112; perte d'appétit. Le bain est rendu le 19, et ôté définitivement le 30. Il n'y avait plus de suppuration, et la plaie était cicatrisée, à l'exception d'une petite place au centre, couverte de granulations.

Obs. III. — *Carcinome du pied. Amputation de Lisfranc. Bain. Guérison.* — Bain immédiat les premières vingt-quatre heures, à 15°-18°, puis, peu à peu, à 34°. Opéré le 11 juin; sorti du bain le 30. Cicatrisation complète le 12 juillet. Le malade commença à marcher.

Obs. IV. — *Ankylose osseuse complète du coude droit. Résection sous-cutanée. Guérison.* — Fille de 17 ans, fortement scrofuleuse dès l'enfance; ankylose du coude droit depuis la cinquième année, par suite de carie. L'articulation forme un angle de 110°. La main et l'avant-bras immobiles, en pronation totale. Le condyle externe de l'humérus ne peut être senti, parce qu'il est fondu en une masse osseuse avec la tête du radius. Cicatrices cutanées à la partie interne de l'articulation. La main ne peut être portée à la bouche. Opérée le 12 mai. La malade étant chloroformée, on fait d'abord des tentatives infructueuses de rupture de l'ankylose. Une incision d'un quart de pouce est pratiquée au côté externe, dans une direction transversale à l'axe du membre, et pénétrant jusqu'à la masse osseuse qui réunit la tête du radius au condyle de l'humérus. Dans le milieu de la plaie, à peu près à l'endroit correspondant à l'articulation, j'appliquai mon foret et perforai l'articulation en travers, de part en part, ce dont j'étais averti par le manque de résistance et par la présence de la pointe du foret sous la peau du côté interne, au-dessous du condyle interne. Au moyen d'une scie fine introduite dans le trou, je coupai d'abord la partie antérieure, puis la partie postérieure de l'articulation, en faisant suivre à la scie la ligne courbe formée par la surface articulaire du cubitus. Je voulais ménager autant que possible l'articulation et n'intéresser que le cal de réunion.

Cette opération est moins difficile qu'on ne pense, quand on connaît bien les directions des surfaces articulaires, car la scie se manœuvre très facilement et permet de tracer toutes les courbes et des cercles. Après avoir sectionné la majeure partie, je rompis les petits ponts osseux encore existans, par une flexion forcée de l'avant-bras. Celui-ci put aussitôt être presque complétement étendu et fléchi à angle aigu. L'olécrane et les autres surfaces articulaires avaient leur conformation normale. Bain du bras continu de 31°; le 15 mai à 34°.

Le 26 mai. Aucune fièvre n'est survenue; pas de douleurs, excepté par les mouvemens; la plaie est plus petite et remplie de granulations; ses bords et les anciennes cicatrices sont œdématiés. Pour cette raison, le bras est sorti du bain, frictionné avec de l'huile d'amandes chaude, enveloppé d'une bande de flanelle, et fixé sur une attelle courbée à angle droit.

28 mai. L'œdème s'est dissipé. Les mouvemens de l'articulation sont toujours encore très douloureux. 9 juin. La plaie est cicatrisée depuis plusieurs jours. Pour explorer l'articulation, la malade est chloroformée. La flexion de l'avant-bras était complète, l'extension pas tout à fait. En se réveillant, la patiente accusa de vives douleurs qui cédèrent bientôt à un bain de bras de 31°, mais il se forma, du côté interne, un petit abcès qui fut ouvert et se cicatrisa rapidement. J'engageai la malade à prendre les bains salins de Rehme; l'avant-bras était à angle droit, pouvait être volontairement fléchi à angle aigu et ramené au droit; mais la sensibilité de l'articulation ne permettait pas l'extension.

Obs. V. — *Analogue à la précédente.* — Opération faite le 24 mai. La cicatrisation a marché rapidement, et le 25 août, la malade a été revue après l'emploi de bains, et on a constaté que la flexion spontanée allait à l'angle aigu, de sorte que la main pouvait être portée à la bouche sans flexion de la tête, l'extension s'arrêtait à 120°. Les mouvemens sont lisses, sans bruit, comme si des surfaces articulaires polies glissaient l'une sur l'autre. La pronation et la supination, qui avaient été abolies par l'ankylose et rétablies par rupture avant l'opération de la section du coude, mais dans la même séance, étaient encore incomplètes et accompagnées de douleur et de bruit de frottement.

Obs. VI. — *Carcinome médullaire de la rotule. Extirpation de la rotule. Résection des extrémités articulaires. Guérison.* — Femme de 24 ans, opérée le 21 juin. Mise dans le bain le 23. Le lendemain, plus de douleurs, fièvre moindre. Le 25, l'eau est portée de 31° à 34°. Le 29. La vaste plaie est recouverte de granulations abondantes depuis le 26. Le 18 juillet. Pour pouvoir donner une meilleure position aux os, très disposés à se déranger, l'extrémité est sortie de l'eau, enveloppée de bandes de flanelle et contenue par une attelle postérieure, deux latérales et des sachets de sable. Pansement simple de la plaie.

Le 23 août. La plaie est cicatrisée à part une bande granuleuse étroite. Il n'existe pas de trace de cal entre les extrémités osseuses réséquées.

Obs. VII. — *Tumeur fibreuse considérable au côté externe du genou et du mollet. Extirpation. Ouverture de l'articulation. Gangrène étendue du tissu cellulaire avec suppuration sanieuse. Mort le 21e jour.* — Opéré le 9 juillet. Le malade, de 32 ans, refuse obstinément l'amputation de la cuisse proposée. Bain de 22° le jour même; le soir, l'eau était montée à 31°. On conserve de ce moment 32°. Le 20 juillet. L'état général et local ne laissait rien à désirer; la plaie était recouverte d'abondantes granulations et secrétait beaucoup de pus. Toute la jambe était œdématiée, sans douleur. La pression du manchon inférieur avait excorié superficiellement la peau. Pour éviter toute compression, l'appareil fut enlevé et l'extrémité étendue en entier dans une baignoire en zinc, faite exprès, de manière à n'avoir besoin que du manchon supérieur de la cuisse.

Ces derniers jours le malade avait été en des dispositions de tristesse, sans fièvre. Je l'attribuai à des relations de famille désagréables, mais sans pouvoir m'en assurer. Tout d'un coup il survint un violent frisson suivi de sueur et de fièvre. A la partie interne du tibia, il s'était formé une fluctuation étendue, remontant dans le jarret. Plusieurs incisions pratiquées laissèrent sortir une grande quantité de pus très fétide, avec des gaz et des lambeaux de tissu cellulaire mortifié.

Sulfate de quinine. Vin. Le 24 juillet. Les accidens ont marché, sans nouveau frisson. J'aurais voulu faire cesser le bain, mais les douleurs qui revenaient chaque fois qu'on laissait écouler l'eau, m'en ont empêché. Il survint une collection purulente considérable à la cuisse, sous le vaste externe, et le malade succomba le 31 juillet. A l'autopsie, j'ai trouvé une suppuration complète de l'articulation; les cartilages articulaires étaient détachés, les fibro-cartilages détruits; fonte purulente étendue du tissu cellulaire inter-musculaire et sous-dermique de la cuisse et de la jambe. Les gros vaisseaux de l'extrémité étaient sains; nulle trace de pyémie ni de lésion dans les organes thoraciques et abdominaux (1).

Dans le n° 41 de la *Deutsche Klinik*, le docteur Fock revient sur ce sujet et complète l'histoire d'une des précédentes opérations. Il fait le parallèle entre le bain d'eau et le bain d'air tiède de M. J. Guyot, et trouve dans le contact de l'air de ce dernier mode de traitement, un désavantage notable. Il regarde le nouveau moyen plutôt comme favorable à la réunion par première intention, et publie de nouvelles observations à cet égard. Voici les indications de l'emploi du bain continu, autant que l'observation les a données. 1° Toutes les grandes plaies des parties molles, que l'on veut guérir par première intention ou non; les plaies d'amputation et de résection. 2° Les plaies pénétrantes des articulations. 3° Les fractures compliquées, dès qu'il survient de l'inflammation et de la suppuration de la peau et du tissu cellulaire. 4° Les déchirures des parties molles aux mains et aux pieds, avec ou sans lésion osseuse. 5° Après la lithotomie, l'uréthrotomie, la herniotomie, la laparohystérotomie, l'extirpation de l'ovaire, du rectum (dans ces cas, bain prolongé 16-18 heures par jour). 6° La carie. 7° Le panaris, le phlegmon diffus, l'œdème purulent aigu. 8° La gangrène. 9° Les brûlures. 10° Les inflammations articulaires aiguës et chroniques. 11° L'opération de l'ankylose et de la contracture des articulations, soit par rupture, soit par ostéotomie sous-cutanée. (Ce moyen ne serait-il pas à employer après l'opération césarienne?

Les nouveaux cas rapportés sont les suivants :

Obs. I. — *Récidive du carcinome. Désarticulation du pied d'après la méthode de Syme-Pirogoff. Guérison dans le bain continu, par première intention.* — Il s'agit du garçon qui fait le sujet de l'Obs. n° 3. Déjà amputé, d'après la méthode Lisfranc. Il est revenu le 7 septembre. La maladie avait récidivé depuis 15 jours et marché très promptement. Opéré le 8 septembre. Pansement ordinaire; fomentations froides. Le 9, fièvre vive, douleurs. Bain continu à 19°. Les douleurs cessent. Le 10. La fièvre a beaucoup diminué; appétit. Le pansement primitif est enlevé; bel état de la plaie. Bain à 34°. Le 12. On enlève trois sutures; le lambeau tient partout. Pas de fièvre. Le 15. Toutes les sutures, à l'exception de deux, sont ôtées. Les bords de la plaie sont collés; aucune trace de suppuration. Le 28. On retire les ligatures. Le pied est sorti de l'eau, le moignon pansé avec de la ouate, et la jambe fixée sur une attelle matelassée. Le 2 octobre. La guérison ne laisse rien à désirer. Le raccourcissement de l'extrémité est de 6 lignes. Le calcanéum et le tibia paraissent solidement réunis. On ne permet pas encore au malade de marcher.

Obs. II. — *Carie des os du tarse. Désarticulation du pied par la méthode de Syme-Pirogoff. Bain d'eau. Guérison en grande partie par première intention;* par le docteur Ulrich. — Jeune homme faible. Trente heures après l'opération, bain de 34° dans lequel la jambe resta 22 jours. Tout était réuni par première intention, excepté au côté externe, une longueur de un pouce. Cette ouverture conduisait à la section du calcanéum et des os de la jambe. Elle s'est guérie par granulations dans la huitième semaine, sans laisser de fistule.

Les dix autres opérations de ce genre connues, n'ont fourni qu'une seule fois une réunion immédiate. La cicatrisation s'est faite, en moyenne, en huit semaines; mais des abcès le long du tendon d'Achille et des collections purulentes ont souvent compliqué la cicatrisation, et il est resté des ouvertures fistuleuses pendant des mois. Les deux cas précédens, auxquels j'en pourrais joindre un troisième, tout aussi heureux, du docteur Wagner, à Dantzig, mais dont je ne possède pas encore les détails; ces deux cas, quoique trop peu nombreux, parlent cependant en faveur du bain continu.

Le niveau des caisses et réservoirs destinés à ce mode de traitement ne doit pas dépasser la surface du matelas, pour ne pas blesser et comprimer la partie du membre qui repose sur leur bord. A cet effet, le mieux est d'avoir un matelas et une paillasse, composés de trois pièces transversales. L'une de ces pièces est coupée en deux, suivant le sens de la longueur du matelas. Pour le bain du bras, on met cette dernière pièce au milieu, on enlève une des tranches longitudi-

(1) Voir le numéro du 24 Janvier 1856.

(1) Extrait de la *Deutsche Klinik*, 1855, n° 36.

nales et l'on place l'appareil dans cette excavation. Pour la jambe, il faut que cette pièce se trouve la dernière, et il est nécessaire d'employer alors la paillasse préparée de la même manière. L'appareil doit poser sur les planches qui forment le fond du lit.

Dr Strohl.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 10me ARRONDISSEMENT.

Analyse d'un mémoire de M. Quévenne, pharmacien en chef de la Charité, *sur l'action physiologique et thérapeutique des ferrugineux*, lue à la Société médicale du 10me arrondissement, par le docteur Blain des Cormiers, l'un des secrétaires, chef de clinique à l'hôpital de la Charité.

Messieurs,

Vous m'avez chargé de vous rendre compte de ce nouveau travail de M. Quévenne. Le nom de l'auteur, déjà connu par d'utiles et consciencieuses recherches sur le ferment, le lait et la digitaline, recommandait suffisamment le mémoire sur les ferrugineux à votre sérieuse attention. J'ajouterai que l'objet de ce mémoire, l'utilité dont il doit être pour le praticien par la double considération des matières qui y sont traitées et des substances médicamenteuses dont la valeur est judicieusement discutée, m'ont encore engagé à vous présenter aujourd'hui une analyse exacte autant que possible des faits intéressans et des considérations nouvelles que ce travail peut contenir.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler combien sont fréquentes, dans la pratique journalière, les affections dont le fer est le seul remède véritable, ou tout au moins, pour ne rien exagérer, combien les préparations martiales contribuent puissamment à la guérison de maladies variées. A tous les degrés de la débilitation, de l'épuisement et de la cachexie, le fer est utile et journellement employé : depuis la jeune fille chlorotique jusqu'à l'homme exténué par des pertes de sang, par une affection cancéreuse, par une syphilis ancienne et rebelle, jusqu'au mineur qui s'est longtemps étiolé loin de l'air pur et de la lumière du soleil, que de malades trouvent dans l'emploi des ferrugineux le soulagement, sinon la guérison complète de leurs souffrances! Connaître les cas dans lesquels le fer est utilement employé en thérapeutique, ce serait passer en revue une grande partie des cadres nosologiques.

Il était donc important d'étudier avec le plus grand soin les effets physiologiques et thérapeutiques des ferrugineux. C'est ce que vient de faire M. Quévenne. Déjà bien avant lui, et à une époque très éloignée de nous, l'importance des martiaux avait été comprise. Vous pouvez lire dans la partie historique du travail que j'analyse comment le fer, à toutes les époques de la médecine, a eu le privilége de se trouver lié aux faits ou aux théories qui ont dominé dans la science, ou l'ont révolutionnée; comment ses adeptes avaient fondé d'immenses espérances sur les propriétés du fer pour en tirer la médecine universelle, et les alchimistes, pour arriver à la découverte du grand œuvre, la transmutation des métaux; comment l'action de l'eau sur le fer servit à Lavoisier pour prouver la nature de celle-ci, et y démontrer la présence de l'oxygène. Vous verrez encore dans cette troisième partie du mémoire que les préparations ferrugineuses ont toujours occupé le premier rang parmi les agens thérapeutiques, soit qu'on les environnât des rêveries plus ou moins poétiques de l'alchimie, soit que la science en consacrât l'usage au moyen de l'analyse et d'une sage expérimentation.

Pardonnez-moi, Messieurs, ce coup d'œil un peu long, peut-être, sur la partie historique du mémoire que j'analyse. J'ai hâte d'arriver à l'examen des faits les plus importans, de ceux qui appartiennent en propre à l'auteur.

Le travail de M. Quévenne est surtout expérimental. Il a été fait à l'aide de chiens à fistules stomacales, et il a été exécuté près de deux mille expériences. Quoique le côté pratique soit de beaucoup le plus important, néanmoins quelques questions relatives au mode d'action du fer sur l'économie ont été abordées par l'auteur : j'en parlerai tout d'abord pour n'y plus revenir.

La première de ces questions théoriques est celle-ci : *Comment le fer provoque-t-il l'accroissement de la richesse du sang en globules?*

Voici les faits allégués par M. Quévenne, et les déductions qu'il en tire :

D'une part, lorsque l'on sature au moyen de carbonate de soude ou de sérum du sang le suc gastrique provenant d'une digestion de pain, le liquide se trouble à peine. Si le suc gastrique vient d'une digestion de pain et de viande, le précipité est plus abondant. Si l'on a préalablement ajouté du fer à la ration précédente, le précipité est encore plus abondant. Ce précipité, sous forme de granulations très fines, se compose essentiellement de matières protéiques ou albuminoïdes et de fer.

D'autre part, il est bien prouvé aujourd'hui, par les expériences de tous les physiologistes modernes, que les substances protéiques (albumine, caséum, fibrine, gluten, etc.) ne pénètrent pas dans le sang par la voie des chylifères, mais bien d'une manière directe, au moyen des veines qui entourent les organes digestifs. Or, s'il en est ainsi, ne doit-on pas croire que là où vont se rencontrer les sucs venus de l'estomac et le sérum du sang, il va aussi s'opérer un phénomène de précipitation. De là, on est conduit à penser que les particules de ce précipité sont destinées à servir de point de départ aux globules sanguins, globules dans lesquels se localise, comme on sait, tout le fer introduit dans l'économie. Le fait est que l'abondance du précipité dont il s'agit est en rapport avec le pouvoir nutritif des alimens, que sa composition est très analogue à celle des globules du sang; et il semble que, pour arriver à une transformation complète, ce précipité n'ait plus qu'à revêtir les formes symétriques qui sont le résultat de l'influence organique.

Cette théorie se rapproche beaucoup de celle de M. Mialhe. Seulement cet auteur faisait provenir la matière albuminoïde du sérum du sang, tandis que M. Quévenne la croit fournie principalement par le liquide digestif.

A l'appui de sa théorie, le pharmacien de la Charité invoque l'opinion de M. J. Béclard, opinion fondée sur des expériences très nombreuses : les globules du sang prendraient naissance dans la veine porte, c'est-à-dire, précisément dans le premier grand vaisseau où a lieu le mélange des deux liquides dont nous parlons, le sang et le liquide provenant des alimens digérés.

Ajoutons que cette théorie n'a trait qu'au point initial de l'action du fer sur l'économie; il faut, bien entendu, pour apprécier toute cette action, faire entrer en ligne de compte la stimulation que les globules du sang, arrivés à l'état parfait, exercent sur l'organisme.

La seconde question théorique examinée par M. Quévenne est celle-ci : *Le fer, une fois localisé dans le globule sanguin, y remplit une fonction physiologique. Quelle est cette fonction?*

L'auteur adopte une théorie qui a été donnée il y a quelques années par M. Liebig, et il l'appuie de diverses expériences ou observations propres à la rendre plus admissible.

Voici les principaux faits qui servent de base à cette théorie :

Le sang est doué de la propriété d'absorber certains gaz, et ceux-ci peuvent être déplacés par d'autres. Dans les poumons, il se charge d'oxygène et dégage de l'acide carbonique; dans les capillaires, c'est l'inverse.

D'un autre côté, on a observé que le peroxyde de fer, au contact des matières organiques, en vase clos, se convertit en protocarbonate; tandis que celui-ci, au contraire, se suroxyde, et dégage de l'acide carbonique, lorsqu'il se trouve exposé à l'air :

S'appuyant sur ces deux ordres de faits, M. Liébig émet l'opinion que le rôle du fer dans les globules du sang est d'aller se charger d'oxygène dans les poumons, pour le reporter ensuite sur les parties avec lesquelles il doit se trouver en contact dans les capillaires; en même temps, il est partiellement désoxydé par le fait même de ce contact et des combustions qu'il opère dans cette partie du trajet, combustions qui produisent de l'eau, des acides carbonique, lactique, urique, etc. Dans cette hypothèse, les globules du sang, grâce au fer qu'ils contiennent, serviraient de moyen de transport à l'oxygène, pour le transmettre aux matières organiques et les métamorphoser : ce seraient des porteurs d'oxygène.

A l'appui de cette manière de voir, M. Quévenne cite de nombreux exemples d'action comburante exercée par l'oxyde de fer sur les matières organiques dans la nature.

Ainsi 1° le fer, malgré sa tendance naturelle à se peroxyder, se trouve dans la terre arable à un état d'oxydation peu avancé, et cette terre est riche en acide carbonique.

2° Du fer métallique a été trouvé dans du bois fossile submergé, où il semblait avoir été ainsi réduit par les élémens combustibles du bois.

3° Comment la rouille qui, à la longue brûle les tissus avec lesquels elle se trouve en contact, exerce-t-elle cette action, si ce n'est par l'oxygène qu'elle leur transmet, en même temps qu'elle en reprend à l'air?

Après avoir cité bien d'autres exemples analogues, et des expériences qui lui sont propres, l'auteur formule cette conclusion :

Toutes les fois que le peroxyde de fer se trouve en contact avec de la matière organique, son oxygène se porte sur celle-ci et la brûle; le phénomène s'accomplit à toutes les températures, depuis celle de l'atmosphère jusqu'à celle du rouge naissant; c'est là une des lois générales de la nature, et les choses ne se passent pas autrement dans le sang, seulement le phénomène y est plus marqué.

Parlant ici devant des praticiens, je ne dois pas, Messieurs, insister davantage sur ces théories, fort curieuses sans doute, mais qui ne constituent pas le côté immédiatement applicable du travail que vous m'avez chargé d'analyser.

Pour les praticiens, l'un des faits les plus importans qui ressortent du travail de M. Quévenne est celui ci; ce ne sont pas les sels solubles de fer qui introduisent le plus de métal à l'état de dissolution dans le suc gastrique, comme on l'a cru jusqu'ici : certaines préparations insolubles, mais facilement attaquables par les acides, l'emportent sur les premiers; tel est le fer réduit.

Ce qui distingue cette préparation entre tous les martiaux, c'est son degré relatif d'activité. Aussi, suffit-il, pour produire les effets que l'on attend de la médication ferrugineuse, de donner le médicament à la dose de vingt à trente centigrammes par jour avec les alimens; bien rarement, il est nécessaire d'aller à 40 ou 50 centigrammes. Cette activité plus grande du fer réduit, comparativement aux sels solubles, s'explique par des expériences contenues dans le mémoire que nous analysons. L'auteur démontre en effet par des dosages précis que la presque totalité du métal des sels de fer est tout d'abord précipitée dans l'estomac, lorsqu'on administre ceux-ci avec les alimens; de sorte que, soit que l'on ait donné une préparation de fer naturellement insoluble, soit que l'on ait fait prendre un sel soluble, le suc gastrique est appelé dans les deux cas à réagir sur un corps insoluble. Or comme les sels solubles ne contiennent en général que de 20 à 30 p. 100 de métal, tandis qu'un gramme de fer métallique par exemple représente le même poids de matière active, il n'est nullement étonnant que celui-ci l'emporte sur les premiers.

D'ailleurs, les expériences faites dans les hôpitaux de Paris et répétées par la commission de l'Académie de Médecine, les observations cliniques de M. le professeur Costes, de Bordeaux (Observations comparatives entre les diverses préparations ferrugineuses), la pratique de beaucoup de médecins de la ville, ne laissent aucun doute sur l'efficacité du nouveau médicament.

Il faut remarquer cependant que ce degré d'activité n'est atteint qu'autant que le fer a été complètement réduit; autrement, si tout l'oxygène n'a pas été enlevé, (ce dont on s'aperçoit à la couleur noire du produit) on n'a plus qu'un médicament faiblement attaqué par les acides et beaucoup moins actif, et autant vaudrait alors employer l'oxyde noir ordinaire.

Le mode d'administration du fer réduit est de la plus grande simplicité. Les auteurs de la préparation du fer réduit délivrant celui-ci en nature, par petits flacons, il suffit de mêler la dose prescrite avec les alimens. Et, chose qui ne paraîtra pas indifférente à beaucoup de personnes, cette préparation est parmi les moins dispendieuses pour le malade.

Une chose importante à noter est *le moment de l'administration*. Si, comme tout porte à le croire, le mode d'action des ferrugineux se lie d'une manière intime à celui des alimens, on peut dire qu'il est convenable de faire prendre les premiers en même temps que ceux-ci; mais il faut regarder ce précepte comme absolu pour le fer réduit. En effet, ce médicament, de même que les autres préparations martiales insolubles, ne peut agir qu'après avoir été dissous par le suc gastrique. Or, les liquides sécrétés par l'estomac n'étant acides que pendant le temps de la digestion, et offrant, au contraire, une réaction alcaline dans l'état de vacuité de cet organe, il en résulte que, si l'on administrait à jeun les médicamens dont nous parlons, ils resteraient sans effet, ou n'agiraient que plus tard et faiblement, lorsque l'on viendrait à ingérer des alimens.

Il faut dire, enfin, que l'inconvénient attribué aux préparations ferrugineuses insolubles, d'absorber une notable partie de l'acide du suc gastrique et de nuire ainsi à la digestion, est une chose à peu près illusoire. Les expériences de M. Quévenne, faites sur le vivant, montrent que la diminution d'acidité, dans ce cas, est très minime, et rien ne prouve que cette diminution soit nuisible : il est possible, au contraire, que, dans certaines circonstances où les digestions sont accompagnées d'éructations acides, il y ait avantage.

Restait enfin à étudier la question des substances compatibles ou incompatibles avec le fer réduit. Or, il résulte des expériences de M. Quévenne que beaucoup de substances peuvent être mélangées sans inconvénient avec le fer réduit et administrées ainsi. Les poudres toniques ou amères, comme celles de quinquina, de cannelle, de rhubarbe, de colombo, de gentiane, d'aloës, etc., sont dans ce cas. Il en est de même de certaines substances salines, comme le bicarbonate de soude, le sulfate de quinine, le sous-nitrate de bismuth. D'autres substances, au cont aire, doivent être administrées isolément : tels sont l'iodure de potassium, les sels de mercure, etc.

Je ne veux pas, Messieurs, abuser plus longtemps de votre attention : je m'arrête ici; et sans avoir besoin d'insister sur le mérite du mémoire qui a nécessité de si laborieuses recherches, je vous propose d'adresser à M. Quévenne une lettre de remercîmens, et de l'inviter à continuer, pour d'autres agens thérapeutiques, l'œuvre qu'il a si utilement commencée pour la digitale et pour le fer.

(*La suite à un prochain numéro.*)

PRESSE MÉDICALE.

Le seigle ergoté et le borax; leurs indications spéciales; par le docteur Spengler, à Ems. — Les deux activent les contractions utérines, mais présentent une différence dans leurs indications. Le borax est préférable, lorsque la femme est en proie à une exaltation de la sensibilité, qu'il y a un état spasmodique, des crampes, des douleurs, ou bien quand il y a des symptômes gastriques, dyspepsie, acidité des premières voies, état bilieux. Le seigle ergoté réussit mieux chez les personnes molles, leucophlegmatiques, à fibre relachée. Quand la femme est profondément épuisée, physiquement et moralement, quand les douleurs sont très vives, insupportables, une addition d'éther au seigle, est le meilleur calmant. Il est probable que le chloroforme rendrait le même service, car c'est la propriété anesthésique de ces agens que l'on doit rechercher. M. Spengler préfère l'infusion, préparée avec 2 à 4 grammes, sur 100 de liquide. L'éther y est ajouté à 2 grammes à peu près, une cuillérée tous les quarts d'heure. S'il existe un état gastrique, de la constipation, l'huile de ricin suffit souvent seule pour ranimer les contractions utérines. — (*Monatschr. f. Geburtsk*, 1855, mars.)

COURRIER.

Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 15 janvier 1856, M. Pouzin, professeur de chimie organique et toxicologique, est nommé directeur de l'École supérieure de pharmacie de Montpellier, en remplacement de M. Duportal;

M. Planchon, docteur en médecine et docteur ès sciences, pharmacien de 1re classe, est chargé du cours d'histoire naturelle et de botanique à l'École supérieure de pharmacie de Montpellier.

— Par arrêté en date du 14 janvier 1856, M. Goste, professeur de clinique chirurgicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Marseille, est nommé directeur de ladite École, en remplacement de M. Sus, dont la démission et acceptée.

— Par arrêté en date du 14 janvier 1856, M. Béchet, professeur adjoint à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé professeur titulaire de pathologie externe et de médecine opératoire à ladite École.

M. Demange, professeur adjoint à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nancy, est nommé professeur titulaire de pathologie interne à ladite École.

— Par arrêté en date du 19 janvier 1856, M. Boeckel est nommé prosecteur près la Faculté de médecine de Strasbourg.

Errata. — A notre appréciation de la séance de l'Académie de médecine du 15 janvier, attribuer à M. le docteur Cazenave de *Bordeaux* et non de *Pau*, comme cela a été imprimé par erreur, les observations de lithotritie qui ont fait le sujet du rapport de M. Ségalas. — A notre article de samedi dernier, à l'occasion de la lettre de M. Bayard, substituer ces mots : qui *fait* un débat sérieux et scientifique, aux mots : qui *fait*.

EN VENTE,

Aux bureaux de l'*Union Médicale* et chez tous les libraires de l'École de médecine,

LETTRES SUR LA SYPHILIS,

Adressées à M. le rédacteur en chef de l'Union Médicale,

Par Ph. RICORD,

Chirurgien de l'hôpital du Midi, chirurgien-consultant du Dispensaire de salubrité publique, membre de l'Académie impériale de médecine, de la Société de chirurgie et de diverses Académies et Sociétés savantes; officier de la Légion-d'Honneur, commandeur et chevalier de plusieurs autres ordres;

AVEC UNE INTRODUCTION,

PAR AMÉDÉE LATOUR,

Rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique.

Deuxième édition revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 13. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 29 Janvier 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens :
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. ÉPIDÉMIOLOGIE : Épidémie de variole développée dans trois communes de l'arrondissement de Florac (Lozère), dans des circonstances insolites. — II. REVUE GÉNÉRALE : Nouveaux faits en faveur des avantages du pansement des plaies avec la glycérine. — Le choléra et les vents d'ouest. — Statistique de la myopie en France. — Prescriptions applicables à certaines formes de la fièvre typhoïde. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société d'hydrologie médicale de Paris* : De l'eau de Balaruc dans diverses maladies. — *Société médicale du 10e arrondissement* : Obstacle à la fécondation et au cours menstruel par le fait d'une membrane fibreuse qui coiffait le museau de tanche et couvrait l'orifice utérin ; plus de quinze ans de date de la maladie ; opération ; succès. — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON : L'imagination et la folie.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

ÉPIDÉMIE DE VARIOLE DÉVELOPPÉE DANS TROIS COMMUNES DE L'ARRONDISSEMENT DE FLORAC (LOZÈRE), DANS DES CIRCONSTANCES INSOLITES ;

Par M. le docteur E. MONTEILS-PONS, médecin des épidémies de l'arrondissement de Florac.

Une épidémie de variole a été importée au sein de trois communes de mon arrondissement, dans des circonstances tellement singulières et accompagnées de faits tellement remarquables, que je crois rendre un véritable service à la science, en les racontant en détail.

Je veux ignorer encore si je dois la placer dans la classe des varioles sporadiques, ou dans celle des petites véroles épidémiques. C'est une question que je me poserai tout à l'heure, et que je tâcherai de résoudre aussitôt que j'aurai fait connaître son mode de développement et son intensité.

C'est par là que je vais commencer.

Au printemps de l'année 1854, une épidémie de varioles graves développait ses périodes dans l'enceinte des murs de Nîmes.

A la même époque, Mme H. T..., Nîmoise mariée à Florac, touchait au terme de sa seconde grossesse. Elle allait se rendre dans sa ville natale, pour y passer, auprès de sa mère, les dernières semaines de cet état physiologique, et pour y accomplir ses couches, lorsque son médecin accoucheur fut prévenu de ses intentions.

Naturellement instruit du règne de l'épidémie, et voulant préserver cette intéressante jeune femme du danger qu'il y aurait eu, pour elle, à s'exposer ainsi, sans préparation, au principe contagieux variolique, cet honorable praticien lui fit donner le conseil de se faire revacciner, avant d'entreprendre son voyage.

Averti à temps, mais dépourvu de virus vaccin, et pensant que je pourrais m'en procurer de récent auprès de mon confrère de Nîmes, je lui en fis faire la demande par Mme T... elle-même.

Sa requête ne pouvait qu'être favorablement accueillie, et le 2 mai, je reçus, par cette voie, deux verres parfaitement chargés d'un prétendu virus préservateur.

L'un d'eux me servit immédiatement à revacciner cette jeune dame.

J'employai le second à vacciner une petite fille de Florac, dans l'intention de procurer à nos accoucheuses les moyens de pratiquer la vaccine sur tous les nouveau-nés de notre ville qui n'y auraient point encore été soumis.

L'opération pratiquée chez Mme T..., ne lui procura qu'une éruption de fausse vaccine.

L'autre donna naissance à six boutons-vaccin admirables de développement, de configuration et d'apparence, et le huit mai, six enfans furent vaccinés, de bras à bras, et en ma présence, avec du virus pris à cette source.

Le même jour, deux verres chargés du même principe que je devais croire également conservateur, furent envoyés à l'accoucheuse du canton du Pont-de-Montvert, au village de Vialas, et l'une des sages-femmes de Florac en emporta une quantité suffisante pour vacciner cinq autres enfans dans la commune de Saint-Julien, au village de Balazuègnes.

De ces divers points, la propagation de la vaccine allait être effectuée sur tous les autres qui sont du ressort de ma clientèle, et je comptais mettre ainsi cette partie de mon arrondissement à l'abri de toute épidémie de variole, au moins pour cette année.

Mais voici que le lendemain, 9 mai, je fus appelé à donner mes soins à l'enfant qui m'avait servi de porte-vaccin, et que l'on disait gravement malade.

Je le trouvai, en effet, atteint d'une fièvre inflammatoire insolite en pareil cas, et assez intense pour me donner, au premier abord, quelque inquiétude.

Je voulus alors m'assurer que les symptômes observés n'étaient point liés à une irritation considérable, provoquée aux bras par la déchirure des pustules vaccinales que l'on avait ouvertes, la veille, pour y puiser, en faveur des autres enfans, le principe virulent vaccinateur.

Je pus ainsi reconnaître de nouveau la bonne apparence des boutons-vaccin. Je pus me convaincre, en même temps, que les bras n'étaient point atteints d'une inflammation locale suffisante pour expliquer l'état morbide qui se présentait alors à mon observation.

Mais je m'aperçus que les six boutons vaccinaux étaient entourés de vésicules extrêmement petites et fort nombreuses, qui formaient autour d'eux un ruban grisâtre, chagriné, large d'un à deux millimètres, et qui s'était développé dans l'espace de vingt-quatre heures.

J'avais donc affaire à une fièvre inflammatoire de cause interne, et peut-être à une nouvelle fièvre éruptive.

Néanmoins, et jusqu'à preuve contraire, je dus croire à une de ces éruptions vésiculeuses, sans conséquence, qui accompagnent ou suivent quelquefois l'apparition des pustules de la vaccine. Et pourtant, la violence de la fièvre me rendit circonspect, et je me hâtai de prévenir les sages-femmes qu'il y avait prudence à s'abstenir jusqu'à plus ample informé.

Malheureusement, il était déjà trop tard : le mal était produit.

En effet, trois jours plus tard, et les vésicules dont je viens de parler étant desséchées, je vis le corps de mon petit malade se couvrir d'une centaine de pustules éparses, qui, au bout de quatre autres jours, offrirent tous les caractères des pustules varioleuses.

Je me trouvai, conséquemment, en présence d'une variole bénigne, discrète, parfaitement reconnaissable, et consécutive à la vaccine, quoique évidemment inoculée en même temps qu'elle, puisque, à cette époque, il n'existait aucun varioleux, ni dans la ville, ni dans ses environs, et à plus de huit lieues à la ronde.

Puis, tous les enfans vaccinés à Florac, à Balazuègnes et à Vialas, présentèrent exactement les mêmes symptômes : d'abord, une vaccine parfaite, et, ensuite, une variole bénigne, consécutive, développée dans les mêmes circonstances, et à la même période d'évolution de la maladie primordiale.

16 enfans avaient ainsi reçu la maladie redoutée, en même temps que la maladie préservatrice, savoir : 7 à Florac, 5 à Balazuègnes et 4 à Vialas.

Or, le mal n'eût pas été grand, puisqu'ils avaient tous été garantis de symptômes alarmans, si, pour prouver, surabondamment, l'identité de l'état morbide varioleux ainsi communiqué, celui-ci ne s'était pas répandu par contagion, et n'avait point atteint d'autres personnes non soumises à l'influence du même fluide vaccin.

Dans cette occurrence, et aussitôt que j'eus connaissance de cette propagation contagieuse, je m'empressai de faire venir

Feuilleton.

L'IMAGINATION ET LA FOLIE.

III.

M. Jouffroy, le philosophe, avait une nature de caste. Cela n'empêcha pas son talent, mais cela lui faisait vouloir « qu'on établît une ligne de démarcation infranchissable entre les études des philosophes et celles des médecins (1). » J'ai compris ce qu'il y avait de prudent tout à la fois et d'ingénieux dans cette volonté, en relisant le passage d'un livre très célèbre de M. de Maistre. Il s'agit de démontrer avec l'esprit et par un apologue *la double nature de l'homme*, laquelle, selon M. de Lamartine, fait dire à tous les hommes qui s'étudient : « *Je sens deux êtres en moi.* »

Lisez, encore une fois ; vous avez affaire à Xavier de Maistre (*Voyage autour de ma chambre*) :

« Enfin *le corps* était éveillé, et très éveillé, lorsque *mon âme* se débarrassa des liens du sommeil... Comme on se l'imagine, elle désapprouva fortement tout ce qui s'était passé en son absence, et c'est ici que commence le dialogue qui fait le sujet de ce chapitre...

» Quoi donc ! dit mon âme, c'est ainsi que, pendant mon absence, au lieu de réparer vos forces par un sommeil paisible, et vous rendre par là plus propre à exécuter mes ordres, vous vous avisez *insolemment* (le terme était un peu fort) de vous livrer à des transports que ma volonté n'a pas sanctionnés. »

Peu accoutumé à ce ton de hauteur, l'*autre* lui répartit en colère :

« Il vous sied bien, madame (pour éloigner de la discussion toute idée de familiarité), il vous sied bien de vous donner des airs de décence et de vertu ! Eh ! n'est-ce pas aux écarts DE VOTRE IMAGINATION et à vos extravagantes idées que je dois tout ce qui vous déplaît en moi ? Pourquoi n'étiez-vous pas là ? Pourquoi auriez-vous le droit de jouir sans moi, dans les fréquens voyages que vous faites toute seule. Ai-je jamais désapprouvé vos séances dans l'Empyrée ou dans les Champs-Élysées, vos conversations avec les intelligences, vos spéculations profondes (un peu de raillerie, comme on voit), vos châteaux en Espagne, vos systèmes sublimes ? et je n'aurai pas le droit, lorsque vous m'abandonnez ainsi, de jouir des bienfaits que m'accorde la nature, et des plaisirs qu'elle me présente !

» Mon âme, surprise de tant de vivacité et d'éloquence, ne savait que répondre. Pour arranger l'affaire, elle entreprit de couvrir du voile de la bienveillance les reproches qu'elle venait de se permettre ; et, afin de ne pas avoir l'air de faire les premiers pas vers la réconciliation, elle imagina de prendre aussi le ton de la cérémonie : « Madame, dit-elle à son tour avec une cordialité affectée (si le lecteur a trouvé ce mot déplacé lorsqu'il s'adressait à mon âme, que dira-t-il maintenant, pour peu qu'il veuille se rappeler le sujet de la dispute ? Mon âme ne sentit point l'extrême ridicule de cette façon de parler, tant la *passion* obscurcit l'*intelligence* !), Madame, dit elle donc, je vous assure que rien ne me ferait autant de plaisir que de vous voir jouir de tous les plaisirs dont votre nature est susceptible, quand même je ne les partagerais pas, si ces plaisirs ne vous étaient pas nuisibles et s'ils n'altéraient pas l'harmonie qui... » Ici mon âme fut interrompue vivement : « Non, non, je ne suis point la dupe de votre bienveillance supposée ; le séjour forcé que nous faisons ensemble dans cette chambre où nous voyageons, la blessure que j'ai reçue, qui a failli me détruire et qui saigne encore, tout cela n'est-il pas le fruit de votre orgueil extravagant et de vos préjugés barbares ? Mon bien-être et mon existence même sont comptés pour rien lorsque vos passions vous entraînent, et vous prétendez vous intéresser à moi, et vos reproches viennent de votre amitié ! »

Ainsi, voilà un philosophe qui prête à l'âme des *écarts d'imagination* ; voilà un psychologue fameux qui nous apprend que les passions de l'âme peuvent obscurcir l'intelligence de l'âme. Ah ! qu'il est bon après cela de relire quelques pages de Bichat, de Pinel, de Cabanis, etc., etc. ; et qu'on se sent bien de l'avis de ce dernier : le sublime de la philosophie est de nous ramener au sens commun.

La chimie n'en est plus aux quatre élémens.

L'anthropologie n'en est pas davantage à l'esprit et à la matière. De l'esprit à la matière, il y a un saut ; or, *natura non procedit per saltus*. Aussi, la division du physique et du moral répond à quelque chose tout à la fois de flottant et de sommaire. Cabanis ne se faisait aucune illusion là dessus, et il s'exprimait en ces termes : « *Cet excellent esprit* (Pinel) *savait que tout ce qui porte le nom de moral réveille des idées bien vagues et même bien fausses.* » Il devient évident, à une lecture approfondie de cet auteur, que, pour lui, le moral se confond en une multitude de circonstances et de points avec l'imagination.

« La grande influence de ce qu'on appelle le moral sur ce qu'on appelle le physique, dit-il, est un fait général, incontestable..... Les hommes les plus grossiers et les plus crédules parlent eux-mêmes des effets de l'*imagination*. »

Et ailleurs :

« ... L'imagination dont les désordres contribuent bien plus que les besoins physiques réels à nourrir des passions profondes et funestes. »

Le moral, ainsi entendu, donne à la division du physique et du moral une portée indéfinie, et à tout le livre des Rapports un sens quasi-nouveau, sans altérer le genre de mérite qui lui est reconnu depuis si longtemps.

Beaucoup de personnes ne nous passeront point cette appréciation, et cela pour une phrase. Cabanis aurait écrit, à ce que j'ai vu rapporter plusieurs fois dans ces derniers temps : « Le cerveau digère les impressions et sécrète la pensée. »

Citons beaucoup, répondrai-je, car nos prédécesseurs nous ont laissé de fort bonnes choses, trop inconnues ou trop oubliées aujourd'hui, citons beaucoup, mais citons bien. Cabanis a, en effet, rapproché, dans un paragraphe, les facultés du cerveau des fonctions de l'estomac. Ce rapprochement peut choquer les psychologistes précieux, les natures un peu dédaigneuses comme celle de M. Jouffroy, de ce philosophe qui ne voulait rien de commun entre la psychologie et la physiologie. Mais Cabanis n'est point tombé grossièrement dans la grossière assimilation que l'on suppose. Il savait sans doute, comme tout le monde, que le cerveau ne mange pas les objets pour digérer les impressions. Aussi, a-t-il écrit en toutes lettres : « Le cerveau digère, *en quelque sorte*, les impressions. »

Digérer vous déplaît ? ôtons le mot. Mais comment remplacerez-

(1) Éloge de M. Récamier, par M. Dubois (d'Amiens).

d'autre virus, et de donner l'exemple, en vaccinant mon propre fils, âgé de 3 mois, qu'il me tardait de savoir à l'abri de la contagion. Mais j'eus beaucoup de peine à trouver quelques rares imitateurs.

Et, cependant, la maladie faisait des progrès, et passait des enfans aux jeunes gens, et même aux personnes d'un âge mûr, bien que prémunies par la vaccine.

Je pus ainsi compter, en fait de varioles communiquées, et, à partir du 15 mai jusqu'au 4 juillet suivant, savoir : 24 cas, à Florac, 2 à Balazuègnes et 12 à Vialas, où je me rendis alors, sur l'invitation de M. le sous-préfet de Florac, et sur la demande du maire de cette commune.

A cette époque, la maladie, en quelque sorte épidémique, paraissait devoir prendre un accroissement rapide, des proportions considérables, et, surtout, une gravité menaçante.

Quelques cas de varioles pourprées, et une huitaine de morts promptes, survenues dans les communes de Florac et de Vialas, inspirèrent un certain effroi aux habitans qui les composent, et, dans l'une comme dans l'autre, des murmures, en apparence fondés, se firent entendre. Ils étaient dirigés, non seulement contre la personne pour laquelle le vaccin avait été envoyé, mais encore contre le médecin qui s'en était servi, contre les sages-femmes qui l'avaient répandu, et contre la vaccine elle-même dont on commençait à nier les bienfaits, et que l'on accusait de n'être qu'une inoculation déguisée.

Je crus alors devoir faire publier, dans ces deux communes, et du haut de leurs chaires chrétiennes, une circulaire dans le but de calmer l'esprit public.

Cette circulaire produisit un bon effet. L'esprit public se calma, et l'on vit renaître en lui, la Foi, l'Espérance et la Charité, ces trois vertus, en tout sacrées, et par lui délaissées un instant. — Le peuple, en effet, cessa ses murmures, oublia la manière dont le fléau avait été introduit au milieu de lui, et ne garda plus rancune aux auteurs innocens de ce désastre. Il crut, de nouveau, aux bienfaits de la vaccine. Et, en les recherchant, il fit revivre, en lui comme en moi, l'espoir de voir bientôt l'épidémie rétrograder et cesser ses ravages.

Et bon nombre de pères de famille, se décidant enfin à suivre mon exemple, les réclamèrent avec instance, non seulement pour leurs enfans, mais encore et quelquefois pour eux-mêmes, de compagnie avec quelques jeunes gens de l'un et l'autre sexe.

103 personnes subirent ainsi la vaccine du 1er au 30 juillet, *au moment où la maladie épidémique sévissait avec le plus de violence*, et puisèrent, dans cette opération conservatrice, la puissance nécessaire pour résister aux efforts de la contagion, savoir :

A Vialas, 21, — dont 11 enfans au-dessous de 5 ans et vaccinés pour la première fois ; — 4 pères et mères de famille de 20 à 40 ans ; — et 6 jeunes gens, des deux sexes, de 6 à 18 ans ; — tous ces derniers revaccinés.

A Florac, et dans les mêmes conditions, 82, — dont 45 enfans ; — 17 pères de famille ; — et 20 jeunes gens.

En somme, 103 personnes, — dont 56 enfans ; — 21 pères de famille ; — et 26 jeunes gens.

Chez les premiers, la vaccine a constamment réussi.

Chez les seconds, elle a produit des boutons-vaccin, de bonne nature, une fois sur trois.

Chez les derniers, les résultats ont toujours été complétement nuls.

Et pas un seul n'a été atteint par la petite vérole.

Dès lors, au contraire, on vit l'épidémie décroître sensiblement, et disparaître totalement de tous les endroits contaminés du 25 au 30 juillet.

Pendant les deux mois de son existence, elle fit sentir ses dégoûtantes étreintes à 63 malades, et fit 11 victimes, savoir :

A Florac . . . . . malades, 36, victimes, 6 ;
A Vialas. . . . . — 20, — 5 ;
A Balazuègnes. . . — 7, — 0 ;

Et cela, sur une population de 2,309 habitans, savoir :

A Florac. . . . 1,881 ;
A Vialas. . . . 300 (population visitée par l'épidémie) ;
A Balazuègnes. 128.

En définitive, 74 personnes ont donc été, dans l'arrondissement de Florac, et d'une manière plus ou moins déplorable, les victimes d'une vaccination inoculatrice malencontreuse.

Voilà les faits tels qu'ils se sont passés. Il me reste, pour achever cet article, à résoudre successivement les trois questions suivantes :

1° Comment l'inoculation dont je viens de parler a-t-elle pu être produite ?

2° L'état morbide qui en a été la conséquence, et que j'ai souvent désigné sous la dénomination de maladie épidémique, constitue-t-il, en réalité, une épidémie proprement dite ?

3° Quels sont les enseignemens que l'on peut puiser dans les circonstances au milieu desquelles cet état pathologique s'est manifesté, ainsi que dans les faits qui se sont déroulés sous mes yeux, à la suite de cette inoculation intempestive ?

Première question. — Comment la variole a-t-elle pu se déclarer consécutivement à la vaccination pratiquée à Florac, et, plus tard, à celles qui ont été opérées dans les communes de Vialas et de Saint-Julien ?

Cette question est nécessairement embarrassante.

J'aurais pu lui donner une solution appuyée sur des probabilités voisines de la certitude, si, malgré ses nombreuses occupations, mon honorable confrère de Nîmes avait daigné me consacrer quelques minutes, et répondre à l'une des deux lettres que j'ai eu l'honneur de lui adresser à cet égard.

Ne l'ayant point fait, je suis forcément réduit à mes propres forces et aux divers renseignemens plus ou moins exacts que j'ai pu recueillir auprès de Mme T..., de sa mère et de son mari.

Pourrai-je ainsi la résoudre d'une manière satisfaisante ? Je l'ignore. Je vais néanmoins l'essayer, en procédant par élimination.

De deux choses, l'une : ou le mal nous est venue de Nîmes ; ou il existait en essence à Florac, et s'y est manifesté au moment même où je cherchais à l'éviter.

Or, j'ai beau chercher consciencieusement autour de moi quelque circonstance qui puisse donner l'explication de ce fait, je n'en trouve aucune.

Je n'ai pu servir moi-même de véhicule au contage, puisque à cette époque, il y avait plus d'un an que je n'avais vu des varioleux ; puisque je ne portais pas les mêmes vêtemens qui me couvraient lors de la dernière épidémie de variole observée dans mon arrondissement, en janvier 1853, et que, depuis, j'avais eu le temps (on me croira sans peine) de changer de linge un nombre de fois incalculable, et de faire de nombreuses et fréquentes ablutions ; puisque, enfin, la lancette dont j'ai usé dans cette occasion, n'avait jamais saigné de varioleux, et que, antérieurement, elle m'avait servi journellement à d'autres usages, sans inconvénient pour les malades qui avaient réclamé ses bons offices.

Peut-on en accuser d'autres personnes de Florac ou des environs ? Pas davantage, puisqu'il n'existait alors aucun cas de petite vérole à plus de huit lieues à la ronde, ainsi que j'ai dû le faire observer plus haut.

Est-il, enfin, plus raisonnable de supposer que le principe de la maladie existait, dans ce moment-là, au sein des influences morbides qui nous environnaient, et qu'il est venu se poser, dans des conditions favorables à son développement, tout juste sur le seul enfant que je venais de soumettre à une opération qui devait l'en préserver ? Non sans doute, car cette supposition serait contraire à toutes les idées actuellement reçues sur les effets de la vaccine.

Le mal ne pouvait donc exister ici, même en principe.

Donc il est venu du dehors. Donc il était mélangé au virus-vaccin qui m'a été envoyé de Nîmes, conclusion qui emprunte un degré de certitude presque complète au souvenir de l'existence d'une épidémie de varioles graves dans les murs de cette ville.

Mais comment ce mélange a-t-il été fait ? C'est là ce qui me reste à expliquer.

D'après ce qui m'a été raconté par les divers membres de la famille T..., le médecin qui a envoyé le virus a été consulté par eux à cet égard. Il a répondu après mûres réflexions, que ce fait lui paraissait inexplicable ; ajoutant que l'enfant sur lequel il avait puisé le virus-vaccin, habitait une campagne voisine de Nîmes, et non soumise à la contagion ; que cet enfant, étant le fils de son fermier, il avait la certitude qu'il n'était porteur que de boutons-vaccin, et que, postérieurement, on n'avait point vu la variole se déclarer chez lui. Il certifia, en outre, que les personnes qui avaient été vaccinées, ce jour-là même, avec du fluide-vaccin pris à cette source, étaient nombreuses, et que toutes, elles avaient été exemptées de la petite-vérole. Il assura même que les verres, sur lesquels ce principe virulent avait été déposé, avaient été nouvellement coupés et parfaitement nettoyés à l'instant où ce dépôt leur était confié.

On ne peut donc pas supposer que le fluide-vaccin fût impur au moment où il a été pris sur l'enfant porte-virus. L'on ne peut pas admettre davantage que la lancette qui l'a puisé a été le véhicule du contage, car le virus a été recueilli postérieurement aux vaccinations pratiquées sur d'autres individus exempts de la petite vérole.

Si ces faits sont véritablement exacts, il ne reste plus, pour expliquer celui qui est en question, que deux suppositions raisonnables : — ou le fluide-vaccin a emprunté son impureté dangereuse à l'air de la chambre où se trouvait le médecin vaccinateur qui l'a fourni ; — ou bien, les verres ont été souillés par l'objet même qui devait les rendre nets, et ils ont, ensuite, communiqué au fluide leurs souillures virulentes ; ce qui est, je crois, le plus probable.

Quoi qu'il en soit, et de quelque manière que le fait ait pu se produire, il est évident, pour moi, que le virus-vaccin m'est parvenu contaminé.

Et l'uniformité des symptômes qui se sont successivement déclarés chez tous les enfans qui ont été vaccinés, soit avec ce virus, soit avec celui qui a été puisé aux boutons-vaccin auxquels il a donné naissance, prouve, d'une manière irréfragable, l'identité de nature de ces divers fluides.

Oui, j'ai reçu du virus-vaccin-variolique, c'est-à-dire, un

---

vous la chose ? Car, enfin, l'appareil cérébral a bien, de l'aveu général, quelque chose à faire ici ? Je ne dis pas que la pensée est, *en quelque sorte*, une sécrétion, car je ne connais l'essence de rien ; je sais seulement que je pense, et ce n'est pas mal... Ah ! je sais encore ce que je pense, et c'est beaucoup ; mais il est d'opinion commune et forcée que l'homme pense principalement *avec* son cerveau, comme il digère principalement *avec* son estomac. Les gens qui jettent les hauts cris à ces sortes de propositions sont ceux qui veulent à toute force mettre l'âme dans l'anatomie ou la physiologie sans s'apercevoir que le matérialisme est là précisément. Car, fussiez-vous saint Augustin lui-même, vous êtes forcé d'en venir « à l'*âme présidant à la nutrition du corps.* » Interrogez plutôt sur ce point un homme bien instructif à consulter toujours, M. le docteur Cerise.

Du reste, M. Flourens a pu, sans provoquer aucune colère, publier l'opinion suivante sur les rapports du cerveau et de l'estomac :

« Un estomac de carnivore appelle nécessairement un cerveau fait pour être le siége d'un certain instinct, l'*instinct* qui porte l'animal à se nourrir de chair. Mais, ce n'est pas tout : il faut, de plus, que ce cerveau ait un certain développement, car il faut à l'animal carnivore, et qui doit se rendre maître de l'herbivore, un certain degré d'intelligence dont l'animal herbivore peut, *à la rigueur*, se passer. Le cerveau d'un carnivore, qui serait réduit en proportion du cerveau d'un rongeur, serait un cerveau qui ne suffirait pas. »

Nous avons souligné ce mot *à la rigueur*, parce qu'il est charmant chez un naturaliste ; il signifie : *à la rigueur*, l'animal herbivore n'a pas besoin, pour vivre, de n'être point mangé par le carnivore. On comprend que le spectacle ou l'étude de cette immense destruction, de cette immense digestion réciproque, offert par la bonne nature, amène les savans à des distractions de ce genre-là, sans les empêcher, à la rigueur, de faire partie de la Société protectrice des animaux.

Revenons à mon sujet, après une fausse école buissonnière ; je dis, pour tous ceux qui voudront bien me croire et pour ceux-là exclusivement :

Plus le moral a d'influence sur le physique chez un individu et plus cet individu est susceptible de manie, de folie et de délire.

Plus le physique a d'influence sur le moral chez un sujet et plus ce sujet est capable de vivre et mourir entre les déterminations si généralement sûres de l'instinct, et les notions du bon sens.

Ainsi, la sensibilité, cette chose physique, peut vous mener à l'hôpital, par la duperie, la ruine et les ingrats.

Mais la tendresse, cette chose morale, a toujours une porte toute grande ouverte sur Charenton.

Saint Vincent-de-Paul est sensible ; Fénélon est tendre, et voici venir Mme Guyon et le quiétisme.

Je ne veux me brouiller avec personne, sinon je pourrais citer le nom de plus d'un homme ici présent.

Physique n'est donc pas synonyme de matériel, moral n'est donc pas synonyme de divin.

L'homme physique a, de toute nécessité, l'esprit de son âge. Mais l'homme moral le débauche souvent et lui donne des besoins, un âge, des sens d'imagination.

Et maintenant ne vous semble-t-il pas naturel de chercher, dans le traitement de la folie *atrabilaire*, de la folie intellectuelle des anciens, à rendre d'abord au physique sa légitime influence sur le moral ?

Quand la vapeur emporte la machine, tous les dangers sont à craindre, jusqu'à ce que la machine ait retrouvé le modérateur et le frein matériel.

Qu'est-ce que la vapeur, renfermée dans des tubes, comparée à l'esprit, à l'intelligence, à l'imagination emportant le corps. Ce qui m'étonne, c'est que les fous ne soient pas plus nombreux... On me répond, il est vrai, qu'une certaine quantité de crétins et d'imbéciles y supplée. Cela est vrai.

La folie n'est peut-être point une maladie proprement dite, mais un somnambulisme. Il ne faut peut-être pas y chercher une guérison, mais un réveil gratuit. Les somnambules ne peuvent supporter le froid ; le froid — je ne dis pas le supplice, mais l'usage du froid — doit être bon dans le traitement de la folie.

Mais je m'avance trop ; je prétends que la folie n'est point une maladie proprement dite ; et j'avais cherché partout une définition de la maladie sans la trouver. Une définition célèbre de la vie porte : « La vie est l'ensemble des phénomènes qui résistent à la mort. » Ici, la mort a le pas, il faut lui résister, il faut le vaincre pour vivre. La vie est alors une lutte incessante, suivie d'un triomphe permanent... sous peine de mort. Voilà qu'hier seulement j'ai rencontré dans l'Union Médicale une explication de la maladie qui m'a semblé rendre à la vie tous ses droits. Lisez plutôt ce passage d'un discours récent et bien remarquable :

« Le développement de phénomènes qui constitue la maladie, qui exprime une réaction de la vie contre la cause de la vie, qui consiste dans une élaboration de la matière morbide, la coction, et qui a pour but l'élimination de ce que le travail du corps n'a pu vaincre, la crise, doit être respectée, lorsque ce développement se produit de manière à représenter une tendance salutaire de la nature vers la guérison (1). »

Cette fois, vous le voyez, c'est la vie qui reprend le dessus. La maladie doit lutter, vaincre... sous peine de santé. *Non est vivere, sed valere vita.*

Mais la guérison importe-t-elle à la nature ? à la bonne nature ? (2) Je ne le crois pas. Tout lui est bon, à elle : ce que nous appelons la vie aussi bien que ce que nous appelons la mort ; la santé aussi bien que la maladie, la raison aussi bien que la folie. Elle tire parti, elle fait litière de tout. Le cancer n'est-il point une vie entée sur la vie ?

Qu'est-ce que l'instinct de conservation, sinon l'instinct de la lutte *contre la bonne nature* et contre toutes les circonstances extérieures ?

Il est souvent aussi utile de contrecarrer que de seconder les efforts de la nature. Imitez-la, c'est bien ; redressez-la, c'est bien. Secondez-la, bravo ! Corrigez-la, bravissimo !

Ah ! mon Dieu, que nous avons à faire ici bas, et qu'il est difficile de bien faire. Reposons-nous sur cette pensée de labeur. Mais en pensant du repos ce que les anciens pensaient du suicide lorsqu'ils disaient : Le suicide doit être une action et non la fuite d'une action.

Pierre Bernard.

(1) Union Médicale du 5 janvier 1855, discours de M. Parchappe.
(2) *Idem*, discours de M. Bousquet.

mélange de virus-variolique et de virus-vaccin. Oui, j'ai inoculé, en même temps, la vaccine et la variole, et la différence existante dans les proportions de l'un à l'autre principe virulent, donne, suffisamment, l'explication des différences également existantes entre les résultats obtenus, par suite de l'inoculation simultanée de ces deux fluides.

Ce fait a une importance majeure. Qu'on veuille bien se le rappeler à l'occasion.

Et une fois la petite vérole ainsi communiquée, quoi d'étonnant qu'elle se soit propagée par contagion ! quoi de surprenant qu'elle soit devenue épidémique !

Et pourtant j'ai cru devoir encore me poser cette seconde question.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE GÉNÉRALE.

Nouveaux faits en faveur des avantages du pansement des plaies avec la glycérine. — Le choléra et les vents d'ouest. — Statistique de la myopie en France. — Prescriptions applicables à certaines formes de la fièvre typhoïde.

L'application de la glycérine au pansement des plaies de mauvaise nature commence à fixer l'attention de nos confrères des départemens. Si le succès des heureuses tentatives faites par M. Demarquay viennent à être confirmées par l'expérience générale, la glycérine est appelée à rendre de grands services, surtout à la pratique rurale, où la rareté des pansemens est si souvent une rigoureuse nécessité. Nous avons à faire connaître aujourd'hui le témoignage favorable d'un praticien rural, de M. le docteur Bertet, de Cercoux, déjà connu de nos lecteurs par son opposition aux opinions de MM. E. Chauffard et Rochard, sur le traitement des fièvres intermittentes anciennes. En praticien intelligent et ami du progrès, M. Bertet a voulu essayer l'emploi de la glycérine, et il nous communique les résultats qu'il a obtenus dans une série de faits dont il nous adresse le récit.

Le premier fait est relatif aux propriétés conservatrices de la glycérine pour les substances animales. Un lipôme volumineux, enlevé sur la joue d'une femme, a pu être conservé pendant un mois pour être montré à la Société de médecine de Libourne. Il a suffi d'envelopper la pièce anatomo-pathologique dans un linge imbibé de glycérine.

Un homme de 60 ans porte un énorme anthrax entre les deux épaules. M. Bertet l'incise crucialement et recouvre la plaie d'un cataplasme maturatif. Soulagement d'abord, mais, deux jours après, progrès nouveaux du mal qui nécessitent de nouvelles incisions. Les progrès de l'anthrax sont arrêtés. Mais malgré l'application fréquente de cataplasmes de farine de lin, les nombreux bourbillons constituant une masse énorme de tissu cellulaire mortifié exhalant une mauvaise odeur, n'ont que peu ou point de tendance à se détacher. M. Bertet se décide à employer les pansemens à la glycérine, et deux jours plus tard la plaie a changé d'aspect, a perdu sa mauvaise odeur, la masse de tissu cellulaire peut être enlevée sans écoulement d'une gouttelette de sang, et la plaie marche vers une cicatrisation rapide.

Un homme de 40 ans, paraplégique, porte à la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque droite une plaie gangréneuse profonde qui répand une odeur infecte. Elle renferme une quantité considérable de tissu cellulaire mortifié, la peau est décollée et enflammée dans une certaine étendue autour de son ouverture. Cette plaie avait été pansée sans avantage avec la poudre de quinquina. Appelé auprès de ce malade, M. Bertet introduit sur-le-champ dans la plaie un linge imbibé de glycérine et façonné en bouchon, et il en couvre l'ouverture avec un autre linge également imbibé de glycérine. Ce pansement est renouvelé deux fois par jour, et après deux jours de ce traitement, la plaie est complétement modifiée, propre, sans odeur ; après cinq jours, la masse de tissu cellulaire est détachée et le fond de la plaie apparaît vermeil. Cette plaie s'est améliorée de jour en jour, et a été guérie en moins de deux mois, malgré le décubitus dorsal que le malade a été forcé de garder.

Un jeune homme de 19 ans reçut, le 25 novembre dernier, un coup de fusil chargé à plomb, et tiré d'un mètre de distance, qui lui enleva les deux derniers orteils du pied droit et lui brisa en plusieurs fragmens le quatrième métatarsien.

La plaie résultant de cet accident a la forme d'un V, dont la pointe est dirigée vers le tarse. Cette plaie est fortement contuse et a plusieurs lambeaux. Quand M. Bertet vit le malade le lendemain de l'accident, il y avait un gonflement considérable et beaucoup de douleur. Il prescrivit des compresses imbibées d'eau froide constamment entretenues, et une potion calmante et vulnéraire.

Sous l'influence de ce traitement, les choses se passèrent fort bien : il n'y eut ni réaction, ni fièvre. A sa seconde visite, M. Bertet fit l'extraction de plusieurs morceaux du sabot que portait le blessé au moment de l'accident et qui avaient pénétré profondément dans la plaie. Plus tard, il fit l'extraction de trois esquilles, provenant du métatarsien fracturé. Au bout de huit ou dix jours, la plaie était en pleine suppuration et répandait une odeur infecte. Il la pansa alors avec la glycérine, et, dès le lendemain, toute mauvaise odeur avait à peu près disparu. Dans peu de jours cette plaie devint propre.

Sans autre pansement qu'un linge fenêtré imbibé de glycérine et recouvert d'un plumasseau de charpie, cette vaste plaie s'est guérie dans l'espace d'un mois et demi. Cette guérison a été obtenue sans que la plaie ait pour ainsi dire bourgeonné.

« La glycérine, dit M. Bertet, est donc un remède précieux dans le pansement des plaies, et principalement contre celles qui sont sales, gangréneuses et répandant de mauvaises odeurs. Mais on peut et l'on doit lui faire un reproche : elle s'oppose un peu trop, dans certaines circonstances, au bourgeonnement des plaies.

» Je vous adresse ces faits sans aucun préambule, Monsieur le rédacteur, pour témoigner d'abord en faveur de l'introduction de cette substance dans la thérapeutique chirurgicale, et ensuite pour montrer qu'en province, et même dans une campagne retirée, certains médecins ne restent pas trop en dehors du mouvement imprimé à cette partie de la science qui a plus directement trait à la guérison ou au moins au soulagement des pauvres malades. »

Qu'il nous soit permis d'ajouter que c'est grâce à la dispersion aujourd'hui si rapide des faits et des observations qui intéressent la science et la pratique, par la voie de la presse médicale, que nos confrères éloignés doivent de pouvoir faire participer leurs malades aux bienfaits du progrès.

— Voici une nouvelle contradiction qui nous arrive à la théorie de M. le docteur Ed. Carrière, relative à l'influence des vents d'ouest sur la marche et la propagation du choléra. (Voir l'UNION MÉDICALE des 3 et 10 novembre 1855.) Et nous craignons, pour notre cher et savant collaborateur, que ce ne soit pas la dernière. M. le docteur Maigrot, de Saint-Dizier, nous adresse la lettre suivante :

Monsieur et très honoré confrère,

Il y a quelque temps, dans un numéro de l'UNION MÉDICALE, vous ne craigniez pas de prédire à notre honorable confrère Ed. Carrière que de nombreuses objections contradictoires ne manqueraient pas d'être faites à sa théorie sur la marche du choléra.

Pour donner raison à cette prophétie, pour prouver combien sont incertaines les observations qui ont été faites sur les conditions étiologiques dans lesquelles se manifeste ce cruel fléau ; pour faire voir comme il se plaît à faire mentir tous nos systèmes, permettez-moi, très-honoré confrère, de vous faire part dans cette courte note de mes observations à ce sujet. Elles sont tellement en opposition avec celles de M. Ed. Carrière, que je crains bien qu'on ne puisse s'empêcher de dire : de tout cela que reste-t-il ? Rien.

La Haute-Marne fut un des départemens les plus maltraités. Je ne suis pas à même de dire quelle fut la marche du choléra dans les parties éloignées de ce département ; mais voici ce que j'ai vu dans notre arrondissement : Le choléra a suivi une marche progressivement envahissante de l'est à l'ouest. Saint-Dizier s'étend dans un sens longitudinal et forme une longue ligne de l'est à l'ouest. C'est dans le faubourg, partie est de la ville, que le choléra fait ses premiers ravages. Il envahit ensuite différens quartiers de la ville, et s'échappe à l'ouest en ne faisant que quelques victimes dans un immense faubourg dont la population se trouve cependant dans les conditions les plus favorables au développement de l'épidémie. A côté de ce fait général, il me serait possible d'en citer un grand nombre d'autres analogues, mais je préfère vous rapporter quelques faits particuliers encore plus saisissans.

C'est à la forge de Saint-Dizier que le choléra a été le plus terrible. Eh bien ! il n'y eut des victimes que dans les logemens exposés à l'est. Un bâtiment considérable sert de logement à un grand nombre d'ouvriers ; il présente une façade tournée vers l'est, une vers l'ouest, une vers le midi et l'autre vers le nord. Dans la façade est, il y a eu cinq cas de choléra dont trois mortels ; dans les autres façades il n'y eut que deux ou trois suettes, et deux ou trois cholérines. Ce n'est pas un fait isolé, on ne peut invoquer une coïncidence. Dans une petite cour située derrière un corps de logis considérable, ayant une seule ouverture à l'est, bordée de deux rangées de logemens d'ouvriers, il y a eu une douzaine de cas de choléra dont sept mortels ; il n'y en eut aucun dans le corps de logis.

Vous voyez, très honoré confrère, que je pourrais me croire en droit de dire : Le choléra nous arrive avec les vents d'est, préservons-nous des vents d'est.

Recevez, etc. A. MAIGROT, D.-M.-P.

— M. le docteur Devot, dans une note intéressante, publie des résultats curieux de statistique sur la myopie en France. Ces résultats ne sont relatifs, il est vrai, qu'à la myopie des jeunes hommes, et à la myopie assez forte pour devenir un motif d'exemption du service militaire. Ils sont néanmoins très intéressans :

« Sur 3,295,202 jeunes gens examinés de 1831 à 1849 inclusivement (dix-neuf années), il y en a eu 13,007 exemptés pour myopie ; ce qui fait, année moyenne, 684 exemptions pour myopie sur 173,431 examinés.

» Le tableau ci-après donne la proportion d'exemptés sur 100,000 examinés, pour chacune des classes de cette période :

Année 1831. . .	552 exemptés.	Année 1841. . .	366 exemptés.
1832. . .	535 —	1842. . .	329 —
1833. . .	553 —	1843. . .	313 —
1834. . .	518 —	1844. . .	318 —
1835. . .	450 —	1845. . .	330 —
1836. . .	428 —	1846. . .	284 —
1837. . .	380 —	1847. . .	385 —
1838. . .	353 —	1848. . .	329 —
1839. . .	379 —	1849. . .	328 —
1840. . .	359 —		

De ce tableau il résulte que le maximum d'exemptions pour myopie, de 1831 à 1849, a été de 552 sur 100,000 examinés (en 1831) ; le minimum, 284 (en 1846) ; la moyenne générale pour toute cette période est 394.

» Les mêmes résultats étant représentés par une construction graphique, on peut s'assurer facilement que le rapport des exemptions pour myopie, à un même chiffre d'examinés, a diminué d'une manière à peu près constante de 1831 à 1846 inclusivement ; que ce rapport augmente brusquement en 1847, pour diminuer encore dans les deux dernières années ; enfin, que dans cette période de dix-neuf années, les six premières seulement sont supérieures à la moyenne générale.

» En calculant la proportion d'exemptés pour myopie, sur 100,000 examinés, durant la période de 1837 à 1849 inclusivement (13 années), dans chacun des 86 départemens, on obtient un tableau dans lequel les départemens sont classés dans l'ordre de croissance, de la proportion d'exemptés, c'est-à-dire du minimum au maximum.

» De ce classement il résulte : 1° que la myopie est une cause d'exemption très inégalement répartie entre les 86 départemens français ; 2° que son minimum de fréquence est 51 (Indre-et-Loire) ; son maximum, 1181 (Bouches-du-Rhône), sur 100,000 individus de 20 ans révolus et du sexe masculin.

» De plus, si l'on étudie ces résultats sur une carte construite à l'aide du tableau précédent, on les verra devenir plus nets et plus précis, et l'on pourra alors constater que les départemens se distribuent, non sans quelque régularité, en un certain nombre de groupes ; aussi on peut remarquer combien le centre est privilégié relativement aux départemens voisins qui lui forment une sorte de ceinture moins bien partagée ; ainsi, encore la pointe de l'ouest de la France, composant l'ancienne Bretagne et partie de la Normandie, et aussi la pointe opposée formant une bonne partie de la Lorraine, fournissent peu d'exemptions pour myopie, tandis que les maxima des exemptions se groupent, partie au nord, les autres, bien plus nombreux, dans la bande de l'ouest, au sud et à l'extrémité sud-est (Provence). Les départemens maritimes présentent également des maxima et des minima d'exemptions pour myopie. Peut-être y a-t-il un certain rapport entre la nature marécageuse du sol et les maxima d'exemptions ; du moins cette coïncidence existe pour plusieurs des départemens qui présentent la proportion la plus élevée d'exemptions pour myopie (Ain, Aisne, Charente-Inférieure, Maine-et-Loire, Hérault, Deux-Sèvres, Eure, Aude, Gironde, Marne, Bouches-du-Rhône, tous placés dans la deuxième moitié).

» *Résumé.* — De 1831 à 1849, il y a eu 13,007 exceptions. Proportion sur 100,000 examinés : maximum, en 1831, 552 ; minimum, en 1846, 284 ; moyenne, 394.

» De 1837 à 1849 ; minimum, 51 (Indre-et-Loire) ; maximum, 1181 (Bouches-du-Rhône), sur 100,000 examinés. » — (In *Archives d'ophthalmologie*, n°s 3 et 5, 1855.)

— La question du traitement de la fièvre typhoïde sera longtemps encore à l'ordre du jour. Ne négligeons donc aucune source d'instruction et faisons connaître toutes les tentatives faites par nos maîtres. La petite note suivante n'est pas dépourvue d'intérêt pratique.

« Sans être d'une extrême gravité, les fièvres typhoïdes ont été assez nombreuses dans l'année qui vient de finir. On sait que M. Trousseau ne fait nulle difficulté de nourrir ceux de ces malades qui conservent de l'appétit, c'est-à-dire qu'il leur donne de l'eau de gruau, du bouillon, de légères panades. Vers la fin de la maladie, il supprime aussi les boissons acides qui sont utilement remplacées par des infusions de camomille sucrées. Et quand il survient des accidens nerveux dans les troisième et quatrième septénaires, comme des nausées, des vomissemens, de l'agitation, un léger délire, ce médecin prescrit avec avantage une potion composée de la manière suivante :

Eau distillée de mélisse.	80 grammes.
Musc.	10 centigrammes.
Extrait de valériane.	15 —
Sirop d'éther. . . . . }	ad. 20 grammes.
— de fleurs d'oranger. }	

» Cette potion a paru surtout produire de très bons effets chez une femme qui, à la suite d'hémorrhagies intestinales, dont la dernière avait eu lieu au vingt-quatrième jour de la maladie, présentait les symptômes qui caractérisent la forme ataxique de cette affection.

» Dans la forme adynamique, ce sont les toniques qui sont naturellement indiqués, et celui que préfère M. Trousseau, c'est l'extrait mou de quinquina donné dans du café :

Extrait mou de quinquina.	1 à 2 grammes.
Infusion de café.	80 grammes.

» Il y joint l'infusion de mélisse édulcorée avec 50 grammes de sirop d'écorce d'orange par litre, et de lotions fraîches. Il ne faut pas oublier, d'ailleurs, que la forme adynamique est celle sur laquelle on a le plus de prise. Nous avons vu, au n° 9 de la salle Sainte-Agnès, un jeune homme fortement musclé, arrivé au septième jour de la maladie, et chez lequel le phénomène dominant était une faiblesse excessive. Ce jeune homme ne pouvait pas même se soutenir sur le côté pour qu'on l'auscultât. Son pouls misérable s'écrasait sous le doigt. Il n'avait, d'ailleurs, que peu de fièvre, et des accidens abdominaux et thoraciques insignifians. Or, il a été nourri avec du bouillon et du lait, on lui a donné chaque jour, dans du café, 2 grammes d'extrait mou de quinquina représentant 75 centigrammes de sulfate de quinine, et, vers la fin du quatrième septénaire, la convalescence s'est établie de la manière la plus franche. » — (In *Journal de méd. et de chir. prat.*, janvier 1856.)

La question de l'alimentation des malades dans les pyrexies est d'une grande importance pratique, et mériterait de fixer l'attention des professeurs de clinique. Nous oserions prédire un grand succès d'intérêt à M. Trousseau, si bien placé pour s'occuper de ce sujet, s'il voulait le traiter avec un certain développement dans ses leçons à l'Hôtel-Dieu.

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 7 Janvier 1856. — Présidence de M. PATISSIER, vice-président.

La correspondance manuscrite comprend une note de M. le docteur

REGNAULT, membre correspondant, *sur l'effet des eaux de Bourbon-l'Archambault, appliquées au début des hémiplégies apoplectiques.* (Sera communiqué subsidiairement à la Société.)

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ :

Études sur la symétrie considérée dans les trois règnes de la nature, par M. FERMOND.

M. le docteur GUÉRARD, membre de l'Académie impériale de médecine, demande le titre de membre associé résidant.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le docteur VIRICEL, de Lyon, l'un de ses membres honoraires.

La Société, après avoir entendu la lecture d'un passage qui la concerne, extrait de la *Gazette hebdomadaire* du 6 janvier 1856, signé A. Dechambre, est consultée par le bureau, sur la question de savoir s'il convient d'user du droit de réponse, en réclamant de la *Gazette hebdomadaire* l'insertion d'une note qui rétablisse dans leur exactitude et leur véritable sens, les faits présentés dans cet article.

Plusieurs membres émettent des observations qui tendent à désapprouver le caractère regrettable de cet article, et la Société décide qu'il n'y sera fait aucune réponse.

La Société, sur la proposition d'une commission composée de MM. Debout, Mialhe, Robiquet, Shaeffele, Réveil rapporteur, et du bureau, adopte les résolutions suivantes :

Les publications de la Société se feront sous terme périodique.

Il paraîtra, pendant le cours de la session, à un mois d'intervalle, six numéros ayant de une à trois feuilles d'impression, de manière à former un volume de douze à quinze feuilles.

Cette publication portera le titre de : *Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris, comptes rendus des séances.*

Elle sera adressée gratuitement à chacun des membres titulaires.

Séance du 21 Janvier 1856. — Présidence de M. MÉLIER.

La correspondance comprend :

Une lettre dans laquelle M. FIGUIER donne sa démission de membre titulaire ;

Une notice de M. le docteur CAILLAT, sur l'*emploi des eaux de Bourbon-l'Archambault dans le traitement des paralysies.*

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ :

Essai sur les eaux minérales de Clermont (Puy-de-Dôme), et en particulier sur les eaux de Royat, par M. A. Chevallier fils.

Traitement par les nouveaux bains minéraux à Kissingen, et par les bains de gaz acide carbonique, par M. le docteur Grandville, traduit de l'anglais.

Hydrologie de Plombières, ou Nouvelles recherches sur le rendement, la température et la composition chimique des sources de Plombières, par MM. O. Henry et Lhéritier.

M. le docteur DURIAU demande le titre de membre correspondant, et envoie, à l'appui de sa candidature, un travail manuscrit sur l'*action physiologique des bains.* (Renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Chausit, Leconte et O. Henry fils.)

M. le docteur GUÉRARD est nommé membre associé résidant.

M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le docteur MARTIN-SOLON, l'un de ses membres honoraires.

M. le Président annonce que, sur l'invitation du bureau, M. R. BRIAU a bien voulu s'engager à présenter à la Société une notice relative à l'*Histoire des eaux minérales dans l'antiquité.*

— M. A. DUBOIS lit un rapport sur plusieurs communications relatives aux *eaux minérales de l'Algérie.*

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la question suivante : *Du traitement des paralysies par les eaux minérales.*

La Société décide, sur la proposition du bureau qu'un membre sera invité à lui présenter un résumé de la discussion qui va s'ouvrir. Ce résumé, qui n'aura aucun caractère officiel et ne comportera point de conclusions, aura pour objet de réunir sous une forme concise et méthodique, les opinions ou les faits les plus saillans, émis dans le cours de la discussion. Il sera présenté à la Société dans la séance qui suivra la clôture de la discussion.

M. Moutard-Martin veut bien se charger de ce travail.

M. LE BRET, résumant les résultats de sa pratique à Balaruc, près d'une source saline et thermale appliquée presque exclusivement, depuis des siècles, au traitement de la paralysie, croit devoir envisager les paralytiques tels qu'ils se présentent aux établissemens thermaux, c'est-à-dire sous quatre aspects relatifs : 1° à l'hémiplégie ; 2° à la paraplégie ; 3° aux paralysies localisées ; 4° à la forme dite paralysie générale.

Il présente en traits généraux ce qu'on peut considérer comme l'hémiplégie due vraisemblement à l'hémorrhagie ou à une congestion cérébrale, et pouvant être qualifiée de stationnaire, alors qu'un traitement énergique a conjuré les premiers accidens et réduit l'état morbide aux lésions de la motilité et de la sensibilité cutanée, le plus souvent avec engourdissement, froid et cyanose des extrémités. La résorption du foyer hémorrhagique s'opère-t-elle ou est-elle accomplie ? Toute congestion ou tout apport sanguin a-t-il disparu ? c'est ce qu'il est difficile de déterminer en l'absence des preuves anatomiques. Quoi qu'il en soit, l'hémiplégique est soumis à Balaruc à l'ingestion journalière de quatre, six, huit verres (chacun d'une capacité de 250 grammes) d'une eau qui contient par litre près de 7 grammes de chlorure de sodium, et un gramme de chlorure de magnésium, indépendamment des proportions de sels de chaux et de potasse et de bromures qui le minéralisent : des évacuations alvines sont provoquées par ce moyen et entretiennent une dérivation salutaire. En même temps, on administre des bains d'une température graduellement élevée, entre 32 et 40° centig., des douches d'une chaleur et d'une durée proportionnelles. Un traitement suivi de la sorte, au milieu de conditions hygiéniques favorables, et avec ponctualité, pendant vingt à trente jours, porte ses fruits. M. Le Bret expose les résultats satisfaisans que lui a donnés cette médication, qui a pour but, en pareil cas, de dériver, de stimuler et de reconstituer, soit tour à tour, soit simultanément.

Parmi les contre-indications se rangent les affections du cœur ou de tout autre point de l'appareil circulatoire, l'emphysème pulmonaire, l'asthme, et les diverses cachexies appartenant aux productions hétéromorphes de l'organisme. Le développement de la forme connue sous le nom de *fièvre thermale* doit rendre circonspect vis-à-vis de l'apoplexie, et il en est de même des contractures signalées souvent comme un signe du travail inflammatoire qui se passe dans les centres nerveux. A ce propos, M. Le Bret interdit à peu près complétement l'usage des eaux lorsque les symptômes irrécusables du ramollissement cérébral existent chez un malade. Il signale à l'attention de ses collègues des exemples assez nombreux, dans lesquels des paralytiques, étant venus aux eaux très peu de temps après leur attaque, ont éprouvé du soulagement, ou tout au moins ont subi le traitement thermal sans aucun accident consécutif.

Parmi les paraplégies traitées en grand nombre aux diverses sources minérales, on en voit beaucoup dont la manifestation symptomatique est tout à fait indépendante de la myélite. Si le rhumatisme ou l'impression du froid ont produit cette impotence, avec ou sans relâchement des sphincters, le plus souvent accompagnée d'hyperesthésie cutanée, et d'une tendance à l'atrophie musculaire, les bains et les douches, à une température élevée, quelquefois combinée avec l'emploi des étuves, rendent de grands services. M. Le Bret n'a pas recueilli de faits complétement heureux dans les paraplégies dépendant de lésions de l'utérus, d'épuisement nerveux par abus des plaisirs vénériens, ou se rattachant à l'affection syphilitique constitutionnelle.

Dans les paralysies localisées, particulièrement dans celle de la 7me paire, la médication thermale, en favorisant la nutrition générale, en agissant localement sur des tissus engourdis par l'inaction, devient un auxiliaire efficace. L'amaurose, la surdité dite essentielle, la paralysie de la langue, s'accommodent de la révulsion opérée par la boisson laxative et concourant à la déplétion vasculaire du cerveau ou de ses annexes. On administre également avec utilité des douches, à l'aide de la sonde à double courant, dans l'intérieur de la vessie, lorsque les parois de l'organe ont perdu de leur tonicité, et qu'aucun corps étranger ni aucune altération aiguë ou chronique n'entretient cet état.

M. Le Bret serait tenté d'exclure de la médication en question la paralysie générale, soit qu'elle exprime une sénilité précoce ou avancée, soit qu'elle précède l'aliénation. Toutefois, quand elle est appliquée avec méthode et sobriété, elle relève les forces générales et produit un bien-être qui retarde souvent les accidens ultimes, comme il en a été fréquemment témoin.

En résumé, M. Le Bret formule les conclusions suivantes :

Il semble acquis qu'une eau minérale douée de propriétés purgatives et excitantes permettra d'instituer, pour les paralysies, un traitement où la déviation d'une part, la stimulation de l'autre, concorderont pour favoriser la résorption du foyer sanguin ou autre existant dans le centre cérébro-spinal, et pour rendre aux muscles, à la circulation capillaire, probablement aux réseaux nerveux de la périphérie, une activité nouvelle.

L'hémiplégie, quand elle ne dépend pas du ramollissement cérébral, peut recevoir, de l'administration méthodique des moyens thermaux, une modification efficace. Si ces symptômes sont en voie de résolution, l'excitation générale qui est provoquée à la fois dans les symptômes de l'innervation et de la circulation peut hâter cette réparation. Si la lésion a disparu de l'encéphale ou n'exerce plus de pouvoir, le bain et la douche aident à la reconstitution de la fibre musculaire, et la disposent à obéir à l'influx nerveux. En général, il vaut mieux appliquer cette pratique aux malades chez lesquels toute menace d'apoplexie est éloignée déjà depuis longtemps, mais quelques faits engagent à la tenter avec prudence à une époque rapprochée du début des accidens.

L'origine rhumatismale, ou analogue, de diverses paraplégies les désigne avec avantage à la thérapeutique des eaux thermales et excitantes.

Les paralysies localisées, presque toujours dues à des causes matérielles ou aux effets consécutifs de quelque impression extérieure, se comportent diversement avec les moyens dont il a été parlé, et leur amélioration ou l'insuccès rentrent dans les considérations précédentes.

Quant à la paralysie générale, le changement de localité et la diversion faite aux idées du malade, paraissent en ralentir les progrès, plus encore que l'immersion ou la douche, dont on ne saurait nier cependant que la constitution ne retire un certain bien.

Le secrétaire général, DURAND-FARDEL.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 10me ARRONDISSEMENT.

MALADIES DE L'UTÉRUS.

Obstacle à la fécondation et au cours menstruel par le fait d'une membrane fibreuse qui coiffait le museau de tanche et couvrait l'orifice utérin ; — plus de quinze ans de date de la maladie ; — opération ; — succès.

Par M. le docteur FOURNET.

Mme M. A. de L..., d'une trentaine d'années, héréditairement atteinte d'une légère affection dartreuse, fut prise à 15 ans, pendant le cours irrégulier d'une rougeole, d'une péritonite ou métro-péritonite fort grave, à laquelle succédèrent d'abord un catarrhe pulmonaire intense et rebelle, puis une ophthalmie catarrhale longue et rebelle aussi.

La série de ces accidens fut close à 16 ans par la première irruption des règles. Après un an d'une menstruation assez régulière, à 17 ans, chaque période menstruelle commença à être précédée et accompagnée de souffrances qui, depuis, sont toujours allées en croissant : c'étaient des coliques très violentes, suivies quelquefois de convulsions ; c'était surtout, dans la région de la matrice, un sentiment de gonflement, de tension, de pesanteur très douloureux. Ces phénomènes retentissaient dans la région de l'ovaire droit et jusque dans la région ombilicale ; ils s'apaisaient dès que le sang parvenait à se faire jour et paraissait à la vulve ; la malade ressentait encore, pendant la période de quatre à cinq jours, la sensation pénible d'un corps pesant dans le bassin ; mais les phénomènes les plus aigus avaient disparu ; et tout, excepté les douleurs ombilicales, cessait après la période menstruelle, pour recommencer à l'époque suivante.

Un mariage de plusieurs années, avec un homme bien constitué sous tous les rapports, fréquemment consommé, était resté infructueux.

Devenue veuve, de plus en plus souffrante à chaque époque menstruelle, Mme A..., après s'être refusée pendant quinze ans à l'examen qui aurait pu éclairer son médecin sur son état, se décide enfin à venir consulter à Paris et à se laisser examiner.

C'est le 18 août 1855 que je fis cet examen. Le col de l'utérus était renversé d'arrière en avant. Le museau de tanche était recouvert et comme coiffé par une membrane dense, fibreuse, qui lui donnait un aspect nacré et une forme aplatie. Cette membrane, de la grandeur d'une pièce de un franc à peu près, libre par sa face vaginale, libre aussi par sa face utérine (séparée en ce moment de l'orifice utérin par un petit caillot sanguin, reste de la dernière ménstruation), cette membrane adhère par les 5/6mes de la circonférence au pourtour du museau de tanche, où elle se continue avec la substance du col. A gauche, l'interruption de cette adhérence, dans 1/6me à peu près de la circonférence, détermine une échancrure en forme de croissant, à bord dense, derrière lequel on peut engager l'extrémité recourbée d'une sonde de femme, pénétrer diagonalement dans l'orifice utérin caché derrière la membrane, et de là dans le corps même de la matrice, au travers du conduit du col, contracté par le tiraillement centripète de la membrane, mais resté libre. Aucune cloison, aucune ulcération, aucune bride, aucune tumeur ni dans le vagin, ni sur le col ou le corps de l'utérus, ne complique, ne rattache le voile fibreux aux parties voisines. Le toucher vaginal combiné avec la pression abdominale, ne révèlent rien d'anormal et de sensible ni dans la matrice, ni dans le ventre. Le cœur, les poumons, l'appareil digestif sont dans leur état normal ; la santé générale est dans les conditions les plus satisfaisantes.

J'explique à la malade que la cause probable de sa stérilité, que la cause évidente de sa souffrance périodique, sont dans une membrane qui ferme presque complétement l'ouverture de la matrice, et qu'il n'y a qu'une opération qui puisse lever cet obstacle. Mais, en même temps, j'avertis la malade que le temps seul peut développer toutes les heureuses conséquences de l'opération, parce qu'une modification aussi considérable, et de quinze ans de date, dans l'innervation et la circulation utérines, ne me paraît pouvoir faire retour aux conditions normales que par cette graduation lente par laquelle tend, en nous et hors de nous, gravit et remonte l'échelle de la vie.

Vaincue par ses longues souffrances, la malade accepta résolument l'opération ; mais l'excès de son sentiment de pudeur me force de renoncer à la présence d'un consultant et même au secours d'un aide.

L'opération fut pratiquée le 24 août dernier. J'en abrége ici les détais, consignés ailleurs. Le spéculum trivalve étant en place et retenu par la malade, une bougie presque en face, je fis d'abord, avec le bistouri boutonné à long manche, la section de la membrane en deux moitiés : l'une supérieure, l'autre inférieure, en partant de son échancrure en croissant ; après avoir pratiqué sur chacun de ces lambeaux, retenus par le mors finement denté d'une longue pince, un nouveau débridement rayonné, j'excisai la base de chacun de ces lambeaux jusque dans la substance même du col, au pourtour de l'orifice utérin, avec des ciseaux à longues branches et courbés sur plat à leur dernière extrémité. Quoique difficile dans une région aussi profonde et aussi étroite, tout cela put être fait en cinq à six minutes. La malade, quoique ayant perdu un petit verre de sang à peu près, n'éprouva aucune douleur. Très agité avant l'opération, son pouls était calme quelques moments après. La surface sanglante d'opération fut cicatrisée fortement avec le nitrate d'argent et pansée avec un plumasseau enduit de cérat opiacé, après qu'une mèche eût été introduite dans l'orifice du col pour prévenir les adhérences.

Les phénomènes prévus d'inflammation locale et de réaction fébrile, qui se sont déclarés quelques heures après l'opération, ont cédé facilement aux injections, aux cataplasmes émolliens. Dès le surlendemain, toute douleur, toute chaleur locales, toute trace de fièvre avaient disparu. La cautérisation, renouvelée tous les deux jours, n'a bientôt eu pour but que de réprimer les bourgeons charnus et de diriger la cicatrisation ; mais la nature n'a laissé que peu de chose à faire à l'art : en peu de jours, du 5 au 15 septembre, c'est-à-dire de la pleine formation des bourgeons charnus au jour du départ de la malade, le col de l'utérus a si bien et si spontanément repris sa forme, son aspect et même sa direction naturels, qu'il eût été difficile d'y reconnaître les traces du passé ; et l'on peut dire qu'il avait suffi pour cela de lever l'obstacle qui enchaînait les efforts de la nature.

Voyons maintenant les effets de l'opération sur la fonction menstruelle :

La première menstruation qui a suivi l'extirpation de la membrane fibreuse qui coiffait le museau de tanche, a été un peu moins difficile, un peu moins douloureuse, et accompagnée d'un sentiment un peu moins prononcé de tension, de gonflement, de pesanteur dans la région utérine.

La seconde menstruation, dont la malade me rend compte dans une lettre datée d'octobre, s'est accomplie dans des conditions encore meilleures sous tous les rapports.

Enfin, de nouveaux renseignemens datés de novembre, les derniers qui me sont parvenus, m'apprennent que ce mieux s'est accru encore, et que Mme A... est « très heureuse de tout le bien que lui a procuré l'opération. »

La fonction menstruelle est donc, chez notre malade, sur la voie progressive du retour à l'état naturel, et on peut croire, sans présomption, que cette progression ne s'arrêtera qu'au plein retour des conditions normales. Bien que le trouble de la circulation et de l'innervation utérines tînt à une cause toute locale et toute physique ; bien que cette cause ait été supprimée avec la promptitude d'une opération, le trouble purement fonctionnel qui en a été l'effet pendant quinze ans ne se dissipe que d'une manière lente et graduelle. La loi de l'échelle vitale nous avait permis, ainsi qu'on l'a vu précédemment, de prévoir ce fait et d'en prévenir la malade ; elle me rappelle ce fait dans une de ses lettres ; sa confiance dans l'avenir et sa patience à supporter les restes de ses souffrances s'en trouvent augmentées.

Tout nous autorise aussi à croire qu'un nouveau mariage, contracté dans ces nouvelles conditions, serait ou au moins pourrait être fécond.

Les douleurs ombilicales que la malade ressentait hors l'époque des règles, quoique sans rapport direct avec la menstruation, ont cependant, dès la deuxième époque intermédiaire, subi l'heureuse influence exercée par l'opération.

La membrane fibreuse qui coiffait l'extrémité du col utérin, et qu'a retranchée l'opération, était-elle un produit pathologique, était-elle un vice de conformation originelle ? C'est là le domaine de la théorie ; je ne crois pas devoir l'aborder ici, d'autant que la solution de cette question ne pourrait rien ajouter ni rien retrancher à l'intérêt pratique de l'observation qu'on vient de lire.

(La fin à un prochain numéro.)

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 14. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 31 Janvier 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. STATISTIQUE MÉDICALE : La vaccine et ses accusateurs. — III. BIBLIOTHÈQUE : Traité de pathologie générale comparée des animaux domestiques. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 29 Janvier 1856 : Correspondance. — Action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale. — Rapports. — Lecture d'une observation de leucohémie splénique à forme hémorrhagique. — *Société médicale d'émulation de Paris* : Discours d'installation du président pour 1856. — V. COURRIER.

PARIS, LE 30 JANVIER 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Le mémoire lu par M. Poggiale offre de l'intérêt, mais, hélas! un intérêt négatif. Tout le monde connaît la théorie de M. Mialhe sur la formation du diabète. Elle peut être exposée en quelques mots. Les aliments féculens se transforment en glycose. La glycose, sous l'influence de l'alcalinité du sang, s'oxyde et devient ainsi agent de la respiration. Le sang perd-il son alcalinité, la glycose, n'étant plus brûlée, devient corps étranger et s'échappe par les émonctoires, et surtout par l'urine. Voilà le diabète. Rendre au sang son alcalinité, voilà l'indication; l'emploi des carbonates, et de l'eau de Vichy en particulier, voilà le remède.

Cette théorie, si simple et si ingénieuse, que M. Mialhe a développée avec talent, qu'il a étayée sur un assez grand nombre de faits pratiques, recevrait cependant une sérieuse atteinte des expériences dont M. Poggiale a entretenu hier l'Académie. De ces expériences, il résulterait que le sang des animaux nourris de viande, avec ou sans addition de bicarbonate de soude, contient sensiblement la même quantité de sucre et que cette addition d'alcali dans l'alimentation ne favorise en rien la transformation de la glycose en eau et en acide carbonique. M. Poggiale a injecté dans la veine jugulaire d'un lapin un demi-gramme de glycose dissous dans l'eau distillée et il a retrouvé le sucre dans les urines.

M. Poggiale a continué ses expériences en dehors de l'organisme, pour rechercher quelle était l'action des alcalis sur la glycose, et il a vu qu'il fallait élever la température jusqu'à 95° pour que l'action des alcalis se fît sentir sur le principe sucré.

De tout cela, M. Poggiale conclut que la théorie que nous avons rappelée ne repose que sur des analogies.

On sait avec quelle réserve nous accueillons ici les données thérapeutiques reposant seulement sur l'expérience chimique. Cependant, la théorie de M. Mialhe est si séduisante, et quelques faits que nous avons connus nous ont paru lui venir tellement en aide, que nous ne pouvons accepter aussi qu'avec réserve les inductions tirées des expériences de M. Poggiale.

M. Blache a donné lecture d'une observation de leucohémie splénique, cette singulière maladie qui consiste dans la présence dans le sang d'une grande quantité de globules blancs, et sur laquelle les médecins allemands ont appelé spécialement l'attention depuis quelques années. Notre compte rendu donne les points principaux de cette observation, ainsi que l'historique dont M. Blache l'a fait précéder.

Amédée LATOUR.

STATISTIQUE MÉDICALE.

LA VACCINE ET SES ACCUSATEURS.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'UNION MÉDICALE.

Monsieur le rédacteur,

Je vous remercie affectueusement de votre conseil; je le tiens pour bon et tâcherai de le mettre à profit, sans fuir une discussion à laquelle vous et moi nous avons convié nos contradicteurs. La mesure prise à l'égard de l'un d'eux était juste et nécessaire. Vous avez prévenu *publiquement*, le 12 janvier, que toute insertion qu'on voudrait *hâter* par sommation légale, *afin de nous ôter le temps de la réplique*, donnerait lieu à la clôture du débat. On vous a immédiatement répondu par une lettre datée du 13 pour réitérer la menace déjà faite; la démarche était claire, on a cru que c'était le meilleur moyen de sortir d'une position difficile; nous en laissons l'appréciation aux lecteurs, et je me soumets à la décision prise. Mais je crois qu'il serait injuste de l'appliquer aussi aux communications de M. Carnot qui, tout en servant d'instrument à l'exécution, a légèrement protesté contre elle, et qui, nous aimons à le croire, aurait protesté plus vivement s'il avait connu *tous* les termes de la lettre dont il requérait l'insertion immédiate. Nous désirons donc continuer l'examen des quelques lettres qui vous ont été adressées par le *chef* de la doctrine. Elles éclairciront un point important dans la question : la valeur des argumens que nos adversaires peuvent tirer de la statistique de la ville de Paris. Cette discussion, d'ailleurs, je désire la rendre aussi calme et aussi placide que possible.

Dans les différens articles que nous vous avons adressés, et en particulier dans le numéro 146, année 1855, nous avons établi qu'on ne peut jamais, sans lèse-arithmétique, déduire les chances de mortalité à chaque âge, sans comparer les nombres de décès à chaque âge et la population qui les fournit; mais que cela est surtout indispensable pour la ville de Paris, dont les fluctuations incessantes des émigrans et des immigrans, aussi mobiles que les fluctuations du travail, altèrent brusquement les rapports d'âge.

D'un autre côté, les tables de populations par âge pour la ville de Paris sont à peu près impossibles à calculer, et ce qu'on en connaît de plus certain est le résultat de deux recensemens à peine comparables, qui, d'une part, laissent beaucoup à désirer, et, de l'autre, ne nous donne la population par âge que pendant les deux instans arbitraires de la période, quand ce sont *deux moyennes* qu'il nous faudrait.

En conséquence, nous conclûmes qu'on ne pouvait fonder aucun travail sérieux sur la statistique très imparfaite de cette capitale.

Mais nos adversaires ont le plus grand intérêt à établir le contraire. La statistique de Paris leur est chère; les lacunes qu'elle offre exigent souvent l'hypothèse, alors il est permis de diminuer un chiffre un peu fort, d'en grossir un autre un peu faible, et on a quelque chance ainsi d'arriver à une augmentation de mortalité d'un sixième : cela n'est pas aussi beau que la mortalité doublée qu'on annonçait jadis pour toute la France; mais c'*est un petit reste* qui console des grandes pertes éprouvées.

Il était donc important de démontrer que les émigrations et les immigrations de la grande ville ne troublent pas l'ordre des décès et des naissances, qu'elles n'y ajoutent et n'y retranchent rien. C'est ce que M. H. Carnot va établir avec une grande prétention arithmétique.

UN MOT AU SUJET DU DÉNOMBREMENT PAR AGES, FAIT A PARIS, EN 1851.

« Connaître les quatre règles n'est rien, quand on ne » connaît pas la manière de s'en servir à propos. »
(ANONYME.)

Pour montrer au public à quelles étranges conclusions l'on arrive, en employant les quatre règles de la façon dont quelques *statisticiens* s'en servent, M. Bertillon entre autres, je me borne à transcrire ici quelques chiffres extraits d'un tableau qui se trouve dans les *Annales d'hygiène* d'octobre 1853, page 357.

PARIS EN 1851.

Population mâle de 0 à 1 an.	4,883
Décès masculins id.	3,839
Rapport des décès à la population. . . .	78,6 p. 0/0

C'est à dire que sur *cinq* garçons, il en meurt *quatre* dans la première année!!

L'absurdité de cette conclusion saute aux yeux des moins clairvoyans; cependant les chiffres qui l'ont fournie sont *vrais!* La raison de cette contradiction apparente est facile à trouver; mais il faut encore se donner la peine d'y penser. La voici : environ 17,000 garçons naissent viables à Paris et environ 12,000 sont mis en nourrice dans les villages voisins; ceux-ci ne figurent pas dans les dénombremens de la ville; mais on les y ramène quand ils tombent dangereusement malades, et s'ils viennent à mourir, ils figurent à l'état civil de Paris. Voilà tout!...

De 20 à 25 ans, c'est précisément tout le contraire qui arrive. Les jeunes filles des environs viennent se placer à Paris comme nourrices, domestiques, etc.; mais elles retournent volontiers chez leurs parens quand elles tombent malades. Elles figurent dans les dénombremens de Paris, mais *non* dans le nécrologe de cette ville!...

Il résulte de là que tandis que les *natives seules* suffiraient pour composer une population de près de 170,000 filles de 0 à 15 ans, puisque, de 1836 à 1851, il en est né environ 226,000, le dénombrement de 1851 n'en présente que 104,210!... Ce n'est pas qu'il y ait *émigration* de la part des filles de cet âge, mais parce qu'un très grand nombre d'entre elles demeure, jusque vers l'âge de 16 ans, dans les environs de Paris en nourrice, en sevrage, en apprentissage, en pension, etc., et ne rentre pas en ville, *à poste fixe*, hors les cas de maladies graves!

C'est pour cette raison que le dénombrement de Paris semble si bizarre à ceux qui ne prennent pas souci d'en rechercher les causes.

Ainsi, 16,000 filles y naissent et il ne s'en trouve que 4,962 de 0 à 1 an; puis 12,204 de 1 an à 2, par suite des rentrées de nourrice.

De 3 ans à 10 ans, leur nombre varie peu; il est, *en moyenne*, de 6,536.

Viennent maintenant les rentrées des apprenties, des pensionnaires, etc., chez leurs parens.

Le nombre des filles, qui était de 6,536 vers l'âge de 6 à 7 ans, est de 8,824 entre 17 et 18.

Alors commence l'*immigration* des filles de la campagne, nourrices, domestiques, etc., et de 8,824 qu'il était entre 17 et 18 ans, le nombre des femmes s'élève à 11,563 entre 22 et 23 ans!...

Mais ces singulières oscillations de la population de Paris n'empêchent pas la marche *régulière* des naissances ni des décès de la ville parce que, comme on l'a dit, émigrantes ou immigrantes vont mourir au domicile de leurs parens.

H. CARNOT.

Monsieur le rédacteur,

L'insistance immodérée de M. le docteur Bertillon m'arrache ce mot en réponse à son article du 8 décembre 1855, qu'il a pris soin de m'envoyer. Je désirais lui épargner cette petite leçon d'arithmétique; mais il l'a voulue. Ainsi soit-il!

Veuillez agréer, etc.

H. CARNOT.

Il y a, dans cette lettre, deux assertions entremêlées. L'une qui consiste à développer les nombreuses perturbations auxquelles est soumise la population de Paris, à décrire le flot incessant des émigrations et des immigrations propres à la grande cité. C'est là un fait de notoriété sur lequel nous avons plusieurs fois insisté nous-même. Nous sommes donc, sur ce point, complétement d'accord avec l'auteur de la lettre; mais tandis que nous concluons que ces perturbations artificielles, dont aucune collection statistique ne s'occupe, opposent un obstacle à peu près invincible aux études de population, notre contradicteur trouve qu'elles n'y apportent aucune entrave. En effet, sa seconde assertion, celle qui va confondre le docteur Bertillon, celle qui va lui donner une petite leçon d'une arithmétique dont il a eu l'audace de rire, peut être résumée en deux points :

1° Tous les Parisiens, nous entendons tous les natifs de Paris qui sont éparpillés aux quatre coins du monde, reviennent fidèlement mourir dans la capitale.

2° La masse des provinciaux et des étrangers qui forment au moins la moitié de la population (1), dès qu'ils sentent leur fin approcher, retournent mourir aux lieux qui les ont vus naître.

D'où il résulte que nos registres mortuaires renferment les décès de tous les natifs de Paris et ne renferment absolument que ceux-là! et que la statistique en est aussi facile que si cette ville était placée dans l'île de Robinson.

Certes, ces propositions sont nouvelles, inattendues; il est bien regrettable que le Congrès de statistique et, en particulier, le savant auteur de la *Démographie comparée* n'en aient pas eu connaissance : cela aurait évité à cet auteur de développer les nombreux *desiderata* de la statistique de ces grandes cités, lui qui disait que plusieurs années de travail sur la statistique des grandes villes, lui avaient démontré la nullité de ses recherches, au point de vue de l'étude des populations, et l'impossibilité d'en rien tirer.

Mais passons aux démonstrations de M. Carnot; elles se divisent en deux points : 1° concernant les nouveau-nés; 2° concernant les adultes.

Sur 17,000 naissances masculines et viables qui ont lieu à Paris, 12,000 environ, dit M. Carnot, sont placés en nourrice, et ce, dans un rayon de plusieurs centaines de kilomètres. Le public et les statisticiens croyaient que ceux de ces nourrissons qui succombaient, se trouvaient ainsi soustraits aux registres de l'état civil de Paris. Eh bien, il n'en est rien! M. Carnot assure qu'on ramène ces nouveau-nés à Paris, quand ils tombent dangereusement malades; en effet, en 1851, par exemple, on observa :

Population masculine recensée, de 0 à 1 an. 4,883
Décès masculins . . . . . de 0 à 1 an. 3,839 (2)

Quoi! 3,839 décès pour 4,883 vivans! Devant ce résultat étourdissant, n'est-on pas obligé d'admettre l'hypothèse de M. Carnot : les nourrissons campagnards reviennent mourir à Paris? Certes, si ces chiffres étaient vrais,..... pardon, je veux dire s'ils avaient la signification qu'ils affectent; si, sans cette

(1) *Recherches statistiques de la ville de Paris*, tome V, Introd., p. 7.

(2) Ce n'est pas 3,839 mais 3,901 décès qu'il y eut cette année (*Statist. de Fr.*, pop., t. II, ou *Ann.*). Cependant nous laisserons le chiffre de M. Carnot, qui l'a en effet fidèlement copié des *Annales d'hygiène*; mais nous exprimons à ce sujet notre étonnement des divergences que présentent quelquefois les ouvrages qui, comme les *Annales d'hygiène*, les *Annuaires du Bureau des longitudes* et ceux d'*Economie politique* puisent tous aux sources officielles; ces différences sont l'indice de peu de soin.

hypothèse, les 3,839 décès devaient être *entièrement* le résultat des 4,883 vivans; mais méfiez-vous, lecteur, sous son air de simplicité, ce chiffre de décès est plein d'artifice heureusement dissimulé par l'étiquette; bref, il est le résultat complexe :

1° De 17,600 accouchemens;

2° Des nouveau-nés décédés dans les premières heures de la naissance et avant d'avoir eu le temps d'aller en nourrice;

3° Des décès que fournissent les enfans élevés à Paris;

4° Et enfin, s'il y a lieu, d'un très petit nombre de nourrissons qui reviennent mourir dans la capitale.

Nous disons d'abord que ces 3,839 décès contiennent la conséquence des 17,600 accouchemens.

En effet, M. Carnot, par malice ou par négligence, a laissé dans ce nombre de décès les 1,243 mort-nés masculins de l'année, résultat immédiat de 17,600 accouchemens; pourtant ces mort-nés, n'ayant pas été comptés dans le dénombrement des vivans, ne pouvaient, *sous aucun titre*, leur être comparés; par cet heureux oubli, M. Carnot devait arriver à l'absurde qu'il sollicitait. Cependant, en défalquant les 1,243 mort-nés, il nous reste environ 2,600 décès; seraient-ils donc le résultat des 4,883 vivans de cet âge? Pas davantage.

Les 17,600 accouchemens ont donné lieu non seulement à 1,243 mort-nés, mais encore à un certain nombre de quasi-mort-nés ayant vécu quelques heures, étoiles filantes qui n'ont fait que passer et qui, en conséquence, ont échappé à la nourrice, et, pour l'immense majorité des cas, au dénombrement.

Combien compterons-nous de ces éphémères? combien, par exemple, sur les 17,000 nouveau-nés masculins, ont succombé le premier jour? Ici la statistique des grandes cités est muette; elle nous donne en bloc les décès pour les trois premiers mois, et de ce chiffre de décès, rétréci par l'émigration des nourrissons, on ne peut rien conclure.

Quelle hypothèse raisonnable peut-on essayer pour se faire une idée du vrai à cet égard? Consulter les rares tables qui donnent la survie par jour de la première enfance? Mais la mortalité de cet âge, dans les grandes villes, est trop différente de celle d'une nation, pour qu'on puisse conclure de l'une à l'autre. C'est ainsi qu'en France 17,600 naissances masculines ne donneraient lieu qu'à 700 mort-nés environ, on en trouve plus de 1,200 à Paris.

Contentons-nous de dire que Demonferrand, dans un petit tableau qu'il donne, page 273 de son mémoire, compte à peu près autant de décès le premier jour de la naissance que de mort-nés, et encore le tiers de ce nombre pour les décès du second jour, etc. (1); d'où il suit que nos 2,600 décès doivent encore être réduits dans une très grande proportion, de sorte que les 1,200 à 1,400 décès qui resteront pourront être expliqués entièrement par les 4,883 vivans, d'autant plus qu'il nous serait facile de prouver que ce chiffre de vivans ne renferme pas *tous* les enfans *élevés chaque année* à Paris; un certain nombre d'entre eux *échappant* au recensement *par la date* de leur naissance ou de leur décès. Mais il nous semble superflu d'entrer dans ces fastidieuses considérations qui n'aboutissent jamais qu'à cette désolante conclusion, c'est que, en particulier pour l'enfance, *on ne sait rien*, et qu'*on ne peut rien savoir* de la mortalité de la ville de Paris. Cette ignorance rend comme non avenu le raisonnement de notre contradicteur, quand il prétend que 226 mille naissances de 1836 à 1851 devraient donner une population de 170 mille âgés de 0 à 15 ans.

Nous conclurons de cette analyse qu'il n'y a plus lieu de s'étonner du rapprochement suivant :

Population masculine à Paris, de 0 à 1 an. 4,883
Décès masculins de 0 à 1 an. 3,843

attendu que ces décès sont bien plutôt le résultat de 17,600 naissances masculines que des 4,883 habitans recensés; qu'en conséquence, l'explication que proposait M. Carnot est chimérique; et la petite leçon qu'il voulait gratuitement nous octroyer nous échappe.

Passons donc à la seconde partie de sa proposition : les jeunes gens, les virils vont mourir là où ils sont nés.

Nous avons en vain lu et relu la lettre de M. Carnot pour y trouver à ce sujet la trace d'une démonstration. L'étrangeté de l'assertion et la pompe du début l'exigeaient pourtant sévère et incontestable. Notre contradicteur se contente de simples affirmations qu'il répète et résume dans cette remarquable finale :

« Ces singulières oscillations de la population de Paris » n'empêchent pas la marche régulière des naissances ni » des décès de la ville, *parce que*, comme On l'a dit, émi» grans ou immigrans vont mourir au domicile de leurs pa» rens! »

« On l'a dit! » Quelle autorité est-ce là?

On! Statisticiens, connaissez-vous cet auteur? Ou M. Carnot craindrait-il, comme nous, s'il lâchait certain nom propre, de voir apparaître l'huissier?

Oserons-nous demander à ce maître On comment il se fait, si les jeunes gens retournent mourir chez leurs parens, que la mortuaire de X. Heuschling de 1840-49, comparée à celle de Paris pendant la même période, indique que sur 15 décès de 20 à 30 ans en France, il y en a un à Paris; et que Demonferrand, pour la période 1817-31, avait déjà fait la même remarque. Comme, d'une autre part, il n'y a qu'une naissance à Paris pour 31 naissances en France, et que la mortalité des grandes villes est plus considérable que celle de la nation, il en résulte que *plus de la moitié* des décédés de 20 à 30 ans ne sont pas nés à Paris.

Enfin, pour couper court aux étonnantes assertions de M. Carnot et de son anonyme, nous n'avons qu'à copier textuellement ce passage des recherches statistiques sur la ville de Paris (tome V, page VII, conséquence du tableau 118) :

« Les recherches qui concernent le lieu d'origine se rapportent à l'année 1833; elles constatent que sur 24,842 décédés, 12,318 seulement avaient pris naissance dans la ville de Paris; que 612 appartenaient au département de la Seine et 10,246 aux autres départemens.

» L'année 1833 n'ayant présenté aucune circonstance qui pût altérer la composition habituelle de la population de Paris, on pourrait conclure de ce document que, *sur cent décédés de cette ville, on compterait communément :*

» 50 *Parisiens;*
» 2 Français nés dans le département de la Seine;
» 41 Français nés dans les autres départemens;
» 4 étrangers;
» Et 3 personnes pour lesquelles les renseignemens ont manqué.

100

» D'où il suit que la moitié des personnes qui habitent Paris n'y a point pris naissance, et que loin d'être la ville exclusive des Parisiens, cette capitale est, pour une moitié, la ville de tous les Français. »

A cette conséquence il faut ajouter cette autre non moins immédiate : puisqu'à Paris les décès sont surpassés par les naissances, et que la moitié des décédés ne sont pas des natifs, *il faut que la moitié des Parisiens au moins aillent mourir hors de la capitale.*

Ainsi, telle est la perturbation que les sorties et les entrées apportent à la population parisienne, *que la moitié des décédés n'y sont pas nés, et que la moitié des natifs vont mourir ailleurs!*

En conséquence, quelqu'un invoquerait-il *grosso modo* la compensation?

Il ne serait pas bien difficile de lui démontrer, par ce que nous avons dit précédemment, que ces fluctuations sont très inégales à chaque âge, que ce sont surtout les enfans qui vont mourir au dehors, que ce sont les jeunes adultes de la province qui viennent succomber à Paris.

Et c'est sur une statistique aussi faussée que l'on est réduit à s'appuyer pour faire le procès à la vaccine!

Devant ces documens si authentiques et si précis qu'avons-nous à ajouter pour confondre la lettre quelque peu prétentieuse de notre contradicteur? Nous serons indulgent; nous ne sommes pas de ceux qui répondent à la satire par des insultes; si elle est fondée, nous en faisons bien vite notre profit; si elle ne l'est pas nous le démontrons clairement au public : nous nous contenterons donc, pour être plus sûr de ne pas dépasser les bornes de la critique qu'admet M. Carnot, de lui renvoyer sa petite épigraphe :

« Connaître les quatre règles n'est rien si l'on ne sait la ma» nière de s'en servir. »

Dr Bertillon,
Médecin de l'hôpital de Montmorency.

(1) Le volume des *Annales d'hygiène* qu'a consulté M. Carnot l'avertissait déjà qu'il y avait près de 1,700 décès par les mort-nés et par les faiblesses de naissances, et là ne sont pas comptés les monstruosités, les accidens, les hémorrhagies, etc.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE COMPARÉE DES ANIMAUX DOMESTIQUES;

Par O. Delafond, professeur de pathologie, de thérapeutique et de police sanitaire à l'École vétérinaire d'Alfort. 2me édition, 1 volume in-8° de x-724 pages. — Paris, 1855, Labé, libraire-éditeur.

Cet ouvrage, destiné aux vétérinaires, mais où la médecine humaine peut puiser une foule de renseignemens utiles et pleins d'intérêt, offre un cours complet de pathologie générale appliquée aux différens animaux domestiques. L'étude des maladies chez des animaux d'espèces différentes introduit dans la pathologie vétérinaire une difficulté qui n'existe pas pour la médecine humaine, car les considérations applicables à l'une de ces espèces ne le sont pas toujours à toutes les autres; mais aussi de cette comparaison ressortent souvent des enseignemens précieux. L'auteur a adopté, dans son livre, la division habituelle de la pathologie générale, et, après deux premiers chapitres consacrés aux définitions et à une étude sommaire des doctrines médicales, il passe successivement en revue, dans les huit autres, l'étiologie, la symptomatologie, les sympathies, la marche des maladies, le diagnostic et l'anatomie pathologique.

Nous laisserons de côté les deux premiers chapitres qui ne nous offriraient aucun intérêt spécial pour arriver à l'étiologie. Ici l'auteur étudie, avec les plus complets développemens, le mode d'action des différens ordres de causes morbifiques sur la santé, le tempérament, la constitution des animaux. L'étude des causes prédisposantes offre surtout un haut degré d'intérêt. Passant en revue les influences des climats, des localités, des migrations, de l'acclimatement, des saisons, de l'alimentation, des boissons, des habitations, du repos et du travail, l'auteur montre qu'elles agissent d'une façon évidente, non seulement pour rendre les animaux plus ou moins accessibles aux causes occasionnelles et déterminantes des maladies, mais aussi pour les rendre aptes à contracter particulièrement tel ou tel genre d'affection.

Dans les climats froids et secs, les animaux acquièrent le tempérament nerveux-sanguin, et sont prédisposés aux phlegmasies aiguës des voies respiratoires, aux congestions cérébrales, au tétanos. Le même tempérament acquis dans les climats chauds et secs amène les mêmes prédispositions; et la sécrétion biliaire exagérée prépare, en outre, les affections du foie. Les climats froids et humides développent le tempérament lymphatique, modifient même profondément à la longue la constitution et les formes des animaux, et les disposent aux cachexies. La chaleur, jointe à l'humidité, provoque les affections septiques, le *sang de rate*, etc.

Les localités n'ont pas une influence moins positive. Ainsi le goître endémique a été observé sur des chèvres et sur des chiens. Dans certaines contrées montagneuses de l'Inde, de l'Allemagne et même en France, les miasmes paludéens deviennent pernicieux aux animaux autant qu'à l'homme, et provoquent chez eux des fièvres charbonneuses, des affections putrides diverses, l'anémie, l'hydrémie, etc. Seul le buffle, créé pour vivre dans cette atmosphère insalubre, échappe à son influence délétère. Il y a des maladies spéciales aux animaux qui se nourrissent sur tel ou tel sol, suivant qu'il est sec ou humide, calcaire, argileux, pauvre ou plantureux et fertile. Les migrations d'un pays à un autre sont aussi des causes fréquentes et remarquables de maladies pour les animaux. L'acclimatement n'est jamais sans quelque danger pour eux, et l'on a noté, comme on l'avait aussi observé chez l'homme, qu'il est moins difficile pour les animaux transportés d'un climat chaud dans un climat froid que pour ceux auxquels ont fait subir le changement inverse. Un fait bien remarquable encore qui se produit souvent dans ces migrations, c'est que les animaux emportent avec eux le germe des maladies auxquelles les prédisposaient le sol et le climat qu'ils ont longtemps habité, et que fréquemment ce germe se développe précisément sous l'influence du changement de lieu.

L'alimentation des bestiaux a été le sujet de nombreuses et sérieuses études de la part des agronomes, à cause de la grave question d'économie rurale qui s'y attache. Il s'en faut de beaucoup pourtant que ce soit encore une question complétement élucidée; mais une conclusion importante, qu'au dire de l'auteur on peut tirer de toutes ces recherches, est qu'aucune alimentation exclusive, quelque riche qu'elle soit d'ailleurs, ne peut entretenir convenablement la santé chez les animaux.

L'influence de la constitution et du tempérament est ensuite longuement étudiée et l'auteur montre comment chaque espèce animale est, en vertu du tempérament qui lui est propre, prédisposée à certains genres de maladies. Mais, à ce sujet, il a fait aussi cette observation, si souvent déjà faite chez l'homme, que la force de résistance aux maladies est loin d'être toujours en rapport avec la vigueur physique des animaux. Cette résistance vitale est même telle, chez certains d'entre eux, qu'il lui est arrivé de ne pouvoir réussir par aucun moyen à provoquer, chez tel cheval par exemple, une péripneumonie que d'autres contractent avec une si déplorable facilité.

Parmi les causes morbifiques, la *constitution épizootique* serait certainement celle dont l'étude offrirait le plus d'intérêt. Malheureusement cette étude offre de nombreuses difficultés. Souvent les épizooties trouvent leur explication dans les conditions de saison, de climat, d'état atmosphérique, mais parfois aussi on voit une épidémie sévir tantôt sur l'une, tantôt sur l'autre des espèces domestiques sans que l'on puisse trouver les motifs de cette élection et de ces changemens. L'auteur, toutefois, est porté à penser que la plupart des épizooties sur lesquelles les conditions climatériques n'ont aucune influence sont de nature contagieuse.

La séméiologie occupe de beaucoup la plus grande place dans l'ouvrage que nous analysons. L'auteur consacre les premières pages de ce chapitre à l'étude de l'habitude extérieure du corps. En hippiatrique comme dans la médecine des enfans, cette étude est une partie importante de la séméiologie qui vient se substituer, pour le praticien expérimenté, aux renseignemens qu'on peut recueillir chez l'homme dans l'interrogatoire du malade. Aussi les vétérinaires ne négligent aucun détail de cette précieuse étude. Ils y trouvent parfois des signes d'une bien grande évidence, comme par exemple cette cauitie qui survint chez un porc, au dire du vétérinaire, à la suite d'une grande frayeur. Plus souvent leur recherche exige un examen fort attentif.

L'exploration des voies digestives se fait par les procédés ordinairement employés chez l'homme, auxquels on ajoute très habituellement le toucher rectal pratiqué chez les grands animaux, en introduisant par l'ouverture anale le bras tout entier, ce qui permet d'explorer facilement et presque immédiatement tous les organes contenus dans la cavité abdominale.

Dans l'examen des voies respiratoires, les vétérinaires apportent d'autant plus de soin à l'étude des mouvemens de la respiration, que chez les grands animaux, surtout quand ils sont gras, la position et l'épaisseur des épaules et les rapports de la cage thoracique avec la cavité abdominale rendent la percussion et l'auscultation impraticables dans une notable portion de l'étendue des poumons, dont les deux tiers seulement demeurent accessibles à ces moyens d'exploration. Leur emploi, d'ailleurs fort préconisé et fort étudié depuis longues années dans la médecine vétérinaire par M. Delafond, lui a fait obtenir chez les animaux à peu près les mêmes résultats qu'on en obtient chez l'homme, sauf les difficultés d'application.

Entre autres phénomènes d'auscultation, il a constaté que l'expiration prolongée se rencontrait chez les animaux comme chez l'homme dans l'emphysème et dans la phthisie; mais il ne lui accorde d'importance séméiologique qu'autant qu'elle se joint dans le premier cas à ce qu'il appelle la *respiration entrecoupée*, et dans le second au bruit respiratoire rude et râpeux.

L'auteur annonce que, depuis la première édition de son livre, il s'est encore livré à de nouvelles expériences sur le siége du murmure vésiculaire et que, même après avoir coupé la trachée en travers et en avoir sorti l'extrémité au dehors pour s'assurer que l'air ne pouvait passer par la glotte, il a continué d'entendre le bruit respiratoire, seulement un peu affaibli, ce qui rend inadmissible l'hypothèse bien connue de M. Beau.

L'exploration du cœur est plus difficile encore que celle des poumons, en raison de la position particulière que cet organe affecte chez les animaux. Toutefois, les battemens de sa pointe se sentent avec facilité, et M. Delafond a voulu mettre à profit cette circonstance pour vérifier l'opinion de M. Beau sur les mouvemens de cet organe. Ayant

trépané une côte de façon à pouvoir, sans ouvrir la poitrine, porter le doigt immédiatement sur la pointe du cœur, ayant mis à nu la carotide gauche, dans une étendue suffisante pour y sentir l'ondée sanguine de la façon la plus distincte, à travers sa seule paroi, il a pu constater, par une exploration longtemps continuée et des plus attentives, que le choc de cette ondée dans le vaisseau coïncidait toujours exactement avec celui de la pointe du cœur contre le doigt introduit dans l'ouverture du trépan. Ceci ne permet donc pas d'admettre que le choc de la pointe accompagne l'entrée du sang dans le ventricule.

L'examen des bruits du cœur, dans les différentes maladies dont cet organe est parfois atteint chez les animaux, n'a fourni à M. Delafond que fort peu de résultats satisfaisans; mais il dit avoir constaté un fait en opposition avec les idées généralement reçues, à savoir qu'une lame plus ou moins épaisse de poumon emphysémateux, interposée entre le cœur et l'oreille, n'entravait nullement l'auscultation de cet organe.

Le pouls a été, chez les animaux, l'objet de nombreuses observations où nous ne suivrons pas l'auteur, ne devant y trouver rien qui nous intéresse bien particulièrement; mais nous noterons qu'à l'inverse de ce qui a été observé chez l'homme il a trouvé le pouls des vieux animaux plus lent que celui des adultes. L'auscultation des vaisseaux n'a jamais fait entendre, chez les animaux, que le bruit de souffle intermittent. Il s'y manifeste constamment dans l'hydrémie.

Le sang des animaux, ses caractères physiques, sa composition chimique, ses modifications pathologiques, ont été le sujet de nombreuses recherches auxquelles l'auteur a mis un grand soin et qu'il expose avec détails. Un des faits les plus remarquables que cette étude ait fait connaître, c'est la propriété qu'a le sang du cheval de se couvrir constamment, dans l'état physiologique, d'une couenne épaisse à laquelle l'auteur veut que l'on donne plutôt le nom de caillot blanc pour ne pas la confondre avec un phénomène pathologique. Cette portion blanche est même si considérable que, dans l'hématomètre, elle occupe la moitié de l'épaisseur du caillot. Le cheval est le seul des animaux domestiques chez lequel ce phénomène se produise, et, fait non moins remarquable, aucun autre animal, sauf le chien, ne présente l'état couenneux du sang même sous l'influence des phlegmasies aiguës. En vain l'auteur a cherché dans les conditions différentes du sang des animaux l'explication de cette différence dans la manière dont il se comporte pendant sa coagulation. Un seul fait qu'il a observé souvent dans le sang du cheval, lui semble pouvoir donner peut-être l'explication de la formation couenneuse dont il se recouvre. C'est que les globules rouges y ont une grande tendance à s'agglomérer en de petits amas, lesquels forment une masse ayant plus de tendance à se précipiter. Cela, sans doute, expliquerait le caillot blanc du cheval, mais ne dirait pas pourquoi, malgré l'augmentation de la fibrine, le sang ne devient pas couenneux dans l'état inflammatoire chez la plupart des animaux. C'est donc encore un des *desiderata* de la science que l'explication de ce curieux phénomène. Il nous semble toutefois qu'on la pourrait trouver vraisemblablement dans une condition de l'hématologie qu'aucune recherche n'a encore pu faire connaître, à savoir le poids spécifique des globules qui probablement varie chez les différentes espèces animales. Ce qui nous porterait à le penser, c'est qu'après la défibrination du sang du cheval les globules se précipitent peu à peu vers le fond du vase, tandis que chez le bœuf, l'âne, etc., ils demeurent en suspension, ce qui semblerait indiquer un poids spécifique moindre, relativement au liquide dans lequel ils nagent.

L'auteur s'est livré à une étude très attentive et très consciencieuse des élémens histologiques du sang des animaux, et cette étude l'a conduit à quelques résultats fort intéressans. C'est ainsi qu'il a constaté, dans la pléthore, une augmentation notable du diamètre des globules rouges du sang, et, au contraire, dans l'anémie et l'hydrémie, une diminution telle, que sur des moutons hydrémiques il l'a vu descendre de 3 à 4 millièmes de millimètre, qui est leur diamètre normal à 1 millième de millimètre dans la dernière période de la maladie. Il a constaté, en outre, que l'augmentation et la diminution du diamètre se produisaient toujours par augmentation ou diminution de la matière rouge contenue dans l'enveloppe des globules dont le cercle coloré s'agrandit ou se rétrécit, tandis que la portion centrale incolore conserve ses dimensions.

Ces observations l'ont conduit à deux hypothèses pleines de vraisemblance, mais qu'il ne considère cependant pas comme suffisamment démontrées. La première est que dans l'hydrémie les globules diminuent par exosmose de l'hématine qui se dissout dans la sérosité du sang devenu plus aqueux. La seconde, que la diminution du diamètre des globules pourrait expliquer par leur passage plus facile à travers la paroi vasculaire, les hémorrhagies interstitielles qui caractérisent la *Maladie de Sologne* des bêtes à laine.

L'étude des globules blancs, dont il décrit deux espèces, lui a fait connaître certaines modifications que l'âge y apporte chez les chevaux et lui a permis de reconnaître, en outre, que les plus grands de ces globules pouvaient, par le dépôt de molécules graisseux à leur surface, simuler facilement les globules du pus. Il a vu enfin que ces corpuscules blancs augmentaient beaucoup de quantité dans le sang des chevaux atteints de vastes ulcérations morveuses ou farcineuses.

Les modifications physiologiques et pathologiques des autres élémens du sang sont encore le sujet d'une longue dissertation où nous ne pourrons suivre l'auteur. Nous noterons seulement, comme très dignes de remarque, les expériences de M. Dupuy, de M. Delafond et de M. Clément, qui ont montré qu'après la section du pneumogastrique la fibrine diminue peu à peu dans le sang artériel, et augmente en même temps dans le sang veineux, tandis que l'albumine d'un côté augmente d'une façon très notable, ce qui, selon M. Clément, devrait faire considérer la fibrine comme une transformation de l'albumine s'opérant sous l'influence de l'acte respiratoire.

De l'étude microscopique de la lymphe, l'auteur tire cette conclusion que les cellules blanches du sang sont identiques à celles qu'on rencontre dans la lymphe, et qui sont incessamment versées dans le torrent circulatoire, où seulement elles acquièrent une forme plus régulière et usent leurs aspérités par un roulement continuel et rapide. Il a vu de ces cellules se modifier profondément et prendre peu à peu les caractères de globules purulens dans la morve et le farcin, en même temps que l'analyse chimique faisait reconnaître une très forte augmentation dans les proportions de la fibrine de la lymphe.

Les symptômes que peut fournir l'appareil de l'innervation sont assez restreints chez les animaux. Néanmoins ils ne laissent pas que d'être l'objet d'une étude sérieuse et attentive. Quelque peu développées que soient chez eux les fonctions intellectuelles, elles sont néanmoins susceptibles de perturbations. On observe, chez les chevaux et chez les chiens, des phénomènes qui, au dire de l'auteur, doivent être considérés comme de véritables hallucinations; il n'est pas rare de voir les animaux atteints de l'affection nerveuse désignée sous le nom de pieu se prendre d'un goût désordonné pour les plâtras, la terre, le fumier, qu'ils préfèrent à leurs alimens ordinaires. Enfin, l'auteur assure avoir observé des animaux en proie à une excitation ressemblant beaucoup *au délire furieux* de l'homme.

La sensibilité fort inégale chez les différentes espèces animales, et même, chez les différentes races de la même espèce, en général plus développée chez les races fines et distinguées, éprouve aussi de nombreuses modifications dans l'état pathologique. Tantôt exaltée, tantôt abolie, tantôt pervertie, vivement surexcitée par une douleur intense et longtemps prolongée, elle détermine dans toute l'économie une modification profonde qui se manifeste partout par un appauvrissement considérable du sang que M. Clément a pu constater directement.

Pour ne pas allonger outre mesure cette analyse, nous passerons rapidement sur les symptômes qui se rattachent aux sécrétions et exhalations, d'autant qu'on n'y trouverait rien de bien important qui ne soit généralement connu. On sait la façon dont M. Bouley a démontré l'importance de l'exhalation d'acide carbonique à la surface de la peau, exhalation qui ne peut être supprimée sans que la mort s'en suive, et les intéressantes expériences de M. Colin, d'Alfort, sur les sécrétions biliaires et surtout pancréatiques, ont été depuis longtemps publiées. On sait que ces dernières ont montré que la sécrétion biliaire s'opérant également dans l'intervalle des repas et pendant la digestion même, et qu'elles ont appris combien cette sécrétion est abondante, puisque, chez un cheval, on peut recueillir plus de 6 kilogrammes de bile en vingt-quatre heures.

Parmi les phénomènes se rattachant à l'appareil génital chez les animaux, il est à noter qu'un flux vaginal glaireux et très souvent sanguinolent se produit périodiquement chez toutes les femelles. Et l'auteur dit avoir bien souvent constaté que chez les vaches non satisfaites, ce flux se reproduisait régulièrement tous les mois.

Nous n'avons rien trouvé dans la description des phénomènes cadavériques par laquelle se termine l'ouvrage qui dût être reproduit dans ces colonnes. Nous arrêterons donc ici cette analyse déjà bien longue, mais qui ne peut donner encore qu'une idée incomplète des points les plus intéressans traités dans le livre de M. Delafond, où, comme on l'a vu, le médecin et le physiologiste trouvent à puiser amplement.

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 Janvier 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Une notice du docteur Valat, de Montpellier, sur une épidémie de choléra qui a sévi à Autun en octobre 1855.

— Le rapport final de M. Dusouil, sur une épidémie de choléra qui a régné dans l'arrondissement de Melle en 1854.

(Commission du choléra.)

— Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Lozère en 1854.

— Les rapports des médecins des épidémies pour les arrondissemens de Lyon et de Villefranche, sur les épidémies qui ont régné en 1854 dans ces arrondissemens. (Comm. des épidémies.)

— Une note de M. le docteur Fiévet, ex-médecin militaire, sur un mode de traitement qu'il emploie contre le choléra.

— Un mémoire sur le traitement des fièvres intermittentes, par M. Roubaud, médecin à Visan (Vaucluse). (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Une demande d'avis et d'analyse de la source des Dames, située à Cusset, près de Vichy.

— Une demande en autorisation d'exploitation de trois sources minérales, situées à Barbazan (Haute-Garonne).

(Commission des eaux minérales.)

— Une lettre par laquelle le ministre informe l'Académie que, conformément aux conclusions du rapport adopté dans les séances du 20 et du 24 novembre 1855, il met à la disposition de l'Académie cinq médailles d'argent et cinq médailles de bronze pour les médecins qui se sont le plus distingués dans le service des épidémies en 1854.

— Le tableau des vaccinations pratiquées en 1854 dans le département des Ardennes. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivans :

Lettres de MM. Grassi, Robiquet et Langlois, qui demandent à être portés sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de chimie et de physique médicale. (Renvoi à la section.)

— Lettre qui annonce la mort de M. le docteur Rétif, membre correspondant de l'Académie à Sens.

M. Poggiale donne lecture d'un mémoire dont voici le titre : *Action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale.*

Le sucre fourni par les alimens ou formé par le foie ne se rencontre jamais à l'état normal dans les sécrétions naturelles. Il disparaît donc dans l'économie pour y remplir des fonctions de calorification que la science moderne a déterminées : l'oxygène de l'air inspiré se combine, suivant la plupart des chimistes, avec l'hydrogène du sucre pour former de l'eau ; un autre équivalent d'hydrogène est remplacé par substitution, par un équivalent d'oxygène, et il se forme de l'acide carbonique. D'autres chimistes admettent que le concours de l'oxygène et des carbonates alcalins est nécessaire pour la destruction du sucre ; il en résulte des sels organiques qui se transforment en eau et en acide carbonique. Comme conséquence, on suppose que, dans le diabète, le passage du sucre dans les urines est dû au défaut d'alcalinité du sang. Cette opinion a été soutenue particulièrement par M. Mialhe, elle est fondée sur les réactions offertes par le glucose en dehors de l'organisme. J'ai institué, dit M. Poggiale, des expériences dans le but de vérifier ces faits. (Suit la description du procédé adopté par l'auteur pour déterminer, à l'aide de la fermentation, la proportion de sucre contenue soit dans le sang, soit dans le foie.) — Voici une *première série d'expériences :*

Première expérience. — Un chien adulte est soumis à une abstinence absolue pendant deux jours ; ensuite on le nourrit de viande additionnée de 20 grammes de bicarbonate de soude ; au bout de quatre jours de ce régime et trois heures après le repas, on le soumet aux inspirations de chloroforme. L'abdomen est ouvert ; on lie la veine cave au-dessus du foie et l'on recueille séparément du sang de la veine cave au-dessus du foie, du sang des veines hépatiques et du sang de l'artère crurale ; enfin on extrait le foie. On constate que les urines sont fortement alcalines. Voici les proportions de sucre pour 100, trouvées :

dans le sang de l'artère crurale.	0,048
de la veine cave inférieure. . .	0,103
des veines hépatiques	0,173
dans le foie	2,039

Deuxième expérience. — Chien nourri pendant huit jours de viande et de bouillon, additionnés de bicarbocate de soude (120 grammes). Chloroformisation, etc., comme dans l'expérience précédente :

Le sang de l'artère crurale contenait. .	0,027 p. 100 de sucre.
de la veine cave inférieure. . .	0,096
des veines hépatiques.	0,150
Dans le foie.	2,115

Troisième expérience. — Chien soumis à un régime alcalin pendant quinze jours ; il est traité comme les sujets des deux premières expériences, et l'on trouve :

Dans le sang artériel.	0,035 p. 100 de sucre.
de la veine cave inférieure.	0,103
des veines hépatiques. . .	0,139

La conséquence générale de ces expériences qui ont été répétées avec un résultat toujours semblable, c'est que la transformation du sucre en eau et en acide carbonique n'est pas favorisée, comme on l'a cru, dans l'économie, par la présence d'une proportion considérable d'alcalis. Le sang des animaux nourris de viande avec ou sans bicarbonate de soude contient sensiblement la même quantité de sucre. On pouvait d'ailleurs prévoir, d'après les oscillations physiologiques si bien étudiées par M. Bernard dans les quantités de sucre contenues dans le sang immédiatement ou plusieurs heures après le repas, que le sang des animaux soumis à l'action du bicarbonate de soude, recueilli longtemps après le repas, fournirait beaucoup moins de sucre. C'est ce que l'expérience a confirmé.

Dans une *deuxième série d'expériences*, M. Poggiale a cherché à déterminer la quantité de sucre contenue dans le sang des animaux nourris avec des alimens féculens ou sucrés mêlés avec le bicarbonate de soude. Cette nouvelle étude a confirmé les résultats qui viennent d'être rapportés.

Ainsi, dans une *première expérience* (trois heures après le repas), on a constaté les proportions suivantes du sucre :

Dans le sang de la veine cave inférieure.	0,198 p. 100 de sucre.
de l'artère carotide. . . .	0,100
Dans le foie.	2,381

Dans une *deuxième expérience* (trois heures après le repas) :

Le sang des veines hépatiques contenait.	0,245 p. 100 de sucre.
de la veine cave inférieure. . .	0,153
de l'artère crurale.	

Dans une *troisième expérience*, les urines de l'animal soumis au régime alcalin contenaient de 5 à 7 grammes de glucose pour mille, quoiqu'elles fussent fortement alcalines ; l'animal étant sacrifié, on trouva :

Dans le sang artériel.	0,056 p. 100 de sucre.
des veines au-dessus du foie.	0,239
Dans le foie.	2,430

Ces expériences démontrent que le sucre peut exister dans le sang et dans les urines, même en présence des alcalis ; elles font voir également, comme M. Bernard l'avait déjà prouvé, que le foie et le sang des animaux, nourris avec des matières féculentes ou sucrées, ont donné des proportions de sucre qui s'éloignent peu les unes des autres. Il n'existe donc pas de rapport direct, comme on l'a cru, entre la nature des alimens et la quantité de sucre contenue dans l'organisme.

Dans le cours de ces recherches, j'ai observé, ajoute l'auteur, que lorsqu'on soumet les animaux à une abstinence complète, le glucose ne tarde pas à disparaître dans le sang qui a traversé les poumons. Mais si l'on détermine en même temps le sucre contenu dans le foie, on voit que la proportion de ce principe décroît lentement et ne disparaît pas même chez les chiens à jeun depuis vingt-deux jours et voués à une mort certaine.

Première expérience à l'appui : Chien laissé sans nourriture pendant quatre jours :

Le sang de la veine porte contenait . .	0,000 p. 100 de sucre.
de l'artère crurale	0,000
des veines hépatiques.	0,037
Le foie	1,846

Deuxième expérience. — Chien sacrifié le huitième jour d'une abstinence absolue. Le foie contenait encore 1,730 p. 100 de sucre.

Ainsi, la sécrétion du sucre par le foie persiste jusqu'à la mort ; elle diminue sans doute comme les autres sécrétions, mais elle ne disparaît pas.

Troisième série d'expériences. — A l'exemple de MM. Bernard et Lehmann, j'ai injecté un demi-gramme de glucose dissous dans l'eau distillée, et j'ai retrouvé le sucre dans les urines. Dans une expérience comparative j'ai injecté la même quantité de glucose additionnée de 4 gramme de bicarbonate de soude, et les résultats ont été identiques. Si l'on remplace le bicarbonate de soude par l'acide tartrique, le plus souvent le sucre ne paraît pas dans les urines... Il suit de là que les alcalis du sang ne favorisent pas l'oxydation du sucre.

Quatrième série d'expériences, faites dans le but d'étudier avec soin l'action des alcalis, des carbonates et des bicarbonates alcalins sur le glucose en dehors de l'organisme. Ces expériences permettent d'affirmer que, dans le laboratoire comme dans l'organisme, les bicarbonates alcalins n'agissent pas sur le glucose, et qu'il faut élever la température du mélange à 95 degrés pour que l'action ait lieu.

L'auteur termine par cette conclusion, que la quantité d'alcali n'étant ni augmentée ni diminuée dans une foule de cas où le glucose passe dans les urines, ce phénomène est dû plutôt à une oxydation incomplète du sucre, déterminée par une lésion du système nerveux.

— M. BOUCHARDAT, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Bussy et Ricord, lit un rapport sur un mémoire de M. Laurent, pharmacien, relatif à la *préparation de divers médicamens à l'aide d'un nouvel appareil pour la concentration dans le vide*, et présenté par MM. Laurent et Égrot fils, constructeur.

Dans la conviction que l'appareil de MM. Laurent et Égrot fils pourra être utile aux pharmaciens, et que les applications que M. Laurent a faites de cet appareil sont bien entendues, la commission propose de le remercier de son intéressante communication. (Adopté.)

— M. BLACHE donne lecture d'une observation de *leucoémie splénique à forme hémorrhagique*.

La maladie dont il s'agit ne date, en quelque sorte, que de 1845, époque à laquelle ont paru les travaux de Virchow, de Craigie et de Benett. Virchow constata le caractère spécial de la maladie, qui consiste en un accroissement considérable du chiffre des globules blancs du sang avec diminution correspondante des globules rouges. Dans un ouvrage récent, le même auteur reconnaît, dans cette maladie, deux espèces : 1° la *leucoémie splénique*, caractérisée par la présence, dans le sang, d'une grande proportion de globules blancs ou *leucocytes*; et en même temps par une hypertrophie de la rate et du foie ; 2° la *leucoémie lymphatique*, qui se distingue de la précédente par l'absence d'hypertrophie de la rate ou du foie, par l'altération des ganglions lymphatiques de presque toutes les régions du corps, et aussi par les caractères spéciaux du sang : ce qui y prédomine, ce sont les *globulins*, corpuscules petits et transparens, qui diffèrent notablement des leucocytes. Au point de vue clinique, Virchow reconnaît deux formes de la leucohémie : une forme *fébrile* et une *hémorrhagique*. Voici, en résumé l'observation rapportée de M. Blache :

Un garçon de 13 ans, entre à l'hôpital des Enfans, le 26 octobre 1855, maigre, pâle, faible, ayant l'abdomen ballonné, douloureux; hypertrophie considérable de la rate et du foie (il y a eu des accès répétés de fièvre intermittente) ; larges ecchymoses autour des malléoles, taches nombreuses de purpura ; peau sans chaleur, pouls sans fréquence. (Tisane amère, fer réduit, vin de quinquina, nourriture substantielle.)

Le 10 novembre, anasarque et ascite; urines albumineuses, non sanglantes. Le 11 et le 12, l'anasarque diminue; le 13, l'ascite a disparu, et le 14 les urines cessent d'être albumineuses. Le 23, il survient des étourdissemens, de la céphalalgie. Toux fréquente, râles bronchiques, fièvre.

Les jours suivans, la réaction diminue, mais il se produit des hémorrhagies diverses, et la faiblesse fait des progrès. Le 1er décembre, augmentation du volume du foie. On examine le sang obtenu à l'aide d'une piqûre, et les caractères de la leucohémie y sont constatés par MM. Robin et Isambert. Le 4, un peu de surdité. Le 5, vomissement bilieux; insensibilité et résolution des membres inférieurs. Pouls fort. Saignée de 50 grammes. La mort a lieu à dix heures du matin.

Autopsie. — L'examen de la *cavité crânienne* permet de constater la présence dans les espaces sous-arachnoïdiens d'une sérosité trouble, roussâtre, analogue au sérum du sang qui a été recueilli par la saignée faite avant la mort. Caillot sanguin allongé, mou et diffluent, occupant les deux ventricules latéraux, s'étendant à travers les trous de Monro dilatés dans le troisième ventricule, et par l'aqueduc de Sylvius dans le quatrième. Les ventricules contiennent, en outre, une abondante sérosité, et montrent sur leurs parois des hémorrhagies capillaires.

La cavité rachidienne et la moelle n'offrent aucune altération depuis le trou occipital jusqu'à la troisième vertèbre dorsale; mais à partir de ce point jusqu'au sacrum, on trouve une hémorrhagie méningée et des caillots siégeant entre la dure-mère et les arcs vertébraux.

Cavité thoracique : le tissu cellulaire sous-sternal est infiltré de sang; le thymus est fortement congestionné; les troncs veineux très dilatés. Le péricarde est rempli d'une sérosité sanglante; quelques ecchymoses à la surface du cœur qui est dilaté et contient des caillots diffluens, mais n'offre d'ailleurs aucune lésion. Les poumons congestionnés à leur base.

Cavité abdominale : Ecchymoses sous-péritonéales; aucun épanchement dans la cavité séreuse. Le foie est énorme : à droite, il touche le cœcum, à gauche, la rate; son poids est de 2 kilog. 491; sa couleur d'un rose pâle; sa coupe présente un aspect gris-rougeâtre analogue à celui de la rate ; sa consistance est molle; par l'écrasement, il se réduit en une espèce de pulpe analogue à la *boue splénique*.

La rate est également très volumineuse, elle pèse 626 grammes, sa couleur est d'un rouge-vif, sa coupe a une teinte lie-de-vin pâle; son tissu ferme est cependant très friable.

La veine porte laisse écouler une grande quantité d'un sang boueux brun-rougeatre.

Les reins, environnés d'un tissu cellulaire fortement ecchymosé, sont hypertrophiés ; épanchement sanguin dans les calices et les bassinets.

Ecchymoses dans les parois de la vessie.

La muqueuse intestinale remarquable seulement par sa pâleur.

L'examen microscopique et chimique du sang a été fait par MM. Ch. Robin et Isambert.

Le sang avait une couleur lie-de-vin analogue à celle de la boue splénique ; le caillot était mou, diffluent ; le sérum contenait une foule de granulations qui lui communiquait une teinte laiteuse. Le sérum défibriné donnait, par le repos, une couche crémeuse qui surnageait sur les globules. Les globules rouges étaient deux fois moins nombreux que les globules blancs; ce n'étaient pas la proportion des globules blancs proprement dits ou leucocytes qui était augmentée, mais celle des globulins qui sont aux leucocytes ce que les noyaux libres sont aux cellules en général.

L'analyse chimique a montré, dans ce même sang, une augmentation notable de la proportion d'eau, — une diminution des matériaux solides du sérum, — une diminution plus notable encore des globules rouges, — une augmentation considérable des matières grasses, — une diminution de la fibrine.

M. CAVENTOU : M. Blache attribue aux Allemands et aux Anglais l'honneur d'avoir les premiers étudié le sang blanc. Je rappellerai qu'il y a plus de vingt ans j'ai fait l'analyse d'un sang offrant cette altération et provenant d'un malade de M. Gendrin. Les résultats des recherches que j'ai faites à ce sujet ont été publiés dans les *Annales de physique et de chimie*, rédigées par Gay-Lussac et Arago. Berzélius les a cités dans son grand *Traité de chimie*, et comme ce savant était parfaitement au courant de ce qui se publiait en Allemagne, il n'est pas probable qu'il ait cité l'analyse dont j'ai parlé tout à l'heure sans mentionner quelque travail antérieur au mien, s'il y avait eu lieu.

Le sang blanc que j'ai eu l'occasion d'examiner contenait peu de globules rouges, le sérum se coagulait par la chaleur; mais l'albumine, reconnaissable à ce caractère, m'a cependant paru différer notablement de l'albumine normale : dissoute dans l'acide chlorhydrique concentré, elle ne prenait pas la teinte bleue caractéristique quand on élevait la température de la solution.

M. LECANU s'élève également contre l'opinion qui regarde la connaissance de l'altération du sang dont il s'agit comme un fait récemment découvert par les médecins d'Allemagne et d'Angleterre. En 1830, il a observé un fait de ce genre : le sang devait sa blancheur à la présence d'une grande quantité de graisse. Déjà à cette époque cette observation passait pour n'être pas nouvelle.

M. CHATIN : Il y a sept à huit ans j'ai fait l'analyse d'un sang blanc recueilli chez un malade de M. Sandras, à l'hôpital Beaujon; cette fois, ce n'était pas à une substance albumineuse qu'était dû l'aspect particulier du sang, comme dans le fait de M. Caventou, mais à la présence d'un corps gras ; ce corps se déposait par le repos à la surface de la saignée ; l'éther, en le dissolvant, faisait disparaître la teinte blanche du liquide. Il y a donc au moins deux espèces de sang blanc.

M. COLLINEAU rapporte un cas observé par lui il y a bien des années et dans lequel il a vu le sang, rouge au moment où il était sorti de la veine, blanchir par le repos.

M. GIBERT : Je demande à dire un mot de médecine au milieu de cette discussion purement chimique. Pour moi, il n'existe aucun rapport entre les altérations dont on vient de parler et celle qui fait l'objet de la communication de M. Blache. Dans l'observation de notre collègue il s'agit d'un fait des plus communs dans la pratique, car rien n'est moins rare que la cachexie aqueuse avec purpura, etc. Le mérite d'avoir découvert l'altération du sang coïncidant avec cette maladie, n'appartient ni aux Anglais, ni aux Allemands, et je ne veux pas décider, pour le moment, si c'est un progrès d'avoir désigné cet état morbide sous le nom de leucohémie plutôt que sous tel autre. La seule chose remarquable dans la communication de M. Blache, c'est la sagacité de l'observateur et le soin avec lequel ont été notés tous les détails du fait ; mais il me semble, encore une fois, qu'on a trop mis en saillie l'altération du sang, qui n'est que l'un des élémens de la maladie, et un élément d'une valeur secondaire.

M. CAVENTOU : Je n'ai pas entendu discuter la valeur médicale de l'observation de M. Blache; mais notre collègue ayant fait précéder son travail d'un historique, j'ai cru devoir rappeler l'analyse faite en France d'un sang blanc, bien avant la publication des travaux qu'il a indiqués comme les premiers sur cette matière.

M. GUÉRARD : M. Gibert a eu raison de dire qu'il ne s'agit pas ici de considérations purement chimiques et il a bien fait de ramener la question sur son véritable terrain qui est celui de la pathologie. Ce qu'il y a de saillant dans les faits analogues à celui communiqué par M. Blache, ce qui est réellement de découverte récente, c'est le rapport qui existe d'une part entre l'augmentation des globules blancs du sang et toute une série de phénomènes morbides, jusque-là méconnus.

Il est encore un point sur lequel je dois insister, c'est que dans la leucocythémie, à moins qu'on n'ait affaire aux degrés les plus avancés de la maladie, le sang n'est pas blanc à proprement dire; loin de là, il s'offre à l'œil nu avec les caractères du sang normal ou à peu près ; ce sont les symptômes particuliers offerts par les malades qui conduisent l'observateur à examiner la constitution microscopique de ce sang, et l'on constate alors une augmentation considérable des globules blancs de ce liquide.

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séance à la Faculté de médecine.

La Société médicale d'émulation de Paris a eu, le 5 janvier, sa première réunion de l'année. M. HERPIN (de Genève) a ouvert la séance par l'allocution suivante :

Messieurs,

En montant, pour la première fois comme président, à cette place où m'ont appelé vos suffrages, et à laquelle, nouveau venu parmi vous, j'avais si peu de titres, je dois, avant tout, vous adresser de sincères et profonds remercimens. D'autres devoirs m'incomberont ensuite, et je m'efforcerai de me rendre digne de votre confiance en portant dans leur accomplissement tout le zèle et toute la suite dont je suis capable. Depuis quelque temps la vie de notre Société semble s'alanguir un peu; c'est contre cette tendance que je lutterai de tous mes efforts; mais ma bonne volonté resterait sans résultat, si chacun de vous ne prenait l'engagement tacite de coopérer de tout son pouvoir à cette œuvre. *Noblesse oblige*, Messieurs ; nous ne pouvons pas laisser déchoir entre nos mains la Société médicale d'émulation de Paris, et nous lui rendrons une juvénile activité, si nous le voulons sincèrement.

Que faut-il pour atteindre ce but ? Nous allons le dire, et ces conseils peuvent s'appliquer, plus ou moins, à toutes les Sociétés médicales.

Que chacun de nous, en assistant à toutes les séances avec une régularité dont quelques-uns donnent déjà l'exemple, augmente ainsi en réalité le nombre utile des membres.

Que nos instances personnelles ramènent à nos réunions une proportion notable de nos collègues qui, inscrits sur nos registres, ne semblent y figurer que pour mémoire.

Si cet appel est insuffisant, recourons à la propagande : que chaque membre s'impose le devoir de susciter un confrère, cela n'est pas difficile, et nous doublerons nos rangs.

Puis, pour ramener et retenir nos collègues, que nos séances soient constamment nourries de lectures et de communications orales intéressantes. Ici encore, avec la division du travail, la difficulté n'est pas grande : engageons-nous tous, vis-à-vis de nous-mêmes, à une lecture par an. Il n'est pas toujours besoin de mémoires complets, comme nous en entendons quelquefois. Qui ne rencontre pas, chaque année, un fait digne d'être soigneusement recueilli, de devenir le texte de commentaires instructifs, la source d'une fructueuse délibération? A défaut d'observations rédigées, quelques conclusions écrites sur des traitemens éprouvés, lors même que l'efficacité n'en serait pas établie avec une rigueur scientifique, seront toujours des sujets d'instruction mutuelle, et des objets de vérification pratique par les confrères. Une courte analyse d'un ouvrage récemment publié, les impressions même recueillies à la lecture d'un livre nouveau ou ancien, fourniront à des savans, comme ceux qui composent notre Société, l'occasion de remarques instructives et intéressantes qui diversifieront utilement nos séances.

Mais le nombre et l'assiduité des membres, l'intérêt des lectures et des communications verbales, ne suffisent pas pour faire porter tous ses fruits à une Société médicale ; il faut encore apporter dans ses réunions une double disposition d'esprit plus essentielle qu'on ne le croit communément; je veux parler d'une attention patiente aux lectures, quel qu'en soit le sujet, et d'une mutuelle bienveillance dans les discussions qui les suivent. Ici, Messieurs, je demande, non pas un progrès, mais de la persévérance. L'aigreur, même dissimulée, ne se mêle pas à nos discussions, et dans l'art d'écouter qui devient, dit-on, de plus en plus rare, nous pourrions servir d'exemple à d'éminentes compagnies.

Organe de notre Société, par votre libre choix, je n'ai pas donné ces conseils en mon nom personnel, j'ai parlé au nom de tous ; mais, en ce qui me concerne, j'ai pris d'avance tous les engagemens que, comme président, je vous ai demandés. Vous marcherez avec moi, Messieurs, dans cette carrière ; nous ne laisserons pas s'amoindrir le bel héritage qui nous a été légué par nos illustres fondateurs (1).

COURRIER.

L'abondance des matières nous force à renvoyer au prochain numéro le compte rendu de la séance annuelle de l'Académie des sciences.

— M. le docteur G. Marchand, médecin adjoint de l'Asile des aliénés, est nommé professeur de médecine légale à l'École de médecine de Toulouse, en remplacement de M. Caussé, démissionnaire.

LONGÉVITÉ. — On nous signale, dit le *Messager du Midi*, un cas de longévité rare dans nos contrées. Une femme, du nom de Buissou, est décédée dans le courant de cette semaine, au lieu de Noailhac, canton de Conques (Aveyron), à l'âge de 112 ans accomplis. Elle était née en 1744, et s'était mariée à 60 ans ; elle vivait depuis quelques années au moyen d'une pension que la charité du gouvernement lui avait accordée à titre de secours de vieillesse.

Son existence avait toujours été active, laborieuse et sobre, et elle a conservé jusqu'à son dernier jour la plénitude de ses facultés. On assure, comme particularité hygiénique de son alimentation, qu'elle était dans l'habitude de prendre, deux fois par semaine, une cuillerée de fleur de soufre, délayée dans un liquide quelconque.

ERRATUM. — Dans notre dernier numéro, Société d'hydrologie, 1re colonne, 24me ligne, au lieu de : *terme* périodique, lisez : *forme* périodique. — 2me colonne, 34me ligne, où la *déviation* d'une part, lisez : où la *dérivation*.

(1) Albert, Bichat, Richerand, Larrey, Moreau (de la Sarthe), 1796.

TIRAGE DU JOURNAL LA PRESSE,

DATE DE LA FONDATION : 1er JUILLET 1836.

1836.	9,931, après six mois de fondation.
1837.	13,200.
1838.	2,300.
1839.	9,550.
1840.	13,485.
1841.	13,485.
1842.	15,170.
1843.	16,093.
1844.	16,895.
1845.	22,971, agrandissement du format.
1846.	25,770.
1847.	32,800.
1848.	63,869.
1849.	34,779.
1850.	31,479.
1851.	21,336.
1852.	18,857.
1853.	22,782.
1854.	34,775, tirage en deux heures ; cinq compositions.
1855.	42,646.

Tirage de 1854. 34,775
— de 1855. 42,646

AUGMENTATION. 7,871

La *Presse* est le journal français qui tire le plus grand nombre d'exemplaires.

Il a tiré dans l'année 1855, qui vient de finir :

QUINZE MILLIONS trois cent cinquante-deux mille quatre cent quatre-vingt-dix-huit feuilles (15,352,498 feuilles).

Et payé au Trésor public, pour droits de timbre :

UN MILLION deux cent vingt-six mille huit cent cinq francs (1,226,805 fr.)

En 1854, il avait tiré *douze millions* quatre cent quarante-neuf mille cinq cent soixante-huit feuilles (12,449,568 feuilles), et avait payé au Trésor public, pour droit de timbre, la somme de neuf cent quatre-vingt-seize mille sept cent soixante-quatorze francs. (996,774 fr.)

Son tirage s'exécute au moyen de CINQ COMPOSITIONS qui roulent *simultanément* sous cinq presses à quatre cylindres, exécutées par M. Hippolyte Marinoni.

On peut assister tous les jours, de 4 heures 1/2 à 6 heures 1/2, au tirage du journal la *Presse*, en s'adressant rue Montmartre, 123, à MM. Serrière et Cie, imprimeurs de la *Presse*, du *Livret officiel de l'Exposition universelle*, des *Cinq Centimes illustrés*, etc.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 15. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 2 Février 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi : CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie des sciences. — II. Prix et récompenses décernés pour 1854. — III. Lettres sur la folie. — IV. THÉRAPEUTIQUE : Sur l'anémie dans l'enfance. — V. Association des médecins du département de la Seine (assemblée générale annuelle, tenue le dimanche 26 janvier 1856) ; compte rendu du secrétaire perpétuel. — VI. COURRIER.

PARIS, LE 1er FÉVRIER 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Éloge historique de M. Léopold de Buch, par M. Flourens, secrétaire perpétuel.

L'éloge historique du célèbre géologue allemand, M. Léopold de Buch, prononcé par M. Flourens, a donné un vif intérêt et un grand éclat à la séance annuelle de l'Académie des sciences. Les membres de l'illustre compagnie étaient au complet, et un grand nombre de membres des autres classes de l'Institut assistaient à cette solennité ; nous avons remarqué parmi eux MM. Guizot, Mignet, Ste-Beuve, Villemain, le marquis d'Audiffret, Odilon Barrot, etc. Le nouveau triomphe oratoire et littéraire du savant secrétaire perpétuel n'a surpris personne ; mais il a révélé en lui une souplesse ou plutôt une variété de talens et d'aptitudes qui se remarque dans chacune des œuvres des grands écrivains.

Les éloges académiques, comme les oraisons funèbres, ont un commun défaut, l'absence de critique. On a tellement prostitué la louange, qu'elle a peu de prix pour les esprits délicats. Pour rendre sa valeur à l'éloge académique, il faut en bannir l'hyperbole et y introduire, à propos, une part de critique bienveillante mais impartiale ; quelques ombres, d'ailleurs, adroitement semées, relèvent la vigueur des traits principaux. C'est ce que M. Flourens a entrepris avec succès dans une autre circonstance, en prononçant l'éloge de l'illustre M. de Blainville. La louange dans sa bouche est une vérité. L'heureuse témérité du successeur des Fontenelle, des d'Alembert, des Cuvier, mérite de trouver des imitateurs au sein de toutes les Académies.

Nous sommes heureux de pouvoir signaler cet esprit de haute impartialité au début du discours que nous venons d'entendre, dans un exorde charmant où l'orateur, rendant toute justice à la patrie des Leibnitz, des Alexandre de Humboldt, des Léopold de Buch, a su revendiquer en faveur de notre patrie la gloire et l'initiative du mouvement et des progrès scientifiques qui ont agité l'Europe dans les deux derniers siècles. L'Académie des sciences de Berlin, l'une des filles glorieuses de la nôtre, ambitionnait l'honneur d'être présidée par un savant français, et à défaut de Voltaire ou de d'Alembert, elle nous enleva Maupertuis, qui cependant ne compte que parmi les hommes de mérite du second rang.

Au milieu des grandes questions, soit de science, soit de philosophie, soit de critique, qui peuvent être soulevées à propos d'un éloge historique, l'orateur, exposant les opinions diverses, laisse quelquefois son auditoire en suspens et retient sa pensée propre. M. Flourens ne l'a pas fait ainsi, et nous l'en félicitons. Une suite d'éloges historiques, dans lesquels sont discutées et jugées les hautes questions scientifiques qui passionnent une génération de penseurs, peut devenir l'histoire des progrès de l'esprit humain. La question traitée aujourd'hui par M. Flourens est l'une des plus importantes, et, suivant son expression, l'une des plus audacieuses de la géologie. Il s'agit de remonter au premier chaînon d'une longue suite de siècles et de révolutions, et d'expliquer l'origine du globe.

Une chose m'embarrasse, disait Voltaire. — Et quoi ? lui demanda-t-on. — L'univers, répondit-il. « Aussi, quelques philosophes anciens, fait observer M. Flourens, avaient-ils pris le parti, du moins très commode, de supposer le monde éternel. Heureusement qu'un écrivain beaucoup plus ancien que ces philosophes, et beaucoup plus savant, quoiqu'il ne songeât pas à l'être, nous avait transmis une indication, singulièrement fidèle, de la manière dont les choses ont commencé, et de tout le chemin qu'elles ont eu à faire pour arriver au point où nous les voyons. Le livre de Moïse devint, à la fin du dernier siècle, le thème sur lequel travaillèrent tous les esprits. » On le voit, M. Flourens ne s'égare pas dans les ténèbres des systèmes insensés ; plus conséquent et plus ferme dans ses convictions, il reste le philosophe du bon sens, et il pourrait dire avec vérité : *Rationem quo ea me cumque ducet sequar.*

Dans le dernier siècle, les géologues voulurent expliquer tous les changemens du globe, les uns par l'action des eaux, les autres par l'action plus puissante du feu ; les premiers s'appelèrent *neptuniens*, les seconds *vulcaniens*. L'école allemande, dirigée alors par Werner, devint le centre du *neptunisme*, et compta parmi ses adeptes le jeune Léopold de Buch. Mais l'illustre élève de Werner ne pouvait accepter des opinions immuables que de l'expérience et d'une étude approfondie de la nature ; il se mit à voyager, à la recherche de ses lois et de ses enseignemens. C'est dans les crevasses du Vésuve qu'il va chercher le mot de l'énigme qui l'embarrasse. Il descend dans son cratère et n'en rapporte qu'une sainte horreur. Il va en Auvergne étudier les volcans éteints. Dans ces voyages, dans ces études, on voit grandir l'esprit vif et indépendant du jeune naturaliste ; il s'affranchit des entraves du monde artificiel, dit M. Flourens, et jette au loin l'enveloppe d'ingénieur. L'étude des volcans de l'Auvergne lui fit abandonner les doctrines de l'école allemande et le rendit vulcanien.

M. Flourens avait, de son côté, à se prononcer sur les deux opinions qui se partagent les géologues. Pouvait-il hésiter à se ranger dans le camp où l'on trouve Descartes, Leibnitz, Buffon, Dolomieu, Léopold de Buch ?

Nous ne savons si les opinons du savant Secrétaire perpétuel ont contenté tous les géologues ; car, on prétend que quelques rares neptuniens ont échappé au naufrage du système ; mais nous avons cru reconnaître que MM. Cordier, de Sénarmont, Élie de Beaumont ne désavouaient aucune des doctrines de leur illustre interprète.

On doit à Léopold de Buch de belles découvertes. Une première vue, dit M. Flourens, c'est la théorie du soulèvement des montagnes et des continens ; c'est encore le soulèvement des îles du grand Océan produit par le feu central. Une seconde, c'est le mécanisme de la formation des volcans qu'il explique par la communication permanente de l'atmosphère avec l'intérieur du globe. Une troisième vue, enfin, c'est le rapport qui lie le déplacement des mers au soulèvement des montagnes. Toutes ces idées sont grandes, fécondes et acceptées par la généralité des géologues. Il n'a échappé à aucun de nos lecteurs, que la question du soulèvement des continens, posée par Léopold de Buch, nous a valu peut-être une découverte de la plus haute importance, la théorie savante de M. Élie de Beaumont *sur l'âge relatif des montagnes*.

Nous ne saurions exprimer ici quel charme M. Flourens a répandu sur cette vie savamment aventureuse du géologue allemand qui, « à partir de l'Auvergne, ne fit, à proprement parler, qu'un voyage ; mais ce voyage dura toute sa vie. » Il faut lire les mille détails attrayans dans la notice même, avec son style élégant, vif, animé, pittoresque, semé de mots heureux et de piquantes anecdotes. Toutefois, ce qui domine encore, c'est la science profonde et sûre ; elle n'est jamais sacrifiée à un artifice d'éloquence et de style. Le récit des bienfaits de Léopold de Buch envers de jeunes savans poursuivis par la misère, *cette sœur maudite du génie*, a fait venir de douces larmes aux paupières des auditeurs. Car Léopold de Buch était un de ces rares privilégiés de la naissance, de la fortune et de l'intelligence, qui avait su préserver son cœur d'un vice familier aux heureux de la terre, aux savans en particulier : il était sans orgueil ; jamais la rouille de l'envie si générale, si pénétrante ne l'avait atteint. Il savait rendre justice aux découvertes de ses rivaux, de ses émules, dans lesquels il ne voyait que des amis, que des frères unis par l'alliance des esprits et le saint amour de la science. Il n'a manqué à sa vie qu'une part, dit M. Flourens, ce fut celle de la vanité, à laquelle il ne laissa jamais de prise.

Pendant une heure, l'éloquent orateur a tenu sous le charme de sa parole sympathique cet auditoire de savans et cette société d'élite, en racontant la vie de labeurs, de recherches, de découvertes du grand géologue, l'odyssée scientifique du voyageur infatigable, qui, du cratère du Vésuve, courait aux volcans éteints de l'Auvergne, et de ceux-ci aux montagnes neigeuses de la Scandinavie ; qui se plaisait comme les aigles sur les cimes escarpées et désertes, et qui ne connut le repos qu'en arrivant au port où tous les voiles du philosophe tombent, où tous les doutes du géologue s'éclaircissent, où la vérité nue et rayonnante apparaît à l'esprit au-dessus des abîmes de la nature et des mondes.

Dr FOISSAC.

Dans la même séance, on a proclamé les prix et les récompenses accordées pour 1854.

M. Leplay a mérité le *prix de statistique* de 1854, qui n'avait pas été donné, pour un beau livre sur les ouvriers européens. Ont été mentionnés honorablement M. le docteur Giraudet (Statistique de la ville de Tours) ; M. de Watteville (Rapport sur l'administration des bureaux de bienfaisance et sur le paupérisme en France).

M. le docteur Brown-Séquard a obtenu le prix de *physiologie expérimentale*.

Pour les *arts insalubres*, l'Académie a accordé un prix de 2,500 fr. à M. Duméry, pour un appareil propre à rendre les foyers fumivores ; un de 2,000 fr. à MM. Boutron et Bouquet, pour leur moyen de déterminer la proportion des sels de chaux et de magnésie dans les eaux des sources et des rivières ; et un encouragement de 500 fr. à M. Thibout, pour un tuyau respiratoire au moyen duquel on peut pénétrer et séjourner sans danger sous l'eau et dans des atmosphères irrespirables.

Enfin, la commission des *prix de médecine et de chirurgie* a proposé d'accorder (et l'Institut a ratifié cette proposition) dix récompenses. Six ont une valeur de 1,500 fr. et ont été méritées par MM. Hannover (Recherches sur l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'œil) ; Lehmann (Traité de chimie physiologique) ; Bouquet (Analyse des eaux du bassin hydrologique de Vichy) ; Beau (Physiologie et Pathologie de l'appareil spléno-hépatique) ; Corvisart (Recherches sur l'action thérapeutique de la pepsine) ; Béraud (Anatomie et pathologie des voies lacrymales).

Quatre autres récompenses, de 1,000 fr., ont été accordées à MM. Cazeaux (De la chloro-anémie dans la grossesse) ; Dureste (Mémoire sur les circonvolutions cérébrales) ; Tardieu (Dictionnaire d'hygiène) ; Foissac (De la météorologie dans ses rapports avec la science de l'homme).

LETTRES SUR LA FOLIE.

Fais ce que dois, advienne que pourra.

V.

DU PASSAGE DE LA FOLIE A LA DÉMENCE, ET DE SA SIGNIFICATION.

(Voir le numéro du 26 janvier.)

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* l'UNION MÉDICALE.

Le second malade, dont je vous ai promis l'histoire, était entré dans l'établissement quelques jours avant M. L..., le 28 mai 1844. Il venait de faire une tentative de suicide en se jetant dans un bassin rempli d'eau.

M. J... était un petit homme d'un caractère vif et emporté, et accoutumé à s'abandonner à toutes ses passions. Quoique marié, il avait eu presque constamment des maîtresses, et depuis plus de quinze ans il était dominé par une femme d'une moralité suspecte. Depuis trois ou quatre mois, l'influence de cette femme avait augmenté à un point excessif. M. J... était continuellement chez elle, lui écrivait aussitôt qu'il était quelques heures sans la voir, la suivait, contrairement à toutes ses habitudes, dans des tripots et dans des maisons de jeux clandestines. Elle était devenue le sujet de tous ses entretiens avec ses amis, ses domestiques, les divers membres de sa famille, et plusieurs fois il avait tenté de l'introduire dans sa propre maison. Ce dérangement étrange dans la vie de M. J..., cet oubli de toutes les convenances sociales, auxquels s'était ajouté un goût exagéré et tout à fait insolite de dépense, s'étaient développés à la suite d'une violente congestion cérébrale qui avait nécessité un traitement énergique, et avait laissé des traces profondes dans l'intelligence du patient.

Depuis lors, sa mémoire s'était notablement affaiblie. M. J... était devenu peu à peu inhabile à s'occuper de ses affaires qu'il avait gérées jusque-là avec une lucidité parfaite ; il passait des heures entières à son bureau, embarrassé par les calculs les plus simples ; il ne comprenait plus rien à ses comptes, et lorsqu'il payait ses fournisseurs, il lui arrivait souvent de leur donner plus ou moins que la somme nécessaire. De temps en temps il s'apercevait lui-même de cette décadence de ses facultés, et alors il s'abandonnait au désespoir ; il s'emportait contre son médecin qui ne le guérissait pas, contre sa femme et son fils qui ne voulaient pas recevoir sa maîtresse ; et pour s'étourdir autant peut-être qu'entraîné par la passion, il allait trouver cette femme qui, pour le calmer, le jetait dans de sales orgies.

Cette vie de désordres produisit rapidement ses résultats accoutumés. La santé physique s'altéra parallèlement à la santé morale. Le cerveau, habituellement congestionné, devint le siége de douleurs intolérables, qui s'accompagnèrent d'une

insomnie presque continuelle. Les digestions se dérangèrent, l'appétit diminua ; des crampes d'estomac, des douleurs vives dans la région épigastrique, vinrent encore compliquer tous ces désordres. Enfin le malade songea sérieusement au suicide, et fit trois tentatives infructueuses en quelques jours.

L'isolement et le régime qui furent imposés à M. J..., dès son entrée dans mon établissement, calmèrent en très peu de temps les symptômes d'excitation nerveuse et d'irritation gastrique. Mais les signes d'affaiblissement moral et intellectuel furent rebelles à tous les moyens de traitement, et s'aggravèrent lentement, il est vrai, mais avec une persistance et une régularité désespérantes. Malgré le retour au moins apparent de la santé physique, le malade s'alourdit peu à peu ; ses facultés diminuèrent insensiblement, et s'éteignirent une à une. Enfin, après deux ans et demie de cette vie ou plutôt de cette mort graduelle, et pour ainsi dire pièce à pièce, il mourut un beau jour, sans secousses et sans souffrances, comme s'éteint une lampe qui n'a plus d'aliment.

Ces deux observations présentent quelques analogies qui pourraient tromper au premier abord sur leur signification véritable. Ainsi, les deux malades qui en font le sujet sont presque du même âge ; ils ont tous les deux abusé étrangement de la vie et de la fortune. Ils n'ont jamais su commander à leurs passions, et c'est au milieu des plus déplorables excès que la maladie les a frappés. Chez tous les deux, cette maladie a débuté de la même façon, par de l'excitation, de la violence, par des propensions impérieuses et des actions inexplicables, témoignant d'un trouble profond des facultés intellectuelles et morales. Mais là s'arrêtent ces analogies que je pourrais, pour ainsi dire, appeler extérieures. Les phénomènes intimes de la maladie, ceux qui lui donnent son caractère propre, présentent des différences essentielles.

M. L... conserve, pendant tout le temps que je l'ai connu, les mêmes symptômes d'excitation mentale et d'énergie intellectuelle. Le trouble de ses idées, la perversion de ses instincts, restent isolés de toute complication. Il suffit de quelques jours d'un régime régulier pour faire disparaître tous les signes de maladie physique, et ramener à leur état normal toutes les fonctions. Chez M. J..., les choses se passent tout autrement. L'isolement et le régime calment, il est vrai, l'excitation nerveuse et l'irritation gastrique et intestinale. Mais l'état mental s'aggrave avec une rapidité désespérante. Les facultés intellectuelles et morales s'affaiblissent graduellement et s'éteignent une à une avant la mort du corps. Il y a ici évidemment un élément nouveau qui a manqué chez M. L..., au moins jusqu'au moment où je l'ai perdu de vue. Cet élément, c'est une lésion matérielle du cerveau qui a dû commencer le jour où M. J... a eu une première congestion cérébrale, et qui s'est étendue lentement à l'aide des congestions nouvelles que le malade éprouvait fréquemment. C'est cette lésion qui, en comprimant le cerveau et en altérant peu à peu sa structure, a enrayé, comme le dit si bien M. Guislain, l'exercice de ses fonctions.

Cette lésion, je ne l'ai ni vue ni touchée, l'autopsie n'ayant pas pu être faite. Mais la nature des symptômes observés pendant la vie me donne le droit d'affirmer son existence. Les facultés intellectuelles et morales ne sont plus simplement troublées ou perverties dans leur action normale, elles sont abolies. Or, l'abolition d'une fonction ne suppose-t-elle pas de toute nécessité une altération correspondante de l'organe qui en est le siége? Ici, d'ailleurs, l'anatomie pathologique confirme de tous points les données du raisonnement. Voici une courte observation que je prends au hasard dans le livre de M. Parchappe que vous connaissez :

« Femme âgée de 60 ans, célibataire, domestique. Malade à la suite de chagrins d'amour. Durée de la maladie : un peu plus de quinze ans. Agitation maniaque intermittente. Idées de grandeur. Elle prétend qu'on doit l'écouter, lui obéir. Elle se dit la maîtresse de tout. Elle prend des poses de commandement. Quand on lui prescrit un bain, elle s'emporte, elle dit au médecin que c'est lui qui le prendra. Elle lève les yeux au ciel et interpelle Dieu de venir à son secours. « Demandez-moi pardon! » crie-t-elle au médecin. Deux ans avant la mort, affaiblissement de l'intelligence. Engourdissement. Mutisme. Évacuations involontaires. Immobilité. Abolition des facultés intellectuelles. Diarrhée. Marasme.

» Léger épaississement des membranes. Mollesse de la couche corticale, à l'extrémité antérieure des hémisphères. Atrophie des circonvolutions de la moitié antérieure des hémisphères. La couche corticale est mince et pâle. Les circonvolutions sont minces ; les anfractuosités larges et béantes. »

Encore une observation tirée d'Esquirol :

« Une femme âgée de 48 ans, d'une taille élevée, quelque temps après la cessation de la menstruation, s'aperçut qu'elle avait une petite tumeur au-dessus de l'oreille gauche. Cette tumeur provoquait un prurit incommode, et la malade la déchirait souvent en se grattant ; bientôt la tumeur se développa, et fit une saillie considérable, occupant la région temporale. A mesure que la tumeur grossissait, les facultés de cette femme diminuaient, sa mémoire faiblissait, ses idées avaient moins d'énergie. La malade devint moins impressionnable, elle perdit le sommeil ; plus tard, elle eut de la difficulté à articuler les sons ; elle répondait juste aux questions ordinaires ; mais ces questions ne paraissaient ni l'émouvoir, ni provoquer chez elle des idées nouvelles. Elle parlait peu, marchait lentement, n'accusait aucune douleur ; elle se plaignait seulement de gêne dans les mouvemens de la tête. Après trois mois, elle fut conduite à la Salpêtrière. La malade était peu amaigrie, son teint était pâle ; la tumeur, située au-dessus de l'oreille externe gauche, s'étendait sur le temporal et derrière l'oreille. Cette tumeur avait deux pouces d'avant en arrière, un pouce et demi de hauteur et trois lignes de saillie ; on y sentait des pulsations, mais très obscures ; elle était adhérente dans tout son pourtour, n'avait pas de point culminant, était bosselée, et la peau ne paraissait point altérée. Cette tumeur se développa encore pendant le séjour de la malade dans l'hospice ; l'intelligence s'affaiblit davantage. La malade ne comprenait rien, ne parlait plus, elle paraissait sourde ; néanmoins, elle marchait trois jours avant sa mort. Elle passa deux jours couchée et dans un état comateux, dont on la retirait en pinçant fortement la peau du membre.

» A l'ouverture du cadavre, je trouvai une tumeur aussi saillante à l'intérieur du crâne qu'au dehors, occupant la région temporale. Elle offrait dans son intérieur tous les caractères des tumeurs érectiles, et était gorgée de sang. Elle avait sa tunique propre, et, après avoir détruit une portion du temporal, de l'occipital, du pariétal et un peu de l'aile gauche du sphénoïde, elle refoulait la dure-mère, et par conséquent comprimait latéralement le cerveau. L'ouverture formée par la destruction des os était à peu près circulaire, de deux pouces et demi de diamètre. La dure-mère, d'ailleurs, était saine, le cerveau très dense, particulièrement l'hémisphère gauche, dont les circonvolutions latérales, comprimées par la tumeur, étaient aplaties et atrophiées. Les ventricules contenaient une petite quantité de sérosité. Les autres organes étaient sains. »

Dans ces deux observations, dans la dernière surtout, la relation entre les symptômes et la maladie cérébrale est aussi claire que le jour. Il en serait de même dans les nombreuses observations de démence qui ont été publiées par nos devanciers. Ceci me ramène à peu près à mon point de départ, et donne un degré de plus de certitude à cette proposition, que la *démence*, c'est-à-dire l'*abolition plus ou moins complète des facultés de l'entendement est l'expression symptomatique de toutes les altérations, quelles qu'elles soient, qui ont pour résultat une compression lente, graduelle et permanente de l'encéphale.* L'étude des symptômes offerts par M. J... me donne donc, je le répète, le droit d'affirmer que son cerveau avait subi des altérations analogues à celles qui sont indiquées dans les observations d'Esquirol et de M. Parchappe.

Mais ce n'est pas tout. La démence est une affection terrible, à peu près constamment incurable lorsqu'elle se présente avec ses caractères essentiels. Il n'y a peut-être à cette règle qu'une seule exception qui la confirme au lieu de la détruire. Je veux parler de la démence aiguë, ou stupidité produite rapidement par une congestion séreuse active du cerveau, ou plutôt de ses membranes. Il est encore généralement reconnu que la démence partage ce triste privilége de l'incurabilité avec toutes les maladies chroniques des centres nerveux, qui ont pour résultat une altération profonde de leur structure intime. Il y aurait là un argument de plus, s'il en était besoin, en faveur de ma thèse. Car la folie, maladie essentiellement chronique, s'il est permis d'appliquer cette expression à une maladie de l'âme, la folie, dis-je, est toujours susceptible de guérison, quelle que soit sa durée, tant qu'elle reste exempte de toute complication. On a vu des fous guérir après dix, quinze, vingt et même quarante ans de maladie. Je connais un jeune homme, artiste de mérite, dont la grand'tante s'est trouvée dans ce cas. Celle-ci était devenue folle, à l'époque de la Terreur, après avoir assisté de force au supplice de son père. Elle avait alors à peine seize ans. Renfermée dans un asile d'aliénés du midi de la France, elle y était restée environ quarante ans sans que son état eût subi de grandes modifications, lorsque sans cause bien appréciable, elle revint presque subitement à la raison. Sa guérison fut assez complète pour qu'on pût lui confier, dans le même asile, la surveillance d'un certain nombre de ses anciennes compagnes d'infortune, fonction qu'elle conserva jusqu'à sa mort qui ne survint que dix ans après environ.

De tout ce qui précède, je déduis une conséquence capitale, éminemment féconde pour la pratique et que je crois avoir mise au-dessus de toute contestation. C'est celle-ci. *Un cas de folie étant donné, il s'agit avant tout, non pas précisément de savoir si on a affaire à un maniaque, à un mélancolique ou à un monomaniaque, mais bien plutôt si la maladie de l'âme est simple, ou si elle est compliquée d'une altération organique plus ou moins sérieuse, soit du cerveau, soit de quelqu'un des autres viscères.* Mais comment faire cette distinction fondamentale ? A quels signes reconnaître ces complications quelquefois si fugitives, d'autres fois au contraire si persistantes et si tenaces? Pourquoi dans tel cas, la folie reste-t-elle, pendant de longues années, bornée à un trouble plus ou moins complet des facultés de l'entendement? Pourquoi dans tel autre cas, en apparence semblable, la maladie de l'âme se propage-t-elle rapidement au cerveau et aux autres organes? Pourquoi..... Mais je n'en finirais pas, si je voulais énumérer tous les problèmes si importans, mais en même temps si obscurs, qui se pressent sous ma plume. Leur solution est-elle même possible dans l'état actuel de la science? Je n'ose guère l'affirmer. Peut-être cependant essayerai-je un jour de la chercher.

Je me contenterai, pour aujourd'hui, d'avoir appelé l'attention des observateurs sur ces questions délicates qui doivent exercer une si grande influence sur la thérapeutique de la folie. Je ne sais si je m'abuse, mais j'ai bon espoir que mon temps et ma peine ne seront pas tout à fait perdus. Bien d'autres l'ont dit avant moi, le vent n'est plus au matérialisme, comme il y a quelques années, et peut-être le jour n'est-il pas loin où les mots naguère si universellement proscrits de *maladie de l'âme, maladie sans matière* n'effrayeront plus personne. Car, et c'est par là que je termine, je suis tout à fait de l'avis de M. Leuret, lorsqu'il disait, en 1846 : « Depuis » quelques années, en théorie comme en pratique, on s'est » beaucoup modifié, on est devenu moins affirmatif sur les » causes matérielles de la folie ; on ne croit plus généralement que la pensée soit sécrétée par le cerveau, comme la » bile est sécrétée par le foie ; la localisation des facultés de » l'entendement, dans un point déterminé de l'encéphale, » a bien vieilli et paraît étrange pour ne pas dire plus ; les » mots de psychologie, de psychisme, se trouvent dans des » bouches qui, pendant longtemps, ne parlaient guère que » d'altération, d'irritation, d'inflammation ; enfin, des écoles » dans lesquelles on cultive l'esprit des aliénés en traitement » par la lecture, l'écriture, l'exercice de la mémoire, la musique, le chant, se multiplient, et chaque médecin qui les a » établies s'applaudit des résultats avantageux que ces écoles » lui procurent. »

Une autre fois, mon cher ami, je vous parlerai de la classification de la folie. Ainsi à bientôt et croyez-moi toujours, etc.

E. Lisle.

Paris, le 14 Décembre 1855.

THÉRAPEUTIQUE.

SUR L'ANÉMIE DANS L'ENFANCE ;

Par le professeur Mauthner, de Vienne.

Cet article est la suite d'un autre publié déjà l'année dernière et que malheureusement nous n'avons pu nous procurer. Nous ne pouvons donc donner un résumé complet de ce travail ; il faudra nous contenter de rappeler ce qu'il y a de plus saillant dans celui-ci.

La fièvre intermittente entraîne l'anémie aussi souvent que l'anémie entraîne chez eux l'apparition d'accès intermittens. Dans ces deux cas la quinine est la véritable panacée. Dans les cas plus avancés, le citrate de fer et de quinine, recommandé par Ch. West, donne les meilleurs résultats.

Dans l'étiologie de l'anémie de la première enfance, la diarrhée de dentition est une des causes que l'on néglige trop ; même de légères diarrhées peuvent amener parfois des accidens graves.

Parfois l'anémie se présente sous la forme d'un état typhoïde ; l'artérialisation du sang y est diminuée et la vénosité prédomine. Il en résulte qu'un commencement, le foie et la rate des enfans anémiques, sont hypérémiés ; plus tard ils deviennent anémiques ; par contre, les organes qui reçoivent beaucoup de sang artériel dans l'état normal, comme le cerveau, les poumons, le cœur, sont remplis de sang veineux. La conséquence en est, que la circulation s'affaiblit, que les capillaires de la périphérie renferment peu de sang qui lui-même, à la fin, ne circule plus ; que l'innervation diminue peu à peu, et c'est ainsi qu'à la fin il survient des accidens soporeux et dyspnéiques.

Des enfans trop tôt sevrés ou bourrés outre mesure de bouillie à la farine, de revalenta, etc., tombent souvent malades sans maladie bien déterminée. Ils toussent, et l'on ne trouve rien dans les poumons ; tantôt ils sont couchés dans un état soporeux, la face bouffie, pâle, tantôt ils sont tout à fait gais ; les matières fécales sont d'un blanc sale, à odeur acide ; l'urine est aqueuse, abondante, le pouls très fréquent, sans chaleur à la peau ; les enfans vomissent des matières acides et sont oppressés. Plus tard, le teint devient jaunâtre, leucémique ; le sommeil est interrompu et accompagné de sueurs. Les enfans ont de l'appétit, veulent toujours manger, surtout des alimens acides et salés ; la langue est chargée, la bouche remplie de mucosités. Cet état se continue pendant des semaines et ne cesse que par l'habitation à la campagne et par l'apparition de quelques dents. Il paraît exister alors une maladie du foie, ayant, pour point de départ, une anémie par croissance ou par dentition. Cet état ne se rencontre pas seulement chez les enfans des classes pauvres, mais aussi chez ceux des classes aisées, quand les parens, par excès de prudence, ne leur accordent pas assez de nourriture, ou les mettent au lait et au sucre jusqu'à leur troisième année et au delà.

La fréquentation des écoles devient souvent cause d'anémie chez des enfans même bien portans, surtout comme elle coïncide avec une époque de développement corporel plus rapide et avec la seconde dentition. Cet enfant présente le tableau suivant ; âgé de 6 à 9 ans, il aime à aller à l'école, à travailler et est avancé dans son développement intellectuel ; il grandit beaucoup, mais est maigre, se fatigue facilement, pleure pour la plus petite chose, a des douleurs, des tiraillemens dans les jambes. Hors du lit, il est pâle et très frileux ; au lit, il est bien portant. Pas d'appétit, mais des envies de viandes salées, de jambon, de pain etc. ; palpitations, bouffées de chaleur, petite toux, sans phénomènes stéthoscopiques à l'exception d'une respiration puérile ; urine normale, selles irrégulières. Cet état continue pendant des semaines, l'enfant n'est ni bien portant, ni malade. Si l'on n'y fait pas attention, ou si le médecin se laisse entraîner, par un peu de fréquence dans le pouls et un peu de battemens plus violens du cœur, à prescrire la diète, des purgatifs, des tempérans, à défendre la promenade, il pourra facilement en naître une maladie décidée. La langue se couvre alors d'un enduit épais, les ganglions cervicaux et inguinaux se tuméfient, la fréquence du pouls augmente, il survient de l'insomnie, de l'abattement, de la tendance à s'effrayer ; la pâleur et la mollesse de la peau aug-

mentent et il en résulte des prolapsus et des hernies. Plus tard, il dépend du degré et de la rapidité avec laquelle l'appauvrissement du sang du sang augmente, s'il surviendra des phénomènes graves dans le système nerveux ou le système circulatoire, tels que des convulsions, des gangrènes, une affection hystériforme ou hypochondriaque. Ces malades sont disposés à prendre la fièvre typhoïde ou des tubercules, quoique dans ces cas il soit difficile de décider, après l'autopsie, si le germe de l'une ou l'autre maladie n'a pas déjà existé au début.

Le *traitement* des états anémiques des enfans est souvent des plus difficiles. Le choix entre les médicamens est borné, ils agissent tous lentement et sont difficilement assimilés ; et cependant, dans bien des cas, il faudrait obtenir une action prompte. Les enfans anémiques, plus que les autres, sont soumis à des hypérémies locales et à des inflammations violentes, où les phénomènes réactionnels sont souvent tellement anormaux, qu'il est bien difficile de trouver la bonne voie.

Mais quand même des enfans bien constitués sont pris de maladies inflammatoires, il se présente souvent le cas où il est nécessaire d'agir contre l'anémie. Le moment de cette intervention est parfois très difficile à saisir, c'est celui où l'irritation inflammatoire est apaisée suffisamment, pour permettre l'emploi d'une médication tonique et restaurante. De plus, il est très important de le trouver, car on sait que les enfans ne supportent pas l'appauvrissement du sang aussi longtemps que les adultes. En somme, c'est un mauvais signe, quand les enfans deviennent anémiques dès les premiers jours d'une inflammation, surtout de la pneumonie, et combien de fois, alors, ne trouve-t-on pas, à l'autopsie, l'état local en belle voie de résolution, mais en même temps une telle pauvreté, un tel manque de sang, qu'on est en droit d'attribuer la mort à ce dernier état.

Dans ces cas, l'administration d'une préparation ferrugineuse soluble, faite à temps, parvient encore parfois à sauver l'enfant. La fièvre typhoïde s'accompagne souvent de la même complication. Un des meilleurs moyens à employer est le citrate de fer et de quinine, à la dose de 0,10 à 0,15 par jour. L'instinct des malades guide parfois le médecin dans ce moment difficile. M. Mauthner raconte que jamais il n'oubliera le cas d'un enfant de 5 ans, arrivé à toute extrémité à la suite d'une entérite typhoïde, qui ressuscita après qu'il lui eût accordé quelques petits morceaux de pain trempé dans du vin rouge, objet des plus ardens désirs de la petite malade. Le traitement, continué dans cette nouvelle direction, amena une guérison inespérée.

Contre l'anémie des nouveau-nés, qui est si souvent idiopathique, ainsi que l'a si bien démontré M. Hervieux, aucun moyen ne peut remplacer une bonne nourrice. C'est une panacée universelle. Si l'enfant est syphilitique, c'est encore le seul remède, aussi longtemps que la syphilis est latente. Quand elle s'est montrée, il faut employer le traitement spécifique. La meilleure préparation, d'après M. Mauthner, est le mercure soluble de Hahnemann, 1/6 de grain par jour, et augmenté jusqu'à 1/3 dans l'espace de huit jours. S'il y a des accidens dyspepsiques, il y ajoute un peu de carbonate de magnésie ; de la diarrhée, un peu d'ipécacuanha. Ce n'est qu'en cas d'intolérance complète, qu'il emploie une espèce de traitement par frictions : 0,50 à 1,00 d'onguent gris sont étendus sur un linge un peu allongé et fixé sur la partie supérieure de l'abdomen. Les tubercules muqueux, les ulcères syphilitiques cèdent le plus facilement à l'application d'une solution de sublimé, 0,05 à 0,10 par 30, ou d'eau.

Le soin de la peau est des plus importans chez les enfans anémiques. De la flanelle en hiver, et dans les autres saisons, du foulard de soie écrue sur la peau, car ils sont très sensibles au froid et possèdent peu de chaleur propre. Comme ils se refroidissent facilement, il ne faut pas les baigner trop souvent et ne pas les laisser plus d'un quart d'heure dans l'eau. Il faut renoncer à les endurcir trop tôt, par des lotions froides ; ils ne les supportent pas et y succombent.

Dans l'anémie pendant la dentition, les enfans ne doivent pas être sevrés ; s'ils le sont déjà, il faut leur donner pour boisson du lait de vaches saines, pur, non écrémé, coupé avec un peu d'eau. Des soupes, des panades avec de l'œuf sont également favorables. S'il survient des éruptions cutanées humides, surtout de l'eczéma, il faut couvrir ces plaies avec de la ouate de coton ou de soie. A l'intérieur, l'extrait de feuilles de noyer avec de la rhubarbe, qui sont souvent plus actifs que l'huile de foie de morue, parfois mal supportée ; par exemple cette formule :

Extrait alcoolique de feuilles de noyer. .	4 grammes.
Teinture aqueuse de rhubarbe	30 —

Deux cuillerées à café par jour.

En général, la rhubarbe, par son action tonifiante sur le foie, est un précieux médicament contre ces états anémiques.

Quand l'huile de foie de morue pure est vomie, ou rendue par les selles, la préparation suivante permet souvent d'en continuer l'emploi :

Huile de foie de morue	dd. 15 grammes.
Mucilage de gomme arabique. .	
Sirop d'écorces d'oranger. . .	
Eau de tilleul.	30 grammes.

Trois à quatre cuillerées d'infusion par jour.

Rien n'est aussi efficace contre les stases veineuses auxquelles les enfans anémiques succombent si facilement, que l'acide sulfurique. Elles se manifestent sous forme de cyanose (le cœur), d'asphyxie périodique (les poumons), de crampes périodiques cloniques et toniques (hypérémie cérébrale et spinale), enfin elles se font dans les capillaires de la muqueuse intestinale, et se traduisent par la présence dans les selles d'un pigment vert-bleuâtre clair et brun-rouge. La forme suivante est préférée par les enfans :

Acide sulfurique étendu.	10 gouttes.
Sirop blanc.	30 grammes.

Par cuillerée à café.

En général, on néglige trop les acides dans la pratique des enfans ; cette formule, par exemple, calme le mieux la soif inextinguible, et la prise continuelle du sein augmente encore le mal ; elle a rendu de bons services dans plusieurs épidémies de coqueluche.

Ainsi que nous l'avons déjà dit, tandis que les fièvres intermittentes déterminent souvent de l'anémie, il n'est pas rare de voir les enfans anémiques être pris des premières. A l'autopsie, ces paroxysmes se montraient souvent comme le signe d'une crase tuberculeuse, provenant de l'anémie. On réussit cependant parfois à empêcher cette terminaison funeste, par l'emploi de la quinine et l'habitation de la campagne ; les accès intermittens cessent alors. Dans ces cas, il ne faut pas se laisser arrêter dans l'administration de la quinine, par la dyspnée et la petite toux ; ces accidens cessent souvent, tandis que les émolliens auraient été inefficaces.

Parmi les moyens hygiéniques, il ne faut pas négliger la corroboration et le développement du système musculaire, par le mouvement et une gymnastique appropriée à l'état et à l'âge de l'enfant. On prévient et l'on guérit ainsi souvent des déviations de la colonne vertébrale, qui auraient été aggravées par tous les corsets orthopédiques.

Nous ne savons pas encore comment le fer agit dans l'anémie, et quoique des savans sérieux aient nié l'absorption de ce médicament, l'expérience n'en parle pas moins haut pour son efficacité. Ce sont les préparations solubles qui doivent être préférées, et parmi elles, la teinture de chlorure de fer, les fleurs ammoniacales martiales, la teinture de malate de fer, le lactate et le citrate de fer et de quinine. Depuis quelques années, M. Mauthner emploie avec le plus grand succès le sang de bœuf évaporé à siccité au bain-marié. C'est un aliment qui renferme le fer dans une combinaison organique naturelle, facilement assimilée. Cependant, il faut que les voies digestives ne soient pas trop profondément lésées. Ainsi les résultats n'ont pas été brillans dans l'atrophie intestinale des petits enfans, et les plus beaux succès ont été obtenus chez des enfans un peu plus âgés, anémiques à la suite de fièvre typhoïde, de diarrhée chronique ou de suppurations profuses. Les enfans prennent facilement cet extrait sous forme de poudre, avec du sucre, ou sous forme de tablettes. Dans tous les cas, son action est lente. La dose en est jusqu'à 4 grammes par jour (1).

Dr Strohl.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE ;

Assemblée générale annuelle,

Tenue le dimanche 27 Janvier 1856, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, Présidée par M. le baron Paul Dubois, Doyen de la Faculté de médecine, Président de l'Association.

La séance annuelle de l'Association de prévoyance des médecins de la Seine a eu lieu dimanche dernier dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et sous la présidence de M. Paul Dubois. La réunion était assez nombreuse, mais pas aussi nombreuse que le méritait l'objet de la séance. Cependant on a remarqué une amélioration sous ce rapport, et probablement que l'année prochaine elle sera plus sensible encore. L'Association, en effet, est en voie de progrès, progrès par le nombre de ses adhérens, ce qui entraine nécessairement le progrès dans les ressources dont elle peut disposer. Le chiffre des adhérens dépasse aujourd'hui 500, et le capital de l'Association s'élève aujourd'hui à 5,400 fr. de rentes. Les recettes de l'année dernière ont dépassé 17,000 fr. L'influence morale de l'Association a eu à s'exercer dans des conditions importantes pour nos intérêts professionnels, car s'il n'est pas encore possible d'étendre l'association dans les départemens, au point de vue de la prévoyance et de l'assistance, il est juste de reconnaitre qu'au point de vue professionnel, l'Association de la Seine est l'association générale des médecins de France. C'est là un bon, un excellent commencement de généralisation de cette institution. Plaise à Dieu que nos confrères du département de la Seine comprennent de plus en plus la grande importance et l'utilité de l'association. Désirons que l'année prochaine M. le secrétaire général n'ait plus à mettre en regard ces deux chiffres :

1,500 docteurs dans le département de la Seine ;
500 membres de l'Association.

C'est peu, c'est trop peu. Ainsi que l'a dit avec un vif sentiment de persuasion M. le secrétaire général, que chaque associé entraine seulement une adhésion nouvelle, et le chiffre sera doublé. Et alors que de bien à faire ! que de secours véritablement efficaces à porter à d'honorables et confraternelles souffrances !.....

Mais nous n'avons pas à refaire l'excellent compte rendu présenté par M. Cabanellas. Nous sommes heureux de pouvoir le reproduire. Les applaudissemens qu'il a obtenus à plusieurs reprises ont suffisamment témoigné à l'honorable Secrétaire général comment l'assistance savait apprécier cette forme simple et modeste, qui cherche moins les effets dans la pompe du discours que dans les impulsions du cœur, source de toute véritable éloquence. Aussi M. Cabanellas a-t-il obtenu un véritable succès, et ce succès, nous osons l'espérer, retentira au loin, il sera, selon son goût et selon son cœur, un succès de propagande.

Aidons-y chacun dans notre sphère d'action, mes chers confrères. Faisons mentir la voix publique qui accuse les médecins d'égoïsme professionnel, de ne savoir que se déchirer et se nuire. Apprenons-lui que nous savons nous secourir, que nos passions et nos rivalités professionnelles qui se rencontrent inévitablement dans toutes les professions libres, et ailleurs, autant au moins que chez nous, s'arrêtent et s'éteignent devant le malheur confraternel. Disons et prouvons à cette opinion publique que les médecins, autant et plus que les autres hommes, connaissent la plus estimée des qualités sociales, la prévoyance, et pratiquent envers eux-mêmes la plus douce des vertus humaines, la charité.

Amédée Latour.

(1) *Journal Kinderkrankk*, 1855, nos 3 et 4.

COMPTE RENDU

Par M. le docteur Cabanellas, secrétaire général.

« Étrangère aux coteries, aux rivalités, aux luttes » de la science ou de la profession, c'est une enceinte » calme et sacrée, c'est le foyer de la famille médicale. »

(*Compte rendu de 1854.*)

Messieurs et chers confrères,

Peu de professions donnent, aussi souvent que la nôtre, l'occasion et le désir de porter secours aux misères humaines : nous pouvons le dire sans vanité, puisque nous sommes en famille.

En s'occupant sans cesse des autres, les médecins contractent une habitude d'abnégation qui explique pourquoi ils ont longtemps négligé, pour eux-mêmes, les avantages d'une association confraternelle.

Cette création est une des gloires d'Orfila, notre illustre fondateur. Elle porte le germe d'améliorations que l'avenir développera dans l'intérêt du corps médical, inséparable de celui de la Société toute entière.

C'est toujours dans le sens de ces deux intérêts, également sacrés pour elle, que votre commission générale a cherché la solution des questions qui se sont présentées à elle dans le cours de cette année.

Guidée avec un empressement et un zèle au-dessus de tout éloge par notre savant conseil judiciaire, M. Paillard de Villeneuve, votre commission a pu, sans difficultés, faire résoudre les démarches utiles à nos intérêts ou quelquefois s'arrêter devant une impossibilité légale, dans la crainte de compromettre une bonne cause.

Dans le département de la Meurthe, un membre honorable de cette courageuse milice des médecins de campagne, M. le docteur Sullikowski, avait fait, avec succès, l'amputation de la jambe dans un cas très grave.

Pour prix de l'opération et des soins donnés à plus de 7 kilomètres de son domicile, il demandait la somme, motivée avec détails, de 480 et quelques francs.

Il est payé sans hésitation par la malade reconnaissante, mais un tiers, obligé de faire les frais de cette maladie, causée par son imprudence, attaque le fait accompli devant le tribunal de première instance.

Le médecin est compris dans le procès, et condamné à restituer une partie des honoraires déjà reçus : le tribunal les réduit à la somme de 300 fr. Vous le voyez : il ne faut pas trop compter sur les honoraires, même après les avoir enfermés dans son coffre-fort.

Un pareil précédent aurait été victorieusement attaqué, mais la modicité de la somme nous a interdit le recours devant la Cour d'appel.

Une communication de M. le docteur Chaubart, de Donnemarie, nous a donné l'occasion de nous occuper de deux questions d'intérêt professionnel.

Un médecin, sommé par le juge d'instruction de montrer ses livres, a le droit de s'y refuser, pour conserver le secret qu'il doit à ses malades. Il obéit ainsi à un devoir d'un ordre plus élevé. Il doit le faire, même quand il perd par son refus un moyen de justification.

Telle a été la conduite de M. Chaubart, que la Commission a hautement approuvée.

Cet honorable confrère était accusé d'exercice illégal de la pharmacie pour avoir porté quelques médicamens d'urgence à ses malades éloignés.

L'accusation a été abandonnée par le ministère public. D'ailleurs, cette année même, la Cour impériale a confirmé un jugement du tribunal de Versailles, qui déclare qu'un médecin a le droit de porter à ses malades des médicamens pris dans une pharmacie autorisée.

Que vous dirai-je de l'embarras de plusieurs médecins de Soissons, nommés experts pour décider si une fracture suivie de claudication avait été traitée suivant les règles de l'art ?

Le malade accusait du méfait un rebouteur sans titre légal ; le rebouteur soutenait que le traitement avait été dirigé par son gendre, officier de santé, et les experts ne savaient auquel des deux ils devaient s'adresser pour faire leur enquête.

J'aime mieux vous entretenir du privilège que la loi accorde au médecin pour les honoraires de dernière maladie.

Cette question a un intérêt d'humanité et la Commission générale a, plusieurs fois, fait des efforts heureux pour maintenir cette prérogative qui assure les secours et les consolations de la médecine aux malades gravement atteints, quel que soit l'état de leur fortune et leur isolement.

Il a suffi à notre collègue, M. Sellier, de présenter les conclusions de votre bureau dans une affaire analogue pour voir un propriétaire difficultueux reconnaître l'antériorité du privilége médical. M. Sellier vient de verser une portion de sa créance dans la caisse de notre Société.

La même question a été soulevée par M. Vallet, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Orléans, et le tribunal de cette ville a pleinement reconnu que, pour les frais de dernière maladie, le privilège du médecin primait celui du propriétaire.

Messieurs, ce qui ajoute du prix à notre modeste profession, ce qui nous console de nos labeurs, ce qui rehausse notre dignité presqu'autant que les sévères études de toute notre vie, c'est cette indépendance des temps, des lieux et des formes politiques qui nous permet de chercher notre place au soleil dans un point quelconque du globe.

Nous sommes toujours prêts à obéir avec élan aux lois de notre pays, mais nous avons besoin de connaître, d'une manière précise, la mesure des services publics que nous devons à la Société.

C'est une garantie réciproque d'obéissance et de justice.

Après une longue matinée de fatigue, le docteur Eyriaud, médecin de l'hôpital d'Angoulême, regagnait avec empressement sa demeure. Rencontré par le commissaire central, il est sommé de se détourner de sa route pour aller examiner le corps d'un homme tué depuis deux heures par la chute d'un ballot de marchandises.

Le docteur se refuse, pour le moment, à un service public qui n'avait rien d'urgent. Cité devant le tribunal de simple police, il est acquitté. Poursuivi devant la Cour de cassation par le ministère public, il trouve, dans le barreau de cette Cour, un défenseur aussi distingué par le talent que par l'élévation du caractère.

Me Béchard, mu par le seul désir de faire décider une question de principe, obtient, de la Cour de cassation, un arrêt qui confirme l'acquittement du docteur Eyriaud et établit cette jurisprudence que, dans

un cas d'intérêt particulier qui ne compromet pas la sécurité publique, un médecin n'est pas coupable parce qu'il a refusé d'obéir à une réquisition d'expertise.

Votre Commission générale a remercié, par une lettre officielle, M. Béchard du désintéressement qu'il a montré dans cette cause, et du beau succès dû à ses éloquens efforts.

Après ce cas de réquisition temporaire, il s'est présenté à nous un cas de réquisition de longue durée que je pourrais appeler réquisition *chronique*, s'il ne fallait pas parler sérieusement d'une chose très sérieuse, comme vous allez voir.

En juillet 1854, dès l'apparition du choléra dans Bar-le-Duc, l'autorité municipale s'est empressée de diviser la ville en plusieurs sections. Elle a confié chaque section à un médecin.

Tous les médecins de Bar-le-Duc ont obéi avec empressement, M. le docteur Andreux comme ses confrères. Il a donné ses soins aux pauvres, tout en s'occupant de sa clientèle dont il n'était point séparé.

Au bout de quelques jours, l'autorité municipale remanie les circonscriptions et requiert, par écrit, M. le docteur Andreux de se transporter dans une localité éloignée de son domicile, au milieu de la population la plus pauvre et la plus maltraitée par l'épidémie.

C'était un poste d'honneur, mais il enlevait complétement notre confrère aux cliens dont il a la confiance.

M. Andreux n'est ni médecin d'hôpital, ni médecin du Bureau de bienfaisance, il vit honorablement de sa profession, mais de sa profession toute seule. Il ne croyait pas qu'une pareille réquisition fût obligatoire, et cependant, en face de l'épidémie, il ne devait pas hésiter, il n'hésita pas. Ce service dura trente jours et quatre nuits.

Quand le calme fut rentré dans la cité, M. Andreux voulut faire juger la mesure dont il avait été victime. Il intenta à la ville une demande d'indemnité.

L'autorité municipale, qui avait fait des offres insuffisantes, soutint le procès.

Quelle a été la décision du tribunal de première instance? Il n'a pas contesté les services de M. Andreux, mais il a déclaré que ce médecin n'avait aucun droit à une indemnité pour le fait de cette réquisition, et l'a condamné aux dépens.

Je ne me permettrai aucune réflexion sur ce jugement. Je dirai seulement que le tribunal voisin de Montmédy a prononcé un jugement tout différent dans une affaire analogue. J'ajouterai que votre Commission a pensé que c'était là une de ces circonstances graves dans lesquelles l'Association devait intervenir; c'est également l'avis de M. Paillard de Villeneuve. Vous pouvez être assuré que votre Commission fera son devoir.

Nous avons eu à nous occuper de deux cas d'exercice illégal de la médecine. L'un sera dénoncé à l'autorité judiciaire, parce que les renseignemens portent sur un fait précis et émanant d'une source honorable.

Sur l'autre cas, la Commission a passé à l'ordre du jour, parce que la lettre qui nous l'a fait connaître ne renferme que des allégations générales et a surtout le tort grave de n'être pas signée.

Il s'agirait d'un charlatan qui, à l'abri d'un diplôme mercenaire, fait lui-même des opérations chirurgicales fort dangereuses pour les malades.

Tels sont les différens épisodes qui sont venus varier les séances que votre Commission consacre chaque mois au soulagement des affligés de notre profession.

C'est une triste moisson qui ne manque jamais. Vous avez séché bien des larmes, et si nous n'avons pas encore les moyens de réparer complètement les infortunes de nos collègues, du moins votre généreux concours nous a permis de secourir largement ceux que l'âge et la maladie avaient conduit au dénûment, et plus d'une famille, privée de son chef, a été préservée par vous de l'abandon et du désespoir.

Une somme de 7,280 fr. a été distribuée à six sociétaires et à neuf veuves de sociétaires dans la mesure de leurs besoins, et avec tout l'empressement qu'ils étaient en droit d'attendre de l'Association.

Quatorze personnes étrangères à notre Société, mais se rattachant au corps médical du département par leur titre ou leur parenté, ont été secourues par nous et ont touché une somme totale de 1,380 fr.

C'est par ces dons que nous continuons à mériter le titre d'établissement d'utilité publique; mais, sous peine de déchéance, nous ne pouvons nous écarter de nos statuts, qui consacrent aux étrangers un sixième seulement de notre fonds de secours.

Nous sommes heureux d'avoir pu secourir ainsi d'anciens chirurgiens militaires ou leur famille.

C'était un devoir bien doux à remplir pour nous qui avons le bonheur de compter, parmi les sociétaires les plus distingués, des médecins appartenant à l'armée et à la marine.

Conservons l'espoir d'en recruter un plus grand nombre parmi ceux qui résident à Paris : quand il s'agit de secourir le malheur, c'est encore le moment de dire que la médecine civile et la médecine militaire sont véritablement sœurs.

Outre ces sommes consacrées aux secours, nous avons employé les capitaux disponibles à acheter des rentes et nous avons dépensé 715 fr. pour frais divers de gestion, imprimés, recouvremens, en somme 16,522 fr. 35 c.

Ce passif est dépassé par le total de nos recettes de toute nature de manière à laisser en caisse, au 1er janvier, une somme de 1,027 fr. 55 c.

Tableau de la situation de la caisse, du 1er Janvier au 31 Décembre 1855.

RECETTES.	fr. c.	DÉPENSES ET EMPLOI.	fr. c.	BALANCE.	fr. c.
Le 1er janvier 1855, en caisse	74 75	Sommes allouées à 6 sociétaires et à 9 veuves de sociétaires	7,280 00	Recettes	17,549 90
Cotisations (12 fr. sur chaque)	6,348 00	Secours aux personnes étrangères à l'Association	1,380 00	Dépenses	16,522 35
Admissions et surplus des cotisations	5,046 00	Dépenses de gestion, imprimés, etc.	715 00	Le 1er janvier 1856, il reste en caisse	1,027 55
Quinze dons	976 15	Achat de 320 francs de rentes	7,147 35		
Rentes	5,105 00		16,522 35		
	17,549 90				

Notre fonds social, augmenté de 400 francs de rentes comme l'année dernière, s'élève maintenant à 5,400 francs de rentes, qui, réunies à environ 6,300 francs, portion disponible des cotisations, nous permet de consacrer près de 12,000 aux secours que nous aurons à distribuer dans le cours de cette année.

Tel est l'état satisfaisant de nos finances; aussi la Commission de comptabilité, en examinant les comptes, dans sa séance du 4 janvier, s'est-elle empressée de voter des remercimens à notre honorable trésorier, pour le dévouement et l'ordre admirable avec lesquels il remplit ses difficiles fonctions.

Vous confirmerez volontiers ce vote bien mérité par les services que M. le docteur Vosseur rend depuis seize ans à l'Association, malgré les devoirs que lui impose la confiance de sa clientèle.

Remontons avec reconnaissance vers les sources de notre prospérité.

Plusieurs sociétés remarquables par l'activité de leurs travaux, nous donnent tous les ans une part sur leur budget. Ce sont : la Société de Chirurgie, celle des Agrégés, celle du 2me arrondissement, celle des Internes. Trois autres nous ont versé en finissant les fonds qui restaient en caisse.

Quinze dons ont accru nos recettes d'un supplément de 976 fr.

M. Chailly-Honoré a dépassé sa cotisation de la somme de 280 fr.

M. Labé, libraire de la Faculté, a versé une somme de 20 fr., qu'il se propose de donner chaque année.

Le journal l'UNION MÉDICALE nous continue l'honorable concours de sa publicité, et une offrande annuelle de 50 fr.

Deux anonymes ont contribué à nos recettes.

Enfin, nous avons toujours le bonheur de voir sur la liste de nos souscripteurs les noms pleins de souvenir de mesdames veuves Bourgeois, Blandin, Marjolin, de M. Casenave, gendre de M. Fouquier.

Vous trouverez le détail des sommes offertes, dans le compte financier qui vous est adressé chaque année. Vous y trouverez aussi les noms de ceux qui ont fondé des rentes perpétuelles. Leur souvenir est religieusement conservé dans nos archives.

Parmi ceux qui ont bien mérité du corps médical comme bienfaiteurs de l'Association, nous devons citer aujourd'hui notre bien regretté collègue, M. Haguette, de Saint-Denis.

Il avait manifesté le désir de nous continuer son concours après sa mort par une rente perpétuelle. Son fils, membre de votre Commission, s'est empressé de remplir ce vœu en remettant, le 5 octobre dernier, dans la caisse de la Société, un coupon de 80 fr. de rentes.

C'est par une bonne action que devait se clore une existence aussi honorablement remplie que celle de M. Haguette.

Né dans les Ardennes et doué de cette énergique constitution que donne l'air des montagnes, il avait embrassé la médecine militaire comme son père.

En 92, aide-major à Saint-Denis, il part comme simple volontaire; mais bientôt redevenu chirurgien dans l'armée, il assiste à plusieurs batailles, et revient en 94 à Saint-Denis, qu'il n'a plus quitté. Là, pendant une vie prolongée jusqu'à 88 ans, il est toujours sur la brèche, dans les hôpitaux comme dans la ville, chez les pauvres comme chez les riches, multipliant par son zèle les bienfaits de la vaccine, et combattant successivement trois épidémies cholériques comme s'il n'avait pas cessé d'être jeune.

Mentions honorables, nombreuses médailles, grande considération, fortune même, rien ne lui a fait défaut de tout ce qui était la suite naturelle et presque forcée de cette vie d'énergie, d'ordre et de dévouement. Une distinction seule a manqué à cette noble poitrine qui était si digne de la porter.

C'est dans le mois de juillet dernier que ce vénérable vieillard a quitté ce monde avec la tranquillité d'âme que donne une bonne conscience. Conservons un pieux souvenir de l'homme de cœur, du médecin distingué, bienfaiteur de l'Association.

Ce n'est pas la seule perte que nous ayons faite cette année; la mort nous a enlevé encore MM. Berton, Charrier, Marquand, Tavernier, Florence et Valleix, à qui des travaux déjà célèbres assuraient un brillant avenir.

Quelques jours à peine nous séparent de la mort d'un collègue bien aimé et bien respecté, de Martin-Solon, professeur agrégé, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine.

Quel enseignement que cette noble vie si cruellement éprouvée.

Une belle intelligence, toutes les qualités du cœur, l'esprit d'ordre et un travail opiniâtre, n'ont pas suffi à un seul homme pour conjurer le malheur dans ce monde. Tâchons que nos efforts, réunis par l'Association, soient un jour assez puissans pour réparer entièrement de telles injustices; mais surtout espérons que notre infortuné collègue a trouvé, dans un monde meilleur, la récompense immortelle de ses fatigues et de ses courageux efforts.

Trois de nos collègues se sont séparés de nous en quittant Paris : ce sont MM. Brochand, Hupier et Lauray.

Voici l'honorable phalange de ceux qui sont venus réparer nos pertes et grossir nos rangs : MM. les docteurs Fiaux, Buot de l'Épine, Deroche, Clairin, Deschaumes, Taurin, Lanessan, Vollant, Jarrin, Deramon, Denucé, Desrivières, Masson de Kerloy, Aug. Mercier, Bauchet, Gariel, Magne, Guibout, Garnier, Musset, Lecointe, Bougarel, Arau et Eug. Moynier.

Cette liste porte à 546 le nombre des membres de l'Association, 13 de plus que l'année dernière.

Notre exemple continue à soutenir l'esprit d'association dans les départemens.

Bien des vœux sont formés pour qu'un jour les médecins de la France entière soient réunis par le même lien, ne forment qu'une seule famille dont le foyer serait à Paris.

Avant de chercher quels seraient les avantages et les inconvéniens de cette concentration, il faut qu'elle devienne possible par le développement des Associations locales. Ce temps est loin encore, quoique nous puissions citer les Sociétés déjà florissantes du Bas-Rhin, du Loiret, de Toulouse, de la Sarthe, de Meaux, du département du Rhône et de celui des Basses-Pyrénées.

Tel est, Messieurs et chers collègues, l'exposé rapide que j'avais à vous faire.

Quand la bienveillance de mon honorable prédécesseur, M. Perdrix, voulut, l'année dernière, me présenter aux suffrages de la Commission générale et aux vôtres, je n'ai accepté cet honneur qu'après beaucoup d'hésitation. Il n'était pas facile de succéder au collègue distingué qui a tant contribué à développer notre Association par son zèle éclairé, infatigable, par la dignité sympathique de son caractère et de son talent.

L'avenir dira si j'ai suivi d'assez près son exemple, si mes efforts ont répondu à la sollicitude de l'homme éminent qui nous préside, et s'ils ont été dignes de la confiance que vous m'avez témoignée.

Fier de vos suffrages, j'essayerai de m'élever à la hauteur d'une tâche qui me semble grandir encore puisqu'il reste un progrès important à réaliser.

Par le bien que vous avez fait jusqu'à présent, jugez de celui que vous pourrez faire le jour où vous réunirez tous les médecins du département dignes de nous apporter leur concours.

Sur 1,500 docteurs en médecine qui habitent notre circonscription, près de 600 font partie de notre Société : vous aurez bientôt doublé ce nombre si chacun de vous se fait un devoir de chercher autour de lui, un ami, un confrère honorable qui viendra bientôt parmi nous, dès qu'il sera appelé.

En donnant ainsi une plus grande force à cette institution déjà prospère, vous n'obéirez pas à un sentiment égoïste de confraternité médicale, vous agirez dans l'intérêt général, et vous aurez l'honneur d'avoir achevé la création d'un appui réel, efficace, puissant pour le corps médical, qui n'en sera que plus digne des nobles fonctions qu'il remplit dans l'ordre social.

Sur la proposition de M. le baron Paul Dubois, l'assemblée décide que le compte rendu sera imprimé et distribué aux médecins du département de la Seine.

COURRIER.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 24 janvier 1856, M. Azam, professeur-suppléant de la chaire d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, est nommé professeur-suppléant pour la chaire de chirurgie, d'accouchement, de maladies des femmes et des enfans, à ladite École, en remplacement de M. Rousset, appelé à d'autres fonctions.

M. Plumeau, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant pour la chaire d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Azam, appelé à d'autres fonctions.

M. Segay est nommé chef des travaux anatomiques à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Oré, qui reste exclusivement chargé des fonctions de professeur adjoint.

— Par arrêté, en date du 24 janvier 1856, M. Morisson, professeur-adjoint de pathologie chirurgicale à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille, est nommé professeur titulaire du même enseignement à ladite École.

— L'enseignement médical vient de faire une perte regrettable dans la personne de M. Estor, professeur d'opérations et d'appareils à la Faculté de médecine de Montpellier. M. Estor était âgé de 60 ans.

— Nous apprenons aussi la mort de M. Fuchs, professeur de clinique médicale à Gœttingue, et auteur de deux grands ouvrages sur la pathologie interne et sur la dermatologie. (*Gaz. hebdom.*)

— A la suite d'un concours remarquable, M. E. Bœckel fils a été nommé prosecteur de la Faculté de médecine de Strasbourg.

— La commission administrative des hôpitaux et hospices de Marseille vient de décider qu'à l'avenir le personnel médical attaché aux établissemens hospitaliers de cette ville se recrutera par la voie du concours.

TIRAGE DU JOURNAL LA PRESSE,

DATE DE LA FONDATION : 1er JUILLET 1836.

1836.	9,931,	après six mois de fondation.
1837.	13,200.	
1838.	2,300.	
1839.	9,550.	
1840.	13,485.	
1841.	13,485.	
1842.	15,170.	
1843.	16,092.	
1844.	16,895.	
1845.	22,971,	agrandissement du format.
1846.	25,770.	
1847.	32,800.	
1848.	63,869.	
1849.	34,779.	
1850.	31,479.	
1851.	21,336.	
1852.	18,857.	
1853.	22,782.	
1854.	34,775,	tirage en deux heures ; cinq compositions.
1855.	42,646.	

Tirage de 1854. 34,775
— de 1855. 42,646

AUGMENTATION. 7,871

La *Presse* est le journal français qui tire le plus grand nombre d'exemplaires.

Il a tiré dans l'année 1855, qui vient de finir :

QUINZE MILLIONS trois cent cinquante-deux mille quatre cent quatre-vingt-dix-huit feuilles (15,352,498 feuilles).

Et payé au Trésor public, pour droits de timbre :

UN MILLION deux cent vingt-six mille huit cent cinq francs (1,226,805 fr.)

En 1854, il avait tiré *douze millions* quatre cent quarante-neuf mille cinq cent soixante-huit feuilles (12,449,568 feuilles), et avait payé au Trésor public, pour droit de timbre, la somme de neuf cent quatre-vingt-seize mille sept cent soixante-quatorze francs. (996,774 fr.)

Son tirage s'exécute au moyen de CINQ COMPOSITIONS qui roulent *simultanément* sous cinq presses à quatre cylindres, exécutées par M. Hippolyte Marinoni.

On peut assister tous les jours, de 4 heures 1/2 à 6 heures 1/2, au tirage du journal la *Presse*, en s'adressant rue Montmartre, 123, à MM. Serrière et Cie, imprimeurs de la *Presse*, du *Livret officiel de l'Exposition universelle*, des *Cinq Centimes illustrés*, etc.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 16. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 5 Février 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PHYSIOLOGIE : Du siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme. — II. ÉPIDÉMIOLOGIE : Épidémie de variole développée dans trois communes de l'arrondissement de Florac (Lozère), dans des circonstances insolites. — III. REVUE GÉNÉRALE : La digitale est-elle un sédatif ou un excitant du cœur ? — Éclat d'obus ayant déterminé une plaie grave des organes génitaux. — Deux cas de guérison de tétanos traumatique. — Emploi du chloroforme dans l'éclampsie puerpérale. — Sirop de pepsine. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale du 1er arrondissement* : Compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1855.

PHYSIOLOGIE.

DU SIÉGE COMMUN DE L'INTELLIGENCE, DE LA VOLONTÉ ET DE LA SENSIBILITÉ CHEZ L'HOMME ;

Par M. le docteur Max. PARCHAPPE, inspecteur général de 1re classe des établissemens d'aliénés.

(Suite. — Voir les numéros des 1er, 15 et 22 Janvier 1856.)

PREUVE PATHOLOGIQUE.

DÉMONSTRATION DU SIÉGE ORGANIQUE DE L'INTELLIGENCE, DE LA VOLONTÉ ET DE LA SENSIBILITÉ PAR DES OBSERVATIONS PATHOLOGIQUES POSITIVES.

Le nombre des observations pathologiques, qui peuvent être invoquées comme preuves positives à l'appui de la démonstration empirique des divers théorèmes physiologiques relatifs à la localisation des fonctions du système nerveux, est dès à présent tellement considérable, qu'il serait absolument impossible de songer à introduire individuellement tous ces faits dans une discussion scientifique.

J'ai dû me contenter d'emprunter aux archives de la science et à ma propre pratique, pour les publier *in extenso*, celles des observations individuelles qui m'ont paru les plus décisives et les plus propres à porter la conviction dans les esprits, en ce qui se rapporte à chacune des questions particulières comprises dans le problème général. Pour les observations analogues dont la science est en possession, je me suis borné à les résumer ou à les rappeler en indiquant les recueils scientifiques où elles sont consignées.

De l'ensemble de ces observations il est permis de conclure non seulement que la pathologie a généralement confirmé toutes les données fournies par la physiologie sur la théorie des fonctions du système nerveux, mais encore qu'il lui a été possible d'éclairer plusieurs questions dont la solution n'a pu être atteinte par la méthode des vivisections, et notamment la question principale du siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité.

Voici, en effet, les propositions fondamentales que l'induction empirique permet d'établir directement et immédiatement sur des observations pathologiques positives :

1° La substance blanche dans l'axe encéphalo-spinal remplit exclusivement la fonction d'organe conducteur pour les influences nerveuses qui donnent naissance aux phénomènes de motilité et de sensibilité, et ne concourt qu'à raison de ce rôle de conducteur aux phénomènes essentiels d'intelligence, de volonté et de sensibilité ;

2° La substance grise dans l'axe encéphalo-spinal remplit la fonction d'organe central en tant que point de départ et aboutissant des influences nerveuses transmises par la substance blanche ; et, dans la couche corticale du cerveau, elle remplit la fonction de centre organique pour toutes les manifestations essentielles d'intelligence, de volonté et de sensibilité.

La démonstration de ces deux propositions consistant, surtout en ce qui touche le rôle général de la substance blanche et de la substance grise encéphalo-spinales, dans l'exposition pure et simple de faits constatés par l'observation pathologique, je croirais abuser de l'hospitalité qui m'est si gracieusement donnée dans l'UNION MÉDICALE, en imposant à ses colonnes le fardeau et à ses lecteurs la fatigue d'une longue série d'observations individuelles, surchargées de détails symptomatiques et anatomo-pathologiques.

J'aborderai immédiatement la partie de cette démonstration qui se rapporte à la question principale, celle du rôle spécial de la couche corticale cérébrale dans les phénomènes psychiques.

DU RÔLE DE LA COUCHE CORTICALE CÉRÉBRALE DANS LES PHÉNOMÈNES D'INTELLIGENCE, DE VOLONTÉ ET DE SENSIBILITÉ.

Le rôle d'organe central, que j'attribue à la couche corticale cérébrale en tant que point de départ des influences nerveuses centrifuges qui déterminent les mouvemens volontaires, en tant qu'aboutissant des influences nerveuses centripètes, susceptibles de se traduire en sensations, et en tant que siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité, est prouvé directement par toutes les observations dans lesquelles l'altération pathologique restreinte à la couche corticale cérébrale entraîne la lésion simultanée de l'intelligence, du mouvement volontaire et de la sensibilité.

Il est indirectement confirmé par toutes les observations dans lesquelles l'altération pathologique ayant pour siége exclusif l'un ou l'autre des autres centres de substance grise, couche corticale cérébelleuse, substance grise des couches optiques, des corps striés, de la moelle allongée, de la moelle épinière, ou une partie quelconque de la substance blanche encéphalo-spinale, l'intégrité de la fonction essentielle de l'âme, sous ses trois modes intelligence, volonté et sensibilité, coïncide avec l'intégrité de la couche corticale cérébrale.

Les observations pathologiques, qui peuvent être invoquées comme preuves positives à l'appui de ce théorème, sont aujourd'hui extrêmement nombreuses.

Elles comprennent d'abord tous les cas légitimes de cette maladie spéciale que les aliénistes ont primitivement désignée sous le nom de paralysie générale des aliénés, que j'ai positivement caractérisée comme espèce morbide distincte par ses symptômes et son siége essentiels, dès 1838, sous le nom de folie paralytique, dont j'ai publié 122 observations en 1841, dans mon traité théorique et pratique de la folie, et dont je serais en mesure de publier aujourd'hui 322 observations, déjà résumées, pour quelques-unes des inductions qu'elles renferment, dans une communication faite à l'Académie des sciences le 31 juillet 1848.

A cette masse de faits doivent s'ajouter tous les cas d'encéphalite, de ramollissement, d'hémorrhagie, dans lesquels l'altération pathologique restreinte à la couche corticale cérébrale et étendue aux deux hémisphères, a coïncidé avec une altération fonctionnelle portant à la fois sur les manifestations d'intelligence, de sensibilité et de mouvement volontaire.

Enfin les observations dans lesquelles une altération, circonscrite dans la couche corticale de l'un des deux hémisphères, a entraîné l'altération de la motilité volontaire et de la sensibilité, restreinte à l'un des deux côtés du corps, peuvent encore être considérées comme fournissant une preuve positive, bien qu'accessoire, relativement au rôle de la couche corticale cérébrale en tant que point de départ des mouvemens volontaires et aboutissant des impressions sensitives.

L'ensemble de ces observations ne laisse dans mon esprit aucun doute sur la valeur de la preuve, qui peut en être déduite pour la démonstration du théorème tout entier.

Mais comme la portée inductive de ces observations pathologiques est ignorée, méconnue ou niée, d'une manière générale, par tous les physiologistes en ce qui touche la question tout entière, tandis qu'elle a été partiellement admise : en ce qui concerne les phénomènes d'intelligence, par le plus grand nombre des pathologistes depuis que MM. Foville et Pinel-Grandchamp ont formulé leur doctrine sur le siége de l'intelligence ; en ce qui concerne les phénomènes d'intelligence et de motilité volontaire, implicitement sinon explicitement par les aliénistes, qui ont admis la vérité de la démonstration que j'ai faite de la nature anatomo-pathologique de la folie paralytique ; il me paraît utile de décomposer le théorème en ses trois élémens fondamentaux et de poursuivre isolément la preuve pathologique de chacun des trois rôles que j'attribue à la couche corticale cérébrale en tant que siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité.

RÔLE D'ACTION CENTRALE DE LA COUCHE CORTICALE CÉRÉBRALE DANS LES PHÉNOMÈNES D'INTELLIGENCE.

Il ne me paraît pas nécessaire d'insister longuement sur les preuves pathologiques qui démontrent que la couche corticale cérébrale est le siége organique de l'intelligence.

C'est un fait incontestable et généralement incontesté que les altérations pathologiques de la couche corticale, même les plus légères, lorsqu'elles s'étendent aux deux hémisphères, ont pour effet d'entraîner constamment une perturbation considérable dans les manifestations intellectuelles.

Le délire, sous toutes ses formes, appartient comme symptôme essentiel à l'hypérémie et à la phlegmasie ayant pour siége, soit exclusivement la couche corticale cérébrale, soit simultanément la couche corticale et les membranes enveloppantes du cerveau.

Dans la folie paralytique, il est possible de constater un rapport constant entre le degré d'intensité de l'altération fonctionnelle, depuis le délire jusqu'à l'abolition de l'intelligence, et le degré d'intensité de l'altération organique, depuis le ramollissement limité à une portion de l'épaisseur et de l'étendue de la couche corticale cérébrale jusqu'à sa désorganisation complète dans la plus grande partie de son étendue.

Les altérations de la couche corticale, lorsqu'elles sont bornées à un seul hémisphère, ont aussi pour effet ordinaire d'amener une perturbation de l'intelligence, sinon en donnant toujours naissance au délire, au moins en entraînant une diminution plus ou moins notable de la mémoire, du jugement, de la force intellectuelle, ainsi que l'établissent positivement les observations que j'aurai l'occasion de citer en traitant la question du siége spécial, soit de la volonté, soit de la sensibilité.

RÔLE D'ACTION CENTRALE DE LA COUCHE CORTICALE CÉRÉBRALE DANS LES PHÉNOMÈNES DE MOUVEMENT VOLONTAIRE.

Lorsqu'à la suite des travaux anatomiques et physiologiques de Gall, et des recherches pathologiques de Lallemand, MM. Foville et Pinel-Grandchamp ont les premiers nettement formulé l'opinion qui attribue à la couche corticale cérébrale le rôle de siége organique des manifestations intellectuelles, opinion déjà contenue en puissance dans la théorie qui faisait sécréter les esprits animaux par les glandes de la couche corticale, une nécessité logique aurait dû, ce semble, entraîner ces physiologistes, et, après eux, tous ceux qui ont adopté leur opinion, à admettre au moins comme la plus probable des présomptions que cette même couche corticale dût être en même temps le point de départ et l'aboutissant des influences nerveuses qui se traduisent par les phénomènes de mouvement volontaire et de sensation.

Il n'en a pas été ainsi. Non seulement la condition organique centrale des phénomènes de mouvement volontaire a été cherchée ailleurs que dans la couche corticale cérébrale ; et MM. Foville et Pinel-Grandchamp ont cru la trouver dans la substance blanche cérébrale ; mais encore, la condition organique centrale des phénomènes de sensibilité a été cherchée ailleurs que dans la couche corticale cérébrale, siége réel de l'intelligence, ailleurs aussi que dans la substance blanche cérébrale, prétendu siége de la motilité volontaire ; et le cervelet ou la moelle allongée ont été, en vertu de l'induction pathologique, assignés comme siége au *sensorium commune*.

On verra comment les physiologistes, en s'appuyant sur les vivisections, ont été conduits à placer dans les hémisphères cérébraux pris en masse, sans distinction de la substance grise et de la substance blanche, la condition organique des manifestations intellectuelles et volontaires, et dans la moelle allongée le centre commun des phénomènes de sensibilité.

On verra aussi comment M. Flourens, amené par la force des choses à reconnaître, d'après un grand nombre d'expériences très concluantes, que les hémisphères cérébraux remplissent un rôle d'organe central dans les phénomènes d'intelligence, de mouvement volontaire et de sensibilité spéciale, s'est trouvé entraîné, par des expériences fallacieuses sur le rôle de la moelle allongée, en dehors de la voie logique et de l'induction légitime, jusqu'à placer par impossible dans la moelle allongée, pour la sensibilité générale, un second centre distinct et à admettre par conséquent (ainsi que l'ont fait après lui de non moins éminens physiologistes, entre autres Muller et Longet), la notion contradictoire de deux organes séparés et distincts pour le *sensorium commune*.

C'est à l'indétermination du siége anatomo-pathologique de la folie paralytique, caractérisée symptomatiquement par la double altération de l'intelligence et de la motilité volontaire, qu'est due l'ignorance dans laquelle on est resté sur la valeur inductive que contenaient les observations, relatives à cette espèce morbide, pour la détermination du rôle de centre d'action motrice qui appartient à la couche corticale cérébrale.

Mais du jour où j'ai démontré pour la première fois, 1838, que la folie paralytique a pour caractère anatomo-patholo-

gique essentiel le ramollissement de la couche corticale cérébrale, j'ai positivement fait la preuve pathologique de la réalité du rôle physiologique de centre d'action, joué par la couche corticale cérébrale dans les mouvemens volontaires.

C'est en vain que la constance de l'existence du ramollissement de la couche corticale cérébrale dans la folie paralytique a été plus ou moins timidement et à diverses époques contestée au moyen d'observations individuelles.

Dans 322 observations représentant tous les cas légitimes de folie paralytique suivie de mort, qui se sont présentés à l'asile de Saint-Yon du 1er janvier 1835 au 1er janvier 1848, j'ai constaté positivement l'existence du ramollissement caractéristique de la couche corticale cérébrale.

Les récentes discussions qui se sont élevées sur les diverses espèces de paralysie générale et sur la confusion possible d'espèces morbides complétement différentes avec la folie paralytique, ont suffisamment mis en évidence la possibilité et la facilité des erreurs de diagnostic, même chez les médecins aliénistes.

Ce sont de telles erreurs qui expliquent pour moi, et qui expliqueront un jour pour tous, les quelques faits apparemment contradictoires sur lesquels on s'est jusqu'alors appuyé pour ne pas accepter, dans toute son étendue, la détermination que j'ai faite du caractère anatomo-pathologique essentiel de la folie paralytique.

Le nombre des observations qui pourraient être invoquées comme preuves positives de la constance du fait fondamental sur lequel s'appuyent, à la fois, et la doctrine pathologique, qu'il met immédiatement en évidence, et la doctrine physiologique, qui en découle nécessairement, est tellement considérable, qu'il serait impossible de songer à en reproduire ici l'ensemble. La maladie est d'ailleurs tellement commune qu'à tout instant, dans tout asile d'aliénés, chacun peut, par sa propre observation, contrôler la vérité de ces doctrines.

Je me contenterai de publier comme types représentant les faits que la science possède et qu'il est permis à tous de vérifier, quelques observations empruntées à celles qui ont été recueillies par divers auteurs et par moi-même, et choisies de manière à donner une idée des formes principales sous lesquelles se manifeste la folie paralytique.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ÉPIDÉMIOLOGIE.

ÉPIDÉMIE DE VARIOLE DÉVELOPPÉE DANS TROIS COMMUNES DE L'ARRONDISSEMENT DE FLORAC (LOZÈRE), DANS DES CIRCONSTANCES INSOLITES;

Par M. le docteur E. MONTEILS-PONS, médecin des épidémies de l'arrondissement de Florac.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 29 Janvier 1856.)

Deuxième question. — L'état morbide observé constitue-t-il, en réalité, une épidémie proprement dite?

En fait, et quant à ce qui touche à l'extensibilité des maladies, on doit pouvoir les diviser en classes parfaitement naturelles et à caractères nettement différentiels.

Tout le monde le sait. Tout le monde le comprend. Et personne, peut-être, n'a pu parvenir encore à donner de chacune d'elles une définition exempte de tous reproches et à indiquer, d'une manière tranchée, les caractères qui les différencient.

De là des hésitations et des perplexités, lorsqu'il s'agit de faire l'application des définitions adaptées aux cas particuliers.

C'est là ce qui devait nécessairement m'arriver en observant la petite vérole dont je m'occupe actuellement.

Voici, en effet, le raisonnement qui a traversé mon esprit, et lorsque je l'aurai développé, l'on trouvera, je l'espère, la question que je viens de poser moins oiseuse qu'elle le paraît de prime-abord. Il s'applique à chacune des séries de varioles partielles, observées dans mon arrondissement:

La variole, maladie contagieuse par excellence, peut exister comme maladie contagieuse proprement dite; comme maladie sporadique, ou comme maladie épidémique.

Elle ne peut être considérée comme sporadique, que lorsqu'elle n'attaque qu'un individu à la fois, ou isolément, quelques personnes, par suite de prédispositions spéciales et individuelles, ou par suite d'une véritable inoculation.

Elle est contagieuse proprement dite, lorsque la contagion, qui est sa cause la plus ordinaire, atteint, par contact immédiat, un certain nombre d'individus, et qu'il ne s'étend pas au delà du lieu où il s'est primitivement développé.

La petite vérole, dont il est ici question, ne doit donc pas être regardée comme telle à Florac et à Vialas, où elle a sévi contre plusieurs individus, et même contre plusieurs familles, loin des lieux où elle avait pris naissance.

Il n'en est pas de même à Balazuègnes, où, en réalité, je n'ai observé que 5 cas de varioles inoculées, et 2 cas de petites véroles évidemment communiquées par contagion immédiate.

Là cette maladie s'est montrée sporadique et contagieuse proprement dite.

Enfin, elle doit être rangée au nombre des épidémies, lorsqu'elle frappe un plus ou moins grand nombre d'individus, soumis ensemble au principe contagieux variolique, sorti des limites assignées à la contagion immédiate, et répandu dans l'atmosphère.

Et c'est dans ce sens que j'ai souvent désigné la maladie régnante à Florac et à Vialas, sous la dénomination de variole épidémique.

Là, en effet, la maladie s'est manifestée sous les trois formes distinctes qu'elle peut affecter.

J'ai pu y compter:

1° 11 cas de varioles inoculées, dont 7 à Florac, et 4 à Vialas.

2° 8 cas de petites véroles communiquées par contagion immédiate: 5 pour la ville et 3 pour le village.

3° 48 cas de varioles déterminées par la contagion médiate atmosphérique, *ou contagion épidémique*, savoir: 30 pour le chef-lieu d'arrondissement et 18 pour le chef-lieu de commune.

Mais, si l'on veut absolument, comme l'ont prétendu certains auteurs modernes fort honorablement placés dans la science, qu'il n'y ait de maladies épidémiques proprement dites, que celles qui « *naissent spontanément, sans cause connue;* qui affectent un grand nombre d'individus *à la fois*, et représentent, dans leur marche générale, un tableau commun et analogue à celui qu'offre la même maladie chez un seul individu, quand elle n'est pas mortelle (Schnurrer, Monneret et Fleury), » oh! alors, nul doute que la petite vérole dont il est ici question n'est point une maladie épidémique: elle n'est point née spontanément, et sa cause première n'est que trop évidemment connue. Elle reconnaît pour cause spéciale une ou plusieurs vaccinations inoculatrices, qui, subsidiairement, ont donné lieu à la contagion immédiate épidémique.

Me dira-t-on que je fais confusion entre les maladies épidémiques proprement dites et les maladies épidémico-contagieuses? Non, sans doute, car ces dernières, toutes contagieuses qu'elles soient, n'en sont pas moins des épidémies, et la définition qui leur convient doit être conforme à celle des épidémies en général. Elle ne doit contenir qu'un élément de plus, savoir: la contagion.

Et alors dans quel ordre lui assigner une place!...

Qu'on me permette donc de conclure qu'il y a encore quelque chose à faire pour arriver à une bonne définition des maladies épidémiques. Que l'on veuille bien ne pas m'imputer à faute de penser que l'on y sera parvenu, alors seulement que cette définition sera également applicable à tous les cas particuliers.

Et jusqu'à ce qu'on en soit arrivé là, je me crois en droit de considérer la maladie en question comme une véritable épidémie.

J'ajouterai seulement qu'elle a été provoquée par une cause spéciale primitive (la vaccination inoculatrice intempestive); fortifiée par une cause spéciale secondaire (la contagion immédiate); déterminée par la généralisation de cette dernière, et, par suite, maintenue et multipliée par cette cause devenue générale et commune (la contagion médiate épidémique).

J'annoncerai enfin qu'elle a sévi d'abord avec bénignité et marché avec lenteur, par suite du défaut de prédispositions particulières favorables à son développement, et ce, jusqu'au moment où la cause générale commune a été assez intense, soit pour augmenter considérablement ces prédispositions, soit pour agir plus activement sur tous ceux qui les recélaient en eux, et qu'en définitive elle a avorté, soit par suite de l'extinction de ces mêmes prédispositions, soit par suite des opérations préservatrices pratiquées en temps opportun, et constituant un traitement préventif utilement mis en pratique.

Troisième question. — Quels sont les enseignemens que l'on peut retirer de tous les faits que je viens de raconter?

Ils sont nombreux et remarquables. Je vais les énumérer ici, et l'on trouvera, je pense, leur raison d'être, en remontant les pages qui précèdent.

I. — Il n'est pas facile de séparer nettement les maladies suivant leur puissance d'extensibilité, et d'indiquer, d'une manière tranchée, au moyen de définitions succinctes, les caractères différentiels qui distinguent chacune des classes ainsi formées.

C'est ainsi qu'on peut difficilement arriver à une bonne définition des maladies épidémiques.

II. — Celles que l'on admet aujourd'hui ne peuvent être satisfaisantes.

III. — Tant que l'expérience n'aura pas modifié l'état actuel de nos connaissances sur la vaccine, n'empruntez jamais du virus vaccin à une ville soumise au règne d'une épidémie de petite vérole. Vous ne pouvez pas être certain de ne pas inoculer la variole en même temps que la vaccine, et vous pouvez faire naître dans les lieux que vous habitez une épidémie de même nature. La moindre circonstance, l'objet en apparence le plus insignifiant, la chose la plus inoffensive, l'être le mieux intentionné, tout, en un mot, peut servir alors de véhicule au contage: et le médecin qui procure le virus, et la lancette avec laquelle il le recueille, et les verres sur lesquels il le dépose, et le linge avec lequel il nettoie ces derniers, et l'air lui-même qu'il emprisonne, en même temps que le fluide vaccin, entre les deux plaques conservatrices.

IV. — La vaccine inoculée en même temps que la variole n'empêche point la manifestation de cette dernière, mais retarde son apparition et la rend bénigne et discrète.

V. — Lorsque vous verrez pointiller, autour des pustules vaccinales, de petites vésicules sans caractère bien défini, craignez une éruption secondaire, quelle que soit la période d'évolution à laquelle les boutons vaccins soient parvenus: méfiez-vous surtout de la pureté du virus qui leur a donné naissance, et dans le doute, abstenez-vous d'en user.

VI. — Les bons effets du fluide vaccin s'effacent à mesure que l'on s'éloigne du moment où il a été déposé dans le corps de l'enfant; et, s'ils ne sont pas en rapport direct avec le nombre des pustules, du moins faut-il reconnaître qu'ils prolongent leur action plus longtemps chez ceux qui en ont plusieurs que chez ceux qui n'en ont présenté qu'une ou deux.

VII. — On peut compter sur eux pendant dix ans au moins, quel qu'ait été le nombre des boutons-vaccins obtenus, et pendant vingt ans ou vingt-cinq ans au plus, lorsque la première vaccination a parfaitement réussi. Après cette époque, on ne doit plus s'attendre à être préservé par eux. Et, en effet, dans toutes les épidémies de petites véroles, ce sont, après les enfans non vaccinés, les hommes faits qui ont été le plus souvent leurs tributaires.

VIII. — Pour garantir complétement l'existence de l'homme des atteintes de la variole au moyen de la vaccine, il faut donc le vacciner durant la première année qui suit sa naissance, et le revacciner de dix à quinze ans plus tard, et à l'âge de 25 à 30 ans. Ce n'est qu'ainsi qu'on peut lui épargner avec certitude les stigmates de la petite vérole, et éloigner de lui cet état morbide jusqu'à l'âge de 50 à 55 ans, époque à laquelle il devient presque absolument réfractaire à son action.

IX. — Non seulement on peut impunément vacciner pendant la durée d'une épidémie de varioles, mais encore c'est une nécessité. C'est le seul moyen d'éviter les étreintes de la contagion et d'enrayer les progrès de l'épidémie. Les faits inscrits précédemment en sont une nouvelle preuve.

X. — La vertu préservatrice de la vaccine est restreinte et limitée. C'est là un fait aujourd'hui acquis à la science, et confirmé, jusqu'à l'évidence, par les innombrables cas de varioles manifestés chez des personnes antérieurement bien vaccinées.

XI. — Celle de la petite vérole naturelle est, au contraire, indéfinie. Il en est de même de celle qui résulte de la variole inoculée. C'est encore là un fait incontesté, et que ne peuvent infirmer quelques rares exceptions à la règle générale.

XII. — De là est née l'idée de perfectionner la vaccine et de rendre ses effets plus durables, ou de modifier l'inoculation et de diminuer les dangers de ses résultats. De là est venue la pensée d'introduire, sous l'épiderme des jeunes enfans, du virus lacto-varioleux; introduction qui n'est, en définitive, qu'une inoculation déguisée, et qui, faite dans des conditions mauvaises, n'a pu amener que de très fâcheux événemens.

XIII. — Il est un moyen simple et naturel de suivre ces indices et d'obtenir les résultats tant désirés. Le hasard vient de me l'indiquer, et l'expérience est appelée à le juger en dernier ressort.

C'est la *vaccination vaccin-variolique;* c'est l'inoculation du virus vaccin-varioleux, c'est-à-dire celle d'un mélange de fluide variolique et de fluide vaccin, dans des proportions telles qu'il produise toujours, comme dans les faits que je viens de faire connaître, une vaccine de bonne nature, suivie d'une variole consécutive très discrète et bénigne.

Quelques épreuves successives suffiront, je l'espère, pour indiquer ces proportions.

Si, dans le principe, j'avais pu prévoir toute l'importance du fait ici reproduit, je n'aurais pas manqué de conserver, entre deux plaques de verre, une certaine dose du virus ainsi naturellement mélangé. Mais lorsque cette idée me vint à l'esprit, il était trop tard.

Il s'agit donc maintenant de retrouver ce mélange, si cela est possible. Voici comment je procéderais pour arriver à ce résultat, si j'étais en position de tenter ces épreuves d'une manière satisfaisante:

J'exposerais d'abord un certain nombre de verres chargés de virus-vaccin, aux vapeurs virulentes qui s'échappent du corps d'un varioleux. Je les maintiendrais dans cette position les uns après les autres, et pendant un laps de temps successivement plus prolongé, et je vaccinerais avec chacun des divers principes virulens ainsi obtenus, en commençant par celui qui, en bonne règle, devrait contenir la moindre quantité de fluide varioleux. Je m'élèverais ensuite progressivement jusqu'à celui qui serait censé être le plus fortement chargé du même principe. Puis, en cas de non-réussite, je pratiquerais le mélange direct des deux fluides, en débutant par des doses de virus varioleux, en quelque sorte infinitésimales; et j'irais, au besoin, jusqu'au mélange égalisé des deux virus.

Et chaque fois, je prendrais note de tous les résultats observés. Et je ne cesserais mes opérations que lorsque je me serais bien convaincu de leur insuccès et de leur inutilité.

XIV. — Une fois le mélange obtenu, et la bonté du procédé reconnu, il ne s'agirait plus que de généraliser les épreuves.

Mais, spéciales ou publiques, celles-ci devraient être faites avec certaines précautions indispensables.

On devrait faire subir les premières à des enfans placés à la

campagne et dans des habitations complétement isolées, et, dans le principe, ne tenter les secondes que sur les nouveaunés d'une ville récemment soumise au règne d'une épidémie de petites véroles.

XV. — Que l'on marche dans cette nouvelle voie ouverte à l'expérience, et l'on arrivera, j'en suis convaincu, à annihiler toutes les discussions qui se sont élevées entre les partisans de la vaccine et les chevaliers-servans de l'inoculation; à réduire au silence tous ceux qui veulent faire de la variole un phénix caméléonien renaissant de ses cendres sous forme de fièvre typhoïde; et, ce qui est beaucoup plus important, à préserver l'existence de l'homme tout entière; à rendre les revaccinations utiles, et, par conséquent, à empêcher, dans un avenir plus ou moins rapproché, toute manifestation d'épidémie de petite vérole.

REVUE GÉNÉRALE.

La digitale est-elle un sédatif ou un excitant du cœur? — Éclat d'obus ayant déterminé une plaie grave des organes génitaux. — Deux cas de guérison de tétanos traumatique. — Emploi du chloroforme dans l'éclampsie puerpérale. — Sirop de pepsine.

Quel est le mode d'action de la digitale dans les affections organiques du cœur? Les praticiens se demanderont quel est le but de cette interrogation; car il est généralement accepté que la digitale calme, modère, ralentit les contractions du cœur, dont elle est l'hyposthénisant par excellence.

C'est contre cette croyance générale que s'élèverait M. Beau, d'après une note que M. Foucart vient récemment de publier. M. Beau regarderait au contraire la digitale comme l'excitant, comme le stimulant du cœur. Pour cet honorable praticien, les symptômes qui accompagnent les altérations organiques du cœur et de ses valvules, injection de la face, bouffissure des paupières, dyspnée, palpitations, congestions, hydropisies, etc., dépendent de l'*asystolie*, c'est-à-dire d'une insuffisance de systole, d'un défaut de contraction ventriculaire assez énergique pour vaincre les obstacles qui s'opposent au cours du sang. Ce n'est donc pas par des sédatifs, par des calmans qu'il faut combattre cet état pathologique, mais au contraire par des excitans. Or, puisque la digitale est, dans ces conditions, un bon médicament, c'est que la digitale est un excitant et non un sédatif du cœur. Si l'on opposait à M. Beau que dans une affection du cœur où le pouls bat 120 fois par minute, la digitale le fait tomber à 60 pulsations, il répondra que le pouls gagne alors en force ce qu'il perd en fréquence, que d'irrégulier il devient régulier, qu'avant l'administration de la digitale, le cœur se contractait incomplétement et n'envoyait dans les artères que des fractions d'ondées très petites, fréquentes et irrégulières, et que, sous l'influence de la digitale, il se contracte à fond, chasse des ondées complètes, régulières, et partant, beaucoup moins fréquentes. D'où cette conclusion tirée par M. Beau, que le ralentissement du pouls, au lieu de prouver une action sédative de la digitale, démontre au contraire ses propriétés stimulantes spéciales; c'est, suivant son expression, le quinquina du cœur.

Cette théorie est assurément originale et neuve, mais il est à regretter que M. Beau ou que son intelligent interprète n'ait pas cherché à la mettre d'accord avec les résultats de l'expérimentation physiologique. Il est bien dit dans cette note que la preuve que la disparition des palpitations dans les maladies graves du cœur, n'est pas l'effet d'une action sédative de la digitale, c'est que les palpitations dites nerveuses de la chlorose ne sont pas amendées par ce médicament. Cela est vrai dans une certaine limite. Mais il est d'observation clinique que si, dans ces cas, la digitale est associée aux préparations martiales, on agit plus souvent et plus vite que par l'emploi seul du fer. Du reste, et heureusement, la théorie de M. Beau n'ébranle pas la confiance que les praticiens doivent avoir dans l'emploi de la digitale comme modificateur des maladies graves du cœur, et c'est là l'essentiel. — (In *France médicale*, 27 janvier 1856.)

— M. Larrey a présenté une observation bien intéressante dans une des dernières séances de la Société de chirurgie. Il s'agit d'un pauvre gendarme de la garde impériale, frappé, en Crimée, d'un éclat d'obus qui lui a enlevé la totalité du pénis et le testicule gauche. La plaie, après avoir traversé des phases très graves, s'est cicatrisée au bout de cinq mois, époque où le malade a été évacué sur France. Voici l'état dans lequel se trouve ce pauvre blessé, qui a été présenté à la Société :

La bourse droite existe seule; elle est close, assez développée, se portant à gauche, et contenant un testicule sain, assez ferme et non atrophié. Nul vestige de la verge, même à sa racine sous le pubis; point d'orifice urétral extérieur ou appréciable, ni trace du raphé, qui a été détruit avec le reste du scrotum et le testicule gauche. Mais la portion conservée des bourses, étant renversée à droite, fait voir en dedans et sur la ligne médiane une sorte de cul-de-sac infundibuliforme, allongé verticalement, bordé d'un côté par l'enveloppe tégumentaire, de l'autre par un repli de la cicatrice, recouvert dans le milieu par une pseudo-membrane muqueuse, d'un aspect rougeâtre, humide à sa surface, et aboutissant sous le pubis à une anfractuosité irrégulière, d'où s'écoule l'urine par un pertuis tellement étroit, sinueux et serré, que les bougies les plus fines n'y pénètrent qu'à demi et en provoquant de la douleur.

L'ensemble de ces parties représente assez bien, dans la position indiquée, une apparence d'hermaphrodisme.

Voilà pour l'état physique du blessé, dont les conditions physiologiques offrent aussi de l'intérêt. Indiquons-les sommairement.

Il n'a jamais eu de rétention d'urine, malgré l'étroitesse extrême de l'orifice vésical de l'urètre et malgré l'impossibilité absolue du cathétérisme, mais sans doute à cause des adhérences qui empêchent l'oblitération complète de cet orifice. Il urine cependant à volonté, si ce n'est sous l'influence du froid, qui semble agir sur le col de la vessie et déterminer une incontinence momentanée. L'urine coule par suintement et non par jet.

Mais une complication secondaire bien fâcheuse est survenue. C'est une fistule vésico-rectale, paraissant dépendre d'une érosion consécutive plutôt que d'une perforation primitive de la vessie, et qui, étant d'ailleurs assez étroite, ne semble pas remonter à une grande hauteur.

Quant au seul testicule restant, loin de s'atrophier, il offre un volume et une consistance notables, en provoquant des désirs, des excitations pénibles, et parfois même des pollutions nocturnes trop reconnaissables pour le malheureux mutilé, qui a femme et enfant.

Ajoutons que cet homme, précédemment plein de courage et d'énergie est devenu, depuis sa blessure, craintif et timide; son caractère était décidé, il est irrésolu; il avait l'esprit calme, il est agité; il éprouve de fréquentes insomnies, et alors de la tristesse, de la douleur, on bien il montre une excitabilité nerveuse et une loquacité incessantes. Sa constitution physique semble elle-même se transformer et offrir déjà quelques-uns des attributs de la femme assignés aux castrats.

— Les cas de guérison de tétanos traumatique sont si rares, que l'on doit recueillir avec soin ceux que la presse médicale enregistre de temps à autre. En voici deux qui sont ainsi racontés par M. Charles Cowdell :

« Obs. I. — Le 5 février 1852, J..., fermier, âgé de 28 ans, eut les trois doigts de la main gauche écrasés; une partie fut enlevée, l'autre fut pansée.

» 12 février. La plaie suppurait.

» Le 14, amputation à l'articulation métacarpienne.

» Le 16, nuit agitée et sans sommeil.

» Le 23, M. Cowdell ayant été appelé et voulant examiner la langue, vit que le malade ne pouvait ouvrir la bouche suffisamment pour la montrer. Il se plaignait de douleur et de difficulté pour avaler. Les mâchoires étaient contractées, l'articulation indistincte. Le bras blessé éprouvait des secousses convulsives. Une forte solution d'hydrochlorate de morphine fut appliquée sur la plaie qui était propre et suppurait abondamment. (Toutes les quatre heures, mélange contenant 3 grains de sulfate de quinine et 1 drachme de sulfate de magnésie (la quantité s'élevant à 18 grains de quinine par jour), et une pilule contenant un demi-grain d'extrait de belladone, une dose de morphine par nuit. Bouillon de bœuf, vin d'Espagne et mouton.)

» A dater de cette époque, 23 février, les progrès de la maladie semblèrent s'arrêter. Cependant comme le trismus persistait, la dose d'extrait de belladone fut augmentée. Il en avait pris un grain. On lui ordonna un grain et demi toutes les quatre heures qu'il prit le jour suivant. On augmenta aussi graduellement la quantité de quinine à la dose de 6 grains toutes les quatre heures. Sous l'influence de ce traitement, le trismus cessa bientôt. La belladone produisit bientôt des symptômes de narcotisme, elle fut abandonnée. Pendant ce temps, la blessure guérit, ou à peu près.

» Obs. II. — Le 12 février 1855, P..., négociant, âgé de 25 ans, eut l'index de la main droite tellement endommagé par un fusil de chasse, qu'on dut en faire l'amputation immédiate. Lorsque M. Cowdell le vit, il y avait rigidité des muscles de la face; la mâchoire était contractée, les muscles de l'abdomen étaient aussi rigides; contraction des muscles du bras et de la main, avec crampes dans les muscles de la cuisse et de la jambe droite; pouls faible à 120-130. Pas de sommeil. Constipation opiniâtre. 20 minimes de teinture d'opium qu'on répétera s'il est nécessaire. (2 grains d'extrait de belladone toutes les six heures et 4 grains de quinine toutes les quatre heures. Bouillon de bœuf et vin d'Espagne.)

» 16 février. Les urines et les selles étant supprimées, on pratique le cathétérisme régulièrement pendant plusieurs jours, et on donne un lavement composé de térébenthine, huile de ricin, etc., en trois fois. Un lavement composé d'un drachme de chloroforme et amidon sembla agir *comme un charme*.

» 21 février. Les progrès de la maladie paraissent complétement arrêtés. Cependant on n'avait pas encore obtenu d'amélioration matérielle. On augmenta la dose d'extrait de belladone à 3 grains, mais administrée à des intervalles plus longs, douze heures. La quinine fut aussi donnée à la dose de 6 grains toutes les quatre heures (36 grains par jour), unie au sulfate de magnésie dilué avec l'acide sulfurique).

» 26 février. Les symptômes avaient diminué de beaucoup; les intestins et la vessie se vidaient spontanément; la bouche pouvait s'ouvrir davantage; les contractions et les spasmes de la main avaient diminué. M. P... dormait bien. Le pouls était au-dessous de 90 et plus fort. La belladone, ayant produit le narcotisme, fut suspendue; la dose de quinine et le vin furent aussi diminués. La plaie était guérie. » — (In *Association med. journal*, et *Gazette méd. de Paris*, n° 4, 1856.)

— Quelques faits déjà publiés ont fait concevoir l'espérance que le chloroforme employé, soit par voie d'inhalation, soit par les voies digestives, pourrait être un puissant modificateur du plus terrible accident de la parturition, de l'éclampsie. Voici trois nouveaux faits empruntés à la thèse inaugurale de M. Frémineau, et reproduits par le *Bulletin de thérapeutique*, qui sont de nature à encourager les praticiens à recourir à cet agent dans cette redoutable complication :

« Obs. I. — *Éclampsie chez une femme à terme au moment du travail, avec procidence de la langue. Persistance des accès après l'accouchement. Traitement par le chloroforme en inhalations et par les voies digestives. Guérison.* — La nommée Marie M..., âgée de 25 ans, enceinte de 9 mois, primipare, avait éprouvé, depuis quelques jours, de la céphalalgie générale, de la rougeur de la face, un peu de congestion, quelques vertiges; la tête lui tournait, elle trébuchait en marchant; en même temps, il s'était manifesté des vomissemens verts, porracés assez intenses. Le 29 mai dernier, la malade fut prise de douleurs d'abord dans les lombes, puis dans l'utérus; le travail allait commencer, lorsqu'elle fut prise tout d'un coup d'une attaque d'éclampsie fort intense, caractérisée par des mouvemens convulsifs auxquels succédait un état comateux. A partir de ce moment, il survint une complication fort grave, une procidence de la langue qui, serrée et coupée par les dents, se gonfla à tel point que la malade était menacée d'asphyxie. Elle resta chez elle dans cet état pendant deux jours; mais, dans la nuit du 31 mai, elle fut transportée à l'Hôtel-Dieu et couchée au n° 16 de la salle Saint-Landry, service de M. Piédagnel. L'accouchement eut lieu dans la nuit, l'enfant était vivant et le travail, quoique un peu lent, ne s'en était pas moins effectué très bien.

» L'accouchement ne modifia pas les accidens. Effectivement, dans la journée du 1er juin, les attaques d'éclampsie, caractérisées par des mouvemens convulsifs très intenses, se répétèrent à peu près cinq ou six fois durant environ une demi-heure à trois quarts d'heure, et séparées par des intervalles pendant lesquels la malade restait plongée dans un état de coma, dans lequel elle entendait sans pouvoir ni comprendre ni répondre. Sensibilité exaltée; paupières dans le prolapsus; pupilles dilatées, immobiles et dirigées en dedans; pouls fréquent, à 120 pendant les accès, retombant à 72 dans les intervalles et dépressible; enfin, prolapsus de la langue, gonflée, gangrénée à sa partie inférieure; rien de particulier du côté du ventre; accumulation de matières fécales dures et moniliformes dans le colon.

» Un dilatateur inter-alvéolaire fut placé et maintint la bouche ouverte; deux incisions longitudinales dégorgèrent la langue, qui put alors être réduite et rentrée dans la bouche. Inhalations de chloroforme répétées et prolongées; lavement avec 4 grammes de chloroforme, la malade ne pouvant avaler. Pendant cette journée, elle fut soumise six fois, avec les précautions convenables, à des inspirations de chloroforme jusqu'à anesthésie complète, prolongée pendant vingt minutes, une demi-heure. Après chaque inhalation, la malade tombait dans un état de sédation complet, qui durait une heure, une heure et demie; puis, quand un accès paraissait imminent, elle était soumise à une nouvelle anesthésie. Le soir, la malade était déjà infiniment mieux; dans les momens de répit, le pouls était retombé à 68; la respiration commençait à reprendre son rhythme normal; quand on lui parlait, elle faisait signe qu'elle entendait.

» Le 2 juin, même état, même traitement. Les inhalations de chloroforme furent réduites à quatre. Le soir, la malade était très calme, les accès avaient été moins fréquens et de moins longue durée; elle avait un peu plus de connaissance et entendait ce qu'on lui disait (potion avec 1,50 de chloroforme).

» Le 3 juin, même traitement. La malade n'a que trois accès légers; les mouvemens convulsifs ont cessé; elle répond un peu aux questions qu'on lui adresse; le soir, elle se lève d'elle-même sur son séant.

» Le 4 juin, les accès ont cessé; elle n'éprouve plus qu'une lassitude extrême; les autres symptômes s'effacent peu à peu; seulement la malade ne se rappelle pas être accouchée. Constipation depuis plusieurs jours. — Potion purgative; selles peu abondantes.

» Le 5, *ut suprà*. Selles abondantes; la tumeur que la malade présentait vers la fosse iliaque gauche a disparu; les scarifications de la langue sont cicatrisées en partie; la malade prend quelques alimens.

» Le 6, les accès ont entièrement disparu; la malade est revenue à son état normal. Le mieux va progressivement jusqu'au 13 juin, époque à laquelle cette femme sort parfaitement guérie.

» — On voit que chez la malade de l'observation précédente le chloroforme a eu une action immédiate : modification avantageuse de la période de coma et des mouvemens convulsifs; sédation d'une assez longue durée; de jour en jour diminution progressive des symptômes, enfin cessation complète en vingt jours.

» Obs. II. — *Eclampsie chez une femme enceinte de 7 mois 1/2. Cloroforme en inhalations et en potions. Accidens graves. Guérison, avec persistance de la vie de l'enfant. Accouchement à terme.* — La nommée Julie G..., 24 ans, journalière, primipare, enceinte de 6 mois, est atteinte depuis deux jours d'éclampsie, lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Piédagnel, le 25 mars 1855. Pas d'autre maladie grave qu'un rhumatisme trois années auparavant. Assez mal réglée, elle sent parfois à l'estomac comme une boule, qui semble remonter et l'étrangler. Perte de connaissance, pupilles dilatées, mouvemens convulsifs, ventre sensible, du côté gauche surtout; point d'albumine dans les urines. Quand les attaques sont sur le point de paraître, la malade éprouve des douleurs de tête très intenses, de l'étouffement; le pouls est généralement plein et fort, et quand elle sort de ses attaques, elle reste dans l'hébétude et l'assoupissement. Enfin, il y a hémiplégie du côté gauche, insensibilité générale (forte saignée matin et soir; potion avec un gramme de chloroforme). Le soir, la malade est mieux et semble avoir repris un peu de connaissance; son ventre redevient sensible et l'on voit, au moment où les convulsions vont avoir lieu, l'utérus se contracter et devenir dur et tendu.

» Le 26 mars, même état; vers deux heures du matin, nouvelle attaque. (Même médication.) Le 27, au matin, la malade a repris connaissance; nouvelle attaque vers deux heures. (Vingt sangsues au cou; potion avec chloroforme, 5 gr.) Le 28 et le 29, son état s'améliore et la malade a repris l'usage de ses sens et de son bras gauche; seulement, le ventre reste toujours d'une sensibilité extrême.

» Du 1er au 7 avril, la connaissance et les mouvemens sont revenus; la sensibilité, obtuse durant les attaques, est exaltée pendant les intervalles de mieux; par momens, la malade éprouve encore de la raideur dans les membres. (Grands bains prolongés.) Le 11, nouvelle attaque très intense, avec mouvemens convulsifs. (Saignée de 500 grammes; révulsifs cutanés; continuation de la potion avec 2 gr. de chloroforme.) L'état de la malade s'améliore; elle va bien, sauf une faiblesse extrême, lorsque, le 14, à la suite d'une contrariété, elle est reprise d'une attaque très intense; le pouls s'élève à 100. (Nouvelle saignée; continuation de la potion chloroformée à 2 gr.) Mais la malade devient de plus en plus anémique; bruit de souffle très intense dans les carotides; battemens du cœur faibles. Une consultation composée de MM. Legroux, Trousseau, Rostan, Sandras et Piédagnel a lieu, et les avis sont partagés

relativement à l'accouchement provoqué. Encouragé par MM. Rostan et Sandras, M. Piédagnel se borne à continuer le traitement qu'il a adopté. Le soir, la malade a repris sa connaissance. Le 17, nouvel accès léger et de peu de durée. On continue la potion avec 2 grammes de chloroforme. Pendant toute la durée de cette maladie, le col est resté mou, sans éprouver aucune modification ; l'enfant a continué à vivre. Jusqu'au 25, la malade reste dans un état qui n'inspire aucune crainte. Du 25 avril au 12 mai, quelques douleurs lombaires, pesanteur dans le ventre. Le 12, attaque légère avec moins de mouvemens convulsifs et durée très courte. Le 13, il semble que l'accouchement se prépare ; cependant, rien encore au toucher ; seulement le col est plus mou. Dans la nuit du 13 au 14, la malade accouche sans accident aucun. A partir de ce moment, les attaques s'éloignent et sont extrêmement légères ; à la fin de juin, elles ont disparu. La malade est restée à l'hôpital jusqu'au 7 août, sans qu'aucun accès se soit manifesté.

» — Dans l'observation qu'on vient de lire, sous l'influence de chloroforme, les attaques ont été d'abord moins fortes, puis ont diminué de durée, se sont éloignées et ont enfin presque entièrement disparu dans les derniers momens de la grossesse. Nul doute que la malade eût succombé : les accès étaient si forts et si rapprochés qu'il lui eût été impossible de résister longtemps à un pareil état ; et si dans ce cas l'amélioration a été plus lente à se produire, il faut bien remarquer que les accidens étaient d'une haute gravité.

» Obs. III. — *Éclampsie chez une femme enceinte de 8 mois ; première attaque au moment de l'établissement du travail. Nouveaux accès à la suite de l'accouchement. Chloroforme à l'intérieur. Guérison.* — La nommée Julie J...., 24 ans, accouche à l'Hôtel-Dieu, dans la nuit du 21 au 22 novembre, salle Saint-Joseph, n° 9, après un travail long, mais qui ne présente rien de remarquable. Cette femme était enceinte pour la première fois. Maigre et d'un tempérament nerveux, elle éprouvait depuis quelques jours de la céphalalgie, des maux de tête, des vertiges, des étourdissemens assez intenses ; elle avait même eu une attaque d'éclampsie, le 19 novembre, jour où elle ressentit les premiers indices du travail de l'accouchement. — Le 22 novembre, la malade est dans un état de coma profond, pupilles dilatées et immobiles, pouls assez fort, à 84, respiration stertoreuse, et parfois la malade est prise de secousses convulsives, indiquant la recrudescence des accès ; cependant elle avale très facilement. (Potion avec 2 grammes de chloroforme ; révulsifs cutanés.) — Le 23, même état, le pouls est moins fort, les secousses convulsives moins intenses. — Le 24, la malade est toujours dans le même état de coma, sans convulsions ; on lui enlève ses liens ; du côté du ventre, tout marche régulièrement. — Le 25, elle reprend un peu connaissance ; les pupilles sont sensibles à l'action de la lumière. — Du 26 au 28, le mieux se continue, la malade entend bien et comprend ce qu'on lui dit. — Le 30, les facultés sont revenues, seulement elle ne sent et ne se doute point qu'elle est accouchée. L'enfant vit très bien ; il lui est présenté, et rien en elle ne révèle le sentiment maternel. L'enfant n'est pas à terme ; il a moins de 8 mois. »

— M. Corvisart, qui a mis la pepsine à la mode, signale un moyen facile d'administrer le médicament, surtout aux enfans. La saveur du sirop de cerise se confond tellement avec celle de la pepsine, que les enfans les plus difficiles acceptent ce mélange avec plaisir. La manière de préparer ce sirop est très simple :

Pr. Pepsine (acide ou neutre). . . 66 grammes.
Faites dissoudre dans :
Eau froide . . . . . 14 grammes.
Filtrez et ajoutez :
Sirop de cerise acidule. . . . 70 grammes.

Chaque cuillerée à soupe de sirop (15 grammes) contient un gramme de pepsine. La dose est d'une cuillerée pour les adultes et d'une demi-cuillerée pour les enfans, que l'on fait prendre à la fin de chaque repas.

Amédée Latour.

PRESSE MÉDICALE.

SIGNE DIAGNOSTIQUE ENTRE LE TYPHUS ET LA FIÈVRE TYPHOÏDE, par le professeur Dietl, à Cracovie. — L'exanthème, qui ne manque que très rarement dans ces maladies, constitue ce moyen diagnostique. Celui du *typhus* est une roséole plate, une simple tache, rarement un peu élevée au-dessus du niveau de la peau. Elle apparaît du troisième au cinquième jour, d'abord à la région épigastrique, s'étend rapidement plus ou moins loin, mais est toujours beaucoup plus répandue que celle de la fièvre typhoïde, et parfois confluente. L'éruption est complète en trois jours, commence à pâlir après trois à quatre jours, et ne présente plus, vers le quinzième jour de la maladie, que quelques macules grisendre, ne s'effaçant pas sous la pression du doigt. Ordinairement, à la fin de la troisième semaine, il n'en reste plus de trace.

L'éruption de la *fièvre typhoïde* est une roséole papuleuse, offrant de véritables papules, de petites cavités. Elle apparaît plus tard, jamais avant le neuvième jour de la maladie, siége surtout à l'épigastre, s'étend beaucoup moins que la précédente, et consiste souvent en quelques papules au bas du thorax ou à la partie supérieure de l'abdomen. Dans ce cas, il faut les rechercher attentivement pour les découvrir, et s'aider du toucher et de la vue, en variant les diverses incidences de la lumière, car souvent elles sont rares, peu colorées et incomplètement développées. L'éruption se fait en trois jours, pâlit après cinq ou six jours, et offre dans la quatrième semaine des taches grises, arrondies, parfois encore résistantes sous la pression du doigt. Souvent ces taches persistent pendant deux à trois mois.

L'expérience clinique et les nécropsies démontrent qu'on ne peut tirer une ligne de démarcation absolue entre le typhus et la fièvre typhoïde ; la différence entre eux consiste surtout dans une localisation sur la peau et la muqueuse pulmonaire dans le premier, et une localisation intestinale dans la seconde. Quoique ces particularités ne suffisent pas pour en faire deux espèces pathologiques différentes, il faut cependant les séparer, car l'expérience a prouvé que des épidémies présentent presque exclusivement l'une ou l'autre localisation, et que leur révolution clinique offre des différences notables.

L'éruption dont nous nous occupons sert non seulement à différencier le typhus de la fièvre typhoïde, mais encore à caractériser ces deux affections, quand le diagnostic est douteux. Les cas ne sont pas rares où le médecin ne sait, dans les premiers temps d'une maladie, s'il a affaire à une affection typhoïde ou à une autre maladie, comme les diverses espèces de fièvres, la méningite, la pneumonie simple ou typhoïde, la péritonite, etc. Dans ces cas l'éruption, qui ne manque que très rarement, est un précieux moyen ; mais il faut la rechercher soigneusement et savoir la reconnaître. A elle seule, elle ne peut suffire pour caractériser une affection typhoïde, mais quand elle accompagne d'autres états simulant cette dernière, elle fournit le meilleur élément de diagnostic. — (*Wiener med. Wochenschrift*, 1855. N°s 44-45-46).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 1er ARRONDISSEMENT DE PARIS.

COMPTE RENDU

DES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ PENDANT L'ANNÉE 1855,

Par M. le docteur **Mouzard**, secrétaire général.

Messieurs,

Après avoir rempli pendant dix années consécutives les fonctions de secrétaire particulier, vous m'avez élevé à celles de secrétaire général, devenues vacantes par la démission regrettable de notre honorable et cher confrère, M. Despaulx-Ader.

Je puis dire, sans affectation de fausse modestie, que ce n'est pas à mon mérite que je dois cet honneur, mais bien à mes services antécédens. Je suis parvenu, non pas au choix, mais à l'ancienneté ; ma promotion a suivi une marche tout à fait hiérarchique. Je me plais à croire, cependant, que votre estime et votre amitié ont pesé d'un certain poids dans la balance qui a penché en ma faveur.

Quant à moi, Messieurs, je vous avoue que j'ai hésité assez longtemps avant de me décider à accepter cette fonction, devenue presque impossible après de semblables prédécesseurs. Je ne vous cache pas que j'étais effrayé de la tâche réellement difficile que j'allais entreprendre ; je tremblais de n'être pas à la hauteur de la position que vous vouliez me faire, et de ne pouvoir satisfaire à vos justes exigences ! Et pourtant, Messieurs, j'ai accepté !

C'était la plus grande preuve que je pusse vous donner de mon peu de vanité, et de tout le prix que j'attachais à l'honneur que je recevais de vous. — Peu à peu, toutefois, mon esprit s'est familiarisé avec le danger, le désir de répondre à votre attente m'a donné du courage et convaincu que Beaumarchais avait raison de dire que *la peur du mal engendre le mal de la peur, qui est encore pire* ; j'ai fait tous mes efforts pour surmonter ma préjudiciable timidité. Je me suis dit qu'à défaut de talent, il me restait une impartialité incorruptible, qui présiderait à la rédaction de mon compte-rendu, et qui me ferait enregistrer avec le même empressement les travaux de chacun de vous ; je me suis dit que, s'il est vrai que *les grands désirs amènent les grands efforts, qui produisent les grandes réussites*, je devais espérer réussir, car j'ai un désir si prononcé de vous être agréable, qu'aucun effort ne me coûtera pour y arriver ! — Et puis enfin, n'ai-je pas en vue cette planche de sauvetage que vous m'avez sans cesse tendue avec tant de générosité ; n'ai-je pas toujours pour point de mire cette confraternelle indulgence, dont vous avez été si prodigues à mon égard depuis six années, et sur laquelle j'ose encore compter aujourd'hui, car je sens que j'en ai plus besoin que jamais.

Et tout d'abord, Messieurs, pour disposer favorablement vos esprits en ma faveur, je vais faire passer de riants tableaux sous vos yeux. Je vous rappellerai que notre position financière, grâce à la probe et intelligente gestion de notre honorable trésorier, est assez satisfaisante. Nous avons rempli tous nos engagemens, nous avons même fait un peu de bien suivant nos faibles moyens, et il nous reste en jetons et en numéraire une somme qui nous donne toute sécurité pour l'avenir, et qui augmente encore la confiance que nous avons dans les hautes capacités de notre trésorier, auquel vous avez voté des remerciments bien mérités.

Neuf membres nouveaux sont venus augmenter le nombre déjà si imposant de vos sociétaires. Ce sont MM. Gonthier, Gallard, Migon, Grisolle, Vernois, Herpin, Moynier, Landry, Dalpiaz.

Vous avez répondu à leur demande d'admission par un vote unanime, qui démontre assez la sympathie que vous éprouvez pour ces noms, sur lesquels non-seulement ne plane pas le plus léger nuage, mais dont plusieurs sont si hautement et tous si honorablement placés. — Vous le voyez, Messieurs, sous ce rapport encore, nous sommes en voie de prospérité, et votre société qui, la première, a donné aux autres arrondissemens le signal de l'association, finira par réunir dans son sein tous les médecins de l'arrondissement, qui comprennent chaque jour de plus en plus les fruits qu'on doit nécessairement recueillir du contact de tant de confrères honorables, et tout l'attrait qu'il y a d'appartenir à une société dont le but se résume dans ces trois mots : *Travail, honorabilité* et *bonne confraternité*.

Malgré votre désir bien prononcé de voir réaliser cette espérance, vous avez prouvé que pour atteindre ce but vous n'entendez aucunement transiger avec la scrupuleuse exigence de l'honorabilité ; autant est grand votre empressement à ouvrir vos rangs à tout confrère irréprochable, autant votre susceptibilité s'éveille aussitôt que le moindre doute vient obscurcir votre conscience. Cette susceptibilité rigoureuse s'est fait sentir cette année à l'égard d'un candidat peu connu parmi vous, et dont le parrain, par une regrettable circonstance, étant absent le jour du vote, ne put vous donner les renseignemens dont vous aviez besoin. Vous étiez dans le doute, et dans le doute vous avez fait comme le sage, vous vous êtes abstenus..... d'admettre le candidat.

Ce vote a eu des conséquences assez sérieuses, car il a failli nous priver d'un confrère que nous aimons et estimons tous. Ce confrère, croyant voir, dans le refus du candidat présenté par lui, une atteinte portée à son honneur professionnel, donna sa démission. Votre Société s'est émue à une pareille décision, et a chargé les membres de son bureau de faire une démarche près de lui, dans le but de l'engager à revenir sur cette résolution. Notre collègue ne pouvait rester insensible à une preuve si grande d'estime et d'affection, aussi avons-nous eu le bonheur de vous apprendre que nous comptions toujours dans nos rangs cet honorable confrère, qui, après avoir été un des fondateurs de notre Société, en a toujours été depuis un des membres les plus assidus, et a si souvent contribué à rendre vos séances intéressantes, par les savantes communications qu'il y a faites.

Pourquoi faut-il, Messieurs, que je sois forcé d'assombrir vos âmes en vous rappelant que, cette année encore, la mort n'a pas respecté nos rangs. Nous avons eu à pleurer cette fois sur la tombe de l'un des doyens de notre Société.

M. Boutin de Beauregard, né à Rennes en 1793, fut reçu docteur à Paris en 1822. Praticien honnête, homme consciencieux, il se livra à la pratique de son art avec une ardeur qui lui ôta toute idée de se faire un nom dans la littérature. Homme éminemment modeste, il ne chercha pas à briller, mais à être utile avant tout. Membre de plusieurs Sociétés de bienfaisance, il fut toujours au nombre des plus dévoués et des plus actifs. A l'époque du choléra de 1831, il déploya un courage et une bonté qui lui ont valu la croix de chevalier de la Légion-d'Honneur. Deux fois il fut présenté par l'administration des hôpitaux comme candidat pour des places vacantes dans son ressort. Enfin il était fondateur et membre de votre Société, et vous avez été presque tous à même d'apprécier l'aménité de son caractère, la supériorité de son esprit, l'exquise délicatesse de ses procédés confraternels.

Tels sont, Messieurs, ses titres à nos regrets, titres d'autant plus honorables, qu'il ne les devait qu'à lui-même et aux rares qualités de son cœur.

Votre président, Messieurs, a ouvert vos travaux par un discours remarquable, qui vous a vivement impressionnés. Il se distingue par une richesse de style et une érudition gracieuse, qui ne laissent rien à désirer. Permettez-moi de vous citer certains passages qui reflètent si fidèlement les sentimens dont vous êtes animés, et qui révèlent si bien l'unité de pensée qui existe entre le président et chacun des membres de la Société.

« Notre but, a dit M. Cerise, celui qui nous est particulièrement confié, consiste à maintenir et à accroître, dans le monde, l'autorité » morale du médecin, en propageant parmi nos confrères l'habitude » des vertus professionnelles et de la loyauté confraternelle. C'est, » en d'autres termes, une volonté collective de développer le sens » moral de chacun, une résolution concertée d'agir sur la conscience » de tous, en faisant prévaloir dans les mœurs médicales les sentimens » de dignité personnelle et de loyale confraternité. C'est, en un mot, » une pensée de moralisation mutuelle.— De quoi s'agit-il, en effet ?... » De rappeler aux médecins, de nous rappeler les uns aux autres, que » tout n'est pas permis dans la vie professionnelle, par cela seul que la » loi écrite se tait. Dans le monde moral, il est des sentimens et des » actes qu'aucun code humain n'a nommés, que nulle peine légale ne » saurait atteindre, et qui n'en sont pas moins des sentimens mauvais et » des actes détestables aux yeux de tous, des grands et des petits, des » savans et des ignorans. Ils se commettent dans l'ombre, sous l'abri » sacré des familles. Je fais allusion à ces paroles légères, malveillantes ou perfides, à l'aide desquelles, en censurant, par exemple, le » diagnostic ou le traitement d'une maladie qu'il ne connaît que par » des récits toujours inexacts, un médecin détruit sournoisement, lâchement, l'autorité d'un médecin absent. Je fais allusion à cette dé» loyauté par laquelle, au lieu de faire servir la confiance dont on jouit » dans une famille, à protéger et à couvrir un honorable confrère dans » les insuccès qui nous menacent tous également, on n'hésite pas à » l'accabler encore, en semant autour de lui la méfiance, l'ingratitude » et l'injustice. Le médecin honnête, le médecin réellement honorable, » protége le malheur de son confrère quand il n'a pas réussi ; il » applaudit à son succès quand il a été heureux, etc., etc.

» Le but de nos associations médicales est donc, je le répète, de » créer et développer le sens moral du médecin, en plaçant sa dignité » personnelle sous l'égide de l'honneur. Le jour viendra, grâce à leurs » persévérans efforts, où, pour avoir manqué même secrètement à cette » dignité et à cette loyauté, on sentira la rougeur monter au front, » comme lorsqu'on a manqué à la plus vulgaire probité. »

Où trouver, Messieurs, des pensées d'un ordre plus élevé, d'une morale plus pure, d'un enthousiasme plus sincère ? Comment ne pas se laisser entraîner par une affection toute sympathique vers l'homme dont le cœur renferme des idées si honnêtes, des sentimens si noblement exprimés !

FIÈVRE INTERMITTENTE LARVÉE ; TUBERCULES DU CERVEAU ; EMPHYSÈME PULMONAIRE.

M. Grimaud d'Angers vous a lu un rapport sur trois brochures qui vous ont été offertes par M. Gallard.

La première a trait à une observation de fièvre intermittente larvée. Le malade, homme athlétique, d'un tempérament sanguin, habite Guéret (Creuse), où la fièvre intermittente est endémique. Sa boisson favorite et presque exclusive était le vin, dont il abusait au point de se trouver presque journellement dans un état de demi-ébriété, et de s'enivrer complètement environ une fois par semaine.

Il fut pris tout à coup, au milieu de la nuit, de vomissemens verdâtres et amers, qui avaient été précédés d'un accès de fièvre et de frissons dans la soirée. Le lendemain il put se lever, mais le surlendemain il éprouva un accès de fièvre bien caractérisé avec frisson initial, chaleurs et sueurs abondantes.

Le médecin qui fut appelé prescrivit le sulfate de quinine, mais à une dose qui ne paraît pas avoir été très forte, car la fièvre ne fit que diminuer un peu d'intensité, sans perdre son caractère intermittent. Il pouvait se lever, mais non travailler, le jour où l'accès n'avait pas lieu.

Quinze jours après l'invasion, les vomissemens reparaissent, l'accès de fièvre est plus intense, le malade commence à délirer. Il ne paraît avoir ni illusions ni hallucinations ; il est plutôt sombre, abattu ; quelquefois il parle seul, mais d'une manière inintelligible. Ce délire persiste, même pendant l'intervalle des accès, qui, à dater de cette époque, reparaissent tous les jours à des heures indéterminées, accompagnés d'une céphalalgie frontale très intense. Malgré une application de quarante sangsues, d'un vésicatoire à la nuque, de sinapismes souvent répétés, le délire et la fièvre persistent pendant environ sept semaines, et ce ne fut qu'après ce laps de temps que le docteur Guisard, appelé en consultation, trouva le malade dans un état de maigreur et d'affaissement extrêmes ; il vomissait aussitôt qu'on lui présentait des alimens et les repoussait, disant leur trouver une odeur désagréable.

La bouche est pâteuse, amère, la langue blanche, sale. La tisane royale du *Codex* procure des évacuations abondantes : il y a un peu de mieux. Un séton est appliqué à la nuque et suppure abondamment.

Au bout de quelques jours le mieux se soutenant, quelques cuillerées de bouillon et de la tisane de gentiane sont données au malade. A cette époque, M. Guisard remarque que chaque soir, vers six heures, la fièvre, bien que continue, devient très violente ; le malade éprouve, surtout aux jambes, un frisson très vif, qui dure environ deux heures, puis est suivi de chaleurs et de sueurs abondantes. A la même heure se montrent les vomissemens bilieux, la céphalalgie devient plus intense, et le délire augmente.

Le sulfate de quinine est alors administré à la dose de 50 centigrammes, dans la matinée. Dès le deuxième jour, les accidens diminuent. Le troisième jour, la dose est portée à 1 gramme, et continuée tous les deux jours. Au bout de huit jours le délire, qui a diminué graduellement, est à peine sensible. Tous les autres symptômes ont disparu, les forces sont revenues peu à peu, et on peut dire que le malade est en pleine convalescence. Cependant l'usage du sulfate de quinine n'est pas complétement abandonné, et il boit journellement du vin et de l'infusion de quinquina.

Il est à remarquer que pendant toute la durée fort longue de cette affection, il n'y a eu ni œdème, ni infiltration, soit des membres, soit de l'abdomen, et que la rate n'a jamais dépassé son volume normal.

M. Gallard fait suivre cette intéressante observation de plusieurs réflexions judicieuses, tendant à prouver que l'affection était bien une fièvre intermittente larvée, et non une méningite avec type intermittent. Cette opinion n'aurait peut-être pas été partagée par tous les praticiens, qui se seraient servis, pour poser leur diagnostic, des symptômes les plus saillans. Ils auraient infailliblement administré également le sulfate de quinine, mais avec l'intention de combattre le type intermittent d'une méningite.

Le second opuscule de M. Gallard est relatif à un phthisique âgé de 54 ans, chez lequel, six mois avant la mort, parurent des accès épileptiformes, accompagnés de perte complète de connaissance, et de convulsions limitées à la face et aux membres du côté droit, qui perdirent peu à peu de leur force et de leur volume.

Le malade succomba le 23 mai 1851. A l'autopsie on trouva la boîte osseuse crânienne tout à fait intacte, mais la dure-mère était adhérente à sa surface, et présentait en outre une injection assez prononcée. L'arachnoïde et la pie-mère s'enlevaient facilement de la surface du cerveau. Sur l'hémisphère gauche, il existait une tumeur *ovalaire, d'une coloration blanchâtre*, saillante au-dessus des circonvolutions, et ayant 2 centimètres environ de diamètre. En le disséquant avec soin, on voyait qu'elle pénétrait au milieu de la substance même des circonvolutions, et se rapprochait de la ligne médiane. Elle n'était pas enkystée, mais dure, résistante, avec quelques bosselures à sa surface, criant sous le scalpel, ayant à la coupe une coloration d'un blanc jaunâtre plus foncé sur les bords que vers le centre. Des fragmens ont été examinés au microscope par MM. Mandl et Denucé, qui ont reconnu leur nature tuberculeuse.

Dans le lobe supérieur du poumon gauche, on constata une caverne irrégulière, vide, entourée de tubercules crus de différentes grosseurs. Des granulations tuberculeuses se trouvèrent aussi dans le poumon droit. On rencontra aussi dans le foie des granulations blanchâtres hypertrophiées comme celles de la cirrhose, et qui furent reconnues au microscope de nature tuberculeuse. L'examen microscopique de la tumeur et la présence de tubercules dans d'autres organes ne laissent pas le moindre doute sur sa nature, qui était tuberculeuse. Mais ce qui rend ce fait plus intéressant, c'est que pendant la vie du sujet, on avait

(*Voir le* SUPPLÉMENT.)

rencontré tous les symptômes habituels des tubercules du cerveau, ce qui avait permis à M. Valleix de porter un diagnostic rigoureux.

Dans son troisième mémoire, M. Gallard étudie l'emphysème pulmonaire sous le triple aspect du mécanisme de sa production, de sa corrélation avec les autres affections du poumon, et de son influence sur leur marche et leur terminaison.

L'emphysème est, de l'avis de tous les auteurs, une des conséquences de la bronchite chronique. Laënnec pense que la bronchite l'amène en détruisant l'équilibre entre les forces inspiratrices et expiratrices, les sécrétions visqueuses étant retenues, suivant M. Beau, dans les tuyaux bronchiques que resserrent les fibres musculaires de Reissessen. MM. Gairdner et Bourgery expliquent l'emphysème par toute cause capable de rendre une portion du poumon imperméable à l'air, la portion restée saine devant suppléer à l'inactivité des parties malades, par des efforts plus grands, dont le résultat est la dilatation ou la rupture vésiculaires, favorisées d'ailleurs par les quintes de toux.

La phthisie, comme le démontre l'anatomie morbide, réunit ces diverses conditions, et dans cette maladie, l'augmentation de la sonorité ou la simple absence de matité dans les régions suspectes, doivent conduire à admettre l'existence de l'emphysème. Cette altération pourra d'ailleurs être produite par les secousses de toux occasionnée par toute lésion chronique des organes thoraciques, la pleurésie exceptée, dans laquelle l'épanchement tend à faire disparaître la dilatation vésiculaire dans le poumon comprimé. Il résulte, de ces recherches, que la dilatation artificielle des vésicules pulmonaires, à l'aide des méthodes indiquées par Steinbrenner, Grammadge et d'autres encore, est un moyen de traitement peu rationnel à opposer aux progrès de la phthisie, puisque les tubercules eux-mêmes sont une cause mécanique de production de l'emphysème.

Les opinions de M. Gallard sont basées sur vingt-et-une autopsies faites par lui à l'hôpital de la Pitié.

Vous voyez, Messieurs, que notre nouveau confrère s'est présenté à vous avec un bagage scientifique assez respectable, et qu'il a grandement mérité les remercimens que vous lui avez votés, d'après le vœu que M. Grimaud avait formulé dans ses conclusions.

RAPPORT DE M. LEROY-DUPRÉ SUR LE TRAITÉ DE PATHOLOGIE DE M. GRISOLLE.

Messieurs, M. Leroy-Dupré vous a lu aussi un excellent rapport sur le traité de pathologie de M. le professeur Grisolle.

M. Leroy-Dupré a fait de ce livre un examen critique, sérieux et détaillé. Son travail, consciencieuse et impartiale étude de l'ouvrage soumis à son appréciation, fait ressortir les tendances doctrinales du professeur, et présente un tableau analytique complet des idées de celui-ci sur tous les points de la science médicale. Le rapporteur approuve la méthode d'exposition suivie par l'auteur, et passe successivement en revue les dix classes dans lesquelles M. Grisolle partage les maladies. Il s'étend d'abord longuement sur l'important chapitre des fièvres, ce champ de bataille des théories nosologiques, puis sur la section consacrée à l'étude des phlegmasies, où se trouve un long et intéressant article relatif à la pneumonie. On sait que ses travaux sur cette affection si grave et si commune, ont valu à M. Grisolle un prix académique.

Votre rapporteur, tout en accordant un juste tribut d'éloges à la remarquable étude de la phthisie pulmonaire, regrette que M. Grisolle n'accorde qu'une simple note à l'antagonisme signalé par MM. Boudin, Lefèvre, de Rochefort et d'autres encore, entre la tuberculisation et la fièvre intermittente. A l'article *cancer*, M. Grisolle, abordant une question fort débattue dans ces derniers temps, ne considère pas la cellule à noyau comme le caractère pathognomonique de la maladie, et fait rentrer dans sa description l'histoire des tumeurs fibro-plastiques, qui ne présentent pas la cellule spécifique des micrographes. — En résumé, votre rapporteur signale l'ordre et la clarté qui règnent dans tout l'ouvrage, la fidélité des descriptions anatomo-pathologiques, la manière supérieure avec laquelle sont exposés les symptômes, le *discrimen acutum* du diagnostic différentiel, qui en fait, pour l'élève, le livre le plus utile à consulter. M. Leroy-Dupré espère qu'un jour M. Grisolle, dépassant les limites qu'il s'est imposées, donnera un peu plus d'étendue à la partie thérapeutique de cet excellent traité. Vous vous êtes empressés d'accéder à la proposition qu'il vous a faite, d'accorder à cet ouvrage une place distinguée dans les archives de la Société.

DE LA CONTAGION POSSIBLE DU CHOLÉRA.

Messieurs, en 1848, vous aviez à l'ordre du jour une question d'une haute gravité et ainsi formulée : *Le choléra est-il contagieux?* Après une discussion animée, à laquelle ont pris part presque tous les membres présens, vous avez nommé une commission chargée de résumer les faits et de formuler des conclusions; ces conclusions furent en faveur de la contagion.

Une discussion sur le même sujet s'est engagée de nouveau cette année, à la suite d'une lecture que vous a faite M. Amable Dubois, d'une note *sur la contagion possible du choléra*. — L'idée dominante de cet intéressant travail, c'est la contagion non pas *indispensable*, *mais possible* du choléra, lorsque les malades sont placés dans les conditions d'encombrement, de malpropreté, de négligence, que l'on rencontre trop souvent chez les populations ouvrières des villes, et surtout des campagnes.

Faire pénétrer dans ces classes peu favorisées la conviction qu'il est en leur pouvoir d'échapper à l'influence contagieuse par l'obéissance aux lois d'une sage hygiène, c'est leur rendre le plus grand service, et assurer en outre aux malades les soins nécessaires à leur rétablissement, en détruisant la crainte de la contagion, crainte qui a parfois causé l'abandon inhumain des personnes atteintes.

Comme exemple de contagion, M. A. Dubois raconte les deux faits suivans :

1er Fait. — Un homme et sa femme viennent à Paris en mars 1832 chercher un nourrisson, qui est pris du choléra et meurt pendant leur retour. Le mari, la femme, un de leurs enfans et trois autres personnes de la même famille succombent rapidement au choléra, qui ne frappe aucun habitant de la commune ni des villages voisins. Les conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvait cette famille si cruellement atteinte étaient très mauvaises : éclairage insuffisant, défaut de renouvellement d'air, manque d'espace, sol humide et non pavé, séjour des matières rejetées par les vomissemens et la diarrhée; tout se réunissait pour créer un foyer pestilentiel. Deux enfans survivans et leur tante sont éloignés de cette demeure et sont ainsi ravis au fléau.

2me Fait. — Deux mois plus tard, une jeune fille en service à Paris, effrayée des progrès de l'épidémie dans la capitale, revient au pays et accomplit le trajet en partie à pied. Elle est frappée du choléra en route et meurt le lendemain de son arrivée.

Sa sœur, presque idiote, est attaquée et meurt en 12 heures. La mère et quatre enfans meurent à leur tour. Le père et un jeune garçon de dix ans, transportés dans une grange isolée, échappent au fléau; aucun autre cas ne se présente dans la commune. Les conditions hygiéniques sont les mêmes que dans le cas précédent.

Le choléra n'est pas la seule maladie qui jouisse du triste privilége de devenir contagieuse sous les mêmes fâcheuses influences. M. Dubois cite un exemple du développement par contagion de la fièvre typhoïde, dans des circonstances analogues; la suette, la métrite perpuérale lui paraissent aussi susceptibles de se transmettre de la même manière, lorsqu'il se forme autour des malades un foyer reproducteur.

M. Bonnafond ne semble pas très convaincu du caractère contagieux du choléra. Les faits, dit-il, sont contradictoires, et s'il en est qui militent en faveur de la contagion, d'autres, non moins probans, lui sont hostiles. Ainsi, en 1835, le 12me régiment de ligne quitta Marseille, où sévissait le choléra, pour se rendre à Constantine, ville dans laquelle le fléau n'avait pas paru. Ce régiment en traversant l'Algérie sema la maladie partout où il s'arrêta, laissant indemnes les villes intermédiaires où les troupes ne séjournaient pas, et importa le choléra à Constantine. Certes, voilà un fait bien favorable à l'idée de contagion, mais le suivant, également observé par M. Bonnafond, témoigne dans un sens diamétralement opposé. En 1849, le choléra se manifeste dans une caserne de la ville d'Arras; la moitié des hommes est atteinte par la diarrhée prodromique. M. Bonnafond demande et obtient, après quelque délai, l'évacuation de la caserne. Les soldats transportent leurs fournimens et leurs objets de literie dans un autre local. Ce simple changement d'habitation suffit à guérir les malades, et le choléra ne se propage pas.

En présence de faits aussi contradictoires, M. Bonnafond pense que la question est insoluble quant à présent; que d'ailleurs il y aurait de l'inconvénient à déclarer le choléra contagieux, car on courrait le risque, en effrayant les populations, de priver les malades des consolations du prêtre, des soins peut-être du médecin, et les morts eux-mêmes de l'assistance du fossoyeur. Il est beaucoup plus important, suivant lui, de faire des recherches persévérantes et consciencieuses sur le traitement à employer contre cette terrible affection.

M. A. Dubois fait observer qu'il n'a pas dit que le choléra fût *nécessairement*, mais *accidentellement* contagieux. Le premier fait de M. Bonnafond confirme pleinement les opinions qu'il a émises, et le second ne leur est pas contraire. Que voit-on, en effet, dans cette observation? Des hommes atteints, en grand nombre, des symptômes prodromiques du choléra, et qui ont guéri dès qu'on les a placés dans de meilleures conditions hygiéniques. Rien de plus logique, c'est le *sublatâ causâ* dans son essence.

M. Martinet partage cette manière de voir. Il s'élève d'ailleurs contre la dangereuse distinction qu'on a faite entre la diarrhée prodromique et le choléra lui-même.

M. Leroy-d'Étiolles pense que le mot contagieux est impropre lorsqu'on l'applique au choléra. Les maladies contagieuses sont, dit-il, généralement caractérisées par des éruptions cutanées; les médecins d'ailleurs, singulièrement exposés à la contagion si elle existait, ne sont pas plus souvent attaqués que les membres des autres professions; ainsi, en 1832, seize médecins seulement succombèrent au choléra. On a observé, en outre, des faits très nombreux de malades émigrans de la localité où ils ont contracté l'affection qui nous occupe, et allant mourir dans d'autres résidences sans y importer le mal. Enfin, lorsque plusieurs membres d'une même famille sont frappés successivement, on a le droit de supposer que, soumis aux mêmes conditions hygiéniques, ils ont dû naturellement subir les mêmes influences pathologiques. La contagion cholérique n'aurait donc pas lieu dans les mêmes circonstances que la contagion des autres maladies, et conséquemment ne mérite pas de porter le même nom. M. Grimaud trouve aussi que le mot contagion est tout à fait impropre : le mot *infection* lui paraît le seul terme applicable au mode de transmission formulé par M. A. Dubois.

M. Rothureau exerçait en 1849 à Alençon, où le choléra ne s'était pas encore montré le 17 août. A cette époque une nourrice vient à Paris chercher un nourrisson, qui meurt du choléra dans la commune de Verneuil. Elle-même est atteinte et guérit. Son mari, sa belle-sœur sont frappés à leur tour et succombent.

Personne de la commune ne les approche, mais une parente vient de quelques lieues pour les soigner et prend le choléra, qui se communique de proche en proche à trente-deux personnes, dont dix-huit périssent. Des faits analogues ont été observés dans le Perche par le docteur Brochard, de Nogent-le-Rotrou. C'est en vain, ajoute M. Rothureau, qu'on répètera aux populations que le choléra n'est pas contagieux, leur instinct leur donne une conviction contraire.

M. A. Dubois insiste sur l'importance de répandre dans le public les conditions de la transmissibilité du choléra. Le milieu hygiénique dans lequel vivent les classes ouvrières étant susceptible de recevoir de grandes améliorations, ce serait déjà rendre un service immense que d'en faire ressortir puissamment la nécessité.

Là s'est terminée cette discussion, et vous avez adressé des remercimens bien mérités à M. A. Dubois, dont l'intéressant manuscrit augmentera la richesse de vos archives.

DE L'ABSORPTION DANS LE CHOLÉRA ALGIDE.

A la séance suivante, M. Bonnafond a captivé votre attention en vous communiquant une série d'observations *sur l'emploi et les effets de la strychnine dans le choléra*. Ces observations lui paraissent de nature à éclairer le sujet de l'absorption dans la période algide du choléra.

Dix-huit malades, chez lesquels d'ailleurs aucun des moyens ordinaires ne fut négligé, ont été soumis à ce traitement pendant la période algide. Dix n'ont offert aucun signe qui permît de croire que le médicament fût absorbé, bien que l'un d'eux eût pris 2 centigrammes et demi, et un autre 3 centigrammes en quatre heures. De ces dix sujets insensibles à l'action de la strychnine, huit ont succombé. — Chez les huit autres malades, les choses se passèrent d'une manière différente. Le médicament fut évidemment absorbé, et donna lieu à la rougeur des conjonctives oculaires, à la sécheresse de la bouche, au gonflement et à l'hémorrhagie des gencives, à l'épistaxis, à l'agitation générale, à la contraction convulsive des muscles de la face et du tronc, signes manifestes de l'absorption du médicament. De ces huit malades, trois seulement succombèrent, et ce furent précisément ceux chez lesquels on observa l'action la plus violente de la strychnine.

En résumé, les quatre cinquièmes de ceux chez lesquels l'absorption n'eut pas lieu ont péri, tandis que plus de la moitié de ceux qui se trouvaient dans le cas contraire ont guéri. En présence de ces faits, M. Bonnafond pense qu'il est impossible de nier que, si la puissance absorbante dans la période algide du choléra *est toujours diminuée et parfois abolie*, elle est cependant *conservée* chez une notable proportion des individus.

M. Thomas n'a jamais eu le moindre doute sur l'absorption gastro-intestinale, et suivant lui, la peau elle-même conserve sa faculté absorbante pendant la période algide du choléra. Il vous a raconté trois cas à l'appui de son opinion. Le premier était une femme dont l'état était désespéré : six médecins étaient réunis autour d'elle. M. Thomas, à l'aide du vésicant de Gondret, appliqua sur la peau dénudée un quart de grain d'acétate de morphine; en moins d'une demi-heure, la malade, qui recevait d'ailleurs d'autres soins, se réchauffa, et fut prise plus tard de symptômes de narcotisme. Cette malade guérit. Dans le département de la Haute-Marne, M. Thomas a fait, dans deux cas d'algidité cholérique, des applications de sinapismes sur le ventre, qui produisirent une rubéfaction prononcée; ces deux malades guérirent également. — M. Bessière a vu un cholérique chez lequel aucun effet d'absorption appréciable ne résulta de l'application de 2 centigrammes de strychnine sur le derme dénudé. Selon lui l'absorption doit être plus intacte dans le *choléra sec*, distinction entre le *choléra humide*, qu'il explique par l'état de plénitude ou de vacuité des intestins, et non par la présence ou l'absence des évacuations.

M. Boulu ne voit dans la strychnine, comme l'a employée M. Bonnafond, qu'un excitateur auquel on aurait pu avantageusement substituer l'électricité!

M. Andrieux a fait, en 1832, un usage fréquent et énergique de l'électricité. Sous l'influence des courans, il remarqua une interruption momentanée des accidens cholériques, mais ils recommençaient aussitôt que l'opérateur venait à cesser son excitation. — M. Duchenne de Boulogne voit une confirmation des observations de M. Andrieux, dans celles qu'il a faites en 1849. Il avait, à cette époque, commencé sur ce sujet une série d'expériences, qu'il fut obligé d'interrompre parce qu'il fut lui-même atteint par l'épidémie. Il ne pense pas qu'il soit possible de comparer l'excitation produite par la strychnine à celle qu'occasionne l'électricité. Celle-ci est ou peut être rendue toute extérieure, périphérique, tandis que l'autre atteint et stimule les centres nerveux eux-mêmes. Dans l'épidémie de 1849, notre confrère, à l'aide de ses appareils excitateurs, fit plusieurs expériences sur des malades fortement tourmentés par des crampes. Mais n'ayant obtenu aucun résultat avantageux par l'électricité d'induction, dirigée sur le système musculaire, il y renonça bientôt. Il s'adressa alors à la sensibilité cutanée, et les premiers résultats l'entretinrent assez longtemps dans de grandes illusions. Il acquit cependant la conviction que la réaction produite par l'électricité ne durait guère au delà du temps de son application. Les malades ressentent très vivement l'excitation électro-cutanée, lors même qu'ils sont insensibles aux sinapismes, à l'eau bouillante, au marteau de Mayor; mais dès qu'on les abandonne à eux-mêmes, des symptômes d'asphyxie ne tardent pas à se déclarer. Quant aux crampes, il lui a toujours paru possible de les faire disparaître instantanément en excitant la sensibilité cutanée. — M. Dubois a vu des convulsions se produire dans le choléra, sans que la strychnine ait été administrée. Les observations publiées jusqu'à ce jour n'ont introduit aucune conviction dans son esprit, relativement à la conservation des fonctions des absorbans dans cette maladie. Cependant si l'absorption était tout à fait éteinte, il faudrait reconnaître que le médecin est complètement désarmé devant le choléra.

Messieurs, j'ai donné une assez grande étendue à l'analyse de ces deux discussions, car elles ont pour objet des questions d'une importance immense. Malheureusement leur résultat a été celui de toutes celles qui se sont élevées jusqu'à ce jour sur tout ce qui est relatif à ce protée insaisissable. Toujours le doute et l'incertitude! cela est pénible à avouer, mais est-ce là un motif de découragement? Vous êtes loin de penser ainsi. Ne sommes-nous pas habitués à lutter contre des difficultés d'abord insurmontables, dont nous triomphons ensuite? Avons-nous toujours été aussi calmes, je pourrais dire presque aussi rassurés qu'aujourd'hui, en présence d'une pneumonie où même d'une simple fièvre intermittente? Et n'est-ce pas au moment où la variole redoublait ses terribles ravages, que Jenner a eu l'heureuse inspiration d'aller chercher dans le pis de la vache le pus préservateur, qui devait rendre la tranquillité aux populations consternées?

Redoublons donc d'ardeur, Messieurs. — Avec une infatigable persévérance, mettons-nous à la recherche du remède désiré, qui doit accoler les mots de *reconnaissance universelle* au nom de celui d'entre nous qui aura eu le bonheur d'en faire la découverte.

PARALYSIE ATROPHIQUE GRAISSEUSE DE L'ENFANCE.

M. Duchenne de Boulogne vous a fait l'hommage d'une brochure intitulée : *Paralysie atrophique graisseuse de l'enfance*. Vous avez eu l'heureuse idée de charger M. Boutin de Beauregard de vous en rendre compte. Personne n'était plus capable que lui de vous soumettre une juste appréciation sur cet intéressant travail, car vous n'avez pas oublié la thèse de M. Boutin, qui vous a prouvé que cette affection a été pour lui l'objet d'une étude spéciale et approfondie. — La paralysie atrophique graisseuse de l'enfance offre dans sa marche trois phases distinctes. La première, caractérisée par un état fébrile plus ou moins long, s'accompagne de paralysie musculaire, variable dans son siége et son intensité, et se complique parfois d'accidens cérébraux tels que convulsions, éclampsie, contracture, etc., etc.... Dans la seconde période, les muscles paralysés s'atrophient petit à petit, et subissent la transformation graisseuse. Dans la troisième enfin, l'équilibre musculaire étant détruit, on voit les os entraînés dans des directions vicieuses, par la prépondérance des muscles restés sains, donner naissance à des déviations et à des difformités variables, suivant le siége du mal.

M. Duchenne esquisse rapidement l'histoire des travaux auxquels cette maladie a donné lieu, et M. le rapporteur exprime le regret que les recherches de M. Jules Guérin sur ce sujet aient échappé à son attention. — Pour M. Duchenne, le siége anatomique de l'affection qui nous occupe est dans le système nerveux spinal, hypothèse fondée sur les déductions les plus logiques, mais que malheureusement aucune autopsie ne vient confirmer.

C'est au moyen de la faradisation que M. Duchenne cherche à établir le diagnostic différentiel entre la maladie qui fait le sujet de cette étude, et la paralysie temporaire de l'enfance. Cette affection, longuement décrite par Kennedy, et attribuée par lui soit à l'influence du froid, soit à la compression des membres, laisse toujours intacte la contractilité électro-musculaire, qui est au contraire affaiblie ou abolie dans la paralysie atrophique graisseuse.

On comprend toute l'importance pour le diagnostic de ce mode d'investigation, quand on réfléchit à la guérison toujours prompte de la paralysie temporaire de Kennedy, et à la durée invariablement longue de la paralysie atrophique.

D'un autre côté, lorsque chez l'enfant la perte des mouvemens volontaires reconnaît pour cause une lésion cérébrale, on peut constater par l'exploration électro-musculaire, que chaque muscle a conservé individuellement ses facultés contractiles, le contraire ayant lieu dans la paralysie graisseuse atrophique. Quant au traitement, M. Duchenne pense que dans la période fébrile, c'est aux moyens antiphlogistiques qu'il faut avoir recours : dans la seconde phase seulement, il conseille l'excitation musculaire localisée, dont l'application est généralement sans douleur, et ne présente aucun danger, et qui, par l'activité qu'elle fait renaître dans les muscles atteints, peut prévenir les difformités auxquelles la maladie abandonnée à elle-même, doit nécessairement aboutir. En résumé, M. Duchenne, par l'emploi de la faradisation dans l'étude de la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, jette une vive lumière sur le diagnostic et le pronostic de cette maladie, et ce moyen d'exploration devient encore, entre ses mains, une précieuse ressource pour la thérapeutique.

Le travail de M. Duchenne vous a fait apprécier, une fois de plus, sa haute sagacité d'observateur, et vous vous êtes empressés de souscrire au vœu exprimé par votre rapporteur, de déposer honorablement ce mémoire dans vos archives.

DE L'INOPPORTUNITÉ DES OPÉRATIONS CHIRURGICALES DANS LES MALADIES CANCÉREUSES.

Dans la séance de mars, M. Leroy-d'Étiolles vous a exposé ses opinions touchant l'inopportunité des opérations prématurées dans les maladies cancéreuses. M. Leroy-d'Étiolles ayant fait récemment une communication sur ce sujet à l'Académie de médecine, je me bornerai à vous retracer les conclusions suivantes :

1° Le degré d'utilité des opérations chirurgicales dans le traitement des maladies cancéreuses n'est pas défini, et demande de nouvelles études;

2° La plupart des maladies cancéreuses ont, dès l'origine, les caractères qui leur sont particuliers;

3° La transformation d'une altération de tissus primitivement bénigne en cancer ou dégénérescence cancéreuse, en admettant qu'elle ait lieu, est beaucoup plus rare qu'on ne le croit généralement;

4° Il n'est pas suffisamment démontré que le cancer soit une maladie primitivement locale, donnant lieu à une infection générale s'il n'est extirpé de bonne heure;

5° L'extirpation des altérations vraiment cancéreuses, loin de retarder la mort, paraît l'accélérer dans la majorité des cas;

6° Les opérations chirurgicales ne doivent plus être conseillées et pratiquées comme une méthode générale et presque unique de traitement.

Ces conclusions sont le résultat d'un travail statistique basé sur 2,781 observations communiquées à M. Leroy-d'Étiolles par 174 médecins français et étrangers. Ce chiffre imposant suffirait à leur donner une grande valeur, si elles n'étaient encore formulées et appuyées par un confrère éminent, dont l'opinion fait autorité parmi vous.

TRAITEMENT DE L'ÉPILEPSIE.

Vous avez écouté, avec les marques du plus vif intérêt, une lecture qui vous a été faite par M. Herpin, sur le traitement de l'épilepsie.

Je crois indispensable de vous soumettre le résumé des deux observations qui en sont l'objet :

Observ. Ire. — Une jeune fille chlorotique, âgée de 17 ans, dont la cousine germaine avait été atteinte d'épilepsie, et guérie antérieurement par M. Herpin, a une première attaque en septembre 1849, à la suite d'une tentative de viol. Le mois suivant, les règles apparaissent pour la première fois. Quatre autres accès se succèdent pendant les 30 mois qui suivent, à des intervalles qui varient de 10 jours à 2 ans, la malade étant d'ailleurs sujette à de nombreux vertiges quotidiens. En avril 1850, elle a recours aux conseils de M. Herpin, et en 5 mois, la malade prend 256 grammes d'oxyde de zinc. Pas un accès ne reparaît pendant le traitement. Quant aux vertiges, qui étaient presque journaliers, ils diminuent graduellement de nombre et d'intensité pour disparaître tout à fait en juin 1850, époque depuis laquelle la guérison est complète.

Observ. II. — Un paysan, âgé de 25 ans et 1/2, dont l'oncle est aliéné, et la tante a succombé à une paralysie générale, est amené à M. Herpin en mai 1850. Du 4 décembre 1849 au 3 mars 1850, il a eu dix attaques du mal caduc, précédées d'une *aura* vertigineuse, accompagnées de perte de connaissance et de convulsions, et suivies de coma ou de somnolence, puis de céphalalgie et de courbature générale. Un traitement déplétif et révulsif a été employé sans succès. Pendant les 16 premiers mois du traitement dirigé par M. Herpin, le malade prend 602 grammes d'oxyde de zinc, et les accès, d'abord plus fréquens, ne reparaissent que le 23 septembre 1851, après 11 mois d'intervalle. Notre confrère, modifiant le traitement, passe à l'usage du sulfate de cuivre ammoniacal, que le malade continue pendant 14 mois, et dont il absorbe 210 grammes. Pendant cet espace de temps, trois attaques surviennent. M. Herpin, jugeant utile de varier la médication, prescrit la poudre de valériane : cette dernière substance est continuée pendant 16 mois, et la totalité employée s'élève à 26 kil. 500 grammes. Depuis 30 mois, le malade n'a pas eu d'accès, et M. Herpin le considère comme guéri.

Messieurs, voilà deux nouveaux succès à ajouter à ceux déjà publiés par M. Herpin; seront-ils durables? Notre confrère ne semble pas avoir le moindre doute à ce sujet, et pourtant il n'est malheureusement pas rare de voir des épilepsies disparaître pendant des mois, des années même, et reparaître ensuite avec plus d'intensité qu'avant.

Le pronostic de l'épilepsie, pour M. Herpin, est d'autant plus favorable, que le nombre des accès a été moindre. *L'hérédité*, selon lui, n'a aucune influence sur le développement de cette affection.

Le traitement de M. Herpin se fait remarquer moins par la nouveauté des médicamens, que par l'énormité des doses employées, et la prolongation de leur emploi. Ainsi, depuis longtemps on a préconisé les préparations de zinc et de cuivre; Tissot conseillait la valériane, et lui accordait même la première place dans le catalogue des anti-épileptiques; il raconte douze ou quinze guérisons opérées par ce médicament.

La dose administrée par M. Herpin paraît tout d'abord énorme, aussi a-t-il eu soin d'appeler votre attention sur l'innocuité des médicamens prescrits par lui. Il n'a pas eu à déplorer le plus léger accident pendant toute la durée des traitemens.

Au reste, l'estomac, dans cette affection, semble réellement doué d'une tolérance anormale. Ainsi, M. Tacheron, traitant par l'opium un jeune épileptique de 11 ans, commença d'abord par 10 centigrammes. Cette dose fut progressivement augmentée, au point d'être portée, en moins de deux mois, à 6 grammes par jour. Le nitrate d'argent a pu être impunément donné jusqu'à la dose de 75 centigrammes à 1 gramme par jour.

Nous ne pouvons, Messieurs, que donner les plus sincères éloges au zèle infatigable que déploie notre honorable confrère, dans la guerre acharnée qu'il livre à l'épilepsie, car c'est une si horrible maladie, qu'il est du devoir du médecin de chercher à la guérir, tant qu'il ne la croit pas absolument incurable, et de mettre en usage tous les moyens possibles, « fut-ce même l'amputation du gros orteil citée par Tissot, ou « l'ablation des testicules, pratiquée par J. Frank, qui avait remarqué » que *l'aura* partait de ces organes, » en apportant toutefois la plus *grande réserve* dans l'emploi de ces deux moyens, qu'il faut regarder comme *extrêmes*.

Si dans un temps donné, M. Herpin, en face de l'épilepsie, parvient à pouvoir dire avec confiance : *Video, vincam!* Il aura acquis des droits incontestables à la reconnaissance publique, car il aura rendu un service immense à l'humanité.

NOUVEAUX CAUSTIQUES.

M. Laroche, avec le talent que vous lui connaissez, vous a fait deux rapports. Le premier, sur le *Traité des caustiques*, offert à la Société par M. Grimaud. — M. le rapporteur fait le plus grand éloge de la classification adoptée par M. Grimaud, qui divise les caustiques en *rubéfians* et en *albifians*. Les premiers, tels que les alcalins, le chlorure de zinc, etc., etc., agissent sur les capillaires sanguins; les seconds, au contraire, les arsénieux, les mercuriaux, par exemple, stimulent les vaisseaux lymphatiques et veineux. — L'utilité de cette distinction sera vivement sentie lorsqu'il s'agira de faire un choix entre les caustiques. Ainsi le tissu encéphaloïde, produit de la lésion des vaisseaux blancs, devra être attaqué par les caustiques *albifians*, tandis que pour le squirrhe, c'est aux *rubéfians* qu'il faudra avoir recours.

Cependant votre rapporteur pense que M. Grimaud, se laissant peut-être entraîner par une prédilection un peu paternelle pour les caustiques, leur fait une trop large part aux dépens de l'opération chirurgicale proprement dite, qu'il ne recommande que par exception. M. Laroche préfère l'ablation par le bistouri, plus simple selon lui, moins douloureuse aussi, se guérissant d'ailleurs plus promptement, aux plaies irrégulières, aux cicatrisations plus ou moins difformes, aux réparations plus lentes qui suivent l'application des caustiques. Toutefois pour les tumeurs du sein, M. Laroche serait disposé à employer les escarrotiques pour les vieux ulcères, les cancers en état de récidive, et réserverait le bistouri pour les tumeurs mobiles, dépourvues d'engorgemens ganglionnaires voisins, avec ou sans ulcérations.

A part ces quelques différences d'opinion, votre rapporteur ne peut, dit-il, qu'adresser à l'auteur de la brochure ses sincères félicitations pour le soin, la raison, la science qu'il apporte à la recherche de nouveaux caustiques. *Le tri-alcalin* composé de potasse, chaux et baryte; le *quadri-alcalin*, formé de ces premiers élémens et de la strontiane; enfin l'iodure-trialcalin, lui paraissent surtout appelés à de très fréquentes applications. Les caustiques à consistance mielleuse, en particulier, lui semblent une très heureuse innovation; ils se prêtent en effet mieux que les escarrotiques solides ou liquides, à la configuration souvent accidentée des surfaces malades. Ils ne fusent pas et peuvent être portés à l'aide du stylet au fond de longs trajets fistuleux.

L'azotate de cadmium et le double azotate de cadmium et de zinc sont les plus remarquables.

L'auteur pense qu'à l'aide du *trialcalin*, on pourra arriver à obtenir la cure radicale des hernies réductibles.

Un pareil sujet ne pouvait pas rester sans discussion; aussi M. Bonnafond a-t-il demandé de suite la parole pour vous faire connaître son opinion sur l'emploi des caustiques. Il est d'avis qu'on exagère beaucoup leur utilité en chirurgie. Ainsi, pour les tumeurs mobiles ou non, avec engorgement ganglionnaire, l'instrument tranchant, dont on peut limiter l'action, leur est infiniment préférable.

Pour les loupes, M. Nicolas soutient la supériorité des caustiques sur le bistouri; l'énucléation est plus facile, l'opération moins douloureuse; avec un peu d'attention, il est très facile de limiter leur action; après l'incision surviennent très souvent des érysipèles, qui ne se manifestent jamais après l'application des caustiques.

M. Hervé de Lavaur est d'une opinion contraire. Une malade timide avait trois loupes, dont deux furent opérées par le caustique : la troisième fut un peu plus tard enlevée à l'aide du bistouri. Cette dernière opération causa moins de douleur, et la plaie fut guérie avant les deux autres.

M. Voillemier met de côté la question de la douleur, car au moyen de la glace, on obtient une insensibilité à peu près complète des tissus sur lesquels on doit opérer. L'application des caustiques à la cure des loupes est d'un usage récent, comparativement à celui du bistouri. Il n'est donc pas juste de comparer les chiffres des accidens survenus après les deux méthodes. On peut reprocher aux caustiques de détruire les follicules pileux, mais d'un autre côté, on ne voit jamais survenir d'érysipèle après leur emploi.

Les loupes qui offrent du danger à être enlevées avec le bistouri, présentent le même danger par l'emploi du caustique, qui peut en outre donner naissance à des périls inattendus. Ainsi, à l'hôpital Necker, M. Lenoir enlève une loupe, après l'ablation de laquelle on reconnaît que la tumeur reposait sur la dure-mère, à travers une perforation du crâne. En résumé, M. Voillemier accepte volontiers le caustique pour les loupes de petite ou de moyenne dimension, et pour les grandes, il conseille la ponction et la mèche.

M. Bonnafond persiste à accorder la préférence au bistouri, à moins qu'il n'ait affaire à une loupe adhérente, aplatie et à base large. Quant à l'application des caustiques à la cure radicale des hernies, il hésiterait beaucoup à employer un moyen qui, pour un avantage douteux, ferait courir aux malades des dangers certains.

Notre laborieux confrère, M. Foissac, vous a aussi fait connaître un nouveau caustique. C'est le phosphore versé dans l'eau bouillante jusqu'à réduction en grumeaux, que l'on applique sur les points à cautériser. On y met le feu; une déflagration très rapide se produit, une cautérisation profonde, et, selon M. Foissac, médiocrement douloureuse, en est la conséquence. Il ajoute que le phosphore a la propriété de neutraliser le *virus cancéreux*.

DU PHLEGMON PÉRI-UTÉRIN.

Le second rapport de M. Laroche est fait sur la thèse inaugurale de M. Gallard, intitulée : *Du phlegmon péri-utérin, et de son traitement.*

Ce sont des travaux tout à fait contemporains, qui nous ont donné de cette maladie une connaissance exacte. En effet, M. Gallard s'est inspiré pour écrire sa thèse, des publications de MM. Bennett, Huguier, Gosselin, Grisolle, Valleix et Nonat. C'est même dans le service hospitalier de quelques-uns d'entre eux qu'il a réuni les élémens de son travail.

M. Gallard fait d'abord la description anatomique des organes où siége la maladie dont il est question; il explique ensuite qu'il entend par phlegmon péri-utérin *l'inflammation du tissu cellulaire remplissant le vide compris latéralement entre les deux feuillets des légumens larges de la matrice, antérieurement et postérieurement entre le point de réflexion de la séreuse et le point de réflexion de la muqueuse, c'est-à-dire entre le cul-de-sac vaginal et le cul-de-sac péritonéal*,

M. Gallard ne s'occupe du phlegmon péri-utérin qu'en dehors de l'état puerpéral. L'affection a ordinairement au début, une marche aiguë, mais ne conserve pas dans son cours le même degré d'acuité. — Ainsi, dès les premiers jours, on observe du malaise, du frisson, des nausées accompagnées soit de constipation, soit de ténesme vésical ou anal, et d'un appareil fébrile plus ou moins marqué. A cet état succèdent des douleurs locales et des troubles dans la menstruation. Puis, les phénomènes franchement inflammatoires s'amendent, et la douleur diminue. Parfois la tuméfaction locale appréciable au toucher, disparaît complètement pour ne plus revenir. Dans d'autres circonstances, elle se dissipe en partie pour se reproduire à une nouvelle époque menstruelle avec le même cortége de symptômes; parfois encore elle reste stationnaire dans l'intervalle des règles, et subit une sorte de recrudescence congestive au moment de leur retour.

L'auteur n'admet qu'une seule forme de phlegmon péri-utérin, c'est la forme *aiguë*. Pour lui les formes *sub-aiguës* et *chroniques* ne sont pas des *espèces*, mais des degrés différens de la même maladie. M. Laroche adopte complètement cette manière de voir, mais il ne peut partager le regret exprimé par M. Gallard, de n'avoir pas adopté dans le dépouillement de ses observations, la méthode purement numérique. Il pense que le travail de notre confrère aurait perdu la netteté de son ensemble, dans la considération trop étroite des détails.

Comme moyen de diagnostic de la maladie qui nous occupe, l'auteur repousse avec raison l'usage du spéculum. C'est le toucher vaginal et rectal qui fournit les notions les plus exactes sur le siége, l'étendue, la nature et le degré de maturité de la tumeur. L'hystéromètre rend aussi, sous ce point de vue, de véritables services.

Ce sont les sujets forts et bien constitués qui sont le plus fréquemment atteints de phlegmon péri-utérin.

La terminaison de la maladie est le plus souvent heureuse. Les autopsies manquent, et malgré cette lacune, on ne peut porter l'amour de la science au point de regretter l'absence à peu près complète de données anatomo-pathologiques.

Parmi les complications les plus fréquentes de cette affection, M. Gallard signale la métrite, les névralgies, l'hystérie et surtout la chlorose amenée par les troubles digestifs, qui accompagnent cette affection pendant toute sa durée.

Après avoir étudié avec soin le diagnostic différentiel, M. Gallard établit le traitement : Au début, il conseille l'emploi simultané des purgatifs et des antiphlogistiques. Tenant compte de la complication chloro-anémique, il recommande une grande circonspection dans l'usage de ces derniers. Dans l'état chronique, c'est à l'iode intérieurement et aux révulsifs sur l'abdomen qu'il faut principalement avoir recours. Le travail de M. Gallard se termine par le tableau analytique de 53 observations de phlegmon péri-utérin, dans lequel on retrouve les détails numériques qui auraient embarrassé la marche et troublé la clarté de l'exposition, s'ils avaient été placés dans le cours du mémoire.

La thèse de M. Gallard est du plus haut intérêt; elle dénote dans notre jeune confrère un praticien déjà très distingué, et vous avez fait acte de justice en votant son dépôt dans vos archives, et des remercîmens à l'auteur et au rapporteur.

EFFICACITÉ DES ALCALINS DANS LES MALADIES APHTEUSES.

M. Amable Dubois vous a fait la communication suivante sur *l'efficacité du traitement alcalin dans les maladies aphteuses.*

En 1853, notre confrère fut consulté par un ministre protestant, atteint d'une gastro-entérite chronique, remontant à 2 années au moins, occasionnée par un long séjour dans les Indes anglaises. Le malade, âgé de 52 ans, se plaignait de douleurs épigastriques très vives, et d'anorexie accompagnée de soif et de diarrhée muqueuse. Ces accidens cédèrent avec assez de facilité à la diète et au repos, mais se reproduisirent de nouveau à plusieurs reprises, laissant après eux de la fatigue musculaire et de la paresse de l'intelligence.

La voix était devenue faible et voilée, et à chaque récidive de l'affection intestinale, la langue se recouvrait d'un enduit muqueux épais, et d'aphtes qu'on observait également sur le reste de la muqueuse buccale. La cautérisation des aphtes en avait précédemment hâté la guérison, et malgré les sollicitations du malade, M. A. Dubois se refusa à employer ce traitement, mais se borna à l'usage interne de l'eau de Vichy et à des gargarismes permanens avec le même liquide. Sous l'influence de cette médication, cinq jours suffirent pour amener la guérison de la bouche, et au bout d'un mois, le malade était rendu à la santé. En même temps la voix était redevenue claire, et il quitta Vichy complètement rétabli, après deux mois de séjour.

OBSERVATION DE FURONCLE MORTEL.

Tel est le titre d'une communication qui vous a été faite par M. Rothureau, et qui offre d'autant plus d'intérêt que, jusqu'à ce jour, la mort n'a jamais figuré dans le pronostic terminal des auteurs qui ont écrit sur cette affection. Tous s'accordent à dire que la situation des furoncles les rend quelquefois fort incommodes, mais qu'ils ne sont jamais dangereux. — Le cas cité par M. Rothureau est un homme âgé de .... qui fut atteint l'an passé d'un furoncle situé au-dessus de la paupière supérieure. M. Barth traita cette petite affection, qui ne tarda pas à disparaître. Cette année un nouveau furoncle se forma au sommet de la tête. M. Rothureau fit une incision cruciale, à la suite de laquelle la tumeur se vuida et guérit en peu de temps. Des douleurs très vives ayant persisté après la cicatrisation, M. Rothureau présenta son malade à M. Velpeau, qui ne trouva pas de fluctuation, mais qui, jugeant à la persistance de la douleur, qu'il se faisait un travail de suppuration intérieur, fit une incision qui ne soulagea pas notablement le malade. Peu de jours après, celui-ci succombait à une attaque d'apoplexie, probablement causée, suivant M. Velpeau, par un épanchement purulent intra-crânien, dont le point de départ aurait été le furoncle.

Il est regrettable qu'on n'ait pu obtenir l'autorisation de faire l'autopsie et de compléter l'intérêt de cette observation, en confirmant ainsi le diagnostic du savant chirurgien.

Le même regret est à exprimer pour le cas suivant, raconté par M. Mac-Carthy. — M. D... âgé de 56 ans, après une navigation difficile sur la Méditerranée, fut atteint, au mois d'avril dernier, d'un dérangement gastro-intestinal, auquel succéda une constipation opiniâtre, qui résista aux purgatifs les plus énergiques, et amena au bout de quelques jours tous les symptômes d'un étranglement interne.

M. Nélaton, appelé en consultation, jugea à propos de pratiquer un anus artificiel dans la fosse iliaque droite. Le malade succomba deux jours après l'opération, sans présenter les moindres signes de péritonite. Cette observation reste également incomplète, car on ne put obtenir ni de la famille ni de l'autorité la permission de faire l'autopsie.

DU CHLOROFORME DANS LES ACCOUCHEMENS ET LES DOULEURS MUSCULAIRES.

Vous n'avez pas oublié, Messieurs, la persévérance avec laquelle M. Despaulx-Ader faisait, l'année dernière, de consciencieuses expériences avec le collodion, ainsi que les succès nombreux qu'il a obtenus et qu'il vous a signalés. Cette année, c'est à la recherche de l'action thérapeutique du chloroforme dans les accouchemens, qu'il emploie une partie de ses soins. Ayant eu, depuis quelques mois, une série d'accouchemens laborieux, et compliqués de violentes douleurs de reins, il fut à même de faire nombre de fois l'essai de cet agent si actif. Les moyens ordinairement conseillés contre ces douleurs si pénibles, si fatigantes, ayant échoué, M. Despaulx-Ader a employé, et toujours avec succès, le chloroforme étendu sur de la ouate et appliqué *loco dolenti*. La cessation des douleurs, qui était presque immédiate, semblait, suivant lui, déterminer l'accélération du travail, qui prenait dès lors une marche tout à fait normale.

M. Baret a eu également à se louer de l'emploi de cet anesthésique, non-seulement dans le traitement de la douleur rénale des femmes en couche, mais encore dans le lumbago. Il recouvre la ouate imbibée de chloroforme, et appliquée sur les reins, d'un morceau de toile gommée, dans le but d'empêcher la volatilisation du médicament.

DE L'APPLICATION DE LA GUTTA-PERCHA AUX DENTIERS ARTIFICIELS.

Vous avez chargé notre honorable confrère, M. Duvivier, de vous faire connaître son opinion sur une brochure qui vous a été offerte par M. le docteur Delabarre, dentiste, et intitulée : *De la gutta-percha et de son application aux dentiers artificiels.* — La tâche était assez délicate et difficile; car d'abord des liens d'une étroite amitié unissent l'auteur et le rapporteur, et ensuite ce sujet spécial est tout à fait en dehors des travaux qui vous occupent ordinairement. Cependant, M. Duvivier s'en est acquitté avec autant de talent que d'impartialité, et de manière à mériter les remercîmens que vous lui avez votés séance tenante.

« Parce que l'*art dentaire* et la *stomatonomie* sont exploités par » des hommes sans instruction comme sans moralité, vous a dit M. Du» vivier, est-ce une raison pour rejeter les travaux offerts aux corps » savants par les dentistes qui, depuis un demi-siècle, ont fait pro» gresser cet art par de sérieuses études en anatomie et en physiologie? » Non, assurément, et les sociétés qui agiraient ainsi manqueraient à » leur but et s'exposeraient aux reproches d'exclusion et d'intolérance. »

Dans sa brochure, M. Delabarre fait preuve d'une instruction réelle. Il insiste sur ce fait, signalé déjà par les anatomistes, M. Cruveilhier, entre autres, que chez le vieillard, non seulement par suite de la chute des dents, mais encore par la résorption du bord alvéolaire, la mâchoire inférieure perd considérablement de sa hauteur (environ 22 millim.!). Il en résulte pour le dentiste l'obligation de remplacer dans ses pièces artificielles, et les dents et la portion disparue qui les soutenait. Il reproche aux pièces d'hippopotame, dites osanores, leur décomposition rapide et la fétidité que, par suite, elles communiquent à l'haleine; aux pièces pourvues de plaques métalliques les douleurs qu'occasionne la compression qu'elles exercent, si elles sont ajustées avec précision, et leur inutilité dans le cas contraire. La gutta-percha, dont il fait une description intéressante et détaillée, lui paraît exempte des inconvéniens propres aux substances habituellement employées. Elle est inattaquable par les acides et les alcalis, inodore, légère, élastique, facile à mouler et à manier, et lui semble appelée à rendre les plus grands services dans la fabrication, la rectification et la pose des dentiers artificiels. Un de ses principaux avantages, dit M. Delabarre, est d'épargner aux personnes forcées d'y avoir recours, ces douleurs névralgiques dont les appareils à plaques métalliques sont trop souvent la cause.

M. Delabarre, en considérant la *stomatonomie*, non comme un art mécanique, mais comme une science se rattachant à la médecine et à la chirurgie, a imposé à la prothèse dentaire une forme plus régulière et lui a ouvert la véritable voie du progrès.

En terminant, M. le rapporteur a recommandé à la société d'examiner, sans prévention, ces ingénieux dentiers propres à remédier aux vices de la parole, aux difficultés de la mastication et à la déformation du visage. Vous avez adopté, avec empressement, ses conclusions tendant à adresser des remercîmens à l'auteur et à déposer honorablement sa brochure dans vos archives.

TRAITEMENT DE L'AMAUROSE ET DE LA SURDITÉ PAR L'ÉLECTRICITÉ.

M. Andrieux vous a entretenus du nouveau traitement par l'électricité, qu'il emploie contre l'*amaurose d'origine nerveuse*. Pensant avec M. Flourens que les tubercules quadrijumeaux donnent la sensibilité à la rétine, il conçut l'idée de changer la direction jusqu'alors donnée à l'électricité et de faire passer les courants par le globe oculaire. Plusieurs cas de guérison ont déjà prouvé à M. Andrieux qu'il doit fonder de grandes expériences sur ce nouveau mode de traitement.

M. Thomas a guéri plusieurs fois aussi l'*amaurose récente*, par l'application de l'électricité à l'aide de l'appareil de Breton frères; mais c'est par les conduits auditifs qu'il dirige les courans électriques.

M. Duchenne de Boulogne vous a dit qu'il avait obtenu d'excellens résultats de l'emploi de l'électricité dans la surdité. Une femme avait été anosmise pour le traitement d'un rhumatisme articulaire à l'usage du sulfate de quinine à dose assez élevée. Il lui resta une surdité à peu près complète des deux côtés, qui durait depuis six semaines, lorsqu'on eut l'idée de soumettre les organes auditifs à l'excitation électrique. Un liquide étant introduit dans le conduit auditif externe, on y plongea un excitateur, et un second conducteur ayant été mis en contact avec l'apophyse mastoïde, on fit traverser les organes par un courant très faible. Immédiatement après l'opération, l'ouïe revint du côté excité et reparut aussi de l'autre côté quelques jours après qu'il eût été soumis au même traitement.

M. Duchenne a vu, dans le service de M. Briquet, un grand nombre d'hystériques atteintes de tintemens d'oreilles et de surdités assez rebelles, et il est maintenant en mesure d'affirmer que huit fois sur dix, ces accidens cèdent à l'application de l'électricité; l'ouïe revient presque

toujours immédiatement, et l'on voit aussi disparaître sur-le-champ des sifflemens incommodes et des bourdonnemens opiniâtres.

EMPLOI DE LA GLACE APRÈS L'OPÉRATION DE LA CATARACTE PAR ABAISSEMENT.

Parmi les lectures qui vous ont vivement intéressés, je ne dois pas oublier celle qui vous a été faite par M. Magne sur les *heureux effets de la glace, appliquée sur l'œil immédiatement après l'opération de la cataracte par abaissement*. Il y a déjà plusieurs années que M. Magne a communiqué à l'Académie des sciences et à la Société de médecine pratique ses premiers essais sur ce moyen thérapeutique ; il ignorait alors que MM. Baudens, Guersant et Chassaignac l'eussent déjà employé en semblables circonstances. Cependant il fait observer qu'il existe des différences marquées entre la méthode de M. Baudens et la sienne : ces différences ont rapport au mode d'application de la glace, à l'époque où il convient de l'employer, et enfin au temps qu'elle doit être conservée. Pour le mode d'application, M. Baudens place tout simplement sous le bandeau soulevé par en haut et entre les plis d'une compresse, un petit morceau de glace aplati, rarement plus gros qu'une amande et portant en plein sur le globe oculaire, évitant toutefois de le comprimer. Il dépose sur la paupière, et surtout dans les angles et dans les dépressions, quelques brins de charpie fine, et quand le froid est trop intense, il enlève un peu de glace, où mieux il place sur la région oculaire quelques brins de charpie de plus, afin que la glace agisse moins directement. La glace fond très lentement, et l'eau qui en découle tombe doucement dans une petite éponge soutenue sur la joue par un mouchoir : de cette façon il obtient ce qu'il appelle un cataplasme de glace. Ce cataplasme, suivant M. Baudens, répartit le froid d'une manière uniforme et avec une précision, que le sac de baudruche, employé par M. Magne, ne saurait donner. D'ailleurs, le sac de baudruche donne un froid privé d'humidité, tandis que sa compresse est un sac perméable, qui procure un froid humide bien préférable et toujours au même degré d'intensité.

M. Magne est complétement opposé au mode d'application de la glace suivi par M. Baudens. Il offre l'inconvénient d'inonder le linge et l'oreiller du malade, de provoquer des coryzas, des bronchites, et par conséquent une toux très préjudiciable, car l'œil opéré se trouvera exposé à des secousses sans cesse renouvelées. Le sac de baudruche, au contraire, évite tous ces inconvéniens. On y introduit un morceau de glace plat et des dimensions d'un œuf de pigeon, que l'on renouvelle dès qu'il n'est plus gros que comme une noisette. Pour repousser le reproche de froid sec adressé à la baudruche par M. Baudens, il suffit de dire que celle-ci est si facilement perméable, qu'il est presque indispensable de la mettre double.

Ce qui sépare surtout ces deux honorables praticiens, c'est la durée d'application et partant le mode d'action de la glace. M. Baudens, par sa méthode, soustrait du calorique morbide, tandis que M. Magne ne soustrait que du calorique normal, puisqu'il applique la glace immédiatement après l'opération, à une époque où il ne peut encore y avoir de calorique morbide. En d'autres termes, M. Baudens *combat* l'inflammation, et M. Magne la *prévient*.

M. Magne présente à l'appui de sa pratique une collection imposante de 29 opérations. — 25 fois il a constaté l'absence de tout phénomène inflammatoire. Sur 4 cas, dans lesquels l'inflammation a paru, 3 fois la glace avait été appliquée par intervalle ou avec inintelligence. Le quatrième insuccès a eu lieu chez une malade qui avait voulu être opérée des deux yeux le même jour.

Quant aux cas de succès obtenus, ils sont plus nombreux que par les autres médications employées. Sur 18 opérations, M. Magne a constaté 13 succès complets, 4 demi-succès et un insuccès (celui de la malade opérée des deux yeux le même jour). Encore met-il au nombre des demi-succès les cas où les malades voyant assez pour se conduire et distinguer les objets, les couleurs, ne retrouvent pas un degré de vision convenable pour lire et écrire.

En conséquence, M. Magne croit pouvoir formuler les conclusions suivante :

1° La glace appliquée sur l'œil immédiatement après l'opération de la cataracte par abaissement, et renouvelée sans interruption pendant trois fois vingt-quatre heures, prévient l'inflammation consécutive ;

2° La glace, à la suite de l'opération de la cataracte par abaissement, contribue au rétablissement de la vision d'une manière beaucoup plus efficace que les autres médicamens généralement employés ;

3° La glace, en s'opposant aux suites inflammatoires des opérations de cataracte par abaissement, avance singulièrement l'époque à laquelle l'opéré peut faire usage de l'œil qui lui a été rendu.

Depuis la lecture de ce travail, dont les observations remontent à 8 ou 10 mois, M. Magne m'a encore communiqué plusieurs cas nouveaux, qui ont offert les mêmes succès que les précédens. Je dois ajouter que j'ai moi-même été témoin de plusieurs opérations, dont les résultats ont été tout à fait concluans en faveur de la méthode adoptée par notre confrère.

FRACTURE DU COL DU FÉMUR ; FRACTURE DE LA ROTULE, ET RUPTURE DU LIGAMENT ROTULIEN.

M. Bonnafond vous a raconté plusieurs cas intéressans, dont voici les principaux :

1er Cas. — Un sapeur fut amené à l'hôpital militaire du Roule, à la suite d'une chute de 35 à 40 pieds, au palais de l'exposition des Beaux-Arts. Notre confrère constata une fracture du fémur dans le voisinage du col, une fracture de l'avant-bras, et une plaie du front. La fracture du membre supérieur fut réduite à l'instant ; celle de la cuisse a été maintenue à l'aide d'un appareil particulier, et le blessé, soumis à un traitement antiphlogistique énergique, nécessité par des accidens cérébraux très graves. Le membre inférieur a été placé en demi-flexion sur un appareil incliné, dont la planche inférieure, munie d'une mortaise destinée à recevoir les liens de l'extension, dépassait le membre de 30 centimètres. La contre-extension, soutenue par un drap transversal, fut fixée au lit du côté opposé à la fracture. Au bout de 45 jours, le malade était presque en état de reprendre son service.

2me Cas. — Un voltigeur est également entré à cet hôpital à la suite d'une plaie d'arme à feu, qui a perforé le nez et détruit les os propres de cet organe, et un œil. M. Bonnafond a remédié par l'autoplastie à la difformité qui résultait de cette grave blessure.

3me Cas. — Un sapeur glisse sur le verglas et tombe à côté d'une voiture, dont une roue rase le côté gauche, la hanche, et passe sur le genou du même côté. Au premier examen du blessé, on constata, malgré la douleur et le gonflement, la rupture du ligament rotulien, et en déprimant légèrement la peau, on arrivait sans rencontrer d'obstacles jusque sur les condyles du fémur. Il fallut, à cause du gonflement inflammatoire, renoncer à l'application du bandage contentif ordinaire, et plaçant simplement le membre dans l'extension sur une planche garnie, notre confrère prescrivit des irrigations froides, qui furent continuées pendant 23 jours. Ce ne fut que le 12me jour que le gonflement ayant diminué, permit de s'assurer que la rotule était fracturée transversalement, et le fragment inférieur brisé en deux parties.

Le 20me jour on appliqua un appareil destiné à rapprocher les fragmens. Il fut maintenu pendant 3 mois sans accident, le talon étant élevé à 20 cent. au-dessus du niveau du bassin. A la levée de l'appareil, on reconnut que les fragmens de la rotule étaient réunis, et qu'un tissu fibreux, dur et résistant avait remplacé le ligament rotulien. Les mouvemens étaient très bornés. Dans les réflexions dont M. Bonnafond fait suivre cette observation, il remarque que la tubérosité du tibia n'a pas été brisée, fait en contradiction avec l'opinion de M. Nélaton, qui pense que dans les accidens de la nature de celui-ci, la tubérosité doit toujours suivre le ligament arraché. M. Bonnafond attribue ici la rupture du ligament à l'effet musculaire, et la fracture de l'os à l'action de la roue.

CATHÉTÉRISME DE LA TROMPE D'EUSTACHE.

M. Boulu vous a rendu compte d'un mémoire de M. Bonnafond, sur le *cathétérisme de la trompe d'Eustache*.

M. Bonnafond décrit deux variétés de rétrécissement de la trompe. La première consiste en des coarctations dues au gonflement de la muqueuse ou à des indurations partielles ; la seconde est le résultat d'un repli valvulaire, situé à 15 ou 20 millimètres de l'ouverture du conduit auditif, et faisant obstacle soit au passage de l'air, soit à l'excrétion des liquides. Pour les rétrécissemens du premier genre, M. Bonnafond a recours à la simple dilatation, et pour vaincre l'obstacle valvulaire, à la dilatation avec déchirement de la valvule, ou à sa destruction par le caustique. 6 malades traités pour cette affection durent leur guérison, trois à la dilatation avec déchirement, trois à la dilatation avec cautérisation.

M. Bonnafond préfère les sondes en argent à celles en caoutchouc. Il se sert d'un instrument coudé à 45 degrés et armé de deux œillets latéraux, qu'il fixe au nez au moyen de pinces de son invention. Celles-ci ont l'avantage de laisser libres les mains de l'opérateur, qui emploie alors la sonde comme conducteur, pour tous les moyens curatifs que le chirurgien juge à propos d'introduire dans l'oreille moyenne.

Votre rapporteur s'est plu à constater le mérite réel de ce mémoire, et à reconnaître tout ce qu'il y a d'ingénieux dans les procédés décrits et mis en usage sous ses yeux par M. Bonnafond.

RAPPORT SUR LES TRAVAUX DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE POITIERS, PAR M. GALLARD.

La Société de médecine de Poitiers vous a adressé plusieurs bulletins de ses travaux. M. Gallard, qui a bien voulu se charger de vous en rendre compte, signale, au début de son travail, l'importance des relations établies ou à établir avec les autres Sociétés médicales de France, sous le double point de vue des rapports de bonne confraternité d'une part, et de l'autre, des élémens précieux qu'elles pourraient fournir à l'étude des constitutions médicales. En effet, les observations faites à la fois sur tous les points du territoire et portées par des envois réciproques à la connaissance du corps médical, pourraient faciliter ou compléter les travaux des commissions de statistique.

Indépendamment des alinéas intitulés *constitutions médicales*, les brochures dont M. Gallard a eu à s'occuper renferment plusieurs travaux originaux d'une valeur scientifique incontestable.

C'est d'abord une observation de *tétanos traumatique* guéri par les opiacés et les bains d'air chaud. Un homme de 34 ans, atteint d'une plaie contuse de la face dorsale du gros orteil, avait vu s'amender graduellement la plupart des phénomènes locaux ; mais il commença à ressentir le quatorzième jour une roideur dans le col et la mâchoire. Les symptômes ayant augmenté, le malade eut recours, le dix-septième jour, aux conseils de M. le docteur Delaunay, qui reconnut un véritable tétanos et lui opposa, sans délai, un traitement des plus énergiques, basé principalement sur les opiacés à haute dose et les bains d'air chaud, à l'emploi desquels le médecin crut devoir attribuer la guérison de son malade. M. Gallard n'est pas disposé à considérer les bains d'air chaud comme méritant les honneurs de la victoire. C'est au laudanum administré en doses croissantes, de 1 à 3 grammes par jour, et continué à cette dose pendant plusieurs jours, qu'il faudrait principalement l'attribuer. Le malade a, d'ailleurs, été soumis à une médication complexe : outre six bains d'air chaud et deux fumigations, il a pris onze bains d'eau tiède et deux bains de vapeur. A l'aide de ces moyens combinés, le narcotisme et la diaphorèse furent obtenus et le malade sauvé. Vient ensuite un travail sur les tumeurs érectiles, vasculaires, fongueuses, adressé à la Société médicale de Poitiers par M. le docteur Cabaret. Plus loin, M. Gallard signale un fait d'herpès tonsurant guéri sans topiques, par un traitement analeptique ; puis une observation de trachéotomie pratiquée pour extraire un haricot séjournant depuis huit jours dans les voies aériennes et qui, en raison du milieu humide où il était plongé, avait triplé de volume.

Le bulletin de la Société de médecine de Poitiers renferme encore le relevé de la clinique chirurgicale faite à l'hôtel-Dieu par M. le professeur Gaillard. Votre rapporteur a surtout été frappé par un cas de gangrène sèche spontanée des deux jambes, consécutive à l'oblitération des veines, chez un homme de 45 ans. Il regrette beaucoup qu'on ait omis de dire si le malade avait fait usage de pain contenant du seigle ergoté, surtout en découvrant que par une coïncidence au moins singulière, d'autres cas d'ergotisme gangréneux se présentaient à la même époque, à Lyon et dans d'autres départemens.

Pour les fractures, M. Gallard décrit un appareil à planchettes de son invention qui paraît, à votre rapporteur, présenter une certaine utilité pour les fractures de jambes.

Enfin, un dernier chapitre, consacré à la cataracte, donne les résultats de seize opérations pratiquées sur treize malades. Treize de ces opérations ont réussi malgré la hernie de l'iris qui s'est produite trois fois, et à laquelle l'auteur n'accorde qu'une médiocre influence sur la marche de la guérison. Il n'en est pas de même de l'iritis qui survient du cinquième au dixième jour. Il la considère comme de nature rhumatismale et résultant d'une diathèse antérieure. Elle est toujours précédée, dit M. Gaillard, d'une douleur de dents qui, pour lui, est caractéristique. La solution d'atropine, dont il se sert pour obtenir la dilatation de la pupille, est de 5 centigrammes pour 20 grammes d'eau.

M. le rapporteur a été au devant de vos intentions en vous demandant : 1° de déposer honorablement les bulletins de la Société de médecine de Poitiers dans vos archives ; 2° d'adresser chaque année à cette Société un exemplaire de nos comptes-rendus ; 3° d'inviter votre secrétaire général à lui transmettre avec vos remercîmens, la prière de continuer l'envoi annuel de son bulletin.

M. Magne, sans chercher à discuter les opinions toutes personnelles de M. le docteur Gaillard, sur le peu d'importance de la hernie de l'iris, ne peut cacher son étonnement sur la faiblesse de la solution d'atropine employée par ce chirurgien. Car lui se sert de la solution suivante, qui est exactement *vingt fois* plus forte que celle de M. Gallard : R : *atropine 15 centigrammes ; eau distillée 3 grammes ; alcool 3 gouttes ; acide nitrique 1 goutte*. — Une seule goutte de cette solution introduite entre les paupières, amène toujours en dix ou douze minutes une dilatation énorme de la pupille.

Vous avez encore entendu la lecture de plusieurs rapports faits : l'un par M. Rothureau sur le compte-rendu de l'Association des médecins de la Seine, par M. Cabanellas.

Un autre, par M. Dalpiaz, sur le compte-rendu des travaux de la Société du onzième arrondissement pendant les années 1852-53-54.

M. le docteur Brochin a rédigé la première partie qui a trait aux années 1852 et 1853. M. le docteur Machelard s'est chargé du compte-rendu de l'année 1854. Parmi les faits intéressans qui vous ont été signalés par votre rapporteur figure celui d'une femme atteinte de rhumatisme articulaire, qui présentait un souffle prononcé au premier bruit du cœur, et qui fut prise de gangrène du membre inférieur. A l'autopsie, on trouva une aiguille à cheveux faisant saillie dans l'intérieur du ventricule gauche. M. Houël, à qui appartient cette curieuse observation, a cherché en vain à établir les rapports de cause à effet entre les accidens notés pendant la vie et la lésion matérielle du cœur.

M. Dalpiaz vous a cité ensuite les discussions relatives à l'atrophie musculaire progressive, à la pneumonie, à la fièvre typhoïde et à la syphilis, qui ont été la base principale des travaux de la Société du onzième arrondissement pendant l'année 1854, et qui, toutes, offrent le plus grand intérêt.

DU LAIT CHEZ LES FEMMES A L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE MALADIE.

Enfin, M. Moynier a inauguré son arrivée parmi vous par un rapport extrêmement soigné, qui vous a mis à même de juger son savoir et son talent, et qui est digne en tous points de l'ouvrage important qui en est l'objet. Cet ouvrage, dû à la plume de MM. Vernois et Becquerel, est intitulé : *Du lait chez la femme à l'état de santé et de maladie.*

Je ne puis vous donner une idée plus exacte de sa valeur qu'en vous citant les propres paroles de votre rapporteur.

« Les recherches de MM. Vernois et Becquerel sur la composition du » lait ont, dit M. Moynier, droit de cité dans la science : elles ont, dès » leur apparition, piqué vivement la curiosité et, privilége des choses » sérieuses, dirigé dans le même sens de nouvelles recherches, sus- » cité de vives critiques auxquelles, du reste, les auteurs ont victorieu- » sement répondu. Ce travail est si riche de faits que la tentation était » grande pour votre rapporteur qui, ne voulant pas être trop long, » avait besoin de courage pour retrancher, tant il lui semblait utile » de tout conserver. »

Les recherches sur la constitution du lait de la femme correspondent à trois époques bien distinctes dans l'histoire de la science. Dans la première se rangent tous les auteurs anciens, qui n'avaient à leur aide que l'observation des phénomènes extérieurs, et qui ont caractérisé le lait par les signes physiques apparens et saisissables. Ces signes s'appliquaient à la considération de la couleur, de la saveur, de l'odeur, de la viscosité, de la quantité. Jusqu'à cette époque, il n'existe aucune notion précise sur les altérations du lait de la femme pendant les maladies.

Il faut, pour entrer dans la seconde période, arriver au XVIIe siècle ; là encore on retrouve l'étude des conditions physiques dominant les recherches sur le lait. Mais les auteurs commencent à approfondir la question : non contens de travailler avec leurs propres sens, ils cherchent à exagérer les faits soumis à leur observation, et alors on voit naître l'étude microscopique des tissus et des liquides, véritable acheminement à l'examen chimique, puisqu'il allait demander à l'intimité de la matière la nature de ses élémens constitutifs. Le microscope donc ouvrit une nouvelle ère aux médecins et aux naturalistes, et ce fut à ce moment que parut une indication vague des globules du lait, d'abord dans Borellus (1656), puis dans Kircher (1658), mais c'est à Leuwenhoëck que revient la découverte réelle des globules du lait (1722).

C'est au XIXe siècle qu'était réservé le perfectionnement de toutes les notions qu'on possédait. C'est aussi là que commence la troisième période, la plus importante, parce qu'elle est la plus complète. Elle est marquée par la continuation de plus en plus remarquable des études microscopiques, et voit successivement éclore dans ce genre les travaux de Tréviranus, Hodgkin et Lister, Weber (1830), Quevenne (1841), Romanet (1842).

Mais ce qui distingue cette époque des précédentes, c'est l'étude de la composition chimique élémentaire. On eut alors la réunion de tous les caractères physiques, chimiques, microscopiques. Ce n'est que tout récemment que, d'après les recherches de M. Biot, et les indications de MM. Regnault et Poggiale, on y a ajouté l'observation optique ou rotatoire, pour l'étude du sucre, comme on y avait auparavant joint l'application du microscope pour la recherche plus directe des quantités de beurre.

Mais parmi tous les travaux publiés depuis vingt à vingt-cinq ans, c'est à peine si quelques auteurs ont eu en vue l'étude spéciale du lait de la femme.

Les recherches sur le lait en général, et celui de la vache en particulier, ont été beaucoup plus approfondies. Les analyses publiées par Berzelius, Dupuy, Parmentier et Deyeux, Payen, Thénard, Péligot, Quevenne, et tout récemment par M. Regnault, sont dignes des plus grands éloges. Tous les traités des maladies des enfans et les traités spéciaux d'accouchement renferment encore beaucoup de documens, non seulement sur la constitution du lait à l'état normal, mais surtout à l'état pathologique.

Après l'énumération de tant de travaux, on pourrait croire que l'étude du lait est à peu près faite et n'a plus besoin que de quelques perfectionnemens de détail. Sous le rapport des caractères physiques et microscopiques, cela peut être vrai, mais il n'en est plus de même au point de vue chimique et optique. Si surtout le médecin au lit du malade reprend l'étude de tous les cas où le lait de la nourrice doit être étudié et analysé, alors tout est à refaire. C'est à ce nouveau travail que les auteurs ont consacré ce mémoire. Ils ne se sont pas donné la mission de faire un traité complet de la composition du lait : Ils ont admis comme démontrés et comme vrais, en général, les travaux si nombreux publiés sur l'état physique et microscopique du lait, pour ne s'occuper principalement que des caractères chimiques et optiques de ce liquide.

Avant d'aborder l'exposition des faits qui forment la base de ce mémoire, il est indispensable de dire dans qu'elles conditions les auteurs se sont placés pour les recueillir, les étudier et les analyser. Ils colligeaient en même temps dans les hôpitaux et ailleurs les observations et le lait qui devait être soumis à l'examen. Les questions suivantes étaient toutes posées et résolues : 1° l'âge de la nourrice ; 2° l'état de santé ou de maladie ; 3° la constitution ; 4° l'âge du lait ; 5° l'état des seins ; 6° multiparité ou primiparité ; 7° suspension, retour ou présence des règles ; 8° alimentation bonne ou médiocre ; 9° quantité du lait ; 10° montée facile ou non ; 11° état de santé du nourrisson.

Voici la description du procédé d'analyse employé :

Il faut agir sur environ 60 grammes de lait, que l'on partage en deux portions de 30 grammes chacune.

Traitement de la première portion. — On fait dessécher les 30 grammes dans une étuve, à une température qui ne dépasse pas 60 à 80 degrés centigrades. On s'assure que la dessication est complète quand le résidu solide ne perd plus sensiblement de son poids. On pèse ce résidu et la différence qui existe entre son poids et celui de la quantité mise à dessécher donne : 1° La quantité d'eau ; 2° La quantité des parties solides renfermées dans 30 grammes de lait. Le résidu solide est recueilli et traité par l'éther. Cette opération fournit le poids du beurre. Ce qui reste contient le caséum, le sucre, les matières extractives, les sels solubles et insolubles. On incinère dans une capsule de platine, et le résidu donne le poids des sels contenus dans 30 grammes de lait.

Traitement de la deuxième portion. — Les 30 grammes restant sont coagulés en les chauffant avec une goutte de présure et quelques gouttes d'acide acétique. On filtre et le résidu constitue le sérum du lait. Il renferme :

1° Le sucre de lait ; 2° les matières extractives ; 3° les sels solides.

Pour connaître la quantité de sucre, on soumet le sérum au polarimètre, et le degré de déviation du rayon polarisé donne, au moyen d'une table construite à l'avance, la quantité exacte du sucre de lait contenu dans 1,000 grammes de sérum de lait. Par ces deux séries d'opérations on a le poids : 1° de l'eau ; 2° des parties solides ; 3° du beurre ; 4° du sucre de lait ; 5° des sels. Tous les élémens du lait étant alors connus, sauf le caséum, il suffit d'une simple soustraction pour arriver à déterminer son poids.

La première conséquence à tirer de ces expériences était la détermination de l'état normal et physiologique du lait, et c'est ce à quoi les auteurs se sont d'abord appliqués dans la première partie de leur travail.

A l'état normal, la composition du lait de la femme donne, sur 1,000 grammes :

Eau.	88,908
Parties solides.	110,92
Sucre.	43,64
Caséum et matières extractives. .	39,24
Beurre.	26,66
Sels par incinération.	1,38

La densité est de 1032,67.

Ensuite MM. Vernois et Becquerel ont étudié les diverses influences qui peuvent amener des modifications dans sa composition.

1° *L'âge de la nourrice* n'apporte pas de modification sensible dans la densité, le poids de l'eau et celui des parties solides. Une différence réelle n'existe qu'aux points extrêmes de l'échelle. Le caséum, le beurre et les sels, de 15 à 20, et de 30 à 35 ans, marchent dans les mêmes proportions.

Il y a, dans le lait des nourrices de 15 à 20 ans, beaucoup plus de parties solides que dans celui des nourrices âgées de 35 à 40 ans.

La période qui se rapproche le plus de l'état physiologique est placée entre 20 et 30 ans.

2° *L'âge du lait* de 1 à 15 jours offre une diminution légère de densité, une diminution constante de la quantité d'eau (résultat de l'excès de beurre), une augmentation en sens inverse des parties solides, diminution du sucre, augmentation du caséum, du beurre et des sels.

3° *L'état colostral* augmente surtout la quantité du beurre.

4° La composition du lait, dans la constitution *faible*, reste à peu près normale. Dans la constitution *forte*, le poids des parties solides diminue; le sucre et le caséum sont surtout atteints.

5° *La gestation*, vers sa fin, augmente la quantité des élémens solides du lait. Au début, elle n'altère pas sa composition.

6° Chimiquement parlant, le lait des nourrices primipares se rapproche plus de la moyenne physiologique que celui des nourrices multipares.

7° *Le développement des mamelles* n'exerce pas une influence notablement appréciable sur ce liquide.

8° *La suspension des règles* ne présente, en moyenne, qu'une très-légère modification dans l'état physiologique; leur présence amène une grande diminution dans la densité.

9° Le lait des femmes à cheveux noirs l'emporte en qualité sur celui des femmes à cheveux blonds, parce qu'il se rapproche davantage de la composition physiologique, et que, comparé au lait opposé, élément par élément, il conserve partout la supériorité.

10° *La grande quantité de lait* chez la femme ne fait pas varier la densité.

11° *L'état de maladie du nourrisson* amène constamment un abaissement de densité, diminution du poids de l'eau.

12° La première et la dernière traite chez la femme, ne donnent pas lieu aux différences qu'on remarque chez la vache, l'ânesse et la chèvre.

Dans la seconde partie de leur mémoire, MM. Vernois et Becquerel étudient l'influence des maladies sur la composition du lait.

L'étude des altérations que subit le lait sous l'influence des maladies est une question à peu près vierge, pour la solution de laquelle les auteurs n'ont trouvé que fort peu de documents dans la science. Leur travail commence donc à combler cette regrettable lacune.

Le fait saillant, dans les maladies aiguës, c'est la diminution de l'eau et du sucre, l'augmentation du beurre et du caséum; dans les affections chroniques, la déperdition du caséum et l'augmentation du beurre.

Les analyses qui ont conduit à ces résultats portent sur dix-huit cas de maladies aiguës et vingt-sept d'affections chroniques.

Dans la phthisie pulmonaire le début de l'altération du lait coïncide avec l'apparition de la diarrhée et de l'amaigrissement.

Dans la syphilis on voit descendre le chiffre du beurre et du caséum, et s'élever celui du sucre et de l'eau.

Les conclusions pratiques de ces faits sont les suivantes :

1° Une femme atteinte de maladie aiguë ne doit pas être privée de son nourrisson. Il faut le lui laisser pour entretenir la sécrétion. Le lait n'est pas alors malsain, mais insuffisant à la nutrition, et l'enfant doit recevoir d'autres alimens.

2° *Dans les maladies chroniques*, la phthisie, par exemple, on peut continuer l'allaitement jusqu'à la manifestation de la diarrhée et de l'amaigrissement.

3° Un trouble moral profond peut subitement altérer les qualités du lait de manière à le rendre tout à fait impropre à la nutrition. C'est au moins ce que l'analyse du lait, faite une seule fois, il est vrai, dans de pareilles circonstances, a permis aux auteurs de reconnaître.

Enfin, une troisième partie de ce remarquable mémoire est consacrée à l'examen du lait chez les animaux domestiques. Vous voyez, en effet, Messieurs, qu'il est assez riche de faits soigneusement observés, d'analyses sévèrement faites, de conclusions rigoureusement tirées et qu'il est bien digne de la place que vous lui avez indiquée dans nos archives.

M. Bonnafond vous a présenté quelques instrumens de chirurgie, inventés par M. le docteur Dechange, médecin militaire belge. Ce sont: 1° un spéculum, à manche mobile, dont le mandrin creusé en étui peut renfermer les instrumens nécessaires à la cautérisation du col de l'utérus; 2° une pince œsophagienne à charnière, pouvant se plier à différens angles et s'accommoder aux diverses courbures du conduit pharyngien.

Vous avez, d'un commun accord, reconnu tous les avantages que présentent ces modifications importantes apportées à des instrumens dont l'un est toujours si embarrassant, et l'autre d'un emploi souvent difficile, en raison de leur conformation, et vous n'avez pas hésité à accorder des félicitations et des remercîmens à l'inventeur.

M. Leroy d'Étiolles vous a fait voir un exemple remarquable de rupture spontanée d'un calcul dans la vessie.

DU DRAGONNEAU OU VER FILAIRE.

J'ai eu la bonne fortune de pouvoir soumettre à votre examen un dragonneau, ou ver filaire de Médine, qui a été extrait du talon d'un petit nègre, par M. le docteur Legras, médecin à Saint-Denis (Ile de la Réunion). Aucun de vous n'avait encore vu ce curieux entozoaire, que vous ne connaissiez que de nom, et sur lequel l'ignorance et l'amour du merveilleux ont accumulé tant de fables plus ou moins ridicules. Pendant fort longtemps même on a révoqué en doute l'animalité du filaire de Médine, dans lequel les auteurs persistaient à ne voir qu'une veine allongée, un nerf, un lambeau de tissu cellulaire, etc., etc. Mais les recherches de Kempfer, Chardin, Dampier, Lind, Bruce, Grégor, etc., ont eu pour résultat de détruire de semblables erreurs; aujourd'hui tous les médecins sont d'accord sur la nature du dragonneau, et vous avez vu vous-mêmes qu'il n'y a pas le moindre doute à conserver à cet égard. Je n'ai pas l'intention de vous décrire l'origine, le développement du filaire, le siége qu'il occupe, les symptômes qu'il détermine, mais je désire fixer votre attention sur la nullité du progrès relatif à son traitement. On lit dans la nouvelle et excellente traduction de Paul d'Égine, que nous devons à notre savant et modeste confrère, M. René Briau, que, de son temps, les médecins *faisaient attacher à la portion déjà extraite du ver, un petit morceau de plomb, qui, par son poids, devait entraîner le reste petit à petit.*

Aujourd'hui on fait encore de même; seulement au lieu du morceau de plomb, on se sert d'un peu de papier ou d'une plume de corbeau, autour desquels on enroule le filaire à mesure qu'il sort; et on attend. On s'oppose à sa rentrée, mais on attend qu'il veuille sortir. En sorte que cette extraction est quelquefois fort longue, au point de durer des semaines, des mois entiers, temps pendant lequel peut arriver la rupture du dragonneau, que tous les auteurs s'accordent à regarder comme une complication des plus redoutables, ordinairement *suivie d'une série d'accidens formidables et même souvent de la mort.*

En présense de semblables dangers, ne semble-t-il pas extraordinaire qu'une affection, dont les premières notions remontent au delà d'Hippocrate, soit arrivée jusqu'à nous, sans que la science ait rien fait pour sa guérison?

L'explication la plus admissible de cette lacune, est que le dragonneau se rencontre exclusivement dans des pays où les vrais médecins sont très rares et où la médecine, presque à l'état d'enfance, est abandonnée à l'exploitation d'empiriques indigènes incapables de la faire progresser. Il est probable qu'en Europe le dragonneau partagerait depuis longtemps le sort du tænia et des autres entozoaires (1).

M. le président vous a plusieurs fois invités à donner connaissance à la société des faits professionnels qui pourraient offrir quelque intérêt. Il vous a également priés de signaler les actes répréhensibles dont vous auriez pu être victimes, ou que vous auriez été à même d'observer dans vos rapports confraternels. Toujours, un silence absolu a suivi cet appel. Pas la plus légère récrimination, pas la moindre plainte n'ont été formulées.

Les bienfaits de nos associations, dans ce cas, ne sont pas douteux! M. Magne a profité de cette circonstance pour vous raconter un fait de bonne confraternité dont il a été l'objet.

Pendant une absence, qu'il fit cette année, un de ses malades atteint d'une rechute d'ophthalmie fut conduit chez M. Sichel qui, non seulement, ne voulut pas recevoir d'honoraires pour les soins qu'il donna en l'absence de M. Magne, mais encore exigea que le malade fût ramené chez son collègue, dès qu'il fut de retour. On est heureux, Messieurs, d'avoir à raconter de pareils faits, et vous avez hautement approuvé l'empressement que M. Magne a mis à vous en faire part.

Vous avez dû remarquer, Messieurs, que je me suis contenté de rendre aussi fidèlement que possible et aussi longuement que me le permettaient les limites qui me sont imposées, les différens incidens qui ont animé vos séances. J'ai pensé que le rôle de votre secrétaire-général se bornait à l'exposition pure et simple de vos travaux et non à leur appréciation : j'ai cru devoir faire taire mes réflexions personnelles, sur des mémoires, des lectures, des idées qui avaient reçu la consécration de vos votes; en un mot j'ai pensé que le critique devait faire place à l'historien.

Vous le voyez, Messieurs, vos séances ont été parfaitement remplies; vous avez suffisamment apporté votre contingent à la science, et, en dépit de cette décourageante théorie de Platon : que, *tous ceux qui croient inventer ici-bas, ne font que se ressouvenir*, vous l'avez enrichie d'idées nouvelles et de plusieurs questions pratiques tout à fait inconnues. Vous avez apporté ici les fruits de votre propre expérience, de vos longues et judicieuses observations. Voilà sous quel rapport surtout nos réunions sont avantageuses et profitables. Vous ne vous y rendez pas avec l'intention d'y briller; vous ne cherchez pas l'effet des phrases riches et emphatiques; vous n'arrivez pas ici avec une provision de faits compilés dans différens auteurs; mais vous avez vu, vous avez observé, vous avez senti et vous vous faites mutuellement part de vos sensations, de vos observations, en un mot, c'est un échange de communications cliniques, seule base de la vraie médecine. « Car les vraies connaissances de notre art, a dit Cabanis, ne sont qu'un ensemble plus ou moins complet de sensations recueillies au lit des malades, tandis que la lecture ne nous enseigne, en quelque sorte, que ce que nous savons déjà. »

Vous avez assisté aux séances avec une assiduité vraiment remarquable, et vous avez prouvé que le *natus ad laborandum* doit être tout spécialement appliqué au médecin.

Le médecin n'est-il pas, en effet, l'homme qui travaille le plus? Chaque instant de sa vie n'est-il pas consacré au travail? Travail physique, travail moral : quittant l'un pour reprendre l'autre; cherchant l'instant d'avant, avec persévérance dans son esprit, les moyens de guérison qu'il ira péniblement porter un instant après. Le champ si vaste de la médecine ne suffit même pas à son ardeur travailleuse; il se repose des fatigues de cette science par l'étude de sciences accessoires : aucune ne lui est complètement étrangère. Jamais satisfait des connaissances qu'il possède, il est toujours dévoré par la soif insatiable d'en étendre le cercle. « *On peut toujours avancer dans la connaissance des choses, ce que nous savons n'étant que la plus petite partie de ce que nous ignorons.* » Cette idée profonde, enfant d'un grand cerveau paraît avoir été créée pour le médecin, qu'elle semble sans cesse pousser par les épaules, et dont elle fait un véritable Juif Errant scientifique pour lequel il n'y a ni trêve, ni repos. Toutes les autres professions ont des heures, des jours de loisir, il n'en est pas pour lui. Il ne connaît que de nom le délicieux *farniente*, ce frère jumeau de l'oisiveté, ce Dieu dont le temple est toujours si rempli de fidèles, mais sur les autels duquel il rougirait de sacrifier comme s'il perdait déloyalement un temps qui ne lui appartient pas.

C'est sans aucun doute à ce travail continu, incessant, que le médecin doit la position exceptionnelle, je puis vraiment dire supérieure, qu'il occupe dans le monde; supériorité, du reste, qui lui est accordée sans contestation par tous les autres hommes qui éprouvent près de lui l'influence magique du savoir, dépassant de si loin les limites ordinaires.

Le savoir, fruit du travail, est en effet le jalon qui établit la ligne de démarcation entre les hommes. La force du corps distingue les bêtes brutes entre elles, mais l'homme se distingue de son semblable par un degré plus ou moins grand d'instruction.

Il est dans la nature de l'homme civilisé de désirer acquérir, parmi ses semblables, une grande considération, ou un degré de supériorité morale; eh bien! c'est par le travail et les sciences qu'il peut arriver à ce but.

Ce but, cependant, n'est pas celui du médecin; ce n'est pas le désir de la domination qui développe et entretient chez lui l'amour du travail et de la science. Quel est donc le mobile qui le fait agir, qui le rend si prodigue de ses peines et de ses veilles?

Est-ce la soif de l'or? le désir de devenir le favori de cette belle et capricieuse aveugle, que l'on pourrait supposer clairvoyante, par l'adresse qu'elle met à détourner sa roue et à fermer les mains chaque fois qu'elle est près d'aborder un enfant d'Esculape? Combien de médecins jouissent d'une grande fortune? Combien, d'une modeste aisance? Et combien sont dans la médiocrité, la gêne même..... Telles sont les trois questions qu'il faut se faire pour être bien vite convaincu qu'une influence plus sérieuse, un but moins illusoire guident le médecin dans sa vie de labeur et de fatigues.

Est-ce donc l'espérance d'être heureux? Certes voilà le souhait le plus universel parmi tous les êtres vivans, a dit Balzac. Mais où est le vrai bonheur, et en quoi consiste-t-il? Il n'existe complètement nulle part; on ne l'approche que de plus ou moins près, et si nous voulions descendre au fond des choses, peut-être le trouverions-nous plutôt dans les dédales de notre imagination que sur les terres arides de la réalité. Tout le monde connaît l'historiette ingénieuse qui nous vient de l'Orient, dans laquelle le Sophi de Perse ne peut être guéri d'une maladie grave qu'en portant la chemise d'un homme heureux. Pas un seul homme heureux, ni à la cour, ni à la ville. Enfin, on ramasse dans un des faubourgs d'Ispahan un misérable couvert de haillons; lui seul il était heureux, mais il n'avait pas de chemise, et le Sophi ne put être guéri.

A côté de cette fable je puis placer une chose vraie et qui, peut-être, n'est guère moins philosophique. Dans ses mémoires, le comte de Ségur rapporte une lettre charmante, que lui écrivit le duc de Lauraguais, un peu avant la Révolution : « Félicite-moi, mon cher Ségur; grâce à Dieu, » me voilà complétement ruiné; il ne me reste absolument rien, de » sorte que je suis délivré des tracasseries de mes créanciers. » Ainsi le duc de Lauraguais, ce seigneur, autrefois si brillant, si galant, si prodigue, se trouvait plus heureux dans sa misère qu'il ne l'avait jamais été. C'est qu'alors le bonheur qu'il s'était fait, avait sa source en lui-même et non plus dans les brillans colifichets dont la fortune, la naissance et la vanité s'étaient plu à entourer sa jeunesse.

L'homme le plus heureux, a-t-on dit, est celui qui sait le mieux l'être. Il est certain, qu'avec le secours de la philosophie, on peut toujours trouver un côté consolant, même aux choses pénibles. Ainsi, Denys de Syracuse, renversé du trône pour avoir suivi un peu trop à la lettre les conseils de Platon, disait, quand il fut devenu maître d'école à Corinthe : « Platon m'a fait perdre ma couronne, mais il m'a appris à m'en » passer. »

L'envie et l'ambition sont, je crois, les plus implacables ennemis du bonheur; malheureusement presque tous les hommes en sont atteints et la proportion est la même à tous les degrés de la société. Aussi, en entrant à tous les étages de l'édifice social, et en y étudiant l'homme sous les aspects variés qui résultent de la fortune et plus encore des caractères, est-on frappé de voir qu'il n'y a pas de catégories à établir, car en haut, en bas, au milieu, dans l'opulence, dans l'aisance, dans la pauvreté, on trouve très peu de gens heureux et beaucoup de malheureux.

Le bonheur réel est donc une chose purement problématique, et le médecin connaît trop le cœur humain pour se laisser guider par le mirage trompeur d'une félicité qui ne semble pas faite pour l'espèce humaine.

Le désir de la renommée ne serait-il pas plutôt l'aiguillon mystérieux qui harcèle sans cesse son inépuisable courage? Non, le médecin naturellement modeste est à l'abri de semblable faiblesse. Il ne fera pas le sacrifice de toute sa vie à la satisfaction de son amour-propre. Il sait trop bien à quoi tient la renommée, comment elle s'acquiert et comment on la perd. Il sait que la renommée constitue souvent tout le mérite d'un sot ou d'un fourbe audacieux qu'elle prend sous sa protection, tandis que le mérite vrai, modeste conduit rarement à la renommée.

On peut arriver à la renommée de mille manières différentes, et comme l'a si admirablement proclamé Corneille,

> Quelquefois l'un se brise où l'autre s'est sauvé,
> Et par où l'un périt un autre est conservé.

L'illustre Portal nous offre un exemple frappant de cette vérité : arrivé dans la capitale, il y végéta assez longtemps, ne trouvant presque pas de clients; ayant étudié avec la rare sagacité dont il était doué les préjugés et les préventions de la société parisienne, il réunit ses ressources, alors bornées, et acheta une voiture aussi belle qu'il était permis à un médecin d'en avoir une. Chaque jour il envoya sa voiture stationner à la porte des hôtels où se trouvaient d'illustres malades. Les belles visiteuses qui venaient mutellement avoir de leurs nouvelles, finirent par remarquer la voiture de Portal, qu'elles voyaient partout, et qui semblait se multiplier dans les beaux quartiers de Paris. La marquise voulut avoir le médecin de la duchesse, et réciproquement. Si bien, qu'en peu de temps Portal reçut de tous côtés des lettres qui l'engageaient à venir donner des soins aux malades les plus distingués. Comme il était fort bel homme, très distingué et qu'il était doué d'un esprit supérieur, il devint le médecin à la mode, le docteur indispensable. Enfin, on peut dire de Portal qu'il commença par se faire une grande renommée, et qu'il la mérita ensuite. Au reste, c'est un cas rare dans l'histoire des hommes célèbres; leur réputation faite, ils sont, en général, peu désireux de l'appuyer sur des bases solides.

Combien de médecins se sont à jamais perdus pour avoir employé quelques moyens analogues à celui qui a si bien réussi à Portal. Et, s'il n'eût pas réussi?? on eût infailliblement qualifié ce moyen avec une certaine sévérité.

Quelquefois la renommée s'attache à un homme pour ainsi dire à son insu : elle le déracine de son lieu, l'enlève comme l'enlèverait le vent, et le laisse ensuite retomber et se perdre aussitôt qu'elle a cessé de le soutenir; quelquefois aussi elle le reprend après l'avoir abandonné, sauf à le laisser choir de nouveau.

C'est donc une chose bien vaine que la renommée, puisqu'elle peut naître, mourir et ressusciter d'une manière tout accidentelle : ses attraits seront par conséquent insuffisans à captiver et concentrer les pensées et les désirs d'un homme sérieux comme le médecin.

Tous les hommes aiment plus ou moins l'argent, le bien-être et la gloire, et je ne prétends pas mettre le médecin au-dessus de cette faiblesse de l'humanité :

> « Homo sum, nihil humani à me
> Alienum puto. » — (PLAUTE.)

Mais je dis que cette triple passion n'est pas le but principal de son existence. Il ne travaille pas exclusivement pour la satisfaire : il désire l'argent parce qu'il est indispensable à la satisfaction des besoins matériels; ils cherche le bonheur, parce que ce sentiment est inné dans le cœur de chaque homme; il n'est pas insensible à la gloire, mais c'est moins pour sa satisfaction personnelle que parce qu'elle rejaillit sur les êtres qui lui sont chers.

Mais ce qui le soutient et l'encourage, avant tout, dans sa vie de travail, de dévouement et d'abnégation, c'est un sentiment plus fort, plus impérieux, irrésistible, c'est le contentement de sa conscience!! Cette conscience qui lui crie sans cesse qu'il a juré de consacrer tous ses instants, toutes ses veilles à l'humanité souffrante, il la tranquillise en travaillant et en veillant; enfin il travaille pour obtenir ce doux calme de l'esprit, cette ineffable quiétude du cœur, cette exquise béatitude de l'âme, suave et inappréciable récompense accordée à l'homme de bien, à cette nature d'élite qui peut dire, chaque soir en se couchant : *J'ai bien rempli ma journée.*

Messieurs, mon compte-rendu serait incomplet si je ne vous parlais de notre banquet annuel qui, semblable à ceux qui l'ont précédé, s'est passé de manière à ne laisser dans vos esprits que de bonnes impressions. En vérité nos banquets ne ressemblent en rien à ce que l'on appelle ordinairement de ce nom; et les gens du monde seraient bien surpris, je pourrais presque dire édifiés, s'ils assistaient à l'un des nôtres. La plus franche cordialité et une conversation animée y règnent depuis le commencement jusqu'à la fin; mais pas de cette gaieté bruyante qui accompagne le cliquetis des verres, pas de cette expansion exagérée qui gagne le cœur, en même temps que les vapeurs des vins gagnent le cerveau : toujours cette décente réserve, fille de la sobriété, qui caractérise l'homme, travailleur avant tout, dont l'esprit est préoccupé de choses sérieuses, même au milieu de ses distractions : *abeunt studia in mores.*

Ces quelques heures, consacrées au plaisir, n'ont pas été entièrement perdues pour la science, car notre honorable et savant confrère, M. Chatin, a saisi l'occasion, qui s'est fortuitement présentée, de vous faire sur l'iode et les eaux iodées, une communication que vous avez écoutée avec une scrupuleuse attention, *et cependant c'était au moment du dessert!!!*

Votre président a porté à votre société un toast qui a excité les plus vifs applaudissements de l'assemblée : en votre nom je lui ai répondu par quelques paroles sorties du cœur. Un autre toast a été bien sympathiquement accueilli par vous, c'est celui porté, par M. Bonnafond, à nos confrères de l'armée d'Orient. « Ce que je vous demande, Messieurs, » s'est écrié M. Bonnafond, c'est que vous témoigniez à nos confrères » qui ont en Crimée ce que la patrie a témoigné à nos soldats; seule» ment au lieu de ces dons matériels qui se digèrent et s'oublient, » envoyons-leur un bon souvenir confraternel, *cette nourriture morale* » *qui va droit au cœur et ne s'oublie jamais.* » Puis, de la Crimée, nous nous sommes transportés sur le Mont Parnasse, dont MM. Piorry et Bessières nous ont fait les honneurs :

> Spiritum Phœbus mihi, Phœbus artem
> Carminis nomenque dedit poeta. — (HORAT.)

Ces deux honorables collègues vous ont habitués à vous donner chaque année une nouvelle preuve de leur verve poétique; c'est presque une dette qu'ils ont contractée envers vous. Ils s'en sont acquittés cette fois, comme toujours, avec bonne grâce et largesse.

M. Bessières vous a lu une pièce de vers charmans, étincelans d'esprit et de gaieté M. Piorry vous a dit, sur la guerre d'Orient, une cantate entraînante qui a acquis une immense valeur par la chaleureuse accentuation avec laquelle elle a été récitée.

Je termine en exprimant le regret de ne pas voir tous les membres de la société à cette réunion confraternelle; car, ainsi que l'a dit le spirituel et honorable rédacteur en chef de l'*Union Médicale* :

« On ne sait pas tout ce que ces réunions confraternelles produisent » de bien; combien d'angles elles effacent, de préventions elles dissipent, » de rapprochemens elles provoquent! Pourquoi ne pas céder plus » facilement à ce besoin de l'esprit et du cœur qui commande impé» rieusement un peu de diversion à d'austères devoirs? »

Puissent ces sages paroles porter leurs fruits pour l'année prochaine!

Le Gérant, G. RICHELOT.

(1) C'est à l'extrême obligeance de M. Gibon, pharmacien, que j'ai dû de pouvoir vous soumettre ce filaire, qui lui était confié.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 17. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 7 Février 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE : Le médecin qui, dans une épidémie, obéit à une réquisition de l'autorité administrative, pour porter ses soins aux malades, est-il fondé à réclamer auprès de cette autorité des honoraires pour ses peines et son temps? — II. CLINIQUE CHIRURGICALE (hôpital Beaujon, service de M. Robert) : Observation de photophobie dépendant d'une rétinite chronique. — III. THÉRAPEUTIQUE : Traitement des maladies fébriles au moyen de l'alcool. — IV. BIBLIOTHÈQUE : Élémens de pathologie médicale. — V. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 5 Février 1856 : Correspondance. — Série de rapports sur des eaux minérales et des eaux mères. — Analyse du champignon comestible de couche. — Lectures. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

JURISPRUDENCE PROFESSIONNELLE.

LE MÉDECIN QUI, DANS UNE ÉPIDÉMIE, OBÉIT A UNE RÉQUISITION DE L'AUTORITÉ ADMINISTRATIVE, POUR PORTER SES SOINS AUX MALADES, EST-IL FONDÉ A RÉCLAMER AUPRÈS DE CETTE AUTORITÉ DES HONORAIRES POUR SES PEINES ET SON TEMPS?

On sait que le tribunal de Bar-le-Duc a répondu négativement à cette question. Mais ce jugement est frappé d'un recours en cassation ; nous apprenons avec la plus vive satisfaction que, dans sa dernière réunion, la Commission générale de l'Association de prévoyance des médecins de la Seine, sur l'avis conforme de Me Paillard de Villeneuve, son conseil, a décidé que l'action en cassation serait soutenue aux frais de l'Association, et que la défense de cette affaire serait confiée à Me Béchard.

Les faits qui ont suscité le procès intenté par notre honorable confrère M. Andreux, à l'autorité municipale de Bar-le-Duc, ont été très clairement exposés dans le compte rendu de M. le secrétaire général de l'Association, publié dans notre numéro de samedi dernier. Pour les peines, le temps et les soins que M. le docteur Andreux a consacrés aux cholériques indigens de Bar-le-Duc, dans un quartier éloigné du centre de ses relations et de sa clientèle, il a demandé au maire de la commune la somme de 910 fr. pour honoraires. Le maire a rejeté sa demande, et le conseil municipal a alloué, à titre d'*indemnité*, la somme de 300 fr., que M. Andreux a refusée, en intentant une action civile au maire de la commune.

C'est dans ces circonstances que le tribunal de Bar-le-Duc a rendu, le 12 décembre dernier, le jugement suivant, que nous devons faire connaître à nos lecteurs :

Le tribunal de Bar-le-Duc, après délibéré :

Attendu que le choléra s'étant manifesté dans la ville de Bar-le-Duc, le 1er août 1854, le maire a, par arrêté du même mois, requis les médecins de donner leurs secours aux cholériques, dans les circonscriptions qui ont été assignées à chacun d'eux, et appelé un certain nombre de citoyens à veiller, de jour et de nuit, à ce que les soins nécessaires fussent assurés aux malades ;

Attendu que Eugène Andreux, l'un des médecins requis, réclame, aujourd'hui, à la ville de Bar-le-Duc, une somme de 910 francs, pour honoraires des soins donnés par lui aux cholériques indigens d'après cette réquisition ;

Attendu que la loi du 24 août 1790, confie à la diligence de l'autorité municipale le soin de prévenir, par des précautions convenables, et celui de faire cesser, par la distribution de secours nécessaires, les accidens et fléaux calamiteux, tels que les épidémies ;

Attendu que l'article 471 du Code pénal punit d'amende ceux qui contreviennent aux règlemens légalement faits par l'autorité municipale, en vertu de la loi précitée, et que l'article 475 du même Code, indique spécialement qu'une peine doit atteindre ceux qui refusent de prêter le secours dont ils auront été requis, dans les circonstances d'accidens, inondations, incendies, ou autres calamités ;

Attendu que si la loi frappe d'une peine ceux qui refusent d'obéir aux réquisitions de l'autorité municipale, elle n'établit nulle part que celui qui se sera conformé à ces réquisitions, aura droit à un salaire, à une indemnité ;

Attendu que le silence de la loi est d'autant plus remarquable, que lorsqu'elle exige le sacrifice de quelques intérêts privés à l'intérêt public, elle dispose, soit comme dans l'article 545 du Code Napoléon, et dans la loi d'expropriation de 1841, que le sacrifice ne devra être fait qu'après juste et préalable indemnité, ou comme dans le tarif des dépens en matière criminelle, que les médecins ou autres personnes, requis pour le service de la justice criminelle, recevront une indemnité qu'elle détermine à l'avance ;

Attendu que la ville de Bar-le-Duc s'est trouvée, en 1832, comme en 1854, frappée par une épidémie de choléra, que les médecins et les citoyens requis en 1832, de prêter leur secours et de donner leurs soins aux malades, n'ont reçu aucune rémunération ;

Qu'ainsi dans le silence de la loi, silence qui a fortifié encore l'autorité des précédens, la demande d'Eugène Andreux, qui est contestée par la ville de Bar-le-Duc, manque d'une base légale, et que la réquisition du maire ne crée au demandeur aucun droit à une indemnité contre la ville ;

Attendu que la ville de Bar-le-Duc déclare offrir à Eugène Andreux une somme de 300 francs, le tribunal donne acte à la ville de Bar-le-Duc de ce qu'elle offre à payer à Eugène Andreux une somme de 300 francs, déboute celui-ci de sa demande, et le condamne aux dépens, liquidés à la somme de 30 fr. 63 c., non compris le coût, enregistrement et la signification du présent jugement.

Il n'échappera pas à nos lecteurs combien sont graves les motifs sur lesquels s'appuie le tribunal de Bar-le-Duc. Ils comprennent que ce jugement tranche deux questions également importantes pour nos intérêts professionnels :

1° La légalité du droit de réquisition administrative ;

2° La gratuité des services que le médecin est requis de rendre.

Nous devons reconnaissance à M. le docteur Andreux d'avoir déféré aux tribunaux les prétentions du conseil municipal de sa commune. Nous devons remercier l'Association de prévoyance de poursuivre la réforme du jugement du tribunal de Bar-le-Duc, et de provoquer l'occasion de fixer, par un arrêt souverain, la jurisprudence sur ces graves questions de déontologie médicale.

Circonstance bizarre! dans ce même département de la Meuse, un autre tribunal, celui de Montmédy, saisi d'une affaire analogue par des confrères réclamant des honoraires à une commune, également pour des services rendus en temps d'épidémie cholérique, a rendu un jugement entièrement opposé à celui de Bar-le-Duc, et condamné la commune à payer les honoraires réclamés par nos confrères. Nous regrettons de ne pas avoir sous les yeux le dispositif du jugement de Montmédy.

On le voit, il n'y a pas qu'en médecine que Cujas dise oui et Barthole non.

Dans l'affaire de M. le docteur Eyriaud (d'Angoulême), la Cour de cassation, à vrai dire, a décidé plus une question de fait qu'une question de principe. L'arrêt de la Cour suprême a laissé au médecin la liberté de refuser ses services dans les cas de réquisition pour un malheur individuel et privé, et c'est déjà beaucoup. Mais l'affaire de M. le docteur Andreux est plus grave : il s'agit de savoir si le médecin, en cas de malheur public, comme une épidémie, doit obéir aux réquisitions de l'autorité administrative et municipale, et si cette réquisition entraîne la gratuité des services rendus par le médecin. Si la doctrine du tribunal de Bar-le-Duc était consacrée par un arrêt de la Cour de cassation, on comprend quelles conséquences elle pourrait avoir pour le corps médical. Aussi ce jugement a-t-il profondément ému l'Association de prévoyance. Nous sommes heureux de savoir que cette importante affaire a été confiée au talent éprouvé et au généreux dévouement de Me Béchard, dont le succès dans l'affaire Eyriaud est d'un très favorable augure.

Amédée LATOUR.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Suite de l'analyse des ouvrages de Galien sur le pouls. — Suite du *De usu partium*. — Examen des livres 7e et 8e : fonctions du cerveau ; Hippocrate, Hérophile, Galien. — Génie expérimental de ce dernier.

XVIII (1).

Physiologie de Galien. — Analyse du De usu partium (suite).

Suite de l'analyse des ouvrages de Galien sur le pouls ; suite de l'analyse du De usu partium. — Galien s'applique à montrer que le pouls et la respiration sont influencés dans le même sens. L'accélération du pouls accompagne toujours celle des mouvemens respiratoires. C'est ce que l'on voit, dit-il, après un exercice violent, lorsque le corps s'échauffe, ou que l'économie est en proie à une fièvre ardente. Alors, le pouls et la respiration s'agitent ; par contre, tout ce qui rafraîchit le corps, calme l'un et l'autre.

On trouve dans ces ouvrages un certain nombre d'expériences propres à montrer les effets de la ligature appliquée sur les artères, ou les veines, ou la totalité d'un membre.

S'agit-il d'un artère ? Au-dessous de la ligature les battemens cessent, tandis que au-dessus, dans toute la partie comprise entre le cœur et la ligature, ils continuent. La peau du membre devient livide, froide et finit par se mortifier.

Si la ligature comprend à la fois l'artère et la veine principales d'un membre, le refroidissement est moins prononcé que dans le premier cas, d'où il suit, d'après Galien, que les veines contribuent un peu à l'entretien de la chaleur du corps.

Si la veine seule est liée, le refroidissement est infiniment plus lent que dans les autres cas. Enfin, la ligature du membre en masse entraîne avec une extrême rapidité le refroidissement et la mortification des parties sous-jacentes.

Galien observe encore que, lorsqu'on lie isolément ou ensemble l'artère et la veine d'un membre, le sentiment et le mouvement y sont conservés, tandis qu'ils se perdent à la suite de la ligature en masse. Cela vient, dit-il, de ce que, dans ce dernier cas, on a lié, en même temps, le nerf qui transmet aux parties le mouvement et le sentiment. On peut, ajoute-t-il, en liant les nerfs qui se rendent à une partie, y suspendre, d'une manière complète, l'exercice de la sensibilité et de la motilité.

Passant ensuite à la ligature des artères en particulier, il note les effets de quelques-unes de ces ligatures.

Quand on lie les deux carotides primitives, l'animal ne vit pas longtemps ; toutefois, la vie peut se prolonger, sans accidens, pendant un jour tout entier. Mais, au second jour, on voit survenir des troubles du côté de l'intelligence, un état comateux ou des accidens convulsifs, etc., qui se terminent rapidement par la mort.

Si, après avoir lié les carotides à un animal, au lieu de l'abandonner à lui-même, vous le forcez de courir, la scène change ; il commence à courir, mais bientôt il s'affaisse et tombe pour ne plus se relever. Par cet exercice forcé, vous avez accéléré l'invasion d'accidens graves qui seraient venus plus tard. Galien se rend compte de cette précipitation des accidens, en supposant que, lorsqu'on fait courir un animal ainsi traité, on épuise bien vite le réservoir de l'esprit animal, qui existe dans le plexus vasculaire de la base du cerveau et à la formation duquel servent les artères carotides.

En laissant de côté ces explications erronées, on trouve un véritable intérêt à suivre les détails de ces expériences.

En voici une autre qui a aussi son mérite. Galien se propose d'étudier ce qui arrive lorsque l'on cherche à troubler la formation de la chaleur innée dont le foyer est dans le cœur. Pour cela, il institue une série d'expériences, dans le but d'observer les effets du refroidissement artificiel du cœur. Il commence par mettre le cœur à nu en incisant le péricarde. Dans quelques expériences, il entretient autour du cœur une certaine chaleur artificielle ; dans d'autres, il abaisse la température de l'organe au moyen de mélanges réfrigérans ; dans d'autres, enfin, il abandonne l'animal à lui-même. Dans le premier cas, l'animal peut se conserver pendant longtemps ; dans le second, la mort arrive avec rapidité ; dans le dernier, enfin, l'animal succombe avec plus de lenteur.

Galien avait réellement le génie des expériences. On peut le regarder comme le père et le fondateur de la véritable physiologie expérimentale et c'est à lui qu'il faut faire remonter, comme à leur source légitime, un grand nombre d'expériences prétendues modernes.

Revenons maintenant au *De usu partium* dont nous avons déjà analysé six livres.

Le 7me livre contient des études sur les fonctions du larynx et la production de la voix. L'auteur y renvoie souvent à un traité spécial, *De la voix*, qu'il avait composé, et qui a été perdu. Là, Galien expose une série d'expériences entreprises dans le but de déterminer les modifications qu'éprouve la voix, lorsqu'on vient à agir sur les nerfs laryngé supérieur et récurrent. Il insiste plus particulièrement sur l'action de ce dernier. Il compare la glotte à une anche de hautbois ; l'épiglotte à un couvercle placé à la partie supérieure du larynx pour empêcher les corps étrangers de tomber dans l'intérieur de ce tube.

Sur la fin du 7me livre Galien établit une comparaison entre la structure des parois des trois grandes cavités du corps, à savoir : les cavités crânienne, thoracique et abdominale, et montre comment la structure de ces parois est en rapport avec la destination physiologique des organes qui y sont contenus. Les développemens dans lesquels il entre à ce sujet, ont été reproduits dans tous les livres de physiologie et constituent une belle page de philosophie.

Un dernier chapitre comprend des considérations anatomiques et

(1) Voir le numéro du 3 Janvier.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôpital Beaujon. — Service de M. Robert.

OBSERVATION DE PHOTOPHOBIE DÉPENDANT D'UNE RÉTINITE CHRONIQUE.

Le 8 mars 1855 entre à Beaujon, dans le service de M. Robert, une jeune fille âgée de 18 ans (Adeline Leveque), atteinte d'une photophobie intense de l'œil gauche. Née dans un village de Picardie, elle y fut élevée jusqu'à l'âge de 9 ans; le père et la mère sont bien portans, bien que d'une apparence assez chétive. Ils ont eu dix enfans; sept sont morts en bas âge, parmi lesquels deux jumeaux, de maladies indéterminées. Le sujet de l'observation a été d'une bonne santé dans son enfance; point de gourmes, point de mal aux yeux jusqu'à l'âge de 13 ans; mais elle a eu au cou des glandes engorgées qui n'ont jamais suppuré; aujourd'hui encore elle a deux chapelets sur les côtés du cou, celui de gauche surtout, descend en s'élargissant dans le creux sus-claviculaire, jusque sur la clavicule; mais les ganglions sont assez petits.

Il y a cinq ans, pour la première fois, elle fut atteinte d'une ophthalmie intense, sur laquelle les renseignemens précis nous manquent. Nous savons seulement qu'il y avait de la rougeur du globe oculaire et des paupières, du gonflement, de la photophobie, abolition de la vision, et, suivant la mère, de la suppuration. Elle entra à l'hôpital des Enfans, où le médecin aurait dit qu'elle était en danger de perdre la vue pour toujours; elle y resta quatre mois. On fit des applications de sangsues, des saignées, des instillations de collyre, et on donna des purgatifs; à la fin du traitement, on insufflait une poudre dans les yeux de la malade. Elle sortit à peu près guérie; du moins elle voyait clair, mais la lumière déterminait encore un peu de douleur, de clignotement et du larmoiement.

Dix mois après, elle eut une rechute à peu près pareille, moins intense pourtant, qui fut traitée par les mêmes moyens dans le même service, et guérie en trois mois. Elle n'était pas encore réglée.

Les règles parurent pour la première fois en août 1853, sans malaise antécédent, sans migraine concomitante, mais avec des douleurs assez fortes dans le bas-ventre et dans les reins; elles durèrent quatre jours assez abondamment; le sang était beau et mêlé de caillots assez forts; puis elles restèrent quatorze mois sans reparaître.

En novembre 1854 eut lieu la deuxième époque menstruelle qui fut exactement pareille à la première. C'est vers cette époque qu'elle fut atteinte pour la première fois de la singulière forme d'ophthalmie que nous avons encore aujourd'hui à observer; elle entra dans le service de M. Robert, qui constata une photophobie très intense du côté droit seulement, sans aucune altération appréciable des membranes ni des milieux de l'œil; elle resta deux mois à l'hôpital, et fut prise d'un érysipèle de la tête, qui se termina par une parotide et un abcès à la région latérale gauche du cou; la cessation de la photophobie coïncida avec la guérison de l'érysipèle. La malade sortit parfaitement rétablie, et depuis il n'y eut pas de récidive.

Mais sept semaines après, au commencement de mars 1854, la photophobie se déclara dans l'œil gauche et la malade entre de nouveau à l'hôpital.

État actuel. — La photophobie est des plus intenses; dès qu'on entr'ouvre les paupières qui sont fortement contractées, l'œil fuit en haut et se cache dans l'orbite. La douleur existe même du reste dans l'obscurité. La malade la compare à des picotemens et dit qu'il lui semble avoir du gravier dans l'œil; de temps en temps, elle éprouve quelques *élancemens*. Cependant, si cette douleur existe en l'absence de la lumière, elle est beaucoup moindre; si bien que la malade, en couvrant son œil d'un bandeau, se promène, s'occupe, se distrait et a toute la gaieté d'une personne en bonne santé. La douleur augmente quand la malade remue les yeux et *quand on presse sur le globe oculaire*. Il n'y a point de céphalalgie sus-orbitaire ni frontale, mais la malade éprouve un sentiment de *plénitude* dans l'orbite droit.

Il n'y a point d'épiphora lorsque l'œil est couvert; mais, sitôt qu'on le force à voir le jour, il se remplit de larmes qui finissent par tomber sur la joue.

La vision est confuse et brouillée; pas d'héméralopie. Par intervalles elle a, dans cet œil, la sensation de points noirs fixes ou mobiles, de formes bizarres, de mouches de feu, d'éclairs, de corps brillans.

Les paupières n'offrent aucune rougeur, aucun gonflement; les bords ciliaires sont sains; les cils bien dirigés, enduits, à leur base, d'une très mince couche de chassie; pas d'injection des glandes de Meïbomius; à la paupière supérieure, la conjonctive palpébrale est d'une pâleur assez prononcée, point de granulations dans le cul-de-sac oculo-palpébral; à la paupière inférieure rougeur conjonctivale très légère, mais cependant un peu plus marquée que du côté sain; pas de granulations. Pas d'injection de la conjonctive oculaire. La teinte générale de la sclérotique est blanche; cependant, en la comparant avec le côté sain, on voit que, de ce côté, la teinte du blanc tire un peu sur le bleu tandis que, du côté malade, elle se *nuance très légèrement de rose;* mais cette nuance, d'ailleurs à peine indiquée, est partout d'égale intensité; on n'y voit aucune trace de vascularisation, aucune apparence de cercle radié. La cornée est brillante, transparente, parfaitement saine. L'iris n'offre, dans sa coloration ni dans sa forme rien qui la différencie de celui de l'œil droit; il est très mobile; le champ pupillaire est d'un noir très pur.

L'œil droit est parfaitement guéri de la photophobie; la malade dit qu'elle voit aussi de temps en temps de ce côté des mouches noires; mais point de corps brillans, et que sa vue est un peu faible, indécise et courte. La santé générale est excellente; le teint est rosé; il n'y a point de souffle dans les carotides, ni au cœur. Les règles ne sont pas revenues depuis novembre dernier. La maladie s'est déclarée presque subitement et sans cause appréciable. La jeune fille est couturière, mais elle n'a jamais fait de longues veilles et ne travaille que modérément.

On commence par faire pendant huit jours de suite des onctions avec la teinture d'iode pure sur les paupières. L'effet est absolument nul. On institue alors un traitement antiphlogistique; plusieurs applications de sangsues sont faites à quelques jours de distance; et le lendemain de chaque application on donne un purgatif doux (huile de ricin, calomel). En même temps on instille chaque jour dans les yeux un collyre laudanisé. L'état de la malade reste absolument le même. On promène alors des vésicatoires volans sur la tempe et au-dessus du sourcil gauche; on en installe un au cou pendant deux mois; un autre au bras pendant six semaines, et on continue de temps en temps les émissions sanguines et les purgations. En même temps on varie les collyres (nitrate d'argent, sulfate de cuivre, de zinc, belladone, laudanum.)

Au 1er août, il n'y avait d'amélioration que dans la vision de l'œil malade, qui, bien qu'assez confuse encore, commençait à s'éclaircir. Mais, du reste, la photophobie, les douleurs, la photopsie, sont absolument les mêmes, et il n'y a rien de changé dans l'aspect extérieur de l'œil, si ce n'est qu'il semble comme renfoncé dans l'orbite, et un peu plus petit que l'autre; ce qui tient sans doute à son inaction et à l'incessante compression exercée sur lui par les paupières et le muscle orbiculaire contractés. Un séton est posé au cou. Pendant trois jours, on dilate la pupille du côté malade à l'aide de la belladone; cette dilatation s'effectue aussi complétement que possible, et aidé par elle, on cherche à plusieurs reprises à constater quelque altération des humeurs ou des membranes internes de l'œil. Mais cet examen, fait seulement à l'aide d'une loupe, ne permet de rien affirmer sur l'état de la rétine; le fond de l'œil apparaît noir et pur.

Le 17 août, quelques symptômes de congestion vers l'utérus attirent l'attention. (Bains de pieds sinapisés, armoise, julep, acétate d'ammoniaque.) Le même jour, on constate une amélioration sensible; la vision est plus nette et la lumière cause moins de douleur; l'œil peut rester à demi-ouvert quelques instans, mais il ne peut fixer un objet sans que la douleur reparaisse et ne détermine l'occlusion des paupières.

Le 20, les règles apparaissent; elles durent trois jours, sont très peu abondantes, sans caillots, peu colorées, et accompagnées de douleurs très légères dans le ventre et les reins, et d'un peu de migraine.

Le 23, on s'efforce vainement de rappeler les règles à l'aide du haschich et du lupulin, et par l'application de deux sangsues aux cuisses. On active la suppuration du séton.

Le 29 août, la légère amélioration constatée lors de l'apparition des règles ne s'est ni démentie ni augmentée; la malade entr'ouvre l'œil assez bien pendant quelques instans; mais elle ne peut fixer les objets. On remplace le bandeau qu'elle porte depuis son entrée par des lunettes bleues fermées sur les côtés, et elle supporte cette substitution qu'on avait vainement essayé de lui imposer au mois d'août dernier.

31 août. La malade se plaint d'un peu de douleur sus-orbitaire à droite, et dit que la vue de ce côté est depuis quelques jours plus trouble qu'elle n'était. (Vésicatoire morphiné dans la région sus-orbitale droite.)

5 septembre. La douleur sus-orbitaire droite a disparu, la vision de ce côté est redevenue ce quelle était. Depuis ce jour, jusqu'au 7 novembre, on a sans cesse appliqué sur la région fronto-sourcilière gauche des vésicatoires volans morphinés.

Le 25 septembre et 25 octobre, les règles sont apparues avec les mêmes phénomènes qu'au 20 août et à chaque fois on s'est efforcé inutilement de les prolonger et de les augmenter.

L'amélioration constatée du 17 au 31 août ne s'est pas constamment maintenue, elle a disparu et reparu à plusieurs reprises et sans coïncidence avec les règles dont la périodicité paraît établie.

Le 7 novembre, une amélioration marquée et subite s'est fait sentir hier. La malade s'est passée de bandeau et de lunettes toute la journée; la veille encore, ainsi que, du reste, elle avait l'habitude de le tenter presque tous les matins, elle avait essayé en vain de tenir son œil à découvert. Aujourd'hui, l'œil reste ouvert presque totalement et fixe assez bien les objets; la vision est beaucoup meilleure; les mouches volantes et les objets brillans apparaissent encore, mais la malade a observé, depuis quelque temps, que ces illusions sont plus rares (on continue les vésicatoires morphinés).

17 novembre. Le mieux ne s'est pas démenti.

27 novembre. Apparition des règles dont la durée ni la quantité ne sont pas changées. Pas de flueurs blanches dans les intervalles des règles.

29 novembre. L'œil gauche me paraît un peu moins bien que les jours précédens; il me semble moins largement ouvert; le sourcil est un peu abaissé; et lorsqu'on force la malade à fixer un objet, on voit les paupières se rapprocher petit à petit et l'œil s'humecter. La malade, ennuyée d'un aussi long séjour à l'hôpital, songe à partir et craint qu'on ne la retienne si on ne la trouve pas suffisamment guérie.

3 décembre. On lui donne son exéat sur ses instances.

En la pressant un peu, on lui fait avouer que la lumière lui cause encore un peu de douleur, surtout quand elle fixe les objets, et qu'elle est moins bien qu'il y a quinze jours. Néanmoins, elle affirme que la vision est maintenant aussi bonne de l'œil droit que de l'œil gauche, et que depuis quatre jours elle n'a vu ni mouches volantes ni corps lumineux. La teinte légère rosée de l'œil droit a disparu.

12 décembre. La malade vient à l'hôpital. Le mieux s'est maintenu. La vision est aussi bonne à droite qu'à gauche, mais la vue est faible et courte; il y a tous les soirs un peu de fatigue oculaire, mais sans héméralopie; il n'y a plus de photopsie ni de myodésopsie. La jeune fille se plaint de quelques troubles du côté de la digestion; après ses repas, elle a de la pesanteur et du gonflement à l'épigastre. Elle a supprimé son séton depuis huit jours. (Pastilles de Vichy; éviter toute fatigue des yeux; porter des lunettes bleues le soir.)

Remarques. — Les observations de photophobie sans altération apparente des membranes ou des milieux de l'œil sont assez rares pour que celle-ci soit la première que M. Robert ait vu dans toute sa pratique. En recherchant dans les archives d'ophthalmologie, j'ai bien trouvé quelques titres d'observations qui annonçaient des faits analogues, mais ce sont la plupart des récits tronqués, des énonciations vagues et sans valeur; une seule observation recueillie par M. le docteur Louriero, de Lisbonne, est rapportée avec des détails et suivie de consi-

---

physiologiques sur les mamelles, et quelques détails intéressans touchant le rapport de ces organes avec l'utérus.

Les 8me, 9me, 10me, 11me, 12me et 13me livres sont consacrés à l'histoire des usages ou de l'utilité des organes de la vie de relation.

L'auteur s'occupe d'abord des centres nerveux, cerveau et moelle épinière, des nerfs qui en émanent, puis des organes des sens.

Le cerveau, *encéphale*, est formé de deux parties : le cerveau proprement dit et le cervelet, ou *parencéphale*. Sobre de détails sur le cervelet, l'auteur s'étend avec complaisance sur l'encéphale. Il commence par de longues considérations au sujet des méninges dont il expose la structure et les usages. Mais ce dont il s'occupe avec une sollicitude toute spéciale, c'est de la description des ventricules cérébraux à l'un desquels, le troisième ou ventricule moyen, il attribuait l'importante fonction de perfectionner l'esprit animal.

Galien reprend ensuite la description des nerfs encéphaliques déjà faite dans le *De administrationibus anatomicis*, mais il y ajoute celle du nerf olfactif, dont il n'avait pas parlé dans ce dernier ouvrage; il suit le trajet de ce nerf jusqu'à la face supérieure de la lame criblée, et le laisse là, ne se doutant pas qu'il pénètre dans les fosses nasales à travers le crible ethmoïdal. Il le considère comme un appendice de la substance cérébrale.

Galien traite aussi de l'anatomie de la moelle épinière et des nerfs qui en émanent.

Physiologie du cerveau. — Les fonctions de l'encéphale n'ont pas été connues dès l'origine de la science. Les livres hippocratiques, ceux du moins dont l'authenticité n'est pas douteuse, ne contiennent, à ce sujet, que des notions vagues. Ce n'était pas dans l'encéphale, mais dans le cœur que l'on plaçait alors le siége des phénomènes moraux. Le cerveau était considéré comme une glande chargée de former une humeur particulière appelée phlegme, mucus, pituite. Le produit de cette sécrétion s'échappait du crâne à travers les trous de la lame criblée de l'ethmoïde. Galien ne dénie pas au cerveau cette fonction sécrétoire, mais il la regarde comme secondaire. Il s'élève contre l'opinion d'Erasistrate, qui voyait dans le cerveau un organe de rafraîchissement, d'après ce fait que, si l'on vient à toucher le cerveau mis à nu sur un animal vivant, on éprouve une sensation de froid. Par une expérience contradictoire, Galien sape le fait sur lequel s'appuyait Erasistrate.

La fonction capitale du cerveau, d'après Galien, c'est d'être l'organe de l'intelligence, du mouvement et du sentiment. Sans doute cela avait été dit avant Galien; Hérophile et Erasistrate avaient bien cherché à établir ces idées, mais ils n'avaient pas réussi à leur faire prendre domicile dans la science. Galien, par le raisonnement appuyé sur des vivisections et des observations pathologiques, les démontre avec évidence. Après lui, plus de doutes, c'est une vérité désormais acquise et établie sur des fondemens inébranlables! Tel a été surtout le rôle de Galien; sans doute il a découvert beaucoup de faits, mais plus souvent encore il a démontré, précisé, établi, des notions plus ou moins vaguement entrevues et exprimées.

Galien a merveilleusement fait ressortir, dans le but de démontrer les fonctions du cerveau, la structure de cet organe; cavités, éminences, variétés de forme, de volume, conduits, voûtes, etc., il a tout passé en revue. Ce n'est pas tout, il s'est livré à une foule d'expériences sur les animaux vivans, découvrant le cerveau, l'incisant couche par couche, et montrant qu'à mesure que l'on s'avance des parties superficielles vers les parties profondes, l'intelligence, le mouvement et le sentiment se troublent de plus en plus, et finissent par disparaître complétement.

C'est là que Galien est admirable, c'est dans les expériences que rayonne et que resplendit du plus vif éclat ce merveilleux génie de l'antiquité médicale!

(*La suite au cours prochainement.*)

DE L'INFLUENCE DE LA LUMIÈRE SUR LA QUANTITÉ D'ACIDE CARBONIQUE EXHALÉE PAR LES ANIMAUX, par J. Moleschott. — L'auteur a opéré sur des grenouilles, et ses nombreuses expériences, dans lesquelles il a tâché d'éviter toutes les erreurs, lui ont fait tirer les conclusions suivantes :

1° Chez les grenouilles, à températures égales ou peu différentes, la même unité de poids excrète dans le même temps, 1/12 à 1/4 d'acide carbonique de plus dans la lumière que dans l'obscurité;

2° Plus la lumière est intense, plus l'acide carbonique augmente;

3° Cette augmentation résulte de l'action de la lumière sur la peau et sur les yeux.

Cette dernière conclusion, très curieuse, est déduite d'expériences faites sur des grenouilles aveuglées, observées à la lumière et à l'obscurité, comparativement avec des grenouilles intactes. — (*Wiener med, Wochenschrift*, 1855, n° 43).

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — Le mercredi, 5 mars 1856, à midi précis, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, rue Neuve-Notre-Dame, n° 2, pour la nomination de deux places de médecins au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

MM. les docteurs qui voudront prendre part à ce concours, devront se présenter au secrétariat de l'administration pour y prendre connaissance des conditions d'admission, et se faire inscrire du lundi 4 février courant au lundi 18 du même mois inclusivement, de midi à quatre heures de relevée.

Le secrétaire général, L. Dubost.

— M. le dr Durand-Fardel commencera un cours public et gratuit sur les *eaux minérales*, le jeudi, 7 février, à 7 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 1 de l'École pratique, et le continuera les jeudi et samedi de chaque semaine.

ERRATA. — Dans notre dernier N°, contenant le compte-rendu des travaux de la *Société médicale du 1er arrondissement*, deux fautes typographiques se sont glissées. Ainsi, 1re ligne, au lieu de : « après avoir rempli pendant *dix années*... lisez : *six années*. » — Ensuite, dernière colonne, citation d'Horace, 2me vers, au lieu de : « *dedit poeta*, lisez : *dedit poetæ*. »

dérations théoriques ; mais dans l'espèce, il y avait une conjonctivite granulée. Et dans tous les auteurs qui se sont occupés des maladies des yeux, on trouve décrite cette photophobie particulière qui, principalement chez les scrofuleux, accompagne les granulations de la conjonctive.

Ici, il en va tout autrement. La description des parties de l'œil accessibles à la vue constate qu'il n'y a aucune altération appréciable. La lésion, s'il en existe une, ne peut affecter que les membranes internes de l'œil. L'humeur vitrée ne peut guère être soupçonnée ; la coloration, la pureté du champ pupillaire eussent été altérées. La choroïde doit aussi être mise hors de cause ; le principal signe de choroïdite, les petites saillies bleuâtres variqueuses se faisant jour à travers les fibres écartées de la sclérotique et la teinte azurée de cette dernière, manquent absolument. Donc déjà, par exclusion, nous arrivons à penser que le mal avait son siége dans la rétine ; malheureusement nous manquons des renseignemens *de visu* qu'auraient pu fournir les ophthalmoscopes de MM. Desmarres ou Follin ; l'application de ces instrumens eût été trop dangereuse ici ; mais les faits observés suffisent, je pense, à justifier le diagnostic mis en tête de l'observation. La sensation *de gravier dans l'œil* se rencontre, il est vrai, dans la conjonctivite ; mais ici, il n'y avait pas d'injection conjonctivale ; la rougeur notée à la face interne de la paupière inférieure est insignifiante ; d'ailleurs la malade éprouvait aussi des élancemens, ce qui, joint aux troubles nombreux et graves de la vision (notamment la photopsie et la myodésopsie, et surtout à la photophobie si intense) confirme l'idée d'une lésion de la rétine. D'un autre côté, l'amaurose ne s'accompagne pas de photophobie et a pour signe constant une céphalalgie fronto-orbitaire, qui n'a existé ici que passagèrement, et du côté où il n'y avait pas photophobie. Donc, à moins de supposer une névrose non décrite jusqu'ici, force est bien de revenir à la rétinite. Deux circonstances aident encore à cette conclusion : l'exaspération de la douleur dans les mouvemens de l'œil et à la pression exercée sur lui, ainsi que le sentiment de plénitude éprouvé dans l'orbite semblent indiquer un état congestif et inflammatoire de l'organe ; et la légère teinte rosée de l'œil gauche, comparée au blanc de la sclérotique droite, qui tire plutôt sur le bleu, donne à penser que la congestion siége dans la rétine. Si, en effet, le réseau vasculaire de la choroïde, éminemment veineux, donne lieu, en s'injectant, à la teinte bleue et à l'aspect variqueux de la sclérotique, le réseau vasculaire de la rétine, essentiellement artériel, ne doit-il pas, dans les mêmes conditions, produire par transparence, cette très légère teinte rosée qui est signalée dans l'observation.

A quelle cause rapporter cette maladie ? La constitution de la jeune fille, révélée par l'état des ganglions du cou, l'ophthalmie grave et complexe dont elle a été atteinte à l'âge de 13 ans, constituent des prédispositions qui ont pu trouver leur détermination dans les travaux à l'aiguille, assez modérés pourtant, auxquels elle s'est livrée. Mais l'établissement tardif et difficile de la menstruation a bien pu aussi jouer un rôle dans la maladie ; et si, aujourd'hui que la périodicité des règles paraît assurée, la guérison se maintient, cette hypothèse deviendra une certitude.

L'efficacité du traitement employé paraît contestable. La longue durée de la maladie, sa marche capricieuse, ses alternatives d'amélioration et de rechute, la soudaineté de la dernière période d'amélioration qui paraît aujourd'hui une guérison définitive, tout inspire des doutes sur l'action d'une médication qui, cependant, a été aussi logiquement instituée qu'énergiquement conduite.

Maintenant cette observation peut-elle jeter quelque jour sur la question de physiologie si difficile et si diversement résolue ? Dans les maladies du globe oculaire, à quelle lésion doit se rapporter la photophobie ? Toute conclusion qui ne s'appuie que sur un fait risque fort d'être exclusive, et partant, erronée. Je crois qu'on aurait tort de vouloir rapporter à une seule et même lésion un symptôme aussi variable dans ses manifestations que l'est la photophobie. Toutes les douleurs sont loin de se ressembler en intensité et même en nature ; les comparaisons s'épuisent vite, mais la souffrance est infinie dans ses formes.

D'autre part, quand on pense à la structure si complexe et si délicate de l'œil, aux étroites connexions des parties si rassemblées dans un si petit espace, et qui toutes concourent au même acte, il semble bien difficile que l'une d'elles ait seule le privilége de s'affecter des rayons lumineux. Sans doute, la rétine constitue l'œil par excellence, puisque, dans certaines espèces animales (*nereis, sanguisuga*), l'œil se trouve réduit à elle ; et s'il fallait faire un choix théorique, ce serait à elle qu'il faudrait surtout rapporter la photophobie. Mais chacun des milieux de l'œil agit à sa manière sur la lumière, et réciproquement. En sorte qu'il n'y a pas de raison, *à priori*, pour que la lésion de l'un ou de l'autre de ces milieux, en changeant leurs rapports normaux avec la lumière, ne détermine de la douleur. C'est pourquoi on a toujours réfuté victorieusement toutes les théories exclusives. A M. Sichel, qui attribue la photophobie exclusivement à la sclérotite et à la rétinite, on a répondu que l'intensité de la photophobie était loin d'être en rapport avec celle de la sclérotite. L'ingénieuse explication de M. Cade, fondée sur le tiraillement exercé par les contractions de l'iris sur les anastomoses des artères ciliaire et conjonctivale, n'a pu se soutenir devant les observations de photophobie avec immobilité de l'iris. Dire comme M. Loureiro que « la » photophobie n'est que le résultat d'une irritation primitive » ou consécutive de la rétine, qui peut être de nature inflam» matoire, sanguine, ou de *nature inflammatoire nerveuse*, » c'est d'abord parler un mauvais langage, et c'est ensuite supposer, dans tous les cas de photophobie, un retentissement sur la rétine qui n'est pas démontrée. Tous les auteurs citent comme un des symptômes de la rétinite aiguë ou chronique des illusions visuelles, photopsies, myodésopsie, etc., qu'on est loin de rencontrer dans tous les cas de photophobie. Comment d'ailleurs concevoir que la photophobie soit très intense dans certaines kératites où les ulcères sont très petits et l'injection péricornéenne à peine marquée, et au contraire qu'elle soit très faible ou même manque totalement dans certains ulcères très larges, accompagnés d'un cercle rouge très accusé autour de la cornée ? Cette objection, faite par M. Desmarres à M. Sichel, est ici fort concluante. Évidemment, si le retentissement sur la rétine était la cause de photophobie, ne verrait-on pas se produire cette photophobie du moment qu'il y a injection des artères ciliaires ?

Je ne tirerai donc de l'observation qui précède, au point de vue de la question de physiologie pathologique, nulle autre conclusion que celle qui y est logiquement contenue, à savoir : que la photophobie est un des signes de la rétinite chronique.

F. Féréol,
Interne des hôpitaux.

THÉRAPEUTIQUE.

TRAITEMENT DES MALADIES FÉBRILES AU MOYEN DE L'ALCOOL ; Par le docteur Ch. Martins.

Nous extrayons l'article suivant de la *Deutsche Klinick*, 1855, n° 44, dans laquelle le docteur Ch. Martins a inséré le résultat de ce qu'il a observé à Londres sur ce sujet. Nous, médecins français, nous nous révolterions si l'on voulait nous imposer un traitement semblable ; mais cette communication n'en reste pas moins remarquable, car elle nous montre, d'un côté, jusqu'où peuvent aller l'esprit théorique et pratique, et la complaisance ainsi que la résistance de l'organisme humain, et, d'un autre côté, nous pouvons y puiser quelques enseignemens pratiques. Ce traitement est au-dessus de la critique, pour ne pas dire au-dessous, car les points théoriques sur lesquels il s'appuie sont jugés depuis longtemps chez nous, et la partie pratique ne peut être abordée qu'après des communications plus détaillées et plus complètes que la présente. Le docteur Martins, quoique assez enthousiaste à cet égard, observe néanmoins lui-même que l'on ne peut nier que pour certains traitemens anglais il faut un estomac anglais.

Le docteur Todd, professeur au *King's college*, pratique cette méthode depuis plus de 18 ans, et il a été imité par plusieurs médecins. Ce n'est que depuis quelques années, depuis qu'il en a étendu l'emploi à un plus grand nombre de maladies (ainsi dans la pneumonie, depuis 2 ans à peu près), que ce traitement jouit d'une renommée plus générale et a été adopté par plusieurs médecins des hôpitaux.

Les principales maladies qui en sont justiciables sont : l'érysipèle, de toutes les formes, même l'érysipèle traumatique, la pneumonie, la péricardite et l'endocardite, la fièvre typhoïde, le typhus, les exanthèmes fébriles, variole, scarlatine, la péritonite puerpérale, le scorbut, la pyémie, la pourriture d'hôpital et la gangrène sénile, l'ophthalmie, (conjonctivite, kératite, spécifique ou non), avec quelques légères modifications. On le voit, toutes ces maladies appartiennent en partie aux inflammations, en partie aux maladies aiguës du sang, aux empoisonnemens spécifiques. Pour M. Todd, elles ont pour base, pour lien commun, une inflammation érysipélateuse, résultant d'un empoisonnement du sang.

D'autres affections, ne rentrant pas dans ce cadre, doivent cependant être traitées par l'alcool ; ce sont des maladies incurables où cet agent ne peut avoir qu'un succès symptomatique. Elles ont pour symptôme commun, qui est l'indication capitale de l'administration des alcooliques, *un pouls fréquent, petit, faible*. Dans ces cas, il faut les employer, que le malade soit au premier jour de sa maladie et doué encore de toutes ses forces, ou qu'il soit dans le collapsus, et quel que soit le nom de la maladie.

Cette méthode antiphlogistique, d'une nouvelle espèce, se compose de moyens diététiques et de moyens médicamenteux.

La partie diététique ne consiste pas dans la diminution des forces par la diète, mais au contraire dans leur soutien, au moyen d'une alimentation facile, digeste, principalement animale, qui doit aider au malade à supporter et à vaincre plus aisément l'influence de la maladie. Ces indications sont remplies principalement par le beefted anglais (thé de bœuf), que l'on donne en quantité et souvent comme nous donnons de l'eau. Ce beefted est, à notre bouillon, à peu près ce que le porter anglais est à notre bière blanche ; il a une consistance sirupeuse et est un véritable extrait de viande. Il faut préférer de petites portions, données souvent, aux grandes quantités, administrées à de plus longs intervalles, quoi qu'elles soient souvent bien supportées également. Souvent on y ajoute encore des alimens solides. Il est néanmoins important de garder une certaine mesure dans l'alimentation, mesure dont les limites ne peuvent être exactement déterminées ; il faut éviter de surcharger l'estomac, quoique, d'après les idées anglaises, cet état soit moins dangereux que l'état opposé, celui d'un régime trop sévère. Dès que la convalescence a commencé, la cuisine anglaise ordinaire reprend ses droits, et l'on voit souvent des malades manger du poisson, du pudding, etc., dans des conditions dans lesquelles nous les traiterions de fous, s'ils venaient nous en demander. On pourrait objecter à ce régime que les malades des hôpitaux anglais sont surtout des hommes usés, à qui cette nourriture est nécessaire. Sans nier que ce cas existe dans certains quartiers, M. Martins observe qu'il n'en est pas ainsi dans ceux dont il a suivi les hôpitaux. D'ailleurs la même pratique est suivie pour les malades en ville.

Le traitement médicamenteux se résume, en général, en une liqueur spiritueuse, de l'eau-de-vie, du cognac, du gin, du vin, etc. La dose moyenne est de 15 grammes toutes les trois ou deux heures, toutes les heures et même toutes les demi-heures. Le plus souvent c'est de l'eau-de-vie, plus rarement du porto. M. Martins l'a vu donner, avec de l'eau gazeuse, dans un ou deux cas où il y avait une grande irritabilité de l'estomac et des nausées. En général, on l'administre pur ou coupé avec partie égale d'eau. M. Todd n'emploie ordinairement qu'un seul liquide, mais plusieurs de ses collègues alternent une dose de vin avec une dose d'eau-de-vie. Dans plusieurs cas spéciaux, surtout après les refroidissemens, quand les médecins veulent provoquer la diaphorèse, ou soutenir l'action stimulante de l'alcool, on prescrit concurremment l'acétate d'ammoniaque de 16 à 24 gram. avec 0,05 à 0,15 centig. de carbonate d'ammoniaque, dans 15 gram. d'eau, à prendre trois fois par jour. Dans quelques hôpitaux on emploie en même temps la quinine et quelquefois l'éther.

Les effets produits par l'alcool se rapprochent en partie de ceux de la digitale. Quand il est administré convenablement, le pouls se ralentit, devient plus fort, la respiration diminue de fréquence, la température du corps baisse, le météorisme, le délire et le coma s'amoindrissent, quand ils existaient, ou ne se montrent pas du tout.

La plupart des malades atteints de typhus ne présentent, même après quinze jours, pas ou peu de collapsus extérieur ; ils ont plutôt l'air de pneumoniques. Dans la fièvre typhoïde, l'amaigrissement est déjà plus marqué et la convalescence un peu plus longue. La moyenne du séjour à l'hôpital, dans le *fever-hospital*, a été, en 1854, pour la fièvre typhoïde, en ne comptant que les guéris (au nombre de 619), de vingt-cinq jours. Les cas mortels (en quelle proportion ?) se terminaient généralement, dans les deux premiers septénaires, en seize jours (?). A côté de ce peu de collapsus, on est frappé de l'exiguïté du météorisme, même dans la fièvre typhoïde. Sur plus de cinquante cas, M. Martins ne peut se rappeler un seul présentant le météorisme au degré auquel nous le voyons dans nos cas ordinaires.

Le délire est beaucoup plus rare et moins intense que chez nous, aussi sa présence constitue un signe plus fâcheux que chez nous en général.

L'action la plus remarquable de l'alcool est celle qu'il exerce sur la circulation et sur la respiration : les deux diminuent de fréquence et deviennent relativement plus larges. Exemples : Ouvrier de 65 ans ; érysipèle de la face et du cuir chevelu ; violent délire. Pouls 135 le jour de l'entrée à l'hôpital. En vingt-quatre heures, après l'administration de 350 grammes d'eau-de-vie, pouls 90, plus de délire, état général passable. Deux jours après, pouls de nouveau 110. Eau-de-vie, 230 gr. Le pouls retombe à 80. — Garçon de 13 ans ; pneumonie du lobe inférieur gauche ; pouls 120 ; respiration 42. Eau-de-vie 85 gram. pour la journée, et trois fois, une potion contenant 12 grammes d'acétate d'ammoniaque. Le lendemain, pouls 115 ; respiration 40. Même prescription. Troisième jour, pouls 90 ; respiration 26. Même prescription. Cinquième jour, pouls 80 ; respiration 26. Tout était bientôt rentré dans l'ordre, et le malade a quitté l'hôpital le dixième jour, guéri. — Jeune homme de 22 ans ; œdème de la glotte ; trachéotomie. Après l'opération, 15 gram. d'eau-de-vie avec ammoniaque et éther (combien ?) par heure ; quantités copieuses de beeftea. Le premier jour, le pouls descendit de 110 à 99, le lendemain à 86, le troisième jour à 76. Guéri en quatre semaines.

Un autre effet, qui se fait sentir en même temps, est l'abaissement de la température. Les professeurs Todd et Beale ont fait dans le temps des observations thermométriques à cet égard, et ont trouvé, qu'en thèse générale, cet abaissement et la diminution du nombre des respirations dépendaient du ralentissement de la circulation. Cette relation n'existe cependant pas dans tous les cas, ainsi que le prouve l'observation suivante : Femme de 36 ans, misérable. Erysipèle de la joue droite ; pouls 68 ; respiration 48 ; ronchus généralisés. Eau-de-vie 15 grammes toutes les deux heures ; un peu d'ammoniaque ; beeftea. Le lendemain, l'érysipèle avait un peu gagné d'étendue ; pouls 86 ; respiration 46. Eau-de-vie 15 gram. toutes les demi-heures. Le lendemain, elle vomissait chaque dose d'eau-de-vie. Cette liqueur fut remplacée par 30 gram. de vin de Porto, par demi-heure, dans une mixture effervescente, ce qui fut bien supporté. Le lendemain, pouls 94, respiration 20. Depuis ce moment tout céda, et la femme put bientôt sortir.

Les principes qui guident M. Todd dans ce mode de traitement sont ceux d'un brownisme renforcé. Les maladies inflammatoires sont des maladies hyposthéniques ; leur premier et principal symptôme est un pouls fréquent, devenant bientôt faible. On s'oppose à cette faiblesse en soutenant l'organisme par une nourriture convenable et une médication stimulante. L'alcool agit encore comme conservateur, puisqu'il retarde l'usure organique.

Les expériences de Traube ont démontré que la paralysie plus ou moins complète du nerf vague, déterminait une accélération dans les mouvemens du cœur et dans la respiration. L'alcool et même les alimens combattent cette faiblesse de l'innervation et amènent, pour résultat, une diminution dans le nombre des pulsations du cœur, avec pouls plus plein, plus fort, et un ralentissement du mouvement respiratoire, avec inspirations plus profondes.

En résumé il n'y a qu'une indication principale pour cette médication, c'est le pouls fréquent, comme phénomène fébrile dans toutes les maladies accompagnées d'une usure rapide des liquides du corps ou d'un affaissement rapide de l'innervation ; ainsi presque toutes les intoxications et une grande partie des inflammations. (Le rhumatisme articulaire aigu et la tuberculisation aiguë, par exemple, en sont exclus.) Le délire, dans ces cas, n'est pas une contre-indication ; bien au contraire, car il résulte de la faiblesse, et, en s'y prenant à temps, on l'évite. L'aggravation des symptômes et la continuation du délire exigent une augmentation des doses ou leur rapprochement, et si le délire ou le coma continuent néanmoins, il y a imminence de formation de pus ou de pyémie.

M. Todd recommande surtout de ne pas exagérer la méthode et de ne pas donner à la fois trop de stimulans divers. L'aggravation de l'état général, un sentiment de pression, de la flatulence et d'autres dérangemens intestinaux, indiquent qu'il faut être sur ses gardes. Dans ce cas il est difficile de savoir si ces mauvais effets dépendent de doses trop

élevées ou du médicament en lui-même. Il faut alors suspendre pendant quelques heures, et recommencer avec précaution quand les accidens ont disparu, et rester aux doses faibles si l'on en observe une bonne influence. Dans le cas contraire, on peut changer le médicament pour un autre de même nature.

Dr Strolh.

BIBLIOTHÈQUE.

ÉLÉMENS DE PATHOLOGIE MÉDICALE OU PRÉCIS DE MÉDECINE THÉORIQUE ET PRATIQUE ÉCRIT DANS L'ESPRIT DU VITALISME HIPPOCRATIQUE; par A.-L.-J. Bayle, docteur et professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris. Tome Ier, Paris, 1856. — Germer-Baillière, libraire.

Cet ouvrage, comme son titre le dit très explicitement, est un traité de médecine élémentaire où l'auteur s'est efforcé d'accommoder les connaissances médicales de nos jours à la doctrine hippocratique. De ce travail est résulté ce qu'il appelle le vitalisme hippocratique moderne. Il a pensé que les discussions récentes de l'Académie donnaient à son ouvrage un intérêt d'actualité, et convaincu par ces discussions même que la tendance des esprits était décidément vitaliste, il s'est empressé de publier son premier volume pour coopérer à la propagation d'une doctrine qui, pour lui, est la seule capable de faire progresser la science, la seule qui puisse donner de véritables et légitimes succès au lit des malades.

Ce volume contient l'exposé de la doctrine adoptée par l'auteur, un abrégé de pathologie générale et l'histoire des fièvres et des phlegmasies. Il commence par un aperçu rapide des différens systèmes qui ont eu cours successivement en médecine, et auxquels il oppose la grande doctrine hippocratique ; doctrine, dit-il, qui a traversé les siècles sans être ébranlée, et qui a toujours été adoptée par les meilleurs esprits de tous les temps ; doctrine qui contient en germe toute la science, et à laquelle doivent être rapportés tous les travaux modernes qui ne peuvent qu'être le développement et le commentaire des principes immuables posés par le père de la médecine.

Pour ne point être accusé d'animisme, sans doute, l'auteur débute par sa profession de foi au sujet de l'âme humaine, puis il expose les propriétés de la force vitale différente de l'âme, mais qui, comme elle, est *une* et distincte de l'organisation dont elle n'est pas le produit. Dans l'état de santé cette force préside à toutes les actions organiques ; dans l'état de maladie elle travaille constamment au rétablissement de la santé en réagissant contre les causes morbides. De là cette définition de la maladie adoptée par l'auteur : « *une réaction de l'organisme contre toute cause qui l'affecte d'une manière nuisible, réaction qui tend à éliminer et à neutraliser cette cause ou à réparer les dommages qu'elle a produits.* »

Il distingue donc, dans toute maladie, deux élémens tout-à-fait distincts : 1° l'action directe de la cause morbifique sur l'organisme, qui se manifeste ordinairement par les phénomènes qu'on est convenu d'appeler prodrome ; 2° la réaction vitale qui s'en suit. Cette réaction vitale a toujours une tendance médicatrice, et l'auteur s'efforce de le prouver en énumérant ses bienfaits. Peut-être, dans l'enthousiasme que ces bienfaits lui inspirent, est-il entraîné à les exagérer un peu, peut-être se laisse-t-il aller à faire honneur à la force vitale de phénomènes où elle n'a que fort peu de part lorsque, par exemple, il lui attribue la progression des aiguilles au milieu des tissus et leur élimination à travers la peau, progression, comme on sait, tout aussi mécanique que celle d'un épi dans la manche d'un habit où on l'a introduit.

L'auteur reconnaît à la nature médicatrice trois procédés pour arriver à la guérison des maladies : 1° l'expulsion ; 2° la neutralisation ; 3° la régénération. L'expulsion de la matière morbide a lieu sous mille formes diverses qui constituent des *crises*, mais presque constamment à certains jours qui sont les *jours critiques*.

Il avoue néanmoins que la nature médicatrice fait quelquefois fausse route, et qu'au lieu d'arriver à guérir les malades, elle les tue soit par excès de réaction, soit par erreur de lieu dans la détermination critique. C'est, dit l'auteur que « *tout intelligente* » qu'elle soit, la force vitale « est aveugle ; » ce qui explique ses erreurs. Au reste, il détermine les sept circonstances différentes où la nature médicatrice a besoin d'être guidée, parce que la réaction qu'elle provoque est trop vive, trop faible, irrégulière, radicalement impuissante, erronée, nulle par défaut de force vitale, ou fâcheuse, parce qu'elle s'attaque à des maladies qu'il ne faudrait pas guérir.

Après avoir exposé ainsi cette doctrine vitaliste, qui « seule, dit-il, possède ce critérium d'embrasser et d'expliquer tous les faits généraux d'expérience ancienne et moderne, » l'auteur détermine le rôle du médecin en face de la maladie, rôle qui doit consister « à reconnaître dans chaque maladie individuelle la tendance de la nature et à diriger la réaction dans ce sens à l'aide d'un empirisme raisonné. »

Dans l'abrégé de pathologie générale qui fait suite à l'introduction dont nous avons essayé de donner une idée, l'auteur s'élève contre l'anatomisme qu'il combat par les argumens qu'on est dans l'usage de lui opposer et insiste particulièrement sur le chapitre des diathèses. Il désigne sous ce nom « les modifications intérieures des solides et des fluides qui résultent de l'action des causes morbifiques, » modifications qui constituent des élémens de maladies, lesquels se groupant en plus ou moins grand nombre, deviennent la cause prochaine des maladies telles qu'elles se manifestent à l'observation. Ces diathèses peuvent être multipliées indéfiniment, et l'auteur est même persuadé que, comme les élémens chimiques, elles se multiplieront à mesure qu'on analysera mieux les états morbides. Il en indique et décrit dix-sept, qui sont : les diathèses inflammatoire nerveuse, périodique, rhumatismale, goutteuse, gastrique atonique, scorbutique, scrofuleuse, tuberculeuse, cancéreuse, syphilitique, gangréneuse, chlorotique, cholérique, hydrophobique, herpétique, vermineuse, saturnine.

A l'article séméiologie, l'auteur répète et expose avec quelques détails une découverte dont il avait récemment fait part à l'Académie dans un mémoire spécial. Cette découverte consiste en ceci, que toutes les altérations connues du sang se manifestent à la peau par quelque signe apparent, d'où il déduit cette conséquence que toute manifestation morbide à la peau indique une altération du sang. De là cette conclusion exprimée sous une forme pittoresque que « *la peau est le miroir du sang.* »

Les limites restreintes de l'ouvrage n'ont malheureusement pas permis à l'auteur de donner à son sujet tous les développemens possibles, et nous avons vainement cherché, par exemple, quelle manifestation cutanée décèlent les changemens de composition du sang dans les phlegmasies, la glucosurie, l'albuminurie, etc. Il est vrai que l'auteur ne veut pas que la peau soit seule le *miroir* du sang, et qu'il admet aussi que l'urine est le « meilleur *thermomètre* pour apprécier l'état de ce liquide. » Il donne une description très soignée des sédimens critiques et de ceux qui ne le sont pas ; mais ces détails nous entraîneraient trop loin.

Rejetant toutes les classifications adoptées jusqu'ici, l'auteur base la sienne sur les diathèses, et par les maladies auxquelles plusieurs diathèses peuvent prendre part, sur les analogies symptomatiques. Il est arrivé ainsi à établir vingt-et-une classes qu'il aimerait mieux appeler des familles naturelles des maladies.

L'auteur commence la description des maladies en particulier par celle des fièvres, dont il défend l'essentialité par les motifs suivans : 1° qu'on ne trouve pas toujours de lésions anatomiques ; 2° que les lésions anatomiques, quand on en trouve, sont hors de proportion avec l'appareil symptomatique ; 3° qu'elles ne surviennent là où elles sont apparentes qu'un certain temps après le début de la fièvre ; d'où il tire cette conclusion que « les lésions locales, quand on en trouve, sont les effets et non la cause de la fièvre. »

Abordant ensuite la pathogénie, l'auteur entreprend de montrer qu'on trouve dans la doctrine hippocratique une explication complète de la filiation des symptômes et des lésions anatomiques dans toutes les fièvres, et que les uns comme les autres sont des expressions différentes de la force médicatrice tendant à rejeter au dehors le poison miasmatique dont l'économie a été infectée ; que ce poison doit être considéré comme la cause première de la fièvre ; et qu'enfin, cette élimination achevée, la maladie est guérie ou du moins marche vers la guérison.

Dans les fièvres intermittentes, l'élimination se fait par les sueurs ; pourtant la maladie revient dans un temps très court. « Cela tient, » dit l'auteur, « au renouvellement de la cause morbifique. » Ce passage eût exigé un peu plus de développement, car on sait que les fièvres intermittentes persistent souvent en l'absence de l'influence miasmatique. Comment alors la doctrine hippocratique expliquera-t-elle le renouvellement de la cause morbifique expulsée par les sueurs ?

Nous ne suivrons pas l'auteur dans sa description rapide des fièvres en particulier, les détails de pathogénie qu'il y donne ne sont, d'ailleurs, que le développement des principes que nous venons d'exposer.

La seconde classe est celle des phlegmasies. L'auteur les définit « des réactions locales de l'organisme contre les causes qui le troublent, réactions qui se manifestent par la douleur, la rougeur, la chaleur, et le gonflement de la partie malade. »

« La cause prochaine des phlegmasies est une augmentation anormale de la sensibilité et de l'irritabilité vasculaire par suite de l'impression d'un stimulus local, » ce qui s'explique « d'après le principe *ubi stimulus ibi fluxus.* »

Dans sa description des phlegmasies en particulier l'auteur s'arrête un peu plus particulièrement sur la méningite chronique primitive avec aliénation paralytique, maladie assez généralement désignée aujourd'hui sous le nom de paralysie générale et que, le premier, il a décrite dans sa thèse inaugurale en 1822. La distinction de cette forme spéciale de l'aliénation a marqué un véritable et important progrès en médecine mentale, et l'on conçoit que l'auteur tienne à défendre les opinions qu'il avait émises dès-lors, mais peut-être fait-il un peu trop bon marché des recherches faites depuis sur le même sujet. Pour lui cette maladie est une méningite chronique à laquelle se joint très souvent une encéphalite consécutive de la substance corticale des circonvolutions cérébrales. Il réfute les opinions de M. Calmeil pour lequel l'encéphalite est primitive, et de M. Delaye qui voyait le caractère anatomique principal de la maladie dans une augmentation de consistance de toute la masse cérébrale, et surtout celle de M. Lélut, qui ne voyait dans la paralysie générale qu'une complication de toute espèce d'aliénation, considérant les lésions anatomiques comme consécutives aux troubles nerveux. Malgré l'intérêt qui s'attache à cette grave et singulière maladie, ce n'est point ici le lieu d'insister sur la description que l'auteur en donne.

L'histoire des phlegmasies termine ce volume, dont l'étendue restreinte a malheureusement obligé l'auteur à abréger beaucoup ses descriptions, et parfois même semble l'avoir empêché de mettre son livre au niveau de la science actuelle, en supprimant des détails caractéristiques de certaines maladies, comme, par exemple, ceux qui concernent l'exsudation du muguet qui se trouve confondue dans l'ouvrage avec les aphthes, alors qu'elle constitue une maladie si spéciale.

Nous avons dû nous borner à une simple et pure analyse de ce premier volume du traité de M. Bayle. Les volumes suivans nous permettront d'aborder l'examen des questions doctrinales soulevées par l'auteur ; l'espace nous manque aujourd'hui pour entamer ce sujet.

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 Février 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Une demande d'analyse des eaux minérales de Digne, adressée par le préfet des Basses-Alpes.

— Une demande adressée par M. le docteur Chopelet, de Paris, afin d'être autorisé à exploiter une source d'eau minérale découverte par lui à Vrécourt (Vosges).

— Une demande semblable adressée par le sieur Renault, au sujet d'une source minérale dans la commune de Kontz-Basse (Moselle).

— Un rapport de M. le docteur Silve, médecin inspecteur des eaux minérales de Digne (Basses-Alpes), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854.

— Un rapport de M. le docteur Peyrocave, médecin inspecteur des eaux minérales de Barbotan (Gers), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855.

(Commission des eaux minérales.)

La correspondance particulière se compose des pièces suivantes :

Un mémoire intitulé : *Quelques mots sur une épidémie de rougeole* qui a régné à Albi et dans ses environs, de mars à août 1855, par M. le docteur Lalagade. (Comm. de vaccine et des épidémies.)

— Une observation d'*hydrophobie rabique*, par MM. les docteurs Warin et Puel fils, de Metz. (Com. MM. Renault et Jolly.)

M. Ossian Henry, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture des rapports qui suivent :

1° Un rapport au sujet d'une source minérale découverte à Vals (Ardèche). Comme le bourg de Vals est déjà très riche en eaux minérales du même genre, comme la source dont il s'agit est voisine des sources anciennement connues, la commission ne voit aucune urgence pour le pays à son exploitation, et en conséquence propose de répondre à M. le ministre qu'il n'y a pas opportunité à accorder au sieur Mathon l'autorisation qu'il sollicite. (Adopté.)

2° Un rapport sur l'eau minérale de Vaugnières (Drôme). C'est une eau acidule gazeuse, bicarbonatée, calcaire, ferrugineuse, renfermant de l'iode en proportions notables. Les essais faits dans le laboratoire de l'Académie confirment ceux obtenus par M. Martin, chimiste de Marseille. La commission propose d'adresser à M. le ministre une réponse favorable. (Adopté.)

3° Un rapport au sujet des eaux mères de la saline de Salins (Jura). Ces eaux, déjà analysées par MM. Dumas et Pelouze, contiennent des chlorures, des bromures et des sulfates alcalins ; les résultats obtenus dans le laboratoire de l'Académie, confirment les précédens ; on y a constaté de plus quelques indices d'iodure. La commission propose de répondre à M. le ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter les eaux mères de Salins en bains minéraux. (Adopté.)

4° Un rapport sur l'eau minérale de deux nouvelles sources découvertes à Vittel près Contrexéville (Vosges). Par leur nature chimique, ces eaux justifient les propriétés médicales qu'on leur a reconnues, l'une (celle de la source Marie) est sensiblement purgative à cause des sels magnésien et sodique surtout qui la minéralisent ; l'autre (de la source des Demoiselles) est tonique et fortifiante par le fer qui entre dans sa composition. Les conclusions favorables sont adoptées.

— M. Gobley lit un travail intitulé : *Analyse du champignon comestible de couche*, et qui forme la première partie de ses recherches chimiques sur les champignons vénéneux. Ce mémoire, dit en commençant M. Gobley, a été déposé au secrétariat de l'Académie le 2 janvier dernier, et, depuis longtemps déjà, j'avais demandé la parole pour en faire la lecture. Je crois devoir faire connaître ces faits afin de bien établir que mon travail est indépendant de celui que M. Lefort a présenté à l'Académie des sciences sur le même sujet, mais à un point de vue différent.

L'auteur résume son mémoire dans les conclusions suivantes :

1° Le champignon comestible renferme 90,50 p. 100 d'eau ;

2° Il contient de l'albumine ;

3° Sa fibre végétale est formée, comme celle des autres végétaux, par la cellulose ; la *fungine* ne peut être considérée comme un principe immédiat, et c'est à l'albumine qu'elle retient que sont dues ses propriétés particulières ;

4° La matière grasse du champignon comestible se compose d'oléine, de margarine, et d'une substance particulière, *agaricine*, solide et cristallisée, remarquable par son point de fusion élevé et par sa propriété de n'être pas altérée par les alcalis caustiques ; c'est à cette dernière substance que Braconnot et Vauquelin ont donné le nom d'*adipocire*.

5° La matière sucrée, cristallisée, ne constitue pas un sucre particulier, elle n'est pas susceptible de fermenter, et n'est autre chose que de la *mannite* ;

6° Le champignon de couche renferme une forte proportion de matières extractives azotées, les unes solubles dans l'eau et dans l'alcool, les autres solubles dans l'eau et insolubles dans l'alcool ;

7° Il contient du chlorure de sodium et de potassium, du phosphate de potasse, de la potasse unie probablement aux acides malique, citrique et fumarique, du chlorhydrate d'ammoniaque, du phosphate et du carbonate de chaux. (Comm. MM. Grisolle, Guérard, Chevallier.)

— M. le docteur Thomas-Longueville donne lecture d'un travail intitulé : *Détails sommaires d'un voyage médical en Italie et en Orient* pendant les mois de septembre et d'octobre 1855. L'auteur, poursuivant ses recherches sur le choléra, cite de nouveaux faits et de nouvelles autorités à l'appui de ses idées, au sujet de la persistance de l'absorption cutanée pendant la période algide et sur la non-contagion du choléra.

— M. Langlois lit un mémoire *sur le rôle de l'acide carbonique en présence des alcalis végétaux.* (Comm. MM. Michel Lévy, Boullay, Gaultier de Claubry.)

EN VENTE,

Aux bureaux de l'*Union Médicale* et chez tous les libraires de l'École de médecine,

LETTRES SUR LA SYPHILIS,

Adressées à M. le rédacteur en chef de l'Union Médicale,

Par Ph. RICORD,

Chirurgien de l'hôpital du Midi, chirurgien-consultant du Dispensaire de salubrité publique, membre de l'Académie impériale de médecine, de la Société de chirurgie et de diverses Académies et Sociétés savantes ; officier de la Légion-d'Honneur, commandeur et chevalier de plusieurs autres ordres ;

AVEC UNE INTRODUCTION,

PAR AMÉDÉE LATOUR,

Rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique.

Deuxième édition revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 18. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 9 Février 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. ANESTHÉSIE : Note sur un nouveau procédé d'administration du chloroforme. — Réflexions sur cette note. — II. CLINIQUE MÉDICALE : Observation de rétrécissement de l'œsophage à la fois spasmodique et organique, suivie de réflexions. — III. THÉRAPEUTIQUE : De l'action thérapeutique de l'iodure de fer dans les maladies scrofuleuses. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale du 10e arrondissement* : Tumeur dans la région iliaque droite. — Exemple de gravelle pharyngienne. — Recherches sur l'hypertrophie de la parotide. — Fait singulier de grossesse extra-utérine. — Un cas de monstruosité curieuse. — V. PRESSE MÉDICALE : Sur le rhumatisme du cœur et le pouls intermittent. — VI. FEUILLETON : Causeries.

ANESTHÉSIE.

NOTE SUR UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'ADMINISTRATION DU CHLOROFORME ;

Par M. MOREAU-NICOLAS, élève des hôpitaux de Paris.

Le but de cette note est d'appeler l'attention sur un procédé de chloroformisation qui agit plus promptement qu'on ne le fait généralement, et qui nous a paru rendre l'action de cet agent anesthésique complétement inoffensive, quelque prolongée que soit la durée de son administration.

Pendant quatre années d'externat en chirurgie dans les hôpitaux, je fus chargé, par la bienveillance de mes maîtres, M. Huguier à Beaujon, M. le baron Boyer à l'Hôtel-Dieu, de chloroformer les malades avant et pendant les opérations.

Dans cet espace de temps, un nombre considérable d'individus ont été soumis aux inhalations anesthésiques, sans que jamais nous ayons eu ni sujet de craindre, ni un accident à déplorer; aussi est-ce fort de l'autorité comme de l'assentiment de M. Boyer, mon vénéré maître, et cédant à son conseil, que je me suis décidé à publier cette note.

Si l'on se rappelle les cas de mort assez nombreux survenus à la suite de l'administration du chloroforme, si l'on a présente à l'esprit cette proposition formulée par la Société de chirurgie dans sa séance du 22 février 1854, ainsi conçue : « l'inhalation du chloroforme peut déterminer des accidens graves, » et la mort, lors même qu'il est administré par des mains habiles, » on comprendra que des chirurgiens recommandables craignent et même refusent d'avoir recours à l'agent anesthésique par excellence. C'est donc faire une chose utile que de chercher à dissiper ces craintes et à faire cesser toute hésitation à cet égard. Nous sommes heureux, pour notre part, de contribuer à ce résultat en faisant connaître le mode d'administrer le chloroforme, qui, sous les yeux des chefs de service auxquels j'ai été attaché, en ont rendu l'action prompte et constamment inoffensive.

Admettons d'abord qu'il n'existe, de la part du malade, aucune contre-indication, et que le chloroforme est parfaitement pur; ce dont il est facile de s'assurer par les réactifs indiqués par M. Dorvault.

Ces préliminaires établis, je donne à une compresse double la forme d'un entonnoir au sommet duquel je fixe une petite éponge de 5 centimètres cubes environ.

Il faut avoir la précaution que cette espèce d'entonnoir soit suffisamment tronqué à son sommet pour permettre le mélange de l'air atmosphérique avec les vapeurs chloroformiques.

Le malade est couché sur le dos, la tête élevée au moyen de deux ou trois oreillers. On défait tout cordon qui serre le cou, la poitrine, la taille, les cordons de bonnet, les boutons de chemise, etc., afin que le malade ne soit absolument gêné par rien pendant qu'il est soumis à l'inhalation. Lorsque le malade est endormi on peut, sans aucune crainte, lui donner la position que nécessite l'opération.

La quantité de chloroforme à verser sur l'éponge est d'environ 15 à 20 grammes.

Je tiens d'abord l'appareil à une petite distance, à 10 centimètres environ de la bouche du malade, et, après deux ou trois inspirations, je lui recouvre exactement le nez et la bouche avec la compresse, en ayant soin d'exercer sur le ventre et le thorax des pressions propres à faciliter et même à forcer les mouvemens de la respiration ; en un mot, je pratique la *respiration artificielle*, car un des premiers effets du chloroforme est de causer aux malades une sorte d'essoufflement, ce qui fait qu'ils exécutent des mouvemens de déglutition au lieu de faire des mouvemens d'inspiration et d'expiration, et l'anesthésie est ainsi beaucoup retardée, le chloroforme venant affecter désagréablement la muqueuse stomacale, cause des vomissemens qui forcent de suspendre son action, tandis que, au moyen de ces pressions alternatives, ils sont forcés de respirer l'air chargé de vapeurs chloroformiques, et exécutent plus difficilement les mouvemens de déglutition.

Première période. — Le pouls devient plus fréquent et plus plein, la face est légèrement injectée, la respiration assez difficile, le malade se plaint d'étouffer, il s'agite et veut se soustraire à l'action du chloroforme.

Deuxième période. — Le pouls est plus rapide (100 à 110). La respiration s'établit plus facilement, la pupille commence à se dilater, le malade perd connaissance des objets qui l'entourent, il continue pourtant à se débattre et à s'agiter, il se met à causer, à rire aux éclats (surtout s'il est nerveux), quelquefois à chanter ou bien à crier, la bouche est un peu écumeuse. Cette période dure à peu près une minute.

Troisième période. — Le malade respire largement, à longue haleine, la face commence à pâlir, la pupille est plus dilatée, la résolution des membres commence à se faire, le pouls devient moins fréquent, il retombe vers 70 à 80, il est plus faible, le malade est déjà insensible.

Quatrième période. — Le malade se met à ronfler, la résolution complète est arrivée, la pupille est extrêmement dilatée, le pouls est faible et ne bat plus que de 55 à 65. La respiration est tout à fait régulière, la sensibilité entièrement éteinte; j'enlève l'appareil, c'est le moment d'opérer.

La durée des quatre périodes est de deux minutes à deux minutes et demie ; si, au bout de ce temps, le malade n'est pas endormi, il faut verser de nouveau sur l'éponge, sans ôter l'appareil de place, environ, 10 grammes de chloroforme, et l'on continue toujours la respiration artificielle.

Mais tous les malades ne s'endorment pas avec autant de facilité. Chez les ivrognes et les individus d'un tempérament sanguin, après deux ou trois inspirations, la face devient violacée, turgide, les veines du front et du cou sont tendues et gonflées, le globe oculaire est saillant, la bouche écumeuse ; les muscles du tronc et des membres sont contractés et agités de soubresauts convulsifs, le malade profère des cris inarticulés, en même temps qu'il se débat violemment, et essaie de se soustraire à l'action du chloroforme.

J'éloigne alors l'appareil pour laisser faire au malade deux ou trois inspirations d'air pur, puis je recommence de nouveau l'inhalation du chloroforme, en continuant de pratiquer la respiration artificielle. Si le malade continue à s'agiter et tarde à entrer dans la troisième période, je verse sur l'éponge par le sommet de l'appareil et sans l'ôter de place, 10 grammes de chloroforme, en continuant toujours de forcer les mouvemens respiratoires, et dès que le malade commence à ronfler, j'enlève l'appareil. Je n'ai pas rencontré d'individu réfractaire à cette manière d'agir.

Si l'on a une opération très longue à faire, la lithotritie, par exemple, on maintient le malade endormi, en lui faisant faire, toutes les fois qu'il commence à s'agiter un peu, deux ou trois inspirations d'air chargées de vapeurs de chloroforme; mais il faut avoir soin de pratiquer toujours la respiration artificielle.

J'ai, par ce moyen, entretenu des malades dans l'insensibi-

Feuilleton.

CAUSERIES.

Comment on écrit l'histoire à la *Revue médicale*. — Quelques mots sur l'affaire du docteur Andreux, de Bar-le-Duc.

Permettez-moi de vous donner un échantillon de la manière dont on écrit l'histoire dans la *Revue médicale*, ce journal pieux et saint, dans lequel la vérité devrait pouvoir se réfugier si elle était bannie des autres journaux. Vous vous rappelez tous, bien-aimés lecteurs, l'intervention de M. le docteur Bertillon dans le procès intenté à la vaccine. Or, voici comment on expose et comment on apprécie les faits dans le journal de saint Thomas-d'Aquin et de saint François de Sales-Girons :

« Il y a eu aussi une discussion scientifique qui a failli dégénérer en » dispute. L'esprit ne suffit pas sans chiffres, et surtout contre les chif- » fres, dans une thèse de pure statistique. Il s'agit de la vaccine et de » ses bienfaits, dans l'UNION MÉDICALE. M. Bertillon, le collaborateur » d'icelle, a senti que l'occasion prochaine allait être belle de raviver » la plaie, et il s'est attaqué à M. Carnot et à son artillerie, qui ne s'en » sont émus ni l'un ni l'autre. Si bien que de dépit, les personnalités » ont émaillé la science de M. Bertillon, et que le journal a dû clore le » débat, en refusant ses colonnes à tout le monde, pour ne pas en » continuer la faveur à son rédacteur. »

Presque autant d'inexactitudes que de mots, et M. Sales-Girons, qui a écrit ces lignes, arriverait de Tombouctou, qu'il ne serait pas plus mal renseigné qu'il fait semblant de l'être. Or, comme notre contradicteur habite Paris, dans la rue du Dragon, lieu bien choisi, car, en véritable dragon, il veille sur toutes les issues de la presse, *quatrens quem devoret*, il sait parfaitement ce qui se passe, et s'il se trompe, c'est qu'il a ses raisons pour cela.

Ai-je besoin de dire qu'il n'y a pas eu de *dispute* à l'UNION MÉDICALE ; que M. Bertillon n'a pas discuté sans chiffres, mais au contraire qu'il en a accablé ses adversaires ; que M. Bertillon n'a saisi aucune occasion prochaine, que l'occasion est toujours bonne de détruire une erreur; que nous ne savons ce que veut dire « raviver la plaie. » Quelle plaie? Que M. Carnot et son artillerie se sont si bien émus, que nous avons reçu un plein carton de lettres, soit du chef de pièce, soit de ses servans, et que l'un de ceux-ci nous a forcé légalement de publier une réponse à un article non terminé; que nous n'avons clos le débat qu'avec ce seul adversaire; que nous laissons M. Bertillon complétement libre de discuter la doctrine des anti-vaccinateurs ; que, loin de fermer nos colonnes à notre savant et honorable confrère, nous l'avons, autant qu'il est en nous, encouragé à poursuivre son entreprise, non il est vrai dans une polémique épuisante, mais dans un travail d'ensemble et fait à loisir; que cette expression *personnalité*, sous la plume d'un journaliste qui en commet une à l'instant même, est une injustice et un non sens ; qu'il est impossible de répondre à une lettre écrite par une personne, sans s'adresser à cette personne; que ce critique, qui a eu des yeux de lynx pour une seule petite vivacité de plume échappée à M. Bertillon, les a tenus fermés sur les grosses aménités de son adversaire ; et qu'enfin il est au moins singulier, à M. Sales-Girons, de prendre un air paterne pour dire à un confrère de la valeur de M. Bertillon : « Enfant, ne jouez pas avec la poudre, etc. »

Cela dit, pour la *Revue médicale*, je voudrais ajouter, à un point de vue plus général, que cette question de la vaccine me semble mériter plus de prudence et de réserve que la presse médicale n'en a mis jusqu'ici vis-à-vis des communications des adversaires de la découverte de Jenner. Ceux-ci se sont plaints quelquefois des obstacles qu'ils rencontraient aux portes des journaux; c'est assurément fort injuste de leur part ; la presse, au contraire, ne s'est montrée que trop libérale envers eux. Il n'est pas de mois que l'on ne puisse lire quelque lettre de l'un d'eux dans tel ou tel journal de médecine, et cela sans un mot de précaution ou de réserve de la part du journal. Il ne faut pas s'exagérer le mal produit par ces publications, mais il ne faut pas non plus le méconnaître. Ce n'est pas sur le corps médical que ces publications agissent, Dieu merci, ce milieu ne leur paraît pas favorable jusqu'ici. Mais il n'en est pas tout-à-fait de même de l'esprit de certaines classes de la population, et je ne parle pas des plus infimes, qui ne lisent guère les élucubrations de la doctrine nouvelle. C'est plus haut que vont retentir les chiffres sinistres par lesquels on cherche à effrayer la génération actuelle. Or, nous savons aujourd'hui, grâce à M. Bertillon, ce que valent ces chiffres, et puisque l'occasion s'en présente, je dirai à mes honorés confrères de la presse médicale : vous pouvez sans scrupule et sans crainte accepter les déductions de M. Bertillon. La plus vulgaire prudence nous commandait à nous-mêmes d'agir avec précaution et de n'entrer qu'avec la certitude de la vérité sur ce terrain hérissé de calculs. De concert avec M. Bertillon, qui a compris notre réserve, les communications qu'il a bien voulu nous adresser ont été soumises, soit avant soit après leur publication, à l'appréciation d'un homme que la doctrine ne refuserait pas elle-même pour juge. Or, ce juge éminent approuve sans réserve les travaux de M. Bertillon, et me disait encore lundi dernier ces paroles que je suis heureux de pouvoir reproduire : « M. Bertillon est un homme très fort. »

Ces mots sont l'unique réponse que je puisse faire aux nombreuses lettres que j'ai reçues de la doctrine et dans lesquelles on m'a adressé de vifs reproches d'avoir publié les travaux de M. Bertillon.

Il était nécessaire que la doctrine fût combattue sur le terrain qu'elle avait elle-même choisi; elle s'enveloppait de chiffres, les chiffres lui ont enlevé son voile. Mais avant comme après le calcul, qui n'est après tout qu'une forme de raisonnement, le raisonnement reste avec toutes ses autres formes, et certes nous ne voulons pas ici que le raisonnement donne sa démission. En dehors des argumens chiffrés, il est des argumens de simple bon sens qui ont bien aussi leur valeur et leur mérite. Ces argumens ne sont pas épuisés, de beaucoup s'en faut; il y a aussi une *raison médicale* que les adversaires de la vaccine ont leurs motifs pour laisser dans l'ombre. Certes, j'ai une grande estime pour la statistique, et j'en ai donné des preuves; le calcul me trouve très déférent pour ses déductions, et je le considère comme la raison suprême. Est-ce à dire qu'il faille absolument s'en tenir au calcul et aux chiffres ? Je ne suis pas de cet avis. Je crois que, par le pur raisonnement, on peut démontrer aussi la fausseté des inductions que la doctrine tire de ses

lité la plus complète, pendant plus de *cinquante minutes;* au bout de ce temps, le pouls était devenu à peine sensible n'ayant que 45 pulsations environ; le visage se couvrait d'une sueur froide, le corps commençait à perdre de sa chaleur naturelle; je cesse alors entièrement le chloroforme, le malade revient à lui par degrés, et éprouve quelques vomissemens de matières bilieuses; il ressent pendant deux ou trois heures une pesanteur dans la tête, il est assoupi, et pendant une demi-heure en état d'ivresse. Tous ces symptômes disparaissent au bout de trois ou quatre heures.

L'état qui persiste après la chloroformisation par le procédé qui précède, et, sous ce rapport il n'a rien qui le différentie des autres procédés, varie d'ailleurs suivant la durée du temps pendant lequel le malade a été soumis à l'inhalation.

Dans les opérations ordinaires ne durant que deux ou trois minutes, le malade, en se réveillant, reprend complétement ses sens au bout de cinq minutes.

Plus longtemps on le tient endormi, plus longtemps aussi il est à recouvrer ses perceptions. Il est plongé alors dans une sorte de coma. Si on lui parle en le tirant de son sommeil, il répond assez juste, puis il se rendort. Revenu à lui, il ne se rappelle ni ce qu'on lui a dit, ni ce qu'il a répondu. Il est quelquefois pris de vomissemens qui peuvent durer d'une heure à six heures. Ils se calment avec de l'eau de Seltz et de la glace.

Comme je n'ai jamais été témoin d'accidens graves, je n'ai pas à en parler; je ne pourrais que répéter ce qui a déjà été publié dans les livres et dans les journaux. Tel n'a pas été mon but.

Je n'ai voulu, en publiant cette note, que prouver :

1° Que le chloroforme, administré suivant les règles et les précautions que je décris, n'est point dangereux, et peut remplir le but que se propose tout chirurgien en l'employant.

2° Parmi ces précautions, j'insiste surtout sur les phénomènes physiques de la respiration, que j'exécute par des pressions alternatives sur le ventre et sur le thorax, en même temps que je fais inhaler les vapeurs du chloroforme.

3° Ces pressions sont indispensables chez beaucoup de malades pour les forcer à respirer régulièrement et les empêcher de faire des mouvemens de déglutition, ce qui entrave le cours de l'inhalation.

4° Elles sont de plus nécessaires pour rendre l'action du chloroforme plus prompte et inoffensive.

En somme, d'après ce qui précède, je voudrais voir appliquer à la chloroformisation ce classique adage recommandé par nos auteurs, pour toute espèce d'opération : *Citò, tutò et jucundè.*

RÉFLEXIONS SUR LA NOTE QUI PRÉCÈDE.

Le but que s'est proposé l'auteur de ce travail est clairement indiqué dans cette phrase, où il dit, en terminant : « Je » voudrais voir, appliqué à la chloroformisation, ce classique » adage recommandé par les auteurs pour toute espèce d'opé» ration : *Citò, tutò et jucundè.* »

C'est là, à coup sûr, un vœu bien légitime auquel, pour ma part, je m'associe de grand cœur, désirant vivement le voir se réaliser par la méthode que M. Moreau préconise avec une assurance de langage qui révèle en lui une conviction profonde.

En sera-t-il ainsi, et la chirurgie va-t-elle être enfin en possession d'un procédé d'inhalation qui, comme le dit l'auteur, *doit rendre son action complétement inoffensive.* C'est ce que nous avons dessein d'examiner.

Pour cela, voyons d'abord en quoi consiste cette méthode, et comment elle diffère des procédés généralement suivis depuis l'introduction des agens anesthésiques dans la pratique chirurgicale.

Le procédé qui a recours à une compresse, à une serviette ou à l'éponge arrosée de chloroforme s'est, le premier, offert à l'esprit des expérimentateurs; il remonte à l'origine de la découverte. M. Moreau s'empresse de le reconnaître; à cet égard, sa méthode n'a donc rien de neuf.

Faut-il chercher l'innovation dans la manière de se servir de ce procédé? L'auteur nous dit qu'il place la compresse à 10 centimètres environ de la bouche, et qu'après deux ou trois inspirations à cette distance, il la rapproche et en recouvre exactement le nez et la bouche du malade. C'est-à-dire qu'il le fait respirer en pleine vapeur de chloroforme, dans le but de précipiter le dénoûment de l'expérience, en donnant, dès le début de celle-ci, l'agent anesthésique à haute dose. — Ici encore la méthode n'offre rien de nouveau, car depuis longtemps cela se fait en Angleterre, et un chirurgien éminent de ce pays, M. Syme, ne pratique pas autrement la chloroformisation.

Que reste-t-il donc pour justifier le titre de ce travail? — Une manœuvre inusitée jusqu'alors, nous le reconnaissons, du moins dans le but auquel l'auteur la destine et qui consiste à exercer sur le thorax et l'abdomen des pressions qui forcent le malade à respirer les vapeurs du chloroforme au lieu de les avaler, voulant ainsi prévenir une perte de la substance anesthésique, et conséquemment un retard dans la manifestation de ses effets.

Cette manœuvre implique, de la part du chirurgien, une volonté bien arrêtée et quelque peu tyrannique d'en finir promptement avec les difficultés que présente, chez beaucoup de sujets, la production de l'anesthésie, de telle sorte que l'on peut dire qu'en usant d'un tel procédé on ne donne pas le chloroforme, mais bien qu'on l'impose.

Administration de cette substance à dose élevée, dès le début de l'expérience; application de l'appareil presque au contact des orifices des voies respiratoires; respiration forcée pour assurer la pénétration des vapeurs anesthésiques à l'intérieur de celles-ci, tout, dans ce procédé, concourt à remplir le premier terme de la proposition rappelée par l'auteur, c'est-à-dire, le *citò*, et je ne doute pas qu'il n'y parvienne aisément. Mais ce dont je suis moins assuré, c'est qu'il le fasse sans préjudice pour le second terme de cette même proposition, le *tutò*, et par conséquent sans compromettre la sûreté du malade.

D'abord est-il prouvé par l'étude des phénomènes dynamiques de la respiration que, dans l'état d'éréthisme nerveux et musculaire qui caractérise la période d'excitation contre laquelle cette manœuvre est spécialement dirigée, il n'y ait aucun danger à vouloir ainsi, de haute lutte, faire céder la répugnance du malade, et dompter la résistance souvent très énergique qu'il oppose à l'action irritante du chloroforme.

L'auteur, sans doute, va répondre par l'affirmative, et ne manquera pas de mettre en avant le nombre considérable des faits qu'il cite à l'appui de sa manière d'agir.

Ce nombre, je veux l'accepter sans contrôle; les faits, je les tiens pour bons et valables. Toutefois, si nombreux qu'ils puissent être, éclairé par l'étude que j'ai faite des anesthésiques appliqués à l'homme dans les opérations chirurgicales et aux animaux dans plus de cent expériences variées à l'infini, je n'en demeure pas moins convaincu que, s'ils répondent du passé, ils ne peuvent être une garantie certaine pour l'avenir.

Ils ne peuvent empêcher que la plupart des accidens funestes que la chirurgie a eu à déplorer ne se soient produits précisément dans le cours d'inhalations anesthésiques pratiquées sans appareil régulier, et par des procédés analogues à celui que M. Moreau voudrait voir généralement adopté.

Ainsi, que l'on consulte les observations insérées dans les divers recueils de médecine et que, pour me part, j'ai analysés lors de la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie en 1853. Que l'on se reporte aux cas de mort subite dont plusieurs ont été cités par notre collègue, M. Robert, dans le rapport qu'il fit à la même occasion, et l'on se convaincra que, dans presque tous ces faits malheureux, c'est de l'éponge ou du mouchoir, placé très près de l'entrée des voies respiratoires, que le chirurgien a fait usage, et que l'accident est survenu au début de l'expérimentation, c'est-à-dire, au moment où la substance anesthésique, versée sans mesure précise, est à son *summum* d'évaporation et constitue une atmosphère de chloroforme pur, ou mélangé d'air, dans une proportion tout-à-fait insuffisante. Or, ne sont-ce pas là les conditions défavorables dans lesquelles on se place si on suit à la lettre les indications expérimentales données par M. Moreau, qui veut que l'on recouvre exactement la bouche et le nez du malade avec l'éponge arrosée de chloroforme, et cela après une ou deux inspirations seulement faites à une très faible distance.

Ces procédés sont défectueux, et pour avoir été sans inconvéniens graves entre des mains accoutumées à produire l'anesthésie, ils n'en doivent pas moins être rejetés pour des appareils plus précis; et de tous le meilleur, à mon avis, sera celui qui permettra de mesurer avec le plus de rigueur la quantité de chloroforme employé; de déterminer l'étendue de la surface d'évaporation, et la distance à laquelle elle est placée des voies respiratoires. Trois conditions principales qu'il importe de considérer avant toutes, car seules elles peuvent permettre au chirurgien de régulariser l'inhalation, de la rendre progressive ou décroissante, lente ou rapide, soit qu'il augmente ou qu'il diminue à son gré le degré de concentration des vapeurs anesthésiques par le mélange de l'air atmosphérique dans une proportion qu'il soit toujours en son pouvoir de régler.

Or, le procédé suivi par l'auteur est loin d'offrir ces conditions favorables. En supposant d'ailleurs qu'il les résumât toutes, nous lui refuserions cependant le privilége de l'innocuité absolue qu'il revendique, et nous persistons à penser qu'il n'y a pas lieu encore aujourd'hui à réviser le vote de la Société de chirurgie qui, dans sa séance du 2 février 1854, déclarait que *l'inhalation du chloroforme peut déterminer des accidens graves et la mort lors même que cet agent est pur et administré par des mains habiles.*

Approuvé par le Comité de rédaction,

Am. FORGET,
Membre de la Société de chirurgie.

---

chiffres, et que ce serait une erreur et un danger de négliger ce genre de démonstration. Pour mon compte, je veux le tenter en attendant que de plus habiles l'exécutent, et quand M. Bertillon aura terminé sa réfutation par la statistique, je commencerai la mienne au nom du bon sens et de la raison médicale.

Les procédés historiques de la *Revue médicale* m'ont conduit plus loin que je ne voulais aller. Que je revienne par quelques mots, au moins, sur le jugement du tribunal de Bar-le-Duc, dont la publication faite dans notre dernier numéro a causé, je le constate, une grande et douloureuse surprise dans le corps médical de Paris, et probablement aussi parmi nos confrères des départemens. C'est l'affaire des avocats et des jurisconsultes d'examiner cette question au point de vue du droit; la cause est en bonnes mains, et certainement tout ce qui pourra se faire et se dire sera fait et dit. Mais il est dans cette question, grave sous tous ses aspects, un point de vue moral dont il est bien difficile de ne pas se préoccuper et qui doit frapper tous les esprits. Qu'est-ce que la société, qu'est-ce que l'administration ont à gagner à ce que le jugement de Bar-le-Duc soit consacré par la jurisprudence souveraine? Rien, à mon avis, et elles ont au contraire beaucoup à y perdre.

Et d'abord, en fait, dans aucune circonstance, le corps médical n'a fait défaut pour des cas de malheur public. Si l'on a eu à regretter quelques exemples de défaillance, ces exemples ont été rares, et tout-à-fait individuels. Le zèle et le dévouement des médecins qui sont restés sur la brèche ont amplement compensé l'absence ou le défaut de participation des autres. Donc, le corps médical n'a besoin ni d'être excité, ni d'être intimidé. Dans une épidémie, il n'attend pas qu'on l'appelle, il s'offre de lui-même, il s'enquiert peu de la légalité du droit de réquisition, il accourt volontairement et spontanément là où le péril l'invite. A quoi bon, dès lors, suspendre sur sa tête une jurisprudence rigoureuse, une jurisprudence inutile puisqu'il accomplit partout et partout *sua sponte* ce qu'il considère comme un devoir professionnel?

Cette jurisprudence ne serait pas seulement inutile, elle serait encore blessante pour le corps médical. Quel est l'homme de cœur qui ne se sentît blessé de n'être reconnu honnête homme que dans les limites du Code pénal? La jurisprudence de Bar-le-Duc transformerait un acte de conscience en une prescription légale; ce que le médecin donne comme une offrande prendrait le caractère d'un impôt; ce n'est plus un acte libre qu'il accomplirait, mais une redevance qu'il paierait contraint et forcé. Ce serait une transformation complète de la conscience et de la religion professionnelles. On lui enlèverait jusqu'au mérite du dévouement, jusqu'à ce quelque chose de si respectable, et qui place si haut sa profession, la liberté de bien agir.

Et puis, quand le médecin se sentira contraint et enchaîné par la loi, vous lui direz encore : La société peut disposer de toi, de ta science, de ta vie, et cela sans que tu puisses espérer ni rémunération ni récompenses; tu n'as droit à rien qu'à rendre des services, et si tu demandes quelque chose, nous te condamnerons aux dépens, et si tu refuses nous te condamnerons à l'amende.

Et l'on pourrait croire que ce seraient là d'excellens moyens de rendre le médecin plus zélé, plus dévoué, plus charitable! Je serais véritablement effrayé, pour la société et pour l'administration, des conséquences d'un pareil état de choses, si cet état de choses pouvait être consacré par la Cour de cassation.

Vous voyez, chers et honorés confrères, quelle haute et grave initiative vient de prendre l'Association de prévoyance des médecins de la Seine, en voulant soutenir de son influence et de sa caisse le recours de M. le docteur Andrieux.

Depuis l'affaire Thouret-Noroy aucune question aussi importante n'a été soulevée dans le corps médical. Rien ne nous fait craindre que la Cour de cassation rende un arrêt qui ne soit pas conforme à nos désirs et à nos espérances. Si j'en juge par ce que j'ai vu pratiquer à l'administration supérieure, à Paris, il est permis de penser que l'administration municipale de Bar-le-Duc n'a suivi, dans cette circonstance, ni les exemples, ni la tradition. L'administration supérieure, à Paris, dans les cas d'épidémie, ne *requiert* pas les médecins, elle les *prie* de remplir la mission qu'elle leur confie, et cette mission terminée, elle les indemnise du mieux qu'elle peut de leurs soins et de leurs peines, et souvent elle les récompense par des honneurs de leur dévouement et de leurs services.

Amédée LATOUR.

DE L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE LA LUPULINE; par le docteur PESCHECK, à Leipzig. — A la dose de 50 à 75 centig., prise avant de se coucher, elle est le meilleur moyen contre les pollutions nocturnes, qui ne proviennent pas de causes mécaniques. Le docteur Peschęck l'associe ordinairement de 5 à 10 centig. de poudre de digitale. D'après les derniers travaux sur cet agent, cette combinaison est rationnelle, car la digitale, donnée seule, a une action analogue; mais la conclusion à en tirer en faveur de la lupuline, est moins péremptoire. Celle-ci rend de bons services contre la torpeur du système génital, suite de la surexcitation déterminée par des excès vénériens, et contre les érections fatiguantes qui accompagnent l'urétrite. En même temps, elle favorise la digestion délabrée des onanistes. La condition principale pour obtenir ces résultats, est d'avoir de la lupuline fraîche, bien amère, et renfermant toute son huile essentielle. (*Allgem. med. central-zeitung*, 1855, n° 91.)

Mémoire sur l'insuffisance des valvules aortiques, et considérations générales sur les maladies du cœur; par M. le docteur P. F. da Costa ALVARENGA, médecin de l'hôpital *S. José*, de Lisbonne, de la maison des Enfans trouvés, des Cercles sanitaires, etc., etc.; traduit du portugais par le docteur P. GARNIER. — Un volume in-8°. — J. B. Baillière, rue Hautefeuille, 17.

La Turquie médicale au point de vue des **Armées expéditionnaires et des Voyageurs**; Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, par Joseph BEVRAN, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ex-médecin major de l'hôpital impérial de la marine militaire, et chirurgien en chef de l'hôpital de Yedi-Koulé de Constantinople, suivi d'un **Vocabulaire scientifique et militaire**.—Broch. in-8° de 80 pages.— Prix : 2 *fr.*

Paris, 1854, aux bureaux de l'*Union Médicale*, rue du Faubourg-Montmartre, 56, et chez les principaux libraires.

De la lithotritie considérée au point de vue de son application, par P.-S. SÉGALAS, membre de l'Académie impériale de médecine. Brochure in-8, Paris, 1855, aux bureaux de l'*Union Médicale*, et chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19. — Prix : 2 fr.

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATION DE RÉTRÉCISSEMENT DE L'ŒSOPHAGE A LA FOIS SPASMODIQUE ET ORGANIQUE, SUIVIE DE RÉFLEXIONS;

Lue à la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 26 Décembre 1855,

Par le docteur Ch. BERNARD.

Les rétrécissemens spasmodiques des canaux musculaires sont d'une appréciation difficile pendant la vie, par suite de l'incertitude de leurs symptômes; impossible en quelque sorte, après la mort, à cause de l'absence de toute lésion anatomique. Il en résulte que les exemples de cette affection morbide sont rares, mis en doute même ou négligés par beaucoup d'auteurs et considérés souvent plutôt comme le symptôme d'un état spasmodique général que comme une maladie locale essentielle.

L'observation suivante, recueillie dans le service de M. Andral, à la Charité, que je remplace en ce moment, m'a paru être un cas de rétrécissement à la fois organique et spasmodique de l'œsophage. Elle me semble digne de l'intérêt de la Société à cause et de la marche des accidens pendant la vie, et des effets du traitement, et plus encore des lésions anatomiques fort remarquables présentées par l'œsophage et par l'estomac.

Le 24 novembre 1855, est entré à la Charité (salle St-Félix, n° 19) le nommé Holler, âgé de 30 ans, et exerçant la profession de sculpteur sur bois. Cet homme était affecté de phthisie pulmonaire et laryngée, et, en outre, présentait les signes d'un rétrécissement de l'œsophage. De la première et principale maladie, nous dirons peu de chose. Remontant à une époque éloignée et impossible à préciser, elle était caractérisée par les symptômes habituels, tant généraux que locaux. Les tubercules, ainsi que l'indiquaient la percussion et l'auscultation, et que l'a démontré l'autopsie, avaient envahi une grande étendue des deux poumons et étaient en voie de ramollissement. Le larynx, atteint par le même mal depuis un mois au moins, ne fonctionnait plus régulièrement. La voix était presque éteinte et les paroles s'entendaient avec peine; il y avait une toux sèche et métallique, et il existait une douleur très vive à l'isthme du gosier, dans le pharynx, sur la paroi postérieure duquel on apercevait de petites ulcérations, et au niveau du larynx. Néanmoins, malgré l'état avancé de la maladie, nous croyons que la vie eût pu se prolonger davantage, sans la complication que nous avons déjà signalée, et sur laquelle nous allons spécialement insister, nous voulons parler du rétrécissement de l'œsophage.

C'est vers l'âge de 16 ans que s'en manifestèrent les premiers symptômes. Alors, sans cause quelconque dont le malade, homme fort intelligent et paraissant assez préoccupé de sa santé, ait conservé le moindre souvenir, le dernier temps de la déglutition, c'est-à-dire le passage des alimens dans l'estomac, commença à s'opérer avec difficulté. Souvent le bol alimentaire semblait arrêté à la partie inférieure de l'œsophage, où le malade éprouvait un sentiment de gêne ou de resserrement habituel, et l'ingestion d'une certaine quantité de liquide était indispensable pour faire pénétrer les substances solides dans le ventricule. Mais, phénomène bizarre! quand le liquide était un mélange d'eau et de vin, il suivait les alimens jusque dans l'estomac; lorsque, au contraire, de l'eau pure était avalée, après avoir, par son poids, précipité en quelque sorte les matières solides dans le ventricule, elle était rejetée au dehors quelques instans après. Nous n'avons pas été témoin de ce fait, qui, tout extraordinaire qu'il peut paraître, rentrerait dans la catégorie de certains phénomènes inexplicables de la gastralgie; il nous a été seulement assuré avec un air de parfaite franchise par le malade, de la véracité duquel rien ne nous a autorisé à douter.

Les troubles de la déglutition sont restés toujours à peu près les mêmes depuis l'âge de 16 ans jusqu'aux derniers mois de la vie. Ce n'est environ que deux mois avant la mort qu'ils ont commencé à augmenter d'une façon progressive. Les substances solides ont éprouvé plus de difficulté à passer et ont fini par être rejetées quelques instans après leur ingestion. Puis, dès les premiers jours qui ont suivi l'admission du malade à l'hôpital, les liquides eux-mêmes, de quelque nature qu'ils fussent n'ont pu pénétrer au delà de la partie inférieure de l'œsophage, si bien que le malade menaçait, malgré l'usage de quelques lavemens nourrissans, de succomber promptement à l'inanition. En conséquence, je songeai au cathétérisme œsophagien.

Le 4 décembre, j'introduisis une bobine munie, à son extrémité, d'une petite éponge; elle s'arrêta à la partie inférieure de l'œsophage qu'elle ne put franchir.

Le 5 décembre, M. Follin fut plus heureux avec une tige en argent flexible terminée par une boule d'ivoire, ayant la forme d'une olive, et 0,045 millimètres de circonférence. Après avoir senti et éprouvé un léger obstacle vers le cardia, il parvint à faire pénétrer dans l'estomac la boule d'ivoire.

Immédiatement après, le malade ressentit un soulagement marqué. Les vomissemens cessèrent en même temps, et dans la journée des bouillons et du vin purent être ingérés et gardés, ce qui n'avait pas eu lieu depuis huit jours au moins. A partir de ce jour, jusqu'au moment de la mort, les vomissemens ne reparurent plus, quoiqu'on n'ait pas eu recours de nouveau au cathétérisme et qu'on ait soumis le malade à une alimentation aussi réparatrice que possible: potages gras, viandes grillées (cotelettes), vin, etc.

Sous l'influence de ce changement dans les fonctions digestives et dans le régime, il y eut une certaine amélioration pendant quelques jours; mais la diète forcée avait produit une telle faiblesse, la maladie principale, phthisie pulmonaire et laryngée, avait pendant ce temps, fait de tels progrès, que la vie ne pouvait se prolonger et que le malade succomba le 13 décembre aux effets combinés de l'inanition et de la tuberculisation.

A l'autopsie, outre les altérations propres aux deux maladies principales dont nous avons parlé, et en particulier des ulcérations étendues des cordes vocales, on découvrit du côté de l'œsophage et de l'estomac des lésions qui méritent d'être indiquées avec le plus grand soin.

L'œsophage, au lieu de présenter comme à l'état normal à peu près le même calibre dans toute sa longueur, offrait un rétrécissement très marqué à sa partie inférieure, immédiatement au-dessus du cardia et dans toute l'étendue d'un centimètre environ. Au-dessus de cet étranglement, on remarquait une dilatation assez prononcée et qui occupait la moitié inférieure de l'œsophage, dont la moitié supérieure, notablement moins développée que la précédente, paraissait avoir ses dimensions ordinaires. L'œsophage, fendu dans toute sa longueur, nous a présenté les dimensions suivantes qui, portant sur les parties molles, ne peuvent être d'une rigueur mathématique. Nous avons mesuré, et nous dirons plus loin pourquoi, la circonférence intérieure des différentes portions de l'œsophage alternativement, en laissant les parties molles dans leur état de relâchement ordinaire, et en les soumettant à une distension forcée :

Longueur de l'œsophage.	0,28 centim.
Circonférence de l'œsophage, au niveau du rétrécissement :	
A l'état de relâchement	0,035 millim.
A l'état de tension forcée	0,07 centim.
Au niveau de la moitié inférieure (partie dilatée) :	
A l'état de relâchement.	0,07 centim.
A l'état de tension forcée. . . .	0,16 ou 0,17 centim.
Au niveau de la moitié supérieure :	
A l'état de relâchement	0,05 centim.
A l'état de tension forcée	0,15 centim.

Sans avoir mesuré d'une façon exacte l'épaisseur des parois de l'œsophage, il nous a été facile de constater qu'elle était diminuée au niveau des rétrécissemens, augmentée au niveau de la portion dilatée par rapport à la moitié supérieure, qui nous a paru normale. Du reste, à cela près des différences dans le calibre et dans l'épaisseur des parois des trois parties déjà indiquées du tube œsophagien, nous n'avons, ni à l'œil ni au toucher, constaté de lésions anatomiques, soit à la surface interne de la muqueuse, soit dans les membranes elles-mêmes.

L'estomac lui-même présentait une déformation très remarquable et sur laquelle nous demandons la permission d'insister. D'abord il avait subi une diminution considérable de volume en tous sens. Ainsi, sa longueur, d'un orifice à l'autre et en suivant les courbures, était réduite à 0,23 centimètres, sa circonférence à la partie moyenne n'était plus que de 0,08 à 0,10 centimètres. Comme on le voit, la diminution de capacité était des plus marquées. Mais en outre la forme avait éprouvé un changement aussi notable que le volume. La grande courbure, au lieu de représenter un arc à peu près régulier du cardia au pylore, faisait à gauche une saillie considérable et formait là une sorte de cul-de-sac ou de cœcum. En un mot, l'estomac offrait la forme qu'Everard Home avait observée dans le siècle dernier chez un suicidé. La surface externe paraissait saine; seulement la muqueuse offrait des plis très prononcés et semblait comme froncée.

RÉFLEXIONS. — A propos de l'observation précédente, nous ne referons pas ici l'histoire des différentes espèces de rétrécissemens de l'œsophage et en particulier du spasme de ce conduit musculeux. En effet, cette dernière affection, après avoir été esquissée par Monro dans sa dissertation sur la dysphagie, par E. Home dans son ouvrage sur les rétrécissemens de l'urètre et de l'œsophage et par plusieurs autres auteurs, a été décrite d'une façon complète par Mondière dans son remarquable article sur l'œsophagisme (*Archives de médecine*, 1833), et par le docteur Follin, dans son excellente thèse sur les *Rétrécissemens de l'œsophage* (concours pour l'agrégation, 1853). Après tous ces travaux, il nous semble qu'il n'y a plus grand' chose de nouveau à dire, mais nous croyons convenable de résumer en quelques lignes, l'histoire du spasme œsophagien, avant de relever dans notre observation les principales particularités, qui nous ont paru trop intéressantes pour être passées sous silence.

Les exemples de rétrécissement spasmodique de l'œsophage sont, en somme, assez rares dans la science. Ils s'observent principalement chez les personnes atteintes déjà d'une affection nerveuse générale ou d'un caractère irritable et impressionnable; ils se déclarent sans cause ou surviennent à l'occasion de quelque irritation locale, inflammatoire, passage ou arrêt de corps étranger, d'un liquide trop chaud, ou de quelque trouble moral, tel qu'une émotion vive ou la peur de la rage. Quand le spasme constitue toute la maladie, tout l'appareil symptomatologique consiste en une gêne de la déglutition, portée parfois jusqu'à l'impossibilité d'avaler les substances liquides ou solides, gêne constante ou momentanée. Irrégulière et intermittente dans sa marche, cette affection est également très variable dans sa durée; elle peut cesser au bout de quelques jours ou de quelques semaines, ou se prolonger des années, toute la vie même, et disparaître comme elle a éclaté, sans cause bien appréciable. Après avoir échoué avec tous les antispasmodiques, que nous voyons cependant encore préconiser dans un ouvrage récent (*Dictionnaire en 15 volumes*), on a eu recours à l'usage des sondes. Le cathétérisme œsophagien a donné d'excellens résultats entre les mains d'E. Home, de Stévenson, de Mondière, etc. Voilà à peu près tout ce qu'on sait de positif sur le spasme œsophagien. L'anatomie pathologique est restée muette à l'égard de ce rétrécissement comme de tous les rétrécissemens spasmodiques. Il n'y a guère que Baillie (*Anat. pathol.*, 1802, p. 97) qui prétende avoir trouvé en pareil cas l'œsophage plus ou moins contracté et plus dur qu'à l'ordinaire dans une partie quelconque de son trajet; mais comme son assertion ne se trouve appuyée d'aucun fait, elle n'a pas été prise en sérieuse considération.

Cela dit, voyons ce que notre observation présente de remarquable à signaler et cherchons à assigner au mal sa véritable nature. Pendant la vie, il existait les signes d'un rétrécissement à la fois organique et spasmodique. En effet, d'après le dire il est vrai du malade, les symptômes auraient été à peu près constamment les mêmes pendant une quinzaine d'années et auraient consisté en une gêne de la déglutition, produisant un arrêt momentané du bol alimentaire. Or, ces symptômes, comme nous venons de le dire, dans leur caractère et leur marche, se rapportent aussi bien aux spasmes qu'à la lésion organique des parois du conduit œsophagien. Un simple spasme n'eût pas offert une si parfaite régularité, une si grande constance dans ces retours et eût produit parfois un arrêt brusque et complet du bol alimentaire. D'un autre côté, une lésion organique seule n'aurait pu rendre compte de toutes les particularités fonctionnelles et physiques que présentait ce jeune homme et eût affecté une marche plus rapide.

Le cathétérisme est venu confirmer le diagnostic que les symptômes physiologiques avaient déjà permis de porter, en montrant qu'après une légère résistance la boule d'ivoire pénétrait dans l'estomac et faisait cesser l'impossibilité de la déglutition qui existait depuis plusieurs jours. Ce cas est un exemple de plus et fort remarquable des excellens effets produits par ce genre de traitement. Le malade, épuisé autant par l'inanition que par la maladie, ne paraissait plus avoir que vingt-quatre heures à vivre au plus, quand le cathétérisme, employé trop tard et pour un cas il est vrai désespéré, fit cesser les vomissemens incessans, permit immédiatement d'alimenter le malade et a prolongé de huit jours son existence.

Il nous reste à signaler les faits les plus intéressans, les lésions trouvées après la mort dans l'œsophage et dans l'estomac. L'œsophage avait 0,28 centimètres de longueur, dimension moyenne, que Huske lui assigne à l'état normal. Mais il présentait d'abord un rétrécissement marqué un peu au-dessus du cardia, rétrécissement dont la circonférence interne était de 0,035 millimètres, puis une dilatation de la moitié inférieure, dont le calibre, double de celui du rétrécissement, atteignait 0,07 centimètres; enfin, dans sa moitié supérieure, les dimensions de l'œsophage, sans redescendre à celles qu'il offrait au niveau du rétrécissement, étaient encore moindres qu'à l'état normal et n'étaient que de 0,05 centimètres de circonférence interne. Or, ces dimensions, non seulement nous ont paru, à la simple inspection, de beaucoup au-dessous des dimensions ordinaires, mais elles le sont bien en réalité d'après l'évaluation approximative de l'anatomiste allemand le plus exact, Huske, qui accorde à l'œsophage 0,05 cent. de diamètre, soit 0,09 cent. de circonférence. Comme on le voit, il y a loin de ce chiffre à ceux que nous avons trouvés. Mais à l'exception de cette diminution de calibre et d'un épaississement assez prononcé de la tunique musculeuse dans la moitié inférieure, il n'existait aucune lésion à la surface interne ni dans l'épaisseur des tuniques. D'après cela, que faut-il conclure?

Doit-on, par suite de l'absence de toute lésion organique manifeste et à cause d'un simple resserrement du canal, admettre que dans ce cas il n'y avait qu'un spasme de l'œsophage, qui, contrairement à ce qui s'observe d'ordinaire, aurait persisté en quelque sorte après la mort et laissé des traces matérielles, à cause de la longue durée de la maladie pendant la vie?

Faut-il au contraire penser qu'outre le spasme, dont il me semble impossible de nier l'existence, il y avait une certaine lésion organique qui peut-être même a été le point de départ de toute la maladie, et de l'élément nerveux en particulier?

C'est à cette dernière hypothèse que tendraient à nous ramener les recherches si intéressantes et si neuves faites sur les rétrécissemens d'un autre canal, de l'urètre, par M. Reybard. Il n'y a souvent, même dans les rétrécissemens organiques de date récente, dit cet auteur, aucune différence de coloration entre le point malade et les portions saines de la muqueuse, ce qui a fait nier à l'autopsie la réalité de certains rétrécissemens qu'on avait cependant constatés sur le vivant et quelquefois reconnus sur le cadavre avant d'avoir fendu le canal. Aussi n'y a-t-il guère, pour M. Reybard, d'autre caractère anatomique des tissus coarctés que leur inextensibilité. En effet, tandis que les parties saines peuvent par l'extension forcée acquérir le double de leur étendue, la partie rétrécie conserve ses dimensions. C'est, du reste, un fait que nous avons pu constater nous-même sur une pièce que nous a confiée M. le docteur Follin, et que nous avons pu mettre sous les yeux de la Société. Sur cette pièce, qui était un œsophage de chien, et dans lequel M. Follin avait déterminé, à l'aide d'une cautérisation avec le nitrate d'argent, un rétrécissement organique, le canal ouvert, on ne sentait ni n'apercevait aucune différence entre la partie rétrécie et les parties saines. La seule, mais capitale, qui les fit distinguer, c'est que la première restait parfaitement inextensible sous des efforts de traction en sens contraire, et que les autres subissaient une extension très considérable.

Or, sur l'œsophage de notre malade, nous avons vu que les membranes au niveau du rétrécissement, sans opposer une résistance absolue à l'extension, se montraient beaucoup moins extensibles que les autres portions du canal.

Le volume et la forme de l'estomac méritent aussi d'être signalées d'une façon spéciale. Cet organe avait subi une diminution très considérable du calibre en tous sens. Sa longueur totale était moindre d'un bon tiers, sa circonférence de moitié

au moins des dimensions normales. Enfin, il offrait cette forme qu'Everard Home, le premier, je crois, avait observée chez un supplicié, et qui, depuis, a été retrouvée chez un certain nombre d'individus ayant succombé à une mort violente pendant ou peu de temps après le travail de la digestion. De recherches entreprises avec M. le docteur Broca, M. Rouget, prosecteur de la Faculté, est porté à conclure que cette disposition est la forme active de l'estomac, la forme qu'il affecte pendant l'acte digestif.

En terminant, nous rappellerons, pour les rapprocher de la nôtre, deux observations, rapportées par Howship, de spasme de l'œsophage, qui coïncidait avec une ulcération du larynx et avec une phthisie pulmonaire. Dans l'un des cas, à l'autopsie, on trouva, au siége du spasme, l'œsophage contracté dans l'étendue d'un demi-pouce ; il céda à un léger effort et les membranes parurent saines. Ces deux faits, dont nous aurions été curieux de connaître les détails, ont été extraits par Mondière d'un ouvrage d'Howship, que nous regrettons de n'avoir pu consulter (*Pract. remarks upon Indig., including obs., upon the disorders of the superior parts of the alimentary canal*; London, 1825, p. 152).

Peut-être eussions-nous trouvé là quelque raison d'attribuer le point de départ de ces lésions si remarquables de la partie supérieure du tube digestif à une ulcération de l'extrémité inférieure de l'œsophage, qui n'aurait laissé aucune trace et qui eût été elle-même sous l'influence de la diathèse, à laquelle a succombé le malade.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'ACTION THÉRAPEUTIQUE DE L'IODURE DE FER DANS LES MALADIES SCROFULEUSES.

Il y a longtemps déjà que Lugol proposa et fit généralement admettre l'usage de l'iode et de ses composés dans le traitement des affections scrofuleuses et lymphatiques. Plus tard, l'observation de l'utilité des préparations ferrugineuses et de leur efficacité dans la cure de la plupart des maladies avec débilité, dont sont fréquemment atteints les jeunes sujets, suggéra à quelques praticiens l'idée heureuse de combiner les deux corps simples, bases des médications que nous venons d'indiquer, et d'essayer comme agent thérapeutique le composé binaire, l'iodure de fer ; l'expérience démontra l'exactitude de cette prévision, et depuis nombre d'années le nouveau médicament a pris place parmi les plus précieuses ressources de la matière médicale. Les observations de Magendie, de MM. Ricord, Pierquin, Dupasquier, Piédagnel et de cent autres ont mis hors de toute contestation la supériorité de l'iodure de fer sur les autres moyens conseillés dans les trop nombreuses affections qui rentrent dans la classe des scrofules.

Dans ces derniers temps, depuis surtout que la découverte d'ingénieux procédés de conservation a permis aux praticiens de compter sur les effets d'un médicament toujours identique dans sa composition, les recueils scientifiques ont souvent reproduit des faits qui ont parfaitement établi les propriétés de l'iodure de fer. Une des meilleures preuves que nous puissions donner de l'excellence du nouvel agent médicamenteux, c'est que son usage s'est étendu à la fois en France et à l'étranger.

Or, on sait quelles différences radicales présentent généralement entre elles les médications des divers pays, quelles que soient, du reste, les causes de ces divergences d'opinions.

C'est ainsi que nous trouvons dans le *Dublin hospital Gazette* (1) un article du docteur Samuel Wilmot, chirurgien de l'hôpital de Steeven, où cet éminent praticien fait un pompeux éloge de l'iodure de fer, dont il a obtenu d'admirables résultats, tant dans sa clientèle qu'à l'hôpital. Le mode d'administration qu'il préfère à tous les autres est la forme pilulaire, et il attache la plus grande importance à ce que le sel qui entre dans la composition des bols soit mis à l'abri du contact de l'air, ce que l'on n'obtient, d'après lui, d'une manière certaine que par l'enduit balsamique dont les recouvre M. Blancard.

Le *Dublin medical Press* du 21 mars 1855, contient également des remarques fort intéressantes du docteur Hardy sur les avantages qu'offrent les pilules de M. Blancard chez les adultes, toutes les fois qu'il convient d'administrer l'iodure de fer ; il réserve le sirop pour les enfans, auxquels on ne peut faire avaler de pilules, et qui supportent parfaitement la saveur métallique du fer dès qu'elle se trouve associée à un liquide sucré.

Trois faits du plus haut intérêt sont consignés dans la lettre du docteur Hardy : le premier est celui d'une jeune fille chlorotique qui se rétablit rapidement et recouvra une santé parfaite sous l'influence de l'iodure de fer ; le second est celui d'une dame sujette à de véritables ménorrhagies, et chez laquelle des pertes sanguines exagérées avaient fini par amener un état de débilité générale inquiétant ; enfin, le troisième est un exemple assez rare de chlorose chez l'homme.

Un jeune médecin distingué, dont nos lecteurs ont plus d'une fois entendu prononcer le nom, M. le docteur J. Beyran, ancien médecin en chef des hôpitaux de la marine à Constantinople, a bien voulu mettre à notre disposition, pour les études que nous nous sommes proposé de faire sur les préparations martiales, les notes qu'il a recueillis dans sa pratique civile et dans les hôpitaux. On nous permettra de citer les deux faits suivans qui nous ont paru de véritables types, et dans lesquels la médication iodo-ferrique a été suivie de merveilleux succès.

Il s'agit d'une fille de 7 ans, d'un tempérament éminemment lymphatique, à peau fine et blanche, présentant dans les régions cervicale et sous-maxillaire de petites tumeurs ganglionnaires indolentes, mobiles ; coryza chronique ; tuméfaction des ailes du nez et de la lèvre supérieure. Ceci accompagné de débilité générale, de diarrhée, etc.

Le garçon, âgé de 9 ans, extrêmement paresseux et apathique pour tout exercice physique ou intellectuel, a une tête volumineuse, couverte de cheveux châtain clair ; sa face est pâle, ses yeux cernés ; la plupart de ses dents sont gâtées, l'haleine fétide, le ventre anormalement développé. En outre, le malade présente une taie à la cornée de l'œil droit, suite évidente d'une ophthalmie lymphatique ; un écoulement sanieux des oreilles ; enfin, un chapelet de tumeurs ganglionnaires situées sous la mâchoire inférieure donne à sa physionomie quelque chose de hideux et de repoussant.

« Je fis placer, dit M. Beyran, ces deux enfans dans les meilleures conditions hygiéniques possibles, sous le rapport de la pureté de l'air, de l'exposition au soleil, de la sécheresse des appartemens, d'une riche et abondante alimentation animale. En même temps, je commençai l'administration des pilules d'iodure de fer de Blancard.

« Le traitement, chez la petite fille, a duré cinq mois et demi, au bout desquels sa constitution s'est sensiblement améliorée ; la diarrhée a disparu, l'appétit est revenu ; il restait encore quelques traces des engorgemens ganglionnaires, que je combattis heureusement avec la pommade à l'iodure de plomb.

« Quant au garçon, au bout de six mois, sa guérison était complète. L'écoulement des oreilles était complétement tari, et son changement physique était tel, qu'il eût été presque méconnaissable pour l'observateur non prévenu qui ne l'eût vu qu'avant et après le traitement, et l'eût perdu de vue pendant la durée de la médication. » — Dr Moreau.

(*Rev. thérap.*)

(1) Mai 1855, page 101.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 10me ARRONDISSEMENT.

M. Giraldès communique le fait suivant : Il s'agit d'un jeune homme venu de province et qui avait une tumeur dans la région iliaque droite. Cette tumeur, ulcérée à son sommet, avait été regardée comme étant de nature scrofuleuse et traitée comme telle. Elle présentait l'apparence d'un gros furoncle à base dure, de 7 à 8 centimètres carrés. Le malade fut exploré le jour de son entrée pour un cinquième examen ; on regarda sa tumeur comme étant une gomme syphilitique. M. Giraldès, introduisant un stylet par l'ouverture, crut rencontrer un corps dur : puis débridant à droite et à gauche, il se convainquit de la présence d'un corps métallique ; avec l'extrémité du doigt, il rencontra la pointe d'une épingle qu'il ne put enlever. Le lendemain, muni d'une petite pince à griffes et à coulisse, il saisit l'épingle et la fit sortir. Elle était encroûtée de sels calcaires. M. Giraldès met cette épingle sous les yeux de la Société. Depuis lors, le malade a été pris de péritonite et a succombé ce matin même.

Dans la séance suivante, M. Giraldès complète l'observation du malade en question. Le malade a succombé à une péritonite suraiguë. Cette terminaison avait été produite par un épanchement de pus et de matières fécales dans la cavité du péritoine, à travers l'appendice cœcal. C'est au fond de l'entonnoir que formait la plaie extérieure, communiquant avec l'intestin, qu'on a trouvé le pertuis conduisant dans la cavité du péritoine.

M. Guéneau de Mussy montre un exemple de gravelle pharyngienne. Le cas, dit-il, est unique dans la science. Il s'agissait d'un jeune médecin de Baltimore, malade depuis trois ans et qui était venu aux Eaux-Bonnes. Aux symptômes ordinaires de la pharyngite granuleuse, vinrent se joindre, une douleur plus vive, puis l'expuition de concrétions qui se renouvela plusieurs fois. Les follicules du pharynx présentaient, à leur sommet, un point blanchâtre qui devenait saillant, et donnait ensuite issue à des matières concrètes, puis s'affaissait. Je dois ajouter, dit M. Guéneau de Mussy, que ce jeune médecin présente en même temps des signes légers d'une affection tuberculeuse des poumons. On avait essayé contre la pharyngite, les cautérisations, les fumigations ; les Eaux-Bonnes ont peu amélioré l'état local de la gorge, mais la constitution du malade s'est bien trouvée de leur usage. Les concrétions expulsées sont composées de phosphate, de carbonate et d'urate de chaux. L'eau de Vichy ayant été employée, l'expuition des concrétions devint moins fréquente, mais l'hiver étant survenu, on conseilla de cesser l'usage de ces eaux.

M. Bauchet communique à la Société quelques recherches qu'il a entreprises sur l'hypertrophie de la parotide. Il rappelle une opération qu'il a pratiquée, dans cette région, chez une femme de plus de 60 ans, pour une tumeur pesant 6 livres. M. Bauchet avait pu, avant l'opération, déterminer la nature de la maladie, et l'examen de la pièce fait après l'opération a confirmé le diagnostic qu'il avait porté. C'était une énorme tumeur hypertrophique. M. Bauchet admet, dans cette région, diverses espèces d'hypertrophies, suivant que la lésion porte sur l'élément glandulaire, sur l'élément fibreux ou sur l'élément vasculaire ; suivant que la glande elle-même est envahie, ou suivant que l'altération siége dans les quelques lobules qui sont groupés autour du conduit de Sténon. Il insiste sur le diagnostic, sur certaines particularités qui doivent guider le chirurgien : l'état de la peau, la mobilité de la tumeur, ses limites bien définies, etc., etc. Il n'hésite pas à dire que, dans un bon nombre de cas, le diagnostic sera assez facile.

Les auteurs ne disent rien de cette maladie. La première indication bien précise a été donnée par M. Robert dans les *Bulletins de la Société de chirurgie*. En poussant plus loin ses investigations, M. Bauchet a trouvé plusieurs observations qui doivent rentrer dans ce cadre, et qui sont rapportées, tantôt comme des tumeurs cancéreuses, tantôt comme des tumeurs ganglionnaires. C'est pour avoir méconnu ces tumeurs, que beaucoup de chirurgiens, même de nos jours, disaient que le cancer de la parotide est bien plus bénin que celle des autres régions.

M. Natalis Guillot a observé un fait des plus singuliers de grossesse extra-utérine à la Salpêtrière. Il s'y trouvait une femme de 75 ans qui prétendait avoir un enfant dans le ventre. Il y avait en effet une tumeur abdominale et l'utérus était au toucher dans toutes les conditions ordinaires. Cette femme racontait ce qui suit : en 1804, elle était cuisinière dans une maison de la rue de l'Arbre-Sec. De sa trop grande intimité avec un vélite de la garde, il résulta bientôt une grossesse dont les signes rationnels étaient incontestables. Elle était à sept mois, lorsque survint l'explosion de la poudrière de Grenelle, qui causa un ébranlement immense à Paris et fut cause, dit-on, à cette époque, de quantité de fausses couches. Notre cuisinière, émue comme les autres, ressentit quelques douleurs, qui bientôt se calmèrent ; l'enfant avait fort remué. A neuf mois, cependant, les douleurs reparurent, et cette fois plus sérieuses et plus tenaces. On appela un médecin, qui, par le toucher, ne trouva rien qui annonçât un accouchement prochain. Les douleurs persistèrent assez longtemps, puis enfin s'arrêtèrent et cette femme resta, comme elle le disait elle-même, avec son enfant dans le ventre, jusqu'à 75 ans, époque de sa mort.

M. Natalis Guillot put faire l'autopsie. L'utérus était sain, ne présentait aucune trace de cicatrice, les ovaires étaient tels qu'on les doit rencontrer chez une femme de cet âge. Il y avait un peu de sérosité dans la cavité du péritoine ; puis une tumeur presque flottante, presque sans adhérences, énorme, divisée en trois poches ; l'une contenait une matière coagulée, rouge-brunâtre, une autre contenait des cheveux et un troisième, tous les os du squelette avec les dents de la première et de la deuxième dentition.

M. Depaul présente à la Société un cas de monstruosité curieuse. Il s'agit d'un monstre double, monosomien, monombilic, opodyme de Geoffroy St-Hilaire ; le système nerveux est intéressant à étudier. C'est une masse énorme, située à la partie supérieure et postérieure du crâne, à deux lobes, et représentant l'encéphale ; il y avait une cloison fibreuse interposée. La masse encéphalique paraissait réduite à deux hémisphères, contenant chacun un ventricule. Il n'y avait ni cervelet, ni protubérance, ni moelle épinière. Cependant tous les nerfs crâniens existaient et étaient doubles pour les organes doubles de la face ; les nerfs rachidiens étaient normaux, leur terminaison se faisait brusquement, sans renflement, dans un tissu cellulaire à mailles larges. Dans la cavité thoracique, on trouvait tous les organes normaux. Il n'y avait de double que la bouche, la langue, la face, avec un pharynx unique. L'examen du squelette, montre l'absence de la voûte du crâne, deux faces bien conformées, réunies à la région frontale ; au lieu de colonne vertébrale, une gouttière avec spina-bifida se prolongeant jusqu'à la base du crâne.

Le secrétaire particulier, Blain des Cormiers.

PRESSE MÉDICALE.

Sur le rhumatisme du cœur et le pouls intermittent; par le docteur Brattler. — D'après J. Vogel, le rhumatisme musculaire consiste principalement en une hypérémie du névrilème, par suite de laquelle les fibres nerveuses sont irritées mécaniquement et causent les douleurs caractéristiques. Cette hypérémie peut être passagère, ou devenir persistante et se terminer par une exsudation séreuse ou fibrineuse. La première ne détermine que des lésions fonctionnelles insignifiantes et peut être résorbée. L'exsudation fibrineuse est plus grave ; la fibrine se solidifie, s'organise, exerce ainsi une compression permanente et détermine à la fin l'atrophie des nerfs ; de là des paralysies, des lésions de nutrition. D'autres fois, il se fait des adhérences du nerf avec son voisinage et des tiraillemens à chaque mouvement.

Les symptômes du rhumatisme du cœur sont principalement : le ralentissement et l'irrégularité du pouls ; on observe des intermittences plus ou moins fréquentes, toutes les deux-trois pulsations, et plus ou moins régulières. Le choc du cœur est habituellement fort, les bruits sont normaux ; pas de matité précordiale extraordinaire. Parfois sensation de pression, de picotemens dans la région précordiale, élancemens dans l'épaule gauche ; constriction pectorale, respiration profonde et cependant sensation d'un obstacle à cet acte. Par une longue durée, il survient des palpitations qui, néanmoins, peuvent parfois exister dès le début. Quelques malades ne sentent absolument rien dans la poitrine. Souvent céphalalgie, surtout frontale ; douleurs lancinantes dans les membres. L'affection est ordinairement précédée de fièvre qui cesse bientôt, pendant que la maladie locale est encore tout à fait développée. Antérieurement, ou en même temps, le rhumatisme se localise encore dans d'autres muscles ou dans l'intestin ; il peut aussi siéger dans le cœur seul. Tous ces phénomènes présentent des rémissions bien marquées, surtout le matin, et peuvent même être intermittens. La marche est aiguë, mais peut devenir chronique par négligence.

Ses terminaisons sont : la guérison, en huit ou quinze jours ; l'inflammation des membranes du cœur ; sur 26 cas, l'auteur a vu une fois le passage à la péricardite ; l'état chronique déterminant peu à peu l'hypertrophie.

L'étiologie est celle du rhumatisme en général ; cette maladie s'observe plus souvent dans la montagne ou sur les plaines élevées que dans les contrées basses ; ne serait-ce pas que les battemens précipités du cœur pendant l'ascension des montagnes disposent cet organe à être envahi par le rhumatisme ?

Le pronostic est, en général, favorable. Sur les 26 cas, 2 seulement sont devenus chroniques. Les récidives sont fréquentes.

Le traitement doit être continué et le malade surveillé jusqu'à entière guérison, jusqu'à ce que le pouls ait repris sa fréquence et son rhythme normaux. Le calme, le repos, les émissions sanguines locales, rarement les générales, les boissons chaudes pour pousser à la peau ; plus tard, si la maladie résiste, les révulsifs à la région précordiale, tel est le traitement simple qu'il faut modifier d'après les indications spéciales.

Le pouls ralenti et intermittent se rencontre aussi dans d'autres affections, surtout dans les maladies du cœur, des centres nerveux et des poumons. M. Brattler passe en revue ces différens états et les distingue du rhumatisme du cœur. Nous ne le suivrons pas dans cette excursion, d'ailleurs intéressante, car le diagnostic de ce dernier se résume en une affection rhumatismale avec ralentissement, irrégularité et intermittences des contractions du cœur, en l'absence de toute autre maladie. — (*Deutsche Klinik* 1855, nos 44 et 45.)

Traité pratique des maladies des yeux, par W. Mackenzie, chirurgien-oculiste de S. M. B., professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow, chirurgien de l'hôpital ophthalmique de la même ville ; traduit de l'anglais avec notes et additions, par S. Laugier, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, et G. Richelot, docteur en médecine. — Un fort vol. in-8o.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris, par M. le professeur Andral ; recueilli et publié par M. le docteur Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édition entièrement refondue.— 3 vol. in-8o de 2076 pages. — Prix : 18 fr.

Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 19. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 12 Février 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Paris. — II. Physiologie : Du siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme. — III. Revue générale : Influence de l'hydrothérapie sur la tolérance pour les médicamens. — La leucémie. — L'ulcère simple de l'estomac. — IV. Thérapeutique : Expériences sur l'action de plusieurs substances contre la fièvre intermittente. — V. Académies, sociétés savantes et associations. *Société d'hydrologie médicale de Paris* : Traitement des paralysies par les eaux minérales. — VI. Courrier.

PARIS, LE 11 FÉVRIER 1856.

Depuis quelque temps, le bruit s'était répandu, dans la société parisienne et parmi nos confrères, qu'un accoucheur étranger serait chargé de prêter son assistance à S. M. l'impératrice pendant ses couches prochaines. Un article du journal médical anglais, la *Lancette*, est venu donner quelque consistance à ce bruit. On lit, en effet, dans un des derniers numéros de ce journal, les lignes suivantes :

« Nous croyons être bien informés, en disant que le docteur » Locock a été mandé à Paris, par une dépêche télégra- » phique, peu de jours après que l'impératrice des Français » eût conçu le premier espoir d'une grossesse. Depuis, il » s'est rendu plusieurs fois au palais des Tuileries, et il y a » reçu l'accueil le plus flatteur. Enfin, à l'occasion d'une » visite plus récente, le docteur a été prié d'assister Sa Ma- » jesté pendant son futur accouchement. Mais le docteur Lo- » cock, aussi distingué par sa haute raison que par son » mérite professionnel, a résolûment décliné l'honneur qui » lui était offert, etc. »

Quoique les allégations de la *Lancette* aient été subséquemment démenties, en partie par le docteur Locock lui-même, elles n'en ont pas moins produit, parmi les membres du corps médical français, une étrange et pénible impression. Nous pouvons heureusement dire que cette impression n'avait aucun motif sérieux. Nous sommes, en effet, autorisés à déclarer que le récit du journal anglais n'a pas, et n'a jamais eu le moindre fondement. Nous en pouvons dire autant d'une foule d'autres bruits, relatifs à l'accouchement de Sa Majesté.

Amédée Latour.

PHYSIOLOGIE.

DU SIÉGE COMMUN DE L'INTELLIGENCE, DE LA VOLONTÉ ET DE LA SENSIBILITÉ CHEZ L'HOMME ;

Par M. le docteur Max. Parchappe, inspecteur général de 1re classe des établissemens d'aliénés.

(Suite. — Voir les numéros des 1er, 15, 22 Janvier et 5 Février 1856.)

PREUVE PATHOLOGIQUE.

OBSERVATION 43.

François J..., nourrisseur de bestiaux, âgé de 47 ans, d'une constitution athlétique, fut conduit, sans renseignemens, à la maison royale de Charenton, le 17 août 1820.

La veille de son entrée, il était dans une agitation furieuse le matin ; mais il fut assez tranquille pendant le voyage. Le jour de son arrivée, agitation qui oblige de lui mettre la camisole ; insomnie.

Le 18, matin, face rouge, agitation, incohérence générale dans les idées, réponses qui n'ont, le plus souvent, aucun rapport aux questions qu'on lui adresse ; cependant il dit son nom et le nombre de ses enfans ; langue un peu embarrassée, démarche mal assurée.

Le 18, soir, loquacité continuelle relative à des idées de fortune et au mariage de son fils, qui, d'après lui, s'est fait hier, et où il y avait un nombre considérable de personnes ; il est désolé d'être attaché dans son lit et dit sans cesse qu'il veut s'en aller et qu'on le détache. Prononciation très difficile, mouvemens convulsifs des membres supérieurs et inférieurs, consistant en des tremblemens très forts.

Le 19, langue plus embarrassée, prononciation confuse dans laquelle on comprend à peine quelques mots ; nulle attention aux questions qu'on lui fait ; loquacité continuelle, incohérente et inintelligible ; face pleine et injectée, insomnie ; convulsions très fortes des membres, plus désordonnées et plus intenses à droite qu'à gauche.

Le 20, augmentation des tremblemens convulsifs avec secousses, dans lesquelles il étend irrégulièrement et fléchit alternativement et d'une manière incomplète les membres supérieurs et inférieurs, qui ne s'arrêtent pas un moment ; côté droit plus agité que le gauche, le corps penché de ce côté ; soubresauts des tendons, agitation dans laquelle il se lève et se rasseoit sans cesse ; continuation des autres symptômes.

Le 21, même état, pouls fréquent, peau chaude et couverte d'une sueur abondante. Le soir, mouvemens convulsifs des pieds, qui se relèvent et tombent en même temps et avec bruit sur le plancher, le malade étant assis et ayant les jambes fléchies sur les cuisses à angle droit. Lorsqu'il se relève, il retombe assis, malgré tous les efforts qu'il fait pour rester debout.

Le 22, tremblement convulsif du membre inférieur droit seulement, dépendant de la contraction spasmodique des muscles extenseurs ; sensibilité des membres suspendue, ou du moins très affaiblie ; lorsqu'on le pince très fortement, il répond qu'on ne lui fait pas mal. Même état mental. Incohérence complète dans les idées.

Le 23, même état, prononciation moins embarrassée ; facultés moins altérées. Il se plaint des gens de service, demande qu'on le détache, se dit maître maçon, se rappelle la rue où il demeurait. Les tremblemens reviennent par attaques toutes les huit ou dix minutes, et en durent deux ou trois. Ils ont lieu dans la tête, le tronc et les membres. Pendant ces attaques, plaintes continuelles, nulle réponse aux questions qu'on lui fait, mal signe de sensibilité lorsqu'on le pince, respiration accélérée ; extrémités froides, crachats épais et d'un gris verdâtre.

Le 24, même état ; le soir on le trouve mort dans son fauteuil.

Autopsie cadavérique.

Embonpoint musculaire et graisseux ; membres garnis de chairs épaisses et fermes.

Les parois du crâne épaisses et très dures ; la face interne de la dure-mère un peu injectée. Beaucoup de sérosité à la base du crâne. Les sinus latéraux pleins d'un sang noir fluide et très abondant. Il s'en écoula une grande quantité des sinus vertébraux.

L'arachnoïde ayant une teinte généralement opaque, présentant, çà et là, des plaques blanchâtres et des granulations excessivement ténues sur sa surface externe, ayant acquis une très grande épaisseur sur toute la région supérieure du cerveau, moins sur la région inférieure, et point du tout sur le cervelet, et une résistance telle qu'il fallait la tirailler fortement en sens contraire pour la rompre, et qu'après avoir détaché un lambeau d'un seul côté de la surface du cerveau, on pouvait facilement soulever, par ce lambeau, quelque petit qu'il fût, toute la masse encéphalique.

L'arachnoïde était adhérente, dans toute la région supérieure du cerveau et dans la grande scissure, à la substance encéphalique, dont la couche la plus extérieure était molle. La pie-mère était peu apparente sous l'arachnoïde, à cause de la couche de substance grise dont la face interne de celle-ci était couverte.

Les ventricules latéraux étaient pleins de sérosité ; leur surface présentait un grand nombre de granulations ténues, mais bien plus faciles à apercevoir que celles de la surface extérieure du cerveau.

L'arachnoïde du cervelet était saine.

La substance cérébrale était injectée (1).

OBSERVATION 44.

G..., marchande de graines, âgée de 33 ans, d'une constitution maigre, d'un caractère actif et même violent, bien réglée, n'ayant jamais eu qu'un enfant, perd son mari à 31 ans. Elle conçoit une douleur vive, reste surchargée d'affaires d'un grand intérêt et redouble de travail pour y mettre ordre.

Bientôt son intelligence éprouve un changement total ; elle commet des erreurs de calculs, cherche à régler ses comptes et les embrouille de plus en plus ; jusque-là elle avait senti vivement la perte de son mari ; elle l'oublie et contracte une nouvelle alliance.

L'influence de l'utérus ne tarde pas à se faire sentir ; cette femme recherche la vue des hommes et paraît habituellement excitée. La menstruation est devenue irrégulière ; l'aliénation éclate. Le sujet chante, crie, parle nuit et jour et se livre aux actes les plus désordonnés : deux mois se sont écoulés ; on provoque l'isolement.

La maigreur est extrême ; les moyens de répression auxquels on a été forcé de recourir ont été mal appliqués ; toute la peau du dos est rouge, comme érysipélateuse, et sur le point de s'excorier. La malade n'a pas un instant de repos ; elle est en proie au délire le plus vaste et le plus bruyant ; les mots se succèdent avec rapidité, il n'existe entre eux aucune liaison. Si on abandonne l'aliénée à elle-même, elle pousse de grands éclats de voix, fait des gestes bizarres et étonne par sa mobilité. Les traits de la face sont altérés ; la peau est décolorée, le regard fixe, la conjonctive rouge ; les yeux sont vifs, les veines du cou gonflées ; la sensibilité ne paraît pas lésée ; la langue ne semble pas paralysée.

Au bout d'un mois d'isolement madame G... se promène dans la cour ; les bras sont maintenus par un simple gilet de force ; souvent elle tombe sur le siége, et il est à craindre qu'en la laissant libre, tout le corps ne soit bientôt couvert de contusions.

On explore les mouvemens pendant que la malade est assise ; elle porte ses bras et ses jambes en tout sens, cherche à frapper ceux qui l'approchent, et l'agitation va jusqu'à la fureur. Elle sent, elle prononce des mots, mais avec tant de volubilité qu'on ne peut s'assurer de la netteté de la prononciation. La menstruation ne se rétablit pas.

Au bout de deux mois d'isolement, les jambes sont fléchies pendant la progression ; la démarche est vacillante, et les chutes se multiplient à mesure que l'exercice se prolonge ; le marasme fait des progrès ; les tégumens du sacrum, du coccyx, des parties latérales du bassin, sont enflammés, couverts d'eschares, et on s'attend à une suppuration abondante. L'agitation n'est pas diminuée ; on ne peut parvenir à fixer un moment l'attention de la malade.

Au bout de trois mois d'isolement, la progression est impossible. madame G... reste tout le jour sur une espèce de lit qu'on dispose dehors, à l'ombre des arbres qui avoisinent sa loge ; elle est couverte d'horribles escharcs ; son délire est moins violent et ressemble à de la rêvasserie ; elle ne s'occupe de rien, pas même de ses besoins naturels ; elle rend ses déjections sous elle ; sa physionomie est stupide et profondément altérée ; la sensibilité est émoussée ; les jambes et les bras sont à peine mobiles ; le rectum est entièrement paralysé et la faiblesse gagne tout le système musculaire.

Quelques jours avant la mort, espèce de raideur du tronc, des bras et des jambes ; gonflement des genoux, yeux caves, pommettes saillantes, muscles tendus et grêles ; pouls difficile à suivre ; immobilité, stupeur ; constipation qui dure depuis plusieurs semaines.

Autopsie cadavérique.

Les os sont minces et faciles à briser. La dure-mère se sépare facilement de leur face interne.

La grande cavité de l'arachnoïde est distendue par de la sérosité ; une partie du liquide s'écoule au moment où l'on incise la dure-mère, l'autre tombe dans les fosses occipitales, et se trouve quand on enlève le cerveau.

La pie-mère est infiltrée ; la quantité de liquide accumulée entre sa lame externe et le feuillet cérébral de l'arachnoïde est considérable, ce qui donne un aspect particulier à l'intervalle des circonvolutions, on dirait qu'il est rempli par une gelée tremblante. En déchirant les méninges, la sérosité s'écoule, leur épaisseur diminue, les membranes, mises à nu, offrent une rougeur intense, et tous leurs vaisseaux présentent de l'injection.

Je fais des efforts pour détacher la pie-mère ; elle résiste aux tractions que j'exerce, soit avec les doigts, soit avec des pinces. En insistant, je dépouille tout le pourtour du cerveau d'une partie de sa substance grise, et la pulpe, qui a suivi la membrane, lui forme une doublure de couleur lilas ; en raclant avec le dos du scalpel, on enlève cette pulpe, qui n'a pas la consistance propre à l'état sain.

L'aspect des circonvolutions est loin d'être naturel ; là où existaient les adhérences les plus étendues, la substance grise est comme saignante, ramollie et facile à racler ; en pénétrant plus avant, elle présente la consistance normale, mais elle conserve une teinte violacée.

La substance blanche offre la consistance et la coloration naturelles ; il s'écoule peu de liquide des ventricules. Le mésolobe, le trigone cérébral, le septum médian, les couches optiques, les corps striés, les commissures, les pédoncules du cerveau et les pédoncules du cervelet, sont à l'état physiologique.

Le cervelet, la protubérance annulaire et la moelle allongée n'ont offert aucune particularité notable (1).

OBSERVATION 45.

P..., gendarme à pied de la compagnie de la Seine, entra à Charenton après avoir fait un mois de séjour à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Il était marié, n'avait que 40 ans, mais semblait plus âgé. Ses cheveux étaient bruns, sa peau était décolorée, sa constitution faible ; son visage manquait totalement d'expression. Il eût été difficile de lui assigner un tempérament quelconque. Il nous fut impossible d'avoir des détails circonstanciés sur sa vie antérieure. Nous ignorons entièrement les causes qui ont contribué à le rendre malade.

L'intelligence était rigoureusement effacée. Absence de mémoire et de jugement ; pas le moindre vestige des facultés affectives. L'individu mangeait, conservait l'usage de tous les sens, mais les impressions paraissaient pour ainsi dire perdues pour la pensée. Il entendait les paroles qu'on lui adressait, mais il ne les comprenait pas et n'avait plus qu'un reste d'existence végétative. Il marchait encore et parcourait une longueur de quelques toises, mais il était plié sur lui-même et faisait de grands efforts pour se soutenir. Les membres abdominaux fléchissaient sous le poids du corps, la paralysie les avait manifestement atteints. Le sujet ne proférait plus que des paroles isolées, à moitié articulées, difficiles à comprendre. Il se servait des bras, cependant leurs mouvemens s'opéraient lentement ; on voyait que la maladie funeste qui avait rendu la progression à peu près impossible, gagnait tout le système musculaire.

La santé physique paraissait peu satisfaisante ; on n'observait cependant pas de fièvre, de chaleur à la peau ou de symptôme capable de faire soupçonner quelque affection aiguë du côté de la poitrine ou du ventre...

Bientôt ce malheureux fut condamné à végéter sur le fauteuil destiné aux paralytiques. L'état moral ne semblait plus susceptible de s'aggraver, mais chaque jour l'affaiblissement du système musculaire paraissait prendre de l'accroissement. Les membres, saisis d'une espèce de rigidité, ne furent plus aptes à aucune espèce de mouvement. Le sujet gardait constamment la position dans laquelle on l'avait mis, et ne pouvait soulever ni la tête, ni les bras, ni les jambes. Il sentait quand on le pinçait, mais il fallait le torturer pour obtenir un signe de douleur ; le sens de l'odorat semblait en partie aboli. Cette espèce de mort partielle ne dura pas moins de 15 mois, et fut suivie d'une agonie de 15 jours, pendant laquelle l'aliéné rendit, sans aucun effort de toux, une grande quantité de crachats épais, comme purulens et fut tourmenté par un

(1) Bayle. *Maladies du cerveau et de ses membranes*. 1826. Obs. 11, 3e série, pag. 218.

(1) Calmeil. *De la paralysie considérée chez les aliénés*, 1826. Obs. 22, p. 100.

dévoiement opiniâtre : Il n'avalait plus que de la tisane et des loochs, et présentait les symptômes de la fièvre hectique.

Autopsie cadavérique :

Épaisseur du crâne moyenne. Os friables; dure-mère exempte d'altérations. Grande cavité de l'arachnoïde remplie par un liquide rougeâtre, dont la quantité s'élève à un demi-verre à peu près.

L'épaisseur du feuillet membraneux qui résulte de la superposition du feuillet cérébral de l'arachnoïde et de la pie-mère est considérable; cependant ces membranes sont difficiles à enlever; elles refusent d'abandonner la substance corticale; sur la partie convexe des hémisphères, sur leur partie antérieure, sur leur partie moyenne, etc., la substance grise se sépare de la masse encéphalique et reste attachée à l'arachnoïde.

On renverse le cerveau, on examine les membranes qui recouvrent sa base; dans toute l'étendue de cette base, mais principalement le long des scissures de Sylvius, il existe des adhérences; la substance corticale se détache avec les membranes et les revêt comme une couche de bouillie.

Avant de porter la lame du scalpel sur le parenchyme du cerveau, on veut examiner le corps calleux; l'œil ne peut arriver jusqu'au fond de la scissure interlobaire; en avant et en arrière surtout, les deux hémisphères sont pour ainsi dire soudés; on peut rompre le tissu cellulaire qui leur sert de moyen d'union, mais on écorche la pulpe corticale.

Je coupe attentivement la substance grise, sur différens points de la circonférence de l'encéphale; la couleur est telle qu'elle doit être; seulement, dans les endroits où j'ai mentionné des adhérences, elle présente une teinte d'un rouge jaunâtre. Sa consistance est naturelle.

La substance blanche, vue partout avec soin et coupée par larges tranches, est jugée saine.

Les ventricules latéraux contiennent en tout trois onces de sérosité; la membrane qui tapisse leur surface est rouge, hérissée de villosités nombreuses, qui se propagent dans le ventricule moyen, et ne sont nulle part aussi saillantes que dans le ventricule cérébelleux.

On examine le cervelet, ses pédoncules et la protubérance annulaire; la coloration de la substance grise tire sur le lilas.

La cavité membraneuse qui sert d'étui à la moelle épinière contient de la sérosité; les membranes se séparent sans difficulté du prolongement rachidien. La coloration ne laisse rien à désirer (1).

OBSERVATION 46.

H..., âgé de 39 ans, à la suite d'abus des boissons alcooliques, est atteint d'aliénation mentale, et admis à Saint-Yon, trois jours après l'invasion de la maladie, le 15 mai 1843.

Agitation excessive, délire général avec prédominance d'idées de grandeur. Il est le roi de France, le maître du monde entier. Il peut faire mourir et ressusciter qui bon lui semble. Il se déshabille. Il brise les carreaux. La parole est embarrassée. Marche chancelante.

Cet état persiste sans changement notable pendant quinze jours.

Le malade est toujours roi. Il a, dans une nuit, lancé deux ballons dans le ciel. C'est lui qui fait tout. On lui prend ses idées et on le fait parler sans cesse.

Il est violent. Il cherche à frapper. On est forcé de lui attacher les jambes.

Le 31 mai l'agitation cesse. La marche devient plus facile. Le malade néanmoins traîne encore un peu la jambe droite. La parole est redevenue presque libre.

Le malade se plaint qu'on le tourmente pendant la nuit.

Le 10 juin, l'agitation reparaît.

Les idées de grandeur persistent. Il est Napoléon. Mais l'incohérence dans les idées se prononce de plus en plus. Et l'embarras de la parole se reproduit.

Le 20 juin, le malade se calme. En même temps la parole s'embarrasse davantage. La marche devient difficile. L'incohérence augmente. Les évacuations deviennent habituellement involontaires.

Le 1er juillet. Impossibilité de la station. Prononciation difficile. Affaiblissement de l'intelligence. Diminution de la sensibilité. Le malade ne peut plus se lever.

Le malade maigrit. Des eschares se développent dans la région du sacrum, aux genoux, aux malléoles. Toute manifestation d'intelligence, de volonté, de sensibilité disparaît peu à peu, et le malade meurt dans le coma, le 14 juillet 1843.

Autopsie cadavérique :

Poids de l'encéphale : 1 kil. 375.

Léger épaississement des méninges cérébrales.

Plaques cartilagineuses des vaisseaux artériels, disséminées dans toute leur étendue.

En un petit nombre de places, la substance corticale adhère aux méninges, et est entraînée par ces membranes, sous forme de flocons ou de plaques minces.

La couche corticale cérébrale est molle, comme gélatineuse. Cette altération est très prononcée à l'extrémité des lobes antérieurs, dans les circonvolutions de leur face inférieure, dans la partie externe des lobes moyens.

La couche corticale a une couleur pâle, jaunâtre; elle s'éraille et se détache de la substance blanche, avec une grande facilité, par une légère pression du doigt, ou même par l'écartement des circonvolutions.

Cette altération est surtout très prononcée à la surface de la région désignée sous le nom d'île.

La substance blanche est ferme, comme visqueuse au toucher.

La surface des ventricules latéraux et du 4e ventricule est hérissée de granulations; elle est indurée, ainsi que la couche mince de substance blanche qui double la membrane. Plusieurs brides filamenteuses, traversant la cavité de l'un des ventricules latéraux, réunissent ses parois opposées.

Un peu de sérosité dans les ventricules, sans dilatation de ces cavités.

Quelques adhérences des méninges, avec décortication par plaques minces, disséminées en divers points de la surface cérébelleuse.

Substance du cervelet ferme dans toutes les autres parties.

Etat sain des autres parties de l'axe cérébro-spinal.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Calmeil, *Ibid.* Obs. 25, p. 116.

REVUE GÉNÉRALE.

Influence de l'hydrothérapie sur la tolérance pour les médicamens. — La leucémie. — L'ulcère simple de l'estomac.

L'hydrothérapie, un peu compromise par les exagérations de ses premiers partisans, a repris faveur dans la pratique, par suite d'une expérimentation plus attentive et plus sérieuse. Personne ne conteste plus aujourd'hui les avantages que l'on peut retirer, dans un grand nombre d'affections chroniques, des moyens divers que l'hydrothérapie met entre les mains des praticiens. Mais le tort peut-être de quelques hydropathes est d'employer la méthode d'une manière trop exclusive et de faire trop bon marché des autres agens thérapeutiques. En associant l'hydrothérapie aux moyens pharmaceutiques, on obtiendrait probablement des résultats plus nombreux et plus rapides. C'est ce qu'a reconnu un de nos honorables confrères qui a acquis une grande expérience de l'hydrothérapie, et qui nous communique la lettre suivante dont l'intérêt pratique est évident :

Monsieur et très honoré confrère,

La bienveillance et l'intérêt avec lesquels vous accueillez, dans votre journal, toute observation ou toute découverte capables d'être utilisées par la thérapeutique, m'enhardissent à vous faire part de quelques faits recueillis dans ma pratique.

En créant à Divonne, il y a sept ans, le vaste établissement que je dirige encore en ce moment, mon principal but était de replacer l'hydrothérapie sur son véritable terrain, de la dépouiller de l'empirisme et de l'incertitude qui l'enveloppaient, et de la réduire aux justes proportions que la saine raison permettait de lui assigner; de la classer, en un mot, parmi les branches importantes de la thérapeutique, et non de la poser en médication exclusive et universelle.

Les divers ouvrages que j'ai successivement publiés sur cette matière, ont fait connaître et mes tendances et les résultats de mes consciencieux efforts : je m'y suis, en effet, appliqué à analyser avec soin les effets observés dans ma pratique; à faire ressortir toute l'importance de la température qu'il convient de donner à l'eau dans des cas déterminés, et sans jeter, comme bien d'autres, un injuste anathème sur l'École dont je suis sorti, à associer quelquefois à l'hydrothérapie, dans une certaine mesure et pour obéir à d'évidentes indications, les remèdes pharmaceutiques dont l'action ne pouvait que favoriser celle de la médication générale ou dont la spécificité ne permettrait ni de les remplacer, ni de les proscrire.

En suivant cette méthode mixte et rationnelle, il m'a été donné d'observer plusieurs faits dignes de fixer dès aujourd'hui votre attention : je veux parler de la facilité, de la rapidité avec laquelle on obtient, sous l'influence d'un traitement hydrothérapique, la tolérance d'un médicament spécifique, soit que celui-ci n'ait pu auparavant être supporté à doses suffisamment élevées, soit qu'il ait perdu, par l'idiosyncrasie du sujet, son action élective.

Ainsi, par exemple, tel malade qui ne pouvait, sans accidens du côté du tube digestif ou de la peau, supporter les plus faibles doses de copahu ou de cubèbe, n'a pas tardé à tolérer les doses habituelles de ces médicamens; tel autre auquel on ne pouvait, sans de sérieux accidens, administrer 25 milligrammes de proto-iodure de mercure, a rapidement toléré une dose élevée de ce sel ou la liqueur de Van-Swiéten. D'autres enfin, incapables de dépasser la dose de 40 ou de 50 centigrammes d'iodure de potassium, se sont facilement habitués à en supporter de 6 à 10 grammes, pourvu que simultanément ils se soumissent aux sudations régulières et aux réactions énergiques qui succèdent à la douche ou à l'immersion dans le bain froid. Ces faits sont désormais acquis à ma pratique, et je leur dois des succès inespérés.

D'un autre côté, les observations que j'ai pu faire chaque jour sur une grande échelle, au milieu d'une véritable population de malades soumis au traitement hydrothérapique, m'ont fourni un sujet d'études inépuisable sur la puissance d'absorption de la peau, et m'ont donné l'idée d'utiliser, dans quelques cas spéciaux, cette propriété incontestable, c'est-à-dire de me servir de cette voie pour faire pénétrer dans la circulation les différens principes modificateurs renfermés dans les eaux ferrugineuses, sulfureuses ou alcalines, substituées elles-mêmes à l'eau ordinaire dans les procédés hydriatiques.

C'est à l'aide de l'enveloppement humide que j'arrive le plus sûrement à ce résultat d'autant plus avantageux, que souvent l'état de l'estomac, dans la chlorose, l'anémie, ou dans certaines affections rhumatismales, ne permet que difficilement d'administrer ces médicamens par les voies digestives.

J'aurais voulu pouvoir entrer à ce sujet dans des détails que ne peut malheureusement pas comporter l'étendue limitée de cette lettre, page détachée d'un ouvrage non encore terminé; j'ai cru remplir un devoir en vous faisant connaître d'avance la nature de mes travaux et de mes recherches; j'ai donc l'espérance que vous voudrez bien accueillir ces nouveaux modes d'application comme des ressources précieuses offertes désormais à la thérapeutique, et qui rattachent d'une manière plus complète l'hydrothérapie à la médecine, dont elle est et ne sera jamais, à mon avis, qu'un des plus puissans auxiliaires.

Veuillez agréer, etc.

A. VIDART,
Directeur de l'établissement hydrothérapique de Divonne, près de Genève.

— Il est beaucoup question de la *leucémie*, cette maladie nouvellement découverte, et dont les exemples se multiplient, comme se multiplièrent les exemples de morve quand cette affreuse maladie fut découverte sur l'horizon pathologique. Il sera beaucoup parlé de la leucémie dans ce journal, car cette maladie a été l'objet d'une longue et importante discussion à la *Société des hôpitaux*, dont nous publierons très prochainement le compte rendu. En attendant et afin que nos lecteurs aient sous les yeux une analyse de tous les documens importans qui ont été publiés sur cette question, nous allons leur présenter celle d'un mémoire récemment publié en Allemagne par M. Virchow, et dont les *Archives générales de médecine* ont donné la traduction.

« Le sang contient une certaine proportion de globules blancs à l'état normal. Ces globules augmentent de nombre sous l'influence de certains états physiologiques, comme pendant la digestion et dans la grossesse, ou d'états pathologiques, comme dans la plupart des affections inflammatoires ou typhoïdes. Une semblable modification du fluide sanguin ne constitue pas plus une maladie que l'accroissement du chiffre de la fibrine; elle appartient à la santé et dépend de conditions qui, pour n'être pas persistantes, n'en peuvent pas moins être réputées normales. Ces états transitoires ne sont pas plus les expressions d'une véritable dyscrasie, que la chaleur et l'accélération du pouls qui suivent le repas ne sont les analogues de la fièvre.

» On ne saurait davantage caractériser un groupe unique de maladies par l'augmentation des globules blancs. La leucémie, telle que je l'ai décrite, diffère de la polyleucocythémie, des inflammations, du typhus ou des affections septiques, aussi bien que la chlorose se distingue de l'anémie suite de cancer ou d'hémorrhagie. Ce n'est pas seulement une notion anatomique, c'est une entité pathologique; aussi ne consiste-t-elle pas seulement dans l'augmentation des globules blancs, mais dans la diminution correspondante des globules rouges. Il faut, pour qu'il y ait leucémie, qu'à la place des élémens du sang, qui devraient être colorés, il s'en produise d'incolores, qui donnent au sang une teinte plus ou moins blanche. C'est en un mot une décoloration du sang, une *leucopathie*, un *albinisme*.

» Jusqu'à présent, presque sans exception, cette dyscrasie est permanente, elle accomplit son progrès incessant et fatal, et à la dernière période de la vie, les corpuscules blancs sont dans un énorme excès. Le rapport des globules blancs aux rouges était dans un cas comme 2 à 3; dans un autre, observé par Vogel, comme 1 à 2; dans un troisième, de Schreiber, comme 2 à 3. Les chiffres indiqués par de Pury, comme 1 à 7, à 12, à 19 et à 21, ne répondent pas aux degrés extrêmes; mais, quels qu'ils soient, ils expriment une altération d'une singulière intensité, quand on songe qu'à l'état normal, le rapport est en moyenne comme 1 est à 357 ou 355 (1).

» Le sang qui s'écoule spontanément, ou qu'on obtient artificiellement pendant la vie, n'est pas assez modifié pour qu'on puisse immédiatement, et à l'œil nu, juger de son altération d'après sa couleur; mais, lorsque après l'avoir défibriné, on le laisse en repos, on voit les globules rouges tomber au fond et les blancs former au-dessus une couche plus ou moins épaisse, d'un blanc jaunâtre, et d'un aspect tout à fait analogue à celui du pus. Cette séparation des deux ordres de globules a lieu sur le cadavre d'une manière non moins distincte; on constate dans le cœur droit et dans l'artère pulmonaire des caillots mous, sans résistance, jaunâtres ou verdâtres, et en apparence formés par du pus. De semblables *coagulum* existent dans d'autres vaisseaux; ils se distinguent aisément des dépôts fibrineux suppurés de la phlébite purulente en ce que les parois des veines sont normales, les caillots n'ont pas d'adhérence, ils se détachent sous forme de cylindres plus ou moins homogènes, qu'il suffit d'agiter dans l'eau pour séparer les globules blancs, de manière à obtenir, d'une part, un liquide trouble, laiteux, et de l'autre, un coagulum fibrineux.

» S'il est vrai que les globules rouges disparaissent dans presque tous les capillaires, le sang veineux doit en contenir une proportion variable, suivant sa provenance. Si maintenant certains organes ont la propriété, à l'état normal ou sous les conditions pathologiques, de contribuer plus activement encore à la destruction des globules rouges, le sang veineux qui en revient doit renfermer relativement plus de corpuscules blancs. Tel est le cas de la rate. Or, l'analyse a démontré que, dans la leucémie, le sang de la veine splénique est deux fois plus riche en globules incolores que celui de la jugulaire.

» Lorsqu'on se livre à une étude plus approfondie du sang leucémique, les résultats sont loin d'être identiques dans tous les cas, et cette diversité n'est pas moins significative au point de vue de la pathologie, que décisive au point de vue de l'interprétation physiologique des faits. J'avais déjà, en 1847, recueilli une observation qui s'écartait notablement des précédentes. Tandis que dans tous les faits précédemment signalés l'altération du sang était en rapport avec une tumeur de la rate, je constatais une sorte de *tumeur* des ganglions lymphatiques étrange et inconnue; le sang, qui, dans les autres observations, était plein de cellules distinctes et bien développées, contenait des noyaux innombrables, ronds, granuleux, pourvus le plus souvent d'un corpuscule et du volume habituel des noyaux lymphatiques; il renfermait en outre çà et là des cellules munies d'un même noyau enveloppé dans une membrane relativement assez étroite. Bennett constata quelque chose d'analogue; seulement son observation est moins nette, parce qu'il s'agit d'un cancer. Je me suis cru dès lors en droit d'établir deux formes de leucémie, l'une *lymphatique* et l'autre *splénique;* la première introduisant dans le sang des élémens conformes aux parties constituantes de la pulpe de la rate, l'autre y amenant des élémens analogues à ceux du parenchyme des ganglions lymphatiques. Plus la maladie des ganglions est étendue, plus les élémens lymphatiques sont nombreux dans le sang, et la coïncidence d'une affection de la rate ne fait pas même perdre au sang les caractères qu'il tient de son mélange avec les principes histologiques des ganglions. Réciproquement, quand l'altération de la rate est prédominante et que les ganglions des parties voisines sont hypertrophiés secondairement, la modification du sang reste toute splénique.

» Il est constant que les altérations de la rate et des ganglions lymphatiques préexistent à la leucémie, quelle que soit celle des deux formes qu'elle revête; qu'elles peuvent exister des mois et des années avant que la dyscrasie se manifeste, et d'un autre côté il n'est pas moins certain que la leucémie n'est pas toujours proportionnée à l'intensité de la lésion organique dont elle dépend. Ainsi on voit des tuméfactions considérables de la rate et des ganglions suivre leur cours sans leucémie, et la leucémie, par contre, parvenir à un haut degré, bien que les lésions locales soient encore fort peu marquées.

» L'analyse chimique du sang leucémique a fourni des résultats intéressans; mais tant qu'elle s'est renfermée dans des déterminations quantitatives, elle n'a conduit à aucune conclusion expresse. Les recherches

(1) Voyez les recherches intéressantes de Moleschott (*Wiener med. Wochsch.*, 1854), sur la proportion des globules blancs, suivant l'âge, le sexe, etc. Pendant les règles, et chez les enfans, où le chiffre des globules blancs est le moindre, il est encore :: 1 : 220 ou 247.

de Vogel, Parkes, Robertson et Drummond, ont montré que l'albumine, la fibrine et les sels du sérum, sont relativement dans leurs proportions normales, que l'eau est en excès, que les élémens solides, et en particulier les globules rouges, sont diminués; en un mot, il n'y a pas de changement dans la composition du plasma du sang, mais seulement une substitution des globules blancs aux globules rouges. Le sang, par suite, est d'un poids spécifique moindre qu'à l'état normal, tandis que le sérum leucémique ne s'écarte pas sensiblement, sous le rapport du poids spécifique du sérum, du sang non altéré. Ces recherches ont un grand intérêt au point de vue de la comparaison des dyscrasies. Le sang, dans la leucémie, diffère du sang dans les inflammations par le chiffre habituellement normal de la fibrine, du sang de l'hydrémie par la composition normale du sérum. On saisit aisément la distinction quand on rapproche de la dyscrasie leucémique les cas de tumeur de la rate sans leucémie, à la suite desquels se développe le plus souvent une diathèse hémorrhagique ou hydropique.

» L'analyse qualitative essayée par Scherer n'a pas été répétée par d'autres chimistes, et il serait prématuré d'en affirmer absolument les résultats.

» La tuméfaction des ganglions lymphatiques a lieu d'ordinaire lentement, mais par secousses, sans entraîner de désordres appréciables dans les parties dont les ganglions reçoivent leurs vaisseaux, cette marche saccadée était surtout sensible dans l'observation de Scherer.

» Les glandes n'offrent ordinairement dans leur structure qu'une simple augmentation de leurs élémens normaux. A l'extérieur, elles paraissent molles, sans élasticité; on y perçoit une sorte de fluctuation indécise; leur surface est assez lisse, parfois brillante, et d'une couleur qui varie du blanc au jaune ou au gris. Lorsqu'on a pratiqué une coupe, on trouve la portion corticale épaissie, et le tissu caverneux du hile également plus développé. La partie corticale est plus homogène, grise ou d'un blanc rougeâtre; on y distingue avec peine la division normale des follicules; le parenchyme est mou, friable, et laisse suinter un liquide laiteux. En général, la masse, au microscope, ressemble à l'infiltration des follicules intestinaux dans le typhus; elle la rappelle non seulement par sa composition histologique, mais parce que la modification ne se maintient pas dans les limites des glandes, mais s'étend au delà : de sorte qu'on retrouve du tissu glandulaire dans des points où il n'y avait pas trace de glandes.

» Les lésions de la rate sont beaucoup plus complexes; quant au développement de la tumeur, les symptômes et la marche sont les mêmes. Nous retrouvons là encore une marche chronique et insidieuse, dont les premières périodes durent souvent des années, échappent à l'examen, où la maladie procède par accès qui s'accompagnent souvent de fièvre et de douleur; plus tard la douleur spontanée ou à la pression et la fièvre deviennent continues.

» Les exacerbations du soir sont plus ou moins marquées, les douleurs plus ou moins vives; la fièvre varie également.

» L'examen anatomique a donné, en général, des résultats concordans. La rate est presque toujours très augmentée de volume; son poids atteint souvent de 3 à 5 et 7 livres, c'est-à-dire qu'il est douze ou quinze fois plus élevé qu'à l'état normal. On trouve aussi dans la plupart des cas des signes manifestes de périsplénite; la capsule est presque toujours épaissie, plus opaque, plus laiteuse, parsemée de taches de pigment et d'épaississemens occupant des surfaces plus ou moins étendues, rondes, inodulaires en apparence, demi-cartilagineuses. Il existe en même temps des adhérences avec les parties voisines, particulièrement avec le diaphragme et le tissu rétro-péritonéal; l'organe semble avoir augmenté de poids spécifique, il a plus de résistance, et à la section, le tissu paraît le plus souvent exsangue; il est d'une coloration d'un rouge plus pâle ou plus jaunâtre, quelquefois plus brunâtre. La surface de section est lisse, relativement sèche et homogène.

» Les gros vaisseaux seulement paraissent avoir un plus large calibre et restent béans. Les follicules sont petits, souvent mal limités, et par suite indistincts; cependant on les retrouve toujours à l'aide d'un examen plus approfondi, attendu qu'ils se distinguent de la pulpe rouge par leur coloration blanchâtre. La pulpe est d'une abondance excessive, parfois très résistante, presque élastique, difficile à déchirer; on y voit distinctement des trabécules épaissies, qui apparaissent sous forme de lignes blanchâtres, qui font saillie contre la capsule. L'étude microscopique montre partout les élémens normaux, seulement plus abondans et plus condensés; la substance intermédiaire aux cellules de la pulpe est plus considérable et plus solide. Il n'est pas rare qu'on y trouve du pigment passant du jaune au rouge et du gris au noir; il est impossible de méconnaître qu'il s'agit là d'une *hyperplastie* avec induration, et c'est par là que cet état anatomique se distingue du gonflement des ganglions lymphatiques.

» Il est rare que les lésions se maintiennent dans ces limites. Le plus souvent, on rencontre, surtout vers la surface, des foyers plus ou moins étendus, qui se détachent du reste du tissu par leur coloration d'un rouge plus intense; plus tard la rougeur prend un aspect de plus en plus hémorrhagique. Le foyer, qui d'abord était de niveau avec la surface, se creuse à mesure qu'on l'observe à une époque plus éloignée; il est plus compacte et plus sec. La couleur passe peu à peu d'un rouge foncé au jaune ou au gris sale; la masse devient comme caséeuse ou tuberculeuse, et, à la longue, elle finit par se transformer en une sorte de cicatrice jaune-orange, ou verdâtre, ou rouge. L'examen microscopique fait reconnaître les élémens normaux de la rate ratatinés et en voie de dissolution; une seule fois, j'ai trouvé du pus dans un de ces foyers.

» Un autre organe, après les vaisseaux lymphatiques et la rate, est souvent atteint par la maladie; le foie, qui devient alors le siége d'une hypertrophie telle que son poids peut dépasser de huit à quatorze livres.

» De toutes les altérations hépatiques, les plus remarquables sont celles que j'ai constatées dans la lymphémie. Dans un cas, j'ai vu le parenchyme brunâtre parsemé de petits points blancs, du volume d'un lobule hépatique, et qui semblaient s'être substitués aux lobules: un seul de ces points blancs était plus développé et avait acquis la grosseur d'un pois. Je pus en extraire un liquide qui contenait les élémens des ganglions lymphatiques. Dans un second cas, le foie, du poids de quatre livres et demie, était pâle, lourd, flasque; en le coupant, on distinguait trois substances, des taches d'un jaune vif, entourées d'un parenchyme gris jaunâtre, et enfin des places plus étendues, grises et transparentes, qui, examinées au microscope, renfermaient des cellules avec un noyau étroitement serré par la membrane d'enveloppe, telles que je les ai décrites à propos des coagulations du cœur. Cette dernière observation fut la seule où j'aie rencontré une lésion analogue des reins.

» D'où proviennent ces altérations. Malheureusement l'expérience en éclaire peu la pathogénie; on incline naturellement, en présence d'une semblable tuméfaction de la rate, vers l'idée d'une fièvre intermittente. Le fait est que beaucoup de leucémiques ont été, à une époque plus ou moins éloignée, sujets à des fièvres d'accès. Mais, dût-on accorder que la fièvre intermittente ait quelquefois donné la première impulsion à l'affection splénique, il n'existe pas jusqu'à ce jour une seule observation où l'on ait eu à noter un lien plus direct ou plus suivi entre ces maladies. D'un autre côté, beaucoup de tumeurs lymphatiques de la nature de celles que j'ai signalées comme hyperplastiques ont été certainement confondues avec les gonflemens scrofuleux. Il se peut qu'un malade affecté de leucémie lymphatique ait eu un ou deux ganglions scrofuleux; mais cette coïncidence n'autorise en rien à supposer une affinité plus étroite entre la leucémie et la tuberculisation. Le seul rapport qu'on soit en droit de constater avec quelque certitude, c'est celui que la leucémie entretient avec les phénomènes qui relèvent du système générateur chez la femme.

» La leucémie n'est donc pas une simple conséquence d'un autre état pathologique, c'est une maladie essentielle et *sui generis*. Des accidens inflammatoires aigus ou subaigus n'en sont-ils pas la cause occasionnelle? C'est ce que je me suis souvent demandé en examinant les lésions organiques. Les recherches cliniques, qui seules résoudront la question, ne sont pas encore assez avancées et fournissent matière à des vues contradictoires.

» Autant nous ignorons le premier degré de l'évolution pathologique, autant nous sommes renseignés sur sa terminaison. Il n'existe pas un seul exemple de guérison avérée. On a vu des améliorations; mais, pour peu que les malades demeurassent soumis à l'observation du médecin, les amendemens se réduisaient à un temps d'arrêt passager, et la maladie ne tardait pas à reprendre sa marche fatale.

» On peut établir, au point de vue de l'évolution, deux catégories de faits assez distinctes :

» Dans la première, la maladie est toujours *fébrile*, et la fièvre prend le caractère hectique; le malade meurt dans le marasme. Les troubles de la digestion et de la respiration ont lieu ordinairement de bonne heure; la disposition à la diarrhée est interrompue par des accès de constipation; la dyspnée peut être portée à un tel degré qu'elle ne s'explique plus par des désordres musculaires ou pulmonaires, et qu'elle semble plutôt dépendre directement de la constitution intime du sang.

» Dans la seconde catégorie, c'est plutôt une diathèse *hémorrhagique*, et les malades succombent ou aux progrès de l'anémie ou à l'apoplexie. Nous ne savons pas encore quelles causes provoquent ces hémorrhagies. Les premières observations n'avaient trait qu'à des malades épuisés par les épistaxis si justement signalées; plus récemment on a rapporté une série de faits où la vie s'est terminée brusquement par une apoplexie cérébrale. Les hémorrhagies externes peuvent être elles-mêmes si considérables qu'elles deviennent immédiatement mortelles. »

— Déjà en 1830, M. le professeur Cruveilhier, dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique, avait décrit et figuré une altération de l'estomac, différente du cancer, d'un pronostic plus favorable que celui de cette affection, et qu'il avait désignée sous le nom d'ulcère simple de l'estomac. Dans un mémoire récemment lu à l'Académie des sciences, M. Cruveilhier vient de donner une description générale de cette affection d'après les faits nombreux qui ont été observés depuis sa première publication par lui ou par M. Rokitanski, de Vienne.

Ce nouveau travail de M. Cruveilhier est résumé dans les propositions suivantes :

Il existe une maladie de l'estomac qui est anatomiquement caractérisée par un *ulcère simple, ordinairement chronique de cet organe.*

Cette lésion, beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit communément, est essentiellement différente de l'*ulcère cancéreux de l'estomac*, avec lequel elle avait été confondue jusque dans ces derniers temps, et avec lequel elle est encore tous les jours confondue dans la pratique.

En opposition avec le cancer de l'estomac, qui suit fatalement sa marche envahissante et destructive, et qui, dans l'état actuel de la science, est marqué au sceau de l'incurabilité la plus radicale, l'ulcère simple de l'estomac tend essentiellement à la guérison; il est curable.

L'ulcère simple de l'estomac est susceptible d'une cicatrisation parfaite; et cette cicatrisation se fait non à l'aide d'une membrane muqueuse de nouvelle formation, mais à l'aide de la production d'un tissu fibreux très résistant, qui diffère essentiellement du cancer squirrheux, avec lequel il a souvent été confondu.

Lorsque l'ulcère simple de l'estomac, après avoir détruit successivement les quatre tuniques de cet organe, franchissant ses limites, l'a perforé de part en part, la perte de substance est réparée par les organes environnans, qui finissent quelquefois eux-mêmes par participer au travail d'ulcération.

La gravité de l'ulcère simple de l'estomac survit en quelque sorte à sa guérison, attendu que la cicatrice est souvent le siége d'un travail d'ulcération consécutif qui renouvelle tous les accidens et tout le danger de la maladie.

L'ulcère simple de l'estomac est une des causes les plus fréquentes des vomissemens noirs et des déjections noires, et la cause la plus ordinaire de la mort par hémorrhagie de l'estomac avec ou sans hématémèse.

L'ulcère simple de l'estomac est la cause la plus fréquente de la mort par perforation spontanée de cet organe.

Les deux grands accidens de l'ulcère simple de l'estomac, savoir, l'hémorrhagie et la perforation, ont plus souvent lieu *consécutivement*, c'est-à-dire par l'érosion de la cicatrice, que *primitivement*, c'est-à-dire pendant la période de formation de l'ulcère.

— Nous devons signaler une erreur typographique qui s'est glissée dans notre dernière *Revue* et qu'il importe de rectifier.

La formule du sirop de pepsine a été indiquée d'une manière inexacte : au lieu de *pepsine* 66 *grammes*, lisez 6 *grammes*.

Amédée Latour.

THÉRAPEUTIQUE.

EXPÉRIENCES SUR L'ACTION DE PLUSIEURS SUBSTANCES CONTRE LA FIÈVRE INTERMITTENTE;

Par le professeur Seitz, de Munich.

Munich était, de tout temps, exempt de fièvres intermittentes; les cas qu'on pouvait y observer étaient toujours importés. Il n'en est plus de même depuis trois ans; au printemps et en été, des personnes qui habitent depuis longtemps cette ville où qui ne l'ont jamais quittée, sont prises de cette maladie, et ce sont principalement les jeunes gens et les adultes de la classe ouvrière, et depuis la dernière année, aussi des enfans. On ne connaît pas encore la cause de ce changement, car rien n'a été ostensiblement modifié dans ces années, par rapport aux conditions hygiéniques, topographiques, climatériques et géologiques. D'ailleurs Munich n'est pas seule dans ce cas; d'autres localités font entendre la même plainte. Les fièvres sont ordinairement tierces et n'offrent rien de particulier; le sulfate de quinine les guérit rapidement; 50 cent. à 1 gram. donnés chaque fois dans deux jours apyrétiques, suffisent pour supprimer les accès.

Le professeur Seitz a essayé les trois substances suivantes dont deux sont nouvelles :

1° *Le mellonure de potassium* fut d'abord indiqué par Liebig. Il est soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, et a une saveur très amère. Chez les lapins, 20 à 40 centigr. ne produisirent aucun effet; 80 centig. déterminèrent, après quelque temps, une respiration laborieuse, ralentie; l'animal devint faible et eut de la peine à se tenir sur les jambes. Le lendemain il était rétabli. Donné à un homme sain, 30 à 60 centigr. restaient sans action appréciable. Il fut employé contre la fièvre intermittente, par le professeur Seitz, et dans les deux cliniques; le résultat était complétement négatif, quoiqu'on eût donné jusqu'à 1 gram. 20 cent. pendant l'apyrexie.

Notre confrère l'a également donné, et, en apparence, avec plus de succès, dans plusieurs névroses que l'on traite parfois avec le sulfate de quinine. Une femme de 46 ans, atteinte d'irritation spinale et d'asthme bronchique, vit ce dernier cesser après l'administration de 80 centig. de mellonure de potassium, mais il est revenu huit jours après. Fille de 11 ans; mouvemens convulsifs des extrémités supérieures et inférieures, sans lésion de l'intelligence, revenant tous les jours, ordinairement à heure fixe, deux fois, le matin et le soir, déterminés, au dire de la mère, par la vue d'une souris. Deux doses de 10 centig. par jour, réduisirent d'abord les accès à un seul; avec 15 centig., l'accès sauta des journées entières et cessa enfin tout-à-fait. L'enfant avait pris en tout 3 gram. 80 centig. de mellonure. Deux cas de névralgie faciale et un de contraction spasmodique de l'orbiculaire des paupières furent également guéris. Tous ces essais ne sont pas encore assez nombreux pour pouvoir en tirer une conclusion positive, et le professeur Seitz se propose de les continuer.

2° *Les carbazotate, picrate, nitropicrate de potassé*, déjà recommandés par Braconnot. Saveur très amère, cristallisant en longs prismes jaunes, irisés, luisans; soluble dans 260 pintes d'eau froide et dans 14 pintes d'eau chaude.

Expériences sur les lapins. — A cinq heures du soir, 20 centigr. dissous dans l'eau furent ingérés. Un quart-d'heure après, ralentissement de la respiration, 40 par minute. Plus tard, le lapin mangea des alimens, eut quelques évacuations alvines, la première sèche, ensuite, une autre abondante, molle, de couleur verte. Urine rouge-jaunâtre. On le trouva mort le lendemain. Rigidité cadavérique considérable. Coloration jaune intense de tous les tissus : la conjonctive du bulbe, les enveloppes du cerveau, le tissu cellulaire sous-cutané, les muscles, les poumons. Cœur rempli de sang noir foncé, coagulé, ainsi que les veines de l'abdomen. Injection vasculaire de l'estomac et de l'intestin; muqueuse de l'œsophage et de l'estomac fortement rouge, recouverte d'une couche de mucus dense coloré en jaune; ce mucus était surtout abondant dans le duodénum. Foie et rate hypérémiés, de couleur foncée; vésicule distendue par un liquide jaune-foncé rougeâtre. Reins gorgés de sang, d'un rouge-foncé; vessie contenant beaucoup d'urine de la même couleur que la bile. Ces colorations provenaient du sel ingéré; un papier, imbibé de cette urine, devint jaune intense, comme l'aurait fait une solution de picrate de potasse. Un autre lapin éprouva, avec 20 centig., les mêmes effets, mais se porta de nouveau bien après dix-huit heures. Une nouvelle dose de 20 centig. le fit périr, et l'autopsie montra les mêmes lésions que le précédent. Ce sel est donc un médicament très actif.

Les phénomènes observés chez les hommes étaient pareils aux précédens. En voici un échantillon : Homme de 28 ans, robuste, toujours bien portant. Fièvre tierce depuis huit jours; hypertrophie de la rate; santé bonne pendant l'intermittence. Deux accès sont observés à l'hôpital. — Le 4 juillet, quatre doses de picrate de potasse, chacune de 15 centig. avec sucre 50 centig., de cinq heures en cinq heures. — Le 5 juillet, à six et huit heures du matin, deux nouvelles doses. La fièvre revint à neuf heures comme à l'ordinaire. — Le 6, les conjonctives oculaires, la peau et l'urine étaient colorées en jaune; une selle jaune. Quatre doses ce jour, et le lendemain matin encore deux. Vomissement bientôt après la seconde; douleur à l'épigastre, soif vive, perte

d'appétit, tête prise, abattement dans les membres; langue recouverte d'un enduit jaune. Pas de frisson, mais à dix heures, chaleur, et à onze heures, sueur copieuse durant jusqu'à neuf heures du soir. Insomnie la nuit. — Le 8, même état, faiblesse considérable; pouls mou à 64-68. Urine jaune-foncé, ne donnant pas, avec l'acide nitrique, la réaction biliaire. Deux selles molles, jaunes. La coloration jaune de la peau a augmenté. — Le 9 juillet. Insomnie. Dans la matinée, chaleur sans frisson, suivie de sueur. — Le 10 juillet. Le malade a un peu dormi. Pouls 60. La coloration jaune diminue partout, excepté dans l'urine. Un peu d'appétence. Depuis ce temps la fièvre n'a plus reparu, le malade s'est remis peu à peu. — Le 14 juillet, l'urine n'était plus colorée. La rate n'était plus augmentée de volume, et cet homme est sorti guéri le 16 juillet.

Malgré deux guérisons, le carbazotate de potasse n'est pas un médicament sûr à employer contre la fièvre intermittente. Son action curative n'approche pas celle de la quinine, et son administration n'est pas innocente. Il exerce une irritation locale sur la muqueuse digestive et produit un état très pénible pour le malade. Il est absorbé et pénètre et colore toute l'économie; il exerce une action dépressive directe sur le système nerveux, car les phénomènes généraux, observés chez les malades, ne sont pas en proportion de l'irritation gastrique, et ce n'est que de cette manière que l'on peut expliquer la mort des lapins.

3° *Le sulfate de cinchonine.* Cette préparation, donnée à la dose de 50 centig. à 1 gram. pendant l'apyrexie, a guéri les fièvres intermittentes aussi sûrement et promptement que le sulfate de quinine. Il est vrai, ajoute M. Seitz, que les fièvres de Munich sont moins intenses que celles d'autres localités, de sorte que les observations d'autres médecins, à qui il avait fallu des doses plus élevées, n'en sont pas moins vraies. Dans ce cas même, l'administration de la cinchonine serait préférable, surtout chez les pauvres, à cause de sa moindre cherté. Il agit comme la quinine, diminue le volume de la rate comme elle, et expose aux mêmes récidives, si on en continue l'emploi pendant quelque temps. — (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 40.)

Dr Stroth.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Suite de la séance du 21 Janvier 1856. — Présidence de M. Mélier.

Continuation de la discussion sur le *traitement des paralysies par les eaux minérales.*

M. Regnault, médecin inspecteur des eaux de Bourbon-l'Archambault, adresse une note *sur l'effet des eaux de Bourbon-l'Archambault, adressées au début des hémiplégies apoplectiques.*

M. Regnault expose d'abord quelle fut sa surprise, en arrivant à Bourbon, avec les idées généralement admises sur le traitement de ces graves affections, de voir des hémiplégiques s'exposer tous les jours dans les piscines de l'hospice à l'action d'un bain de 32 à 34°, et d'une douche à 45 ou 48°, non seulement sans éprouver de nouveaux symptômes de congestion, mais retirant de ce traitement souvent une amélioration immédiate, le plus souvent aussi une guérison ultérieure plus ou moins complète. Il est inutile de décrire les effets physiologiques de ce mode d'application des eaux, c'est-à-dire la rougeur, la congestion capillaire de la peau, l'accélération de la circulation, et surtout la sueur abondante qui en sont la conséquence. C'est là ce qui se passe à l'hôpital, où les malades, dépourvus de surveillance, s'administrent les eaux comme bon leur semble.

Au contraire, à l'établissement thermal, les eaux sont administrées sous la surveillance la plus rigoureuse et avec tous les ménagemens possibles de température, de temps, de force, etc. Ici jamais de ces réactions énormes qui, à l'hospice, sont poussées quelquefois jusqu'à la syncope, et qui causeraient au malade et à ceux qui l'entourent un véritable effroi; mais aussi, il faut le dire, la différence des effets du traitement est extrêmement sensible. A l'hospice, rarement un *insuccès complet*; le plus souvent une amélioration notable, et fréquemment *guérison après la seconde année.* A l'établissement, au contraire, *guérisons plus rares et fréquens insuccès.*

Il était impossible de rester en présence de pareils faits sans en rechercher la cause. On verra ce que l'observation a révélé à M. Regnault.

Les 500 malades de l'hospice se composent surtout de cultivateurs et d'ouvriers des départemens environnans. La plupart de ces malades n'ont subi presque aucun traitement. Une saignée, des frictions stimulantes, là se bornent pour eux les secours de la médecine ordinaire; puis, comme le malade est *faible*, on lui donne à manger à discrétion et du vin pour le *fortifier*, en attendant la saison des eaux. En effet, lorsqu'un de ces malades est frappé d'hémiplégie, le médecin est appelé moins pour lui porter secours que pour en obtenir le certificat nécessaire à son envoi à Bourbon-l'Archambault.

Assez souvent même, lorsque le malade de Bourbon-l'Archambault est frappé d'apoplexie pendant l'été, il se fait transporter immédiatement à l'hospice avant tout autre remède, pour profiter le plus tôt possible, dit-il, des bienfaits de la saison. Pendant les premières années de sa pratique, M. Regnault refusait de les admettre. Successivement, l'observation lui a fait modifier son opinion, et aujourd'hui, il se plaint plutôt que l'on diffère trop.

Dans le monde, au contraire, qu'il survienne un étourdissement, un peu d'embarras à la langue ou dans un bras, on saigne immédiatement, et très souvent cette saignée est suivie d'hémiplégie complète. A plus forte raison si l'apoplexie est instantanée, les émissions sanguines sont-elles répétées, multipliées, et accompagnées d'un régime essentiellement débilitant. Enfin, un an après l'accident, lorsque la thérapeutique ordinaire n'a plus rien à faire, on envoie le malade dans un établissement thermal.

En conséquence, M. Regnault n'hésite pas à formuler les deux propositions suivantes :

1° Dans les hémiplégies apoplectiques, la guérison sera d'autant plus prompte que le malade aura été moins saigné;

2° Le traitement thermal sera d'autant plus efficace, qu'il sera appliqué à une époque plus rapprochée de l'accident.

Voilà deux propositions assez contraires aux idées généralement adoptées. Ici, M. Regnault en appelle à l'opinion d'Antoine Dubois qui contestait volontiers l'opportunité de la saignée dans l'apoplexie, et souvent administrait en pareil cas un vomitif immédiat. M. Regnault a eu également à apprécier les bons effets de cette pratique. Il insiste sur les inconvéniens des émissions sanguines fréquentes, aidées d'une alimentation insuffisante, lesquelles provoquent souvent un état chloro-anémique, dont les effets sont souvent méconnus et pris pour la cause de l'état cérébral que l'on s'attache à combattre.

Quant à la seconde proposition, continue M. Regnault, qui est seule à l'ordre du jour, et à laquelle je suis arrivé par voie d'expérience, si contraire qu'elle soit aux idées généralement reçues, échappe-t-elle donc à toute déduction physiologique? Je ne le crois pas; et il ne me semble pas contraire aux vrais principes d'admettre que l'action du traitement thermal, c'est-à-dire l'ébranlement imprimé aux organes périphériques, l'abondance de la sueur et des sécrétions, la révulsion opérée sur l'estomac et les intestins par la boisson et les douches ascendantes; enfin et surtout ce dont il est est essentiel de tenir compte en matière d'eaux minérales, je veux dire *leurs actions spécifiques* s'exerçant par la boisson, l'inhalation et l'absorption cutanée, soient des moyens assez puissans pour provoquer la résorption du caillot sanguin avant l'organisation du kyste ou avant la production du ramollissement, dont la présence perpétue la paralysie.

Quelque contestables que soient les hypothèses physiologiques par lesquelles on pourrait expliquer non seulement l'innocuité, mais encore l'efficacité et l'application immédiate du traitement thermal aux hémiplégies apoplectiques, les faits conserveront toujours leur valeur, à moins que, comme certains touristes à qui il semble qu'il suffise de tremper le bout du doigt dans la source de Bourbon pour en apprécier les effets, on ne dise : s'il y a eu guérison d'hémiplégie, c'est qu'il n'y a pas eu lésion cérébrale; or, la question, ainsi posée, ne peut être résolue que par la constatation et la discussion de l'état du malade lui-même.

J'insiste donc sur ce fait qui m'est démontré surabondamment par l'expérience : *qu'il est avantageux de recourir aux eaux le plus tôt possible après l'attaque d'apoplexie.*

Comme contre-épreuve, je m'assure, chaque année, que, lorsque la paralysie date de deux ans, qu'elle est stationnaire et surtout accompagnée de contracture, on doit attendre peu d'effet des eaux.

Je crois superflu d'ajouter que je ne prétends pas généraliser mes conclusions, qu'elles ne s'appliquent, jusqu'à nouvel ordre, qu'aux eaux dont l'inspection m'est confiée. Il serait donc intéressant que nos confrères de Bourbonne et de Balaruc voulussent bien les expérimenter dans le même sens que moi.

— M. Caillat, médecin-inspecteur adjoint des eaux de Bourbon-l'Archambault, adresse une note exactement dans le même sens que celle de M. Regnault.

Il fait l'analyse de 86 observations de paralytiques, recueillies à l'hospice de Bourbon-l'Archambault, pendant l'année 1855.

L'amélioration chez tous ces malades, d'autant plus prompte, que la paralysie était moins ancienne et que les moyens employés pour la combattre avaient été moins nombreux, moins débilitans, moins énergiques en un mot, a été parfois extrêmement rapide, et c'est certainement cette catégorie qui, de tous les individus accourus à ces sources pour leur demander la santé, marche le plus promptement vers la guérison.

Il a été permis, dans plusieurs cas, de constater que l'amélioration observée pendant le cours du traitement thermal pouvait augmenter encore rapidement après le traitement, et qu'elle était persistante.

Les accidens que l'on observe communément chez les malades de Bourbon-l'Archambault, tels que la fièvre hydro-minérale, la poussée, la diarrhée, la faiblesse générale, sont d'une extrême rareté chez les paralytiques; ce que M. Caillat attribue à la modération du traitement qu'on leur fait subir.

Nous ne saurions donc, ajoute-t-il, invoquer ni la fièvre médicatrice, si chère à Bordeu, ni l'effet révulsif, soit de la diarrhée, soit de l'éruption. Ces eaux ne déterminent pas de diurèse abondante; la diaphorèse est modérée à la sortie des bains et des douches, et l'on ne cherche plus à la provoquer comme autrefois, car les *sueries* n'existent plus; nous n'avons donc pas d'*effort critique* à faire intervenir pour apprécier la manière d'opérer de notre médication.

D'après M. Caillat, les eaux de Bourbon-l'Archambault paraissent agir dans les paralysies, suite d'hémorrhagie cérébrale, comme altérantes et toniques. Par la première de ces propriétés, due à leurs principes alcalins, elles fluidifient le sang, facilitent la circulation capillaire, et, comme conséquence inévitable de ces deux effets, guérissent les stases sanguines, favorisent la résorption du caillot et la résolution du foyer sanguin.

Par leurs propriétés toniques, ces mêmes eaux réveillent la sensibilité engourdie des filets nerveux, et stimulent la fibre musculaire dans les membres privés plus ou moins du sentiment et du mouvement.

Il résulte de ces considérations que l'on devra surtout insister, dans les paralysies récentes, sur l'usage interne de l'eau minérale, c'est-à-dire sur l'introduction de l'eau minérale dans le torrent circulatoire, par quelque voie que ce soit. La douche, au contraire, s'adressant plus spécialement à l'*état dynamique*, conviendra davantage dans les paralysies anciennes.

M. Caillat se résume, en répétant que les chances d'une guérison complète seront d'autant plus grandes, que le traitement aura commencé de meilleure heure, et en faisant remarquer que les faits nombreux observés chaque année à Bourbon-l'Archambault sont une protestation éclatante contre le précepte de Bordeu, qui *proscrit l'emploi des eaux minérales dans toute paralysie cérébrale.*

— M. Villaret, médecin militaire principal, communique à la Société le résultat des observations qu'il a été à même de faire, sur l'effet des eaux thermales de Bourbonne dans les paralysies, pendant les années qu'il a été chargé de la direction de l'hôpital militaire thermal de cette ville.

Après avoir donné connaissance de la manière dont il avait organisé le service d'un établissement aussi important, puisqu'il reçoit annuellement de 800 à 900 malades, et parlé des moyens qu'il avait pris pour éviter toute exagération de sa part, et qui consistaient à faire recueillir les observations par ses aides eux-mêmes, qui les lisaient au lit du malade, il présente le tableau où se trouvent récapitulés, par chiffres, tous les cas de paralysie qui se sont présentés en 1853 :

DÉSIGNATION DES MALADIES.		Nombre.	Guérison.	Amélioration.	Effet nul.	Effet nuisible.	N'ont pu faire usage des eaux.	Morts.	Sans renseignemens
Myélites.	Paralysies complètes...	21	1	14	5	»	»	»	1
	Id. incomplètes, avec contracture des membres supérieurs.....	20	2	12	3	1	»	1	1
Paralysies.	Hémiplégies apoplectiq.	26	1	12	6	3	4	»	»
	Partielles ou locales...	9	»	5	2	»	1	»	1
Total.....		76	4	43	16	4	5	1	3

M. Villaret entre ensuite dans quelques considérations sur la différente nature de paralysies qu'il a eu à traiter, telles que les myélites, les hémiplégies apoplectiques et les paralysies partielles ou locales; et cherche à démontrer qu'elles ne doivent pas être traitées de la même manière par les eaux thermales. Il emploie fort peu de bains, par exemple, dans les paralysies par suite d'hémorrhagie cérébrale, à cause de la surexcitation qu'ils produisent; ou s'il y a recours quelquefois, ce n'est qu'à une température presque basse. La base de son traitement, dans ce cas, sont les douches, dont il modère encore la température et qu'il interrompt fréquemment.

Quant aux myélites, au contraire, où il n'a généralement rien à craindre du côté de la tête, il les traite par les bains et les douches à température très élevée, suivant les sujets, et il obtient des résultats plus avantageux. Plus on se rapproche de la température normale de l'eau minérale, plus on doit en espérer de bons effets.

Parmi plusieurs paralytiques guéris et notablement soulagés par l'eau thermale, M. Villaret cite un officier d'infanterie, atteint de paraplégie complète, par suite d'un rhumatisme articulaire qu'avait provoqué l'exposition à un froid intense, et qui, au bout de quarante-deux jours de traitement, fut assez bien guéri pour pouvoir se livrer à la danse dans le salon de l'établissement.

Séance du 4 Février 1856. — Présidence de M. Mélier.

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ :

Étude sur les eaux minérales de Nauheim, par M. Rotureau;

Recherches sur la paralysie générale progressive, par M. Lunier.

De l'emploi de la médication bromo iodurée dans l'aliénation mentale et la paralysie générale progressive, par M. Lunier.

Recherches sur l'huile de foie de morue et la médication bromo-iodurée, par M. Lunier.

Les eaux minérales de Zaizon, etc., par le docteur Greissing (en Allemand). — M. Otterbourg est prié de rendre compte de cet ouvrage.

M. le docteur Renard, médecin inspecteur des eaux de Bourbonne, écrit pour demander le titre de membre correspondant.

M. Durian est nommé membre correspondant.

La *commission de l'Exposition* avait été vivement frappée des produits extraits des eaux de Neyrac (Ardèche), exposés par M. Raymondon, de Privas, et relatifs à une série de métaux fort rares trouvés dans les eaux de Neyrac par M. Mazade. La commission avait témoigné le désir que la Société fût mise à même d'exprimer une opinion au sujet de la composition de ces eaux.

M. le Président propose, au nom du bureau, la nomination d'une commission qui sera chargée, après s'être mise en rapport avec M. Mazade, de procéder à l'analyse des eaux de Neyrac. Cette commission sera composée de MM. Chevallier, Gobley, O. Henri, Lefort et Reveil.

M. Lefort a bien voulu mettre son laboratoire à la disposition de la commission, et a pris, en outre, l'engagement de se rendre lui-même à Neyrac, si la commission le juge opportun.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le *traitement des paralysies par les eaux minérales.*

M. Renard, médecin inspecteur des eaux de Bourbonne, pose d'abord en principe que la paralysie n'étant que le symptôme d'une lésion organique de l'encéphale, le traitement par les eaux minérales ne doit lui être adressé que lorsqu'elle est dégagée, le plus complétement possible de sa cause, c'est-à-dire de la lésion matérielle qui l'entretient.

Les eaux de Bourbonne peuvent être appropriées au traitement des paralysies suites d'hémorrhagie cérébrale, lorsque la lésion primitive a franchi toutes les périodes du travail inflammatoire. Il y a plus de chances de succès, quand la cause paraît avoir été accidentelle, quand elle ne tient pas à l'âge ou aux circonstances du tempérament, à moins toutefois que celui-ci ne puisse être, de son côté, nullement modifié par le traitement thermal.

Il est extrêmement important, dans tous les cas, de surveiller l'action du traitement avec la plus grande attention, et de faire concourir aux bons résultats de cette action, le régime et les moyens accessoires indiqués par l'état particulier du malade. Plus les sujets sont jeunes et sanguins, plus on doit se tenir en garde contre l'action excitante de l'eau de Bourbonne, à l'intérieur surtout. Les bains à douce température, un peu prolongés, peuvent être considérés comme une préparation utile à l'action de la douche, qui est ici la forme la plus efficace de l'administration de nos eaux.

Une des conditions les plus essentielles du régime accessoire à suivre, est le maintien de la liberté du ventre; de légers purgatifs, quelquefois des émissions sanguines, peuvent être indiqués. L'exercice modéré est utile.

Il vient d'être dit que, dans les paralysies en question, les eaux de Bourbonne ne doivent pas être employées à une époque trop rapprochée des accidens primitifs; mais si leur emploi prématuré produit des dangers, de même il y aurait des inconvéniens dans l'excès contraire. Un ajournement trop long pourrait compromettre les résultats du traitement. La guérison, dans les affections de ce genre, est subordonnée sans doute à la résorption de l'épanchement, c'est-à-dire qu'elle se fait du dedans au dehors; mais cette résorption elle-même peut être favorisée par une action du dehors au dedans, quand la période du travail inflammatoire est franchie. C'est au moins ce que les bons effets des traitemens thermaux tendraient à faire penser. En effet, la paralysie, considérée comme effet, peut bien persister par une sorte d'habitude ou d'asthénie consécutive; et il se peut aussi que les moyens de stimulation artificielle adressés à la paralysie elle-même étendent leur action de proche en proche jusqu'au cerveau, dans un sens salutaire; mais il faut veiller à ce qu'il n'y soit ramené aucun principe d'irritation.

Tout ceci concerne l'*hémiplégie.* Quant à la *paraplégie*, M. Renard fait les mêmes recommandations, relativement à la nécessité d'attendre que la période inflammatoire dans la moelle ait eu son cours, et que la série des moyens dépletifs et révulsifs a été épuisée.

Les eaux de Bourbonne, employées à leur température, et suivant les formes ordinaires de leur administration, sont peu favorables dans le traitement des paraplégies, suites de l'abus des plaisirs vénériens. L'action de la chaleur, la percussion exercée par les douches, produisent une excitation plus propre à fomenter qu'à refréner les entraînemens habituels du malade. Les bains de mer et l'hydrothérapie sont sans doute ici mieux applicables.

Il y a une forme de paralysie, suite de fatigues, d'excès de marche ou de refroidissement, et le plus souvent dans la classe ouvrière, de ces diverses causes combinées. Nous avons ici les plus grandes chances de succès. Il en est de même des paraplégies qui sont dues à des chocs, à des chutes, à des commotions plus ou moins directes, ou à des ébranlemens dont la moelle épinière a ressenti le contre-coup. Les eaux de Bourbonne ont la plus grande efficacité dans les cas de ce genre.

Il est certaines paralysies dans lesquelles les eaux de Bourbonne réussissent presque à coup sûr : ce sont, entre autres, certaines paralysies plus ou moins étendues, qui sont la suite de fièvres graves ou d'empoisonnemens; certaines paralysies faciales idiopathiques. Quant à l'efficacité de ces eaux dans les paralysies de cause traumatique, elle est depuis longtemps établie sur des faits aussi nombreux qu'irrécusables; et c'est à cette tradition que l'on doit rapporter la fondation de l'hôpital militaire de Bourbonne.

(*La suite de la séance à un prochain n°.*)

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

L'abondance des matières nous prive du plaisir de faire aujourd'hui le récit du second banquet offert samedi dernier par M. le doyen de la Faculté de médecine à MM. les élèves qui se sont le plus distingués dans leurs épreuves.

Errata. — Dans notre numéro du mardi 29 janvier, article de M. le docteur Monteils-Pons, page 62, 1re colonne, 59me ligne, *au lieu de :* adaptées, *lisez :* adoptées. — Page 62, 2me colonne, 30me ligne, *au lieu de :* immédiate, *lisez :* médiate. — Page 63, 1re colonne, 13me ligne, *au lieu de :* utiles, *lisez :* inutiles.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 20. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 14 Février 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. CHIRURGIE : Mémoire sur l'ischurie uretérique et sur l'uretérotomnie, ou taille de l'uretère. — III. Observation de fracture du bassin ; déchirure du canal urétral ; infiltration de l'urine gagnant la cuisse et allant jusqu'à la partie interne du genou ; mort. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 12 Février 1856 : Correspondance. — Incident à l'occasion d'une soi-disant épidémie de fièvre puerpérale. — Lectures. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Deuxième banquet offert par M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris, aux élèves qui obtenu les meilleures notes à leurs examens.

PARIS, LE 13 FÉVRIER 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance s'est ouverte par un incident fort opportunément soulevé par M. Moreau. Qui, depuis un mois, n'a pas entendu parler d'une terrible épidémie de fièvre puerpérale qui régnerait à Paris? Les récits les plus lamentables passaient de bouche en bouche. Les nouvelles accouchées succombaient en foule, disait-on. L'alarme était dans toutes les familles. Qu'y avait-il de fondé dans ces terreurs ? M. Moreau a voulu le savoir. Consulté par plusieurs jeunes femmes enceintes, si elles pouvaient faire leurs couches à Paris ou si elles devaient s'éloigner de la capitale, il n'a pu que répondre que sa pratique ne lui fournissait aucun exemple de fièvre puerpérale, et qu'il ne croyait pas à l'existence d'une épidémie de ce genre. Mais M. Moreau a voulu connaître l'opinion de ses collègues qui, par leur pratique, soit dans les hôpitaux, soit en ville, pouvaient fournir des renseignemens précis.

Tous les yeux se sont alors tournés vers M. P. Dubois qui a pris, en effet, la parole et qui a complétement rassuré les esprits. Il résulte de ce qu'a dit M. Dubois que, depuis plusieurs semaines, quelques cas de fièvre puerpérale se sont montrés, en effet, soit à la clinique, soit en ville, mais que ces cas ne sont ni plus nombreux ni plus graves que ceux qu'on observe tous les ans, à pareille époque, et on peut dire même à toute époque de l'année. M. Dubois a eu le malheur de perdre deux malades de sa clientèle, mais pour un accoucheur aussi répandu que lui, il n'y a rien là de bien alarmant. M. Dubois n'aperçoit aucun signe de constitution épidémique, et dans ce moment même il donne des soins à neuf jeunes accouchées, qui se trouvent dans le meilleur état possible.

M. Velpeau, qui a reçu dans son service un assez grand nombre de femmes en couches, n'a rien observé qui ressemble à une épidémie, et à l'infirmerie de Saint-Lazare, où se fait un grand nombre d'accouchemens, pas un seul cas de fièvre puerpérale ne s'est manifesté, au dire de M. Collineau.

Ainsi donc, cette sorte d'enquête qui s'est faite séance tenante, doit rassurer la population parisienne, que les bruits d'épidémie avaient fort inquiétée. M. Moreau a fait une remarque fort juste : quand, au milieu de ces émotions suscitées par la prétendue apparition d'une épidémie, on cherche à remonter à la filiation des faits, on rencontre toujours les mêmes, on voit que ce sont toujours les mêmes cas dont on parle. C'est ce qui est arrivé dans les circonstances actuelles, où le nom d'une dame du monde qui a succombé à la suite de couches, s'est trouvé dans toutes les bouches.

Après cet incident, M. F. Boudet, l'un des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie, a lu un mémoire sur la fermentation, qui échappe à l'analyse.

M. Renault a commencé la lecture d'un travail sur le typhus contagieux des bêtes bovines, travail d'un très haut intérêt, et dont nous ne manquerons pas de présenter une analyse suffisante quand la lecture en sera terminée.

A M. Renault a succédé M. Bonnafont, qui a lu un intéressant mémoire sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion des paupières, remède par excellence, selon M. Bonnafont, et qui, à lui seul, peut dispenser de tous les autres.

Amédée LATOUR.

CHIRURGIE.

MÉMOIRE SUR L'ISCHURIE URETÉRIQUE ET SUR L'URETÉROTOMNIE, OU TAILLE DE L'URETÈRE ;

Par le docteur C. GIGON, médecin des hôpitaux et des prisons de la ville d'Angoulême.

Les maladies des voies urinaires ont été tellement étudiées, tellement ressassées depuis le commencement de ce siècle, qu'il semble vraiment qu'il n'y a plus guère de recherches à faire sur ce sujet. L'ischurie, la maladie qui consiste dans l'impossibilité de l'émission de l'urine par suite d'un obstacle matériel au cours de ce liquide, est certainement l'accident qui mérite le plus de fixer l'attention des pathologistes, puisque si l'on ne parvient à rétablir les fonctions urinaires, la perte du sujet est certaine. Jusqu'ici, les études entreprises sur ce sujet ont presque exclusivement porté sur les maladies du canal de l'urètre et de la vessie ; l'anatomie de ces parties a été soigneusement décrite, ainsi que les causes qui produisent leurs maladies, et enfin les moyens d'y remédier ont été inventés avec profusion, pratiqués avec succès, surtout depuis Ducamp et les lithotriteurs; mais au milieu de cet immense mouvement scientifique, on chercherait vainement des notions sérieuses et suivies sur l'ischurie uretérique, et encore moins sur les moyens d'y remédier ; il semble que les faits si graves, si intéressans qui se rapportent à cette maladie ont été complétement oubliés ou omis. J'espère donc avoir fait une œuvre utile en étudiant cette partie de la pathologie chirurgicale ; mais avant d'entrer dans les développemens qui m'ont été suggérés par l'étude de la question, qu'il me soit permis d'exposer le fait intéressant qui a servi de point de départ à ce travail.

OBSERVATION. — *Calculs du rein et de l'uretère.* — M. C... est un homme qui, actuellement, a 67 ans ; il est d'une forte corpulence, replet, sanguin, d'une taille ramassée ; il est goutteux depuis plus de vingt ans ; il a été fréquemment sujet à des atteintes de cette maladie, qui l'ont même retenu des mois entiers au lit ; il n'a pourtant conservé ni gonflement ni nodosités des articulations ; il a aussi un catarrhe pulmonaire

Feuilleton.

DEUXIÈME BANQUET OFFERT PAR M. LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

AUX ÉLÈVES QUI ONT OBTENU LES MEILLEURES NOTES A LEURS EXAMENS.

— Cette fête est charmante ! Nous journalistes, obligés souvent de blâmer et même de combattre, nous sommes si heureux, croyez-le, Monsieur le doyen, quand nous n'avons qu'à louer, qu'à applaudir.

— Je le crois, je le crois.

— Vous avez eu une heureuse idée, et qui sera féconde, parce qu'elle part du cœur.

— Je l'espère.

— Rapprocher, en certains jours, les disciples de leurs maîtres, non comme une récompense, mais comme témoignage de satisfaction et comme encouragement à persévérer dans la voie de l'étude.....

— C'est bien là ma pensée, c'est bien là le but de ces réunions.

— Et remarquez, Monsieur le doyen, que je dis *disciples* et non pas élèves. Le mot élève rappellerait trop ici le jeune homme intimidé, tremblant, ne s'approchant qu'avec crainte de la table d'examen, ne voyant son professeur qu'armé d'une terrible boule noire ou rouge et déclinant le redoutable adjectif *satisfait*, qui commence par une négation et qui finit par un adverbe *extrêmement* doux à entendre. Le mot disciples, au contraire, est ici plus opportun ; il semble plus sympathique, il rappelle ces rapports moins solennels, mais plus intimes de l'ancienne Faculté avec ses jeunes étudians ; il reporte l'esprit vers de vieilles et bonnes traditions que vous cherchez à faire revivre.

— Telles sont, en effet, mes intentions, et je vous remercie de les comprendre ainsi.

— Seulement, permettez-moi de vous faire observer, Monsieur le doyen, que vous avez renversé, retourné la tradition. Dans l'ancienne Faculté, c'était le récipiendaire qui fêtait M. le doyen, aujourd'hui c'est M. le doyen qui fête le récipiendaire. J'ai idée que cette petite révolution, qui en vaut bien une autre, est assez du goût des récipiendaires.

— Oui, oui, je le crois comme vous.

— Mais, entre nous et tout bas, sera-t-elle toujours du goût des doyens futurs.

— Les doyens futurs feront augmenter le précipit, et ces réunions de famille, que j'appellerai les *fêtes des bonnes études*, n'en continueront pas moins.

— Tout le monde en sera *extrêmement satisfait*.

Je reproduis ce petit dialogue que je crois exact, et dont je n'ai pas besoin de mieux indiquer les interlocuteurs, parce qu'il m'évite, et vous épargnera lecteur, de plus longs préliminaires. La seconde fête donnée par M. le doyen aux élèves qui ont obtenu les meilleures notes à leur examen, a été, en effet, charmante, très gaie, très animée, très expansive, comme on pouvait l'attendre de cette jeune et vive assistance que, cette fois, la présence de ses professeurs n'intimidait pas le moins du monde. Et de fait, il est impossible de faire les honneurs de meilleure grâce et avec plus d'affabilité que M. P. Dubois, dont la figure était rayonnante de plaisir. Ses collègues partageaient cette impression. Le vénérable M. Duméril oubliait le poids des ans auprès de ces jeunes étudians. M. Cruveilhier se laissait aller à boire le champagne. M. Velpeau était intarissable de verve et posait à ses voisins des questions étourdissantes. Bref, tout a été pour le mieux, et l'appétit, et le menu pour le satisfaire, et la gaîté pour l'aiguiser, l'abandon des maîtres, la discrète familiarité des élèves ; car, à cette fête de l'École de médecine, M. le doyen avait convié professeurs et étudians, quelques agrégés aussi, et, comme pour placer cette réunion sous le solennel patronage de l'Université, le respectable M. Cayx, vice-recteur de l'Académie de Paris, cet homme qui, dans les dernières émotions de la Sorbonne, s'est montré si bon, si indulgent, si paternel, et dont la voix, si elle eût été écoutée, aurait épargné à de malheureux jeunes gens un jugement bien sévère, et à leurs familles de mortelles angoisses.

Un banquet de cette nature ne pouvait se terminer sans discours et c'était à l'illustre chef de la Faculté, au libéral amphitryon, qu'il appartenait d'expliquer à ses invités son idée, son but, ses intentions. C'est ce que M. P. Dubois n'a pas manqué de faire. Avec quel bonheur ? Nos lecteurs vont en juger, car nous sommes assez heureux pour pouvoir reproduire son allocution :

« Mes bons amis,

» Il y a un mois, dans ce lieu même, une assistance nombreuse, composée comme l'est celle-ci, d'une partie de vos maîtres et de vos condisciples, inaugurait avec moi cette fête scolaire. La réunion présente, qui est le complément naturel de la première, lui donnera, je l'espère, une consécration nouvelle et définitive.

» Devant les maîtres et les condisciples qui vous ont précédés, j'ai en peu de mots exposé les motifs et le but essentiellement moral de cette convocation inattendue. Fidèle à ce précédent, je viens remplir le même devoir, j'y ajouterai des conseils, des félicitations, des vœux bien sincères. Permettez-moi de le faire en reproduisant la courte allocution à laquelle vos condisciples ont fait un bienveillant accueil. C'est à vous qu'elle s'adresse aujourd'hui. Il me semble que je n'ai rien à vous dire de plus, et je serais très heureux si, après l'avoir entendue, vous pensiez que je ne pouvais vous rien dire de mieux.

» Si cette réunion n'avait pas dû prendre les proportions que vous voyez, proportions heureuses, puisqu'elles témoignent du travail, de l'intelligence et des succès d'un grand nombre d'élèves de notre Faculté, ce n'est pas ici, c'est dans ma propre demeure, au milieu des miens, que je vous aurais donné l'hospitalité. Veuillez bien, par une complaisante illusion, vous persuader que j'ai, pour vous recevoir aujourd'hui, transporté mes pénates dans ce salon des Frères-Provençaux. Cette fête de famille est sans précédent dans notre École, mais elle ne l'est point dans l'instruction publique. Lorsque j'étais un jeune écolier, je me rappelle que le jour de Saint-Charlemagne réunissait dans un banquet modeste et tout paternel les maîtres et ceux de leurs élèves qui avaient obtenu les premières places dans le cours de l'année. Là venaient s'oublier, dans une confiance et une joie communes, les griefs et les sévérités parfois nécessaires des professeurs, les espiègleries et les rancunes innocentes et séculaires des écoliers. Le maître devenait protecteur et ami, l'élève plus juste devenait reconnaissant et docile. Plus tard, le renouvellement de ces réunions salutaires fortifiait les bienveillantes dispositions que les premières avaient créées. J'ai conservé de ces fêtes un touchant et presque un pieux souvenir, et j'ai souvent pensé qu'une Saint-Charlemagne qui réunirait et confondrait dans une estime et une affection mutuelles des maîtres et des élèves qui vivent rapprochés par le devoir, mais qui restent isolés au point de vue des sentimens ; j'ai pensé, dis-je, que cette Saint-Charlemagne prendrait heureusement sa place parmi les récompenses, les encouragemens, les doux et joyeux souvenirs de la scolarité médicale. Cette pensée, mes bons amis, nous la réalisons en ce moment. Maintenant, vous avez eu l'honneur d'être placés par vos maîtres au nombre des élèves les plus distingués de l'une des premières Écoles du monde ; n'oubliez pas que cet honneur oblige et qu'il vous est désormais défendu de déchoir, et dans l'espoir qu'il en sera ainsi, nous buvons, mes honorables collègues et moi, à vos succès futurs dans le cours de vos études médicales, et plus tard dans l'exercice de la noble profession à laquelle vous vous destinez. »

Vous entendez, n'est-ce pas, le bruit des applaudissemens qui accueillent ces sympathiques paroles.

Au nom de ses jeunes collègues, M. Baudot adresse à M. le doyen une chaleureuse réponse qui reçoit aussi de l'assistance une retentissante approbation.

J'ai dit que l'idée de M. P. Dubois sera féconde, c'est ma conviction. C'est une pensée d'encouragement à l'étude et au travail, une pensée de père de famille, et ces idées trouvent de l'écho dans les jeunes cœurs. Cette pensée se développera, se transformera peut-être, comme se transforment toutes choses de ce monde. Elle subira, elle a déjà subi la critique comme toutes choses de ce monde. Mais quand on est sûr de ses intentions, quand on ne vise qu'un but utile et avouable, il faut laisser dire et braver la critique.

Amédée LATOUR.

qui présente des exacerbations annuelles.

Au mois d'août 1847, il fut atteint très gravement de la goutte, surtout aux articulations des pieds, et pendant cet accès, la complication catarrhale devint très intense; il eut de la toux, de l'oppression, des crachats. — En même temps, le malade se plaignit d'une douleur dans la région du rein droit. (C'était la première fois que cette complication se montrait, bien qu'il eût rendu fréquemment des sables dans les urines.) Le malade eut de fréquentes envies de vomir, les urines même furent suspendues vingt-quatre heures, puis elles reprirent leur cours. Vers le milieu de septembre, l'amélioration étant prononcée, je cessai alors de le voir, attendu qu'il avait un médecin habituel. Le malade avait antérieurement rendu des sables, des graviers; aussi, dans mon opinion, je fus convaincu que c'était un gravier qui s'était engagé dans l'uretère droit et qui avait déterminé tous les accidens rénaux, et, comme une amélioration sensible s'était produite, que des sables et de légers graviers avaient été rendus, je pensai que l'uretère s'était dégagé.

Les faits que je rapporterai plus loin justifieront ce diagnostic, mais non les prévisions qui nous faisaient croire à une terminaison tout à fait heureuse. Ce malade vint plus tard me consulter sur les appréhensions que lui causaient la présence des graviers dans les urines, je lui conseillai de faire un usage fréquent des eaux de Vichy. M. Bouillaud, consulté à la même époque, avait aussi conseillé l'emploi du bicarbonate de soude.

Pendant trois ans, C... se porta assez bien; il put vaquer à ses occupations, rendit encore de temps en temps des sables et des graviers, mais il ne se sentit que de rares et légères atteintes de goutte. Vers cette époque, on lui persuada qu'un jeune médecin qui arrivait de Paris, avait apporté un remède infaillible pour guérir la goutte. Quoique notre homme ne fût pas très crédule, cependant il se laissa gagner : l'espérance est un oreiller si doux pour l'homme souffrant!... La prétendue panacée n'était autre chose que la teinture de colchique; il en prit chaque matin 20 ou 30 gouttes à son lever, il cessa complétement l'eau de Vichy et les alcalins; l'usage de la teinture de colchique fut suivi d'un calme assez prononcé, ou du moins il cessa presque complétement de souffrir de la goutte jusqu'à ces derniers temps; mais aussi il ne rendit plus que très rarement des sables et des calculs, ce dont le bonhomme se félicitait en soi, croyant être débarrassé tout à la fois et de la goutte et de la gravelle, les deux fléaux de son existence.

Cependant, vers le commencement de décembre 1853, ce malade fut atteint d'un accès de goutte qui le retint chez lui complétement; les pieds d'abord, les doigts et les poignets ensuite furent gonflés et douloureux.

Le malade ne fit aucun traitement, et, vers la fin de décembre, l'amélioration était assez sensible; il n'y avait plus aucune douleur, seulement les poignets étaient un peu gonflés, la marche était difficile.

Comme cet homme avait des affaires à Jarnac, à 28 kilomètres d'Angoulême, il s'y rendit le 25 décembre; il y resta trois jours, obligé de marcher et de se fatiguer beaucoup; puis il revint le 29 dans une voiture découverte, mal suspendue; alors il faisait un froid très intense; pendant la route, il se sentit très fatigué, très souffrant; il descendit de voiture deux fois et urina; il commença à éprouver une vive douleur dans la région du rein gauche, et cessa de rendre des urines; il avait, en se couchant, à peine rendu quelques cuillerées de ce liquide excrémentiliel; on me pria le 30, au matin, de passer le voir, et voici ce que j'observai :

C... est couché dans son lit en supination; il se plaint d'une vive douleur dans le côté gauche, un peu au-dessous de la crête de l'os des îles, à quelques travers de doigts du rachis; la douleur va s'irradiant jusqu'au bas du ventre et dans la région épigastrique; alors il survient des envies de vomir, suivies à peine de quelques gorgées d'un liquide incolore; la pression dans la région lombo-rénale gauche est suivie d'une augmentation de douleur; il n'y a pas de rétraction du testicule correspondant; le malade n'a rendu, depuis la veille au soir, que deux ou trois cuillerées d'urine dans le vase de nuit; elles sont blanchâtres, épaisses; il paraît, au reste, que chez ce malade, les urines sont habituellement chargées et contiennent du mucus filant semblable à celui du catarrhe vésical.

Du côté du sein droit, il n'y a rien de semblable, ni douleur ni tuméfaction. Le ventre est très gros, par suite de l'état d'embonpoint énorme de cet homme; mais il n'y a à cet égard rien de particulier; il n'y a pas de fièvre; le pouls bat 75 pulsations; les autres organes n'offrent rien à noter de particulier.

Diagnostic : En présence d'une douleur fixe placée dans la région du rein et du flanc gauche, s'irradiant vers la vessie et l'estomac et sans fièvre, avec absence d'urine, en me rappelant surtout les antécédens du malade, son état de goutte, sa gravelle antérieure, je pensai immédiatement qu'il s'agissait d'un gravier qui avait dû s'engager dans l'uretère, par suite des secousses de la voiture lors de son voyage, et je mis en usage le traitement suivant :

Saignée du bras de 400 grammes; onctions belladonées et fomentations émollientes sur le ventre.

Potion belladonée à l'intérieur (10 centig. pour 120 grammes de véhicule); boisson alcalisée avec le bicarbonate de soude (3 gram. pour 500 gram. de liquide); lavement émollient.

Le 31, la suppression d'urine est complète.

Il n'y a rien eu d'excrété; le besoin ne s'en est même point fait sentir. La douleur dans la région du rein gauche est très vive; les vomissemens ont été très fréquens, très peu abondans; la langue est épaisse, saburrale. Le ventre s'est un peu développé; il paraît plus volumineux qu'hier, et donne un son légèrement tympanique à la partie sus-ombilicale.

De plus, le catarrhe pulmonaire a commencé à se montrer; il y a de la toux et un peu d'expectoration. La soif est vive, mais le malade n'ose pas boire, parce que, dit-il, n'urinant pas, il craint de s'engorger; il nous consulte sur ce sujet, et nous pensons qu'il doit boire, attendu que l'abondance du liquide sécrété par le rein doit contribuer à pousser le gravier que nous supposons engagé dans l'uretère. Nous prescrivons de nouveau :

Saignée de 400 grammes ce matin; ce soir, bain entier de deux heures; le reste de même.

Le 1er janvier, il n'y a pas eu d'urine sécrétée; l'*anurie* est complète; il n'y a nulle envie d'uriner; le bain a été très bien supporté; tout le traitement a été bien exécuté; le malade désire ardemment guérir; malgré cela, la douleur persévère dans le rein gauche; rien à droite. La toux catarrhale est fréquente; les crachats abondans, verdâtres. L'auscultation fait distinguer en arrière des râles muqueux assez nombreux.

La pression abdominale dans la région pubienne ne développe aucune douleur, ne fait distinguer aucun corps insolite; la percussion y est moins claire que dans les autres points; mais cet homme est si gros, les parois abdominales sont si épaisses, qu'il est difficile d'avoir une idée très exacte de la vessie; je me décide à pratiquer le cathétérisme afin d'explorer le col de la vessie et de bien m'assurer qu'aucun obstacle n'entrave la miction. La sonde pénètre avec la plus grande facilité dans la vessie, il ne sort pas une goutte de sang, il s'échappe seulement quelques gouttes d'une urine blanchâtre épaisse, semblable à la dernière que cet homme a rendue.

La sonde ne peut être retournée dans aucun sens; il est facile de voir que la vessie est vide, revenue sur elle-même; on ne distingue, au reste, aucun corps étranger, aucun calcul dans sa cavité.

Traitement *ut suprà*, moins la saignée.

2 janvier. Même état, rien de nouveau.

Ce jour-là, on décide qu'une consultation aura lieu à huit heures du matin, et mes estimables confrères Besnard, Vigneron, Clauzure sont invités à se réunir à moi.

3 janvier. La consultation a lieu et mes confrères et moi constatons encore une vive douleur en arrière dans le côté gauche, région sous-diaphragmatique au lieu déjà désigné, la pression sur ce côté est toujours plus douloureuse, elle s'irradie toujours vers la vessie, mais l'irradiation épigastrique, mais le vomissement et les envies de vomir ont à peu près cessé.

Quant au rein droit, il n'y existe ni douleur spontanée, ni douleur occasionnée même par la plus forte pression.

Le ventre prend un développement considérable, la percussion y fait distinguer un son tympanique des plus prononcés, mais surtout dans la partie sus-ombilicale et dans les régions latérales, c'est à dire dans tout le trajet du colon; quant à la partie sus-pubienne, quoique sonore, elle l'est beaucoup moins.

La toux est toujours fréquente, les crachats abondans, verdâtres; les signes sthétoscopiques sont les mêmes, la respiration est gênée, nombreuse, (30 par minute); la face est rouge, congestionnée, le pouls à 80-82, encore plein. Les membres n'ont point de traces de douleurs goutteuses, cependant le poignet droit a encore un peu de gonflement, il est empâté, sans douleur. L'anurie est toujours complète.

Mes estimables confrères pensèrent, comme moi, qu'il s'agissait d'un calcul engagé dans l'uretère et que c'était bien là la source de tous les accidens. Cependant, objecta l'un d'eux, comment si le rein gauche est obstrué, la secrétion urinaire est-elle complètement suspendue, lorsque le rein droit ne donne aucun signe de souffrance? Ne pourrait-il pas se faire que la métastase, le *transport* goutteux eussent atteint ces deux organes à différens degrés et que le plus fortement atteint seul donnât des signes de maladie? Alors seulement on se rendrait compte de l'absence complète de secrétion urinaire.

Cette objection était assez spécieuse, assez embarrassante; cependant le diagnostic fut maintenu, et le traitement suivant fut institué :

1° Application de 20 sangsues *loco dolenti*;
2° Bain entier prolongé;
3° Petit-lait nitré, eau de Vichy;
4° Promener des sinapismes sur les articulations pour tâcher de rappeler la goutte;
5° Onctions belladonées;
6° Comme le ventre est très ballonné, les évacuations fécales insignifiantes, que des liquides assez abondans ont été ingérés sans avoir été éliminés par les urines, demain matin on donnera un purgatif (60 gram. huile de ricin et 4 gouttes de croton tiglium);
7° Potion belladonée et laudanisée.

Ce traitement fut scrupuleusement exécuté, le malade voulait beaucoup vivre, et les soins lui étaient exactement administrés.

Les sangsues ont beaucoup saigné; les évacuations alvines ont été fort abondantes; les poignets sont devenus rouges et gonflés par suite de l'emploi des sinapismes, mais la goutte n'a pas paru; l'anurie est toujours complète.

Le 5, je sonde de nouveau le malade; quelques gouttes s'échappent exactement semblables aux premières.

Le 6, nouvelle consultation. Constatation de la persistance des mêmes accidens. Cependant, le malade se plaint moins de la douleur du côté gauche; mais ce qui me frappe surtout, c'est le gonflement de l'abdomen, gonflement tympanique énorme, qui repousse le diaphragme et gêne considérablement la respiration; aussi la face est-elle vultueuse, violacée, la dyspnée considérable; le malade est assis dans son lit; il n'a pas de sommeil ni nuit ni jour, et si parfois les yeux se ferment quelques secondes, il se réveille en sursaut, étouffant, poussant des gémissemens.

Le pouls est assez fréquent à 85, mais mou et dépressible.

Le conseil persévère dans son diagnostic, et reconnaît que le rétablissement du cours des urines peut seul amender cette maladie.

J'étais tellement persuadé que c'était en effet la seule voie de salut qui nous restât, et que, me rappelant quelques autres observations du même genre où l'on avait trouvé l'uretère aussi développé que l'intestin, je proposai à mes confrères de pratiquer une opération qui aurait pour but de donner une issue à l'urine.

Ne pourrait-on pas attaquer les parois de l'abdomen, et amener l'uretère à l'extérieur, comme on le fait pour l'intestin dans le cas d'anus anormal? Pour cela, si l'obstacle se trouvait à l'orifice vésical de l'uretère, on pouvait ouvrir l'abdomen à sa partie inférieure, au-dessus du ligament de Poupard, décoller le péritoine, et, suivant le trajet de l'artère iliaque primitive, aller saisir l'uretère au moment où ce canal croise ce vaisseau, ou bien on pourrait encore attaquer l'abdomen par la partie postérieure, et aller saisir l'uretère dans son premier tiers pour l'attirer à l'extérieur, ce qui me paraissait possible en raison du développement et de l'élasticité de ce canal; je pensai même que c'était à ce dernier procédé qu'il fallait recourir, attendu que la persistance de la douleur dans la région rénale droite semblait indiquer que le calcul se trouvait au voisinage de cet organe. Cette idée, qui était jaillie spontanément et instantanément de mon cerveau, ne fut point acceptée par les consultans. On objecta que cette opération n'avait été ni exécutée par aucun chirurgien, ni même décrite par aucun auteur; que l'idée n'était pas assez mûre pour la faire passer dans l'application, dans le domaine des faits; on m'objecta que notre malade était tellement gros, tellement pourvu de graisse, qu'il serait à peu près impossible ou du moins fort difficile d'aller saisir l'uretère. Cette idée fut donc abandonnée; chacun de nous pensa, dès lors, que le malade s'acheminait vers le tombeau. On fit appliquer des vésicatoires dans la région des reins; on eut recours aux pilules purgatives et antigoutteuses de Lartigue, aux sinapismes, aux linimens camphrés, ammoniacés, éthérés sur l'abdomen. Tous ces remèdes n'apportèrent aucun changement, aucune amélioration au malade.

Le ventre prit un développement toujours croissant dans les jours qui suivirent (le 8 et le 9); il était arrivé à un point tel que je n'en ai jamais vu un si volumineux; la percussion dans le trajet du colon transverse donnait un son clair et tympanique comme un tambour; au-dessous de l'ombilic, ce son était moins clair et moins retentissant; il n'y avait nulle fluctuation. Bien que l'expectoration eût cessé complétement, la dyspnée était devenue anhélante. En examinant les doigts, on trouvait les ongles violacés, ainsi que les nœuds des articulations : tous ces signes indiquaient une asphyxie imminente; les urines restèrent supprimées jusqu'au 9.

Le 9, vers cinq heures du soir, au moment où l'affaiblissement du malade était extrême, il commença à rendre spontanément quelques urines; d'abord il en sentit le besoin et rendit quelques cuillerées, puis il en rendit dans son lit, à plusieurs reprises, des quantités assez considérables, évaluées par ceux qui le soignaient à un demi-litre environ. La petite quantité que l'on me montra le soir du 9 était toujours trouble, blanchâtre. Malgré le retour des urines, après une suppression de onze jours, l'abdomen resta toujours développé, l'état d'asphyxie continua, et le malade succomba le 10, au matin, ayant conservé son intelligence presque jusqu'à la dernière heure.

L'autopsie fut faite le lendemain.

Autopsie de C..., faite le 11 janvier 1854, à huit heures du matin, vingt heures après la mort.

Etat extérieur. — La face a pâli, au lieu d'être d'un rouge foncé comme elle l'était pendant la vie.

Le ventre est toujours aussi ballonné, surtout à la partie supérieure, dans la région épigastrique, où il existe véritablement une tuméfaction énorme. La percussion y fait distinguer une grande sonorité, un bruit clair et tympanique; le son est moins clair dans la partie supérieure et moyenne.

Le sillon des cuisses est en suppuration. Le scrotum également est ulcéré d'une manière générale et comme sphacélé.

Ouverture de l'abdomen. — Lorsque la paroi antérieure du ventre fut enlevée, nous distinguâmes immédiatement un vaste épiploon chargé de graisse, fort épais; du reste, il n'y a rien, à l'apparence, de morbide ni dans cet épiploon, ni dans le péritoine en général; la couleur en est naturelle; il y a à peine quelques cuillerées de sérosité à la partie inférieure.

Après avoir enlevé l'épiploon nous embrassons de la vue la masse des intestins qui sont, en général, très ballonnés (1); tout le colon, et surtout le colon transverse, est excessivement développé, il paraît beaucoup plus gros que le bras du cadavre, il est exactement comme si on l'eût insufflé artificiellement; le cœcum est dans le même état. Comme il s'agissait avant tout pour nous d'examiner l'état des reins et surtout du rein gauche, nous détachons avec précaution la masse intestinale que nous pûmes extraire complétement. Le mésentère n'est qu'une vaste masse de graisse, toute la partie postérieure de l'abdomen est tellement garnie de graisse que l'on ne distingue absolument rien; les reins, les uretères, et jusqu'à la vessie, sont noyés dans des masses graisseuses qui rendent l'observation fort difficile. Après avoir débarrassé ces organes d'une partie de la graisse qui les enveloppe, il est facile de constater que le rein gauche est très volumineux; l'uretère aussi est un peu plus gros à gauche qu'à droite, sans qu'il y ait rien d'extraordinaire. Si l'on suit avec le doigt le trajet du canal urinifère à gauche on distingue, à environ 7 ou 8 centimètres de son origine, une dureté, et, en pinçant, on reconnaît bien vite la présence d'un calcul.

Ce rein est volumineux, d'une couleur violacée, marbrée; fendu sur la partie convexe, lorsqu'on arrive vers les bassinets, il s'écoule une quantité assez considérable d'un liquide blanchâtre en tout semblable à l'urine que le malade avait rendue devant moi. Cette urine provient des calices et du bassinet engorgés; la substance corticale ou glanduleuse du rein est fort épaisse, d'un rouge-foncé, d'une densité considérable; la substance mamelonnée ou tubuleuse présente son apparence rayonnée et n'a rien de particulier; les calices et le bassinet sont fort développés, ce dernier est d'une capacité double de son état normal.

Les calices sont au nombre de douze; tous, excepté un, logent un ou plusieurs petits calculs plus ou moins arrondis, et dont le nombre total s'élève à quatorze.

Ces calculs sont grisâtres; la plupart sont ronds; un d'entre eux est allongé, aplati, pointu, contourné en vrille et entortillé dans les anfractuosités que présente la cavité dans laquelle il est placé. Ces quatorze petites pierres pesent en tout 29 gram. 10 centig. Si on fend l'uretère et le bassinet de ce rein, on arrive bientôt sur la petite pierre dont nous avons parlé, elle est grise, assez lisse, de la grosseur d'une petite noisette, irrégulièrement arrondie et bien supérieure en volume à la capacité du canal dans lequel elle était engagée; elle pèse 50 centig.; son diamètre transverse présente 6 millim., l'autre en présente 10.

Toute la face interne de l'uretère, au dessus de ce calcul, est d'un rouge de sang pointillé, qui s'arrête presque vis-à-vis de l'obstacle; au dessous la membrane reprend la couleur normale.

Cette rougeur s'étend aussi dans la membrane qui tapisse la face

(1) Cette masse refoule fortement le diaphragme en haut; il était évidemment de toute impossibilité que ce muscle pût fonctionner et concourir à la respiration.

interne du bassinet et des calices, mais elle est moins intense que dans l'uretère.

Rein droit. — Il est beaucoup plus petit que son congénère. Après l'avoir dégorgé de la graisse, on touche, à peu près à la même hauteur que de l'autre côté, une pierre placée dans l'uretère; après avoir soulevé ce rein, nous constatons qu'il est mou, sans consistance; à la partie inférieure on distingue une tumeur arrondie renfermant une matière molle et diffluente. Après l'avoir fendue on s'aperçoit que la substance intérieure de ce rein a disparu à peu près complétement; on ne distingue ni substance tubuleuse ni substance corticale; le rein n'est plus formé que par une sorte de coque, de membrane charnue ayant 1 ou 2 millimètres d'épaisseur; c'est la substance corticale atrophiée, la couleur en est d'un rouge-foncé avec de vastes cavités où l'on reconnaît la place des calices et du bassinet; la tumeur arrondie, placée à la partie inférieure, est constituée par un kyste du volume d'une noix, plein d'une matière athéromateuse, molle et diffluente.

L'uretère étant fendu, nous arrivons bientôt sur le calcul que nous avions déjà touché à l'extérieur; il est au moins aussi volumineux que celui du côté opposé, il obstrue complétement le canal dans lequel il est contenu, et adhère aux parois environnantes de la manière la plus intime; pour l'enlever il faut l'arracher, et encore des parcelles restent attachées et comme incrustées à la paroi de l'uretère. Au dessus de ce calcul, la membrane interne de cet uretère est d'une couleur grisardoise qui s'étend jusque dans les cavités supérieures; cette pierre est poreuse, remplie de petites cavités comme un madrépore; elle est en cela fort différente des calculs du côté opposé; il semble qu'il s'était fait là un travail de résorption interstitielle.

Ces deux reins étaient d'un poids bien différent: le rein gauche pesait 275 gram., les débris du rein droit 73 gram., après que le kyste eût été vidé.

La surface des cavités internes du rein gauche était revêtue d'une couche de mucosités épaisse, rougeâtre, gluante, que le frottement seul put faire disparaître; le rein droit n'avait rien de semblable, les mucosités qu'on avait remarquées dans les urines provenait sans doute de cette source.

La vessie ne contenait aucun calcul, la muqueuse était tapissée d'une injection pointillée, violacée et générale, qui me parut se rapporter bien plus à l'état d'asphyxie dans lequel était mort le sujet, qu'à un état inflammatoire; il y avait quelques cuillerées d'urine dans ce réservoir.

L'estomac seul a été ouvert. Il contenait beaucoup de liquide, la surface interne en était rouge, arborisée par places, mais la membrane muqueuse avait assez de résistance pour ne pas être entamée par le grattage de l'ongle; le reste de l'intestin ne fut pas ouvert, les circonstances ne s'y prêtant pas: cela, du reste, présentait peu d'intérêt, attendu que le malade n'avait donné aucun signe de maladie de ce côté. Nous pûmes seulement constater que tous les intestins étaient remplis de liquides et de gaz; les liquides s'étaient accumulés dans les intestins, attendu qu'il n'y avait plus d'émonctoires pour les éliminer, et que l'absorption n'avait plus lieu. Cependant le malade avait été purgé abondamment à deux reprises différentes.

Les vaisseaux mésentériques étaient généralement très gorgés et donnaient une couleur violacée à l'intestin; la couleur des poumons était également très violacée, bien que le tissu en fût bien crépitant. Le cerveau ne fut pas ouvert.

(*La suite au prochain numéro.*)

CHIRURGIE.

FRACTURE DU BASSIN; — DÉCHIRURE DU CANAL URÉTRAL; — INFILTRATION DE L'URINE GAGNANT LA CUISSE ET ALLANT JUSQU'A LA PARTIE INTERNE DU GENOU; — MORT;

Par M. le docteur ROYER, à Joinville (Haute-Marne).

Le 23 septembre 1845, je fus appelé à la commune de Martrous, à deux heures de l'après-midi, afin de donner des soins au sieur Desprès, âgé de 34 ans. Cet homme, d'une bonne constitution, très fort et robuste, venait d'avoir un accident de la manière suivante:

Tirant du minerai à une assez grande profondeur, il avait creusé le terrain en dessous pour faire tomber une motte, mais au moment où il sortait de la minière, un éboulement subit survint, et une masse considérable de terres vint sur lui et l'entraîna au moment où il était presque dehors, c'est-à-dire que le pied droit était déjà sorti, mais le membre inférieur gauche fut enterré et maintenu par la masse de terre; il fit aussitôt, mais en vain, un effort pour dégager ce membre, et pendant cet effort, il sentit un craquement et une vive douleur dans le bassin, ce qui l'obligea à rester dans cette position pénible, jusqu'à ce qu'on vint le dégager. Une heure après, il fut retiré et placé sur un tombereau; on le transporta chez lui à deux kilomètres du lieu de l'accident.

Arrivé près du malade trois heures après l'accident, je le trouvai couché sur son dos, et je constatai ce qui suit:

1° Douleur vive dans la région sacrée et l'aine gauche, douleur qui augmente quand le malade essaie de faire quelques mouvemens; douleur également vive dans la région pubienne, et qui est augmentée par la pression avec les doigts.

2° Soupçonnant une fracture du bassin, je tâche de m'en assurer en essayant de produire de la crépitation; pour cela, je saisis entre chaque main une épine antéro-supérieure, et je leur imprime un mouvement en sens opposé, le malade dit aussitôt qu'il vient de sentir un craquement; mais, comme je ne l'entendis pas, je voulus essayer de nouveau en mettant mes deux mains du côté gauche, l'une sur l'épine iliaque et l'autre sur le grand trochanter; alors, en imprimant à ce côté du bassin un mouvement de dedans en dehors, je sentis et entendis, ainsi que le malade, une assez forte crépitation sourde, et qui semblait avoir son siége à la partie postérieure du bassin, là où le malade accusait la plus vive douleur.

Et 3° En fléchissant la cuisse gauche on détermine de la douleur dans le pli de l'aine et le malade remue beaucoup moins facilement ce membre que l'autre; il n'y a pas de tuméfaction dans cette région.

Je crus devoir diagnostiquer une fracture du bassin, rupture en arrière de la symphyse sacro-iliaque gauche; la douleur était plutôt de ce côté qu'à droite; et fracture en avant du pubis gauche, parce qu'il y avait dans cette région une douleur constante; je ne sentis pas cependant d'écartement entre les pubis.

J'appliquai un bandage de corps autour du bassin pour rapprocher et maintenir les fragmens; puis je pratiquai une forte saignée; je prescrivis pour boisson de l'eau d'orge et du petit-lait; diète absolue.

Le 24, la nuit n'eût pas été mauvaise si le malade n'eût pas été tourmenté par le besoin d'uriner; il fit plusieurs fois de grands efforts pour satisfaire à ce besoin, mais il ne sortit que quelques gouttes d'urine, non sanguinolente, mais normale, et avec beaucoup de douleur dans la région vésicale.

Je pratique le cathétérisme avec une sonde d'argent; arrivé sans difficulté dans la portion membraneuse du canal de l'urètre, il sort aussitôt par le pavillon de l'instrument du sang, et sans faire aucun effort, le bec de la sonde dévie tantôt à droite, tantôt à gauche, mais surtout dans cette dernière direction, où il détermine beaucoup plus de douleur; je sens des brides entre lesquelles l'instrument s'engage par secousses, comme si on franchissait un rétrécissement, ou le col de la vessie qui offrirait plus de résistance que d'habitude; enfin, il me fut impossible de pénétrer dans la vessie, tant je trouvai de désordre. Étant alors convaincu qu'il y avait déchirure du canal de l'urètre, j'en prévins la famille, disant que le cas était beaucoup plus grave que je ne l'avais d'abord pensé.

La région de l'aine gauche et la partie supérieure de la face antérieure de la cuisse du même côté sont très douloureuses à la pression; le volume de la cuisse a augmenté dans sa face antérieure; les mouvemens sont très difficiles et douloureux; il n'y a pas de changement de couleur à la peau.

L'hypogastre est sensible et un peu distendu.

Je pratique une seconde et forte saignée, et je fais appliquer douze sangsues sur la région vésicale; mêmes boissons. Je recommande aux parens, avant de quitter le malade, que si, dans la soirée, il ne peut uriner, on vienne m'en prévenir, afin de faire évacuer l'urine soit par une incision du périnée, soit par la ponction de la vessie, car je ne voulais plus tenter le cathétérisme, qui n'eût pas réussi et qui aurait pu aggraver les désordres.

Le 25, le malade a uriné plusieurs fois et en assez grande quantité, mais non sans douleur et sans faire de grands efforts; l'urine est claire, non sanguinolente. L'hypogastre n'est pas plus douloureux, mais le ventre est plus tendu et sonore, même dans sa partie inférieure, ce qui me fait supposer que si la vessie contient encore de l'urine, elle n'est pas fortement distendue.

La région périnéale ne présente ni gonflement ni douleur, et rien de particulier à noter. La région antéro-supérieure de la cuisse est douloureuse dans une plus grande étendue, de haut en bas, et spécialement dans sa partie moyenne où il y a une saillie, un gonflement assez sensible, et sans changement de couleur à la peau.

Il y a un peu de fièvre.

Nouvelle saignée, douze sangsues sur la cuisse, lotions émollientes sur celles ci et le ventre, mêmes boissons, eau-de-veau.

Le 26 on vient me prévenir, de grand matin, que le malade a beaucoup souffert pendant la nuit, surtout depuis qu'il est allé à la garderobe, en voulant s'aider pour se mettre sur le plat à bassin, il sentit un mouvement accompagné d'un craquement se produire dans les os du bassin, ainsi qu'une forte douleur. Je n'observe rien de particulier dans la région sacrée ou pubienne. Le ventre est plus distendu, sonore et douloureux surtout à l'hypogastre: la cuisse, sans être plus douloureuse offre une tuméfaction plus prononcée et plus étendue inférieurement, cette tuméfaction est dure et sans changement de couleur à la peau, le doigt laisse son impression.

Le pouls est à 90, développé.

Je resserre le bandage autour du bassin, je pratique une quatrième saignée de 600 grammes et dix-huit sangsues sont encore appliquées sur l'hypogastre, frictions mercurielles sur le ventre, lotions émollientes. Petit lait.

Le 27 la nuit a été très mauvaise, il y a eu une grande agitation et du délire pendant trois heures, sueur abondante; à mon arrivée, la connaissance du malade est revenue, le pouls est plus fréquent (120), sueur abondante sur la figure, le ventre est très sensible, fortement ballonné et sonore, urines rendues involontairement et assez abondantes, on ne peut sentir, par le palper et la percussion, si la vessie est distendue par de l'urine, tant le ventre est douloureux et distendu par des gaz. Il y a des nausées.

Cinquième saignée de 700 grammes et vingt sangsues sur l'hypogastre, fomentation avec décoction de têtes de pavots, frictions sur l'abdomen avec onguent napolitain belladoné, potion calmante, eau fraîche et sirop de groseilles pour boisson.

Le 28 même état du ventre très tendu et douloureux, les mouvemens de la cuisse sont excessivement difficiles et pénibles, le gonflement est plus prononcé et plus étendu. Voulant m'assurer de la nature de cet engorgement, je promène mes doigts sur toute la face antérieure de la cuisse et, au lieu de liquide que je soupçonnais, je fus fort surpris, en percutant, d'entendre *une sonorité très prononcée* surtout vers l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la cuisse où l'engorgement était plus considérable; il offrait une saillie mamelonnée élastique de 10 centimètres de diamètre. Le gaz semble renfermé dans une seule et vaste cavité et immédiatement sous la peau, et non extravasé ou disposé comme dans l'emphysème; on ne sent pas, d'ailleurs, de crépitation à la pression, on ne sent pas non plus d'ondulation ou de fluctuation comme dans un épanchement ou quand il y a une collection de liquide. On a, au contraire, sonorélité de tambour (de peau tendue) qui va en diminuant à la partie supérieure, mais qui se fait cependant encore entendre au pli de l'aine. Ces gaz ne semblent pas avoir de communication à l'extérieur ni avec d'autres cavités (abdomen).

Le pouls est à 120, altération des traits de la face qui exprime la souffrance, les urines sont à peu près normales.

Application de vingt sangsues sur le ventre et la cuisse. Potion et liniment calmans, mêmes boissons.

Le 29, toujours même état de ballonnement et de sensibilité du ventre, il y a aussi du gargouillement; la cuisse est plus grosse et plus sonore. Depuis douze heures le malade se plaint d'une douleur vive survenue dans l'hypochondre droit, et, depuis trois heures, il est aussi survenu une teinte ictérique générale, ce que j'attribue à la propagation de l'inflammation du péritoine jusque dans sa portion hépatique. Le malade ne désire et ne boit que de l'eau fraîche.

Douze sangsues sont appliquées sur la région hépatique, fomentations et potion calmantes à forte dose.

Le 30, le malade jette des cris continuels tant il souffre de l'abdomen et de la cuisse; il ne peut faire le moindre mouvement sans augmenter encore ses douleurs. Le pouls est à 110 et petit, état de somnolence, yeux entr'ouverts. En causant avec lui, aussitôt il ouvre les yeux et il cherche à comprendre ce qu'on lui dit, puis il répond mais avec difficulté. Les sclérotiques sont très jaunes et le faciès très altéré. Je sens, pour la première fois, du gargouillement dans la cuisse, ce qui m'indique la présence à la fois de gaz et de liquides, aussi je crois sentir une fluctuation manifeste; le volume de la cuisse est énorme et sans changement de couleur à la peau.

Le 1er octobre, les accidens vont en s'aggravant et le malade succombe le 2 à trois heures du matin.

Désirant faire l'autopsie d'un cas aussi curieux, je fis toutes les demandes nécessaires pour vaincre la répugnance des parens, et je pus la faire vingt-quatre heures après la mort. Voici ce que j'observai:

A. *État extérieur.* — Ictère général très prononcé, le ventre, quoique affaissé est encore tendu et sonore, la cuisse gauche est moins grosse et surtout à son tiers inférieur où était l'éminence mamelonnée qui offre plutôt une dépression; elle renferme moins de gaz, mais on sent encore un gargouillement.

B. *État intérieur.* — Ayant ouvert l'abdomen de bas en haut par une incision semi-circulaire on voit:

1° Les intestins fortement distendues par des gaz.

2° Le foie, qui est volumineux, a une couleur et une consistance normales; sa vésicule est grosse et remplie de bile.

3° Le péritoine, sain dans toute son étendue, excepté dans la région vésicale, où il a une couleur noirâtre, renferme environ 100 grammes de liquide séreux jaune citrin.

4° La symphyse pubienne est rompue et presente un écartement de 3 centimètres.

5° En arrière, il y a aussi une rupture complète et un écartement de la symphyse sacro-iliaque gauche, et l'intervalle que laissent les os entre eux est rempli de sang noir caillé; il n'y en a pas entre les os pubis.

6° La vessie est entièrement isolée, et comme disséquée, séparée en haut et en arrière du péritoine, et en avant des pubis, par une infiltration dans tout le tissu cellulaire intermédiaire d'un liquide (urine) brun, puriforme et abondant ayant une forte odeur urineuse et contenant un détritus noirâtre gangréneux.

7° En ouvrant la vessie, on trouve environ 200 grammes d'urine claire et citrine, il n'y a ni sang ni pus, la muqueuse est d'un blanc rosé et non ramollie. Une sonde introduite par l'urètre, je ne puis la faire parvenir dans la vessie, elle se trouve arrêtée en prenant de fausses directions dans la portion membraneuse de ce canal, sous l'arcade pubienne; il en est de même si on introduit la sonde par l'intérieur de la vessie, elle ne parcourt que 3 centimètres du canal puis elle est arrêtée par des obstacles. En portant le doigt derrière l'arcade pubienne et en avant de la vessie, on descend facilement sur le canal urétral et on sent à nu la sonde engagée dans ce canal. En fendant celui-ci selon sa longueur, on voit dans sa portion membraneuse, correspondante à l'arcade pubienne une *déchirure* transversale et irrégulière de toute sa circonférence.

8° De cette déchirure partent des fusées dans différentes directions, les unes vont en haut et en arrière et viennent décoller, dans le petit bassin, la vessie du péritoine et des pubis, comme il a été dit; les autres, se dirigent en avant et en dehors, entre la partie supérieure des muscles adducteurs de la cuisse; ceux-ci sont décollés, séparés les uns des autres, les fusées arrivent à la partie antérieure du muscle pectiné et arrivent sur la face antérieure de la cuisse dans la gaîne des vaisseaux fémoraux au-dessous de l'arcade crurale. Là, ces fusées, réunies en une seule, forment un canal assez large qui suit la direction de ces vaisseaux, arrive au tiers inférieur de la cuisse; après être passé sous le muscle couturier, ce canal forme, en dehors de ce muscle, une dilatation ou vaste poche sous-cutanée qui renferme des gaz et environ 150 grammes de liquide brunâtre semblable à celui qui était autour de la vessie. Enfin, la fusée se continue inférieurement en suivant le bord antérieur du couturier et arrive jusqu'à la partie interne du genou et même à l'insertion musculaire au tibia.

Les parois de ce vaste décollement sont noirâtres comme le liquide intérieur, il y a quelques détritus de tissu cellulaire mortifié. Les vaisseaux fémoraux n'ont nullement été altérés. La verge, les bourses et le périnée n'offrent ni décollement ni gonflement, et la peau est partout à l'état normal.

RÉFLEXIONS. — Cette observation offre plusieurs points importans à examiner, savoir:

1° L'arrachement ou la rupture des symphyses du bassin a-t-elle eu lieu par cause directe ou indirecte? Rien n'annonce qu'elle ait été produite par la première de ces causes, parce que, par l'éboulement des terres, le malade n'a pas éprouvé une aussi forte secousse; seulement, le membre inférieur gauche a été enterré, et, d'ailleurs, on ne voyait pas, au bassin, de contusion ou de trace sensible de compression ou froissement de la peau. Il faut donc admettre que la rupture s'est faite par *cause indirecte*; voici comment je l'explique: Le malade étant fortement constitué fit un effort violent en s'appuyant sur le membre libre pour dégager des décombres l'autre membre enterré, effort qui ne fut pas assez grand pour dégager ce membre, mais qui *le fut assez pour déterminer un craquement dans le bassin* et une forte douleur dans les reins résultant de la rupture des symphyses. Le malade m'avait dit lui-même qu'aussitôt après cet effort il lui eût été impossible d'en faire un second comme le premier, tant il souffrait.

2° La *déchirure transversale et complète du canal de l'urètre* dans sa portion membraneuse, que j'attribue au fort tiraille-

ment qu'il éprouva et à son frottement contre les os pubis séparés, par l'effort violent qu'avait fait le malade pour retirer son membre.

3° L'*impossibilité de pratiquer le cathétérisme* (même de dedans la vessie au dehors), parce qu'aucune portion de la circonférence du canal urétral ne restait pour servir de conducteur à la sonde qui prenait une fausse direction et ne lui permettait pas d'arriver dans la vessie.

4° Des *fusées produites par l'infiltration de l'urine*, poussée par de fortes contractions de la vessie remplie de ce liquide, ce qui permit à celui-ci, ne trouvant plus les deux bouts du canal divisé en rapport, de cheminer où il trouvait moins de résistance, d'une part dans le petit bassin autour de la vessie, et de l'autre, le long de la cuisse et jusqu'au-dessous du genou.

5° Enfin, *la sonoréité* et le prompt développement de la cuisse, produit par la formation de gaz dans son intérieur, gaz qui ne sont pas venus du dehors ni de l'intestin, mais qui se sont développés spontanément par suite de la décomposition putride, résultant elle-même de la présence de l'urine infiltrée dans les tissus.

Avant l'autopsie, j'étais fort embarrassé de me rendre compte de la présence de ces gaz dans la cuisse, car d'où venaient-ils, et comment s'étaient-ils produits? Ils ne pouvaient venir : *a* de l'intérieur, puisqu'il n'y avait aucune plaie ni lésion qui pût en permettre l'introduction; *b*. de l'abdomen? mais il eût fallu une lésion de l'intestin dont le malade ne présentait pas de symptômes suffisans; *c* de l'urètre? mais il eût fallu que de l'air entrât par le méat urinaire ou par la sonde pendant la tentative de cathétérisme, ce qui n'est pas supposable; il ne pouvait non plus s'être introduit par le périnée, puisqu'il n'était le siége d'aucune lésion à l'extérieur. Il fallait donc supposer que ces gaz s'étaient formés spontanément dans la cuisse même; mais, pour faire cette supposition, il eût fallu savoir que l'urine s'était infiltrée jusque dans son intérieur et qu'elle était la cause primitive de l'engorgement, ce que j'étais loin de soupçonner, ne pensant pas que l'urine pouvait ainsi refluer et s'infiltrer si loin, sans déterminer des accidens plus graves du côté du périnée, qui n'était même pas engorgé. Aussi la présence du gaz dans la cuisse et sa grande sonoréité *m'ont fort surpris*.

Y avait-il moyen de prévenir les accidens consécutifs chez ce blessé et d'éviter la mort? en un mot, quelles étaient les indications à remplir?

A. D'abord, il fallait maintenir les fragmens du bassin en rapport à l'aide d'un bandage de corps, et employer les antiphlogistiques.

B. Chose importante, c'eût été de prévenir l'infiltration urinaire et ses conséquences graves; mais, pour prévenir cette infiltration, il fallait prévoir qu'elle aurait lieu, et pour cela, il fallait savoir que l'urètre était déchiré; car ce ne fut que le lendemain du jour de l'accident, apprenant que le malade n'avait rendu que peu d'urine après avoir fait de grands efforts pour satisfaire au besoin d'uriner, que jugeant le cathétérisme nécessaire, je m'aperçus des lésions de l'urètre et des infiltrations qui devaient en être la conséquence; avant cette opération, rien ne m'avait encore indiqué (écoulement de sang par l'urètre, ou douleur dans la région vésicale ou du périnée), qu'il devait y avoir lésion dans les voies urinaires, le malade se plaignait seulement de douleur dans l'aine et non dans ces parties; il avait seulement éprouvé de grandes difficultés pour uriner et en petite quantité.

C. La déchirure de l'urètre reconnue par le cathétérisme et l'écoulement de sang pendant cette opération, que fallait-il faire?

Les auteurs conseillent, dans ce cas, de pratiquer une incision au périnée, afin de faciliter l'écoulement des urines et de prévenir ou au moins arrêter les progrès de l'infiltration. Mais cette infiltration était déjà produite le lendemain de l'accident, quand j'ai pratiqué le cathétérisme et reconnu la lésion de l'urètre, car, plusieurs fois le malade ayant fait de grands efforts pour uriner et n'ayant rendu que très peu d'urine, la plus grande partie a dû s'infiltrer. Après l'introduction de la sonde dans le canal, plusieurs fois le malade a uriné davantage et plus facilement, ce qui m'a empêché de pratiquer une incision au périnée qui n'aurait pu, je crois, être que favorable.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 Février 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département des Vosges, en 1855.

— Un rapport de M. le docteur Billot, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Loulle (Jura), en 1855.

— Un rapport de M. le docteur Idrac, sur l'état sanitaire de l'arrondissement de Toulouse, pendant la même année.

— Un rapport supplémentaire de M. le docteur Yvonneau, sur une épidémie d'angine couenneuse dans la commune d'Autainville (Loir-et-Cher).

— Un rapport de M. le docteur Thiébault, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Bémoville (Vosges).

(Commission des épidémies.)

— Un rapport de M. le docteur Masson, sur une épidémie de choléra dans la commune de Menessaire (Côte-d'Or).

(Commission du choléra.)

— Un rapport de M. le docteur Tellier, sur le service médical de l'établissement d'eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire). (Comm. des eaux minérales.)

— Lettre de M. le docteur Félix Jacquot, qui se porte candidat au titre de correspondant, et liste des travaux qu'il a publiés.

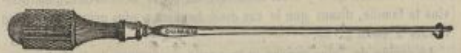
— Un mémoire sur le traitement et la guérison de la goutte et du rhumatisme aigu et chronique, par M. le docteur Calvé, médecin à Luzarches (Seine-et-Oise). (M. Bouillaud, rapporteur.)

— La description d'un bandage inguinal double, par M. V. Collardot, ex-élève des hôpitaux. (MM. Malgaigne et Ricord, rapporteur.)

— Un travail intitulé : *De l'influence du transport par les chemins de fer sur la santé des animaux destinés à la boucherie et à l'engraissement*, par M. le docteur E.-L. Bertherand, de Lille. (Comm. MM. Delafond et Bouley.)

— M. André Breton soumet à l'examen de l'Académie une pile galvanique qu'il a construite pour l'usage médical. (Commission déjà nommée.)

— M. Charrière présente à l'Académie un petit instrument fort simple, à l'aide duquel M. le Professeur Galli, de Lucques, a extrait de la vessie une épingle double à cheveux.



Il se compose d'une tige métallique, à une des extrémités de laquelle est soudé, perpendiculairement à son axe, un petit crochet qui forme autour de la tige les trois quarts d'un cercle environ.

Il est facile de comprendre le mécanisme de cet instrument quand l'épingle présente sa partie recourbée en avant. Dans le cas contraire, le crochet enroulé autour d'une des pointes de l'épingle refoule facilement le corps étranger vers le bas-fond de la vessie, et là, toujours repoussée dans le même sens, l'épingle exécute sur elle-même un mouvement de rotation qui place la partie recourbée en avant; alors l'extraction devient des plus faciles.

— M. Masson, libraire, fait hommage à l'Académie de plusieurs publications dont il est l'éditeur.

— M. Dubois offre à l'Académie la collection complète du *Journal de médecine de Van der Monde*;

M. Chomel, un exemplaire de la dernière édition de ses *Élémens de pathologie générale*.

(Remerciemens.)

M. Moreau, rappelant qu'il est de la mission de l'Académie de calmer les craintes répandues dans le public par l'annonce, souvent erronnée, de quelque maladie contagieuse, signale à l'attention de ses collègues un fait grave : c'est que, depuis quelque temps, il n'est bruit que d'une épidémie de fièvre puerpérale des femmes en couches. Beaucoup de familles sont dans une véritable terreur. Quant à moi personnellement, ajoute M. Moreau, depuis dix-huit mois, je n'ai pas rencontré un seul cas de fièvre puerpérale. Mais, ayant cessé de remplir mes fonctions de médecin de la Maternité, je désirerais que mes collègues placés à la tête des hôpitaux de femmes en couches voulussent bien nous renseigner à ce sujet.

M. Dubois : Comme à M. Moreau, des personnes m'ont demandé s'il faut envoyer à la campagne les femmes qui sont sur le point d'accoucher, afin de les soustraire à l'épidémie. Il y a quelque temps il s'est développé, en effet, un certain nombre de cas de fièvre puerpérale : j'en avais déjà observé en ville avant même qu'il ne s'en présentât à l'hôpital des Cliniques, et j'avais eu le malheur de perdre ainsi deux malades. Mais cela dura peu. Depuis cette époque, d'autres cas se sont encore offerts à mon observation, soit dans ma clientèle, soit dans celle des médecins qui m'ont appelé en consultation. Cependant, je ne crois pas à l'existence d'une épidémie véritable. En ce moment j'ai dans ma clientèle neuf femmes récemment accouchées, et toutes se portent bien. Tous les ans et à toutes les époques de l'année, on rencontre des cas isolés de fièvre puerpérale; c'est ainsi qu'hier et avant-hier j'ai été appelé par des confrères auprès de deux femmes chez lesquelles cette fièvre existe, mais légère. En somme, je le répète, et malgré les bruits qui circulent, je ne crois pas à l'existence d'une épidémie. Ces bruits se répandent presque périodiquement à Paris; il suffit parfois d'un cas malheureux pour leur donner naissance, et lorsqu'après avoir entendu parler d'une foule de cas funestes, on va aux renseignemens, il se trouve bien souvent que c'est un seul et même fait, qui ne s'est multiplié que pour avoir été répété par des personnes différentes.

M. Velpeau : Je suis heureux d'entendre M. Dubois affirmer qu'il n'existe pas en ce moment d'épidémie de fièvre puerpérale; car on disait que c'est pour soustraire à cette épidémie les femmes en couche que l'on avait évacué les salles de la Maternité...

M. Dubois : Cette mesure n'a eu d'autres motifs que des réparations considérables que l'on exécute dans cet hôpital.

M. Velpeau : Cette évacuation de la Maternité a eu pour effet de faire refluer dans nos hôpitaux la population des femmes en couches, et il en est entré douze ou quinze dans mes salles. Sur ce nombre, trois ont été prises de fièvre puerpérale, le dernier cas vient de se manifester il y a deux jours seulement. Mais cette proportion n'est pas plus considérable que celle qu'on observe en tout temps. Sur les trois femmes dont je viens de parler, l'une a succombé; la seconde, quoique très gravement prise, a guéri; chez la dernière, la maladie est légère, et l'on peut compter sur une guérison prochaine. En ce qui regarde l'hôpital de la Charité, je peux donc affirmer également qu'il n'y règne pas d'épidémie puerpérale.

M. Moreau : Rien de plus vrai que ce que M. Dubois vient de dire relativement à la facilité avec laquelle on grossit le nombre des morts, quand dix personnes racontent un fait unique sans savoir que c'est toujours le même fait. — Les renseignemens donnés par M. Velpeau sont d'autant plus importans, que le séjour dans les salles de chirurgie est une des plus fâcheuses conditions où les femmes en couches puissent se trouver placées, car, ainsi que je l'ai souvent dit, une femme en couches est comme une place démantelée où tout ennemi a libre accès. A Bruxelles, on avait établi une salle de femmes en couches dans le voisinage des salles de chirurgie, et la mortalité était énorme; elle diminua d'une manière notable quand on eût déplacé la salle des accouchées. — En résumé, il ressort de ces explications (et je suis heureux de les avoir provoquées) que la fièvre puerpérale ne se présente actuellement que sous la forme sporadique et non avec les caractères d'une épidémie, ce qui constitue une différence immense.

M. Collineau : On reçoit à la prison de St-Lazare un assez grand nombre de femmes en couches; je n'y ai pas observé un seul cas de fièvre puerpérale.

— M. Boudet lit un travail intitulé : *De la fermentation*.

— M. Renault commence la lecture d'un mémoire intitulé : *Du typhus contagieux de l'espèce bovine*.

Cette maladie est désignée par les vétérinaires allemands et italiens sous le nom de *peste bovine*, qui indique l'idée d'extrême gravité qui y est attachée; en France, on l'appelle *typhus contagieux*, à cause de sa ressemblance avec le typhus de l'espèce humaine, ressemblance qui n'existe pas seulement dans les symptômes, mais se poursuit encore dans les lésions anatomiques.

Cette maladie est rarement sporadique, si tant est même qu'on l'ait observée sous cette forme. Elle attaque presque toujours les bestiaux en masse, mais elle diffère toutefois des épizooties par cette propriété essentielle de ne se propager jamais que par voie de contagion exclusivement. Quelques chiffres vous donneront une idée des ravages opérés par cette maladie meurtrière :

En 1811, époque où pour la première fois elle a paru en Europe, et sévi dans le Milanais et dans d'autres parties de l'Italie, la mortalité dans l'espace de trois ans fut de 1,500,000 têtes; — de 1713 à 1740, en Hollande, de 300,000 têtes; — de 1740 à 1749, dans le Danemark seulement, de 280,000; — Franck, qui s'est occupé de cette maladie, surtout au point de vue statistique, a calculé que de 1711 à 1796 la somme de la mortalité pouvait être évaluée à 200 millions de têtes; — en Égypte, de 1841 à 1847, 400 millions de bêtes à cornes périrent du typhus contagieux; — en Russie, il en mourut de 1840 à 1845 un million d'animaux. Dans les cas ordinaires, il en meurt 80 à 90 sur 100 qui sont attaqués du typhus; dans les cas graves, de 95 à 96; et souvent, au début de l'épizootie, tous les animaux qui en sont atteints succombent.

Cette maladie règne très souvent en Russie, d'où elle fait fréquemment aussi des pointes du côté de la Gallicie, de la Pologne, de la Prusse. En France, elle apparut en 1816, et ne s'est pas renouvelée depuis. Mais vous venez de voir, à l'occasion de la fièvre puerpérale, avec quelle facilité se répand la terreur des maladies épidémiques. C'est ainsi qu'en 1844, un article inséré dans un petit journal d'alors, la *Réaction*, annonçant que le typhus contagieux avait pénétré dans la Bohême, et menaçait de s'étendre à l'Europe occidentale, jeta l'alarme dans les esprits; le gouvernement lui-même s'en inquiéta et envoya en Allemagne une commission dont je fis partie. Nous ne trouvâmes en Allemagne d'autre cause d'émotion que l'inquiétude qui s'était répandue en France.

En 1854, au commencement de l'expédition de Crimée, quelques personnes (et notre collègue M. Delafond surtout, par des assertions auxquelles son autorité donnait une certaine importance) firent renaître ces craintes, en prédisant que les bestiaux de l'armée russe, atteints de typhus, allaient communiquer la maladie aux bestiaux des armées anglo-françaises. L'administration, un instant effrayée, se rassura bientôt, et le commerce des cuirs et des suifs ne fut même pas interrompu.

Un article destiné à rassurer de nouveau les esprits à cet égard a récemment paru dans le *Moniteur*. Il s'agissait, cette fois, d'une invasion typhoïde en Prusse. Or, ces invasions n'ont aucune gravité en Prusse; d'après Spinola, le typhus a envahi vingt-six fois ce pays de 1828 à 1844, et chaque fois elle a été promptement arrêtée, grâce aux mesures énergiques de la police sanitaire. Ces mesures consistent dans l'assommement immédiat de tout animal atteint de typhus ou suspect de l'avoir contracté; — dans l'assommement immédiat des animaux qui ont communiqué avec ceux que je viens de désigner; — dans la séquestration absolue des personnes ou des animaux suspects d'avoir communiqué avec les précédens. Ce ne sont pas des agens de la police, mais des corps d'armées, des cordons sanitaires que l'on charge de cette surveillance, qui est exercée avec une rigueur extrême.

Il est évidemment deux points importans qu'il faut élucider tout d'abord. C'est, en premier lieu, le fait de la contagion directe; s'il n'était pas admis, les cordons sanitaires ne seraient d'aucune utilité. A cet égard, il n'y a guère de dissidens : M. Clot-Bey est le seul, à ma connaissance, qui conteste la contagion du typhus. Il faut résoudre, en second lieu, la question de savoir si le typhus est particulier aux steppes de la Russie, ou si, rejetant cette origine spéciale, on doit le considérer comme pouvant se développer dans nos pays sous l'influence de certaines causes débilitantes. C'est à l'étude de cette grave question que ce mémoire est consacré.

(La suite de cette lecture est renvoyée à mardi prochain.)

— M. Bonnafont donne lecture d'un mémoire intitulé : *Sur un nouveau mode d'occlusion des yeux dans le traitement des ophthalmies en général*.

L'auteur résume son travail en ces termes :

« L'occlusion complète des yeux dans le traitement des ophthalmies est une méthode curative qui, soumise à certaines règles, comptera toujours plus de succès que les autres médications. Elle a sur les antiphlogistiques l'avantage incontestable d'être moins faillible; sur la cautérisation d'être moins dangereuse; sur tous deux de pouvoir s'étendre à tous les cas possibles d'inflammations oculaires, soit graves, soit bénignes, soit simples, soit compliquées.

» L'important est de toujours se rappeler que le pansement doit être fait avec méthode, exactitude, *et surtout* très attentivement surveillé après son emploi. »

Cette lecture est suivie de quelques remarques de MM. Larrey, Velpeau, Bégin.

La discussion est renvoyée à la séance prochaine.

M. Maher, premier chirurgien en chef de la marine, a été promu au grade de directeur du service de santé à Rochefort.

ERRATUM. — La signature de la lettre de M. Vidart, dans notre dernière *Revue générale*, a été inexactement imprimée. Lisez *Paul* Vidart au lieu de *A*. Vidart.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 21. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 16 Février 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. CHIRURGIE : Mémoire sur l'ischurie uretérique et sur l'uretérotomie, ou taille de l'uretère. — II. DÉONTOLOGIE MÉDICALE : Pourquoi réussit-on ? Pourquoi ne réussit-on pas ? — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie des sciences). Séance du 4 Février : Tribu des Touariks. — Du développement de la fièvre typhoïde chez les animaux (lièvres). — Chéiloplastie par transport du bord libre de la lèvre saine sur la lèvre restaurée. — Action du phosphore rouge sur l'économie animale ; empoisonnement par le phosphore ordinaire. — Application nouvelle de l'acide sulfurique. — Nouvel acarus du cheval pouvant transmettre la gale à l'homme. — Action des vapeurs d'essence de térébenthine inspirées. — Organe pulmonaire considéré comme premier impulseur du sang. — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON : Causeries.

CHIRURGIE.

MÉMOIRE SUR L'ISCHURIE URETÉRIQUE ET SUR L'URETÉROTOMIE, OU TAILLE DE L'URETÈRE ;

Par le docteur C. GIGON, médecin des hôpitaux et des prisons de la ville d'Angoulême.

(Suite. — Voir le numéro du 14 Février 1856.)

RÉFLEXIONS. — Cette observation présente plusieurs circonstances d'un haut intérêt ; d'abord l'autopsie confirme le diagnostic qui avait été porté du vivant du malade ; il s'agissait bien en effet, dans la dernière maladie, d'un calcul engagé dans l'uretère.

L'autopsie a aussi projeté la lumière sur le doute, l'incertitude qu'avait fait naître l'absence complète d'urine ; c'est qu'il existait dans le rein droit une affection ancienne, datant de plusieurs années, parfaitement semblable à la dernière : un calcul s'était engagé dans l'uretère droit, avait annulé complétement l'action du rein correspondant, d'où une atrophie s'était suivie, une adhérence complète entre la pierre, la muqueuse et l'uretère ; mais une particularité digne de remarque, c'est que la pierre engagée semblait être en proie à un travail de résorption comme un tissu organique, et pendant que la pierre récente était compacte, l'ancienne était poreuse, pleine de vacuoles, comme un véritable madrépore. Peut-être que, si cette pierre fût restée encore longtemps, elle aurait fini par disparaître à peu près complétement.

En passant, j'insisterai sur ce point important, sur le lieu d'arrêt des deux pierres. Il est digne de remarque que, des deux côtés, c'est à 6 ou 7 centimètres qu'elles se sont arrêtées ; plus tard, je donnerai la raison anatomique de ce fait.

L'autopsie est venue aussi justifier l'opinion que nous avions émise, dès le vivant, à savoir que le malade succombait, non aux atteintes de la rétention d'urine, mais à l'asphyxie ; l'extrême développement des intestins, tendus comme par une insufflation artificielle, rendait en effet le jeu du diaphragme et des côtés impossible, et cette circonstance seule devait produire la mort.

L'anurie, il est vrai, pouvait amener ce résultat, mais beaucoup plus tardivement ; notre malade, en effet, n'est resté que dix jours sans uriner, puisque le dernier jour la miction semblait s'être rétablie, tandis que, dans un cas sur lequel nous avons recueilli des détails assez complets, nous avons vu chez une femme délicate, faible, atteinte d'une maladie de Bright, l'anurie se prolonger dix-huit jours et finir par la mort, après que la malade eût présenté un gonflement de la face. Cette observation vient prêter appui aux patriciens qui, dans le cas de graviers engagés dans l'uretère conseillent les saignées, les bains, les narcotiques, l'émétique et autres débilitans. En effet, tant que l'économie conserve la force et la puissance, tant que l'uretère peut se contracter sur la pierre engagée qui l'irrite, l'urine placée au dessus ne peut couler ; mais nous avons vu que, lorsque les traitemens débilitans, lorsque une diète prolongée, l'affaiblissement occasionné par l'asphyxie ont déterminé un relâchement des tissus contractiles (1), l'uretère se relâche, l'irritabilité s'émousse, le calcul n'est plus embrassé exactement ou serré par l'uretère, et l'urine trouve une issue entre l'obstacle et le canal, la pierre et le conduit uretérique ; il est évident que cette condition organique, qui facilite l'écoulement de l'urine, doit aussi faciliter la descente du calcul.

Cette observation, dans laquelle on voit le diagnostic et le pronostic si cruellement justifiés, m'avait vivement frappé ; j'avais éprouvé une impression pénible d'assister à cette agonie si lente, si douloureuse, dont l'issue était prévue et dont la cause était démontrée pour moi, et, lorsque les recherches de l'anatomiste eurent justifié toutes les prévisions du médecin, je me demandai encore si, en pareille occurrence, je devrais rester les bras croisés en face d'une mort certaine ; j'avais émis une idée hardie, neuve, téméraire peut-être, dans la consultation du 7 janvier ; je me demandai si cette idée devait être complétement rejetée, je recherchai d'abord si les auteurs avaient examiné cette question, et partout je trouvai le silence le plus absolu.

Et pendant que la rétention d'urine antéro-vésicale a donné lieu à d'immenses travaux, c'est à peine si quelques mots ont été consacrés à la rétention urinaire postéro-vésicale.

Cependant, bien qu'elle soit moins fréquente que la première, elle paraît se produire assez souvent, et, en feuilletant les collections des recueils périodiques, on trouve un certain nombre d'observations où cette rétention a produit la mort ; je me suis donc déterminé à faire quelques recherches, quelques expériences sur ce sujet.

Je déclare tout d'abord que je n'ai nullement l'intention de traiter de la néphrotomie. Déjà cette question a été largement étudiée, elle paraît abandonnée par les chirurgiens en raison des innombrables dangers qu'elle présente. Les recherches que je vais présenter s'appliquent exclusivement à l'uretère sur lequel je me propose de pratiquer une opération que je désignerai sous le nom d'*uretérotomie*. Je vais commencer à me livrer à des recherches sur l'anatomie de l'uretère dont quelques points avaient échappé complétement aux anatomistes.

La douzième côte s'articule, comme on sait, avec la facette articulaire de la douzième vertèbre dorsale ; cette côte fait, avec la colonne vertébrale, un angle un peu aigu.

C'est dans le sinus de cet angle, tourné en bas, que se trouve situé le rein dont le bord concave est tourné du côté de la colonne vertébrale et à peu près vis-à-vis la deuxième vertèbre lombaire.

L'uretère, comme on sait, est le canal membraneux qui conduit l'urine du rein à la vessie, il se détache du rein par son bord interne et concave pour se rendre au bas-fond de la vessie où son orifice concourt à former le trigone vésical.

Dans ce trajet, l'uretère suit, avec de légères inflexions, la direction de la colonne vertébrale accolé aux muscles psoas, puis, arrivé à l'entrée du bassin, il croise l'artère iliaque primitive vis-à-vis la symphyse sacro-iliaque, et, se déviant légèrement en dedans, il atteint la vessie, dans l'épaisseur de laquelle il rampe l'espace de 1 centimètre 1/2 environ et vient s'ouvrir d'une façon très oblique dans la cavité de cet organe. L'uretère, avons-nous dit, présente de légères flexuosités dans ce trajet ; aussi, si l'on mesure la distance du rein à l'insoculation de l'uretère dans la vessie, on trouve une différence de longueur selon que l'on mesure les organes en place ou les organes détachés du cadavre. Dans les dissections que j'ai pratiquées, j'ai noté les longueurs suivantes chez les adultes.

Organes en place.	*Organes détachés.*
0m,22 centimètres.	0m,28 centimètres.
0m,22 —	0m,27 —
0m,25 —	0m,27 centim. 5 millim.
0m,25 —	0m,31 centimètres.
0m,24 —	0m,27 —

(1) Bichat admet une tunique musculaire dans l'uretère, Cruveilhier un tissu d'artrolde, l'un et l'autre contractiles, et fort analogues quant à leurs fonctions.

Feuilleton.

CAUSERIES.

Une lettre de M. Carpot. — Réponse à M. Carnot. — Un défenseur de plus de la vaccine. — La fièvre typhoïde des lièvres. — Un drame médical à Madrid. — Un prodige anté-diluvien. — Un plaidoyer sur un ratelier. — Un calembourg involontaire.

Le petit article que j'ai publié samedi dernier, à l'occasion des discussions de M. Bertillon avec les adversaires de la vaccine, m'a valu une lettre de M. Carnot, qu'il me défie de publier. M. Carnot a eu tort de me porter ce défi, car voici sa lettre :

« *Samedi soir, 9 Février* 56.

» Votre feuilleton de ce jour, Monsieur, me force, j'ai regret de vous le dire, à renoncer à la bonne opinion que j'avais conçue de votre impartiale loyauté, et à reconnaître que les avis de mes correspondans avaient beaucoup plus de valeur réelle que ne leur en attribuait ma bonhomie héréditaire.

» Désormais, Monsieur, je vous placerai donc, *ex æquo*, sur la même ligne que votre *honorable, savant* et TRÈS FORT confrère, et n'aurai plus, par cette raison seule, aucune espèce de relation avec vous.

» Si voulez prouver au public, auquel vous vous plaisez à le répéter, que vous avez reçu un *plein carton* de lettres de moi, publiez donc celle-ci, la plus courte de toutes celles qui ne sortiront jamais de votre impartial carton !

» Agréez, Monsieur, mes civilités. H. CARNOT. »

M. Carnot m'a dit quelque part, dans une de ses nombreuses épîtres, qu'il était vieux et souffrant. Je n'oublierai pas les égards dus à l'âge et à la maladie. Avoir publié sa lettre suffit d'ailleurs à ma satisfaction. J'ajouterai cependant que M. Carnot a peu de peine à rompre des relations qui n'ont jamais existé ; je n'ai jamais eu l'honneur de le voir, quoique je l'aie tenté une fois ; je n'ai jamais eu l'avantage de lui écrire ; je ne sais donc ce que M. Carnot peut rompre ou interrompre, si ce n'est sa fécondité épistolaire, ce dont j'aurai le mauvais goût de me consoler. Quant à l'opinion que ses correspondans peuvent lui avoir donné de moi, j'en prends peu de souci. Je sais ce que, dans la bouche ou sous la plume des adversaires de la vaccine, signifient les grands mots d'*impartiale loyauté*. On est impartial, pour ces messieurs, à la condition de publier toutes leurs élucubrations sans commentaires, sans réserves, sans critique surtout. J'aurais à dire de singulières choses à cet égard, on ne m'y forcera pas, je le désire et je l'espère. M. Carnot me place dans son dédain sur la même ligne que M. Bertillon ; il me fait trop d'honneur, et je ne puis accepter son *ex æquo*. Notre honorable collaborateur est un savant statisticien qui manie le calcul beaucoup mieux assurément que ne le voudraient ses contradicteurs ; j'aime beaucoup le calcul, c'est vrai, mais c'est chez moi pure passion platonique, car, de ma vie, je n'ai su faire une addition correcte.

Que cet aveu dépouillé d'artifice

diminue les regrets de M. Carnot, s'il en éprouve, d'être obligé de renoncer à la bonne opinion qu'il avait conçue d'un homme aussi ignorant et qui ne saurait résoudre ce problème, par exemple :

Une idée malheureuse émise par un capitaine d'artillerie,
Multipliée par trois médecins qui la propagent,
Combien faut-il d'hommes de bon sens pour la détruire ?

On me crie de la Faculté qu'il vient d'en surgir un autre de ces hommes de bon sens qui peut se placer avec honneur à côté de ceux dont la doctrine a déjà reçu de rudes atteintes. C'est un jeune confrère, M. Eugène Bertin qui a consacré sa thèse inaugurale à un *Essai historique et critique sur les attaques dirigées contre la vaccine*. Ce travail, fait dans un excellent esprit, mérite l'attention du public médical. M. Bertin a eu conscience de toutes les grandes questions qu'ont soulevées les adversaires de la vaccine, il les a toutes abordées avec résolution et les a presque toutes résolues avec bonheur. Moins gêné par le cadre d'une dissertation inaugurale, M. Eugène Bertin aurait fait une œuvre plus complète ; il la développera dans une seconde édition.

Tolérance et indulgence pour les hommes, je le veux bien ; mais les doctrines erronées et dangereuses, de quel droit demandent-elles des ménagemens ? Ne confondons pas l'impartialité avec l'indifférence qui fait tout accueillir, avec la faiblesse qui n'ose rien critiquer, avec l'impuissance qui ne peut rien combattre.

Mais laissons ce sujet qui reviendra nécessairement à une autre place ; demandons seulement à la doctrine, et cette question sera plus du ressort du feuilleton, comment elle s'accommodera de la fièvre typhoïde des lièvres que M. Becquerel vient de découvrir. La vaccine est assurément ici bien innocente de cette épidémie.

En a-t-on raconté assez de crimes depuis quelques jours ! deux médecins condamnés pour viol à une peine infamante, un autre médecin, en Angleterre, prévenu d'avoir mis plusieurs familles en coupe réglée d'empoisonnement, un vieux médecin imbécile lui servant d'instrument et de couverture, que sais-je encore ? c'est fort triste. Le *Journal de Madrid* nous apporte encore le récit d'un nouveau drame où la médecine joue encore son rôle, mais, si

Le vrai peut quelquefois n'être pas vraisemblable,

c'est assurément dans le récit suivant :

« On ne parle en ce moment à Madrid que d'un crime dont les auteurs sont encore inconnus.

» Un des premiers médecins de la capitale fut appelé dernièrement à une heure avancée de la nuit pour donner ses soins à une malade qui était en grand danger. En sortant de chez lui, il se vit entouré par plusieurs individus masqués, qui lui firent voir le canon de plusieurs pistolets pour l'inviter au silence. Ils l'invitèrent à les suivre, et lui bandèrent en même temps les yeux pour le désorienter et lui laisser ignorer le lieu où ils se rendaient. Ils le firent entrer dans une voiture qui attendait tout près de là ; toutes ces opérations se firent sans que le docteur osât souffler. La portière fermée, on se mit en route, et l'on voyagea en cet état pendant près d'une heure, traversant une infinité de rues, ruelles et places jusqu'à ce qu'enfin ils s'arrêtèrent.

» Le médecin descendit soutenu par ses gardiens silencieux ; ils montèrent un escalier assez étroit, suivirent de longs corridors et arri-

Il suit donc de là qu'il y a une différence de 4 ou 5 centimètres chez l'adulte entre l'uretère en place et l'uretère détaché, observation qui a une certaine importance, attendu qu'elle explique, jusqu'à un certain point, les dimensions considérables que prend ce canal membraneux dans certaines rétentions d'urines uretériques.

Outre ces dimensions générales, il y a encore quelques observations particulières que nous devons faire; le rein droit est toujours situé un peu plus bas que le rein gauche; cette différence ne peut guère être estimée à plus de 1 ou 2 centimètres, mais cela n'influe en rien sur la longueur réelle de l'uretère droit, les deux conduits ont toujours la même dimension.

M. Cruveilhier a signalé un cas particulier qu'il est bon de consigner ici : cet anatomiste célèbre croit que la pression exercée sur la taille par le corset, à la base du thorax, peut, chez les femmes, pousser le rein vers les fosses iliaques; dans un cas du moins, il a trouvé cet organe occupant ce point topique de l'abdomen. M. Cruveilhier n'a rien dit de la situation de l'uretère dans cette circonstance, mais il est peut-être utile, au point de vue de la pathologie, de remarquer quelles peuvent être les conséquences de cet état de choses.

L'uretère est collé le long des muscles psoas auxquels il est uni par du tissu cellulaire; le péritoine qui passe sur sa partie antérieure le maintient uni assez fortement à ce muscle; c'est donc à tort que les anatomistes disent que l'uretère est maintenu lâchement en place.

Il suit de la disposition que nous avons signalée que, lorsque le rein est poussé en bas par une pression quelconque, l'uretère ne peut suivre son déplacement par un mouvement de totalité; alors le rein exerce une traction sur l'uretère, de manière à lui faire former une arcade à convexité supérieure et d'autant plus prononcée, que le rein est plus bas. Cette disposition doit apporter un notable obstacle à la circulation de l'urine, favoriser la formation des graviers, et en rendre l'expulsion fort difficile, pour ne pas dire impossible.

Au reste, ceci n'est pas tout-à-fait une explication *à priori*, attendu que, sur un des sujets qui m'ont servi à ces recherches, le rein droit, qui était abaissé de quelques centimètres et placé entre la troisième et la quatrième vertèbre, avait un uretère qui présentait un commencement de courbure; c'est même l'observation de ce fait qui m'a suggéré les réflexions précédentes.

Forme de l'uretère. — C'est là le point le plus important au point de vue de la pathologie, et pourtant le plus négligé et le plus inconnu.

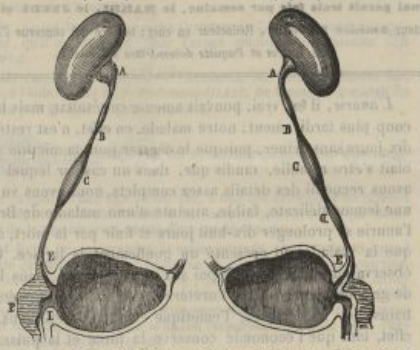
Les anatomistes, en parlant de l'uretère, disent qu'il a une forme cylindroïde. C'est là une grave erreur, jamais l'uretère n'affecte une pareille forme. L'uretère est toujours formé par une succession de dilatations et de resserremens qui constituent, en général, plusieurs appendices fusiformes placés les uns à la suite des autres. Pour bien voir la figure et les dimensions de l'uretère, il faut le détacher avec soin, avec le rein et la vessie; par l'orifice vésical de l'uretère, on pousse une injection d'eau pure et on lie l'uretère à son insertion vésicale, alors l'uretère prend des dimensions considérables, et voici ce qu'on observe.

L'uretère, dans sa partie la plus rapprochée du rein, présente une dilatation connue sous le nom *d'infundibulum*. Cette dilatation présente un diamètre vertical plus étendu que le diamètre antéro-postérieur. J'ai noté que ce dernier diamètre varie de 8 à 10 millimètres. Quelquefois l'infundibulum est exactement rond et assez semblable à une embouchure de trombonne. L'infundibulum n'est, à proprement parler, qu'une prolongation du bassinet, et qui se forme avec le temps : aussi cette partie n'existe pas chez le fœtus. J'ai disséqué deux fœtus mâles, et, après avoir injecté les uretères, j'ai constaté l'absence complète de l'infundibulum; l'uretère est, au contraire, très mince et pointu à sa sortie du rein.

Sur le cadavre d'un enfant de 14 ans, déjà l'infundibulum était fort développé, presque autant que chez l'adulte.

Uretère détaché et dilaté par une injection aqueuse forcée.

(Fig. 1.) (Fig. 2.)



A Infundibulum. — *B* Col de l'uretère. — *C* Premier renflement. — *D* Second renflement. — *E* Inosculation urétéro-vésicale. — *P* Prostate. — *V* Vessie (coupe médiane). — *I* Col de la vessie.

A la suite de l'infundibulum il vient une partie de 3 à 4 centimètres (fig. 1) cylindroïde quelquefois, mais le plus souvent légèrement fusiforme, et, à la suite de ce renflement fusiforme vient une partie très rétrécie de 1 ou 2 centim. de longueur; c'est au milieu de cet espace que se trouve le point le plus rétréci; ceci est une disposition constante. J'ai disséqué dix cadavres à l'amphithéâtre de l'hôpital d'Angoulême; dans le nombre se trouvaient des fœtus, des adolescens, des adultes, des vieillards, des hommes, des femmes; chez tous j'ai rencontré ce rétrécissement remarquable auquel, vu son importance pathologique, j'ai cru devoir imposer la dénomination de *col de l'uretère*. Dans quelques cas rares le col uretérique succède immédiatement à l'infundibulum.

A la suite du col il se forme un renflement fusiforme, c'est le plus considérable de tout l'uretère, tant pour la longueur que pour le diamètre; souvent, à la suite de ce gros renflement il s'en trouve un autre plus petit qui vient s'anastomoser avec la vessie (fig. 2); d'autres fois cette terminaison est cylindrique (fig. 1); beaucoup plus rarement il y a interversion entre le gros renflement fusiforme et les parties que nous avons décrites comme subséquentes; dans tous les cas, le point où le canal s'introduit dans la vessie est fort étroit, et, en général, il a beaucoup d'analogie, quant aux dimensions, avec le point le plus rétréci du col uretérique.

Les dimensions de ces diverses parties méritent la plus grande attention, je les ai mesurées avec soin.

L'infundibulum est la première partie membraneuse qui apparaît attenante au rein; j'en ai mesuré plusieurs dans leurs diamètres antéro-postérieurs après que l'uretère avait été dilaté par une injection aqueuse faite par l'ouverture vésicale de l'uretère; j'ai trouvé le diamètre antéro-postérieur variant de 8 à 10 millim.

Quant au diamètre vertical il est plus étendu, en général, puisque l'infundibulum est aplati, on ne doit pas l'estimer à moins de 14 ou 15 millim.; toutefois il faut ajouter qu'il y a quelques variations à cet égard.

La distance la plus importante, celle sur laquelle j'appelle le plus l'attention du lecteur, est celle du col uretérique; le point le plus rétréci se trouve, en général, à 6 ou 7 centim. de distance du milieu du rein; cependant on observe aussi des variations. Ainsi, chez un vieillard de 78 ans et de haute taille, je l'ai trouvé à 11 centimètres; dans un cas où le col de l'uretère succédait immédiatement à l'infundibulum, il n'était qu'à 4 centimètres.

Chez deux fœtus mâles à terme que j'ai disséqués, le col de l'uretère existait aussi prononcé que chez l'adulte à 1 et 1 1/2 ou 2 centimètres environ du rein, la totalité de la longueur de l'uretère étant de 6 centimètres.

Il est peut-être plus difficile de donner la longueur du renflement fusiforme qui succède au col, elle m'a paru assez variable; dans trois cas, je l'ai trouvée de 8 à 9 centimètres. Les diamètres transverses, ou épaisseur de l'uretère, ne sont pas moins utiles à étudier. Ainsi, tandis que le diamètre antéro-postérieur de l'infundibulum est de 8 à 10 millimètres, le diamètre du gros renflement fusiforme varie de 6. 7, 8 et même 9 millimètres, tandis que le diamètre de la partie rétrécie, que j'ai désignée sous le nom de col, n'est seulement que de 2 à 3 millimètres. Toutes ces mesures transverses ont été prises avec le compas d'épaisseur à l'extérieur, y compris par conséquent les membranes qui forment l'uretère.

Il est facile de comprendre toute l'importance de ces observations anatomiques. Et d'abord il est évident que, puisqu'il existe deux parties très rétrécies, le col et l'orifice vésical de l'uretère, c'est en ces deux points que les graviers auront le plus de tendance à s'arrêter; c'est là, en un mot, que doit se former la rétention d'urine uretérique. C'est justement ce qui eut lieu chez le malade dont nous avons rapporté l'histoire : nous trouvâmes les deux pierres rénales arrêtées à 7 centimètres du rein, c'est-à-dire au col uretérique.

On remarquera aussi que le calibre de l'uretère dans la région du col ne dépasse pas 2 ou 3 millimètres. Toutes les fois donc que le gravier aura des dimensions fort supérieures à ce chiffre, son mouvement descendant sera nécessairement arrêté; aussi la pierre que nous avons extraite, et qui n'avait pas moins de 6 et 10 millim. dans les deux diamètres extrêmes, s'était-elle complétement arrêtée au col uretérique, ainsi que la pierre de l'uretère droit. Lorsque le gravier a franchi le col uretérique, elle descend dans le gros renflement fusiforme, le plus considérable de l'uretère, puis dans le canal fusiforme inférieur qui donne à toute cette partie une apparence digastrique; et enfin le gravier arrive à l'orifice vésical de l'uretère, fort étroit, lui aussi; là, il éprouve un nouvel obstacle quelquefois insurmontable. C'est dans ce cas qu'on a vu l'uretère dilaté peu à peu acquérir les dimensions de l'intestin grêle, avec lequel on l'a confondu au premier abord.

Une autre conséquence semble ressortir aussi des rapports intimes de l'uretère avec les muscles psoas, c'est qu'il est utile, en même temps qu'on fait des traitemens contre la rétention d'urine calculeuse de l'uretère, de faire marcher vivement le malade, si la chose est possible; car non seulement la position verticale et les mouvemens du corps tendent à faire mou-

---

vèrent à une habitation intérieure, où l'on ôta le bandeau de ses yeux. Le docteur se trouvait en face d'un lit, et dans ce lit était une femme qui avait aussi un masque, et qui était sur le point de mettre au monde le fruit d'un amour malheureux, criminel ! A côté du lit, on voyait aussi un homme et une femme également masqués. Le premier lui dit : « Docteur, faites votre devoir; sauvez l'enfant, même au prix de la vie de la mère. »

» L'adroit accoucheur mit la main à l'œuvre, et en quelques instans l'accouchement était fait heureusement, sans que la mère eût couru le moindre danger. Le même individu, toujours masqué, ordonna au médecin de faire une saignée au pied de la malade : celui-ci refusa d'abord, objectant le danger que présentait une saignée en cette circonstance; mais le directeur de cette horrible scène renouvelle son ordre tout en laissant voir la lame brillante d'un poignard qu'il appuya en même temps contre sa poitrine. Alors il cède et pratique une légère saignée, qu'il se dispose, quelques instans après, à fermer; mais cela ne lui fut pas permis, car on voulait sans doute mettre fin par ce moyen aux jours de cette infortunée.

» On ajoute qu'après avoir juré, grâce à la vue des pistolets, de garder le plus profond silence sur ce crime, le médecin reçut une somme considérable en billets de banque.

» En sortant de cette habitation, il fut reconduit avec les mêmes précautions; on le promena encore pendant environ une demi-heure au travers des rues, et ce ne fut qu'au point du jour qu'il fut déposé sur la place del Oriente. On dit que le docteur fut à l'instant faire son rapport à l'autorité. »

Cette aventure paraît bien romanesque et ne mérite pas grande confiance.

Le temps est aussi aux prodiges; en voici un qui, pour venir d'une oie, ressemble singulièrement à un *canard*. — La *Presse grayloise* raconte ceci :

« Une découverte d'une grande importance scientifique vient d'être faite sur le territoire de Culmont (Haute-Marne).

» Des ouvriers mineurs, occupés au percement du souterrain sous lequel doivent se réunir les chemins de fer de Saint-Dizier à Lancy, venaient d'abattre, à l'aide d'une mine, un énorme bloc de rocher qu'ils étaient en train de débiter, lorsque, d'une cavité ouverte par les coups de l'un d'eux, ils virent s'échapper un être vivant de forme monstrueuse.

» Cet animal, qui appartient à la classe des reptiles et à un genre considéré jusqu'à présent comme perdu, a le cou très long, le museau allongé et armé de dents aiguës; il est porté sur quatre hautes jambes, reliées entre elles par deux membranes propres, sans doute, à soutenir l'animal en l'air, et armées de quatre doigts de forte dimension, terminés par des ongles longs et crochus.

» Sa forme générale se rapproche de celle d'une chauve-souris, dont il diffère surtout par la taille, qui est celle d'une grosse oie. Ses ailes membraneuses déployées portent 3 mètres 22 centimètres d'envergure. Sa couleur est d'un noir livide; sa peau est nue, épaisse et huileuse. Ses intestins ne contenaient qu'un liquide incolore, ressemblant à de l'eau claire.

» A peine exposée à la lumière, la bête monstrueuse donna quelques signes légers de vie en agitant faiblement ses ailes, et ne tarda pas à expirer en poussant un cri rauque, sous les yeux des ouvriers effrayés.

» Cette étrange créature, à laquelle on peut donner le nom de *fossile vivant*, a été apportée à Gray. Un naturaliste de cette ville, très versé dans l'étude de la paléontologie, l'a immédiatement reconnue pour appartenir à l'espèce *Ptérodactylus anas*, qui a laissé de nombreux débris fossiles dans les couches que les géologues ont désignées sous le nom de *lias*.

» Il est à remarquer que la roche dans laquelle le monstre a été découvert appartient précisément à cette formation, dont le dépôt est tellement ancien, que les géologues en font remonter la date à plus d'un million d'années.

» La cavité dans laquelle l'animal était logé représente avec la plus grande exactitude le moule en creux de son corps; tout indique qu'il a été enveloppé du dépôt sédimentaire. Quant à sa conservation à l'état vivant, c'est un phénomène physiologique qui ne manquera pas de soulever bien des discussions. »

Voici qui est plus amusant :

Deux avocats plaidaient pour et contre un ratelier devant le tribunal de Charleville.

Celui qui était chargé de soutenir la note du dentiste parla très longtemps; mais quand ce fut au tour de son adversaire, les choses changèrent de face.

« Messieurs, dit celui-ci, mon contradicteur a plaidé trois quarts-d'heure; je ne veux, moi, plaider que trois secondes, et, en trois mots, Messieurs, vous connaîtrez tout le procès. Je le résume ainsi : On devait nous mettre pour cinq cents francs de dents, et on nous a mis *dedans* pour cinq cents francs, voilà tout. »

Et il s'assit. Les juges, dit M. Frédéric Thomas, à qui nous empruntons cette anecdote, enchantés de pouvoir prouver qu'on peut avoir raison en si peu de mots, s'empressèrent de lui faire gagner son procès.

Je préviens cet avocat de Charleville que son calembourg est depuis longtemps connu à Paris. Qui ne se souvient d'une chanson charmante chantée par notre spirituel confrère Toirac, il y a huit à dix ans, et intitulée : *Platine?*

Je vous mettrai des dents,
Sans vous mettre dedans.

On fait quelquefois des calembourgs involontaires. Témoin ce qui arriva ces jours passés à un célèbre professeur de la Faculté de Paris, qui, dans un grand dîner, avait le tort de parler à table de malades et de médecine. Il racontait à ses voisins un cas de constipation opiniâtre. J'ai administré les purgatifs les plus énergiques, rien, disait-il; l'huile de croton tiglium, rien, pas de selles, Monsieur, pas de selles. — En voici, Monsieur, s'écrie un domestique en présentant une salière.

Vous pouvez juger du rire homérique des convives.

Amédée Latour.

voir le gravier, mais encore la contraction vive et répétée des fibres allongées du psoas imprime à l'uretère une sorte de mouvement péristaltique qui aide le gravier à descendre, et le précipite vers la partie inférieure.

(La fin à un prochain numéro.)

DÉONTOLOGIE MÉDICALE.

POURQUOI RÉUSSIT-ON? POURQUOI NE RÉUSSIT-ON PAS?

Discours prononcé à la Société médicale du 1er arrondissement de Paris, Dans la séance du 3 Janvier 1856,

Par le docteur DESPAULX-ADER, Président.

Messieurs et chers collègues,

C'est le cœur pénétré de reconnaissance que je vous adresse mes remercîmens pour la faveur que vous m'avez faite de m'élever au poste de votre président. Jamais je n'aurais cru qu'un pareil honneur me fût mérité par les modestes services que j'ai rendus à la Société, et je l'avouerai en toute humilité, vous avez été bien au delà des prétentions de mon ambition.

En me choisissant pour vous présider, après tant d'illustres et de savans collègues, au milieu de tous ceux d'entre nous qui, par leur position dans la science, étaient plus dignes que moi de cet honneur, vous avez voulu prouver encore une fois la bonne amitié qui nous unit tous les uns aux autres; vous avez voulu encourager les travailleurs, en leur montrant la récompense la plus haute que tout membre d'une Société savante a droit d'ambitionner, celle d'être trouvé digne par ses pairs de les diriger, de marcher à leur tête. C'est un brevet d'honorabilité et de bonne confraternité que vous lui accordez. Pour ma part, Messieurs, c'est ainsi que j'accepte l'honneur que vous me faites aujourd'hui; et quoique je reconnaisse l'infériorité de mes forces, je tâcherai de m'élever à la hauteur du poste honorable que vous me confiez. Mais pour cela, Messieurs, j'ai besoin de le dire bien haut, j'ai compté sur l'appui de vous tous, qui vous efforcerez de rendre ma tâche facile.

Jadis, Messieurs, les présidens de notre Société se contentaient d'ouvrir la première séance de l'année par quelques paroles de remercîment et par un appel au travail. Depuis quelques années, les honorables confrères qui m'ont précédé dans ce poste, voulant vous prouver leur profonde gratitude, ont mis en usage de faire de longs discours écrits dans lesquels chacun a montré à l'envie, en outre d'un profond savoir, les principales tendances de son esprit. C'est ainsi que M. Foissac, dans son discours sur les devoirs professionnels du médecin, vous a raconté, au milieu d'un luxe d'érudition peu commun, et dans un langage dont la distinction égale l'élévation des idées, les qualités du cœur et de l'esprit nécessaires au médecin digne de ce nom. C'est ainsi que M. le docteur Caffe a traité devant vous des droits du médecin, dont il est si rarement question, avec cette verve caustique et souvent railleuse, mais toujours de bon goût que nous lui connaissons. C'est ainsi que M. Cerise, dont l'esprit philosophique, dont le style savant et concis donne un éclat tout nouveau à ses moindres productions, a développé avec bonheur cette thèse : que le but de nos associations médicales est de créer et de développer le sens moral du médecin, en plaçant sa dignité personnelle et sa loyauté confraternelle sous l'égide de l'honneur..... Mais hélas, Messieurs, ce qui a été facile à mes honorables prédécesseurs est pour moi, je l'avoue, plein de difficultés et d'écueils; vous me pardonnerez donc, si dans les quelques mots que je vous adresse, mon éloquence et mon mérite sont loin d'égaler ma bonne volonté.

Messieurs, celui qui voudrait parcourir les archives de notre Société, depuis son origine jusqu'à ce jour, y trouverait à coup sûr des élémens assez nombreux pour former un gros volume de déontologie médicale. C'est aussi, disons-le, qu'il n'est pas de Société d'arrondissement qui ait compris, mieux que la nôtre, le but que nous nous proposions en les créant. En général, les Sociétés savantes ont pour principal mobile de travailler en commun, de faire concourir à l'instruction de tous l'expérience individuelle; de faire fructifier, à l'avantage de tous, les trésors amassés par chacun. Dans les Sociétés d'arrondissement, en outre de ce but, nous avons encore celui de nous connaître, et par conséquent de pouvoir nous apprécier; de nous apprendre mutuellement les égards que nous nous devons les uns aux autres; ceux que nous devons aux malades, ceux que nous sommes en droit d'attendre et de réclamer d'eux; en un mot, de moraliser la profession. Par nos Sociétés, nous nous habituons à voir dans le jeune adepte qui entre dans la carrière médicale, un ami, un frère, à qui la science confère les mêmes droits qu'à nous, et non un étranger dont la venue nous vole une part de notre propriété, un cohéritier dont l'existence importune vient diminuer notre patrimoine. Dans cette enceinte, Messieurs, je ne vois autour de moi que des hommes honorables; tous, ou presque tous, vous avez su vous créer dans le monde une position souvent modeste, quelquefois brillante, toujours digne. C'est par nos Sociétés d'arrondissement que nous viendrons en aide aux nouveaux venus; à ceux qui, déjà admis dans notre sein, ne sont pas encore arrivés, et que nous faciliterons la marche de ceux qui sont dans la bonne voie. Chez nous, pas de jalousies possibles, il y a de la place pour tous les honnêtes gens, il faut seulement nous tenir par la main, nous aider les uns les autres. C'est ainsi que nous nous instruirons en sagesse, en morale, en bonne confraternité; c'est ainsi que nous relèverons notre belle profession aux yeux d'un public parfois ingrat et mal intentionné.

Jusqu'ici la Société du premier arrondissement n'a point failli à sa tâche; loin de là! Par l'importance de ses travaux scientifiques, par l'attention qu'elle a accordée aux questions d'intérêt professionnel, et les mémoires et rapports qui sont sortis de son sein, elle a prouvé son existence, et a conquis depuis longtemps, au milieu de toutes ses sœurs, un rang des plus honorables, une position assez élevée pour que les règles de conduite adoptées par elle soient également acceptées par les autres Sociétés d'arrondissement de Paris, et même de quelques villes de France, comme l'expression la plus vraie de la dignité de notre profession.

Continuons, Messieurs, à marcher dans la même voie! Que chacun de nous, malgré les tracas, les ennuis, les fatigues de sa clientèle, apporte à ses confrères le résultat de ses réflexions, son contingent de travail; qu'il se répète ces quelques mots de Zimmermann, qui devraient être la loi de tous : « Nonobstant les travaux des autres, j'ai toujours » cru que j'aurais à me reprocher d'avoir vécu inutilement si, ayant » pratiqué comme je l'ai fait, la médecine, je ne contribuais pas du » moins par quelque petite chose à l'avancement de cet art. » Et notre Société, loin de perdre son importance, en acquerra une chaque jour de plus en plus grande, et offrira à nos détracteurs l'exemple d'une réunion de médecins, unis par les liens de la plus étroite amitié, travaillant avec courage et persévérance, dans une noble émulation, au perfectionnement de leur art, au soulagement de l'humanité, à la moralisation de leur profession.

Mais il n'est pas nécessaire de développer ici plus longuement l'utilité de nos associations, chacun de vous la comprend comme moi, et la preuve en est de votre assiduité à nos séances. Mais, si vous le permettez, et pour rappeler à notre première réunion de l'année, l'esprit qui a présidé à notre création, nous rechercherons ensemble pourquoi quelques médecins honorables, instruits, réussissent peu, et que tant de charlatans éhontés se créent dans le monde une position honorée et très lucrative.

Pourquoi réussit-on? Pourquoi ne réussit-on pas? Je ne parle que de l'honnête homme. On réussit souvent par les raisons les plus futiles : l'un parce qu'il impose au public, l'autre parce qu'il a une physionomie agréable; celui-ci parce qu'il porte sur sa figure beaucoup de bonté, de douceur, celui-là parce qu'on le juge instruit sur son air d'importance et de brusquerie; quelques uns parce que, hommes du monde avant tout, ils savent à propos donner un peu d'encens à une personne influente, quelques autres parce qu'ils affectent certaines opinions politiques en faveur dans la société où ils vivent; le plus grand nombre réussit sans cause connue, par un hasard, une circonstance, un événement quelconque qui se charge de leur créer une réputation, de commencer leur fortune. On ne réussit pas par les raisons contraires : celui-ci à cause de son extrême timidité qui l'empêche de faire valoir son instruction, celui-là par son scrupule excessif à suivre la mode ou à la violer trop ouvertement, parce qu'il paraît trop jeune, ou bien encore à cause de la bizarrerie de sa taille; quelques uns parce que, mal servis par le hasard, ils n'ont pu montrer leur savoir dans un monde où la reconnaissance se traduit autrement que par une faible rémunération pécuniaire, quelques autres parce que, d'une fierté trop grande, ils ne veulent point sacrifier leurs goûts, soumettre leur individualité aux caprices de la clientèle. Mais il faut cependant le dire, Messieurs, pour être juste, la manière d'être du médecin, son éducation première, sa position de fortune dans le monde, et par conséquent son plus ou moins d'indépendance sont d'un très grand poids dans son existence médicale.

Mais pourquoi le charlatan réussit-il presque toujours? C'est qu'il n'a aucune des qualités de l'honnête homme; c'est qu'il sait plier son caractère aux exigences de la société; c'est qu'il est éminemment flatteur, prévenant; c'est qu'il est patient et dans l'occasion sait supporter un affront; c'est qu'il est intrigant et peu scrupuleux sur les moyens de réussir. Le vrai savant, le médecin bon et généreux, l'honnête homme qui a conscience de sa dignité, de son savoir, a en général moins de souplesse dans le caractère, ne sait pas transiger avec son honneur, et accepte moins facilement les malhonnêtetés de certains clients qui, s'abritant derrière le respect, les égards qu'on doit à leurs souffrances, choisissent leur médecin pour victime de leur mauvaise humeur et de leur mauvais caractère.

Le charlatan est également doué de modestie; mais, ne nous y trompons pas, ce n'est pas la modestie de l'honnête homme, c'est celle de la perfidie, c'est celle de Tartufe qui machine une bassesse, les yeux baissés et la rougeur au front. Entendez-le se poser vis-à-vis des vrais médecins, il ne dira ouvertement du mal d'aucun d'eux; mais, par son sourire, par ses discours, par ses réticences, il en laissera deviner. Il ne vit pas avec eux, il ne les fréquente pas, il ne fait pas partie de leurs sociétés, parce qu'on le jalouse, parce qu'il accepte les progrès de la science, et qu'il sait apprécier la nouvelle médecine. Et remarquez bien qu'il a d'autant plus de chances d'être cru, que pour le public en général, la médecine comprend l'homœopathie, le somnambulisme, etc., et toute espèce de systèmes aussi creux, aussi absurdes que l'on gratifie du nom de science. D'ailleurs, ces soi-disant systèmes plaisent infiniment à l'esprit du monde qui aime et recherche tout ce qui est nouveau et merveilleux. Il ne comprend pas plus que nous que la force dynamique d'un médicament, sans ce médicament lui-même, puisse agir d'une manière quelconque; il ne comprend pas plus qu'on puisse faire voir, dans l'intérieur du corps, au moyen de passes magnétiques, mais il l'admet précisément parce qu'il ne le comprend pas. Si ces systèmes pouvaient avoir quelque chose de rationnel, il les rejetterait. Nous ne saurions dire, Messieurs, combien, nous hommes de la vraie science, nous avons perdu de notre prestige, depuis qu'abandonnant et avec raison, ce langage absurde, cette manière dogmatique et prétentieuse que les deux Van Helmont, Guy-Patin et quelques autres savaient si bien employer, souvent pour défigurer les meilleures pensées, et dont Molière s'est moqué à si juste droit, nous avons pris l'habitude de parler comme tout le monde, de formuler en français. Nous nous mettons trop à la portée du public, qui, lisant sur une ordonnance des mots qu'il comprend, sans souvent en comprendre la portée, se fait médecin lui-même dans l'occasion, toujours au détriment du malade, ou nous juge d'après les fausses notions qu'il possède.

Pline a dit qu'avec de l'effronterie on passera pour médecin, si on le veut. Bacon disait également que l'imposteur triomphe souvent au lit du malade; tandis que le vrai mérite y est affronté et déshonoré. Étonnons-nous maintenant, Messieurs, qu'il en soit aujourd'hui comme du temps de ces grands hommes des siècles passés. Le monde ne vieillit pas pour la sottise; la civilisation crée des besoins nouveaux, et les esprits surexcités demandent des élémens nouveaux pour les satisfaire. N'en trouvant pas suffisamment dans le monde réel, ils en cherchent dans le merveilleux, dans le surnaturel. Il en est pour la médecine comme pour toutes choses. Je ne citerai pour preuve que le succès des tables tournantes. Plus un système sera absurde, moins il sera clair, plus il aura de chances de réussir. Ne voyons-nous pas souvent des hommes d'un mérite ordinaire arriver à une grande célébrité, à une grande clientèle par l'excentricité des moyens médicaux qu'ils emploient, par l'étrangeté de leurs pensées, de leurs actions; et pourquoi cela? Tout simplement parce qu'ils étonnent le public qui les admire sur parole et les juge supérieurs aux autres médecins. Qu'on ne vienne pas me dire que je rabaisse le client et qu'il n'est pas aussi intelligent que je veux bien le dire. Je répondrai par les tables tournantes, par le somnambulisme, par l'homœopathie, etc. Qu'un individu, possédant quelques notions de médecine, annonce connaître des paroles magiques pour la guérison de certaines maladies, eh bien, dans le siècle où nous vivons, ce siècle de positivisme, il aura tout aussitôt et dans la plus haute société, des partisans qui citeront de bonne foi de ses cures merveilleuses! Que sera-ce donc si, au lieu de paroles magiques, il débite un flacon d'un sirop, d'un rob ou d'un collyre quelconque; alors il passera bientôt au rang des bienfaiteurs de l'humanité, il sera comblé par la fortune, accablé d'honneurs. Il pourra bien quelquefois être condamné à 15 ou 20 francs d'amende pour exercice illégal de la médecine; mais de ces condamnations il ne s'élèvera que plus haut, se posant comme victime de son zèle et de son amour pour ses semblables.

J'ai toujours plaint, et je plains encore de tout mon cœur, le jeune médecin qui, heureux de posséder son diplôme, s'élance plein d'espérances de l'hôpital dans la clientèle; je le plains, parce que, sans protection aucune, j'ai vu, comme beaucoup d'entre vous, effeuiller une à une les illusions de ma jeunesse; parce que, sans guide, j'ai dû, à mon propre détriment, faire une étude nouvelle, inconnue au lit du malade de l'hôpital, celle de la société, et que, reconnaissant son côté faible, je me suis efforcé de garantir mon honneur de ces bassesses, de ces lâchetés qui aplanissent bien le chemin, mais qui ne peuvent imposer silence à la conscience, ce juge implacable que chacun porte dans son cœur.

En général, Messieurs, nous ne nous identifions pas assez avec notre science : elle est sérieuse, elle s'occupe de la vie des hommes. Le dirait-on souvent, en voyant dans quelques cercles certains médecins, honorables d'ailleurs, briller, non par leur mérite, non par les qualités réelles qu'ils peuvent posséder, mais par la futilité de leurs discours, par leur conduite légère, par leur maintien peu digne? Le public, qui juge sur l'apparence, applique au corps médical tout entier l'opinion qu'il se fait de quelques individualités, et la profession se trouve ainsi méprisée, ou du moins mal appréciée par notre propre faute. Plus on est haut placé dans la science, plus on personnifie la profession, plus on est tenu envers elle. Malheureusement, cette vérité n'est pas du goût de tout le monde, et cependant les Paracelses ont été de tous temps peu estimés. Le charlatan peut se passer de mœurs pures; sa réputation est une marchandise qu'il fabrique lui-même. Pour le vrai médecin, disons-le bien haut, Messieurs, une bonne renommée est la première condition de réussite.

La bonne confraternité est, dans notre profession, de tous les âges, de tous les rangs. Nous voyons cependant certains médecins bien placés juger très légèrement, improuver même ouvertement, la conduite de leurs confrères, le plus souvent en leur absence, alors qu'ils ne peuvent rétablir les faits et se justifier; trancher sur une maladie dont ils n'ont connaissance que par le dire des gens du monde, et détruire ainsi complétement, à leur profit, la confiance qu'on peut avoir dans le médecin de la maison. Y a-t-il des mots assez sévères pour blâmer un procédé pareil? Le public s'en amuse et déverse plus ou moins spirituellement sur notre art des ridicules dont nous souffrons tous. C'est dans nos Sociétés que nous sommes appelés à réprimer de pareils abus; chez nous, il n'y a plus d'élèves, il n'y a pas de professeurs, il ne doit pas y avoir de rivaux; il n'y a que des confrères qui s'estiment assez pour se soutenir en toutes circonstances, pour s'entr'aider dans les difficultés de notre profession, et même pour se défendre mutuellement dans quelques cas où le premier venu s'arroge le droit de juger du savoir d'un médecin.

Depuis la fondation des Sociétés d'arrondissement, plusieurs d'entre nous, appréciant plus particulièrement, dans l'intimité de nos relations, le savoir de collègues assis à leurs côtés, ont pu s'éclairer mutuellement auprès de leurs malades, lorsqu'un cas grave réclamait la présence de plusieurs médecins. Ils choisissent de préférence le confrère honorable dont ils ont été à même de reconnaître la science, le zèle dévoué, et dont ils peuvent à toutes heures réclamer le concours; et tour à tour médecins ordinaires et médecins consultans, ils peuvent enfin conserver à la confiance publique ce droit que leur confère le titre de docteur, et que souvent leur enlevait la position inférieure qui leur était faite dans la consultation.

Ainsi, Messieurs, par le fait de nos réunions mensuelles, par le fait des amitiés qui s'établissent entre nous, par l'estime que nous acquérons journellement les uns pour les autres, se trouve mis en pratique cette loi du Christ, ce précepte de l'humanité : aimez-vous, aidez-vous les uns les autres.

Je continuerais volontiers à développer ce sujet, car vous le comprenez, Messieurs, je suis loin de l'avoir épuisé, si je ne craignais d'abuser de vos momens. J'ai dû me contenter de l'ébaucher, ne voulant pas dépasser les limites que comporte un simple discours. Je laisse à notre spirituel secrétaire général le soin de le compléter. Si cependant vous me demandez mes conclusions, je vous renverrai au mémoire que M. Boulu vous a lu en 1852 et au rapport que je vous fis à cette époque. Vous les avez approuvées, mettez-les en pratique.

Je me résume en deux mots : Union et bonne confraternité.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 Février 1856. — Présidence de M. BINET.

Tribu des Touariks.

M. SERRE communique la note suivante sur un rameau encore peu connu de la race caucasique.

« L'immense plaine du Sahara est habitée, çà et là, par la tribu des Touaregs, dont les peuplades sont différentes les unes des autres. Les Touaregs, dont quatre se sont présentés dernièrement au gouverneur de l'Algérie, en forment une des plus singulières, par l'usage où sont les hommes de se voiler entièrement la figure à l'instar des femmes musulmanes, et avec plus de soin encore.

» Cet usage si bizarre et unique chez les hommes, au milieu des

coutumes infinies des diverses races humaines, est un obstacle à leur étude anthropologique dont la tête fournit les caractères les plus significatifs. Il est si rigoureusement observé que les quatre Touaregs ne se sont pas découverts un instant, même devant le gouverneur général de l'Algérie.

» Toutefois, m'écrit M. Guyon, inspecteur du service de santé des » armées, l'un d'eux se trouvant malade, j'ai pu lui voir un peu la figure » au moment où il montrait la langue ; j'ai pu aussi lui palper la tête » en cherchant sur cette partie le point où il souffrait. Voici le résumé » des observations superficielles qu'il m'a été possible de faire sur nos » quatre Touaregs :

» Taille moyenne, plutôt petite que grande ; tête peu forte, globu- » leuse, tenant, sous ce rapport, de celle du Kabile ou Berbère ; front » médiocrement large et élevé ; orbite large, pommettes un peu sail- » lantes, dents courtes moins bien arrangées et moins belles que celles » de l'Arabe ; mains et pieds petits ; peau olivâtre ; cheveux soyeux, » noirs et tendant à se boucler ; barbe peu fournie et tendant à se bou- » cler comme les cheveux. »

» En comparant cette courte description à celle donnée par Horne- mann, qui, le premier, a fait connaître les rapports des Touariks avec les Berbères ou Kabyles, on reconnaît leur parenté, bien qu'ils en diffèrent par la petitesse des pieds et des mains, et surtout par la couleur olivâtre de la peau.

» Les Touariks sont un rameau de la race caucasique ; ils s'avancent à l'est de l'Afrique jusqu'aux confins de l'Égypte : ils se croient les habitans les plus anciens de la terre ; leur langage n'est pas arabe, et ils affirment qu'il est le plus ancien dans le monde.

» M. Guyon, qui nous a fait connaître l'usage de l'inoculation chez les Kabyles ou Berbères, a remarqué que cette opération si hardie était pratiquée également par les Touaregs. Ces derniers ne la pratiquent pas seulement entre le pouce et l'index comme les Babyles, mais encore sur d'autres parties du corps, notamment sur les avant-bras et les jambes.

« A ces détails, M. Guyon joint une autre observation médicale » curieuse. Une maladie très répandue chez les Touaregs est le dra- » gonneau, ou ver de Médine. C'est, à ce qu'il paraît, le fléau du pays. » Aussi est-ce la seule maladie pour laquelle nos voyageurs m'aient » témoigné le désir d'avoir un remède.

» Ce fait est un de plus à ajouter à ceux que j'ai déjà recueillis sur la spécialité des maladies qui affectent de préférence telle race ou telle variété de la grande famille humaine. »

Du développement de la fièvre typhoïde chez les animaux (lièvres).

La communication de M. A. Becquerel, médecin de l'hôpital de la Pitié, est destinée à montrer qu'on peut rencontrer chez certains animaux des lésions intestinales absolument semblables à celles qui caractérisent la fièvre typhoïde dans l'espèce humaine.

On sait depuis longtemps que les lièvres renfermés dans des parcs clos, d'une étendue trop restreinte, finissent, au bout d'un certain temps, par disparaître. Mais à quelle maladie succombent-ils ? C'est ce qu'on ignorait, et la communication de M. Becquerel à l'Institut est destinée à jeter du jour sur cette question.

Dans un parc de 200 arpens et par conséquent d'une étendue considérable, situé en amphithéâtre, sur le bord de la Seine, à neuf lieues de Paris, existaient, il y a trois à quatre ans, à peu près une centaine de lièvres conservés pour l'agrément, et qu'on ne chassait jamais. Ce parc renferme aussi, mais disséminés dans plusieurs points isolés, un certain nombre de lapins auxquels il n'arrive rien de semblable à ce que nous allons décrire.

Depuis cette époque, on trouva de temps en temps des lièvres morts sur les chemins, dans les sentiers, etc. Le nombre de ces lièvres qui meurent ainsi a beaucoup augmenté depuis le commencement de l'année, et les propriétaires estiment que de cent qu'ils avaient dans le principe, et nonobstant leur reproduction, il en reste tout au plus une quinzaine.

Les lièvres qu'on trouve ainsi morts spontanément sont maigres, efflanqués, les muscles émaciés et l'abdomen volumineux. Les intestins sont distendus par un mélange de gaz et de matières liquides d'un gris-jaunâtre.

L'examen anatomique de trois lièvres a démontré les altérations suivantes :

1° Un développement anormal des plaques de Peyer. Le plus grand nombre se présentait avec la forme à laquelle on a donné le nom de plaques réticulées. Elles sont un peu saillantes au-dessus de la membrane muqueuse, assez vivement injectées, et la muqueuse qui les recouvre est plus friable que dans l'état normal.

2° Sur une vingtaine de ces plaques existent des ulcérations de grandeur et de forme variables, occupant tantôt toute l'étendue de la plaque, tantôt une poche seulement de sa superficie. Ces ulcérations sont à rebords saillans, anfractueux, inégaux et rouges ; leur fond, la plupart du temps, est également inégal et irrégulier. Quelques-uns ont pour fond la tunique péritonéale.

3° Les follicules isolés sont développés, et un certain nombre d'entre eux sont le siége d'ulcérations. Ces dernières sont circulaires et assez profondes. Elles sont absolument semblables, comme les précédentes, à celles que l'on trouve chez l'homme qui succombe à une fièvre typhoïde.

4° Le sang est altéré. Il distend le cœur, et s'y trouve sous forme de gelée de groseilles, mal formée et noirâtre.

5° Les poumons sont infiltrés d'un sang noir ; et chez les trois animaux, la congestion sanguine dont ils étaient le siége était passée à l'état de véritable apoplexie pulmonaire. Chez deux de ces trois animaux, les poumons étaient déchirés à la partie correspondante au point où l'apoplexie pulmonaire était la plus intense, et des caillots sanguins existaient dans la plèvre. Ces deux déchirures siégeaient dans les deux cas à la partie postérieure et inférieure du lobe supérieur du poumon droit.

6° Enfin, chez trois de ces animaux, il y avait une rupture spontanée du cœur et une apoplexie sanguine du foie.

M. Becquerel examine successivement les trois points suivans :

1° Quelle est la cause qui a produit chez ces animaux une maladie aussi analogue à la fièvre typhoïde de l'homme ?

2° Comment expliquer les ruptures spontanées des poumons dans deux cas et du cœur dans un, l'altération du sang, si manifeste ici, n'a-t-elle pu jouer un rôle ?

4° Si ces animaux étaient venus à être tués avant que leur mort ne fût arrivée, aurait-il été prudent d'en manger ?

Ce sont des questions où nous ne pouvons le suivre.

Cheiloplastie par transport du bord libre de la lèvre saine sur la lèvre restaurée.

M. Sédillot communique l'observation qui suit :

Schmidt (Henri), âgé de 65 ans, fut reçu à la Clinique le 30 novembre 1855. Les trois quarts gauches de la lèvre inférieure avaient été détruits par un cancer épithélial à marche aiguë, qui datait seulement de six mois. La muqueuse buccale siégeant en dedans de la commissure gauche était altérée et formait un bourrelet dur et épais. Les procédés ordinaires de la cheiloplastie offraient peu de chances de réussite, et voici l'opération que je pratiquai le 18 décembre 1855.

Tout le cancer fut circonscrit entre deux incisions en V continuées jusqu'au contour cervical du maxillaire. Les joues furent ensuite fendues horizontalement, au niveau des commissures, par une section plus prolongée à gauche que du côté droit.

Le bord libre de la lèvre supérieure, qui était très large, fut partiellement détaché de dehors en dedans sur une longueur de 15 à 20 millimètres, puis renversé et fixé sur la surface des lambeaux destinés à reconstituer la lèvre inférieure. Celle-ci se trouva ainsi revêtue de chaque côté par le lambeau muqueux emprunté à la lèvre supérieure, et au milieu et un peu à droite par la petite portion de membrane muqueuse conservée sur le quart droit de la lèvre inférieure, resté intact.

Des épingles réunirent les parties dénudées de la lèvre supérieure tirée en arrière à la portion inférieure de la joue, qui avait été divisée horizontalement et fortement tirée en avant pour remplacer la lèvre enlevée. D'autres épingles maintinrent sur la ligne médiane l'affrontement des deux moignons de la nouvelle lèvre, et quelques points de suture entrecoupée assujettirent la membrane muqueuse.

Le 29 du même mois, onzième jour de l'opération, le malade fut photographié, ce qui me permet d'en placer une épreuve sous les yeux de l'Académie ; et il quitta la clinique le 14 janvier, complétement guéri. Les plis de cicatrice, encore un peu saillants vers les commissures, disparaîtront ; mais déjà tel qu'il a été représenté, le malade offrait une lèvre régulière, d'une hauteur suffisante, ayant un rebord libre muqueux, lisse et arrondi ; les dents étaient bien cachées, et la salive n'avait aucune tendance à s'écouler involontairement. Les commissures étaient bien marquées, et l'ouverture buccale également rétrécie supérieurement et inférieurement, sans qu'il en résultât aucun obstacle pour l'introduction des alimens ou l'émission de la voix.

Une importante recommandation que nous nous permettrons d'adresser à ceux qui seraient tentés d'imiter ce procédé, est de diviser le bord libre de la lèvre saine, à plusieurs millimètres au delà de la membrane muqueuse. En laissant sur le lambeau une petite portion du tégument externe, on en assure mieux la vitalité, et on obtient surtout des réunions plus faciles et des cicatrices plus régulières et moins apparentes.

Action du phosphore rouge sur l'économie animale ; empoisonnement par le phosphore ordinaire.

MM. Orfila et Rigout présentent une note détachée d'un travail qu'ils ont entrepris sur l'empoisonnement par le phosphore, et les différentes questions qui s'y rattachent.

Cette note est plus particulièrement relative à l'action que le phosphore rouge exerce sur l'économie animale, et à quelques-uns des effets de l'empoisonnement par le phosphore ordinaire. Voici quelques-uns des résultats qui ressortent des expériences consignées dans ce travail :

1° Le phosphore peut exister dans les organes, à l'état libre, quinze jours après la mort. Ce fait, s'il a été entrevu ou vaguement prévu, n'a pas été jusqu'à présent signalé. Il est possible, d'ailleurs, que le phosphore se conserve encore plus longtemps dans le même état, et il est facile de comprendre quel parti peut tirer de cette observation, dans des cas analogues, l'expert chargé de constater l'empoisonnement.

2° La putréfaction est, dans certains cas, singulièrement retardée.

3° Le sulfure de carbone est un bon dissolvant pour séparer le phosphore libre des matières avec lesquelles il est mélangé dans l'estomac, et qui masquent les propriétés caractéristiques de ce métalloïde.

4° Ces expériences concourent à démontrer que l'action exercée sur l'économie animale par le phosphore amorphe n'est pas comparable à celle que produit le phosphore ordinaire ; il est même permis de dire que le premier de ces corps n'est pas vénéneux. — (Commissaires : MM. Dumas, Pelouze, Cl. Bernard.)

Application nouvelle de l'acide sulfureux.

M. H. Grun, commissaire pour les produits des Indes à l'Exposition universelle, informe l'Académie qu'en 1851, ayant à traiter à Paris un cas de *teigne faveuse* qui avait résisté à tous les moyens ordinairement employés, il lui est venu l'idée d'essayer l'acide sulfureux, dont l'action sur les parasites végétaux est depuis longtemps connue.

Le résultat dépassa toutes ses espérances. L'acide sulfureux, appliqué directement par voie d'insufflation, détruit la maladie en quelques jours. Plus de dix expériences ultérieures ont confirmé la première. Quand le favus est petit, il l'a vu flétrir six heures après la première fumigation. Dans d'autres cas, la matière faveuse flétrit et se contracte, et en quelques jours on peut l'enlever en masse adhérente à la croûte. Alors on voit dans le cuir chevelu un trou cylindrique et profond qui a l'air d'être fait avec un emporte-pièce. Ce trou se contracte, se remplit, et il ne reste rien de la maladie.

L'appareil que M. Grun a employé est fort simple : une pipe en terre, un bouchon auquel on ajuste un bout de pique en caoutchouc. On met du soufre et quelques morceaux d'amadou dans le bol de la pipe ; on allume l'amadou, on bouche le bol et l'on souffle. Par ce moyen, un jet d'acide sulfureux est projeté sur le tubercule faveux, qui flétrit et se détache en quelques jours.

Nouvel acarus du cheval pouvant transmettre la gale à l'homme.

MM. Bourguignon et Delafond transmettent sur ce sujet une note dont voici un court extrait :

« Jusqu'à ce jour, il était permis de révoquer en doute les cas de transmission de la gale du cheval à l'homme, attendu que le parasite connu de la gale du cheval ne pouvait vivre sur l'espèce humaine, et que les auteurs qui se sont prononcés pour l'affirmative n'ont jamais démontré scientifiquement que la maladie transmise fût réellement due à la présence d'un acare provenant du cheval. En partant des données fournies par l'entomologie, on était fondé à refuser aux parasites connus propres aux herbivores, et au cheval en particulier, la faculté de transmettre la gale. L'observation vient de nous permettre de remonter des effets aux causes et de tout expliquer.

» Le cheval peut avoir deux espèces de gale : une première due à la présence du parasite acarien propre aux herbivores, et connu depuis longtemps, qui ne saurait tracer des sillons, vivre sur la peau de l'homme et lui transmettre la contagion ; une seconde due à la présence d'un acare identique à celui des carnivores, pouvant tracer des sillons, transmettre la psore, *et dont personne n'a soupçonné l'existence jusqu'à ce jour*. Cette maladie transmissible est aussi différente dans l'ensemble de ses symptômes de celle qui ne peut se communiquer, que les parasites qui en sont la cause première diffèrent entre eux. »

Action des vapeurs d'essence de térébenthine inspirées.

M. Letellier rapporte en ces termes les effets qu'il a constatés sur lui-même :

« Voulant empêcher une citerne de 8 mètres cubes de perdre l'eau, j'y descendis avec un vase contenant environ 250 grammes d'essence et 500 grammes de goudron et de poix et placé sur trois ou quatre charbons. J'étendis ce mélange chaud au pinceau. Je n'avais pas recouvert 8 mètres de surface que je fus obligé de remonter, en raison de vertiges, sans douleur, sans pesanteur de tête, sans voir les objets tourner, sans aucune disposition à la syncope, sans la moindre faiblesse dans les jambes ; il me semblait que j'allais tomber à droite ou à gauche (jamais en avant ou en arrière), et j'écartais machinalement les jambes pour éviter une chute ; les secousses de la tête augmentaient ce chancellement, cette titubation. Nul brouillard devant les yeux, tous les sens bien intacts, la parole seule me paraissait un peu pénible ; pouls et respiration parfaitement normaux ; nul dérangement de l'intelligence, de l'estomac ou des entrailles ; je n'éprouvai qu'une légère moiteur et un peu de fourmillement au dos des poignets ; l'urine était absolument inodore (je n'ai pas perçu davantage l'odeur de violette que sur deux malades affectés de catarrhe intense de vessie, et qui ont guéri par l'essence prise par la bouche mieux qu'avec la térébenthine cuite). Cet accident se dissipa peu à peu en une heure par l'exposition à l'air.

» Dans la soirée, je renouvelai mon essai, et bien que le fourneau n'eût pas été allumé plus de quelques minutes, les mêmes accidens se reproduisirent en moins d'une demi-heure ; enfin, le lendemain, je recommençai *sans feu*, et en une demi-heure je fus forcé de remonter par des accidens absolument identiques.

» Je conclus de cette observation que les vapeurs d'essence de térébenthine inspirées agissent principalement sur le cerveau en l'excitant à la manière des alcooliques, et que, par conséquent, on ne doit employer ces substances qu'avec précaution. Il se peut qu'après l'excitation il survienne de l'affaiblissement comme après l'abus des alcooliques, mais ce ne serait qu'un effet consécutif. »

(Renvoi à la commission chargée de l'examen d'une note de M. Marchal (de Calvi) sur les effets de l'inhalation d'essence de térébenthine.)

Organe pulmonaire considéré comme premier impulseur du sang.

M. Wanner présente, comme supplément à sa précédente note sur l'organe pulmonaire considéré comme premier impulseur du sang, les résultats de deux expériences qu'il considère comme des preuves à l'appui de la théorie exposée dans cette note.

» Dans la première expérience faite sur un mouton, on a introduit de l'air condensé dans les deux médiastins, de manière à neutraliser les mouvemens de la poitrine, et l'on a ainsi déterminé en dix minutes la cessation complète des battemens du cœur.

» Dans la seconde expérience, du sang de bœuf tiré instantanément de l'animal, et reçu, afin d'éviter sa coagulation, dans un vase maintenu à une température de 37 degrés centigrades, a été soumis à l'action du gaz acide carbonique, au moyen d'un tube de verre recourbé, dont un bout était adapté à la vessie contenant le gaz, et l'autre à un bouchon de liége percé et avec lequel était bouchée la bouteille contenant le sang. Le liquide sanguin est devenu de couleur rouge-brun et a présenté une semi-coagulation.

» Je conclus du fait de la première expérience, comparée à la possibilité où l'on est de faire circuler par une respiration artificielle dans le corps d'un animal mort tout récemment le sang aussi longtemps qu'il conserve sa liquidité, que si le cœur était le premier impulseur du mouvement circulatoire, ses battemens devraient se prolonger bien au delà du temps marqué dans mon expérience, car MM. Williams et Hope ont fait durer, comme on le sait, une circulation artificielle une heure vingt minutes après le décès constaté, et auraient pu le faire durer plus longtemps encore.

» La conséquence de la seconde expérience ne me semble pas moins favorable à la thèse que je soutiens, puisqu'elle semble indiquer que la mort est déterminée dans l'asphyxie par la coagulation du sang et l'impossibilité de la circulation par suite de cette coagulation. »

— M. S. Cadet adresse de Rome un nouveau manuscrit, contenant :

1° Des rectifications relatives à ses communications précédentes ;

2° Des considérations sur les causes de certaines *monstruosités* et de certains cas de *grossesse extra-utérine* et de quelques cas de *stérilité* ;

3° Des observations sur les bons effets obtenus de l'*éthiops minéral* dans le traitement du *choléra-morbus* et de quelques autres maladies.

Dans cet envoi sont comprises six planches relatives, les unes à son mémoire sur les *déjections des cholériques*, les autres à sa note sur une *nouvelle distribution des corps naturels*. — (Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour les précédentes communications de l'auteur.)

— M. Ehrmann, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de Strasbourg, prie l'Académie de vouloir le considérer comme candidat pour la place de correspondant vacante dans la section de médecine. (Renvoi à l'examen de la section de médecine.)

La séance annuelle de la *Société anatomique* aura lieu le mardi 19 février, à 3 heures, à la Faculté.

Le banquet aura lieu le même jour, à 6 heures, au dîner de l'Exposition, rue Lepelletier, 11.

On s'inscrit chez MM. Blain des Cormiers, rue de l'Université 7 ; Dufour, rue Saint-Georges, 31 ; Poisson, à l'Hôtel-Dieu.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 22. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 19 Février 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur le traitement de la phthisie pulmonaire. — II. CLINIQUE CHIRURGICALE : Études sur l'urétrotomie. — III. MÉDECINE LÉGALE : Des plaies par morsure de cheval au point de vue médico-légal. — IV. OBSTÉTRIQUE : Implantation centrale du placenta sur le col ; conduite à tenir dans ces cas. — V. BIBLIOTHÈQUE : Études pratiques sur l'hydrothérapie ou traitement des maladies par l'eau froide. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

PARIS, LE 18 FÉVRIER 1856.

Lettre à M. le docteur AMUSSAT, membre de l'Académie impériale de médecine,

SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Cher et honoré maître,

Vous m'avez souvent excité à faire connaître à nos confrères le traitement que j'ai institué contre la phthisie pulmonaire, et dont vous avez eu d'assez fréquentes occasions de pouvoir apprécier les résultats. J'ai toujours hésité à suivre vos conseils ; et dans ce moment même, où je cède en partie à vos excitations, je ne le fais pas sans hésitation et sans crainte. J'ai plusieurs raisons pour cela. La première, c'est que ce que j'ai à dire aujourd'hui je l'ai à peu près dit il y a douze ou treize ans, en 1839, puis en 1840, enfin en 1842, dans plusieurs publications qui, je dois le reconnaître au peu de satisfaction de mon amour-propre, ont si faiblement frappé l'attention de mes contemporains qu'à de rares exceptions près, mon traitement n'a été essayé nulle part d'une manière un peu suivie. Des nombreux écrits qui ont paru sur ce sujet depuis mes publications, les uns n'en disent pas un mot, c'est le plus grand nombre ; les autres les citent en passant et comme pour ne rien oublier dans leur historique ; quelques autres rapportent les essais qu'ils ont tentés et qui ne leur ont pas paru favorables ; deux ou trois enfin, tout au plus, renferment quelques faits confirmatifs des miens. Avouez que c'est peu encourageant.

Un autre motif plus sérieux qui devrait me retenir dans l'abstention, c'est que je ne peux pas produire les faits que je possède. En effet, tous les cas que j'ai observés, soit avec vous, soit avec d'autres confrères, soit seul, appartiennent à la pratique privée, sont relatifs à des personnes du monde, dont toute désignation m'est interdite par le sentiment des convenances. Mes assertions sont donc dénuées de preuves, celles que je pourrais donner manqueraient de garantie, je ne peux faire la démonstration de ce que j'avance. Reconnaissez que c'est encore là une condition peu encourageante.

Enfin, cher et honoré maître, ce que je redoute le plus c'est que mes confrères s'imaginent que je veuille me créer ce qu'on appelle aujourd'hui une *spécialité*. Rien ne serait plus désobligeant que cette croyance, si ce n'est sa réalisation. Une pratique de la médecine plus active que la pratique très limitée et facile que je fais, m'effraierait beaucoup. D'autres occupations, d'autres devoirs absorbent ma vie, et vous savez vous-même qu'il faut que les malades apportent beaucoup de complaisance pour n'avoir besoin de moi que tels jours et à certaines heures.

Je viens de vous dire les motifs qui m'ont retenu et qui devraient peut-être me retenir encore ; il faut cependant que je vous dise aussi les motifs qui m'encouragent.

1° J'ai la certitude que le traitement que je conseille ne fait courir aucune aventure aux malades, et que, dans aucun cas, il ne peut aggraver leur situation. Je remplis donc le premier devoir de la déontologie thérapeutique.

2° J'ai la conviction que, presque toujours, il améliore la situation ; que souvent il prolonge la vie des malades ; que, dans plusieurs circonstances, quand il est employé au début du mal, il enraye la tuberculisation et procure des guérisons qui se soutiennent. Vous en connaissez, cher et honoré maître, de bien remarquables : la plus ancienne de celles dont vous avez été témoin remonte à l'été de 1847 ; mes plus vieilles en date remontent à 1838 ou 1839 ; je ne parle que des personnes que je n'ai pas perdues de vue, qui habitent Paris et sur lesquelles je peux avoir à toute heure des renseignemens.

3° Le traitement que je conseille est si simple, si facile que tous mes confrères peuvent le mettre en usage dans leur clientèle sans le secours de renseignemens étrangers. C'est ce qui résultera, je l'espère, de ce qui va suivre.

4° Ce traitement n'a qu'un inconvénient, et je le déplore, c'est qu'il n'est guère applicable que dans des familles qui jouissent d'une certaine aisance de fortune. C'est là précisément le principal motif qui me pousse à le rappeler à mes confrères, car si leur expérience et leur observation venaient à réaliser mes espérances ; si, à leur aide, nous pouvions accumuler une masse de faits probans en sa faveur, nul doute que quelque institution charitable ne s'élevât bientôt pour faire jouir de ses avantages les malades qui ne peuvent demander à leurs propres ressources les dépenses qu'il occasionne.

Voilà, cher et honoré maître, le pour et le contre. Je viens de l'exposer naïvement peut-être, mais en toute sincérité. Un seul mot maintenant sur la théorie pathogénique qui m'a conduit au traitement que je propose.

La phthisie pulmonaire est une maladie générale, une diathèse ; c'est une maladie des liquides, du sang, qui a pour résultat le dépôt sur les parenchymes des tissus (les poumons, lieu d'élection) de la matière tuberculeuse, corps étranger qui enflamme et détruit par la suppuration les organes sur lesquels elle est déposée.

Le traitement curatif de cette maladie doit donc être général et s'adresser à l'élément diathésique. Le traitement local n'est que palliatif et ne s'adresse qu'à des accidens, qu'à des résultats de la diathèse.

C'est en conformité de ce principe que j'ai institué le traitement général de la phthisie, et qui repose moins sur la prescription de remèdes proprement dits que dans celle d'un régime capable de modifier cette maladie *totius substantiæ*.

Pour bien faire saisir les élémens dont se compose ce traitement, je crois n'avoir rien de mieux à faire que de reproduire ici la plus récente des consultations que j'ai eu à donner pour un cas de phthisie au début :

Consultation.

Mme ..... est âgée de 23 ans ; elle est née à Paris qu'elle habite. Mariée depuis cinq ans ; a eu un enfant qui est mort à six mois d'une entérite ; a fait une fausse couche, dit-elle, il y a un an, d'un embryon de quatre à cinq semaines. Elle est née d'un père mort phthisique. Sa mère vit et se porte assez bien. Elle a perdu une sœur âgée de 12 ans qui est morte de la poitrine. Elle a encore une sœur et un frère bien portans. Mme ..... est d'un tempérament lymphatique, elle a le teint rose et frais, les chairs molles. Sa santé jusqu'ici a été habituellement assez bonne, si ce n'est qu'elle a été toujours fort sujette à s'enrhumer, et que les rhumes, chez elle, sont longs et opiniâtres. Depuis le commencement de l'hiver actuel et par suite, dit-elle, de grandes fatigues qu'elle a éprouvées dans son commerce pendant l'automne dernier, elle a un peu maigri ; elle se sent fatiguée ; elle éprouve des douleurs lombaires, qui lui rendent la marche pénible. L'appétit a sensiblement diminuée. La menstruation, qui avait été toujours très régulière, a perdu de sa régularité ; elle arrive, depuis plusieurs mois, en avance de sept à huit jours ; la quantité de sang perdu est à peu près la même.

Depuis huit à dix jours, Mme ..... a été prise, sans cause appréciable de quintes de toux, surtout le matin, et hier, après une de ces quintes, elle a eu une petite hémoptysie. Ce matin même, cette hémorrhagie s'est renouvelée, et c'est à la suite de cet accident qui l'a un peu émue qu'elle s'est présentée chez moi, accompagnée de madame sa mère, qui m'a donné les détails qui précèdent.

L'examen de la malade m'a conduit aux résultats suivans :

La percussion indique une légère diminution de sonoréité sous la clavicule gauche. Dans toutes les autres parties de la poitrine, le son est

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL, professeur de pathologie et de thérapeutique générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Livres IXe, X^e^, XIe, XIIe et XIIIe du *De usu partium*. Physiologie du cerveau : l'esprit animal et le fluide nerveux. — Fonctions de la glande pinéale. — Du rapport qui existe entre le développement du cerveau et les facultés intellectuelles. — De la phrénologie : Gall, Erasistrate, Galien. — Physiologie des organes des sens et de leurs annexes. — Usages du système pileux.

XIX (1).

Physiologie de Galien. — Analyse du De usu partium (suite).

Physiologie du cerveau. — En contemplant cette matière pulpeuse dont la masse encéphalique est composée, Galien se demande comment y peuvent prendre naissance les phénomènes si remarquables de l'intelligence, du mouvement et du sentiment. Il répond à sa question en supposant que, dans le cerveau, par un laborieux enfantement, il se produit un principe particulier, un esprit, l'esprit animal, principe analogue à ce que, de nos jours, on a désigné sous le nom de fluide nerveux, cette puissance occulte, à l'aide de laquelle on explique tous les faits qui se rapportent aux fonctions du grand système de la vie de relation. Esprit animal, fluide nerveux, c'est, sous des noms différens, une seule et même chose, et certes, notre fluide nerveux n'a pas de quoi être bien fier et se railler de l'esprit animal de Galien.

Galien a institué toute une théorie pour expliquer d'où vient cet esprit animal, comment il se forme, et comment, de son foyer central, le cerveau, il va se propageant dans toutes les parties du corps.

L'auteur fait arriver les matériaux de l'esprit animal : 1° par la lame criblée de l'ethmoïde ; 2° par les artères, qui se divisent à l'infini dans la pie-mère, division qui a pour but de favoriser l'élaboration de ce principe.

L'esprit animal se forme dans les ventricules latéraux, il se perfectionne dans le troisième ventricule, passe dans le quatrième par l'aqueduc de Sylvius, et de là dans la moelle et les nerfs.

Galien nous apprend qu'avant lui la glande pinéale était considérée comme une sorte de sentinelle, qui avait pour mission de permettre ou d'empêcher le passage de l'esprit animal du troisième ventricule dans le quatrième, suivant que ce principe était plus ou moins bien élaboré. C'était une sorte de pylore. Galien combat cette opinion, et ne voit dans ce petit organe qu'un coussin, un appui pour les vaisseaux qui pénètrent dans l'encéphale.

Nous l'avons déjà dit et prouvé bien des fois, un des principaux caractères de l'école grecque, dont Galien a été le restaurateur et le dernier représentant, c'est d'avoir posé et débattu la plupart des questions qui depuis ont été agitées dans la science. Elle a ouvert les voies où les modernes se sont engagés. Cela est vrai non seulement pour la médecine, mais encore pour toutes les autres branches des connaissances humaines. L'esprit humain semble avoir pressenti dès l'abord toutes les vérités, comme s'il les avait reçues en dépôt. En voici encore un exemple bien remarquable.

Un auteur célèbre, qui a laissé en anatomie et en physiologie des traces profondes de son passage, Gall, mettant en œuvre toutes les ressources d'une dialectique habile, d'un esprit fin et délié, armé de preuves nombreuses tirées de l'anatomie normale, de l'anatomie pathologique, de l'anatomie comparée, Gall a cherché à établir :

1° Qu'il existe un rapport évident entre le développement de l'intelligence et le volume du cerveau, c'est-à-dire l'étendue des circonvolutions, la profondeur des anfractuosités, en sorte que l'on peut mesurer, pour ainsi dire, la quantité de l'intelligence à la quantité de la substance cérébrale (suivant lui, dans cette appréciation, il faut faire entrer en ligne de compte non seulement la *quantité*, mais encore la *qualité* de la matière) ;

2° Que la masse cérébrale est composée de parties distinctes ou d'organes spéciaux, dans lesquels sont localisés chaque penchant, chaque passion, chaque faculté, et que le développement de l'organe et de la faculté sont en raison l'un de l'autre ;

3° Que le rapport entre les facultés et les organes se traduit à l'intérieur par des reliefs de la paroi crânienne.

Sans entrer dans l'examen de cette doctrine célèbre qui, vraie dans son principe, se heurte à l'application contre une multitude de faits contradictoires, bornons-nous, au point de vue qui nous occupe, d'en rechercher les racines dans l'antiquité. Nous avons vu Erasistrate s'arrêter avec une sorte de complaisance à la question du rapport qui existe, suivant lui, entre le développement du cerveau et celui de l'intelligence. Il trouve dans l'étendue de la surface encéphalique la mesure de l'étendue des facultés intellectuelles. Après lui, Galien soutient le même principe, qu'il étend à toutes les espèces animales, seulement avec cette variante que, pour lui, l'intelligence se développe moins encore en raison de la quantité que de la qualité de la pulpe cérébrale. Ce n'est pas tout. Galien discute longuement et sérieusement la question de savoir si de la *conformation antérieure du crâne*, il ne serait pas possible de tirer des indices touchant les diverses facultés de l'entendement ! Ainsi, Galien avait entrevu ce que Gall, bien des siècles plus tard, devait si merveilleusement développer.

Le livre X du *De usu partium* est consacré à la physiologie de l'œil et des paupières. La théorie de la vision, au temps de Galien, était fort obscure. Les figures tracées de la main de l'auteur approchent de celles dont on se sert de nos jours, pour expliquer la marche des rayons lumineux. Seulement, au lieu de rayons, ce sont des esprits visuels, et le cristallin fait fonction de rétine. Il raconte que, dans un songe, un dieu le chargea de voir si, par les mathématiques, il ne pourrait pas trouver le secret de la vision, et il ajoute qu'il implora la protection de ce dieu pour se mettre à l'abri des vengeances des médecins de Rome.

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 Janvier et 7 Février 1856.

normal. L'auscultation, pratiquée à plusieurs reprises, fait percevoir une respiration un peu faible peut-être à gauche, mais parfaitement pure, en avant et en arrière, en haut et en bas, ainsi que sous l'aisselle; pas de bruits anormaux, pas de craquemens, ni secs, ni humides, expiration et inspiration normales. Il n'en est pas de même à droite. La respiration est sensiblement plus faible, plus obscure, plus profonde au sommet. En arrière, à la fosse sous-épineuse, quelques craquemens secs, isolés, persistans après que je fais tousser et parler la malade. La voix semble avoir plus de retentissement à droite qu'à gauche.

Le pouls bat 80 fois; les battemens du cœur sont faibles, réguliers, aucun bruit anormal.

Mme ..... n'accuse aucune autre incommodité, si ce n'est un sentiment de lassitude, de pesanteur au bas-ventre, de douleurs lombaires, qui lui donnent une grande répugnance pour la marche. Je demande l'examen de l'utérus; la malade préfère qu'il y soit procédé par son accoucheur et je n'insiste pas. Je demande si, en dehors des règles, il existe quelque écoulement : la malade répond négativement.

Avant de venir chez moi, Mme ..... a vu son médecin ordinaire, qui a prescrit les moyens propres à prévenir une nouvelle hémoptysie.

De ce qui précède, je crois devoir conclure qu'il est à craindre que Mme ..... ne subisse en ce moment une première atteinte de tubercules pulmonaires.

Je conseille l'emploi des moyens suivans :

1° Suivre le traitement indiqué par le médecin ordinaire de la malade, et qui a pour but de suspendre et de prévenir l'hémorrhagie pulmonaire.

2° Recourir le plus tôt possible au lait d'une chèvre bonne laitière, que l'on nourrira de bons fourrages et de son, dans lesquels on mêlera tous les jours de 20 à 30 grammes de chlorure de sodium.

Boire de ce lait la plus grande quantité possible, au moins un litre par jour, mais par gorgées seulement, et d'une manière à peu près incessante, de façon à ne jamais charger l'estomac et que l'assimilation du lait puisse être constante et facile.

L'usage de ce lait doit être continué pendant trois mois au moins.

3° La base de l'alimentation doit être la viande de bœuf ou de mouton grillée ou rôtie, assaisonnée d'un peu de cresson légèrement saupoudré de sel et sans vinaigre. Au premier repas du matin, au lieu de café au lait, Mme ..... prendra une bouillie faite alternativement avec de la farine d'avoine et de maïs, bien cuite dans du bon lait, avec une pincée de sel, sucrée et aromatisée avec un zest de citron. Elle boira du vin vieux de Bordeaux ou de Borgogne coupé soit avec de l'eau de quinquina (quinquina rouge en poudre, 30 grammes; faites infuser à froid pendant douze heures dans eau, 2 litres; passez dans un linge fin), soit avec une infusion légère de boublon.

4° Se couvrir de flanelle, éviter toute cause de refroidissement; sortir à pied ou en voiture tous les jours, s'exposer au soleil, combattre la tendance au repos.

5° En raison des prédispositions lymphatiques, prendre le matin à jeun, pendant un mois, une cuillerée à bouche d'huile de foie de morue.

6° Si ce traitement enraie, comme je l'espère, la marche de la tuberculisation, Mme ..... devra aller passer quelques mois à la campagne pendant la belle saison. Dans l'été de 1857, je conseillerais une demi-saison aux Eaux-Bonnes.

Fait à Paris, le 12 février 1856.

Amédée Latour.

Nota. Cette consultation, remise à la mère de la malade, portait pour suscription : *Consultation pour madame ....., à communiquer seulement à M. le docteur .....*

Cette consultation, cher et honoré maître, résume à peu près le traitement que nous avons déjà souvent prescrit ensemble. Vous vous rappelez que nous avons l'habitude de dire aux malades : nous allons vous remettre en nourrice. Et l'expression n'est pas une figure. C'est sur le lait de chèvre additionné de chlorure de sodium que je compte, en effet, le plus, pour enrayer dans leur marche les progrès de la tuberculisation. C'est à cette dernière forme d'administration que je me suis définitivement arrêté, et vous savez qu'elle nous a été suggérée par la tendresse inquiète d'une mère, qui lui dut une véritable résurrection de son enfant, jeune fille de 12 ans, dévorée par une phthisie galopante, survenue à la suite d'une fièvre éruptive, et qui est aujourd'hui une forte et belle personne, très probablement tout à fait à l'abri d'une nouvelle poussée tuberculeuse.

Car, et vous partagez mon sentiment, mille fois et heureusement non, la phthisie pulmonaire n'est pas fatalement incurable. On ne meurt presque jamais d'une première atteinte de tuberculisation; il y a des repos, des intervalles pendant lesquels cette terrible exsudation tuberculeuse s'arrête; quelquefois, plus souvent qu'on ne pense, la phthisie guérit toute seule ou par des circonstances qui nous échappent. Il n'est pas de praticien qui n'ait vu de ces cures spontanées et inattendues. Eh bien, c'est ma conviction profonde, et le nombre des faits que j'ai vus maintenant est si considérable, qu'il m'est impossible de les regarder comme de pures coïncidences. Quand les secours de l'art peuvent intervenir à propos, pendant un de ces intervalles où la cause pathogénique ne fait plus sentir son influence, quand la destruction organique n'est pas poussée au delà de certaines limites incompatibles avec la vie, c'est ma conviction que l'on peut prévenir de nouvelles poussées tuberculeuses, en agissant sur l'ensemble de l'économie par le régime, l'alimentation, le milieu, l'air, le soleil, l'habitation, par toutes les circonstances, en un mot, que l'on ne rencontre ni dans la demeure du pauvre, ni dans les salles d'hôpital, où quelques essais timides ont été tentés, et où ils devaient infailliblement échouer.

Cette question est si grave, cher et honoré maître, la phthisie fait de si affreux ravages, et nous avons vu ensemble des faits si consolans et si encourageans, que je vous demande la permission de ne pas borner à cette lettre les communications que j'ai le désir de vous faire. Je vous dirai mon sentiment sur le régime lacté sur lequel les anciens nous ont laissé de précieux enseignemens qui semblent oubliés; sur le chlorure de sodium, cet agent thérapeutique admirable, ce merveilleux trésor de la nature, et dont la nature prévoyante nous a donné des masses inépuisables, que l'avide et ignorante main de l'homme resserre et amoindrit; sur l'alimentation, à propos de laquelle sont professées tant d'idées erronées.

Mais je ne terminerai pas cette lettre sans vous remercier de votre confiance, sans vous féliciter d'avoir voulu voir par vous-même, et sur vos propres malades, ce que l'on peut attendre et espérer du traitement que, depuis bientôt vingt ans, je persiste à prescrire aux malheureux phthisiques.

Agréez, etc. Amédée Latour.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

ÉTUDES SUR L'URÉTROTOMIE;

Par le docteur Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, membre correspondant de la Société de chirurgie, etc.

Au moment où l'opinion flotte encore indécise sur la valeur des résultats de l'urétrotomie si vantée par les uns, si décriée par les autres, il est du devoir de chaque chirurgien de venir exposer au grand jour les faits heureux ou malheureux de sa pratique. Ces observations, connues dans tous leurs détails, publiées sans arrière pensée à une époque éloignée de l'opération, pourront seules, lorsqu'elles seront en nombre suffisant, permettre d'apprécier une méthode qui est, je crois, appelée à rendre de grands services dans le traitement des rétrécissemens de l'urètre. Ayant eu l'occasion de soigner un grand nombre de rétrécissemens depuis quelques années, j'ai réuni dans ce travail quelques cas dans lesquels la dilatation étant insuffisante, j'ai été obligé de pratiquer l'urétrotomie.

Obs. I. — *Rétrécissement du canal de l'urètre de nature particulière. — Catarrhe et raccourcissement de la vessie. — Incontinence d'urine continuelle depuis six mois. — Urétrotomie. — Infiltrations urineuses. — Guérison.*

Delaunay, ouvrier fileur, âgé de 36 ans, entre le 1er novembre 1852 à l'hôpital de Lisieux. Cet homme, d'une bonne constitution, maigre, nerveux, ne porte pas de traces de scrofules. Il affirme n'avoir jamais eu de blennorrhagie. Il y a douze ans, il eut un chancre à l'extrémité du méat. Pas d'écoulement. Pas de douleur ni de nodosité sur le trajet du canal. Ce chancre mit cinq semaines à se cicatriser. Il ne s'accompagna point d'engorgemens ganglionnaires inguinaux. Il fut traité par la liqueur de Van Swieten à l'intérieur. Le malade ne remarqua, à cette époque, aucun trouble dans la miction, l'urine ne fut pas teinte de sang. Conséctivement, il n'a eu aucun accident syphilitique secondaire ou tertiaire. Deux ans après, en 1842, en jouant avec un de ses camarades, il tombe sur une balle de marchandises et se heurte violemment les deux testicules. Les bourses enflent, deviennent rouges, et au bout d'une dizaine de jours, il entre à la Pitié, où on le traite, dit-il, pour une épididymite tuberculeuse. Une ponction fut faite à un des testicules. Il en sortit du pus. On prescrivit des frictions avec l'iodure de plomb, et, au bout de six semaines, il sortit guéri de l'hôpital, sauf quelques indurations sur les épididymes, indurations qui persistent encore aujourd'hui, mais sont peu volumineuses et ne déforment pas sensiblement les testicules. A cette époque, il n'eut ni hématurie, ni aucune lésion fonctionnelle de la miction.

Il y a cinq ans, en 1847, il urina, sans douleur, du sang à plusieurs reprises, sans autre cause appréciable qu'une grande fatigue et l'ingestion d'une grande quantité de vin. Il revenait alors à pied d'Espagne en Normandie. Quelque temps après, son urine devint sédimenteuse, la miction devint plus fréquente, moins abondante, mais le jet était encore bien lancé. Au bout d'un an, en 1848, il entre à l'hôpital de Lisieux pour les symptômes suivans : hématurie qui reparaît de temps à autre, miction très douloureuse, fréquente, peu abondante, jet d'urine filiforme, urine laissant déposer un mucus épais, semblable à du blanc d'œuf. Le médecin qui lui donna des soins alors ne pratiqua pas le cathétérisme, prescrivit le copahu, la térébenthine à l'intérieur. Après un traitement de deux mois et demi, l'urine était devenue claire, mais la miction était toujours aussi fréquente (toutes les demi-heures environ), et le jet n'était pas plus gros.

Depuis quatre ans, le malade est resté dans le même état; seulement la miction est devenue de plus en plus fréquente, et quelquefois, lorsqu'il s'est beaucoup fatigué, il urine un peu de sang. Enfin, depuis six mois, l'urine s'écoule sans cesse, goutte à goutte, par l'extrémité de la verge.

État actuel. — On constate l'incontinence d'urine. Chaque fois que quelques gouttes d'urine s'échappent, il éprouve des cuissons à l'extrémité de la verge. A la percussion et au toucher, on ne découvre aucune distension de la vessie. Érections normales, indolentes. L'urine laisse déposer au fond du vase du muco-pus. Sa partie supérieure est très limpide. Insomnie presque continuelle à cause de l'écoulement de l'urine.

En introduisant une sonde dans l'urètre, on trouve à 7 centimètres du méat un rétrécissement qui ne peut être franchi que par des bougies coniques d'un tiers de millimètre de diamètre. Ces bougies pénètrent jusque dans la vessie. Au niveau du rétrécissement, on sent à l'extérieur du canal une induration qui a 12 à 15 millim. d'étendue en longueur. J'introduis tous les jours des bougies coniques de plus en plus grosses. Elles sont retirées une ou deux minutes après leur introduction.

Le 12 novembre, le rétrécissement est assez dilaté pour admettre

---

Nous trouvons dans le même livre une description incomplète de l'appareil auditif. On croyait, du temps de Galien, qu'aucun orifice ne conduisait hors de l'oreille interne, et que le nerf auditif s'y arrêtait. Galien réfute cette opinion en sculptant le rocher et suivant le nerf acoustique dans les canaux demi-circulaires où il s'engage.

Le livre XI contient de longs détails sur les muscles de la face, qu'il divise en élévateurs et en abaisseurs de la mâchoire inférieure. Il admet, outre les mouvemens d'abaissement et d'élévation, des mouvemens de latéralité.

A propos des *dents*, Galien rappelle avec insistance la grande loi générale des rapports qui existent entre l'organisation des parties et leurs fonctions. Il se livre à une sortie pleine de verve et même d'éloquence contre les épicuriens qui niaient l'intervention d'une intelligence dans la formation des êtres, et expliquaient celle-ci par la rencontre fortuite des atomes. Après avoir montré dans la conformation des dents molaires, laniaires, incisives, une nouvelle application de la loi si souvent rappelée par lui, il fait voir que la disposition des dents se modifie suivant les besoins de l'animal et suivant son organisation générale, de laquelle, dit-il, on peut toujours déduire l'organisation particulière.

La *langue* est un organe de préhension, de gustation, d'articulation des sons. Si vous examinez la bouche dans son ensemble, dit Galien, vous êtes étonné de voir qu'un si grand nombre d'actes divers : gustation, déglutition, articulation des sons, respiration, etc., s'y passent sans dérangement et sans trouble.

L'auteur place la gustativité en partie dans la muqueuse buccale et en partie dans la langue. Celle-ci se compose, suivant lui, de deux portions, l'une mobile, l'autre gustative.

La *luette* imprime à la voix certaines modifications, elle rompt et échauffe un peu la colonne d'air qui doit pénétrer dans le poumon. Ceux à qui on a coupé la luette au niveau de la base, ont la voix altérée et ressentent plus vivement le froid de l'air qu'ils respirent, de là le précepte de conserver la base de la luette quand l'excision de cet organe est devenue nécessaire.

Quant aux paupières, cils, sourcils, ailes du nez, pavillon de l'oreille, toutes ces parties sont des organes de protection et de perfectionnement des sens. De plus, elles servent à la beauté de la forme qui, pour Galien, est une manifestation de l'harmonie universelle.

Système pileux. Galien attribue au système pileux divers usages : 1° de séparer du corps certaines matières excrémentitielles; 2° de servir à la beauté, à la majesté des formes; 3° de protéger contre le froid les parties qui en sont couvertes; la femme ne porte pas de barbe parce qu'elle est vouée à une vie toute intérieure; en revanche, elle est abondamment pourvue de cheveux, parce que, destinée surtout à plaire, elle trouve dans sa longue et luxuriante chevelure un ornement naturel qui l'embellit et ajoute à l'effet de ses charmes.

Galien remarque avec justesse que les cheveux et la barbe croissent, pour ainsi dire, indéfiniment, tandis qu'il n'en est pas de même des poils, des cils et des sourcils. Il trouve la raison de cette différence dans des destinations finales différentes.

Dans ce même livre on trouve des détails sur les muscles de la face. Galien insiste sur les muscles peauciers, plus marqués chez les animaux à qui, du reste, ils sont plus utiles.

L'auteur passe ensuite en revue les articulations des os de la face, montrant comment les unes sont disposées pour la solidité, les autres pour la mobilité.

Viennent ensuite deux livres, les XIIme et XIIIme, consacrés à la description de la colonne vertébrale et des mouvemens partiels ou généraux dont elle est douée. L'auteur montre comment, dans cette partie, tout est disposé pour la protection du centre nerveux rachidien. La multiplicité des pièces osseuses qui composent le rachis, a pour but d'empêcher la moelle d'être froissée dans les mouvemens de cette colonne.

Ici sont consignées quelques expériences curieuses faites sur les animaux vivants, et dans lesquelles Galien se propose d'étudier les fonctions de la moelle épinière.

(*La suite au cours prochainement.*)

DES CAUSES PRINCIPALES ET DU TRAITEMENT DE LA SCOLIOSE HABITUELLE;

par le docteur Eulenberg, à Berlin. — La plupart des auteurs s'accordent aujourd'hui à trouver la cause principale de la scoliose, non dans une déformation primitive de la colonne vertébrale, mais dans une différence d'activité dans les muscles latéraux de l'épine. Cette cause, la plus fréquente de toutes, a été trouvée par notre confrère, 264 fois sur 300 cas qu'il a observés, ainsi 88 p. 100. Le point de départ de cette altération musculaire est parfois, mais rarement, un rhumatisme ayant siégé dans ces parties; M. Eulenberg n'en a trouvé que 3 sur les 300. L'hérédité joue un rôle important dans cette pathogénèse. Elle a existé avec certitude 75 fois sur 300, ainsi 24, 3 p. 100. Le sexe féminin y paraît beaucoup plus prédisposé : 261 scolioses chez les filles, ont eu 69 fois un point de départ héréditaire, ainsi 26, 3 p. 100, tandis que les 39 scolioses masculines n'en ont montré que 4, ainsi 1, 25 p. 100. La disposition héréditaire doit être encore plus considérable, si l'on pense que beaucoup de mères, dont les enfans sont déviés, n'avouent pas, ignorent ou cachent, au moyen des ressources de la toilette, leur difformité. Le rôle du médecin devient donc plus important dans les familles dont les parens sont atteints de cette lésion; par une prophylaxie, des soins hygiéniques généraux, une régularisation et un développement convenables du système musculaire, par la gymnastique et tous les exercices qui mettent en jeu l'activité musculaire, on parviendra souvent à empêcher la scoliose chez les enfans.

Le traitement doit tendre à roborer les muscles affaiblis. Mais les auteurs sont tombés dans une grave erreur touchant le siége de la lésion. On agissait surtout sur la partie concave du dos, et c'est l'opposé qu'il fallait faire. La concavité est produite par l'excès d'action des muscles de ce côté sur ceux du côté opposé; ce sont donc les muscles de la partie convexe, qui sont les plus faibles, et sur lesquels on doit faire porter les moyens thérapeutiques. Les frictions médicamenteuses paraissent, à M. Eulenberg, agir principalement par la friction même, et peu ou pas par les substances employées. Le traitement consiste surtout dans l'emploi de l'électricité et de la gymnastique, seules ou combinées. La première n'a que peu de prise sur les muscles de la gouttière vertébrale, parce que ce sont ordinairement les couches profondes qui sont malades. Son emploi est plus facile sur les muscles de l'omoplate, et les cas ne sont pas rares, où la déviation de l'épine n'est pas primitive, mais consécutive à un dérangement du scapulum par action musculaire. Lorsque l'affection n'a pas duré trop longtemps, le redressement de cet os suffit pour entraîner celui de la colonne vertébrale. (*Allgem. med. central-zeitung*, 1855, nos 86 et 87.)

une sonde Béniqué de 4 millim. de diamètre. On sent que le rétrécissement est dur, coriace, qu'il a environ 15 millim. de longueur. Le volume des sondes est augmenté tous les jours, et le 22 novembre nous introduisons une sonde de 5 millim. 1/3 de diamètre. Mais le rétrécissement est si dur, si peu dilatable, que, malgré plusieurs tentatives, il devient tout à fait impossible d'aller au delà. Je me décide alors à pratiquer l'urétrotomie.

Le 25 novembre, le malade, qui est très pusillanime, est chloroformé. Avec le scarificateur de M. Robert, j'incise d'arrière en avant le rétrécissement dans toute son étendue. Immédiatement après, j'introduis une sonde en étain de 8 millimètres de diamètre, elle pénètre dans la vessie avec la plus grande facilité. Une ou deux cuillerées de sang s'écoulent par l'urètre. Au bout de cinq minutes, je retire la sonde.

26 novembre. Hier, dans l'après-midi, le malade a eu de la fièvre et du frisson. L'urine est sanglante. A l'extérieur de la verge, au niveau du retrécissement, on remarque une ecchymose et on sent une tuméfaction prononcé. Je cherche à introduire la même sonde qu'hier, mais j'en suis empêché par la tuméfaction du canal. Craignant de faire une fausse route, je cesse toute tentative. Un bain.

27 novembre. L'ecchymose s'est étendue aux bourses et tout le long de la verge. A la racine des bourses, au niveau du point incisé, on sent une tumeur dure, du volume d'un petit œuf de poule. Œdème de la verge. Fièvre. Anorexie. Cataplasmes,

28 novembre. Même état. Il urine toutes les heures par la verge, en petite quantité.

29 novembre. Même état. Un bain.

30 novembre. La tumeur qui existe au niveau du rétrécissement a un peu augmenté de volume. En la comprimant, on fait sortir par l'urètre deux à trois cuillerées à bouche de pus mêlé à de l'urine. Le malade éprouve de suite beaucoup de soulagement.

1er décembre. Sur la partie latérale gauche de la verge, un abcès urineux s'est développé. Je l'incise largement, et il s'écoule du pus mêlé à l'urine ; puis le malade urine par la plaie.

2 décembre. L'abcès urineux, formé à la racine des bourses, est largement ouvert. Mais une hémorrhagie abondante m'oblige à pratiquer le tamponnement de la plaie.

Les jours suivans, le malade est soumis à un régime tonique ; je m'abstiens de toute tentative de cathétérisme. L'urine ne sort pas par le méat, mais exclusivement par l'ouverture qui existe sur le côté de la verge.

Le 10 décembre. Une bougie très fine pénètre dans la vessie. Je la fixe à demeure.

Le 11 décembre. Elle a été expulsée en partie hier soir, et le malade n'osant pas la réintroduire, l'a retirée tout-à-fait. J'introduis successivement trois bougies de calibre de plus en plus gros.

Le 13 décembre. Je parviens à faire pénétrer une bougie conique de 6 mm. de diamètre, elle n'est pas pincée par le rétrecissement et le canal semble jouir d'une grande dilatabilité. Les jours suivans, on augmente le volume des bougies.

Le 28 décembre. La fistule urinaire est presque cicatrisée et laisse à peine écouler quelques gouttes d'urine pendant la miction. J'introduis une sonde métallique de 7 mm. 2/3. Au bout de 3 semaines, j'arrive à une sonde de 9 mm. 1/3 de diamètre. A cette époque, 15 janvier 1855, la fistule urinaire est complètement cicatrisée, le besoin d'uriner est toujours fréquent (il revient toutes les demi-heures) ; l'urine renferme toujours un peu de muco-pus. Pendant trois semaines, je fais tous les jours des injections d'eau tiède dans la vessie, puis, pendant trois autres semaines, je coupe l'eau tiède avec de l'eau de goudron. L'urine devient plus claire et le jet plus lancé. Mais la miction resta toujours aussi fréquente. Au commencement de mars, je suspendis les injections ; le malade reprit ses occupations. Je lui possai seulement une sonde de 9 millimètres 2/3 tous les quinze jours.

Le 15 avril. Son état, sous le rapport de la miction, est le même. L'induration qui existait au niveau de la partie scarifiée du canal a disparu. La verge peut se dresser sans douleur pendant les érections, ce qui avait été impossible depuis l'opération.

Le 4 août 1855. Le malade rentre dans mon service dans l'état suivant : une sonde de 9 millimètres 2/3 de diamètre pénètre facilement dans la vessie ; seulement, lorsque son extrémité arrive au niveau du rétrécissement, on sent qu'elle heurte contre une saillie cartilagineuse. Cette saillie est formée par les deux extrémités de la circonférence du rétrécissement séparées par une cicatrice large, souple, extensible, car la sonde n'est aucunement serrée dans ce point. A l'extérieur, on sent, au niveau du rétrécissement, la même induration qu'avant l'opération. L'urine laisse déposer du muco-pus. Dans le jour, le malade reste bien une heure sans uriner, le jet est lancé. Mais, pendant la nuit, le malade place la verge dans un urinoir et il urine involontairement sans s'éveiller.

Tous les jours, du 4 août au 27 août, je lui fais des injections avec de l'eau tiède, en distendant lentement la vessie le plus possible et, dès que le besoin d'uriner se manifeste, je laisse écouler le liquide. Je répète cette opération six à sept fois de suite le matin. Au bout de quinze jours, je supprime l'urinoir pendant la nuit et je prescris au malade de se lever toutes les fois qu'il aura besoin d'uriner.

A sa sortie, le 27 août, l'urine est devenue claire ; dans le jour, il reste une heure et demie sans uriner. La nuit il se réveille toutes les fois qu'il a besoin d'uriner excepté pendant le premier somme.

Le 25 septembre 1855. Je revois le malade. Depuis sa sortie de l'hôpital il a fidèlement exécuté ma prescription et maintenant le besoin d'uriner le réveille même pendant le premier somme. Il urine en tout six à sept fois par nuit.

Dans le courant de décembre 1854, sous l'influence d'un froid assez rigoureux, il fut pris de douleurs dans la vessie, les besoins d'uriner devinrent plus frequens, l'urine laissait déposer du muco-pus, la miction redevint involontaire pendant le sommeil.

Cet état a persisté et aujourd'hui, 9 juillet 1855, il rentre dans mon service, obligé d'uriner toutes les dix minutes. Une sonde métallique de 9 millimètres de diamètre pénètre très facilement dans le canal. On sent la saillie formée par le rétrécissement dans le même état que le 4 août 1854. Injection d'eau tiède dans la vessie. Un bain sulfureux tous les deux jours.

Le 10 août. Il sort de l'hôpital. N'ayant plus d'incontinence nocturne et pouvant rester deux à trois heures sans uriner. L'urine est claire et le jet bien lancé.

Cette observation présente plusieurs particularités qui méritent de fixer un instant l'attention. Le rétrécissement n'est pas consécutif à une blennorrhagie, du moins si on s'en rapporte aux renseignemens donnés par le malade. Il est très intelligent, s'observe bien, et j'ai tout lieu de croire qu'il n'a pas cherché à m'induire en erreur.

Quelle est donc l'origine de ce rétrécissement? En interrogeant les antécédens du malade, on trouve qu'il a eu un chancre sur le méat urinaire. On peut donc se demander s'il n'en a pas eu en même temps dans le canal et expliquer ainsi l'existence du rétrécissement. Mais, outre que les chancres urétraux sont très rares, ils s'accompagnent en général de symptômes assez tranchés pour ne point passer inaperçus. Or, au rapport du malade, il n'eut aucun des accidens qui peuvent en faire soupçonner la présence : pas de douleurs ni d'induration sur le trajet du canal, pas d'urines sanguinolentes, etc.

Nous voyons qu'en 1842, il fit une chute sur une balle de marchandises, et qu'il se heurta violemment les bourses. Ici, les mêmes raisons que précédemment sont applicables. S'il y eut des accidens du côté des testicules, rien ne nous autorise à admettre qu'il y ait eu une plaie du canal de l'urètre.

Si on écarte ces diverses causes, on peut se demander si nous n'avons pas là un exemple de rétrécissement congénial. M. Nélaton m'a dit en avoir observé plusieurs cas analogues qui offraient les mêmes caractères et avaient passé inaperçus pendant une longue période de la vie des malades.

Quelle que soit d'ailleurs la cause du rétrécissement, la dilatation était évidemment insuffisante pour amener la guérison. Le rétrécissement formait une sorte d'anneau cartilagineux, inextensible, sur lequel les bougies n'avaient aucune action. L'urétrotomie était donc la seule planche de salut, et je dus y avoir recours. Malheureusement, il est facile de le voir par la date de l'opération, les belles recherches de M. Reybard n'étaient pas encore publiées, et je ne connaissais pas l'importance d'*appliquer une sonde à demeure dans le canal de l'urètre pendant les trois premiers jours qui suivent l'incision*, afin de prévenir les infiltrations urineuses. Les conséquences de cette omission furent graves, et pendant longtemps j'eus de terribles inquiétudes. Cependant, les fistules urinaires se cicatrisèrent sous l'influence d'un traitement méthodique, et j'eus la satisfaction de voir qu'elles n'entravèrent en rien la guérison de mon malade. Depuis, je me suis demandé comment un chirurgien d'un grand mérite osait pratiquer l'urétrotomie sans appliquer une sonde à demeure pendant les premiers jours qui suivent l'opération.

Bien qu'elle n'ait point été pratiquée avec son urétrotome, l'incision du rétrécissement a été faite suivant les règles posées par M. Reybard : elle a compris toute son épaisseur, et nous avons obtenu un résultat très satisfaisant, en ce sens que nous n'avons eu aucune récidive. En effet, l'opération est faite le 26 novembre 1852, et nous donne une dilatation immédiate de 8 millim., et au bout d'un mois de 9 millim. 1/3. En juillet 1855, c'est-à-dire deux ans et demi après, on peut introduire d'emblée une sonde de 9 millim.

Je n'insisterai pas ici sur le traitement par les injections d'eau tiède et de goudron qui ont, à plusieurs reprises, guéri le catarrhe de la vessie, et, en modifiant le racornissement de la vessie, fait disparaître cette incontinence d'urine, si pénible pour le malade. Cette partie de l'observation est en dehors du but que je me propose ici. Cependant on ne saurait se dissimuler que si on n'avait pas, à l'aide de l'urétrotomie, largement dilaté le canal et prévenu tout retour de rétrécissement, les tentatives faites pour combattre le racornissement et le catarrhe de la vessie n'eussent pas été couronnées de succès.

(La suite à un prochain numéro.)

MÉDECINE LÉGALE.

DES PLAIES PAR MORSURE DE CHEVAL AU POINT DE VUE MÉDICO-LÉGAL.

MM. Robert et Jobert (de Lamballe) ont, il y a quelques mois, donné communication à l'Académie de médecine de quelques faits relatifs à l'arrachement des doigts. Ces deux académiciens ont considéré ces faits au point de vue physiologico-pathologique. Mais la question peut se présenter sous une autre face : le médecin peut avoir à la traiter comme expert en médecine légale. La question de mutilation volontaire m'a été posée récemment par le tribunal de Lunéville dans une blessure de ce genre. Voici le fait :

L..., du village de D..., conscrit de la classe de 1855, se présenta au conseil de révision avec les deux phalanges de l'index droit emportées, et une plaie suppurante à l'extrémité du doigt blessé. D'après L ..., un cheval auquel il présentait sa nourriture l'aurait saisi et soulevé par le doigt absent aujourd'hui, puis le lui aurait emporté net. Toutes les circonstances étaient en sa faveur et semblaient donner raison à son témoignage. Néanmoins, des poursuites furent commencées sur l'avis de l'autorité administrative, à laquelle l'époque, le siége et l'aspect de la blessure inspiraient une défiance, il faut en convenir, assez motivée.

Au moment de mon examen médico-légal, c'est-à-dire six semaines après l'accident, la plaie, réduite à 10 millim. environ de diamètre, présentait l'aspect d'une plaie régulière comme celle qui succède à une amputation méthodiquement pratiquée ; l'extrémité inférieure de la première phalange était intacte sous la peau ; il n'y avait point eu d'hémorrhagie, au dire de L..., la partie retranchée, ayant été jetée, ne put m'être présentée.

Je ne pouvais, dans les conclusions de mon rapport, dépasser l'interprétation matérielle des faits, et quoique croyant à l'innocence de L..., je dus énoncer un doute complet sur les causes de la blessure.

Le tribunal renvoya L... des fins de la plainte, « les faits n'étant pas suffisamment établis. »

Je fus à même d'observer depuis à l'hôpital de Lunéville un fait analogue qui n'a fait que me confirmer dans mon opinion au sujet de L.... Champion, soldat au 10me dragons, le 7 décembre 1855, s'approchant de son cheval au pansage, a les deux phalanges du pouce gauche saisies et arrachées dans leur articulation métacarpienne par les mâchoires de cet animal. Pas d'hémorrhagie, pas de fracas des os ; la partie emportée est retrouvée dans la litière unie à un fragment de tendon. La cicatrisation de la blessure marche régulièrement et sans accidens ; elle est complète vers le 20 janvier 1856, et l'on sent la tête du premier métacarpien intacte sous la peau. On pourrait croire qu'une amputation régulière a été pratiquée circulairement au pouce gauche.

Il résulte de ces deux faits, du second au moins, d'une manière irréfragable, que les plaies résultant de l'arrachement des doigts peuvent parfaitement simuler une section faite avec l'instrument tranchant, surtout lorsqu'on est appelé à se prononcer à une période avancée de la cicatrisation ; on doit conséquemment être très réservé sur les conclusions à prendre dans les affaires de ce genre.

Le 2me fait est confirmatif de la loi posée par M. Robert, le tendon du long fléchisseur du pouce ayant été rompu au niveau de son attache aux fibres musculaires.

Les suites de ces deux blessures ont été aussi fort bénignes, et en six semaines la cicatrisation était presque terminée.

T. Saucerotte, d.-m. p.

OBSTÉTRIQUE.

IMPLANTATION CENTRALE DU PLACENTA SUR LE COL ; — CONDUITE A TENIR DANS CES CAS ;

Par le docteur Cohen, à Hambourg.

Cette méthode, déjà préconisée par d'autres accoucheurs, entre autres par M. Crédé, de Berlin, a soulevé une vive polémique, surtout à cause du nom que M. Cohen a voulu y attacher, et c'est le sien propre.

Elle consiste à attendre, si faire se peut, l'élargissement de l'orifice externe jusqu'à l'interne, sinon à dilater artificiellement le col ; à rechercher le côté du col où se trouve la plus petite portion du placenta ; à rompre les membranes, à les détacher, ainsi que le placenta, dans une demi-circonférence, de manière à ce que le segment le plus considérable du placenta reste fixé et puisse se retirer avec la matrice à mesure que celle-ci se distend, sans être gêné par les tiraillemens opérés par les membranes et la portion plus petite du placenta. Le point le plus important est la détermination du côté où se trouve le petit segment, et M. Cohen ne nous paraît pas avoir bien réussi à cet égard. Il donne d'abord deux signes théoriques qu'il se propose seulement d'étudier expérimentalement. C'est le ramollissement plus considérable du col, du côté de l'implantation la plus large du placenta, et, en second lieu, une douleur qui doit exister au même endroit. Dans la grossesse normale, le placenta se trouve le plus fréquemment fixé sur le côté droit de la matrice ; M. Cohen admet que, dans l'implantation centrale sur le col, le même phénomène existe ; ainsi « que dans les cas *de beaucoup les plus nombreux*, le placenta (c'est-à-dire le segment le plus considérable) se trouve à droite, et la partie la plus petite à gauche, p. 268. » Mais dans une note, même page, nous lisons : « je ne puis passer sous silence que, dans ces cas, j'ai *souvent* rencontré le placenta à gauche... Ainsi le petit segment à droite. »

Quel est en définitive le côté sur lequel on doit opérer ? — On introduit l'indicateur et le médius de la main gauche dans le vagin, on pénètre avec l'indicateur seul dans l'orifice du côté gauche, on l'enfonce lentement entre le placenta et la matrice jusqu'à une profondeur telle, que le doigt soit engagé de une à deux lignes au delà de la moitié de la seconde phalange. Si à cette profondeur on ne sent pas le bord du placenta et les membranes lisses, on a rencontré *le cas plus rare* de la présence du grand segment à gauche, « selon les observations de Scanzoni et les miennes, *le plus fréquent* (page 250). » Il faut alors introduire de la même manière la main droite, et agir sur le côté droit de la matrice. D'après ce qui précède, il est difficile de savoir quel est le côté le plus ordinaire de l'implantation dans l'opinion de M. Cohen.

Quoi qu'il en soit du côté, on introduit l'indicateur et le médius dans la vagin, mais on ne pénètre dans la matrice qu'avec l'indicateur seul, pour déterminer l'endroit sur le quel on doit agir. Le côté de l'implantation du petit segment du placenta étant trouvé, on engage également le médius, et les deux doigts sont enfoncés jusqu'à ce que l'on soit arrivé aux membranes que l'on déchire pendant une contraction, s'il s'en fait et si l'on peut attendre. Sinon, on tend les membranes en stimulant un peu l'utérus au moyen de frictions douces exercées sur le fond avec la main libre, et en pressant sur le fond pour le rapprocher des doigts introduits dans le col. Après la rupture des membranes, on recourbe légèrement les doigts sur le bord libre du placenta, et, en portant résolument la main d'abord en avant jusque sous la symphyse pubienne, puis en arrière, jusque sur le sacrum, on arrache les membranes du placenta et l'on détache celui-ci de son implantation à l'utérus, dans une étendue d'un demi-cercle de 190 à 200 degrés. On sort alors les doigts du vagin pour que les eaux de l'amnios puissent s'écouler à flot, et de ce moment le danger est passé pour la femme et pour l'enfant, si l'opérateur n'avait pas été appelé trop tard, comme il arrive malheureusement si souvent. L'hémorrhagie cesse de suite, et la grande portion du placenta, encore adhérente, suffit pour entretenir la vie du fœtus ; aussi il n'y a pas à hâter l'accouchement, il faut le laisser marcher naturellement, comme si aucune complication n'avait eu lieu. Même si la position du fœtus réclame la version, il ne faut pas la faire sur le coup, mais attendre que les douleurs aient agi quelque temps et que la partie inférieure de l'utérus se soit élargie convenablement. Il n'y a qu'un cas dans lequel on pourrait terminer l'accouchement avec précipitation, c'est quand la vie de la mère est irrévocablement perdue,

pendant que l'auscultation donne encore des signes de vie chez le fœtus; mais ce cas se présentera rarement, et les résultats n'en seront pas souvent favorables au fœtus. — (*Monats schrift f. Geburtsk.*, 1855, t. v, n° 4.)

Dr Stroth.

BIBLIOTHÈQUE.

ÉTUDES PRATIQUES SUR L'HYDROTHÉRAPIE OU TRAITEMENT DES MALADIES PAR L'EAU FROIDE;

Par Paul Vidart, docteur en médecine, directeur de l'Institut hydrothérapique de Divonne (Ain). 2me édition. — Paris, Joël. Cherbuliez, libraire éditeur, rue de la Monnaie, 10.

Au pied du Jura français, au dessus du lac de Genève, en face du majestueux amphithéâtre des Alpes de la Savoie, jaillissent des sources vives, fameuses depuis plusieurs siècles par leur fraîcheur et leur limpidité, témoignant par leur nom même du juste orgueil qu'elles ont inspiré aux habitans du pays : Divonne, *fontaine des dieux* (1). Un amant de la science et de l'humanité, M. le docteur P. Vidart, les enleva en 1848 à l'industrie, dont jusqu'alors elles avaient fait la fortune, pour les consacrer, au prix de nombreux sacrifices, au soulagement des malades de ces contrées.

Élève de Scoutetten, M. Vidart n'était point novice dans l'art de guérir par l'eau froide, et fonda d'emblée le plus vaste et le plus complet établissement hydrothérapique que nous connaissions en France et à l'étranger; de nombreux malades s'empressèrent de profiter de cette création, et fournirent les matériaux de l'ouvrage dont nous analysons aujourd'hui la seconde édition.

Disons tout d'abord que, quoique à la fois médecin et gérant de son établissement, M. le docteur P. Vidart ne nous semble point un spéculateur : son ouvrage est écrit avec impartialité, les succès et les revers y sont aussi franchement accusés les uns que les autres, et ce mode de faire, si rare dans notre littérature contemporaine, nous paraît promettre à nos confrères un livre qui sera pour eux un guide sûr pour leurs appréciations, et un conseiller utile pour leur thérapeutique.

L'ouvrage de M. Vidart est, du reste, placé sous le patronage d'un médecin, justement estimé par tous les partisans des saines doctrines, M. le docteur Rilliet, médecin en chef de l'hôpital de Genève, qui, dans un rapport à la Société de médecine de cette ville, a rendu le plus éclatant témoignage au talent et à la science de notre auteur.

L'hydrothérapie n'est pas chose nouvelle. Depuis Hippocrate jusqu'à Priesnitz elle a eu de nombreux sectaires, et sans parler des populations slaves, qui toujours en firent un large usage, même contre les maladies aiguës, elle peut revendiquer, dans les divers âges de la médecine, les noms de Celse, Galien, Savonarola, Bianchalli, Mercuriali, Jean Floyer, Frédéric Hoffmann, Hahn de Breslaw, Cyrillo, Giannini, Wright, Curry, Hecquet.

En chirurgie, dit M. Rilliet, *l'eau froide a été employée dès l'origine de l'art; mais, chose bizarre, tandis que, en médecine, depuis Hippocrate jusqu'au* XIXme *siècle, les plus grands noms de la science sont attachés aux découvertes hydrothérapiques; en chirurgie c'était aux mains des charlatans que, pendant ce temps, la méthode était tombée.*

Ambroise Paré, le premier, appliqua rationnellement l'eau froide au traitement des plaies; Percy, puis plus tard Breschet, A. Bérard, en constatèrent les heureux, et même prodigieux effets.

M. Vidart marche avec honneur sur les traces des Scoutetten et des Schedel, et, plus fortuné que ses devanciers, aucune ressource matérielle ne lui fait défaut : *une richesse précieuse, que l'on trouve à Divonne, et que l'on rencontrerait difficilement ailleurs*, dit M. Rilliet, *ce sont les trois grandes piscines qui sont traversées par les trois grandes sources de la Divonne, et qui offrent les avantages des bains de rivière à une température constante de* 6° 1/2 *centig.*

L'eau ne manque donc pas à M. Vidart, elle jaillit dans son parc à la plus basse température possible; il la peut distribuer et répartir de mille manières, sans en user avec la stricte économie imposée à certains établissemens qui sont obligés de faire chercher à grands frais, pendant la nuit, l'eau qui doit remplir leurs réservoirs, et servir, le jour suivant, aux bains et aux douches.

M. Vidart fait précéder l'exposé de ses procédés, et des résultats obtenus, de réflexions générales sur l'hydrothérapie; il déplore l'empirisme qui, jusqu'à ce jour, a presque généralement présidé à l'emploi des moyens hydriatiques, et cherche à se rendre compte de leur mode d'action; ennemi de l'exclusisme, il rejette à la fois les doctrines trop entières des vitalistes et des organicistes, et estime, avec M. le dr Auber (2), que : *la médecine la plus sûre repose sur ce principe : qu'il y a au sein de tous les êtres organisés, une force vive qui les anime, et qui est à la fois formatrice, conservatrice, médicatrice; que toute maladie est le combat de la nature contre une cause morbifique, qu'elle est le résultat de deux actions distinctes, savoir, d'une action morbide et d'une action médicatrice; d'une* action *morbide, produite par une cause morbifique et constituant une affection; d'une action médicatrice organisée par la force vitale médicatrice et formant une* réaction; *qu'enfin, dans ses efforts de conservation, la nature réagit par élimination contre les causes morbifiques.*

Pour M. Vidart l'hydrothérapie n'a pas d'autre but que d'exciter cette force éliminatrice.

Enfin l'auteur déplore les excès auxquels se livrent les malades qui, après avoir éprouvé les bienfaits de l'hydrothérapie, continuent à se macérer dans l'eau froide, de leur propre autorité : *De tels excès sont funestes et prouvent, une fois de plus, que les plus ingénieux systèmes et les meilleures idées, peuvent se perdre dans un injuste oubli, quand ils ne trouvent pour appui que des adeptes dont la ferveur est poussée jusqu'au fanatisme.*

L'exposé des procédés hydriatiques, en usage à Divonne, forme la première partie de l'ouvrage, et nous allons suivre l'auteur dans cette revue.

1° Etuve sèche. — Le malade, dépouillé de ses vêtemens, est enveloppé de deux couvertures de laine, exactement appliquées sur le corps, la tête seule restant libre; la durée de l'enveloppement est de quatre à cinq heures. Ce temps suffit pour faire perdre au malade une quantité considérable de sueur, ainsi que nous le voyons dans l'observation deuxième, relative à un jeune homme de 22 ans, affecté de rhumatisme, qui, pendant 160 enveloppemens, perdit en moyenne deux kilogr. de sueur chaque fois, sans que sa constitution en parut affaiblie; au contraire, il se sentait plus vigoureux et plus fort.

M. Vidart préfère cette sudation naturelle, excitée par la concentration seule de la chaleur du malade, aux différens procédés employés par les médecins qui ne craignent pas, pour rendre à leurs cliens l'hydrothérapie plus agréable, d'en diminuer les avantages. Cependant, dans quelques cas particuliers d'inertie de la peau, la sudation naturelle, difficile à provoquer, est excitée par le bain de vapeur humide, préférable, sans nul doute, à l'usage de la lampe à esprit de vin. Quelle que soit la confiance de M. Vidart dans l'application du maillot, et dans l'efficacité des sudations, il n'en fait point un emploi général, il les réserve, comme tous les hydropathes habiles, aux cas où la peau est sèche, rugueuse, aride, aux cas enfin où la médecine indique l'usage des sudorifiques et des excitans cutanés.

Chose remarquable, malgré des enveloppemens aussi prolongés, M. Vidart a constaté que la température de la bouche n'augmente pas de plus de 1/4° centig., et que le pouls, quoique plus élevé, ne devient pas plus fréquent. — A la suite de l'étuve sèche, bains partiels, ablutions froides, bains tempérés de 25 à 10° centig., ou enfin grande piscine à 6° 1/2 centig.

L'enveloppement dans un drap, mouillé d'eau plus ou moins froide suivant les circonstances, constitue l'Étuve humide. *Elle sera tonique et calmante si elle n'excède pas une heure; réfrigérante et antiphlogistique lorsque, dans ce laps de temps, on la renouvellera plusieurs fois; ce sera enfin un moyen de sudation ordinaire si le malade y reste plus longtemps. Pendant les premiers momens de l'enveloppement*, ajoute M. Vidart, *la température du corps baisse considérablement, et cela même dans les parties non emmaillotées, comme on peut s'en convaincre en plaçant la main sur le front; en même temps le pouls tombe, le nombre des pulsations diminue de quinze à vingt, mais bientôt la chaleur revient, le pouls se relève et la peau rougit.*

Ce moyen, dont M. Lubanski avait fort bien déjà apprécié les avantages et constaté les résultats, a été attaqué par M. L. Fleury (Traité pratique sur l'hydrothérapie), qui lui reproche de macérer en quelque sorte la peau, et de lui faire perdre sa vitalité; mais M. L. Fleury nous semble avoir pris l'abus de l'enveloppement mouillé pour l'usage raisonné de ce procédé; certes, si on exagère, comme le font certains hydropathes fanatiques, l'emploi du maillot humide, la peau ne tardera pas à perdre ses facultés perspiratoires, mais ce n'est pas une raison pour repousser systématiquement une des plus belles découvertes de Priesnitz, un des plus puissans antiphlogistiques, un des plus énergiques stimulans de la peau. — *Il est d'ailleurs*, dit M. Vidart, *un fait qui est actuellement pour nous l'objet de recherches analytiques, et qui prouve l'action profonde que peuvent exercer les applications humides sur l'organisme en général, et la peau en particulier, c'est que, dans quelques circonstances, après un certain nombre de jours de traitement, le drap qui a servi à l'enveloppement est coloré en rose après l'opération.*— Une compresse humide, appliquée sur l'épigastre d'un gastralgique, et sur une partie de la colonne vertébrale chez un malade atteint de myélite chronique, nous a fourni un résultat analogue reparaissant à chaque nouvelle application.

M. Vidart nous annonce une prochaine publication relative à cette coloration pathologique, et, désireux de ne rien publier qui ne soit appuyé sur une observation consciencieuse et une analyse exacte, il se contente de noter que ce phénomène n'a paru se produire que dans les cas d'action tonique et sédative, et a presque toujours coïncidé avec un bien-être réel. — M. Vidart rappelle aussi que Schultz, Fabrice de Hilden, Paullini, Conradi, Fernel, Bartholin, Lusitanus, J. P. Franck, Henekel, etc., etc., ont vu des sueurs jaunes, vertes, bleues, rouges, noires, phosphorescentes, etc., etc., mais il regrette avec nous que ces auteurs ne nous aient donné aucun renseignement sur l'état de santé des sujets qui ont fourni de pareilles sueurs, sur leur constitution, sur leur mode d'alimentation, et sur les traitemens auxquels ils avaient été soumis. — M. Lubanski avait déjà, du reste, été témoin de faits semblables : il a remarqué des taches bleues, roses, brunes, etc., sans pourtant déterminer la cause de ces colorations et de leurs variétés.

S'appuyant sur les travaux de Weber, Cruikshanck et Burdach, M. Vidart croit pouvoir attribuer la coloration rose à une exhalation morbide des vaisseaux sanguins de la peau, exhalation due elle-même à certaines dispositions morbides mal définies dans leur nature.

Quelles peuvent être les causes des sueurs bleues, des urines de même couleur, se demande l'auteur, et il rappelle que les deux malades examinés par Bleifuss et Heyfelder, en 1835, et affectés de sueurs bleues, étaient tous deux atteints de maladies chroniques du foie. Le docteur Schmitz rapporte l'observation d'un malade, affecté d'hypertrophie de la rate et du foie, suite de fièvres intermittentes contractées à Surinam, et qui, au bout de neuf mois de traitement hydrothérapique à Graffenberg, vit une amélioration sensible dans son état, coïncider avec des urines fortement colorées en bleu; la guérison eut lieu au bout de dix-huit mois. (Scoutetten, p. 516.) M. Bouchardat (*An. de thérapeutique* 1845, p. 138,) examina ces urines, et cet habile chimiste reconnut que leur coloration était due à une substance organique particulière, que ni les réactifs ni le microscope ne lui permirent de rattacher à un principe connu.

Le drap mouillé est souvent employé à Divonne; c'est une espèce d'*épreuvette* hydrothérapique, qui permet à M. Vidart de juger, dès le premier jour, de l'impressionnabilité de ses malades et du degré d'activité de l'enveloppe cutanée.

Les ceintures mouillées, compresses, etc, excitantes ou calmantes, suivant leur plus ou moins grand état d'humidité, sont destinées aux malades atteints d'affections intestinales, de désordres divers des viscères abdominaux, ou de douleurs locales.

Enfin, M. Vidart entre dans l'exposition des procédés hydriatiques dont il dispose; mais nous ne le suivrons pas, comme nous l'avons fait jusqu'ici; nous remarquerons seulement que l'on ne peut accumuler dans un établissement plus de moyens divers, destinés à remplir les indications multiples, et que nous ne savons ce qu'il faut le plus admirer, ou du génie du médecin, ou du désintéressement du philanthrope, qui, pour un résultat pécuniaire douteux, n'a pas craint d'exposer des sommes considérables. — Douches ascendantes, descendantes, à colonne (42 pieds de chute), en pluie, en poussière, en gerbes, en arrosoir, rectales, oculaires, froides ou chaudes alternativement; bains de siége à courant continu, bains simples alternatifs, piscines traversées par de véritables torrens; rien ne manque à Divonne, tout y est à profusion. Les douches ascendantes vaginales y sont nombreuses aussi, de calibres divers, de forces différentes, et les succès, que leur doit M. Vidart, lui ont donné en elles une confiance peut-être un peu trop absolue.

Il repousse l'emploi de tout redresseur mécanique, et ne traite les déviations utérines que par les douches et les moyens généraux qu'il a à sa disposition. L'hydrothérapie tonifie d'une manière générale et locale, amène à résolution les métrites chroniques, et de plus guérit les névralgies utérines, à la façon des excitans directs portés sur le col utérin, par le procédé de M. le professeur Malgaigne.

En terminant cette première partie, M. Vidart insiste sur la nécessité de la *réaction* à la suite des opérations hydrothérapiques; il entend par réaction le rétablissement de l'équilibre physiologique, après la perturbation imprimée à toute l'économie par les procédés hydriatiques. La réaction ne peut avoir lieu qu'à certaines conditions, que le médecin seul peut apprécier, *car seul il peut proportionner la température de l'eau, et la durée de son application, au degré d'aptitude particulière que possède chaque malade à réagir contre le froid, tenir compte de l'état de toutes les fonctions, et de celui des organes sur lesquels le froid agit directement.*

Du reste, les malades trouvent à Divonne tous les moyens propres à faciliter la réaction : douceurs exercés, promenades charmantes, gymnase complet, promenoir couvert, salles d'armes et de billard, rien ne leur manque pour se conformer aux préceptes de leur docteur.

Tous les malades, à quelques rares exceptions près, éprouvent, au bout de deux ou trois semaines de traitement, un léger embarras gastrique fébrile, de courte durée, et qui est promptement suivi d'une amélioration sensible de l'affection principale. C'est ce que M. Vidart nomme, avec les hydropathes, *fièvre de réaction.*

Dans la seconde partie de son ouvrage, moins intéressante pour le critique, mais destinée toute entière au praticien, M. Vidart donne les observations de 131 malades, choisies dans toutes les séries, et destinées à démontrer d'une manière évidente quels sont les cas où l'hydrothérapie peut être avantageusement employée, et ceux dans lesquels elle doit être repoussée de la pratique. — Quelques observations de névroses générales sont remarquables sous plusieurs points de vue, et intéresseront pour le moins autant le physiologiste que le médecin.

Nous le répétons, M. Vidart n'est pas un spéculateur, et ne fait point de l'hydrothérapie une panacée universelle, et d'autre part, ne demande qu'à initier ses confrères à sa méthode et à ses procédés. — Qu'il nous soit permis, en terminant, de le remercier publiquement de l'hospitalité antique qu'il accorde, avec la plus aimable générosité, à tout médecin désireux de visiter son établissement; voilà certes de la confraternité comme nous l'entendons, et qui ressemble peu au fait suivant : Un jeune médecin se présenta, il y a 3 ans, à la porte d'un établissement voisin de Paris, et demanda à le visiter, mû par une curiosité toute scientifique, mais le directeur-médecin lui en refusa péremptoirement l'entrée.

Amédée Latour.

(1) Di vonne, en langue celtique : Fontaine des dieux ou divine.

(2) *Traité de la science médicale*, page 638, 1853.

EN VENTE,

Aux bureaux de l'*Union Médicale* et chez tous les libraires de l'École de médecine,

LETTRES SUR LA SYPHILIS,

Adressées à M. le rédacteur en chef de l'Union Médicale,

Par Ph. RICORD,

Chirurgien de l'hôpital du Midi, chirurgien-consultant du Dispensaire de salubrité publique, membre de l'Académie impériale de médecine, de la Société de chirurgie et de diverses Académies et Sociétés savantes; officier de la Légion-d'Honneur, commandeur et chevalier de plusieurs autres ordres;

AVEC UNE INTRODUCTION,

PAR AMÉDÉE LATOUR,

Rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique.

Deuxième édition revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE POUR LA VILLE DE PARIS,

FONDÉ

Par DOMANGE *et continué par l'Administration de* L'UNION MÉDICALE

VINTG-SEPTIÈME ANNÉE. — 1856.

Cet ouvrage renferme le recueil des lois spéciales relatives à l'enseignement et à l'exercice de la médecine et de la pharmacie; les renseignemens les plus complets et les plus exacts sur les Facultés de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie (personnel, enseignement, etc.), sur les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sur le haut enseignement public qui se fait au Muséum d'histoire naturelle, au Collége de France, à la Faculté des sciences et à la Faculté des lettres, sur tout ce qui rentre dans le domaine de l'Assistance publique (hôpitaux et hospices, secours à domicile); le tableau complet de toutes les Sociétés savantes de Paris se rattachant à la médecine et à la pharmacie; les indications nécessaires aux médecins et aux pharmaciens dans leurs relations avec les diverses Administrations publiques; le Service de santé des Autorités et Administrations; l'énumération de tous les Journaux de médecine et de pharmacie qui se publient à Paris; enfin la Liste (avec les adresses, les titres officiels et les heures de consultations) de tous les Médecins et Pharmaciens du département de la Seine, et celle des Sages femmes de Paris; cette Liste est reproduite par rues pour les Médecins et les Pharmaciens de Paris.

Un joli volume in-18, imprimé en caractères neufs, fondus exprès.

Prix : 3 fr. 50 c.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 23. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 21 Février 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. CHIRURGIE : Mémoire sur l'ischurie urétérique et sur l'urétérotomnie, ou taille de l'uretère. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 19 Février 1856 : Correspondance. — Encore quelques mots sur l'épidémie de fièvre puerpérale. — Rapport sur les champignons. — Suite et fin de la lecture de M. Renault. — Discussion sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion des paupières. — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON : Un banquet médical à Lyon.

PARIS, LE 20 FÉVRIER 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

S'il restait encore le moindre prétexte à l'émotion qu'avait suscitée la fausse nouvelle de l'existence d'une épidémie de fièvre puerpérale à Paris, la courte allocution prononcée hier par M. Danyau suffirait pour tranquilliser entièrement les esprits. La maison de la Maternité, que l'on disait actuellement fermée, et qui ne l'a été d'ailleurs que depuis septembre jusqu'à la mi-décembre, pour cause de réparations intérieures, a été r'ouverte le 15 décembre dernier. De cette époque au 18 février, 516 femmes ont accouché à la Maternité ; or, huit de ces accouchées seulement ont succombé à la fièvre puerpérale, soit une sur 65, proportion trop forte encore, sans doute, mais qui éloigne évidemment toute idée d'influence générale et épidémique. Il est à espérer que les réparations qui viennent d'être faites à la Maternité, amélioreront les conditions sanitaires de cet asile où, selon la remarque fort triste de M. Moreau, la mortalité ordinaire des femmes en couches a été jusqu'ici de 10 à 12 p. 100. On sait aussi combien y ont été graves et fréquentes jusqu'ici les épidémies de fièvres puerpérales.

M. Chevallier a donné le bon exemple, trop rarement suivi, de la célérité dans les rapports qu'il est chargé de faire. Il y a quinze jours à peine que M. Gobley lisait son intéressant travail sur les champignons, et ce travail a été hier l'objet d'un rapport. Il est vrai que M. Gobley est candidat à la place vacante dans la section de pharmacie, circonstance qui a dû, avec raison, exciter le zèle de son rapporteur. Le rapport favorable de M. Chevallier a été adopté sans discussion.

M. Renault a terminé la lecture de son important mémoire sur la peste bovine, travail qui sera l'objet d'une discussion à la séance prochaine.

C'est M. Larrey qui a ouvert la discussion sur le mémoire de M. Bonnafont, relatif au traitement des ophthalmies par l'occlusion des yeux. L'exposé historique très complet que M. Larrey a donné de l'emploi de ce moyen prouve que souvent, et par un très grand nombre de praticiens, cette thérapeutique a été trouvée favorable, ce qui ne peut nuire à la thèse soutenue par M. Bonnafont. Cet honorable confrère ne nous paraît pas avoir eu la prétention d'émettre une idée nouvelle, idée si simple et si instinctivement logique, que pour guérir une irritation de l'œil, il a dû se présenter naturellement à l'esprit de soustraire l'organe à son excitant naturel, à la lumière ; mais ce que M. Bonnafont a voulu faire connaître, c'est un moyen nouveau et plus efficace, selon lui, de produire l'occlusion des yeux. La *méthode* est-elle bonne? Le *procédé* de M. Bonnafont est-il meilleur que les autres? Tels sont les sujets en discussion. M. Velpeau a retenu la parole pour la prochaine séance.

Amédée LATOUR.

CHIRURGIE.

MÉMOIRE SUR L'ISCHURIE URÉTÉRIQUE ET SUR L'URÉTÉROTOMNIE, OU TAILLE DE L'URETÈRE ;

Par le docteur C. GIGON, médecin des hôpitaux et des prisons de la ville d'Angoulême.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 14 et 16 Février 1856.)

URÉTÉROTOMNIE OU TAILLE DE L'URETÈRE.

Après avoir examiné et expliqué les causes anatomiques qui déterminent la rétention des pierres et calculs dans l'uretère, voyons s'il ne serait pas possible d'instituer une opération à l'aide de laquelle on remédierait à ce grave accident.

Remarquons tout d'abord que les pierres rénales, bien qu'étant les causes les plus fréquentes des rétentions d'urines postéro-vésicales ne sont pas les seules.

Les tumeurs développées dans le bassin ont quelquefois amené ce résultat par la compression qu'elles ont exercée sur les uretères, à leur partie inférieure.

Il me semble donc qu'il existe des cas où il y aurait de l'importance à ouvrir l'uretère, soit pour donner issue à des pierres engagées dans ce canal et trop volumineuses, soit pour donner une issue artificielle à l'urine dans le cas d'obstacle insurmontable, résultant de la présence de tumeurs dans le bassin ou de renversement de la matrice, comme dans le cas cité par Roux (1). Avant de décrire cette opération telle que je la conçois, je pense qu'il est utile de donner quelques explications anatomiques sur les rapports de l'uretère.

L'uretère s'étend, d'une manière générale, du rein à la vessie, dans un espace qu'on peut évaluer, ainsi que nous l'avons dit, à 22 ou 24 centimètres ; dans cet intervalle, il affecte des rapports qu'il est d'un haut intérêt d'étudier : il suit le trajet de la colonne vertébrale, appuyé le long du psoas, entouré de tissu cellulaire assez ferme et recouvert, dans toute son étendue, par le péritoine qui le maintient assez fortement uni aux parties sous-jacentes ; en dedans les deux uretères ont des rapports différens suivant qu'on les observe à droite ou à gauche.

A droite, l'uretère côtoie la veine cave dont il est séparé par un intervalle assez étendue ; à gauche, l'uretère côtoie de même l'artère aorte.

En dehors, on ne remarque aucun organe important, il n'y a que du tissu cellulaire. En avant, entre le péritoine qui maintient l'uretère appliqué sur le psoas sans jamais former de repli analogue au mésentère, on trouve les vaisseaux spermatiques qui sont en avant et un peu en dehors ; enfin, vient la masse intestinale et principalement le colon ascendant ou descendant qui recouvrent l'uretère de l'un ou de l'autre côté.

La partie rétrécie, ou col de l'urètre, dont nous avons donné la mesure et la description, affecte un rapport un peu éloigné, il est vrai, mais qui, dans le manuel opératoire, joue un rôle tellement important que je pense devoir insister davantage.

Le rein se trouve placé, comme nous l'avons dit, dans le sinus de l'angle formé par la douzième côte avec la colonne vertébrale, il est placé vis-à-vis la deuxième et la troisième vertèbre lombaire. L'uretère se détache d'abord de la partie interne du rein et à 6 ou 7 centimètres, se rétrécit d'une manière considérable pour former ce que j'ai appelé le *col de l'uretère* ; ce col se trouve placé vis-à-vis le cartilage inter-vertébral qui sépare la troisième de la quatrième vertèbre lombaire, par conséquent, à peu de chose près et quelquefois vis-à-vis l'apophyse transverse de la quatrième lombaire ; bien que le rein droit soit situé un peu plus bas que le gauche, ces rapports varient très peu ; je me bornerai à donner ces rapports dans l'abdomen ; quant à ceux du bassin, je n'y reviendrai pas, ils sont étrangers au sujet que nous traitons, attendu que je ne pense pas qu'on doive aller attaquer l'uretère dans ce point. Je noterai seulement ici une particularité qui joue un rôle important sur la rétention d'urine, je veux parler des rapports du col de l'utérus avec les uretères ; ils sont tels, dit M. Cruveilhier, que « dans la partie de son trajet, qui est

(1) Anatomie de Bichat, tome V, page 134.

Feuilleton.

UN BANQUET MÉDICAL A LYON.

(Nous avions été informé de la réception, de l'ovation que le corps médical de Lyon venait de faire à M. Ricord. Nous hésitions à en faire le récit d'après nos propres informations, mais aucun scrupule ne peut nous empêcher de reproduire celui que la *Gazette médicale de Paris* vient de publier, et qui a été écrit par un témoin, par un acteur de cette belle fête confraternelle. — A. L.)

Il est des esprits chagrins qui ne voient partout autour d'eux que des couleurs sombres et tristes comme leurs pensées ; le monde moral, à les en croire, est en pleine décadence : ils s'en vont répétant sans cesse que tout décline et dégénère. Si, par un rare privilége, l'antiquité semble trouver grâce devant eux, ce n'est que pour accabler davantage l'époque actuelle. Écoutez-les ! ils vous accorderont peut-être que, du temps d'Hippocrate, toutes les vertus s'étaient donné rendez-vous dans le cœur humain ; mais, depuis lors, combien les choses ont changé ! Les traditions, pour eux, sont brisées : la médecine a perdu sa brillante auréole ; au lieu de son prestige antique, ils affectent de ne voir qu'une sorte de travestissement, et ne veulent plus reconnaître en elle les nobles dépouilles d'Hippocrate et de Galien. Ils s'écrieront volontiers avec le poète :

Quantùm mutatus ab illo
Hectore qui redit exuvias indutus Achillis !

C'est en vain, disent-ils, qu'ils cherchent partout de nos jours des traces des vertus antiques, ce respect filial de l'élève pour son maître vénéré, cette confraternité médicale et cette hospitalité digne et bienveillante dont ils font l'apanage des siècles hippocratiques ; c'est en vain qu'ils cherchent ce sentiment du bien et du beau, cet amour de la science et ce respect de l'art que leur imagination exclusive ne veut trouver que dans l'ancienne école de Cos. Leur rétine, obscurcie par je ne sais quel mauvais génie, ne voit maintenant qu'égoïsme et indifférence, petites passions et rivalités jalouses ; à leurs yeux, le positivisme a tout envahi et tout décoloré ! Autrefois c'était l'âge d'or ; aujourd'hui c'est le siècle d'airain.

Le monde, à force de les entendre, finit quelquefois par les croire. Eh bien, nous protestons hautement contre ces indignes calomnies. Si quelqu'un de ces critiques atrabilaires avait pu assister comme nous, le 10 février, au banquet médical que la seconde capitale du royaume offrait à une célébrité de la médecine parisienne, il eût infailliblement été converti à notre opinion ; il se fût empressé de rétracter ces paroles inconsidérées, de refouler ces injustes préventions, auxquelles les hommes et les choses, mieux vus et mieux jugés, viennent chaque jour apporter un éclatant démenti. Lyon se donnait une de ces fêtes solennelles qui surexcitent les plus nobles sentimens de l'âme et qui laissent d'impérissables souvenirs dans la vie de tous ceux qui ont eu la chance d'y prendre part. Lyon offrait un grand banquet au chef de l'école syphilographique ; on fêtait en lui l'observateur ingénieux et sagace qui a porté la lumière dans le chaos des maladies vénériennes et a su élever cette importante spécialité à un degré de considération inconnu avant lui ; et l'auteur, dont la doctrine a conquis un rang distingué parmi les progrès et les découvertes dont notre siècle s'honore, et qui, en ce genre, a placé dans les mains de la France la bannière qu'elle porte à la tête des nations de l'Europe médicale.

L'hospitalité lyonnaise a dès longtemps fait ses preuves ; elle est connue dans le monde scientifique. Nous avons vu des banquets offerts à Roux et à Magendie ; nous avons entendu tour à tour MM. Prus, Seutin, Bérard, Mélier, Clot-Bey, Donné, Villermé, etc., se louer hautement de l'accueil hospitalier des médecins lyonnais ; mais jamais peut-être on n'avait vu encore autant d'animation et d'entraînement ; aussi, il faut bien le dire, il y a peu de noms populaires comme celui de M. Ricord.

De nombreux convives attendaient l'illustre syphilographe dans les salons de l'hôtel de Provence, et parmi eux on distinguait les représentans des principales corporations que la science médicale compte dans notre ville : l'Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône était représentée par son bureau au complet ; la Société de médecine par MM. de Polinière, Rougier, Foltz, Reybard, Guillermond, Gilliebert d'Hercourt, Mouchon, etc. ; l'Hôtel-Dieu par MM. Barrier, Desgranges, Baumers, Teissier, Pomier, Chappet, etc. ; l'hospice de l'Antiquaille par MM. Diday, Rodet, Rollet, Lacour, Bonnarie, etc. ; l'École vétérinaire par les professeurs Rey et Chauveau ; les médecins de la ville et de la banlieue par de nombreux confrères, et surtout par notre jeune génération médicale, qui, tous les jours, se signale dans la presse par de nouveaux travaux, et que les Académies apprennent à connaître par les couronnes qu'elle remporte dans les concours.

Plusieurs médecins étrangers à la ville et au département du Rhône étaient accourus à cette fête médicale : citons MM. Venot (de Bordeaux), Calvo (de Paris), Melchior Robert (de Marseille), Davat (d'Aix, en Savoie) ; et certainement un plus grand nombre se serait mêlé à nos rangs si cette fête n'avait pas été aussi rapidement improvisée.

N'oublions pas les internes de nos hôpitaux et les élèves de notre École de médecine, cette pépinière vivace où se recrute le corps médical d'une grande partie de la France, d'où sortit en 1832 cette phalange de jeunes hommes accourus à Marseille lors de la première invasion du choléra, et qui, chaque fois qu'une épidémie frappe nos départemens, se dispute l'honneur d'aller combattre le fléau ! Eux aussi avaient voulu s'associer à cette manifestation scientifique.

La réunion était des plus imposantes ; cent convives se trouvaient groupés autour de M. Ricord.

Honneur au corps médical qui sait être sympathique aux grandes choses de la science, et décerner au mérite les palmes que doivent couronner les efforts et les travaux vraiment utiles ! Honneur à ceux qui savent mériter de pareilles ovations !

Les médecins, je le répète, ont été indignement calomniés : ils constituent une grande et honorable famille ; nous avons souvent nous-même retrouvé, en plus d'un lieu, la confraternité la plus bienveillante, une loyale et franche cordialité et une hospitalité digne des temps antiques. Le corps médical forme un peuple à part, qui est doué des plus grandes qualités morales, qui a son patriotisme et ses sympathies

» contenue dans l'épaisseur de la vessie, il répond médiate-» ment au col de l'utérus, et ce rapport explique pourquoi » les cancers du col utérin sont si souvent accompagnés de » rétention d'urine. » On comprend que, dans un cas donné, cette rétention peut être telle qu'elle nécessite l'opération dont nous parlons actuellement.

Pour les cas où le cours des matières fécales est complètement interrompu et d'une façon invincible, soit par suite de hernie, soit par vice congénial, on a imaginé l'opération de l'anus artificiel que l'on a pu pratiquer soit en donnant issue à une anse intestinale à la partie inférieure et antérieure de l'abdomen, soit en attaquant le colon descendant dans la région lombaire gauche.

Il s'agit, pour résoudre le problème que nous avons posé, de faire la même chose sur l'uretère, c'est-à-dire d'ouvrir une voie aux parois abdominales, d'y amener l'uretère et d'ouvrir un passage artificiel à l'urine. Ceci devient indispensable quelquefois, car autrement si le malade atteint de rétention d'urine postéro-vésicale est abandonné à lui-même, la mort est la conséquence de cette rétention absolue.

Nous diviserons l'opération de l'*uretérotemnie* en trois temps :

1° Incision des parois abdominales;

2° Préhension de l'uretère pour l'amener au dehors;

3° Incision de l'uretère et extraction de la pierre.

L'incision des parois abdominales doit se faire parallèlement et à 8 centimètres environ de l'épine vertébrale, en dehors de la masse des muscles sacro-lombaires; cette incision doit avoir à la peau 8 à 10 centimètres et s'étendre jusqu'à l'os iliaque; elle doit comprendre successivement la peau, le tissu cellulaire, les aponévroses du petit oblique et du transverse, puis arriver au tissu adipeux qui se trouve dans cette région. Arrivé là on cherche avec le doigt indicateur de la main droite le sommet de l'apophyse transverse de la quatrième lombaire; cette apophyse sert de guide pour arriver sur le col de l'uretère; on sait, en effet, que ce col est situé à 4 centimètres en avant de l'apophyse lombaire précitée. On est arrivé sur l'uretère; le premier temps est accompli.

Deuxième temps. — Le doigt va à la recherche de l'uretère. Lorsqu'on opère sur le cadavre d'un individu dont les organes urinaires sont sains, il est fort difficile de trouver cet uretère, attendu qu'il est membraneux, mou et n'offre aucune résistance; mais si l'on a affaire à un malade atteint de rétention uretérique, il se présentera deux cas : ou bien la pierre sera arrêtée au col urtérique à quelques centimètres au bas du rein, tout près de l'apophyse transverse de la quatrième lombaire, ou bien l'obstacle pierre, ou autre déterminera l'oblitération des uretères à leur insertion à la vessie.

Si l'obstacle a lieu à la partie supérieure de l'uretère ce sera au col puisque l'infundibulum est vaste et ne peut porter aucun obstacle à la progression du calcul; alors le doigt placé sur l'extrémité de l'apophyse transverse de la quatrième vertèbre lombaire avançant de quelques centimètres vers la colonne vertébrale, rencontre bientôt la pierre placée dans le canal; cette pierre sert de guide au doigt qui contourne et détache l'uretère dans l'étendue de quelques centimètres.

Si, au contraire, l'obstacle au cours de l'urine se trouve situé à la partie inférieure, l'urine en s'accumulant peu à peu a déterminé un énorme développement de l'uretère qui, dans quelques cas (ont dit des observateurs), atteint celui de l'intestin grêle. Il est donc facile encore de trouver cet uretère, de le détâcher avec le doigt; lorsque ceci est accompli, on peut amener la portion décollée jusqu'à l'orifice de l'ouverture faite à la peau soit avec le doigt en forme de crochet, soit à l'aide d'une sonde cannelée courbée à son extrémité; l'élasticité des membranes uretérique, la laxité de ce conduit permettent assez facilement cette manœuvre; lorsque le canal urinaire est arrivé au dehors, le second temps est accompli.

Troisième temps.—Il ne reste plus qu'à pratiquer l'incision. Lorsque l'obstacle au cours de l'urine siége à la partie inférieure des uretères, que ce canal a pris un développement très considérable, l'opération ne présente nulle difficulté; il suffit de pratiquer une ponction à l'aide de la lancette ou du bistouri, et, après avoir introduit une sonde cannelée, agrandir un peu cette ouverture à l'aide de ciseaux pointus glissant dans la rainure de la sonde; je pense que cette incision ne doit pas avoir plus d'un centimètre d'étendue. Il y a ici, et dans les deux cas, un grave accident à éviter; on doit redouter que l'urine ne coule dans l'incision qui a été pratiquée pour atteindre l'uretère, qu'elle n'enflamme le tissu cellulaire toujours abondant dans cette région, et, de proche en proche, le péritoine lui-même. Aussi serait-il peut-être prudent, après avoir amené l'uretère sur la sonde à l'extérieur, de passer dessous, à la place de la sonde, un ruban plat composé de plusieurs fils cirés, assez longs pour être ramené et attaché par devant. On pourrait ainsi garder en place cet organe jusqu'à ce qu'il y eût un commencement d'inflammation adhésive ou tout au moins de gonflement inflammatoire; dans tous les cas, il serait prudent de passer le ruban en question et de le laisser jusqu'à ce que l'adhésion ait eu lieu, soit qu'on ouvrit l'uretère immédiatement, soit qu'on l'ouvrit seulement vingt-quatre heures après, et tenir le malade dans une position qui permit facilement l'écoulement des urines au dehors.

Lorsque l'obstacle au cours de l'urine sera dû à un gravier trop volumineux arrêté au col uretérique, ce qui sera nécessairement le cas le plus fréquent, on devra faire, autant que possible, l'incision sur la pierre elle-même, mais, en raison de la profondeur à laquelle se trouve l'uretère, il est probable que la partie de ce canal, ramené à l'orifice de l'incision faite à la peau, sera un peu plus basse que la pierre qui n'est située, on se le rappelle, qu'à 7 centimètres environ du rein; il faudrait donc, après avoir fait avec beaucoup de circonspection l'incision aux parois de l'uretère au-dessous de la pierre pour arriver dans la cavité de ce canal, il faudrait, disons-nous, à l'aide d'une pince à serres fines et à dents de rat, saisir le petit calcul et l'amener au dehors par des tractions modérées. Telle est la description que nous donnons de l'ischurie-uretérique et de l'opération qui peut y remédier. Maintenant nous déclarons ne l'avoir jamais pratiquée sur le vivant, mais seulement sur le cadavre, et nous nous sommes souvent demandé si elle le serait, ou bien si, comme la néphrotomie, elle ne doit être qu'une opération mentionnée dans les livres ou pratiquée seulement à l'amphithéâtre.

Nous remarquons pourtant qu'il y a une très grande différence entre ces deux opérations, et tout à l'avantage de l'uretérotemnie.

D'abord, quant à l'incision des parties molles extérieures, elle est à peu près la même dans les deux cas pour l'étendue et la profondeur; les rapports avec le péritoine sont également les mêmes, ainsi que les chances d'infiltration urinaire. Mais dans la néphrotomie il s'agit d'inciser un organe important, très charnu, très vasculaire, très susceptible d'inflammation et de suppuration; dans l'uretérotemnie il s'agit, au contraire, d'inciser un canal membraneux, mince, peu vasculaire, peu susceptible d'inflammation, inflammation qui, dans tous les cas, aurait peu de gravité et ne saurait en rien compromettre la vie. Ainsi la gravité, le danger sont donc infiniment moindres dans le second cas que dans le premier, et si les dangers que court le malade ont fait renoncer à inciser le rein, la presque innocuité de l'incision de l'uretère devrait, ce me semble, la faire adopter. Le danger, suivant moi, le plus grand de l'uretérotemnie, consiste dans le contact de l'air et du péritoine, le décollement qu'on est obligé d'opérer entre le péritoine et l'uretère pour amener celui-ci à l'orifice pratiqué à la peau, attendu que ce décollement a besoin d'être d'une étendue de 6 ou 8 centimètres au moins; mais cette considération très grave n'a point empêché de pratiquer l'anus artificiel dans le flanc gauche, de pratiquer la ligature de l'artère iliaque primitive, opérations dans lesquelles il faut décoller bien plus largement encore la membrane péritonéale. Il me semble donc que la main habile et prudente de nos grands chirurgiens pourrait pratiquer l'opération que nous décrivons et préconisons pour la première fois. Et pourquoi, d'ailleurs, ne tenterait-on pas cette opération quand on est convaincu, comme je l'étais, que l'ischurie uretérique doit entraîner la mort du sujet.

Les cas dans lesquels le besoin de l'uretérotemnie sera indispensable me paraissent, du reste, assez restreints, car il faut cette circonstance assez rare d'une ischurie uretérique complète, c'est-à-dire, d'obstacle absolu au cours de l'urine, résultant, soit de la présence de graviers volumineux dans les deux uretères, soit de la compression de ces deux organes à la fois à leur inosculation dans la vessie; cependant, bien que rares, ces cas se sont présentés plusieurs fois, et l'observation si remarquable que nous avons publiée en est un exemple frappant. Il n'y a pas le moindre doute dans notre esprit à cet égard, si cette opération avait pu être pratiquée à notre malade, il avait de très grandes chances de se sauver. Quoiqu'il advienne des idées que nous venons de développer, bien qu'elles nous aient coûté beaucoup de recherches et infiniment de travail, nous sommes prêt à les abandonner si elles sont jugées inutiles ou impraticables par les maitres de l'art. Témoin d'un fait malheureux qui a excité chez nous la plus vive sollicitude et les plus vives appréhensions, nous avons voulu, en publiant ce fait, dire aussi les réflexions qu'il a fait naître dans notre esprit, afin qu'en présence des mêmes difficultés, un autre chirurgien pût trouver une route indiquée à suivre. Puissions-nous avoir réussi et avoir rendu quelque service à l'humanité; c'est là notre but, notre désir le plus cher.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 Février 1856. — Présidence de M. Bussy.

Correspondance.

M. le ministre de la guerre envoie à l'Académie un exemplaire du tome xvj de la 2me série du *Recueil des mémoires de médecine, et de pharmacie militaires.*

— M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie le tableau des vaccinations pratiquées en 1854 dans le département de la Lozère. (Com. de vaccine.)

La correspondance non officielle comprend :

Une note de M. Puech, chirurgien chef-interne des hôpitaux de Tou-

---

ardentes, ses champs de bataille et ses gloires, et qui est capable de de tous les dévouemens et de tous les sacrifices; nul n'a donné au monde de plus sublimes exemples d'abnégation. Mais il faut savoir faire vibrer sa fibre sympathique; il faut savoir se rendre digne de son hommage, car il est jaloux et fier du culte qu'il consent à rendre.

Au dernier acte de cette grande et cordiale manifestation, M. Diday, se rendant l'interprète des sentimens qu'il avait pu deviner sans peine dans l'assemblée, a porté le premier toast à l'illustre chef de l'école syphilographique. Après une introduction chaleureuse, pleine de verve et de traits d'esprit, que nous regrettons de ne pouvoir reproduire, et dans laquelle il appréciait le mérite du chef d'école, l'influence du professeur et l'honorabilité de l'homme, il terminait par ces paroles : « J'espère donc représenter dignement mes collègues, et j'ai pour mon compte la conscience de ne faire en ce moment que devancer envers notre hôte illustre l'œuvre de la postérité, en lui offrant, sous forme de libation traditionnelle, nos sentimens et nos vœux, en disant :

« Au nom de tant de misères soulagées, de tant de préjugés refoulés dans l'ombre, de tant de charlatanisme dévoilé ou réduit à l'impuissance;

» Au nom de la syphilographie, replacée au premier rang parmi les nobles branches de l'art de guérir;

» Au nom aussi de tant de mercure philanthropiquement rendu à ses usages industriels;

» Au nom de tant de médecins forcément éclairés par ce foyer de lumière, qu'ils lui tournent la face ou le dos;

» A celui dont le nom résume l'une des plus fructueuses comme l'une des plus complètes révolutions qui se soient accomplies dans le monde médical;

» A Ricord! »

Ce toast fut accueilli par des bravos enthousiastes. M. Rodet obtint aussi un grand succès en disant, avec une clarté parfaite, ce que la science et l'humanité doivent à cette doctrine si attaquée, mais qui a donné la solution de tant de problèmes jusque-là restés impénétrables.

M. Berne prit ensuite la parole : « Messieurs, interprète de la jeunesse médicale de Lyon, ma parole n'aura pas besoin d'éloquence pour vous faire accepter l'hommage et de nos sympathies et de notre admiration.

» Notre enthousiasme auprès d'un maître illustre a quelque chose de si naturel et de si vrai, que son expression saura trouver, je l'espère, le chemin de votre cœur. Nous sommes fiers, Monsieur, de ce que vous ayez bien voulu venir goûter parmi nous cette popularité si constante, si unanime, si méritée qui vous entoure partout. Vous avez su la conquérir par le génie qui crée, l'enseignement qui éclaire, votre bienveillance qui protége : trois étoiles brillantes que la jeunesse médicale vient saluer aujourd'hui en votre personne. »

Ce toast fut couvert d'applaudissemens, comme celui que M. Giraud porta aux médecins étrangers, que la médecine lyonnaise était heureuse d'avoir reçus dans ses rangs. M. Ricord a répondu..... comme il sait répondre : voix, geste, émotion vibrante et communicative, sentiment de reconnaissance et de confraternité dévouée, promesses dont son passé ne permet pas de douter pour l'avenir, etc. A peine put-il achever, que de frénétiques applaudissemens vinrent ébranler les voûtes de la salle.

Une dernière surprise nous était réservée : en face de l'illustre syphilographe se lève un convive à la douce physionomie, au sourire plein de bonhomie et de finesse. Il chante : le silence se répand et s'impose comme par enchantement dans toute l'assemblée. Chacun des couplets est accueilli par des bravos unanimes; l'émotion était générale; il partageait avec M. Ricord les honneurs du triomphe. Qu'avait-il donc chanté? La lecture des strophes suivantes n'en donnera qu'une idée imparfaite : rien ne saurait reproduire les effets que prêtaient à chacune de ses paroles l'accent pénétré de l'auteur, le ton de la voix, l'à-propos des allusions, l'influence des lieux et l'émotion croissante de l'auditoire. Citons toutefois quelques couplets :

A ce banquet, dont Fracastor
Semble avoir marqué chaque place,
Amis, disciples de Ricord,
Excuserez-vous mon audace?
Mon audace?
J'en ai l'espoir, car tous ici,
Répondant à l'appel qui sonne,
Vous vous pressez autour de lui,
Tressant à l'envi la couronne
Qui sur ce digne front rayonne;
Vous permettrez à la Garonne
D'apporter son tribut fleuri
Aux nobles palmes que le Rhône
A Ricord décerne aujourd'hui. (*bis.*)

Par ses ingénieux travaux,
De Hunter s'inspirant en maître,
Il éclaira l'obscur chaos
D'où la lumière devait naître,
Devait naître;
Par leur docte simplicité,
Les lois que son burin crayonnel,
Se basant sur l'*unicité*,
Germe où la puissance foisonne,
S'infiltre et révolutionne.....
Et s'inoculant dans le Rhône,
Ce principe a répercuté
Jusqu'aux rives de la Garonne
Le virus de la vérité. (*bis.*)

. . . . . .

A ton édifice savant
Qui donc peut ne pas rendre hommage?
Tout est logique et saisissant
Dans ce merveilleux assemblage;
Quel ouvrage!
Si de l'Érèbe aux sombres bords,
Où rien, hélas! n'illusionne,
Astruc, Callerier, Swédiaur,
Noms qu'un saint respect environne,

lon, sur l'anatomie d'un monstre double appartenant à la fois aux genres dérodyme, dérencéphale et uromèle. (Com. MM. Depaul et Desportes.)

— Une note de M. le docteur CASTELLANI, de Bolgheri (Toscane), sur un cas intéressant de monstruosité. (Même commission.)

— La description d'un nouveau procédé de cathétérisme dans les cas de tumeurs prostatiques et de valvules du col de la vessie compliquées de fausses routes, par M. le docteur Aug. MERCIER.

M. Mercier rappelle que ces cas sont extrêmement embarrassans; qu'il a déjà proposé sa sonde coudée en 1840, et plus tard la même sonde avec une seconde courbure à 3 centimètres de la première. Mais, ajoute-t-il, ces deux instrumens, et le dernier surtout, ne sont entre les mains que d'un très petit nombre de praticiens, et je crois faire une chose utile en publiant le procédé suivant, qui m'a déjà plusieurs fois réussi.

J'avais un jour à franchir un obstacle existant derrière le col de la vessie (il ne s'en trouve jamais en avant), et dans lequel une fausse route avait été faite précédemment par une algalie de trousse; je me servais d'une sonde Mayor volumineuse, espérant qu'en raison de sa grosseur elle passerait au devant de la fausse route sans y pénétrer. Vain espoir! La déchirure ou la mollesse des tissus étaient telles, qu'il me fut impossible de soulever la saillie prostatique sans m'engager dans le pertuis accidentel. Voici l'idée qui me vint à l'esprit.

On sait que les sondes en étain n'ont qu'un œil sur leur face concave, à 12 ou 15 millim. de leur extrémité, et que cette extrémité est pleine, sans cul-de-sac. Avec un canif, je façonnai le bord terminal de l'œil, de manière que le canal vint aboutir à cet orifice par un plan incliné aussi doux que possible. J'introduisis alors l'instrument; son bec s'engagea dans la fausse route comme dans mes tentatives précédentes; mais, après l'avoir retiré de quelques millimètres, j'introduisis dans son canal une petite sonde de gomme élastique très flexible, et je vis avec bonheur mes prévisions se réaliser. L'extrémité de celle-ci, arrivée à l'œil de la sonde métallique, glissa sur le plan incliné qu'elle lui présentait, sortit sur sa concavité, et, soit à cause de la direction en avant qu'elle était forcée de prendre, soit parce que la fausse route était remplie par le bec de l'instrument métallique, soit pour ces deux causes réunies, elle pénétra immédiatement dans la vessie, donna issue à l'urine, et, du moment que la distension eût cessé, l'introduction d'une autre sonde élastique plus volumineuse se fit sans difficulté par le procédé ordinaire.

— M. le docteur BOULU adresse un deuxième supplément à son mémoire sur le traitement des adénites cervicales par un nouveau procédé d'électro-puncture pratiquée au moyen d'un séton métallique. (Commission déjà nommée.)

— M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Richond des Brus, membre correspondant.

M. DANYAU prend la parole à l'occasion du procès-verbal : J'ai eu le regret, dit-il, de me trouver absent au commencement de la séance dernière, et je n'ai pu joindre mes renseignemens particuliers à ceux qui ont été fournis à M. Moreau par quelques uns de nos collègues. Je suis en mesure, aujourd'hui, de donner à l'Académie des explications très précises sur ce qui se passe à la Maternité. C'est à tort qu'on a dit que, dernièrement, une partie de la Maternité a été fermée pour cause de réparation. C'est pendant les mois de septembre, d'octobre, de novembre et le commencement de décembre que quelques salles ont été fermées en effet. Elles ont été r'ouvertes le 15 décembre. Depuis cette époque jusqu'au 18 février, 516 femmes ont accouché à la Maternité; sur ce nombre, 10 ont succombé. Mais il faut en défalquer une femme arrivée dans un état cachectique avancé et qui est morte des suites d'hémorrhagies répétées; une autre a succombé aux progrès d'une phthisie au troisième degré; il conviendrait peut-être encore d'en retrancher une qui est morte d'une péritonite suite de perforation intestinale. Admettons 8 décès sur 516 accouchées, ce qui fait 1 sur 65 environ. C'est là un résultat favorable pour un hospice comme la Maternité; peut-être en sommes-nous redevables aux réparations maintenant achevées. Cette faible mortalité est survenue à une époque habituellement défavorable. Loin de croire à une épidémie de fièvre puerpérale, il y a lieu de se féliciter de l'état sanitaire de Paris, à ce point de vue. La Maternité n'a été nullement fermée au moment où ont couru les bruits auxquels M. Moreau a fait allusion. Une seule malade a été réellement atteinte de cet état grave qu'on désigne sous le nom de fièvre puerpérale.

M. MOREAU : Je remercie mon collègue des explications dans lesquelles il a bien voulu entrer et je le félicite de l'heureux résultat qu'il nous annonce. Précédemment nous nous estimions heureux de ne perdre que 5 à 6 malades p. 100; une année nous en avons perdu jusqu'à 10 et 11 p. 100. Je le répète, je félicite M. Danyau de sa communication et du résultat dont il nous a fait part.

M. DEPAUL : Le hasard me permet d'apporter mon petit contingent à cette discussion; j'ai été chargé, dans ces derniers temps, du service d'accouchemens à l'hôpital des Cliniques. Depuis le commencement du mois de février, 3 femmes ont succombé sur 49 accouchées; une seule a été atteinte d'une affection ayant quelque analogie avec la fièvre puerpérale; une est morte de la fièvre typhoïde, une autre d'accidens qui ne peuvent se rattacher à la fièvre puerpérale. J'ajouterai même qu'on est frappé, depuis quinze jours, de l'état satisfaisant qui règne à la Clinique. Les femmes accouchent plus ou moins heureusement et se rétablissent avec une grande facilité.

La parole est à M. Chevallier pour un rapport fait, au nom de la section de pharmacie, sur le mémoire de M. Gobley, sur les champignons. (Voy. UNION MÉDICALE du 7 février 1856.)

M. CHEVALLIER rappelle les travaux antérieurs d'Orfila et de Braconnot sur les champignons, puis il donne une analyse succincte du travail de M. Gobley. Ce chimiste a démontré que la *fungine* n'est point un principe immédiat, mais bien de la cellulose qui retient de l'albumine. Il a constaté que la matière grasse des champignons se compose d'oléine, de margarine et d'une substance particulière, l'*agaricine*, à laquelle Vauquelin et Braconnot ont donné le nom d'adipocire. Il a fait voir aussi que la matière sucrée, cristallisée, ne constitue pas un sucre particulier, et que ce n'est autre chose que la mannite. Après avoir fait ressortir les résultats principaux du travail de M. Gobley, le rapporteur déclare qu'il a vérifié personnellement, par l'expérimentation chimique, les faits annoncés par l'auteur, et il propose, au nom de la commission, les conclusions suivantes : Encouragemens et remercîmens à l'auteur, renvoi du mémoire au comité de publication.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

L'ordre du jour appelle à la tribune M. Renault pour achever la lecture commencée dans la précédente séance.

Typhus contagieux de l'espèce bovine.

M. RENAULT rappelle que, dans la précédente séance, il a tracé l'histoire de la maladie désignée sous le nom de *peste bovine* ou de *typhus contagieux des bêtes à cornes*, et qu'il a commencé l'examen de ces deux questions importantes : Le typhus est-il contagieux? est-il particulier aux bestiaux provenant des steppes de la Russie et de la Hongrie?

Origine du typhus. — Deux opinions sont en présence relativement à l'origine du typhus contagieux du gros bétail :

L'une qui, assignant à cette maladie des causes générales existant ou pouvant se produire partout, professe qu'il suffit que ces causes agissent sur le bétail, n'importe dans quel pays, n'importe sur quelle race, pour que le typhus s'y développe. Dans ce système, cette maladie n'a pas de lieu d'origine spécial et exclusif : elle peut naître tout aussi bien en France, en Angleterre, en Hollande, que dans les steppes et sur les bœufs de la Russie méridionale ou de la Hongrie. On reconnaît bien que les animaux de ces dernières contrées en sont plus souvent affectés que les autres; mais on n'admet pas que ce soit en vertu d'une aptitude spéciale qu'ils auraient seuls à la contracter originairement. Suivant cette doctrine, ce serait seulement parce que, par les conditions de leur existence, de leur élevage, de leur utilisation, du commerce dont ils sont l'objet, les bestiaux des steppes sont plus fréquemment exposés aux causes générales productrices de l'affection typhoïde.

Cette opinion, contre laquelle, on peut le dire, l'Allemagne tout entière a protesté avec énergie par l'organe de ses hommes les plus autorisés à se prononcer sur la question; cette opinion, dit M. Renault, a été, sinon émise pour la première fois, du moins singulièrement appuyée et plus particulièrement répandue et accréditée par les vétérinaires français depuis le commencement de ce siècle; et, chose bizarre, par ceux-là surtout qui n'ont, les uns jamais, les autres qu'une fois à peine eu l'occasion de voir et d'étudier le typhus. Parmi eux je citerai Darboval, Rodet, Vatel, Gellé, M. Huzard fils et, surtout, M. Delafond, qui a concouru plus que personne, par son enseignement à Alfort, par ses écrits, par l'autorité de son nom, à la propager en France et, même, à la faire pénétrer jusque dans quelques parties de l'Allemagne centrale, dans la Bohême notamment, à laquelle elle a fait perdre tant de bestiaux en 1854.

Toutefois, M. Delafond n'a cité aucun fait, aucune observation à l'appui de son raisonnement. Mais ce que n'a pas fait M. Delafond, Rodet, Gellé et M. le professeur Carlo Lessona (de Turin) ont cherché à le faire. Ils ont essayé, en rapportant ce qu'ils ont appelé des faits, de donner des bases à cette opinion qu'ils ont professée. M. Renault examine successivement ces faits, afin de leur restituer leur véritable signification.

Après avoir consacré quelques lignes à deux faits isolés, empruntés à Lahore et à Gellé, et qu'on a considérés à tort comme des cas de typhus contagieux, M. Renault examine quelle est la cause réelle du typhus contagieux qui a régné de 1795 à 1798, sur les bestiaux des parcs d'approvisionnement de nos armées du Rhin, qui l'ont propagé dans les parties de nos départemens de l'Est, dans lesquels ils ont passé et séjourné. Quiconque ayant déjà la moindre connaissance de l'activité de la contagion du typhus et des nombreuses voies par lesquelles il peut se transmettre, voudra se donner la peine de rechercher quels ont été les mouvemens, les marches et contre-marches de notre armée du Rhin à l'époque dont il est question; quiconque aura vérifié, en interrogeant les documens de l'histoire, comment, tantôt victorieuse, elle s'est trouvée portée au delà du Rhin à la suite de l'armée autrichienne dont elle occupait alors et suivait les mouvemens; tantôt, refoulée par cette dernière, elle l'a laissée pousser des reconnaissances jusque dans nos départemens situés en deçà de ce fleuve; d'où résultaient les passages et les séjours fréquens de nos soldats et du bétail qui les suivait dans les campemens ou dans les villages où avaient passé et séjourné les parcs qui accompagnaient l'armée autrichienne; quiconque n'ignore pas que c'est de la Hongrie presque exclusivement qu'étaient tirés et qu'arrivaient incessamment par troupes nombreuses les bestiaux qui alimentaient ces parcs, ainsi que l'attestent les renseignemens officiels communiqués par l'administration autrichienne elle-même; quiconque aura pu, comme moi, se convaincre, en consultant les archives administratives du grand-duché de Bade, de Wurtemberg, de la Bavière, que, depuis 1784 jusqu'en 1801, le typhus n'a pour ainsi dire pas cessé de régner dans ces différens états, et qu'il y était apporté et entretenu, soit par le passage continuel des troupeaux de bœufs hongrois qui traversaient ces pays pour se rendre aux armées autrichiennes du Rhin, soit par le passage des troupes qui traînaient avec elles leurs parcs infectés; quiconque, disons-nous, pourra vérifier la parfaite exactitude de tous ces faits et de toutes ces choses, demeurera convaincu que, loin de prouver que le typhus contagieux peut prendre naissance originairement sur le bétail de nos pays occidentaux, l'épizootie typhoïde observée en 1796, 1797, 1798 et 1799 dans notre armée et dans nos départemens de l'Est fournit, au contraire, un exemple de plus, s'il en était besoin, pour démontrer que jamais cette maladie n'a sévi sur nos bestiaux qu'alors que, directement ou indirectement, ils ont communiqué ou eu des rapports soit avec des bestiaux hongrois ou russes atteints de cette maladie, soit avec des bestiaux d'autres races primitivement infectés par ceux-ci.

Partout où pénètrent les armées autrichiennes, en 1793, dans la Hollande, en 1794, dans les États-Unis, en 1795, dans la Hesse et le duché du Nassau, la Bavière, le Wurtemberg, le duché de Bade, le typhus contagieux vient exercer ses ravages.

Par suite des mesures rigoureuses et énergiques qui furent prises par les administrations bavaroise et wurtembourgeoise, pour empêcher la propagation du typhus que semaient sur leur passage les bœufs qui se rendaient de la Hongrie aux armées autrichiennes du Rhin, ce ne fut que sur la route assignée, comme itinéraire obligé, à ces bestiaux, et dans les villages qui bordaient ou avoisinaient cette route, que le typhus se déclara et se maintint tant que la guerre resta sur les bords du Rhin, dans la Souabe et le Palatinat.

L'infection par le typhus, et des parcs d'approvisionnement du corps d'armée qui faisait le siége de Dantzig, et de la plupart des pays occupés par l'armée française et les armées combinées de la Prusse et de la Russie, n'avait manifestement d'autre cause que la contagion déjà antérieurement apportée dans ces pays par les bœufs des steppes qui abondaient dans les armées prussiennes et russes; n'y eût-elle pas existé, elle y aurait certainement été importée par les bœufs des mêmes contrées que les fournisseurs de l'armée française trouvaient moyen d'y amener en les faisant venir par fraude de la Gallicie.

S'élançaient de leur froide zone,
Aux échos fidèles du Rhône,
Leurs voix, dans un sublime effort,
Jusqu'aux plaines de la Garonne
Salueraient le nom de Ricord. (*bis.*)

Le virus, toujours primitif,
Juste effroi des retardataires,
N'est plus qu'un être sans motif
Pour les accidens secondaires,
Tertiaires;
Syphilographes, qui voulez
Que toujours il contagionne,
A vos vieux moutons retournez!
Et vous, insensés, que talonne
De ces la thèse bouffonne,
Sous les douches de la Garonne
Courbez vos fronts découronnés,
Ou cherchez sur les bords du Rhône
L'hospice des aliénés. (*bis.*)

. . . . . .

M. Venot (de Bordeaux) dut être heureux de l'impression profonde et sympathique qu'il produisit dans l'assemblée; serremens de mains, félicitations, embrassemens, chacun, en se pressant autour de lui, cherchait à lui manifester ses sentimens. M. Ricord n'était pas au nombre des moins émus.

Cette journée, si bien remplie, eut un lendemain digne d'elle. La jeunesse médicale avait demandé au maître la faveur de recevoir de sa bouche une de ces intéressantes et précieuses instructions, dont les tilleuls de l'hôpital du Midi devaient, pour un jour, perdre le monopole. Resté parmi nous tout exprès pour tenir sa promesse, M. Ricord fit le lundi matin à l'amphithéâtre de l'École de médecine, et en présence d'un nombreux auditoire, où se remarquaient les plus hautes notabilités du corps médical lyonnais, une leçon où il se surpassa lui-même, et se révéla sous un jour nouveau, même à ses plus assidus auditeurs. Ce fut un exposé de sa doctrine entière, non avec l'allure compassée d'un traité didactique, mais dans un récit imagé, semé de traits heureux, d'anecdotes piquantes, et animé par cette verve caustique qui lui est propre, mais contenue cette fois dans les limites d'une rare modération qui lui a fait rencontrer des tours de l'atticisme le plus pur. Il eut l'art de passer en revue sa doctrine entière, qui apparaissait dans son ensemble le plus acceptable, non hérissée de lois, de défis à la nature ou de fins de non-recevoir, mais calquée sur les faits, répondant mieux que les théories passées aux problèmes que l'expérience pose, et dont la thérapeutique attend la solution, mais ouverte aux perfectionnemens, n'immobilisant point le dogme, et trop reconnaissante envers le progrès qui a fait sa fortune pour vouloir l'étreindre dans un lit de Procuste.

Cette magnifique improvisation, véritable tour de force, écoutée dans un recueillement universel, a constamment tenu en haleine l'attention du public; et l'on peut dire que l'auditoire est resté sous le charme pendant près de deux heures. Il semble que M. Ricord ait voulu justifier par un nouveau triomphe le triomphe qu'on lui avait décerné la veille. Nous croyons être l'interprète de tous en émettant le vœu que M. Ricord publie sa *leçon de syphilographie faite à Lyon*.

Le monde médical n'apprendra pas sans une vive satisfaction que le célèbre chirurgien de l'hôpital du Midi a promis, pendant son séjour dans nos murs, de grouper les résultats de ses recherches dans un *Traité complet des maladies vénériennes*. L'auteur de ces lignes s'empresse de prendre à témoin tout le corps médical, afin que M. Ricord ne puisse plus reculer devant une promesse devenue publique et solennelle pour nous. S'il nous est permis d'exprimer notre pensée, nous bornerions notre ambition à demander un traité en *un petit volume* afin de l'avoir plus vite et plus sûrement.

Le banquet médical que Lyon vient d'offrir au célèbre syphilographe laissera un long et fructueux souvenir; puisse bientôt le monde médical lui devoir aussi un livre que la science attendra dès aujourd'hui avec impatience.

J. E. PÉTREQUIN.

Le 17 mars 1856, à midi, un concours public sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'assistance publique, pour la nomination à une place de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Les inscriptions doivent être faites du 14 février au 1er mars.

— M. le docteur BOULU a présenté à l'Académie un nouveau procédé d'*électro-puncture*, qu'il pratique au moyen d'un petit séton métallique placé à demeure dans l'intérieur des organes malades, et destiné à y conduire à volonté le fluide électrique.

Cette opération simple, unique et non douloureuse, est destinée à remplacer les opérations nombreuses qu'exigeait l'électro-puncture avec les aiguilles, ce qui la faisait redouter beaucoup par les malades; aussi était-elle peu pratiquée par les médecins.

Le séton électrique est appelé à rendre de grands services dans le traitement des adénites rebelles, des goîtres, de certaines tumeurs du sein, des ovaires, dans quelques cas d'anévrysmes, et dans les paralysies en général.

On construit le séton électrique avec des fils très fins ou des chaînes très petites et très flexibles en argent, or ou platine. Ces dernières unies au centre par un petit morceau d'ivoire portent ainsi avec elles leurs deux courans réunis.

Afin d'obvier aux inconvéniens causés par les aiguilles constamment en contact avec la peau pendant toute la durée de l'opération, M. Boulu a fait établir des sétons isolant parfaitement le tissu dermoïde, qui est, comme l'on sait, très avide d'électricité. On trouvera la description plus détaillée de ces sétons, ainsi que des aiguilles qui servent à leur introduction, dans le mémoire de M. Boulu.

— La Société médicale du 1er arrondissement a composé ainsi qu'il suit son bureau pour l'année 1856 :

MM. Despaulx-Ader, président;
Bonnafont, vice-président;
Mouzard, secrétaire général;
Mac-Carthy, secrétaire particulier;
Reis, trésorier.

Ce n'est donc pas là un exemple de typhus né *originairement* sur des animaux de provenance étrangère aux steppes, ainsi que l'a dit Laënnec et comme on l'a répété après lui.

Rodet indique encore, sans la décrire, une épizootie de typhus contagieux qui, suivant lui, se serait manifestée en 1810 dans les environs de Madrid, et se serait ensuite propagée aux provinces avoisinantes. M. Renault observe qu'il est permis de douter qu'une épizootie qui, abandonnée à elle-même, n'a fait que peu de victimes dans une contrée, théâtre de la guerre, aussi riche en bestiaux, ait été le typhus contagieux. D'ailleurs Rodet est le seul vétérinaire non seulement français, mais espagnol, qui ait fait mention de cette épizootie. Dans les archives de l'administration agricole et sanitaire de l'Espagne, on ne trouve rien qui fasse allusion à cette épidémie typhoïde. Enfin, Rodet, qui ne donne aucun détail symptomatologique ou nécroscopique sur la maladie, déclare qu'elle ne fit que peu de victimes, bien que les habitans n'aient su lui opposer que des prières et des amulettes. Comment expliquerait-on l'immunité dont auraient joui les bestiaux de l'armée anglo-portugaise qui, cependant, venaient du Maroc pour la plupart, et auxquelles les vicissitudes de la guerre durent imposer de grandes fatigues? Or, il est certain qu'à aucune époque, le typhus contagieux n'a régné en Portugal. Et puis encore, comment comprendre que le typhus ne se soit montré qu'en 1810 et dans une partie limitée de l'Espagne, pendant cette guerre de l'indépendance qui a durée de 1808 à 1814? M. Renault ne considère donc pas comme un typhus contagieux l'épizootie observée aux environs de Madrid en 1810.

Une objection plus importante a été faite, par M. le professeur Carlo Lessona, à l'opinion de l'origine exclusive du typhus sur les bestiaux des steppes. Cette objection, la voici :

« Une épizootie sur le gros bétail a sévi en Égypte de 1841 à 1844. Elle y a enlevé plus de 400,000 animaux. Les descriptions qui en ont été données par des vétérinaires et des médecins mettent hors de doute que ce fut le *typhus contagieux*. Or, l'Égypte ne recevant aucun bétail du pays des steppes, ni de l'Allemagne, il est évident que cette maladie a dû se développer sur ces animaux par suite de la disposition naturelle qu'ont *tous les animaux de l'espèce bovine* à la contracter sous l'influence des causes générales qui la font naître. »

M. Renault reconnaît, en effet, que c'est bien le typhus contagieux qui a régné en Égypte de 1841 à 1844. Mais les nombreux et graves documens qu'il a recueillis sur cette épizootie établissent que cette épidémie a pris naissance sur des bêtes bovines achetées en Syrie et en Turquie, et que, pour des besoins extraordinaires, on importait dans cette contrée. Ce n'est pas même pendant la traversée que le mal s'est déclaré sur ces animaux; c'est en Syrie, avant leur embarquement. Ces bœufs étaient tirés de l'intérieur de l'Anatolie et de la Karamanie, de la Roumélie, *des bords du Danube et de la Moldavie*. Or, le plus grand nombre des bœufs de la Moldavie appartient à la *race des steppes*. La Russie fait, d'ailleurs, un assez grand commerce de bœufs avec l'Anatolie, la Karamanie, la Syrie. Enfin, la description tracée par M. Imail, vétérinaire égyptien, ne permet pas de douter que ces bestiaux ne fussent de la race des steppes.

Tels sont les seuls faits sur lesquels s'appuie la doctrine de l'origine possible du typhus contagieux sur les animaux étrangers aux steppes. M. Renault ne voit pas qu'ils puissent fournir un seul argument sérieux aux partisans de cette doctrine.

Toutefois, désireux d'en finir avec une opinion qui, en 1818, a coûté plusieurs millions de bestiaux à la Bohême; qui pourrait être si funeste chez nous, et qui est si dangereuse par l'autorité scientifique des auteurs qui les professent, M. Renault a cru utile de ne laisser passer, sans appréciation, aucune des raisons à l'aide desquelles on a cherché à la faire prévaloir.

M. Renault a interrogé à cet effet l'histoire de tous les peuples de l'Europe sur tout ce qui, directement ou indirectement, pouvait avoir trait au typhus contagieux. Il a demandé aux personnes les plus compétentes quelles avaient été les coïncidences pouvant se rattacher à ses différentes apparitions, quels rapports prochains ou éloignés il pouvait y avoir entre les guerres auxquelles certains peuples avaient pris part depuis plus d'un siècle, et les épizooties qui avaient frappé les bestiaux. Il résulte des documens très précis qui lui ont été transmis de tous côtés que, quels qu'aient été les déplacemens de troupes, les masses d'hommes et de bestiaux mis en mouvement pour la guerre, jamais le typhus contagieux ne s'était montré dans les parcs d'approvisionnement de bœufs des armées, quand ces parcs ne se recrutaient pas en totalité ou en partie dans la race des steppes russes ou hongroises, et quand les bestiaux qui les composaient n'avaient pas eu de rapports avec les animaux de ces races atteints de cette maladie, ou d'autres infectés par eux; tandis qu'il n'est pas une guerre un peu importante, à laquelle ait pris part la Russie ou l'Autriche, sans que, la campagne à peine commencée, on ait vu le typhus apparaître et faire des ravages parmi leurs troupeaux d'approvisionnement. C'est ici le lieu de rappeler ce qui, du reste, est connu de tout le monde, que les bœufs qui servent à l'approvisionnement des armées de la Russie sont, ou exclusivement, ou pour la plus grande partie, fournis par les steppes des provinces méridionales de cet Empire; et que ceux qui composent les parcs des armées autrichiennes proviennent principalement soit des steppes, soit de celles de la Hongrie. C'est là un fait constant qui résulte de toutes les recherches de M. Renault dans les archives ou dans les auteurs russes et allemands, de tous les renseignemens officiels ou autres qui lui ont été transmis.

De 1800 à 1814, la France a eu de grandes guerres à soutenir; elle a mis en mouvement de grandes armées, et, pour les conduire sur les champs de bataille lointains, il a fallu rassembler et faire marcher avec elles des troupeaux de bœufs bien considérables, auxquels les préoccupations et les nécessités de la guerre ne permettaient pas assurément de donner tous les soins d'une bonne hygiène. Or, jusqu'en 1814, tant que ces armées n'ont pas quitté la France ou les pays limitrophes, tant qu'elles n'ont pas été en contact avec les armées de la Russie et de l'Autriche, ces armées n'ont jamais vu leurs parcs d'approvisionnement ravagés par le typhus. Dans nos campagnes d'Afrique, les bœufs d'approvisionnement de nos colonnes expéditionnaires n'ont jamais été frappés de cette épizootie, malgré les conditions hygiéniques les plus défavorables, privations de tout genre, marches forcées sous un ciel brûlant, exposition de jour et de nuit aux intempéries de l'air, etc.

En résumé, dit M. Renault, l'expatriation, les conditions de marche et de régime les plus misérables ne suffisent pas à produire le typhus contagieux sur les bêtes bovines; il faut encore, pour que cette maladie germe et se développe chez ces animaux, qu'il existe chez eux une prédisposition, une aptitude spéciale qui, jusqu'à présent du moins, paraît ne se rencontrer que dans *la race des steppes*.

M. Delafond demande la parole pour la prochaine séance sur le mémoire de M. Renault.

Discussion sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion des paupières.

M. Hipp. Larrey : Dans la dernière séance, M. Bonnafont a lu un mémoire intitulé : *Nouveau mode d'occlusion des yeux dans le traitement des ophthalmies*. L'importance d'une pareille question nous a tous frappés. Depuis un grand nombre d'années, j'ai souvent fait l'application de ce moyen, mais, tout en reconnaissant ses avantages, je ne partage pas l'excessive confiance que lui accorde M. Bonnafont. Je me propose d'apprécier, à mon point de vue, quelques-unes des assertions qu'il a émises. Le traitement des ophthalmies par l'occlusion a été, pour moi, depuis dix-huit ou vingt ans, un sujet d'études et de recherches. J'ai recueilli sur cette méthode des matériaux nombreux pour un travail que j'avais préparé pour l'Académie, mais que je n'ai pas rédigé. C'est de ce travail que j'ai extrait ces notes qui serviront à compléter le travail de M. Bonnafont.

M. Bonnafont, dans son travail, aurait dû partir du principe de l'occlusion et lui attribuer ce qu'il a attribué à une méthode, qui n'est après tout qu'un moyen. Il aurait dû faire voir que le principe de l'occlusion artificielle est tiré de l'occlusion naturelle, spontanée des yeux. Je crois ces prolégomènes indispensables pour apprécier le moyen en lui-même.

L'occlusion a été employée très diversement; l'occlusion incomplète se puise dans l'obscurité même; on l'obtient au moyen d'un bandeau simple, de conserves, de garde-vue, etc. Wenzel employait de préférence un simple bandeau.

Vient enfin l'occlusion complète; c'est à cette méthode que M. Bonnafont a voulu faire allusion. Elle remonte à une époque très éloignée; Celse conseillait d'appliquer sur l'œil, après l'opération de la cataracte, de la laine enduite de blanc d'œufs. Les Egyptiens d'autrefois et ceux d'aujourd'hui ont également préconisé la méthode d'occlusion au début de l'ophthalmie purulente. Il est de toute évidence que c'est seulement à cette période de l'ophthalmie purulente que l'occlusion peut être pratiquée, et non pas lorsqu'elle a acquis un degré de développement assez considérable. En Algérie, les médecins arabes se montrent assez partisans de l'occlusion dans diverses ophthalmies. On trouve plus commode de soustraire l'œil malade à l'action des agens extérieurs que de mettre en usage une médication rationnelle : bon nombre de chirurgiens et d'oculistes appliquent l'occlusion dans différens cas. Wenzel a considéré l'occlusion naturelle des paupières comme le meilleur moyen; il conseillait d'appliquer une compresse sur les paupières exactement closes.

L'occlusion comporte des bandages, des appareils, des moyens de pansement très variés. M. Gerdy, dans son *Traité de pathologie chirurgicale*, a plus spécialement décrit qu'aucun autre les bandages connus sous les noms de monocle, de binocle. Ces moyens ont été souvent cliniquement appréciés. Somme toute, on est plus disposé à en blâmer qu'à en préconiser l'usage. On leur reproche surtout d'échauffer considérablement l'œil, de déterminer par leurs frottemens l'irritation des paupières, et d'entretenir ainsi les conjonctivites, d'augmenter la sécrétion muco-purulente dans certains cas, de favoriser le développement des pannus, etc. Ces inconvéniens ont été signalés par Wenzel, Jœger, de Walther, Saint-Yves, Demours, Ch. Deval, etc. Les appareils légers ont cependant des avantages. J'ai été étonné d'une chose, c'est de la série de pièces d'appareils énumérée par M. Bonnafont; il ne faut rien moins que son habileté propre pour triompher des inconvéniens de cette complication. Un simple bandage appliqué avec soin, qui soutient les paupières sans les comprimer, me paraît mériter la préférence. Il n'est pas de chirurgien qui, sans y attacher une grande importance, n'ait eu recours à cette occlusion. Mon père, grand partisan de l'inamovibilité dans certaines affections chirurgicales, a eu recours à l'occlusion dans l'ophthalmie d'Egypte, soit au commencement, soit à la fin de cette affection. Il appliquait un petit bandage croisé, un monocle. Il me serait possible de citer ici plusieurs faits, mais cette citation serait trop directe.

Bien d'autres moyens d'occlusion ont été mis en usage; le coton cardé, par exemple, dont Mayor, de Lausanne, avait fait une sorte de panacée, a été employé par lui pour obtenir l'occlusion. J'en ai souvent fait usage d'après lui; c'est un topique doux qui peut suffire dans bien des cas. Mais, comme l'a fait observer M. Malgaigne, il est difficile de condamner un œil à l'immobilité si l'autre reste ouvert, et le coton lui-même ne laisse pas que de produire, sous l'influence de ces mouvemens, une disposition érythémateuse. En 1843, M. Furnari a substitué au coton cardé le coton gommé, pour l'occlusion des yeux après l'opération de la cataracte.

On a employé encore les bandelettes agglutinatives et le monocle. M. Gama, ancien chirurgien du Val-de-Grâce, s'en servait, dès 1834, dans les kératites aiguës avec phobophobie. Je suivis cette pratique dans un cas de kératite ulcéreuse, qui avait résisté à toutes les médications, et j'obtins un résultat vraiment inespéré. M. Bégin nous a exposé lui-même, dans la dernière séance, comment et de quelle façon il avait eu souvent recours, il y a longues années, à l'occlusion complète.

Comme maître, qui n'est étranger à aucun des progrès de la chirurgie, notre savant collègue, M. Velpeau, a mis en pratique l'occlusion, spécialement à ma connaissance dans certains cas de chémosis séreux ou s'accompagnant de sang épanché. Beaucoup d'autres chirurgiens, sans doute encore, ont eu occasion d'avoir recours à d'autres moyens variés d'occlusion, mais sans l'appliquer d'une manière générale.

L'occlusion était bien évidemment une pratique ancienne; je passe maintenant aux efforts qui ont été tentés pour l'ériger en principe ou en méthode générale; mes premiers travaux dans cette voie remontent à 1837. Témoin des faits de la pratique de MM. Gama et Bégin, je me suis demandé si on ne pourrait pas avoir plus souvent recours à l'occlusion complète; si, par exemple, l'analogie n'en indiquait pas l'emploi dans les ulcères de la cornée, par comparaison avec ce qui a lieu dans les ulcères des membres. J'ai été étonné des résultats que j'ai obtenus, et j'ai étendu l'application de ce principe à d'autres conditions pathologiques de l'œil. J'ai employé d'abord le coton, les bandelettes adhésives et le monocle des anciens, quelque chose d'analogue à l'appareil de M. Bonnafont, et j'en ai retiré des résultats très encourageans. Dans une ophthalmie, provoquée et entretenue par un jeune soldat, qui voulait en faire un moyen de réforme, l'occlusion complète me donna un résultat inespéré; le jeune soldat devint apte à continuer son service et fut renvoyé à son régiment. J'ai fait des applications multipliées de l'occlusion dans des cas variés, mais spécialement aux kératites ulcéreuses chroniques ou rebelles à tous les autres traitemens. J'ai communiqué ces faits à la Société d'émulation, à la Société de chirurgie; je les ai fait connaître dans les cours dont j'ai été chargé au Val-de-Grâce. J'avais amassé beaucoup de notes que je comptais lire à l'Académie; M. Bonnafont a eu le mérite de prendre les devans.

En feuilletant mes notes dans ces derniers jours, j'ai retrouvé précisément une lettre d'un chirurgien italien, M. Gennaro Barracano, qui m'écrit, en 1852, pour me féliciter des résultats que j'ai obtenus de l'occlusion, et qui m'apprend, en même temps, que, dès l'année 1831, il avait appliqué un grand nombre de fois ce moyen de traitement. Il se servait de bandelettes adhésives de taffetas gommé.

M. Piorry, cité par M. Bonnafont, a eu occasion de recourir aussi à l'occlusion complète, à la Maison de refuge des orphelins du choléra, en 1832, dans une épidémie d'ophthalmies. Je lui laisse le soin de donner lui-même des éclaircissemens à l'Académie. Poursuivons ces recherches. M. Pétrequin, en 1838, se servait à Lyon de l'occlusion, pratiquée au moyen de bandelettes de taff-tas d'Angleterre, dans la kératite ulcéreuse. M. Hairion, de Louvain, essayait un peu plus tard le même procédé, d'après M. Pétrequin; puis MM. Furnari et Ch. Deval, qui préfèrent les bandelettes adhésives aux bandages, reprochant à ceux-ci une partie des inconvéniens que j'ai déjà signalés, d'échauffer et d'irriter l'œil. On ne peut user des bandelettes de diachylon qu'avec une extrême réserve; les autres bandelettes emplastiques se maintiennent difficilement

M. Hairion, le premier, a eu l'idée de mettre en usage un moyen appliquée à d'autres affections; je veux parler du collodion. Il attribue d'ailleurs le principe à M. Pétrequin, et M. Deval, à son tour, en fait honneur à M. Hairion. M. Bonnafont a paru s'en faire honneur à lui-même. Cette tendance est naturelle, et chacun de nous, d'ailleurs, peut bien offrir de pareils exemples. J'ajouterai quelques mots sur l'emploi du collodion, qui offre de très grands avantages. Le premier procédé imaginé par M. Hairion est devenu très usuel; il est décrit avec détail dans les *Annales d'oculistique* et l'Union Médicale, année 1849. Ce procédé consiste à tremper une bandelette dans du collodion et à l'appliquer sur les paupières hermétiquement fermées; on maintient, pendant un court espace de temps, la bandelette de collodion au moyen d'une compresse. Le collodion doit réunir certaines conditions de préparation et quelques précautions sont à prendre dans l'application. Si les cils sont trop fortement collés, ils s'en vont lorsqu'on enlève l'appareil; il arrive que la conjonctive est fortement irritée; les malades perçoivent une sensation de froid pendant quelques instans, suivie d'une chaleur mordicante qui persiste plusieurs heures. Le muco-pus ne sortant pas facilement devient, pour l'œil, une cause d'irritation nouvelle. Il est vrai de dire que, le plus souvent, les liquides s'échappent du côté du grand angle de l'œil, du sac lacrymal.

Frappé de ces inconvéniens, M. Hairion a modifié ce procédé de la manière suivante : il abaisse autant que possible la paupière supérieure et il applique deux bandelettes enduites de collodion, isolées l'une de l'autre, et placées l'une sur la paupière supérieure et l'autre sur l'inférieure; des fils fixés à ces bandelettes permettent de maintenir une occlusion exacte ou d'examiner l'œil par une espèce de fenêtre en relâchant les fils. Mais la levée des bandelettes constitue toujours une difficulté.

Maintenant faut-il couvrir les deux yeux ou un seul? Si l'affection est exclusivement locale, on peut se contenter de l'occlusion uni-oculaire. S'il s'agit, au contraire, d'une variété d'ophthalmie qui passe facilement d'un œil à l'autre, il faudra couvrir les deux yeux.

Un ophthalmologiste distingué, mort il y a quelque temps, M. F. Cunier, dans une communication à l'Académie de Bruxelles, a bien voulu m'attribuer le principe de l'occlusion dans certains cas réservés; ce chirurgien se servait de préférence d'un appareil léger de collodion. J'ai eu occasion de voir à Londres, M. Hancock, appliquer une bandelette adhésive après l'opération de la cataracte. M. Forget, de Strasbourg, dans un travail intéressant, mais procédant exclusivement de sa propre expérience (*Annales d'oculistique* de 1853), mentionne aussi les bons effets de l'occlusion. Il dit d'ailleurs : ma méthode est certainement ancienne, mais les citations manquent. Il se sert d'un moyen mixte ou plutôt composé; il applique sur les paupières fermées une compresse mouillée, qui se moule exactement sur les parties et qu'on soutient par un bandeau. C'est un moyen excellent uni aux applications froides et qui n'exclut pas les autres médications. M. Forget n'a rapporté que trois observations dans son mémoire, mais saillantes toutes les trois, d'ophthalmies rebelles, guéries par ce procédé.

M. Bonnafont, avant de s'arrêter à son procédé actuel, a employé aussi le collodion, le taffetas et le sparadrap avec charpie et bande (*Annales d'ophthalmologie*, novembre et décembre 1853). Son mode d'occlusion nouveau, ce qu'il appelle sa méthode, consiste dans un appareil de pansement complet, qui me semble mériter les critiques que les anciens ont faites des premiers appareils d'une certaine complication; il a des avantages qui peuvent devenir des inconvéniens. Je me fierais assurément à son appareil appliqué par lui, mais je m'en défierais dans des mains moins expérimentées.

L'occlusion des paupières est certainement une méthode excellente, mais non dans tous les cas et non à l'exclusion des autres moyens de traitement; d'où l'*occlusion simple* et l'*occlusion composée*. Il y a différens procédés pour appliquer cette occlusion. Il ne faut pas perdre de vue les autres moyens que réclament les affections des yeux, l'eau froide, les collyres, les pommades, les cautérisations, les moyens médicaux, et enfin l'hygiène oculaire. L'occlusion favorise l'absorption des médicamens. M. Furnari considère une légère compression comme salutaire, et le traitement médical comme essentiel.

Il faut recourir à l'occlusion, surtout chez les enfans indociles et chez les malades qui se rapprochent des enfans par leur mobilité et leur indocilité, chez certains militaires qui peuvent avoir intérêt à entretenir une ophthalmie.

Je passerai maintenant à l'examen des résultats généraux en faveur de l'occlusion, et j'invoquerai les cas spéciaux où il convient de l'appliquer.

Je citerai tout d'abord les lésions mécaniques du globe de l'œil, d'après mes propres observations, les blessures, les contusions, la commotion, les plaies, même compliquées, de corps étrangers, mais après l'extraction des corps étrangers toutefois, l'ophthalmoptosis, l'exophthalmie, les congestions oculaires, les hydrophthalmies, les ophthalmies en général, en l'absence ou à cause de l'influence des autres traitemens.

On mettra encore l'occlusion en pratique avec avantage dans le phlegmon oculaire, mais ici seulement au début, dans le chémosis; dans les granulations de la conjonctive, cela supporterait peut-être quelques observations. L'occlusion trouve surtout ses applications les plus spéciales dans les ulcérations de la cornée, les kératites, les staphyiômes, les perforations, les fistules, les opacités mêmes, dans les maladies de l'iris, la procidence de l'iris, les iritis. On ne devra y avoir recours qu'avec une extrême réserve dans les cas d'adhérence, les synéchies, dans les maladies du cristallin, à la suite des opérations de cataracte, dans les maladies de la rétine et des parties profondes de l'œil, dans les cas de troubles visuels, les phosphènes, la myopie, la presbytie, la diplopie, l'héméralopie, la nyctalopie, l'amblyopie. On pourrait en essayer peut-être dans les cas d'amaurose; mais ce ne serait ici qu'un simple palliatif. Enfin, l'occlusion pourrait peut-être encore avoir des avantages dans certaines maladies des annexes de l'œil, certaines maladies des muscles de l'œil, le strabisme, dans les maladies des paupières, dans les plaies des paupières, l'ectropion, etc., dans le trichiasis, dans les brûlures, mais en veillant ici à ce que la cicatrisation soit régulière.

Je dirai, en terminant, que l'occlusion est une méthode ancienne qui a été appliquée avec succès à un assez grand nombre de maladies oculaires et qui mérite d'être conservée dans la pratique, en l'associant aux autres moyens d'hygiène oculaire et de traitement médical. Je me suis proposé, en exposant ces résultats devant l'Académie, de fixer davantage les opinions sur certains points et de compléter le travail que M. Bonnafont a communiqué dans la dernière séance.

M. Velpeau demande la parole pour la prochaine séance.

La séance est levée à cinq heures.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 24. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 23 Février 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. CLINIQUE MÉDICALE : Cancer fibreux aigu de la glande thyroïde ; mort par compression du nerf pneumo-gastrique droit. — II. CLINIQUE CHIRURGICALE : Études sur l'urétrotomie. — III. PATHOLOGIE : Recherches sur le spasme essentiel de la glotte chez les enfans. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Rapport sur la relation d'une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à l'hôpital Saint-Antoine. — Discussion sur une observation de cancer fibreux aigu de la glande thyroïde. — V. FEUILLETON : Du suicide et de la folie-suicide.

CLINIQUE MÉDICALE.

CANCER FIBREUX AIGU DE LA GLANDE THYROÏDE ; — MORT PAR COMPRESSION DU NERF PNEUMO-GASTRIQUE DROIT ;

Observation lue à la Société médicale des hôpitaux,

Par E. MOUTARD-MARTIN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Baumgartner, 36 ans, domestique, née à Argovie (Suisse), était habituellement d'une bonne santé ; elle est restée pendant quelques mois au service de l'un de nos confrères, qui n'avait rien remarqué en elle d'anormal au point de vue physique ; mais elle avait quelques aberrations intellectuelles ; elle sortit de chez lui pour aller passer trois mois dans son pays, et elle est revenue vers le 10 novembre.

Quelques jours après son retour, elle s'aperçut d'un peu de difficulté à boutonner son col, comme si le cou avait augmenté de volume, puis se manifesta une tumeur limitée à la partie moyenne du cou ; cette tumeur fit de rapides progrès, et la malade entra à l'hôpital St-Antoine le 12 décembre, dans l'état suivant :

Physionomie bonne, sans altération des traits ni de la coloration de la peau, mais un peu d'hébétude que nous expliquaient les renseignemens fournis par notre confrère ; inclinaison permanente de la tête sur l'épaule droite, appétit, bonnes digestions. Sur la partie moyenne du cou existait une tumeur du volume de la moitié d'un œuf de poule, faisant une saillie considérable au devant du larynx et de la trachée-artère, parfaitement limitée à gauche, fuyant davantage vers la partie droite du cou, s'élevant jusqu'au niveau de la partie supérieure du cartilage thyroïde, descendant jusqu'à 2 ou 3 centimètres du bord supérieur du sternum. Le larynx est fortement dévié à gauche, et lorsque l'on fait tenir la tête droite, il se présente exactement sous l'angle de la mâchoire ; la trachée-artère est également déviée à gauche et se reconnaît par la percussion sous le bord gauche de la tumeur. Cette tumeur n'est pas douloureuse, ou à peine douloureuse à la pression. La voix est altérée ; elle a pris un caractère tout particulier de raucité éteinte. La respiration, silencieuse quand la malade est au repos et dans la position qu'elle adopte instinctivement, devient bruyante et prend le caractère du cornage quand on l'active ou que l'on change la position de la tête en la redressant. Déglutition facile. (Traitement : potion avec 1 gramme d'iodure de potassium et quatre gouttes de teinture d'iode ; frictions sur la tumeur avec la pommade d'iodure de potassium au dixième.)

15 décembre. Augmentation notable de la tumeur, surtout à droite, rénitence de tout le côté droit du cou, soulèvement du muscle sterno-mastoïdien ; prolongement de la tumeur à sa partie inférieure jusqu'au sternum, douleurs à la pression sur toute l'étendue de la tumeur mais principalement à droite (vingt sangsues ; onctions avec l'onguent napolitain ; cataplasmes ; 0,60 de calomel).

16. Prolongement de la tumeur a gauche, soulèvement du muscle sterno-mastoïdien, douleur à la pression (vingt sangsues ; onctions d'onguent napolitain ; cataplasmes ; 0,20 de calomel en dix paquets).

20. Augmentation de la tumeur dans toutes ses parties, le cou prend la forme arrondie. Cependant la tumeur primitive fait toujours une saillie prononcée, gêne plus grande de la respiration, cornage léger mais presque permanent, anxiété, pâleur de la face, sueur sur le front, voix très éteinte et cassée, difficulté à avaler ; la percussion démontre que la tumeur descend au moins de 4 centimètres au-dessous du sternum. La poitrine, examinée avec soin, rend un son normal dans tous ses points, et la respiration y est normale, quoique peu sonore ; un peu de salivation (suspension des préparations mercurielles ; cataplasmes).

23. Pâleur encore plus prononcée, yeux hagards, œdème de la joue droite, cornage, extinction de voix ; difficulté très grande à avaler ; 100 pulsations, sueur abondante sur toute la tête. La tumeur n'a pas augmenté de volume.

25. Tous les phénomènes précédens se sont aggravés sans qu'il soit rien survenu de nouveau ; impossibilité d'avaler depuis quelques heures, teinte légèrement cyanosée des lèvres, pâleur du reste de la face. Mort à trois heures de l'après-midi.

Dès les premiers jours, je fis voir cette malade à mon collègue M. Richet, chirurgien de l'hôpital St-Antoine, afin de savoir s'il ne jugerait pas convenable de tenter quelque opération chirurgicale, afin de prévenir l'asphyxie que je prévoyais dès lors, ou au moins afin que, connaissant la malade, il pût prendre une rapide décision le cas échéant où l'asphyxie, faisant des progrès, viendrait à nécessiter l'intervention du chirurgien. La tumeur n'avait pas encore atteint un développement considérable, et l'opinion de M. Richet fut qu'il fallait attendre, qu'il n'y avait pas péril en la demeure, et j'avoue que mon opinion était complétement conforme à la sienne. Quelques jours plus tard, la tumeur avait acquis un tel développement, que la trachée était complétement englobée dans la tumeur qui se prolongeait au-dessous du sternum. Il n'y avait plus alors à songer à une opération. On n'aurait pu atteindre la trachée au cou, qu'en incisant le muscle sterno-mastoïdien gauche, les muscles de la région sous-hoïdienne et une épaisseur assez considérable de la tumeur ; or, il y avait tout lieu de craindre une hémorrhagie des plus graves, car ces tumeurs thyroïdiennes sont ordinairement très vasculaires ; mais ce n'était pas la principale objection : en pénétrant dans la trachée au cou, était-on sûr de se trouver au-dessous de l'obstacle ? et cet obstacle n'existait-il pas principalement au-dessous du sternum ? Ce qui portait à le croire, c'était la sensation de gêne que la malade accusait en ce point ; en outre, l'absence de teinte asphyxique bien prononcée nous fit penser que le nerf pneumo-gastrique pouvait être comprimé.

En présence de cette difficulté, il fallait s'abstenir sous peine de faire une opération dangereuse, et avec la presque certitude de son inutilité. Il fut donc décidé qu'il n'y avait pas lieu d'opérer. On verra que l'autopsie est venue justifier notre abstention.

Quant à la nature intime de cette tumeur, nous fûmes obligés de rester dans le doute ; la rapidité du développement, la sensibilité qui avait existé à la pression, nous portaient à croire que ce pourrait bien être un développement inflammatoire de la glande thyroïde. On va voir que nous étions bien loin de la réalité.

Autopsie. — Nous fîmes disséquer sur place la tumeur avec le plus grand soin ; nous n'indiquerons ici que les points importans.

Cette tumeur présentait au cou deux lobes bien distincts, l'un composé par la tumeur médiane primitive et son prolongement à droite, l'autre par le lobe gauche ; la partie médiane de la tumeur envoyait un prolongement sous le sternum et sous l'extrémité interne des clavicules, descendant jusqu'à 4 centimètres au-dessous du bord supérieur du sternum. Les parties latérales se prolongeaient jusque sur la colonne vertébrale. Le canal aérien présentait une double incurvation. Le larynx était, comme nous l'avons signalé dans l'observation, complétement porté sur le côté gauche du cou ; de ce point la trachée descendait en se portant encore plus à gauche, décrivant une courbe très marquée, puis se rapprochait de la ligne médiane, et enfin, arrivée au niveau du sternum, elle se redressait pour descendre verticalement jusqu'à sa division. Dans aucun point de son trajet, même dans cette partie comprise dans l'épaisseur de la tumeur, nous ne pûmes reconnaître de rétrécissement.

Les muscles ayant été enlevés avec soin et la tumeur mise à nu dans toutes ses parties, on enleva toutes les parties molles de la région antérieure du cou, afin de disséquer tous les organes importans qui s'y trouvent et reconnaître leurs rapports avec la tumeur. Elle se prolongeait jusque sur les muscles prévertébraux d'où elle s'énucléait en présentant une surface plane exactement moulée sur la partie extérieure de la colonne vertébrale garnie de ses parties molles.

Nous avons déjà dit quelle était la disposition de la trachée ; ajoutons que l'œsophage, enveloppé avec elle de toutes parts et séparé de la partie postérieure de la tumeur par une épaisseur de plus d'un centimètre, suivait exactement son trajet. A gauche, le nerf pneumo-gastrique, l'artère carotide primitive et la veine jugulaire étaient libres et descendaient sur le côté et en arrière de la tumeur.

A droite, le nerf diaphragmatique passait au dessus de la tumeur, la veine jugulaire interne contenant un caillot très volumineux, adhérent à ses parois, de formation ancienne, passait également au-dessus de la tumeur ; une épaisseur de 2 centimètres la séparait du nerf pneumo-

Feuilleton.

DU SUICIDE ET DE LA FOLIE-SUICIDE,

CONSIDÉRÉS DANS LEURS RAPPORTS AVEC LA STATISTIQUE, LA MÉDECINE ET LA PHILOSOPHIE (1) ;

Par M. le docteur A. BRIERRE DE BOISMONT.

On a dit qu'il fallait cacher aux nations leurs maladies morales, sous peine de les propager, par imitation. Cette opinion a été récemment réfutée avec succès dans ce journal, à l'occasion du vœu exprimé par un conseil général de ne donner aucune publicité aux suicides. Agir ainsi, fait observer le critique, c'est endormir les peuples dans une fausse sécurité et leur ôter les moyens de combattre des maux dont ils auraient pu triompher s'ils les avaient mieux connus. Cette pensée est aussi celle de M. Brierre de Boismont, qui s'est livré à une étude approfondie des causes du meurtre de soi-même.

Les ouvrages écrits sur ce sujet peuvent se partager en deux sections très distinctes ; dans l'une se rangent les moralistes qui ont fait du suicide un acte volontaire ; dans l'autre, les médecins qui le considèrent comme un symptôme de folie. Il suffit, pour démontrer l'exagération de ces deux opinions, d'opposer à Caton, à Condorcet, au commandant de Verdun, un homme qui se tue, parce qu'il se croit poursuivi par des ennemis imaginaires dont les apparitions et les voix le glacent de terreur. Pour M. de Boismont, il y a deux espèces de suicides, celui des gens raisonnables et celui des aliénés ; c'est la même doctrine qu'il soutenait dans son livre des *Hallucinations*, dont une très remarquable analyse a été donnée dans le *Siècle* par M. Husson.

Le reproche capital qu'on peut adresser aux moralistes, c'est l'absence de faits. Leurs dissertations sont éloquentes, éminemment morales mais elles pèchent essentiellement par la base. Quant aux opinions de quelques médecins, leur point de vue est beaucoup trop étroit ; la figure du fou se montre partout ; mais ce n'est que par un étrange abus de l'analogie que l'on peut faire rentrer tous ceux qui ont attenté à leur vie dans le cercle fatal de la folie.

Il est évident que, pour prendre une détermination aussi antipathique à la nature humaine, il faut de puissans motifs. La lecture du chapitre des causes ne laisse aucun doute à cet égard. 4,595 procès-verbaux rédigés par les commissaires de Paris, les médecins, et très souvent accompagnés d'autographes où sont enregistrées les dernières impressions des malheureux qui vont mourir, fournissent les élémens nécessaires pour remonter à l'origine du mal. Sans nul doute, tout n'est pas là, et il ne faut pas oublier, comme le disait dernièrement M. Émile de Montégut, que l'ambition, l'amour, le goût des arts, la piété même, sont soumis à l'action du sang et des nerfs, de la bile et de la lymphe, et que la même passion peut revêtir une forme splendide et majestueuse ou une forme méprisable et abjecte, suivant la nature des agens. La race, l'hérédité, l'organisation, le milieu social, les influences climatériques et météorologiques ont aussi leur poids dans la balance ; l'auteur, en sa qualité de médecin, devait en tenir compte ; il l'a fait avec la mesure convenable, et c'est justement l'étude de tous ces élémens, si négligés jusqu'alors, qui sépare complétement son ouvrage de ceux de ses prédécesseurs.

Ces causes accessoires, encore une fois, sont indispensables, mais les causes déterminantes, celles sans lesquelles la mesure n'eût pas été comblée, ne sont pas moins utiles à rechercher. Or, il faudrait fermer les yeux à la lumière pour ne pas voir avec l'auteur que, si bien des morts volontaires sont dues aux passions, les vices de l'état actuel de la société ont aussi une part considérable dans cette funeste détermination. Ainsi, à l'article *Misère*, sur les 282 suicides de cette catégorie, on en trouve une forte proportion qui, pour prolonger leur existence de quelques jours, avaient engagé tous leurs effets et vendu même les reconnaissances du Mont-de-Piété. En pénétrant dans leurs tristes mansardes, les officiers ministériels constatent qu'il ne restait plus ni meubles ni vêtemens, et que la paillasse même avait servi à alimenter le feu. Une pauvre fille travaille jour et nuit pour procurer à sa mère, vieille, impotente et presque aliénée, les secours qui lui sont indispensables ; ses forces s'usent, ses ressources s'épuisent, le travail manque ; elle allume le charbon, se couche et écrit : « Puisque ma vie lui est inutile, puisse au moins ma mort la faire entrer dans un établissement de charité. »

Cette influence de la misère est bien marquée dans les années de disette. On lit dans le compte rendu de la justice criminelle pour 1847, que le nombre des suicides s'est élevé de 3,102 (1846) à 3,647, soit une différence de 545 en plus sur l'année précédente.

En présence d'un pareil résultat, n'y a-t-il pas, remarque l'auteur, une extrême légèreté à proclamer la folie la seule explication possible de ces douloureux holocaustes !

Il est sans doute fort tranquillisant pour les heureux de la terre de se dire : « Voilà un insensé qui vient de se tuer ; » mais si la voix du mort pouvait leur répondre comme celle d'un poète infortuné : « C'est la faim qui m'a mis au tombeau, » la compassion se réveillerait aussitôt, car l'instinct généreux qui porte à soulager ses semblables peut être engourdi, il n'est jamais éteint dans le cœur de l'homme.

Les chagrins domestiques représentent un chiffre de 361 cas dans la statistique générale. Ils sont déterminés par les discussions de famille, les querelles de ménage, les incompatibilités d'humeur, la perte ou l'abandon des parens. En voyant sa mère sans cesse frappée, meurtrie de coups, rester quelquefois étendue comme morte sur le carreau, une jeune fille monte tout en pleurs dans sa chambre, et se pend à la flèche de son lit. Un homme s'exprime ainsi : « Vivre avec un être qui n'a pour vous que de l'aversion, qui cherche toutes les occasions de vous nuire ou de vous contrarier, qui s'attache à vous comme une furie et ne vous suppose que de mauvaises intentions ou des actions coupables, n'est-ce pas là un martyre intolérable ? »

Ces faits et beaucoup d'autres, consignés dans le chapitre des causes, prouvent que la famille est le théâtre de mille drames douloureux, bien autrement saisissans que les créations de l'imagination, et qui jettent le trouble et le désespoir dans l'âme ; aussi n'est-il pas surprenant que cet instinct si naturel, blessé dans les plus chères affections, se porte aux dernières extrémités.

Nous voudrions suivre l'auteur dans ses considérations sur les maladies, l'amour, la jalousie, le remords, la crainte du déshonneur, le jeu, l'orgueil, etc., mais nous craindrions de nous laisser entraîner trop loin. En prenant pour modèle des impatiens de la gloire, le poète Chatterton, M. de Boismont fait observer que ces infortunés se ressemblent par un trait commun, l'impossibilité d'attendre, tandis qu'il eût suffi de quelques jours de persévérance pour arriver au port.

Si les causes de suicide se lient souvent à l'état social, elles sont aussi le résultat des vices. Une passion abjecte, dont l'action est énorme dans la production du suicide, est, sans contredit, l'ivrognerie. Le nombre des individus qu'elle a poussés à se tuer s'élève à 530, le huitième environ du chiffre général (4,595). Chez beaucoup d'entre eux, les chagrins ont été, il est vrai, les promoteurs de cette funeste habitude ; mais la paresse, la débauche et l'hérédité la développent aussi dans de grandes proportions. Une des conséquences déplorables de ce penchant c'est de faire naître tout à coup l'idée de suicide chez un homme qui n'y était aucunement enclin. Le mal peut encore être plus sérieux, car M. de Boismont a recueilli 16 cas de monomanie homicide à la suite de l'ivresse.

Parmi les causes signalées par l'auteur, il en est une qu'il a traitée avec un soin particulier, c'est l'ennui de la vie (*tædium vitæ*). Cette maladie morale, qui a créé au commencement de ce siècle une littérature pleureuse qui n'a pas encore disparu, atteint surtout les âmes sans

(1) Un volume in-8, Paris, 1856, Germer-Baillière, libraire.

gastrique qui, dans tout son trajet au cou, était compris dans l'épaisseur de la tumeur et y était adhérent dans certains points, où il paraissait plus rouge et augmenté de volume; l'artère carotide primitive droite, après un trajet libre de 3 à 4 centimètres au delà du tronc brachio-céphalique, s'enfonçait dans la tumeur qui l'enveloppait de toutes parts et y adhérait de telle sorte que l'on était obligé de fendre le vaisseau pour en suivre le trajet; il était impossible de le disséquer. Cette artère était séparée par un prolongement de la tumeur très épais du nerf pneumo-gastrique et de la veine jugulaire interne.

Sur la partie médiane et inférieure de la tumeur se trouvait une veine volumineuse d'aspect complétement blanc, contenant une sorte de caillot ferme, d'un blanc opalin demi-transparant, très ferme, et se prolongeant dans toutes les ramifications de la veine.

La tumeur incisée est dure et crie sous le scalpel; sa coupe présente un aspect marronné, blanc; chaque division paraît de structure fibreuse, et en râclant la surface avec le scalpel, on recueille cette matière blanche caractéristique du cancer. Nous avons fait examiner au microscope la tumeur elle-même et ce caillot que nous avons décrit: le résultat de cet examen fut que les deux substances présentaient la même organisation. Il n'y avait donc pas de doute à avoir, nous avions devant les yeux un cancer de forme fibreuse de la glande thyroïde, avec production cancéreuse dans la veine thyroïdienne moyenne.

Quant aux autres organes, ils étaient parfaitement sains.

Cette observation présente quelques particularités importantes à noter :

1° Le développement d'une rapidité effrayante d'un cancer volumineux; la maladie a duré en tout six semaines, et dans les dix derniers jours de la vie, la tumeur a triplé de volume. Ce développement rapide est d'autant plus remarquable, qu'il est plus rare dans la forme fibreuse du cancer, car si le développement de l'encéphaloïde est quelquefois très rapide, le cancer fibreux, au contraire, marche lentement.

2° Le cornage qui existait dès l'entrée de la malade à l'hôpital aurait pu faire croire à la terminaison de la maladie par asphyxie, par défaut de pépétration de l'air dans les poumons, et cependant nous n'avons pas vu chez cette femme, à proprement parler, les symptômes de l'asphyxie; elle était pâle dans les derniers jours de sa vie, et ce n'est que quelques heures avant sa mort qu'elle présenta une teinte bleuâtre des lèvres, avec un peu de gonflement des veines du front. La compression du nerf pneumo gastrique droit explique, suivant moi, ce défaut de symptômes asphyxiques, et la mort, malgré la conservation, du moins apparente, du calibre de la trachée. La malade est morte par défaut d'hématose, malgré la pénétration de l'air dans les vésicules pulmonaires.

3° Enfin l'autopsie nous a démontré que nous avions agi avec sagesse en ne pratiquant pas d'opération, car la trachéotomie n'aurait pas prolongé les jours de la malade, puisque le calibre de la trachée ne paraissait que peu ou point diminué, et elle n'aurait en rien remédié aux accidens produits par la compression et l'altération du nerf pneumo-gastrique.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

ÉTUDES SUR L'URÉTROTOMIE (1);

Par le docteur Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, membre correspondant de la Société de chirurgie, etc.

Obs. II. — *Rétrécissement de toute la portion pénienne de l'urètre. Incision. — Guérison.*

M. T..., contre-maître dans une fabrique, âgé de 29 ans, d'une excellente constitution, a contracté une blennorrhagie à l'âge de 18 ans. Huit jours après le début de cette affection, il fit usage, sans succès, d'un mélange de colloquinte, de vin blanc et de poudre à canon; puis après, il prit du copahu. Au bout d'un mois, l'écoulement persistant toujours, il employa diverses injections, entre autres au nitrate d'argent. Malgré ces divers traitemens, qui furent faits sans méthode, sans persévérance, un suintement urétral assez abondant persista, et, sous l'influence d'excès vénériens et alcooliques, il reprit souvent un caractère d'acuité qui obligea le malade à recourir de nouveau aux préparations balsamiques et aux injections.

Cependant, vers l'âge de 22 ans, le jet d'urine commençait à diminuer de volume et était déjà moins lancé. Souvent, après avoir uriné, les dernières gouttes d'urine s'échappaient dans le pantalon. Cet état resta à peu près stationnaire jusqu'à l'âge de 25 ans, époque à laquelle un médecin consulté fit une injection avec du sublimé corrosif. La douleur fut horrible, et, à partir de ce moment, le jet d'urine devint filiforme.

Deux ans après, un autre médecin fit des tentatives pour introduire une sonde dans la vessie, mais il ne put y parvenir.

Enfin, il y a dix-huit mois, le malade se mit entre mes mains. Je le traitai par la dilatation. J'introduisis d'abord avec peine une bougie d'un millimètre de diamètre, et au bout de deux mois je me servais d'une sonde en étain de 8 millim. Il me fut impossible de dépasser cette limite, les parois du canal, formées de tissu comme cartilagineux, ne se prêtaient à aucune dilatation. Je dus me borner alors à passer, pendant six mois, la même sonde, que je laissais deux à trois minutes dans le canal à chaque séance.

Le malade ennuyé, se trouvant d'ailleurs très bien, renonça à tout traitement pendant un an. Aujourd'hui, 7 décembre 1853, il revient me trouver.

État actuel. — Le rétrécissement a reparu; le jet d'urine est filiforme. Après un léger excès de table, la miction ne s'opère que goutte à goutte. Le suintement urétral persiste toujours. Les désirs vénériens, les érections sont très fréquens. Pas d'éjaculation; le sperme s'écoule en bavant.

Une bougie de 2 millim. de diamètre peut être introduite et se trouve assez serrée. Un bain. Les jours suivans, je dilate progressivement le canal, et le 13 décembre, le canal admet une sonde métallique de 6 millimètres. Mais si on veut introduire un numéro supérieur, on éprouve une résistance des plus grandes, et on cause de très vives douleurs au malade. Tout le canal de l'urètre, dans une étendue de 9 centimètres, à partir du méat, est induré, comme cartilagineux. Cependant on sent très distinctement avec le bout du cathéter une partie plus rétrécie à 3 centimètres du méat, et une seconde à 5 centimètres.

18 décembre. L'urétrotome de M. Robert est introduit dans le canal, la verge fortement tendue par un aide. Arrivée à une profondeur de 8 centimètres, la lame de l'instrument, dirigée sur la paroi externe et inférieure du canal, est ouverte au maximum. L'urétrotome est alors tiré lentement jusqu'au méat qu'il divise. On entend à distance un craquement dû à la division des brides fibreuses. Je l'introduis une seconde fois et recommence la même manœuvre pour bien m'assurer de l'entière division des parties rétrécies. Peu de douleur; écoulement d'une cuillerée de sang. Immédiatement, je puis introduire facilement et sans douleur une sonde en étain de 9 millimètres jusqu'à une profondeur de 8 centimètres. Là on sent une résistance. Je place une sonde en gomme élastique à demeure. Repos au lit.

Le soir, le malade est très bien; il urine sans douleur par la sonde.

19 décembre. La nuit a été très bonne. Je retire la sonde à demeure. Cathétérisme avec la sonde de 9 millimètres jusqu'à une profondeur de 8 centimètres. Il est supporté sans douleur. Réapplication de la sonde à demeure.

20 décembre. La nuit a été bonne. Pas de frissons. On remarque sur la verge des ecchymoses. Cathétérisme. *Ut suprà.*

21 décembre. Le malade retire sa sonde à demeure le matin, prend un bain et vient chez moi à midi. Je lui passe la sonde de 9 millim. Il urine sans aucune douleur.

22 décembre. Cathétérisme avec la sonde de 9 millim. matin et soir. On le continue les jours suivans.

1er janvier 1854. A l'aide de l'urétrotome, je divise toutes les brides situées profondément à 8 centimètres du méat, de manière à permettre l'introduction de la sonde de 9 millim. dans la vessie. Écoulement d'une cuillerée à bouche de sang environ. Une sonde à demeure est appliquée. Repos au lit.

2 janvier. Le malade va bien. Pas d'ecchymose. Sentiment de chaleur au col de la vessie. Cathétérisme avec la sonde de 9 millim. Le soir, envies d'uriner très fréquentes. Le malade croit avoir uriné entre le canal et la sonde. Cathétérisme.

3 janvier. Un bain, le reste *ut suprà.*

4 janvier. On enlève la sonde à demeure. La malade se lève, urine sans douleur. A partir de ce jour jusqu'au 25 janvier, on pratique le cathétérisme matin et soir avec une sonde de 9 millim. de diamètre.

9 février. On introduit, avec facilité, une sonde de 9 millim. Le malade va bien.

1er mai. Le malade accuse un peu de chaleur au col de la vessie, et éprouve un peu de difficulté pour uriner. Une sonde de 9 millimètres pénètre dans le canal avec facilité. L'écoulement urétral a complétement disparu. Le lendemain et les jours suivans, la miction est redevenue normale.

1er juillet. Nouvelle difficulté dans la miction. Une sonde de 9 millim. pénètre facilement dans la vessie. Après son introduction, le malade urine bien.

Au commencement de septembre et à la fin de décembre, un seul cathétérisme fait disparaître la difficulté survenue dans la miction.

17 juin 1855. L'urine s'écoule encore difficilement. Néanmoins, j'introduis une sonde de 8 millim. 1/3. Seulement, un peu avant d'entrer dans la vessie, on sent qu'elle est serrée. Il y a évidemment, dans ce point, un rétrécissement qui n'a pas été incisé et qui, revenant graduellement sur lui-même, amène ce trouble de la miction. Mais, comme il est très extensible, il se laisse distendre facilement et il suffit d'un seul cathétérisme pour que l'urine s'écoule librement pendant plusieurs mois. En conséquence, je conseille au malade de se passer une sonde de 7 millim. 1/2 une fois par mois. Depuis, il a contracté une nouvelle blennorrhagie qui, traitée par le repos et les balsamiques, a bien guéri et n'a point aggravé sa position.

Lorsque, pour la première fois, je donnai des soins à ce malade, j'étais parvenu à dilater le canal, de manière à y faire pénétrer des sondes de 8 millimètres. Ce résultat paraît assez satisfaisant au premier abord pour que l'on se demande si l'urétrotomie était indispensable. Je ferai remarquer qu'on n'arrivait à une semblable dilatation qu'au prix de douleurs très vives, et il était facile de prévoir qu'elle n'aurait aucune durée, car les sondes de 6, 7 et 8 millimètres ne pénétraient qu'avec beaucoup de peine dans le canal, et après y avoir séjourné seulement une minute, elles étaient tellement serrées, qu'il fallait employer une force considérable pour les retirer. Le malade, ayant cessé tout traitement pendant une année, était retombé dans le même état qu'avant l'introduction des bougies; et lorsque, cette fois, on eut recours de nouveau à la dilatation, elle était mal supportée. C'est à peine si des sondes de 6 millimètres pouvaient pénétrer, et elles étaient tellement serrées, qu'il était impossible de songer à introduire des sondes plus volumineuses. Après l'urétrotomie, des sondes de 9 millimètres ont pénétré facilement et sans douleur; et bien que l'opération date maintenant de deux ans, bien que le malade ait contracté depuis une blennorrhagie, toute la portion pénienne qui a été incisée ne s'est pas rétrécie. Il est vrai que si le malade reste deux ou trois mois sans passer de sonde, il éprouve de la difficulté à uriner. Cette difficulté ne tient pas au rétrécissement de la portion de l'urètre qui a été incisée, mais à un rétrécissement très extensible situé au niveau de la portion courbe du canal et qui n'a pas été incisé.

(1) Voir le numéro du 19 Février 1856.

---

force qui préfèrent la rêverie au travail, aiment mieux s'agiter qu'agir, jusqu'au jour où, pour s'affranchir de toute fatigue, elles se réfugient sous la froide et lourde pierre de Montaigne.

Déjà Sénèque, dans le portrait de Serène, et saint Jean Chrysostôme dans celui de Stagyre, avaient fait voir combien l'ennui est inhérent à la nature humaine. Il est probable que l'*acedia* du moyen âge, qui attaqua un si grand nombre de moines, n'était qu'une forme de l'ennui.

L'analyse des derniers sentimens exprimés par les suicidés est extraite de plus de 1,500 autographes, qui éclairent d'un jour neuf et très intéressant les causes de la mort volontaire. En parcourant cette volumineuse correspondance, on acquiert la preuve que toutes les opinions avancées sur le suicide ont leurs représentans dans les diverses catégories de l'auteur, et que l'individualité en est la meilleure explication. Tantôt, en effet, les écrits dénotent un caractère froid, résolu; les motifs sont parfaitement déduits, la logique est rigoureuse, l'écriture court nette, sans rature, et ne s'arrête qu'avec la vie. Tantôt, au contraire, les lettres annoncent l'irrésolution, la peur, la faiblesse, souvent même l'incohérence des idées. On y retrouve tous les mobiles qui font agir les hommes: sentimens généreux, mauvais, courageux, philantropiques, dévoués, égoïstes, mensongers, hypocrites, faux, futiles, ridicules même; témoin l'observation de cet étranger qui, après avoir dévoré une fortune de plus d'un million dans les plaisirs de la table, dîne avec délices, et se jette à l'eau lorsque sa digestion est achevée. Ce chapitre est le meilleur commentaire de toutes les recherches sur le suicide.

Plus on avance dans la lecture de l'ouvrage de M. de Boismont, plus on le voit redoubler d'efforts pour faire triompher la pensée fondamentale de son œuvre, l'influence des idées éducatrices sur l'organisme. C'est surtout dans le chapitre de la *Civilisation* que cette tendance est manifeste. Ici se présentait la question de l'accroissement du nombre des suicides. L'auteur, s'appuyant sur les comptes rendus de la justice criminelle, se prononce pour l'affirmative. Ainsi, pour les années 1827, 28, 29 et 30, époque à laquelle le ministère a commencé ses relevés, le total des suicides, pour la France, a été de 6,900, environ 1,800 par an.

Les quatre premières années du travail de M. de Boismont donnent le chiffre bien supérieur de 9,166, ce qui fait par an environ 2,310 cas, 500 de plus que dans le relevé précédent. Mais ce chiffre n'est pas encore la reproduction exacte de la vérité, puisqu'il manque dans cette énumération les suicides présumés, dissimulés, inconnus, et les tentatives, qui représentent la moitié du nombre des suicides constatés. Aussi n'est-on pas surpris de voir le chiffre de ceux qui ont fait des tentatives de suicide, depuis le commencement de ce siècle, évalué à 300,000.

A la question de l'augmentation des suicides se rattachait celle de la prédominance des villes sur la campagne, dans la production des morts volontaires. Voici les résultats donnés sur ce sujet par l'auteur : Dans les départemens où la population urbaine est de 22 et la population rurale de 78 p. 100, il y a 1 suicide sur 9,918 habitans; dans ceux où les élémens du chiffre ne sont plus que de 19 dans le premier cas et de 81 dans le second, on ne compte que 1 suicide sur 18,984; enfin, lorsque la moyenne des villes tombe à 14, tandis que celle des campagnes atteint 86, la proportion des suicides est seulement de 1 sur 36,721 habitans.

Ces préliminaires posés, M. Brierre de Boismont dresse une statistique des principaux pays où le suicide a été constaté d'une manière régulière. Il en conclut que la France, l'Angleterre, certaines contrées de l'Allemagne et les États-Unis, sont les contrées qui offrent le plus de suicides.

Un sentiment de discrétion ne nous permet pas d'indiquer les recherches statistiques de l'auteur sur les sexes, les âges, l'état civil, l'état de fortune, l'instruction, la moralité, les professions; elles contiennent une foule de détails nouveaux. La distribution des suicides par régions, par moyens d'accomplir le sacrifice de soi-même, par époques, n'est pas moins remplie de particularités importantes. Nous nous bornerons à quelques citations. Lorsqu'on étudie le rapport du nombre de suicides avec la population, on remarque constamment, au premier rang, chaque année, la région du nord, puis viennent les régions de l'est, du centre, de l'ouest, du sud, et au dernier rang l'île de Corse. Dans la récapitulation des modes du suicide en France (1835 à 1843), la distribution a lieu de la manière suivante : Submersion, strangulation, armes à feu, charbon, chute, instrumens tranchans, poison, etc.; l'asphyxie par le charbon, qui était la première dans le tableau de Paris, descend, pour la France, au quatrième rang. Quant aux époques, on peut poser en principe que les suicides sont plus nombreux le jour que la nuit, et le matin que dans les autres heures de la journée. L'influence de la lumière, du mouvement, est, d'ailleurs, mise hors de doute par l'élévation et l'abaissement progressif du chiffre du suicide, coïncidant exactement avec l'allongement et la diminution de la durée des jours.

Nous n'avons encore rien dit de la folie-suicide. Après avoir lu les différens chapitres qui lui sont consacrés, on ne peut plus conserver aucun doute sur les différences qui séparent les deux formes du suicide. La section comprenant la médecine légale sera consultée avec fruit par les jurisconsultes et les médecins, car elle présente des faits nouveaux et des aperçus beaucoup plus complets que ce que l'on connaissait sur ce sujet.

Pénétrer par l'observation et l'analyse dans les causes les plus secrètes et les plus cachées d'une maladie, c'est contribuer à la faire mieux connaître et préparer les moyens les plus propres à la combattre. M. de Boismont nous paraît avoir fait, sous ce rapport, de louables efforts, quoique nous pensions que malheureusement on réussira difficilement à faire disparaître cette maladie. Le traitement devrait varier suivant les deux formes admises par l'auteur. En considérant le suicide volontaire comme essentiellement lié aux idées dominantes de l'époque, il était naturellement conduit à chercher le remède dans une autre direction des idées. Contre la première forme, il nous paraît opposer avec raison une meilleure pédagogie morale et religieuse, le sentiment du devoir, le respect de la loi, l'amour de la patrie et des semblables, en un mot, tout un ordre d'idées, puisé dans les progrès de la civilisation. Une observation, qui est elle-même un fragment détaché d'une méthode, montre par quelle série de précautions l'homme intelligent peut s'empêcher de tomber. Le suicide des aliénés réclamait plus spécialement les agens thérapeutiques. Plus d'une fois, ils ont été couronnés de succès; mais nous avons été surtout frappé des heureuses modifications produites dans ce cas par la vie de famille.

Le livre de M. de Boismont est le premier qui ait réuni les deux formes du suicide et nettement tracé leurs caractères différentiels. Les matériaux nombreux sur lesquels il s'appuie révèlent à chaque instant la part que prend le suicide dans les grandes questions sociales de notre époque; paupérisme, travail, salaire, famille, propriété, avenir des artisans, de la société peut-être! Les documens fournis par la statistique fournissent d'utiles enseignemens. Nous pourrions reprocher à l'auteur de n'être pas entré assez longuement dans la voie des réformes nécessaires pour lutter contre une aussi grande plaie sociale; mais il pourrait nous répondre qu'il a proposé ce qui lui semblait praticable. A part cette critique, le *Traité du suicide et de la folie-suicide*, écrit d'un style ferme et élevé, est conçu dans un excellent esprit, et nous ne doutons pas qu'il ne soit accueilli aussi favorablement que celui des *Hallucinations*. — (Extrait du *Siècle* du 14 février 1856.)

Amédée Latour.

Élémens de pathologie générale, par M. le professeur Chomel. 4e édition considérablement augmentée. Un vol. in-8 de 760 pages. — Prix : 9 fr.

Paris, 1856, Victor Masson, libraire.

De la fièvre puerpérale, épidémie observée en 1854, à la Maternité de Paris; par le docteur Amédée Charrier, ancien interne des hôpitaux et de la Maison d'accouchemens de Paris (Maternité), lauréat de la Faculté de médecine de Paris, etc. In-4. — Prix : 2 fr. 50 c.

Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

L'extensibilité très grande de ce rétrécissement, puisqu'il cède à une application de la sonde, sa situation profonde, m'ont déterminé à le respecter, d'autant plus qu'il ne cause qu'une incommodité très légère au malade. Au total l'urétrotomie a rendu un véritable service au malade, puisqu'il lui suffit, pour bien uriner, de se passer une sonde de 7 millimètres 1/2 une fois tous les trois mois.

Obs. III. — *Rétrécissement de l'urètre traité par l'incision. — Guérison.*

Coustellier, ouvrier imprimeur, âgé de 32 ans, entre à l'hôpital de Lisieux, le 11 octobre 1853. Première blennorrhagie il y a six ans. — Traitée par la potion de Chopart, par des injections avec l'extrait de saturné pur et avec l'eau aiguisée d'acide nitrique (quelques gouttes pour un verre d'eau). Au bout de deux mois, guérison complète.

Seconde blennorrhagie il y a deux ans. — Même traitement, mêmes injections. Un suintement urétral persiste depuis cette époque. Il y a cinq à six mois le jet d'urine commence à diminuer de volume et est moins lancé.

État actuel. — Suintement urétral. Le jet d'urine, quoique encore continu, a diminué d'un tiers environ : il tombe sur les pieds du malade et exige, pour être expulsé au dehors, des efforts considérables. Jamais il n'a eu de rétention d'urine. Sentiment de pesanteur dans les testicules. Il n'a presque plus d'érections ni de désirs vénériens.

Le rétrécissement est situé à 12 centimètres du méat urinaire, la verge étant dans le relâchement. Il peut admettre une sonde de 6 millimètres 1/3, mais elle est fortement serrée.

Le 12 et le 13 octobre, je pratique le cathétérisme, afin d'habituer le canal de l'urètre à la présence de la sonde. — Un bain.

14 octobre. J'incise d'arrière en avant le rétrécissement avec l'urétrotome de M. Robert. Une première incision étant faite, je réintroduis l'instrument, et faisant saillir la lame le plus possible, je la fais passer de nouveau dans la même incision, à laquelle je donne 3 centimètres d'étendue. Le malade accuse peu de douleur. Quelques gouttes de sang s'écoulent. Immédiatement une sonde de 8 millim. 1/3 est introduite avec facilité. Puis une sonde en gomme élastique à courbure fixe est appliquée à demeure.

Le soir. Les urines sont claires; le malade ne souffre pas. Cathétérisme avec la sonde de 8 millim. 1/3.

15 octobre. La nuit a été bonne. Pas de douleur dans l'urètre. J'introduis dans l'urètre un petit cathéter courbé à angle droit, de manière à désunir les lèvres de l'incision, puis une sonde de 9 millim. Elle passe avec une grande facilité. Réapplication de la sonde à demeure.

16 octobre. *Ut suprà.*

17 octobre. Un peu de fièvre cette nuit.

On retire la sonde à demeure. Cathétérisme avec la sonde de 9 millim. On le pratique les jours suivans une fois tous les matins, jusqu'au 8 novembre, et le malade sort de l'hôpital.

Au bout de quinze jours il revient. La sonde de 9 millim. pénètre facilement, n'est aucunement pincée au niveau de l'incision. Le malade urine très bien, n'a plus de suintement urétral. Sa chemise, qu'il a depuis dix jours, ne présente aucune tache. Dans son urine il n'y a pas de filamens; les érections sont redevenues normales.

9 juin 1854. Le malade revient me voir. Il urine bien. Il se plaint seulement d'avoir tous les matins un peu de suintement urétral. Il affirme n'avoir pas eu de rapports sexuels. J'introduis une sonde de 9 millim. avec la plus grande facilité.

15 décembre 1855. Le malade est dans le même état. Une sonde de 9 millim. pénètre très facilement.

La guérison chez ce malade date de deux ans et deux mois. Jusqu'à ce jour, elle ne s'est pas démentie et tout fait espérer qu'elle est radicale.

Le suintement urétral, qui, tout d'abord, avait été guéri avec le rétrécissement, a reparu plus tard; or, comme le canal n'a aucune tendance à se rétrécir, je serais assez porté à l'attribuer, malgré les dénégations du malade, à quelque écart de régime.

La durée du traitement a été très courte. Le cathétérisme n'a été pratiqué que pendant les trois jours qui précédaient l'opération, à cause du peu de temps dont le malade pouvait disposer. Malgré le succès obtenu, je crois qu'il est utile d'habituer le canal, pendant un plus long temps, à la présence de la sonde.

(*La fin à un prochain numéro.*)

PATHOLOGIE.

RECHERCHES SUR LE SPASME ESSENTIEL DE LA GLOTTE CHEZ LES ENFANS;

Rapport fait sur ce sujet à la Société médicale des hôpitaux,

Par M. le docteur BLACHE, médecin de l'hôpital des Enfans-Malades.

Messieurs, je viens au nom d'une commission composée de MM. Natalis Guyot, Hérard et moi, vous rendre compte d'un mémoire que vous a adressé M. le docteur Salathé, médecin de l'hôpital de Mulhouse, sur le *spasme de la glotte*. Le titre même du mémoire de M. Salathé, indique les deux points saillans de ce travail, c'est-à-dire *la fréquence et la facile curabilité du spasme de la glotte*, établies par 24 cas recueillis par notre honorable confrère, dans une courte période (d'avril 1846 en juillet 1851), et dont deux seulement ont été suivis de mort.

Sur ces deux points, dont l'importance nous paraît très considérable, devra porter toute notre attention. Mais, auparavant, nous devons suivre l'auteur au milieu de l'histoire pathologique de l'affection qui fait le sujet de son étude.

M. Salathé constate comment le spasme de la glotte, confondu avec d'autres maladies du larynx sous les noms d'asthme aigu de Millar, de laryngite spasmodique, d'asthme de Kopp, etc., finit par se dégager de ces ténèbres (du moins quant aux troubles fonctionnels qui le caractérisent) et acquit droit de domicile dans la science, où son individualité n'est pas cependant si bien établie, qu'elle ne soit attaquée par des autorités imposantes, qui en font une dépendance de l'éclampsie.

Toutefois, il faut le reconnaître, depuis notre article sur cette affection (inséré dans le *Dictionnaire de médecine*, en 1838), l'observation des médecins français a contribué beaucoup à établir le *spasme glottique*, comme une espèce de la famille des névroses convulsives, et, de tous les travaux, celui qui a le plus contribué à ce résultat, est sans contredit l'excellente thèse de notre collègue M. Hérard. Il a été conduit par ses observations personnelles et par une critique habile de tout ce qui avait été écrit avant lui, à considérer la maladie qui nous occupe, comme une *névrose convulsive*, mais si voisine de l'éclampsie, qu'elle peut se convertir en cette dernière. M. Salathé la regarde comme une névrose essentielle, amenant la convulsion tonique des muscles du larynx indépendamment de toute affection primitive des centres nerveux : ce qui peut, suivant lui, s'expliquer par un état particulier de la vitalité, et de l'innervation du larynx pendant l'enfance. Il considère les convulsions générales, comme secondaires, symptomatiques, au même titre que celles que l'on voit se développer concurremment avec une affection quelconque, une rougeole, la scarlatine, une pneumonie, des vers intestinaux, etc.; ce qu'il déduit des considérations suivantes : les convulsions manquent souvent, se montrent rarement au début de l'affection; quand elles existent dans un accès, elles sont précédées de la suffocation, et quand la maladie doit se terminer par la guérison, elles disparaissent avant le spasme qui dure encore quelque temps, en constituant tout l'accès. L'auteur résume ainsi sa manière de voir : « La *cause prochaine* du spasme de la glotte paraît donc dépendre d'une aberration du système nerveux du larynx, tandisque les symptômes convulsifs qui accompagnent cette maladie, analogues à l'éclampsie, à l'épilepsie, à la contracture, sont le résultat d'une action reflexe plus ou moins énergique des centres nerveux. »

M. Salathé pense que l'on peut se faire une idée assez satisfaisante d'un accès de spasme glottique, en examinant ce qui se passe chez un enfant qui, au milieu de cris violens, est pris tout à coup d'impossibilité de respirer, et, pour quelques instans, se débat contre une asphyxie commençante, brusquement terminée par une inspiration bruyante. Il existe, en effet, de l'analogie entre ces phénomènes et ceux d'une attaque de spasme de la glotte simple, lequel commence par la suspension de la respiration, et se termine par une inspiration sonore. Seulement celle-ci, au lieu d'être bruyante et faible, est très aiguë. Quelques observateurs ont dit que le son laryngé se passait durant l'expiration, ce qui est une erreur; d'autres l'ont représenté comme très sonore, capable d'être entendu d'assez loin. Mais M. Hérard insiste au contraire, avec raison, sur son caractère de finesse, de peu d'étendue, rejetant, comme susceptibles de faire naître des idées fausses, les comparaisons qu'on en a données.

La *description de l'accès*, donnée par l'auteur du mémoire, diffère sensiblement de ce que nous connaissons. On peut la résumer dans l'ordre suivant : 1° une inspiration bruyante et profonde, ou plusieurs inspirations saccadées et rapprochées; 2° suspension complète de la respiration; 3° retour de quelques inspirations aiguës et convulsives, ou de bruits rauques et étouffés produits pendant l'expiration; puis viennent de hauts cris terminant la scène. Voici pour l'accès simple et court. Dans les accès prolongés, les bruits laryngés sont variables; et d'une manière générale, dans un paragraphe à part, M. Salathé insiste sur la dissemblance des bruits entre eux, chez les différens malades, et chez le même malade, suivant les différens accès. Il y a des cas où l'inspiration initiale, admise par notre confrère, manque tout à fait, ce qu'il croit pouvoir expliquer par la convulsion des muscles *dilatateurs* de la glotte.

Comme nous l'avons déjà dit, cette description de l'accès diffère de celle généralement reçue, quant au caractère de l'inspiration qui, au lieu d'être bruyante et profonde, est grêle et ténue. De plus, cette inspiration caractéristique, quand elle existe, suit la suspension complète de la respiration, et ne la précède pas, comme semble l'indiquer M. le docteur Salathé.

Quant à l'intermittence nettement tranchée, comme tous ses devanciers, M. Salathé l'admet au nombre des caractères principaux. Ce n'est qu'à la suite d'accès avec convulsions généralisées qu'il a vus après les crises, de l'abattement, un peu de cyanose et de bouffissure surtout à la face. Autrement la santé revient intacte sans traces de l'orage passé.

Généralement au début de la maladie, le spasme de la glotte existe seul, ce n'est que plus tard que se montrent des contractures, des convulsions qui pourtant peuvent apparaître dès le début, et même comme phénomènes précurseurs; ce que toutefois, M. Salathé n'a observé que dans un seul cas. Lorsqu'il y a des convulsions, ou plutôt, pour nous servir de l'expression de l'auteur lui-même, lorsque *celles-ci compliquent* le spasme glottique, les deux symptômes marchent de pair avec cette particularité, que le spasme prédomine au commencement de l'accès, et les convulsions à la fin.

A côté de ces traits principaux, viennent se grouper, sous forme de description générale, des détails relatifs au faciès, à l'attitude du malade, aux troubles produits par l'arrêt de la circulation, à l'état convulsif, partiel ou général, détails qui, pour le dire en passant, peuvent tout aussi bien se rapporter à l'éclampsie, à l'épilepsie, qu'à un accès de spasme glottique avec convulsions.

M. Salathé signale à l'article de la *marche* et des *formes de la maladie*, une forme particulière qu'il regarde comme rémittente, d'après sa sixième observation, et dont il rapproche le cas rapporté par M. Barthez dans l'UNION MÉDICALE des 5 et 9 *juillet* 1853. Les muscles de la glotte et du diaphragme sont agités de contractures toniques et cloniques longtemps après l'accès proprement dit. Toutefois, ces désordres, en se prolongeant, n'offrent plus qu'à un degré infiniment affaibli, les symptômes des accès ordinaires, qui reprennent toute leur violence sous l'influence des causes les plus insignifiantes.

En traitant de *complication*, l'auteur cherche à établir le rapport du spasme, ou plutôt de la dyspnée spasmodique à la maladie qui lui était concomitante. Il y a en effet une question à se faire. Le coryza des nouveau-nés, la bronchite capillaire, la coqueluche, doivent-elles être considérées comme les complications ou comme les causes occasionnelles ou peut-être même efficientes de la dyspnée spasmodique? Quand ils sont ultérieurs aux accès de suffocation, ils peuvent en être regardés comme la complication, ou du moins ils n'en peuvent être considérés comme les causes. Mais si ces affections se sont développées sensiblement en même temps que les accès dyspnéiques, et surtout si elles les ont précédés, ce sont les derniers qu'il faut regarder comme des dépendances : ils perdent en effet alors leur caractère d'essentialité et constituent le *spasme de la glotte symptomatique*, admis par un grand nombre d'auteurs : or, c'est précisément le cas de plusieurs observations rapportées dans le mémoire de M. Salathé. D'après la 15e observation, les phlegmasies franches, pulmonaires ou autres suspendaient le cours des accès.

L'étude des causes peut se résumer ainsi. Pour l'âge, 4 enfans étaient nouveau-nés; 9 avaient de 1 à 6 mois; 6 de 6 mois à 1 an; 1 seul 2 ans. Quant au siége, la statistique du mémoire donne un résultat opposé à ce qui a été généralement observé : sur 24 enfans, il y a eu 13 filles et 11 garçons. 12 des petits malades étaient très robustes, 6 de force moyenne, 1 seul scrofuleux. Il n'y a en faveur de l'hérédité que la disposition des 2 enfans d'une même famille à être atteints de la maladie (obs. 7 et 8).

L'auteur ne croit pas à l'influence de la dentition pour produire le spasme de la glotte, et l'admet pour favoriser le retour des accès chez un enfant déjà malade. L'action de l'humidité lui paraît très considérable, puisque 17 cas ont eu lieu de septembre à avril, et 7 d'avril à juin.

Les causes occasionnelles sont divisées en deux ordres, les unes d'ordre moral, les autres d'ordre physique.

M. Salathé n'ayant pu obtenir l'*autopsie* dans les deux seuls cas de mort qu'il ait eus, n'a pu faire aucune réflexion personnelle, et s'est borné à analyser le travail de M. Hérard.

Après avoir constaté par des statistiques provenant de diverses sources, que le spasme de la glotte tue la moitié des enfans qui en sont atteints, M. Salathé n'en maintient pas moins que l'affection offre de grandes chances de curabilité, que la guérison est la règle, et la mort une exception, puisque 24 malades ne lui ont donné que 2 cas de mort.

Ce beau résultat serait dû à l'emploi du musc, sur l'administration et l'efficacité duquel l'auteur s'exprime ainsi :

« Le chiffre des guérisons que j'ai obtenues, les résultats si rapides qui suivirent généralement l'administration de ce médicament, en ont fait, pour moi, un véritable spécifique dans le spasme glottique. J'ai donné le musc à 24 enfans affectés de cette maladie, 17 fois elle fut enrayée et guérie après quelques jours de traitement. Chez 7 enfans, l'emploi de ce médicament, quoique suivi d'une diminution notable, n'empêcha pas le retour de nouvelles crises, contre lesquelles je luttai avec des applications de sangsues, l'oxyde de zinc, l'asa-fœtida et le calomel. Le plus souvent je donnais cette substance à de faibles doses, l'expérience m'ayant démontré leur efficacité. Je craignais, d'ailleurs, de surexciter le système nerveux. Les cas réfractaires se sont surtout présentés chez des enfans parfaitement constitués. »

Pour donner une idée des résultats obtenus par notre heureux confrère, nous citerons quelques exemples :

L'observation n° 2 est celle d'un enfant de 2 ans, atteint du spasme de la glotte depuis près d'un an, et qui avait jusqu'à 20 et 30 attaques par jour, dont un bon nombre avec des convulsions généralisées. On prescrit 10 centig. de musc, en 16 paquets, dont 4 à prendre chaque jour. Au bout du quatrième jour, les accès étaient rares et faibles. La dose terminée, on en donne une dose égale, à 2 paquets seulement par jour, et une guérison complète est le résultat de cette médication.

Un enfant de 9 mois, atteint depuis huit jours d'accès de suffocation, qui en étaient venus à mettre sa vie en danger, et se répétaient jusqu'à 6 fois en 12 heures, fut amené le 8 décembre à M. Salathé, qui, témoin d'un accès, reconnut le spasme glottique, et fit la prescription suivante: musc, 5 centig., potion gommeuse, 80 grammes, à prendre par cuillerées à café, d'heure en heure. Le 9 décembre, 4 accès, faibles. Continuation du médicament. Du 9 au 10 plus d'accès. L'enfant prend le reste de la potion.

Dans tous les cas, et ils sont, je le répète, au nombre de 17 sur 24, où l'administration du médicament a été suivie de succès, les choses se sont passées de cette façon ou à peu près. Nous devons avouer que, connaissant d'une part la gravité incontestable du spasme de la glotte, et de l'autre, sachant que le musc n'a jamais donné de résultats semblables à ceux que nous avons sous les yeux, nous nous demandons s'il n'y a pas eu quelque illusion de la part de notre estimable confrère. Interrogeant chacune des observations contenues dans son mémoire, nous en venons à trouver que le plus grand nombre n'ont pas toute la précision diagnostique désirable.

Mais avant d'entrer dans le détail de ces observations, voyons ce que l'auteur dit lui-même de la difficulté qu'on éprouve à porter un *diagnostic* exact : « Comme le spasme de la glotte se complique souvent de mouvemens convulsifs, il peut être confondu avec des convulsions partielles ou générales, provoquées par une foule de causes. Cette erreur est d'autant plus facile que les phénomènes sont à peu près les mêmes, et que le médecin sera rarement spectateur de ces crises dont la durée est si courte. Il est donc de toute nécessité que le praticien soit familiarisé avec les symptômes et la marche du spasme glottique, pour interroger les assistans et s'éclairer à ce sujet. J'ai observé que la relation que ceux-ci en donnent est bien souvent confuse et incomplète; parfois leur attention ne s'est fixée que sur l'angoisse et les mouvemens convulsifs, tandis que les bruits du larynx et la suffocation commençante ont passé inaperçus. Pour rappeler au souvenir des parens l'oppression et les désordres du larynx dont ils auraient pu être témoins pendant les accès, j'ai l'habitude d'imiter devant eux l'inspiration prolongée, saccadée et convulsive (semblable au hoquet ou au sanglot). En agissant ainsi je suis parvenu, dans quelques cas douteux, à leur faire mieux préciser leurs renseignemens et à augmenter ma certitude. »

Ce passage, extrait textuellement, vous met sous les yeux l'opinion de l'auteur sur la difficulté du diagnostic et l'incertitude des symptômes, et vous fait connaître les moyens qu'il propose pour en triompher. Mais il justifie en même temps la critique que nous devons faire de ses observations. Nous les rangeons en deux classes : une première comprenant les cas dont M. Salathé a été témoin; ils sont au nombre de quatre, et comprennent des observations de spasme glottique bien avéré. (1re, 2e, 9e et 16e.)

Dans trois d'entre elles, le musc produisit les résultats que nous avons rapportés. Dans l'autre (obs. 9e) la guérison ne fut pas obtenue aussi facilement. Voici l'analyse du fait : Un garçon de trois mois est pris d'une coqueluche qui va en augmentant pendant six semaines, puis décline. A l'âge de six mois l'enfant tousse encore, il est pris alors

d'accès d'oppression que l'on confond avec ceux de la coqueluche ; il y en avait jusqu'à 15 par jour, et chacun paraissait devoir être mortel. Considérant ces accès comme dépendant de la coqueluche, M. Salathé prescrivit successivement les sangsues, le calomel, les fleurs de zinc, l'asa-fœtida, etc. Ce traitement fut suivi d'une amélioration notable. Pendant une de ses visites, il fut témoin d'un accès caractérisé ainsi : suspension subite de la respiration, bruits gutturaux, injection livide de la face, angoisse, convulsions, menace d'asphysie. Dans l'intervalle : état de santé très bon, un peu de toux sans quintes. D'après ces symptômes, M. Salathé n'hésite pas à reconnaître l'existence du spasme glottique : Le musc fut administré et diminua la gravité des accès ; mais il fallut encore une douzaine de jours, pendant lesquels on associa l'oxyde de zinc au musc pour amener la guérison complète. Ne reconnaîtrez-vous pas ici, Messieurs, au lieu du spasme glottique, des convulsions symptomatiques de la coqueluche, malheureusement assez fréquentes chez les enfans de cet âge.

Dans la seconde classe d'observations, M. Salathé n'a pas été témoin des accès, et il a dû établir son diagnostic sur les renseignemens qui lui ont été fournis par les familles. Conséquemment il a été exposé à toutes les difficultés et à toutes les chances d'erreur qu'il a lui-même énumérées à l'article du diagnostic différentiel. Mais pour vous donner une idée plus exacte de ses observations, nous allons en analyser quelques unes :

Chez un enfant de seize mois (obs. 3e) venait sans prodrome l'accès de spasme caractérisé de la façon suivante : Après une inspiration profonde et bruyante, les mouvemens respiratoires s'arrêtaient assez longtemps pour déterminer une vive anxiété. Le rétablissement de la respiration normale ne s'effectuait qu'après un certain laps de temps, qui pouvait être évalué à une ou plusieurs minutes. A trois semaines du début, il y avait jusqu'à 20 accès dans une seule nuit. M. Salathé prescrit 10 centigrammes de musc en 16 paquets, à 4 à 5 par jour. A partir de la première prise il n'y avait plus d'accès. On continua néanmoins le musc pendant huit jours, et la guérison ne se démentit pas.

Un enfant de 28 mois (obs. 4e) bien constitué, eut en quinze jours cinq accès ainsi caractérisés : invasion subite, durée d'une à deux minutes ; suspension brusque des mouvemens respiratoires, bruit siégeant à l'arrière-gorge, agitation des extrémités supérieures. Santé parfaite dans l'intervalle des accès. Sur les symptômes précédens, l'auteur diagnostique un spasme de la glotte, fait la prescription sus-mentionnée, et huit jours après, apprend qu'il n'y a pas eu de nouvel accès. Plus tard, et à une époque qui n'est pas déterminée, l'enfant redevient subitement malade, on lui entend pousser, à plusieurs heures d'intervalle, des cris subits, aigus et prolongés, dont l'expression était lamentable. La durée passagère de ces accidens n'effraya pourtant pas assez la mère pour qu'elle crût devoir appeler un médecin, l'enfant ayant du reste conservé sa gaîté et ses allures ordinaires. Vers le soir, de semblables cris furent suivis de mouvemens convulsifs, qui mirent brusquement fin à son existence. M. Salathé pense que cet enfant a succombé à une rechute de spasme de la glotte, bien que les renseignemens fournis aient été insuffisans pour établir le fait d'une manière positive.

Garçon de 10 mois (obs. 5e) est vu le 3 mars par M. Salathé, qui le trouve en proie à une violente attaque d'éclampsie, à laquelle il oppose un traitement rationnel. Le 9 mars, dit M. Salathé, je fus appelé de nouveau pour l'enfant, qui avait eu depuis la veille une huitaine d'accès de suffocation. La description qu'on m'en fit ne me laissa aucun doute sur l'existence du spasme glottique. La durée des accès était de 30 à 40 secondes ; la respiration était totalement suspendue pendant quelques momens : les accès se trouvaient précédés et suivis de bruits gutturaux convulsifs plus ou moins aigus, et ils étaient accompagnés d'angoisses très vives. Il n'y eut jamais de convulsions bien caractérisées, quoiqu'il en eût existé de très prolongées quelques jours auparavant. Le musc fut prescrit, et après quelques retours faibles, les cris disparurent complétement.

Une fille de 2 mois (obs. 6e) fut atteinte, quelques jours après sa naissance, d'un coryza qui détermina une sécrétion purulente très abondante, accompagnée d'une violente oppression, attribuée par la famille au coryza. Le mal s'aggrava, l'enfant était sous le poids d'une angoisse continuelle, râlement particulier dans la gorge augmentant le soir, et allant jusqu'à l'orthopnée depuis neuf heures jusqu'à deux heures du matin. Le décubitus dorsal, l'action de téter, amenaient des accès de suffocation faisant craindre la mort. M. Salathé crut à une affection intermittente, et fit prendre du sulfate de quinine en lavement, sans aucun résultat.

Depuis huit jours, il n'y avait plus de coryza, plus de toux, et cependant l'oppression persistait. M. Salathé soupçonna l'existence d'une tumeur, et institua un traitement en conséquence. Il constata qu'il existait des momens pendant lesquels la respiration était tout à fait libre, tandis que dans d'autres, il y avait de véritables accès de suffocation. De plus, les bruits larvagés avaient une grande analogie avec ceux du spasme glottique. Sur ces données, il supposa l'existence de la névrose du larynx, et fit prendre 5 centig. de musc dans une potion de 90 grammes, par cuillerées à café, d'heure en heure. La nuit qui suivit l'administration de cette potion fut exempte de crises. Le lendemain, dit M. Salathé, je fus étonné d'une amélioration si radicale. La respiration s'exécutait sans le moindre embarras, toute trace d'oppression avait cessé. — La potion fut néanmoins renouvelée, et le retour à la santé fut complet.

Nous arrêtons ici ces citations, suffisantes, nous l'espérons, pour démontrer que les observations rapportées par M. Salathé, fort curieuses et pleines d'intérêt sans doute à d'autres points de vue, manquent, pour la plupart, de détails suffisans pour établir nettement l'efficacité du musc dans le traitement du spasme de la glotte.

Nous avons cru devoir, Messieurs, entrer dans d'assez longs développemens, en vous rendant compte du mémoire de M. le docteur Salathé; c'est que ce travail consciencieux soulève de très importantes questions, et qu'il est l'œuvre d'un praticien aussi honorable qu'éclairé. Nous n'hésitons donc pas à vous proposer de lui accorder le titre de membre correspondant, et de voter l'insertion de son mémoire dans nos archives.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 28 Novembre 1855. — Présidence de M. Rostan.

Sommaire. — Rapport sur un mémoire de M. Oulmont, intitulé : *Relation d'une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à l'hôpital Saint-Antoine*, par M. Aran. — Observation de *rétrécissement de l'œsophage*, par M. Ch. Bernard. — Observation de *cancer fibreux aigu de la glande thyroïde*, par M. Moutard-Martin. — Discussion : MM. Thirial, Barth. — Rapport de M. Blache sur un mémoire de M. Salathé, médecin de Mulhouse, intitulé : *Recherches sur le spasme essentiel de la glotte chez les enfans.* — Lecture de M. Beau *sur l'arthralgie des phthisiques.* — Présentation par M. Legroux d'un enfant atteint du sclérème et guéri par le massage.

M. Aran lit un rapport sur un mémoire présenté par M. Oulmont, pour obtenir le titre de membre de la Société médicale des hôpitaux.

Messieurs,

Je vous communiquai, il y a un mois, la relation d'une espèce d'épidémie de contracture que j'avais observée à l'hôpital Saint-Antoine, dans des circonstances assez extraordinaires, puisque ces contractures avaient uniquement atteint des sujets entrés à l'hôpital avec les symptômes d'une fièvre typhoïde. Mais pendant que l'hôpital St-Antoine était ainsi le théâtre d'une épidémie tout à fait locale, plus curieuse que grave, il faut bien le dire, mon collègue, M. le docteur Oulmont, observait dans son service, et il se développait en même temps dans mon service, qui est contigu au sien, une autre épidémie fort circonscrite également, mais bien autrement grave, dont il vous a retracé les phases dans la note qu'il vous a lue dans la dernière séance. C'est sur cette note, renvoyée par vous à une commission composée de MM. Trousseau, Barth et moi, que je viens aujourd'hui vous présenter un rapport.

Vous vous rappelez, Messieurs, et plus d'un d'entre vous doit en avoir encore le douloureux souvenir, que, dans le courant de l'hiver dernier, il a régné à Paris et dans la banlieue une épidémie d'angine qui s'est manifestée dans divers quartiers sous la forme d'angine couenneuse, et qui a fait de nombreuses victimes; mais ce que vous vous rappelez également, c'est que les hôpitaux de Paris ont été généralement épargnés, ou du moins le nombre des malades atteints de diphthérite n'y a pas été considérable. L'hôpital Saint-Antoine, seul, n'a pas joui d'une pareille immunité, et l'influence épidémique, qui faisait éclater dans les rues environnantes de nombreux cas d'angine couenneuse, ne tarda pas à s'abattre sur notre hôpital et à enlever, en quelques jours, un assez grand nombre de malades pour disparaître et ne plus revenir. On pourrait peut-être supposer que la maladie a été apportée de dehors et qu'elle s'est propagée ensuite dans cet établissement ; mais cette supposition, qui se présente tout naturellement à l'esprit, n'est rien moins que fondée. Avant l'explosion de l'épidémie dont M. Oulmont vous a donné l'intéressante description, depuis longtemps il n'était entré, dans le service de mon collègue et dans le mien, de malade affecté de diphthérite. Force est donc d'admettre que le développement de cette épidémie n'a reconnu d'autre cause que la condition épidémique spéciale qui sévissait dans le voisinage de l'hôpital. La prédilection toute particulière de l'épidémie pour certaines maladies et en particulier pour la fièvre typhoïde, dans le cours de laquelle elle s'est surtout développée, sa circonscription dans une seule salle de l'hôpital et dans une seule partie de cette salle, sont de nouvelles preuves de l'influence épidémique ; car, si la maladie eût été apportée du dehors, si elle eût obéi seulement à des influences de contagion, on s'explique difficilement comment elle n'aurait affecté, parmi les nombreux malades qui se trouvaient dans la salle, que les sujets typhoïdes; comment surtout, une fois établie dans une de nos salles, elle serait restée bornée à une portion de celle-ci.

Pour bien comprendre ce qui précède, il faut savoir que l'hôpital Saint-Antoine est composé, à chaque étage, de grandes salles sous forme de longs corridors situés l'un au nord, l'autre au sud, et communiquant entre eux par une grande porte et de très larges baies toujours ouvertes. Au premier étage, les salles d'hommes, au deuxième, les salles de femmes, réparties par moitié entre M. Oulmont et votre rapporteur. Eh bien! premier résultat fort remarquable, il n'y a pas eu un seul cas de diphthérite dans les salles de femmes. En second lieu, l'épidémie d'angine couenneuse s'est concentrée dans la partie méridionale des salles d'hommes, salles Saint-Antoine et Saint-Louis, précisément dans la partie de ces salles la mieux aérée, la mieux chauffée; bref, dans celle qui semblait se présenter dans les conditions hygiéniques les plus favorables.

L'épidémie a-t-elle frappé indistinctement tous les malades? Pas du tout; à l'époque où elle a éclaté elle avait certainement le choix entre un très grand nombre de malades; elle a à peu près exclusivement frappé, comme l'épidémie de contracture dont je vous ai entretenu, des sujets entrés à l'hôpital pour une fièvre typhoïde; sur huit cas d'angine couenneuse observés par M. Oulmont, tant dans son service que dans le mien, depuis le 23 février jusqu'au 15 mars, six se sont développés chez des individus atteints de fièvre typhoïde, les deux autres dans une pneumonie et une péritonite tuberculeuse ; aux six cas d'angine couenneuse développés dans le cours de la fièvre typhoïde, j'en puis ajouter aujourd'hui un septième qui n'a pas été communiqué à M. Oulmont, et qui présentait quelques particularités sur lesquelles je reviendrai bientôt. C'est donc chez des sujets affectés de fièvre typhoïde que cette épidémie a plus particulièrement sévi, et ce n'est pas là le trait le moins curieux de son histoire, car l'angine couenneuse est une complication fort inattendue et encore bien peu connue des fièvres graves. M. Oulmont en a cherché vainement des exemples dans les auteurs. M. Bretonneau n'en fait pas mention dans son *Traité de la diphthérite*. M. Trousseau, qui depuis longtemps étudie tout ce qui a trait à cette maladie, ne l'a jamais observée. M. Louis est le seul qui, dans son excellent *Traité de la fièvre typhoïde*, en ait rapporté trois observations recueillies à des intervalles de plusieurs années, et dont l'une offre tous les symptômes et la marche du croup chez l'adulte. Le silence des auteurs à cet égard donne donc un grand intérêt aux observations de notre collègue.

C'est généralement dans le cours de la fièvre typhoïde que la diphthérite est survenue, entre le deuxième et quatrième septenaire, très rarement vers le déclin de celle-ci, et dans la plupart des cas elle a eu pour effet d'accélérer la terminaison fatale qui est survenue chez les uns par une véritable asphyxie croupale, chez les autres par une sorte d'intoxication, puisque l'autopsie n'a fait découvrir aucune trace de fausse membrane dans le larynx. Des neuf malades dont il vient d'être parlé, deux seulement sont arrivés à la guérison, l'un atteint de fièvre typhoïde et l'autre de pneumonie double. C'est donc une terrible complication de la fièvre typhoïde que l'angine couenneuse, une complication qui laisse bien peu de chance au malade, et ce qui ajoute probablement à sa gravité, c'est le caractère insidieux de son développement. Dans la moitié des cas, pas de symptômes du côté de la gorge ; à peine si, dans l'autre moitié, un peu de mal de gorge avec gêne de la déglutition et tuméfaction des ganglions sous-maxillaires, appelait tardivement l'attention vers cette nouvelle et terrible complication, et l'inspection du fond de la gorge montrait toujours la maladie ayant déjà fait des progrès très considérables : la luette, le voile du palais et la face postérieure du pharynx recouvertes de plaques irrégulièrement circonscrites, d'une teinte grisâtre, paraissant assez molles, quoique adhérentes, les parties voisines de l'arrière-gorge tuméfiées et d'un rouge vif ; les amygdales ou bien augmentées de volume, ou bien ayant conservé leur volume normal. Bientôt les plaques diphthéritiques envahissaient toute l'arrière-gorge, et, en quelques heures, toutes les fosses gutturales étaient généralement tapissées par une exsudation grisâtre. Dans un seul cas, celui qui n'a pas été communiqué à M. Oulmont, la maladie s'est étendue aux fosses nasales, et les narines étaient obstruées par un mucus concret jaunâtre, rappelant le jettage des animaux morveux.

Quand enfin, au bout de 24 heures, la fausse membrane s'est étendue jusque dans le larynx, alors sont survenus des accès de suffocation plus ou moins réitérés, une toux croupale généralement assez mal caractérisée, et dans deux cas des symptômes d'asphyxie foudroyante tellement rapide, même dans un cas, que le malade succomba pendant que l'interne de garde faisait les préparatifs de la trachéotomie. Ajoutons que la trachéotomie, pratiquée dans le second de ces cas, trente heures seulement après le début des accidens, n'a paru en aucune façon influencer la marche envahissante de l'asphyxie. Mais, il faut bien le dire, le même insuccès attendait les autres moyens mis en usage, avec la plus grande sagacité, par notre confrère; il est resté douteux, pour lui comme pour nous, que les lotions avec le suc de citron sur les parties malades, qu'il a employées conjointement avec la cautérisation, aient une grande part à revendiquer dans cette guérison dont la bonne constitution du malade a fait sans doute les principaux frais. Et cet insuccès des moyens locaux n'a rien qui doive surprendre quand on songe à la gravité extrême des symptômes généraux, à l'affaissement dans lequel les malades tombaient avec une si grande rapidité. A un empoisonnement aussi profond, il eût fallu pouvoir opposer des moyens plus puissans que ceux dont la thérapeutique dispose, et notre confrère a eu comme nous, et comme tant d'autres, le regret de se trouver désarmé en présence de pareils accidens.

Je pourrais suivre encore M. Oulmont dans l'étude des lésions anatomiques qu'il a faite avec le plus grand soin ; mais, sauf l'aspect particulier de la fausse membrane, qui offrait une couleur terne d'un gris sale, et une assez grande mollesse, au lieu de cette coloration blanche luisante et de cette consistance lardacée signalées par les auteurs, les altérations trouvées par notre collègue chez les individus qui ont succombé à la suite de l'angine couenneuse, ne différaient que très peu de celles qui ont été décrites dans les diverses épidémies d'angine. Je crois vous en avoir assez dit, cependant, pour vous donner une idée de l'importance du travail que vous a lu notre confrère. La publication en sera très utile, car elle aura pour résultat de faire mieux connaître l'histoire des complications de la fièvre typhoïde ; son travail viendra s'ajouter, en outre, aux excellentes monographies écrites sur la diphthérite qu'il complète et dont il signale une lacune. Permettez-moi donc, en terminant, de remercier M. Oulmont, au nom de la Société, de la communication intéressante qu'il nous a faite, et je crois aller au devant de vos désirs en vous proposant d'admettre parmi vous un collègue justement estimé de nous tous, avantageusement connu par ses travaux antérieurs, qui remplit toutes les conditions réclamées par notre règlement, et de renvoyer son travail au comité de publication.

— M. Ch. Bernard lit une observation de *rétrécissement de l'œsophage*. (Voir l'Union Médicale du 9 février 1856.)

— M. Moutard-Martin présente une tumeur du cou recueillie chez une femme de 36 ans, morte d'un cancer aigu du corps thyroïde, avec déviation de la trachée, sans diminution apparente de son calibre, et compression avec altération du nerf pneumo-gastrique droit. (Voir plus haut *Clinique médicale.*)

M. Thirial a observé, chez un jeune homme de 17 ans, une tumeur thyroïdienne qui s'est aussi développée très rapidement; depuis le début, il existait du cornage qui alla en augmentant, et il finit par se produire de l'asphyxie. M. Thirial engagea ce jeune homme, qui habitait Neuilly, à venir à Paris. Au moment où il montait en voiture, il mourut subitement.

Il est probable que, dans ce cas, il y avait compression du nerf pneumo-gastrique, et que cette compression a été cause de la mort.

M. Barth : Il n'est certainement pas possible de considérer cette tumeur comme une hypertrophie simple du corps thyroïde, c'est, à n'en pas douter, un de ces cancers fibreux (fibro-plastiques) dans lesquels on ne trouve pas les cellules cancéreuses. Ce qui m'autorise encore à le dire, c'est l'oblitération veineuse que n'amène pas l'hypertrophie simple et que le cancer produit si souvent; c'est aussi le développement en tous sens de la tumeur, la manière dont elle enveloppe les organes, dont elle dissèque et sépare les vaisseaux et les nerfs, toutes particularités qui ne se rencontrent jamais dans l'hypertrophie simple. M. Barth fait remarquer encore l'étroitesse au moins apparente du larynx, et croit qu'il y avait compression de l'organe.

M. Moutard-Martin ne se refuse pas à admettre un certain degré de compression des voies aériennes que le cornage suffit pour révéler, mais il fallait que cette compression fût bien peu importante pour n'avoir pas entraîné des symptômes plus manifestes d'asphyxie ; à son avis, la compression du nerf pneumo-gastrique a joué le principal rôle dans la terminaison funeste de la maladie. Quant à la nature de la tumeur, M. Moutard-Martin pense, comme M. Barth, que c'est un cancer fibreux, mais il lui paraît important d'insister sur son développement extrêmement rapide, tout à fait contraire à ce que l'on observe dans les cancers fibreux dont le développement est lent.

M. Barth ne nie pas que la compression du nerf pneumo-gastrique n'ait été pour quelque chose dans la terminaison de la maladie ; mais la compression de la trachée et du larynx doit y avoir eu sa large part.

— M. Blache lit un rapport sur un mémoire de M. Salathé, médecin à Mulhouse, intitulé : *Recherches sur le spasme essentiel de la glotte chez les enfans.* (Voir plus haut article *Pathologie.*)

— M. Beau lit une note *sur l'arthralgie des phthisiques.* (Voir l'Union Médicale du 1er janvier 1856.)

— M. Legroux présente un enfant qu'il a guéri du sclérème par le massage méthodique, dont il a parlé il y a quelque temps à la Société. Il insiste sur ce que le massage doit être exercé sur les membres de bas en haut, et sur la nécessité d'agiter les muscles. Lorsque le massage est bien fait, il y a très peu de malades qui ne guérissent rapidement.

Le secrétaire, Dr Hérard.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 25. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 26 Février 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PHYSIOLOGIE : Du siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme. — II. CLINIQUE CHIRURGICALE : Etudes sur l'urétrotomie. — III. REVUE GÉNÉRALE : Observation d'hémorrhée pétéchiale. — Ulcères syphilitiques de la gorge et du larynx ayant nécessité la trachéotomie; traitement consécutif par la méthode du docteur Ebert. — Traitement de l'odontalgie par le chloroforme dans l'oreille. — Formules d'un sirop calmant; d'une poudre corroborante. — IV. ÉPIDÉMIOLOGIE : Apparition de fièvres intermittentes dans des localités qui étaient habituellement exemptes. — V. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société d'hydrologie médicale de Paris* : Traitement des paralysies par les eaux minérales. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : De l'application de la chaleur au traitement du traumatisme; de l'alcool dans les phlegmasies.

PHYSIOLOGIE.

DU SIÉGE COMMUN DE L'INTELLIGENCE, DE LA VOLONTÉ ET DE LA SENSIBILITÉ CHEZ L'HOMME;

Par M. le docteur Max. PARCHAPPE, inspecteur général de 1re classe des établissemens d'aliénés.

(Suite. — Voir les numéros des 1er, 15, 22 Janvier, 5 et 12 Février 1856.)

PREUVE PATHOLOGIQUE.

OBSERVATION 47.

D..., âgé de 33 ans, célibataire, propriétaire, mène une vie irrégulière et dissipée.

Une position sociale excentrique, des habitudes sensuelles, des écarts de régime à table, des excès dans les plaisirs de l'amour, amènent un état constant d'excitation cérébrale, que continuent à entretenir et à aggraver des préoccupations politiques et des revers de fortune.

Sous l'influence de ce concours de causes, se produisent des symptômes de folie, qui ne tardent pas à se compliquer d'embarras de la parole, et à révéler l'existence de la folie paralytique.

Entré à Saint-Yon le 30 juin 1839, il offre les symptômes suivans :

Idées fixes de grandeur, de puissance et de richesse.

D..., se croit colonel, puis général. Il a l'intention de ressusciter Napoléon à l'aide de mineurs. Il excelle dans les mathématiques transcendantes. Il a mesuré la mer.

Embarras de la parole. Station peu solide. Agitation, insomnie.

Pendant les mois de juin, juillet, août et septembre, le délire se maintient à peu près dans les mêmes conditions.

Il mesure la surface du globe; elle est immense; elle a cinq cent millions de lieues. Il a mesuré la profondeur de la mer, qui est de 500 lieues. Il est général, il a un traitement de 150,000 francs. Il veut qu'on soit sobre dans l'armée, et qu'on n'y prenne pas de tabac. Le tabac est défendu par les lois. L'empereur n'est pas mort, il l'a sauvé. Il prétend que Lamennais est venu le voir, que c'est un crâniste distingué. Il se tâte le front en présence du médecin, et dit : j'ai retrouvé mes bosses, excepté la bosse végétale. Il porte sous son bras une édition de Lamennais; il dit qu'il la présentera au roi, parce qu'elle est pleine d'urine. Il a vu Dieu, qui l'a béni. Il a donné des conseils à Dieu et à Louis-Philippe.

L'agitation augmente, ainsi que l'embarras de la parole et la faiblesse dans la station et la marche.

Le malade souille ses vêtemens et son lit d'urine et d'excrémens.

Vers la fin de l'année 1839, l'agitation devient habituelle, l'irascibilité très grande. A chaque instant, il menace de la guillotine. L'incohérence dans les idées se prononce de plus en plus. Et les évacuations urinaires et alvines sont constamment involontaires.

Cet état persiste en s'aggravant dans le cours de l'année 1840. Au mois d'août, la marche est devenue impossible.

En décembre, la paralysie des mouvemens volontaires est considérablement augmentée. Le malade ne peut se maintenir droit sur son siége, il penche du côté gauche.

La parole n'est plus qu'un balbutiement inintelligible.

Les sens sont émoussés. La sensibilité est diminuée.

En janvier 1841, des mouvemens convulsifs se produisent à plusieurs reprises dans les membres. Les cuisses se fléchissent sur le bassin, et les jambes sur les cuisses.

Des excoriations se manifestent dans la région du sacrum.

L'intelligence s'efface de plus en plus. Dans les dernières semaines de la vie, le malade garde le décubitus sur le dos, sans pouvoir se mouvoir. Il y a impossibilité absolue de parler. On est obligé de lui faire prendre, à la cuiller, des alimens liquides.

Enfin la respiration s'embarrasse, le coma s'établit, et la mort arrive.

Autopsie cadavérique.

Poids de l'encéphale : 1 kil. 170.

Les méninges cérébrales sont épaissies, avec opacité en plusieurs points de la convexité.

Elles offrent des ecchymoses sous-arachnoïdiennes avec injection pointillée.

Couleur rouge amarante de la couche corticale, qui s'enlève par plaques larges et épaisses, dans les deux tiers antérieurs des hémisphères.

La couche corticale des lobes antérieurs est réduite en bouillie, surtout à leur extrémité.

L'adhérence des méninges à la couche corticale ramollie, existe dans les points où les membranes sont restées minces, transparentes et incolores.

La couche corticale a généralement une couleur lilas plus ou moins foncée.

La surface des ventricules offre des granulations.

L'encéphale est généralement hypérémié.

Les circonvolutions cérébrales sont atrophiées, surtout dans les lobes antérieurs, où l'épaisseur de la couche corticale, mesurée, varie de 1 mill. 5 à 2 mill, et 2 mill. 5.

OBSERVATION 48.

F..., âgé de 36 ans, célibataire, pharmacien, admis à Saint-Yon le 6 novembre 1842, a eu, avant son entrée, plusieurs accès de délire.

Il avait la manie du mariage, faisant en même temps plusieurs demandes. Les refus, qu'il éprouve successivement, le jettent dans le désespoir, et il est atteint d'un délire aigu, qui a été qualifié de fièvre cérébrale.

Depuis ce temps, il a une étoile qui le guide. Le soleil lui parle. Il est en correspondance avec le bon Dieu. Il voit des amis dans sa paillasse; il entend gratter à sa porte. Il entend et il voit des voleurs s'introduire dans sa chambre. Il n'a pas abandonné ses projets de mariage. Il prétend avoir fait tout récemment une demande. Il attend toujours une réponse. Mais il n'est pas embarrassé, si celui-là manque, un autre réussira.

De temps à autre, l'agitation va jusqu'à la fureur; alors il déchire et brise tout ce qui se trouve sous sa main.

Peu de jours avant son entrée, il a été faire à la campagne une demande de mariage. Persuadé qu'il a une belle voix, il veut entrer au théâtre. Il va trouver Poultier, puis le directeur, pour se faire entendre, prétendant qu'il doit gagner plus d'argent que Poultier.

A l'entrée, loquacité, irascibilité. Il a une idée exagérée de son mérite personnel, de la valeur des choses qui lui appartiennent. Il prétend qu'il n'est pas fou. Il veut qu'on fasse une assemblée de médecins, devant laquelle il résoudra toutes les questions qu'on voudra lui adresser.

Pendant les mois de novembre et de décembre, cet état persiste sans changement notable.

De temps à autre, l'agitation augmente, et le malade se livre à des actes de violence.

En janvier, février et mars, le délire continue, et l'intelligence s'affaiblit.

Le malade ramasse des cailloux, des chiffons, et en emplit ses poches. Tous les jours, à la visite, on vide ses poches. Il prétend qu'il ramasse ces objets pour se distraire. Il fait des paquets de chiffons et les cache

Feuilleton.

DE L'EMPLOI DE LA CHALEUR AU TRAITEMENT DU TRAUMATISME; DE L'ALCOOL DANS LES PHLEGMASIES.

Silliery, 11 Février 1856.

Cher confrère et ami,

J'ai lu, dans vos numéros des 24 et 26 janvier dernier, un article du docteur Strohl qui m'a vivement intéressé.

Vous n'en serez pas surpris puisqu'il s'agissait de l'application de la chaleur à la guérison des grandes plaies et surtout des amputations, par le professeur Langenbeck, de Berlin.

De 1833 à 1841, j'ai consacré la plus grande partie de mon temps et de mes recherches à cette importante question de la thérapeutique chirurgicale et de la physiologie animale : j'ai expérimenté l'action de la chaleur continue sur les animaux d'abord, puis je l'ai appliquée à la thérapeutique humaine dans les amputations, dans les grandes plaies de toutes natures, dans les ulcères, les tumeurs, les œdèmes, les érysipèles simples et phlegmoneux, dans les ménorrhées, les péritonites et dans la période adynamique des fièvres typhoïdes. Ces expériences et ces applications ont été nombreuses et persévérantes; la plupart ont été publiques et elles m'ont fourni le texte de trois mémoires et d'un traité complet, théorique et pratique, de l'influence thérapeutique de la chaleur continue.

M. le docteur Strohl semble croire que le savant professeur allemand ignorait mes travaux sur la chaleur : je ne le crois pas. Il ne les ignorait pas plus que l'illustre professeur de physique de l'École de médecine de Paris, M. J. Gavarret, qui vient de publier un excellent ouvrage sur la chaleur produite par les êtres vivans. Cet ouvrage, dont l'UNION MÉDICALE a fait un éloge légitime et parfaitement mérité, arrive aux mêmes conséquences que j'ai déduites, pose les mêmes principes philosophiques que j'ai établis, conduira aux mêmes vérités théoriques et pratiques que j'ai démontrées, et pourtant mon nom ne s'y trouve cité nulle part. A quoi sert un nom? Que prouve un nom? Il occupe une place inutile à notre époque, qui croit devoir rompre avec la tradition.

Peu de philosophes aujourd'hui croient à une vie sociale. Les hommes les plus capables se gardent bien d'admettre qu'ils sont la conséquence de leurs devanciers, et ils ne comprennent pas la sagesse de ce commandement : Honore tes père et mère pour vivre toi-même longtemps honoré. Non! ils sont convaincus qu'ils viennent au monde comme Minerve, sortant de la cuisse de Jupiter, armés de pied en cap. Avant eux la sagesse n'existait pas, après eux elle n'existera plus. C'est sous l'ensemble genre humain, la même question que l'organicisme ou le vitalisme dans l'ensemble de l'animal : c'est le deltoïde méprisant l'estomac, c'est le cerveau haussant les épaules en entendant parler du cœur.

Quoi qu'il en soit, M. le professeur Langenbeck a fait une excellente série d'études qui confirment ce que nous avions établi : qu'une température qui s'approche de notre température propre fait disparaître la douleur, diminue la fièvre traumatique, favorise la cicatrisation des plaies et dispense de les couvrir d'appareils et de pièces de pansement, toujours nuisibles par leur contact et toujours causes de douleur et de fièvre dans leur application et dans leur renouvellement; que l'eau gonfle les tissus en les pénétrant, en les engorgeant, et ne donne point d'avantage sur la durée de la cicatrisation; en somme que l'eau est, comme véhicule continu de la chaleur, plutôt nuisible qu'utile.

En effet, l'air sec, élevé à la température de 36 degrés centigrades, est, contrairement à l'opinion émise par le savant professeur, complétement inoffensif pour nos organes ouverts par des plaies, et parfaitement inoffensif pour les cavités splanchniques dans lesquels il pénètre; l'air n'est malfaisant que par la différence de sa température avec notre température propre, ou par sa pression qui trouble l'équilibre des poumons, des intestins, du cerveau, du cœur et des articulations, en pénétrant dans les séreuses, qu'il décolle, et en éloignant ainsi les organes du contact que le vide intérieur leur garantissait.

L'air sec et chaud offre tous les avantages de disparition de douleur et de fièvre traumatique, de prompte et bonne cicatrisation, de diminution de la surface des plaies; son seul inconvénient, dans peu de cas, est de dessécher l'exsudation purulente et de favoriser l'accumulation du pus amassé sous la croûte ainsi formée. Dans ce cas, un cataplasme, appliqué pendant une ou deux heures sur la plaie, dans l'appareil à la chaleur, détache la croûte, et la cicatrice exposée de nouveau à l'air sec et chaud de 36°, continue à marcher avec une extrême rapidité.

Les bains employés comme véhicule d'une température aussi continue ne me paraissent pas un progrès. Ils offrent cependant un avantage au milieu d'un grand nombre d'inconvéniens, c'est celui de balancer le poids des chairs et du membre malade par un poids égal d'eau déplacée.

Au surplus, M. le professeur Langenbeck et M. le docteur Strohl présentent la question et les faits avec une grande sobriété et une grande sagesse : c'est le véritable moyen de rendre toujours les résultats obtenus profitables à la science, qu'ils soient positifs ou négatifs.

Puisque j'ai parlé de M. le professeur Gavarret et de son ouvrage, je lui rendrai la même justice dans son genre qu'à M. Langenbeck dans le sien. Son *Traité de la chaleur animale* est parfait et rendra d'éminens services à la prochaine génération médicale, en lui faisant comprendre et reconnaître que le principe de la vie animale est la température propre à chaque espèce : quel dommage qu'il ait tant insisté sur la mesure de la chaleur des canards de M. Martins!

A propos de M. Martins cité par M. Gavarret pour les quatre-vingt-cinq canards dont il a pris la température par l'anus, je vous demande, en terminant, la permission de dire un mot encore sur M. Martins, ou plutôt sur l'article que M. le docteur Strohl a inséré dans l'UNION MÉDICALE du 7 février, sur le traitement des maladies fébriles, au moyen de l'alcool, par le même M. Martins.

M. Martins par sa publication, et M. Strohl par son article, m'ont rendu un service personnel et éminent. J'étais honteux, en 1852 et en 1854, d'avoir traité avec avantage un grand nombre de cholériques gravement atteints, au moyen du rhum et de l'eau-de-vie purs. J'étais honteux d'avoir, dans mon enthousiasme, écrit à l'UNION MÉDICALE, et par conséquent à tout le monde médical, que ce remède était héroïque dans l'espèce, et qu'il fallait le soutenir par une bonne alimentation; j'avais été grondé par M. Jolly, de l'Académie de médecine. Plusieurs écrivains disaient qu'ils n'étaient pas de ceux qui gorgeaient leurs malades d'alcool, que c'était un remède d'ivrogne, etc. En un mot, malgré les félicitations pratiques qui m'arrivaient d'un grand nombre de nos confrères de province, je me sentais mis au ban de la médecine officielle, et tout en me disant : mais cela guérit pourtant merveilleusement; je vous le répète, j'étais honteux. Depuis ce temps-là, j'avais employé l'alcool dans le frisson des fièvres intermittentes, et en dix ou quinze minutes, le frisson avait disparu et avec lui l'accès de fièvre. Aussi je préparais un mémoire complet sur l'action de l'alcool dans certaines maladies, dans l'intention de vous l'adresser, lorsque l'article de M. le docteur Strohl, rendant compte de l'article de M. le docteur Martins, rendant lui-même compte de la méthode de M. le docteur Todd, m'a tiré de ma fausse honte et vous a débarrassé de l'ennui d'insérer mes élucubrations; l'alcool, comme remède, nous venant d'Angleterre, son chemin est assuré.

Agréez, cher confrère et ami, l'expression de mes sentimens les plus dévoués,

Dr Jules GUYOT.

dans des coins. La mémoire s'altère. Il lui arrive de ne plus savoir où sont les latrines.

Le 7 avril, l'agitation devient très vive. Il prétend qu'il a reçu la veille un coup d'électricité, qui lui a enlevé le pouls et la respiration. Il a grandi d'un pied. Il sent sa barbe pousser. Il a un bras de fer, une voix qui dure indéfiniment. C'est Dieu, l'électricité et le traitement de M. Parchappe qui ont fait ce coup-là. Il va être immortel. Il n'a plus besoin de manger. Le lendemain, il prétend qu'il a grandi pendant la nuit de six pieds; c'est un effet de l'électricité. Dieu lui a dit qu'il serait immortel.

L'agitation augmente de jour en jour. Il déchire ses vêtemens. Il crie et chante toute la nuit.

Il ne dirige plus ses évacuations par la volonté.

Il déchire vêtemens, camisole. Il réduit en peu de temps la paille qu'on lui donne pour se coucher, en morceaux excessivement menus.

Amaigrissement rapide.

Le 7 mai, au matin, le malade est trouvé sans connaissance.

La face est pâle, les pupilles sont dilatées; abolition de l'intelligence, du mouvement volontaire et de la sensibilité; rigidité des membres et du tronc; embarras de la respiration. De temps à autre, mouvemens convulsifs.

Cet état persiste jusqu'au moment de la mort, qui a lieu le 10 mai, vers le soir.

Autopsie cadavérique.

Poids de l'encéphale : 1 kil. 450.

Léger épaississement des méninges cérébrales.

Ecchymoses sous-arachnoïdiennes vers les scissures de Sylvius.

Adhérences des méninges à la surface cérébrale, qui s'enlève par plaques larges et épaisses dans toute la périphérie des lobes antérieurs et moyens.

La couche corticale, ramollie dans toute son épaisseur, a une couleur violette.

Dans plusieurs points des lobes moyens, le ramollissement s'étend jusqu'à la substance blanche, immédiatement sous-jacente à la couche corticale.

Aucune autre altération de l'encéphale, généralement hypérémié.

OBSERVATION 49.

L..., âgée de 35 ans, dont les antécédens demeurent inconnus, entre à Saint-Yon le 29 juin 1841, et offre, dès son entrée, des symptômes évidens de folie paralytique.

Affaiblissement très grand de l'intelligence. Embarras dans la parole, station et marche vacillantes.

Cet état persiste pendant plusieurs années, sans autre changement que l'aggravation de la paralysie des mouvemens, qui amène le mutisme absolu et l'impossibilité de la marche.

Les évacuations sont involontaires.

La menstruation a disparu.

Le 25 juillet 1847, cette malade offre les symptômes d'une congestion cérébrale, et reste pendant quinze jours, jusqu'au moment de sa mort, dans un état de demi-coma, avec abolition de l'intelligence, du mouvement volontaire et de la sensibilité.

Des escharres se développent dans diverses régions du corps. La respiration s'embarrasse, et la malade meurt le 10 août.

Autopsie cadavérique.

Poids de l'encéphale : 1 kil. 029.

Epaississement des méninges, qui adhèrent à la surface cérébrale en un grand nombre de points, et qui entraînent, lorsqu'on les en détache, des plaques larges et épaisses de couche corticale ramollie.

La couche corticale des circonvolutions, qui limitent la scissure de Sylvius, a une couleur ardoisée, noire-verdâtre, qui s'étend à toute son épaisseur, qui s'arrête brusquement, la couche corticale voisine ayant une couleur grise rosée. La substance blanche sous-jacente a gardé sa couleur naturelle.

La couche corticale, dont la couleur est altérée, est plus ramollie que celle qui a conservé sa couleur normale. Elle exhale une odeur fétide, qui reproduit exactement celle qui caractérise la gangrène. Cette altération existe similairement des deux côtés. Elle existe aussi dans la couche corticale de l'extrémité postérieure de l'hémisphère gauche.

La substance grise des corps striés offre, à un très haut degré, le même état de ramollissement, avec couleur ardoisée et odeur gangréneuse.

Je regarde comme suffisante pour la démonstration du rôle de centre d'action motrice volontaire que j'attribue à la couche corticale cérébrale, la preuve pathologique déduite des faits qui établissent que, dans l'espèce morbide désignée sous le nom de folie paralytique, la phlegmasie, avec ramollissement, de la couche corticale, est la condition organique de la perturbation simultanée des manifestations intellectuelles et des mouvemens volontaires.

Mais cette preuve emprunte une nouvelle force aux observations pathologiques qui, rapportées à diverses époques, par divers auteurs à l'encéphalite, reproduisent le même fait de coïncidence entre le ramollissement de la couche corticale cérébrale et le trouble de l'intelligence et de la motilité volontaire. On rencontre quelques observations de ce genre dans les auteurs. Je me contenterai d'en rapporter deux.

OBSERVATION 50.

Altération des fonctions intellectuelles, sans lésion des fonctions locomotrices; puis convulsions, grincement de dents, perte de l'intelligence; mort le troisième jour. — Inflammation avec ramollissement de la substance grise, arachnoïdite.

Maintion, âgé de 43 ans, peintre en bâtimens, marié, entra le 18 novembre 1823 à l'hôpital de la Charité; il avait quitté l'état militaire depuis six ans, et n'était à Paris que depuis deux mois. Depuis deux ans, il avait offert des signes d'imbécillité et une perte complète de mémoire. Pendant qu'il était militaire, il avait présenté, à divers intervalles, des dérangemens des facultés intellectuelles. L'année dernière, il eut des symptômes d'une méningite aiguë, et il y a deux mois, ces mêmes symptômes ayant reparu, on lui mit un séton à la nuque; d'ailleurs, depuis deux ans, il se plaint de maux de tête habituels et de douleurs vers la racine du nez, avec odeur de pourriture dans l'intérieur de cette cavité. Depuis environ un an, *il est faible sur ses jambes.*

Il avait toujours conservé un bon appétit. Après avoir pris des bains froids, pendant un mois qu'il fut placé dans la salle Saint-Michel, il tomba dans une extrême faiblesse et éprouva des lipothymies.

Le 17 novembre, il perdit connaissance, fut pris de mouvemens convulsifs répétés, avec respiration bruyante et inégale.

Le 18, à dix heures du matin, mouvemens convulsifs généraux, yeux égarés, écume blanche à la bouche, roideur des membres, quelquefois grincement de dents et contorsion de la bouche; sensibilité intacte aux membres supérieurs, qu'il retire en grinçant quand on les pince; point de mouvemens lorsque l'on pince les membres inférieurs, qui sont aussi moins roides que les supérieurs. Perte absolue de l'intelligence, respiration râlante, quelquefois suspirieuse; pouls assez fort, plein, régulier, peu fréquent.

L'agitation continue dans le reste de la journée; les convulsions sont universelles; la face est rouge et tuméfiée, la bouche déformée par l'allongement des lèvres en devant..., les avant-bras sont fortement fléchis...

Le 19 au matin, le bras droit est presque sans mouvement, le gauche alternativement roide et agité de mouvemens convulsifs; les yeux sont fermés; il serre les mâchoires quand on veut le faire boire, et paraît sentir un peu lorsqu'on pince très fort le bras gauche... le malade meurt dans la journée.

Autopsie cadavérique, vingt-quatre heures après la mort.

L'arachnoïde est adhérente, dans huit à seize points, à la surface supérieure du cerveau, et en la détachant, la substance corticale s'enlève avec elle dans une largeur d'environ une pièce de 1 fr., et dans l'épaisseur d'une ligne; la substance médullaire est peu injectée. (1.)

OBSERVATION 51.

Démence compliquée d'accès de manie, méningite, injection, ramollissement, suppuration de plusieurs parties du cerveau, induration de quelques autres.

Marguerite Mairet, d'une constitution faible et délicate, jouit d'une assez bonne santé jusqu'à l'âge de 45 ans; devenue folle à la suite de plusieurs malheurs, elle est conduite à la Salpêtrière en 1809, dans un état de manie furieuse.

La première année son agitation dure six mois, et fait place à une démence tranquille.

En 1810 et 1811, nouvelle apparition de la manie, également suivie de calme au bout de quelques mois. Les mêmes phénomènes se renouvellent presque tous les ans jusqu'en 1818. A cette époque, la démence devient plus prononcée; la malade ne parle que difficilement; sa mémoire est confuse, souvent nulle; toute sa constitution présente un affaiblissement général. Cet état de démence persiste jusqu'en 1822, époque à laquelle se déclare de nouveau une des manies les plus furieuses. Quinze jours après l'invasion de ce nouvel accès, cette femme succombe dans un état de carus profond.

Autopsie cadavérique.

Le crâne est mince et blanc; la portion de l'arachnoïde, qui correspond à toute la région frontale, est épaissie, opaque, soulevée par une couche albumineuse, qui a contracté des adhérences intimes avec la substance corticale de plusieurs circonvolutions. La substance grise, sous-jacente à cette altération, est d'un rouge-foncé, désorganisée et diffluente en plusieurs endroits. En général, toute la substance corticale est d'un rouge vif remarquable, présente dans plusieurs circonvolutions latérales et postérieures des parties ecchymosées, réduites en une matière purulente. Cette mollesse extérieure du cerveau et ces ramollissemens partiels contrastent avec la dureté que présente à l'intérieur la substance blanche; l'induration affecte surtout le pourtour des ventricules, les corps cannelés et les corps striés. Dans ces endroits, il est impossible de déchirer la substance cérébrale, au lieu qu'à l'extérieur, le moindre contact rend sa pulpe diffluente (2).

Enfin l'action motrice de la couche corticale cérébrale est encore prouvée par les observations dans lesquelles la phlegmasie avec ramollissement, ou l'altération quelconque de structure, étant circonscrite dans la couche corticale des deux hémisphères ou de l'un des deux hémisphères cérébraux, le mouvement volontaire s'est montré altéré dans les deux côtés ou dans le côté opposé du corps.

OBSERVATION 52.

Un homme, âgé de 49 ans, fut apporté à la Maison Royale de santé dans l'état suivant : Etat comateux dont rien ne peut tirer le malade; il ressemble à un homme plongé dans un profond sommeil; les mouvemens respiratoires se succèdent à de longs intervalles; les quatre membres, soulevés, retombent comme des masses inertes; en les pinçant fortement, on ne leur voit exécuter aucun mouvement, et l'expression de la face n'en est pas modifiée. Les lèvres ne sont pas déviées; on ne peut pas voir la langue. Le pouls ne bat que 57 fois par minute...

On nous dit, comme renseignemens, que le sujet, depuis quelque temps, a quelque peu de désordre passager dans les idées; cet homme, qui avait fait abus des liqueurs alcooliques, avait eu de violens étourdissemens la veille du jour où nous le vîmes. Puis, vers deux heures de l'après-midi, il avait tout à coup perdu la faculté de parler, de voir et d'entendre, et à quatre heures, il était tombé dans l'état qui vient d'être décrit...

Le lendemain matin, même état...

Mort à quatre heures du soir.

Autopsie cadavérique.

Injection assez vive des vaisseaux des méninges. De chaque côté, sur la convexité des hémisphères, les circonvolutions offraient en cinq ou six points, dont chacun présentait le diamètre d'une pièce de 10 sous, une sorte de fluctuation. A peine avait-on enlevé, sur ces points fluctuans, une à deux lignes de la substance cérébrale, qu'on trouvait, immédiatement au-dessous d'elle, du sang légèrement coagulé, contenu dans une petite cavité, qu'aurait pu remplir une grosse noisette. Autour de cette cavité, dont les parois étaient colorées en jaune, le tissu cérébral présentait un pointillé rouge assez vif, mais sans aucun changement de consistance. Il y avait ainsi sept à huit petits foyers sanguins, creusés dans les circonvolutions de la face supérieure de l'hémisphère droit, et à peu près autant à gauche. Nous ne trouvâmes aucune autre lésion dans le reste de l'encéphale (1).

OBSERVATION 53.

Burdet, 65 ans..., reçut, il y a 2 ans, un violent coup à la tête, qui l'étourdit sans lui faire perdre connaissance...

... Il y a environ 6 mois, il commença à ressentir des douleurs et des pesanteurs de tête, et, à de longs intervalles, de légers momens *d'absence*; le trouble des facultés intellectuelles continue à faire des progrès, la faiblesse augmente, surtout du côté droit, et Burdet entre à la Maison de santé le 1er août 1841.

Tête lourde et un peu douloureuse, faiblesse surtout à droite, bouche un peu tournée à gauche, parole embarrassée, nulle suite dans les idées, fonctions intérieures intactes.

... Le 18 septembre, le malade garde continuellement le lit, et ne parle presque plus...

... Le 16 octobre, le malade tombe dans l'assoupissement, ne parle plus et ne paraît pas même entendre.

Il meurt le 23.

Ouverture.

... A la partie antérieure et externe de l'hémisphère gauche, se trouvait une tumeur grosse comme un œuf, arrondie, aplatie, remplie de sang, qui, dans certains endroits, paraissait y être contenu comme il l'est dans la rate; dans d'autres, il était en petits grumeaux d'une ligne au plus de diamètre, d'un tissu celluleux et aéroïaire, grisâtre, assez dense, et fort analogue, pour l'apparence extérieure, à la matière des tubercules. Du reste, l'ensemble de cette tumeur était d'un rouge-brun et d'une fermeté remarquable. En dehors, elle adhérait légèrement à la dure-mère et à l'arachnoïde, qui, dans cet endroit, était rouge et un peu épaissie. En dedans, elle s'était creusée dans l'hémisphère une dépression, où elle était presque entièrement logée.

En l'enlevant, elle amena avec elle la portion de substance corticale dont elle était entourée; mais il fut facile de l'en détacher ainsi que de la portion correspondante des méninges, qui cependant lui envoyaient de nombreux prolongemens celluleux ou vasculaires. La substance médullaire en rapport avec elle était jaunâtre, ramollie dans l'épaisseur de quelques lignes. Le reste du cerveau, qui était d'un volume considérable, n'offrait aucune altération. Il y avait environ une once de sérosité dans chaque ventricule latéral (2).

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Bouillaud, obs. XV. Docteur Blache, pages 85, 86, 87.

(2) Lallemand, *Lettre 7*, obs. 25, Pinel fils, tome III, p. 92.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

ÉTUDES SUR L'URÉTROTOMIE (1);

Par le docteur NOTTA, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, membre correspondant de la Société de chirurgie, etc.

Obs. IV. — *Rétrécissement de l'urètre. — Incision. — Guérison.*

M. L..., négociant, âgé de 26 ans, a une première blennorrhagie à 17 ans. Traitée par le copahu, elle guérit radicalement en deux mois. A 19 ans, seconde blennorrhagie traitée par des injections : eau de roses et tannin, sulfate de zinc, nitrate d'argent. L'écoulement disparaît. Mais, dès que le malade fait un léger excès de boisson ou de coït, l'écoulement se reproduit. Depuis trois ans, le jet d'urine est un peu moins volumineux. Suintement urétral habituel.

Le 1er mai 1854, je passe facilement une sonde métallique de 5 millim. 1/2 de diamètre. D'abord, la dilatation s'opère bien et on arrive graduellement aux sondes de 8 millim. Mais le rétrécissement ne s'assouplit pas et les douleurs causées par le passage de la sonde deviennent de plus en plus vives. Je décide le malade à se soumettre à l'urétrotomie.

Le 21 août 1854, je procède à l'opération. La verge étant dans le relâchement, avec une bougie à boule je constate la présence du rétrécissement. Il existe à 6 centimètres du méat urinaire et a environ 5 millim. de longueur. Je l'incise avec l'urétrotome de M. Robert.

La sonde de 9 millim. pénètre facilement. Écoulement de quelques cuillerées de sang. Application de la sonde à demeure. Le soir, cathétérisme avec la sonde de 9 millim.

22 août. Ecchymose tout le long de la verge. Insomnie. Cathétérisme. Un bain.

23 août. *Ut suprà.*

24 août. La sonde à demeure est retirée. Cathétérisme. Un bain. Vives douleurs pendant la miction.

25 août. Les douleurs diminuent.

27 août. Hier soir, le malade a eu du frisson pendant une heure, puis il a eu chaud et a sué cette nuit de manière à être obligé de changer de chemise. Ce matin le pouls est encore fréquent, mais le malade se trouve beaucoup mieux. Cathétérisme avec la sonde de 9 millim. Sulfate de quinine 0,65 centig. à prendre en une fois tous les matins à jeun.

28 août. Pas de fièvre. Pas de frisson. La nuit a été bonne. *Ut suprà.*

30 août. La fièvre n'ayant pas reparu, le sulfate de quinine est supprimé.

6 septembre. On cesse le cathétérisme.

20 septembre. On cathétérise avec la sonde de 9 millimètres.

27 septembre. Cathétérisme. Il n'y a plus de suintement urétral. Le malade est guéri.

Pendant les six mois qui suivirent, le malade va très bien et ne voit pas reparaître son écoulement, bien qu'il aille souvent à la chasse et fasse des excès de table. Au commencement d'avril 1855, il contracte une blennorrhagie qu'il ne soigne pas, et depuis cette époque, il conserve un suintement urétral qui augmente sous l'influence de la fatigue ou des excès de boissons.

Aujourd'hui, 16 janvier 1856, c'est-à-dire seize mois après l'opération, il revient me voir. J'introduis facilement une sonde de 9 millimètres sans rencontrer aucun obstacle. Je prescris des injections au tannin et un régime sévère.

(1) Andral, *Clinique*, tome V, p. 306, obs. I, hémorrhagie cérébrale.

(2) Bouillaud, obs. XXXVII. Rochoux, pages 192, 193, 194

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 19 et 23 Février 1856.

Quoique le malade ait contracté une blennorrhagie depuis son opération, quoiqu'il ne l'ait pas soignée et qu'elle persiste depuis neuf mois, le rétrécissement n'a pas reparu. C'est là une des meilleures preuves de l'efficacité de l'urétrotomie.

L'observation suivante est un insuccès; néanmoins, elle porte avec elle son enseignement, et, à ce titre, elle offre de l'intérêt.

Obs. V. — *Rétrécissement de l'urètre. — Incision. — Récidive cinq mois après l'opération.*

Fontaine (Louis), maréchal ferrant, âgé de 54 ans, entre le 19 août 1854 à l'hôpital de Lisieux. Cet homme, d'une bonne constitution, a contracté une blennorrhagie il y a vingt ans. Elle fut soignée par un pharmacien qui lui fit prendre plusieurs remèdes et lui donna quelques injections. Après plusieurs mois de traitement, elle guérit; et, depuis, le malade n'a jamais remarqué du suintement à l'extrémité du canal. Seulement, quatre à cinq ans après cette blennorrhagie, le jet d'urine commença à diminuer de volume et, depuis cinq à six ans, il urine goutte à goutte. A son entrée à l'hôpital, j'introduis des bougies filiformes, et, graduellement, j'obtins une dilatation qui permit d'introduire une sonde métallique de 4 millim. 2/3 de diamètre.

Le 14 septembre, je constate, avec une bougie à boule, que le rétrécissement a son siége à 11 centimètres du méat, et a 1 centimètre d'étendue. J'introduis ensuite l'urétrotome de M. Robert, mais je ne peux inciser complétement le rétrécissement. Les tissus fuient devant la lame de l'instrument. Une seconde tentative resta infructueuse, quelques gouttes de sang s'écoulent.

Application d'une sonde à demeure.

15 septembre. Cathétérisme avec une sonde de 6 millim. 1/3.

16 septembre. Cathétérisme avec une sonde de 7 millim. 2/3.

17 septembre. Suppression de la sonde à demeure. Cathétérisme avec une sonde de 8 millim. Le malade va très bien; pas de douleurs en urinant.

19. Le méat urinaire étant trop étroit est incisé. Cathétérisme avec une sonde de 9 millim.

20. Frissons; fièvre. (Bain, sulfate de quinine, 0,50 gram., cathétérisme.) Même traitement les jours suivans. La fièvre ne reparaît plus, et le 23 on supprime le sulfate de quinine.

Le 25 septembre, le malade sort de l'hôpital.

Le 10 février 1855, c'est-à-dire cinq mois après l'opération, il revient me voir. Il n'a pas d'écoulement urétral. Il urine encore assez bien, mais, depuis un mois, il remarque que le jet diminue sensiblement de volume. Je cherche à introduire une sonde de 9 millim., puis une de 8 millim., mais je suis arrêté au niveau du rétrécissement.

Je passe alors une sonde conique de 3 millim.; elle est pincée au niveau du rétrécissement. Néanmoins, en employant des sondes graduellement plus volumineuses, j'arrive en une seule séance à introduire une sonde de 8 millimètres.

Ce rétrécissement est tout différent de ceux que nous avons décrits dans les observations précédentes. Il est souple, très dilatable, puisqu'en une seule séance j'ai pu, en commençant par une sonde conique de 3 millimètres, qui était serrée, arriver graduellement à une sonde de 8 millimètres. On comprend dès lors qu'il ait fui devant la lame de l'instrument et n'ait été divisé que d'une façon fort incomplète; aussi la récidive ne s'est pas fait attendre : au bout de cinq mois elle était complète. Un accès de fièvre survenu le sixième jour de l'opération, sous l'influence d'une dilatation très rapide, a été enrayé par le sulfate de quinine, bien que l'on n'ait pas cessé de passer des sondes dilatantes.

En résumé, cinq malades ont été traités par l'urétrotomie.

Chez tous le même procédé opératoire a été employé. On a commencé par dilater l'urètre, afin de permettre l'introduction facile de l'urétrotome, et aussi afin d'habituer le canal à la présence des sondes et émousser sa sensibilité.

Chez tous l'incision a été faite d'arrière en avant.

L'urétrotome employé était celui de M. Robert qui, étant armé, donne une circonférence de 22 millimètres, ce qui, après l'incision permettrait toujours l'introduction d'une sonde de 7 1/3 millimètres de diamètre. Or, nous avons toujours pu, lorsque l'opération a réussi, introduire immédiatement des sondes de 8 et de 9 millimètres. C'est que toute l'épaisseur du tissu fibreux qui constitue le rétrécissement étant divisée, le tissu qui formait le fond de la plaie, était souple, élastique et se laissait dilater facilement.

De nos cinq malades, quatre ont été radicalement guéris, c'est-à-dire que seize mois, vingt-quatre mois, vingt-six mois et trois ans après l'opération, le canal de l'urètre ne présentait aucune tendance au rétrécissement.

Chez ces quatre malades, les rétrécissemens étaient durs, calleux, inextensibles, ils avaient été divisés dans toute leur épaisseur.

Un malade n'a pas été guéri. Au bout de cinq mois, la récidive était complète. Son rétrécissement était très extensible et n'avait été qu'incomplétement divisé.

Les suites de l'opération ont été des plus simples, excepté chez le premier malade (obs. I) qui eut une infiltration urineuse assez grave, mais cet accident qui n'a point compromis le résultat définitif ne doit être imputé qu'à mon inexpérience et non à la méthode en elle-même.

Deux autres malades (obs. IV et V) ont eu quelques accès de fièvre intermittente, mais ils furent aussitôt réprimés par le sulfate de quinine et la guérison n'en a pas été retardée.

Cependant, je ferai remarquer que toutes nos opérations ont porté sur la portion pénienne de l'urètre, et c'est peut-être là une des principales causes de leur innocuité.

Nous conclurons de ces faits, que l'urétrotomie doit être réservée pour les rétrécissemens durs, calleux, inextensibles, pour lesquels la dilatation est tout à fait insuffisante.

Quant aux rétrécissemens très extensibles, la dilatation peut suffire si le malade veut s'astreindre à se passer, une ou deux fois par mois, une sonde dans l'urètre.

Si l'on veut, par l'urétrotomie, obtenir une guérison radicale, il faut, de toute nécessité, employer l'instrument de M. Reybard; celui-là seul pourrait atteindre l'épaisseur du rétrécissement. Mais il ne faut pas perdre de vue que l'urétrotomie n'est pas toujours exempte de dangers; aussi doit-elle être réservée pour les cas rebelles à la dilatation.

REVUE GÉNÉRALE.

Observation d'hémorrhée pétéchiale. — Ulcères syphilitiques de la gorge et du larynx ayant nécessité la trachéotomie; traitement consécutif par la méthode du docteur Ebert. — Traitement de l'odontalgie par le chloroforme dans l'oreille. — Formules d'un sirop calmant; d'une poudre corroborante.

M. Henri Gintrac vient de publier une observation curieuse qu'il intitule observation d'*hémorrhée pétéchiale*, et dont les cas aussi bien décrits que celui-ci sont assez rares dans la science :

Louis Dupont, âgé de 26 ans, demeurant à Bordeaux, menuisier, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, use d'une alimentation assez substantielle; et les conditions hygiéniques au milieu desquelles il vit ne peuvent en aucune manière altérer sa santé, qui, jusqu'à ce moment, a toujours été excellente. En juillet, et sans cause appréciable, Dupont éprouve un peu de faiblesse, quelques douleurs vagues dans les membres, de l'inappétence et une céphalée presque continue. Dans le courant du mois d'août, deux ou trois fois chaque semaine, il a des épistaxis parfois fort abondantes. Ces hémorrhagies répétées ne s'accompagnent point de fièvre, mais elles déterminent une certaine prostration des forces.

Le 1er septembre, le malade est reçu à l'hôpital Saint-André, dans le service de M. H. Gintrac; il présente les phénomènes suivans : la peau est aride, sans chaleur; le pouls, peu développé, donne 76 pulsations; la face est pâle, mais n'est nullement altérée; les forces paraissent peu diminuées, la langue tend à se sécher et à se couvrir au centre d'un enduit brunâtre; il y a peu de soif, de l'anorexie; le ventre n'est point douloureux; les selles sont rares; la toux n'apparaît sous forme de quintes qu'à des intervalles éloignés; la percussion et l'auscultation n'offrent aucune particularité digne d'être notée; deux épistaxis assez copieuses ont eu lieu pendant la nuit. (Limonade, sinapismes aux pieds, bouillon.)

2. Le pouls est à 70 pulsations, la sécheresse et l'enduit brunâtre de la langue sont manifestes, les gencives fournissent un suintement sanguinolent, et cependant elles ne sont pas tuméfiées; elles sont plutôt pâles que colorées. Une nouvelle hémorrhagie nasale s'est produite dans la journée. (Limonade, infusion de cachou 100,0; bouillon.)

3. La toux est rare, mais elle s'est accompagnée d'une véritable hémoptysie. La quantité de sang expectoré peut être évaluée à un demi-verre environ; il est rouge, vermeil, écumeux; du reste, il n'y a point de dyspnée; aucune douleur ne se fait sentir dans la poitrine, même lors des grandes inspirations. La percussion, pratiquée avec soin, est partout entièrement sonore; l'auscultation ne laisse découvrir que quelques râles sibilans légers; en un mot, l'examen attentif du thorax écarte tout soupçon d'une lésion pulmonaire ayant pu déterminer cette hémorrhagie. Les battemens du cœur sont réguliers; le pouls est à 68-72 pulsations; il n'y a pas eu d'épistaxis. (Infusion de cachou avec addition d'extrait de ratanhia 4,0; limonade, potage.)

4. L'hémoptysie s'est renouvelée; elle est aussi forte que la précédente; il y a en même temps un suintement gingival très manifeste.

5. Sur les côtés du cou, en dedans des bras et des jambes, sur le tronc, apparaissent des taches assez nombreuses, violacées, arrondies ou ovalaires, de 2 millimètres à 3 centimètres de diamètre; elles ne font aucune saillie, ne déterminent point de démangeaison, ne disparaissent pas sous la pression; la peau qui les sépare conserve sa teinte naturelle. En même temps les urines sont chargées d'une certaine quantité de sang; elles sont fortement rougeâtres; il existe par le canal de l'urètre un suintement indolore, mais continu, d'un liquide brunâtre. Le malade assure n'avoir jamais eu d'affection ni vénérienne, ni blennorhagique. (Décoction de quinquina acidulée avec extrait de ratanhia 2,0; ergotine 1,0 en cinq pilules, même alimentation.)

6. L'hématurie se reproduit peut-être plus abondante que le jour précédent; du sang en quantité notable a été rejeté par la bouche; il paraît avoir pour point de départ l'estomac; il est en effet noirâtre, pris en grumeaux assez fermes; il est mêlé avec quelques parcelles de substances alimentaires réduites en pâte chymeuse; enfin, il en a été aussi rendu par l'anus. Quoi qu'il en soit, le ventre est parfaitement souple, indolent, même à la pression, la soif nulle; sur la muqueuse buccale, sur le voile du palais, sur les gencives, on remarque des taches rouges et arrondies; celles des membres ont pris un aspect plus foncé; plusieurs se sont réunies et offrent une surface d'un rouge livide. A la partie interne de la jambe droite, deux d'entre elles sont couvertes d'une bulle contenant du sang; on dirait un pemphygus. Les membres qui sont le siége de ces diverses plaques, n'offrent aucune trace d'engorgement. Malgré ces hémorrhagies constantes et multiples, l'état général est satisfaisant, le pouls ne dépasse pas 80 à 90 pulsations, la faiblesse n'est pas trop grande, le malade se tourne et se retourne facilement dans son lit; sa physionomie n'offre point l'expression de la souffrance, les fonctions digestives s'exécutent bien, l'appétit est conservé, les facultés intellectuelles n'ont subi aucune dépression notable. (Même prescription.)

7. Du sang est encore fourni par les muqueuses nasale, bronchique, gastro-intestinale et urétrale. Il est à noter que le sang perdu par les épistaxis se coagule promptement et ne présente que fort peu de sérum. Les taches semblent arrivées à leur plus haut degré de développement; elles sont larges, irrégulières, d'une couleur lie de vin, violette; aux jambes, il en est plusieurs qui se recouvrent de bulles remplies d'une sérosité sanguinolente. Les plaques rouges sont très évidentes sur les gencives et la muqueuse buccale; le pouls donne 84 pulsations; les fonctions digestives et respiratoires sont régulières; les mouvemens du cœur sont parfaitement naturels. (Même décoction de quinquina, avec extrait de ratanhia, 6, alun, 1,0; ergotine, 1,00, en cinq pilules; un quart de portion d'alimens.)

8, 9 et 10. Les mêmes accidens persistent; toutefois, ils offrent moins d'intensité.

11. Il n'y a eu ni hémoptysie, ni hématémèse, mais deux épistaxis peu abondantes. Les taches des membres n'offrent plus une teinte aussi foncée; on dirait des ecchymoses qui résultent d'une contusion; il ne se forme pas de nouvelles bulles; les anciennes sont à peu près cicatrisées. (Même prescription.)

12. Tout écoulement sanguin a complétement cessé. Le traitement indiqué déjà est continué; l'alimentation est rendue plus substantielle; bientôt une amélioration manifeste se produit; les forces se raniment; les plaques ecchymotiques de la bouche et des gencives disparaissent, celles des jambes pâlissent insensiblement. Le 30, toute trace de maladie s'est dissipée, et Dupont peut sortir le 14 octobre, parfaitement guéri.

Les divers phénomènes morbides que je viens de retracer, dit M. H. Gintrac, caractérisent d'une manière évidente cet état décrit sous les noms de maladie tachetée hémorrhagique de Werlhof, de purpura hémorrhagica, d'hémorrhée pétéchiale. Cette dernière dénomination me paraît plus convenable; elle exprime mieux la nature de la maladie; elle fait pressentir que la lésion cutanée n'en constitue qu'un simple élément, ne doit pas avoir l'importance symptomatologique que plusieurs auteurs lui ont attribuée. Chez notre malade, l'effusion du sang s'est produite simultanément à la surface de plusieurs membranes muqueuses et dans le tissu de la peau; aussi, tandis que des taches ecchymotiques s'observaient au cou et sur les membres, des hémorrhagies s'effectuaient par les muqueuses nasale, buccale, bronchique, gastro-intestinale, vésicale; il y avait donc sept sources desquelles émanait le sang. Les cas analogues sont assez rares pour que celui-ci puisse prendre rang dans la science. La coexistence d'une sorte d'éruption pemphygoïde est un fait encore notable. C'est ordinairement plutôt sur les membranes muqueuses que sur la peau qu'on a vu se former des bulles remplies de sang. — (In *Journal de médecine de Bordeaux*, février 1856.)

Est-il possible de rattacher cette maladie à la leucémie, dont il est tant question en ce moment? Le lecteur regrettera avec nous que M. H. Gintrac ait négligé l'examen microscopique du sang. M. Gintrac dit bien que les caractères physiques du sang, couleur, consistance, facilité de coagulation n'étaient pas altérées. Mais, dans la leucémie, il en est souvent ainsi. On sait aussi que le pronostic de la leucémie est extrêmement grave. Ici le malade a guéri, et si le microscope avait révélé une surabondance de globules blancs du sang, on voit tout de suite quelle importance acquerrait par cela même l'observation de M. H. Gintrac.

— M. Rul-Ogez a communiqué à la Société de médecine d'Anvers une observation d'ulcères syphilitiques de la gorge et du larynx, dans laquelle il a pratiqué l'opération de la trachéotomie pour remédier au danger imminent de suffocation qui menaçait la malade.

Un traitement irrégulier et inconstant avait permis au mal de faire de tristes progrès; des infractions à la médication bien ordonnée, instituée par notre confrère, empêchèrent plus tard l'amélioration sensible qui était survenue, d'être portée jusqu'à une guérison complète. Enfin, la mauvaise saison étant très défavorable, aussi bien pour le traitement que pour la maladie, tous les symptômes acquirent une nouvelle gravité, surtout l'épiglotte qui était hypertrophiée, déformée et douloureuse. Cette hypertrophie, en empêchant l'entrée de l'air dans les poumons, menaçait directement la vie du malade. C'est dans le moment où les premiers symptômes d'un manque dans la vivification du sang commencèrent à se montrer, que notre confrère eut l'heureuse idée de créer une voie artificielle, en pratiquant l'opération de la trachéotomie, afin de gagner du temps pour attaquer de nouveau le mal lui-même. L'opération réussit, et de plus, au moyen d'un traitement local et général, la malade guérit aussi complétement que l'état des parties ulcérées pouvait le permettre.

L'auteur a insisté sur la part qui revient dans ce succès au mode de traitement local préconisé par le docteur Ebert. C'est qu'en effet la maladie syphilitique avait résisté aux moyens tant locaux que généraux ordinairement employés, et c'est depuis le moment qu'il a commencé à avoir recours à ce procédé qu'une amélioration franche est survenue.

Le procédé du docteur Ebert consiste à faire inspirer au malade, à travers un tuyau solide, de la grosseur d'une plume d'oie ordinaire, de cinq à six pouces de longueur, une ou deux fois par jour, une petite pincée d'une poudre composée de trois gros de sucre de lait et d'un grain de poudre de nitrate d'argent. On met la poudre dans la concavité du bec de flûte du tuyau, puis on place cette partie du tube au fond de la bouche, sur la base de la langue; le malade se pince le nez avec les doigts et ferme la bouche hermétiquement sur le tube dont une partie fait saillie hors des lèvres; faisant alors une brusque inspiration à travers le tuyau, l'air qui le traverse se charge de la poudre déposée dans la partie située sur la base de la langue et taillée en bec de flûte, et la conduit parfaitement dans le larynx et même dans la trachée artère.

Le docteur Ebert affirme qu'il guérit, par ce moyen nouveau, les ulcères syphilitiques du larynx dans l'espace de quinze à trente jours. — (In *Annales de la Société de médecine d'Anvers*, octobre 1855.)

— L'odontalgie, ce mal cruel et si peu accessible jusqu'ici à nos moyens thérapeutiques autres que l'avulsion de la dent, aurait-elle enfin trouvé son remède efficace? M. le docteur Simon, médecin des houillères de Ronchamp (Haute-Saône), l'assure, et prétend que *mille fois* le chloroforme introduit dans l'oreille lui a rendu service.

Dans les maux de dents, dit M. Simon, je me contente d'imbiber de chloroforme un bourrelet de coton ouaté, et de l'introduire dans l'oreille du côté où se trouve la dent malade. « L'action est instantanée, et le patient, interrogé, répond immédiatement que toute douleur est enlevée et qu'il est guéri. »

Le bourrelet, imbibé d'une ou deux gouttes de chloroforme seulement, produit toujours dans le conduit auditif une sensation de chaleur assez vive, mais qui n'est jamais insupportable. Jamais non plus, que sache M. Simon, le chloroforme employé ainsi n'a donné lieu au moindre accident. Le calme produit par le chloroforme n'est pas toujours de longue durée, et le retour de la douleur réclame une réapplication du remède. Après quelques applications, dit M. Simon, la douleur, lassée par la persistance avec laquelle on la combat, finit le plus souvent par disparaître sans retour. Les cas où il y a inflammation ne font pas exception. — (In *Gazette hebdomadaire*, nº 8, 1856.)

Ce n'est pas aux praticiens, lecteurs de ce journal, qu'il est nécessaire de rappeler les conseils de prudence relatifs à l'introduction de topiques irritans dans l'oreille.

— M. Bouchardat publie les formules suivantes dans le *Répertoire de pharmacie* :

Sirop calmant.

Extrait d'opium.	15 centigrammes.
Extrait de belladonne.	10 —
Sirop de capillaire du Canada. . .	90 grammes.

F. s. a. — A prendre par cuillerées à café, trois dans les vingt-quatre heures, dans les irritations nerveuses et particulièrement dans les toux d'irritation.

Poudre corroborante.

Cinchonine.	20 centigrammes.
Fer réduit.	5 —

Mêlez. — Pour un prise en commençant le repas principal, dans les gastralgies avec affaiblissement général, la convalescence des fièvres intermittentes et les fièvres récidivées. Une prise chaque jour.

— Nous avons reçu de notre honorable confrère, M. le docteur Berthé, de Cercoux, une réponse aux dernières observations de MM. E. Chauffard et Rochard sur le traitement des fièvres intermittentes anciennes. Nous la publierons dans un prochain numéro. Amédée Latour.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

APPARITION DE FIÈVRES INTERMITTENTES DANS LES LOCALITÉS QUI EN ÉTAIENT HABITUELLEMENT EXEMPTES.

Levier (Doubs), 13 février 1856.

Monsieur le rédacteur,

L'apparition récente de fièvres intermittentes spontanément développées dans la commune de Levier (Doubs), qui en avait toujours été exempte, excitait vivement mon attention. J'ai donc appris, avec intérêt (M. le docteur Strohl, Union Médicale, tome X, nº 19), que cette remarque ne s'applique pas seulement à la localité où j'exerce.

Du 5 janvier au 10 février courant, 8 cas se sont présentés à mon observation. Contrairement à ce qui se passe à Munich, ici les personnes âgées sont spécialement atteintes; le plus jeune de mes malades ne compte pas moins de 52 ans. Le type tierce est le plus commun.

Grave dès le début par l'intensité des symptômes, l'âge et la constitution débilitée des sujets affectés, cette maladie a toujours cédé très rapidement à la médication quinique, la seule, du reste, que j'aie employée (tannate de quinine de Barreswill, à la dose de 1 gramme en 24 heures).

La cause de ce changement m'est complètement inconnue et j'ai cru utile, puisque le fait tend à se généraliser, d'appeler sur lui les recherches du corps médical.

Daignez agréer, etc. Dr Rouget.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Suite de la séance du 4 Février 1856. — Présidence de M. Mélier.

Continuation de la discussion sur le *traitement des paralysies par les eaux minérales.*

M. Roccas, de Trouville, adresse une note relative à l'emploi des bains de mer dans le traitement de quelques paraplégies. En voici les conclusions :

1° Dans les paraplégies, moins il y a de lésions matérielles préexistantes, plus les bains de mer agissent favorablement.

2° Les chances favorables augmentent quand la maladie, dans son évolution, arrive à la période de réparation.

3° Les malades, pour éprouver des bains une influence heureuse, quoique affaiblis, doivent avoir encore une force de résistance assez grande pour que les réactions se fassent convenablement.

4° Dans les paraplégies symptomatiques, la cure du bain de mer demande à être faite avec prudence et à être surveillée avec soin, sous peine de voir revenir des accidens congestifs, et la maladie s'aggraver, loin de tendre à l'amélioration.

M. Leroy-d'Étiolles (Raoul) présente quelques observations sur les communications précédemment faites à la Société.

Il conseille d'abord d'écarter complètement les douches sur le rachis, du traitement des paraplégies. S'il s'agit d'une paralysie périphérique, la douche sur le rachis sera de toute inutilité. Si, au contraire, il existe une modification pathologique de la tige médullaire elle-même, on devra toujours y supposer un état ou une tendance congestive qui rendrait la douche dangereuse.

M. Leroy-d'Étiolles croit que, dans l'intéressant relevé présenté par M. Villaret, des cas de paralysies observés à Bourbonne, cet honorable collègue a donné une trop grande place aux myélites. Les paralysies causées par la myélite elle-même sont plus rares qu'on ne le pense. En outre, il est difficile d'admettre que le ramollissement de la moelle soit susceptible de guérir par des procédés analogues à ceux que l'on a cru saisir dans le cerveau.

Peut-être notre savant collègue a-t-il eu affaire à des paralysies congestives anciennes, facilement curables d'abord, mais que l'absence de mouvemens dans les muscles et de stimulations de la moelle avait rendues difficilement guérissables plus tard; si dans des cas de ce genre, il y a une douleur fixe du rachis, ce qui est commun, les caractères de la paralysie sont assez semblables à ceux de la myélite. Faut-il admettre que les fatigues de la profession militaire prédisposent particulièrement à la myélite, et que, combattue au début, cette maladie soit assez curable? La chose est possible, mais elle demande confirmation.

M. Leroy-d'Étiolles (Raoul) pense que les opinions de M. le docteur Caillat, sur les propriétés tout à la fois toniques et altérantes de Bourbon-l'Archambault, sont contestables; il croit aussi que s'il fallait admettre, avec M. Caillat, cette propriété altérante, cette action alcaline, fluidifiante, qui favoriserait, selon lui, la résorption du caillot, en facilitant la circulation capillaire, il faudrait plutôt voir un danger dans cette fluidification du sang, laquelle pourrait plutôt favoriser une rupture nouvelle des capillaires qu'une résorption hâtive du caillot.

M. de Laurès regarde la question du traitement des paralysies par les eaux minérales comme une des plus difficiles de la thérapeutique thermale. Une pratique de sept années, tant à Balaruc qu'à Néris, lui a permis de comparer l'action des eaux salines *fortes* et *faibles* appliquées au traitement des paralysies. Leur efficacité lui a paru *bien différente* suivant le genre de paralysies auxquelles on avait affaire : fortes ou faibles, à Balaruc ou à Néris, les eaux ont produit des résultats *à peu près identiques* : 1° dans les paralysies qui existent sans lésion organique; 2° dans les paralysies rhumatismales; 3° dans les paralysies localisées, celles dont la cause réside là où les effets se manifestent. Dans ces cas, la médication excitante est indiquée pour rendre aux muscles, aux vaisseaux et aux nerfs, une activité qu'ils ont perdue plus ou moins complétement, et les eaux minéro-thermales remplissent parfaitement cette indication. Sans insister sur des questions de détails qui serviraient cependant à établir la prééminence de l'eau de Balaruc sur celle de Néris, ou réciproquement, dans telle ou telle circonstance, M. de Laurès formule les propositions suivantes :

1° Le *plus grand nombre* des paralytiques appartenant aux catégories ci-dessus mentionnées (qu'ils soient hémiplégiques ou paraplégiques) ont retiré, de l'usage des eaux salines fortes ou faibles, une amélioration qui mérite d'autant mieux d'être notée, *que leurs médecins l'avaient souvent demandée en vain aux moyens ordinaires*;

2° Cette amélioration a été d'autant plus rapide et d'autant plus considérable que les accidens remontaient à une date plus ancienne.

M. de Laurès dit que, *pour son compte*, il est loin d'avoir à constater des effets aussi heureux et aussi complets *dans les paralysies symptomatiques d'altérations dépendant d'une affection aiguë ou chronique, soit du cerveau, soit de la moelle épinière.*

Entrant dans le détail des faits qu'il a recueillis à Balaruc, il pense qu'on a de beaucoup exagéré le danger qu'il y avait à diriger des apoplectiques vers ces sources salutaires : mais il insiste sur les mesures de prudence qui doivent présider à l'administration du traitement thermal, et il signale, comme l'avait fait M. Le Bret, l'avantage qu'on peut retirer simultanément, dans le traitement des paralysies, de l'excitation portée à la périphérie et de l'action révulsive qu'on détermine sur l'intestin. Seulement, il fait remarquer que l'eau de Balaruc ne lui a pas toujours semblé assez *franchement purgative*; il ajoutait d'ordinaire 30 ou 40 grammes de sel neutre dans une petite quantité d'eau minérale, afin que les malades n'eussent pas à ingérer sept, huit ou dix verrées de liquide, à 45° centigrades en moyenne, et il évitait ainsi une stimulation produite par la boisson et qui n'était pas toujours sans inconvéniens chez les apoplectiques.

M. de Laurès s'appuyant sur les faits observés dans sa pratique, vante l'efficacité des eaux de Néris dans les paralysies qui ne dépendent pas d'une altération des centres nerveux. Mais il s'étonne de ces cures merveilleuses, racontées à propos d'apoplexies, dans les mémoires ou traités sur les eaux de Néris, et dont le secret semble perdu depuis longtemps. Car M. Falvart-Montluc n'était partisan du traitement thermal que dans les paralysies *non cérébrales*. Malgré la minéralisation bien différente des sources, il croit la prudence et la réserve aussi indispensables à Néris qu'à Balaruc.

Plusieurs insuccès arrivés au milieu des précautions les plus grandes, la mort d'un malade survenue par le fait d'une seconde apoplexie, au moment même où les symptômes d'une paralysie datant de sept mois s'amendaient d'une manière très notable, sous l'influence du traitement thermal, légitiment les recommandations sur lesquelles il insiste; il voudrait aussi qu'on ne se pressât pas d'enregistrer comme *succès définitif dépendant des eaux minérales*, ce qui n'est souvent qu'une amélioration temporaire, due le plus souvent aux seuls efforts de la nature.

M. de Laurès se demande si, à côté des eaux salines *fortes* et des eaux salines *faibles*, il existe réellement des eaux que l'on pourrait appeler *moyennes*, et pour l'administration desquelles les règles d'application seraient toutes différentes dans le traitement des paralysies. C'est ce que tendraient à faire croire les communications des médecins de Bourbon-l'Archambault, MM. les docteurs Régnault et Caillat. Après avoir signalé quelques contradictions qui existent entre M. Régnault et M. Caillat, non pas relativement aux faits eux-mêmes qui les ont conduits à la même conséquence pratique, mais relativement aux circonstances dans lesquelles les faits se sont produits; après avoir fait remarquer que les déductions proposées ne s'appuient que sur des données encore hypothétiques, il pense cependant qu'on doit tenir grand compte de résultats d'une telle importance, quand ils sont annoncés par deux confrères aussi honorables et aussi distingués que le sont ceux de Bourbon-l'Archambault. Mais il doute qu'ils changent tout d'un coup les opinions généralement admises sur la marche à suivre dans le traitement des paralysies par les eaux minérales.

M. Durand-Fardel pense qu'il convient de reprendre cette question des paralysies, au point de vue de la pathologie. Il appellera spécialement l'attention de la Société sur les *hémiplégies*, et les hémiplégies, suites d'apoplexie.

Laissant de côté les paralysies dépendant de congestion cérébrale, lesquelles sont toujours de courte durée, et par conséquent, ne sauraient avoir affaire au traitement thermal, il établit que les hémiplégies apoplectiques peuvent dépendre d'un ramollissement comme d'une hémorrhagie du cerveau; que la fréquence relative du ramollissement, et l'impossibilité, dans beaucoup de cas, d'en distinguer la marche de celle de l'hémorrhagie, circonstances dont il a démontré l'exactitude dans de précédens travaux, ne permettent pas de douter que parmi les hémiplégies traitées heureusement aux eaux minérales, à titre d'hémorrhagies cérébrales, il n'y ait un bon nombre de ramollissemens.

Il est donc impossible d'établir, sur la nature anatomique de la paralysie, les indications ou les contre-indications relatives au traitement thermal; on n'aurait, en effet, qu'une base incertaine, car, la plupart du temps, on ne pourrait établir son diagnostic que sur une présomption.

Mais on trouvera dans la marche des symptômes une base autrement sûre aux indications, et on la formulera ainsi :

Lorsque la marche des symptômes indique une maladie en voie de retour, on peut avoir recours à la médication thermale;

Lorsqu'elle indique une maladie en voie de progrès, on n'admettra, dans aucun cas, l'opportunité du traitement thermal.

Prenant ensuite le fait anatomique le mieux connu, le plus généralement admis ou supposé, M. Durand-Fardel fait remarquer que, lorsqu'une hémorrhagie cérébrale a lieu, la congestion qui l'a précédée, la rupture du tissu cérébral, l'épanchement du sang, paraissent s'opérer dans un temps très court. Or, une fois l'épanchement accompli, on peut dire que la maladie est faite. Elle entre aussitôt après dans une période de retour ou de réparation; et comme à la suite d'une fracture, l'art demeure entièrement étranger à l'œuvre de réparation ou de cicatrisation dont l'organisme est devenu le siége, il n'y peut intervenir que très indirectement, en tenant le malade dans les conditions les plus favorables possible, ou en corrigeant certaines dispositions défavorables, dépendant de la constitution, d'une diathèse, etc.

Aussi commence-t-on à admettre, d'une manière générale, qu'il faut traiter très peu les apoplectiques, et, par une réaction sans doute exagérée, peu s'en faut que l'on n'accuse de toutes les hémiplégies persistantes, les saignées qui, de tout temps, ont été destinées à les prévenir ou à les atténuer. M. Regnault est, du reste, très explicite à ce sujet, et il affirme que, moins les apoplectiques observés par lui à Bourbon-l'Archambault avaient été traités et médicamentés, et plus ils se montraient disposés à retrouver rapidement et complétement l'usage de leurs facultés engourdies ou paralysées.

Cependant, par une apparente contradiction, M. Regnault, et avec lui son collègue à Bourbon-l'Archambault, M. Caillat, n'hésitent pas à déclarer qu'il convient de recourir aux eaux appropriées le plus tôt possible, après une attaque d'apoplexie, et que le traitement thermal sera d'autant plus efficace qu'il sera appliqué à une époque plus rapprochée de l'accident. Or, nos collègues de Bourbon entendent effectivement par là les jours qui suivent immédiatement l'apoplexie.

Quelque considérable que soit l'opinion de ces deux savans collègues, dont l'un surtout est un des plus expérimentés et des plus autorisés parmi les médecins attachés aux établissemens thermaux, nous croyons qu'il ne faut pas se hâter d'accepter, à ce sujet, sans de mûres réflexions, les observations même les plus notables et les mieux garanties.

Il nous paraît conséquemment utile d'examiner devant vous les deux propositions suivantes :

Est-il utile de soumettre à un traitement thermal immédiat un individu qui vient de subir une attaque d'apoplexie?

Peut-il y avoir quelque danger dans une telle pratique?

Quelle peut être l'utilité d'un traitement thermal dans la paralysie récente?

Nous avons reconnu précédemment que les périodes qui suivent une attaque d'apoplexie par hémorrhagie cérébrale, appartiennent à un travail de réparation et de cicatrisation analogue à ce qui se passe à la suite d'une fracture, et auquel l'art ne saurait prendre une part directe.

Or, on sait avec quelle rapidité, pendant les trois ou quatre semaines qui suivent une attaque d'apoplexie, le mouvement reparaît, en partie au moins, dans le plus grand nombre des apoplexies. Il sera donc toujours fort difficile, lorsqu'on emploiera pendant cette période une médication quelconque, de faire la part exacte de ce qui lui reviendra, ou de ce qui sera le fait du retour spontané de la maladie. Il est donc permis de croire qu'une partie des malades traités hâtivement par les eaux thermales auraient tout aussi bien guéri, dans la limite de ce qu'ils pouvaient guérir, par le travail de la nature.

Mais est-il possible de faire la distinction de ces malades? Il n'a encore été rien dit à ce sujet. Il nous paraît cependant qu'il est permis de s'en faire une idée.

Il y a des apoplectiques qui portent les attributs de la santé générale, circulation rapide, vivacité du système nerveux, nutrition active; on a même fait d'un certain développement de ces caractères une constitution apoplectique dont on a exagéré l'influence sur la production de l'apoplexie. Or, à quelle indication peut se rapporter le traitement thermal chez ces individus?

Mais si nous admettons, avec M. Caillat, que le traitement thermal agisse à la fois comme un traitement altérant et tonique, activant d'une part la résorption du caillot, et s'adressant d'une autre à l'état dynamique des muscles paralysés, nous dirons : que nous comprenons parfaitement que chez des individus mous, lymphatiques, affaiblis par une cause quelconque, il y ait une indication d'activer les phénomènes de réparation du foyer apoplectique, sans doute languissans et embarrassés. Mais chez des sujets de constitution ordinaire, et qui, surtout, n'auront pas été affaiblis par un traitement antérieur inopportun, nous ne voyons aucune utilité d'activer une opération que la nature se chargera parfaitement d'accomplir à elle seule : les exemples en abondent autour de nous.

Mais ne peut-il pas y avoir du danger à employer le traitement thermal dans de semblables circonstances?

Lorsque les forces de l'organisme ne sont pas suffisantes pour accomplir un acte nécessaire, tel que la résolution d'un épanchement, la cicatrisation d'une déchirure, la réparation d'un désordre enfin, oui, l'application de moyens artificiels propres à relever les forces de l'organisme et à multiplier les ressources de la nature est bonne et salutaire.

Mais lorsque les forces de l'organisme suffisent pour réparer le désordre en question, l'intervention des moyens artificiels, si utile tout à l'heure, ri-que de dépasser la mésure, et d'être nuisible, bien loin de rendre aucun service.

Toute la question de la tolérance de l'économie pour les agens médicamenteux est là.

MM. Regnault et Caillat répondront à cela qu'ils n'ont jamais vu d'accidens suivre une telle pratique : aussi ces considérations n'ont elles pas pour but d'opposer une contradiction formelle au traitement hâtif des hémiplégies, mais de placer des observations qui nous paraissent justes et nécessaires, vis-à-vis les assertions si explicites et si tranchées de nos honorables collègues de Bourbon-l'Archambault, au sujet d'un des points les plus délicats et les plus périlleux de toute la pratique thermale.

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

Nous avons à annoncer la triste nouvelle de la mort presque subite et bien inattendue de M. le docteur Petit, médecin inspecteur des eaux de Vichy, chevalier de la Légion d'Honneur, etc., décédé hier, 24 février, à l'âge de 58 ans, après une maladie de quelques heures à peine. Ses obsèques viennent d'avoir lieu au milieu d'un grand concours de parens, d'amis, de médecins qui sont venus payer un dernier tribut au médecin savant et probe dont la brillante carrière vient si fatalement d'être interrompue.

— L'Académie de médecine vient aussi de perdre un de ses membres dans la personne de M. Bonnastre, qui appartenait à la section d'histoire naturelle médicale.

Des soixante-dix membres nommés en 1820, lors de la fondation de l'Académie, cette compagnie n'en compte plus que deux survivans, le vénérable M. Duméril, et M. Bouvay, de la section de pharmacie.

— M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, commencera son cours au Collége de France, le vendredi 29 février 1856, et le continuera les mercredis et vendredis à la même heure.

Il traitera des effets des substances toxiques et médicamenteuses.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 26. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 28 Février 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — Sur la Société des médecins des hôpitaux. — II. MATIÈRE MÉDICALE : Nouvelle note sur la glycérine. — III. BIBLIOTHÈQUE : Physiologie élémentaire de l'homme. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 26 Février 1856 : Correspondance. — Du rôle de l'acide carbonique en présence des alcalis végétaux. — De l'aléotine, principe cristallisable du suc d'aloès. — Sur les applications chirurgicales des phénomènes thermiques de la pile. — *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Communications sur la leucocythémie. — V. NÉCROLOGIE : Discours prononcé sur la tombe de M. le docteur Ch. Petit. — VI. COURRIER.

PARIS, LE 27 FÉVRIER 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les candidatures ouvertes dans les sections de pharmacie, de chimie et de physique attirent à l'Académie un grand nombre de lectures et de rapports sur des sujets afférens à ces sciences. La courte séance d'hier a été entièrement consacrée à des travaux de ce genre : rapport de M. Gaultier de Claubry sur le mémoire de M. Langlois, relatif au rôle de l'acide carbonique en présence des alcalis végétaux ; lecture de M. Robiquet sur l'aloétine, principe cristallisable du suc d'aloès ; mémoire de M. Regnauld, sur les applications chirurgicales des phénomènes thermiques de la pile. Tous ces travaux, peu susceptibles d'analyse, sont suffisamment reproduits dans notre compte rendu.

Nous commençons aujourd'hui les comptes rendus de la *Société des médecins des hôpitaux*, contenant la discussion pleine d'intérêt qui a eu lieu dans cette Société savante sur la *leucémie* ou *leucocythémie*. Cette discussion est très étendue, sans doute, et pourra envahir un assez grand nombre de nos colonnes, mais l'importance et la nouveauté du sujet exigeaient ce développement dans le journal officiel de la Société.

MATIÈRE MÉDICALE.

NOUVELLE NOTE SUR LA GLYCÉRINE ;

Par M. CAP.

Ainsi que je l'avais pressenti dans un premier mémoire lu à l'Académie impériale de médecine (17 janvier 1854), la glycérine a vivement préoccupé depuis quelque temps le public médical. L'emploi de cette substance en médecine a trouvé d'ardens propagateurs, des expérimentateurs zélés autant qu'habiles, tandis que d'autres praticiens ont fait leurs réserves et exprimé à ce sujet quelque opposition. C'est ce qui devait arriver ; c'est même ce qu'il faut toujours désirer pour la manifestation franche et complète de la vérité en matière scientifique. Je me suis tenu en dehors de ces débats, dans lesquels, d'ailleurs, je n'aurais eu qualité pour intervenir qu'au point de vue chimique. Je me suis borné à recueillir tous les faits qui se rapportent à ce côté spécial de mes recherches, et lorsqu'on m'a sollicité de prendre la parole, comme ayant, l'un des premiers, mis en lumière les propriétés si remarquables de la glycérine, j'ai répondu que, pour le moment, je n'avais rien à ajouter à ce que j'avais annoncé dans mon premier mémoire, et un peu plus tard, dans le travail que j'avais lu à la Société, en communauté avec M. Garot, sur les médicamens glycériques et les *Glycérolés*, me réservant de revenir sur ce sujet, quand j'aurais de nouveaux documens à produire sur ce corps si intéressant à divers points de vue.

Toutefois, les recherches que nous poursuivons devant être d'une certaine durée, nous avons pensé que, dès à présent, nous avions quelque autorité pour rappeler la marche qu'ont suivie les recherches relatives à la glycérine et à son emploi médical, pour dire un mot sur les procédés relatifs à sa préparation, pour indiquer ses principaux caractères et les moyens de reconnaître les falsifications les plus ordinaires de cette substance.

Sans revenir sur l'histoire des premières tentatives qui se rapportent à l'emploi de la glycérine, et que j'ai rappelées dans mon premier mémoire, qu'il me soit permis de rappeler que, dans un paquet cacheté que j'ai déposé à l'Académie des sciences, il y a près de cinq ans (28 juillet 1851), j'annonçais : 1° que la glycérine assouplissait notablement la peau, et en cicatrisait les fissures, qu'elle était d'une efficacité remarquable dans le traitement des affections de cet organe ; 2° qu'elle pouvait s'employer dans les bains, les lotions, les injections ; qu'elle mettait les brûlures et les plaies à l'abri du contact de l'air, et maintenait à l'état de souplesse les bords de l'escharre ; 3° qu'elle empêchait les cataplasmes de se dessécher ; qu'on pouvait la faire entrer dans les pommades, les cérats, les savons et les savonules ; 4° que les préparations de parfumerie auxquelles on l'ajoutait acquéraient de puissantes propriétés cosmétiques ; 5° que la glycérine conservait à l'état frais les substances organiques, alimentaires ou autres ; 6° enfin, que, dans le tissage et pour le parement des tissus, elle remplaçait avantageusement les mucilages et les colles hygrométriques.

Après avoir ainsi constaté mes droits à la priorité dans l'annonce de la plupart de ces faits, je dus m'occuper de la fabrication en grand de la glycérine. Le peu d'importance que l'on avait jusque-là attaché à ce corps singulier, bien qu'il se produise abondamment dans les savonneries et les fabriques d'acide stéarique, l'avait presque fait tomber dans l'oubli. Les eaux mères qui le contiennent étaient journellement jetées et perdues. L'odeur insupportable de la glycérine impure, obtenue par l'évaporation de ces eaux mères, contribuait à en faire rejeter l'emploi ; tandis que, préparée chimiquement, elle devenait d'un prix si élevé, qu'il fallait renoncer à l'idée de ses applications à l'industrie, et même, dans certaines proportions, à l'art médical.

Mes recherches devaient donc avoir surtout pour objet de débarrasser la glycérine de son odeur fétide, de la décolorer, de la priver, autant que possible, de sels étrangers, enfin, de l'obtenir dans un état de pureté qui la rendît propre aux usages de la médecine, et à un prix tel qu'il ne fût plus un obstacle à son emploi usuel. J'y réussis assez complétement pour me décider à entreprendre la fabrication de cette substance, et, lorsque je vins communiquer à l'Académie impériale de médecine, en même temps que mes procédés, les résultats les plus saillans de mes premières recherches, j'étais déjà en mesure de fournir à la droguerie de la glycérine parfaitement propre à l'emploi médical, et à un prix réduit au dixième de ce qu'elle valait précédemment.

Quelques mois après, je lisais à la Société de pharmacie de Paris un deuxième mémoire dans lequel, M. Garot et moi, nous venions réaliser, au point de vue pharmaceutique, les premières applications de la glycérine aux usages de la médecine d'une part, en déterminant, par des recherches toutes nouvelles, l'action, et surtout la propriété dissolvante de ce corps à l'égard d'un grand nombre de substances médicamenteuses ; de l'autre, en présentant de nombreux exemples de produits glycériques réunis sous le nom spécifique de *Glycérolés*. Nous annoncions, dans le même mémoire, que ces nouveaux médicamens nous semblaient destinés à remplacer avec avantage les huiles médicinales, les cérats, les pommades, et à devenir d'un emploi général. Tel est le rapide historique des seules tentatives dont nous revendiquions la priorité ; laissant à nos devanciers comme à nos émules la part à laquelle ils ont droit dans les perfectionnemens relatifs à la fabrication de la glycérine, comme dans la mise en lumière des faits qui se rapportent au même objet.

Depuis lors, et grâce aux habiles recherches de MM. Demarquay, Trousseau, Denonvilliers, Debout, Luthon, Berthet et une foule d'autres, la glycérine est en quelque sorte entrée dans les usages habituels de la médecine, de la chirurgie, ainsi que de l'art vétérinaire, et les prévisions que j'avais conçues sur l'avenir de cette substance, au point de vue médical, se sont largement réalisées.

Toutefois, ces tentatives n'ont pas été constamment satisfaisantes, et il était naturel d'en rapporter la cause à l'impureté, à la mauvaise préparation de la glycérine employée. Il était donc important de déterminer les caractères qui doivent faire admettre ou rejeter celle qui est destinée à l'usage médical, et comme cette substance, ainsi que tant d'autres, est sujette aux falsifications, nous devions aussi rechercher les moyens de reconnaître les altérations que la fraude pouvait lui faire subir. Voici les caractères auxquels, M. Garot et moi, nous nous sommes provisoirement arrêtés sous ce rapport.

On sait que la glycérine provient de différentes sources, et peut se préparer par divers procédés. Celle que l'on obtient par la saponification des stéaratés pharmaceutiques, est presque exempte de sels de chaux, mais elle peut retenir des sels métalliques.

Celle que l'on obtient par la saponification des huiles végétales retient moins d'acides gras volatils, mais elle est plus colorée et conserve une odeur particulière assez désagréable.

Celle que l'on retire des eaux mères des fabriques d'acide stéarique est d'autant plus difficile à purifier, que ces usines emploient des suifs et des graisses de plus mauvaise qualité. Or, comme cette source est celle qui peut en fournir en plus grande proportion, c'est à elle que l'on s'adresse le plus communément pour obtenir ce produit.

Un procédé ingénieux et tout à fait différent, est celui qu'emploie M. Wilson, dans la fabrique de bougies de Price, à Londres. Ce procédé consiste à dédoubler les corps gras par l'action de la vapeur surchauffée, et à recueillir la glycérine étendue par la distillation, à une haute température, puis à la concentrer et à la décolorer par les moyens ordinaires. Le principal inconvénient de ce dernier procédé est la cherté du produit, dont le prix est presque triple de celui auquel se vend en France la glycérine.

Les caractères généraux que doit posséder la glycérine officinale, c'est-à-dire parfaitement propre aux usages de la médecine, sont les suivans :

Elle doit être sans odeur appréciable, même lorsqu'on en met une goutte dans le creux de la main et qu'on la frotte avec l'autre main.

Sa consistance doit être celle d'un sirop épais. Elle doit donner, au *minimum*, 28° au pèse-sirop, à la température de 10° centig. Pour lui conserver cette consistance, il faut la renfermer dans des flacons bien bouchés, car elle est un peu hygrométrique.

Sa couleur est, sinon absolument incolore, tout au plus légèrement ambrée et semblable à celle de l'huile d'amandes douces.

Sa saveur est franchement sucrée, analogue à celle du sirop de miel.

Elle doit être presque sans action sur la teinture de tournesol et sur le sirop de violettes.

Un volume de glycérine doit se dissoudre complétement dans un volume d'alcool acidulé d'un centième d'acide sulfurique, sans donner lieu à aucun dépôt, même après douze heures. Le dépôt qui se formerait serait proportionnel à la quantité de chaux que contiendrait la glycérine.

Un volume de glycérine doit se dissoudre complétement dans deux volumes d'alcool éthéré à 43° (alcool 100 p., éther 50 p.), sans rien laisser déposer après douze heures de contact. S'il s'y formait un dépôt grenu ou floconneux, il indiquerait la présence des sels de chaux.

Un résidu sirupeux montrerait l'addition à la glycérine d'un sirop de sucre, de miel ou de fécule, jusqu'à concurrence de 10 pour 100.

Au-dessous de cette proportion, la glycérine retient en dissolution les sirops qui lui sont ajoutés ; mais si l'on verse dans le mélange une goutte ou deux d'acide sulfurique, il se forme aussitôt un dépôt grenu blanc ; ce qui n'a pas lieu quand on agit de la même manière sur de la glycérine pure.

L'oxalate d'ammoniaque ne doit pas déceler plus de chaux dans la glycérine qu'il n'en signale dans l'eau de Seine qui sert à tous les usages domestiques. L'essai par l'alcool sulfurique suffit parfaitement pour cette constatation.

La glycérine étendue d'eau et portée à l'ébullition avec un morceau de potasse caustique ne doit pas éprouver d'altération dans sa couleur, mais elle ne tarde pas à se colorer si elle contient même un centième de glucose.

Voilà ce que nous avions à dire pour éclairer les praticiens et les mettre en garde contre des mécomptes qui proviendraient d'une glycérine mal préparée. Nous aurions beaucoup de faits à ajouter ici relativement à l'action de la glycérine sur les matières organiques, sur les tissus et les fluides animaux ; mais la multiplicité et la longueur des expériences que nous avons entreprises, M. Garot et moi, sur ce sujet, nous obligent à en ajourner pour quelque temps la publication.

BIBLIOTHÈQUE.

PHYSIOLOGIE ÉLÉMENTAIRE DE L'HOMME ;

Par L.-L. BRACHET, chevalier de la Légion d'Honneur, professeur de matière médicale et de thérapeutique, etc., etc. 2ᵉᵉ édition. — Paris, 1855, Germer-Baillière, libraire.

L'ouvrage de M. Brachet a une longue existence, sa première édition date de 1833 ; il est donc suffisamment connu pour que nous n'ayons

pas à en parler longuement ici. L'auteur, néanmoins, y a fait un grand nombre de changemens et d'additions, pour le mettre au courant de la science. Sans en augmenter notablement le volume, il s'est efforcé d'y signaler tous les travaux modernes, lors même, ce qui arrive le plus souvent, qu'il ne les cite que pour les réfuter. Quant à ses propres travaux, tout en réclamant pour eux la priorité qui lui appartient, il ne leur a donné dans son livre qu'une place bien modeste, sans y insister particulièrement.

Les tendances de M. Brachet sont évidemment vitalistes; c'est avec une satisfaction visible qu'il trouve à chaque instant en défaut les applications de la physique et de la chimie à la physiologie, et il se plaît à mettre au jour leurs erreurs. Pourtant, il se défend d'être vitaliste ou organicien pur. La doctrine qu'il adopte fait la part du jeu des organes et de l'action vitale, et il l'appelle *organo-vitaliste*.

La matière organique est inerte par elle-même. Toutes les théories allemandes et autres ne rendent aucun compte de sa vie et de son accroissement. Elle tient la vie d'un principe qui lui est étranger; ce principe est le *principe vital*. L'influence du principe vital se répand dans toutes les parties de l'être, organisé par l'intermédiaire du système nerveux ganglionnaire, qui en est le dispensateur, et dont l'auteur a reconnu l'existence même dans les végétaux. Telle est l'idée qu'il développe dans tout l'ouvrage, et qui domine son système physiologique. Il en a déduit sa classification des fonctions, qu'il divise en 1° fonctions de la vie ganglionnaire, 2° fonctions de la vie cérébrale, et 3° fonctions mixtes nécessitant l'influence des deux systèmes nerveux.

Tout en reconnaissant que le principe vital ne peut être isolé des organes, l'auteur admet cependant qu'il a une existence indépendante, qu'il est distinct de la matière, et que, distinct aussi de l'âme intelligente, il est intelligent pourtant lui-même, puisqu'il préside à la formation des organes et à leur fonctionnement régulier. Pour expliquer son origine, il admet en outre « qu'un vaste réservoir ou tourbillon vital enveloppe le globe terrestre, que c'est de lui que part cette étincelle de vie pour animer chaque être organisé, etc..., et à lui qu'elle retourne toutes les fois qu'elle abandonne le corps. »

L'innervation ganglionnaire joue, comme on voit, un rôle immense dans le fonctionnement de l'organisme, et l'auteur se félicite de voir ses idées à ce sujet adoptées peu à peu par les physiologistes, et vérifiées par l'expérimentation. La sensibilité ganglionnaire, mise en jeu par les divers stimulus, la contraction fibrillaire, provoquée dans les tissus par l'innervation ganglionnaire, tel est le mécanisme de tous les actes de la vie organique. Le mode spécial de sensibilité de chaque partie du système ganglionnaire détermine l'action spéciale de chaque organe.

Chaque ganglion nerveux est un centre indépendant du système cérébro-spinal, où aboutissent des rameaux centripètes sensitifs, et d'où partent des rameaux centrifuges excito-moteurs. De là vient que la sensation ganglionnaire ne se propage pas jusqu'au centre nerveux, et n'est point perçue pour la conscience, ou ne s'y propage que lorsque l'inflammation du ganglion ou une irritation vive et prolongée a fait participer à la sensation le rameau cérébro-spinal, qui vient y plonger.

La dispersion de l'action nerveuse ganglionnaire dans toute l'économie s'opère à l'aide des petits ganglions, distribués partout sur le trajet des branches de ce système. Ganglions dont l'auteur avait prédit l'existence il y a 30 ans, et qui, depuis, ont été découverts par Remak.

L'intervention ganglionnaire se retrouve dans toutes les fonctions de la première et de la deuxième classe, et l'auteur s'est efforcé de lui restituer la part d'action que la plupart des physiologistes modernes lui refusent, pour l'attribuer aux actions chimiques. C'est ainsi que, mécontent de toutes les explications qui ont été données de phénomènes chimiques de la respiration, et trouvant partout des contradictions, il y a substitué la théorie *chimico-vitale* suivante :

Une mucosité est sécrétée à la surface des parois vésiculaires du poumon. Cette mucosité s'oxigène au contact de l'air; elle est ensuite aspirée et absorbée par la paroi vésiculaire, la traverse et passe dans le sang, où elle porte l'oxygène dont elle est chargée. Quant à la formation d'acide carbonique, c'est une *élaboration sécrétoire* qui s'opère dans le poumon comme dans l'estomac, dans les intestins ou à la peau. La mucosité, l'oxygène, l'eau exhalée, l'acide carbonique, éprouvent assurément certaines modifications vitales dans leur passage à travers la paroi vésiculaire. Toutefois on ignore en quoi ces modifications consistent. Il paraît bien probable aussi que ces divers produits ont chacun des canaux particuliers, qui leur servent à traverser cette paroi, mais ces canaux n'ont jamais pu être vus.

Pousser plus loin l'analyse de cet ouvrage nous entraînerait au delà des limites où nous devons nous enfermer ici. Qu'il nous suffise donc d'en avoir indiqué l'esprit et les tendances, et d'avoir fait connaître le but que l'auteur s'est proposé en l'écrivant.

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 Février 1856. — Présidence de M. Bussy.

Correspondance.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Un rapport de M. le docteur Garteron, de Rouilly, sur une épidémie de fièvre typhoïde.

2° Un rapport du préfet des Deux-Sèvres, contenant le tableau récapitulatif des communes de ce département envahies par le choléra et la fièvre typhoïde pendant l'année 1855.

3° Un rapport de M. le docteur Carel, de Napoléonville, sur une épidémie de variole dans la commune de Faouët.

4° Un rapport de M. le docteur Fouquet, sur deux épidémies de coqueluche et de dysenterie dans l'arrondissement de Vannes.

5° Un rapport de M. le docteur Huilhard-Darcy, sur une épidémie de dysenterie dans différentes communes de l'arrondissement de Clamecy.

6° Le tableau des épidémies observées dans le département de la Haute-Vienne, en 1855. (Com. des épidémies.)

7° Un rapport de M. le docteur Privat, sur le service médical des eaux minérales de Malon-le-Bas (Hérault), en 1854. (Comm. des eaux minérales.)

8° Un rapport du même médecin sur une épidémie de suette et de choléra. (Comm. du choléra.)

La correspondance non officielle comprend :

Une communication de M. Dietrich, pharmacien à Paris, sur un nouveau mode de plombage des dents avec le mastic odonto-plastique. (Comm. Malgaigne, Oudet.)

— M. le docteur Herpin (de Genève) adresse un pli cacheté contenant l'indication sommaire d'un progrès nouveau dans le traitement de l'épilepsie.

— M. Apostolidès transmet une note sur le traitement de l'ophthalmie par l'occlusion.

— M. le docteur Cambay, médecin en chef de l'hôpital militaire de Péra, à Constantinople, soumet à l'examen de l'Académie une note sur l'efficacité du sulfate de quinine dans les cas de typhus comateux.

— M. le docteur Herpin (de Genève) demande l'ouverture du pli cacheté, déposé depuis un an, lequel avait pour but de lui réserver la priorité de l'emploi médical du lactate de zinc.

M. Bussy, président, annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte dans la personne de M. Bonastre, membre de la section de thérapeutique et de matière médicale.

Il ajoute que la mort de M. Bonastre ouvre une sixième vacance dans le sein de l'Académie, qui se trouve ainsi réduite à 94 membres. En conséquence, le bureau proposera, d'ici à quelque temps, l'élection d'une commission de onze membres, chargée de désigner les sections où les vacances devront être déclarées.

M. Bussy annonce aussi, qu'en vue d'activer un peu les remplacemens qui doivent avoir lieu dans la section de pharmacie et dans celle de chimie et de physique médicale, le bureau a modifié l'ordre du jour et ajourné à la prochaine séance la discusssion sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion.

L'Académie entendra, en conséquence, un rapport de M. Gaultier de Claubry sur un mémoire de M. Langlois, une lecture de M. Robiquet et une lecture de M. Regnauld.

A quatre heures, l'Académie se formera en comité secret pour entendre le rapport de M. Robinet, relatif aux présentations à faire pour une place de membre titulaire dans la section de pharmacie.

Du rôle de l'acide carbonique en présence des alcalis végétaux.

M. Gaultier de Claubry lit, au nom d'une commission composée de MM. Boullay, Michel Lévy et Gaultier de Claubry, un rapport sur un mémoire de M. Langlois, ayant pour titre : *Du rôle de l'acide carbonique en présence des alcalis végétaux.*

Les bases organiques végétales avaient été regardées, jusqu'à présent, comme impropres à s'unir à l'acide carbonique. M. Langlois avait bien prouvé, en effet, que si le produit obtenu par double décomposition faisait effervescence avec les acides, ce résultat était dû à une certaine quantité du carbonate alcalin retenu par la base précipitée. Il en résultait donc que les bases organiques ne pouvaient former de véritables combinaisons avec l'acide carbonique.

Le même chimiste démontra cependant, plus tard, qu'à la faveur de l'acide carbonique, ces bases pouvaient se dissoudre dans l'eau en proportion assez considérable, lorsqu'elles étaient hydratées.

Postérieurement, M. Langlois, étudiant avec plus de soin ce genre de réaction, vérifia ce fait important, que la quinine pouvait former un carbonate, et rien n'est plus facile que de s'assurer de la différence de nature du précipité obtenu par double décomposition d'un sel de cet alcali et du produit de l'action directe de l'acide carbonique sur la base hydratée délayée dans l'eau.

C'est en examinant à nouveau les réactions de l'acide carbonique sur les bases végétales que M. Langlois a observé les faits signalés dans le mémoire qu'il a présenté dernièrement à l'Académie.

De ses recherches, il résulte qu'aucune base organique ne fournit de carbonate par double décomposition; la solubilité des deux seuls carbonates qui puissent se former, ceux de quinine et de vératrine, dont il a bien prouvé la nature, en rend facilement compte. Les bases organiques se dissolvent facilement dans l'acide carbonique et l'abandonnent par la simple exposition de la liqueur à l'air.

Toutes les bases végétales se dissolvant facilement dans l'eau, à la faveur de l'acide carbonique, la cinchonine exceptée, l'insolubilité de cette base présente un nouveau caractère distinctif entre elles et la quinine.

Le lavage de l'hydrate que l'on veut traiter par l'acide carbonique, doit être fait avec un très grand soin, pour enlever les dernières traces du sulfate d'ammoniaque qui, au contact de la base dissoute par l'acide carbonique, reproduit du sulfate.

Le *carbonate de quinine*, que M. Langlois a étudié plus particulièrement, fournit des cristaux dont la forme n'a pas été déterminée; transparens à l'état d'hydrate, devenant opaques par efflorescence; l'eau et l'alcool les dissolvent facilement; ils sont insolubles dans l'éther; à une température de 110°, ils perdent complétement leur acide et laissent la base fondue.

M. Langlois pense que ce sel pourra être utilisé en médecine, et que la facile solubilité de la quinine dans l'eau chargée d'acide carbonique rendra plus facile l'administration de cet alcali qui, à l'état de sulfate, ne se dissout qu'en faible quantité. L'excès d'acide, qu'on a coutume d'ajouter pour faciliter la dissolution du sulfate de quinine, peut n'être pas sans inconvéniens, et cette addition n'est plus justifiée depuis que M. Guérard a fait voir que ce sel, délayé seulement dans une faible quantité d'eau, se dissout complétement dans le suc gastrique.

La thérapeutique devra décider si le carbonate de quinine, qui perd si facilement son acide carbonique, se dissout aussi bien dans le suc gastrique que le sulfate de quinine lui-même, et c'est seulement alors qu'on pourra proposer la substitution de ce nouvel sel au sulfate de quinine.

M. Langlois indique, en passant, une très importante question chimique, à la solution de laquelle l'existence bien constatée du carbonate de quinine pourrait servir, savoir : quel est l'équivalent de cet alcali, s'il était bien prouvé que ce sel fût un carbonate neutre ?

Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de déduire l'équivalent de la quinine de la composition des sulfates de quinine; en effet, Berzélius et Liebig admettent que le sulfate de quinine des pharmacies est un sel basique, tandis que M. Regnauld le considère comme un sel neutre, et fait un sel acide du sulfate cristallisable en prismes et très soluble.

L'étude du carbonate de quinine peut apporter à la solution de cette question des élémens utiles.

Conclusions : Accorder au mémoire de M. Langlois l'approbation de l'Académie; le renvoyer au comité de publication.

Ces conclusions sont adoptées.

De l'aloétine, principe cristallisable du suc d'aloès.

M. Er. Robiquet donne lecture de l'exposé de ses recherches sur l'aloétine, principe cristallisable du suc d'aloès.

Il y a une dixaine d'années, dit M. Robiquet, j'ai publié un premier travail sur l'aloès, et j'étais arrivé, entre autres résultats, à prouver que :

1° Ce suc existe dans les diverses variétés d'aloès à l'état de liquide incolore acquérant, à la suite d'une absorption d'oxygène, l'aspect et la constitution chimique que nous lui connaissons.

2° L'aloès succotrin contient un principe immédiat auquel j'ai donné le nom d'aloétine, uniquement formé de carbone, d'hydrogène, et d'oxygène, mais qu'il m'avait été impossible de faire cristalliser.

En 1851, MM. Smith, d'Édimbourg, parvinrent à retirer l'aloétine de l'aloès-barbade et à la faire cristalliser.

J'explique, dans mon mémoire, pourquoi les aloès-barbade, hépatique, etc., etc. (tous ceux enfin qui sont opaques, à cassure cireuse, et ont été préparés à froid), peuvent donner de l'aloétine cristallisée, tandis que, pour les aloès translucides et vitreux comme l'aloès succotrin, l'aloès du Cap, etc., n'en donnent jamais une trace.

Je donne une méthode très simple pour préparer l'aloétine pure, et je signale ses propriétés caractéristiques.

Il résulte de mes expériences que l'aloétine parfaitement pure est un purgatif tout à fait nul ou fort douteux. Il en est de même de la mannite par rapport à la manne.

Pour rendre à l'aloétine sa vertu purgative, il faut qu'elle soit altérée par l'air et la chaleur.

Si l'altération est peu profonde, comme dans l'aloès-barbade, l'action purgative n'est accompagnée d'aucune douleur intestinale.

Si l'altération est complète, l'action purgative est exaltée, et on ressent, pendant qu'elle s'exerce, des douleurs plus ou moins vives.

J'ai pesé 2 grammes d'aloétine pure et j'en ai pris immédiatement 1 gramme sans être aucunement purgé. Huit jours après, j'ai pris le second gramme, que j'avais eu de soin d'exposer à l'action de l'air et de la chaleur, jusqu'à ce qu'il soit complétement résinifié. L'action purgative ne s'est pas fait longtemps attendre, et ne s'est arrêtée qu'après l'épuisement complet du canal digestif.

J'espère que l'aloétine pure mêlée au fer, réduit par l'hydrogène, deviendra un précieux fébrifuge.

Applications chirurgicales des phénomènes thermiques de la pile.

M. le docteur Regnauld donne lecture d'un mémoire relatif aux applications chirurgicales des phénomènes thermiques de la pile.

Depuis quelques années, les applications de la chaleur due au passage de l'électricité à travers les conducteurs métalliques résistans, ont attiré l'attention des chirurgiens, et plusieurs tentatives ont été faites pour substituer des fils de platine incandescents au cautère actuel. Dès 1851, M. Regnauld a proposé et exécuté un nouvel instrument de ce genre, et plusieurs essais généralement heureux ont été faits pour la première fois à Paris, par M. le professeur Nélaton, dans son service de l'hôpital des Cliniques.

Le but que les chirurgiens veulent atteindre, quand ils choisissent le cautère actuel de préférence aux caustiques potentiels et chimiques, est parfaitement net et défini; il s'agit non seulement de désorganiser, mais encore de détruire par une véritable ustion ou carbonisation, certaines parties plus ou moins volumineuses, avec lesquelles un instrument incandescent de forme convenable est mis en contact. La destruction des tissus morbides ou normaux doit être complète et rapide; son principal mérite résulte, selon toute probabilité, d'après M. Regnauld, de la limitation exacte des escharres produites, de l'absence d'hémorrhagies pendant l'application, et de la répulsion qu'inspire, à juste titre, l'emploi d'agens chimiques, dont l'absorption peut avoir de graves inconvéniens, et même offrir de sérieux dangers.

Dans un mémoire présenté à l'Institut en 1855, M. Regnauld a insisté sur quelques avantages du cautère électrique; aujourd'hui il signale les conditions auxquelles il ne peut satisfaire, et les circonstances où son usage paraît offrir des difficultés presque insurmontables. Ces résultats sont déduits d'expériences en parfaite conformité avec les lois du développement de la chaleur dans les circuits voltaïques, dont la découverte récente est due à M. Toule, savant physicien anglais.

M. Regnauld s'occupe d'abord de l'influence de la masse incandescente et de la nature du métal employé sur la cautérisation. Pour produire des phénomènes calorifiques puissans, au moyen d'un appareil voltaïque, il ne faut donner au circuit une résistance considérable qu'entre des points assez rapprochés, car l'intensité de la pile diminue avec l'augmentation des résistances dans le conducteur interpolaire.

Le diamètre des fils de platine ne doit pas dépasser une faible limite (0 millim. 50 à 0 millim. 75 au plus,) sur une longueur de 6 à 8 centimètres. On n'arriverait à rougir au blanc un fil métallique d'une plus grande section ou d'une plus grande longueur qu'à la condition d'employer des piles d'une puissance hors de toutes proportions avec le but qu'on se propose d'atteindre. La faible masse que les conditions de production des phénomènes thermiques assignent au platine incandescent, est une raison pour rejeter l'emploi du cautère électrique, toutes les fois que l'on veut détruire des tissus volumineux. Dans ces circonstances, en effet, il est nécessaire, indispensable, non seulement d'avoir un cautère porté à une haute température, mais encore un poids de matière incandescente, suffisant pour détruire des parties gorgées de liquides, qui, dans l'opération, vont s'échauffer, se réduire en vapeur et absorber beaucoup de calorique, sans que l'ustion ou la carbonisation se produise. Le défaut de masse du platine relativement à son poids et la chaleur spécifique de ce métal, paraissent à M. Regnauld un obstacle insurmontable à la substitution proposée du cautère électrique aux cautères rougis à blanc par le feu, avec les formes et la masse que l'usage leur a assignés.

On a dit, il est vrai, que le fil de platine du cautère électrique, traversé sans cesse par un courant, compense par la continuité de son action ce qu'il perd sous les deux rapports sus-mentionnés. Les expériences de M. Regnauld et les lois des phénomènes thermo-voltaïques démontrent qu'il n'en est point précisément ainsi. Le contact de tissus baignés de liquides refroidit le stylet d'une manière continue et l'empêche d'arriver à la haute température qu'il avait dans l'air. Par le seul fait de ce refroidissement, la résistance au passage de l'électricité dans cette partie de circuit diminue, et l'on sait que l'élévation de température est en raison inverse du pouvoir conducteur. L'augmentation de la quantité d'électricité produite dans le même temps est très faible à cause du rapport très petit de la résistance du fil de platine aux résistances totales du système. M. Regnauld conclut de ses observations sur ce sujet que, si l'on emploie le cautère électrique avec une pile assez intense pour faire rougir à blanc le platine dans l'air, c'est par des applications successives du stylet rougi hors des points attaqués que l'on aura la certitude d'arriver au résultat qu'on se propose; sans cela, on prendra souvent l'apparence pour le fait.

Il n'y a certainement pas impossibilité à faire rougir à blanc un fil de platine au sein de tissus gorgés d'humeur, mais on se trouve en présence d'un ensemble de difficultés qui, dans la pratique, méritent d'être prises en sérieuse considération. M. Regnauld appuie cette opinion sur le résultat de quelques expériences faites sur le cadavre, où pourtant les conditions sont beaucoup moins défavorables que sur l'homme vivant. Que l'on veuille, par exemple, cautériser dans toute sa longueur un trajet fistuleux à deux orifices; si la pile ne fournit pas une très grande proportion de fluide électrique, le fil ne rougira pas dans l'épaisseur des tissus, il les chauffera plus ou moins fortement, mais sans produire une véritable ustion. Si, au contraire, la pile est très puissante ou le fil très fin, on aura toutes les chances possibles de le fondre. Quelquefois cette fusion s'opère au sein même des tissus, parce que la constitution des liquides à l'état sphéroïdal par le platine incandescent arrête la soustraction du calorique, et que le fil ne résiste pas à la trop forte proportion d'électricité qui le traverse. Le plus souvent, c'est à l'un des orifices que le phénomène a lieu; en voici la raison : quelle que soit l'intensité du courant, la portion du fil plongée dans les tissus leur cède de la chaleur, sa résistance diminue et l'intensité du courant augmente. Si, dans ces circonstances, la plus faible longueur du fil de platine sort à ras de la peau, elle fond presque instantanément. On évite cet accident en ne cautérisant pas le trajet fistuleux dans toute sa longueur, ce qui arrive presque constamment, malgré les apparences contraires, ainsi que M. Regnauld l'a constaté par des dissections minutieuses.

M. Regnauld résume son travail en concluant de ses recherches :

1° Que les avantages de ce genre d'appareils résultent de leur faible masse qui permet de les porter aux plus hautes températures sans avoir à redouter les effets du rayonnement sur les parties voisines de celles que l'on veut détruire;

2° Que cette qualité même du cautère électrique le rend impropre à la destruction de tissus volumineux, cas où le cautère actuel reste seul efficace;

3° Que cet instrument a une véritable supériorité sur les autres moyens pour les cautérisations exercées sur des surfaces peu étendues, situées dans le voisinage d'organes délicats ou dans la profondeur de quelques cavités naturelles;

4° Que le mode le plus sûr d'application consiste à répéter successivement les contacts du stylet incandescent et de la partie sur laquelle on opère;

5° Quant aux opérations où le fil de platine doit rester plongé dans les tissus (cautérisation de longs trajets fistuleux; excision et ablation de tumeurs volumineuses), sans nier absolument leur possibilité, j'ai déduit de mes expériences que l'opérateur se trouve entre deux écueils, ou de fondre le fil métallique, ou de ne pas le porter à la température nécessaire pour produire une vraie cautérisation.

M. Regnauld se propose de communiquer prochainement à l'Académie le résultat des recherches qu'il a entreprises de concert avec M. Broca sur la galvano-puncture, et dont les résultats se rattachent très naturellement à ceux qui viennent d'être exposés. (Com. MM. Velpeau, Guérard et Soubeiran.)

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 12 Décembre 1855. — Présidence de M. Rostan.

Sommaire. — Communications *sur la leucocythémie*. Discussion : MM. Barth, Hervez de Chégoin, Barthez (François), Barthez (Ernest), Béhier, Woillez, Cahen, Becquerel, Bourdon, Lasègue, Legroux, Trousseau, Vigla.

M. Vigla communique en son nom et en celui de M. Vidal, qui prépare un travail sur ce sujet, le sommaire de *trois* observations relatives à une maladie peu étudiée en France, et décrite en Allemagne et en Angleterre sous les noms de leukaëmie (Virchow) et leucocythemie (Bennett).

L'attention a été appelée en France sur cet état morbide par plusieurs faits de ce genre communiqués à la Société de biologie (Bennett, 1851; Leudet, 1852, et Charcot, 1853). M. Leudet, dans le cours de sa communication, a signalé un exemple bien constaté observé par M. Barth en 1839, et dans lequel les observations nécroscopiques de ce dernier et les recherches microscopiques faites sur le sang par M. Donné, établissent d'une manière irrécusable les caractères aujourd'hui bien connus de cette affection.

M. Vigla se demande, en présence de ces trois faits observés par lui dans l'espace de deux années, si cette maladie n'est pas plus commune que semble le faire croire le petit nombre de faits publiés en France. Il est disposé à croire que cette maladie doit être souvent méconnue ou passer inaperçue, et il en verrait presque une preuve dans une circonstance récente. Il existe des analogies au moins très nombreuses, sinon une identité de nature dans le fait communiqué à l'Académie de médecine, dans la séance du 16 octobre, fait qui reste douteux par le défaut d'examen microscopique.

Les traits principaux de cette maladie peuvent se résumer dans les caractères suivans :

1° Augmentation considérable du volume de la rate et souvent du foie, et celle aussi, constatée par d'autres auteurs, des ganglions lymphatiques des diverses régions et surtout de l'abdomen.

2° Une altération constante du sang, consistant principalement dans une augmentation du nombre des globules blancs du sang qui peut égaler et même surpasser celui des globules rouges.

3° Un état d'anémie très prononcé, un amaigrissement progressif, une sorte de cachexie spéciale.

4° Des sueurs abondantes, surtout pendant la nuit, quelquefois accompagnées de frissons, de chaleur, en un mot, de mouvemens fébriles irréguliers ou pseudo-intermittens.

5° Urines peu abondantes, souvent sédimenteuses, chargées d'urates.

6° Anasarque ou œdème partiel, quelquefois douloureux.

7° Tendance aux hémorrhagies à la surface des membranes muqueuses, dans le tissu cellulaire, ou dans le parenchyme des organes.

8° Disposition aux inflammations furonculeuses ou phlegmoneuses et même, dans un des cas qui seront cités plus bas, parotide suppurée.

9° Oppression inexplicable, au moins dans son intensité, par l'état des poumons, du cœur et des gros vaisseaux, s'accompagnant ordinairement de toux sèche.

Affaiblissement ou raucité de la voix.

10° Augmentation de la soif, conservation de l'appétit à une époque même avancée de la maladie.

Au début, alternatives de constipation et de diarrhée. Diarrhée rebelle dans la période ultime.

11° Terminaison constante de cette maladie par la mort.

Marche chronique, durée variable de quelques mois à quelques années.

12° Parenté, rapports de cette affection avec l'intoxication paludéenne dont une observation attentive du plus grand nombre des faits connus ne confirme pas l'identité de nature.

Ressemblance également très marquée des symptômes généraux et de quelques symptômes locaux de cette maladie avec la phthisie pulmonaire, dont elle se distingue par l'absence des caractères propres à cette dernière.

13° L'ordre de développement des altérations et des symptômes est le suivant :

a. Développement de la rate sans influence paludéenne nécessaire, précédant quelquefois de long temps les autres symptômes.

b. Anémie, prédominance des globules blancs, symptômes de cachexie avec mouvemens fébriles irréguliers, sueurs, dyspnée et hémorrhagie.

c. Terminaison fatale par la diarrhée, quelquefois hâtée par la complication d'hémorrhagies excessives, de parotides, ou autres phénomènes graves.

14° La nature de cette maladie paraît consister dans une altération du sang, consécutive à une lésion de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques.

15° Les divers traitemens, et, en première ligne, le sulfate de quinine, donné jusqu'à profusion, n'ont apporté aucune amélioration dans l'état des malades.

Résumé de trois observations relatives à cette maladie :

Obs. I. — Homme âgé de 45 ans, arquebusier, entré à la Maison municipale de santé, le 18 juin 1853; mort le 7 juillet suivant. — Il habite Paris depuis longtemps; n'a jamais été soumis à l'influence paludéenne; n'a jamais eu de fièvre intermittente; malade depuis dix-huit mois.

Au début : accès de fièvre irréguliers, survenant tous les deux ou trois jours, vers le soir, rebelles au sulfate de quinine, avec pesanteur et point douloureux dans les deux flancs. — Plus tard, douleur dans les genoux, sans gonflement; puis œdème des jambes vers le seizième mois; ascite; toux vers le dix-septième mois.

Depuis le début, anémie et amaigrissement progressifs. Transpiration abondante, surtout la nuit. Jamais d'hémoptysie; oppression et palpitations. Constipation habituelle; six semaines avant l'entrée, diarrhée sanguinolente pendant quelques jours.

État actuel. — Rate énorme; douleur à la palpation et à la percussion de cette région.

Foie non volumineux.

Poumons sains.

Bruit de souffle anémique au cœur et dans les carotides.

Fièvre erratique, avec frissons et sueurs très abondantes.

Le 25 juin. Hémorrhagie intestinale abondante, avec matières fécales, solides le premier jour, en diarrhée le second; caractères alternativement muqueux et dysentérique de celles-ci.

Mort le 7 juillet, par l'épuisement fébrile et diarrhéique.

Obs. II. — Homme de 59 ans, ancien marchand de vins. Excès alcooliques antérieurs; absence de ceux-ci plus de dix ans avant l'invasion de la maladie. Rhumatisme articulaire aigu il y a vingt ans. Jamais de fièvres intermittentes.

La maladie a duré environ quinze mois.

Au début : ascite, anasarque, anémie; rate volumineuse; pas d'affection du cœur; pas d'hypertrophie du foie; pas de signes de cirrhose.

Depuis lors, étouffemens; anémie violacée, affaiblissement, amaigrissement; sueurs, mouvemens fébriles irréguliers. Disposition à la diarrhée, quelquefois sanguinolente. Soif augmentée. Amélioration sous l'influence des toniques et des ferrugineux.

Dans les derniers temps, réapparition de l'œdème.

Quinze jours avant la mort : diarrhée abondante, avec hémorrhagies intestinales; fièvre vive.

Trente-six heures avant la mort, développement d'une parotide à gauche.

Obs. III. — Homme âgé de 30 ans, marchand de vins, entré à la Maison municipale de santé le 29 septembre 1855. Mort le 21 octobre suivant.

Habite Paris depuis quinze ans; n'a jamais eu de fièvre intermittente.

Malade depuis neuf mois.

Au début (janvier et février), toux et oppression; douleur dans le côté gauche; céphalalgie frontale; amaigrissement.

Mars. Mêmes symptômes, et de plus, fièvre avec frissons irréguliers. Sueurs nocturnes très abondantes.

Pendant le mois de mai, il s'aperçut d'une tumeur dure dans le côté gauche. Constipation. Amaigrissemen de 52 livres du mois de janvier à la fin d'août. Appétit diminué. Faiblesse très grande. Douleur articulaire coxo-fémorale gauche, suivie d'une douleur très vive dans le flanc gauche, qui cède à une application de sangsues.

Septembre. Vomissemens bilieux; épistaxis; étourdissemens; bourdonnemens d'oreilles; palpitations; un peu d'œdème des pieds.

État à l'entrée. — Anémie au plus haut degré. Tumeur splénique énorme, donnant une matité de 32 centimètres de hauteur sur 17 centimètres de largeur. Foie volumineux, débordant les fausses côtes de trois travers de doigt (18 centimètres de hauteur).

Absence de signes de maladie du cœur.

Fièvre; accès pseudo-intermittens; sueurs profuses la nuit; urines jumenteuses, acides, sans albumine ni sucre; constipation.

Quelques gouttes du sang examinées au microscope par M. le docteur Charcot, renferment un nombre de globules blancs presque égal à celui des globules rouges.

Râles de bronchite ou d'œdème.

Le 6 octobre. Gonflement douloureux du mollet gauche, sans oblitération veineuse. Rien de semblable à droite; cet accident dure cinq jours.

Le sulfate de quinine, porté jusqu'à 2 grammes 40 centig. par jour, n'amena aucune amélioration.

Le 15 octobre. Épistaxis fréquentes. Éruption furonculeuse aux fesses.

16. Diarrhée abondante. Épistaxis. Fièvre avec frisson.

17. Oppression énorme. Angoisse épigastrique. Douleur consécutive sous l'aisselle. Tumeur sanguine énorme sous le pectoral et l'omoplate. Ponctionnée deux fois, elle se reproduit immédiatement. Il en sort un sang rouge-brique trouble, contenant des grumeaux blancs. Escharre du furoncle de la fesse droite.

Le 21 octobre. Mort dans une syncope.

— M. Barth communique l'observation suivante, qu'il considère comme semblable à celles de M. Vigla :

Altération du sang remarquable par la prédominance des globules blancs ou muqueux; — hypertrophie considérable de la rate.

Marie Charbot, âgée de 44 ans, journalière, d'une constitution moyenne, d'un embonpoint médiocre, ayant les cheveux rouges, la face pâle, maculée de taches de rousseur, entre à l'Hôtel-Dieu (service de M. Chomel, salle St-Augustin, n° 14) le 26 juin 1839.

La malade arrive de la Fère-Champenoise, son pays natal; elle rapporte qu'elle est accouchée il y a dix-sept mois d'un enfant mort; qu'à la suite de cette couche, elle a eu un engorgement du sein, dont la disparition avait été suivie du développement d'une tumeur dans le ventre; que ses règles ont cessé de paraître il y a un an; que depuis six semaines elle avait perdu l'ouïe, et qu'elle venait à Paris pour se faire traiter de sa tumeur et de sa surdité. Cette dernière infirmité rend l'interrogatoire à peu près impossible; et, malgré tous nos efforts, nous ne parvenons pas à déterminer que la malade ait eu des fièvres intermittentes.

A son entrée à la clinique de l'Hôtel-Dieu, il n'y a ni chaleur, ni accélération du pouls.

En explorant l'abdomen, on constate dans le côté gauche de cette cavité la présence d'une tumeur volumineuse s'élevant par son extrémité supérieure sous l'hypochondre gauche, plongeant par son extrémité inférieure jusqu'à l'arcade pubienne, et s'étendant par son bord interne jusque près de la ligne blanche. Ce bord est facile à circonscrire par la palpation, et présente, un peu plus bas que le niveau de l'ombilic, une scissure manifeste.

Le reste de la surface, accessible au palper, est uni, d'une consistance ferme et mate à la percussion.

Les urines, examinées dans un verre, présentent, au fond du vase, un dépôt blanchâtre, au-dessus duquel flotte un nuage de mucus.

On ne constate aucun autre phénomène morbide apparent.

On prescrit de l'orge miellée pour boisson, dix grains d'extrait de saponaire, des fumigations de sureau dans les oreilles, des frictions sur le ventre avec une pommade d'hydriodate de potasse, et la demi-portion d'alimens (ce qui correspond à deux portions actuelles).

L'état de la malade reste stationnaire pendant quelques jours.

Dans la nuit du 3 au 4 juillet, il survient des coliques avec dévoiement; on applique dix sangsues à l'anus.

Le 5, les coliques redoublent d'intensité, accompagnées d'évacuations nombreuses de matières liquides mêlées de mucosités sanglantes.

On prescrit de l'eau de riz édulcorée avec le sirop de gomme, une potion gommeuse avec un grain d'extrait thébaïque, des demi-lavemens de lin et de pavot, et des panades pour tout aliment.

Ces moyens restent sans succès; en vain l'on double la dose d'extrait thébaïque, en y associant deux demi-lavemens laudanisés par jour; les évacuations continuent, toujours fréquentes, accompagnées de douleurs abdominales, contenant des glaires partiellement teintes de sang.

Bientôt les forces fléchissent, les traits s'altèrent, la peau devient chaude, le pouls s'accélère et la malade succombe le 14 juillet, à dix heures du matin.

Autopsie faite le lendemain, 15 juillet, vingt-trois heures après la mort, par une température de 20 à 24° centigrades.

Poitrine. — Le *péricarde* contient environ 2 onces de sérosité citrine, transparente.

Le *cœur* distendu par des caillots a 3 pouces 3/4 de hauteur de sa pointe jusqu'à l'origine de l'aorte et 4 pouces de largeur à sa base. Les parois ont leur épaisseur ordinaire; ses orifices sont libres et les valvules souples.

Les *cavités du cœur et les gros vaisseaux* qui en naissent, renferment des caillots brunâtres, lie de vin, ayant par leur aspect beaucoup d'analogie avec du chocolat peu foncé en couleur. Cet aspect résulte d'un fond rouge brun parsemé d'une infinité de petits points jaunâtres, et, çà et là, leur surface est revêtue d'une couche mince de matière jaune-grise, molle, adhérente sous forme de couche membraneuse. Les caillots se détachent facilement des parois vasculaires; ils sont fragiles, cassans, et plusieurs s'échappent spontanément des gros vaisseaux au moment où on les coupe.

Les *plèvres* contiennent chacune quelques onces de sérosité citrine et limpide à droite, un peu plus abondante et légèrement floconneuse à gauche.

Les *poumons*, grisâtres et rosés en avant, présentent çà et là, le long de leur bord postérieur, un peu de pneumonie infiltrée, œdémateuse, et de petits noyaux, rouges, grenus et friables.

L'*artère pulmonaire et ses deux branches* contiennent des caillots lie de vin qu'on retrouve dans les deux poumons, jusque dans les extrémités vasculaires; on les retrouve de même dans les divisions des veines pulmonaires; et ils présentent une disposition d'apparence puriforme plus prononcée dans les petites ramifications que dans les grandes.

Les *bronches*, la *trachée-artère* et le *larynx* sont sains.

Le *pharynx* et l'*œsophage* ne présentent rien d'anormal.

Abdomen. — En ouvrant le ventre, on voit saillir le paquet des intestins distendus par des gaz, et le colon descendant est refoulé jusqu'à la ligne médiane par la rate qui occupe la plus grande partie de la moitié gauche de la cavité abdominale.

L'*estomac* contient quelques matières muqueuses, sa surface interne

est grisâtre, sa membrane interne d'une épaisseur moyenne et d'une consistance à peu près normale.

L'intestin grêle contient quelques matières jaunâtres, glaireuses; sa surface interne, jaunâtre dans sa partie supérieure, est rosée vers sa partie inférieure ; dans les cinq ou six derniers pouces, sa membrane muqueuse est rouge et notablement ramollie. Les plaques de Peyer sont à peine visibles; les follicules isolés ne sont pas apparens. Les ganglions mésentériques sont d'un volume moyen, sans altération évidente. Tous les vaisseaux mésentériques contiennent des caillots lie de vin comme ceux que nous avons décrits plus haut.

Le *gros intestin* est grisâtre à l'intérieur ; il présente une injection vasculaire qui augmente à mesure qu'on avance dans le colon descendant; la membrane muqueuse, peu consistante partout, est très ramollie dans la courbure iliaque, et l'on y distingue un grand nombre de petites ulcérations superficielles. Toutes ces lésions vont en augmentant vers l'anus ; et dans le rectum même, la pression fait suinter des cryptes muqueux une matière puriforme, et l'orifice d'un certain nombre de ces follicules est élargi et ulcéré.

La *rate* s'étend depuis le niveau de la 6me côte jôsqu'au pubis, et mesure 12 pouces (32 centimètres 1/2) de hauteur; 7 pouces (19 centimètres) de largeur, et 3 pouces (8 centimètres) dans sa plus grande épaisseur; elle pèse 6 livres moins une once. A l'union de son tiers supérieur avec le tiers moyen, elle présente une scissure assez profonde qui s'étend sur sa face convexe de l'un à l'autre bord; son bord antérieur présente, en outre, une échancrure d'un pouce et demi de profondeur à l'union environ de son tiers moyen avec le tiers inférieur. Son enveloppe, assez fine en comparaison de son volume, est cependant un peu plus épaisse que celle d'une rate saine. Sa couleur est d'un rouge violacé à l'intérieur; sa consistance est ferme; son tissu, d'un rouge brun, est dense, compacte, comme carnifié; on n'y retrouve plus la trame celluleuse, aréolaire, de l'état normal ; on n'en fait rien sortir par la pression ni par les lavages les plus forts, et l'on ne peut la réduire à une trame comme les rates ordinaires. La veine splénique y pénètre par trois grosses branches, et ces vaisseaux contiennent des caillots de sang grumeleux, lie-de-vin, comme ceux que nous avons déjà décrits; leurs parois n'offrent rien d'anormal. L'artère splénique ne présente rien de remarquable.

Le *foie* est également très volumineux, et descend à droite jusque dans la fosse iliaque ; il a 9 pouces 1/2 transversalement (24 centimètres), 9 pouces en bas et 3 pouces d'épaisseur.

Il a sa couleur habituelle à sa surface, et dans l'intérieur, il est un peu flasque, mais son tissu a sa fermeté et sa structure ordinaires. Les divisions de la veine porte contiennent, de même que la veine splenique, un liquide lie-de-vin et quelques caillots grumeleux.

La vésicule biliaire renferme une centaine de calculs jaunâtres à facettes de diverses grandeurs; et les fibres musculaires de ses parois sont apparentes sous sa membre interne.

Le *pancréas* est sain.

Les *reins*, d'un volume moyen, ont leur couleur, leur fermeté et leur structure habituelles. Les bassinets et les uretères sont sains.

La *vessie* est blanche à l'intérieur, saine.

La *matrice* ne présente rien de remarquable ; les ovaires sont fermes et durs.

TÊTE. — Pas de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Les veines qui rampent à la surface du cerveau sont gorgées de petits caillots grumeleux, semi-purulens. Peu d'infiltration dans le tissu cellulaire sous-séreux; la substance grise a une teinte un peu rougeâtre ; la blanche est un peu sablée; toutes deux présentent partout leur consistance habituelle. Les ventricules latéraux contiennent chacun une cuillerée à café de sérosité. Les sinus de la base du crâne sont remplis de sang lie-de-vin grumeleux.

Une partie du sang recueilli sur le cadavre ayant été adressé, le même jour, à M. Donné, voici la lettre que cet habile observateur nous adressa le 17 juillet :

« Le sang que vous m'avez adressé, mon cher confrère, offre une » altération remarquable et des plus manifestes quoique recueilli dans » des circonstances défavorables, c'est-à-dire sur un cadavre. Il contient » plus de moitié de globules muqueux; ceci demande peut-être quelque » explication.

» Vous savez que l'on trouve dans le sang normal trois espèces de » globules: 1° les globules rouges ou sanguins proprement dits constituant essentiellement l'élément globulaire du sang ; 2° les globules » blancs ou muqueux que je regarde comme étant sécrétés par les » parois vasculaires; 3° enfin, les petits globules de chyle. Eh bien, » c'est la seconde espèce de globules qui domine à tel point, dans le » sang que vous m'avez envoyé, qu'il y aurait lieu de douter, ne connaissant pas l'observation, si ce sang ne contient pas de pus; car » vous savez que malheureusement le globule purulent ne se distingue » pas encore à des caractères certains du globule de mucus. Mais le » fait est que les globules muqueux de ce sang, indépendamment de » leur nombre, se comportent avec l'ammoniaque comme s'il y avait du » pus. »

En résumé, une femme de 44 ans arrive à Paris dans un état de cachexie qui paraît dater d'au moins un an, et portant dans le ventre une grosse tumeur que l'on reconnaît pour une rate considérablement augmentée de volume.

Prise de diarrhée avec selles sanguinolentes, elle ne tarde pas à succomber ; et à l'autopsie on trouve une rate pesant six livres, un foie très volumineux ; et tous les vaisseaux veineux remplis d'un sang grumeleux, couleur chocolat, particllement décoloré et d'aspect puriforme, dans lequel M. Donné constate une proportion énorme de globules blancs.

A ces caractères, on ne peut méconnaître dans ce fait un des exemples les plus tranchés de l'état morbide désigné sous le nom de *leukémie* ; et vu l'époque où il a été recueilli, il est un des premiers en date parmi ceux dans lesquels les élémens anatomiques de cette espèce de cachexie ont été le mieux constatés.

M. HERVEZ DE CHÉGOIN demande si l'altération du sang est bien sous la dépendance de l'hypertrophie de la rate, ou si ce n'est qu'une simple coïncidence. Il voit dans ce moment une personne de 27 à 28 ans, qui porte une rate énorme, et n'a pas d'anémie. Il voit également un individu de 60 ans, dont la rate est très volumineuse, et qui n'est pas anémique.

M. BARTHEZ (François) voit à Vichy un grand nombre de malades qui arrivent d'Afrique avec tous les symptômes décrits par M. Vigla. Les hémorrhagies, la pâleur extrême, la cachexie, on retrouve chez eux tous les mêmes accidens, et tous ont eu des accès de fièvre intermittente. M. Barthez est persuadé que les malades de M. Vigla ont eu des fièvres intermittentes, sans que l'on puisse maintenant en acquérir la certitude. Quant aux altérations du sang, aux hémorrhagiès, à la cachexie profonde dans laquelle on trouve ces malades, tout cela dépend de l'engorgement de la rate, tout dépend du génie intermittent.

M. VIGLA : Tous les observateurs ont été frappés de la ressemblance des accidens que j'ai décrits avec la fièvre intermittente, mais sans que jamais on ait pu remonter à l'origine de ces accidens; et si l'on veut conclure d'après les lésions que présentent les malades à l'existence de l'intoxication paludéenne, il serait aussi facile de retourner la question et conclure, de ce qu'il n'y a pas eu de fièvre intermittente, à l'absence de l'intoxication paludéenne et à l'existence d'une maladie *sui generis*. Du reste, dans cette question, tout me paraît à faire, et je n'apporte que des élémens qui pourront servir à sa solution.

M. BARTHEZ (Ernest) est convaincu avoir vu quelques cas semblables chez les enfans, et M. Vigla, de son côté, en a vu aussi un cas ; la rate était énorme, et jamais il n'y avait eu de fièvre intermittente. Du reste, si la doctrine de M. Piorry est vraie, l'empoisonnement paludéen a pour premier effet de déterminer le gonflement de la rate, et il ne serait pas étonnant que l'on rencontrât la rate tuméfiée avant tout accès de fièvre. Il reste donc acquis pour moi que, entre cette maladie et la fièvre intermittente, il y a des points de contact, mais qu'il y a aussi des dissemblances.

M. BARTH, dans le fait qu'il a observé, n'a pu arriver à découvrir l'influence paludéenne sous quelque forme qu'elle ait pu se produire. Il y a, du reste, plusieurs sortes d'hypertrophie de la rate : l'hypertrophie de la fièvre typhoïde, l'hypertrophie de la fièvre intermittente, et enfin de ces hypertrophies où la rate acquiert un volume énorme, sans que l'on puisse en connaître la cause; on en a vu qui pesaient jusqu'à 25 livres. M. Barth a présenté il y a quelques mois à l'Académie de médecine une rate énorme. Le malade n'avait jamais eu de fièvres intermittentes, son teint était excellent, son embonpoint très prononcé ; il n'y avait pas d'altération appréciable du sang; on eut l'idée que probablement il existait un obstacle à la circulation splénique. A l'autopsie, on reconnut que la veine splénique était oblitérée, et l'aspect du tissu de la rate ressemblait à ces masses apoplectiques que l'on y rencontre parfois. Chez cet individu, il n'y avait pas d'altération du sang; il n'y avait pas eu d'hémorrhagie, pas de fièvres intermittentes, et il ne présentait aucune analogie avec les faits cités par M. Vigla. La science possède, du reste, un grand nombre de faits du genre de ceux de M. Vigla, dans lesquels on n'a pas pu reconnaître l'influence miasmatique.

M. BÉHIER a vu récemment une vieille femme qui portait une rate monstrueuse, elle n'avait pas de fièvre intermittente et n'en a jamais eu; elle eut des hémorrhagies, de l'ascite, un œdème énorme; il survint une diurèse abondante et elle guérit tout en conservant sa grosse rate. M. Vigla a-t-il recherché s'il n'y avait pas quelque cause héréditaire ? il aurait peut-être pu retrouver quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans ces familles dont tous les membres sont atteints d'hémorrhagies. Enfin, les anciens ont dû voir un grand nombre de ces faits, eux qui disaient que le gonflement de la rate amène les hémorrhagies.

M. VIGLA : La femme dont vient de parler M. Béhier doit être rapprochée du malade de M. Barth. Il y a, si je puis ainsi m'exprimer, la grosse rate bénigne et la grosse rate maligne. Quant à l'influence de l'hérédité, il me serait impossible de rien dire de positif. Lorsque j'ai composé mon mémoire *sur les ruptures de la rate*, j'ai lu ce que les anciens ont écrit sur la rate, et j'ai dû faire deux catégories : 1° rupture de la rate liée aux fièvres intermittentes; 2° rupture de la rate sans fièvre intermittente. On trouve souvent dans les *Éphémérides des curieux de la nature* des observations de rate rompue dans l'estomac, et déterminant des hémorrhagies mortelles. Il est bien probable qu'il n'y a pas eu de rupture, mais seulement des hémorrhagies.

(La suite prochainement.)

Le secrétaire, Dr E. MOUTARD-MARTIN.

NÉCROLOGIE.

DISCOURS PRONONCÉ SUR LA TOMBE DE M. LE DOCTEUR CH. PETIT;

Par M. le docteur FAUCONNEAU-DUFRESNE.

Messieurs, permettez-moi de prendre la parole au nom de l'amitié confraternelle. L'appréciation des titres scientifiques de M. le docteur Ch. Petit ne pourrait être faite ici d'une manière convenable, et il faudrait, d'ailleurs, moins d'émotion et plus de calme d'esprit que nous ne saurions en avoir en ce moment, pour présenter de ce sujet la plus simple esquisse.

Hier soir, Messieurs, j'attendais notre pauvre ami chez moi, à une fête de famille, lorsque le bruit de sa mort, qui circulait confidentiellement, finit par venir à mes oreilles. Je n'y pouvais pas croire ; j'avais vu dans la journée plusieurs de ses amis, et je me disais que j'aurais sans doute des premiers été informé de sa maladie. Des renseignemens circonstanciés nous ôtèrent bientôt toute illusion.

Comment supposer qu'une organisation aussi vigoureuse ait pu être brisée en si peu d'instans ? L'hiver dernier, il souffrait, il est vrai, d'une bronchite; et parfois, le voyant oppressé, pâli ou trop coloré, nous l'engagions à se soigner. Sa belle constitution, le grand air de Vichy, avaient fait disparaître ces symptômes, et nous l'avions retrouvé, cet automne, plein d'entrain, de gaîté et de santé.

Quel vide va laisser parmi nous M. le docteur Charles Petit !

Depuis longtemps, il occupait le premier rang parmi les médecins hydrologues. Dès son arrivée à Vichy, il commença la série de ces travaux, qui, chaque hiver, se résumaient en un mémoire important, et qu'il a refondus, il y a quelques années, dans un traité général. Malgré les hommes distingués qui se sont succédé aux thermes de Vichy et qui ont contribué à leur prospérité, on peut dire que notre confrère, pendant les vingt-trois ans qu'il y a présidé, y a porté le comble, en appliquant leurs sources à des maladie nouvelles, maladies graves, encore peu connues, et qu'il a contribué à élucider ; il a rendu l'établissement célèbre dans le monde entier.

Au milieu du deuil de sa famille, auprès de son beau-frère, cet illustre amiral, l'honneur de la marine et de l'administration, auprès de son neveu, dont il suivait avec tant d'anxiété les dangers sur une mer lointaine, auprès de ses amis en pleurs, l'attachement confraternel deviendrait un égoïsme déplacé si nous insistions trop sur notre douleur. Qu'ils nous laissent toutefois, un seul moment, nous mêler à leur affliction et retracer en quelques mots ce noble et généreux caractère, qui avait scellé, d'une manière si intime, ces rapports que la mort seule pouvait dissoudre.

Personne n'était plus bienveillant, plus obligeant, plus dévoué. Ami du pauvre comme du riche, il avait, dans tous les rangs, de ces chaudes liaisons qui font le charme et le bonheur de la vie. Son commerce avec les médecins était affable, sûr, cordial, et il avait l'estime et l'affection de tous. Aussi, Messieurs, lorque dénoncé, en 1848, devant le gouvernement provisoire, pour un acte de courage dont tout citoyen pourrait s'enorgueillir, on apprit qu'il venait d'être révoqué du poste qu'il occupait si honorablement à Vichy, ce fut une indignation générale dans le corps des médecins comme parmi les personnes de la société. Des protestations s'élevèrent de toutes parts contre un acte qui violait en même temps le sanctuaire de la science et de l'humanité ! Il ne fallut que le plus petit commencement du rétablissement de l'ordre pour rendre M. Petit à des fonctions qu'il a continué de remplir avec autant d'honneur que de science et d'habileté.

Entouré d'estime et de considération, haut placé dans le monde par sa famille et ses relations, aimé et recherché de tous ceux qui l'avaient connu, chéri des confrères, adoré de ses parens, notre bon, notre excellent ami, devait croire au bonheur, si rare cependant ici-bas. Mais, hélas ! notre destinée générale est telle, que le bonheur n'est jamais sans mélange, que l'on n'est jamais plus près du malheur que quand on se sent heureux !

COURRIER.

On lit dans la *Presse d'Orient* du 14 février 1856 :

A plus d'une époque de la campagne d'Orient, nous avons signalé les services éminens du corps médical français; trop souvent nous avons eu à raconter la fin prématurée de ces jeunes et intrépides médecins qui, à Gallipoli, dans la Dobrutscha, en Crimée, dans les hôpitaux comme sur les champs de bataille, se dévouaient au salut des malades et des blessés. Aujourd'hui une nouvelle campagne a commencé pour le service de santé; le scorbut et les affections typhiques jettent dans nos hôpitaux un grand nombre de malades; les médecins militaires luttent avec énergie contre le mal; leur zèle, leur abnégation ne se démentent pas; plusieurs d'entre ces hommes de bien viennent de succomber encore dans l'accomplissement de leurs devoirs.

Trois noms viennent s'ajouter aux trente-sept premières victimes : M. le docteur Lardy, mort il y a quelques jours à Constantinople; le docteur Dulac, mort hier en arrivant de Crimée ; le docteur Leclerc, mort, il y a six jours, dans une ambulance de l'armée. M. l'inspecteur général Baudens a tenu à honneur de suivre les restes du docteur Lardy et de raconter cette existence si courte et si bien remplie. Nous sommes heureux de pouvoir reproduire le discours prononcé par M. Baudens sur la tombe du docteur Lardy :

Il y a peu de semaines, un pieux devoir, comme celui qui nous réunit aujourd'hui, m'inspirait en Crimée, quelques paroles d'éternel adieu adressées à un médecin aimé et estimé de tous, au docteur Mercier, chef de l'une de nos ambulances de tranchée.

Un ami du défunt suivait tristement le convoi : sa douleur était si vraie, si profonde, que l'assistance en était émue; ce noble jeune homme, c'était le docteur Lardy.

Lui aussi va descendre dans cette tombe où l'ont précédé trente-sept médecins de l'armée. Santé, vigueur, jeunesse, secours, courage, abnégation, rien n'a pu le préserver.

Malgré sa belle et énergique constitution, il est tombé sur le champ de bataille de l'officier de santé militaire; il a subi l'influence miasmatique de l'hôpital pendant qu'il accomplissait un devoir sans autre témoin que Dieu et sa conscience.

Le docteur Lardy n'avait que 28 ans, et avait fait de fortes études médicales; c'était, dans la force du mot, un soldat et un savant : l'avenir lui appartenait.

A Varna, dans la lamentable Dobrutscha, il se fait remarquer de ses chefs par son dévouement à lutter contre les affreux ravages du choléra.

A l'Alma, où l'alliance des deux nations est scellée par la victoire, il panse les blessés sous le feu de l'ennemi. Il appartenait à ce personnel d'ambulance rompu à la guerre et importé d'Algérie dès le début de la campagne.

A Inkermann comme à Traktir, dans les tranchées de Sébastopol comme à Malakoff, comme partout, on le trouve calme, impassible, toujours plein de dévouement et s'exposant à tous les dangers pour sauver la vie du soldat.

Mais là où Lardy s'est principalement signalé, c'est à l'ambulance du Clocheton, devant laquelle nul ne passait sans se découvrir comme devant un lieu saint. Il partageait avec un digne aumônier de la flotte une modeste chambre, et par une touchante entente de la science et de la charité, l'un prodiguait les trésors de son art, l'autre les consolations divines. On montre encore la paille sanglante sur laquelle il s'agenouillait jour et nuit pour panser d'horribles blessures, sans songer à l'épuisement de ses forces.

Un jour, pourtant, il fallut compter avec elles, et Lardy fut évacué sur les hôpitaux de Constantinople. Il était trop tard; l'empoisonnement miasmatique était si complet, qu'il est mort presque en arrivant.

L'héritage de vos beaux états de services, Lardy, la médecine militaire les réclame comme votre plus beau legs. Vous ne le lui refuserez pas, car, de corps et d'âme, vous apparteniez à cette famille d'hommes modestes et de bonne renommée. Recevez par ma bouche le fraternel adieu de tous. Dieu, dans sa miséricorde et sa justice, récompensera votre fin prématurée.

Puisse votre sacrifice à la charité chrétienne être le dernier !

En terminant, nous avons une triste nouvelle à ajouter. Les sœurs de charité paient cruellement leur tribut aux maladies qu'engendrent leur vie assidue au chevet de nos soldats. Nous annoncions, lundi, la mort de sœur Vincent : deux de ses compagnes viennent de succomber encore. Quatorze de ces admirables filles ont dû être transportées dans l'hôpital de la communauté et trois d'entre elles, plus gravement atteintes, sont restées dans les hôpitaux auxquels elles étaient consacrées.

— M. Guyon, chirurgien militaire en Algérie, a été nommé correspondant de l'Académie des sciences, dans la section de médecine et de chirurgie, par 45 suffrages sur 52 votans, en remplacement de feu Prunelle, ancien maire de Lyon et médecin des eaux thermales de Vichy. Ses concurrens sur la liste des candidats, présentés par M. Ch. Bernard, étaient MM. Bailly, à Villeneuve; Denis, de Commercy ; Ehrmann, à Strasbourg ; Gintrac, à Bordeaux, et Forget, à Strasbourg.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 27. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 1er Mars 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PATHOLOGIE : Considérations sur le zona. — II. THÉRAPEUTIQUE : Efficacité de la médication quinique dans les fièvres marécageuses de longue durée. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Suite des communications sur la leucocythémie. — IV. RÉCLAMATION : Lettre de M. Forget, de Strasbourg. — V. FEUILLETON : Causeries.

PATHOLOGIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LE ZONA ;

Par Jules PARROT, interne des hôpitaux.

I.

Borsieri qui, dans ses *Institutions de médecine pratique*, a consacré un long article au zona, résume dans le passage suivant les connaissances des anciens sur cette affection :

« De eo vero ita obscure et breviter veteres verba fecere, ut disceptari adhuc queat num iis reapse innotuerit. Excipiendus fortasse inter ipsos est Plinius qui etsi paucis·imis verbis, quamdam tamen ignis sacri speciem commemorat, cui zoster sive zona, nomen est, et magna cum nostro convenientia tribuitur (1). »

On le voit, les notions que les anciens avaient de l'herpès zoster étaient pour le moins obscures, et Pline, le premier, a décrit sous la dénomination de zona l'éruption vésiculeuse qui porte aujourd'hui ce nom.

Depuis un siècle, les médecins se sont livrés avec une certaine prédilection à l'étude de cette maladie, et les descriptions qu'ils en ont données sont pleines de curieux détails. Mais s'ils ont signalé toutes les particularités que présente l'éruption, ils ont rarement tenté de les interpréter. Comment se fait-il qu'après avoir analysé avec une exactitude si scrupuleuse les symptômes du zoster, les dermatologistes se soient arrêtés là? Pourquoi n'ont-ils pas fait servir tous ces élémens à l'édification d'une théorie qui leur donnât une explication simple et naturelle des bizarreries apparentes dont fourmille l'histoire de cette maladie? C'est que, trop préoccupés de phénomènes purement locaux, les observateurs n'ont pas aperçu les perturbations fonctionnelles concomitantes ; ou s'ils les ont entrevues, ils n'ont pas saisi le lien qui les unissait à la maladie cutanée.

Il est une autre lacune dans l'histoire classique du zoster, elle a trait à l'étiologie. Les auteurs, après avoir énuméré quelques causes sur la nature desquelles ils sont loin d'être d'accord, confessent toute l'incertitude et toute l'obscurité de cette pathogénie.

Je me suis efforcé de remplir ce vide en mettant à profit les faits déjà connus et ceux que j'ai pu recueillir moi-même. La question de la nature du zona s'est alors présentée et j'ai essayé de la résoudre.

Je n'ai pas la prétention de donner ici un traité dogmatique du zoster, je veux présenter simplement des considérations sur quelques-uns de ses symptômes et sur ses causes, pour arriver à une formule de sa théorie.

II.

Parmi les symptômes de l'herpès zoster, le plus constant après l'éruption est, sans contredit, la *douleur*. Elle a frappé tous les observateurs qui, pour la caractériser, ont employé les expressions les plus énergiques.

Dans une observation ayant pour titre : *Exedens præcordiorum herpes*, Tulpius l'appelle *exurens dolor* (1).

Voici ce que nous lisons dans Lorry : « Zonam hanc quasi epidemice sevientem, et plures perdurantem menses, non sine atroci cruciatu et vigiliis intolerandis observavi. Illud vero hoc malo proprium est quod post sanata ejus symptomata, et loco jam nullas externas notas proferente vel levissimæ cicatrices, interdum, præsertim dum subito mutatur atmosphæra, lancinantes dolores in loco prius affecto concitentur et sentiantur (2). »

D'après cette description pleine de vérité, la douleur du zona peut devenir la cause d'insomnies intolérables. Sous l'influence des variations brusques de l'atmosphère, elle se réveille dans les points primitivement affectés, alors qu'il ne reste plus trace de l'éruption. Ce dernier caractère n'appartient qu'au zoster, et il peut en être considéré comme le signe pathognomonique.

Geoffroy, contemporain de Lorry, insiste sur les élancemens précurseurs de l'éruption et sur les douleurs qui persistent souvent plusieurs mois après sa guérison complète (3).

Borsieri, que nous avons cité plus haut, dit encore : « Pustulæ plus minusve copiosæ cum lancinantibus doloribus, et quandoque intolerabilibus, ardoreque igneo comitatis erumpunt (4). »

Alibert, dans son style figuré, dit que ceux qui sont atteints de la zone se croient entourés d'une ceinture de feu, et que souvent, chez eux, la douleur persiste après l'éruption. Entre autres observations, il rapporte celle d'une jeune femme qui, depuis deux ans, voyait reparaître une dartre en zone au renouvellement de toutes les saisons. Alors même que les phlyctènes s'évanouissaient, la malade était en proie aux douleurs les plus cuisantes, lesquelles suivaient absolument le trajet de la ceinture dartreuse, depuis l'ombilic jusqu'au milieu de la colonne épinière. Cette femme ressentait habituellement *des crampes intolérables à la région épigastrique* (1). « La douleur, dit M. Rayer dans l'article si remarquable qu'il a consacré au zona, persiste jusqu'à la fin de la maladie et cause l'insomnie. Quelquefois elle se fait sentir plusieurs semaines ou quelques mois après la disparition de l'inflammation des tégumens. Je l'ai vue, dit cet observateur, constituer le principal caractère d'un zona avorté ou incomplet chez un malade qui portait un seul groupe de vésicules au-dessous de l'omoplate, et qui accusait en même temps une douleur très aiguë bornée exclusivement au côté gauche de la poitrine. Cette douleur s'étendait sous forme de bande de la colonne vertébrale au sternum. »

Plus loin, lorsque M. Rayer parle des *complications* du zoster, il dit que cette inflammation vésiculeuse de la peau s'*accompagne d'une espèce de névralgie* affectant les nerfs intercostaux dans le zona des parois du thorax, les nerfs lombaires dans celui des parois de l'abdomen, le crural ou le sciatique dans celui des membres abdominaux, etc. ; névralgie forte ou légère, qui non seulement précède toujours le développement de l'inflammation vésiculeuse de la peau, mais qui lui survit quelquefois durant plusieurs mois et réclame des médications particulières.

J'emprunte à l'auteur que je viens de citer les observations suivantes :

I. — Zona du côté gauche de la face, se propageant dans la bouche. Il existait depuis trois ou quatre jours de la douleur sur le trajet de la septième paire, lorsque parut l'éruption qui, de la joue, s'étendit à l'arcade dentaire de la mâchoire supérieure du côté correspondant, à la face interne de la joue et à la moitié gauche de la voûte palatine. La douleur survécut à l'éruption.

II. — Un homme de 47 ans, après avoir éprouvé dans l'œil et dans le sourcil du côté gauche une douleur cuisante, qui bientôt s'étendit au côté correspondant du front et du crâne jusqu'à la suture lambdoïde, vit se développer une éruption herpétique sur le trajet de cette douleur.

III. — Deux femmes placées dans le service de M. Récamier, à l'Hô-

(1) Borsieri. *Institutionum medicinæ practicæ*, t. II, Lipsiæ, 1798.

(1) Tulpius. *Observationes medicinæ*, p. 268, Amstelædami, 1652.
(2) Lorry. *De morbis cutaneis*, p. 405, Paris, 1777.
(3) Geoffroy. *Memoires de la Société royale de médecine*, p. 405, Paris, 1780.
(4) Borsieri. *Loco citato*, p. 40.

(1) Alibert. *Précis théorique et pratique des maladies de la peau*, t. I, p. 295 et suivantes. Paris, 1822.

Feuilleton.

CAUSERIES.

Hélas ! les bienfaisantes naïades de Néris et de Vichy n'ont pu conjurer la triste destinée de nos deux confrères qui présidaient à la dispensation de leurs faveurs. Ils sont morts tous les deux quand n'avait pas encore sonné l'heure du déclin, quand ils pouvaient se promettre encore de longs jours, quand tout leur souriait dans la vie dont ils avaient heureusement traversé les plus ou moins pénibles épreuves. La mort de M. Petit surtout a causé parmi nous la plus douloureuse surprise. Il n'a fallu que quelques heures d'un mal sur la nature duquel plusieurs versions circulent pour foudroyer cette constitution si puissante et si robuste. Fragilité de la vie ! déceptions du désir ! illusions de l'espérance ! Ces morts si imprévues et si soudaines troublent la raison en émouvant le cœur. Mais leurs enseignemens austères sont peu écoutés ; ce que la grande voix de Bossuet ne put faire, le feuilleton ne le tentera pas. Lorsque, après quelque cérémonie funèbre, je vois le cortége descendre la colline de Montmartre ou du Père-Lachaise pour regagner l'immense ville où chacun revient à ses affaires, à ses agitations, à ses inquiétudes, à ses passions, je me demande toujours qui, après tout, est le plus à plaindre de celui qui vient d'être scellé dans le caveau mortuaire, ou de ceux qui reviennent inquiets et tourmentés aux tristesses de la vie.

Voilà, par exemple, deux places importantes que la mort de MM. Petit et Richond des Brus laissent à la compétition. Il sera fait deux heureux, sans doute, mais comptez, si c'est possible, les malheureux que feront ces deux heureux. En effet, la froide pierre était à peine placée sur la tombe de nos confrères de Néris et de Vichy — je ne parle que des candidatures qu'on peut appeler bienséantes par opposition à celles qui se montrent avant même que le corps du mort soit refroidi — les ambitions hydrologiques surgissaient par centaines. C'est incroyable comme nous possédons dans le corps médical de France des aptitudes de ce genre. La Société d'hydrologie, qui est toute jeune encore, deviendra certainement de tous les corps savans le plus nombreux, s'ils s'y font affilier tous ceux qui se croient propres à diriger l'administration médicale de sources aussi importantes que celles de Vichy et de Néris. Je plains de toute mon âme ceux qui sont chargés de choisir parmi tous ces compétiteurs innombrables, d'écouter leurs prétentions, leurs sollicitations, celles de leurs amis et protecteurs. Car, humbles et modestes confrères qui avez la bonté de me lire, vous qui savez vous contenter de la position qui vous a été faite par les circonstances, par le hasard quelquefois, vous vous doutez à peine des protections et des influences que croient devoir faire mouvoir et agir ceux qui ambitionnent les deux places vacantes. C'est que ce sont deux bons morceaux, comme on le dit vulgairement. Vichy surtout, aujourd'hui les plus célèbres thermes du monde, où les malades affluent par milliers, cette inspection, dont les émolumens se traduisent par trente et quarante mille francs de revenu, avouez qu'il y a de quoi tenter de nombreuses ambitions.

Je me trouve trop près de la mort de nos deux confrères, les derniers inspecteurs de Vichy et de Néris, pour dire ce que je sais et aussi ce que je pense sur ce sujet. J'y reviendrai probablement, si, ce que je serais loin de regretter, les événemens ne me devancent pas.

A l'Académie de médecine, nous aurons, mardi prochain, un nouvel académicien dans la section de pharmacie. La section a fait, mardi dernier, son rapport en comité secret, pas si secret que je ne sache qu'elle a ainsi placé les trois candidats qui se sont présentés :

En première ligne, M. F. Boudet ;
En deuxième ligne, M. Poggiale ;
En troisième ligne, M. Gobley.

On nous dit que cette liste n'a pas passé sans discussion et même sans contestation. Plusieurs membres demandaient l'*ex æquo*, mais la section, qui est souveraine, a persisté dans son classement. Je n'ai pas une connaissance suffisante des travaux des candidats pour me permettre d'approuver ou d'improuver cette décision de la section. Ce que je sais, c'est que le classement par *ex æquo* n'aurait enlevé aucune chance au candidat dont l'élection est à peu près certaine, tout en ménageant des susceptibilités légitimes. M. F. Boudet sera très probablement nommé, et ce sera justice ; mais MM. Poggiale et Gobley sont aussi des savans sérieux dont les travaux ne manqueront pas de leur ouvrir aussi tôt ou tard la porte de l'Académie.

Six vacances dans la rue des Saints-Pères ! quelle profusion de candidatures ! Nous allons voir défiler devant nous toutes les ambitions médicales et chirurgicales et ce sera un spectacle amusant pour ceux qui, du rivage, pourront contempler les flots agités, *suave mari magno*, etc. Car, il en est de notre Académie de médecine comme de l'Académie française ; tout le monde en médit plus ou moins, mais tout le monde y veut entrer. Quand je dis tout le monde, il faudra sans doute faire quelques exceptions ; elles se présentent à l'esprit de tous ceux qui ont gardé le souvenir des premières agitations de la révolution de 1848. Nous ne serons probablement pas témoins de l'abandon des principes qui furent si énergiquement proclamés alors ; mais, sachons attendre.

Un de nos honorables confrères m'a adressé la lettre suivante, que je m'empresse de placer sous les yeux de nos lecteurs :

« Paris, 21 Février 1856.

» Monsieur,

» Je crois devoir, dans l'intérêt de mes confrères, vous signaler un genre de vol qui se commet, en ce moment, exclusivement chez les médecins.

» Mon voleur, assez bien mis et fort grand, vêtu d'un raglan fort large, s'introduit chez les médecins sous prétexte de les consulter. Notez qu'il s'y présente aux heures où il suppose qu'ils ne sont plus chez eux. Il demande à écrire, et pendant qu'on lui procure du papier et de l'encre, il fait main basse sur ce qu'il trouve.

» M. le docteur Lagneau a été volé ainsi.

» Dimanche dernier, c'était mon tour.

» Inutile de vous dire qu'il prie le docteur de passer à une fausse adresse.

» Je serai heureux d'empêcher par la publicité de cette lettre ou par un avis direct de vous, mes confrères de subir le même sort.

» Recevez, etc. Dr CORBEL, »

Je connais encore un autre confrère qui a été victime de la visite de

tel-Dieu, étaient atteintes depuis longtemps de névralgie sciatique, lorsqu'un zona irrégulier se développa sur le trajet du nerf douloureux (1).

M. Bassereau, dans sa dissertation inaugurale, s'exprime ainsi lorsqu'il énumère les causes de la névralgie intercostale : « J'ai recueilli trois cas de névralgie des nerfs intercostaux à la suite d'un zona; y avait-il simple coïncidence, ou bien ces douleurs, qui ont été signalées comme consécutives à cette variété de l'herpès, seraient-elles toujours des névralgies des nerfs thoraciques? Je ne puis résoudre cette question pour le présent (2). »

A côté de cette manière de voir, vient se ranger celle que M. Valleix a émise dans son *Traité des névralgies* : « Les douleurs vives que, dans un certain nombre de cas, le zona de la poitrine laisse après lui, ont été notées par tous les observateurs. Il me serait impossible de dire si ces douleurs sont toujours de nature névralgique, mais, ce que je puis affirmer, c'est qu'il en est quelquefois ainsi (3). »

M. Cazenave, en parlant de la douleur qui accompagne le zona, signale comme une *chose remarquable* la persistance de cette douleur après que l'éruption a disparu (4).

M. Devergie insiste d'une manière toute particulière sur l'apparition de douleurs lancinantes dans toute l'étendue de la partie qui devra être affectée; l'acuité de ces douleurs et le nombre de jours durant lesquels elles se montrent, donnent la mesure de l'intensité du zona. Elles s'atténueraient pendant l'éruption pour reprendre après elle avec une nouvelle intensité (5).

Dans une intéressante monographie sur les maladies de la peau, étudiées au point de vue anatomo-pathologique, M. Gustave Simon dit que plusieurs médecins, voulant rattacher le zoster à une souffrance nerveuse, considèrent celle-ci comme une *névralgie*, et citent en faveur de leur opinion les douleurs violentes qui souvent précèdent l'exanthème, et qu'il n'est pas rare de voir persister même après la guérison de celui ci (6).

Enfin, tout récemment, M. Delioux a reproduit la même idée en l'appuyant des deux observations déjà citées de M. Récamier et de deux autres faits qui lui sont propres. Dans l'un de ces cas, il s'agit d'une névralgie intercostale, dans l'autre, d'une névralgie lombaire. Les douleurs existaient depuis deux mois lorsque l'éruption se montra (7).

Le symptôme *douleur* a donc une valeur capitale dans le zona. A diverses époques son importance a été signalée, mais tous les auteurs ne l'ont pas interprété d'une manière identique. A ce point de vue, leurs opinions peuvent être rangées sous trois chefs. Pour les uns, ce symptôme, remarquable par sa violence et par sa ténacité, ne diffère en rien des sensations douloureuses mal définies dans leur nature, qui accompagnent un grand nombre d'affections. Les auteurs se sont demandé s'il ne s'agissait pas d'une véritable *névralgie;* et tandis que M. Rayer ne voit là qu'une complication du zoster et non pas un symptôme nécessaire de cette affection, il en est qui n'hésitent pas à proclamer la nature *névralgique* de la douleur du zona, mais toutefois, disons-le, sans appuyer cette manière de voir d'argumens bien concluans.

MM. Bassereau et Valleix, qui ont étudié avec tant de soin les affections douloureuses des nerfs, affirment la nature *névralgique* de la douleur du zona pour quelques cas, posant un point d'interrogation devant les autres.

Avant tout, je dois établir un fait qui ressort trop clairement de tout ce qui précède pour qu'il soit sujet à contestation; c'est le rôle capital de la douleur, qui domine toute la scène pathologique du zoster. Antérieure à l'éruption, elle marque sa période d'état et persiste souvent alors que les vésicules se sont éteintes depuis longtemps. Dans bien des cas, elle absorbe toute l'attention des malades qui, peu soucieux de la zone éruptive, réclament à grands cris les secours de l'art contre ces élancemens intolérables qui les tourmentent jour et nuit.

Mais voyons quelles relations existent entre la douleur et l'éruption proprement dite; c'est là un point bien important et qui mettra en lumière plusieurs faits obscurs.

L'éruption, comme la douleur, se développe sur le trajet d'une branche nerveuse le plus souvent superficielle et qui est du nombre de celles où les névralgies se montrent ordinairement. Parmi les nerfs qui sont le plus souvent en cause, je citerai : les intercostaux, les branches lombaires antérieures, le trifacial, le sciatique, le crural, les rameaux du plexus cervical superficiel. Les ouvrages sont pleins de cas de zonas développés suivant la direction de ces cordons nerveux, et j'en ai rapporté quelques-uns dans ce travail.

Avant de passer outre, je veux répondre à l'objection suivante qui a été faite par quelques auteurs, et entre autres par M. Bassereau. La demi-ceinture herpétique des parois thoraciques est moins oblique que les côtes, et, par conséquent, elle ne suit pas le trajet des nerfs intercostaux.

Je ferai remarquer que chaque nerf intercostal émet à ses deux extrémités et à sa partie moyenne des branches perforantes. La plus considérable est la perforante moyenne qui se divise immédiatement en deux rameaux. L'externe se distribue à la peau du dos et s'anastomose avec la perforante postérieure, l'interne se termine dans le tégument de la paroi thoracique antérieure.

Ces rameaux, immédiatement après leur émergence, se portent en haut, faisant un angle aigu avec le tronc nerveux qui leur donne naissance, et forment par leur ensemble une zone dont la direction se rapproche beaucoup plus de l'horizontale que ne le fait le nerf intercostal. Or, ce sont ces branches sous-cutanées qui souffrent, bien plutôt que le tronc principal lui-même. En effet, la douleur la plus vive a pour siége leurs points d'émergence, et de là elle s'irradie suivant leur trajet. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner si la zone herpétique, qui a la même direction que la zone douloureuse, est moins oblique que le tronc intercostal correspondant.

M. Cazenave (*loco citato*) fait remarquer que l'éruption débute quelquefois par les points extrêmes du segment, et progresse ainsi des deux côtés pour se rejoindre. En général, dit-il, les plaques qui sont sur les limites, plus larges que les plaques intermédiaires, ont aussi une forme plus allongée.

Cette observation est pleine de justesse et le fait est bien plus fréquent que ne semble le croire le médecin de Saint-Louis. Tous les malades que j'ai interrogés sur ce point, avaient remarqué que les plaques extrêmes s'étaient montrées les premières. J'ajouterai que, dans quelques cas, elles constituent toute l'éruption, comme dans l'observation déjà citée de M. Rayer, où il n'existait qu'un seul groupe de vésicules au-dessous de l'omoplate gauche, tandis que la douleur s'étendait en ceinturon de ce point jusqu'au sternum.

I. — J'ai vu, dans le service de M. Hardy, à l'hôpital Saint-Louis, un jeune homme, sujet aux affections rhumatismales, qui portait un zona à la partie postérieure de la cuisse droite sur le trajet du sciatique. La plaque fessière s'était montrée la première. Sa surface, beaucoup plus étendue que celle des autres, était couverte de vésicules plus confluentes. La plaque inférieure ou poplitée présentait les mêmes particularités. Des douleurs très vives siégeaient dans ces points et redoublaient d'intensité pendant la nuit. L'état général de ce jeune homme paraissait n'avoir été modifié en rien au moment de l'éruption.

II. — Le 31 juillet 1855, un homme de 66 ans, maçon, s'est présenté à la consultation de l'hôpital Cochin. Il accuse des troubles gastriques continuels et de vieille date. Un usage immodéré des boissons alcooliques paraît en être la cause. Il y a huit jours, après un excès de table, le malade ressentit des élancemens dans le côté gauche de la poitrine.

Bains simples, topiques émolliens.

L'éruption s'est montrée cinq jours après le début de la douleur. Elle occupe le côté gauche de la poitrine entre la quatrième et la sixième côte. La douleur qui persiste a le caractère lancinant et s'exaspère pendant la nuit. Trois points sont particulièrement douloureux et le malade les désigne spontanément. Ce sont les extrémités de la zone et son point médian situé un peu au-dessous du sein. A ces points névralgiques correspond une confluence bien marquée des vésicules d'herpès.

III. — Le 22 juillet 1855, est entrée, dans la salle Henri IV, à l'hôpital Saint-Louis, une femme de 23 ans, balayeuse, enceinte de quatre mois. Elle souffre habituellement d'une névralgie intercostale gauche, qui paraît avoir pour point de départ des troubles gastriques.

Quelques jours avant le début de l'éruption, qui a déterminé son entrée à l'hôpital, la malade ayant été exposée à la pluie, avait subi un refroidissement. Les douleurs lancinantes de la poitrine devinrent très violentes à la partie postérieure, et en avant un peu au-dessous du sein.

Malaise général, fièvre, céphalalgie, dyspnée.

Après quatre jours, pendant lesquels cet état a persisté, l'éruption, qui présente tous les caractères du zona, s'est d'abord montrée en arrière, puis en avant, au niveau des points les plus douloureux. Là elle est très confluente et occupe la paroi thoracique sur une hauteur de 10 à 12 centimètres. Entre ces deux points extrêmes, les plaques herpétiques sont plus petites et plus espacées.

Immédiatement après l'apparition des premières vésicules, la fièvre est tombée, mais les douleurs persistent.

Ces trois observations sont remarquables à plus d'un titre, mais elles offrent surtout une particularité qui nous frappe.

N'est il pas curieux de voir les plaques herpétiques les plus confluentes, celles qui se développent les premières, et qui, dans quelques cas, constituent à elles seules toute l'éruption, siéger sur les points où éclate la douleur, sur ces points hyperesthésiques si bien étudiés par MM. Bassereau et Valleix, et que ce dernier observateur caractérise par la dénomination de *foyers de douleur?* Ces foyers, toujours identiques pour un même nerf, correspondent aux points d'émergence de ses principaux filets. Il y a donc dans le zona des *foyers d'éruption*, comme il y a dans la névralgie des *foyers de douleur*, et ces points se superposent exactement.

Ces remarques, qui mettent en évidence la liaison si intime de l'élément douleur et de l'élément éruption, ne suffiraient-elles pas pour faire prévoir la nature *névralgique* de cette douleur, où se retrouvent jusqu'aux points hyperesthésiques, le signe le plus infaillible des névralgies?

En résumant les caractères de la douleur propre à l'herpès

(1) Rayer, *Traité théorique et pratique des maladies de la peau*, t. I, p. 330 et suivantes. Paris, 1835.
(2) Bassereau. Thèses de Paris, avril 1840.
(3) Valleix. *Traité des névralgies*, p. 398. Paris, 1841.
(4) *Dictionnaire en 30 volumes*, article ZONA. Paris, 1846.
(5) Devergie. *Traité pratique des maladies de la peau*, p. 285. Paris, 1854.
(6) *Die Hautkrankheiten durch anatomische Untersuchungen erläutert*. Berlin, 1851.
(7) *Des relations qui existent entre les affections herpétiques, nerveuses et catarrhales*, nos 32, 33, 35, 39 de la *Gaz. méd. de Paris*, 1855.

---

ce personnage et à qui il a ainsi dérobé des objets de prix placés sur son bureau de travail.

Le deuxième numéro de l'*Union médicale de la Gironde*, journal pour lequel l'homonymie me rend très sympathique, et dont les premières publications méritent, d'ailleurs, toute sorte d'encouragemens, renferme le récit du banquet de la Société de médecine de Bordeaux, où a été lue la pièce de vers suivante :

LA TRUFFE ET LE CHAMPAGNE.

Un jour, la Truffe et le Champagne
Se querellèrent tout de bon ;
C'était, je crois, à la campagne
D'un certain docteur en renom.
— Partout je suis chèrt des belles,
Disait le Champagne en gaîté ;
Je sais vaincre les plus rebelles
En leur versant la volupté.
L'esprit, avec mon gaz, à la ronde pétille,
J'inspire les propos joyeux,
Et, grâce à moi, le plaisir brille
Sur tous les fronts, dans tous les yeux.
D'un fruit exquis je suis l'essence ;
Sur les coteaux les plus riens
Le ciel, en plaçant ma naissance,
Me fit des jours luxuriens!
Tandis que toi, lourde Négresse,
Qui dois rougir de ton berceau,
Tu voudrais trancher de l'Altesse?
Mais ton parrain fut un pourceau !
Allons, un peu de modestie;
Ton succès tient à ton parfum;
Tout cela n'a qu'un temps, ma mie,
Vogue d'un jour, succès d'emprunt!
Ceux qui de toi font long usage,
Regarde-les après un temps :
Ils sont chagrins, lourds, sans courage ;
Manger est leur seul passe-temps,
Quand le docteur à la diète
N'est pas forcé de les tenir,
Pour calmer la goutte indiscrète
Qui, si souvent, les fait souffrir!
Cesse donc ta plainte importune ;
Dans l'argile dont tu sortis,
Va dissimuler ta rancune,
Et ne viens plus troubler nos ris.
— Halte-là! fanfaron; l'orgueil, la jalousie
Troublent fort ton pauvre cerveau ;
Es-tu donc l'antique ambroisie
Pour avoir le verbe si haut?
D'un dîner tu ne fus jamais qu'un accessoire,
Encore peu goûté de tous les vrais gourmets,
Ceux qui savent à fond l'art de manger et boire
T'ont déclaré : vin de muguets.
Tandis que moi, d'un repas je suis l'âme,
Repas de grands ou de bourgeois ;
Pas de soupers, de lunchs où l'on ne me réclame;
Je trône enfin sur la table des rois!
J'aiguise l'appétit, je réveille la fibre,
Et souvent je fais d'un vieillard,
Sans feu vital, sans équilibre,
Un jeune et vigoureux.... gaillard!
Du régime parlementaire
J'étais le principal pivot,
Je faisais parler ou se taire
Tous les ventres qui dînaient de l'impôt.
Je sers d'agent diplomatique,
Je dispose aux concessions ;
En amour comme en politique,
Que j'ai fait de transactions!
Qui pourrait donc me disputer la palme?
Toi, maigre et chétif freluquet?
Auprès des grands, il faut être plus calme,
Et surtout beaucoup plus discret.
Mais pour vider notre querelle,
Et trancher notre différend,
Appelons le docteur *Gravelle*,
En cet endroit si compétent. —
Notre docteur, en vrai Tartufe,
Accepte le titre d'expert,
D'un coup de dent croque la Truffe,
Boit le Mousseux pour son dessert ;
Puis, dans un transport délectable :
« Ils avaient tous les deux raison ;
» Cette Truffe est fort agréable,
» Et ce Champagne un doux poison. »

Ces vers sont spirituels et faciles; nos lecteurs nous en pardonneront la reproduction, pour le dernier jour qui clôture les plaisirs de la saison.

Amédée LATOUR.

De la kératite et de ses suites; par M. le docteur CASTOVANI, chef de clinique du dispensaire ophthalmologique de M. Desmarres. 1 vol. in-8° de 156 pages.— Prix : 3 fr.

Cet ouvrage se trouve à la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine.

Notice sur une **Bifidité complète du sternum**, observée chez le sieur GROUX, par le docteur HAMERNIK, professeur à l'Université de Prague, traduit de l'allemand par Louis GRANDEAU. In-8 de 84 pages. Paris, 1856. — Prix : 2 fr. 25.
Chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Considérations sur l'observation médicale en général (analyse, synthèse, induction clinique, vitalisme, organicisme, empirisme, éclectisme, et leurs applications pratiques), par le docteur MATTEI. In-8 de 48 pages. Paris, imprimerie Martinet. — Prix : 1 fr. 25.

De la monomanie considérée sous le rapport physiologique, médical et légal, par M. le docteur G. PINEL neveu, chevalier de la Légion d'Honneur, membre de la Société médico-psychologique, directeur de la Maison de santé au château de Saint-James, etc. In-8, Paris, 1856, chez Labé, libraire.

De la lithotritie considérée au point de vue de son application, par P.-S. SÉGALAS, membre de l'Académie impériale de médecine. Brochure in-8, Paris, 1855, aux bureaux de l'*Union Médicale*, et chez J.-B. Baillière, rue Hautefeuille, 19. — Prix : 2 fr.

zoster, nous voyons qu'elle existe avant, pendant et après l'éruption, qu'elle se développe sur le trajet d'une branche nerveuse superficielle, qu'elle a des centres d'irradiation, et enfin qu'à ces points hyperesthésiques correspondent les plaques d'herpès les plus étendues et celles qui apparaissent les premières.

Concluons donc hardiment :

1° *Que dans le zona, le symptôme prédominant est la douleur ;*

2° *Que cette douleur appartient à la classe des névralgies.*

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

EFFICACITÉ DE LA MÉDICATION QUINIQUE DANS LES FIÈVRES MARÉMATEUSES DE LONGUE DURÉE.

Monsieur le rédacteur,

Je ne sais vraiment pas trop si je dois m'applaudir de la publicité honorable que vous avez accordée à ma note sur le traitement des fièvres intermittentes de longue durée. Deux confrères honorables, MM. les docteurs E. Chauffard et Rochard, se sont émus en me lisant, au point de vous adresser une longue réfutation de mon travail. Pour un pauvre praticien rural tel que moi, ce n'est pas une mince tâche que de lutter contre de semblables adversaires. Cependant, Monsieur le rédacteur, et j'espère que vous m'approuverez, je ne puis laisser sans réponse ce qu'ont dit mes honorables confrères. Il s'agit ici, du reste, d'une question qui a fait l'objet de toute ma vie médicale : j'ai donc aussi le droit d'en parler avec une certaine latitude. Mais, comme je ne veux pas allonger inutilement cette note qui doit nécessairement être d'une certaine étendue, j'entre immédiatement en matière.

Je laisserai de côté les petites taquineries qui peuvent se trouver contenues dans le préambule de M. Chauffard. Je ne vois pas, au surplus, ce que la question aurait à gagner, si je recherchais si j'appartiens ou non à la classe des esprits qui, façonnés par leur nature, leurs habitudes scientifiques, leur première éducation médicale, courent après l'absolu dans les problèmes thérapeutiques, etc., etc.

Je dirai seulement à mon confrère d'Avignon que je ne suis pas « séduit par le désir de notions fixes et assurées quand même, que je ne veux pas opposer nécessairement et fatalement à un nom du cadre nosologique une médication constante, une invariable formule. » Qu'il me permette, pour modifier son jugement, de lui citer un exemple. La pneumonie est une maladie bien connue, une des mieux connues, des plus faciles à connaître du cadre nosologique. Son traitement, assez généralement accepté, est presque toujours le même, variant seulement dans le plus ou moins d'énergie à apporter dans l'emploi de sa formule. Avant ces dernières années, la pluralité des médecins admettait, en la modifiant selon les circonstances et selon ses propres idées, la formule de M. le professeur Bouillaud. Pour moi, encore aujourd'hui, c'est celle qui donne les plus beaux résultats, quand elle est appliquée avec discernement et prudence. S'ensuit-il que, toujours, je saigne et resaigne mes pneumoniques ? Non, assurément. Le hasard m'est favorable : j'ai, dans ce moment, sous les yeux, plusieurs individus atteints de cette grave maladie.

L'un, homme de 45 à 50 ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, souvent souffrant, a vu débuter son mal par une angine gutturale ; il avait la voix rauque et un râle laryngien sur lequel je reviendrai. Après la section de la luette, qui était considérablement hypertrophiée, l'administration de quelques pédiluves, de l'alun en insufflations et de quelques pilules de sulfate *acide* de quinine (il avait eu des accès et avait un herpès labialis), cet homme était guéri au quatrième jour. Cependant, sa voix restait rauque et le râle laryngien n'avait pas complétement disparu. Je m'étais assuré, aux deux visites que je lui avais faites, que sa poitrine n'offrait aucune lésion. Deux jours plus tard, on vint me dire que mon malade allait mal. Je me rendis auprès de lui sans délai : il était presque agonisant.

Il avait une pneumonie très étendue du poumon gauche : souffle tubaire, râle crépitant autour du souffle ; râle sous-crépitant dans le reste de l'étendue du côté malade ; crachats rouillés, fièvre, chaleur à la peau, douleur de côté, toux caractéristique, etc., etc. Il n'y avait plus ni râle laryngien, ni raucité de la voix. Si mon confrère pense que j'ai saigné cet homme, il se trompe. J'ai vu là une pneumonie à part, de nature et de cause particulières. J'ai appliqué quelques ventouses scarifiées ; j'ai donné le kermès et des boissons émollientes. Le lendemain déjà cet homme allait mieux ; le surlendemain, il était plus mal. Le côté gauche était dégagé et le droit était pris. Les crachats rouillés, qui avaient presque disparu à ma seconde visite, avaient reparu à ma troisième. Ce fut pour moi un grave sujet de réflexions ! Je demandai au malade s'il faisait des vers. Il me répondit qu'il lui en était sorti un par la bouche, quelques jours auparavant, et qu'il avait oublié de m'en parler. Je n'en demandai pas davantage. Je prescrivis la santonine, tout en continuant la même médication, à laquelle j'ajoutai un large vésicatoire sur la poitrine, vésicatoire que je fis renouveler le lendemain, sans le faire suppurer. Au bout de deux jours, mon malade rendait deux lombrics et entrait en convalescence.

A quoi tenait le râle laryngien, si tenace au début de cette curieuse scène pathologique ? Probablement à la présence du lombric, rendu par la bouche, dans l'œsophage, au niveau du larynx.

J'espère que mon confrère me pardonnera cette longue observation, en considération de son importance.

Je le renvoie au mémoire de feu Mondière sur les maladies simulées par les vers, mémoire inséré dans la *Gazette des hôpitaux*, il y a une douzaine d'années.

La seconde observation se rapporte à une femme, d'une cinquantaine d'années, encore réglée, d'un tempérament franchement sanguin, qui a eu chaud et froid, ayant déjà de véritables accès fébriles. Vue par moi au troisième jour de sa maladie, elle a une pneumonie à gauche parfaitement caractérisée : crachats fortement rouillés, etc., etc. Je lui pratique une saignée, de 300 grammes environ, pour satisfaire à une véritable indication fournie par le pouls et la haute température du corps. Je prescris en outre une potion au kermès et 45 centigrammes de sulfate acide de quinine, satisfaisant ainsi à toutes les indications. Le lendemain, ma malade est sans fièvre ; c'est à peine si la peau est chaude, cependant la pneumonie est à peu près dans le même état. Continuation à l'exception de la saignée. A ma troisième visite, il y a fièvre, la chaleur à la peau est revenue, les crachats sont plus rouillés. Continuation et point de saignée. Deux jours plus tard, tout était fini. J'ai fait ma première visite à cette femme le 22 janvier, et ma dernière le 26.

Le troisième fait est relatif à une jeune fille de 16 ans, non encore réglée, d'un assez bon tempérament, et malade depuis un certain temps. J'ai été appelé à la voir, parce que son état s'était subitement aggravé. Elle est pâle, et cependant elle a de la fièvre et même de la chaleur à la peau. Il y a toux et toux fatigante, céphalalgie violente ; la langue est recouverte d'un enduit jaunâtre très épais ; il y a des envies de vomir sans vomissements. Il existe, chez cette jeune fille, et au côté gauche de la poitrine, du souffle et de la matité au niveau de la fosse sous-épineuse ; autour du souffle existe un râle sous-crépitant assez abondant. Il n'y a pas de crachats. La rate dépasse les côtes de plusieurs centimètres. 5 centigrammes de tartre stibié, et 45 grammes de sirop d'ipéca, pour un vomitif. Potion au kermès et sulfate acide de quinine.

Le surlendemain, la malade ayant beaucoup vomi, presque tous les symptômes morbides ont disparu. Je lui accorde à manger sur sa demande. La rate reste volumineuse, mais a sensiblement diminué. Continuation du sel de quinine seul. Après deux autres jours de l'administration de cet héroïque remède, c'est-à-dire six jours après le commencement du traitement, la rate est rentrée sous les côtes et la maladie est guérie.

Ces faits ont trop de rapport au sujet qui m'occupe, pour qu'il me fût possible de les passer sous silence. Ils apportent une preuve de plus en faveur de l'efficacité du sulfate acide de quinine, et ils montrent, je crois, à n'en pouvoir douter, que, comme tout médecin expérimenté, je fais la part des indications, de toutes les indications.

Comme moi, mon honorable contradicteur reconnaît et admet l'efficacité du sulfate de quinine (il ne dit pas s'il l'emploie acide ou non) contre toutes les formes et contre tous les types de la maladie intermittente paludéenne. Je l'en félicite. Mais, selon lui, « il existe des cas isolés, ou survenant simultanément dans des conditions particulières à peu près identiques, et constituant des sortes de fièvre intermittente à médication autre que celle du sulfate de quinine. »

Il m'est impossible de partager cette opinion.

Je ne veux cependant pas nier que d'autres médicamens que le sulfate acide de quinine ne puissent guérir certaines fièvres intermittentes (je fais des réserves en faveur de l'acide arsénieux et du sel de cuisine). Je crois même que la nature, médicatrice ou non, peut, dans certains cas donnés, définis, faire tous les frais de cette guérison. Cela a lieu, quand les malades abandonnent les pays à fièvres dès les premiers temps de leur intoxication, pour aller habiter des contrées où règnent d'autres maladies, qu'ils pourront contracter en échange de celle qu'ils ont déjà, ou même s'en débarrasser purement et simplement. Il peut encore en être ainsi à l'époque de la puberté chez les deux sexes. A cette époque, en effet, il se fait dans l'organisme vivant une grande révolution : l'individu subit des modifications capables de faire disparaître des états organo-pathologiques qui, jusque-là, avaient résisté à la nature médicatrice, et même à certains traitemens. Il survient, chez l'adolescent qui devient homme ou femme, des fonctions nouvelles et d'une telle importance, que l'individu tout entier en est méconnaissable, pour ainsi dire, du soir au lendemain. Quoi d'étonnant alors que, pendant le développement, quelquefois si prompt, d'actes organiques qui constituent presque un nouvel être, des lésions, même profondes, puissent être emportées et disparaître ? La nature alors ayant besoin de toutes ses ressources, met à contribution tous les élémens que peut lui fournir l'individu, et, par un effort vraiment sublime, elle peut, avec de mauvais matériaux, faire de bon ouvrage ! Mais en dehors de conditions dans lesquelles je viens de placer les fiévreux, je ne vois rien que le sulfate acide de quinine qui puisse leur venir en aide.

Mais ce que je ne saurais admettre, c'est que d'autres remèdes fassent ce que le sulfate *acide* de quinine ne saurait faire.

Quant à moi, je suis encore à trouver un seul cas de fièvre, intermittente ou non, miasmatique paludéenne légitime, qui n'ait pas guéri, et guéri sûrement, par le sulfate *acide* de quinine. Je donne ce nom à la fièvre toutes les fois que la rate est grosse, et je crois, sans vouloir aujourd'hui trancher cette question, qu'elle l'est dès le premier accès. Si je trouvais un cas de fièvre intermittente, ayant duré un certain nombre de jours, sans qu'il me fût possible de constater l'augmentation du volume de la rate, je croirais faire erreur de diagnostic. Si, cependant, le sulfate acide de quinine en triomphait, je dirais : je me suis trompé, la rate était grosse. Si le sulfate acide de quinine échouait, je dirais encore : ce n'est pas là une maladie de nature miasmatique paludéenne.

Depuis quinze ans que je fais de la médecine dans cette contrée, j'ai eu à soigner, sans exagération aucune, plusieurs milliers de fiévreux. Eh bien, jamais je n'ai perdu un malade arrivé à la période chronique de cette singulière maladie, quand j'ai pu lui administrer du sulfate acide de quinine en assez grande quantité et assez longtemps.

C'est donc pour moi, purement et simplement, une question d'argent. Que l'on ne s'étonne donc pas de mon langage, et que, surtout, l'on ne me prête pas le désir (que je n'ai nullement) de voir partout la même chose. J'ai eu quelquefois à regretter la mort d'individus atteints depuis peu et d'une façon tout à fait aiguë, c'est-à-dire que j'ai vu succomber quelques malades à ce que l'on est convenu d'appeler accès pernicieux, à la perniciosité enfin. Selon moi, il n'y a rien là de pernicieux ; c'est une question de plus ou de moins.

Sur un certain nombre d'individus qui deviennent malades, par suite de l'absorption du miasme paludéen, l'un contracte, selon la dose et peut-être aussi, je ne dirai pas selon la nature, mais selon la qualité du miasme absorbé, une maladie qui, si la médecine n'intervient, le tuera du premier coup ; j'en ai vu plusieurs exemples, un tout récemment. Un autre, soumis à la même influence, contractera une maladie qui ne le tuera qu'après plusieurs accès ; un autre, une maladie qui le laissera vivre des mois, des années ; un autre enfin, une maladie qui ne le tuera pas du tout, et de laquelle il se débarrassera seul, sous l'influence de circonstances souvent difficiles à apprécier. Mais le plus souvent, cependant, parce qu'il n'aura absorbé qu'une dose insignifiante du poison paludéen, ou bien encore parce qu'il aura eu affaire à un miasme de qualité — comment dirai-je ? — faible.

Ce que je viens de raconter, n'est-il pas l'image de ce qui se passe, toutes les fois qu'un poison quelconque pénètre dans notre organisme, n'importe le chemin qu'il aura pris pour entrer. Que ce poison soit animal, végétal ou minéral : c'est tout comme. Tout dépend de la dose et de la qualité. Il y a ceci de particulier au miasme paludéen que, quand son action est lente et faible, il dégrade l'organisme d'une façon toute particulière qui n'appartient qu'à lui, et qui se traduit par deux phénomènes principaux : l'altération du sang et l'hypertrophie de la rate.

Au début de ma carrière médicale, imbu des principes des écoles, j'ai souvent associé au sulfate *acide* de quinine un certain nombre de substances à titre d'adjuvans ; j'ai fait subir à mes malades, de concert avec l'emploi du spécifique, certaines médications que je n'emploie plus, depuis bien des années, sans de rigoureuses indications. Il y a quinze ans, j'appliquais des sangsues, des ventouses à l'épigastre, dans les fièvres d'été et d'automne, simultanément si bien des gastro-entérites intenses avec retentissement vers le cerveau. Dans celles du printemps, je faisais usage, ainsi que l'exige mon confrère, d'évacuans et principalement de vomitifs. Maintenant, et depuis longtemps déjà, je l'affirme, lorsque je n'ai affaire qu'à une affection miasmatique paludéenne, je m'en tiens au sulfate *acide* de quinine. Un très grand nombre de fois, j'ai vu des malades présenter tous les symptômes d'une lésion grave du tube intestinal avec délire, langue sèche et rugueuse, soif ardente, ventre ballonné et même gargouillement des fosses iliaques, être guéris en trois ou quatre jours sous l'influence du sulfate *acide* de quinine. Enfin, j'ai vu les fièvres vernales et même celles qui se développent l'hiver, sous l'influence de circonstances atmosphériques fugaces, céder et céder toujours au sulfate acide de quinine avec ou sans le secours des vomitifs.

Il est possible, cependant, que, sous l'influence d'un vomitif, administré dans des circonstances où son indication est formelle, on voie disparaître certains accès fébriles de nature miasmatique. Mais, le plus souvent, ils disparaîtraient seuls. Mon opinion est justifiée par la valeur de la cause qui les a produits. Et, sans vouloir me faire une arme de de l'axiome *Sublata causa*..... je puis dire que cette cause est bien légère et bien fugace. Quoi d'étonnant alors dans la réussite que l'on m'oppose. Mais que l'on ait affaire à une cause tant soit peu persistante et énergique, et l'on me dira des nouvelles de l'emploi des vomitifs et des autres évacuans.

Voici un fait qui, à mon sens, peut jeter du jour sur ce qui précède, et venir en aide à mon opinion, en la confirmant sous plus d'un rapport :

Un homme de 35 ans, d'un bon tempérament, atteint de fièvre depuis longtemps déjà, me fit appeler. Je constate chez lui l'existence d'une fièvre quotidienne de moyenne intensité. La rate, quoique volumineuse, n'est pas développée en proportion du temps qu'il y a qu'il a la fièvre. Sous l'influence du sulfate acide de quinine, cet homme semble être guéri au bout de huit jours. Mais, quelques jours plus tard, il est encore fiévreux. Il y a eu ainsi plusieurs rechutes successives, malgré l'emploi des purgatifs, du quinquina (je ne l'emploie plus maintenant), de l'acide arsénieux, etc., etc.

En examinant attentivement les lieux, et en réfléchissant, je me rendis compte de ce fait au moins curieux, et je ne tardai pas à en triompher définitivement. La chambre qu'occupait cet homme était petite, mal aérée, et l'air en était continuellement empoisonné par un petit marais artificiel que la femme de mon malade entretenait en lavant, en épluchant plusieurs fois par jour une certaine quantité d'herbes vertes sur un évier en planches placé sur le sol, et sous lequel existait un cloaque infect, rempli de brins d'herbes et de portions de légumes plus ou moins putréfiées. Je fis disparaître cet évier d'un nouveau genre, et combler le trou qu'il recouvrait ; je fis passer un lait de chaux vive sur les murs de la chambre de mon malade. Alors, sous l'influence de quelques doses de sulfate acide de quinine, cette fièvre disparut pour ne plus revenir. Ne ressort-il pas un véritable enseignement pratique de cette observation, et ne rend-elle pas bien compte de certains faits en apparence inexplicables ?

Je passe au point capital de cette discussion, à l'hypertrophie de la rate.

Les faits que j'ai cités dans ma note, et qui sont pris parmi un grand nombre d'autres identiques ou très analogues, devraient suffire à convaincre les plus incrédules. Il serait parfaitement inutile d'en citer d'autres.

Pour M. Chauffard, il n'y a qu'une relation indirecte entre la fièvre d'accès et l'hypertrophie de la rate ; ce ne serait, selon lui, qu'un fait de répétition et d'habitude. Pour moi, au contraire, il y a relation directe, identité même entre ces deux choses. Je ne dis pas que l'augmentation de volume de l'organe splénique soit la cause de la fièvre, mais je crois fermement que ces deux faits se tiennent et marchent ensemble. Pour moi donc, toutes les fois que le miasme paludéen pénètre dans notre économie, la rate devient souffrante et a de la tendance à grossir. Si la maladie se prolonge, la rate finit par s'approprier le miasme, et alors les accès manquent plus ou moins complétement. Le miasme paludéen, en pénétrant l'organisme vivant, traverse nos organes sans s'y arrêter, ce qui ne veut pas dire sans leur nuire, mais arrivé à la rate, il s'y fixe, y séjourne, et produit dans les mailles de cette espèce de feutre si propre à le retenir, une irritation *sui generis* qui y appelle le sang, et par suite l'hypertrophie plus ou moins prompte. Cette hypothèse, qui, un jour, je l'espère, n'en sera plus une, est-elle donc sans analogue ?

Je suis autorisé à conclure, et cela résulte bien davantage pour moi de mon expérience pratique que de mes vues théoriques, je suis autorisé à conclure, dis-je, que, si l'hypertrophie splénique et la maladie paludéenne sont identiques quant à leur nature, elles réclament et doivent céder à un traitement identique.

Ce n'est pas d'aujourd'hui que ces idées labourent mon cerveau ! Je les ai pour ainsi dire depuis le début de mes études médicales. La pratique, aussi étendue que possible à ce sujet, n'a fait que les fortifier.

Elles se trouvent consignées dans ma thèse, qui n'est qu'un acte probatoire, et que je ne cite ici que par nécessité. La proposition où elles

sont contenues m'a été suggérée par les essais comparatifs que j'ai vus tenter pendant un séjour de huit années dans le grand hôpital de Bordeaux, et surtout pendant mon internat, essais comparatifs entre les cautères, les vésicatoires et le sulfate de quinine. Ces essais ont tous été négatifs d'un côté et positifs de l'autre.

Voici quelques faits, choisis parmi de plus nombreux, qui serviront, je pense, à légitimer ma manière de voir.

Un homme d'une trentaine d'années, atteint depuis longtemps de fièvre, et porteur d'une grosse rate, appelle un médecin, qui ne voyant pas dans le sulfate de quinine un remède à son mal, lui prescrivit beaucoup de choses, et entre autres le calomel. Sous l'influence de cette médication, cet homme, dont la constitution était appauvrie, fut pris de salivation qui se compliqua d'ulcère gangréneux de la lèvre inférieure. Ce malheureux, effrayé, m'appela, et malgré tout ce qu'il y avait de fâcheux dans son état, j'augurai bien de son avenir. Je le soumis immédiatement au sulfate acide de quinine.

Cet héroïque remède ne tarda pas à changer la face des choses : mon malade se rétablit complètement et en assez peu de temps. Je dois ajouter que cet homme avait perdu, quelque temps avant, une jeune fille d'une douzaine d'années, atteinte du même mal que lui, et contre lequel on avait tout employé, sauf le sulfate de quinine.

Une femme de 40 ans, portant depuis longtemps une énorme rate, m'appela : je lui prescrivis aussi le sulfate acide de quinine. Mais comme il fallait continuer ce remède pendant longtemps et dépenser une assez forte somme, elle pensa mieux faire en s'adressant à un confrère, qui la traita par une autre méthode : elle ne tarda pas à succomber. Je pourrais citer vingt faits de cette nature : ils remontent presque tous aux premières années de ma pratique. Les pauvres seuls sont exposés à mourir de la maladie miasmatique chronique. Espérons que cet état de choses déplorable cessera !

Mon confrère me demande si je pense que le sulfate de quinine agisse en allant directement s'attaquer au miasme, etc., et, comme il voit que ce ne peut être là une opinion sérieuse, il répond pour moi, et dit : « Le quinquina, ou mieux le sulfate de quinine, *guérissent* en imprimant une modification salutaire à la sensibilité organique, etc., etc. » J'en suis fâché pour mon honorable contradicteur, mais je suis loin d'être aussi affirmatif que lui à cet égard. Le miasme paludéen existe : il n'est que trop tristement impossible de le nier.

Mais cet impondérable est parfaitement inconnu encore aujourd'hui. Tout ce que nous en savons, c'est que, selon la source qui le produit et selon l'état atmosphérique qui accompagne sa naissance, il se manifeste par des états pathologiques relatifs, quant à leur gravité et à leur forme, à l'énergie de la cause qui les a amenés. Nous savons encore que, quelle que soit la forme qui les traduise à nos sens, ces états pathologiques arrivent toujours et fatalement au même résultat, savoir : à la mort, plus ou moins immédiate, pour un petit nombre, et pour les autres, la vie restant compatible avec ce véritable empoisonnement, la rate grossit et le sang s'altère. D'où il résulte, pour moi, que le sulfate *acide* de quinine n'est ni un *tonique*, ni un *modificateur* de la sensibilité organique, mais un spécifique, un véritable antidote.

Sait-on comment *agit* un antidote quand il a à combattre un *corps* que l'on n'a jamais soumis à aucune espèce d'analyse !

Je termine par la simple réflexion suivante : ma réponse à M. Chaufard, c'est-à-dire la plus lourde partie de ma tâche, savoir, que, depuis 15 ans que je lis et relis, avec tout ce dont je suis capable d'attention et de soins, dans le grand et sublime livre de la nature, j'y vois toujours la même vérité écrite en caractères gigantesques et immuables ; et que, ce n'est pas de ma faute si elle reste encore voilée pour certains esprits, si aptes d'ailleurs à lire les autres pages de ce livre admirable.

Ma réponse à M. Rochard sera courte et très simple.

Et d'abord, je ferai observer à cet honorable et amène confrère, que, dans ma note, son nom n'a pas été prononcé, que, par conséquent, je n'ai pu faire qu'une allusion involontaire à son opinion et à ce qu'il a pu observer à Madagascar. Je lui ferai encore la petite observation, à savoir, qu'il a parlé d'une chose et moi d'une autre. Ensuite, il promet des observations concluantes contre mon assertion, et il n'en fournit qu'une seule qui est confirmative de la mienne, à savoir que, ses traitans, après avoir abandonné le sel quinique pour les purgatifs, meurent victimes de leur imprudence. Je le remercie de cet aveu.

Si j'ai raison, et je le crois, en parlant des ulcères gangréneux qui compliquent si fâcheusement la maladie miasmatique paludéenne chronique, je ne répugne nullement à croire et à dire que mon digne confrère peut également être dans le vrai, quant aux ulcérations qu'il a vus survenir aux jambes des Madécasses ou des traitans de Madagascar.

M. Rochard a eu la fièvre sans rien voir survenir du côté de la rate. J'ai été plus ou moins heureux que lui, comme il le voudra. J'ai été atteint plusieurs fois par le miasme paludéen, et toujours ma rate a plus ou moins souffert.

Dès le premier ou le second accès, j'ai acquis la certitude que ma rate avait grossi. En faisant alors de fortes inspirations, je sentais cet organe monter et descendre péniblement sous les fausses côtes gauches ; j'éprouvais aussi, dans l'hypochondre gauche, une sensation désagréable de chaleur qui se propageait vers l'épaule correspondante. Plusieurs fois, du reste, j'ai pu sentir cet organe dépassant les dernières fausses côtes.

Je ne vois rien à reprendre dans l'opinion de M. Rochard, confirmé par Bajon ; opinion qui veut que certaines maladies, de nature spéciale ou spécifique, soient un préservatif de celles dites intermittentes. La nature, évidemment, ne peut être occupée partout à la fois. Il peut se faire que, saturée déjà par certains virus, elle se refuse à l'absorption du miasme paludéen, ou du moins qu'elle ne lui donne qu'un accès difficile en nous. Pourquoi n'en serait-il pas ainsi ?

Il est démontré, pour moi, qui, je crois, ai une certaine compétence en cette matière, que l'opinion émise par le savant M. Boudin est la vérité, ou au moins une forte partie de la vérité. Il est certain qu'ici, où les maladies paludéennes règnent presque toute l'année, la fièvre typhoïde n'existe pour ainsi dire qu'accidentellement. La scrofule et la phthisie y sont aussi très rares.

De tout ce qui précède il résulte, ce me semble, que mes conclusions, loin d'être exagérées et surtout d'avoir été renversées ou même entamées par mes deux honorables confrères, restent intactes et purement et simplement l'expression de la vérité.

J'ajoute que mes contradicteurs, en publiant leurs notes, n'avaient point en vue de faire quelque chose pour ou contre l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement des fièvres miasmatiques, mais bien qu'ils voulaient, je suis loin de les en blâmer, qu'ils voulaient, dis je, apporter une petite quote-part dans la si longue discussion soulevée au sein de l'Académie, sur la révulsion. Seulement, je ne puis admettre qu'ils eussent bien choisi leurs moyens. Je suis donc excusable d'avoir, avec mes idées, que j'espère prouver plus au long un jour, émis une opinion favorable de tout point à l'emploi du sulfate acide de quinine contre la maladie miasmatique paludéenne.

La révulsion, au surplus, est une chose si grosse en médecine, qu'elle est capable de résister aux plus rudes assauts de parole et même de plume.

De tout quoi, je tire la conclusion suivante :

MM. Chaufard et Rochard aiment le sulfate de quinine, mais ne lui croient pas une vertu infaillible et constante dans le traitement de la maladie des marais, tandis que moi je lui reconnais cette éminente qualité.

Je prie mes contradicteurs d'être persuadés que je les tiens l'un et l'autre pour de très honorables et très dignes confrères.

Dr Bertet.

Cercoux, 17 février 1856.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 26 Décembre 1855. — Présidence de M. Rostan.

Discussion sur la Leucocythémie (1).

M. Woillez a la parole pour la lecture de l'observation suivante :

Leucocythémie consécutive à une affection fébrile intermittente.

Le nommé Matthey (Joseph), âgé de 40 ans, garçon de restaurant, né à Masseni (Jura), entra à l'hôpital de la Pitié, où je remplaçais alors M. Gendrin, le 8 août 1855, et fut placé salle Saint-Athanase, n° 1.

Quoique pour la première fois à l'hôpital, il nous dit qu'il a toujours eu une santé délicate.

A l'âge de 7 ans, il fut malade d'une scarlatine et de ses suites pendant un hiver entier.

Il vint à Paris vers l'âge de 15 à 16 ans. Jusqu'à 30 ans, plusieurs blennorrhagies facilement guéries ; et, à l'âge de 20 ans, un chancre, qui ne fut suivi d'aucun accident consécutif.

Il y a une douzaine d'années, il quitta Paris pendant six mois, qu'il passa en partie d'abord à Provins, pour travailler de l'état de cordonnier, puis il voyagea beaucoup, toujours dans une position très précaire, et usant d'un régime alimentaire insuffisant. Il revint à Paris où il a toujours habité un logement sec et sain, et où il reprit sa première profession de garçon de restaurant. Il fut dès lors assez convenablement nourri.

Ce n'est que 2 ans environ après son retour que, sans cause appréciable, il éprouva des accès d'une fièvre intermittente passagère, mais souvent répétés, pendant environ 6 années. Ces accès débutaient vers le soir, par un frisson violent, avec tremblement et parfois claquement de dents, suivi de chaleur et surtout de sueurs abondantes. Les accès revenaient deux, trois ou quatre jours de suite, puis disparaissaient pour se montrer de nouveau après un temps plus ou moins long, quelques jours, plusieurs semaines, et quelquefois même plusieurs mois. Jamais il ne fut forcé d'interrompre ses occupations, et ne suivit aucun traitement.

Ces accès étaient disparus complétement depuis 3 années sans autres troubles dans la santé, lorsque il y a 1 an, on lui fit remarquer que son ventre augmentait de volume. Alors seulement il sentit en le palpant qu'il était dur et gonflé. Un médecin qu'il consulta lui fit prendre de l'huile de foie de morue, puis du sulfate de quinine pendant environ un mois, mais sans aucune amélioration. Au contraire, son état empira graduellement, puisque la grosseur du ventre augmenta, et qu'il survint de la pâleur, des étouffemens assez fréquens, une diminution sensible des forces, et enfin, il y a deux mois, de l'œdème aux membres inférieurs. Jamais il n'y eut de vomissemens ni de diarrhée. Ne pouvant plus vaquer à ses occupations, il se décida à entrer à l'hôpital.

Le lendemain de son admission, 9 avril : décubitus dorsal, tête élevée, décoloration complète des tégumens avec pâleur des lèvres, légère bouffissure des paupières, œdème des membres inférieurs au niveau des malléoles. Absence complète de fièvre, mais souffle doux au premier bruit du cœur au niveau de la base seulement, souffle s'étendant vers la carotide droite, où il est même plus prononcé. Muqueuse buccale à peine colorée, gencives assez molles, non tuméfiées ni saignantes, langue nette, appétit conservé, mais digestion lente, parfois accompagnée de malaises, sans douleurs vives ni aucun autre trouble des fonctions digestives. Les selles sont régulières.

Le foie a son volume normal ; il ne déborde pas les côtes, et, vers la poitrine, ne dépasse pas à la percussion la cinquième côte. Le côté droit est souple du haut en bas, mais l'abdomen tout entier proémine généralement en avant, surtout du côté gauche, occupé tout entier par une tumeur uniforme, située immédiatement sous les parois abdominales, s'insinuant supérieurement sous les côtes, occupant en dehors et en arrière la région lombaire correspondante, dépassant en avant d'un travers de doigt la ligne médiane, et descendant en s'arrondissant un peu jusqu'au niveau du pli de l'aine. Elle est assez mobile par sa partie inférieure, où elle présente, ainsi qu'en avant, un rebord mousse qu'on peut saisir et soulever à travers les parois abdominales, mais elle est fixe supérieurement. Son rebord extérieur présente une échancrure à angle aigu de 4 à 5 centimètres de profondeur, un peu au-de-sus de l'ombilic. Vers la poitrine, la tumeur fournit à la percussion un son mat qui s'étend jusqu'au niveau du mamelon gauche, suivant une ligne horizontale, qui contourne ce côté de la poitrine en dehors et en arrière, ligne invariable dans la station assise et le décubitus ; inférieurement, où la tumeur va en perdant de son épaisseur, la matité n'est pas absolue comme dans sa partie supérieure. Il n'existe aucun engorgement des ganglions lymphatiques accessibles à l'exploration.

L'intelligence est parfaite, le sommeil bon ; mais les forces sont bien diminuées. Le malade reste levé toute la journée ; seulement, il ne peut marcher un peu vite sans être essoufflé ; rarement alors il est pris de palpitations. Pas de toux. Poitrine bien conformée ; résultats de la percussion normale à droite ; à gauche, matité complète dans les deux tiers inférieurs, comme il a été dit, et, au dessus, son tympanique clair et bref des plus manifestes. La respiration est haute, cosiale, sans accélération, et le bruit respiratoire ne se fait entendre qu'au sommet du poumon gauche.

Rien du côté des voies génito-urinaires, si ce n'est que parfois la miction ne se fait qu'une fois dans les vingt-quatre heures, sans douleur, mais alors très abondante. L'urine n'est pas sédimenteuse ; elle ne contient pas d'albumine, comme le démontre deux fois son examen à l'aide de la chaleur et de l'acide nitrique.

Comme médication principale, je prescris un régime substantiel et du sulfate de quinine que je remplace, après plusieurs jours, par un gramme de carbonate de fer et de quinine (parties égales) dans les vingt-quatre heures.

Pendant un mois de séjour à l'hôpital, aucune amélioration sensible n'est survenue. La maladie est restée stationnaire ; seulement, le 16 avril, le malade ayant ébranlé un fragment de dent cariée, il survint une hémorrhagie de 300 grammes environ dans les vingt-quatre heures, et qui continua les deux jours suivans, mais en s'amoindrissant. L'extrait de ratanhia à la dose de 4 grammes dans un julep gommeux fut alors employé.

Le sang ainsi rendu était très séreux et avait une teinte d'un rouge-brunâtre, qui attira mon attention comme ayant été signalée dans les cas de leucocythémie. Le malade ayant consenti quelques jours plus tard à se laisser faire une petite piqûre pour l'examen microscopique de son sang, j'ai constaté ce qui suit : une quantité considérable de globules blancs, volumineux, groupés ou isolés, se remarquant dans toutes les parties du sang examiné, qui reste presque entièrement liquide ; les globules rouges sont, au contraire, relativement rares, plus petits, irréguliers et déformés après plusieurs heures, tandis que les globules blancs conservent leur aspect primitif, même après leur dessication. On sait que l'évaluation relative de la quantité des globules blancs et rouges est difficile à établir exactement, par suite de l'accumulation en piles des globules rouges, tandis que les globules blancs, qui sont d'ailleurs plus volumineux, restent isolés ou seulement juxtà-posés. Dans le cas actuel, les globules blancs m'ont paru être dans la proportion d'un tiers au moins.

Dans cette observation, il y avait leucocythémie évidente. Mais ce fait diffère des cas déjà publiés, en ce que le malade a été atteint, pendant 6 années consécutives, d'accès fébriles véritablement intermittens, quoique souvent interrompus, puisqu'ils présentaient les trois stades de frissons, de chaleur et de sueur parfaitement dessinés, et revenaient constamment vers la même heure.

Aussi les antécédens m'avaient fait admettre d'abord une simple cachexie, suite de fièvre intermittente, diagnostic que venait confirmer le développement de la rate, sans aucune hypertrophie du foie ni des ganglions lymphatiques. Je n'ai été amené à rechercher et à constater la leucocythémie que par la vue du sang brunâtre que le malade a rendu par les gencives.

Ici la leucocythémie me paraît être symptomatique. Ce cas diffère-t-il essentiellement de ceux qui ont été publiés comme exemples d'une maladie particulière, caractérisée par une augmentation des globules blancs du sang, développement particulier de la rate et des glandes en général ? C'est ce qu'il me paraît difficile de résoudre, dans l'état actuel de la science. Ce qui est démontré par mon observation, c'est que la leucocythémie peut être symptomatique dans certains cas de cachexie, suite de fièvre d'accès. On ne doit pas d'ailleurs généraliser le fait pour tous les cas de cachexie, quelles qu'en soient les causes ; car ayant examiné le sang d'un sujet atteint d'un cancer de l'estomac arrivé à la dernière période, et présentant une cachexie des mieux caractérisées, je n'ai trouvé, pour ainsi dire, que des globules rouges, plus pâles, il est vrai, que dans l'état normal, tandis que les globules blancs étaient aussi rares que chez l'homme sain.

(*La suite prochainement.*)

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 Février 1856.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Strasbourg, 24 Février 1856.

Mon cher directeur,

J'attends de votre bienveillante équité l'insertion de la note que voici :

Dans la séance de la *Société médicale des hôpitaux* du 28 novembre 1855 (Union Médicale du 23 février 1856), M. Aran a lu un rapport sur un mémoire de M. Oulmont, relatif à une *épidémie d'angine couenneuse* à l'hôpital Saint-Antoine. Je lis dans ce rapport : « L'angine couenneuse est une complication fort inattendue et encore bien peu connue des fièvres graves. M. Oulmont en a cherché vainement des exemples dans les auteurs.... M. Louis est le seul qui, dans son excellent *Traité de la fièvre typhoïde*, en ait rapporté trois observations,.... dont l'une offre tous les symptômes de la marche du croup chez l'adulte. »

M. Oulmont n'a pas bien cherché. Moins que personne, l'ancien aide de clinique de la Faculté de Strasbourg pouvait ignorer qu'un de ses anciens maîtres a commis un gros volume intitulé : *Traité de l'entérite folliculeuse*. A l'article complications, il y aurait lu ces mots : « La diphthérite, qui arrive assez souvent comme accident ultime, mais qui peut se manifester à toutes les périodes. » (P. 328.) Ce qui prouve que, depuis longtemps, cette complication n'est pas, pour nous, *inattendue*. Puis, comme preuves cliniques, M. Oulmont eût trouvé, pages 339 et 344, deux observations *in extenso* (obs. XXXIX et XL). La première intitulée : *Entérite folliculeuse grave, complication de diphthérite, guérison* ; — l'autre ayant pour titre : *Entérite folliculeuse, croup laryngo-bronchique*, suivie de mort et d'autopsie.

On pourrait, en épiloguant, faire passer la première de ces observations pour une *diphthérite typhoïde*, c'est-à-dire considérer la diphthérite comme l'affection principale, bien que nous ayons déduit les raisons du contraire ; mais le second fait nous paraît à l'abri de toute interprétation évasive.

Voilà donc encore une *nouveauté* (c'est la cinquième ou sixième) qui se rencontre dans ce malheureux *Traité de l'entérite folliculeuse*, dont il est convenu que l'existence restera toujours et complétement ignorée... à Paris.

Votre tout dévoué et affectionné,

Professeur Forget.

Le cours de M. le professeur Cl. Bernard, au Collége de France, a lieu les mercredis et vendredis, à 1 heure.

C'est par omission que l'heure ne figure pas dans la note envoyée l'Union Médicale.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 28. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 4 Mars 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PHYSIOLOGIE : Du siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme. — II. REVUE GÉNÉRALE : Cas de rage par morsure d'un chat. Réflexions sur cette observation. — Observation de péritonite spontanée chez l'homme. — Cas confirmatif des recherches anatomiques de M. Gigon sur l'uretère. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie des sciences). Séance du 18 Février : Accidens observés sous les tropiques par suite de l'ingestion du poisson. — Phosphore et ses préparations considérés au point de vue de la médecine légale. — Deux nouveaux genres tératologiques. — IV. PRESSE MÉDICALE : Du rappoct qui existe souvent entre les affections cutanées et des désordres dans l'appareil génital interne de la femme. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Les hivers de Venise.

PHYSIOLOGIE.

DU SIÉGE COMMUN DE L'INTELLIGENCE, DE LA VOLONTÉ ET DE LA SENSIBILITÉ CHEZ L'HOMME ;

Par M. le docteur Max. PARCHAPPE, inspecteur général de 1re classe des établissemens d'aliénés.

(Suite. — Voir les numéros des 1er, 15, 22 Janvier, 5, 12 et 26 Février 1856.)

PREUVE PATHOLOGIQUE.

RÔLE D'ACTION CENTRALE DE LA COUCHE CORTICALE CÉRÉBRALE DANS LES PHÉNOMÈNES DE SENSIBILITÉ.

Si l'on se faisait, en général, des idées plus justes sur ce que peut être, au double point de vue de la physiologie et de la psychologie, le rôle de centre organique pour les phénomènes de sensibilité, on n'aurait certes pas pu consentir aux démonstrations illusoires des vivisections sur la séparation, dans des organes distincts, de fonctions inséparables, et sur l'existence de plusieurs centres pour un ordre de phénomènes qui supposent nécessairement l'unité d'action dans ce qu'ils ont de plus essentiel et de réellement définitif. Et en même temps, on se trouverait préparé à interpréter plus sûrement et plus utilement, pour l'éclaircissement de la question du siége organique du sensorium commune, les observations pathologiques, et à accepter plus facilement la démonstration qui peut être déduite de ces observations, en ce qui se rapporte à l'action physiologique de la couche corticale cérébrale dans les phénomènes de sensibilité.

Dès que me fut acquise la preuve pathologique du concours de la couche corticale cérébrale, en tant que centre d'action, dans les phénomènes d'intelligence et de mouvement volontaire, je n'hésitai pas à admettre que la question du siége organique de la sensibilité se trouvait implicitement tranchée ; et l'interprétation des faits ne tarde pas à me permettre de reconnaître l'accord de la pathologie avec la logique et avec la psychologie.

Il est important de se rappeler que ce qu'il y a de purement intellectuel dans les phénomènes de mouvement volontaire et de sensibilité, à savoir la volition et l'idéalisation des sensations, étant réservé comme faisant partie de l'intelligence elle-même, et ne pouvant en être séparé ni dans la fonction, ni dans l'organe, le rôle physiologique d'un organe central, en tant que point de départ des mouvemens volontaires et en tant que point d'arrivée des impressions sensitives, est aussi simple que possible, et ne suppose, comme condition de réalisation subsistante, que l'intégrité des conducteurs d'une part, et un état de l'organe qui permette, d'autre part, l'action dynamique dans sa plus simple expression.

On conçoit, dès lors, pour peu qu'on soit au courant de ce qu'il y a de plus évident et de mieux démontré dans la mécanique des fonctions du système nerveux, que l'altération profonde et surtout l'abolition du mouvement volontaire et de la sensibilité ne puissent guères se produire, tant que la vie intellectuelle persiste, que par la lésion profonde ou la désorganisation des conducteurs. On ne comprendra pas moins facilement que les lésions de l'organe central, qui n'excluent pas la persistance des manifestations intellectuelles, les conducteurs moteurs et sensitifs étant intacts et fonctionnant normalement, n'apporteront, dans ce qu'ont d'essentiel les phénomènes de mouvement volontaire et de sensibilité, que des perturbations plus ou moins légères, qui n'iront jusqu'à l'abolition de la fonction que dans des cas tout à fait exceptionnels.

Ainsi s'explique, dans le développement de la folie paralytique, cette apparente singularité de la persistance du mouvement volontaire, au milieu du désordre de l'intelligence, à un moment d'une maladie qui intéresse, à toutes ses époques, le siége commun de l'intelligence et de la motilité volontaire. Dès les premiers temps de la maladie, et souvent jusqu'à son terme, l'altération de la motilité ne consiste que dans une diminution de la force motrice, qui n'exclut la réalisation du mouvement volontaire que quand la désorganisation profonde, dans une plus grande étendue de la couche corticale cérébrale, amène, en même temps que la paralysie plus ou moins complète du mouvement, l'effacement plus ou moins absolu de toute manifestation intellectuelle. Il arrive même quelquefois que, dans la première période de la maladie, au lieu de cette diminution de la force motrice volontaire, qui ne tardera pas à se manifester par l'embarras de la parole, la faiblesse de la station, etc., on ait à constater une augmentation réelle dans le déploiement de l'activité motrice volontaire, symptôme qui n'est, au reste, que la manifestation, sous une autre forme, du même fait, à savoir la part prise par la couche corticale cérébrale, comme agent central, dans les phénomènes de mouvement.

Une étude attentive et une interprétation saine de l'influence exercée, sur les phénomènes de sensibilité, par les maladies, qui ont leur siége dans la couche corticale cérébrale, conduit à reconnaître des faits parfaitement analogues.

L'intégrité organique et fonctionnelle des conducteurs des impressions sensitives permet la persistance de l'action la plus simple, l'arrivée des impressions à un centre organique qui, bien que lésé, en prend conscience en tant qu'encore propre aux manifestations essentielles de la vie intellectuelle.

Mais l'observation prouve aussi que l'aptitude réceptive pour les impressions sensitives diminue au même titre que la force active pour les mouvemens volontaires, en raison de l'étendue et de la profondeur des altérations du centre organique. Le fait, dans sa généralité et dans sa constance, m'a été démontré par mes observations sur la folie paralytique, et se trouve formulé en ces termes dans ma symptomatologie de la folie : « j'ai positivement constaté, dans la dernière période de la folie paralytique, une diminution très prononcée de la sensibilité tactile. »

M. Bayle, en exposant les symptômes de la maladie qu'il a désignée sous le nom de méningite chronique, et qui n'est autre chose, pour le plus grand nombre des cas, que la folie paralytique, caractérisée par le ramollissement de la couche corticale cérébrale, signale, ainsi qu'il suit, l'altération de la sensibilité dans cette maladie :

« La paralysie du sentiment n'est jamais aussi marquée que celle du mouvement, et l'on n'en trouve presque aucune trace au début de la maladie; mais elle se manifeste et augmente à mesure que la paralysie du mouvement fait des progrès. Elle est toujours en raison directe de cette dernière, sans parvenir toutefois au même degré. Dans la troisième période, il faut pincer assez fortement les malades pour qu'ils donnent des signes de douleur (1). »

M. Calmeil a aussi constaté l'altération de la sensibilité dans la paralysie générale des aliénés : « Les individus sentent, ils voient, ils entendent, ils perçoivent les odeurs, mais l'énergie des sens est singulièrement émoussée ; il faut parfois tordre la peau pour obtenir un signe de douleur; il faut des odeurs fortes pour exciter la pituitaire, encore le malade n'est-il pas toujours capable de distinguer les odeurs agréables de celles

(1) Bayle, *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*, page 540.

Feuilleton.

LES HIVERS DE VENISE.

CLIMAT — HYDROGRAPHIE — EFFETS THÉRAPEUTIQUES.

I.

Les circonstances me ramenant tous les hivers en Italie, je me suis trouvé de nouveau, après une période de dix années, en présence des données intéressantes qui m'avaient inspiré la pensée d'écrire un livre sur le climat de cette Péninsule. Entre toutes les villes, dont j'avais esquissé les influences médicatrices, Venise m'avait particulièrement frappé. Cité qui mérite d'être étudiée à part pour la singularité de sa position géographique, elle n'en est pas moins digne des recherches du médecin pour les services thérapeutiques qu'elle peut rendre en bien des maladies. Placé dans des conditions avantageuses pour poursuivre ces études, dans cette Venise où la méditation est favorisée d'ailleurs par le calme et le silence qui règnent sur elle, mon esprit s'est fixé de nouveau sur mon ancien travail. Je n'ai pas voulu le refaire ; je n'avais pas à changer les bases sur lesquelles j'avais autrefois établi ma démonstration. Mais pour que la vérité s'établisse, il faut la reprendre, la redire sous des formes variées, la faire passer dans les esprits à l'état d'habitude. Un tel travail consciencieusement mûri n'est jamais une vaine répétition ; c'est un perfectionnement qui éclaire le point resté obscur, corrige l'erreur laissée dans le détail, et profite enfin des enseignemens de l'expérience. C'est ce que j'ai voulu faire, en écrivant ce qu'on va lire. Aurai-je réussi ?

J'ai d'abord reconnu que, depuis 1849, des efforts avaient été tentés pour attirer des clients à cet habile et bienfaisant médecin qui s'appelle le climat de l'Italie. Ils ne viennent pas des médecins du pays à qui il serait si facile de l'étudier et qui ne pourraient que le bien connaître ; ils viennent tous de médecins étrangers, et je crois que ces travaux n'ont pas été sans influence sur le nombre croissant des malades qui vont hiverner dans les différentes stations de la Péninsule. Ainsi, le docteur Burgess (de Londres) a publié, en 1852, un livre sur le climat de l'Italie (1) ; il est à l'intention de ses compatriotes ; et si l'auteur n'y partage pas toujours les opinions de Clarke et les miennes, il les adopte et les confirme le plus souvent. Ce livre, qui a l'avantage d'être court, a déjà été traduit en allemand par un médecin de Vienne. Pour ce qui regarde le climat de Venise, c'est encore un médecin étranger à l'Italie, le docteur Taussig, aujourd'hui médecin du grand-duc de Toscane, qui a traité ce sujet intéressant. Son livre, écrit en allemand (2), et qui n'a d'ailleurs que l'importance d'une petite brochure, est parvenu, depuis peu, à sa deuxième édition. Les langues dans lesquelles sont écrits ces livres, disent de quels pays part le plus grand nombre de malades qui vont faire un établissement d'hiver sur le sol italien.

Les Anglais ont été dans tous les temps, et les premiers sans aucun doute, les fidèles visiteurs de la Péninsule. Ils la parcourent dans tous les sens ; il n'y a pas de lieu où on ne les rencontre et où on ne les trouve établis. Nous avons suivi leur exemple, nous Français, avec une modération qu'explique peut-être, en partie, le voisinage de Nice et d'Hyères. Mais les Allemands, si fidèles au foyer domestique, si lents à se déplacer, parce qu'ils savent trouver autour d'eux, ce que d'autres cherchent en vain loin de la patrie, les Allemands commencent à demander à l'Italie les influences médicatrices de son climat. Par les Allemands, j'entends aussi tout ce qui appartient aux régions centrales et septentrionales de l'Europe. Les Russes aiment, en effet, l'Italie, et, comme les Allemands, semblent donner à Venise une préférence marquée sur les autres stations médicales du sol péninsulaire. Venise est la ville italienne la moins éloignée des populations du Nord ; par le Tyrol et la Styrie, on touche au cœur même de l'Allemagne. Assise sur une mer méridionale, elle transporte aux frontières extrêmes des climats tempérés une influence de climat aussi douce qu'égale. Ces avantages sont donc assez grands pour peupler pendant l'hiver la vieille Venise. Il a fallu les événemens qui agitent le monde, pour diminuer le chiffre de l'émigration que fournit annuellement à cette ville, la partie septentrionale du continent.

Sans recourir à des observations de climatologie, il est facile, pour ainsi dire, de reconnaître dans certaines conditions la supériorité du climat des lagunes sur celui de l'Italie centrale. C'est lorsque, à la stabilité dans l'état du ciel, il se joint une certaine analogie dans le caractère de cette stabilité entre les deux régions qu'on veut comparer, et qu'on se porte rapidement de l'une à l'autre. J'ai fait moi-même plusieurs fois cette expérience, et dans des circonstances favorables. Ainsi, dans l'hiver de 1852 à 1853, et vers le déclin de cette saison, j'avais gagné Venise, en traversant, sans m'arrêter, la Toscane, l'Apennin de Bologne et les plaines de la Lombardie. Le thermomètre de mes impressions plaça le climat des lagunes bien au-dessus de celui que je venais de quitter. Je fis à peu près le même trajet à deux reprises différentes pendant l'hiver de 1854 à 1855, et avec une rigueur de température qui a laissé de profonds souvenirs en Italie comme dans une grande partie de l'Europe ; la comparaison était tout à l'avantage des bords de l'Adriatique ; elle laissait derrière elle les qualités de climat de quelques villes de terre ferme et même de lieux plus voisins de la Méditerranée.

Il ne faut pas, sans doute, prendre pour point de départ, un hiver aussi rigoureux que celui de 1854 à 1855 : il fait exception dans l'état climatologique habituel. Toutefois, le vrai caractère des influences n'est jamais entièrement dissimulé par ces altérations. En général, ces hivers exceptionnels ne sont pas assez différens des hivers ordinaires, pour faire illusion sur le véritable fond du climat. J'ai pu le constater à Venise, pendant la saison dernière, comme j'aurais pu juger, si je n'avais pas déjà connu le climat des lagunes, les avantages du climat normal, d'après le caractère et les effets du climat exceptionnel.

J'avais autrefois pris sur une assez large base d'observation, une moyenne de froid pour Venise, qui se trouva de — 2,5. En la comparant à la moyenne de froid de la ville continentale la plus voisine, celle de Padoue, je trouvai 2 degrés en faveur de Venise (1). Ces différences entre

(1) *Climate of Italy, in relation to pulmonary consumption.*
(2) *Venedig als kurort : Ein führer für Kranke und leidende.*

(1) *Le Climat de l'Italie sous le rapport hygiénique et médical.*

qui ne le sont pas. Il est manifeste que les points de l'encéphale qui président aux sensations sont affectés tout aussi bien que ceux qui président à la locomotion (1). »

Mais, de plus, n'est-il pas légitime de rapporter à l'altération de la fonction centrale de la sensibilité ces illusions des sens, du sentiment et de l'imagination, si longtemps confondues sous le nom d'hallucinations, qui accompagnent le délire de la folie paralytique? Est-il possible aujourd'hui de méconnaître cette vérité, que ces troubles morbides peuvent se produire et se produisent, en effet, le plus souvent, en l'absence de toute lésion des organes dont la fonction est de recevoir et de conduire les impressions sensitives? Et si, tandis que ces organes demeurent complétement étrangers aux perturbations fonctionnelles qui intéressent la sensibilité, il est démontré que leur manifestation se montre étroitement liée à une altération de l'organe où siégent l'intelligence et la volonté, comment échapper à la nécessité d'admettre que les troubles de la sensibilité, au même titre que les troubles de l'intelligence et du mouvement volontaire, expriment l'altération de l'organe central simultanément affecté à la réalisation de ces trois modes d'une même fonction? Et comment ne pas être conduit à trouver dans ce fait un commencement d'explication physiologique pour le phénomène si singulier et si bizarre de l'hallucination? En effet, n'est-il pas naturel, et en quelque sorte nécessaire, qu'un mouvement vital qui se produit spontanément dans un organe puisse avoir des effets analogues à ceux qui se manifestent quand ce mouvement vital est provoqué par une action extérieure? L'action qui se produit sous l'influence morbide dans l'organe central de la sensibilité, ne peut-elle pas être conçue comme apte à réaliser une influence analogue à celle qu'apportent normalement les conducteurs, à la manière de ce que l'action morbide est apte à produire en ce qui touche les conducteurs eux-mêmes? La lésion morbide d'un conducteur, d'un nerf, par exemple, ne peut-elle pas produire, comme le produit constamment l'irritation artificielle, une influence qui se traduise, en définitive, par une sensation, sans qu'aucun objet réel ait exercé sur l'appareil de réceptivité, peau, œil, oreille, etc., l'influence qui est, dans l'ordre normal, la condition essentielle de la sensation?

Je pense donc que les illusions, les hallucinations et l'affaiblissement général de la sensibilité, dans la folie paralytique, ont, en ce qui concerne le siége de la sensibilité, la même portée inductive que le délire et la paralysie générale incomplète, en ce qui concerne le siége de l'intelligence et de la motilité volontaire, et qu'il est possible et rationnel d'invoquer, à l'appui de la doctrine qui place le siége de la sensibilité dans la couche corticale cérébrale, toutes les observations légitimes de folie paralytique.

Mais la pathologie me paraît en mesure de confirmer la vérité de cette doctrine par des preuves positives empruntées à d'autres espèces morbides.

L'appareil organique de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité, au point de vue de sa fonction unitaire sous ces trois modes, ne peut être conçu même en étant restreint à son élément essentiel, la couche corticale cérébrale, que comme réalisé par la fusion en un seul organe de ses deux parties latérales, les deux hémisphères, ou plutôt les couches corticales des deux hémisphères, unies et associées au moyen des conducteurs spéciaux anatomiquement désignés sous le nom de commissures.

La fonction intellectuelle, dans ce qui la constitue essentiellement, peut être actuellement exercée, indépendamment de tout rapport actuel d'action ou de passion, avec le monde extérieur et avec le corps du sujet qui représente un monde extérieur par rapport aux actions propres de l'âme.

Il n'en est pas de même de la sensibilité et de la motilité volontaire, dont les phénonènes ne peuvent se produire que par des rapports actuels de l'organe de l'âme avec le corps et le monde extérieur.

La structure de l'homme implique en fait, comme moyen de ces rapports, l'existence d'un double appareil de conducteurs latéraux, qui supposent nécessairement l'existence d'un double moyen de connexion avec l'organe de l'âme et qui motivent le fait de l'existence de deux centres subordonnés pour la réalisation du double moyen de rapports. Ce sont les hémisphères cérébraux qui, réalisant par leur ensemble l'organe de l'âme, représentent chacun un organe de centralisation partielle pour l'action propre à chacun de ces doubles moyens de rapports, par leur substance blanche, organe conducteur, et par leur substance grise, centre de départ et d'arrivée pour les influences nerveuses de chaque côté.

De cette particularité de structure, qui a évidemment pour but non seulement de favoriser toutes les actions physiologiques dont l'ensemble harmonieux constitue la vie, mais encore de doubler, à propos des fonctions principales et à propos de la vie elle-même, les chances de conservation et de résistance aux causes de destruction, il résulte que, pour l'abolition de l'intelligence, l'altération de la couche corticale, dans les deux hémisphères, est généralement nécessaire, un hémisphère pouvant, jusqu'à un certain point, suppléer ce qui manque à l'autre pour l'accomplissement des fonctions les plus essentielles à l'âme. Il en résulte, au contraire, qu'en ce qui touche l'action de la force psychique, d'où dérivent les phénomènes de sensibilité et de mouvement volontaire, son abolition, qui ne sera générale et complète, qu'à la condition d'une altération profonde de l'organe de l'âme tout entier, pourra se produire partiellement dans l'un des deux appareils latéraux de moyens de rapport, c'est-à-dire dans l'une des deux moitiés latérales du corps, quand une altération profonde aura atteint la partie organique centrale de l'un ou l'autre de ces deux appareils, c'est-à-dire la couche corticale de l'un des deux hémisphères cérébraux.

C'est en m'appuyant sur cette vue anatomo-physiologique, dont l'exactitude me paraît incontestable, que je me suis trouvé conduit à admettre, *à priori*, qu'une altération considérable en étendue et en profondeur de la couche corticale cérébrale, quelle que fût son influence sur la fonction intellectuelle proprement dite, devait avoir pour effet une altération correspondante dans la motilité volontaire et la sensibilité, et à concevoir la possibilité, si cette prévision se trouvait vérifiée par la pathologie, d'invoquer à l'appui du rôle que j'attribue à la couche corticale cérébrale, en tant que siége de la sensibilité, un ordre particulier de preuves positives.

Les observations dans lesquelles une altération permanente de la sensibilité, bornée à l'un des deux côtés du corps, a été positivement constatée pendant la vie, durant tout le cours de la maladie jusqu'à la mort, ne sont pas très communes. Et celles dans lesquelles l'altération pathologique, reconnue après la mort, s'est trouvée exactement circonscrite dans un organe distinct sont encore plus rares.

Avant d'attribuer positivement aux faits pathologiques que contiennent les archives de la science la valeur qui me paraît leur appartenir, je tenais essentiellemnet à avoir observé moi-même la réalisation pathologique du fait dans des conditions qui ne pourraient me laisser aucun doute.

Plusieurs observations avaient déjà confirmé plus ou moins rigoureusement mes vues, lorsqu'en 1848 je me trouvai en face d'un cas pathologique qui, quant aux symptômes, me paraissait présenter toutes les conditions désirables, comme fait dont l'anatomie pathologique devait démontrer la valeur décisive dans la question. Je n'hésitai pas, après une étude approfondie des phénomènes offerts par le malade, à les interpréter conformément à la doctrine que j'avais dès lors adoptée sur le rôle des diverses parties constituantes du système nerveux central, à poser le diagnostic d'après cette doctrine, et à annoncer à l'avance à mes élèves, selon mon habitude, la nature et le siége de l'altération qu'on trouverait après la mort, c'est-à-dire, dans ce cas particulier, le ramollissement profond et étendu de la couche corticale de l'hémisphère opposé au côté du corps atteint de paralysie de la sensibilité. L'examen nécroscopique confirma le diagnostic, et vérifia, pour moi, le point de doctrine qu'il n'entrait pas dans mes vues de développer posititivement et publiquement à cette époque.

Voici cette observation :

OBSERVATION 54.

Un homme, âgé de 35 ans, entré à l'asile de Saint-Yon, pour cause de folie aiguë revêtant la forme maniaque, offre tout à coup, le 4 avril 1848, les symptômes suivans :

Perte de la connaissance et de la parole. Hémiplégie gauche. Mouvemens convulsifs dans les membres du côté gauche et dans la moitié gauche de la face.

Retour à la connaissance. La parole est embarrassée.

Le mouvement volontaire est complétement aboli dans les membres supérieur et inférieur du côté gauche. Légers mouvemens convulsifs dans le membre supérieur gauche.

La commissure gauche de la bouche est pendante.

Du côté gauche, la peau des membres supérieur et inférieur, la peau du visage et la conjonctive sont complétement insensibles. En prenant la précaution d'introduire le doigt ou un instrument par l'angle externe de l'œil, on peut toucher la conjonctive sans que le malade en ait conscience, et sans que le clignement des paupières se produise.

La vue est conservée dans les deux yeux.

Le 5 avril. Légère contracture dans le bras et dans la jambe.

Persistance de l'insensibilité.

Paralysie de la vessie.

Évacuations involontaires.

Après dix jours, pendant lesquels persiste cet état, les changemens suivans se prodnisent :

La vessie reprend ses fonctions.

La contracture a disparu dans le membre inférieur, que le malade peut ramener volontairement du plan du lit où il repose sur sa poitrine.

La contracture et l'immobilité persistent dans le membre inférieur.

La conjonctive a repris un peu de sensibilité. Mais l'insensibilité est absolue dans la peau de toute la moitié gauche du corps.

La parole est un peu moins embarrassée.

Il y a délire général.

Cet état, tous les jours positivement constaté, persiste, avec dépérissement graduel et sans autre changement appréciable jusqu'aux approches de la mort, c'est-à-dire pendant une durée de plus d'un mois et demi.

Dans les deux derniers jours, abolition de l'intelligence, embarras de la respiration.

Mort dans le coma, le 4 juin, à une heure.

Autopsie cadavérique, le 6 juin, à dix heures.

(1) Calmeil, *De la paralysie générale chez les aliénés*, page 47.

---

la ville des lagunes et les villes du reste de la Vénitie, s'est également caractérisée pendant le cours du dernier hiver; la première a continué de garder pour elle cet avantage d'une température sensiblement plus modérée. Venise a eu cependant ses froids assez intenses, et même des séries assez prolongées de mauvais jours pour détruire l'effet et jusqu'au souvenir des belles journées. Le 29 mars, par exemple, a été une journée mémorable, car le froid a atteint son maximum d'intensité, et a dû dépasser — 7 dans les premières heures de la matinée. Mais Venise ne pouvait pas rester isolée, par une exception qui aurait été un phénomène, des influences qui régnaient de tous les côtés ou qui, pour mieux dire, la touchaient par tous les points. Ce qui est vrai et ce que constate à la fois l'observation thermométrique et les impressions rapportées par moi-même, c'est que Venise conservait pendant ces froids rigoureux, une supériorité marquée sur les villes du continent et sur d'autres même situées au delà de l'Apennin.

La neige a été très abondante et s'est répétée fréquemment. Depuis le 14 janvier jusqu'à la fin du même mois, j'ai compté huit jours de neige, tombant tantôt épaisse et serrée, tantôt assez fine et légère pour être balayée par une courte averse, ou fondue par un rayon de soleil. En février, la neige a reparu, mais en alternant avec de grandes pluies et d'assez grands vents pour rendre la navigation très pénible; j'ai vu des jours où la gondole ne pouvait tenir sur le grand canal.

Il y a loin de ce chiffre atteint par les jours de neige, à cette moyenne de cinq jours et demi pour les années où l'hiver ne sort pas de son caractère ordinaire. Mais il ne faut pas oublier sous quelles influences s'est passée la première moitié de l'année 1855. Le froid a été rigoureux, et a régné dans des conditions très curieuses sous le rapport météorologique (1). Une épaisse couche de nuages s'étendait en une large bande sur une partie de l'Europe; elle était le réservoir de cette masse de neige, qui pendant plus de deux mois a encombré le sol. Dans les zones septentrionale et méridionale, où le météore finissait, la neige ne tombait plus, ou tombait en faible quantité, c'était la pluie. Venise, située sous la zone septentrionale, reçut une assez grande quantité de neige, relativement à ses conditions de climat, mais la pluie eut la prépondérance.

Le double voyage que je fis du nord au centre de la Péninsule à l'époque des neiges, correspondait précisément à toute l'étendue du nuage, car ce météore était compris pour l'Italie, entre une ligne passant sur Venise, et une autre qui aurait passé sur l'Apennin toscan. Il me permit de voir en peu de temps les effets variés du phénomène. Sur les bords de la lagune, pas de neige. A mesure que nous avancions vers Padoue, quelques places en étaient couvertes dans les champs, mais la couche était superficielle. Quelques lieues plus loin, elle couvrait uniformément le sol et mesurait une grande puissance. A Mantoue et à Modène, cette puissance atteignait son maximum. A Bologne enfin, au pied de l'Apennin, on pouvait juger de la masse tombée dans la ville, par la grosseur des tas qui encombraient les rues. En gravissant l'Apennin, je croyais voir de nouveau la neige, elle était en petite quantité sur le versant septentrional, on la retrouvait formant à peine quelques larges taches blanches sur les points déprimés du sommet; mais il n'en paraissait pas la plus faible trace sur le versant méridional et dans la vallée de l'Arno. Si la neige s'interrompait brusquement, ses limites étaient marquées dans l'atmosphère; les pluies seulement tombaient abondamment. Tout le monde a connu les désastres causés par les inondations, en Toscane et dans les Etats romains. Bien que comprise comme les vallées de l'Arno et du Tibre, dans la bande des pluies, la Lagune vénitienne fut mieux traitée; elle n'eut ni les neiges abondantes du pays lombard, ni les pluies diluviennes du sol étrusque.

Avec ce caractère exceptionnel, quoique modéré, le climat vénitien devait perdre ses bonnes influences; il n'en a pas été autant qu'on aurait pu le penser. Lorsqu'un rayon de soleil dissipait les nuages, l'air devenait très doux, même lorsqu'il venait un peu; et la promenade, les excursions dans les îles de la Lagune étaient alors, pour les valétudinaires comme pour les malades, la source des plus agréables impressions. Malgré les rigueurs de l'hiver, les beaux jours ne furent pas rares. Le mois de novembre fut beau; décembre eut des jours d'une douceur de température faite pour ajouter à la renommée médicale du climat vénitien; janvier eut une grande sérénité de ciel pendant la première moitié de son cours; février même s'ouvrit par quelques journées de soleil. Ce fut vers le milieu de ce mois que la phase de beau temps s'interrompit. D'épais nuages assombrirent l'atmosphère, et dès ce moment commencèrent une alternative de neige et de pluie, qui ne permirent guère au soleil de se montrer, et durèrent jusqu'au mois suivant. Ainsi, l'hiver vénitien, quoique plus long que les hivers ordinaires, ne se montra rigoureux que pendant quelques semaines. Mars rasséréna le ciel; les matinées étaient brumeuses, mais l'atmosphère devenait pure et brillante vers le milieu de la journée. Quant au mois d'avril, il ouvrit en quelque sorte la belle saison, car il fut beau jusqu'à la fin.

(*La suite prochainement.*) Dr Éd. Carrière.

(1) Une communication très intéressante a été faite à ce sujet, à l'Académie des sciences, par le directeur de l'Observatoire de Paris.

La Société de médecine de Lyon vient d'être reconnue, par un décret récent, comme établissement d'utilité publique.

— Un fait des plus intéressans au point de vue zoologique vient de se produire à la ménagerie du muséum d'histoire naturelle de Paris. Une girafe mâle est née ce matin de deux individus que l'établissement possède depuis deux ans environ. C'est la première reproduction de ces animaux africains qui ait eu lieu non seulement en France, mais encore sur tout le continent. La girafe née au muséum mesure déjà près de deux mètres de hauteur.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris, par M. le professeur Andral; recueilli et publié par M. le docteur Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édition entièrement refondue. — 3 vol. in-8o de 2076 pages. — Prix : 18 fr.
Germer-Baillière, libraire, 17, rue del'Ecole-de-Médecine.

Traité de la Maladie vénérienne, par J. Hunter, traduit de l'anglais par le docteur G. Richelot, avec des notes et des additions par le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, membre de l'Académie de médecine, etc.; accompagnée de 9 planches. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. — Prix : 9 fr.
Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Poids de l'encéphale, 1 kilog. 300 gram.

L'hémisphère droit du cerveau offre les altérations suivantes :

Dans toute l'étendue de l'hémisphère, la pie-mère adhère à la couche corticale ramollie, qui se détache par plaques larges et épaisses.

Dans les circonvolutions qui avoisinent la scissure de Sylvius et dans la région syncipitale, toute l'épaisseur de la couche corticale se détache entièrement de la substance blanche qui demeure à nu, et qui reproduit, en relief et en creux, tous les accidens de forme qui appartiennent à la portion médullaire des circonvolutions.

Entre la couche corticale et la portion médullaire de plusieurs circonvolutions de la région syncipitale, existe un liquide séro-sanguinolent, qui s'écoule au moment où la traction exercée sur les membranes détermine le soulèvement de la couche corticale décollée.

Les deux tiers antérieurs du lobe moyen, dans sa portion inférieure, offrent un ramollissement diffluent, non seulement de la couche corticale, mais encore de la substance blanche sous-jacente, qui n'est soutenue, du côté du ventricule, que par la membrane ventriculaire et une couche peu épaisse de substance médullaire intacte. La portion ramollie de la substance blanche se désagrège et flue, rappelant, pour la consistance et la couleur, des flocons humides de caséum.

L'hémisphère gauche offre quelques adhérences superficielles et disséminées de la pie-mère à la couche corticale, qui s'enlève par plaques étroites et minces. Sauf ce ramollissement superficiel et partiel, la couche corticale a conservé sa consistance normale, et toute la substance blanche de cet hémisphère est ferme et sans altération.

Toutes les autres parties de l'axe cérébro-spinal sont parfaitement saines.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE GÉNÉRALE.

Cas de rage par morsure d'un chat. Réflexions sur cette observation. — Observation de péritonite spontanée chez l'homme. — Cas confirmatif des recherches anatomiques de M. Gigon sur l'uretère.

Ne nous lassons pas, malgré le triste état de la thérapeutique de la rage, ou plutôt à cause même de l'impuissance actuelle de l'art contre cette terrible maladie, d'en publier tous les cas qui se présentent à l'observation des médecins. C'est en accumulant les faits bien observés, qu'il sera peut-être possible un jour d'arriver à quelques résultats d'application. Le passage de M. Dumas au ministère de l'agriculture et du commerce a été marqué par l'impulsion nouvelle que ce savant ministre a voulu donner aux recherches et aux études sur la rage. Tous les ans, les préfets doivent adresser à l'administration supérieure, à Paris, les bulletins indicatifs des cas de rage observés dans leurs départemens. Ces documens, transmis au Comité consultatif d'hygiène publique, y sont l'objet d'un rapport général annuel, et quoique peu d'années se soient encore écoulées depuis la mise à exécution de cette mesure, quoique tous les préfets n'aient pas également compris toute son importance, et qu'un certain nombre de documens, positifs ou négatifs, fassent encore défaut, cependant il serait difficile de trouver ailleurs une masse déjà aussi considérable de renseignemens; il serait difficile surtout d'en tirer meilleur parti que ne l'a fait jusqu'ici le membre distingué du Comité d'hygiène, M. Tardieu, chargé d'en faire le dépouillement.

M. le docteur Sabatier, médecin de l'hôpital de Bédarieux, veut bien nous communiquer l'observation suivante que nous nous empressons de publier :

Observation d'un cas d'hydrophobie. — Mme Sophie D..., âgée de 47 ans, d'une forte constitution, fut mordue le 31 décembre 1855, à la cheville du pied gauche, par un chat que l'on crut enragé, parce qu'il avait cherché à mordre plusieurs personnes.

Quoique vivement inquiète sur sa blessure, Mme D..., au lieu d'appeler un médecin et de faire cautériser les plaies résultant de la morsure, aima mieux avoir recours à de prétendus guérisseurs, qui lui assurèrent, après l'avoir soumise à certains exorcismes, qu'elle était entièrement guérie.

Confiante en leurs promesses, cette malheureuse femme, à son retour à Bédarieux, ne me parla pas même de sa blessure, qui se cicatrisa dans le temps ordinaire; et je l'ignorais complétement, lorsque je fus appelé auprès d'elle le 10 février, c'est-à-dire le 42me jour après l'accident.

Ce jour-là Mme D... ressentit dans la cicatrice des piqûres très vives, qu'elle comparait à des raies de feu; ces piqûres cessèrent au bout de quelques heures, et furent remplacées par des douleurs sourdes qui s'étendirent aux deux jambes.

Ces douleurs restèrent bornées aux membres inférieurs tout le dimanche et durant une partie de la journée du lundi; mais, dans la soirée de ce jour, Mme D... commença à présenter du côté des parties génitales des symptômes fort singuliers :

Elle se plaint d'éprouver dans l'intérieur des parties des élancemens douloureux qui la mettent hors d'elle-même, et qu'elle désigne sous le nom de *passions*. Ces élancemens ne sont pas continuels, et ils laissent à la malade quelques intervalles de repos; mais lorsqu'ils se font sentir, ils paraissent surexciter vivement tout le système nerveux.

Soupçonnant qu'un prurigo des grandes lèvres, dont je savais que la malade était atteinte, pouvait avoir gagné l'intérieur du vagin, je me contente de prescrire des lotions fréquentes avec de l'eau blanche, et deux bains de siége frais.

Ces bains ont été fort mal supportés; mais, à la visite du soir, je constate que les élancemens douloureux se sont calmés pour faire place à un trouble de l'estomac qui se traduit par des vomissemens fréquens. Je considère ces vomissemens comme sympathiques de la lésion des parties génitales, et j'insiste de nouveau sur les bains et les potions antispasmodiques et opiacés.

Mais au lieu du calme que j'espérais obtenir, l'état général va en s'aggravant, et dès le lendemain matin, après une nuit passée dans l'agitation, tous les symptômes de la rage se montrent avec un ensemble tel, qu'il n'est plus permis de la mettre en doute.

Spasme de la glotte, horreur des liquides, impossibilité d'avaler, fureur, face pâle, œil égaré, secousses convulsives, écume à la bouche. La malade insulte toutes les personnes qui l'entourent, et son mari lui-même qui la soigne avec le plus grand dévouement. Le pouls s'accélère et devient irrégulier.

Dans la nuit, l'excitation est portée à son comble; elle échappe aux personnes chargées de la contenir, se précipite dans la chambre et se meurtrit la tête contre le pavé. Sa face couverte de contusions, et sa chevelure en désordre, la font ressembler à une véritable furie.

Au milieu de ces horribles convulsions, l'intelligence reste saine : elle demande son mari et son fils et leur donne des conseils pleins de sagesse; enfin elle ne se fait aucune illusion sur la terrible maladie dont elle est atteinte.

Bientôt apparaissent des vomissemens abondans d'un sang noir et épais; puis à cette période d'excitation, qui dure jusqu'au jeudi à onze heures, succède un état d'affaissement comateux, avec des symptômes d'asphyxie, et elle s'éteint doucement à une heure de l'après-midi.

Le traitement employé lorsque les symptômes de la rage se sont montrés avec évidence, a consisté dans une potion antispasmodique contenant 25 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, qui n'a été prise qu'en partie, et quelques affusions froides sur la tête.

J'ai essayé d'administrer le chloroforme; mais au moment où l'on approchait l'éponge de son nez, cette femme entrait en fureur et se débattait avec tant de violence, qu'il m'a été impossible de l'endormir complétement.

L'autopsie n'a pu être faite.

En examinant l'arrière-gorge, j'ai trouvé sur les amygdales et le voile du palais une rougeur assez marquée. J'ai recherché avec le plus grand soin sous la pointe de la langue, aux deux côtés du frein, les vésicules signalées par Marochetti, mais je n'ai pu rien découvrir.

La cicatrice non plus ne s'est pas rouverte.

M. Sabatier fait suivre cette observation de réflexions judicieuses :

J'ai tenu à présenter cette observation avec quelques détails, d'abord parce qu'elle me paraît intéressante par elle-même, et ensuite parce que je pense que le meilleur moyen d'arriver à quelque chose de positif sur la thérapeutique de la rage, c'est de livrer à la publicité tous les cas qui viennent à se présenter dans la pratique.

La rage a été ici inoculée par un chat, chez lequel, suivant toutes les probabilités, elle s'était développée spontanément. Les parens de la femme D..., que j'ai interrogés avec le plus grand soin à ce sujet, m'ont raconté que ce chat, à la suite d'une brûlure, était resté durant quelques jours triste, refusant toute nourriture, et que, peu à peu, ils avaient vu sa tristesse se changer en une véritable fureur. Ce fait de la transmission de la rage par un chat, quoique rare, a été pourtant plusieurs fois observé.

Un beau-frère de cette malade a été mordu trois jours avant elle, mais jusqu'ici il n'a présenté aucun symptôme d'hydrophobie. Il y a donc lieu d'espérer qu'il en sera exempt, quoiqu'il soit impossible de l'affirmer. Car la durée de l'incubation du virus rabique est loin d'être déterminée d'une manière précise. C'est ainsi que nous voyons, au dire de certains observateurs, la rage se manifester après six, huit mois, et même une ou plusieurs années. Mais ces faits doivent être acceptés avec beaucoup de réserve. Il ressort, en effet, du tableau inséré dans l'excellent rapport de M. Tardieu, sur la rage, que plus des deux tiers des cas éclatent dans les trois mois qui suivent la morsure. Mais ce point de l'histoire de la rage aurait besoin d'être fixé par de nouvelles recherches. Chez notre malade, c'est au 42me jour que les premiers symptômes ont paru.

Les singuliers phénomènes que cette femme a présentés du côté de l'utérus, et qui se rapprochaient si manifestement de la fureur utérine, ont été signalés dans un autre cas d'hydrophobie par Portal.

Enfin la marche de la maladie elle-même est digne d'être notée. C'est d'abord dans la cicatrice que les premières douleurs se font sentir : elles s'étendent ensuite et successivement aux membres inférieurs, à l'utérus, à l'estomac, au cou. Ce fait que les douleurs commencent dans le point même de la morsure, ne pourrait-il pas faire supposer qu'avant d'être absorbé, le virus reste durant un certain temps confiné dans le lieu même où il été introduit, et qu'il a besoin de subir une transformation pour être absorbé, et venir frapper le système nerveux? S'il en était ainsi, on comprendrait l'utilité d'une cautérisation tardive.

La durée de la maladie a été de quatre jours, et sa terminaison, comme toujours, funeste. Pour quiconque, en effet, a vu se dérouler sous ses yeux l'effrayant tableau que présentent les personnes atteintes de cette horrible affection, il demeure évident que la rage confirmée est au-dessus de nos ressources. C'est donc surtout vers la médication préventive que nous devons diriger tous nos efforts, et malheureusement sur ce point tout est encore à faire.

Tous les praticiens s'accordent à reconnaître que la seule méthode efficace pour empêcher le développement de la rage chez les personnes mordues, c'est de cautériser le plus promptement possible les plaies résultant de la morsure. Mais comment cette cautérisation doit-elle être faite? Quel est le caustique qui doit de préférence être employé? Est-ce le fer rouge? Sont-ce les acides minéraux ou les caustiques potentiels? A quelle profondeur faut-il porter l'agent destructeur? Est-il d'une bonne pratique d'entretenir durant un certain nombre de jours une suppuration artificielle dans le point lésé, afin que cette suppuration entraîne au dehors les restes du virus qui auraient échappé au caustique? Enfin, et ceci est capital, jusqu'à quelle époque peut-on recourir à la cautérisation?

Toutes ces questions auraient besoin d'être élucidées : il serait même désirable que notre premier corps savant, l'Académie de médecine, publiât à ce sujet des instructions qui serviraient de règle aux médecins des campagnes. Mais pour donner à de pareils préceptes toutes les garanties de certitude possibles, il est indispensable d'instituer des expériences.

Ne pourrait-on pas, comme l'a fait M. Renault à Alfort, faire mordre par des chiens manifestement atteints de rage, un certain nombre d'animaux que l'on soumettrait ensuite à des cautérisations variées? Diviser ces animaux en séries; chez ceux de la première série, employer l'acide sulfurique, par exemple; chez les autres, le fer rouge; chez les derniers, la potasse ou la poudre de Vienne? Et pour ce qui est de la cautérisation tardive, cautériser d'autres séries, deux, trois, quatre, cinq, dix, quinze jours après la morsure?

Ce n'est, je le répète, qu'avec de pareilles expériences qu'on parviendra à établir quelque chose de positif sur la médication préventive de la rage. Le rapport de M. Renault nous donne la mesure de ce que peut une expérimentation habile unie à un beau talent d'observation; mais il n'a malheureusement qu'une valeur négative.

Enfin, qu'il me soit permis, en finissant, de déplorer l'ignorance des habitans de la campagne qui, malgré les efforts du gouvernement (1), au lieu de faire immédiatement cautériser leurs plaies, vont se mettre entre les mains de certains guérisseurs, dont les pratiques absurdes autant que ridicules, ne seraient dignes que du plus profond mépris, si elles n'avaient pour effet d'entretenir ces malheureux dans une funeste sécurité. Nous appelons donc de tous nos vœux l'intervention de l'administration à ce que des instructions populaires soient rédigées pour recommander la cautérisation immédiate, et que des peines exemplaires viennent frapper ceux qui ne rougissent pas d'exploiter à leur profit l'ignorance superstitieuse des populations.

Dr Sabatier,
Médecin de l'hôpital de Bédarieux.

Bédarieux, ce 23 février 1856.

Nous n'ajouterons que quelques mots à ces sages réflexions. Une circonstance, circonstance heureuse, viendra toujours compliquer le résultat expérimental en matière de rage. Tout individu, homme ou animal, mordu par un animal enragé, n'est pas fatalement voué à la rage. C'est cette condition qui fait précisément le succès des charlatans, qui propage et qui maintient les pratiques superstitieuses. Il suffit que quelques individus réellement mordus par un animal enragé aient échappé aux terribles effets de l'inoculation rabique, que ces individus aient mangé la fameuse omelette du forgeron de Ville-d'Avray ou aient été exorcisés, pour que, aux yeux du vulgaire, le miracle se soit accompli. Il paraît certain aussi que le virus rabique s'affaiblit et s'épuise par des transmissions successives, et qu'un chien, par exemple, qui tient la rage de quatrième ou de cinquième transmission, ne la transmettra plus. Voilà autant d'élémens dont il faut tenir compte dans l'expérimentation, soit au point de vue étiologique, soit au point de vue thérapeutique, et qui rendront toujours très difficile l'induction à tirer des expériencees demandées par notre honorable confrère M. Sabatier.

— M. F. Pana, interne du service de M. Puche, à l'hôpital du Midi, nous communique une observation intéressante de péritonite spontanée, maladie que l'on a si rarement occasion d'observer, surtout chez l'homme, que son existence a été niée par quelques pathologistes. En voici un exemple remarquable et qui paraît mettre cette existence hors de doute :

Le nommé Chandron (Louis), âgé de 39 ans, journalier de profession, d'un tempérament sanguin, d'une bonne constitution, mais sèche, entra dans le service le 17 novembre 1855, pour se faire opérer d'un phimosis de vingt et un jours, causé par un chancre non infectant.

La circoncision fut pratiquée le lendemain de son entrée, et la cicatrisation marchait à grands pas vers la guérison, quand il a été pris, tout à coup, la nuit du 27 novembre, sans cause occasionnelle apparente, de coliques avec diarrhée abondante, qui lui ont ôté tout repos.

Voici dans quel état nous le trouvâmes le 28 novembre au matin :

Le ventre est excavé; ses parois, raides et contractées déjà, se durcissent encore plus sous la pression; une palpation légère n'augmente pas la sensibilité du ventre; plus forte, elle dévoile une douleur générale, mais fort légère; la percussion ne donne qu'un peu de matité vers la fosse iliaque gauche. Chaleur de la peau un peu augmentée; pouls petit, serré, donnant 100 pulsations; soif peu prononcée, langue sèche, aride, pointue et rouge sur les bords. Respiration anxieuse accélérée; diarrhée abondante, composée de selles jaunes; quelques nausées, mais point de vomissemens. Face grippée, abattue, presque cholérique, yeux excavés, nez pointu, teinte rouge vineuse et même bleuâtre du visage. Légères horripilations parcourant de temps en temps tout le corps. Douleurs lombaires spontanées assez vives, qui portaient le malade à vouloir se lever de son lit, croyant que c'était le décubitus dorsal qui en était la cause; on sait que ce dernier symptôme, tout à fait insolite de la péritonite, a été indiqué pour la première fois par Naumann.

En présence d'accidens pareils, on a dû se demander à quelle maladie on avait affaire; était-ce à un choléra sporadique, à une entérite, ou bien à une péritonite?

Le mouvement fébrile, l'absence des vomissemens, le peu de soif qui existait, et l'absence complète de contractures et de crampes, voici autant de signes qui devraient éloigner l'idée d'un choléra sporadique.

Pour l'entérite, la méprise serait plus facile. En quoi l'état de notre malade différait-il, en effet, de celui d'une entérite simple? N'est-ce pas seulement par un peu plus de fièvre et par les quelques nausées qui se sont montrées dans le cours de la maladie? Disons, cependant, que l'amaigrissement rapide et la prostration extrême des forces étaient là pour attester qu'il s'agissait d'autre chose que d'une simple entérite. Mais aussi, quelle légèreté apparente des accidens d'une péritonite! Aussi, l'avouons-nous, nous sommes resté indécis sur le diagnostic, jusqu'au dernier moment; en attendant, on prescrivit au malade un lavement simple et une potion opiacée.

Le 29, même état. Prescription : lavement simple; tisane de mélisse.

Le 30, cyanose presque complète; affaissement extrême, pouls petit, précipité, 120 pulsations; langue rouge et très sèche; diarrhée comme précédemment. Prescription : trente sangsues sur le ventre, pour combattre une douleur très vive, qui s'est manifestée ce jour-là, à l'épigastre.

Le 1er décembre, le facies est hippocratique et cyanosé; la respiration courte, anxieuse et très accélérée; les selles, diarrhéiques, con-

(1) Voyez les *Instructions* de M. Dumas, ministre des travaux publics, aux préfets, dans le *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité* de M. Tardieu.

tiennent quelques grumeaux verts porracés; le pouls est tellement faible, qu'on peut à peine le sentir.

Mort à une heure de l'après-midi.

Autopsie le 3 décembre, quarante-quatre heures après la mort, par un temps froid.

Face conservant une coloration rouge vineuse; yeux largement ouverts. L'abdomen contient, dans les régions déclives, un litre environ d'un liquide jaunâtre visqueux, opaque, rendu trouble par la grande quantité de globules pyoïdes qu'il contient et les fausses membranes, ou plutôt les concrétions albumino-fibrineuses qui s'y trouvent en suspension. Les intestins distendus par des gaz, présentent, sur leur surface séreuse, des arborisations vasculaires, propres au premier degré anatomo-pathologique de la péritonite; et sont collés ensemble par des concrétions fibrineuses, en tout semblables à celles qui nagent dans le liquide. Ces concrétions ne sont pas, d'ailleurs, limitées aux intestins, mais elles tapissent également tous les organes contenus dans celui-ci; de sorte que, malgré le peu d'acuité des symptômes pendant la vie, c'est bien à une péritonite générale que nous avions affaire.

En enlevant le tube intestinal avec précaution, et en le remplissant d'eau, on ne constate aucune solution de continuité, aucun travail pathologique propre à faire croire à une perforation intestinale.

En incisant l'intestin sur son bord mésentérique, on le trouve rempli de matières diarrhéiques porracées, analogues à celles que le malade rendait dans les derniers momens de sa vie. La muqueuse était saine, excepté a la partie inférieure de l'iléon, où elle était rouge, injectée, en même temps que ses glandes utriculaires (de Brunner) étaient hypertrophiées, sous forme psorentérique. Sous le péritoine, qui tapisse la face antérieure du rectum, on trouve, par place, du pus, qui cependant ne communique nullement avec la cavité péritonéale. Le foie, le ventricule et les canaux biliaires, les reins, la vessie, les gros vaisseaux artériels et veineux ne présentent aucune lésion. La rate est un peu hypertrophiée et ramollie : 15 centimètres de long sur 8 de large. Les poumons, ainsi que les cavités du cœur et tout le système veineux contiennent une grande quantité de sang noir et fluide, indice de l'état d'asphyxie qui accompagne la péritonite; enfin, les cavités droites de cet organe renferment des concrétions fibrineuses décolorées, polypiformes, peu adhérentes aux colonnes charnues et peu résistantes, très probablement formées pendant les derniers instans de la vie ou après la mort.

F. Pana,
Interne du service.

— Nous ne sommes pas surpris que le mémoire si intéressant de M. le docteur Gigon, d'Angoulême, *sur l'ischurie uretérique*, que nous avons publié dans nos nos des 14, 16 et 21 février 1856, ait fixé l'attention d'un observateur aussi distingué que M. le docteur Caillat. Cet honorable confrère nous adresse, à cet égard, la lettre suivante, qui fera comprendre l'importance, au point de vue anatomique et diagnostique, des recherches de M. le docteur Gigon :

Monsieur et très honoré confrère,

Les abonnés de l'Union Médicale ont tous, sans doute, lu avec intérêt le mémoire du docteur Gigon sur l'*ischurie uretérique*... dont la dernière partie m'arrive à l'instant même; mais aucun d'eux, peut-être, n'a éprouvé, autant que moi, du plaisir à cette lecture. Celle-ci, en effet, a complétement dissipé les obscurités qui voilaient, à mes yeux, une particularité importante d'un fait pathologique recueilli il y a déjà fort longtemps. Je vous adresse un fort court extrait de cette observation qui, par un de ses détails, le seul qui doive nous occuper, confirmerait, s'il en était besoin, les recherches anatomiques du savant médecin d'Angoulême.

Le 14 décembre 1837, Joseph-Dominique Alaix, cultivateur, âgé de 54 ans, natif d'une petite commune du département de Vaucluse, fut admis à l'hospice de la Miséricorde, à Aix. Cet homme me raconta alors que, depuis l'âge de 15 ou 16 ans, il ressentait, chaque matin, après son lever et pendant quelques heures, des douleurs sourdes et profondes, dans le flanc droit, qui ne l'avaient, pourtant, jamais empêché de travailler. Il ajouta que, pendant les sept ou huit dernières années, il en avait éprouvé d'autres dans la même région, avec irradiation vers l'aine et le testicule correspondans; mais celles-ci, sans caractère périodique et n'apparaissant qu'à de longs intervalles, étaient d'une violence telle qu'elles lui arrachaient des cris, le forçaient à se tordre dans son lit ou à se rouler par terre. Ses urines avaient été rouges quelquefois; elles étaient actuellemnt épaisses et filantes; on n'y avait jamais remarqué de graviers.

Jusque-là, ce malade n'avait fait aucun traitement sérieux; seulement, quand ces crises survenaient, sa femme s'empressait d'appliquer des sangsues sur la partie souffrante. Ce moyen avait toujours réussi à calmer les douleurs, et on s'en était tenu là pendant de longues années. Cependant ces coliques néphrétiques, car l'existence d'un calcul dans le rein ne me paraissait pas douteuse après ce récit, se reproduisant de plus en plus fréquemment depuis quinze ou dix-huit mois, Dominique Alaix, se décida à réclamer son admission à l'hospice.

Cet homme fut soumis, pendant quatre mois, à l'usage du bicarbonate de soude, depuis 1 gramme par jour jusqu'à 25, dissous dans deux litres de tisane de la maison, ou d'eau minérale d'Aix.

Pendant le cours des trois premiers mois de ce traitement, deux accès de coliques violentes apparurent encore; ce furent les derniers. La douleur du flanc, qui se faisait sentir tous les matins, n'en persista pas moins alors. Jusque-là, cette dernière avait été toujours fixée dans le même endroit, quand, le 22 mars 1838, c'est-à-dire au commencement du quatrième mois, elle se déplaça et descendit, dit le malade, à trois travers de doigt au-dessous de son siége habituel. Prévenu de ce changement, j'explorai la fosse iliaque droite, et reconnus bientôt, grâce au peu d'épaisseur des parois abdominales, au point douloureux indiqué par Alaix, la présence d'un corps dur, roulant sous les doigts, de la forme et du volume d'un petit noyau d'olive, situé sur les côtés et près de la terminaison de la colonne vertébrale. Évidemment, c'était un calcul qui, se dégageant du rein, était tombé dans l'uretère et s'y était arrêté. Je voulus rendre témoin de ce dernier fait mon collègue, le docteur Léon, aujourd'hui médecin en chef des hospices; il le constata très aisément, comme moi.

Pendant dix-sept jours j'ai pu, chaque matin à ma visite, reconnaître que le calcul *était toujours invariablement à la même place*, malgré l'emploi d'un vomitif, l'abondance plus grande des boissons et les longues promenades journalières du malade. Mais le 9 avril au matin, c'est-à-dire le dix-huitième jour, grande fut notre surprise : le corps étranger avait subitement disparu; au lieu de descendre lentement et graduellement dans l'uretère, regardé jusqu'à aujourd'hui comme cylindroïde par tous les auteurs, il s'était, contrairement à mes prévisions, brusquement précipité vers l'extrémité vésicale de ce canal, où mon intention n'est pas de le suivre en ce moment.

Je ne rappellerai point toutes les suppositions que nous fîmes pour expliquer cette prompte et inattendue disparition du calcul. L'existence d'une constriction spasmodique préalable, fondée sur la structure musculeuse de l'uretère, admise par plusieurs anatomistes, ne pouvait point être invoquée en présence du long séjour du corps étranger dans un point limité de ce canal. Le fait d'un étranglement insolite, soit congénital, soit acquis, nous semblait sans précédens, etc., etc. Nous serions restés probablement longtemps encore dans la plus grande incertitude à cet égard, sans la découverte du *col de l'uretère*, ou rétrécissement normal de ce tube cylindrique faite par l'honorable médecin d'Angoulême. Aussi regardons-nous maintenant, comme toute naturelle, une particularité qui heurtait auparavant certaines données anatomiques, acceptées à tort, jusque-là, comme monnaie courante dans la science.

Veuillez agréer, etc.

Dr J. Caillat,
Insp.-adj. des eaux de Bourbon-l'Archambault.

Aix, le 22 février 1856.

— Nous avons dû consacrer cette *Revue* aux communications intéressantes que l'on vient de lire et qui nous ont été transmises par nos honorables correspondans. Elles ont absorbé l'espace que nous voulions consacrer à quelques faits colligés dans la presse périodique. Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 18 Février 1856. — Présidence de M. Biney.

Accidens observés sous les tropiques par suite de l'ingestion du poisson.

M. Guillon communique une note sur les accidens que l'on observe quelquefois sous les tropiques, par suite de l'ingestion du poisson.

Ces accidens, qui se manifestent toujours peu après l'ingestion du poisson, consistent dans les phénomènes suivans : étourdissement, obscurcissement de la vue, vertige, oppression de la poitrine, anxiété précordiale; pouls petit, lent, concentré, et annonçant un grand désordre dans la circulation; malaise et chaleur à la région épigastrique, chaleur dans tout l'abdomen. Les malades ne peuvent plus se tenir sur les jambes, ils chancellent et sont obligés de se coucher. Les yeux, d'abord brillans, sont bientôt d'un rouge de feu, et semblent repoussés des orbites. La face et toute la surface du corps, devenues le siége d'une démangeaison et d'une chaleur des plus vives, se colorent promptement d'un rouge poussé jusqu'à l'écarlate. En même temps que ces phénomènes se produisent sur le derme, des phénomènes semblables se passent sur la muqueuse buccale : ce sont des picotemens avec chaleur plus ou moins intense, qui se font sentir à la langue, au palais, à l'intérieur des joues et sur les lèvres; ils sont bientôt suivis d'élevures analogues à celles produites par des piqûres d'ortie. Les malades accusent des douleurs dans les membres, et aux articulations particulièrement, parfois avec gonflement de ces parties. Quelques-uns ont de simples nausées ou des vomissemens; d'autres, après avoir vomi ou non, éprouvent des selles plus ou moins fréquentes, avec coliques, et ces selles peuvent être portées jusqu'à des superpurgations, avec sortie involontaire des urines. Tous ces accidens se dissipent ordinairement dans les vingt-quatre heures, à part l'état de prostration plus ou moins grande qui en est ordinairement la suite, et qu'accompagne la desquamation de l'épiderme de toutes les parties qui ont été le siége de l'érythème. Portés à un degré que l'auteur n'a pas eu occasion d'observer, la mort peut en être le résultat. M. Moreau de Jonnès en cite deux exemples qui se sont présentés à la Martinique, l'un en 1803, et l'autre en 1808. Le premier fut la suite d'un empoisonnement par le poisson armé, *Diodon orbicularis*, et l'autre celle d'un empoisonnement par la carangue, *Caranx caragus*.

Phosphore et ses préparations considérés au point de vue de la médecine légale.

MM. A. Chevalier fils et O. Henry fils adressent, à l'occasion d'une communication récente de MM. Orfila et Rigout, une note sur ce sujet. Les auteurs rappellent, dans cette note, qu'en 1854, à l'occasion d'un concours ouvert par la Société impériale de médecine, de chirurgie et de pharmacie de Toulouse sur cette question : « Indiquer la marche » que doit suivre l'expert chimiste quand il est appelé à constater, après » la mort, l'empoisonnement par le phosphore, » ils ont adressé à cette Société une monographie du phosphore. Dans ce travail, ils ont traité des dangers que présentent le phosphore et ses composés; ils ont fait connaître tous les cas d'empoisonnement par le phosphore qui étaient arrivés à leur connaissance; ils se sont occupés aussi de la nécrose maxillaire; ils ont de plus démontré les avantages que présente l'innocuité du phosphore rouge, et l'ont proposé pour remplacer le phosphore ordinaire; ils ont traité des symptômes de l'empoisonnement par le phosphore, ils se sont occupés, enfin, de la présence du phosphore dans l'économie, et ont discuté les méthodes employées pour le rechercher dans les cas d'empoisonnement. — (Commission nommée pour le mémoire de MM. Orfila et Rigout.)

Deux nouveaux genres tératologiques (ischiomèle et agnatocéphale).

M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire communique au nom de M. N. Joly (de Toulouse) la note suivante :

« D'après M. le professeur Isid. Geoffroy Saint-Hilaire, la famille des monstres doubles polymeliens serait essentiellement caractérisée par l'insertion sur un sujet bien conformé d'un ou plusieurs membres accessoires, accompagnés quelquefois de rudimens de quelques autres parties, ou même coexistant avec un second anus. M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire ajoute que tous ces monstres sont non seulement viables, mais encore qu'ils jouissent fréquemment d'une santé robuste et ont à peu près les chances ordinaires pour arriver à la vieillesse. Enfin, à moins d'anomalie sexuelle grave, ils peuvent s'accoupler entre eux et même donner naissance à des produits normaux.

» Les caractères qui précèdent sont parfaitement applicables à tous les monstres polyméliens jusqu'à présent connus.

» Une exception remarquable m'a été fournie par une oie morte en naissant, et affectée tout à la fois de *polymélie* et de *rhinocéphalie*, accompagnées d'une atrophie à peu près complète de la mâchoire supérieure; la mâchoire inférieure, au contraire, a conservé sa forme, sa longueur et sa largeur normales.

» Quant aux membres surnuméraires, ils consistent en deux pattes soudées entre elles à partir de l'extrémité supérieure des deux tarses, et insérées sur un bassin très rudimentaire, articulé lui-même avec le bassin du sujet principal. Sous ce rapport, ce sujet appartient donc au genre *pygomèle*, ou plutôt au genre *ischiomèle*, entrevu déjà et même nommé par M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire. Ce genre me paraît d'autant plus devoir être adopté, que j'ai observé plusieurs fois la soudure des deux bassins par les ischions chez la poule, et que le savant auteur du *Traité de Tératologie* l'a vue aussi chez le canard. Nous réserverions donc le nom de *pygomélie* au cas où le parasite tiendrait seulement par la peau ou par les muscles fessiers au sujet principal; nous désignerions sous le nom de *ischiomèles* tous les monstres doubles soudés entre eux par les deux ischions.

» Quant à l'atrophie ou à l'absence complète de la mâchoire supérieure, coexistant avec la rhinocéphalie, on en connaît aussi des exemples assez nombreux pour que nous nous croyions autorisé à créer un nouveau genre tératologique fondé sur ce caractère important.

» Nous proposerons donc pour cette monstruosité le nom d'*agnatocéphalie* (de ἀ, *privatif*, γνάθος, *mâchoire*, κεφαλὴ, *tête*), et nous caractériserons ainsi qu'il suit le genre *agnatocéphale* :

» Mâchoire supérieure rudimentaire ou nulle; face affectée de rhinocéphalie, c'est-à-dire offrant sous le front une trompe qui représente l'appareil nasal; deux orbites ou deux yeux réunis en un seul.

» Jusqu'à présent l'agnatocéphalie ne s'est rencontrée que chez les monstres unitaires de la famille des *cyclocéphaliens*. L'existence de cette anomalie chez un monstre double *polymélien* constitue donc, je le répète, une exception d'autant plus remarquable, qu'elle doit nécessairement entraîner la mort du sujet. C'est pourquoi j'ai cru ne pas devoir la passer sous silence.

» En raison de cette particularité, jusqu'à présent sans exemple, je me vois pour ainsi dire forcé de donner, contrairement à la nomenclature suivie en France, un double nom à l'animal qui fait l'objet de cette étude.

» Je proposerai celui de *ischiomèle agnatocéphale*. » (Commissaires : MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, de Quatrefages.)

Symptômes et traitement du coryza des nouveau-nés.

M. Bouchut communique un travail sur ce sujet. (Nous le publierons prochainement.)

Diabète.

M. Ernest Baudrimont communique quelques remarques concernant un jeune diabétique auquel on avait administré temporairement de la levure de bière. Quelques-uns des symptômes observés tendraient à faire croire que, sous l'influence de ce ferment, il y aurait eu dans l'organisme du malade transformation de glucose en alcool.

DU RAPPORT QUI EXISTE SOUVENT ENTRE LES AFFECTIONS CUTANÉES ET DES DÉSORDRES DANS L'APPAREIL GÉNITAL INTERNE DE LA FEMME; par le professeur Hebra. — Ce sont des dermatoses le plus souvent caractérisées par des dépôts de pigment, des anomalies de sécrétion et d'exsudation, accompagnées ou précédées d'hypérémies de la peau de plus ou moins de durée. Leur forme n'est pas toujours la même, et quoique certaines d'entre elles prédominent volontiers, on ne peut admettre que chacune de ces formes réponde à une affection utérine spéciale; elle est déterminée par diverses dispositions locales et individuelles, et la maladie génitale n'est cause que de l'altération pathologique générale, comme la stase, l'exsudation, etc. Les fonctions physiologiques des organes de la génération, comme la menstruation, la grossesse, la puerpéralité et la lactation, aussi bien que les anomalies de ces fonctions se rencontrent parmi les causes de ces maladies de la peau. Ces dernières sont des taches de pigment, des taches rouges, l'urticaire, la miliaire dans l'état puerpéral et de lactation, l'érythème, l'érysipèle, l'acné, l'eczéma, etc. On regarde souvent l'aménorrhée et la stérilité comme les causes prochaines de ces éruptions, et l'on renvoit les malades à l'apparition des règles ou à une grossesse. Tout cela est vrai en fait, mais il ne faut pas oublier que cette aménorrhée et cette stérilité ne sont que des reflets d'un autre état qu'il s'agit de traiter. Une autre affection qui dépend souvent d'un état pathologique sexuel, est la chute des cheveux. Ce sont ordinairement des femmes à aspect leucophlegmatique, ayant des anomalies de la menstruation qui présentent cette complication. Leur cuir chevelu est recouvert d'écailles blanches, furfuracées, fortement adhérentes à la peau et déclarées ordinairement comme du ptyriasis; c'est de la séborrhée, se rapprochant parfois de l'eczéma et déterminant des démangeaisons plus ou moins vives, surtout après le passage du peigne. Elle se rattache à ces affections de la peau que nous avons déja signalées, telles que les tanues, l'acné, l'eczéma, etc., et se trouve également sur les convalescens de dyscrasies sanguines graves, comme le typhus, ou bien sur des personnes atteintes de certaines diathèses, telles que la tuberculeuse, la cancéreuse, la syphilitique. Dans toutes ces maladies il y a une aglobulie plus ou moins avancée que l'on peut regarder comme la cause de la séborrhée. Or, comme cet état du sang repose sur une sanguification et une nutrition incomplètes, et comme chez la femme les fonctions génitales ont la plus grande influence sur celles-ci, la relation qui existe entre la chute des cheveux et les maladies génitales, ne paraîtra pas aussi singulière qu'au premier énoncé. — (*Wochenbl. d. zeitschr d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n° 40.)

Dans le n° 42 du même journal, le professeur Hebra revient encore sur ce sujet, en rapportant un travail du docteur Néligan sur l'exsudation noire observée dans quelques cas très rares chez des femmes atteintes d'anomalies de la menstruation. Le professeur anglais la fait provenir également d'une hypersécrétion de matière sébacée, colorée en noir par la matière colorante du sang. M. Hebra ne partage pas cette opinion quant à l'origine de la couleur; en l'absence d'observation et d'examen directs, il est tenté de l'attribuer à la dessication de la matière, au contact de l'air, dessication que l'on voit souvent produire des nuances variées dans les croûtes, soit par suite de décompositions qui se font dans leur intérieur, soit par des agens venus du dehors, tels que la poussière, la crasse, les onguens. Dr S.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 29. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 6 Mars 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PATHOLOGIE : Considérations sur le zona. — II. CHIRURGIE : Observations de deux cas de taille par le procédé bilatéral de Dupuytren, modifié en raison des circonstances exceptionnelles qui ont été découvertes sous le couteau. — III. BIBLIOTHÈQUE : Traité pratique de la cautérisation, d'après l'enseignement clinique de M. le professeur Bonnet. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 4 Mars 1856 : Correspondance. — Remèdes secrets. — Élection. — Traitement des ophthalmies par l'occlusion. — *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Suite des communications sur la leucocythémie. — V. COURRIER.

PATHOLOGIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LE ZONA;

Par Jules PARROT, interne des hôpitaux (1).

III.

Outre la douleur, il existe dans le zona toute une série de phénomènes remarquables du côté des voies digestives; mais ici une distinction doit être admise, qui, jusqu'ici, n'a pas préoccupé les auteurs, et qui, cependant, sert de base à l'un des points de doctrine que je veux établir.

Chez les sujets affectés de zoster, on rencontre souvent des perturbations anciennes des fonctions digestives; nous en parlerons à propos de l'étiologie. Mais, d'une autre part, pendant la durée même de l'éruption, on a signalé des troubles aigus dont il me faut dire quelques mots.

M. Rayer dit que lorsque l'éruption est annoncée par des prodromes, ce qui est rare, ils consistent dans cet ensemble de phénomènes qui accompagne presque toutes les maladies aiguës, et parmi lesquelles se range un embarras des premières voies.

MM. Cazenave et Schedel, dont personne ne récusera la compétence en pareille matière, déclarent n'avoir jamais vu le zona accompagné de cet appareil de symptômes généraux, et surtout gastriques, dont on a supposé gratuitement qu'il était constamment escorté (2).

Après un pareil témoignage, m'est-il permis d'ajouter que, parmi les malades atteints de zoster que j'ai observés, plusieurs avaient vu se développer l'éruption, sans avoir ressenti aucun changement dans l'état habituel de leur santé, et, n'avait été la douleur, ils ne se seraient pas présentés à l'hôpital.

Si j'insiste particulièrement sur ce point, ce n'est pas que je nie, d'une manière absolue, l'existence d'un état morbide du tube digestif survenant avec l'éruption; il me suffit d'avoir établi que cette complication n'est pas aussi fréquente que quelques auteurs ont bien voulu le dire et surtout qu'elle n'est pas un symptôme nécessaire du zona, comme l'a avancé tout récemment M. Delioux.

IV.

Passons maintenant à l'étude si intéressante et pourtant si négligée de l'étiologie.

Borsieri divise les causes du zona en *matérielles* et *éloignées*. Il termine leur énumération un peu banale par cette phrase : « Remote suppeditatur ab habitu corporis pravo . . . . . a cibis acribus, falsis, piperatis potuque vinoso fermentato (3). » Borsieri considère donc un mauvais régime comme pouvant produire le zoster.

Pour Lorry, la cause du zona est un état maladif des premières voies, accompagné d'un arrêt de la perspiration; voilà pourquoi cette affection attaque de préférence les sujets, hommes ou femmes, qui font un usage excessif des alimens âcres ou des boissons spiritueuses.

« Quod acri mihi plerumque vidisse contigit, in zona quæ apud nos epidemice grassatur à complicatis primarum viarum vitiis cum perspiratione acri retenta pendet. Unde nullis frequentius illud vitium ingruit quam illis, sive viris, sive feminis, qui acrium alimentorum et spirituosorum potium usu inopere delectantur (4). »

Geoffroy, passant en revue les affections qui s'étaient montrées avec la plus grande fréquence pendant la constitution médicale de l'année 1778, dit qu'il a observé un grand nombre d'herpès zoster dans le mois de mars, et il fait remarquer que les affections catarrhales de la tête et de la poitrine étaient alors très communes.

Dans le recueil des thèses de la Faculté, on trouve une histoire du zona, dont l'auteur, M. Lesénéchal, met à la tête des causes prédisposantes et occasionnelles de cette maladie, les changemens brusques de température, l'usage de certains alimens et des boissons alcooliques. Il rapporte l'observation d'un homme employé dans les hôpitaux de Paris, qui contractait fréquemment des zonas lorsqu'il survenait de grandes variations atmosphériques (1).

MM. Cazenave et Rayer déclarent que l'étiologie du zona est obscure. Ils ont cependant observé que cette affection était plus fréquente dans les saisons où la température était variable, et principalement dans l'automne.

Au milieu de toutes les causes qui ont été mises en avant pour expliquer la pathogénie du zoster, il en est deux qui reparaissent presque constamment : ce sont les variations brusques de la température et les troubles digestifs anciens.

Entrons plus avant dans l'étude de cette étiologie, et tout d'abord voyons ce qui a trait au froid.

J'ai recueilli plusieurs faits qui démontrent l'influence de cette cause. Je renverrai à l'observation III, et je citerai les deux suivantes :

IV. — Le 3 octobre 1855, est entré à la salle Saint-Jean, à l'hôpital Saint-Louis, un homme de 63 ans, commissionnaire.

Au moment de son admission, ce malade portait un zona de la paroi thoracique du côté gauche. L'éruption, dont il reste encore des traces, est disséminée sur une surface que limitent en bas la troisième côte, en haut le bord supérieur de la clavicule. Il existe d'autres plaques d'herpès à la partie postérieure et latérale du cou et sur la face externe du bras, au niveau du deltoïde.

Depuis un mois, cet homme couche dans un lieu bas, très humide et mal aéré. Il était à peine depuis huit jours dans ce nouveau local, qu'il a ressenti des douleurs dans les parties où siége aujourd'hui l'éruption; puis, après une semaine, les plaques herpétiques ont commencé à paraître sans entraîner aucun trouble appréciable dans l'état général.

Aujourd'hui, elles sont presque entièrement effacées, mais les élancemens persistent avec la même intensité qu'au début.

Je ferai remarquer que l'éruption suit exactement le trajet des branches suivantes du plexus cervical superficiel :

1° Branches descendantes superficielles { sus-sternales, sus-claviculaires, sus-acromiennes.
2° Branches mastoïdiennes. . . . . { petite, grande.

V. — Le 7 juillet 1855, est entré dans la salle Henri IV, à l'hôpital St-Louis, un homme de 51 ans, maçon.

Cinq jours avant le début de l'éruption, qui est un zona bien caractérisé, ce malade ayant été exposé à la pluie, subit un refroidissement, et bientôt des douleurs se manifestèrent dans les reins et dans la hanche du côté droit. Les plaques d'herpès sont disséminées sur une zone qui s'étend entre l'ombilic et une ligne horizontale qui passerait par l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'éruption est très confluente en arrière. Elle a été précédée d'un mouvement fébrile peu intense et d'une diminution de l'appétit.

Le 22, quinze jours après la première apparition des vésicules, celles-ci sont entièrement desséchées, mais la douleur persiste, avec des exaspérations nocturnes. Elle s'irradie dans l'aine et dans la moitié droite du scrotum.

Dans les observations que nous venons de rapporter, l'action du froid est incontestable et les malades, impressionnés par cet agent, l'ont accusée spontanément d'être la cause de leur mal. Il n'en est pas toujours ainsi; ne voit-on pas, dans une infinité de circonstances, des individus contracter des affections rhumatismales sans avoir eu conscience du coup de froid qui les leur a données? A ce propos, qu'on nous permette d'exposer quelques idées essentiellement pratiques de notre excellent maître M. Beau.

L'éminent clinicien de l'hôpital Cochin classe les individus dans trois catégories, d'après les modes divers suivant lesquels ils subissent l'action des refroidissemens :

1° Certains individus sont douloureusement impressionnés par le froid et contractent avec une facilité déplorable les maladies dont il est la cause; ce sont les rhumatisans par excellence.

2° D'autres, très sensibles à son action, ne prennent que rarement des affections de nature rhumatismale.

3° Enfin, dans une troisième classe, se rangent ceux qui, sans être impressionnés d'une manière fâcheuse par le froid, subissent cependant les maladies qui en proviennent. Il en résulte que jamais, dans les interrogatoires, ils n'accusent un refroidissement comme ayant produit les symptômes qu'ils éprouvent. On peut expliquer cette particularité en admettant un état spécial du tégument externe qui n'est pas apte à percevoir les variations de température. Il y aurait là une sorte d'*anagelsie* à la sensation pénible que détermine, en général, le froid. Si l'on observe qu'il est dans les attributs de la peau de nous prémunir contre l'action nuisible des agens extérieurs, on comprendra aisément que les individus dont nous parlons soient constamment sous le coup des affections rhumatismales. N'étant plus avertis par leurs sensations, ils sont dans une sécurité fâcheuse, et ils ne songent même pas à se soustraire à l'action de la *grande cause externe*, comme l'appelait Sydenham.

Une autre conséquence de ce fait, c'est que les médecins que les malades trompent de bonne foi, se refusent à admettre l'origine rhumatismale pour une foule d'affections où elle est cependant incontestable.

Je n'hésite pas à faire une application de ces principes à l'étiologie du zona, et je crois que si les dermatologistes n'ont pas donné à cette cause toute l'importance qu'elle mérite, c'est qu'ils ont eu souvent affaire à des malades dont l'enveloppe cutanée était insensible à l'action du froid et qui loin de mettre en relief son influence, la niaient formellement.

Pour présenter un nouvel argument à l'appui de cette manière de voir, je rappellerai ce qui a été établi dans le chapitre précédent, à savoir la nature névralgique des douleurs du zoster. L'origine de ces douleur se confond avec celle de l'éruption; et de l'aveu de tous les auteurs, un refroidissement, l'exposition au froid humide, sont des causes non douteuses du plus grand nombre des névralgies.

Nous arrivons à un autre point de la pathogénie du zoster. Je veux parler de ces troubles gastriques qui existaient bien avant l'éruption, et qui, le plus souvent, persistent après qu'elle a disparu. Ces perturbations des fonctions digestives, signalées par Borsieri, sur lesquelles insiste avec tant de raison Lorry, et que M. Rayer considère comme de simples complications du zoster, n'ont été étudiées au point de vue étiologique par aucun des auteurs qui, dans ces derniers temps, ont écrit sur le zona.

Elles constituent cette affection essentiellement chronique et si complexe, que M. Beau désigne sous le nom de *dyspepsie*, et qu'il définit : *un dérangement plus ou moins apparent des fonctions digestives, quelle qu'en soit la cause, d'où résulte une altération du sang avec toutes ses conséquences pathologiques.*

La dyspepsie a des symptômes *primitifs*, *secondaires* et *tertiaires*.

Les symptômes du premier ordre se rattachent au tube digestif. Ils sont en quelque sorte reliés à ceux du second ordre par une série de phénomènes de nature nerveuse, qui peuvent être considérés comme une *irradiation* de la souffrance de l'estomac. Le premier de ces phénomènes, celui qui nous intéresse le plus ici, est la *névralgie intercostale*.

Les symptômes secondaires résultent de l'altération du sang. Ce liquide subit un véritable appauvrissement qui porte tantôt sur les globules, tantôt sur l'albumine, tantôt sur la fibrine. De là, une prédominance du système nerveux et un affaiblissement général de l'organisme qui favorise le développement des diathèses.

Les symptômes tertiaires se rattachent à l'histoire de l'évolution des différens produits diathésiques.

La dyspepsie aura une double influence dans la pathogénie du zona. D'abord, elle produira ou préparera l'état douloureux des nerfs, sur le trajet desquels se montreront les plaques du zoster; en second lieu, elle rendra l'individu plus apte à subir l'action du froid, ou favorisera chez lui le développement de la diathèse herpétique. Si donc on admet l'existence de cette diathèse chez un dyspeptique, il suffira qu'à cette double prédisposition si puissante, s'ajoute une cause prédisposante même légère, pour provoquer l'éruption vésiculeuse. Un excès de table, un refroidissement, joueront le plus souvent ce rôle.

Le fait d'Alibert, dans lequel il signale chez sa malade *des crampes intolérables à la région épigastrique*, l'observation II déjà citée, et la suivante, ne laissent pas de doute sur la valeur étiologique de la dyspepsie.

VI. — La nommée B..., âgée de 57 ans, fruitière, est entrée le 28 janvier 1854, dans la salle Henri IV, à l'hôpital St-Louis.

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er mars 1856.

(2) Cazenave et Schedel. *Abrégé pratique des maladies de la peau*, page 128, Paris, 1838.

(3) Borsieri. *Loco citato*, page 43.

(4) Lorry. *Loco citato*, page 405.

(1) Lesénéchal. Thèses de Paris, 1814.

Cette femme est mariée et a eu neuf enfans. Elle a cessé d'être réglée il y a trois ans. Elle se plaint de troubles gastriques remontant à une époque assez ancienne et qu'elle attribue à une alimentation insuffisante.

Depuis huit mois, il existe une névralgie intercostale droite avec deux points hypéresthésiques, l'une au-dessous du sein, l'autre au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Il y a huit jours, ces douleurs se sont considérablement accrues, et la malade a été obligée de prendre le lit; à la même époque, elle a constaté dans l'aisselle l'existence de petites tumeurs ganglionnaires qui sont le siége d'une douleur pongitive.

Cet état durait depuis vingt-quatre heures, quand la malade, dans l'espoir de faire disparaître l'éruption, appliqua sur sa poitrine un cataplasme. En l'enlevant, elle aperçut un groupe de vésicules qui faisaient saillie sur une plaque rouge. Aujourd'hui, l'éruption est complète, et revêt tous les caractères du zona.

Les plaques les plus larges existent en avant, en arrière et dans l'aisselle. Il y en a quelques-unes à la partie supérieure de la face interne du bras. (Je rappellerai, pour expliquer ces plaques brachiales, l'existence d'une branche anastomotique bien connue, qui relie les premiers nerfs intercostaux au brachial cutané interne.)

L'appétit a complétement disparu depuis le début de l'éruption.

Saupoudrer la partie malade avec le mélange suivant :

Amidon.	30 grammes.
Oxyde de zinc	10 grammes.

Prendre matin et soir une pilule de datura stramonium de 0,g°025.

Le 10 février, la malade quitte l'hôpital. L'éruption a complétement disparu. Il reste des douleurs lancinantes, mais elles ne sont pas continues.

Avant d'en finir avec le mode d'action de la dyspepsie, je rappellerai que M. Cazenave regarde les émotions morales vives comme pouvant produire le zona. Cette cause qui semble différer beaucoup de la précédente, se confond en réalité avec elle, car les perturbations morales sont le point de départ d'un grand nombre de dyspepsies. Je ne doute pas que telle n'ait été la filiation des phénomènes morbides chez les malades observés par M. Cazenave.

Si l'on compare entre elles les deux causes que nous venons d'étudier, il faut accorder le premier rang au froid. Tandis que la dyspepsie, en effet, ne manifestera son influence qu'en préparant le terrain sur lequel doit se développer l'éruption, le froid suffira à lui seul pour produire d'emblée la névralgie et la zone vésiculeuse, en l'absence de toute cause prédisposante, à l'exception toutefois du vice herpétique.

A côté de la dyspepsie, et se confondant en quelque sorte avec elle, je signalerai une cause qui me paraît, dans certains cas, devoir exercer une influence non douteuse sur la production du zona. Je veux parler de ces troubles utérins si variés que l'on rencontre chez un grand nombre de femmes.

Ces dérangemens dans les fonctions de l'utérus ou de ses annexes se manifestent à l'extérieur par un état douloureux des branches antérieures des derniers nerfs lombaires. C'est là un point qui a été signalé pour la première fois par M. Beau. Mon ami, le docteur Axenfeld, dans une très intéressante publication (1), a développé cette idée et l'a mise hors de doute en démontrant que les douleurs mal définies que tous les auteurs avaient signalées comme symptomatiques de troubles utérins, traduisaient la souffrance de rameaux nerveux parfaitement déterminés et constituaient par leur ensemble la névralgie *lombo-abdominale* (2).

Si l'on considère la fréquence des troubles de l'utérus, et surtout la liaison si intime qui les unit à la dyspepsie comme cause ou comme effet, ne sera-t-on pas naturellement conduit à les regarder comme prédisposant un grand nombre de femmes à cette variété de la zone herpétique, signalée par un grand nombre de dermatologistes, variété dans laquelle l'éruption, partie de la région lombaire, arrive à l'aine et présente souvent des plaques sur la face interne de la cuisse.

(La fin à un prochain numéro.)

CHIRURGIE.

OBSERVATIONS DE DEUX CAS DE TAILLE PAR LE PROCÉDÉ BILATÉRAL DE DUPUYTREN, MODIFIÉ EN RAISON DES CIRCONSTANCES EXCEPTIONNELLES QUI ONT ÉTÉ DÉCOUVERTES SOUS LE COUTEAU;

Par M. le docteur CARATHÉODORY, médecin du sultan, professeur de pathologie et de clinique externe à l'École de médecine de Constantinople.

Rapport fait sur ce sujet à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 4 Mars 1856,

Par M. SÉGALAS, membre de l'Académie.

Le travail dont j'ai à vous rendre compte, dit M. Ségalas, a été lu à cette tribune, le 14 juillet dernier, par son auteur, M. Carathéodory, médecin du sultan, professeur de pathologie et de clinique externe à l'École de médecine de Constantinople. Il a pour titre : *Observations de deux cas de taille par le procédé bilatéral de Dupuytren, modifié en raison des circonstances exceptionnelles qui ont été découvertes sous le couteau.*

Ce travail se compose de trois parties : une première, où M. Carathéory indique comment il a été amené d'urgence à modifier le procédé de taille bilatérale de notre grand maître ; une seconde, où sont exposés avec détails les deux faits observés, et une troisième qui contient les réflexions auxquelles ils ont donné lieu. Nous allons les passer en revue toutes les trois.

M. Carathéodory raconte que deux cas de pierre vésicale présentant des conditions exceptionnelles, l'un sous le rapport du volume de la pierre, et l'autre à cause des adhérences que cette dernière avait contractées avec les parois de la vessie, ont été reçus dans sa clinique, le premier en 1849, et le second dans le courant de l'hiver dernier.

Ces conditions n'avaient pas été appréciées d'avance ; elles ne furent constatées que lorsque, pendant l'opération (procédé prostatique bilatéral), on put introduire le doigt dans la vessie.

Après des tentatives infructueuses et réitérées d'extraction, M. Carathéodory eut l'idée, dans le premier cas, d'inciser la prostate en bas, sur la ligne médiane, et tout aussitôt l'opération put être terminée sans difficulté. Il en fut de même dans le deuxième cas ; le même moyen réussit parfaitement lorsque le chirurgien y eut recours, à la suite d'inutiles efforts pour détacher le corps étranger.

Ce dernier résultat a été vérifié par trois de nos médecins militaires ; d'abord par MM. les professeurs Mounier et Scoutetten, et ensuite par notre honorable vice-président, M. Michel Lévy, lors de leur visite à l'hôpital de M. Carathéodory.

Ce chirurgien fait remarquer que la modification qu'il a apportée au procédé bilatéral de Dupuytren, quelque hasardeuse qu'elle paraisse de prime-abord, a, de fait, été couronnée d'un plein succès, et n'a été accompagnée ni suivie d'aucun accident. Il est dans la conviction que, pour des cas compliqués et exceptionnels, ce procédé serait celui qui, tout en facilitant la manœuvre pour l'extraction de la pierre, exposerait le malade à moins de danger. Il croit, dit-il, remplir un devoir en le soumettant au jugement de ce corps savant, tribunal suprême en ces matières, et dont plusieurs membres illustres ont été jadis ses maîtres.

Effectivement, M. Carathéodory, Grec d'origine, comme l'indique son nom, est un ancien et excellent élève de l'école de Paris.

Passons avec lui aux faits observés.

OBSERVATION I. — *Taille par le procédé prostatique de Dupuytren, modifié en raison du volume énorme de la pierre.*

Un cultivateur des environs de Brousse, Hussein Ibrahim, âgé de 30 ans, affecté d'une incontinence d'urine depuis cinq ans, vint à Constantinople pour chercher un remède à son mal. Un médecin lui ayant dit qu'il avait la pierre, il se présenta à la clinique de M. Carathéodory pour se faire opérer. Ce chirurgien constata l'existence, dans la vessie, d'une pierre volumineuse, engagée dans le col.

Entré le 19 mai 1849, Ibrahim fut conduit à l'amphithéâtre le 7 juin, pour être soumis à la taille bilatérale. Après l'incision de la prostate avec le lithotome à deux lames, le doigt indicateur fit d'abord reconnaître que la pierre était excessivement volumineuse, puis, tous les efforts pour introduire les tenettes restèrent vains : la vessie était remplie par le corps étranger. Dès lors, M. Carathéodory perdit tout espoir de l'extraire par l'ouverture faite, et son opinion fut bientôt partagée par MM. les professeurs Spitzer et Harthbuchner, ses collègues. On voulut procéder à l'application du percuteur ; mais ce fut en vain qu'on essaya d'introduire cet instrument ; il fallut y renoncer.

La taille sus-pubienne fut proposée. L'opérateur ne crut pas devoir l'accepter. Il s'empressa de donner suite à une idée qu'il venait de concevoir à l'instant même, celle d'entamer la prostate dans son rayon inférieur et vertical, en comprenant dans l'incision le sphincter de l'anus, selon le procédé de Sanson. Mais, au lieu de commencer l'incision du côté du rectum, il préféra agir de dedans en dehors par l'ouverture déjà pratiquée.

Pour cela, il introduisit un gorgeret dans le rectum, afin de protéger sa partie postérieure. Il porta ensuite un bistouri à travers l'incision de la prostate jusqu'au col de la vessie, et perfora celui-ci dans sa partie postérieure, en inclinant en bas la pointe de l'instrument qui, une fois arrivé dans la cannelure du gorgeret, fut amené en avant, et divisa tout ce qui se trouvait devant son bord tranchant.

La pierre fut extraite, à l'aide d'un lévier, sans trop de difficultés, mais en deux morceaux, chacun de la grosseur d'un œuf de poule, et pesant ensemble 50 gros. Leur forme était irrégulière, et leur surface raboteuse.

Transporté dans son lit, le malade fut tenu à une diète sévère, et mis à l'usage d'une décoction de racine de guimauve et de chiendent pour boisson. Quant à la plaie, on y appliqua tout simplement une éponge imbibée d'eau froide. Sous l'influence de ce moyen, qui fut continué pendant 48 heures, l'écoulement de sang, d'ailleurs peu abondant, fut bientôt suspendu, et les symptômes inflammatoires passèrent inaperçus.

Le 15, huit jours après l'opération, l'urine commençait à sortir par l'urètre, et ce fut alors seulement que le malade fut autorisé à prendre un peu de bouillon.

Le 12, il s'écoulait à peine un peu d'urine par la plaie. La nourriture ayant été graduellement plus substantielle, les forces s'étaient déjà notablement relevées.

Le 1er juillet, le malade se promenait dans l'hôpital, et ce n'était que quand il se couchait sur le dos que quelques gouttes d'urine s'échappaient par la plaie, qui, en grande partie, était cicatrisée.

Le 12, Ibrahim était complétement guéri.

OBSERVATION II. — *Taille par le procédé prostatique de Dupuytren, modifié en raison des adhérences que la pierre avait contractées avec les parois de la vessie.*

Christo, maçon, âgé de 26 ans, fut admis à la Clinique de M. Carathéodory, le 19 septembre 1855. Il était affecté d'une incontinence d'urine, et se plaignait de souffrir des voies urinaires depuis longtemps. Il disait éprouver depuis cinq ans des douleurs atroces dans la vessie. Le cathétérisme y fit constater la présence d'une pierre assez volumineuse.

Le 13, il fut transporté à l'amphithéâtre, pour y être opéré par le procédé bilatéral de Dupuytren, qui est celui qu'emploie ordinairement M. Carathéodory.

Après l'incision prostatique, ce chirurgien fit de vains efforts pour extraire la pierre, ce qu'il attribua au défaut de rapports entre son volume et la dimension de l'ouverture faite à la prostate. Un débridement en haut ayant laissé la même difficulté, l'opérateur reconnut, avec le doigt introduit dans la vessie, que la pierre adhérait de son côté gauche à la paroi vésicale, circonstance qui, jointe au volume, rendait sa sortie impossible. Alors, avec l'assentiment de son collègue, M. le professeur Archigènes, venu spontanément pour assister à l'opération, M. Carathéodory eut recours à l'incision verticale de la prostate, en y comprenant le sphincter de l'anus, de la même manière que dans la première observation.

Cette incision facilita beaucoup les manœuvres ; la pierre fut détachée à l'aide d'une spatule, puis extraite facilement avec les tenettes. A l'examen de l'intérieur de la vessie, la paroi gauche, où la pierre adhérait, fut trouvée incrustée de substances calcaires, qui furent enlevées avec le doigt et la spatule. L'opération fut terminée par quelques injections d'eau froide. L'écoulement de sang, d'ailleurs peu abondant, fut ensuite combattu et arrêté par des applications froides.

Conformément à son habitude, après les opérations un peu graves, M. Carathéodory fit prendre au malade deux grains d'extrait gommeux d'opium.

Le calcul extrait, de composition calcaire et de forme ovale aplatie, pesait 67 grammes.

Les jours suivans, le malade alla bien ; la fièvre traumatique ayant été modérée, on put le nourrir dès le troisième jour.

Le 22 octobre, il accusa des douleurs aux bourses, qui étaient tuméfiées, rouges et sensibles au toucher. L'eau blanche apaisa ce léger accident, et, quelques jours après, le malade se trouvait bien ; la cicatrisation de la plaie se faisait rapidement.

Cependant, le 9 décembre, il se manifesta un gonflement érysipélateux des bourses, avec douleurs lancinantes vives, fièvre et insomnie. On appliqua vingt sangsues aux aines et l'on fit usage de cataplasmes émolliens et d'une potion nitrée.

Le 25, un abcès s'étant formé sous le scrotum du côté droit, une ponction donna issue à une quantité abondante de pus crémeux, ce qui soulagea beaucoup le malade. La glande était engorgée et dure.

Les moyens résolutifs suffirent pour amener une terminaison heureuse de cet engorgement, et, dès lors, aucune complication, aucun accident ne vint plus entraver la marche vers la guérison.

C'est à cette époque que MM. les professeurs Scoutetten et Mounier ont vu le malade et pu constater que la plaie, déjà rétrécie, constituait une fistule au devant de l'anus, à travers laquelle une petite quantité d'urine s'écoulait lors de la miction, la plus grande partie parcourant les voies naturelles.

Le 24 février, l'inspecteur général de l'armée d'Orient, M. Michel Lévy, examina le malade et la pierre, et constata que la fistule était extrêmement rétrécie. Celle-ci, sous l'influence de cautérisations répétées avec le nitrate d'argent, se rétrécit de plus en plus, et le malade quitta l'hôpital à l'approche des fêtes de Pâques. A cette époque, il avait eu déjà de fréquentes érections et quelques pollutions nocturnes.

Vers la fin du mois de mars, M. Carathéodory a eu l'occasion de revoir Christo : la fistule était complétement guérie.

M. Carathéodory pense que ces deux faits autorisent à agir comme lui toutes les fois qu'on se trouve dans des conditions semblables aux siennes. A l'appui de cette opinion, relativement aux pierres volumineuses, il rapporte dans les termes suivans un résultat malheureux, dont il a été témoin en 1817 ou 1818, alors qu'il suivait la clinique de Dupuytren.

« C'était, dit-il, par la taille bilatérale, son procédé favori, que le célèbre professeur avait opéré. Après plusieurs essais infructueux pour enlever la pierre, il se décida à abandonner le malade, pour le soumettre le lendemain à la taille sus-pubienne. Le jour suivant, il nous jeta sur la table une pierre très volumineuse, en nous disant : « Voilà, Messieurs, la pierre que nous n'avons pas pu extraire hier. » On n'a pas su, ajoute M. Carathéodory, si la pierre avait été enlevée avant ou après la mort de l'individu, car il avait déjà succombé. »

M. Carathéodory estime que si notre grand chirurgien avait agi comme lui, le malade très probablement aurait été sauvé. Il croit que l'incision verticale de la partie inférieure de la prostate, en y comprenant le sphincter de l'anus, ne rend jamais l'opération plus grave et qu'elle facilite singulièrement la sortie des calculs.

M. Vidal (de Cassis) a dit, à l'occasion de sa taille quadrilatérale : *pour les petites pierres, une seule incision ; pour les moyennes, deux petites incisions ; pour les grosses, quatre petites incisions.* M. Carathéodory, en pratiquant trois incisions, a rempli, avec habileté et bonheur, la lacune laissée par notre savant et spirituel confrère. Ajoutons que la direction qu'il a choisie pour la troisième incision est évidemment la plus favorable à l'extraction des corps volumineux, et pourra souvent, nous le pensons du moins, éviter de recourir à une quatrième.

M. Carathéodory ne se dissimule point que l'incision verticale de la prostate, telle qu'il l'indique, expose aux fistules urinaires ; mais, outre que cet accident n'a pas eu de durée dans les deux tailles faites par lui, il fait remarquer que la fistule, si elle persistait, ne se trouverait probablement que derrière le sphincter de l'anus, et constituerait un très petit mal, en comparaison des dangers auxquels le malade serait exposé si on opérait autrement.

Quant à la lésion des conduits éjaculateurs, que semble indiquer l'inflammation du testicule observée chez le second malade, elle ne peut guère avoir lieu que sur l'un des conduits, et d'ailleurs l'exemple de ce même malade semble annoncer qu'elle ne troublerait point les fonctions génitales.

Le procédé employé et conseillé par M. Carathéodory nous paraît être une addition utile à la taille bilatérale, soit qu'il s'agisse de pierres très volumineuses, soit que l'on ait affaire à des pierres enkystées.

Nous pensons qu'il sera bien de le mettre en usage, lorsque, comme M. Carathéodory, on se trouvera inopinément en présence de telles conditions.

Dans l'hypothèse où on les aurait constatées d'avance, on pourrait se demander s'il ne serait pas mieux de recourir à la taille sus-pubienne, qui, de toutes les tailles, est celle qui permet d'ouvrir la voie la plus large aux grosses pierres, et donne le plus de facilité pour les recherches et les manœuvres à faire dans la vessie.

Véritable association de la taille bilatérale de Dupuytren et de la taille médiane prostatique de Sanson, l'opération de M. Carathéodory présente la réunion des avantages et des inconvéniens de ces deux procédés. Complexe de sa nature, elle sera une ressource précieuse pour les chirurgiens, mais une ressource que, probablement, à l'exemple de l'auteur, ils jugeront convenable de réserver pour des cas exceptionnels.

Ces limites posées relativement à l'application du nouveau procédé de taille, nous proposons à l'Académie :

De remercier M. Carathéodory de son intéressante communication, et nous appelons sur ce chirurgien l'attention spéciale de la commission qui sera chargée de former la liste des candidats aux places d'associés étrangers.

Ces conclusions sont adoptées.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ PRATIQUE DE LA CAUTÉRISATION, D'APRÈS L'ENSEIGNEMENT CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR BONNET ; par M. PHILIPEAUX, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien interne, etc. — Paris, J.-B. Baillière, 1856.

Nul plus que M. Bonnet n'a étendu et généralisé l'emploi de la cautérisation ; personne autant que lui n'a contribué à faire revivre cette méthode opératoire, rejetée comme un reste de barbarie par les chirurgiens du XVIIIme siècle, jaloux de faire briller l'habileté de leur bistouri, et de mettre à profit leur science anatomique. La chirurgie

(1) *Des névralgies lombo-abdominales considérées comme symptomatiques des affections de l'utérus.* (UNION MÉDICALE, avril 1850.)

moderne en appelle de cette proscription trop générale, et M. Bonnet s'est mis à la tête de ce mouvement. Il était naturel que de son école partît le résumé des travaux qui ont été entrepris dans ce sens. C'est ce que M. Philipeaux a fait dans le livre qu'il vient de publier, et dont nous nous proposons ici d'indiquer seulement l'esprit et la forme. La plupart des faits que l'auteur a colligés dans cet ouvrage ne lui appartiennent point en propre, et ont été déjà publiés ailleurs. Une analyse complète serait donc superflue.

L'auteur montre en commençant les avantages de la cautérisation sur l'emploi de l'instrument tranchant, avantages qui sont ; d'exposer beaucoup moins aux hémorrhagies, de donner lieu à une inflammation toujours localisée; de mettre à l'abri de l'érysipèle, de l'inflammation phlegmoneuse diffuse, de la décomposition putride du pus et du sang, des phlébites et de l'infection purulente; avantages qui tous, selon M. Bonnet, sont la conséquence de cette propriété de la cautérisation, d'oblitérer toutes les cellules et tous les vaisseaux dans la plaie qu'elle produit, et d'empêcher ainsi et l'épanchement du sang et des liquides, qui sans cela s'altéreraient à sa surface, et l'absorption de ces liquides putréfiés ou du pus lui-même.

Ce raisonnement a conduit M. Bonnet à adopter de préférence parmi les caustiques, pour la plupart des cas, le chlorure de zinc, qui de tous est celui dont l'action coagulante est le plus prononcée.

L'auteur traite ensuite de la cautérisation actuelle, dont il décrit les divers modes d'application et les effets. Parmi ces derniers, un des plus remarquables, signalé par M. Bonnet, est le racornissement énergique qu'elle détermine dans la peau, même sur le cadavre. Ce chirurgien a constaté dans ce cas, qu'en appliquant un certain nombre de raies de feu sur une articulation, la peau se resserrait au point de comprimer douloureusement le doigt qu'il avait glissé au-dessous. L'auteur a fait lui-même quelques essais de cautérisation électrique, mais ces essais n'ont pas été heureux.

Après le cautère actuel, l'auteur passe aux caustiques, dont il a fait une étude expérimentale très étendue. Il a reconnu qu'à l'exception de l'arsenic, tous produisent des escharres sur le cadavre comme sur le vivant. Cela lui a permis de répéter et de varier à l'infini les applications de différens caustiques, et d'en étudier tout à l'aise les effets immédiats. A l'exemple de M. Bonnet, il classe les caustiques d'après leur nature chimique, parce qu'à chaque espèce chimique répond aussi en général un mode d'action spécial. Il en admet donc trois classes : les caustiques alcalins, les caustiques acides et les caustiques métalliques. Les alcalins agissent sur la peau, même pourvue d'épiderme, produisent une escharre molle, qui laisse à sa chute une suppuration abondante, ils dissolvent le sang loin de le coaguler, et exposent par conséquent aux hémorrhagies; ils sont absorbés, mais leur absorption est sans danger. Ces propriétés et la difficulté qu'on éprouve à bien limiter leur action restreint leur emploi aux cautérisations superficielles, qui ne doivent guère intéresser plus que l'épaisseur de la peau.

Les caustiques acides agissant sur la peau revêtue d'épiderme, produisent une escharre molle, irrégulière, qui se détache lentement ; ils coagulent imparfaitement le sang, s'infiltrent dans les tissus environnans, et y excitent une inflammation vive. Leur absorption est sans danger, mais ils sont difficiles à manier, à cause de la facilité avec laquelle ils fusent. Aussi l'auteur en limite-t-il l'emploi à la cautérisation des plaies envenimées, dont ils pénètrent facilement toutes les anfractuosités, et dans ce cas, il donne la préférence à l'acide nitrique mono-hydraté, conseillé par M. Dumas.

Les caustiques métalliques n'agissent sur la peau revêtue d'épiderme qu'autant qu'ils contiennent un excès d'acide. Leur action est plus douloureuse que celle de la plupart des autres caustiques. Ils produisent une escharre sèche, ferme, bien limitée, qui se détache vite et laisse une plaie très disposée à la cicatrisation. Ils ont une action coagulante très énergique, et crispent fortement les tissus, propriété précieuse qui prévient les hémorrhagies. Leur absorption peut devenir dangereuse, au moins pour certains d'entre eux, si on les applique à de trop-larges surfaces.

C'est à ces derniers que l'auteur trouve le plus grand nombre d'applications, puisqu'il les conseille dans tous les cas ou l'on veut produire une cautérisation profonde et exactement limitée, où l'on veut éviter les hémorrhagies, et dessécher la surface que l'on cautérise. Parmi eux, il donne la préférence au chlorure de zinc, comme associant à une grande énergie caustique et à une propriété coagulante extrêmement prononcée, une innocuité complète au point de vue de l'autopsie. C'est aussi celui que M. Bonnet a presque exclusivement adopté dans sa pratique.

Pour terminer ces généralités, l'auteur établit un parallèle entre le cautère actuel et les caustiques, d'où il conclut que le premier doit être préféré pour pratiquer les cautérisations révulsives, et lorsqu'on a besoin d'obtenir un effet instantané, ou de régulariser la profondeur des escharres, et les autres pour les cautérisations profondes et la destruction des tumeurs.

Il passe ensuite aux applications spéciales de la cautérisation à chacune des maladies qui en sont devenues justiciables, et elles sont fort nombreuses. La plupart des faits rapportés sont tirés de la pratique de M. Bonnet. Comme tous les réformateurs, cet habile chirurgien a poussé aussi loin que possible les applications de sa méthode. Peut-être entre ses mains le feu et les caustiques se sont-ils trouvés employés au traitement des maladies que des traitemens moins héroïques, mais moins terribles, eussent pu guérir? Assurément du moins, il a fort encouragé les chirurgiens à ne se pas laisser effrayer par l'appareil du fer rouge et des caustiques. M. Philipeaux avoue bien lui-même qu'il est peu probable, malgré les merveilleux résultats de cette méthode, que son maître soit imité dans un bon nombre des applications qu'il en a faites. Néanmoins, il est impossible de n'être point frappé des succès que le chirurgien de Lyon a obtenus de la cautérisation dans le traitement de maladies redoutables, telles que les hernies épiploïques, l'érysipèle traumatique, la phébite et même l'infection purulente.

L'auteur termine son livre par quelques considérations sur la cautérisation révulsive. Il n'a pas cru toutefois devoir s'engager dans la grande question de la révulsion, et il s'est borné à reproduire ce qu'en dit M. Trousseau, dans son *Traité de thérapeutique*.

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 Mars 1856. — Présidence de M. BUSSY.

Correspondance.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics informe l'Académie qu'il vient de transmettre aux préfets les médailles décernées aux médecins-inspecteurs des eaux minérales.

Le même ministre transmet :

1° Un rapport de M. CASTEL, médecin des épidémies pour l'île d'Oleron, sur les épidémies qui ont régné dans cette localité en 1855.

2° Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1855, dans les départemens des Landes, de l'Aude, du Pas-de-Calais, de l'Ariége et de la Haute-Marne. (Com. des épidémies.)

3° Un exemplaire d'un rapport médical, publié à Vienne (Autriche), sur l'hôpital impérial et royal de l'arrondissement de Wieden, pour 1853. (Com. MM. Bouvier et Michel Lévy.)

4° Plusieurs recettes de remèdes secrets. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

La correspondance non officielle comprend :

Un rapport sur les vaccinations pratiquées dans la Dordogne, en 1854, par M. le docteur BOISSAT. (Com. de vaccine.)

— Un mémoire sur l'épidémie de choléra qui a régné dans quelques villages de la Haute-Saône, en 1854, par M. le docteur HENRY. (Com. du choléra.)

— Deux observations, dont l'une est relative à un cas de monstruosité par arrêt de développement chez le fœtus, et la seconde à un cas d'hydrométrie hydatique, par M. le docteur MOUSSAUD, de Mauzé. (Com. MM. Depaul et Desportes.)

— Un paquet cacheté, transmis par M. le docteur Félix DELFAU, de Collioure.

M. LE PRÉSIDENT informe l'Académie que, dans la prochaine séance, elle devra procéder à la nomination de plusieurs commissions de prix.

A trois heures et demie, après la clôture de la feuille de présence, l'Académie procédera à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie.

Remèdes secrets.

M. ROBINET, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne successivement lecture de plusieurs rapports, dont les conclusions, toutes négatives, sont adoptées sans discussion par l'Académie.

Élection.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture de la liste de candidats proposée par la section de pharmacie :

1° M. Boudet;
2° M. Poggiale;
3° M. Gobley.

77 membres ont signé la feuille de présence ; majorité absolue, 38 ; sur 75 votes émis, au premier tour de scrutin, M. Boudet réunit 48 suffrages, M. Gobley 18, M. Poggiale 9.

En conséquence, M. Boudet est proclamé membre de l'Académie ; sa nomination sera soumise à l'approbation de l'empereur.

Traitement des ophthalmies par l'occlusion.

L'ordre du jour appelle la discussion sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion.

M. PIORRY : On a beaucoup parlé historique à propos du traitement des ophthalmies par l'occlusion; M. Larrey a donné à cet égard les détails les plus savans. Je crois cependant pouvoir rappeler que j'ai été le premier à employer la dernière méthode dont il s'agit. En 1837, je crois, un de mes élèves publia, sous mon inspiration, une note sur ce sujet dans la *Gazette des hôpitaux*. M. Gosselin, alors élève en médecine, et qui suivait mes cours, se rappelle m'avoir entendu faire plusieurs leçons sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion. MM. Furnari et Magne m'ont également cité.

Je dois compte à l'Académie de la série d'idées par laquelle je suis arrivé à proposer ce moyen. Je m'étais demandé pourquoi certaines ophthalmies persistaient et pourquoi elles avaient de la gravité. Je me suis dit que cela devait tenir : 1° à l'influence de la lumière ; 2° au contact de l'air ; 3° au clignotement des paupières. D'après cela, je fus conduit, en 1837, je crois, à déterminer l'occlusion des paupières au moyen de bandelettes de taffetas gommé. Je réussis au delà de toute expression. J'évitais ainsi le contact de l'air et de la lumière et le frottement des corps étrangers, s'il y en avait. Il y a loin de là à l'application d'un linge mouillé, de coton, etc.

A la suite du premier choléra, il y eut une épouvantable ophthalmie, qui fut épidémique dans la Maison des orphelins du choléra. La paupière supérieure et la paupière inférieure faisaient une saillie considérable; j'eus alors recours à l'occlusion et à la compression des paupières. Bien entendu que je faisais soigner les yeux d'une manière convenable et ne laissais pas séjourner le pus sur les organes malades. Je faisais laver les yeux à grande eau et je prescrivais des injections froides. Il s'agissait, dans cette circonstance, d'une ophthalmie purulente contagieuse, comme l'a trop démontré le cas d'une pauvre religieuse qui en fut affectée de la façon la plus malheureuse, et je me fusse bien gardé de laisser le pus en contact avec les yeux malades. Je sépare ces choses de laisser le pus en contact avec les yeux malades. Je sépare ces choses de laisser le pus en contact avec les yeux malades. Je sépare ces choses

l'assujettir avec une bande, appliquée en forme de monocle modérément serrée. Eh bien, je demande à M. Larrey si, parmi les nombreux modes d'occlusion qu'il a cités, il en est un qui ressemble à celui que j'emploie.

Je maintiens donc ce mode comme nouveau. Maintenant, vaut-il mieux que les autres? Je le crois, et c'est ce que je suis venu déclarer à l'Académie; mais, ne voulant pas être seul juge de son efficacité, je mets en demeure tous les praticiens de l'expérimenter, et, si le temps et de nouvelles expériences viennent en indiquer un meilleur, je serai tout disposé à l'adopter, malgré les avantages que je reconnais à celui que je propose.

M. Larrey m'a accusé d'avoir voulu m'attribuer l'honneur de l'occlusion des yeux par le collodion, et d'avoir, en outre, décoré du nom de méthode mon nouveau mode d'occlusion; deux assertions également erronées. Je demanderai à M. Larrey où il m'a vu afficher une pareille prétention? Mais cela ne se trouve nulle part dans mon mémoire.

Pour ce qui est du collodion, je dis, au contraire, que je ne l'ai plus employé à cause de l'inconvénient que je lui ai reconnu de fermer trop hermétiquement les paupières; et, quant à la méthode, le titre seul de mon mémoire exclut toute prétention à cet égard. Le mot n'y est d'ailleurs employé qu'une seule fois ou deux : l'une pour éviter une répétition de mots, et l'autre s'applique à tous les procédés d'occlusion mis en usage par les praticiens auxquels il s'adresse aussi bien qu'à moi.

M. Larrey a été surpris que j'aie osé proposé l'occlusion des yeux seule, à l'exclusion de tout autre moyen thérapeutique, même dans les cas d'ophthalmie purulente avancée. Pour toute réponse, je n'ai qu'à renvoyer mon estimable collègue au texte même de mon mémoire. Voici ce que je dis :

« Je ne dois pas oublier d'ajouter que je n'ai pas eu l'occasion d'employer ce mode de traitement contre les ophthalmies strumeuses et granuleuses, si fréquentes chez les enfans, ni contre l'ophthalmie purulente qui règne si souvent sur les armées, et qui, dans les pays chauds surtout, occasionne tant de cécités; mais les bons résultats que j'en ai retirés, dans les circonstances variées où je l'ai appliqué, font supposer que l'occlusion seule ou associée à d'autres moyens thérapeutiques, pourrait être d'un heureux concours dans le traitement de ces affections si graves. Quelques confrères, entre autres M. Blatin, m'ont assuré avoir obtenu de bons résultats de l'occlusion des yeux chez les enfans en bas âge atteints d'ophthalmie strumeuse. C'est là un résultat heureux que je m'empresse de soumettre à l'Académie, parce que si l'occlusion peut être employée avec quelque succès contre les ophthalmies si graves et si nombreuses des nouveau-nés, la simplicité et la facilité de l'application de ce mode de traitement en fera bien vite généraliser l'emploi. »

M. Larrey soulève ensuite une question de pratique très importante, à laquelle je crois pouvoir répondre d'une manière satisfaisante. La méthode d'occlusion, dit-il, étant admise, faut-il couvrir les deux yeux en même temps ou n'en couvrir qu'un seul?

Chaque fois que j'ai eu à traiter une ophthalmie monoculaire, l'occlusion a été faite sur l'œil affecté seulement, laissant à l'autre toute la liberté de ses fonctions; et, sur plus de quarante malades soumis à ce mode de traitement, jamais je n'ai eu à me repentir de cette conduite; les deux yeux n'étant fermés que lorsqu'ils étaient simultanément malades.

Il m'est arrivé même quelquefois de faire l'expérience suivante :

Quand un malade entrait à l'hôpital ayant les deux yeux atteints, l'un d'eux était traité par l'occlusion, tandis que l'autre était soumis à l'action des topiques ordinaires; eh bien, dans ce cas encore, le résultat a prouvé l'avantage de l'occlusion, laquelle a dû même être souvent appliquée pour la guérison radicale de l'autre œil.

M. Larrey, à l'exemple de tous les ophthalmologistes, reproche au bandeau appliqué sur les yeux d'accumuler trop de chaleur sur ces organes et de provoquer ainsi des accidens qui en font supprimer bien vite l'emploi. J'ignore jusqu'à quel point cette opinion est fondée par ce qui a été fait avant moi; mais, ce que je puis déclarer, de la manière la plus formelle, c'est que jamais les malades ne se sont plaints de l'application de mon pansement, et que très souvent, au contraire, les douleurs locales et générales ont diminué peu de temps après la première application.

M. Larrey, dans l'énumération judicieuse qu'il fait des cas où l'occlusion peut être avantageusement mise en usage, ajoute qu'il conviendrait de l'employer au début des ophthalmies, et qu'il serait prudent d'attendre que la période d'acuité fût passée. Ces craintes sont naturelles pour tout praticien qui n'a pas encore appliqué ce mode de traitement, et je les ai moi-même exprimées ailleurs.

Il semble, en effet, que sur une conjonctive rouge, enflammée et devenue le centre d'une congestion sanguine considérable, l'application d'un bandage sur l'œil ne devrait pas être l'indication la plus rationnelle à suivre. D'autres moyens viennent plus naturellement à la pensée, et pourtant mon expérience et les faits recueillis depuis trois ans démontrent que c'est principalement au début d'une ophthalmie, et, lorsque l'inflammation a acquis le plus d'intensité, que l'occlusion produit les meilleurs et les plus prompts résultats.

« Il y a, en somme, pour nous, comme je l'ai déjà dit, dans l'occlusion des yeux, une question que le temps est appelé à juger, celle de savoir si les collyres liquides ou solides, véritables corps étrangers pour l'œil, ne sont pas plus nuisibles qu'utiles dans la plupart des ophthalmies et si la médication que nous recommandons ne leur est pas préférable! Notre réponse ne serait pas douteuse, basée qu'elle est sur l'expérience des savans praticiens que nous avons cités; mais, comme la chose est d'une importance capitale, tout jugement absolu doit être reculé jusqu'à ce que la pratique ait recueilli un plus grand nombre de faits à l'appui. »

Enfin, M. Larrey, tout en n'acceptant qu'avec une grande réserve les avantages de mon pansement, les attribue en grande partie à l'habileté qu'il faut avoir pour son application. Je suis d'autant plus flatté des complimens que mon collègue m'adresse en cet endroit, qu'ils émanent d'un juge très compétent; mais que M. Larrey se rassure, tant d'habileté n'est pas nécessaire; car, depuis plus de six mois, cette application est abandonnée presque exclusivement aux élèves en médecine requis, qui suivent tour à tour ma visite, et M. Larrey sait que généralement ces messieurs, fort instruits d'ailleurs, ne pèchent pas par le trop de connaissances en matière de pansement.

Telles sont les réflexions que, dans l'intérêt de la vérité et du mode d'occlusion des yeux contre les ophthalmies, j'avais à soumettre à l'Académie en réponse à l'argumentation de M. Larrey; réflexions qui ne portent, du reste, que sur la forme et nullement sur le fond de la question, puisqu'il reste bien démontré, jusqu'à présent, que l'occlusion est un bon moyen de traitement contre la plupart des ophthalmies. Ce qui a lieu de nous étonner, après tout ce que nous a appris M. Larrey, c'est que ce moyen ait si peu fixé l'attention des praticiens qui s'occupent plus spécialement du traitement des maladies des yeux.

Espérons que cette discussion profitera à la cause que je défends, et, ce que mon modeste travail n'eût point fait peut-être, le discours de M. Larrey l'opérera sans aucun doute; car, des assertions aussi favorables à cette médication, émanant d'un praticien placé si haut dans l'estime de tous, ne peuvent manquer de porter leur fruit, et je me félicite de les avoir provoquées.

M. Velpeau demande à remettre son argumentation à la prochaine séance.

Taille bilatérale modifiée.

M. Ségalas donne lecture d'un rapport sur une communication de M. le docteur Caratheodory, de Constantinople, au nom d'une commission composée de MM. Hervez de Chégoin, Amussat et Ségalas, rapporteur. (Voir plus haut article *Chirurgie.*)

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 26 Décembre 1855. — Présidence de M. Rostan.

Discussion sur la Leucocythémie (1).

M. Ernest Goupil, étranger à la Société, lit une observation analogue :

Fièvre intermittente; — leucémie; — autopsie.

La nommée Ory (Héloïse), âgée de 13 ans 1/2, entra, le 24 juin 1854, à l'hôpital des Enfans, et fut couchée salle Sainte-Catherine, n° 55, service de M. Bouneau.

Née à Tours, de père et mère d'une bonne santé, assez forte dès sa naissance, et élevée au sein par sa mère, elle eut, à 4 ans, une rougeole qui ne présenta aucun accident consécutif; et, à 8 ans, une maladie grave de deux mois de durée qui paraît avoir été une fièvre typhoïde. Elle était bien remise de cette affection, grande et très forte pour son âge, lorsque, à 10 ans, elle eut une fièvre intermittente à accès bien caractérisés par les trois stades de frisson, chaleur et sueurs très abondantes, accès qui revenaient d'abord tous les matins, mais qui, bientôt, prirent le type tierce; plusieurs fois, cette fièvre a cédé au sulfate de quinine, que l'enfant a pris souvent, et, nous dit la mère, à fortes doses, mais toujours la fièvre reparaissait après un intervalle de huit, dix ou quinze jours, sans jamais dépasser ce dernier terme, et ne cessa qu'il y a deux ans, lorsque l'enfant quitta les environs de Tours, pour venir à Paris, qu'elle n'a pas quitté depuis; néanmoins, elle a toujours gardé une teinte jaune pâle, et un ventre volumineux, bien qu'elle ait repris un peu d'embonpoint.

Cette enfant est d'une taille moyenne, peu musclée, à cheveux noirs, yeux gris, assez maigre, d'une constitution en apparence bonne, mais sa peau est mate, pâle ou plutôt d'un teint jaune cachectique.

Elle est entrée une première fois à l'hôpital des Enfans malades, le 20 janvier 1854, puis une seconde fois, le 19 mai; à ces deux époques, elle présentait un ictère peu intense survenu sans douleur aucune et sans cause connue; le foie ne présentait aucune augmentation de volume; la rate, au contraire, était considérablement hypertrophiée; les selles étaient liquides, jaunes, non décolorées; on n'y trouva aucun calcul; l'urine, traitée par l'acide nitrique, ne donnait aucune des réactions caractéristiques de la bile, mais un précipité albumineux, beaucoup plus abondant au second qu'au premier séjour de la malade à l'hôpital. Les deux fois, la teinte ictérique disparut au bout de quatre à cinq jours; on appliqua sur la région splénique un emplâtre de Vigo, et l'on donna du sulfate de quinine à la dose de 25 centigrammes par jour sans obtenir de diminution de volume de la rate; mais la mère trouvant son enfant suffisamment rétablie, l'emmena après dix-sept et vingt-cinq jours.

Néanmoins, après sa seconde sortie, l'enfant resta faible, sans appétit, et, le 22 juin, présenta un peu de fièvre, de la toux et de l'oppression qui décidèrent la mère à la ramener le 24 juin.

Le 25 au matin, nous la trouvons dans l'état suivant : décubitus dorsal; figure fatiguée, abattue; la face et tout le corps sont d'un jaune ocre assez pâle, et d'une teinte mate qui tient le milieu entre la teinte ictérique faible, et la teinte cachectique des cancéreux; les conjonctives sont bleuâtres; les pupilles médiocrement dilatées, les lèvres sont d'un rose pâle, la langue plate, humide, grise à sa surface, à peine rosée sur les bords. La peau est d'une chaleur normale, sèche, le pouls faible à 80 pulsations.

Le thorax, très amaigri, s'élargit notablement à sa base; le centre est volumineux (mesurant 65 centimètres au niveau de l'ombilic), modérément tendu; les membres inférieurs sont amaigris, sans trace d'œdème. La percussion de la poitrine donne une sonorité normale, sans augmentation d'étendue de la matité précordiale; l'auscultation fait entendre des râles sibilans très forts à l'inspiration, et un murmure expiratoire très faible. La respiration est médiocrement fréquente, haute, et se fait presque complétement par le type costal supérieur. Les bruits du cœur sont clairs, normaux, réguliers; on n'entend aucun bruit de souffle le long des vaisseaux du cou. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes; la rate, au contraire, est très volumineuse, à la palpation, son bord est mousse, régulier; à la percussion elle mesure 26 centimètres en hauteur et 13 en largeur, et s'étend obliquement depuis la partie inférieure de l'aisselle jusqu'au-dessous de l'ombilic et au niveau de la ligne médiane. La partie inférieure de l'abdomen est sonore, modérément souple, non douloureuse à la pression.

La soif est modérée, l'appétit faible; la veille, il y a eu deux selles, jaunes, liquides, presque sans odeur. L'urine est d'un jaune sale, mousseuse, et donne par l'acide nitrique et par la chaleur un précipité albumineux très abondant, qui se dépose par le repos et occupe alors dans le tube à peu près le quart de la hauteur du liquide.

Prescription : Gomme sp. julep gommeux; emplâtre de Vigo sur la région splénique; deux bouillons, deux potages.

Pendant la journée la malade, au lieu d'être remuante et active comme lors de son premier séjour à l'hôpital, reste assise dans la salle, et ne peut descendre au jardin sans grande fatigue.

Pendant près d'un mois nous ne notons aucun changement dans l'état de la malade qu'un affaiblissement progressif. Le 1er août, soupçonnant une leucémie, je tire d'une des veines du pli du bras huit à dix gouttes de sang, qui sont immédiatement examinées au microscope par mon collègue, M. Blin, et par moi. Le sang est d'un rouge-brun, couleur chocolat, et il se coagule vite, et prend une teinte grisâtre, chyleuse, comme certains sérums.

A l'examen microscopique, fait avant la coagulation du sang, on voit un nombre assez considérable de globules rouges parfaitement conformés; mais, en même temps, on voit des globules blancs, parfaitement reconnaissables à leur volume plus considérable, à leur forme sphérique, à leurs fines granulations, et à leur immobilité, et qui, bien que beaucoup moins abondans que les globules rouges, paraissent cependant trois ou quatre fois plus nombreux qu'à l'état normal.

Prescription : Gomme sp. avec nitre, 0,g2 60; vin de quinquina, 125 grammes; une portion.

Le 5 août, dans l'après-midi, la malade, qui a eu du malaise et a gardé le lit toute la matinée, a quelques nausées; dans la nuit, elle a quatre ou cinq selles en diarrhée.

A partir de ce jour, la malade ne s'est plus levée; la pâleur augmente de jour en jour; les selles jaunes, liquides, presque inodores, deviennent plus nombreuses. Le 8, on en compte six, et du 12 au 20 août, jour de la mort, de huit à dix par vingt-quatre heures.

Le 8 août, nous constatons un peu d'augmentation du volume du foie; il dépasse les fausses côtes de deux travers de doigt, et mesure 13 centimètres, suivant la verticale abaissée du mamelon, 16 suivant une ligne parallèle venant du creux de l'aisselle.

Nous ne notons plus d'autres changemens qu'un peu de somnolence à partir du 13 août, et, en même temps, un œdème général, très léger, mais notable autour des malléoles, sur les parois abdominales et thoraciques et gardant en ces points l'impression du doigt.

Le 14 et le 16, la malade a deux épistaxis d'une dizaine de gouttes de sang tout à fait semblable à celui tiré de la veine.

Le 17, la respiration est plus fréquente; des deux côtés, à la base des poumons, elle s'entend plus faiblement, et aux râles sibilans et ronflans se mêlent quelques râles muqueux sans égophonie, ni retentissement de la voix.

Le 20 août, la malade meurt à onze heures du soir, sans convulsions ni délire.

(1) Suite. — Voir les numéros des 28 Février et 1er Mars 1856.

L'*autopsie* est faite le 22 au matin, trente-trois heures après la mort.

Le cerveau est sain, et ne présente de remarquable qu'un peu d'œdème sous-arachnoïdien.

Au sommet du poumon droit, on trouve trois petites masses tuberculeuses, dures, crayeuses, du volume d'un très petit pois; les deux poumons présentent la trace d'une forte congestion hypostatique.

Le péricarde contient deux cuillerées environ de sérosité rougeâtre. Le cœur est d'un volume normal, les cavités gauches sont complétement vides; le ventricule et l'oreillette droite contiennent un petit caillot d'un rouge chocolat.

L'estomac est sain; l'intestin grêle n'offre d'anormal qu'une légère saillie avec un peu de piqueté noirâtre des plaques de Peyer, et trente petites ulcérations environ, ovalaires, grises, coupées à pic, dirigées transversalement à la longueur de l'intestin, occupant le dernier mètre de l'iléon, et probablement de nature tuberculeuse; le gros intestin présente un développement assez notable des follicules isolés.

Les deux reins sont volumineux, la substance corticale est pâle et contient des corpuscules blanchâtres, comme fibrineux qui semblent se prolonger sous forme de stries entre les tubes des pyramides.

Le foie est volumineux (mesurant 17 centimètres dans sa plus grande hauteur, sur 16 en largeur et 7 en profondeur); sa couleur est rougeâtre; il est déjà un peu ramolli. La vésicule biliaire contient un calcul du volume d'une avelne, rugueux, friable, jaune-noirâtre, présentant à sa surface quelques formes cristallines; le canal cystique et le canal cholédoque sont assez dilatés pour admettre une petite plume d'oie; le canal hépatique, au contraire, est d'un volume normal.

La rate est très volumineuse, dure, consistante, régulièrement conformée; elle mesure 21 centim. de hauteur sur 10 de largeur et 8 de hauteur (volume double de l'état normal); sa surface convexe présente deux surfaces laiteuses, avec épaississement de la tunique péritonéale; au niveau du hile, la rate présente une saillie du volume d'une noix, arrondie assez régulièrement, se confondant avec le tissu de la rate par la partie adhérente; à la coupe, cette partie présente, comme le tissu de la rate dont elle ne se distingue aucunement, un parenchyme rouge, dense, ferme, ne se réduisant point en pulpe; seulement, on y aperçoit des petits corpuscules durs, brillans, jaunâtres, à forme cristalline, ayant à peine le volume d'un grain de millet, qui, examinés au microscope, ont la forme et l'apparence de cristaux de cholestérine.

Les ganglions mésentériques, non altérés, nous ont cependant paru un peu plus volumineux qu'à l'état normal; les ganglions bronchiques étaient parfaitement sains.

Le sang, recueilli dans les veines splénique et cave supérieure, a été examiné au microscope par M. Blin, et la partie liquide ne semblait contenir que des globules blancs; c'est à peine si, dans chaque préparation, on voyait quelques globules rouges en petit nombre.

Cette observation m'a paru assez intéressante pour mériter de vous être communiquée, toute imparfaite qu'elle puisse être; les faits de lencémie sont assez rares d'ailleurs, et surtout ont été rarement observés en France.

Celui-ci présente en outre cette circonstance spéciale, que la malade n'avait que 13 ans; la plupart des faits ont été observés sur des malades assez âgés, ordinairement de 35 à 55; le sujet le plus jeune est un malade de 17 ans, observé par M. Bennett, et l'année suivante, lorsque parut le mémoire de ce médecin, il était encore vivant.

Nous ajouterons aussi que cette malade avait eu des accès de fièvre intermittente bien caractérisés, et revenant en outre d'après le type tierce, type rare parmi les fièvres symptomatiques; du reste, nous avons multiplié et varié nos interrogations à ce sujet, soit auprès de la mère, soit auprès de l'enfant, et il nous a été impossible d'obtenir quelque renseignement contradictoire.

Déjà M. Bennett, dans son mémoire inséré dans les *Bulletins de la Société de Biologie* (1851), avait trouvé sur vingt cas trois malades ayant présenté des accès de fièvre intermittente, mais 12 à 15 ans avant la maladie actuelle; aussi en conclut-il que la fièvre intermittente a été sans action sur l'hypertrophie de la rate; M. le docteur Leudet, en cela d'accord avec le professeur Virchow, dit dans sa note insérée dans les *Bulletins de la Société de Biologie*, et dans son travail plus récent imprimé cette année dans la *Gazette hebdomadaire*, que jamais dans les antécédens, on n'a noté de fièvre intermittente.

Le fait que nous venons de rapporter est une preuve évidente du contraire; là la fièvre n'a précédé la maladie, et même la mort, que de deux ans et demi; entre ces deux maladies, fièvre intermittente et leucémie, la malade n'a jamais été dans une santé parfaite, elle présentait toujours le teint pâle et le ventre volumineux des habitans des pays de marais; aussi, en rapprochant ce fait des trois autres publiés par M. Bennett, devra-t-on être moins affirmatif sur l'absence des fièvres intermittentes dans l'étiologie; sans cependant que nous voulions aucunement démontrer par ce fait isolé et exceptionnel, un rapport de causalité entre ces deux affections.

Nous ajouterons un seul mot, par rapport aux deux ictères que nous avons signalés chez cette malade; l'ictère est une maladie peu fréquente dans l'enfance, surtout l'ictère causé par les calculs biliaires; ces derniers sont assez fréquens chez les enfans, mais ils causent rarement des accidens; dans le cas dont nous parlons, la forme de l'ictère, son peu de durée, l'absence de décoloration des selles, et surtout la dilatation considérable des canaux cystique et cholédoque, nous ont porté à penser que l'ictère avait dû être causé par la présence du calcul biliaire, ou plus probablement d'un ou plusieurs autres que l'on n'aura pas retrouvés dans les selles de la malade; toutefois, l'augmentation du volume du foie n'a paru que dans les derniers jours de la vie, et cette circonstance semble devoir la faire rapporter à la leucémie plutôt qu'aux calculs biliaires.

(*La suite prochainement.*)

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

CONCOURS. — Le concours pour deux places de médecins au Bureau central des hôpitaux a commencé aujourd'hui.

Les juges de ce concours sont :

MM. Gillette, Guérard, Hardy, Marrotte, Nélaton.

Suppléans : MM. Laugier, Bernutz.

Les candidats inscrits sont au nombre de 26, ce sont :

MM. Axenfeld, Blain des Cormiers, Blondeau, Boivin, Cahen, Caillault, Champmartin, Charcot, Clairin, De Bauvais, Destouches, Dumoulin, Gallard, Grange, Hervieux, Labric, Laboulbène, Lamaestre, Mesnet, Montanier, Racle, Rotureau, Triboulet, Simonet, Simonis-Empis, Vulpian.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 30. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 8 Mars 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PATHOLOGIE : Considérations sur le zona. — II. OBSTÉTRIQUE : Des causes de la position normale du fœtus dans la matrice. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Suite des communications et discussion sur la leucocythémie. — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON : Causeries.

PATHOLOGIE.

CONSIDÉRATIONS SUR LE ZONA;

Par Jules PARROT, interne des hôpitaux (1).

V.

Quelle est la nature du zona?

Tulpius, et avec lui Sauvages et Alibert, le confondent avec les autres affections herpétiques sous la dénomination plus générale de dartre. Borsieri le classe parmi les exanthèmes fébriles, et le rapproche de l'érysipèle; c'est aussi l'opinion de Lorry, et en cela ils suivent la tradition. Le chapitre dans lequel ce dernier auteur donne les caractères du zoster a pour titre : *De sacro igne, et zona sacri ignis specie.*

Cullen et Pinel se rallient à la manière de voir de Lorry.

Les auteurs modernes sont beaucoup moins explicites sur la question qui nous occupe, et l'on chercherait en vain dans leurs écrits une opinion nettement formulée sur la nature du zoster.

M. Simon, dans un passage que j'ai cité plus haut, dit que parmi les dermatologistes les uns considèrent le zona comme une fièvre exanthématique, tandis que d'autres le rattachent à une souffrance nerveuse, considérant celle-ci comme une *névralgie*.

Le médecin de Berlin termine l'examen critique de ces doctrines, en disant que nos connaissances sur la nature du zoster sont obscures.

Tout récemment, M. Delioux a voulu voir dans le zona *une névralgie catarrhale qui a pour crise un herpès*, et par l'expression *catarrhale*, cet auteur désigne un état morbide des premières voies.

Je ne m'arrêterai pas à réfuter l'opinion qui rattache le zoster à l'érysipèle; cette idée est justement abandonnée aujourd'hui.

Pour d'autres pathologistes, le zona est une affection primitive, s'accompagnant de troubles du côté de l'innervation et des fonctions digestives. Enfin, il est des auteurs pour lesquels l'éruption herpétique est subordonnée à une névralgie.

Cette dernière opinion est vraie, mais elle nous paraît incomplétement formulée. Le problème de la nature du zona se lie d'une manière immédiate à la détermination des causes.

Nous avons vu que le froid, la dyspepsie, peut-être une souffrance de l'utérus ou de ses annexes constituaient l'appareil étiologique.

Ces causes du zoster agissent en donnant naissance à une névralgie qui domine l'éruption. Celle-ci n'est donc pas un état pathologique isolé, une entité morbide; elle annonce toujours un trouble de l'organisme antérieur à son apparition, ou du moins l'existence d'une diathèse dartreuse. Nous disons donc que le zona est *une manifestation toujours secondaire, subordonnée à l'existence d'une névralgie de nature rhumatismale ou dyspeptique.*

Si nous n'avons rien dit de l'élément inflammatoire du zoster, ce n'est pas que nous mettions en doute son existence, mais, à nos yeux, il n'est que l'un des accompagnemens de la maladie. Dans l'étude de l'ecthyma syphilitique on ne tient compte de la pustule que pour classer la période actuelle de l'évolution diathésique; qu'importe l'inflammation qui a produit le pus? On a constaté une manifestation secondaire de la syphilis, c'était là le point capital.

Le zona est de même. Ici, c'est l'élément névralgique qui domine; l'inflammation vésiculaire ne se montre qu'au second plan.

VI.

Une éruption de nature herpétique étant donnée, quelles sont les conditions nécessaires et suffisantes pour qu'elle constitue un zona? Ces conditions sont au nombre de trois :

1° La maladie doit être limitée à un côté du corps;

2° Les plaques vésiculeuses doivent siéger sur le trajet d'un rameau nerveux superficiel;

3° Cette branche nerveuse sera frappée de névralgie.

On ne doit donc pas, avec quelques auteurs, exiger, pour qu'une éruption herpétique soit un zoster, qu'elle affecte une direction en demi-ceinture; elle pourra être plus ou moins oblique ou même tout à fait perpendiculaire, par rapport à un plan horizontal.

Nous n'ignorons pas qu'on a signalé une ou deux observations de *zona en bracelet*, dans lesquels l'éruption entourait un membre à la manière d'un anneau; mais nous ne saurions voir là de véritables cas de zona. Il nous semble plus naturel de les rapprocher de l'herpès orbiculaire, que l'on voit souvent se développer autour de la bouche et des narines.

VII.

Plusieurs particularités observées dans le zoster ont beaucoup préoccupé les auteurs, et sont restées jusqu'ici sans solution; nous croyons pouvoir les présenter comme autant de scholies des propositions formulées plus haut.

I. — Pourquoi le zona n'envahit-il qu'une moitié du corps, tandis que les autres manifestations dartreuses affectent dans leur disposition une symétrie presque constante? C'est que le zona est sous la dépendance d'une névralgie, et celle-ci est une affection unilatérale. S'il y a des exceptions à cette règle, elles sont extrêmement rares; du reste, elles expliquent les cas non moins exceptionnels d'un zona siégeant sur les deux côtés du corps. Il y a là, en réalité, deux zonas distincts, comme il y a deux névralgies indépendantes l'une de l'autre.

II. — La fréquence de la névralgie dorso-intercostale explique ce fait signalé par tous les auteurs, à savoir, que le zoster des parois thoraciques est celui qu'on observe le plus souvent.

Comme le remarque M. Cazenave, cette variété de zona siége surtout à la base du thorax; or, la névralgie dorso-intercostale reconnaissant, le plus souvent, pour cause des troubles gastriques, occupe aussi très fréquemment les 6e, 7e, 8e espaces intercostaux.

III. — Quel est le côté du corps ou siége le plus habituellement le zona? Les dermatologistes sont loin d'être d'accord sur ce point.

MM. Cazenave et Devergie se prononcent pour le côté droit, Reil et Mehlis pour le côté gauche. M. Rayer croit que la fréquence est la même pour les deux côtés. Si l'on remarque avec la plupart des médecins qui ont écrit sur les névralgies, que ces affections sont plus fréquentes à gauche qu'à droite, on aura quelque raison de donner gain de cause à Reil et à Mehlis.

IV. — On a remarqué que le zoster était beaucoup plus fréquent chez les jeunes gens et chez les adultes que chez les vieillards et chez les enfans. On observe la même proportion dans la fréquence des névralgies étudiées dans leurs rapports avec les différens âges.

VIII.

Je ne passerai pas en revue toutes les méthodes curatives qui ont été dirigées contre le zona. Les saignées, qui s'adressent à l'élément inflammatoire, seront le plus souvent inutiles, sinon nuisibles. La méthode abortive dont on a fait grand

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 1er et 6 mars 1856.

Feuilleton.

CAUSERIES.

La mouche cholérifère à l'Académie de médecine. — L'oiseau, par M. Michelet. — Une omission réparée. — Distraction.

A quelque chose malheur est bon, et je commence à croire — mieux vaut tard que jamais — qu'une fée protectrice veille sur mes jours. Je vous ai raconté, l'an passé, mes perplexités et celles d'un de mes honorables correspondans, à l'occasion d'une certaine boîte bien scellée, bien cachetée, cela est vrai, adressée à l'Académie de médecine, et qui contenait.... je frissonne à ce souvenir.... la fameuse mouche cholérique ou cholérifère de M. Mora. Vous vous souvenez que cette boîte fut renvoyée séance tenante, et heureusement sans effraction, à la commission des remèdes secrets. (Ici, je suis forcé d'ouvrir une parenthèse. Sous l'émotion de la première exhibition de cette boîte, je ne pensai pas, et je m'en accuse, à poser cette question grave : Pourquoi son renvoi à la commission des remèdes secrets? Cette boîte ne contenait pas le remède, au contraire, c'est le mal qu'elle renfermait dans ses parois fragiles. La commission n'avait donc rien à voir dans cette boîte; et c'est une immense injustice, contre laquelle je proteste aujourd'hui, d'avoir aussi légèrement compromis l'existence des honorables membres de cette commission, de son spirituel et charmant rapporteur surtout, la joie, la providence et la ressource des ordres du jour insuffisans. Cette affaire n'était pas de sa compétence, car la fatale mouche de M. Mora n'est ni un remède ni un secret. Elle revenait de droit soit à la section d'hygiène, soit à la section d'histoire naturelle, soit à la commission des épidémies, soit et mieux encore à la commission du choléra et surtout à la commission du choléra de 1849, la paresseuse, qui méritait bien ce châtiment et qui se fait gronder mutuellement, car

La cruelle qu'elle est se bouche les oreilles
Et les laisse crier.

Pour être tardive, ma protestation n'en est pas moins juste; je la dépose dans le cœur indigné de mes lecteurs, et maintenant que, comme Pilate, je peux dire, je m'en lave les mains, je reprends mon récit et je ferme ma parenthèse.)

Or donc, cette fatale boîte a été ouverte. L'histoire dira, parce que je le consigne ici, que la commission a montré un courage superbe et vraiment héroïque au moment solennel où M. Robinet a rompu le cachet. Desgenettes au milieu des pestiférés de Jaffa ne se montra pas plus sublime, et j'ose signaler au goût si éclairé pour les arts de l'honorable secrétaire perpétuel, cette scène digne du pinceau d'un autre baron Gros. Elle ornerait utilement le panneau resté vide des murs académiques.

Ouverte la boîte, et la main placée sur l'ouverture, afin que rien ne s'en échappe, la commission hasarde un œil, puis l'autre, et aperçoit, hélas! couchée sur le dos, une mouche, une seule, ou plutôt une momie de mouche, car la pauvre bête, en prison cellulaire depuis plusieurs mois, avait succombé aux atteintes de la nostalgie. Cet affreux régime trouvera-t-il encore des partisans?

Mais il y a mouche et mouche; la nature prévoyante et généreuse a singulièrement multiplié la classe des diptères. Les savans en comptent jusqu'ici plusieurs classes, avec une quantité incroyable de variétés, sans compter les *Guêpes* de M. A. Karr et les *Mouches* de M. Dechambre. (Ici, M. Nicolas me fait observer que les *Guêpes* sont de l'ordre des hyménoptères.) Il s'agissait de classer cette mouche. Ici mon culte pour la vérité m'oblige à consigner ce document dans l'histoire, que la commission avait un peu perdu de vue les classifications d'entomologie, et qu'il lui a fallu recourir à un savant *ad hoc*, à M. Milne Edwards, à qui furent envoyées avec grandes précautions, et accompagnées par les huissiers de l'Académie, la boîte et la célèbre mouche. Ce transport solennel de la mouche de l'Académie à la Sorbonne pourrait être aussi l'objet d'une illustration artistique.

La mouche est arrivée dans le cabinet de M. Milne Edwards, qui, la loupe sur l'œil, examine. O déception! mystification de M. Mora! Cette mouche fallacieuse et coupable n'est que la *musca vulgaris!* Tout ce qu'il y a de plus vulgaire, un échantillon momifié de cette mouche du mois d'août, tracassière, taquine, agaçante, qui se pose sur le nez avec une obstination terrible, cette grande petite misère de la vie d'été, et qui plus d'une fois, vil insecte, nous a fait crier : Jupiter, prête-moi ta foudre.

Décidément M. Mora, qui peut être de très bonne foi dans tout ceci, est un de ces hommes dont je ne sais plus quel écrivain a dit, que l'on croit très occupés dans leur cabinet, et qui attrapent plus de mouches que de vérités.

La réponse de M. Milne Edwards est aussitôt transmise à la commission qui restait en permanence. Je renonce à peindre l'étonnement d'abord, l'indignation ensuite, la fureur enfin qui s'emparèrent des honorables membres de ce savant conciliabule. Les hommes de ma génération se souviennent avec délices d'une scène de théâtre, illustrée par Potier, dans laquelle des voyageurs en diligence, arrêtés par un voleur audacieux, s'aperçoivent, après plusieurs minutes passées dans une position fort incommode, qu'ils ne sont plus en présence que de mannequins. Ah! tu n'es qu'un mannequin, disait Potier; et de quel ton et avec quels gestes! Ah! tu n'es que la *musca vulgaris*, disait la commission; attends, attends! Seul, impassible et digne, M. Robinet garde heureusement son sang-froid. L'Académie est consultée sur cette mouche, il faut que la commission réponde. — Non, non! — Le règlement est formel. — A bas le règlement! — L'autorité l'exige. — A la lanterne..... Par son courage, par son énergie, M. Robinet parvient enfin à étouffer ce commencement d'insurrection, et il est enfin décidé que le rapport sera fait.

Il l'a été mardi dernier. Boîte et mouche, miraculeusement échappées à l'indignation de la commission, ont été placées sur le bureau de l'Académie, et M. Robinet a pu en dire, avec l'esprit qu'on lui connaît, son opinion définitive.

C'est ici, 6 providence, que j'ai besoin de te remercier. Ce jour-là, mon tyran — qui n'a pas son tyran? — je veux dire son tyran organopathique, comme dirait M. Piorry : celui-ci le place dans le cœur, celui-là dans les poumons, à vous la migraine, à vous la goutte, à vous le rhumatisme, à vous la pierre; et que de choses produit, empêche, pa-

bruit, et qui consiste à faire avorter les vésicules par la cautérisation, ne trouvera son application que chez un nombre très restreint de malades.

Trois élémens devront attirer l'attention du thérapeutiste : 1° l'éruption; 2° les douleurs souvent très cruelles qui l'accompagnent et lui survivent; 3° les affections du tube digestif qui, dans certains cas, auront été la cause du mal et qui entretiendront la névralgie.

Le traitement de l'éruption sera purement local, et, comme le dit M. Cazenave, le praticien devra se contenter de mettre à l'abri des agens extérieurs les vésicules herpétiques, afin qu'elles puissent parcourir régulièrement les différentes périodes de leur évolution.

C'est probablement l'herpès zoster que Galien avait en vue, lorsqu'il conseillait, dans le *feu sacré*, de saupoudrer les surfaces malades avec de la terre à foulon. « Terra cimolia est aliqua candida, et spissa et purpurea, velut pinguis. Et melior videtur et ad tactum frigida. Valde quoque illinitur *ad ignem sacrum* et combusta, pustulas enim fieri prohibet (1). »

M. Cazenave, imitant la pratique de Galien, fait saupoudrer avec de l'amidon les plaques herpétiques, sur lesquelles on a préablement étendu une couche d'huile d'amandes douces.

J'ai vu plusieurs fois, à l'hôpital St-Louis, M. Hardy faire usage de la mixture suivante :

Amidon	3 parties.
Oxyde de zinc. .	1 partie.

Ce mélange paraît agir d'une manière efficace sur l'élément névralgie.

Quant l'éruption aura complétement disparu et que les douleurs persisteront, il faudra les attaquer par des vésicatoires volans; ce moyen est d'une efficacité merveilleuse dans le traitement des névralgies.

Là se borne le traitement des symptômes; mais comme nous l'avons déjà dit, bien souvent la névralgie a sa source dans l'état pathologique d'un organe essentiel; c'est à cette cause que le médecin devra s'attaquer sans peine de voir échouer les traitemens locaux les mieux institués.

(1) Galien. *De simplicibus medicaminibus*. Septima classis, p. 85. B. Apud Juntas, Venetiis, 1565.

OBSTÉTRIQUE.

DES CAUSES DE LA POSITION NORMALE DU FOETUS DANS LA MATRICE;

Par le docteur KRISTELLER, de Berlin.

L'auteur énonce et discute d'abord les différentes théories proposées pour expliquer pourquoi la position céphalique est insuffisante; il en montre l'insuffisance, et se rattache finalement surtout à celle de M. Crédé, qui accorde à l'utérus une influence prépondérante sur la position du fœtus. Il est bien constaté que la tête n'occupe pas toujours pendant la vie intra-utérine la partie inférieure. Dans les premières six semaines, le fœtus n'a pas de direction déterminée. Avec la formation du liquide amniotique, il devient plus mobile; il reste suspendu au cordon ombilical, et la tête, volumineuse, occupe la position déclive dans les différentes attitudes de la mère. Cette suspension cesse dans le troisième mois, parce que le cordon devient trop long; mais jusqu'au milieu de la grossesse, l'embryon n'a pas de direction fixe, à cause de la forme sphérique de la matrice. A partir de ce moment, l'utérus prend de plus en plus la forme ovoïde, et le grand axe du fœtus commence à correspondre au grand axe du réservoir. Alors les avortemens montrent les présentations du bassin aussi fréquentes que celles de la tête; mais ces dernières augmentent rapidement, et à la fin de la gestation existent 96 à 98 fois sur 100.

D'après M. P. Dubois, sur 10,105 enfans à terme, nés à la Maternité, à Paris, 97,6 p. 100 sont venus par la tête, et 2,3 p. 100 par le bassin. Les proportions trouvées par M. Collins, à Dublin, sur 155,33 accouchemens, sont de 98,2 p. 100 pour la tête, et 1,6 p. 100 pour le bassin. D'après M. Dubois, chez 548 enfans nés avant terme, la tête s'est présentée 72 fois, et le bassin 28 fois sur 100. L'accoucheur irlandais a trouvé sur 524 fœtus morts avant la naissance 82,1 p. 100 pour la première, et 16,7 p. 100 pour le second. En calculant sur les données de M. Dubois, et en faisant les quatre catégories suivantes : enfans vivans et à terme, morts et à terme, vivans et avant terme, morts et avant terme, on trouve que la fréquence de la présentation

du bassin, croît comme les chiffres 2, 11, 23, 36,
et celle de la tête décroît comme 98, 89, 77, 64.

Si l'on considère les fœtus nés avant le septième mois, la proportion augmente pour le bassin. Sur 121 cas indiqués par M. Dubois, la tête figure pour 53,8 p. 100, le bassin pour 42,1, et les positions transversales pour 5,1 p. 100. D'après une table publiée par Scanzoni, de fœtus nés avant le sixième mois, et renfermant 166 cas, on trouve la tête pour 48,8 p. 100, le bassin pour 48,2, et les positions transversales pour 3 p. 100.

Pour élucider les causes qui opèrent ce changement dans la direction du fœtus, il faut d'abord étudier les forces actives qui y jouent un rôle, leur direction et leur mode d'action, les qualités mécaniques du fruit comme corps mobile, et les résistances à vaincre.

Des forces agissantes. — Elles se décomposent en trois groupes :

1° Celles qui ont leur source en dehors de l'organisme matériel et fœtal. Ce sont la gravitation et des influences passagères et accidentelles, et qui sont plus du domaine de la pathologie et de la thérapeutique.

2° Celles qui résident dans l'œuf; sa croissance, l'élasticité vitale de l'enfant et ses mouvemens actifs.

3° Celles qui siégent dans l'organisme maternel; le développement et la contractilité de la cage musculaire qui renferme le fruit.

Parmi les forces du premier groupe, c'est la gravitation qui est la plus importante; mais nous avons vu qu'elle ne pouvait être invoquée que pendant le premier tiers de la grossesse. Celles des deux autres groupes ne doivent pas être étudiées isolément, elles agissent toujours simultanément; mais il y en a une dominante, qui réside dans la contractilité de l'utérus. La matrice ne se laisse pas distendre par le fruit, comme une enveloppe inerte, n'offrant aucune résistance. Dans la première moitié de la grossesse, la tension mécanique entre le contenant et le contenu n'est pas considérable; les deux augmentent de volume, chacun pour lui, dans une direction centrifuge. Plus tard, pendant que l'œuf continue à croître, la matrice cesse d'augmenter sa masse par de nouvelles formations; elle sera donc distendue par le contenu et exercera alors une *pression constante* et progressivement croissante, jusqu'à la fin de la gestation. A cela viennent se joindre des *contractions passagères* de la matrice, contractions siégeant parfois dans des groupes de fibres isolés, mais le plus souvent dans tous les plans musculaires, et déterminant des modifications de formes et de la dureté dans cet organe. Elles sont causées par des influences extérieures à la matrice, ou bien par des excitations agissant directement sur elles, et alors elles se manifestent surtout comme une réaction contre les mouvemens actifs et passifs du fœtus et contre la pression inégale déterminée par des positions vicieuses du fœtus et de la matrice. Dès que, par suite de pression, de tiraillemens, de raccourcissemens, d'allongement, etc., dans quelques groupes de fibres, l'équilibre de l'utérus est détruit, il surgit une activité antagoniste qui tend à le rétablir. C'activité de la matrice ne constitue non seulement l'agent principal de l'accouchement, mais encore elle donne au fœtus la direction la plus convenable pendant la grossesse. L'élasticité organique et la turgescence vitale du fœtus lui viennent en aide, aussi bien dans ces effets que dans l'expulsion du fruit.

La résultante de la pression continue de la matrice tombe dans son axe longitudinal; l'excédant, déterminé par le fond de cet organe, ne change pas ce résultat, mais lui imprime une direction collipète, c'est-à-dire allant du fond au col. La tonicité et la contraction de tous les muscles de la matrice, soit dans leur totalité, soit en considérant les groupes symétriques des deux côtés, se résumeront encore dans cette même direction. Les contractions transitoires partielles, asymétriques, qui changent la forme de l'organe, doivent avoir une autre résultante, variable selon la direction et l'étendue de ces contractions. Mais comme on peut admettre, d'après des lois physiologiques générales, que ce sont les fibres les plus allongées qui ont le plus éprouvé la somme de la force dilatante, et doivent avoir par conséquent la plus grande tendance à se raccourcir, on peut placer la somme du mouvement, chaque fois dans le plus long diamètre de la déformation subie par la matrice.

Pour ce qui regarde l'œuf, son accroissement constitue une force opposée constamment à la pression constante de l'utérus. Sa résultante coïncide avec celle de la matrice, mais agit en direction opposée, du col vers le fond. En considérant séparément le liquide amniotique et le fœtus, on trouvera une différence entre les deux. L'amnios est un liquide, n'ayant par conséquent pas en lui-même la raison d'une forme, mais prenant exactement celle du réservoir dans lequel il se trouve renfermé, et transmettant partout également la pression éprouvée en un de ses points. Le fœtus, au contraire, a une forme déterminée et invariable, ne propage pas également et partout, une pression éprouvée en un point, et n'oppose pas à cette pression une même résistance dans toutes ses parties. Sa forme allongée, la résistance de son appareil osseux et le frottement plus ou moins considérable aux surfaces qui se trouvent en contact avec les parois utérines, feront naître des mouvemens de levier qui sont de la plus grande importance.

C'est ordinairement la tête et les fesses, comme points extrêmes de l'âge longitudinal du fœtus, qui deviennent les points d'attaque des forces, et celui d'entre eux qui trouve le plus de frottement ou la plus grande résistance, se constitue centre du mouvement. Supposons, par exemple, une position transversale, la tête au-dessous de la branche horizontale du pubis droit, les fesses du côté gauche, le dos en haut. S'il survient des contractions ultérieures collipètes (dirigées vers le col), la tête retenue par le pubis ne peut s'abaisser, et devient centre de mouvement, pendant que les fesses descendront

---

ralyse ou détruit notre cruel tyran? Un grain de sable arrêté dans l'urètre de Cromwell... Mais arrêtons-nous sur cette pente trop facile. Mon tyran, à moi, c'est l'intestin. Ce petit état est sujet à des révolutions fréquentes et fort désobligeantes. J'ai essayé de tous les régimes pour calmer ses tendances au changement : gouvernement absolu, c'est-à-dire privation de tout ce qui porte au relâchement de la discipline; gouvernement constitutionnel, c'est-à-dire équilibre entre l'alimentation excitante et l'alimentation calmante; système aristocratique, c'est-à-dire tout ce qu'il y a de plus animal dans la nourriture; système démocratique, c'est-à-dire pauvreté de l'aliment; ce tyran inquiet et chagrin ne s'accommode de rien, et, à tout instant, il se met en révolte contre mes mesures les plus paternelles ou les plus énergiques. Tant il y a que, mardi dernier, c'était un jour d'insurrection, et que pendant que M. Robinet lisait le fameux rapport que vous savez, j'avais fort à faire de lutter contre l'orage, la tempête, les bruits, les murmures, les explosions soudaines, les inondations inattendues, véritable cataclysme dont mon pauvre ventre était le théâtre. De sorte que je n'ai rien vu, rien entendu. O mon tyran, je te remercie! malgré l'autorité du savant doyen de la Faculté des sciences, je ne suis pas bien rassuré à l'endroit de la mouche de M. Moro. J'aime autant n'avoir pu assister à cette séance, la curiosité l'eût emporté peut-être sur la peur, j'aurais voulu voir et toucher cette mouche unique, et, tout compte fait, j'ai bien fait d'être malade. Mais je dois prendre mes contemporains et la postérité à témoin, que si l'ouverture de cette boîte a des suites funestes, je n'y suis pour rien.

Je voudrais trouver une transition heureuse entre les insectes et les oiseaux. J'ai lu, en effet, dans le *Siècle*, un morceau charmant extrait d'un ouvrage que M. Michelet publie sous ce titre : *l'Oiseau*. Ce morceau est tiré du chapitre consacré au *pic*, dont M. Michelet a fait l'emblème du travail opiniâtre et solitaire. Je demande la permission de citer un passage de ce chapitre :

« Travail varié et compliqué. D'abord l'excellent forestier, plein de tact et d'expérience, éprouve son arbre au marteau, je veux dire au bec. Il ausculte comment résonne cet arbre, ce qu'il dit, ce qu'il a en lui. Le procédé d'auscultation, si récent en médecine, était l'art principal du pic, depuis des milliers d'années. Il interrogeait, sondait, voyait par l'ouïe les lacunes caverneuses qu'offrait le tissu de l'arbre. Tel, sain et fort en apparence, que, pour sa taille gigantesque, a désigné, marqué le marteau de la marine, le pic, bien autrement habile, le juge véreux, carié, susceptible de manquer de la manière la plus funeste, de plier en construction, ou de faire une voie d'eau et de causer un naufrage.

« L'arbre éprouvé mûrement, le pic se l'adjuge, s'y établit; là il exercera son art. Ce bois est creux, donc gâté, donc peuplé; une tribu d'insectes y habite. Il faut frapper à la porte de la cité. Les citoyens, en tumulte, voudront fuir ou par-dessus les murailles de la ville, ou en bas, par les égouts. Il y faudrait des sentinelles; au défaut, l'unique assiégeant veille, et, de moment en moment, regarde derrière pour happer les fugitifs au passage, à quoi sert parfaitement une langue d'extrême longueur qu'il darde comme un petit serpent. L'incertitude de cette chasse, le bon appétit qu'il y gagne, le passionnent; il voit à travers l'écorce et le bois; il assiste aux terreurs et aux conseils du peuple ennemi. Parfois, il descend très vite, pensant qu'une issue secrète pourrait sauver les assiégés. »

Au mot *ausculte*, substituez le mot *percute*, et ce passage sera aussi vrai qu'il est charmant.

J'ai commis, samedi dernier, une omission que j'ai hâte de réparer aujourd'hui. Le conte en vers, que j'ai reproduit d'après *l'Union médicale de la Gironde*, et dont maladroitement, et par distraction seule, je n'ai pas indiqué l'auteur, est de M. le docteur E.-A. Boisseuil, aujourd'hui président de la Société de médecine de Bordeaux. Cet honorable confrère n'en est pas à ses premières armes en fait de poésie, c'est sa distraction la plus chère, distraction aimable et qui vaut bien celle que l'on cherche à une table de whist ou de bouillotte. J'ai sous les yeux une autre pièce de M. Boisseuil, intitulée : *Quelques conseils à la jeunesse sur la santé*. J'en cite avec plaisir ce début heureux :

Il est parmi les biens que Dieu prodigue à l'homme
Un bien auprès duquel les autres ne sont rien;
Qu'on chérit à la cour ainsi que sous le chaume,
But sacré de votre art, Hippocrate, Galien!
Ce bien, que la cité court chercher au village,
Qui fait le pauvre heureux et les riches contens,
Que jeune l'on gaspille et que vieux on ménage,
On le regrette, hélas! mises qu'il n'est plus temps.
L'existence, sans lui, devient insupportable;
Et lorsqu'a fui l'espoir de le voir revenir,
En délire, éperdu, l'homme trop misérable,
Contre le ciel blasphème en cherchant à mourir!
Ce bien des biens, ...
Ce céleste rayon, amis, c'est *la santé*.

Je demande pardon au lecteur d'avoir aussi cherché une distraction au spectacle qu'offre aujourd'hui le corps médical de Paris par la compétition âpre, énergique, terrible, que suscitent un fauteuil vacant à l'Académie des sciences, cinq places vacantes à l'Académie de médecine, et les places de médecin-inspecteur des thermes de Néris et de Vichy. Ah! mes bien-aimés confrères, priez Dieu pour moi afin qu'il me préserve de céder à la tentation de consigner ici la millième partie de tout ce que j'entends et de tout ce que je vois!

Amédée LATOUR.

Le banquet annuel de l'UNION MÉDICALE aura lieu le jeudi 27 mars courant, à 6 heures du soir, dans les salons de Véfour-Hamel, au Palais-Royal.

Les inscriptions seront reçues aux bureaux de l'UNION MÉDICALE, 56, faubourg Montmartre, jusqu'au mercredi 26, à 5 heures du soir.

Le prix de la souscription est fixé à 15 fr.

— Par décret du 27 février, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, M. Villermé, membre de l'Institut, membre honoraire du comité consultatif d'hygiène publique et de salubrité, a été promu au grade d'officier dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur. Chevalier depuis 1833.

— Le jury de concours pour une place de chirurgien du Bureau central, qui s'ouvrira le 17 mars, vient d'être constitué. Il se compose de MM. Robert, Denonvilliers, Gosselin, Ph. Boyer, Hillairet, *juges*, et de MM. Jarjavay et Piorry, *suppléans*. — Les candidats inscrits sont MM. Bauchet, Bérard, Boulard, Fano, Foucher, Houel, Jamain, Legendre, Trélat et Verneuil.

nécessairement, en même temps que le fœtus fléchira.

Lorsque la résistance aux deux extrémités de l'âge fœtal est la même, la tête sera toujours le point mobile, et le bassin le centre de mouvement. Voici comment :

A cet effet, nous pourrons faire abstraction du thorax et des extrémités, et nous n'aurons à étudier que la tête, la colonne vertébrale et le bassin. La tête est mobile sur la colonne vertébrale, mais leur point de réunion ne se trouve pas au centre de la base du crâne. En considérant le diamètre antéro-postérieur de la tête comme un levier, cette insertion est telle que le bras de levier antérieur est plus long que le postérieur, parce que l'articulation occipito-atloïdienne est située plus en arrière vers l'occiput; le bassin est immobile sur la colonne vertébrale, et celle-ci a plus de tendance à se courber du côté de la flexion que de l'extension.

Prenons maintenant pour exemple un fœtus de 6 à 7 mois, le bassin en bas, la tête dans le fond de la matrice, le dos à gauche; si la matrice éprouve des contractions passagères allant du fond au col, l'amnios, refoulé, élargira le diamètre transverse de l'utérus; le fond presse sur la tête; mais cette pression y rencontre deux bras de levier inégaux en longueur; l'antérieur plus grand que le postérieur. Or, comme le mouvement d'une force appliquée à un levier est égal au produit de la force multipliée par le bras de levier, il résulte que la pression de la matrice sur la tête est plus puissante à la partie antérieure; la tête est entraînée du côté du plus long bras de levier; elle est fléchie. Le menton appuie sur le thorax et borne par là la flexion de la tête, mais le mouvement ne s'arrête pas là. Le fond continue sa pression et fléchit le tronc d'autant plus facilement, que la matrice, élargie dans son diamètre transversal, n'oppose au front et à la face du fœtus d'autre obstacle que la masse mobile du liquide amniotique, tandis que le fond dans sa pression collipète, glisse sur l'occiput de l'enfant comme sur un plan incliné. La tête se trouve alors appuyée contre la paroi latérale droite de la matrice. Le bassin repose encore sur le col, car il n'était encore survenu pour lui aucune raison de mouvement; au contraire, il a dû être pressé plus fortement sur son support. Le fœtus est fléchi sur son plan antérieur et son axe longitudinal ne tombe plus perpendiculairement sur le plan de résistance du col, mais forme avec lui un angle aigu à droite et un angle obtus à gauche. Cette position ne peut être stable; l'élasticité du fœtus, aidée par la plus légère pression utérine prolongée, détermine un glissement du bassin du côté de l'angle obtus, jusqu'à ce que la direction naturelle de l'axe de l'enfant soit rétablie. La matrice est déformée et le diamètre longitudinal du fœtus se trouve dans le nouveau grand axe de l'utérus. Mais les mêmes conditions qui viennent de mouvoir le fruit se sont alors reproduites, et le mouvement commencé continuera jusqu'à ce que la tête ait dépassé la partie droite du diamètre transverse de la matrice. Celui-ci a atteint alors sa plus grande longueur et le diamètre longitudinal son plus grand raccourcissement, et, à partir de ce moment, chacune de ces deux lignes tendra à reprendre sa longueur normale. Aussi, la tête continuera à s'abaisser avec la plus grande facilité jusqu'à ce qu'elle repose sur le col, tandis que les fesses remonteront vers le fond.

La tête ne quitte pas le col, parce que ces parties s'adaptent parfaitement l'une à l'autre; elles sont préformées l'une pour l'autre. Le fond de la matrice s'élargit pour loger le placenta et le bassin avec les extrémités inférieures repliées. Le col embrasse la tête comme un calice et la conserve le mieux; il ne la lâche que difficilement, parce que ces deux parties, parfaitement montées l'une sur l'autre, ont l'avantage mécanique sur toutes les forces qui voudraient les séparer.

Le mécanisme que nous venons de voir fonctionner pour une position déterminée, est le même qui agit dans toutes les autres, les corrige et les transforme en position céphalique. Il va sans dire que l'on a supposé toutes les conditions normales de la part du fœtus et de la matrice. L'auteur promet de s'occuper, dans un autre article, des positions anomales et annonce que cette étude viendra encore à l'appui de son hypothèse.

M. Kristeller explique encore pourquoi le dos de l'enfant est ordinairement à gauche et en avant, par l'inclinaison de la matrice du côté droit de la mère, pendant la gestation. L'axe longitudinal de la matrice ne tombe pas perpendiculairement sur le plan du détroit supérieur, mais forme avec lui deux angles, un aigu à droite et un obtus à gauche. Alors le fœtus, en position céphalique, reçoit la pression utérine par le bassin, la propage par la colonne vertébrale; la tête se fléchit et l'occiput glisse sur le plan du détroit dans le direction de l'angle obtus, ainsi vers l'extrémité gauche du diamètre transverse du détroit. Si c'est le bassin qui se trouve en bas sur le col, la même chose a lieu, seulement c'est une des tubérosités sciatiques qui glisse dans la direction indiquée et le dos du fœtus se trouve logé dans le côté gauche de la mère. (Dans ces deux cas, on ne voit pas clairement pourquoi le dos doit se trouver à gauche; que le glissement de l'occiput ou d'une tubérosité sciatique ait lieu de la manière indiquée, c'est probable; mais dans certains cas, celui, par exemple, que nous avons pris pour modèle plus haut, il doit survenir une rotation sur l'axe longitudinal du fœtus, pour loger le dos à gauche, et c'est ce qui ne ressort pas bien de l'explication précédente.) (1).

Dr Strohl.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 26 Décembre 1855. — Présidence de M. Rostan.

Suite des communications et discussion sur la leucocythémie (2).

M. Becquerel lit une observation de leucocythémie survenue chez un individu cachectique, à la suite d'une affection cancéreuse de l'estomac. L'observation que je communique à la Société, dit M. Becquerel, est relative à un fait nouveau de leucocythémie.

Sans entrer ici dans l'exposé historique de la question, puisque vous avez chargé un de nos collègues, M. Lasègue, de vous résumer les travaux qui ont été publiés tant en France qu'à l'étranger sur ce sujet, je dois cependant établir brièvement que les auteurs qui ont traité de la leucocythémie (Virchow, Bennett, Leudet et bien d'autres) se partagent en deux catégories.

Pour les uns, la leucocythémie est une maladie, une entité morbide à part, caractérisée par la réunion de quatre phénomènes morbides qui se développent probablement dans l'ordre suivant : hypertrophie de la rate, prédominance des globules blancs du sang, diarrhée, hydropisie générale.

Pour les autres, la leucocythémie n'est qu'une variété des cachexies, variété dans laquelle viennent se surajouter deux phénomènes : l'hypertrophie de la rate et la prédominance des globules blancs du sang.

L'observation, dont je communique l'exposé suivant à la Société, vient, suivant moi, à l'appui de cette opinion.

Observation de leucocythémie.

Ferillon (Edme), âgé de 57 ans, entre à l'hopital de la Pitié le 13 octobre 1855, salle Saint-Raphaël.

Cet homme, dont les parens sont morts depuis trente années sans qu'il connaisse la cause de leur fin, est marié et père de sept enfans, dont trois sont vivans.

Concierge dans une loge basse et humide de la rue Saint-Honoré, il a été obligé de quitter depuis deux ans ce logement, en raison de la mauvaise influence qu'il exerçait sur sa santé. Depuis, il habite un cinquième étage bien sain de la rue Sainte-Anne, où il exerce l'état de cordonnier.

Il gagnait suffisamment pour vivre, mangeait tous les jours un peu de viande, et buvait un peu de vin sans jamais faire d'excès.

Malade une seule fois il y a dix ans, les symptômes qu'il accuse sont ceux d'une bronchite qui disparut sans laisser de traces.

Il y a dix-huit mois, au milieu d'une bonne santé, il se sentit pris de faiblesses fréquentes, accompagnées d'oppression, de toux et d'une diarrhée assez abondante. Un traitement simple fut appliqué, et le succès n'ayant pas suivi son emploi, on lui conseilla d'aller dans son pays. Les symptômes persistent. Il continue à tousser, à présenter de la diarrhée, à s'épuiser; lorsque trois semaines avant son entrée, une infiltration des membres inférieurs, ayant commencé à se montrer, le décida à demander son admission à l'hopital.

Du 13 octobre au 20 novembre, étant nouveau-venu dans le service dont je venais de prendre possession, on me le désigna comme tuberculeux. J'y fis peu d'attention, bien que son teint pâle et verdâtre m'eût frappé.

M. Vigla ayant lu à la Société des hôpitaux, dans la dernière séance, un travail relatif à trois faits de leucocythémie, je pensai que ce malade pouvait bien être atteint de cet état morbide, et je l'examinai avec soin. Voici quel était son état :

Décubitus dorsal de préférence. Pâleur verdâtre de tout le tégument cutané. Infiltration du tissu cellulaire des membres inférieurs, et un peu des membres supérieurs et de la face. Grand épuisement des forces. Il se lève difficilement. Il n'y a aucune céphalalgie; quelques tintemens d'oreilles. Depuis deux ans, la vue est un peu plus faible qu'elle ne l'était avant. Il n'existe aucun phénomène nerveux.

Le pouls est régulier, très faible, et bat 88 fois par minute. Il n'y a pas de chaleur de la peau.

Les battemens du cœur sont faibles. A la base du cœur, existe un bruit de souffle doux qui se prolonge le long de l'aorte.

Il y a de la toux. Quelques crachats spumeux, âcres, blanchâtres. La respiration est généralement un peu dure. Dans plusieurs points, existent disséminés des râles ronflant et sibilant. De plus, il y a aux deux bases postérieures des poumons du râle sous-crépitant.

La soif est augmentée. L'appétit est à peu près nul. Il ne peut manger autre chose que des potages sans éprouver de vives douleurs abdominales. Il ne vomit point et n'a jamais vomi. On ne sent aucune tumeur dans la région épigastrique.

L'abdomen est distendu par des gaz à la partie supérieure. Il existe une ascite qui s'arrête à peu près au tiers inférieur de la cavité abdominale. Il y a sept à huit selles par jour.

La région splénique présente une matité complète, qui occupe 22 centimètres dans le sens vertical et 15 centimètres d'avant en arrière. (On verra plus loin la cause de cette disposition singulière de la matité.)

L'examen microscopique d'une goutte de sang, à un grossissement de 500 diamètres, montre quatre altérations :

1° Une vingtaine, à peu près, de gros globules granuleux dits globules blancs du sang, sous chaque champ microscopique. Ce qui est très considérable, puisqu'à cette surface ne correspond en général, dans l'état ordinaire, que un ou deux globules de cette espèce.

2° Une altération d'un certain nombre de globules rouges. Ces derniers sont devenus irréguliers, plus petits, inégaux, déchiquetés.

3° Enfin beaucoup de globules rouges sont sains et intacts.

4° La couleur du sang est un peu plus brune que dans l'état normal.

Une saignée de 150 grammes ayant été faite à ce malade, son analyse a donné les résultats suivans, rapportés à 1000 :

Densité du sang défibriné. . . .	1018,50
Globules.	70,5
Fibrine.	2,9
Sur 1000 parties de sérum :	
Albumine.	40,50
Matières extractives, matières grasses et sels	12,50
Densité du sérum.	1018,50

Le malade est soumis au traitement suivant :

1° Quart de lavemens au nitrate d'argent, 0,40 pour 150 gram. eau distillée, pour combattre la diarrhée.

2° Tous les jours trois cuillerées à café de l'électuaire suivant :

Miel.	60 grammes.
Tartrate ferrico-potassique. . . .	4 —
Extrait mou de quinquina . } ad.	2 —
Extrait de ratanhia. . . . }	

Pour combattre la double altération du sang, c'est-à-dire la diminution de proportion des globules et celle de l'albumine du sérum.

3° Quelques bains d'air chaud pour essayer de diminuer l'intensité de l'hydropisie.

4° Des frictions stimulantes sur la peau.

5° Enfin les bouillons, quelques rôtis, et un peu de vin généreux.

Depuis cette époque, l'état du malade n'a subi aucune amélioration. L'affaiblissement a été en augmentant, et le malade a fini par ne plus se lever. La teinte jaune-verdâtre de la peau est devenue plus intense, plus caractéristique; l'hydropisie a augmenté sans cesse, et tout le tissu cellulaire sous-cutané a fini par être envahi.

Le malade n'a pu supporter que les bouillons, les potages et un peu de vin; il semblait les digérer assez bien. Il n'a jamais voulu essayer de pain ni de viande rôtie. La diarrhée n'a jamais été modifiée par les lavemens au nitrate d'argent.

Enfin le malade, au dernier degré du marasme et de l'épuisement, succombe le 20 décembre.

Plusieurs fois on avait examiné une goutte de sang extraite par une piqûre de son doigt, et on avait constaté les mêmes modifications que nous avons signalées plus haut.

Autopsie trente-huit heures après la mort.

Décoloration générale de tout le tissu cutané.

Infiltration générale de tout le tissu cellulaire sous-cutané, beaucoup plus considérable aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. Cependant la face est notablement infiltrée.

Tube digestif. — Œsophage sain.

Estomac. — Toute la partie cardiaque est saine, décolorée, et la muqueuse sans ramollissement.

A l'orifice pylorique, lequel est cependant complétement libre et capable de laisser passer les alimens, existe une vaste ulcération circulaire, s'étendant dans tous les sens jusqu'à une distance de 5 à 7 centimètres au-dessus.

Cette ulcération est vaste, anfractueuse, triangulaire, et couverte de champignons inégaux, tout à fait semblables à ceux des ulcères cancéreux. Ces champignons sont irréguliers, friables. L'ulcération n'est pas colorée en rouge; elle est plutôt pâle.

L'examen microscopique démontra les résultats suivans :

Une matière amorphe finement granulée, dans laquelle il y a :

1° Des noyaux bien dessinés;

2° Des cellules cancéreuses de forme différente;

3° Très peu d'élémens fibro-plastiques.

Il n'y a donc aucun doute sur la nature cancéreuse de la lésion. Au-dessous du pylore, tout le reste des intestins est pâle, décoloré, mais sans lésion anatomique, sans ramollissement, sans aucune ulcération. Il y a, en un mot, une intégrité complète des intestins grêles et des gros intestins, malgré la diarrhée ancienne et tenace qui existait.

Le foie est hypertrophié, et il dépasse de deux à trois travers de doigt le bord des côtes. Il a subi complétement la dégénérescence graisseuse.

La rate est à peu près le double de ce qu'elle doit être; elle est assez dense, résistante et compacte, et noyée en quelque sorte au milieu de fausses membranes celluleuses adhérentes. Son volume ne répond pas à celui constaté pendant la vie, et voici pourquoi : il existe dans l'abdomen un épanchement d'une certaine quantité de sérosité transparente, et de plus, d'anciennes adhérences celluleuses assez nombreuses. Ces adhérences existent surtout à gauche; elles embrassent la base du diaphragme, la rate, le colon, le rein de ce côté et même l'S iliaque. Elles sont infiltrées de sérosité; et dans quelques points même, cette sérosité transparente est accumulée en petits foyers circonscrits. Ce sont ces adhérences que nous avions limitées pendant la vie, et qui nous avaient fait admettre une hypertrophie de la rate beaucoup plus considérable que celle qui existait réellement.

Les reins sont pâles, décolorés; ils ont leur consistance et leur texture normales.

Cœur. — Le sang qu'il renferme, ainsi que les gros vaisseaux, est plus brun qu'à l'ordinaire. Les caillots sont petits, incomplets, friables; je n'en ai pas trouvé qui aient la couleur chocolat. Le cœur est, du reste, parfaitement sain.

Poumons. — Il existe une infiltration séreuse de la partie postérieure des deux poumons. On trouve de plus, au sommet du poumon droit, des traces de pneumonie chronique. Ce sommet est entouré d'adhérences celluleuses épaisses, adhérentes. Cette pneumonie chronique est constituée par un tissu dur, résistant, gris-noirâtre, et d'une certaine élasticité. Il n'y a aucune trace de tubercules. Il existe une certaine quantité de sérosité épanchée dans les deux plèvres.

Le sang, examiné au microscope après la mort, nous a donné des résultats absolument semblables à ceux que nous avions eus pendant la vie; c'est-à-dire que sous chaque champ du microscope, on trouve une vingtaine de gros globules blancs.

Les globules rouges nous présentent des modifications semblables à celles que nous avions constatées pendant la vie pour un certain nombre d'entre eux.

Cette observation nous présente plusieurs points intéressans que je crois devoir signaler d'une manière succincte.

D'abord, le malade est atteint d'un cancer ulcéreux de l'estomac; ce cancer s'est développé d'une manière sourde et latente. Il n'y a jamais eu de troubles fonctionnels de l'estomac, ni de vomissemens, sauf dans les derniers temps de la vie tout à fait. La diarrhée a été le seul phénomène pendant longtemps. L'absence des troubles digestifs s'explique par la conservation de la liberté de l'orifice pylorique. D'après la description que nous avons donnée de la lésion de l'estomac, on comprend très bien que les choses ont pu se passer ainsi.

Les lésions peu nombreuses, mais caractéristiques que nous avons trouvées au sommet des poumons expliquent bien les troubles fonctionnels qui avaient été observés du côté de l'appareil respiratoire.

La disposition des fausses membranes entourant, dans le flanc gauche, la face inférieure du diaphragme, la rate, le colon descendant et l'S iliaque, et présentant, dans plusieurs interstices, de petites accumulations de sérosité, explique le volume beaucoup trop considérable que nous avons attribué à la rate pendant la vie.

L'examen du sang après la mort a démontré une altération semblable à celle qui avait été notée pendant la vie, c'est-à-dire une vingtaine de globules blancs sous chaque champ du microscope.

Quant aux variations survenues pendant la vie dans les principaux élémens du sang, elles seront intéressantes à consulter pour ceux qui, désormais, s'occuperont de la question, car elles démontrent :

1° Une diminution considérable de globules, — 70,5 au lieu de 130 à 140, — diminution qui explique les symptômes d'anémie observés pendant la vie;

2° Une diminution considérable de l'albumine du sérum, — 40,50 au lieu de 80, — ce qui explique l'hydropisie considérable qui existait chez le malade.

3° L'état d'intégrité de la fibrine, 2,9.

Il résulte pour moi, de tous ces faits, que nous avons eu affaire ici à une cachexie symptomatique d'une affection cancéreuse, et dans laquelle est survenue comme complication ou au moins comme phénomène concomitant, une augmentation considérable de la proportion des globules blancs du sang.

Séance du 9 Janvier 1856. — Présidence de M. Rostan.

M. Cahen : Dès le commencement de cette discussion, j'avais demandé la parole; je me félicite de n'avoir pu l'obtenir immédiatement, car j'ai mis le temps à profit pour préparer ce que je voulais vous dire. Les recherches que j'ai faites suppléeront, je l'espère, à mon insuffisance personnelle, et les observations qui vous ont été communiquées dans la dernière séance, m'ont confirmé, d'ailleurs, dans l'opinion que je vais vous présenter, et que j'espère vous faire partager.

Voici depuis peu de temps deux discussions importantes que soulève notre collègue, M. Vigla, et certes nous devons lui être reconnaissans de l'activité qu'il cherche à donner à nos travaux. Mais ce n'est pas à

(1) Extrait du *Monats schrift f. geburtsk. u. frauenkrankh*, juin 1855.

(2) Suite. — Voir les numéros des 28 Février et 1er Mars 1856.

moi qu'il appartient de lui en adresser des remercîmens, et si je vous rappelle ces deux discussions, c'est pour vous signaler une certaine analogie que je crois trouver entre elles; peut-être cette analogie a-t-elle échappé à votre attention, permettez-moi de vous la faire remarquer.

Il y a un mois, M. Vigla avait dans son service un malade qui présentait tous les symptômes d'une affection saturnine; mais comme cet homme ne paraissait pas s'être trouvé dans des conditions à contracter une maladie de plomb, comme il était marin, qu'il avait voyagé dans les pays chauds, qu'il prétendait avoir contracté les coliques de ces pays, M. Vigla concevait des doutes qu'il vous priait d'élucider, et vous aviez à résoudre la question suivante: Avait-on affaire à une affection saturnine ou à une colique des pays chauds? Orateurs pour et contre entendus, il arriva que l'intoxication saturnine, dont l'origine avait échappé à toutes les recherches, fut jugé possible, probable, certaine, et la discussion fut close par cette remarque judicieuse de notre président, qu'il est souvent très difficile, quelquefois impossible, de retrouver l'origine d'une intoxication saturnine.

Cette fois, M. Vigla vient d'observer, dans le courant de l'année, trois malades qui présentaient tous les symptômes des cachexies paludéennes, mais en l'absence de toute cause d'intoxication miasmatique, notre collègue se demande si ce ne sont pas là des cas de leucocythémie, ou plutôt il nous les présente comme tels, car la réserve dans laquelle il a voulu se tenir n'a pas pour but de dissimuler son opinion. Eh bien! ne serait-on pas en droit de se demander si, mieux informés, on ne retrouverait pas une intoxication paludéenne dans ces cas, comme, dans le cas précédent, M. Vigla avait reconnu l'intoxication saturnine. Mais la question qui est soulevée me paraît trop importante, pour qu'on puisse y répondre par cette fin de non-recevoir, et je vais entreprendre de la discuter en détail.

Je ne mettrai pas un seul instant en doute que les observations qui nous ont été communiquées, ne soient relatives à des malades atteints de ce qu'on a appelé leucocythémie; mais je me demanderai si cette maladie existe bien distincte de toute autre, si ce n'est pas là seulement un mot nouveau, une dénomination nouvelle, appliquée à une maladie bien connue et observée dans tous les temps et dans tous les pays.

Pour établir l'existence d'une maladie nouvelle, il faut nécessairement rencontrer une au moins des conditions suivantes: des causes spéciales, des symptômes pathognomoniques, des lésions anatomiques univoques, ou que cette maladie cède à un traitement spécifique. Ces conditions se rencontrent-elles dans les observations de M. Vigla! Je n'hésite pas à répondre non, et je le prouve.

Dans l'argumentation à laquelle je vais me livrer, je ne vous parlerai pas des observations qui vous ont été communiquées dans la dernière séance, par MM. Becquerel, Woillez et Goupil, elles sont relatives à des malades qui avaient été atteints de fièvres d'accès, et me donneraient trop facilement raison; je les laisse de côté. L'observation de M. Barth est sans doute bien curieuse en elle-même, mais par suite d'une circonstance fâcheuse, elle manque de détails très importans, que le malade n'a pu fournir; elle ne peut donc avoir d'importance que sous le rapport chronologique, et, à cet égard, elle doit permettre à M. Barth de compter parmi les auteurs de cette maladie, qui a déjà deux pères, Bennett et Virchow, comme elle porte deux noms, leucocythémie et leucémie. Je ne discuterai devant vous que les faits qui vous ont été rapportés par M. Vigla.

Dans aucun de ces cas ne se trouve indiquée la cause de la maladie. Certes, M. Vigla n'attache pas plus que nous d'importance à cette circonstance, que deux de ses malades avaient été, à une époque reculée, adonnés à l'ivrognerie. Sans doute, on ne retrouve pas non plus bien clairement dans ces observations l'influence des miasmes paludéens, mais il ne faut pas oublier que cette cause peut avoir agi d'une manière latente, qu'à Paris les accidens paludéens sont assez rares pour que l'attention des médecins ne soit pas habituellement appelée sur leur possibilité, et assez fréquens cependant pour n'être pas tout-à-fait exceptionnels. Chacun de nous en a pu observer. Dans son mémoire sur les splénopathies, M. Piorry cite plusieurs exemples; pour ma part, je connais un cas de fièvre pernicieuse contractée à Paris, par un jeune homme qui demeure dans une rue où l'on remaniait le pavé. Les habitations situées près du canal, près de la Bièvre, sont exposées aux émanations paludéennes. Dans plusieurs quartiers, à l'heure matinale où l'on nettoie les ruisseaux, il s'exhale, de la boue noire épaisse qu'on y remue, une odeur infecte qui rappelle celle des marécages. Notons enfin que deux des malades de M. Vigla exercent la profession de marchands de vins, que par conséquent, suivant toute apparence, ils habitaient au rez-de-chaussée, et se trouvaient souvent dans des caves; ils se trouvaient probablement ainsi dans des conditions où les causes d'intoxication paludéenne que je viens de citer, devaient avoir leur maximum d'intensité. D'ailleurs, si on conteste que l'une ou l'autre de ces causes ait pu avoir quelque influence, je n'y insisterai pas; ce n'est pas à moi à rechercher la cause probable des maladies observées, je veux seulement faire remarquer qu'on n'indique pas de cause spéciale à ces cas de leucocythémie, et que, par conséquent, on ne trouve pas dans l'étiologie de raisons suffisantes pour créer une maladie nouvelle.

La symptomatologie sera-t-elle plus influente? Pour en juger, il suffit de se rappeler qu'au dire de M. Vigla lui-même, comme d'après tous les observateurs qui l'ont précédé, tous les symptômes rappellent ceux des fièvres intermittentes, surtout de celles qui ont eu une longue durée. Il ne faut pas croire, disait M. Vigla, qu'on n'a pas pensé à la possibilité de fièvres paludéennes dans ces cas, car à l'aspect de ces malades, c'est la première idée qui se présente. En effet, la peau qui offre la coloration caractéristique des paludéens, les accès de fièvre qui reviennent, suivant des types variables, mais avec les trois stades habituels, le gonflement de la rate, l'ascite, l'anasarque, le bruit de souffle anhémique, les hémorrhagies même, ne sont-ce pas les symptômes ordinaires des fièvres intermittentes graves. Dans tous les détails qui vous ont été donnés, en est-il un seul que vous fussiez étonné de trouver sur un fiévreux d'Afrique, par exemple? Non, certainement non.

Si vous vous trouviez en face d'accidens syphilitiques tertiaires bien caractérisés, l'absence de causes connues d'infection vous ferait-elle hésiter? Forts de vos convictions, vous ne tiendriez pas compte des renseignemens plus ou moins exacts fournis par le malade, et presque toujours le succès vous donnerait raison.

Cependant, si quelque doute restait dans votre esprit à cause de l'impossibilité de démontrer bien directement et rigoureusement l'intoxication paludéenne, je rappellerais que déjà Hippocrate avait signalé la coexistence de presque tous ces symptômes avec l'hypertrophie de la rate; il n'y avait donc pas nécessité d'inventer une maladie nouvelle, et de l'importer de l'étranger (il a insisté en particulier sur la présence simultanée de l'hypertrophie de la rate et des accidens scorbutiques).

Par conséquent, nous répétons encore ici que la symptomatologie ne paraît pas fournir de motifs qui justifient une dénomination nouvelle.

Examinons à présent les lésions anatomiques trouvées à l'autopsie ou pendant la vie. Elles sont de deux sortes, relatives, les unes, aux parties solides, les autres au liquide circulatoire. Les premières consistent en une hypertrophie plus ou moins considérable de la rate, du foie et des ganglions lymphatiques. Les recueils d'anatomie pathologique sont pleins d'observations de rates énormes, soit à la suite de fièvres d'accès, soit sous l'influence des miasmes paludéens sans accès fébriles, soit enfin sans cause connue. L'hypertrophie de la rate présente-t-elle dans les cas de leucocythémie, quelque chose de particulier, je ne le pense pas, personne ne l'a dit. Ce n'est donc pas là une lésion caractéristique. Quant à l'hypertrophie du foie, on sait qu'elle accompagne souvent les hypertrophies spléniques, elle ne présente d'ailleurs rien de particulier dans les cas de leucocythémie, et n'est pas constante. Autant en dirai-je des ganglions mésentériques, et par conséquent, je ne trouve rien de pathognomonique dans les altérations des solides.

Restent les altérations du sang. Je ne rappellerai pas que dans les fièvres graves, la fluidité du sang, son incoagulabilité, ont été connus de tout temps; il me tarde d'arriver au fond de la question. Existe-t-il une maladie qui ait pour caractère anatomique la présence ou l'augmentation des globules blancs dans le sang? Bien loin de me poser en détracteur du microscope, si une telle lésion existait, je me féliciterais des progrès que l'observation microscopique aurait fait faire au diagnostic, j'exprimerais l'espoir que chaque médecin pût répéter ces recherches, ce qui est beaucoup moins difficile qu'on ne le suppose, quand on ne veut voir que ce qu'on voit. Mais ces globules blancs n'ont pas la signification qu'on leur attribue, et pour vous le prouver, il me suffira de vous en tracer l'histoire en deux mots. C'est Muller qui, le premier, je crois, a parlé de ces globules; il avait vu que le sérum filtré du sang de grenouilles présentait un caillot formé de globules blancs, les globules rouges étant restés sur le filtre. Mandl répétait ces expériences: soumettant le sang à des observations très nombreuses et très variées, il remarque qu'il n'existe pas de globules blancs dans la circulation; ils se forment, dit-il, sur le porte-objet, ou dans les vaisseaux après la mort. Le sang le plus pur contient de pareils globules, ce sont les parties élémentaires de la fibrine qui se coagulent. C'est, permettez-moi cette expression, qui n'est qu'une comparaison, la forme de cristallisation de la fibrine. La présence de ces globules ne prouve donc rien; que peut prouver leur abondance? Leur quantité normale n'est pas exactement connue, le sang des cadavres en est plein, dit encore Mandl, là surtout où il n'y a pas formation de caillot. D'ailleurs, l'augmentation des globules blancs n'est pas absolue, elle est considérée relativement à la quantité des globules rouges.

Si donc les globules rouges diminuent, sans que les globules blancs varient, ces derniers paraîtront augmentés. Leur nombre sera, relativement aux globules rouges, plus considérable. Cette proposition que je voulais formuler *à priori*, peut être déduite de l'analyse du sang, faite par M. Becquerel, et dont il a donné lecture dans la dernière séance. Dans tous les cas d'anémie, il y a diminution des globules rouges, c'est un fait acquis, il doit y avoir *ipso facto* augmentation proportionnelle des globules blancs. Quand on observe en même temps, ce qui n'est pas rare, diminution des globules et augmentation de l'eau, les globules blancs semblent encore bien plus augmentés, car la fibrine se trouvera alors dans cet état de division qui lui permet de prendre la forme globulaire, comme dans les expériences où l'on injecte de l'albumine dans les veines, et où l'on voit en effet apparaître un nombre considérable de globules blancs. Aussi a-t-on trouvé l'augmentation relative des globules blancs dans le typhus, la fièvre cérébrale, etc., et les auteurs qui ont parlé les premiers de la leucémie, se gardent bien de faire de cette augmentation une altération pathognomonique. Ainsi donc, le sang même ne présente pas d'altération qui justifie la création d'une nouvelle maladie, et par conséquent, dans l'anatomie pathologique non plus, nous ne trouvons rien qui soit exclusivement propre à cette maladie nouvelle.

Quant au traitement, présente-t-il quelque chose de spécifique? Jusqu'à présent, les malades atteints de leucocythémie sont tous morts. Qu'on ne m'objecte pas l'inefficacité du sulfate de quinine, car si l'aphorisme *Naturam morborum curationes ostendunt* est vrai, il n'est entré dans l'esprit de personne que l'inverse fut fondé. On sait que le quinquina, ce remède providentiel, échoue quelquefois contre les fièvres d'accès: n'est-ce pas pour lutter contre son insuffisance, dans des fièvres d'Afrique par exemple, qu'on est revenu aux préparations arsénicales, et que récemment encore, on a proposé l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée, dans le traitement des fièvres intermittentes qui auraient résisté au sulfate de quinine. Remarquons en outre que les malades de M. Vigla étaient arrivés à cet état de cachexie, contre lequel tous les remèdes doivent échouer, quelle que soit la nature de la maladie.

En résumé, la leucémie n'a pas de causes spéciales, de symptômes spéciaux, de lésions anatomiques particulières, de traitement spécifique, et j'en conclus qu'elle n'existe pas comme maladie distincte; je lui conteste son état civil dans le cadre nosologique.

En voilà bien long, messieurs, et je le regrette, mais il m'a paru important de lutter contre cette tendance de notre époque à prendre un symptôme ou une lésion, qu'on accommode avec talent sans doute, pour en constituer une maladie. Et puis, ce n'est pas chose indifférente que le néologisme en médecine. La multiplicité extrême des expressions engendre la confusion dans les idées, et il en arrive qu'il devient plus difficile quelquefois de désigner une maladie que de la combattre, et même de la guérir. De grâce, n'augmentons pas le nombre de nos mots, et rappelons-nous que déjà Horace disait :

Multa renascentur quæ jam cecidere, cadantque
Quæ nunc sunt in honore vocabula. . . . . .

M. Barthez (François) : Après ce que vient de vous exposer M. Cahen, il me reste bien peu de choses à dire, car il vient de développer ma pensée toute entière. MM. Bennett, Virchow et Vigla ont eu tort, à mon avis, de vouloir créer une maladie spéciale. Les faits qu'ils ont observés constituent simplement un engorgement de la rate, une splénite, un engorgement du foie avec leucocythémie. Mais, dit-on, on trouve toujours l'hypertrophie de la rate, cela est vrai, mais l'hypertrophie de la rate se trouve souvent sans qu'il y ait eu d'accès de fièvres intermittentes; en effet, les anhémiques, les cholériques, les malades atteints de typhus, ont tous une augmentation de volume de la rate, et tous les malades atteints de leucocythémie portent les traces d'une maladie antérieure; tout porte à croire que la leucocythémie et l'hypertrophie de la rate tiennent à la même cause, et qu'il ne faut pas vouloir en faire une maladie à part. Les maladies sont assez nombreuses, sans vouloir en faire de nouvelles.

M. Woillez : Dans l'observation que j'ai lue, il y a eu fièvre intermittente pendant six années; les accès étaient parfaitement caractérisés, il ne peut donc pas y avoir de doute sur la maladie antérieure sous l'influence de laquelle survint la cachexie, et plus tard la leucocythémie. Lorsque l'on fait des observations microscopiques sur les globules blancs du sang, il faut prendre certaines précautions pour ne pas commettre d'erreurs qui conduiraient à une fausse conclusion. Quand le sang se coagule en partie entre les deux lames de verre, il arrive que le caillot, écrasé par la pression, laisse échapper les globules blancs à sa périphérie. Il en résulte que, si sur le sang d'un homme sain on observe les bords du caillot écrasé, on voit un grand nombre de globules blancs tandis que l'on n'en voit pas au centre, ou au moins en très petit nombre. Dans le fait que j'ai observé, quel que fût le point que l'on examinât, on voyait environ la moitié de globules blancs bien plus gros que les autres. Dans cette observation, il y avait donc évidemment fièvre intermittente et cachexie très prononcée, et on peut se demander si, dans toutes les cachexies, on ne retrouverait pas cette augmentation du nombre des globules blancs. Il est trois questions que l'on doit se poser et dont la solution serait de la plus grande importance pour cette discussion : 1° Pour qu'il y ait leucocythémie, faut-il qu'il y ait développement de la rate? 2° La leucocythémie existe-t-elle dans toutes les cachexies? Sinon 3° quel est l'état cachectique où on la rencontre?

M. Hervez de Chégoin vient d'observer le malade qui a fait le sujet de l'observation de M. Woillez; il confirme l'opinion qu'il a émis dans une précédente séance, que l'engorgement de la rate et la leucocythémie n'étaient qu'une simple coïncidence; ce malade a eu les fièvres intermittentes pendant six ans; il est dans un état cachectique des plus avancés. Son sang, examiné au microscope par MM. Hervez de Chégoin et Grassy, leur a présenté trois quarts de globules blancs et un quart seulement de globules rouges, et ces globules blancs existaient partout, au centre comme à la circonférence du caillot.

M. Barth : Je n'ai pas encore d'opinion arrêtée sur la maladie qui fait le sujet de cette discussion, mais cependant je crois devoir ne pas laisser passer sous silence une parole de M. Barthez, qui a dit que nous avions bien assez de maladies, qu'il était inutile d'en créer de nouvelles. Mais la *morve*, par exemple, il n'y a pas un grand nombre d'années qu'on l'a reconnue, et cependant il a fallu l'admettre quand un nombre suffisant d'observations l'ont rendue incontestable. Je ne veux pas prétendre qu'il faille admettre de même la leucocythémie; mais cependant, jusqu'à nouvel ordre, je défendrai cette opinion, qu'il y a des lésions primitives et des lésions secondaires, sans que l'on puisse dire quelles sont les primitives et quelles sont les secondaires. Dans l'albuminurie, par exemple, sait-on quel est l'effet, quelle est la cause? Et de ce qu'on a donné un nom nouveau, cela veut-il dire que l'albuminurie soit toujours un état morbide primitif? Dans la leucocythémie, il existe des caractères qui ne se rencontrent pas dans d'autres états morbides; ainsi, le volume de la rate est énorme, sans rapport avec ce que l'on voit dans les fièvres intermittentes, et les accès sont très faibles; et même, dans mon observation, il n'y en a probablement pas eu : la rate a une consistance toute particulière. Dira-t-on que l'augmentation du volume de la rate entraîne l'altération du sang? Je le crois; mais encore faut-il une certaine altération de la structure de la rate, car la rate volumineuse que j'ai présentée à l'Académie diffèrait complétement de celle que l'on voit dans la leucocythémie, et le malade ne présentait aucune des lésions que l'on rencontre dans cet état morbide. Dans la leucocythémie, le sang subit une modification particulière. Effectivement, j'ai examiné le sang d'un bien grand nombre de cadavres, et jamais je n'en ai rencontré de semblables à celui que j'ai fait examiner par M. Donné, et dans lequel il a vu un très grand nombre de globules blancs.

En résumé, si l'on considère la constance du volume énorme de la rate, de son aspect toujours identique, de l'altération du sang qui présente le même aspect et les mêmes caractères microscopiques, on se trouve nécessairement conduit à admettre un état morbide particulier; et peut-être ici, comme pour l'albuminurie, faudra-t-il admettre, malgré notre répugnance pour une chose nouvelle, un mot nouveau.

M. Cahen : Je ne pensais pas prendre de nouveau la parole aujourd'hui; mais je ne puis laisser passer ce que vient de dire M. Barth sans y ajouter quelques réflexions. Les paroles que vient de prononcer notre savant collègue, loin de modifier mon opinion, me paraissent de nature à la confirmer complétement. Oui, sans doute, il en est de la leucocythémie comme de l'albuminurie, cette comparaison est exacte de tous points; plus d'une fois, pendant que je parlais, elle s'était présentée à mon esprit, mais j'avais craint d'abuser de votre attention en augmentant le nombre de mes argumens. Oui, il en est de la leucocythémie comme de l'albuminurie; mais n'est-ce pas une idée malheureuse que de faire de l'albuminurie une maladie? Il en est résulté que l'on a confondu sous ce nom les états les plus disparates, les symptômes les plus caractéristiques, les maladies les mieux établies et les plus légères épiphénomènes. Il a fallu qu'un homme vînt apporter la lumière dans les ténèbres en rendant à l'albuminurie sa valeur, en la présentant comme un simple symptôme commun à beaucoup de maladies diverses. Prenons garde de confondre sous la dénomination de leucocythémie une foule d'états différens que réunirait cette seule circonstance de présenter une augmentation des globules blancs du sang.

M. Barthez (François) : Quand on a observé l'albuminurie, le diabète, on n'a pas reconnu une lésion particulière qui y donnerait lieu; il a donc fallu donner des noms nouveaux à des faits nouveaux. Mais dans la leucocythémie, il n'en est plus de même, il existe une cause permanente, c'est l'hypertrophie de la rate; il n'est donc pas besoin de créer une dénomination nouvelle.

M. Vigla regrette de n'avoir pas entendu l'argumentation de MM. Cahen et Barth; il n'a fait, du reste, que rapporter des faits qui sont des faits ordinaires en Allemagne et en Angleterre; et, sans avoir d'idée arrêtée à cet égard, il pense cependant que l'on doit y voir un groupe de symptômes particuliers qui constituent une maladie spéciale. Il y a certainement des circonstances nombreuses où l'on trouve de l'albumine dans l'urine; mais il y a cependant une maladie bien définie que l'on nomme maladie de Bright, il en sera peut-être de même de la leucocythémie.

MM. Lasègue et Vigla se chargent de rendre compte des travaux qui ont été faits sur la leucocythémie en Allemagne et en Angleterre.

(*La suite prochainement.*)

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

On lit dans la *Gazette hebdomadaire* l'article suivant qui ne compromettra pas par des prévisions aventureuses la prudente plume qui l'a écrit :

« M. Paul Dubois occupe depuis samedi dernier, 1er mars, l'appartement qui lui a été préparé au palais des Tuileries. Il se trouve que, sans aucune préméditation, cet appartement est précisément celui dans lequel son illustre père, Antoine Dubois, s'installa à pareil jour, il y a quarante-cinq ans, pour l'accouchement de l'Impératrice Marie-Louise. Le séjour de M. Paul Dubois aux Tuileries se prolongera sans doute jusqu'à la fin de la première ou de la seconde semaine après l'accouchement de l'Impératrice. Nous croyons que ce grand événement s'accomplira entre le 15 et le 25 de ce mois; tel est du moins, si nous ne nous trompons, le terme indiqué par les données de la science, et aussi par l'article inséré dans le *Moniteur* du 12 octobre dernier, et qui annonçait que Sa Majesté allait entrer dans le cinquième mois de sa grossesse. Si ces indications sont exactes, il ne serait pas impossible que la date du 20 mars, qui a été celle de la naissance du roi de Rome, fût aussi celle de l'héritier ou de l'héritière de l'Empereur Napoléon III. Il est bien entendu que nous n'exprimons ici que de simples présomptions. La durée de la grossesse n'est pas invariable, et, quelque précis que puissent être les renseignemens, dans une question de cette nature, nos lecteurs savent bien qu'il est impossible de fixer exactement le jour où elle se résoudra. Ce jour est attendu avec un grand intérêt, et, dans tous les cas, cette attente ne saurait être ni longue ni troublée par la moindre inquiétude. La santé de l'Impératrice est, dit-on, excellente, et s'il est permis de juger par des apparences qui sont en général, et avec raison, considérées comme significatives, la délivrance si désirée sera naturelle et heureuse.

» La curiosité publique, qui s'attache à toutes choses, s'est préoccupée de la question de savoir si l'Impératrice serait ou ne serait pas soumise, pendant l'accouchement, à l'action du chloroforme. Nous regrettons de n'avoir aucun des élémens qui nous seraient nécessaires pour éclairer l'ignorance probable de nos lecteurs à ce sujet. Nous sommes porté à croire qu'aucune décision n'a été prise encore sur cette délicate question, et qu'elle sera résolue selon les circonstances particulières de l'accouchement. Nous voudrions pouvoir en résoudre une autre qui, par son importance, l'emporte de beaucoup sur la précédente. L'Impératrice donnera-t-elle naissance à un fils ou à une fille? Nous nous déclarons tout à fait incompétent sur un sujet à l'égard duquel nous ne pourrions invoquer aucune des notions sérieuses de la science. Sur une telle alternative, des paris peuvent être engagés, mais des conjectures raisonnables sont impossibles. Nous n'ignorons pas, cependant, que beaucoup de gens se croient, en cette matière, infiniment plus instruits que nous ne croyons l'être, et que cette prétention à deviner le sexe de l'enfant qui doit naître se rencontre surtout dans un monde tout à fait étranger aux études médicales. C'est sans doute parce que nous sommes dans une condition différente que nous nous montrons beaucoup plus réservé. Si cependant nous étions mis en demeure de nous expliquer, nous dirions très modestement que les deux chances possibles sont au moins égales, et que s'il existe une différence, très légère, il est vrai, elle est en faveur de la naissance d'un fils, puisqu'au point de vue du nombre, les naissances des garçons sont supérieures à celles des filles. La Providence décidera cette question dans quelques jours. Attendons avec confiance cette décision souveraine. »

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 31. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 11 Mars 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PHYSIOLOGIE : Du siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme. — II. REVUE GÉNÉRALE : Effets thérapeutiques du seigle ergoté et de la digitale contre les métrorrhagies. — Valérianate d'atropine contre les affections convulsives. — Anurie complète, avec lésion d'un seul uretère. — III. BIBLIOTHÈQUE : Cours d'hygiène. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société d'hydrologie médicale de Paris* : Suite de la discussion sur le traitement des paralysies par les eaux minérales. — V. RÉCLAMATION : Lettre de M. le docteur Lubonski. — VI. COURRIER.

PHYSIOLOGIE.

DU SIÉGE COMMUN DE L'INTELLIGENCE, DE LA VOLONTÉ ET DE LA SENSIBILITÉ CHEZ L'HOMME ;

Par M. le docteur MAX. PARCHAPPE, inspecteur général de 1re classe des établissemens d'aliénés.

(Suite. — Voir les numéros des 1er, 15, 22 Janvier, 5, 12, 26 Février et 4 Mars.)

PREUVE PATHOLOGIQUE.

A l'appui de cette observation véritablement décisive, à raison des conditions toutes particulières de recherche scientifique rigoureuse dans lesquelles ses données fondamentales ont été constatées pendant la vie et après la mort, il serait possible d'invoquer un assez grand nombre de faits pathologiques analogues.

Mais des observations de ce genre, aussi positivement concluantes, se rencontrent très rarement dans la pratique, et encore plus rarement dans les auteurs.

En citant, ici, quelques-unes de celles qui, empruntées à ma propre pratique ou aux recueils scientifiques, me paraissent propres à confirmer la réalité du rôle que j'attribue à la couche corticale cérébrale dans les phénomènes de sensibilité, je dois faire remarquer que leur valeur de preuve positive, en ce qui touche cette question, ne peut être comprise et reconnue, qu'à la condition de rapprocher ces observations de celles qui démontrent que l'altération de la substance blanche des hémisphères cérébraux et même des corps striés, n'entraîne pas constamment, ni même habituellement, la paralysie de la sensibilité.

OBSERVATION 55.

Une femme, âgée de 46 ans, atteinte d'aliénation mentale depuis quinze ans, est admise à Saint-Yon le 13 février 1841. Elle offre à l'entrée les symptômes caractéristiques de la démence : affaiblissement notable des facultés intellectuelles avec incohérence.

Cet état n'avait subi aucun changement, lorsque le 29 novembre 1842, elle offre tout à coup les symptômes suivans :

Perte momentanée de la connaissance. Vomissemens. Congestion de la face. Perte de la parole. Bouche déviée, la commissure tirée à gauche. Immobilité des membres supérieur et inférieur du côté droit, avec contracture plus prononcée dans le membre inférieur.

Le 2 décembre. Demi-assoupissement. Paupières habituellement closes.

La malade paraît comprendre ce qu'on lui dit. Elle ouvre les yeux quand on lui parle. Son regard est fixe, hébété. Elle prononce, en balbutiant, quelques paroles. La déviation de la bouche persiste. La contracture du bras droit a disparu. La rigidité du membre inférieur a diminué. Un mouvement fébrile s'établit.

Le 8 décembre. Le bras est plus souple, toujours immobile.

La peau du membre supérieur et du membre inférieur, dans toute leur étendue, est complétement insensible. Il en est de même de la peau de la face du côté droit. On peut pincer fortement et piquer avec une épingle la peau de ces diverses régions, sans que la malade manifeste aucune sensibilité.

La respiration est restée libre depuis le commencement de la maladie.

Le 12 décembre. A toutes les questions qu'on lui adresse, la malade répond assez intelligiblement : *mais oui, mais non.*

Le 21 décembre. La prononciation est devenue plus nette. Les réponses sont les mêmes, *mais oui, mais non.*

Le mouvement fébrile a diminué.

Les évacuations sont involontaires.

Il n'y a plus de contracture dans les membres du côté droit, qui sont encore un peu raides, et qui sont toujours immobiles et insensibles.

Le côté droit de la face a recouvré un peu de sensibilité.

La bouche a repris son état normal.

Le 24 décembre. La bouche est de nouveau déviée, la commissure tirée à gauche.

La malade paraît comprendre ce qu'on lui dit.

Elle parle plus nettement, bien qu'elle ne puisse montrer la langue.

La peau de la face est sensible.

Le 31 décembre. La malade répond très nettement : *ça va mieux.*

Les membres recommencent à se contracter. La jambe droite, raide, se fléchit sur la cuisse. Les doigts de la main droite sont fléchis.

Le membre supérieur droit a considérablement maigri. La peau qui le recouvre a pris une couleur bleuâtre, et de nombreuses croûtes brunâtres et sèches se sont formées à sa surface.

La peau est complétement insensible dans tout le côté droit du corps, la face exceptée.

A partir de cette époque, la diarrhée survient ; le marasme s'établit. Et, les autres symptômes demeurant les mêmes, la paralysie du mouvement et de la sensibilité dans les membres supérieur et inférieur du côté droit persiste jusqu'à la mort, qui a lieu dans le coma, le 27 janvier 1843.

Autopsie cadavérique.

Poids de l'encéphale, 1 kilog. 125 gram.

L'hémisphère gauche du cerveau offre, dans sa région supérieure antérieure, une dépression, par suite de l'affaissement de sa substance, molle au toucher.

Les membranes ont une teinte jaune pâle, qui atteint en plusieurs points la nuance rouille.

L'altération occupe toute la partie supérieure des deux tiers antérieurs de l'hémisphère ; sur les côtés, elle s'étend jusqu'au milieu de la région externe, et ne dépasse pas le tiers supérieur de la face interne.

Dans toute l'étendue de l'altération, les membranes adhèrent à la substance cérébrale, ou en sont complétement séparées.

La substance cérébrale est diffluente, d'une couleur blanche, grisâtre, jaunâtre, verdâtre. On ne peut plus reconnaître la forme des circonvolutions, ni distinguer la couche corticale de la substance blanche. La portion de substance, immédiatement sous-jacente aux membranes, a une couleur blanche qui rappelle celle du fromage de Brie.

L'altération s'étend à toute l'épaisseur de la portion de l'hémisphère qui est au-dessus du ventricule latéral, dont la couche blanche et la membrane ont conservé leur solidité et supportent la bouillie formée par les circonvolutions altérées.

Dans l'épaisseur du lobe antérieur, la substance blanche offre plusieurs petites cavités tapissées de tissu cellulaire. Les circonvolutions de la face supérieure de ce lobe, au voisinage de ces cavités, ont une couleur rouille plus prononcée que partout ailleurs. Les cavités, parois et pourtour, sont blanches.

Vers les limites de l'altération, la substance cérébrale ramollie, mais non diffluente, a une couleur jaunâtre, paraît infiltrée de pus ; dans certains points, elle offre une couleur rosée et a une consistance plus ferme.

La cavité ventriculaire est saine.

Les parties centrales sont intactes et assez fermes : cloison, voûte à trois piliers, corps frangés, corps calleux, etc.

L'altération se borne, dans l'hémisphère, aux irradiations fibreuses des circonvolutions des régions indiquées, en dehors du corps strié qui est sain, ainsi que la couche optique et le pédoncule.

Le cervelet et la moelle allongée sont dans un état parfait d'intégrité.

OBSERVATION 56.

Une femme, atteinte d'aliénation mentale depuis le 11 janvier 1826, époque de son admission à l'asile de Saint-Yon, offre des symptômes de démence caractérisée par l'affaiblissement de l'intelligence, avec incohérence.

Il y a des alternatives de courte agitation et de longue tranquillité.

Elle travaille habituellement à la couture.

Le 5 mars 1846, cette femme, alors âgée de 60 ans, est trouvée vers trois heures après-midi, paralysée de tout le côté gauche, sans perte de la connaissance, ni de la parole. Immobilité des membres supérieur et inférieur du côté gauche, avec contracture principalement dans le bras.

La malade se plaint d'un grand mal de tête.

Le 6 mars. Céphalalgie.

La bouche est déviée, la commissure déprimée à gauche.

La sensibilité est anéantie dans les membres supérieur et inférieur du côté gauche. Elle est conservée dans la face du même côté.

Le 10 mars. La contracture a diminué dans le membre supérieur.

La malade comprend les questions qu'on lui adresse. Elle met beaucoup de temps à répondre. Elle peut montrer sa langue.

Elle se plaint de mal de tête.

L'abolition de la sensibilité persiste dans les membres supérieur et inférieur du côté gauche. On s'assure qu'elle est également abolie dans la peau du tronc du même côté.

Le 13 mars. Même état de la sensibilité.

La malade s'affaiblit.

Le 16 mars. Évacuations involontaires.

Même état de la sensibilité.

Le 20 mars. Assoupissement. La malade n'entend plus, ne parle plus.

Contracture des élévateurs de la mâchoire.

Mort dans le coma, le 21 mars, à une heure.

Autopsie cadavérique. Le 25, à dix heures du matin.

Léger épaississement des méninges cérébrales.

Circonvolutions des lobes antérieurs petites.

Couche corticale pâle, molle.

Au-dessus et en arrière de la scissure de Sylvius, dans l'hémisphère droit, la pie-mère est considérablement injectée et infiltrée de sang liquide. Les artères qui pénètrent dans cette scissure offrent un grand nombre de plaques cartilagineuses.

La partie moyenne de la circonvolution, qui limite en haut la scissure de Sylvius, et la circonvolution secondaire qui part de ce point pour se rendre au sinciput en traversant la région pariétale, sont élargies et renflées de manière à avoir acquis le triple du volume des autres circonvolutions, et offrent au toucher une fluctuation évidente.

La surface de l'insula est recouverte d'une couche de sang caillé. A la partie interne de sa base, existe une déchirure à bords irréguliers, mous et frangés, du diamètre d'une pièce d'un franc, remplie par un caillot de sang.

Cette déchirure conduit à une vaste excavation creusée : 1° dans l'épaisseur de l'insula, où elle est remplie par un caillot dur, arrondi, du volume d'une noix ; 2° dans l'épaisseur des circonvolutions de la lèvre supérieure de la scissure de Sylvius, qui sont comme dédoublées et qui renferment un caillot volumineux mêlé de sang ; 3° dans la portion du corps strié qui fait saillie à la surface du ventricule, et qui est réduite à une couche peu épaisse formant cloison entre l'excavation et le ventricule. L'excavation s'arrête dans le lobe antérieur et dans le lobe postérieur, au niveau de la terminaison antérieure et postérieure du corps strié.

Il y a destruction, ramollissement et mélange intime, avec le sang liquide et caillé, des trois quarts de la substance du corps strié, de la substance blanche des circonvolutions de l'insula et de la lèvre supérieure de la scissure de Sylvius, et de la plus grande partie de la substance corticale de ces circonvolutions.

OBSERVATION 57.

Une femme, âgée de 50 ans, entre à la Charité et n'offre, pendant trois semaines, que des symptômes de dépérissement, sans cause appréciable...

... Au bout de ce temps, elle fut prise tout à coup de violens vertiges, auxquels succéda bientôt une perte absolue de connaissance....

... Les facultés intellectuelles et sensoriales nous parurent complétement suspendues ; les membres soulevés retombaient de leur propre poids ; lorsqu'on pinçait ceux du côté gauche, la malade ne les retirait pas ; les membres droits, au contraire, exécutaient quelques faibles mouvemens lorsqu'on en pinçait la peau. La respiration était stertoreuse, le pouls dur, mais sans fréquence.

Mort vingt-quatre heures après l'invasion des vertiges.

Autopsie cadavérique.

Les veines qui rampent dans le réseau de la pie-mère, étendu sur les circonvolutions cérébrales, se dilataient singulièrement par intervalles ; c'étaient de véritables varices. Leurs parois, molles et friables, se déchiraient et se réduisaient en une sorte de pulpe par la traction la plus légère.

Une couche de sang coagulé, ayant au moins six lignes d'épaisseur, recouvrait toute la face supérieure de l'hémisphère droit. Après avoir soumis ces parties à un filet d'eau, l'on constata qu'une des grosses veines variqueuses, qui rampaient à droite dans la pie-mère, était perforée ; elle offrait une large ouverture, à bords frangés irréguliers, que bouchait en partie un caillot de sang.

Sur le lobe postérieur du même hémisphère droit, on remarquait quatre circonvolutions qui, à leur superficie, étaient transformées en un tissu d'un rouge vif, aréolé, comme fongueux, au milieu duquel apparaissaient trois ou quatre petites cavités qui auraient pu admettre chacune un pois, et que du sang remplissait. Dans ces points, la pulpe cérébrale ne présentait pas le moindre ramollissement ; nulle part ailleurs, nous ne la trouvâmes lésée (1).

OBSERVATION 58.

Un mendiant, âgé de 70 ans, entre à l'Hôtel-Dieu dans un état d'apoplexie faible, après avoir éprouvé pendant quelque temps une paralysie incomplète du membre thoracique droit : sens obtus, mouvemens faibles, paresseux, difficiles ; affaiblissement de la sensibilité générale, surtout du côté droit, qui présente en même temps une rigidité remarquable dans les muscles fléchisseurs ; tantôt somnolence, tantôt agitation ; disposition à pleurer ou quelquefois à rire. Mêmes symptômes pendant quelques jours, au bout desquels le malade perd le mouvement, la parole, toute espèce de sensibilité, et meurt.

Autopsie cadavérique.

Substance cérébrale réduite en une espèce de putrilage dans l'espace de deux pouces en tous sens, à la partie postérieure et inférieure de l'hémisphère gauche du cerveau ; circonférence de cette portion désorganisée, rouge ou rosée à la profondeur de quelques lignes, brune en quelques points (2).

OBSERVATION 59.

Le 1er avril 1816, on apporta à l'Hôtel-Dieu un homme âgé de 76 ans, replet, fort, d'une constitution apoplectique. Il avait été trouvé, la veille, étendu dans sa chambre, sans connaissance. Autrefois limonadier, et depuis peu de temps sans état, il avait toujours mené une vie fort régulière, et n'avait jamais éprouvé de symptômes semblables. Examiné à la visite du soir, il est couché sur le dos. Les membres du côté gauche ont perdu le mouvement et le sentiment ; mais ils sont à demi-fléchis, raides et contractés, surtout quand on essaye de les étendre. Les mouvemens des membres du côté droit sont libres et assez faciles. Le malade porte souvent la main à son nez, comme pour prendre une prise de tabac. La

(1) Andral, *Clinique*, tome V, page 309.

(2) Lallemand, 1re *Lettre*, obs. III, empruntée à Denis de la Vauterie, tome I, page 9.

bouche est entr'ouverte, la langue sèche et noire, les yeux fermés, la respiration assez paisible, l'ouïe un peu dure, le pouls assez développé, mais point fréquent. Les fonctions intellectuelles ne sont pas entièrement abolies...

Le lendemain matin, même état...

Le 3 avril, peu de changement. (Affusions sur la tête à la température de 15 à 16 degrés, et ensuite plus froides pendant cinq minutes.) Après l'affusion, le malade ouvre facilement les yeux, entend mieux, donne des signes d'une intelligence moins obtuse, mais se réchauffe lentement; la figure est plus naturelle, le pouls a peu changé.... Dans la journée, le mieux se soutient; le malade prend du tabac avec la main droite; il chante même pour en avoir. La langue devient humide et reprend peu à peu sa couleur naturelle.

Le soir, on renouvelle l'affusion froide; elle produit les mêmes effets que le matin, c'est-à-dire que l'intelligence et les sens sont plus éveillés; mais le malade se réchauffe difficilement.

Le 4, retour des accidens, affaissement plus marqué que la veille au matin, engourdissement plus considérable de l'intelligence, pouls fréquent, bouche toujours humide; on cesse les affusions.

Le 6 avril, septième jour de la maladie, les yeux sont ternes. Mort vers midi.

Autopsie cadavérique.

L'adhérence du crâne avec la dure-mère étant très intime, il s'écoule, dans les efforts qu'on fait pour les séparer, une grande quantité de sérosité. En renversant la dure-mère du côté droit, on remarque qu'elle adhère à l'arachnoïde par une couche mince de substance couenneuse facile à voir au moment où l'on sépare ces membranes, mais sans consistance et se rompant au plus léger tiraillement. L'arachnoïde, toujours du côté droit, est un peu épaissie; la pie-mère adhère, dans une grande étendue des lobes moyen et postérieur, avec la substance grise. Dans cet endroit, le cerveau, d'un blanc sale, est tellement diffluent, qu'il s'enlève avec les membranes, et retombe en gouttes comme du pus épais. Vers la partie supérieure du lobe postérieur, on trouve gros comme un pois de véritable pus, sur la nature duquel il est impossible d'élever le moindre doute. Vers la partie inférieure du lobe moyen, une petite quantité de sang est infiltrée, plutôt qu'épanchée, dans la substance grise, et lui donne un aspect brunâtre. Dans cet endroit, les vaisseaux sont peu dilatés, comme engorgés, et la substance cérébrale est au moins aussi molle que celle dont nous avons parlé. Le lobe antérieur et les autres points de cet hémisphère sont fermes et dans l'état ordinaire. Le ventricule latéral de ce côté, droit, contient une certaine quantité de sérosité. L'autre est sec.

Du côté gauche, les membranes et la substance cérébrale sont partout dans l'état naturel (1).

Je crois avoir rempli la tâche que je m'étais proposée et l'obligation que j'avais prise de démontrer, à l'aide de l'induction empirique, par des preuves positives empruntées à l'observation pathologique, la vérité du théorème posé sous ses trois faces distinctes. Il me reste, pour achever le développement de la preuve pathologique, à chercher à la vérifier par l'appréciation de la généralité des faits contenus dans les archives de la science.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Lallemand, *Lettre* II, obs. I, tome I, page 106.

REVUE GÉNÉRALE.

EFFETS THÉRAPEUTIQUES DU SEIGLE ERGOTÉ ET DE LA DIGITALE CONTRE LES MÉTRORRHAGIES.

Nos lecteurs n'ont pas oublié la communication que notre excellent ami et collaborateur, M. le docteur Éd. Carrière, nous a adressée sur l'association du seigle ergoté et de la digitale pour combattre l'hémoptysie. (Voyez UNION MÉDICALE du 20 novembre 1855.) Ce petit travail, dont l'intérêt pratique a été fort apprécié, sera heureusement complété par la communication nouvelle que nous venons de recevoir de notre honoré confrère :

Venise, palais Cavalli, 29 février 1856.

Mon cher ami,

En vous remerciant de l'empressement que vous avez mis à insérer, dans votre numéro du 20 novembre 1855, ma communication sur les effets thérapeutiques du seigle ergoté et de la digitale, je vous adresse ce que je crois en être le complément indispensable. Si ces deux agens forment, par leur association, un remède efficace et prompt contre l'hémoptysie, ils doivent avoir les mêmes avantages contre la métrorrhagie. C'est une conséquence qui se tire d'elle-même, car c'est sur l'utérus qu'on a d'abord expérimenté le seigle ergoté. Ainsi, ma première communication aura suffi, sans doute, pour éveiller l'attention à cet égard. Je n'aurais donc pas à vous entretenir de mes observations, si je n'avais à y joindre quelques développemens, quelques explications que je ne crois ni sans importance, ni sans utilité pratique. Voici d'abord les faits touchant l'action du seigle ergoté et de la digitale dans les métrorrhagies; à la suite viendront les détails pris dans l'observation, qui, peut-être, ne seront pas sans nouveauté pour vos lecteurs.

Une femme nerveuse, très active, bien que fatiguée par de nombreuses parturitions, est affligée de pertes violentes, qui durent quinze ou vingt jours par mois. Il en est résulté de la faiblesse, des palpitations qui deviennent très vives, pour peu que le travail soit prolongé. Avec les pilules de digitale et de seigle ergoté, j'ai arrêté la métrorrhagie et régularisé les pertes périodiques. Les palpitations devaient cesser sous l'influence de ce changement; mais je crois que le résultat aurait été moins prompt sans le concours de la digitale. Les pilules n'ont jamais surpassé le nombre de quatre dans la journée.

Une personne de 24 ans, célibataire, d'un tempérament sanguin très prononcé, et vivant en recluse, était sujette, deux ou trois fois par mois, à des métrorrhagies très violentes et qui se prolongeaient plusieurs jours. La déplétion était quelquefois salutaire; poussée trop loin, elle était suivie d'un profond affaissement. Je crus qu'il valait mieux agir sur l'organe utérin, centre d'une fluxion très active, et sur la circulation qui péchait par excès d'énergie, que de suivre la méthode ordinaire, c'est-à-dire de soumettre la malade à la pratique périodique de la saignée. J'administrai donc le seigle ergoté et la digitale toutes les fois que les pertes mensuelles dépassaient une moyenne de huit jours, ou lorsque je reconnaissais que la déplétion était suffisante. Les premiers résultats furent très satisfaisans. La métrorrhagie, suspendue dans la journée ou le lendemain, laissait passer quelques jours sans se reproduire. La malade, aujourd'hui familiarisée avec cette médication, se dirige elle-même. L'équilibre s'est enfin rétabli dans les pertes qui ont pris une suffisante régularité. L'économie n'éprouve plus de secousses. Le nombre des pilules n'a jamais dépassé la dose ordinaire, et cependant les effets ont été prompts et à peu près décisifs.

Une femme plongée dans une sorte d'état syncopal, à la suite d'une violente et longue métrorrhagie qui résistait aux moyens ordinaires, dut son salut à la même médication. Je ne dirigeai pas la malade que je ne connais pas; mais une personne, qui avait employé les pilules pour elle-même, remplit auprès d'elle l'office de médecin, et réussit complétement. Cette médication s'emploie journellement dans le grand hôpital de Venise contre les métrorrhagies qui n'y sont pas rares, avec un succès quelquefois prompt, d'autrefois plus lent, mais en général assuré.

Pour réussir, il est important de se guider sur les indications, car s'il y en a qui font adopter cette préparation, d'autres l'excluent. Quand il y a dépression du pouls, la digitale continuerait l'hémorrhagie au lieu de la suspendre; quand il est plein, ou vif et précipité, c'est le cas de l'associer avec l'ergot de seigle. Toutes les fois qu'il est utile d'opérer des changemens dans la circulation du sang, la digitale est un auxiliaire très puissant des effets que le seigle ergoté peut produire. La valeur de cet agent antihémorrhagique en est pour ainsi dire doublée.

Cette augmentation d'action est si vraie, que lorsqu'on donne le seigle ergoté sans la digitale, on ne peut obtenir des effets qu'à doses élevées. Ainsi, c'est 2 ou 3 grammes par jour d'ergot de seigle, par paquets d'un gramme, qu'on donne ordinairement pour arrêter une métrorrhagie. Avec le mélange de poudre de digitale, il est bien entendu, quand cette association n'est pas contre-indiquée, on donne avec succès 60 à 70 centigrammes de seigle ergoté, en comptant quatre pilules dans les douze heures. Il est à remarquer que plus on s'éloigne des petites doses, plus on se rapproche de celles qui font plus que contracter les capillaires, c'est-à-dire des doses qui mettent en jeu les contractions de l'organe tout entier. En médecine, il est toujours prudent de ne pas dépasser le but. Quand on le fait sans nécessité, ne pourrait-il pas en résulter une influence plus ou moins active sur le développement d'une disposition pathologique naissante?

Il se présente une question non moins importante, celle de la tolérance. Les estomacs se fatiguent assez vite soit du seigle ergoté, soit de la digitale. On ne peut plus administrer plusieurs jours de suite ces médicamens séparés ou réunis, sans que l'organisme se refuse à les accepter. Parfois même l'intolérance se produit pour le seigle ergoté dès les premières doses, quand elles sont un peu élevées. Je ne l'ai pas observée encore, cette intolérance, lorsque cet agent est administré à doses modérées et uni à la digitale. Mais quand, pour arrêter une hémorrhagie, il faut agir avec insistance, quand, par une condition particulière du malade, la répulsion se dessine tout d'abord, il est utile de savoir comment on peut faire accepter une médication si souvent efficace. C'est au moyen du sous-nitrate de bismuth qu'on y parvient. Quand on donne l'ergot de seigle seul, on peut lui associer 15 à 20 centigrammes de ce sel; quand on l'administre uni à la digitale, on peut donner la même dose, dans l'intervalle de la prise de deux pilules. L'expérience a prononcé, au moins à l'hôpital de Venise, sur l'utilité du sel de bismuth pour produire la tolérance ou l'entretenir dans les cas dont il s'agit. Je ne pense pas qu'autre part, comme en France, il en soit différemment, si on pose la même question à l'expérience.

J'aurais encore quelques réflexions à vous faire, mais je ne dirai que quelques mots pour être bref. Le seigle ergoté a été administré dans les catarrhes de la matrice; son action n'a pas été sans résultat. Nous avons fait quelques expériences à l'hôpital, avec les pilules de seigle ergoté et de digitale, dans les bronchites chroniques, avec fièvre et crachats abondans. Nous n'avons pas réussi jusqu'à présent. Mais n'y aurait-il pas des expériences à suivre dans cette direction, soit contre les catarrhes muqueux des voies aériennes, soit dans les écoulemens blancs de l'utérus, et ces derniers avec plus d'insistance et de soin qu'on ne l'a fait jusqu'ici?

Veuillez maintenant, mon cher ami, recevoir avec bienveillance cette nouvelle communication, et me croire comme toujours votre fidèle et dévoué collaborateur.

Dr Éd. CARRIÈRE.

VALÉRIANATE D'ATROPINE CONTRE LES AFFECTIONS CONVULSIVES.

Le valérianate d'atropine est un sel végétal qui n'était pas connu en chimie et par conséquent en matière médicale avant le travail lu, en 1853, devant l'Académie impériale de médecine, par M. le docteur Michéa, travail qui a été tout récemment l'objet d'un rapport fait au nom d'une commission composée de MM. Baillarger, Lecanu et Jolly.

Ayant expérimenté un grand nombre de moyens dans le but de combattre les névroses de la contractilité en général et l'épilepsie en particulier, M. Michéa reconnut que la valériane et la belladone, préconisées déjà comme agens antiépileptiques, étaient ceux qui méritaient le plus de confiance. Seulement il lui restait à expliquer pourquoi la première de ces plantes, si vantée par Tissot dans le siècle dernier, était tombée en discrédit dans le nôtre, et comment la belladone, réhabilitée il y a environ vingt ans par M. Debreyne, et employée presque exclusivement aujourd'hui par MM. Trousseau et Blache, avait pu rencontrer sinon des détracteurs, du moins quelques incrédules.

Une des principales causes qui, selon M. Michéa, font échouer souvent, en ville, la valériane et la belladone, consiste dans l'usage qu'on a fait jusqu'à présent de ces plantes administrées en substance, au lieu d'avoir recours à leurs principes *actifs*. En thérapeutique, on peut toujours substituer sans danger l'acide valérianique à la valériane; mais il n'en est pas de même de la substitution de l'atropine à la belladone. Or, cet alcali végétal combiné à un acide perd, suivant M. Michéa, la plus grande partie de ses effets toxiques, et son union avec l'acide valérianique augmente beaucoup ses propriétés thérapeutiques.

M. Michéa a obtenu de très grands avantages du valérianate d'atropine, mais exclusivement du valérianate acide, attendu que toute autre combinaison de l'acide valérianique avec l'atropine, n'agit pas selon lui de la même manière sur l'économie, et offre les mêmes dangers que l'administration de l'atropine à l'état d'alcali. Les doses auxquelles il fait prendre le valérianate acide d'atropine varient depuis un demi à un milligramme. D'un demi-milligramme par jour, il passe à un milligramme au commencement de la seconde semaine. Au bout de quinze jours, il cesse l'usage du médicament, laisse reposer le malade pendant quinze autres jours, puis revient à l'emploi du remède en débutant par un milligramme par jour, et au bout de huit jours, il élève la dose à deux milligrammes. Il cesse et reprend ainsi l'usage du médicament tous les quinze jours, et cela, durant deux, trois, quatre, cinq, six et huit mois sous la forme solide qu'il préfère à la forme liquide.

M. Michéa résume du reste lui-même son travail en ces termes : 1° Le valérianate d'atropine, pur et bien préparé, rend les plus grands services dans le traitement des maladies convulsives, l'hystérie, la chorée, l'asthme spasmodique, la coqueluche, et en particulier dans celui [de l'épilepsie et de l'éclampsie. 2° Ce nouveau sel végétal a, sur la valériane et la belladone, l'avantage, comme tous les principes actifs des plantes, d'être un produit fixe, identique dans sa composition chimique, et, par conséquent, le privilége d'offrir des effets thérapeutiques invariables. 3° Moins diffusible que l'acide valérianique, il jouit de toutes les propriétés physiologiques et thérapeutiques de l'atropine, sans avoir les dangers de cet alcali végétal, qui devient toxique aux plus faibles doses en s'hydratant soit en dehors de l'économie, soit au contact des liquides aqueux de l'estomac. 4° Comme composé de deux substances thérapeutiquement similaires, et en sa qualité de combinaison saline *acide* qui le rend éminemment soluble et absorbable aux plus faibles doses, le valérianate d'atropine l'emporte aussi infiniment sur l'acide valérianique et l'atropine administrés isolément à doses plus fortes : toutes considérations qui en font l'antispasmodique par excellence, le plus puissant et le plus sûr de tous les anticonvulsifs.

ANURIE COMPLÈTE, AVEC LÉSION D'UN SEUL REIN ET D'UN SEUL URETÈRE.

Le mémoire de M. le docteur Gigon, d'Angoulême, que nous rappelions dans notre dernière *Revue*, à propos de la communication intéressante de M. le docteur Caillat, a fixé l'attention des praticiens, et, comme cela arrive à propos de tout travail sérieux, a rappelé à nos confrères des observations afférentes au sujet. En voici une que M. le docteur Bourgeois (d'Étampes) veut bien nous transmettre, et dont les analogues sont rares dans la science :

Étampes, le 1er mars 1856.

Monsieur et très honoré confrère,

L'intéressant travail du docteur Gigon, d'Angoulême, *sur l'ischurie uretérique et la taille de l'uretère*, m'a rappelé une observation d'anurie complète qui a entraîné la mort du malade, et que je viens vous prier d'insérer dans votre journal, si elle vous semble, comme à moi, mériter l'honneur d'y figurer.

Voici ce fait :

M. le vicomte de V..., vieillard de 79 ans, de petite stature, de constitution sèche, d'une grande régularité de vie depuis sa jeunesse, et ayant eu quelques légères douleurs ressemblant assez à de la goutte, fut pris, dans les dernières années de son existence, de quelques attaques de coliques néphrétiques fort intenses du côté droit, pendant lesquelles l'urine se supprimait entièrement. Je n'ai pas connaissance qu'il eût jamais rendu le plus petit gravier. Une crise plus cruelle encore que

les précédentes emporta le malade à la fin de l'année 1839, après huit à neuf jours d'atroces souffrances, et sans qu'il eût pu émettre une seule goutte d'urine pendant tout ce temps; il n'en sentit même jamais le besoin.

La mort parut le résultat immédiat du défaut d'élimination des principes qui constituent la sécrétion rénale. Ainsi, outre les accidens propres à l'affection néphrétique, il survint une faiblesse extrême; des vomissemens de matières bilieuses porracées furent incessans; langue et dents fuligineuses; soif ardente; haleine fétide, sans odeur d'urine bien tranchée: pouls d'abord assez plein, quoique mou et de fréquence moyenne, puis de plus en plus vite et petit; miction absolument nulle, et pas d'envies d'uriner; pas ou peu d'évacuations alvines; sueurs froides, d'une odeur forte; hoquets; narines pulvérulentes; face hippocratique; hipothymies, subdélirium; puis enfin le malade s'éteint avec presque tous les symptômes de ce qu'on a appelé *fièvre urineuse*.

A l'autopsie, on trouve, à 6 ou 7 centimètres au-dessous du rein droit, l'uretère distendu par un calcul, de forme irrégulièrement pyramidale, à surface rugueuse, de couleur brunâtre, paraissant formé d'acide urique, et engagé par sa pointe; il pèse 5 grammes 1/2; au-dessus de lui, l'uretère a le diamètre du petit doigt, et est légèrement flexueux; il contient une urine trouble et d'odeur ammoniacale. Le rein droit, sans augmentation apparente de volume, a conservé toute sa texture; sa substance mamelonnée est assez fortement injectée. Le bassinet et le calice sont d'une capacité au moins triple de ce qu'ils sont habituellement; leurs tuniques sont sensiblement épaissies, mais sans injection évidente; leur intérieur contient une urine trouble et renfermant quelques grains de sable de teinte rougeâtre; au-dessous du calcul engagé et fortement saisi, l'uretère présente son diamètre normal.

Le rein gauche est des plus sains, ainsi que l'uretère correspondant qui est perméable dans toute son étendue; et l'examen le plus attentif ne nous fait pas découvrir de ce côté la moindre parcelle calculeuse ni la plus petite trace d'inflammation.

La vessie, tout à fait vide et ratatinée, n'offre rien à noter de particulier.

Tous les autres viscères étaient dans un état d'intégrité complète.

Cet examen nécroscopique m'étonna singulièrement, car, bien qu'un des uretères fût devenu complétement imperméable, l'autre, ainsi que le rein auquel il répondait, n'offrait ni obstacle, ni lésion quelconque, et on sait, d'ailleurs, qu'en fait d'organes doubles, lorsque l'un cesse d'agir, l'autre, au contraire, augmente d'activité pour suppléer son congénère.

Dans l'observation que je viens de citer, on peut se poser plusieurs questions :

L'engagement du calcul rénal était-il ancien?

Pendant les deux ou trois coliques néphrétiques qui avaient précédé, l'anurie était-elle due à un obstacle semblable?

A quoi tenait la suppression absolue d'urine?

L'état du rein droit, celui du canal uretéral ne permettent guère de penser que la pierre fût descendue depuis longtemps.

Relativement à la seconde question, il semble rationnel de croire qu'une cause analogue a amené l'anurie absolue qui fut observée également dans les précédentes attaques, et cependant il n'y avait aucune pierre dans la vessie, et le malade ne m'a jamais dit en avoir rendu.

Enfin, il semble presque impossible de se rendre compte de la suppression de sécrétion urinaire, quand on considère l'intégrité de l'appareil rénal gauche. Y aurait-il eu alors sous l'influence de ce qui existait à droite, une violente perturbation des fonctions dans le rein sain qui eût suspendu complétement ses fonctions? C'est ce qu'on peut supposer d'après l'examen cadavérique. Cependant, je dois dire qu'aucun moyen ne fut négligé, ni par moi, ni par notre vénérable confrère Récamier, qui fut alors appelé comme consultant.

L'ingénieux moyen proposé par M. Gigon ne m'eût pas paru ici applicable, car il est probable qu'après l'ouverture de l'uretère obstrué on n'eût pas pour cela ramené la sécrétion urinaire, et on aurait encore augmenté la gravité du mal par une opération grave pratiquée chez un vieillard affaibli par une cruelle maladie.

Les cas semblables ou analogues à celui que je viens de citer doivent être fort rares; je ne me rappelle pas avoir jamais rien lu qui pût y ressembler; aussi je serais très heureux, si quelqu'un de mes confrères en possédait d'analogues, d'en avoir excité la publication.

Veuillez agréer, etc. Dr Bourgeois.

BIBLIOTHÈQUE.

COURS D'HYGIÈNE;

Par le dr Tessereau, professeur d'hygiène à l'Association polytechnique. Ouvrage couronné par l'Académie de médecine.

Inutile, dans ce journal, d'insister sur l'importance des préceptes hygiéniques mis à la portée des classes populaires. Mais ce sont malheureusement les hommes qui auraient le plus besoin d'être éclairés sur les inconvéniens et les dangers de certaines négligences et de certains vices qui vivent, à cet égard, dans la plus grande ignorance. Bon nombre d'entre eux, nous ne le contestons pas, peuvent, il est vrai, s'écrier, tant les règles de l'hygiène sont simples et faciles : Nous savions tout cela! A ceux-là, ainsi que le dit fort bien M. Tessereau, on peut répondre, comme le faisait l'oracle d'Esculape à la princesse Irène, qui avait la prétention de connaître tous les remèdes que lui proposait le dieu de la médecine : si vous les connaissez, que n'en usez-vous donc? Mais la plupart des ouvriers pèchent encore autant par ignorance que par faiblesse et entraînement. Œuvre bonne et salutaire pour eux et pour la société, de leur faire connaître les avantages de l'hygiène et les dangers qu'entra nent les vices et les excès. Depuis longues années, du reste, l'attention des gouvernemens et des corps savans a été vivement attirée sur cette branche si intéressante de la science médicale. Des chaires de professeurs ont été créées, des prix ont été fondés, en un mot, des encouragemens de toute sorte ont été donnés à l'hygiène populaire. On aurait certes pu faire mieux, mais, en fait de progrès médical et moral, il ne faut pas se montrer trop exigeant. Contentons-nous donc de ce qu'on a fait, en espérant mieux du progrès, qui semble marcher avec un nouvel essor.

Dans le but de propager des notions utiles à la santé, M. Nadau, on se le rappelle peut-être, chargea en 1853 l'Académie de médecine de décerner en son nom un prix à l'auteur du meilleur livre sur l'hygiène populaire. Ce fut M. Tessereau dont l'œuvre fut jugée digne de cette distinction, et voici en quels termes le savant rapporteur de la commission, M. Londe, en rendit compte : « ouvrage excellent, attachant, bien fait, simple sans trivialité, rempli de faits intéressans, d'exemples bien choisis, de comparaisons ingénieuses. » Nous ne saurions dire mieux et plus du livre, que nous avons voulu signaler à l'attention de nos lecteurs et dont nous allons donner un rapide aperçu.

Après des considérations générales sur le but et l'utilité de l'hygiène, sur le peu de soin qu'on apporte d'ordinaire à la conservation de la santé et sur la simplicité néanmoins des préceptes hygiéniques, l'auteur donne une idée très nette et parfaitement suffisante de l'anatomie humaine et des différentes fonctions de l'économie, en signalant chemin faisant les applications au sujet principal. Cette description est propre tout à la fois à dissiper bien des préjugés et à donner des œuvres de la création une juste et belle idée. Les chapitres suivans ne font que développer le premier.

A propos de la respiration et de l'alimentation, on passe successivement en revue l'air et ses propriétés physiques et chimiques, l'influence des changemens de température, la disposition la plus convenable et la plus économique que doivent offrir les habitations, puis les principaux alimens et leurs qualités nutritives. Le chapitre consacré à l'alimentation est terminé par de judicieux conseils plus encore sur les dangers de l'intempérance que sur les avantages de la sobriété et appuyés d'exemples propres à frapper l'esprit des lecteurs. Puis l'attention est appelée sur les bons résultats d'un exercice convenable et de la propreté des différentes parties du corps. En parlant des besoins factices du vin, du café et surtout du tabac, l'auteur fait observer avec beaucoup de raison que le même homme qui a lutté longtemps contre des indigestions et d'autres indispositions pour prendre l'habitude du tabac, habitude malsaine pour lui et désagréable pour les autres, refusera le plus souvent un médicament salutaire, mais d'une saveur amère. Terminant enfin par de courts préceptes sur l'hygiène morale et sur les dangers du libertinage, M. Tessereau montre que l'hygiène bien comprise n'est que l'application de la parole divine : Aimez-vous les uns les autres!

Telle est en quelques lignes l'analyse de l'ouvrage que l'Académie de médecine a jugé digne de ses suffrages et qui est appelé à un succès sérieux. Dr Ch. Bernard.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 18 Février 1856. — Présidence de M. Patissier, vice-président.

La correspondance manuscrite comprend : une lettre par laquelle M. Decaye donne sa démission de membre titulaire; deux lettres de M. Herpin (de Metz), et M. Duriau, demandant à échanger leur titre de correspondant en celui de membre titulaire; une note de M. le docteur Gillebert-Dhercourt (de Lyon), relative *au traitement des paralysies par l'hydrothérapie*; deux notes de M. le docteur Caillat (de Bourbon-l'Archambault), et de M. le docteur Bailly (de Bains), sur la discussion à l'ordre du jour.

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ.

Notice historique et médicale sur Bagnères-de-Luchon, par le docteur Ernest Lambron.

Recherches pour servir à l'histoire de la sueur, par le docteur Gillebert-Dhercourt.

— M. le docteur Gillebert-Dhercourt, directeur de l'Institut orthopédique de Pravaz, à Lyon, et M. le docteur Bailly, médecin-inspecteur des eaux de Bains (Vosges), demandent le titre de correspondant.

— M. le docteur Renard, médecin-inspecteur des eaux de Bourbonne, est nommé membre correspondant.

— M. Herpin (de Metz), et M. Duriau, correspondans, sont nommés membres titulaires.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le *traitement des paralysies par les eaux minérales*.

M. Caillat (de Bourbon-l'Archambault), adresse la note suivante :

La communication que j'ai eu l'honneur d'envoyer à la Société me paraît avoir été mal comprise : je demande la permission d'adresser à ce sujet quelques explications, qui porteront sur trois points principaux:

1° J'ai eu grand soin, à plusieurs reprises, et cela avec une intention bien marquée, d'établir une grande différence entre la médication interne et l'emploi des eaux à l'extérieur, quand il s'est agi d'expliquer le mode d'action du traitement suivi à Bourbon-l'Archambault.

L'eau minérale, prise à l'intérieur, est altérante, ai-je dit; mais je n'ai point ajouté qu'elle fût, en même temps, tonique dans ce cas. La faiblesse générale est, en effet, un des accidens le plus communément produits par nos eaux.

Mais, ce que je refuse à la boisson, je l'accorde volontiers à la douche. L'eau agit plus spécialement par ses principes chimiques dans le premier cas : dans le second, son action est plutôt mécanique, et l'on ne saurait contester à celle-ci un effet excitant et tonique.

2° Si l'on a cru voir une contradiction entre les assertions de M. Regnault et les miennes dans l'énoncé des circonstances au milieu desquelles les faits observés par nous se sont passés, c'est pour avoir oublié que chacun de nous s'était placé à un point de vue tout différent; en effet:

M. Regnault, voulant prouver l'innocuité de la médication suivie à Bourbon-l'Archambault, a pu dire que quelquefois: *le traitement thermal fait avec excès et sans surveillance, et dans lequel des réactions énormes sont poussées parfois jusqu'à la syncope*, avait été sans danger.

De mon côté, cherchant ailleurs que dans un *effort critique* et un effet révulsif, l'explication du mode d'action de nos eaux, j'ai dû faire la remarque que la fièvre hydro-minérale, que la révulsion sur la peau et le tube digestif, provoquées ordinairement par l'abus du traitement, s'observaient plus rarement chez les paralytiques et cela, non pas grâce à une *surveillance plus attentive*, mais parce que l'état impotent d'un grand nombre d'entre eux les met dans l'impossibilité de se livrer aux excès auxquels s'abandonnent la plupart des autres malades.

3° Enfin, les phénomènes exposés par M. Regnault, pour expliquer le traitement employé à nos sources, sont-ils donc si différens de ceux que j'ai notés moi-même, pour établir entre nous deux une certaine opposition de langage? Nullement: M. Regnault cherche dans l'abondance des sécrétions, dans une révulsion énergique et dans des actions spécifiques, le secret de notre médication. Pour moi, j'admets l'excitation produite par la douche, la révulsion cutanée dans une certaine mesure; je reconnais l'existence de sécrétions plus abondantes, mais non excessives, et ne leur accorde pas l'importance de *phénomènes critiques*; quant aux *actions spécifiques* invoquées par mon collègue, car les effets révulsifs lui ont paru insuffisans comme à moi, je les remplace par une *action altérante*. Telle est l'explication que je propose; mais je suis loin de la considérer comme le dernier mot à donner pour sortir de notre état d'incertitude touchant les mystérieuses opérations des eaux de Bourbon-l'Archambault, dans le traitement des paralysies cérébrales.

M. V. Gerdy : Au début de cette discussion, j'étais étonné de voir l'importance exclusive que l'on attribuait aux eaux, dans le traitement de l'hémiplégie apoplectique, sans même faire mention des ressources naturelles de l'organisme, qui suffisent souvent seules pour mener à bonne fin de semblables affections; j'étais étonné, d'ailleurs, que l'on réunît tous les cas d'hémiplégie en une seule masse, presque sans distinction aucune, et qu'on n'eût que des succès à citer. Mais cet optimisme ne s'est pas continué dans les communications ultérieures, et vous avez entendu, à la précédente séance, des critiques judicieuses combattre le caractère trop enthousiaste des premières opinions, et en atténuer considérablement la valeur. Je reviendrai plus loin sur cette question, après vous avoir d'abord fait connaître le résultat de mes observations personnelles. Les eaux d'Uriage ne sont pas renommées spécialement pour le traitement de ces maladies; cependant, en raison de leurs propriétés purgatives assez énergiques, elles ont été plus d'une fois conseillées pour combattre les hémiplégies d'origine cérébrale, et particulièrement dans les cas où il existe des symptômes prononcés de congestion et d'excitation du cerveau. D'après les différences considérables qui se présentent dans les conditions de ce genre de paralysies, je range dans quatre catégories diverses les faits que j'ai pu observer.

Première catégorie. — *Hémiplégie récente ou déjà ancienne, compliquée de symptômes permanens d'irritation et de congestion du cerveau.* — Je ne distinguerai point les cas appartenant au ramollissement ou à l'hémorrhagie du cerveau, à cause des rapports intimes qui rapprochent ou confondent assez souvent ces deux affections. C'est à cette catégorie qu'appartenaient la plupart des hémiplégies que j'ai traitées à Uriage. Toujours j'ai dirigé la médication avec beaucoup de ménagement et de prudence, et toujours, néanmoins, dans ces cas, j'ai vu l'action excitante des eaux annuler en bonne partie ou complétement l'influence salutaire de la dérivation, aggraver les symptômes habituels dès que le traitement avait un peu d'activité, produire de la fièvre, des troubles plus ou moins prononcés du côté du cerveau, m'obliger à ralentir, à suspendre l'emploi des eaux à l'intérieur comme à l'extérieur, et parfois à faire usage de la saignée pour arrêter le développement de phénomènes menaçans.

Avec une surveillance assidue, je n'ai point eu à déplorer d'accidens graves; quelquefois même les malades ont éprouvé ensuite un changement favorable dans leur état; mais jamais ce changement n'a été assez durable et assez significatif pour qu'on pût, avec certitude, l'attribuer au traitement thermal plutôt qu'aux influences hygiéniques nouvelles auxquelles les malades avaient été soumis. Plus j'ai acquis d'expérience dans le traitement de ces maladies, et plus je me suis défié de la médication thermale en pareille circonstance. Plus d'un de nos collègues, du reste, sont dans les mêmes dispositions à cet égard. (M. Gerdy cite ensuite, avec détails, plusieurs observations particulières qui montrent l'action excitante des eaux dans ces maladies, et le danger qu'elles peuvent offrir chez certains sujets.)

Deuxième catégorie. — *Hémiplégie ancienne et depuis longtemps stationnaire, mais sans symptômes prononcés d'excitation cérébrale.* — Ici l'on n'a point affaire à une irritation menaçante des centres nerveux; mais il ne faut pas croire cependant que l'on puisse agir comme si le cerveau n'avait jamais été le siége d'une lésion grave. Il conserve presque toujours une excitabilité plus grande que d'habitude et qui pourrait ramener des accidens, sous l'influence du traitement thermal, comme le prouve une des observations précédentes. Toutefois, on peut employer une médication plus active que dans les premiers cas; mais cet avantage est bien compensé par la moindre influence du traitement sur des organes depuis longtemps déshabitués de leurs fonctions et qui peuvent même, par suite de cette inaction prolongée, avoir subi, dans leur texture, des modifications difficilement réparables. Aussi les médecins même qui vantent le plus la médication thermale dans les paralysies, déclarent-ils que plus on s'éloigne du début des accidens et moins on a de chances de succès. Cependant, de beaux résultats ont été plus d'une fois obtenus en pareille circonstance. Pour mon compte, je n'ai rencontré qu'un ou deux faits de cette catégorie et n'ai souvenir d'aucun effet remarquable.

Troisième catégorie. — *Hémiplégie de date assez récente, d'une intensité moyenne ou peu considérable et sans travail d'irritation bien apparent vers l'encéphale.* — J'appelle spécialement votre attention sur cette classe, qui me paraît fournir aux eaux minérales la plupart des grands succès dont elles se glorifient, succès dont la nature doit réclamer au moins en bonne partie l'honneur. Ainsi, j'ai cité plus haut l'observation d'une dame frappée d'apoplexie pendant un traitement thermal dirigé contre une autre maladie. Après une saignée et quelques purgations qui améliorent beaucoup l'état de la malade, je la renvoyai pour qu'elle prît quelques semaines de repos. Au bout d'un mois, elle revint aux trois quarts guérie, et fit de nouveau un petit traitement thermal, pendant lequel la paralysie diminua encore un peu. Si, au lieu de renvoyer cette malade, pour laisser agir la nature, je l'avais fait rester aux eaux et lui avais administré, avec les intervalles de repos nécessaires, quelques bains très mitigés, et de dix minutes chaque fois, quelques douches tièdes et peu énergiques sur les membres paralysés seulement, quelques verres d'eau minérale pour la purger de temps en temps, il est très probable que ce temps et la nature eussent agi de même, et j'aurais eu un nouveau succès à enregistrer pour le compte des eaux minérales. C'est ainsi, comme le dit avec raison M. Durand-Fardel, qu'une partie, et je crois pouvoir dire une très grande partie, des malades soumis hâtivement à la médication thermale, auraient probablement obtenu, par les seules ressources de la nature, ce qu'ils ont obtenu en faisant usage des moyens thermaux.

Quatrième catégorie. — *Hémiplégie de cause syphilitique.* — M. Gerdy cite deux observations dans lesquelles des résultats très considérables ont été obtenus par la médication antisyphilitique, combinée avec le traitement thermal, et dans lesquelles il a remarqué que l'action de ce dernier traitement était beaucoup mieux supportée que dans les hémiplégies ordinaires. Cela tient-il à la nature de la cause, ou à la nature des lésions existantes, ou bien à la simultanéité des deux médications? C'est un point à éclaircir par l'expérience.

M. Gerdy examine ensuite les opinions émises dans la discussion, et après avoir montré que les faits et les idées contenus dans les communications de MM. Villaret, Renard, de Laurès et Durand-Fardel se rapprochent beaucoup de ce qu'il vient d'exposer lui-même, il critique les assertions de MM. Le Bret, Regnault et Caillat. Il signale, comme M. de Laurès, la contradiction singulière qui existe entre MM. Regnault et Caillat, au sujet des malades de l'hospice de Bourbon, M. Regnault attribuant les succès à un traitement énergique, à des sueurs copieuses, etc.; M. Caillat, au contraire, à un traitement très modéré, ne produisant pas de sueurs, pas d'évacuations abondantes. Il signale également la différence qui existe entre la manière d'agir de M. Le Bret, qui emploie les eaux de Balaruc avec grande prudence, donne à ses malades quelques verres d'eau minérale, des bains tièdes et très courts, ne fait usage des douches que tardivement et avec beaucoup de réserve, et les pratiques

beaucoup plus énergiques des anciens médecins de Balaruc, dont la tradition ne vante pas moins les succès. En présence de ces médications si diverses, si opposées même, il se demande si c'est aux eaux que doivent être attribués les résultats cités, ou si ce n'est pas plutôt à la nature.

M. Gerdy regrette vivement que les honorables confrères de Balaruc et de Bourbon n'aient pas présenté, à l'appui de leur opinion, des faits détaillés, qui auraient permis de mieux apprécier la valeur de leurs doctrines. Toutefois, comme les succès nombreux dont on parle se rapportent à peu près exclusivement à des hémiplégies récentes, comme on ne mentionne point d'accidens sérieux sous l'influence du traitement thermal, il en conclut que très probablement il s'agissait d'hémiplégies d'une intensité modérée, analogues à celles dont il forme sa troisième catégorie, et que, ces maladies se trouvant à une période où la nature agit si puissamment pour ramener l'organisme à ses conditions normales, il est fort douteux que le traitement thermal ait été pour quelque chose dans les résultats indiqués.

En résumé, dit-il, jusqu'à présent il ne me paraît nullement démontré que certaines eaux minérales jouissent de vertus spéciales contre les paralysies apoplectiques, et que les succès attribués à ces sources ne soient pas dus, le plus souvent, à l'influence de la *nature médicatrice*.

En tout cas, et à moins de ranger, comme une école bien connue, les eaux minérales dans la classe des hyposthénisans, ce que vous ne ferez pas, j'en suis convaincu, les traitemens thermaux me paraissent contre-indiqués toutes les fois que l'hémiplégie est accompagnée de symptômes de congestion et d'excitation vive du cerveau.

Ils me paraissent contre-indiqués également, en l'absence de cette complication, lorsque la maladie est récente et tend, par les seuls efforts de la nature, à s'effacer graduellement et plus ou moins complétement.

Mais, lorsque l'hémiplégie reste évidemment stationnaire, malgré l'emploi des moyens rationnels et des agens hygiéniques convenables, s'il n'y a pas d'excitation notable du cerveau et d'irritabilité trop vive, on peut recourir à la médication thermale, qui rendra parfois alors des services importans.

Dans les cas d'hémiplégie liée à un vice spécial, comme la syphilis, les traitemens thermaux peuvent être utiles à titre d'auxiliaires, et être plus facilement supportés que dans les cas ordinaires.

—Voici l'extrait d'une note adressée par le docteur Bailly, médecin-inspecteur des eaux de Bains (Vosges).

Les paralysies offrent des indications bien différentes suivant leur nature ; et si l'on veut étudier l'action des eaux sur ces affections, il faut avant tout les diviser.

Une distinction bien importante, au point de vue qui nous occupe, doit être établie entre les paralysies produites par une lésion bien caractérisée des centres ou des cordons nerveux, et celles qui n'ont leur raison d'être que dans une modification du système nerveux non appréciable en anatomie pathologique.

Dans la première classe, on peut ranger les paralysies qui résultent d'épanchemens sanguins, séreux ou purulens, du développement de tumeurs, d'inflammation ou d'altérations quelconques dans les tissus qui constituent l'appareil nerveux.

Dans la deuxième classe, on placerait les paralysies liées à un état général : paralysies rhumatismales, hystériques, saturnines, etc.

La première comprend les faits les plus nombreux, mais les moins intéressans et les moins favorables au succès des eaux.....

En général, chez les apoplectiques, je m'inquiète bien plus des chances probables de récidive que des effets liés à une cause organique sur laquelle nos moyens ont peu de prise. En principe, les eaux ont plus d'action sur les affections générales que sur les lésions organiques bien accusées. Ainsi donc, ce qui me frappe surtout, c'est l'hypérémie cérébrale et l'excitation du cœur qui précèdent si souvent et accompagnent toujours les premiers temps de la paralysie. Cet état morbide spécial que les praticiens savent si bien reconnaître, et pour lequel ils sont souvent consultés trop tard, cette imminence d'attaque, me paraît trouver son indication dans l'usage des eaux salines légères et alcalines. Sous l'influence des bains tièdes plus ou moins prolongés, de la boisson de quelques verres d'eau minérale, additionnée parfois de sirop de digitale, je remarque ordinairement une sédation marquée des systèmes nerveux et circulatoire ; l'insomnie, l'agitation, l'éréthisme, diminuent peu à peu. Les émissions sanguines, les purgatifs doux méthodiquement employés, un régime sévère, et le soin d'éviter tout excitant physique et moral sont aussi les élémens du traitement qui favorisent le retour au calme et à l'harmonie des actions vitales.

L'amélioration de l'état général chez les apoplectiques est la condition première de la guérison ; et peut-être n'y apporte-t-on pas toujours une attention suffisante. Pressé par un malade impatient qui ne voit que sa paralysie, le médecin arrive trop tôt à l'emploi des douches et autres excitans, alors que les sédatifs généraux opéreraient aussi vite, et plus sûrement la résolution de la paralysie.

Parmi les paralysies essentielles, ou plutôt sans lésion des centres nerveux, *apparente et fixe*, je distingue deux espèces : dans les unes, toute excitation nerveuse a cessé, soit par le fait de l'ancienneté de la maladie, soit par sa nature rhumatismale ; elles existent de préférence chez des hommes arrivés à l'âge mûr, et chez des tempéramens lymphatiques ; dans les autres, il y a des douleurs, des convulsions, des réactions sympathiques sur les organes, soit en raison du développement récent de la maladie, soit en raison de sa nature hystérique ; elles existent chez des jeunes filles ou des tempéramens irritables.

Pour les premières, on agit avec vigueur par les douches et les bains chauds ; et sans doute les eaux fortement salines de Bourbonne et Balaruc, de même que certaines eaux sulfureuses, donnent les meilleurs résultats. Cependant, j'ai obtenu quelquefois des succès bien marqués de l'emploi de nos eaux faiblement minéralisées, dans des cas de paralysies consécutives à des refroidissemens et à des fatigues excessives.

Mais pour les deuxièmes, pour ces paralysies commençantes avec grande irritabilité du système nerveux, il faut que l'excitation locale soit contrebalancée par une sédation générale. Il faut régulariser les actions nerveuses, fortifier sans irriter.

Pour remplir ces indications difficiles, les eaux salines faibles me semblent parfaitement convenir. La réputation qui est affectée à celles de Wiesbaden et de Gastein pour les paralysies en général, me semble devoir être réservée à cet ordre en particulier ; et sans doute à Luxeuil et à Plombières, les médecins ont constaté comme moi, à Bains, les bons effets des eaux dans les cas de paralysie hystérique.....

M. Lambron pense que les propositions avancées par MM. Regnault et Caillat méritent une sérieuse considération : mais elles ne sauraient trouver d'applications auprès des sources sulfureuses. Ici, il n'est permis d'adresser que les paralytiques qui ont épuisé les ressources de la thérapeutique ordinaire, et sont à l'abri de toute crainte d'excitation des organes lésés. Du reste, les eaux sulfureuses ne paraissent avoir aucune efficacité spéciale contre les hémiplégies. Mais elles ont beaucoup plus de prises vis-à-vis les *paralysies localisées*, paralysies traumatiques ou rhumatismales, et vis-à-vis les paralysies *essentielles*, celles que l'on rencontre surtout chez les enfans ; il en est de même des paralysies qui semblent se lier aux troubles nerveux de la matrice, et surtout de cette espèce de paralysie des organes sexuels, de cet épuisement du système nerveux spinal et pelvien, qui proviennent de l'abus des plaisirs vénériens.

Dans les paraplégies qui tiennent à un ramollissement de la moelle épinière, affection dont il n'est pas toujours facile d'établir le diagnostic, il ne faut guère compter que sur une amélioration le plus souvent de courte durée. Mais les eaux ont réellement une merveilleuse efficacité pour combattre les paralysies symptomatiques d'affections des enveloppes de la moelle ou du canal osseux qui renferme ce cordon nerveux. On sait, en effet, depuis longtemps, combien les eaux sulfureuses sont puissantes pour guérir les désordres produits par le rhumatisme dans le tissu fibreux qui lie entre elles les vertèbres, et dans l'enveloppe fibreuse rachidienne, puis certaines lésions traumatiques de la colonne vertébrale, souvent même cette altération particulière des vertèbres, qu'on attribue à des tubercules de ces os, et surtout ces états congestifs des enveloppes vasculaires ou du tissu même de la moelle, que les Anglais et Ollivier d'Angers ont décrits sous le nom vague d'*irritation spinale*.

— M. Gillebert-Dhercourt adresse une note relative au *traitement des paralysies par l'hydrothérapie*, et dont voici un extrait :

M. Gillebert-Dhercourt commence par exposer que, en général, dans les hémiplégies, ou paralysies cérébrales, l'hydrothérapie ne fournit que des résultats à peu près négatifs. La marche de la maladie ne lui a jamais paru influencée dans un sens favorable, dans les cas de ce genre. Il n'en est pas de même de certaines congestions légères du cerveau, que l'auteur ne définit pas d'une manière formelle, mais qui ne donnent sans doute pas lieu à des paralysies bien caractérisées.

Au nombre des paralysies spinales, dit l'auteur, j'ai eu à traiter onze paraplégies confirmées et datant de deux à cinq ans. Je n'ai obtenu aucun résultat dans ces cas, même en m'aidant de l'électricité par induction, administrée au moyen de l'appareil de M. Duchenne, et quoique les causes de la maladie fussent très différentes. Au contraire, dans les cas où la paraplégie n'était pas encore complétement confirmée, quand le mal se bornait à un affaiblissement des membres et à la diminution de la sensibilité, avec ou sans douleurs ou soubresauts dans les membres, j'ai été plus heureux. Le nombre de mes malades ayant appartenu à cette catégorie s'élève à vingt.

La cause organique de la paralysie paraissait être une hyperémie de la moelle ; elle pouvait être rapportée, soit à une cause rhumatismale, soit à des excès vénériens. Son début, dans le cas le moins ancien, remontait à dix-huit mois. Avant de recourir à la médication hydrothérapique, les malades avaient tous usé d'autres médications et avaient fréquenté, à plus ou moins de reprises, quelques eaux minérales ou les bains de mer.

La plupart de ces malades, encouragés par le succès, ont fait plusieurs cures hydrothérapiques (deux ou trois mois par année). Quelques-uns ont, en outre, conservé longtemps l'habitude de faire chez eux des lotions générales à l'eau froide.

Aucun de ces malades, appartenant d'ailleurs à un voisinage assez rapproché, ne s'est complétement éloigné de moi, et j'ai de fréquentes occasions de rencontrer plusieurs d'entre eux ; je suis donc parfaitement renseigné sur leur compte. Tous ont éprouvé une amélioration très marquée et soutenue qui, pour quelques-uns, équivaut à une guérison. J'ai le plaisir de revoir souvent ces derniers qui, maintenant, ont repris le cours et la direction de leurs affaires, sans que leur santé en ait été ébranlée.

D'autres, et c'est le plus petit nombre, ne s'entretiennent dans un état de santé et de force passables qu'en faisant, de temps en temps, une petite cure hydrothérapique. Ce sont particulièrement ceux qui n'ont pas cessé complétement de ressentir des douleurs lombaires. Quand l'affaiblissement des membres reparaît ou fait des progrès, en s'accompagnant de tranchées suivies de vomissemens ou de dévoiement, ces malades recourent à l'hydrothérapie, et dissipent ainsi les accidens pour six, huit ou douze mois.

En général, quand ces malades m'ont été confiés, la congestion de la moelle était chronique ; toutefois, chez quelques-uns, il existait, soit au moment de leur entrée, soit dans le cours du traitement, des symptômes qui indiquaient l'existence d'un état aigu. Les applications de la cure doivent varier d'après ces circonstances.

En résumé, dans la paralysie dépendant d'une altération organique des centres nerveux, l'hydrothérapie ne paraît pas être aussi avantageuse que la médication empruntée à quelques eaux minérales ; bien plus, les ménagemens que, dans ces cas, les malades exigent, contribuent à restreindre les vertus de l'hydrothérapie en forçant le médecin à s'abstenir ds quelques-unes de ses applications. On ne doit pas mettre en doute la possibilité d'aider à la résorption du sang épanché dans la pulpe nerveuse par les sudations forcées, si largement et si utilement employées dans d'autres cas ; mais aussi on ne doit pas oublier que ces pratiques ont pour effet d'augmenter le fluxus qui se fait déjà vers les parties affectées ; on doit donc s'en abstenir dans les cas qui nous occupent. Or, la restauration des forces et de la santé générale, effet constant des pratiques hydriatriques, ne saurait, à elle seule, conduire à cette résorption.

Au contraire, tous les troubles du mouvement et de la sensibilité, qui prennent leur source dans une simple hyperémie cérébrale ou spinale, sont traités avec le plus grand succès par l'hydrothérapie.

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Nice, ce 26 février 1856.

Monsieur et très honoré confrère.

Deux fois à peu de jours d'intervalle, vous avez dit quelques mots sur l'hydrothérapie. Le 12 de ce mois de février, c'était une lettre de M. le docteur Vidart, de Divonne ; le 19, c'était le compte-rendu de l'ouvrage du même médecin, qui vous en ont fourni l'occasion. Chaque fois vous avez rendu justice à cette méthode thérapeutique. En ma qualité d'un de ses plus anciens adeptes, j'aurais grand désir de vous en faire mes remercimens, mais, vous savez, *l'habitude émousse le sentiment*, et vous avez réellement émoussé le mien en m'accoutumant depuis si longtemps à cette équité scientifique dont l'Union Médicale ne s'est jamais écartée. Je me tais donc pour ce qui vous concerne, mais je ne puis m'empêcher de témoigner ma reconnaissance à mon honorable collègue, M. le docteur Vidart. J'ai à le remercier et de ses efforts pour la bonne cause, et du plaisir qu'il m'a procuré en me faisant voir jusqu'à quel point je me suis rencontré avec lui dans ma manière de voir. En effet, pour ce qui concerne la convenance de l'emploi de certains médicamens conjointement avec le traitement hydrothérapique, je suis depuis longtemps de l'avis de M. Vidart, et il peut s'en convaincre en jetant les yeux sur mes publications de 1851, 1852 et 1854. (*Examen physiologique de l'hydrothérapie, Manuel de l'hydrothérapie, Hydrothérapie comme méthode révulsive.*) Quant aux enveloppemens dans des draps trempés dans des solutions médicamenteuses, je recommande ce moyen à l'attention des praticiens dans mon livre publié en 1847. Ce livre porte pour titre : *Études pratiques sur l'hydrothérapie*, et c'est précisément le même titre que M. Vidart a eu la bonté d'adopter pour sa publication. Je m'en trouve fort honoré, et j'ai d'autant plus le droit de l'être, qu'outre ces coïncidences qui dénotent chez nous une grande identité de la pensée, il en est qui prouvent que, même dans l'expression de nos idées, nous nous rencontrons parfaitement. Ainsi, vous citez dans votre compte rendu la phrase que voici :

« La température du corps baisse considérablement, et cela même dans les parties non emmaillottées, comme on peut s'en convaincre en plaçant la main sur le front. »

Et je trouve par hasard dans le livre que je viens de citer, page 45, la phrase que voici :

« La température du corps baisse considérablement, et cela non seulement dans les parties emmaillottées, mais aussi dans celles qui ne le sont pas, comme on peut s'en convaincre en plaçant la main sur le front. »

Plus loin, sur la même page et sur la page 46, je trouve encore d'autres analogies avec les phrases que vous citez dans votre article du 19 février. Même analogie dans le plan général de l'ouvrage. Mais, comme j'ai le regret de n'avoir pas en ce moment cet ouvrage entre les mains, je ne puis pas savoir jusqu'à quel point nos opinions concordent entre elles ; ce que j'en ai appris par vos deux articles, me suffit d'ailleurs pour vous prier de rendre publics les sentimens de reconnaissance dont je suis pénétré pour mon savant confrère. Il a prouvé d'une façon irréfutable la justesse de mes observations, puisque, en étudiant la méthode loin de moi, il est arrivé aux mêmes résultats.

Agréez, etc.

Dr Lubanski,

Directeur de l'établissement hydrothérapique du château de Longchêne, près Lyon, et de celui de Nice.

COURRIER.

Le *Moniteur* du 8 mars publie un décret qui ouvre un concours pour 8 places d'agrégés stagiaires, à répartir de la manière suivante entre les trois Facultés de médecine :

Section des sciences anatomiques et physiologiques, Faculté de médecine de Paris, 2 places ; de Montpellier, 1 ; de Strasbourg, 1.

Section des sciences physiques, Faculté de médecine de Paris, 2 places ; de Montpellier, 1 ; de Strasbourg, 1.

Ce concours s'ouvrira à Paris le 2 novembre prochain.

Aux termes du même décret, il est ouvert un concours pour 9 places d'agrégés stagiaires, à répartir de la manière suivante dans la Faculté de médecine de Paris :

Section de la médecine proprement dite et de la médecine légale, 5 places.

Section de la chirurgie et des accouchemens, 4.

Ce concours s'ouvrira à Paris, le 2 janvier 1857.

Il est ouvert un concours pour 4 places d'agrégés stagiaires, à répartir de la manière suivante dans la Faculté de médecine de Montpellier :

Section de la médecine proprement dite et de la médecine légale, 3 places.

Section de la chirurgie et des accouchemens, 1.

Ce concours s'ouvrira à Montpellier, le 2 janvier 1857.

Il est ouvert un concours pour 2 places d'agrégés stagiaires, à répartir de la manière suivante dans la Faculté de médecine de Strasbourg :

Section de la médecine proprement dite et de la médecine légale, 1 place.

Section de la chirurgie et des accouchemens, 1.

Ce concours s'ouvrira à Strasbourg, le 2 janvier 1857.

— M. le docteur Reclam, qui occupe avec une grande distinction la chaire de médecine légale à l'université de Leipzig, vient d'éprouver un accident qui a failli lui coûter la vie.

Vendredi dernier, entre trois et quatre heures de l'après-midi, M. Reclam, faisant son cours, parlait à son nombreux auditoire de la nicotine, ce terrible poison avec lequel, il y a quelques années, comme on se le rappelle, le comte de Bocarmé ôta la vie à son beau-frère.

M. Reclam, pour mieux faire comprendre à ses élèves les prompts et terribles effets de la nicotine, fit apporter un grand et robuste chien, le fit coucher par terre sur le dos et lui versa lui-même dans la gueule une assez forte dose du poison. L'animal qui, à l'instant même, fut pris de fortes convulsions, revomit avec violence la nicotine, qui jaillit jusque sur la figure du professeur. Une partie du poison lui entra dans la bouche. M. Reclam ressentit sur le champ tous les effets d'un empoisonnement ; mais il fut secouru immédiatement, et, grâce aux antidotes qu'on lui administra, l'action délétère du poison fut neutralisée.

M. Reclam a été transporté chez lui, très souffrant. Depuis, son état s'est sensiblement amélioré, et tout porte à croire que sous peu il sera rendu à ses travaux scientifiques et à ses nombreux élèves, qui ont été consternés de l'accident dont il a été victime.

Erratum. — Dans le compte-rendu de la Société des médecins des hôpitaux, à l'alinéa qui concerne M. Woillez, page 124, 2e colonne, dernier numéro, au lieu de : dans cette observation il y avait donc évidemment *fièvre intermittente*, lisez : dans cette observation il y avait donc évidemment *leucocythémie*.

BOITE AUX LETTRES.

Chers et honorés correspondans,

Je ne suis pas assez riche pour avoir un secrétaire, et le temps me manque pour répondre à toutes les lettres que je reçois. Permettez-moi donc d'user du procédé commode et expéditif que j'ai déjà employé pendant plusieurs années, et auquel j'ai eu tort de renoncer, car cela m'a mis souvent en retard envers plusieurs d'entre vous. A l'avenir je serai plus exact, si vous voulez bien accepter ce mode de correspondance, qui doit nécessairement être très succincte, mais qui sera toujours suffisamment précise. A. L.

— A. M. F. B...., à Cadillac. — L'ouvrage dont vous m'indiquez le titre est bon et peut vous servir à l'usage que vous avez en vue. La *Petite Flore de Paris*, de Bautain, est aussi un excellent synopsis, qui me rend des services dans mes excursions dans les bois, moi qui ne suis pas très fort botaniste. Je vous signale aussi les *Élémens de botanique* de M. Lemaoût.

— A M. B...d, à Bordeaux. — J'attends avec impatience la communication que vous avez la bonté de m'annoncer. Je n'ai été que juste et sincère dans la conversation dont vous gardez un souvenir trop vif.

— A M. B...., à Paris. — Vous êtes trop modeste, mon jeune et honoré confrère. Votre travail est excellent ; c'est, de plus, une bonne action.

— A M. B...t, à Bordeaux. — Votre mémoire est à l'imprimerie depuis longtemps. Il passera prochainement, je l'espère.

— A M. B. de M...., à Pau. — Il sera fait selon vos désirs.

— A M. B...., à Cercoux. — Il a été immédiatement écrit à qui de droit. Tranquillisez-vous.

— A M. F...., au Pirée. — Votre communication a été remise à celui de nos collaborateurs dont la compétence sur le sujet vous est bien connue, et qui y ajoutera ses réflexions.

Le Banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le Jeudi 27 Mars courant, à 6 heures du soir, dans les salons de Véfour-Hamel, au Palais-Royal.

Les Inscriptions seront reçues aux Bureaux de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, 56, jusqu'au mercredi 26, à 5 heures du soir.

Le prix de la souscription est fixé à 15 francs.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 32. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 13 Mars 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. HYGIÈNE PUBLIQUE : Mémoire sur l'empoisonnement par la vapeur d'essence de térébenthine. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 11 Mars 1856 : Correspondance. — Incident. — Nouveau saccharimètre pour doser l'urine des diabétiques. — Suite de la discussion sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion. — Commission des prix. — IV. FEUILLETON : Les hivers de Venise.

PARIS, LE 12 MARS 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

De l'occlusion des paupières dans le traitement des ophthalmies.

L'Académie de médecine s'occupe, depuis quelques séances, d'une question de pratique intéressante, qui y a été apportée par M. Bonnafont, à savoir, de la valeur de l'occlusion des yeux, ou plutôt des paupières, dans le traitement des ophthalmies. Il y a lieu de s'étonner qu'à une époque où l'on tire vanité de la rigueur et de la précision introduites dans le langage médical, une discussion académique puisse s'élever sur un problème de thérapeutique aussi vague dans sa généralité que le représente l'expression ophthalmies. On ne voudrait pas entendre un médecin qui viendrait exposer aujourd'hui une méthode de traitement des dartres. Le mot ophthalmie a trouvé plus de tolérance. Il est vrai que, selon ses degrés, son siége, les élémens de l'œil qu'elle occupe, ses causes, sa nature connue ou plus ou moins hypothétiques, l'ophthalmie a été divisée et subdivisée en un si grand nombre d'espèces et de variétés, que le praticien a quelque peine à se retrouver dans ces classifications, introduites cependant dans le but d'assurer le diagnostic et de préciser le traitement. Aussi, ces distinctions, quelquefois très subtiles, d'autres fois trahissant des doctrines par trop humorales, d'autres fois encore, basées sur d'infiniment petits détails anatomiques, ne trouvent pas une égale faveur parmi les médecins. Un bon nombre s'arrête aux distinctions les plus évidentes soit de siége, soit surtout de spécificité, et c'est ce que M. Bonnafont nous semble avoir fait sans encourir d'autre courroux que celui des classificateurs ardens.

Nous avons reproduit dans nos comptes rendus tous les incidens de cette discussion : l'analyse du mémoire de M. Bonnafont, le savant historique de M. Larrey, l'allocution de M. Piorry, la réponse de M. Bonnafont à MM. Larrey et Piorry ; tous ces élémens du débat étant suffisamment connus de nos lecteurs, nous passons outre pour arriver aussitôt au discours prononcé hier par M. Velpeau.

C'est un terrible adversaire que M. Velpeau ; si nous étions de l'Académie, nous n'oserions jamais y faire une communication qui serait de sa compétence, sans nous informer auparavant s'il se déclarerait pour ou contre nous. Il va sans dire qu'avec la chance de l'avoir pour opposant, nous remettrions notre manuscrit dans la poche. Cet habile chirurgien porte dans la discussion des procédés d'amputation et de résection tels qu'il est bien difficile au pauvre patient de se tenir debout en sortant de ses mains. Il est vrai que l'honorable opérateur fait grand usage des anesthésiques, c'est-à-dire qu'il exécute son homme avec toutes sortes d'agrémens, il le tourne, le retourne doucettement, et à petit feu, sur le gril de la logique, de sorte qu'il n'y a pas même moyen de se fâcher ou de crier.

Hier, M. Velpeau s'est donné le passe-temps d'exécuter M. Bonnafont, c'est-à-dire les opinions et les faits que cet honorable confrère a exposés en faveur du traitement des ophthalmies par l'occlusion des paupières. Il ne s'est montré satisfait ni de la doctrine ni des observations. Reprochant à M. Bonnafont de s'être servi du terme trop générique et trop vague d'ophthalmies, il a cherché à montrer que le diagnostic, dans les faits exposés, manquait de précision et de certitude. A-t-on eu affaire à de simples conjonctivites ? L'inflammation occupait-elle la conjonctive du globe ou celle des paupières ? Celle-ci était-elle simple ou compliquée ? Attaquait-elle les glandules de Meibomius ? La cornée participait-elle ou non à la maladie ? Toutes distinctions importantes, a dit M. Velpeau, aussi bien pour le pronostic que pour le traitement.

Si ce diagnostic anatomique ou de siége a son importance, le diagnostic étiologique a le sien aussi. Cependant M. Velpeau n'a pas de grandes sympathies pour les divisions importées de l'école allemande et qui font jouer un grand rôle au vice arthritique, rhumatismal, scrofuleux, etc. Mais nous devons dire que l'argumentation de M. Velpeau, ordinairement si nette et si limpide, nous a paru, sur ce point, manquer un peu de clarté, obligé qu'il a été sans doute de trop concentrer ses idées. Si nous l'avons bien compris, il ne nie pas absolument la valeur du diagnostic étiologique, mais il subordonne celui-ci au diagnostic anatomique. Pourquoi ? c'est ce qu'il n'a pas suffisamment expliqué, à notre sens. Pour nous, il n'y a qu'un bon diagnostic, c'est celui qui conduit à l'indication thérapeutique. C'est là le véritable diagnostic *médical*, et nous croyons fermement que la préoccupation, la recherche de la cause du mal, met plus souvent que la connaissance du siége, sur la voie du traitement. L'ophthalmologie ne fait pas exception à cette règle de bonne pathologie, l'iritis syphilitique le prouve clairement.

La méthode préconisée par M. Bonnafont n'est pas nouvelle, l'historique si complet de M. Larrey l'a suffisamment prouvé. Mais cela importerait peu si elle était bonne. M. Velpeau ne le pense pas, et il l'attaque par les motifs même dont on s'est servi pour la prôner. On a voulu, dans ces derniers temps, faire de l'air une sorte de poison universel, une manière de venin, et, pour s'en préserver, il n'est sorte de moyens qu'on n'ait inventés. M. Velpeau trouve beaucoup d'exagération dans tout cela et considère ces précautions comme souvent inutiles, quand elles ne sont pas nuisibles. Pour l'œil, notamment, dans les conjonctivites simples, blépharites, etc., soustraire l'organe à l'air et à la lumière lui paraît être une mesure parfaitement insignifiante. Il ne se fait pas faute même de résister à l'instinct des malades, qui les pousse à fuir l'air et la lumière dans certains cas de photophobie. Ce n'est pas toujours un bon moyen d'éviter le danger que de chercher à le fuir, a dit l'ingénieux chirurgien, et le soldat qui, en présence de l'ennemi, lui tournerait le dos, n'éviterait pas pour cela ses agressions. Cela est spirituel, mais ne nous semble s'appliquer qu'avec effort à la photophobie et à la question en litige. M. Velpeau nous a paru plus heureux en rappelant que l'occlusion naturelle des paupières, chez les nouveau-nés, ne les préservait ni ne les guérissait des terribles ophthalmies de cet âge ; que cette même occlusion des paupières, faite après l'opération de la cataracte, ne préservait pas toujours l'œil d'inflammation.

Le procédé de M. Bonnafont a-t-il des avantages sur les procédés connus ? Les faits produits par l'auteur du mémoire ne permettent pas à M. Velpeau de trouver aucun avantage à ce procédé sur les autres et même sur les méthodes de traitement généralement employés. En effet, additionnant dans les observations de M. Bonnafont les journées d'hôpital de ses malades et les comparant à la durée du séjour de ses malades à lui, dans son service à la Charité, il trouve que M. Bonnafont s'est fait illusion et que les malades de M. Bonnafont ont guéri peut-être un peu moins vite que les malades de M. Velpeau, qui n'emploie pas l'occlusion.

Ainsi donc, pour M. Velpeau, diagnostic insuffisant, on ne sait vraiment pas à quoi M. Bonnafont a appliqué son traitement ; doctrine contestable et erronée sur plusieurs points ; analyse des faits ne conduisant pas aux résultats annoncés par l'auteur du mémoire, tel a été, en résumé, l'argumentation très pressante au fond, mais très amène dans la forme du

Feuilleton.

LES HIVERS DE VENISE (1).

CLIMAT — HYDROGRAPHIE — EFFETS THÉRAPEUTIQUES.

II.

Quelle que soit la température et quels que soient les lieux, les vents ont une très grande influence sur le caractère particulier d'un climat. C'est par eux que le climat se crée et que ses avantages comme ses inconvéniens s'expliquent. Cette donnée est donc de la plus grande importance pour le médecin ; elle sert plus que toutes les autres, à lui donner l'intelligence du problème qu'il veut résoudre.

Puisque cela est si vrai pour tous les climats, combien c'est encore plus vrai pour celui de Venise. J'ai entendu bien des personnes éclairées et même bien des médecins demander comment Venise pouvait être une ville salubre ? Placez par l'imagination une masse d'habitations au milieu d'un lac ou d'un marécage ; placez-la même dans les conditions les plus analogues à celles de la topographie de Venise, et la première pensée qui germera dans l'esprit, sur le sort de cette population idéale, c'est la pensée d'un état pathologique général et de la brièveté de la vie. On aurait d'autant moins tort de ne pas conclure ainsi, qu'il y a des exemples extrêmement nombreux de ces tristes effets. Qu'on consulte, pour cela, les livres de voyage aux Indes ou qu'on fasse un appel à ses souvenirs, sur les causes de la dépopulation progressive du continent asiatique ; et on verra qu'ici les faits confirment strictement les hypothèses. Pourquoi les choses se passent différemment dans d'autres lieux plus favorisés et particulièrement à Venise, c'est la vraie voie pour arriver à l'élucidation de bien des observations climatologiques.

Celui des vents de l'Adriatique, qui mérite le plus d'intérêt, c'est le nord-est connu sous le nom de *Bora* : comme force d'impulsion c'est le mistral de la Vénétie. Il descend avec la plus grande violence des hauteurs qui couvrent Trieste, souffle impétueusement le long des côtes et sur les eaux de l'Adriatique et pénètre par le *Lido* jusqu'à la Lagune où il ne perd guère de sa force d'impulsion. Quand il souffle, il met, en quelque sorte, Venise en état de blocus, du côté de la mer ; les vaisseaux n'en peuvent plus sortir, et les eaux, emprisonnées, franchissent dans les canaux leurs niveaux ordinaires. Le nord franc, la *Tramontana*, vent fin, comme le nomment les gondoliers et les agriculteurs, est froid et vif mais non pas destructeur. La *Bora* est un vent funeste, au contraire ; plus froide et surtout plus impétueuse, ayant fréquemment la violence de l'ouragan, elle est aussi redoutable à la navigation qu'aux fruits de la terre.

Il y a un lieu, dans la Lagune, où on peut étudier la force d'impulsion de ce vent et en déduire des effets physiologiques ; c'est l'île Sainte-Hélène où il déferle de première main, après avoir franchi le *Lido*. On comprend bien vite, combien doivent en souffrir les malades et les valétudinaires, s'ils sont assez imprudens pour ne pas le fuir. Voilà les inconvéniens ; les avantages ne se font pas attendre. Loin de conserver son caractère fougueux et dévastateur, la *Bora* se transforme souvent en un vent frais, léger, agréable qui ride à peine la surface des eaux et pénètre dans les canaux en y distribuant la fraîcheur. Ce vent, qui doit perdre alors le nom qu'il ne mérite plus, s'appelle *Borino*. Vers la fin de décembre 1854, j'ai fait la courte traversée de Trieste à Venise par un charmant *Borino* et un ciel serein, je croyais naviguer sur les eaux d'un lac, par une belle journée printanière.

La *Bora* et son diminutif le *Borino* sont les vents les plus importans de l'anémographie vénitienne, pour leur fréquence et leurs qualités hygiéniques. Sans eux, Venise n'aurait jamais pu devenir une grande ville. C'est ce vent qui, puissant ou modéré, chasse les miasmes, purifie l'air et tempère la chaleur. Ses collatéraux lui viennent en aide ; c'est à lui qu'incombe la plus grande part dans la commune tâche. Il faut interroger cette influence pour avoir le secret de la salubrité de la ville et des conditions essentielles du climat.

Le vent qui peut prendre rang à la suite, c'est le sud-est ou le Scirocco. Assez fréquent en hiver, quoique de courte durée, il l'est beaucoup en été. Dans toute la plénitude de son action, il abat, il énerve ; quand il règne avec modération, il donne à l'air une douceur infinie. Dans ce dernier état, c'est le vent des femmes nerveuses. Sous cette influence, leur impressionnabilité diminue, leurs douleurs se calment, et la vie ne leur paraît plus, au moins pour quelques jours, un fardeau lourd à porter.

Comme dans les hivers précédens, la *Bora* a fréquemment soufflé, et je l'ai vue même régner plusieurs fois à l'état d'ouragan. Sous la forme de *Borino*, et précédé par la tramontana, le ciel s'éclaircissait et l'air devenait assez doux pour permettre la promenade aux plus impressionnables. Les changemens se produisaient en général quand le vent tournait à l'Est et au Sud-Est. Alors, les nuages se condensaient et voilaient le ciel ; et on pouvait être à peu près sûr qu'à l'entrée d'un vent septentrional, il tomberait de la pluie ou de la neige. Les vents issus des autres points de l'horizon n'avaient qu'un règne éphémère ; le nord-ouest a eu plus de fréquence que l'ouest, le sud-ouest et le sud qui en ont eu le moins. Ce tableau raccourci de l'action des vents pour l'hiver dernier, a beaucoup de ressemblance avec celui qu'on pourrait faire pour les autres hivers. Il en diffère par les modifications produites de leur température, sous l'influence des conditions spéciales de la saison. Avec le Tyrol et les plaines de la Vénétie et de la Lombardie encombrés de neige, avec le même état du sol sur les bords septentrionaux et orientaux de l'Adriatique, de notables changemens devaient se prononcer ; mais loin de constituer une altération profonde et durable des qualités essentielles du climat, il suffisait d'un peu de tenue dans la sérénité du ciel pour voir s'effacer ces différences.

A la connaissance de l'anémographie, se lie comme conséquence, celle des points où règne l'influence des bons vents et celle des abris où on peut se soustraire à celle des mauvais. A Venise, le choix ne peut pas se faire sur une grande échelle, et il faut établir en principe pour les malades, qu'avec un temps défavorable, le mieux est de ne pas sortir. Cela posé, voici ce que je crois le plus important de ne pas ignorer.

Le quai des Esclavons est très chaud ; ouvert aux vents méridionaux et au sud-est principalement, on y trouve même pendant les mauvais mois

(1) Voir le numéro du 4 Mars 1856.

célèbre professeur de la Charité.

L'heure avancée n'a pas permis à M. Bonnafont de répondre sur-le-champ; il prendra la parole dans la prochaine séance, et il dissipera sans doute les doutes très graves, il faut en convenir, que M. Velpeau a fait naître sur sa méthode et sur ses résultats.

— Avant le discours de M. Velpeau, M. le président a annoncé la nouvelle perte faite par l'Académie en la personne de M. Emery, l'un de ses plus anciens membres, médecin honoraire des hôpitaux, officier de la Légion d'honneur, professeur d'anatomie à l'École des Beaux-Arts, médecin du Sénat, membre du Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine, etc. M. Robert a lu le discours qu'au nom de l'Académie il a prononcé sur sa tombe.

— M. Robiquet a présenté un instrument destiné à mesurer plus facilement, et avec plus de facilité que par les moyens ordinaires, la quantité de sucre contenue dans les urines des diabétiques. Nous invitons cet honorable savant à chercher un mot plus euphonique que celui de *diabétomètre* qu'il a infligé à son appareil.

Amédée Latour.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

MÉMOIRE SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LA VAPEUR D'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE;

Par M. Marchal de Calvi.

M. Mialhe a démontré par des expériences auxquelles je donnerai place dans ce mémoire, que le plomb est fixe dans les peintures auxquelles il sert de base. De son côté, M. Tardieu établit péremptoirement, dans l'article plomb de son *Dictionnaire d'hygiène publique*, que les accidens produits par les peintures fraiches doivent être attribués à l'essence, opinion déjà émise par MM. Adelon et Chevallier.

Néanmoins, le préjugé qui impute ces accidens à la céruse est encore très répandu ou même général.

Il est donc nécessaire de reprendre cette question. On voit le danger où il n'est pas, et, chose plus grave, on ne le voit pas où il est; on accuse, on proscrit le plomb, et l'on ne s'aperçoit pas que c'est la térébenthine qui empoisonne et qui tue; témoin le passage suivant du mémoire de M. Richelot : « Un grand nombre d'architectes, en tête desquels nous placerons M. Achille Leclère, ont constaté que la peinture au blanc de zinc n'exerçait aucune influence délétère sur les ouvriers, qu'elle séchait plus promptement, laissait moins d'odeur, et que les appartemens fraichement peints pouvaient être habités immédiatement sans danger pour la santé (1). » Si les dangers des peintures fraiches viennent de la térébenthine, et rien n'est plus certain, il y aura autant d'inconvéniens à habiter *immédiatement* un appartement peint au blanc de zinc qu'un autre peint à la céruse.

Ce qui est vrai, c'est que la *fabrication* des composés plombiques est incomparablement plus dangereuse que celle des préparations de zinc; mais ce n'est pas la question, et je ne parle ici que des dangers du séjour dans les appartemens nouvellement peints.

Un cas de ma pratique m'a fourni l'occasion d'approfondir ce sujet, et je puis m'en féliciter, puisque ce cas s'est bien terminé et qu'il m'aura mis à même, au moins je l'espère, de contribuer à fixer la doctrine sur un point important d'hygiène publique et de pathologie.

(1) *De la substitution du blanc de zinc au blanc de plomb dans l'industrie et dans les arts.*

Je commencerai par exposer le cas pathologique dont je viens de parler.

Je rapporterai ensuite des expériences qui prouvent : les unes, que les accidens précités ne peuvent être attribués au plomb; les autres, qu'ils doivent être attribués aux vapeurs de térébenthine.

Je terminerai par des remarques générales et des conclusions.

I.

OBSERVATION D'UN CAS D'EMPOISONNEMENT PAR LES VAPEURS DE TÉRÉBENTHINE, PAR SUITE DU SÉJOUR DANS UN APPARTEMENT RÉCEMMENT PEINT.

Mme P..., âgée de 30 à 35 ans, réplète, pâle, lymphatique, jouissant habituellement d'une bonne santé, accusant toutefois un état douloureux avec faiblesse du poignet droit, affection ancienne et probablement rhumatismale, et de plus, circonstance importante à noter, privée complétement de l'odorat depuis longtemps, me fit appeler pour de violentes coliques revenant par crises rapprochées, et ayant leur siége principal dans la zone épigastrique et autour de l'ombilic. La pression n'ajoutait pas à la douleur, sans procurer de soulagement, et, dans l'intervalle des crises, le ventre était simplement endolori. La malade avait eu le dévoiement pendant une semaine environ, mais il s'était arrêté spontanément et, depuis deux jours, il n'y avait pas eu de garde-robe. Elle n'avait ni vomissemens, ni nausées. Langue large, humide, plutôt fraiche; pas d'empâtement de l'abdomen; peu de gaz intestinaux. Chaleur naturelle et sécheresse de la peau; pouls à 60, peu développé.

Mme P... habitait depuis peu un appartement qui venait d'être mis à neuf, et l'odeur de la peinture me saisit dès que j'y entrai. Je pris des informations, et j'appris que la peinture dont on s'était servi était composée de :

Céruse.	2 kilogram.
Essence de térébenthine.	1/2 kilog.
Huile d'œillette.	125 grammes.

L'appartement, fort exigu, se composait de quatre très petites pièces, savoir, un salon à deux fenêtres, une chambre à coucher à une seule fenêtre, un cabinet de toilette ayant jour sur le dehors, et une cuisine ayant jour sur l'escalier. Les fenêtres, les portes, un ébrasement, et, dans la cuisine, les murs et le plafond, avaient été peints : la surface d'où pouvaient s'exhaler des émanations nuisibles était donc très considérable par rapport à l'emplacement.

Naturellement, l'idée d'une intoxication se présenta aussitôt à mon esprit, mais elle fut écartée péremptoirement par la malade et par ses proches, parce que, disait-on, l'indisposition était antérieure à l'emménagement. Il faut remarquer, toutefois, que Mme P... venait souvent visiter son appartement pendant qu'on y travaillait, et y restait quelquefois plusieurs heures de suite.

Comme il existait des antécédens de rhumatisme, comme aussi les jours précédens avaient été marqués par des variations brusques de température, je finis par supposer que l'affection pouvait être une gastro-entéralgie rhumatismale, et je fis la prescription suivante :

Lavement avec la décoction de graine ne lin;

De trois en trois heures, onctions douces et prolongées avec la pommade suivante (imitation du topique antinévralgique du docteur Poggioli) :

Axonge purifiée.	*ana.*	10 grammes,
Onguent populeum. . . .		
Extrait de belladone . . .	*ana.*	2 grammes,
— de jusquiame . . .		
— de datura.		
Chlorhydrate de morphine . . .		40 centigrammes;

Après chaque onction, cataplasme de farine de lin;

Julep avec laudanum de Sydenham, 20 gouttes, et acétate d'ammoniaque, 4 grammes.

Le lendemain, dimanche, les coliques étaient aussi violentes que la veille, sinon plus, et la malade se plaignait extrêmement. Le lavement avait été rendu sans matières fécales.

Je prescrivis un long bain de tilleul.

Le soir, l'état était toujours le même, et je me décidai à faire appliquer des sangsues sur l'abdomen : il en résulta quelque amendement.

Le lundi, dans la matinée, il n'y avait de changement appréciable ni en bien, ni en mal. Je fis prendre un nouveau bain de tilleul.

Le soir, à neuf heures, on vint me chercher en toute hâte; la malade, disait-on, était à toute extrémité.

En effet, je la trouvai comme anéantie, le visage d'une pâleur mortelle, le tour des yeux cyanosé, le globe enfoncé, les lèvres à peine mobiles, l'haleine froide, la voix éteinte, les membres froids et dans la résolution, le pouls presque insensible, sans fréquence, la vue affaiblie, troublée. L'intelligence était intacte, et la malade se sentait mourir.

Cet état effrayant me rappelait de tout point celui dans lequel j'avais vu quelque temps auparavant une jeune femme narcotisée par la morphine : il durait depuis une demi-heure et ne pouvait guère se prolonger sans catastrophe.

Je donnai immédiatement le premier stimulant qui me tomba sous la main, du café avec du rhum, puis du vin de Malaga par gorgées rapprochées. On frotta rudement les membres avec des laines très chaudes, et l'on promena des sinapismes sur les extrémités inférieures. Un flacon de vinaigre radical était tenu près des narines.

Sous l'influence de ces moyens, les forces commencèrent à se relever; la lutte, toutefois, dura jusqu'à onze heures. A ce moment, la malade était encore faible, mais elle pouvait se faire entendre et se mouvoir, et elle se sentait renaître; la chaleur et le pouls étaient revenus; bref, tout danger immédiat avait disparu.

Je m'éloignai; mais auparavant j'exigeai que la malade fût transportée hors de son appartement. On trouva fort heureusement une chambre vacante dans la maison, et le changement put s'opérer sans trop de difficultés.

La nuit fut passable, avec quelque tendance au retour de la crise hyposthénique. On y fit face au moyen des stimulans.

Le lendemain, dès le matin, je fis donner le lavement des peintres, qui procura une évacuation abondante de matières noirâtres, très fétides. Le ventre n'était plus qu'endolori.

Ce même jour, vers le soir, il y eut encore un commencement de crise hyposthénique, et il fallut agir assez énergiquement, toujours de la même manière.

Ce fut la dernière alarme. A partir du lendemain, la malade, que je purgeai de temps à autre, tout en la nourrissant et en la stimulant, et à qui je fis prendre des bains sulfureux dès qu'elle put les supporter, marcha graduellement vers la guérison, éprouvant toutefois, de temps à autre, un affaiblissement et un trouble singulier de la vision, qu'elle caractérisait en disant qu'elle avait sa fantasmagorie, des vertiges, quelques douleurs névralgiques à la tête, et aussi quelques coliques. Au bout d'un mois, la guérison était complète, et Mme P... reprenait son train de vie ordinaire.

Il y a eu, dans ce cas, deux phases : l'une dans laquelle le diagnostic hésita d'une intoxication à une gastro-entéralgie rhumatismale; l'autre dans laquelle il n'était plus permis de douter d'un empoisonnement.

Mais cet empoisonnement quel était-il?

J'avais bien de la peine, je l'avoue, à ne pas accuser la céruse. Une circonstance spécieuse, l'entéralgie sous forme de crises rapprochées et avec constipation, m'y portait surtout, et faisait, pour ainsi dire, violence à mes convictions.

Dans cette perplexité, je résolus de recourir à des expériences, et j'y procédai avec l'aide de M. Duroy, pharmacien

---

de l'hiver, une température assez élevée, quand règnent ces influences. Mais il est accessible à la *Bora*, ce vent impétueux qui a tant d'analogie avec le nord-ouest, le mistral de la France. Aussi quand il souffle, la rive n'est pas plus tenable que la mer, tant les rafales et les tourbillons la battent avec violence. Sous le règne du *Borino*, c'est une transformation complète qui s'opère. Modération de la chaleur, dans l'après-midi, fraîcheur très agréable sur le soir, promenade sans fatigue, car l'influence qui règne soutient les forces au lieu de les énerver. Vers l'extrémité orientale du quai, dans les espaces du jardin public, les vents du nord se font sentir, et le *Borino* a plus de vivacité et de fraîcheur; ce n'est pas le soir qu'il faut aller chercher le bon air dans cette partie de la ville. Avec un *Borino* léger, la promenade à la Piazzetta ou sur la grande place, n'a que des avantages. Là, le vent s'affaiblit par la grandeur de l'espace et s'y modère quelquefois jusqu'à s'y éteindre complétement. Il conserve son caractère dans la voie tracée par le grand canal. J'aimais à me placer pour analyser son action, d'après mes impressions personnelles, sur le pont en fil de fer qui joint les deux rives du canal entre le palais Cavalli et le Musée des arts. J'y passais de longs momens à respirer cette influence douce et tonique que je crois bonne pour la plupart des malades qui vont hiverner sous le ciel vénitien.

Un autre lieu de la ville mérite qu'on le signale; trop longtemps, il a été délaissé. Aujourd'hui, l'abord en est devenu facile par la construction du pont suspendu qui unit, par un autre pont que le Rialto, les deux grandes divisions de Venise. Ce lieu de promenade, c'est le quai de la Giudecca. Les vents froids y parviennent affaiblis; quand la tempête balaye la rive des Esclavons, les flots de la Giudecca sont soulevés, mais l'air est relativement calme sur le quai; la température, enfin, est plus élevée sous l'influence des bons vents et même avec le règne des vents du Nord, sur cette longue rive que sur celle qui a le privilége de la mode et où afflue la population. Pendant les beaux jours, et aussi pendant les journées de vent, j'allais rapidement d'une rive à l'autre pour constater la différence. Le plus fréquemment, je donnais la préférence à la Giudecca et je m'étonnais qu'elle fût si peu recommandée comme lieu de promenade et d'habitation par les médecins de la ville, à qui il serait si facile de faire des études de comparaison.

Un mot sur la situation topographique de la Giudecca pour faire comprendre les avantages qui m'avaient autrefois frappé. Sur la rive opposée se dessine une île longue et couverte d'habitations qui fait obstacle aux vents de terre, dont l'un, le sud-ouest, est loin d'être un bon vent. Cette protection agit si efficacement que, lorsque l'île se termine en démasquant les lointains de la Lagune et du rivage continental, les effets de ce changement de disposition se font aussitôt sentir. Le climat de la Giudecca change brusquement en quelque sorte. Une grande partie de la rive est protégée, et on y jouit du plus grand calme, on fait un pas de plus et on se trouve dans une atmosphère agitée par le vent. A la frontière de ce climat particulier, s'ouvre une rue étroite qui coupe perpendiculairement le quai et fait face à l'espace; si on lève les yeux pour voir le nom de cette rue, ce n'est pas sans surprise qu'on lit *calle del Vento*, rue du Vent. Cette découverte est presque une bonne fortune pour l'observateur qui court à la recherche des causes et de leurs effets. Que de peines, que d'erreurs on lui éviterait, si l'expérience prévoyante répandait ses utiles renseignemens sur son chemin!

L'air vénitien a une qualité qui le distingue entre tous ceux qu'on pourrait respirer dans les diverses stations continentales de l'Europe. Comme l'atmosphère maritime, l'atmosphère de la haute mer, bien entendu, il est dépourvu de poussière. Je ne compare pas Venise avec telle ou telle autre ville bâtie sur une plage. Cette autre ville a des rues et une circulation de voitures de toutes sortes qui crée la poussière et en change l'air ambiant. C'est dans des conditions entièrement différentes que se trouve la ville qui flotte sur la Lagune. Ses rues sont des canaux; les voies étroites ouvertes à la circulation des piétons sont fermées aux chevaux comme à tous les genres de véhicules. La cause active de la formation de la poussière n'existe pas. A cet avantage précieux, qui dote l'atmosphère vénitienne d'une qualité rare, s'en joint une autre qui n'a pas moins de valeur : il n'y a pas de bruit, pas d'agitation dans les rues, pas d'autre mouvement que celui des gondoles dans les canaux. Le silence serait complet si les cloches qui résonnent trop souvent ne prêtaient une voix à la cité muette.

Ainsi, ni cette *poussière* qui dessèche et irrite les organes de la respiration, ni ce *bruit*, qui ébranle l'organisme, fatigue et excite le système de la sensibilité, éloigne le sommeil et entretient la fièvre : voilà les inappréciables avantages de l'atmosphère de la Lagune et de la ville sans pareille qui se dresse au milieu des flots. Que de valeur ont de tels auxiliaires, pour le traitement de la phthisie et des affections qui réclament des moyens d'action analogues!

(*La suite prochainement.*) Dr Éd. Carrière.

Le Banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le Jeudi 27 Mars courant, à 6 heures du soir, dans les salons de Véfour-Hamel, au Palais-Royal.

Les Inscriptions seront reçues aux Bureaux de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, 56, jusqu'au mercredi 26, à 5 heures du soir.

Le prix de la souscription est fixé à 15 francs.

Manuel du baigneur, ou **Notice médicale sur les bains de mer de Biarritz (Basses-Pyrénées)**, deuxième édition, revue et augmentée de considérations sur quelques maladies de la peau, de l'utérus, et sur certains cas de stérilité guéris par l'emploi judicieux des bains, des injections et des douches d'eau de mer; par le docteur P.-B. Affre, médecin-inspecteur de ces bains, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union médicale*. — Prix : 2 fr.

Traité pratique des maladies des yeux, par W. Mackensie, chirurgien-oculiste de S. M. B., professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow, chirurgien de l'hôpital ophthalmique de la même ville; traduit de l'anglais avec notes et additions, par S. Laugier, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, et G. Richelot, docteur en médecine. — Un fort vol. in-8°.

Traité de l'affection calculeuse du Foie et du Pancréas (avec cinq planches lithographiées); par V.-A. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies, des bureaux de bienfaisance et des crèches, membre de la Société de médecine de Paris, chevalier de la Légion d'Honneur. — Un vol. format anglais. Prix : 4 fr. 50 c.

Paris, chez Victor Masson, libraire, rue de l'Ecole-de-Médecine, 17, et dans les bureaux de l'*Union Médicale*.

distingué, qui a autant d'obligeance que de savoir et d'habileté.

II.

EXPÉRIENCES.

Comme je l'ai dit, les expériences que j'ai à faire connaître sont de deux sortes. Je commence par celles qui prouvent que les accidens occasionnés par la peinture *fraîche* des appartemens ne sont pas l'effet du plomb.

EXPÉRIENCES PROUVANT QUE LA CÉRUSE N'EST POINT LA CAUSE DE L'INSALUBRITÉ DES PEINTURES FRAICHES.

Première expérience. — Nous avons fait construire une boîte en bois, de la capacité d'un mètre cube environ, et nous l'avons enduite intérieurement d'une bonne couche de peinture à la céruse, après quoi nous l'avons fermée hermétiquement, ayant soin de luter toutes les jointures avec du mastic, de manière à simuler une petite chambre close. L'opération devait consister ensuite à soutirer l'air renfermé dans la boîte, et à le faire passer dans un liquide capable de réagir, de fixer et de caractériser l'élément suspecté, le plomb. Pour cela, on pratiqua sur la boîte deux petits trous vis-à-vis l'un de l'autre au milieu de deux côtés parallèles (afin d'établir un courant d'air), puis on engagea dans l'un de ces trous, un tube de 20 centimètres de long, auquel fut rattaché extérieurement un gros tube à boules de Liébig, contenant une solution concentrée de sulfhydrate d'ammoniaque récemment préparée et très limpide; enfin, ce deuxième tube fut mis en communication avec un grand vase rempli d'eau et muni d'un robinet à sa partie inférieure. L'écoulement de l'eau par le robinet déterminant l'aspiration de l'air contenu dans la chambre, cet air devait nécessairement passer par les boules de Liébig et agiter le liquide réactif. On continua l'opération sans désemparer pendant plus de quatre jours (en entretenant de l'eau dans le flacon aspirateur). Après ce laps de temps, la solution de sulfhydrate d'ammoniaque, ne contenait aucune trace de sulfure de plomb (1). En un mot, le résultat était complétement négatif.

Dans cette expérience, on serait peut-être en droit d'accuser la faiblesse du courant d'air et la grande capacité de la boîte. Nous avons évité ces circonstances dans l'expérience qui suit :

Deuxième expérience. — Nous avons enduit de peinture à la céruse tout l'intérieur d'un grand verre de lampe, et l'ayant bouché à ses deux bouts avec du liége, nous avons fait pénétrer à travers le liége, à l'un des bouts, le bec d'un soufflet, et à l'autre un petit tube de verre courbé à angle droit, plongeant légèrement dans une solution de sulfhydrate d'ammoniaque. L'appareil ainsi disposé, nous avons fait agir le soufflet pendant douze heures sans discontinuer, et l'on peut affirmer que durant cet espace de temps l'air a été renouvelé mille fois dans le verre, léchant chaque fois la peinture, et, chaque fois aussi, traversant intégralement le réactif; celui-ci n'en est pas moins resté parfaitement exempt de toute trace de plomb.

Expériences de M. Mialhe. — « Nous avons fait peindre à plusieurs reprises, toute la partie intérieure de la caisse de bois faisant fonction de cloche pneumatique, tantôt avec du blanc de céruse broyé et délayé avec de l'huile fixe siccative, tantôt avec de la céruse broyée à l'huile fixe, mais délayée au moyen d'une forte proportion d'essence de térébenthine. Cela fait, nous avons introduit dans la caisse, après chaque opération, un appareil de verre, communiquant d'une part avec la pompe, et d'autre part avec la caisse pneumatique. Cet appareil était construit de telle sorte, qu'à chaque coup de piston, un litre de l'air supposé vicié allait se laver dans une petite quantité d'eau distillée, additionnée d'un peu d'acide azotique, et contenue dans le petit appareil de verre dont il vient d'être question.

» Ayant fait un millier au moins d'aspirations à chaque expérience, nous avons pu réunir sous un très petit volume toutes les particules métalliques contenues dans un millier, au moins, de litres d'air vicié par l'enduit en question. Les résultats ont été les suivans : L'air altéré par la peinture à l'huile siccative offrait une forte odeur rance. Mais nous doutons fort que ce mélange gazeux mérite réellement le nom d'air vicié, car nous avons pu le respirer assez longtemps sans en éprouver la moindre indisposition : l'eau de lavage ne contenait pas *la moindre trace de plomb*.

» L'air vicié pendant la dessication de la peinture à l'huile de térébenthine, offrait des caractères bien différens, et le nom d'air vicié lui convenait à juste titre; il avait une odeur térébenthinée insupportable, et il suffisait d'en respirer quelques litres pour être immédiatement atteint d'un violent mal de tête, qui ne se dissipait souvent qu'après plusieurs heures.

» L'eau acidulée saturée de ce mélange gazeux, comme il a été dit, nous a d'abord donné à l'analyse une trace insignifiante de plomb, moins d'un milligramme pour plus de mille litres d'air vicié. Mais cette infime proportion de plomb ne saurait être rapportée au gaz en question; elle provenait, sans aucun doute, de l'un des tubes conducteurs, car ayant répété plusieurs fois cette expérience, les résultats ont été toujours complétement négatifs (2). »

Il résulte péremptoirement de ces expériences, celles de M. Mialhe et les nôtres, que le plomb est fixe dans les peintures auxquelles il sert de base, et que, par conséquent, ce n'est pas lui qui peut causer les accidens produits par la peinture des appartemens avec le mélange de céruse, d'huile de térébenthine et d'huile d'œillette; et, comme l'huile d'œillette doit évidemment être écartée, on est forcé d'admettre que ces accidens dépendent de la térébenthine.

Telle avait été, en effet, la conclusion de l'habile chimiste que je viens de citer, et c'est pour moi un devoir et un plaisir de lui en rapporter l'honneur.

(1) On ne peut objecter que le réactif employé est instable, et doit d'autant plus s'altérer, que son contact avec l'air est plus multiplié, puisque, après l'expérience, il avait conservé toute son action sur les sels plombiques, solubles et insolubles.

(2) Ces expériences, qui datent de plusieurs années, sont reproduites dans l'ouvrage récent de M. Mialhe, intitulé : *Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique*, page 361 et suivantes.

Mais personne, que je sache, ni M. Mialhe, ni d'autres, n'a fait d'expériences pour démontrer *directement* la nocuité des vapeurs de térébenthine. On avait procédé par voie d'exclusion; j'ai procédé par la voie directe, et j'ai mis la preuve positive à côté de la preuve négative. Voici les experiences que j'ai tentées à cet effet, toujours avec le concours de M. Duroy, et secondé par M. Munilla, étudiant en médecine :

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 Mars 1856. — Présidence de M. Bussy.

Correspondance.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie l'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Félix Boudet dans la section de pharmacie.

— Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet :

1° Une demande en autorisation d'exploitation d'une source minérale sise à Champfleuret (Puy-de-Dôme). (Com. des eaux minérales.)

2° Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Drôme en 1855. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle comprend :

Une note sur la glycérine, par M. Deschamps, pharmacien de la Maison nationale de Charenton. (Com. MM. Michel Lévy, Chevallier et Bouchardat.)

— Un mémoire sur l'emploi de la glycérine iodée, comme succédané de l'huile de foie de morue, et sur quelques considérations relatives à la glycérine, par M. J.-L. Lambert-Séron, médecin à Chauny (Aisne).— (Com. MM. Michel Lévy, Chevallier et Bouchardat.)

— Un mémoire sur les caractères de la fièvre typhoïde, à propos d'un cas de fièvre avec accidens typhoïdes, sans lésions des élémens glandulaires de l'intestin grêle, par M. E. Leudet, professeur de clinique médicale à l'École préparatoire de médecine de Rouen. (Comm. MM. Depaul et Grisolle.)

— Un mémoire sur l'inflammation et la perforation de la vésicule biliaire consécutive à la fièvre typhoïde, par M. E. Leudet. (Même commission.)

— M. Charrière fils présente à l'Académie un appareil à bain local chaud et permanent.

Cet appareil n'est qu'une modification de celui que M. Charrière père avait fabriqué en 1844 pour M. Mayor de Lausanne, et de celui qui a été publié dans ces derniers temps par M. le professeur Langenbeck, et que M. Gosselin a si heureusement appliqué à l'hôpital Cochin.

Il se compose d'un réservoir en zinc à peu près cubique, dont la paroi supérieure est constitué pour une glace, qui entre à coulisse et forme le couvercle. Cette disposition permet de voir ce qui se passe dans l'appareil, et laisse la faculté de sortir le moignon pour le pansement. Une de ses extrémités présente une ouverture circulaire, munie d'un rebord saillant, sur lequel on fixe, à l'aide d'un bracelet, un manchon en caoutchouc vulcanisé. La paroi opposée est hermétiquement close, mais peut être disposée toutefois de manière à recevoir un second manchon en caoutchouc. Cette disposition permet d'appliquer le bain local permanent à la partie moyenne d'un membre, un genou, un coude par exemple. Enfin, sur une des parois de la boîte, se trouvent deux ouvertures, dans lesquelles on engage, à vis ou à frottement, deux tuyaux qui font arriver l'eau dans la caisse, ou lui permettent de sortir. L'ouverture inférieure donne passage à l'eau tiède du réservoir; la supérieure fait l'office du trop plein de sortie; la boîte est toujours remplie d'eau.

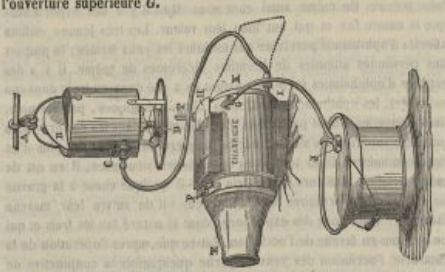
Le manchon en caoutchouc est la seule pièce susceptible de se détériorer; sa forme est conique, de manière à pouvoir s'appliquer parfaitement, par son extrémité non adhérente à la boîte, sur la partie que l'on veut soumettre à l'action du bain local.

Au-dessous du réservoir destiné à alimenter la boîte, se trouve une lampe à alcool, qui maintient toujours l'eau à la même température.

Cet appareil fonctionne actuellement dans le service de M. le professeur Laugier, à l'Hôtel-Dieu, et dans celui de M. le docteur Voillemier, à l'hôpital de Lariboisière.

Remarque importante. — Pour nettoyer l'appareil, on enlève le tuyau du trop-plein et on fixe à l'ouverture supérieure *G* le tuyau du réservoir. On ouvre le robinet inférieur *I*, et, en raison de ce courant de liquide, l'appareil se trouve nettoyé.

Pour lui permettre de fonctionner de nouveau, il suffit de fixer le tuyau du réservoir à l'ouverture inférieure *I*, et le tuyau évacuateur à l'ouverture supérieure *G*.



Description de la figure.

A. Reservoir.

B. Couvercle articulé.

C. Robinet gradué sur lequel est monté le tuyau.

D. Lampe pour maintenir la chaleur du liquide.

H. Couvercle en glace à coulisse qui permet de voir le membre et de panser le moignon en le faisant sortir par l'ouverture supérieure de la cuisse.

F. Bracelet qui sert à maintenir le manchon sur le réservoir.

G. Ouverture par laquelle se vide le trop-plein, par un tuyau qui plonge dans un récipient.

I. Ouverture inférieure pour alimenter le réservoir.

J. Bout inférieur du tuyau de trop-plein muni d'un plomb et d'un crochet afin de le fixer sur le bord du récipient.

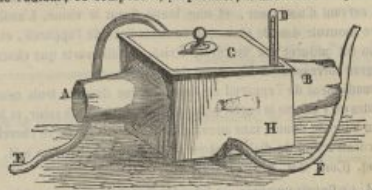
K. Deuxième manchon (pointillé).

E. Bout du manchon destiné à être lié sur le membre, soit avec une bande de sparadrap ou avec une dissolution de caoutchouc.

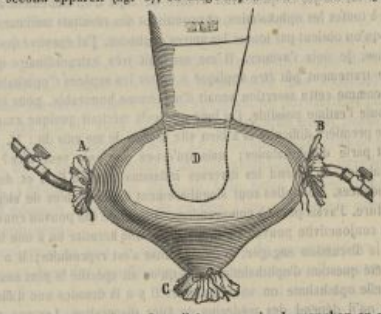
T. Thermomètre.

— M. L. Mathieu, présente à l'Académie deux appareils à irrigation continue de M. le professeur Langenbeck, de Berlin, pour le pansement des amputations et des plaies en général.

Ces deux appareils, construits par M. L. Mathieu, d'après les indications de l'auteur, se composent, le premier, d'une boîte en gutta-percha (fig. 1), munie de deux manchons en caoutchouc vulcanisé *AB*, servant à entourer le moignon ou, dans le cas d'une opération pratiquée sur le genou, ces deux manchons compriment la cuisse d'une part, et la jambe de l'autre; le couvercle *C* est pour voir la partie opérée; les conduits *EF*, dont l'un communique avec un seau placé au-dessus du lit amène l'eau dans l'appareil, l'autre, communiquant avec un vase placé à terre, opère le déversement du trop-plein, et établit le double courant continu qui est réglé par un robinet plus ou moins fermé.



Le second appareil (fig. 2), en usage aujourd'hui dans les hôpitaux



(services de MM. Laugier et Gosselin), est un simple manchon en caoutchouc vulcanisé à quatre ouvertures de différentes grandeurs, et pouvant servir à toutes grosseurs de cuisses et de jambes; dans deux de ces ouvertures correspondantes, on lie deux conduits en caoutchouc qui établissent le double courant comme dans le premier appareil; un verre, fixé dans le milieu, permet de voir le moignon ou la plaie; cet appareil est simple, portatif, d'un prix peu élevé; il est d'une application facile, comparativement aux boîtes en zinc ou de ferblanc, imaginées par M. Fock, interne à Berlin, qui sont de fort volume et d'un prix très élevé.

Cette méthode, que M. Langenbeck appelle bain continu, a déjà produit de bons résultats.

M. le Président fait part à l'Académie du décès de M. Emery, membre de la section d'hygiène et de médecine légale.

Une députation a assisté à ses obsèques.

M. Robert, sur l'invitation de M. Bussy, donne ensuite lecture du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Emery.

Cette lecture est accueillie par l'Académie avec de sympathiques témoignages.

— M. Bussy, président, annonce que M. Renault, ayant été obligé de partir en mission dans l'est de l'Allemagne, prie l'Académie de vouloir bien remettre la discussion sur le typhus de l'espèce bovine à l'époque de son retour, qui n'aura pas lieu, selon toute probabilité, avant un mois et demi.

Sur la proposition du président, la discussion sur le typhus de l'espèce bovine est ajournée.

M. Bussy, président : l'Académie se rappelle qu'elle n'a pas décerné cette année le prix Capuron relatif aux accouchemens. Un des candidats qui a dû garder l'anonyme conformément aux règlemens de l'Académie, écrit aujourd'hui pour demander : premièrement, s'il peut retirer le mémoire qu'il a présenté au concours; en second lieu, si ce mémoire pourra être considéré comme valable pour le concours actuel, en y ajoutant les modifications qu'il jugera convenables; enfin, s'il lui sera permis de retirer son mémoire après ce nouveau concours.

Le conseil a statué sur ces différentes questions; mais, comme il n'est pas possible d'adresser à l'auteur anonyme de cette demande une réponse directe, nous avons jugé nécessaire d'avoir recours à la publicité de nos séances. Le bureau a pensé que les règlemens s'opposaient à ce qu'on pût retirer un mémoire présenté, lorsque ce mémoire a été l'objet d'un jugement académique. En second lieu, le bureau n'a pas cru qu'on pût tenir compte d'un travail ancien, dans un nouveau concours. Enfin, nous avons pensé qu'il ne serait pas davantage permis d'ailleurs de retirer ce mémoire à la suite du concours actuel.

M. Malgaigne approuve la décision du conseil, seulement il est d'avis que le concurrent peut représenter, s'il le juge convenable, son premier travail, surtout après l'avoir modifié et augmenté.

M. Bussy répond qu'assurément cela est dans le droit du concurrent; mais celui-ci devra présenter alors une nouvelle copie de ce mémoire, l'autre devant nécessairement rester dans les archives de l'Académie, pour servir au besoin de pièces justificatives à l'appui du jugement porté par la commission des prix.

Nouveau saccharimètre pour doser l'urine des diabétiques.

M. Robiquet, professeur agrégé à l'École de pharmacie, donne lecture d'un mémoire sur un nouvel appareil destiné à doser exactement le sucre contenu dans l'urine des diabétiques.

Cet instrument a l'incontestable avantage de pouvoir donner les indi-

cations les plus précises, en opérant avec une lumière artificielle. Le but spécial pour lequel il a été inventé, a permis de simplifier considérablement sa construction : son prix très modeste en fera, nous l'espérons, un objet de première nécessité pour tout médecin jaloux de pouvoir suivre jour par jour chez un diabétique la marche de la maladie.

Dans le diabétomètre-Robiquet, la lumière est polarisée par un premier prisme de Nicol ; viennent ensuite : un tube de 20 centimètres de longueur, contenant l'urine diabétique, une plaque de quartz à double rotation, destinée à donner la teinte sensible, un second prisme de Nicol, servant d'analyseur, et une loupe fixant la vision. L'analyseur peut se mouvoir dans le plan qui contient l'axe de l'appareil, et cette rotation est mesurée par un cercle divisé, de telle sorte que chacun de ses degrés correspond à 1 gramme de sucre.

Le maniement de l'appareil ne demande que deux ou trois minutes ; les teintes qu'y affecte le rayon polarisé sont très faciles à saisir, et la graduation adoptée donne, sans aucun calcul, le poids du sucre cherché.

La construction du diabétomètre de M. Robiquet est due à M. Jules Duboncq. (Com. MM. Ségalas, Guérard.)

— M. LE PRÉSIDENT prévient l'Académie qu'elle devra procéder, dans la prochaine séance, à la nomination d'une commission de onze membres, qui sera chargée de désigner les sections où il y a lieu de déclarer des vacances.

L'ordre du jour appelle la continuation de la discussion sur le traitement des ophthalmies. — La parole est à M. Velpeau.

M. VELPEAU : Lorsque j'ai lu dans les journaux (car je n'étais pas présent à la séance où M. Bonnafont a communiqué son travail), lorsque j'ai lu, dis-je, ce qu'il avait avancé au sujet d'un traitement applicable à toutes les ophthalmies, et produisant des résultats meilleurs que ceux qu'on obtient par toutes les autres méthodes, j'ai éprouvé quelque surprise, je dois l'avouer. Il me semblait très extraordinaire qu'un même traitement pût être appliqué à toutes les espèces d'ophthalmies. Mais comme cette assertion venait d'un homme honorable, pour lequel j'ai toute l'estime possible, j'ai jugé que cela méritait quelque examen.

Une première difficulté m'a bien vite arrêté. Je me suis dit : M. Bonnafont parle d'ophthalmies ; mais qu'est-ce que cela veut dire? Par ophthalmies, on entend les diverses inflammations de l'œil et de ses dépendances. Mais elles sont singulièrement dissemblables de siége et de nature. J'avais peine à comprendre comment ce qui pouvait convenir à une conjonctivite pouvait aussi convenir à une kératite ou à une iritis. Dans la discussion engagée, la même chose s'est reproduite ; il a toujours été question d'ophthalmies, sans qu'on ait spécifié le plus souvent de quelle ophthalmie on voulait parler. Il y a là dessous une difficulté réelle qu'il dépend des médecins de faire disparaître. Les uns, pour désigner les maladies des yeux, ont pris en considération les causes, les autres se sont de préférence préoccupés du siége ; de là, deux doctrines : la doctrine étiologique et la doctrine anatomique. D'après la première, on considère des ophthalmies scrofuleuse, rhumatismale, syphilitique, catarrhale, etc. ; l'ophthalmie emprunte son nom à la cause produite. L'autre doctrine, que j'appellerai volontiers française, parce qu'elle procède des travaux de Bichat, la doctrine anatomique désigne les inflammations d'après l'organe ou le tissu qui en est le point de départ. Avec elle il n'y a plus, pour les paupières, d'ophthalmies scrofuleuse ou rhumatismale ; il y a des blépharites, et parmi elles on distingue les blépharites muqueuse, glanduleuse ou ciliaire. De même pour l'œil, on prend l'élément anatomique qui est le point de départ de la maladie, et l'on considère des conjonctivites, des kératites, des iritis, etc. Cette doctrine est la seule qui puisse servir à la désignation des ophthalmies, sans cela, il n'est pas possible de s'entendre. Les données anatomiques sont partout appliquées en médecine ; il serait étrange qu'il n'en fût pas de même en ophthalmologie. Pour l'intestin, par exemple, désigne-t-on indifféremment sous le nom d'entérite les inflammations des diverses tuniques qui le constituent. Il faut tenir grand compte assurément des influences physiques et matérielles, mais je pense, qu'avant tout, il faut avoir égard aux indications que l'anatomie nous fournit. C'est parce que j'ai toujours été pénétré de cette idée, que j'ai débuté dans la science par un livre d'anatomie, et que l'anatomie chirurgicale a toujours trouvé en moi un défenseur. L'organisation des tissus, leur épaisseur, leur résistance, leur densité, établissent des différences essentielles dans la manière dont certaines affections se comportent dans tel ou tel organe. Ainsi, les phlegmons se comportent bien différemment selon la nature des tissus au milieu desquels ils se sont développés. Il en est de même des maladies de l'œil, et ici l'étude est plus facile. Car, si l'on a dit de l'œil qu'il était le miroir de l'âme, on aurait pu dire aussi avec plus de vérité qu'il était la miniature de l'organisme ; il contient les tissus fins et les tissus composés les plus variés. L'examen en est facile, et l'on peut suivre chaque jour les modifications que leur imprime la maladie.

J'ai dû exposer avec soin cette doctrine anatomique ; pourquoi ai-je cru si important de m'y arrêter ? c'est qu'une conjonctivite de l'œil ne ressemble pas à une kératite, c'est qu'une conjonctivite de la paupière ne ressemble pas à une inflammation des follicules de Meibomius. Vous ouvrez la paupière, vous voyez simplement une rougeur générale, voilà une conjonctivite. Vous voyez, au contraire, une rougeur, une injection disposée en lignes parallèles du côté du cartilage tarse, c'est une inflammation des follicules de Meibomius. La première durera quelques jours, et l'autre plusieurs mois. Vous aurez pu guérir aussi en quelques jours une conjonctivite de l'œil ; ayez affaire à une kératite, caractérisée par un anneau rouge, rayonné autour de la cornée ; vous ne guérirez plus cette maladie en huit jours ; c'est là une affection grave, qui compromet la vue.

J'ai été assez embarrassé pour me faire une idée de la doctrine de M. Bonnafont. Cependant, il paraît appartenir à l'école dont je viens de parler. Quelquefois, cependant, il emploie, d'une manière générale, le mot ophthalmie ; il dit : une ophthalmie franche, une ophthalmie grave, etc. Pour la discussion, M. Larrey m'a paru oublier quelquefois aussi la méthode anatomique. De même encore, M. Piorry a parlé d'ophthalmie sans préciser. Je ne nie en aucune façon les ophthalmies scrofuleuse, syphilitique, rhumatismale ; sans croire cependant que les ophthalmies arthritiques et scrofuleuses soient l'expression d'un virus particulier. Mais je ne veux pas seulement que l'adjectif prenne la place du substantif ; je voudrais qu'on dise, par exemple, une conjonctivite scrofuleuse, une blépharite de telle ou telle espèce. Je ne viens pas nier l'influence de la nature des causes, non plus que les influences vitales elles-mêmes. Mais il est certain qu'une ophthalmie, même syphilitique, ne se comportera pas de la même façon dans la cornée, dans la conjonctive ou dans l'iris.

Ceci entendu, il me reste encore quelques observations à faire avant d'examiner les preuves elles-mêmes données par M. Bonnafont. Il y a des passages qui m'ont empêché de savoir à quoi m'en tenir. Ainsi, il parle de conjonctivite ulcéreuse ; il n'y a pas d'ulcération de la conjonctive. Dans un autre fait, intitulé kératite, il parle d'un chémosis considérable ; ce n'est pas là une kératite. Dans d'autres observations, il parle de douleurs atroces, de fièvre intense ; je ne suppose pas cependant que les malades des hôpitaux militaires diffèrent de nos malades civils. Chez nous, les affections des yeux ne donnent pas d'ordinaire de pareils symptômes de réaction générale ; nos malades mangent très bien deux ou trois portions. Quoi qu'il en soit, M. Bonnafont est un homme de bonne foi ; il avance des faits ; j'ai donc voulu analyser sa méthode.

L'occlusion des paupières, je la connaissais depuis longtemps pour en avoir fait usage ; c'est d'ailleurs une méthode primitive, et je savais bien aussi qu'on s'en était servi en Belgique. J'ai donc été surpris d'en entendre dire tant de bien, lorsque entre mes mains elle m'en avait si peu donné. On se propose de clore les yeux enflammés, malades, pour les soustraire à l'action de l'air et de la lumière. Aujourd'hui, on fait de l'occlusion un peu à propos de tout ; on pratique des plaies sous-cutanées ; on applique aux ulcères et aux plaies des pansemens par occlusion. Il semble que l'air soit virulent, que ce soit un poison. Je ne le crois pas si dangereux, quant à moi. A-t-on bien réfléchi à ce qu'on avance ? A-t-on oublié des faits très communs ? Est-ce que le pneumothorax emprunte à la présence de l'air quelque chose de bien redoutable ? L'air est-il ici la cause du danger ? Les emphysèmes, même étendus, amènent-ils des accidens bien dangereux ? La déchirure du sac lacrymal donne lieu à un emphysème du sac lacrymal, sans qu'il en résulte d'inflammation, d'accidens graves. Cela ne veut pas dire que l'air ne soit pas dangereux quand il est en contact avec certaines blessures ; mais alors je m'explique autrement son action. Il agit là sur les liquides accumulés, sur le pus, comme un menstrue chimique, par l'absorption de ses élémens ; mais ce n'est pas parce que c'est de l'air qu'il manifeste des propriétés malfaisantes. Je ne crois pas que l'air soit aussi dangereux sur les yeux enflammés qu'on l'a dit. Je vais jusqu'à contester l'utilité de maintenir dans l'obscurité les individus affectés de maladies des yeux. Beaucoup de malades, il est vrai, se cachent les yeux. Dans les kératites ulcéreuses, la photobobie est un signe tellement constant que, lorsqu'on voit des malades se cacher l'œil, redouter la lumière, on peut affirmer l'existence de cette maladie.

Tout le monde sait que le meilleur moyen d'éviter le danger n'est pas de le fuir. Est-ce que dans la douleur il n'en serait pas de même? Le meilleur moyen de vaincre la photophobie, de diminuer l'impression douloureuse de la lumière, c'est de forcer le malade à rester à l'air, à la lumière. Il y a plus de vingt-cinq ans que je me suis raidi contre la tendance des malades à fuir la lumière et j'obtiens de cette méthode d'excellens résultats. Quand on a forcé les malades à rester à l'air un jour ou deux, la photophobie diminue, puis disparaît. Ce malade qui fuit la lumière, il faudra bien qu'il la retrouve un jour. Quand on est resté dans une cave et qu'on revient au jour, les yeux sont péniblement impressionnés par la lumière. Si vous voulez guérir un malade atteint de photophobie, en lui cachant les yeux, ce sera long ; vous en viendrez plus facilement et plus rapidement à bout en les lui laissant ouverts. A l'hôpital de la Charité, j'ai bien, annuellement, dans mes salles 200 ou 300 malades affectés d'inflammation des yeux, sans compter ceux que je vois à la consultation et mes malades de la ville ; j'ai agi, comme je viens de le dire, un nombre infini de fois, et j'ai toujours vérifié que la photophobie passe mieux en maintenant les malades au contact de l'air et de la lumière, qu'en procédant d'autre façon.

Voici encore une raison qui m'empêche de croire au danger du contact de l'air. Si l'air est nuisible, comme on l'a dit, on le fuirait dans toutes les maladies des yeux. Or, dans la conjonctivite, le malade ne fuit pas la lumière comme dans la kératite ulcéreuse.

Beaucoup d'auteurs ont employé l'occlusion, mais dans quels cas ? Ces Arabes, dont M. Furnari nous a appris la pratique, à quoi appliquent-ils leur occlusion ? Il est probable qu'ils ne s'en sont jamais préoccupés. M. Furnari lui-même ne s'explique pas clairement à ce sujet. Ce qui s'est fait en Belgique n'a pas été non plus indiqué d'une manière bien précise. De même aussi chez nous. Mais il y a des expériences que la nature fait et qui ont bien leur valeur. Les très jeunes enfans affectés d'ophthalmie purulente ont toujours les yeux fermés ; la plupart des personnes atteintes de kératites ulcéreuses de même. Il y a des espèces d'ophthalmies (et M. Bonnafont en a cité deux ou trois dans son mémoire), les ophthalmies purulentes blennorrhagiques, par exemple, dans lesquelles il n'est pas besoin d'un bandage ; dans les cas graves, la paupière supérieure s'abaisse sur la paupière inférieure de plus d'un demi-centimètre. Dans toutes les ophthalmies virulentes, il en est de même pendant plusieurs jours. Cela ôte-t-il quelque chose à la gravité de ces affections oculaires et les empêche-t-il de suivre leur marche fâcheuse? Voilà donc des expériences dont la nature fait les frais et qui ne sont pas en faveur de l'occlusion. Est-ce que, après l'opération de la cataracte, l'occlusion des yeux empêche quelquefois la conjonctive de s'enflammer et la cornée de se fondre ? Et nulle part pourtant on n'emploie l'occlusion avec plus de soin qu'après l'opération de la cataracte. A une certaine époque, j'ai voulu essayer l'action des cataplasmes dans quelques inflammations de l'œil ; c'était encore un moyen d'occlusion ; j'ai employé sans succès les cataplasmes de farine de lin, de mie de pain avec du lait, de jaune d'œuf, et jusqu'à un remède de bonne femme bien connu, l'œuf dur. L'expérience des autres, celle de la nature, la mienne ne m'ont pas démontré l'utilité de l'occlusion.

M. Bonnafont considère cependant l'occlusion comme une méthode utile ; cela tient-il au procédé de M. Bonnafont lui-même. Il applique une plaque de sparadrap par dessus une compresse et de la charpie. L'efficacité du procédé ne réside pas assurément dans une vertu particulière du sparadrap ; l'appareil de M. Bonnafont ferme-t-il donc mieux que l'appareil employé après la cataracte. On sait avec quel soin M. Roux, notre collègue de regrettable mémoire, faisait le pansement après l'opération de la cataracte. Il employait aussi du linge criblé, de la charpie, et, au lieu d'une plaque de diachylum, un bandeau circulaire avec une bande triangulaire pour brider le nez et éviter le déplacement. C'est cet appareil que j'applique moi-même, et de la même façon, après mes opérations de cataracte. Il m'est arrivé une fois, chez un magnétiseur, de l'appliquer à une somnambule qui lisait par l'épigastre, et de lui ôter ainsi sa seconde vue. Il y a donc quelque mystère dans le procédé de M. Bonnafont, que j'avoue ne pouvoir m'expliquer.

A propos des preuves de M. Bonnafont, examinons les faits qu'il a cités ; il donne dix-huit observations. Nous allons voir si les ophthalmies traitées par cette méthode ont une durée moins longue que celles auxquelles on applique un autre traitement. C'est une comparaison que j'ai déjà faite, l'Académie se le rappellera, à propos de l'emploi du séton. Les observations de M. Bonnafont sont-elles différentes par leurs résultats de celles des autres services ? De ses malades, les uns restent 5 jours à l'hôpital, les autres 12, les autres 31. Il en compte 18 qui, au total, lui donnent 317 journées d'hôpital, ce qui fait 17 jours pour chacun d'eux. M. Bonnafont n'en trouve que 13, il est vrai, mais la division fournit exactement 17. Voyons nos observations maintenant. Pour deux séries de malades, traités dans mon service, l'une de 22 atteints de kératites, l'autre de 19 affectés de conjonctivites, je trouve les chiffres suivans :

Les 22 malades ont fourni 291 journées d'hôpital, soit 13 jours pour chacun d'eux.

Les 19 autres comptent en totalité 248 journées d'hôpital, soit 12 jours 1/2 pour chacun d'eux.

Ainsi, vos malades traités par l'occlusion ont séjourné en moyenne 17 jours à l'hôpital, tandis que les miens n'y ont passé que 13 jours environ.

Pour juger avec plus de certitude, il aurait bien fallu savoir depuis combien de temps durait la maladie. Peut-être aurait-on dû commencer par là. Il en résulte que tout ceci n'est pas très clair. M. Bonnafont a omis d'indiquer, dans ses observations, la date d'ancienneté de la maladie, et je n'ai pas cru devoir l'indiquer dans celles de mes observations que je compare aux siennes.

Si, au lieu de moyennes, nous prenons les observations de M. Bonnafont par séries, la comparaison ne lui est pas plus avantageuse.

De ses 18 malades, 3 ont guéri dans l'espace de 3 à 7 jours, 6 dans l'espace de 15 jours, 2 en 16 jours, 4 en 30 jours, et 3 en 40 jours.

Sur mes 19 conjonctivites, 8 ont guéri en 3 à 7 jours, 5 en 7 à 15 jours, 3 en 16 jours, 3 en 37 jours.

Parmi mes kératites, 5 ont guéri en 5 à 10 jours, 11 en 15 jours, 6 en 30 jours.

Soit qu'on prenne les faits de M. Bonnafont en particulier, soit qu'on les examine en bloc, on ne voit pas quel est l'avantage de sa méthode. Est-ce à dire que je la rejette entièrement. Non, je la crois utile, mais dans de certaines limites. M. Larrey en a déjà dit quelque chose ; mais je trouve qu'il n'a pas été assez loin. J'ai employé l'occlusion, quant à moi, avec quelque avantage dans les conjonctivites non purulentes, dans quelques abcès, dans des lésions traumatiques, mais ni dans le même but, ni dans les mêmes intentions que M. Bonnafont. Ce n'était pas pour soustraire l'œil à la lumière, mais pour établir une certaine compression. Les conjonctivites disparaissent par régions ; la moitié supérieure de l'œil blanchit d'abord, puis la moitié inférieure, puis les angles. Partant de ce fait d'observation que la paupière favorise par sa compression la guérison de la conjonctivite, j'avais eu l'idée d'appliquer un bandage compressif. C'est pour cela, qu'il y a bien longtemps déjà, j'avais eu recours à l'occlusion. La compression méthodique de l'œil sur la peau des paupières amenait, en vingt-quatre heures, une diminution considérable de la conjonctivite.

De plus, je n'ai pas employé l'occlusion comme méthode simple ; j'ai employé en même temps la saignée, les sangsues, les spécifiques, s'il y a lieu, les topiques, etc. J'en ai obtenu des avantages réels dans quelques cas, mais bien compensés par quelques inconvéniens. C'est ennuyeux et même pénible pour les malades, et comme on peut s'en passer, je préfère y renoncer. J'ai aussi employé l'occlusion dans les kératites ; j'appliquais un vésicatoire sur la paupière et un bandage compressif pour le maintenir. J'attribuais les bons résultats obtenus au vésicatoire et à la compression. Mais on arrive au même but par des moyens beaucoup plus simples.

En résumé, le diagnostic étiologique ou anatomique des cas où l'occlusion a été appliquée avec succès n'est pas suffisamment précis ;

Les expériences de la nature et celles des auteurs qui ont employé l'occlusion, n'engagent pas à la mettre en pratique ;

Les faits de M. Bonnafont ne sont pas concluans ;

Ce que j'en ai obtenu ne me paraît pas militer en faveur de l'occlusion.

Enfin, il y a des ophthalmies où il serait dangereux d'y avoir recours, dans les ophthalmies purulentes ou virulentes, de quelque nature qu'elles soient ; on ne peut pas laisser hermétiquement couvert, pendant plusieurs jours, un œil qui peut fondre en deux jours. C'est là un traitement à la colin-maillard. C'est là que M. Malgaigne, prenant en considération les médecins aussi bien que les malades, ne manquerait de s'écrier : Pauvres aveugles !

Je crains que M. Bonnafont ne se soit exagéré les avantages de son procédé d'occlusion, comme il s'était exagéré les avantages de son traitement de l'orchite par le collodion.

M. LE PRÉSIDENT proclame, dans l'ordre suivant, les résultats des divers scrutins qui ont eu lieu pour les commissions de prix :

Prix de l'Académie (microscope) : MM. Velpeau, Robert, Barth, Poiseuille et Delafond.

Prix Portal (kystes) : MM. Cruveilhier, Cloquet, Blache, Laugier et Henry Bouley.

Prix Civrieux (névralgie, névrite) : MM. Bouillaud, Huguier, Méliet, Gibert, Hervez de Chégoin.

Prix Capuron (saignée dans la grossesse) : MM. Paul Dubois, Moreau, Danyau, Depaul, Cazeaux.

Prix d'Argenteuil (rétrécissemens de l'urètre) : MM. Bégin, Robert, Gimelle, Roche, Ségalas, Malgaigne, Laugier.

La séance est levée à cinq heures moins un quart.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 33. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 15 Mars 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. HYGIÈNE PUBLIQUE : Mémoire sur l'empoisonnement par la vapeur d'essence de térébenthine. — II. THÉRAPEUTIQUE : Résultats thérapeutiques obtenus à l'hôpital des Enfans de Munich. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie des sciences). Séance du 3 Mars 1856 : Contractilité tendineuse. — Ulcère simple de l'estomac. — Organographisme. — L'eau et les substances dissoutes sont-elles absorbées par la peau ? — Existence du phosphore à l'état libre dans les organes. — Action de diverses infusions végétales sur le sang veineux fraîchement sorti de la veine. — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

MÉMOIRE SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LA VAPEUR D'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE;

Par M. MARCHAL DE CALVI.

(Suite. — Voir le numéro du 13 Mars 1856.)

EXPÉRIENCES PROUVANT DIRECTEMENT LES PROPRIÉTÉS TOXIQUES DES VAPEURS DE TÉRÉBENTHINE.

Première expérience. — Un jeune chien de 3 à 4 mois, du poids de 7 kilogrammes environ, est introduit sous une cage en verre de deux mètres carrés, posée sur le marbre sans être lutée, et dans laquelle se rend, par un tube, un courant d'air qui passe au travers d'un ballon rempli d'essence de térébenthine distillée.

Au bout de quarante minutes, bien que l'odeur de térébenthine répandue dans la cage soit aussi forte (comme on s'en assure par une ouverture pratiquée à cet effet, et bouchée auparavant) que celle que l'on sent dans un local fraîchement peint, l'expérience n'a donné aucun résultat.

On chauffe alors l'essence progressivement, jusqu'à + 80°, avec une lampe à alcool, et les vapeurs, toujours entraînées par le courant d'air, se rendent dans la cage. Au bout de 1 minute, l'animal semble avoir déjà la respiration plus haute ; à la 5me minute, il se couche sur le flanc, se relève encore une fois pour se coucher de nouveau, et reste définitivement couché. La respiration est positivement très haute.

A 8 minutes, lorsqu'on frappe sur la vitre de la cage, le chien relève encore la tête, mais mollement.

A 9 minutes, il se relève après plusieurs essais; il est titubant et se heurte aux parois de la cage, en aboyant. Son allure présente tous les signes de l'ivresse.

Tout à coup, lorsqu'on croyait ce moment encore fort éloigné, il tombe en se raidissant, et semble mort. Il y avait 13 minutes que l'on chauffait l'essence.

On retire le chien de la cage. Il est raide, son cœur ne bat plus, du moins une seule des personnes présentes croit sentir encore un battement. Les dents sont serrées, les pupilles dilatées.

En ouvrant la gueule avec force, et en la maintenant distendue, on sent le mouvement revenir au cœur. On fait arriver de l'air frais sur le chien, mais les mouvemens cessent de nouveau, et il paraît probable que l'animal ne reviendra pas à la vie sans d'autres secours. On lui insuffle alors de l'air dans la trachée au moyen d'un soufflet muni d'une sonde.

Pendant ce temps, pour juger de l'anesthésie, qui paraît complète, on enfonce à plusieurs reprises la pointe d'un couteau dans la peau du ventre et dans les narines, sans que l'animal donne le moindre signe de douleur, et sans effusion de sang. On approche une allumette enflammée de l'une de ses pattes, et il ne la retire qu'au bout de quelques instans ; mais alors il respire déjà bien librement, et le sang commence à venir aux piqûres avec assez d'abondance.

Cependant l'œil reste encore complétement insensible à l'approche de la flamme, et la pupille ne se contracte pas.

Enfin, le chien, revenu complétement à la vie, se relève d'un bond, et quoique mal affermi sur ses pattes, il veut se précipiter au bas de la table, dont la hauteur, avant l'expérience, le faisait reculer. Retenu à temps, il se débat avec force, tout en chancelant; il aboie et cherche à mordre avec vivacité ; sa gueule se remplit d'écume.

On le remet dans la cage 8 minutes après l'en avoir retiré, et l'on recommence à faire affluer les vapeurs de térébenthine au moyen de la lampe à alcool. (Il est bien entendu que le courant d'air n'est pas interrompu.)

Le chien se couche d'abord, comme pour dormir, et reste tranquille. Au bout de 4 minutes, il se relève et retombe immédiatement. La respiration, qui est excessivement fréquente depuis la reprise de l'expérience, monte à 108 par minute.

A 13 minutes, agitation convulsive ; l'œil se renverse ; respiration par soubresauts diaphragmatiques ; grands mouvemens des membres.

A 15 minutes, on cesse de pousser les vapeurs.

A 16 minutes, extension tétanique des membres, qui sont agités de mouvemens fibrillaires, puis saccadés; respiration gutturale ; bave abondante.

A 18 minutes, agitation nouvelle qui semble exprimer plus de vitalité; respiration faible, mais thoracique.

A 21 minutes, agitation violente.

A 22 minutes, mort.

La mort n'est pas arrivée insidieusement, comme elle paraissait avoir eu lieu dans la première phase de l'expérience; elle n'a surpris personne; on l'a vue venir, et l'animal a eu une véritable agonie. Il a résisté beaucoup plus longtemps, et son allure ne présentait plus, autant que la première fois, les signes de l'ivresse, l'incertitude et la mollesse des mouvemens; elle avait un caractère convulsif (épileptique) bien tranché.

La cage n'étant pas lutée, donnait toujours un peu d'entrée à l'air non mélangé de vapeurs de térébenthine, et celui qui y arrivait avec les vapeurs avait accès par un large tube. On était donc autorisé à penser qu'il ne pouvait y avoir eu un manque d'air suffisant pour déterminer la mort, d'autant plus qu'une bougie allumée, introduite dans la cage au moment même de la mort du chien, pût y brûler parfaitement; et, au reste, si les vapeurs de térébenthine avaient dominé dans la cage, il y aurait eu inflammation.

L'autopsie ayant été faite immédiatement, on trouva le cœur et les gros vaisseaux distendus par du sang qui n'était pas d'une couleur sensiblement plus foncée que de coutume, mais il existait, çà et là, des ecchymoses noires dans les poumons.

Ces ecchymoses témoignent d'une gêne considérable de la circulation capillaire, et peuvent donner à penser, malgré tout, que les vapeurs de térébenthine ayant pris en très grande partie la place de l'air dans la cage, l'animal est mort, en très grande partie aussi, asphyxié par défaut d'air respirable.

Toutefois, l'espèce d'ivresse manifestée par l'animal, le trouble des mouvemens qu'il a éprouvé, ne permettent pas de douter qu'il n'ait subi une influence toxique ayant porté son action sur le système nerveux. La différence était grande entre l'état de ce chien et celui d'autres animaux que, précédemment, j'avais fait périr dans le vide pour étudier, dans ses effets négatifs, l'influence de ce que l'on a appelé la pression atmosphérique.

Quoi qu'il en soit, il était nécessaire de recommencer l'expérience dans des conditions plus conformes à celles au milieu desquelles se trouve un individu habitant un appartement récemment peint. Là le dégagement des vapeurs de térébenthine se fait lentement, et non pas tout à coup, à flots pour ainsi dire, comme dans l'expérience qui vient d'être relatée. Mais, pour agir dans de telles conditions, et n'être pas obligé de prolonger indéfiniment l'expérience, il fallait opérer sur un animal ayant moins de résistance vitale que le chien.

Deuxième expérience. — Un petit cochon d'Inde renfermé dans une grande cage (pour mettre l'animal à l'abri du contact de la peinture), est placé au milieu de la grande boîte de bois dont il a été question plus haut. Cette boîte, actuellement badigeonnée de peinture à la térébenthine (exempte de plomb), est trouée en plusieurs endroits, afin de permettre l'accès de l'air extérieur.

Voici ce que l'on observe :

Pendant les premiers momens, l'animal s'agite et semble chercher une issue pour sortir. Après un quart d'heure, ses mouvemens se ralentissent. Bientôt il s'affaisse sur lui-même, et garde une immobilité complète; cependant, lorsqu'on l'excite, il fait encore quelques pas. Mais, au bout de deux heures, il tombe sur le côté ; à ce moment la respiration est encore thoracique. Au bout de trois heures, la respiration se ralentit, et devient presque exclusivement abdominale.

La mort paraissant imminente, on retire l'animal du milieu toxique, et on le transporte dans une pièce voisine, avec l'intention de le rap-

Feuilleton.

J'ai reçu la lettre suivante :

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Cluon, 9 Mars 1856.

Monsieur et très honoré confrère,

Soyez assez indulgent pour ne pas faire trop mauvais accueil aux quelques lignes que je prends la liberté de vous adresser : si, par hasard, ce que je me garde bien de croire, vous n'étiez pas bienveillant par nature, certainement vous avez dû le devenir par état. J'y compte un peu. Cette pensée m'enhardit, et, tout tremblant, je commence une épître pour laquelle je réclame à la fois et votre bienveillance naturelle et votre bienveillance acquise.

Vous souvient-il d'une promesse que vous fîtes dans les derniers mois de l'année dernière, aux lecteurs de votre très intéressant journal? Vous nous avez promis, en effet, bien et dûment promis, de nous parler du livre récemment publié par M. le docteur Verdé-Delisle. Il y a bien des semaines de cela, et nous attendons encore la réalisation de votre promesse. Qu'importe, direz-vous, la doctrine n'est pas sérieuse. Il n'y a, dans cette élucubration maladive, qu'emphase, paradoxe et originalité de mauvais aloi. Je le veux bien ; mais ce livre à chatoyante couverture jaune, au titre hardiment provocateur, les gens du monde le lisent; et les mêmes qui ont fait la fortune des almanachs de M. Raspail feront la fortune du livre de M. Delisle. Qu'importe ! encore une fois, je n'écris pas pour les gens du monde. D'accord, très honoré confrère ; mais les gens du monde lisent ce que vous n'écrivez pas pour eux ; et je ne serais pas fâché qu'un beau matin, à ce rez-de-chaussée dont vous faites les honneurs avec un si charmant esprit, ils pussent applaudir à la critique méritée d'une doctrine qui fait trop parler d'elle.

D'où vient donc ce maudit esprit de la littérature médicale contemporaine qui la pousse à détruire plutôt qu'à édifier ? D'où vient donc que tant de belles intelligences se plaisent à nous démontrer que ce que nous croyons être des vérités hors de toute contestation, ne sont que des erreurs plus ou moins plausibles, et que les conquêtes modernes de la science ne doivent jamais être acceptées que sous bénéfice d'inventaire? Voyez plutôt, et je ne parle que des meilleures.

Il y a quelques années, tout le monde médical saluait avec enthousiasme les brillantes découvertes physiologiques de M. Claude Bernard, qui nous avait certes bien démontré à tous, au Collége de France, que l'organisme fabrique du sucre de toutes pièces, et que le foie était l'agent de cette sécrétion. Voici venir M. Louis Figuier, un charmant écrivain, ce qui ne l'empêche pas d'être un chimiste distingué, qui a beaucoup à cœur de prouver que l'ingénieux et savant professeur du Collége de France s'est fourvoyé dans ses expériences. Était-il rien de plus légitimement admis, de plus séduisant que la physiologie de la moelle épinière et des nerfs qui en émanent? Voici venir à son tour M. Brown-Séquard qui menace de renverser un édifice si habilement construit. Oh ! les démolisseurs, quel mauvais génie leur a soufflé du talent !

Dussé-je en froisser quelques-uns, il me semble que c'est chose assez facile que d'ébranler des vérités généralement admises, en médecine surtout : ne suffirait-il pas d'avoir l'esprit inventif, beaucoup de souplesse dans l'intelligence, une respectable dose d'érudition, et qui sait ! peut-être le désir de ne pas laisser perdre son nom dans la foule? Qu'il vous plaise alors de battre en brèche quelques propositions qui vous taquinent, l'imagination fouettée par la perspective du succès harcèle l'amour-propre, et l'amour-propre, qui a l'appétit de l'ogre, enfourche ses bottes de sept lieues; et, grâce à ce train d'enfer, ce qui était admis hier, est souvent mis en doute aujourd'hui. Je n'ose pas croire qu'un sentiment d'individualisme effréné suscite ce pêle-mêle d'opinions qui se heurtent et se brisent. C'est, à n'en pas douter, le profond désir de balayer l'erreur qui échauffe à ce point les intelligences; mais, hélas ! si noble ardeur fait à merveille les affaires du charlatanisme. Raton tire les marrons du feu, et Bertrand les croque. Pendant que les représentans de la science officielle, de la science diplômée épuisent tout ce qu'ils ont d'énergie dans la volonté et de puissance dans l'intelligence pour se convaincre que la large place déjà faite à l'hypothèse et au doute demande à s'élargir encore, la science de contrebande veille, rode, rit sous le masque, et introduit partout ses *colis*, dont elle n'a pas la sottise de déprécier la valeur. N'est-ce pas, Monsieur et très honoré confrère, que cela est triste et décourageant?

Je m'arrête, car je crains que vous ne me déclariez affecté de cette maladie que vous avez malicieusement baptisée, du temps où Jean Raimond signait les articles qu'écrivait le docteur Amédée Latour. En terminant, Monsieur, je vous rappelle mon humble réclamation. Puisse-t-elle nous valoir une *causerie* de plus ! Elles nous plaisent tant à nous, pauvres praticiens de la campagne, à nous, les déshérités de la profession, et dont je vous remercie de plaider quelquefois la cause. Croyez-moi, continuez à mettre votre talent au service de votre cœur. Du cœur jaillissent les bonnes inspirations, et des bonnes inspirations naissent les pages aimées. Que se passe-t-il là bas, nous demandons-nous une fois par semaine, en déchirant la bande du journal; et c'est avec une émotion triste comme le regret et douce comme l'espoir, que nous parcourons ces *causeries* du samedi, qui nous apportent un écho de la patrie absente. Vous voyez bien, très honoré confrère, qu'il ne vous est pas permis d'oublier vos promesses.

Veuillez agréer l'expression des sentimens les plus dévoués de votre reconnaissant confrère,

Ernest BAUCHÉ, D.-M. P.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ose à peine vous remercier de votre charmante lettre, tant vous avez dépassé la mesure d'une bienveillante indulgence. Vous me feriez une position trop difficile à tenir, si je pouvais accepter vos appréciations autrement que comme l'expression d'une excessive politesse. Permettez-moi donc de ne retenir, de votre trop gracieuse épître, que ce que je sens, en effet, être vrai, ce que je peux avouer parce que je l'éprouve, c'est-à-dire un amour sincère de la vérité, un respect profond pour mes lecteurs, une ardente sympathie pour mes confrères.

Vous me rappelez une promesse que je n'ai pas oubliée. C'est volontairement que je ne l'ai pas tenue. Le livre de M. Verdé-Delisle, auquel vous faites allusion, ce livre dont le titre est plus qu'un paradoxe, car il suppose prouvée la *dégénérescence physique et morale de l'espèce humaine déterminée par le vaccin*, ce livre a été déjà l'objet, à ma connaissance, de deux réfutations péremptoires, l'une spirituelle et charmante, publiée par M. A. Karr dans le journal le *Siècle*; l'autre, savante et sérieuse, par M. le professeur Anglada, de Montpellier, et publiée dans la *Revue thérapeutique du Midi*. Je ne pouvais assurément avoir la prétention de faire aussi bien que ces deux critiques également éminens dans leur genre. M. A. Karr s'est précisément adressé aux gens du monde, et j'espère que sa réfutation incisive et pénétrante en aura converti un grand nombre; c'est aux médecins que s'adresse surtout M. Anglada, et j'engage ceux de mes confrères qui se sentiraient émus ou ébranlés par les assertions du petit livre jaune, à lire cette appréciation calme mais vigoureuse, cette critique puissante et élevée

peler à la vie. En effet, il se ranime; ses mouvemens respiratoires reprennent de la régularité et de l'ampleur; il s'agite, mais faiblement, sans pouvoir marcher encore, et jette quelques petits cris; enfin, on l'abandonne à lui-même. Le lendemain matin, contre toute attente, on le trouve mort.

Cette expérience est plus démonstrative que si l'on avait laissé périr l'animal au milieu des effluves toxiques. Elle prouve qu'il est mort *intoxiqué* et non pas simplement asphyxié, attendu que l'asphyxie simple est curable par l'exposition à l'air tant que l'individu n'a pas entièrement perdu la faculté de respirer.

Il résulte des expériences qui viennent d'être rapportées :

Premièrement, que le plomb ne peut être pour rien dans les accidens produits par les peintures fraîches dont il forme la base;

Secondement, que ces accidens doivent être attribués à l'essence de térébenthine.

D'où il suit que le cas pathologique relaté au commencement de ce mémoire, ne saurait être considéré autrement que comme un exemple d'empoisonnement par l'inhalation accidentelle des vapeurs de l'essence.

III.

REMARQUES GÉNÉRALES.

Il est question partout des accidens qui peuvent résulter du séjour dans un appartement récemment peint, et c'est tout au plus si l'on trouve, dans les annales de la science, deux ou trois faits à l'appui de cette opinion parfaitement exacte.

L'un de ces faits est consigné dans un mémoire de M. Boutigny, d'Évreux (*Vues théoriques sur l'éthérisation ou asphyxie par substitution, et sur les combustions humaines spontanées*, dans *Répertoire de pharmacie*, 1847-1848, t. IV, p. 196-197). Le voici :

« L..., épicier, étant sur le point de se marier, avait remis son appartement à neuf, en finissant par sa chambre à coucher. C'était la veille de son mariage. Il y coucha comme à l'ordinaire, et, le lendemain matin, on le trouva sans vie dans son lit. La mort de ce malheureux jeune homme fut attribuée à la vapeur d'essence de térébenthine, et je crois que c'était avec raison. »

Tout le monde, en y réfléchissant un peu, sera de l'avis de M. Boutigny. En effet, d'après ce qu'on sait sur l'empoisonnement par le plomb, il serait impossible, en admettant, ce qui n'est pas, la volatilisation de ce métal, que le sujet en eût aspiré, pendant la nuit, une quantité suffisante pour déterminer la mort si promptement.

Un cas presque semblable à celui que je viens d'emprunter à M. Boutigny eut lieu à la Villette, près Paris, en 1838. Un médecin en fut le sujet et la victime, le docteur Corsin, ancien chirurgien militaire, qui jouissait d'une grande confiance dans la localité, et qui devait se marier sous peu de jours. Lui aussi, à cette occasion, avait fait remettre son appartement à neuf, et coucha dans sa chambre qui venait d'être peinte. Il éprouva, dès le matin, un grand malaise, et se mit dans un bain, en annonçant qu'il était perdu. Je n'ai pu savoir au juste s'il éprouva des coliques, mais, selon toute apparence, c'est à cause de ce symptôme qu'il prit un bain. Il succomba dans l'espace de douze heures.

Comme avant de repeindre on gratte l'ancienne peinture, on pourrait se demander si les accidens ne seraient pas dus à la pousssière plombique qui résulte du grattage. Mais il faudrait pour cela que la personne qui habite l'appartement y demeurât pendant l'opération du grattage, et l'on avouera que ce n'est pas ce qui a lieu ordinairement. Ensuite, et cette raison est tout à fait convaincante, l'empoisonnement saturnin qui surviendrait de cette manière ne saurait avoir d'effets aussi soudains que dans les deux cas précités. On ne voit pas de ces intoxications plombiques foudroyantes dans les fabriques où l'élément toxique, mêlé à l'atmosphère, est le plus abondant.

Au surplus, voici un cas dans lequel on ne saurait accuser le plomb; je le tire du *Journal de chimie médicale*, publié par M. Chevallier (t. IX, 2e *série*, p. 347) :

« E. S..., âgé de 24 ans, d'une constitution nerveuse et sanguine, vint habiter une petite chambre dont le papier avait été recouvert d'une couche de colle de pâte, puis d'un vernis préparé avec les résines, l'alcool et l'essence de térébenthine. La couche de vernis appliquée depuis huit jours paraissait entièrement sèche; elle répandait cependant encore l'odeur d'essence, mais cette odeur était supportable. La première nuit que E. S... coucha dans cette chambre, la saison ne lui permettant pas de laisser la fenêtre ouverte, il la ferma. L'odeur d'essence se développa et devint de plus en plus intense; elle fut surtout très sensible au bout de quelques heures, sans doute par suite de la chaleur produite par un séjour prolongé dans un petit local. S..., malgré l'odeur de térébenthine qui se développait de plus en plus dans sa chambre, se coucha et s'endormit sans rien ressentir. Il était couché depuis quelques heures, lorsqu'un de ses amis vint pour le voir; mais à peine fut-il entré dans la chambre qu'il éprouva du malaise et ouvrit tout de suite la fenêtre. S..., qui s'était réveillé par suite de cette visite, fut tout surpris de se voir en quelque sorte inondé de sueur; il était dans un état d'affaissement considérable, éprouvait des convulsions nerveuses, ressentait un très violent mal de tête et éprouvait une soif inextinguible. Au bout de quelque temps, l'air de la chambre ayant été renouvelé, il se trouva soulagé, mais il fut obligé de laisser, toute la nuit, sa croisée ouverte. La deuxième nuit, ces phénomènes se renouvelèrent, mais à un degré bien moindre, il avait eu le soin d'entretenir dans sa chambre un dégagement de chlore, toutes les issues ayant été parfaitement fermées. Quelques heures avant de se coucher, il avait ouvert la croisée, afin de permettre à l'odeur du chlore de se dissiper. Enfin à dix heures du soir, heure du coucher, l'odeur du chlore et celle de la térébenthine ne se faisaient plus sentir. Il ferma la fenêtre et se disposa à prendre du repos; au bout de quelque temps, l'odeur se fit encore percevoir, mais à un degré moindre, cependant elle n'était pas encore supportable.

» La troisième et la quatrième nuit, il fut obligé de laisser la croisée ouverte, et la cinquième il put sans inconvénient coucher dans sa chambre, la croisée fermée. »

Voilà donc des accidens qu'il est impossible de ne pas rapporter à l'essence. Ces accidens n'ont été que passagers, mais qui peut dire jusqu'où ils auraient été sans une circonstance providentielle, l'arrivée de l'ami de S..., quelques heures après que celui-ci se fût couché.

Le docteur Ollivier d'Angers, qui était un hygiéniste très distingué, siégeant à ce titre dans le conseil de salubrité de Paris, et l'un des principaux rédacteurs des *Annales d'hygiène et de médecine légale*, n'ignorait rien de ce que l'on sait sur l'empoisonnement saturnin, et devait être convaincu de l'impossibilité de la volatilisation du plomb incorporé à la térébenthine. Aussi, passant outre à la simple incommodité, résultant de la mauvaise odeur, il ne craignit pas de coucher dans son appartement fraîchement peint. Il jouissait d'une santé florissante, et sa constitution était des plus vigoureuses. C'était un type du tempérament sanguin. Or, voici ce qui arriva : je cite d'après une lettre qu'a bien voulu m'adresser M. Guérard en réponse à une demande de renseignemens à ce sujet :

« Tout ce que je puis vous dire, c'est qu'à mon avis Ollivier d'Angers est mort victime d'accidens contractés par le séjour habituel, et surtout la nuit, dans son appartement récemment mis à neuf.

» D'abord, céphalalgie atroce, et, après huit ou dix mois, amaurose incomplète.

» La mort a été déterminée par une péricardite aiguë.

» On n'a rien trouvé dans le cerveau.

» Faut-il accuser le plomb provenant du grattage des anciennes peintures? Faut-il accuser la térébenthine? »

J'ai déjà donné mes raisons contre la supposition de l'empoisonnement saturnin par suite du grattage. C'est surtout pendant la nuit qu'un médecin, occupé comme l'était Ollivier d'Angers, reste dans son appartement; or, ce n'est pas la nuit que le grattage est opéré. On y procède dans le jour, les fenêtres ouvertes, généralement en l'absence des gens de la maison, et quand ceux-ci rentrent, le travail du jour terminé, il ne reste plus ou il reste peu de poussière produite par le grattage dans les pièces. Voilà, évidemment, ce qui se passe d'ordinaire, et c'est ainsi qu'on n'a eu guère lieu d'accuser le grattage à l'occasion des accidens produits par le séjour dans les appartemens récemment peints.

Pour expliquer la mort d'Ollivier d'Angers, a dit M. Guérard, dans une séance de la *Société médicale des hôpitaux de Paris*, « on ne s'occupa que de la péricardite et fort peu des accidens primitifs, qui, cependant, me paraissent avoir joué un rôle fort important. » On peut croire, en effet, que l'affaiblissement de la constitution par l'intoxication, a favorisé l'action des causes éventuelles qui ont amené la phlogose intercurrente de la séreuse péricardiaque.

Un homme de ma connaissance, de bonne et forte race, vigoureux de corps et d'esprit, fut pris, il y a douze ans environ, d'une affection très singulière. Il maigrit à l'excès; son visage, naguère florissant, plein et d'un bel incarnat, se creusa de rides profondes, offrant l'image d'une vieillesse anticipée et décrépite, et tout le corps subit une semblable dépréciation. Les jambes flottaient dans le vêtement, et le ventre était creusé jusqu'aux vertèbres. Du reste, nulle souffrance; rien qui dénotât une lésion d'organes. Tristesse, morosité. L'appétit était conservé, et la digestion s'opérait sans troubles; seulement il y avait une constipation opiniâtre. Jamais de fièvre.

Le malade avait consulté un grand nombre de médecins, et n'avait tiré aucun bénéfice de leurs avis. Tous s'étaient accordés à dire qu'il n'existait aucune lésion d'organes pouvant rendre compte de l'état général du sujet. Je lui fus conduit par un de ses amis, et, après l'examen le plus minutieux, je dus me borner à ce diagnostic négatif, qui, on le pense bien, était pour le malade, une cause d'irritation et une occasion de récriminations contre la science. Toutefois, je jugeai qu'une atteinte profonde avait dû être portée au système nerveux central, un peu par le travail d'esprit, beaucoup par l'abus des plaisirs, et j'entends dire des plaisirs sexuels, attendu que, sous les autres rapports, le malade, homme du monde très brillant et fort recherché, était réglé et sobre. Après avoir passé un assez long temps dans cette position, qui inspirait la plus vive inquiétude à ses amis, le malade revint graduellement, très lentement, à son premier état de santé, et en jouit pendant plusieurs années.

Il y a deux ans, il fut pris tout à coup du même dépérisse-

---

de l'honorable professeur de Montpellier. Je leur recommande aussi la lecture de la thèse inaugurale de M. le docteur Bertin, que je signalais ces jours passés, et dans laquelle notre jeune confrère a repoussé avec vigueur toutes les prétentions des adversaires de la vaccine. Ajoutez à ces publications les démonstrations statistiques de M. le docteur Bertillon, et vous verrez, Monsieur, que ni le public, ni les médecins ne manquent de preuves, d'argumens, d'élémens de toute nature pour arriver à une conviction sérieuse et pour rejeter les captieuses inductions des ennemis de la découverte jennérienne.

Est-ce à dire que je pense que la vérité et le bon sens vont définitivement triompher de l'erreur et du paradoxe? Hélas! non. Le livre de M. Verdé-Delisle dont il prépare une seconde édition, ce qui prouve le triste succès de la première, ce livre suivra sa destinée : *habent sua fata libelli*. Il troublera bien des consciences, il jettera l'émotion et le trouble dans un grand nombre de familles, il causera de grands embarras aux médecins qui n'ont que trop souvent déjà l'occasion de lutter contre les préjugés de parens endoctrinés par la lecture de ces publications. C'est un grand malheur, assurément, mais qu'y pouvons-nous faire? Pour mon compte, Monsieur, et je vous en fais l'aveu, je me trouve comme accablé par le sentiment de l'impuissance. Dans l'état d'isolement où vit le corps médical qui le rend perméable à toutes les idées excentriques et le laisse sans défense contre toutes les suggestions de mauvais aloi; dans la position d'individualisme de la presse médicale qui éparpille ses efforts sans direction et sans convergence; dans la situation effacée et atone que se sont faite les corps savans, qui ne savent jamais prendre à propos une initiative hardie et généreuse; dans la quiétude et l'indifférence où vivent les corps enseignans, qui semblent devenir de plus en plus étrangers au mouvement, à l'agitation, au trouble actuel des esprits, je ne vois, Monsieur, rien de sérieux et d'efficace à opposer à la propagation de toutes ces idées malheureuses. Il faut subir ce petit orage, le bon sens ne tardera pas, c'est mon espoir, à éclaircir l'horizon.

Vous avez avec courage, Monsieur, soulevé un coin du voile qui recouvre nos misères, misères scientifiques et professionnelles, pratiques et morales. C'est le scepticisme qui nous tue. Avec justesse et perspicacité, vous avez diagnostiqué le mal, pourquoi, dans votre généreuse ardeur, ne nous avoir pas indiqué le remède? Le connaissez-vous? Ici, encore de ma part, même aveu d'impuissance. Vous savez sous quelle noble et respectable bannière combattent ceux qui se donnent pour mission de renverser et de détruire les croyances les plus autorisées. Ils ont écrit sur leur drapeau : progrès, critique, libre examen; et ces mots solennels devant lesquels, pour mon compte, je m'incline, arrêtent et paralysent ceux qui auraient quelques velléités de dire à ce progrès : qui es-tu? à cette critique : que veux-tu? à ce libre examen : quels sont tes droits? Personne ne se soucie d'être réputé obscurant ou rétrograde, et c'est par ces accusations qu'on ferait assurément taire ces indiscrètes mais timides questions. Toujours est-il que la science médicale n'a plus aujourd'hui d'autre but, d'autre mobile, d'autre intention que de démolir et de jeter par terre. On s'est fait même une théorie pour légitimer tout cela; savoir qu'on ignore est un commencement de science; il est plus philosophique de détruire une erreur que de découvrir une vérité et autres belles maximes qui conduiraient logiquement et fatalement à cet aphorisme très consolant pour la paresse : Que la science suprême est l'ignorance absolue.

Comment résister à cet esprit de vertigineuse destruction qui a soufflé sur la génération médicale actuelle? Je n'en sais rien, et profondément je m'en afflige. Tout ce que je sais, c'est que, s'il faut juger ces principes par leurs fruits, ces principes sont détestables. Vous avez, Monsieur, esquissé avec esprit, et, ce qui vaut mieux, avec un sentiment vrai des choses, la situation présente. Elle est déplorable. Négation de la science, critique de l'art dissolvante et stérile, mépris de la tradition, abaissement progressif de la profession, et pendant cette débâcle, l'excentricité médicale, les théories les plus extravagantes, les pratiques les plus absurdes faisant leur trouée dans le monde ému, étonné, et quelquefois indigné de nos tristes divergences et de nos sottes discussions; dans le monde, qui a autant besoin de foi que d'espérance et qui se laisse piper par l'audace, qui fait semblant de croire, et par le mensonge qui lui crie : espérez!

Ce n'est pas aux hommes de ma génération qu'il faut faire appel, Monsieur, pour changer cette situation. Ils ont perdu l'illusion et l'espérance, et sans elles il n'y a plus de moteur. Ce sont les hommes de votre âge — vous devez être jeune — qui seuls par le courage, l'énergie et la foi de la jeunesse peuvent réagir contre le courant qui entraîne la science à la confusion, et la profession à l'avilissement. Quelle belle mission ont à remplir les jeunes médecins!.... Je l'ai tenté il y a onze ans, c'est-à-dire onze siècles; j'ai échoué. Je voulais réorganiser la science par la profession, utiliser, grouper, associer tous ces élémens nombreux, tous ces instrumens précieux de travail, de science et d'honorabilité, aujourd'hui encore, comme alors, disséminés, isolés et divisés dans un labeur solitaire et des intérêts divergens; en butte à l'antagonisme, à l'ignorance du public comme à ses injustices; au parasitisme professionnel, contre lesquels, dans son isolement funeste, il est impuissant à lutter.

Reprenez ces idées, jeunes confrères, reprenez-les avec la généreuse ardeur de votre âge et l'avenir sera à vous. Ne vous laissez pas impressionner par mon insuccès; c'est que je n'avais pas assez de talent pour les produire, ni assez d'énergie pour les faire aboutir. Les attaques dirigées contre la vaccine vous émeuvent et vous inquiètent; eh bien! ce qui vaudrait mieux qu'un article de journal, faites un appel à la science, à l'expérience et au bon sens de vos confrères; excitez-les à étudier en commun cette question grave avec laquelle on trouble aujourd'hui les esprits et les consciences; réunissez-vous en une sorte de congrès, appelez ces adversaires de Jenner, plus imprudens que coupables, à une discussion solennelle et décisive; le résultat ne sera pas douteux. Vous verrez s'évanouir comme des fantômes créés par l'imagination, ces effrayantes idées de dégénérescence de l'espèce, de l'augmentation de la mortalité chez les adultes, et votre décision, bien plus que toute polémique, calmera des inquiétudes si imprudemment jetées dans le public.

Agréez, Monsieur et honoré confrère, l'expression reconnaissante de mes sentimens dévoués,

Amédée Latour.

ment, et insensiblement il arriva, comme précédemment, à n'être plus que son fantôme. J'allai le voir dès qu'il recommença à être atteint, et je le trouvai dans un nouvel appartement, mis à neuf depuis peu et sentant fortement l'essence. Je jugeai que les émanations de la peinture fraîche avaient reproduit l'hyposthénisation du système nerveux qui avait occasionné le premier dépérissement, et ce que j'ai vu depuis n'a pu que me confirmer dans cette opinion. Il n'est pas probable que d'autres causes eussent agi sur le malade, et celle que j'indique est plus que suffisante. Aujourd'hui, après deux ans d'une lutte nouvelle, l'organisme, doué, il le faut bien, d'une rare résistance, est revenu, encore une fois, à son état normal : une saison hydrothérapique a sans doute puissamment contribué à cet heureux résultat.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE.

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES OBTENUS A L'HOPITAL DES ENFANS DE MUNICH ;

Par le professeur HAUNER.

Ce médecin distingué a résumé brièvement ses observations propres, touchant l'action des médicamens par lui employés contre les maladies des enfans. Son jugement a beaucoup de valeur, car l'hôpital qu'il dirige reçoit plus de 2,000 malades par an, et il y a bien des années qu'il y occupe la position de médecin en chef.

Il commence par recommander la *vaccination* contre le *nævus maternus;* mais il faut multiplier les inoculations sur toute la surface malade, et même en faire sur la peau saine, le long du bord du nævus.

1° *Chlorate de potasse.* — Employé depuis plusieurs années avec un succès constant contre la *stomacace*, les *ulcères de la bouche*, dans plus de 70 cas. Les résultats sont prodigieux : en quatre heures, l'odeur pénétrante, extrêmement désagréable de la bouche, a disparu, et la guérison est des plus rapides. Il est très actif contre les affections diphthéritiques de la bouche et de la gorge, contre les ulcères mercuriels ; mais son action est moins constante.

Pr. Chlorate de potasse, 2 à 4 grammes ; eau distillée, 100 à 125 grammes ; sirop bl., 15 grammes ; à prendre dans les vingt-quatre heures.

2° *Huile de foie de morue.* — A été donnée dans au moins 200 cas de *rachitis* de toutes les formes, qui tous ont guéri. Les autres moyens hygiéniques et médicamenteux, bains, lotions, etc., n'ont pas été l'agent curatif principal, car, employés sans l'huile, ils ne guérissaient pas. Dose, 3 à 4 cuillers à café par jour. Il faut d'abord traiter les affections gastriques, diarrhée, etc., avant de donner l'huile. En été, et par les journées très chaudes, elle est moins bien supportée qu'en hiver et par un temps frais.

3° *Teinture de musc ambrée* contre le *spasme laryngé*, sans complication ; sans indication de la formule et de la dose. Employée avec un succès constant dans plus de 30 cas.

4° *Arsenic, teinture de Fowler*, contre différentes *éruptions cutanées*, différentes formes d'eczéma, de prurigo, la psoriasis guttata, etc. Il faut d'abord rechercher le point de départ constitutionnel ou autre de ces affections, et diriger le traitement dans ce sens. Celles qui résistent aux médications rationnelles et empiriques ordinaires, sont justiciables de l'arsenic. Dose : Pr. teint. Fowler, 4 gram. ; eau distillée, 2 grammes. A prendre cinq gouttes, d'abord deux, puis trois fois par jour. Après un mois, on donne la teinture pure. Il faut éviter les alimens gras, salés, et habiller chaudement les malades. Les bains n'accélèrent pas la guérison. Aucun effet fâcheux ne fut observé ; la diarrhée contre-indique ce médicament ou en neutralise le résultat.

5° *Nitrate d'argent* contre le *croup* descendant, rubéolique, l'*angine couenneuse*, l'*ophthalmie des nouveau-nés* (traitement abortif).

6° *Acide sulfurique étendu ; élixir de Haller.* — Ce médicament, si volontiers pris par les malades de tous les âges, a rendu les plus grands services dans les *fièvres typhoïdes, exanthématiques*, dans les *maladies du sang* et du *système vasculaire*, appartenant à la classe des affections scorbutiques, surtout dans la *maladie tachetée de Werlhoff*. Il est donné avec d'autres médicamens appropriés, ou seul, 2 à 4 grammes dans du sirop de guimauve 50 à 150 grammes, à ajouter une cuillerée dans les boissons.

7° *Arnica.*— M. Hauner, après en avoir vu l'abus au commencement de sa carrière, l'avait complétement mise de côté ; dans ces derniers temps, il s'en est néanmoins servi, sur les recommandations du docteur Schneider, dans trois cas d'*exsudation séreuse*, chez des enfans libres de toute dyscrasie spécifique, notamment la scrofuleuse. Les deux premiers étaient des enfans amenés à l'hôpital avec des épanchemens pleurétiques méconnus, que notre confrère regarde comme purulens. La faiblesse était telle, qu'on n'osait faire la thoracentèse. Traitement ordinaire infructueux ; guérison entière avec l'arnica. M. Hauner a obtenu un succès analogue, en ville, chez une femme d'une vingtaine d'années. Le troisième enfant était atteint d'un épanchement arachnoïdien, manifesté par tous ses symptômes, et qui disparut lentement.

Dans tous ces cas, il faut de la persévérance, car ces affections ne peuvent céder rapidement. Ces quatre cas ne suffisent pas pour se prononcer sur la valeur de l'arnica, mais ils appellent de nouvelles expériences.

Dose : Pr. fl. arnica mont., 2, 4 à 6 grammes pour 60 à 90 grammes d'infusion ; sirop de sénéga, 15 grammes, à prendre une à deux cuillerées toutes les deux heures. Chez la femme adulte, la dose était de 15 grammes de fleurs.

8° *Quinquina ; quinine.* — Contre les *fièvres intermittentes;* à l'intérieur et par la méthode endermique.

Il existe encore une autre forme de fièvre, se rapprochant de la typhoïde, caractérisée par une grande faiblesse dès le début, et qui réclame la quinine. C'est la *fièvre typhoïde stupide* des anciens, la *fièvre rémittente des enfans, sans localisation*, de beaucoup d'auteurs. Le diagnostic en est très difficile. Il manque la langue rouge et sèche, le pouls fébrile, la sensibilité abdominale, surtout la douleur de la région iléo-cœcale, le ballonnement du ventre, les selles typhoïdes, etc. Ainsi, presque tous les signes qui servent à caractériser la fièvre typhoïde. Ce n'est pas non plus une affection cérébrale, car le commémoratif, les prodromes, l'état des yeux, l'absence de vomissemens, l'état du ventre, la position du malade, les intervalles de mieux sont contre. Cette maladie n'est certes autre chose qu'une excitation nerveuse d'une espèce particulière, chez des enfans excitables, qui se trouvent le plus souvent dans les années d'évolution. Si on a le malheur d'employer les antiphlogistiques ou les purgatifs, ou si l'on s'abstient d'agir, il en résulte une maladie longue, tuant par la fièvre hectique, ou bien elle se localise dans le cerveau ou dans les poumons, selon les dispositions individuelles, et enlève l'enfant par une affection secondaire. La quinine est une véritable panacée contre cette fièvre.

La quinine exerce une action des plus salutaires contre la *fièvre hectique*, même celle des tuberculeux. M. Hauner pourrait citer six filles de 6 à 10 ans, phthisiques, vivant dans des conditions peu favorables, et qui ont vu disparaître la toux, les sueurs, l'amaigrissement (et les symptômes pulmonaires ?) qui avaient résisté à d'autres traitemens. Si la quinine ne guérit que rarement, elle soulage souvent.

Beaucoup de névroses et d'affections sporadiques guérissent également par la quinine.

Dans l'*anémie* des enfans, l'*atrophie* par mauvaise alimentation, etc., sans localisation, sans désorganisation d'un organe important, l'extrait de quinquina, préparé à froid, par macération, rend les plus grands services. Pr. Extrait, 0,30 à 0,50 ; eau de camomille, 40 à 60 gram. ; sirop d'écorces d'oranges, 15 grammes. Une à deux cuillerées à café toutes les deux à trois heures.

9° et 10° *Camomille* et *bouillon blanc.* — La première calme surtout les coliques déterminées par l'accumulation des gaz dans les intestins, et agit comme carminatif. Le second est un mucilagineux pur, indiqué contre les irritations bronchiques et pulmonaires, quel qu'en soit l'origine. La camomille est ordinairement employée en bains, une demie à une poignée, ou en lavemens, 15 à 30 grammes sur 60 à 100 gram. L'autre est toujours donné en infusion sucrée.

11° *Colombo*, contre *la diarrhée habituelle* des enfans et des adultes. Chez les enfans, une nourriture impropre détermine un catarrhe des intestins grêles, ou une colite dysentérique ; à force de récidiver par la même cause, il se développe finalement un état de laxité, d'atonie des intestins, se manifestant par une diarrhée tantôt séreuse, tantôt lientérique, et finissant par l'atrophie. Cet état résiste au calomel, au nitrate d'argent, à la rhubarbe, et guérit parfois par les préparations ferrugineuses douces, mais surtout par l'usage prolongé du colombo.

Doses : prenez racine de colombo, 0,50 à 1 gramme ; eau, 30 à 50 grammes ; faire bouillir ; ajouter sirop d'écorce d'orange, 15 grammes ; une à deux cuillerées à café à prendre par heure. Ou bien : prenez extrait de colombo, 0,30 à 0,40 centigrammes ; eau de cannelle, 50 grammes ; sirop d'écorce d'orange, 15 grammes ; à prendre comme le précédent.

12° *Fer.* — M. Hauner emploie peu le fer, aussi il n'a pas grand chose à en dire. La teinture de malate de fer est prescrite contre *les états anémiques*, quand il n'y a plus de diarrhée, de mouvemens fébriles, de dyspepsie. Le sirop d'iodure de fer a été avantageux dans quelques cas de *scrofules*, chez des enfans extrêmement faibles. Les individus grêles, ayant des dispositions aux scrofules pulmonaires, ne le supportent pas ; la toux et l'irritabilité des poumons en sont augmentées.

13° *Jalap.* — Un des meilleurs purgatifs. Les enfans scrofuleux, affectés d'ophthalmies, d'éruptions cutanées chroniques, de vers intestinaux, de digestion lente, irrégulière, etc. ; ceux à nature torpide, à gros ventre, à peau sèche, à mouvemens pénibles, lents, sont bien plus facilement amenés à la guérison, quand on commence la cure par une purgation énergique avec le jalap et le calomel. Le calomel seul, le séné, l'aloès, ne sont pas dans le cas de provoquer des évacuations aussi abondantes et dérivatives que le jalap.

14° *Ipécacuanha.* — Comme vomitif, son efficacité est bien prouvée dans plusieurs maladies, *la coqueluche*, les *fièvres catarrhales*, chez les enfans très irritables, faibles, disposés à la diarrhée. A petite dose, cette racine rend les plus grands services contre les *catarrhes bronchiques* et *pulmonaires* du printemps et de l'arrière-saison, avec grande irritabilité de ces organes, toux quinteuse, râles muqueux dans les rameaux bronchiques, expectoration difficile, surtout quand cet état est compliqué de catarrhe intestinal.

Doses : prenez racine ipécacuanha, 0,15 à 0,30 centigrammes ; eau bouillante, 50 à 60 grammes ; faire infuser, ajouter à la colature sirop blanc, 15 grammes ; à prendre deux cuillerées à café toutes les deux heures.

Prenez racine ipécacuanha, 0,15 centigrammes ; racine rhubarbe, 0,25 grammes ; eau bouillante, 50 grammes ; faites infuser, ajoutez à la colature sirop sénéga, 15 grammes ; à prendre une cuillerée à café toutes les deux heures.

Ou bien en poudre, 0,05 à 0,08 centigrammes, avec du sucre de lait, toutes les deux heures.

L'ipécacuanha est un des meilleurs remèdes contre les *diarrhées*, si fréquentes chez les petits enfans par les grandes chaleurs (*diarrhée estivale, dysentérique*). On prescrit une infusion de 50 à 60 grammes, faite avec 0,30 centigrammes d'ipécacuanha, avec addition de sirop diacode, 15 grammes, à prendre deux cuillerées à café par heure.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 Mars 1856. — Présidence de M. BINET.

Contractilité tendineuse.

M. J. GUÉRIN lit un mémoire sur la contractilité tendineuse.

Depuis dix années, dit-il, j'ai acquis la conviction, et j'ai professé à plusieurs reprises que la doctrine de Bichat et de ses continuateurs sur le rôle passif des tendons dans la contraction n'est nullement fondée. L'analyse histologique, les faits pathologiques, l'observation et l'expérience physiologiques m'ont paru s'accorder pour établir d'une façon certaine que les tendons se contractent. Je me hâte d'ajouter qu'ils ne se contractent pas d'une manière identique à celle des muscles, ni d'une manière aussi évidente que ces derniers, ce qui explique comment un fait de cet intérêt a pu échapper à tous les anatomistes jusqu'à ce jour.

§ I. *Faits histologiques.* — Dès l'année 1835, j'avais fait connaître, et une commission de l'Académie avait constaté que dans certaines conditions déterminées, comme une tension constante et exagérée, les muscles ont la propriété de passer à l'état fibreux. Dans ces différens cas, les portions de tendon résultant du travail de transformation fibreuse s'offrent avec tous les caractères histologiques du tendon primitif, dont elles ne sont qu'un simple prolongement, aussi impossible à distinguer au microscope qu'à l'œil nu. De l'identité du tissu, j'ai été porté immédiatement à conclure à l'identité de fonction.

§ II. *Faits pathologiques.* — Ce que les études histologiques ne permettaient encore d'établir que, par induction, l'observation pathologique m'a permis de le constater directement.

J'ai fait connaître pour la première fois, en 1840, que les tendons sont susceptibles de se rétracter spécialement et à l'exclusion du muscle proprement dit.

Le caractère anatomique de la rétraction tendineuse, c'est la diminution de longueur du tendon par rapport au muscle, lequel, dans certains cas, conserve sa longueur normale : le contraire ayant lieu lorsque la fibre musculaire participe primitivement à la rétraction ou en est le siége principal.

Le caractère physiologique de la rétraction tendineuse, c'est d'abord de s'opérer sous l'influence d'une lésion et d'une douleur localisée au voisinage de l'insertion du tendon, comme dans certaines arthropathies ; c'est ensuite, sous l'influence de cette douleur, de provoquer une attitude articulaire en rapport avec l'action des tendons raccourcis, sans participation du muscle proprement dit.

§ III. *Faits physiologiques.* — Les muscles et les tendons forment un tout continu. Il fallait, pour mettre hors de doute le fait de la contractilité propre des tendons, pouvoir isoler les deux portions charnue et fibreuse, et observer séparément dans chacune d'elles le phénomène de la contractilité.

Il existe, chez l'homme et tous les animaux vertébrés, un muscle sur le trajet duquel un os parfaitement distinct, la rotule, a pour effet de séparer en deux portions, et comme deux tendons distincts, un des plus forts tendons de l'économie ; les tendons rotuliens supérieur et inférieur. Or, il arrive assez souvent qu'à la suite des maladies du genou, la rotule se soude, s'ankylose avec la surface correspondante du fémur. Les cas de cette sorte réalisent de la manière la plus parfaite la condition que j'avais d'abord songé à provoquer chez les animaux, à savoir, d'isoler, à l'aide d'une adhérence de l'extrémité musculaire du tendon, la contractilité propre de ce dernier. En effet, lorsque chez les sujets affectés de ces sortes d'ankyloses, on veut observer ce qui se passe dans les efforts pour soulever le membre, on s'assure aisément qu'en même temps que les muscles extenseurs de la cuisse, le tri-fémoro-rotulien se contracte, le tendon rotulien inférieur, c'est-à-dire la portion du tendon située entre la rotule ankylosée immobile et le tibia mobile ou immobile, participe à la contraction du muscle ; elle se soulève, se durcit ou se raccourcit d'une quantité sensible au toucher et à l'œil.

Voici d'autres faits infiniment plus fréquens, et, par conséquent, plus faciles à observer et à vérifier.

Lorsque, dans la position assise, la jambe étant fléchie sur la cuisse à angle droit, on applique les doigts sur le trajet du tendon rotulien inférieur, on sent manifestement le tendon se soulever, s'étendre et se durcir à chaque effort pour soulever la jambe maintenue invariablement au même degré de flexion. Avec un peu d'exercice, on parvient aisément à produire le même résultat, au repos du membre, en provoquant, par la seule force de la volonté, la contraction générale et simultanée de tous les muscles et tendons de l'articulation. Dans cette attitude et dans ces deux sortes d'expériences, la rotule reste immobile, appliquée fortement contre la surface correspondante du fémur, et comme encastrée dans la rainure fémorale, sollicitée qu'elle est en sens inverse par la contraction simultanée du muscle et du tendon.

§ IV. *De la nature de la contractilité tendineuse.* — Les tendons ne se contractent pas comme les muscles, ni de la même façon, ni au même degré. Un tronçon de tendon, séparé de son aboutissant musculaire, ne paraît pas sensible à l'action de l'électricité, sous quelque forme qu'on l'emploie. (Il est dans l'économie animale des tissus autres que les tendons qui jouissent d'une sorte de contractilité bien établie, quoiqu'ils soient réfractaires à l'action du galvanisme.)

L'impuissance de l'électricité à provoquer la contraction tendineuse implique, non l'absence de cette contractilité, bien attestée d'ailleurs, mais un mode de contractilité différente de la contractilité musculaire générale.

Pour démêler la part qui revient à la contractilité tendineuse dans le raccourcissement d'un muscle pendant la contraction, j'ai fait les expériences suivantes.

EXPÉRIENCE I. — Le pied étant maintenu à angle droit sur la jambe, j'ai planté dans le milieu du tendon d'Achille, et perpendiculairement à son axe, une aiguille en platine de 12 centimètres de longueur, de manière à atteindre le centre du tendon. J'ai fait étendre par la volonté le pied sur la jambe ; aussitôt l'extrémité libre de l'aiguille a basculé vers le talon, accusant ainsi un déplacement en sens opposé de son autre extrémité, laquelle avait été entraînée en haut d'une quantité égale au déplacement de son point d'insertion au tendon.

Dans cette expérience, le sens et le degré du déplacement des deux extrémités de l'aiguille se sont montrés bien en rapport avec ce que l'on sait et croit savoir du rôle actif du muscle et du rôle passif du tendon.

EXPÉRIENCE II. — Le même sujet, tenu debout, l'un des deux pieds étendu à angles de 130 degrés sur la jambe, on plante l'aiguille horizontalement au même point que dans l'expérience précédente, le pied maintenu invariablement au même degré d'extension ; on invite le sujet, que l'on tient par la main, à soulever la jambe dépourvue d'aiguille, de façon à faire supporter le poids du corps exclusivement par l'autre pied. On recommande au sujet de se tenir parfaitement immobile. Or voici ce qu'on observe : dès que le poids du corps commence à porter exclusivement sur le pied dont le tendon est armé de l'aiguille, on voit immédiatement l'extrémité libre de celle-ci basculer du côté de la jambe, c'est-à-dire en sens inverse de la direction qu'elle affectait dans le cas précédent. On constate en même temps que le tendon d'Achille acquiert une dureté et une résistance beaucoup plus grandes. L'extrémité implantée de l'aiguille entraînée du côté du talon par son point d'insertion au tendon, c'est-à-dire par suite du déplacement de ce point vers le talon, en vertu du raccourcissement du tendon, exprime donc tout à la fois le fait et le degré de la contraction tendineuse.

Si l'on analyse cette expérience, on voit que dans le premier temps la contraction volontaire du muscle a réglé la direction du pied, et, conjointement, la somme de déplacement du tendon agissant comme corde de tirage. Dans le second temps, c'est-à-dire lorsque le poids du corps a provoqué un supplément de résistance de la part du tendon, celui-ci est entré dans la lutte, et, par sa résistance active, il a empêché que la traction exercée sur l'axe entier du muscle et du tendon ne déterminât un allongement passif de ce dernier. C'est donc là une *contraction de resistance*, et c'est ainsi que je me propose de l'indiquer pour exprimer son véritable caractère expérimental, et la différencier de la contraction volontaire.

Des considérations, des faits et des expériences exposés dans ce mémoire, je crois donc pouvoir conclure :

1° Que les tendons, considérés jusqu'ici comme des cordes inertes, jouissent de la propriété de se contracter ;

2° Que cette propriété, établie par l'analyse histologique, les observations pathologiques et les expériences physiologiques, consistent dans un

mode d'activité spéciale, espèce d'érection et de turgescence, accompagnée de raccourcissement de l'axe tendineux ;

3° Les circonstances qui mettent en jeu la contraction tendineuse permettent de la considérer comme tout à fait différente de la contraction volontaire, et de la désigner sous le nom de *contraction de résistance*.

— M. Flourens prend occasion de cette lecture pour annoncer que des recherches sur les tendons, qu'il poursuit depuis longtemps, l'ont conduit à reconnaître la sensibilité de ces parties, à préciser le mode de cette sensibilité, et à déterminer les procédés d'excitation au moyen desquels on l'oblige à se manifester.

Ulcère simple de l'estomac.

M. Cruveilhier lit la deuxième partie de son mémoire sur l'ulcère simple de l'estomac ; il s'exprime en ces termes :

Dans la première partie de ce mémoire, qui a fait l'objet d'une précédente lecture, je crois avoir établi sur des caractères irrécusables :

1° L'existence de l'ulcère simple de l'estomac comme espèce morbide bien distincte de l'ulcère cancéreux, avec lequel il avait été confondu ;

2° La tendance naturelle de cet ulcère simple à la cicatrisation, et par conséquent sa curabilité en opposition avec l'incurabilité absolue, dans l'état actuel de la science, de l'ulcère cancéreux ;

3° Les caractères de la cicatrice, sa résistance physique en tant que tissu fibreux, mais son défaut de résistance sous le rapport de la vitalité ;

4° La reproduction facile de l'ulcère aux dépens de cette cicatrice, d'où la tendance aux récidives ;

5° L'hémorrhagie et la perforation de l'estomac qui en sont souvent la conséquence, et qui constituent le danger principal de la maladie.

Reste donc, pour compléter la description de l'ulcère simple de l'estomac, à déterminer :

1° Ses caractères cliniques ou de physiologie pathologique, à l'aide desquels on pourra le reconnaître au lit du malade ;

2° Ses caractères thérapeutiques, qui établiront avec sa curabilité les moyens proposés à amener la guérison.

I. *Caractères cliniques ou de physiologie pathologique de l'ulcère simple de l'estomac.* — S'il n'est pas toujours possible d'établir le diagnostic de cette lésion d'une manière positive, on peut au moins en soupçonner la présence et la faire entrer comme élément dans le calcul des probabilités. En procédant par voie d'exclusion ou d'élimination, on pourra, le plus souvent, arriver à une somme de probabilités voisine de la certitude.

Rien de décidément caractéristique au début de l'ulcère simple de l'estomac, à moins que l'un des premiers symptômes de la maladie ne soit le vomissement noir. Mais arrive un moment où au malaise épigastrique se joignent les caractères suivans :

1° Crises de douleur caractérisées par la circonscription de cette douleur à une petite région, celle de l'appendice xyphoïde (*point xyphoïdien*), qui s'accompagne souvent d'une douleur de même nature au rachis (*point rachidien*). Ce caractère est commun à l'ulcère simple et à certaines gastralgies idiopathiques, dont l'ulcère simple se distingue par la permanence des accidens.

2° *Vomissemens et déjections noirs*, caractère qui est commun à l'ulcère simple et au cancer.

3° Les caractères différentiels entre l'ulcère simple et le cancer se déduisent de la *marche de la maladie* et de la *différence des effets du régime et du traitement*. Dans le cancer, le régime diététique est inutile et serait nuisible s'il était trop sévère. Dans l'ulcère simple, le régime diététique est tout, et s'il frappe juste, en quelques jours le malade est soulagé ; il se sent renaître.

II. *Caractères thérapeutiques de l'ulcère simple de l'estomac.* — Que ferions-nous si nous avions à traiter à l'extérieur un pareil ulcère ? Rien autre chose que de condamner au repos l'organe malade et de le soustraire à l'action de toutes les causes locales d'irritation. Mais si le repos de l'estomac peut et doit être absolu quant aux médicamens proprement dits, il ne saurait l'être quant à l'alimentation. Le repos de l'estomac, c'est la diète, c'est-à-dire le régime. Or, c'est une étude bien digne de la méditation des physiologistes que celle des modifications qui se produisent dans les instincts de l'estomac malade. Ainsi, il est des conditions de la muqueuse gastrique dans lesquelles l'estomac humain, omnivore de sa nature, se trouve tout à coup transformé en un estomac univore, tantôt exclusivement carnivore, tantôt exclusivement herbivore ; mais il est une transformation bien plus fréquente dans les instincts de l'estomac : c'est celle dans laquelle l'estomac du jeune homme, de l'adulte et du vieillard semble rétrograder vers l'état de la première enfance. Le lait seul peut être supporté. L'estomac est devenu lactivore.

Le régime lacté, voilà le grand moyen de guérison de l'ulcère simple de l'estomac, le seul aliment dont il puisse supporter la présence sans se révolter, le seul topique qui lui convienne, et quelquefois le lait réussit comme par enchantement.

Dès le premier jour de son emploi comme aliment exclusif, l'angoisse épigastrique diminue ; les jours suivans, elle disparaît complétement. Un sentiment de bien-être inexprimable la remplace, et les forces reviennent à vue d'œil.

Mais il arrive un moment où le lait commence à être moins agréable au goût et à fatiguer l'estomac. Hâtons-nous de lui associer d'abord, pour lui substituer plus tard, un autre mode d'alimentation, pour le choix duquel les instincts de l'estomac doivent être consultés.

Quant aux médicamens proprement dits, je les regarde comme très secondaires dans ce traitement.

Les amers, les ferrugineux, sont ici formellement contre-indiqués. L'opium ne réussit que dans le cas où l'élément gastralgique s'associe à l'élément phlegmasique.

L'eau gazeuse, la glace, la médication alcaline, et surtout le phosphate de chaux préparé par la calcination des os et porphyrisé, les bains alcalins et gélatineux, les ablutions fraîches sur toute la surface du corps, et, dans quelques cas, des ablutions très chaudes, des bains frais par immersion, et, dans quelques cas, des bains de siége très chauds également par immersion, des frictions stimulantes avec massage sur toute la surface du corps, des dérivatifs ou révulsifs appliqués sur l'épigastre, tels que vésicatoires, cautères ; voilà les moyens qui m'ont paru exercer une influence salutaire sur la marche de la maladie.

Conclusions. — 1° L'ulcère simple de l'estomac, véritable gastrite ulcéreuse, peut être toujours soupçonné et presque toujours positivement diagnostiqué.

2° Le diagnostic de l'ulcère simple de l'estomac est fondé sur les caractères différentiels qui le séparent, d'une part, de la gastralgie et de la gastrite non ulcéreuse, d'une autre part, du cancer de l'estomac.

3° L'ulcère simple de l'estomac se distingue de la gastralgie idiopathique par la permanence des accidens avec alternatives d'exaspération et de rémission, tandis que la gastralgie est temporaire, survient brusquement, disparaît de même, ne laisse aucune trace après elle, et qu'elle est, d'ailleurs, soudainement calmée par l'opium.

4° L'ulcère simple de l'estomac se distingue de la gastrite non ulcéreuse, non moins que de la gastralgie, par les vomissemens noirs et par les déjections noires.

5° Il est infiniment probable qu'il existe des ulcères simples de l'estomac sans vomissemens noirs et sans déjections noires, et, dans ce cas, le diagnostic différentiel entre l'ulcère simple et la gastrite non ulcéreuse devient difficile.

6° Les vomissemens noirs ne sont nullement caractéristiques du cancer de l'estomac. Ils sont communs au cancer et à l'ulcère simple.

7° Il en est de même des déjections noires, qui sont tout aussi caractéristiques d'une gastrorrhagie que les vomissemens noirs.

8° Les vomissemens noirs et les déjections noires sont en quelque sorte plus inhérens à l'ulcère simple qu'au cancer de l'estomac, car ils appartiennent à toutes les périodes de l'ulcère simple, dont ils sont souvent le premier symptôme. On voit, au contraire, un grand nombre de cancers de l'estomac sans vomissemens noirs et sans déjections noires, et, quand ils se produisent, ce n'est, le plus souvent, qu'à la dernière période de la maladie.

9° Les caractères différentiels entre l'ulcère simple et le cancer se déduisent : 1° de *signes physiques* : absence du tumeur dans l'ulcère simple ; 2° de la *douleur* : il y a assez souvent absence de douleur dans le cancer, jamais absence de douleur dans l'ulcère simple ; 3° du *caractère de cette douleur* : dans l'ulcère simple, sensation de plaie vive, de brûlure, de morsure au niveau du sommet de l'appendice xyphoïde (point *xyphoïdien*), retentissant à la région correspondante du rachis (point *rachidien*) ; dans le cancer, crampes ou contractions spasmodiques, avec durcissement de l'estomac.

10° La véritable pierre de touche pour le diagnostic différentiel entre l'ulcère simple et le cancer est dans la différence des effets du régime alimentaire, qui échoue complétement dans le cancer et produit de merveilleux effets dans l'ulcère simple.

11° Le grand problème à résoudre dans le traitement de l'ulcère simple, c'est de trouver un aliment qui soit toléré sans douleur par l'estomac ; cet aliment une fois trouvé, la guérison s'effectue avec la plus grande facilité.

12° Dans l'immense majorité des cas, le régime lacté est le seul qui réponde parfaitement aux instincts de l'estomac dans le cas d'ulcère simple. Le lait semble agir à la manière d'un spécifique. Sa spécificité vient exclusivement de son innocuité.

13° Dans le traitement de l'ulcère simple, les moyens médicamenteux proprement dits, tant intérieurs qu'extérieurs, ne peuvent être considérés que comme des moyens secondaires.

Organographisme.

M. Piorry lit un mémoire intitulé : *De l'organographisme, ou dessin des organes, considéré au point de vue du diagnostic et du traitement.*

Ce mémoire a pour objet l'expression d'une méthode qui forme le complément des moyens de diagnostic en usage : c'est le dessin linéaire des organes destiné soit à représenter leurs lésions, soit à faire juger pendant la durée d'un mal, ou son traitement, des variations de forme, de volume qu'il présente.

1° Tantôt on reproduit sur du papier l'image des affections que l'on veut étudier, et pour le faire, M. Piorry recommande, de préférence aux divers moyens qu'il a proposés, un crayon de mine de plomb assez tendre, et qui a été longtemps trempé dans des huiles grasses, ce qui lui sert en général de plume et d'encre. Ce crayon est destiné à figurer et à estomper en quelques secondes presque tous les dessins d'anatomie que l'on veut conserver. Ce procédé est applicable à un grand nombre de tumeurs, de maladies de la peau, et surtout aux affections du col de la matrice. La photographie serait ici préférable, mais le temps et les frais qu'elle nécessite la rendent pour la clinique tout à fait inapplicable.

2° Ailleurs on trace sur la peau elle-même la limitation des organes que l'on veut voir, ou dont on cherche à déterminer les limites. C'est le même crayon dont on a parlé qui, dans ce cas, réussit le mieux. L'azotate d'argent est préférable alors que l'on veut se servir non seulement d'un moyen graphique, mais encore d'une substance légèrement cautérisante et propre à arrêter l'extension d'un mal, d'un érysipèle, par exemple. Par ces procédés, on limite, on mesure, on montre aux yeux l'étendue, la forme, la circonscription des organes ou des phénomènes maladifs.

Je dessine ainsi à la surface du corps de l'homme :

1° Les résultats de la palpation du foie, de la rate, des tumeurs, etc. ;

2° La limitation des surfaces douloureuses, sensibles ou paralysées, et cela à l'effet d'apprécier les progrès ou la décroissance du mal, ou encore de représenter un nerf endolori ;

3° Les limites d'un espace où la fluctuation existe ;

4° La configuration des organes, la hauteur du niveau d'un épanchement, l'étendue d'une région indurée, ramollie, contenant des gaz ou des liquides, et le tout déterminé par le plessimétrisme ;

5° Les espaces où l'auscultation fait reconnaître les diverses variétés de respiration, de souffle, de râles, de voix, de bruits..... ;

6° L'indication fixe du point où à l'aide d'un lien métrique on a mesuré un organe.

Enfin, je pense que dans toute opération où la peau doit être incisée, il est utile pour diriger un jeune chirurgien pendant qu'il agit ; l'art a ainsi un moyen de plus de guider sa main mal assurée.

L'organographisme, d'après l'idée générale que je m'en suis faite, est, comme on le voit, applicable non seulement à la percussion, mais encore à la plupart des méthodes d'investigation.

L'eau et les substances dissoutes sont-elles absorbées par la peau?

M. Poulet communique des recherches expérimentales sur cette question. L'auteur résume dans les termes suivans les résultats de ses expériences :

1° Le corps d'un homme plongé pendant une heure dans un bain d'eau à 28 degrés perd une très faible partie de son poids ; mais dans la deuxième heure la déperdition ne s'élève pas à moins de 50 grammes.

2° Ce qui rend la perte presque tout à fait insensible pendant la première heure, ce n'est pas l'absorption de l'eau du bain qui viendrait contre-balancer les effets de la perspiration pulmonaire et d'un reste de transpiration cutanée, mais bien l'imbibition de l'épiderme et des poils, matières très-hygroscopiques. En effet, si la conservation du poids du corps était due à l'absorption de l'eau, le même phénomène se reproduirait inévitablement pendant la seconde heure d'immersion ; car l'eau qui aurait pénétré dans les cellules épidermiques serait bientôt entraînée par le torrent circulatoire et remplacée par d'autre. Or loin de là, le corps perd, comme nous l'avons dit, pendant cette deuxième heure, une proportion notable de son poids.

3° Cette déperdition, qui dépasse de beaucoup celle que Lavoisier et Seguin ont assignée à l'influence de la perspiration pulmonaire (en moyenne 18 grammes par heure), est due : 1° à une augmentation d'activité de cette dernière, tant par le fait d'une accélération de la respiration, que par ce qu'elle est une fonction supplémentaire de la transpiration cutanée en grande partie supprimée ; et 2° à la transpiration cutanée des organes non immergés (de même qu'à un reste de transpiration cutanée des organes plongés dans l'eau).

4° Les expériences tentées jusqu'à ce jour par divers physiologistes pour démontrer l'absorption de l'eau dans le bain n'ont point abouti, parce qu'ils n'ont pas songé à se débarrasser d'une cause d'erreur flagrante : je veux parler de la propriété hygrométrique de l'épiderme et des poils. Au moyen de deux bains immédiatement consécutifs et d'une triple pesée, j'ai pu, comme je le montre dans mon mémoire, faire la part de l'imbibition de ces organes, et exonérer la peau d'un attribut qu'elle n'a jamais possédé.

5° L'augmentation de quantité de l'urine n'est pas une preuve de l'absorption de l'eau dans le bain ; car, d'après la loi de l'antagonisme des sécrétions, les variations de la quantité du liquide urinaire étant en raison inverse de celles de la sueur, il est simple que l'urine augmente quand la transpiration cutanée est en tout ou en partie supprimée.

6° Il est vrai, comme l'a annoncé M. Homolle, que la densité de l'urine diminue par le fait du bain simple ; mais cette diminution n'est que la conséquence de l'augmentation de l'urine ; elle ne prouve donc rien de plus que cette dernière.

7° L'urine devenant alcaline aussi bien après le bain acide qu'après le bain alcalin, l'alcalisation des urines à la suite des bains minéraux, loin de servir à la démonstration de la doctrine de l'absorption par la peau, est au contraire un des meilleurs argumens à y opposer.

8° On ne trouve pas un atome d'antimoine dans l'urine après l'usage répété des frictions stibiées. Et pourtant, pour peu qu'on administre à l'intérieur quelques centigrammes de tartre stibié, à doses fractionnées, on en retrouve la trace dans l'urine.

9° L'emploi externe de l'extrait fluide de belladone ne donne lieu à la dilatation de la pupille qu'à la condition d'être en contact avec la conjonctive.

10° Donc, la peau n'absorbe ni l'eau, ni les substances solubles, pourvu, d'une part, que l'épiderme soit intact et ne puisse être altéré par les agens employés, et, d'autre part, que ceux-ci ne soient point volatils.

11° Enfin, bien que les divers agens qui ne sont ni volatils, ni susceptibles de léser l'épiderme, n'agissent jamais par absorption lorsqu'ils sont appliqués sur la peau, cela ne veut pas dire qu'il faille renoncer à leur usage externe. Il reste d'autres modes d'action, l'influence électrique surtout, qui en motivent l'emploi et qui expliquent le mieux qu'on en a parfois éprouvé.

Existence du phosphore à l'état libre dans les organes.

M. Duchesne adresse une note sur ce sujet en réclamation de priorité, à l'occasion de la communication récente de MM. Orfila et Rigout, relative à l'action du phosphore rouge sur l'économie animale.

L'auteur fonde sa réclamation sur les faits suivans :

Dans l'empoisonnement du jeune F..., décédé le 12 novembre 1854 à Condé-sur-Huisn, une commission rogatoire du 23 novembre 1854 nommait comme experts MM. Chevallier, Lassaigne et Duchesne, et le 10 décembre, en examinant les organes, nous remarquions « dans la portion iliaque du gros intestin, au milieu de quelques matières fécales et de mucosités verdâtres, de petits fragmens d'une matière jaunâtre qui ne s'écrasent pas sous le scalpel, fument au contact de l'air, et projetés sur des charbons ardens, donnent une vive lumière jaunâtre et une odeur très prononcée et très caractéristique ; nous avions trouvé le poison, et ce poison était du phosphore. » ..... Dans cette première affaire, nous avons donc constaté qu'il existait du phosphore libre, que nous avons pu réunir et fondre en culot plus de trente jours après le décès de l'enfant.

Dans l'empoisonnement de la femme Picquet, décédée le 15 décembre 1854 à Abjat (Dordogne), une commission rogatoire du 24 janvier 1855 nommait comme experts MM. Chevallier, Reveil, Duchesne, et le 30 janvier, c'est-à-dire quarante-cinq jours après le décès, nous trouvions du phosphore libre vers la fin du gros intestin. Ces faits sont constatés dans notre rapport et dans l'*Echo de Vésone* du 10 juillet 1855.

Proportions physiques du corps humain.

M. Silbermann adresse une note sur les proportions physiques ou naturelles du corps humain exprimées en mesures métriques. (Nous reviendrons sur cette communication.)

Action de diverses infusions végétales sur le sang veineux fraîchement sorti de la veine.

M. Le Clerc communique un travail sur l'action des diverses infusions végétales sur du sang veineux fraîchement sorti de la veine, sur les indications fournies par ce moyen relativement à l'existence d'un alcaloïde dans le végétal et les déductions thérapeutiques de ce fait. Voici le résumé de ce travail :

1° Le sang veineux, traité, au moment de la sortie de la veine, par une infusion végétale ou par un extrait végétal quelconque, est un véritable réactif qui décèle instantanément la présence d'un principe alcaloïde dans le végétal.

Du sang veineux traité par infusion de noyer (Juglans regia) mêlée d'un extrait de noyer, a pris aussitôt la teinte rouge.

Du sang veineux pris chez le même individu et mêlé à une infusion de tilleul a conservé la teinte du sang veineux.

Une foule d'autres infusions donnent invariablement le même résultat.

Le noyer n'a jamais été analysé, ou du moins aucun chimiste n'en a encore retiré le principe actif que ce végétal renferme très certainement.

2° Depuis le 29 décembre dernier, je conserve des flacons renfermant un mélange de sang veineux et de diverses substances, telles que suc de belladone, extrait de belladone, atropine, extrait et infusion de datura stramonium, nicotine, infusion et extrait de tabac, brucine, infusion de noix vomique, strychnine, extrait de quinquina, etc.

Le sang veineux a pris la teinte *lie-de-vin* au bout de quelques jours dans les flacons qui contiennent l'atropine, la brucine, la nicotine, la morphine, la strychnine, etc.

Puis la teinte lie-de-vin a presque complétement disparu aujourd'hui pour revenir à une *teinte noire* semblable à celle que présente le même sang veineux conservé pur et à l'abri du contact de l'air.

Les flacons contenant la belladone et le stramonium sont les seuls dans lesquels le sang ait gardé invariablement la *teinte rouge*. Cette teinte n'est pas aussi foncée, aussi rutilante que dans les premiers jours de l'expérience ; mais elle est, chose remarquable, la seule qui soit restée d'un rouge très prononcé.

Après la belladone et le stramonium vient, mais d'assez loin, le flacon renfermant l'extrait de quinquina. Ce flacon présente encore une teinte un peu rougeâtre. Tous les autres flacons sont plus ou moins noirs.

COURRIER.

Depuis plusieurs jours circulait dans le public la décision prise par la section de médecine et de chirurgie, pour la place vacante, par le décès de M. Magendie, à l'Académie des sciences. Nous n'avions pas osé reproduire la liste, ou plutôt les listes, de présentation auxquelles la section paraît s'être définitivement arrêtée ; mais un journal les ayant publiées, nous ne nous croyons pas tenu à plus de discrétion.

La section n'ayant pas osé décider elle-même dans quelle branche des sciences médicales, médecine, chirurgie ou physiologie, il fallait choisir le nouvel académicien, présente deux listes, la première dans laquelle elle fait figurer la médecine et la physiologie, la seconde dans laquelle la chirurgie est seule représentée.

PREMIÈRE LISTE.

En première ligne, MM. Cruveilhier et Longet *ex æquo*.
En seconde ligne, MM. Piorry et Poiseuille *ex æquo*.

SECONDE LISTE.

En première ligne, MM. Jobert et J. Guérin *ex æquo*.
En seconde ligne, MM. Laugier et Malgaigne.

L'Académie, composée de savans, géomètres, physiciens, chimistes, naturalistes, mécaniciens, agronomes, etc., l'Académie, ainsi éclairée par la section de médecine, ne peut plus éprouver aucun embarras pour le meilleur choix à faire. Elle trouvera aussi très naturel qu'à quelques mois de distance, un candidat qui se trouvait le second sur la liste de présentation, à la dernière élection, soit éliminé cette fois-ci, et qu'un autre candidat, qui ne figurait que le sixième, soit monté aujourd'hui au premier rang. Les esprits bornés et vulgaires pourraient seuls trouver quelque obscurité dans ce nouveau classement. La section paraît l'avoir trouvé, au contraire, très ingénieux et resplendissant de clarté.

— MM. Alquié et Mélier chargés d'une mission, le premier du ministre de la guerre, le second du ministre de l'agriculture et du commerce, viennent de partir pour Marseille.

— D'après les lettres de Constantinople du 3 mars, le corps médical français venait de faire de nouvelles pertes. En deux jours, on a eu à regretter la mort de MM. Sayne, Volage et Girard ; quarante-six membres du corps médical les ont précédés dans la tombe.

Pour toutes les nouvelles, Amédée Latour.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 34. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 18 Mars 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue *Hautefeuille*, 19, à *Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. HYGIÈNE PUBLIQUE : Mémoire sur l'empoisonnement par la vapeur d'essence de térébenthine. — II. REVUE GÉNÉRALE : De la curabilité de la méningite granuleuse. — Quand un membre est atteint de sphacèle, faut-il toujours l'amputer ? — Ruptures du périnée pendant l'accouchement abandonnées à elles-mêmes. — Influence de la variole sur la cécité. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Suite des communications et discussion sur la leucocythémie. — IV. PRESSE MÉDICALE : Cas de mutisme nerveux, déterminé par une émotion. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Éloge de Valleix.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

MÉMOIRE SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LA VAPEUR D'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE ;

Par M. MARCHAL DE CALVI.

(Suite. — Voir les numéros des 13 et 15 Mars 1856.)

Depuis la présentation de mon travail à l'Académie des sciences, M. Letellier a fait à cette compagnie la communication suivante (séance du 4 février 1856) :

« Voulant empêcher une citerne de huit mètres cubes de perdre de l'eau, j'y descendis avec un vase contenant environ 250 grammes d'essence de térébenthine et 500 grammes de goudron et de poix et placé sur trois ou quatre charbons. J'étendis ce mélange chaud au pinceau. Je n'avais pas recouvert huit mètres de surface que je fus obligé de remonter, en raison de vertiges sans douleur, sans pesanteur de tête, sans voir les objets tourner, sans aucune disposition à la syncope, sans la moindre faiblesse dans les jambes ; il me semblait que j'allais tomber à droite ou à gauche (jamais en arrière ou en avant), et j'écartais machinalement les jambes pour éviter une chute ; les secousses de la tête augmentaient ce chancellement, cette titubation. Nul brouillard devant les yeux, tous les sens bien intacts, la parole seule me paraissait un peu pénible, pouls et respiration parfaitement normaux ; nul dérangement de l'intelligence, de l'estomac ou des entrailles ; je n'éprouvais qu'une légère moiteur et un peu de fourmillement au dos des poignets ; l'urine était absolument inodore (je n'ai pas perçu davantage l'odeur de violette sur deux malades affectés de catarrhe intense de la vessie, et qui ont guéri par l'essence prise par la bouche mieux qu'avec la térébenthine cuite). Cet accident se dissipa peu à peu en une heure par l'exposition à l'air.

» Dans la soirée, je renouvelai mon essai, et bien que le fourneau n'ait pas été allumé plus de quelques minutes, les mêmes accidens se reproduisirent en moins d'une demi-heure ; enfin, le lendemain, je recommençai sans feu, et en une demi-heure je fus forcé de remonter avec des accidens absolument identiques.

» Je conclus de cette observation que les vapeurs d'essence de térébenthine inspirées agissent primitivement sur le cerveau en l'excitant à la manière des alcooliques, et que, par conséquent, on ne doit employer ces substances qu'avec précaution. Il se peut qu'après l'excitation il survienne de l'affaissement comme après l'abus des alcooliques, mais ce ne serait qu'un effet consécutif. »

Le fait de M. Letellier paraîtra à tout le monde, je pense, une preuve de l'influence nuisible que les vapeurs de térébenthine peuvent exercer sur l'axe cérébro-spinal, et je ne m'explique pas que le rédacteur du bulletin des Académies du *Moniteur des hôpitaux* se soit borné à le mentionner en le déclarant insignifiant. Le lecteur jugera.

Une femme du monde, ma cliente, faisait faire son portrait à l'huile ; dès la première séance, elle éprouva des vertiges, de la céphalalgie, de la prostration, un malaise très pénible, et ne se rendit pas compte d'abord de la cause de ces accidens, qui se dissipèrent au grand air. A la seconde séance, elle éprouva les mêmes symptômes, et, pour le coup, elle ne put douter qu'ils ne fussent produits par les émanations de la peinture. Elle fut obligée de renoncer à se faire peindre à l'huile, et n'éprouva plus rien de semblable. Il convient d'ajouter que cette personne est douée d'une susceptibilité nerveuse excessive. Elle a été sujette, pendant des années, à une aberration singulière, qui consistait à compter et à recompter sans cesse, des heures durant, et irrésistiblement, des objets indifférens, tels que les fleurs d'une tenture, les clous dorés d'un fauteuil : travail pénible, obsédant, dont elle ne pouvait se distraire ni par la lecture, ni même par la conversation. C'est, du reste, une personne fort distinguée, d'un esprit supérieur et d'une raison solide, qui n'a jamais laissé apercevoir le trouble qu'elle éprouvait.

Un de nos confrères, attaché au service médical des Tuileries, M. le docteur Maffei, très robuste, nullement disposé à s'écouter, avait fait nettoyer le collet d'une redingote avec de l'essence. Il mit cette redingote, et bientôt il éprouva un étrange malaise. Il était étourdi et comme hébété, souffrant aussi de céphalalgie, et ne pouvait se rendre compte de cet état, lorsqu'il jeta les yeux sur un journal qui renfermait un résumé du présent mémoire, publié dans le bulletin de l'Académie des sciences. Tout aussitôt, il comprit la cause de son malaise, et se débarrassa du vêtement qui l'incommodait ; les accidens ne tardèrent pas à se dissiper.

Personnellement, je suis très disposé à ressentir l'influence des vapeurs de térébenthine, et je ne doute pas que je n'en éprouvasse promptement des accidens graves. Je ne puis passer quelques instans dans une pièce fraîchement peinte sans éprouver une anxiété générale, une sorte d'ivresse.

M. J. Moreau a appelé l'attention sur des bains de vapeur térébenthinée, en grande vogue parmi les montagnards de la Drôme, de l'Isère et des Alpes (UNION MÉDICALE, 1854, p. 184), auxquels revient le mérite de la découverte : moyen d'une grande efficacité, selon M. Moreau, et dont l'usage a été régularisé, *rationalisé* par M. le docteur Chevandié, de Die, puis par M. le docteur Armand Rey, de Bouquéron. Dans cette dernière localité, il a été donné, en 1853, 832 bains de vapeur térébenthinée, *sans que l'on ait eu à déplorer l'ombre d'un accident*. Notez cependant que les vapeurs de térébenthine sont surabondantes dans ces bains, et que l'organisme en est pour ainsi dire saturé. Si donc, dans des conditions en apparence si favorables à l'intoxication, on n'observe pourtant aucun accident, comment admettre que les vapeurs qui s'exhalent d'un appartement fraîchement peint, légères comparativement, puissent produire l'empoisonnement et la mort ? Telle est l'objection que je me suis adressée moi-même, et qui, au premier abord, m'a fort embarrassé. Mais je me suis expliqué que les vapeurs de térébenthine, agissant à une température qui peut s'élever jusqu'à 102 degrés centésimaux, dans les bains précités, et donnant lieu à une énorme transpiration, à une surexcitation vitale extrême, n'eussent point alors, même au plus haut point de confluence, les effets fâcheux que des vapeurs d'essence beaucoup plus faibles peuvent produire à la température ordinaire. Un homme couché et respirant les vapeurs qui s'exhalent de murs et de boiseries fraîchement peints, est pour ainsi dire sans défense. Il n'en est pas de même d'un individu plongé dans un bain d'air à 80 ou 100 degrés : il se défend par la surexcitation vitale due à l'élévation de température et par l'élimination de l'essence au moyen de la transpiration.

Comme la transpiration explique la possibilité pour le corps humain de subir une température presque triple de celle du sang, de même elle concourt à expliquer l'innocuité exceptionnelle des vapeurs de térébenthine. Ces vapeurs sont un poison qui, dans le cas dont il s'agit, porte avec lui, moyennant l'élévation de température, son antidote et son moyen d'élimination. Je remarque, d'ailleurs, que les individus soumis au traitement par les bains de vapeur de térébenthine ne peuvent pas prendre plus de douze bains de suite ; un état général de faiblesse les empêche d'aller plus loin. Or, nous savons que la cure par les bains d'air chaud simple peut être portée au double et même au delà, ce qui donnerait à croire que l'action hyposthénique de l'essence est pour beaucoup dans

Feuilleton.

ÉLOGE DE VALLEIX (1),

Prononcé à la séance publique de la Société anatomique,

Par le docteur T. GALLARD, membre titulaire, etc.

Messieurs,

C'est au milieu d'une de vos séances que vous avez appris la mort de Valleix. Vous ignoriez qu'il fût malade ; il y avait peu de jours vous aviez pu le voir, lui parler, suivre sa visite à l'hôpital ou vous éclairer de ses conseils dans votre clientèle particulière. Vous admiriez alors sa vigueur, son activité, sa jeunesse ; ce présent si beau, conquis à force de veilles et de fatigues, cet avenir si brillant, qui semblait lui sourire en lui promettant la récompense d'un travail opiniâtre ; et depuis quelques heures à peine, une mort affreuse nous l'avait enlevé. La tombe s'ouvrait pour lui au moment où se refermait celle de Provent.

PROVENT ! VALLEIX ! deux noms nouveaux à ajouter à la liste déjà si longue des victimes dévouées à la science et à l'humanité. Victimes obscures et inconnues, dont l'abnégation et le courage sont d'autant plus admirables, que pour se manifester ils n'ont pas eu besoin d'être excités par l'animation du champ de bataille, l'émulation du combat ou l'éclat d'une gloire prochaine. Provent, jeune encore et interne des hôpitaux, n'était riche que d'espérances, mais ces espérances, il les eût promptement réalisées à en juger par ses premiers travaux, dont M. le secrétaire vient de vous donner l'analyse dans son compte-rendu. Il a payé son tribut à la science, car il est mort des suites d'une piqûre anatomique. Valleix, arrivé à la maturité de l'âge et du talent, avait dignement marqué sa place parmi les célébrités médicales contemporaines, et votre Société se montrait justement fière de l'avoir vu sortir de son sein. Il a été sacrifié à l'humanité, puisque c'est en portant à un de ses cliens les secours de notre art et en parvenant à le sauver, qu'il a contracté près de lui la maladie contagieuse à laquelle il a succombé. . . . . .

. . . . . Valleix, qui n'était docteur que depuis le 2 janvier 1835, fut nommé médecin du Bureau central des hôpitaux le 22 octobre 1836, après son premier concours. Il s'était déjà fait connaître par de remarquables articles de critique médicale, publiés dans le *Journal hebdomadaire des progrès des sciences médicales* ; plus tard sa collaboration pour ces sortes de travaux, fut acquise *aux Archives générales de médecine*. Toujours ses articles se signalèrent par cet esprit de rigoureuse impartialité, qui lui faisait combattre toutes les opinions qu'il croyait erronées, en évitant scrupuleusement de s'attaquer aux personnes ; jamais une allusion blessante, jamais une personnalité injurieuse ne se glissa sous sa plume. Cependant, parmi les auteurs dont il eut à apprécier les écrits, beaucoup se montrèrent froissés de ses jugemens, et ce qu'il eut à supporter de récriminations, d'ennuis ou d'attaques à ce sujet, M. Raige Delorme, qui partageait avec lui les soucis de cette importante publication, a pu seul nous le dire, car jamais Valleix n'a songé à s'en plaindre. Ces travaux, tout en l'occupant activement de 1836 à 1850, ne lui firent pas négliger des œuvres sinon plus sérieuses, au moins de plus longue haleine. Ainsi, en 1838, paraissait sa *Clinique des maladies des nouveau-nés*, en 1841, *le Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs*, et en 1842, il commençait la publication de son *Guide de médecin praticien*, ou *résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquée* ; œuvre immense, qu'en moins de six années il mena à bonne fin. La faveur avec laquelle cet ouvrage fut accueilli, malgré le jeune âge de l'auteur, prouve combien un tel recueil était nécessaire à cette époque, où les traités de pathologie se publiaient sous forme de dictionnaires, dont les articles détachés étaient composés par des auteurs différens, travaillant isolément et sans aucune vue d'ensemble ; aussi trouva-t-il sa place dans la bibliothèque des médecins français et étrangers, même avant qu'un éditeur plus habile ne l'eut popularisé parmi les étudians en médecine en en diminuant le format et le prix. Les nombreuses corrections subies par cet ouvrage à chacune de ses trois éditions, qui se succédèrent si rapidement, prouvent l'importance que l'auteur attachait à son œuvre, en même temps que le soin avec lequel il se tenait au courant des progrès de la science. . . . . .

. . . . . Il se décida enfin à faire connaître les résultats qu'il avait obtenus, d'abord dans des articles de journaux, puis dans des leçons publiques, professées à la Pitié en 1852. C'est dans ce dernier hôpital que Valleix, connu jusqu'alors seulement comme un travailleur consciencieux et zélé, comme un critique impartial et judicieux, comme un écrivain instruit et fécond, devait révéler ses qualités de praticien et de professeur.

La Pitié est, vous le savez Messieurs, un de ces hôpitaux dits *d'enseignement*, dont les portes sont toujours ouvertes au public ; aussi est-il fréquenté par un grand nombre d'élèves, et reçoit-il la visite de presque tous les médecins étrangers qui viennent à Paris. Le service de Valleix ne tarda pas à être un des plus assidument suivis. Comment en eût-il été autrement, quand chaque jour, avec une patience que rien ne put jamais démentir, il exerçait les élèves à l'art difficile de l'interrogatoire des malades et au diagnostic ? C'est au lit du malade qu'il se plaisait à développer les principes de la méthode qu'il avait si brillamment suivie, et à en démontrer l'excellence. Reprenant avec une douceur et une aménité sans exemple les jeunes débutans qui, aux premières séances, s'approchaient des lits en tremblant, il leur inspirait, par de bonnes et encourageantes paroles, une confiance qui leur rendait ses leçons plus profitables. Il s'identifiait en quelque sorte avec eux, et si par hasard il lui était arrivé de commettre une erreur dans son diagnostic ou dans son pronostic, il était toujours empressé à la faire remarquer et à la rappeler à ceux dont il avait à rectifier les jugemens. Évitant ainsi de froisser leur amour-propre, il les forçait à l'écouter avec attention, et il ne tardait pas à s'en faire autant d'amis. Pour eux il négligeait une clientèle déjà nombreuse et brillante, car il n'était pas rare de le rencontrer encore à midi à l'hôpital, où il était arrivé depuis sept heures et demie. . . . . .

. . . . . La dernière année de sa vie fut quelque peu attristée par la discussion de l'Académie de médecine sur les déviations utérines. Cette discussion, soulevée pour ainsi dire à son insu, et dont il finit par faire tous les frais, n'aboutit du reste, comme beaucoup d'autres, à aucun résultat, soit d'approbation, soit de blâme. Il est remarquable que, pendant son cours, tous ceux qui attaquèrent la méthode thérapeutique, dont Valleix était non pas l'inventeur, mais le promoteur et le représentant en France, furent justement ceux qui ne l'avaient jamais employée ; tous ceux au contraire qui y avaient eu recours, après s'être suffisamment renseignés sur la manière de l'appliquer, s'en montrèrent les partisans ardens et déclarés. Si cette discussion influa un peu sur la pratique de Valleix, elle ne modifia en rien ses convictions. Pour lui, les déviations utérines étaient toujours des affections sérieuses, causant des troubles nombreux, auxquels le redressement opéré par les procédés mécaniques pouvait seul remédier. Quant à l'application de ces procédés, quelque imparfaits qu'ils fussent jusqu'à présent, ils avaient fourni entre ses mains des résultats avantageux, et il ne leur avait reconnu qu'un petit nombre d'inconvéniens, auxquels il s'efforçait d'obvier par des perfectionnemens successifs. Pour lui, la question était donc encore à l'étude, et ne pouvait être définitivement jugée. Il s'efforçait encore de l'élucider par lui-même, tout en excitant ses amis à travailler dans le même sens. C'est ainsi que peu de semaines avant sa mort, quand rien ne pouvait lui faire présager que le terme de sa vie

(1) Ce discours devant être publié *in extenso* dans les *Bulletins de la Société anatomique*, nous n'en reproduirons ici que quelques fragmens.

la nécessité de restreindre le nombre des bains de térébenthine. A ce propos, il serait peut-être convenable de donner alternativement un bain térébenthiné et un bain d'air chaud simple. Quant à l'efficacité des bains de térébenthine, je ne prétends pas la contester; mais, soit dit en passant, on obtient d'excellens effets des bains d'air chaud simples contre le catarrhe, contre le rhumatisme, contre les dermatoses, et je crois qu'ils agissent en éliminant les principes qui altèrent la masse des humeurs.

L'*Ami des sciences*, rédigé par M. Victor Meunier, esprit éminent et hardi qui se dévoue noblement à la cause du progrès, ayant reproduit un résumé de mon mémoire, M. Boutigny d'Evreux adressa à ce journal une lettre sur la nocuité extrême du séjour dans les appartemens fraîchement peints, nocuité exclusivement imputable, suivant lui comme suivant moi, aux vapeurs de l'essence. Il faut qu'on sache bien, disait M. Boutigny, qu'il y a danger de mort à habiter une pièce récemment peinte à la térébenthine. M. Bouvier (homonyme de notre très distingué confrère) crut devoir s'élever contre cette opinion, et je me garderai bien d'atténuer l'objection qu'il a présentée. « J'ai exercé pendant sept ans, dit M. Bouvier, la profession de peintre sur porcelaine, laquelle peinture se fait entièrement à l'essence, et cela dans des ateliers fort petits pour la plupart, où l'on est réuni vingt, vingt-cinq personnes, et souvent plus, se touchant coude à coude, ayant devant soi une palette chargée de couleurs, une tasse et une soucoupe toujours remplies d'essence, derrière soi plusieurs broyeurs, quantité de porcelaine peinte, ou qu'on est en train de peindre, une chaleur de poêle qui augmente encore l'évaporation, à tel point que, le soir, à la veillée, il tombe constamment des flammèches de noir de fumée. La quantité de vapeur est si grande que les vêtemens, les cheveux, et même la peau en contractent l'odeur. Eh bien, jamais je n'ai entendu dire qu'une telle existence ait été cause, non pas d'empoisonnement, mais même d'aucun désordre soit moral, soit digestif. » A cette objection, M. Boutigny, qu'elle a ébranlé, et qui admet sans discussion l'*immunité complète des artistes peintres à l'endroit de l'essence de térébenthine*, a fait cependant une réponse assez catégorique. « Les surfaces, dit-il, ont, dans l'espèce, une grande importance. Voyons ce qui en est : je prends le chiffre le plus élevé de M. Bouvier; j'admets 25 personnes dans l'atelier et que la surface de l'essence dans la tasse et la soucoupe soit de $0^{mc}0079$: cette surface $\times 25 = 0^{mc}1975$. Cherchons maintenant qu'elle est la surface des murs d'un appartement de 0^{m} de longueur sur 3^{m} de hauteur; et nous la trouverons de 42 mètres, c'est-à-dire hors de toute proportion avec la surface de l'essence de l'atelier. Que si l'on trouve la surface que j'ai indiquée trop petite, je dirai : ajoutez-y la surface de la peinture en voie d'exécution et celle qui vient d'être terminée, puis doublez, triplez, quintuplez la surface que j'ai indiquée, portez-la à 1^{m} si vous voulez, et le rapport sera encore : : 1 : 42! Ajoutez à cela les allées et venues des employés, des artistes, et comparez l'atelier avec une chambre à coucher fermée le soir et qui ne doit plus s'ouvrir que le lendemain, et puis... jugez. »

On ne comprend pas qu'après cela le *Moniteur des hôpitaux* ait pu avancer que la question restait dans les termes où M. Bouvier l'a posée. Mais il y a plus : je n'admets pas du tout le dire de M. Bouvier touchant le privilége des peintres par rapport à la térébenthine. Quoi! pendant sept ans, sur 25 ouvriers travaillant chaque jour, il n'y en a pas eu de malades ou même d'indisposés à quelque titre que ce soit? Est-ce croyable? Et si quelques-uns l'ont été, comment et pourquoi l'ont-ils été? M. Bouvier le sait-il? Était-il sur ses gardes dès ce moment? Peut-il affirmer que jamais un jeune homme ayant commencé son apprentissage de peintre sur porcelaine ne se soit vu obligé de renoncer à cette profession, parce qu'elle nuisait à sa santé? D'un autre côté, est-il si aisé pour un ouvrier de remonter à la cause des souffrances qu'il peut éprouver? M. Bouvier, tout judicieux qu'il soit, ne se doute pas de la difficulté que l'on éprouve à caractériser, ou, comme on dit maintenant, à déterminer les faits médicaux. Cette difficulté, qui fait hésiter souvent les esprits les plus fermes et les plus perspicaces, est, pour le dire en passant, la chance de succès de tous les charlatans. Un imposteur est appelé en désespoir de cause dans une maladie; il ordonne, sous le bénéfice du mystère et de l'étrangeté, de la magie pour ainsi dire, un moyen quelconque, et la guérison a lieu. On ne se dit pas que le malade devait guérir; et c'est tout profit pour l'imposture, qui trouve cent voix pour publier son *succès*, quand il n'y en a pas une pour lui jeter à la face ses échecs et ses turpitudes.

Combien de victimes humaines la morve n'a-t-elle pas faites, avant que, par M. Rayer, eût triomphé l'idée devenue aujourd'hui un axiome, de la contagion de cette mortelle infection des animaux à l'homme! Combien d'accidens le phosphore n'a-t-il pas déterminés parmi les ouvriers employés à la fabrication des allumettes chimiques avant que l'on eût découvert cette cause morbifique! Et n'a-t-il point fallu un certain temps pour reconnaître les accidens produits par le sulfure de carbone sur les ouvriers qui travaillent le caoutchouc, accidens signalés hier par M. Delpech? Cette infection, ces accidens n'avaient pas moins lieu, et il est fort à croire que M. Bouvier eût été porté à les nier. Consultez les peintres en bâtimens, ils considèrent invariablement comme une niaiserie l'idée des dangers que l'on attribue à la peinture fraîche, et s'en moquent ouvertement. Nous n'en éprouvons aucun mauvais effet, disent-ils, et, pour le coup, c'est chose croyable, attendu qu'il y a une grande différence, par rapport aux chances d'intoxication, entre l'ouvrier qui travaille, avec des interruptions, dans un appartement dont les portes et les fenêtres sont ouvertes, au milieu de l'excitation de la veille, et l'individu qui respire dans la torpeur du sommeil, huit ou dix heures de suite, les vapeurs qu'exhale de toutes parts une pièce hermétiquement close.

(La fin à un prochain numéro.)

REVUE GÉNÉRALE.

DE LA CURABILITÉ DE LA MÉNINGITE GRANULEUSE.

La méningite granuleuse des enfans est-elle constamment et fatalement mortelle? C'était l'opinion à peu près générale, il y a quelques années. La léthalité de cette affection paraissait si inévitable à M. Trousseau, qu'en 1850 il laissait tomber ces tristes et décourageantes paroles : « On ne doit pas traiter les » méningites; je n'en ai jamais vu guérir une seule, quoi qu'on » ait fait. Si aucun des moyens employés par vous ne doit sauver vos malades, pourquoi voulez-vous les faire nager au » milieu des matières fécales, en leur donnant le calomel? les » faire souffrir inutilement avec vos vésicatoires et vos sétons? » En les tourmentant ainsi, vous précipitez leur chute. Votre » premier devoir, c'est de ne pas nuire. Laissez-les donc tranquilles, et vous les conserverez ainsi quelques jours de » plus. »

Nous croyons que M. Trousseau a, depuis lors, modifié son opinion. C'est dans son service même qu'ont été recueillis les premiers faits qui devaient non seulement affaiblir la gravité du pronostic, mais encore porter une atteinte sérieuse à la doctrine généralement adoptée sur la nature de la méningite dite tuberculeuse.

Les faits publiés par MM. Moynier et Savouret, la thèse si remarquable de M. Liégard, de Caen, les recherches microscopiques de M. Ch. Robin sur la composition des granulations méningiennes qu'il faut nécessairement séparer aujourd'hui des productions tuberculeuses, ont affaibli l'opinion de l'incurabilité absolue de cette affection. M. Rilliet, dans un travail publié en 1853, a rapporté huit cas de guérisons recueillis par divers auteurs, et dont l'authenticité ne laisse rien à désirer. Il en existe aujourd'hui 13 cas bien avérés. C'est peu, sans doute, pour une maladie si fréquente. Aussi les nouveaux faits, que l'on peut ajouter à ceux déjà connus, offrent-ils un grand intérêt.

M. le d^r^ Ch. Rouxeau vient de publier trois observations, dont deux surtout paraissent des plus concluantes. Le tableau de la maladie est complet et cadre parfaitement avec la description que les auteurs récens nous ont laissée de la méningite granuleuse. Prodromes insidieux, à forme mal dessinée, peu inquiétante; un peu d'abattement, de tristesse, d'altération des traits, de céphalalgie, de perte d'appétit, de constipation avec quelques nausées, quelques vomissemens; puis céphalalgie intense, agitation, soubresauts des tendons, impatience, perte de connaissance, cris hydrencéphaliques, raideur du cou, constriction des pupilles, etc., auxquels succèdent, au bout d'un temps variable, le coma, le renversement de la tête en arrière, la dilatation des pupilles, l'abolition de la vue et de l'ouïe, la difficulté de la déglutition, la rougeur et la pâleur alternative de la face, l'altération de la sensibilité et de la motilité, etc. Tous les pathologistes ayant donné comme caractère de la méningite granuleuse, sa durée considérable, sa marche lente, irrégulière, entrecoupée de périodes d'amélioration plus ou moins accusée qui peuvent, au premier abord, induire en erreur le médecin même expérimenté, et lui donner l'idée d'une sorte de résurrection ou de la présence de l'élément intermittent, ces deux observations présentent ces conditions aussi complètes que possible.

M. Rouxeau a-t-il eu bien réellement affaire à des méningites granuleuses? Il n'hésite pas à le croire. De deux choses l'une, dit-il : ou ces affections sont bien véritablement des méningites granuleuses, et la curabilité de cette redoutable affection est désormais un fait acquis à la science; ou bien ce sont des méningites simples, et le diagnostic différentiel est tout à refaire.

Mais quel est le traitement qui peut produire et qui a produit ces heureux résultats? Nous laisserons M. Rouxeau le résumer en ces termes :

1° L'expérience de tous les temps a prononcé à l'égard des antiphlogistiques. Ils sont presque toujours indispensables; maniés avec énergie et intelligence, ils produisent souvent de remarquables effets, quelquefois même ils peuvent avoir tous les honneurs de la guérison, comme on peut en juger par ma première observation, où une dernière sangsue, appliquée derrière l'oreille, porta le dernier coup à une maladie que les révulsifs, les vésicatoires, le calomel n'avaient point entravée.

Je n'entrerai pas dans de longs détails au sujet de la question diver-

---

fût si proche, et comme si un secret pressentiment l'eût averti qu'il ne terminerait pas son œuvre, il se félicitait de voir M. Aran continuer, avec un certain succès, ses expérimentations sur ce sujet important.

Valleix si bon, si affable, avait eu trop à souffrir pendant sa carrière de journaliste, des récriminations des auteurs dont il avait critiqué les écrits, pour suivre leur exemple. Aussi ne songea-t-il jamais à s'irriter des reproches adressés à ses travaux. Chaque fois qu'il avait eu à blâmer, il l'avait fait avec justice et modération; il comprenait qu'on en dût agir ainsi avec lui. Aussi, quand eut lieu la discussion dont nous venons de parler, tout en étant peiné de rencontrer un de ses meilleurs amis parmi ses adversaires les plus déclarés, ne lui ferma-t-il jamais son cœur et conserva-t-il toujours avec lui les mêmes relations affectueuses, car, disait-il, « l'un de nous doit être dans l'erreur, mais certainement il y est de bonne foi, et l'autre ne peut songer à lui en faire un crime. » — Cette excessive bonté, ce dévouement à ses amis, qui chez Valleix étaient tempérés, pour les étrangers ou pour les indifférens, par une apparente froideur, se révélaient seulement à ceux qui étaient complétement admis dans son intimité. Chez lui point de phrases, point de protestations, point de formules expansives, mais des actes à l'occasion. Je me rappellerai toujours avec quel empressement affectueux il quitta un soir une joyeuse réunion d'amis, quand on lui apprit que souffrant des suites d'une piqûre anatomique, je réclamais ses soins, et avec quelle bienveillante sollicitude il revint plusieurs fois par jour à mon chevet, pendant toute la durée de cette longue maladie. Lorsque M. Louis, pour qui la mort de Valleix devait, un an plus tard, renouveler si douloureusement l'anniversaire de celle de son fils bien-aimé, se trouva seul, éloigné de toute affection, en proie lui-même à la plus vive douleur, et ne sachant quelles consolations donner à une mère éplorée; lorsque M. Louis, si profondément abattu par la souffrance, eut besoin d'épancher ses larmes dans le sein d'un ami, il vit arriver à lui Valleix. Ce dernier, en apprenant l'affreux malheur qui frappait son maître vénéré, n'avait pas hésité à quitter ses travaux, ses affaires, et, traversant toute la France, il accourait non pour le consoler, mais pour pleurer avec lui.

Valleix ne courut pas après les titres, les honneurs ou les dignités. Il avait inutilement concouru pour l'agrégation; jamais il n'a ambitionné le titre d'académicien, jamais il n'a demandé la décoration de la Légion d'honneur, et pourtant cette dernière distinction allait lui être offerte, par suite de la sollicitude de M. le directeur général de l'assistance publique, qui s'étonnant de ce qu'elle ne lui eût pas été déjà donnée, avait spontanément songé à réparer un semblable oubli.

La vie de Valleix, si courte hélas! mais si bien remplie, fut dignement couronnée par un noble et saint martyre auquel ne manquèrent ni le dévouement, ni le courage ni la résignation. C'est en vain, Messieurs, que nous voudrions éloigner de notre souvenir les scènes funèbres et douloureuses de sa longue agonie, et qu'en vous retraçant les principaux traits de sa vie, j'ai cherché à me faire illusion, et j'ai voulu me persuader que j'y trouverais un moyen d'atténuer ma douleur. Inutiles efforts! plus je reviens sur les épisodes de cette existence de l'homme de bien, plus je fouille dans les travaux du savant, plus je cherche à reconnaître les qualités affectueuses de l'ami, plus je comprends l'étendue du vide laissé par sa mort, plus mes regrets augmentent..... Et alors, je vois se dérouler devant mes yeux le lugubre tableau de cette lutte de la vie contre la mort, à laquelle, témoin impassible il assistait, sachant d'avance que la mort serait la plus forte, et n'ayant, pendant les quatre-vingt seize heures de cette effrayante agonie, d'autres soucis que de chercher à consoler d'avance ceux qui lui étaient chers. Atteint d'une angine pseudo-membraneuse, contractée près d'une jeune fille à laquelle il donnait des soins, il avait compris, dès la première heure, toute la gravité de son mal. Son frère, digne prêtre qu'il aimait tendrement, et qu'il n'avait pas vu depuis longtemps, arriva, par suite d'un hasard providentiel, juste assez à temps pour lui dire un dernier adieu et lui fermer les yeux. Il n'eut besoin d'aucune insistance pour le décider à accepter les secours de la religion, et Valleix les reçut en pleine liberté d'esprit, sans exaltation ni forfanterie, mais avec calme et recueillement. Puis il fit des adieux touchans à ceux qui l'entouraient, reçut ses amis et les reconnut jusqu'au dernier soupir. Ses dernières paroles furent des recommandations affectueuses à sa famille, et un témoignage de compassion pour M. Louis. Jusqu'à la fin, il conserva assez de force et de présence d'esprit pour suivre les progrès de son agonie, et nous le vîmes à différentes reprises se tâter lui-même le pouls, en se plaignant de la lenteur avec laquelle la mort arrivait, car il souffrait cruellement.

Les sympathies qu'il a laissées parmi vous sont vives, et vous l'avez prouvé en vous joignant en masse à la députation désignée pour représenter votre Société à ses funérailles. Qui de vous, se reportant par la pensée à cette triste cérémonie, ne se souvient encore de la profonde et pénible émotion éprouvée par tout le corps médical de Paris, et par tous ceux, clients ou amis, qui avaient connu Valleix? Qui de vous ne se rappelle les témoignages éclatans et spontanés d'une douleur si unanime?... Ce modeste cercueil traversant lentement tout Paris, environné de trois générations, maîtres, collègues et disciples, dont les pleurs se confondent sur la tombe d'un ami; ce sont des médecins qui l'entourent, ce sont ces hommes qui, habitués à voir la mort de près, passent pour être insensibles à ses coups!... Voyez leurs larmes, écoutez leurs sanglots!... C'est à peine s'ils retrouvent encore assez de force dans la voix pour dire un dernier adieu à celui qui vient de leur être enlevé!... Et cette violente douleur, c'est surtout parmi les plus âgés (1), parmi ceux qu'une plus longue expérience devrait, dans l'opinion du vulgaire, avoir rendus moins impressionnables, qu'elle éclate avec le plus de vivacité; car cette impassibilité que conserve le chirurgien, quand il conduit d'une main ferme et sûre son bistouri à travers les chairs d'un malheureux qu'il faut soulager, même au prix des plus cruelles souffrances, que conserve le médecin quand il s'agit d'inspirer au malade, dont il a la confiance, un espoir de guérison que rien ne justifie; cette impassibilité, si souvent qualifiée du nom de cruauté, ils n'ont plus la force de la retrouver, quand, frappés dans leurs plus chères affections, ils voient devant eux le cadavre d'un ami sincère et dévoué, qui, plus jeune, fut leur élève, et dont la perte leur rappelle le deuil encore récent d'un fils ou d'une fille, avec la vie desquels ils ont vu s'évanouir leurs plus douces espérances.

Tant et de si vifs regrets sont le plus bel éloge de celui qui les a inspirés; à cet éloge muet et sympathique, je n'ai rien voulu ajouter, et je me suis borné à vous raconter brièvement la vie de Valleix, dont toutes les circonstances justifient si bien cette touchante exclamation de M. Barth : « Admirons sa vie active et laborieuse, mais cherchons » surtout à l'imiter dans ses derniers momens, et souhaitons d'avoir une » aussi belle mort! »

Odessa, 26 février. — Le typhus sévit avec violence parmi les troupes et les milices stationnées à Odessa et dans les environs, et il a pénétré aussi dans la population civile. Tous les hôpitaux et une foule de maisons particulières sont remplis de malades, et il en meurt tous les jours un grand nombre, dont beaucoup de médecins. Bien qu'un grand nombre de médecins étrangers soient entrés au service de la Russie depuis la guerre, notamment des Allemands et des Américains du Nord, ils ne sont pas assez nombreux néanmoins pour le besoin qu'on en éprouve, et beaucoup d'entre eux deviennent victimes des excès de travail et de fatigues qu'ils supportent.

(Correspondance autrichienne.)

(1) M. Louis et M. Velpeau.

sement controversée de la partie où les sangsues doivent être appliquées, s'il faut leur préférer la saignée, etc. Cette question est soumise à mille considérations, quant à l'âge, le tempérament, l'intensité réactionnelle, l'époque de la maladie, le traitement déjà suivi, etc. Dire qu'au début la saignée semble préférable lorsqu'elle est possible, lorsque les préjugés des parens n'y mettent point un obstacle invincible; sinon qu'il faut la remplacer par une vigoureuse application de sangsues aux extrémités inférieures; que de nouvelles sangsues, appliquées successivement et en petite quantité à la fois, devront entretenir l'écoulement du sang pendant le plus longtemps possible; que, plus tard, une application semblable aux mastoïdes produit alors une déplétion plus directe, plus énergique, plus efficace; c'est répéter ce que tout le monde a appris, vu, expérimenté.

Nous en dirons autant des applications froides sur la tête, de la glace, etc. La perturbation qu'elles jettent dans les fonctions nerveuses, la modification qu'elles impriment par contre-coup à la circulation capillaire, la sédation puissante qui en résulte, sont des faits bien connus de tout le monde.

2° Les révulsifs extérieurs ne justifient pas tous également l'usage et l'abus qu'on en fait. Les vésicatoires appliqués aux cuisses, aux jambes, au cou, nous ont semblé d'une nullité absolue d'action : cette action n'est ni assez profonde, ni assez énergique pour entraver une maladie aussi grave; ils ne font qu'ajouter à la souffrance, à l'agitation, à la fièvre des petits malades. Jamais je n'ai pu en constater le moindre bon effet. Nombre d'auteurs dont l'opinion mérite d'être acceptée préfèrent de beaucoup les sinapismes dont l'action plus vive, plus rapide, plus susceptible d'être réitérée, peut devenir un utile adjuvant, sans causer des plaies douloureuses, qui ne sont qu'un embarras de plus.

Cependant, la méthode révulsive compte des agens d'une puissance extrême constatée par une longue expérience. Tel est le séton sur le cou, moyen héroïque dont l'action peut être regardée comme complexe. D'abord, la plaie donne quelquefois une assez notable quantité de sang, circonstance qui est loin d'être indifférente, qui est souvent d'une grande utilité. Ensuite, cette révulsion si énergique, si profonde, si rapprochée du siége du mal, tend nécessairement à entraver, à rompre la fluxion phlegmasique qui se fait sur l'encéphale, à accélérer le mouvement de décomposition de ses élémens. Je l'ai employée chez le sujet de ma cinquième observation. Mais, si l'amélioration s'est dessinée peu de jours après l'application du séton, il ne faut pas oublier non plus que la petite malade était soumise à une autre médication non moins héroïque, la mercurialisation, et que dans ce cas, il est fort difficile de déterminer la part de chacun des agens thérapeutiques.

Un autre moyen révulsif auquel M. Léon Liégard accorde une efficacité supérieure peut-être à celle de tous les autres modes de traitement connus, c'est l'usage de la pommade stibiée en frictions sur le cuir chevelu préalablement rasé. Il l'a vu opérer de véritables merveilles. Mais il insiste sur les précautions à prendre pour maintenir l'éruption dans de justes limites et éviter ces désordres graves, suites malheureusement trop fréquentes d'un usage indiscret : tels que la destruction des cheveux, les larges ulcérations de toute l'épaisseur du derme, et même des surfaces osseuses. Quelle est la valeur réelle de cette médication à laquelle M. Léon Liégard lui-même, malgré sa prédilection, ne peut refuser le titre de barbare ? Je l'ignore absolument. Je l'ai vu employer une fois chez un pauvre enfant auquel je donnais des soins en commun avec MM. Pihan-Dufeillay et Thibeaud. Les frictions stibiées, bien que secondées par la mercurialisation et un séton sur le cou, ne purent sauver notre malade, qui nous échappa le dix-septième jour. Théoriquement, il est facile de se rendre compte des résultats heureux d'une révulsion si large, si violente; et je ne doute pas que la pratique ne puisse parfois justifier les prévisions de la théorie. Toutefois, n'est-il pas à craindre que la douleur cruelle, éveillée par une éruption plus ou moins confluente de pustules, ne détermine un surcroît d'agitation, de fièvre, de fluxion phlegmasique vers la tête, et, partant, n'agisse au profit de la phlegmasie qu'elle est destinée à combattre ? Cette crainte ne peut-elle également être formulée à l'endroit du vésicatoire recouvrant tout le cuir chevelu et dont quelques praticiens, recommandables à tous égards, disent avoir obtenu des effets surprenans. Cette question, je n'ose la résoudre, et pourtant elle mérite d'être prise en sérieuse considération.

3° Nous arrivons enfin à un mode de traitement qui compte peut-être les succès les plus nombreux, les plus éclatans : l'administration du mercure *intùs et extrà*. Préconisée d'abord par M. A. Liégard père (*Revue médicale*, 1834), puis bientôt accueillie avec faveur par la plupart des praticiens, cette médication a besoin, comme on le sait, d'être envisagée sous un double point de vue pour être parfaitement comprise.

Elle se compose de calomel donné sous diverses formes et de frictions mercurielles, à doses plus ou moins larges. Quelques mots d'explication sur ces deux élémens du traitement mercuriel.

a. Le calomel peut être donné à doses franchement purgatives et susceptibles de déterminer des selles abondantes, 15, 25, 50, 75 centig., 1 gramme même dans les 24 heures. Sous cette forme, il rentre dans la classe des révulsifs, à la tête desquels il peut être placé à cause des larges surfaces qu'il intéresse, de l'abondante sécrétion qu'il détermine.

b. A doses fractionnées (5 à 10 centig. divisés en 10 ou 12 paquets), le calomel peut encore produire des évacuations alvines; mais il jouit surtout alors d'un mode d'action particulier, il devient un altérant d'une énergie incomparable, un antiphlogistique puissant que tout le monde connaît. Cette action est exactement la même que celle des frictions mercurielles, sur lesquelles l'opinion est également édifiée.

En résumé, le traitement qui semble le plus rationnel contre la méningite, consiste dans l'emploi, presque simultané, des émissions sanguines et des préparations mercurielles. Ces deux indications convergent vers le même but, se prêtent un mutuel appui : attaquer l'inflammation dans sa source, en diminuant la masse, la richesse et la plasticité anormale du sang, rompre la fluxion qui se fait vers l'encéphale par une énergique et large révulsion sur le tube digestif, par une abondante sécrétion de liquides; activer ainsi l'absorption interstitielle, hâter la décomposition, la dissolution des élémens phlogistiques; tel est le triple but que le médecin se propose, que cette association de moyens thérapeutiques paraît, en théorie, parfaitement propre à conquérir, qu'elle a surtout conquis plus d'une fois. — Si, au bout de quelques jours, la maladie semble résister, il est utile de recourir au séton sur le cou, mais il ne faut pas attendre trop longtemps. Il faut se rappeler que, dans cette cruelle maladie, la question se juge toujours avec promptitude, souvent avec une rapidité foudroyante. Ce révulsif demande quelque temps pour que son action se fasse sentir. C'est une réserve puissante, quelquefois décisive : l'engager trop tard, c'est s'exposer à perdre une cause qui eût triomphé avec plus d'à-propos. — (In *Journal de la section de médecine, de la Société académique du département de la Loire-Inférieure*, 1855.)

QUAND UN MEMBRE EST ATTEINT DE SPHACÈLE, FAUT-IL TOUJOURS L'AMPUTER?

M. le professeur Bardinet, de Limoges, a soulevé cette question devant la Société de médecine de la Haute-Vienne, et il a répondu : Non, il ne faut pas toujours amputer.

Cette manière de voir a été blâmée devant la Société médicale d'émulation par quelques-uns de ses membres. M. Ludger Lallemand a soutenu que cette pratique, qu'il ignorait avoir été recommandée par des chirurgiens de grand renom, anciens et modernes, ne lui paraissait pas rationnelle. Pour M. Am. Forget, plus sévère encore, la question ne saurait être l'objet d'un doute. Je ne sache pas, a-t-il dit, qu'un seul chirurgien ait conseillé d'opter pour le dernier parti. Les lecteurs de ce journal ont pu apprécier les motifs sur lesquels se sont fondés ces deux honorables confrères pour rejeter l'opinion de M. Bardinet.

Mais par cela même que l'Union Médicale a publié, comme organe officiel de la Société médicale d'émulation, le procès-verbal où est consignée la critique de l'opinion de M. Bardinet, il nous semble de toute justice d'indiquer au moins les principaux élémens de la réponse que M. le professeur Bardinet a faite à ses contradicteurs, quoique ses contradicteurs soient nos amis et nos collaborateurs.

Sur le premier point, M. Bardinet prouve, par des citations irrécusables, qu'il n'est pas aussi isolé dans sa manière de voir qu'on l'a cru à la Société médicale d'émulation. Dans quelques pages d'un historique intéressant, il démontre que sa doctrine remonte aux premiers temps de la chirurgie; qu'elle a régné sans contestation pendant une longue série de siècles; que plus tard, elle a été soutenue par Jean de Vigo, Fabrice d'Aquapendente, etc.; qu'elle compte de nos jours pour défenseurs Rust, Chelius, Bérard jeune, M. Denonvilliers, M. Nélaton, M. Maisonneuve, M. Baudens, etc. Parmi les citations faites par M. Bardinet, nous reproduirons celle-ci de M. Nélaton : « Considérant les dangers réels qu'entraîne une amputation, remarquant en outre que l'on a surtout fait à l'élimination spontanée des objections théoriques, nous pensons, avec MM. Bérard et Denonvilliers, que l'on peut en appeler de la décision des anciens, qui prescrivaient l'amputation dans tous les cas de sphacèle des membres, et que l'on peut, dans bien des cas, attendre l'élimination spontanée. »

Voici en quels termes M. Bardinet résume lui-même son intéressant mémoire, que nous regrettons de ne pouvoir citer en entier :

En résumé :

1° Je rapporte dans ce mémoire huit nouveaux cas de sphacèle (deux au doigt, trois à l'avant-bras, trois à la jambe) dans aucun desquels l'amputation n'a été pratiquée.

On s'en est remis à la nature du soin d'éliminer les parties mortes; seulement, on lui est venu activement en aide par l'emploi des désinfectans ordinaires, et surtout en réséquant de bonne heure les parties mortes près du cercle éliminatoire.

Dans ces huit cas, il y a eu guérison.

Avec l'amputation, d'une part, il est infiniment probable qu'un certain nombre de malades seraient morts; d'autre part, plusieurs d'entre eux, par suite de l'obligation où l'on est d'amputer plus haut que le cercle éliminatoire, auraient été privés d'une partie de leurs membres (le genou, par exemple, et la partie supérieure de l'avant-bras), qu'ils sont heureux d'avoir pu conserver.

Il ne faut donc pas toujours amputer dans les cas de sphacèle.

2° On doit surtout ne recourir à l'amputation qu'avec une extrême réserve dans les cas de gangrène spontanée,

Parce qu'alors, quoi qu'on fasse, et même après l'établissement du cercle éliminatoire, on n'est jamais sûr que la gangrène ne reparaîtra pas, et qu'on ajoute inutilement ainsi la douleur et les dangers d'une opération grave à la douleur et aux dangers de la maladie première;

Parce que la crainte d'amputer sur des parties dont les vaisseaux soient malades oblige à remonter la section à une assez grande hauteur, et entraîne ainsi — très inutilement parfois — le sacrifice de parties qu'on aurait pu conserver, et dont la perte est regrettable;

Parcequ'la gangrène peut atteindre successivement plusieurs membres, tous les membres même, comme j'en ai cité deux exemples, et qu'on se trouve alors réduit à pratiquer une série de mutilations déplorables;

Parce que, au contraire, en se bornant à couper les parties mortes près du cercle éliminatoire, on fait une opération toujours praticable et toujours utile, puisqu'elle débarrasse le malade d'un foyer d'infection;

Parce qu'on ne s'expose pas à faire une amputation dont tous les bénéfices seront perdus si la gangrène fait de nouveaux progrès;

Parce qu'on n'enlève pas sans nécessité des parties que le malade a grand intérêt à conserver;

Parce qu'enfin on a la faculté de faire une véritable amputation si on voit qu'elle devienne nécessaire. — (In *Bulletin de la Société de médecine et de pharmacie de la Haute-Vienne*, 1855.)

M. Bardinet termine son mémoire en rappelant les faits exposés par M. Baudens à l'Académie des sciences, sur la congélation des membres observée dans l'armée de Crimée, et dont trois cents malades évacués sur Marseille et porteurs de congélations partielles des pieds, ont guéri sans intervention de l'art.

RUPTURES DU PÉRINÉE PENDANT L'ACCOUCHEMENT ABANDONNÉES A ELLES-MÊMES.

Que nos lecteurs nous pardonnent une tendance avouée à reproduire les opinions et les faits favorables non pas à ce qu'on a appelé le désarmement de la chirurgie, mais aux pratiques qui accordent un peu plus à la puissance de la nature et un peu moins à l'action de l'art.

Une jeune femme du service de M. Nélaton, enceinte et traitée pour un abcès de la région parotidienne, est allée faire ses couches dans les salles de M. Dubois. Elle y a pris d'abord un érysipèle de la face, puis, pendant l'accouchement, il y a eu chez elle rupture de la commissure postérieure de la vulve et division du périnée jusqu'au sphincter anal exclusivement.

Le 15 février, 21 jours après l'accident dont il s'agit, on trouvait les traces de la déchirure périnéale, c'est-à-dire qu'au lieu du périnée on rencontrait une solution de continuité en voie de cicatrisation et tendant à une restauration spontanée. C'est là, il faut le savoir, un fait extrêmement commun, et c'est pourquoi M. Nélaton s'est toujours opposé aux opérations ayant pour but la réunion hâtive de ces déchirures incomplètes. L'expérience lui a démontré, en effet, un grand nombre de fois, que ces dernières, alors même qu'elles sont très étendues, se restaurent d'elles-mêmes par le fait d'une cicatrisation qui procède de l'angle de la plaie et remonte vers la vulve. Ceci repond donc à une question agitée par M. Danyau, qui demandait s'il était ou non convenable de pratiquer immédiatement la réunion des déchirures incomplètes qui affectent le périnée pendant l'accouchement. Ce praticien rapportait six observations, parmi lesquelles il y en avait deux favorables à la réunion artificielle immédiate, mais dans les quatre autres cas il y avait eu réunion sans que l'art fût intervenu, en sorte que M. Danyau en concluait qu'il valait autant abandonner la restauration de ces lésions aux soins de la nature.

Eh bien, c'est effectivement ce qu'il y a de plus sage à faire en pareil cas, suivant M. Nélaton. On évite ainsi quelques douleurs et beaucoup d'inquiétudes aux malades qui se préoccupent d'une lésion dont les suites les effraient. Quant à la rupture complète du périnée, on pensait que toute opération chirurgicale, ayant pour but d'y remédier, avait peu de chances de succès pendant l'écoulement des lochies. Aussi Roux avait-il donné le précepte de ne procéder à la suture du périnée que dans le troisième ou quatrième mois après l'accouchement. M. Nélaton s'est trouvé en présence de malades offrant des solutions de continuité plus récentes, datant de quatre jours par exemple. Le périnée était déchiré dans toute son étendue, et la déchirure avait même intéressé une certaine partie de la cloison recto-vaginale. Il y avait une vaste communication entre le vagin et le rectum. Or, M. Nélaton constata le bon aspect des surfaces saignantes qui étaient recouvertes de granulations pyogéniques. Ce chirurgien avait déjà des idées arrêtées sur la possibilité, dans ce cas, d'une agglutination secondaire. Dès lors, il supprima l'avivement et pratiqua immédiatement la suture à l'aide d'aiguilles courbes. La malade fut maintenue dans une immobilité parfaite et les cuisses rapprochées. Deux jours après l'opération, M. Nélaton examina la plaie, dont les bords paraissaient avoir déjà contracté des adhérences. On sondait la malade pour éviter le contact des urines, et l'on prescrivait la diète et quelques pilules d'opium pour éloigner les efforts de la défécation et le passage d'un bol fécal trop consistant. Cependant, une garde-robe eut lieu, mais elle était à peu près liquide et tout alla bien; la paroi recto-vaginale se reconstitua simplement.

Trois mois plus tard, M. Nélaton rencontra un cas semblable. La déchirure remontait à sept jours, et les surfaces étaient recouvertes de granulations pyogéniques très rouges. Même pratique, c'est-à-dire suture sans avivement préalable; mêmes soins, même résultat, et, chose surprenante, cette dernière malade n'alla à la selle que le trente-troisième jour.

M. Nélaton a recherché dans la science des faits analogues, et il en a trouvé qui appartiennent à la pratique de MM. Dieffenbach et Mayor. C'était donc une pratique usitée, mais ignorée, et qu'il faut remettre au jour, car l'observation démontre positivement qu'on a réussi dans ces tentatives de réunion au dixième, au vingtième et même au vingt-huitième jour. C'est pourquoi toutes les fois qu'on arrivera assez à temps pour trouver les surfaces recouvertes de granulations, on devra pratiquer, sans hésitation, la suture, et l'on aura, sinon une réunion complète, du moins un résultat qui simplifiera toujours l'opération qu'il y aura lieu de pratiquer ultérieurement. — (In *Journal de méd. et de chir. prat.*, mars 1856.)

INFLUENCE DE LA VARIOLE SUR LA CÉCITÉ.

Toutes les statistiques faites sur les aveugles ont prouvé que, avant la découverte de Jenner, sur 100 cas de cécité, 35 reconnaissaient pour cause la petite vérole et ses conséquences. M. le docteur G. Dumont, qui vient de résigner ses fonctions de médecin en chef de l'hospice des Quinze-Vingts, publie une note très intéressante, avec les relevés faits dans cet établissement sur les proportions pour lesquelles figure encore la variole dans les cas de cécité. Cette proportion, en ne tenant compte que des individus d'un âge à avoir pu profiter de la vaccine, serait aujourd'hui réduite à 8 p. 100. Mais il y a plus, sur tous les aveugles devant leur infirmité à la petite vérole et observés par M. G. Dumont, aucun n'avait été vacciné d'une manière efficace. L'un d'eux affirme bien qu'il a été vacciné en 1801, mais un examen attentif n'a pas permis de constater aucune trace de cicatrice; il en a été de même de deux autres. On conçoit toute l'importance de ce dernier fait.

Nous citerons avec plaisir le passage suivant de la note de M. Dumont :

Il résulte de ce qui précède que la cause de la cécité, qui était la

plus fréquente au commencement de ce siècle, a suivi, depuis la découverte de Jenner, une progression rapidement décroissante, que cette variété ne se rencontre plus en France chez les jeunes aveugles qu'en très petit nombre, et on est autorisé à croire qu'à la fin de ce siècle, elle aura pour ainsi dire disparu en France, et ne se produira plus que comme une exception capable d'attirer la curiosité des médecins qui nous suivront.

Chez les aveugles, âgés de plus de 60 ans, cette cécité se rencontre 12 fois sur 100, mais, sur les adultes, elle n'existe plus que dans la proportion de 8 p. 100, et enfin sur les enfans, on la rencontre au plus 3 fois sur 100. En établissant une moyenne rationnelle, on est autorisé à croire qu'à l'époque actuelle, sur 100 aveugles de tout âge, il ne s'en trouve environ que 7 p. 100. Et comme, d'après les statistiques certaines, il y en avait 35 sur 100 au commencement de ce siècle, la diminution aurait été d'environ 28 pour 100 ou plus du quart. Or, rien ne donnant à penser que les autres causes de la cécité aient augmenté de fréquence d'une manière sensible, il en résulte que, finalement, le nombre total des aveugles doit avoir diminué en France, sous la seule influence de la vaccine, d'environ 28 p. 100, c'est-à-dire plus du quart.

Je livre ces considérations aux réflexions des détracteurs de la vaccine. La découverte de la vaccine n'eût-elle que ce résultat, qu'à lui seul il suffirait pour immortaliser le nom de Jenner.

La cécité variolique est une des variétés les plus affreuses, car elle est presque toujours accompagnée d'une hideuse destruction de l'organe et de la figure humaine. — (*In Moniteur des hôp.*, 15 mars 1856.)

Voilà une publication réellement utile et dont l'opportunité n'échappera pas à nos lecteurs.

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 23 Janvier 1856. — Présidence de M. Rostan.

Suite des communications et discussion sur la leucocythémie (1).

M. Ch. Lasègue, sur l'invitation de M. le président, fait connaître à la Société les principaux travaux publiés récemment en Allemagne sur la leucémie, et s'attache particulièrement à résumer les recherches de Virchow, professeur à l'Université de Wurzbourg.

La première observation de leucémie a été insérée en novembre 1845 dans le journal de Froriep (*Froriepes notizen*), sous le titre de *sang blanc*. Il s'agit d'une femme âgée de 50 ans, malade depuis longtemps, et chez laquelle on constatait une hypertrophie douloureuse de la rate, de l'œdème des extrémités, de la diarrhée, souvent des hémorrhagies, un état de cachexie générale sans fièvre. Après diverses alternatives, et surtout d'abondantes et fréquentes hémorrhagies nasales, des éruptions furonculeuses et des rechutes de diarrhée, la malade mourut subitement. A l'autopsie, on trouvait dans les veines et dans le cœur des caillots d'un jaune-grisâtre, sans consistance, sans adhérence aux parois d'ailleurs saines, et ressemblant à du pus coagulé. La rate était énorme, dure, composée d'un tissu exsangue assez homogène. La masse jaunâtre extraite des vaisseaux, et qui pesait en somme près de 2 livres, fut examinée au microscope, et se composait presque toute entière de globules blancs. Virchow en rapportant cette observation, rappelait les observations des anciens sur le sang blanc, analogue à du lait, à du pus, etc., et citait un fait emprunté aux leçons de Rokitansky, et désigné sous le nom de pyémie dans le compte-rendu. Il mentionnait en même temps l'opinion de M. Donné, qui attribue, comme on le sait, un rôle important à la rate dans la production des globules blancs, et se demandait s'il n'y aurait pas là une confirmation pathologique des idées physiologiques de l'auteur.

Dans le cours de la même année 1845, Bennett qui revendique la priorité de la découverte, et Craigie, publiaient dans le journal d'Edimbourg (*Edinburgh med. and. surg., Journ.*) deux cas beaucoup plus détaillés, et qui ont avec le précédent la plus frappante analogie. Ces nouveaux faits parurent à Virchow assez concluans pour l'autoriser, comme il le disait, à réclamer désormais une place pour les globules blancs, dans la pathologie. Dans deux articles insérés en 1846 et 1847 dans le journal de l'Association médicale de Prusse (*medicinische Zeitung...*), il recueille un certain nombre de faits plus ou moins conformes à ceux qui viennent d'être indiqués, et qu'il emprunte à Bichat, à M. Velpeau, à Oppolzer, à Harless, à M. Andral, etc., et cherche à établir la véritable nature de la maladie. Sa discussion porte surtout et devait porter sur les altérations du sang, déjà désignées sous le nom de pyémie, et parmi lesquelles il avait paru à Bennett lui-même que la maladie qu'il décrivait devait être classée. Il expose ensuite les recherches relatives à la production en excès des corpuscules blancs, déjà étudiées par Nasse en 1839, et par M. Donné dans son remarquable ouvrage, et appelle l'attention sur les lésions de la rate, notées presque sans exception par les observateurs.

A partir de 1847, le journal que Virchow fonde sous le titre d'*Archives d'anatomie pathologique* (*Archiv. f. path. anat.*), reçoit à peu près exclusivement les communications relatives à la maladie à laquelle Virchow donne le nom leucémie. Des observations assez nombreuses y sont réunies. Il suffira de citer les mémoires de Vogel, de Uhle, de Griesinger et les articles de Virchow, particulièrement ceux de 1847, 1848 et 1851.

La question non seulement soulevée, mais poursuivie avec tant d'ardeur par le professeur de Wurzbourg, de l'existence de la leucémie comme espèce pathologique distincte, fut en même temps reprise à l'étranger. En Angleterre, Bennett publiait des recherches plus complètes dans le *Monthly journal* (1851), en attendant qu'il édităt sa monographie. La Société médicale de Londres s'en occupait en 1852, et mettait en discussion les théories proposées. En France, la *Gazette médicale* insérait un court résumé des idées de Virchow, par MM. Robin et Charcot, et une observation originale de M. Leudet (1853), et enfin l'*American journal*, de la même année, contient un article de Hewson.

Si à ces indications on ajoute une thèse de Schreiber : *De leukæmia*, 1854, une observation détaillée rapportée par Henoch, dans son excellent *Traité des maladies abdominales* (*Die renterleibs krankh.*, 1855), et quelques notes critiques, où des médecins déclarent avoir observé des cas nombreux d'anémie, avec tumeur de la rate sans leucémie, on aura l'histoire à peu près complète de la leucémie en Allemagne et dans la plupart des pays scientifiques de l'Europe.

Le professeur Virchow vient d'ajouter un nouveau travail à ceux qui ont été signalés, et où ses propres recherches figurent pour la meilleure part. (Voir dans l'*Union médicale*, n° du 12 février 1856, une analyse du travail publié dans les *Annales de médecine et de chirurgie*, par M. Lasègue, sur ce dernier mémoire de Virchow.)

— M. Vigla expose à son tour l'analyse du mémoire du docteur Bennett, d'Edimbourg, *sur la leucocythémie*, et des observations publiées en France par MM. Leudet et Charcot.

Le docteur Hughes Bennett a publié, sur la leucocythémie (*Leucocythemia*, Edinburgh, mars 1852), un mémoire très étendu, dans lequel il étudie cette affection au point de vue clinique, et dans ses rapports avec la physiologie et la pathologie du système glandulaire lymphatique ; dans ce système, il comprend la rate, le thymus, la thyroïde, les capsules surrénales, la pituitaire, la glande pinéale et les ganglions lymphatiques.

Ce mémoire, publié avec beaucoup de soin, et renfermant de nombreuses gravures qui rendent parfaitement compte des altérations du sang dans diverses observations, est divisé en deux parties. La première renferme les observations, la deuxième contient l'exposé des symptômes, les altérations du sang, la nature de la maladie, etc.

Dans l'introduction, l'auteur expose les motifs pour lesquels il adopte le mot de leucocythémie, de λευκος *blanc*, κυτος, *cellule*, et αιμα *sang*, mot vague, qui n'implique rien sur la nature de la maladie, et préférable, suivant lui, au mot de leucémie employé par Virchow, ce nom de sang blanc pouvant s'appliquer tout aussi bien au sang chyleux.

PREMIÈRE PARTIE.

Elle est divisée en quatre paragraphes.

Le premier contient les observations recueillies par l'auteur lui-même ou qui lui ont été communiquées ; elles sont au nombre de 15, dont 4 sont de Bennett, 2 du docteur Chambers de Londres, 2 du docteur Quain, 2 du docteur Walshe, 1 du docteur Heslop, 1 du docteur Douglas, 1 du docteur Gairdner, 1 du docteur Wallace, 1 du docteur Drummond.

Le deuxième paragraphe renferme les observations publiées précédemment en Angleterre et à l'étranger ; 8 observations y sont reproduites, 1 du docteur Craigie d'Édimbourg, 1 du docteur Parkes, 2 du docteur Fuller, 3 de Virchow et 1 de Vogel.

Dans le troisième paragraphe, il cite 6 observations publiées antérieurement et dans lesquelles, quoique le sang n'ait pas été examiné au microscope, la leucocythémie est probable. Ces faits sont empruntés à Bichat, à Velpeau, à Bessière, à Rokitansky, à Oppolzer, à Liehmann et à Lovois.

Dans un quatrième paragraphe, il donne 4 observations d'hypertrophie de la rate sans altération du sang.

Puis, dans un appendice, se trouvent 2 observations de leucocythémie, l'une avec cancer de la glande thyroïde et des ganglions cervicaux, hypertrophie de la rate et du foie, l'autre avec cancer du foie et des ganglions lymphatiques, ulcère de l'estomac, mais sans hypertrophie de la rate.

DEUXIÈME PARTIE.

Elle renferme : 1° le résumé des symptômes observés, pendant la vie, chez les individus atteints de leucocythémie.

Sur 25 faits, 16 se sont présentés chez les hommes et 9 chez les femmes ; dans 12 cas, on a constaté de la dyspnée, dans 12 cas de la diarrhée, dans 14 cas des hémorrhagies ; dans 5 cas, il y avait complication du côté du poumon (1 bronchite, 1 phthisie et 3 pneumonies), dans 2 cas, maladie de Bright, dans 1 hémorrhagie cérébrale, et dans 3 cas, complication de diathèse cancéreuse.

2° Examen du sang dans la leucocythémie. L'auteur dit vaguement que les globules blancs sont en nombre considérable, sans établir de proportion, il dit que leur volume est plus grand que dans le sang normal.

3° Analyse chimique du sang. Il constate, d'après 9 analyses, la diminution des globules rouges, l'augmentation de la fibrine et la diminution du fer.

4° Lésions anatomiques. Dans 19 autopsies, la rate était volumineuse et dure dans 16 cas ; le foie était hypertrophié dans 13 cas ; les ganglions lymphatiques étaient altérés dans 11 cas.

5° Étudiant les rapports qui existent entre les globules blancs et les globules rouges, il pense que les globules rouges sont formés par les noyaux des globules blancs, noyaux qui se séparent de la cellule-mère ; ces noyaux, étudiés chez les mammifères, les oiseaux, les reptiles et les poissons, présentent identiquement les mêmes formes que les globules rouges du même animal.

6° Étude de l'origine des globules du sang. Ces globules sont formés dans le système glandulaire lymphatique à l'état d'élémens blancs ; les globulins ou noyaux libres, et les noyaux provenant de la division des globules blancs se colorent pour former les globules rouges.

7° Que deviennent les globules du sang ? L'auteur admet, avec Gerlach, qu'ils sont formés dans les glandes ; il dessine ainsi ses opinions à cet égard :

a. Les globules du sang des vertébrés sont secrétés par le système glandulaire lymphatique, et une partie se colore en entrant dans la circulation, par un procédé encore inconnu ;

b. Chez les mammifères, le système glandulaire se compose de la rate, du thymus, de la glande thyroïde, des capsules surrénales, de la pituitaire, de la glande pinéale, et des ganglions lymphatiques ;

c. Chez les poissons, les reptiles et les oiseaux, les globules colorés sont des cellules à noyaux formées dans ces glandes ; mais chez les mammifères, ce sont des noyaux libres formés ainsi dans des glandes on développés dans des cellules incolores ;

d. Dans certaines hypertrophies des glandes lymphatiques, leurs élémens se multiplient d'une manière considérable, passent dans la circulation et constituent l'augmentation des cellules incolores : c'est la leucocythémie.

8° La leucocythémie, dans laquelle les globules blancs se trouvent dans la circulation en très grande quantité et plus volumineux qu'à l'état normal, est une preuve contre la théorie de l'inflammation qui a pour base l'arrêt des globules blancs dans les vaisseaux capillaires.

9° Comparant la leucocythémie à la pyohémie, il ne croit pas que les globules du pus, semblables en tous points aux globules blancs du sang, soient la cause de l'infection purulente, il pense que c'est dans un autre élément du pus qu'il faut rechercher la cause toxique.

10° La leucocythémie diffère de la phlébite et ne peut déterminer cette affection à laquelle pourraient faire penser les caillots contenus dans les vaisseaux, par le défaut d'adhérence de ces caillots et par l'état d'intégrité parfaite des parois vasculaires.

11° Il regarde l'altération du sang comme une conséquence de l'hypertrophie morbide des glandes du système lymphatique.

Dans un appendice qui termine la deuxième partie de ce mémoire, se trouvent deux observations de leucocythémie reconnue pendant la vie, l'un avec hypertrophie de la rate et du foie, la seconde avec hypertrophie de la rate seulement.

En France, c'est dans les *Bulletins de la Société de biologie* qu'il faut chercher le petit nombre de travaux publiés jusqu'à ce jour sur la leucocythémie. En 1851, M. Bennett, dans une des séances de cette Société, fit une communication de ses recherches. En 1853 (*Bulletins*, 2ème partie, p. 3), M. Leudet donna lecture d'une observation recueillie au mois de février 1852, à la Charité, dans le service de M. Rayer, sur une femme de 30 ans. Cette femme habitait Paris depuis dix ans, n'avait jamais eu de fièvres intermittentes et faisait remonter la maladie à deux ans et demi, à la dernière période d'une grossesse.

L'affection commença par l'hypertrophie de la rate, puis survinrent les symptômes de cachexie, un œdème douloureux de la jambe gauche, une diarrhée colliquative, et la malade mourut.

On trouva, à l'autopsie, un sang couleur chocolat, avec coagulations blanchâtres, présentant au microscope une quantité considérable de globules blancs ; une rate de 0,30 centimètres sur 0,17 centimètres de largeur ; un foie volumineux ; les ganglions mésentériques un peu gonflés.

L'auteur cite les travaux publiés en Allemagne et en Angleterre, et termine par un résumé de la théorie du docteur Bennett.

En 1853 (*Bulletins de la Société de biologie*, 1re partie, page 44), M. le docteur Charcot présenta une observation recueillie à la Charité, au mois d'avril 1853, sur un homme de 45 ans, n'ayant jamais eu de fièvres intermittentes. A la suite de violens chagrins, sa santé s'altéra ; quatre mois avant son entrée à l'hôpital, il s'aperçut d'une tumeur dans le flanc gauche. Anémie prononcée, lypémanie, hypertrophie de la rate, pas de gonflement du foie, tels sont les symptômes qu'il présente au moment de son entrée. Quatre jours après, mort violente par suicide.

A l'autopsie, on trouve une rate volumineuse de 0,30 centimètres de hauteur sur 0,19 centimètres de largeur ; un sang trouble, rouge brique, cailleboté de grumeaux blanchâtres. Pas de tuméfaction des ganglions lymphatiques.

Le sang, examiné par MM. Charcot et Ch. Robin, contenait : 1° des globulins plus nombreux qu'à l'état normal ; 2° des globules blancs plus volumineux qu'à l'état normal et aussi nombreux que les globules rouges ; ces globules blancs présentaient deux variétés, les uns finement granuleux, les autres contenant un noyau.

En outre, dans le sang du ventricule droit et dans la rate, une grande quantité de cristaux losangiques, légèrement colorés en jaune-rougeâtre.

Cette observation est suivie d'un tableau emprunté à Uhle de Leipsig, et contenant, par ordre chronologique, l'indication des vingt-six faits de leucocythémie bien constatés, observés précédemment.

(*La suite prochainement.*)

Le secrétaire, Dr R. Moutard-Martin.

(1) Suite. — Voir les numéros des 28 Février, 1er, 6 et 8 Mars 1856.

PRESSE MÉDICALE.

CAS DE MUTISME NERVEUX, DÉTERMINÉ PAR UNE ÉMOTION ; par le docteur Panthel. — Ces cas ne sont pas rares, mais celui dont il s'agit présente quelques particularités dignes de remarque. Un garçon de paysan, âgé de 12 ans, bien portant et bien développé, perdit subitement son père. Pendant l'enterrement, il s'affaissa sur lui-même, et fut emporté sans connaissance. Un quart-d'heure après, il reprit ses sens, mais ne pouvait proférer aucun son. Le docteur Panthel le vit le lendemain, et lui trouva une intelligence parfaitement claire ; ce garçon n'accusait aucune douleur, et ne présentait aucune lésion de motilité ou de sensibilité. Les mouvemens de la langue et des lèvres étaient volontaires et réguliers, la déglutition et la respiration normales. Quand on insistait pour le faire parler, il montrait par signes qu'il ne le pouvait pas, et malgré ses efforts, la bouche, la mâchoire inférieure et la langue restaient immobiles. C'est pendant un de ces efforts que notre confrère s'aperçut que les muscles intrinsèques du larynx, innervés par le grand hypoglosse, étaient animés d'un mouvement vibral intense et continu. Ces mouvemens commençaient au moment où le garçon se proposait de parler, et cessaient quand on le calmait et lui disait de ne pas parler. Pendant un de ces accès, que l'on pouvait produire à volonté, le docteur Panthel comprima avec la main ces muscles ; instantanément leur spasme cessa, et le malade put parler, à son grand plaisir. Mais au moment où la main quitta le cou, la parole était perdue. Cet état persista pendant trois jours, pendant lesquels cette expérience fut fréquemment renouvelée par le médecin et les assistans. Le quatrième jour, tout était rentré dans l'ordre. Quinze jours après, ce garçon fut effrayé par une compagnie de perdrix qui se leva à côté de lui, et il perdit de nouveau la voix pendant deux jours, et avec les mêmes symptômes. Quelques semaines plus tard, une troisième attaque, de quelques heures seulement, fut causée par une émotion. Plusieurs années se sont écoulées depuis, et le jeune homme est resté tout-à-fait bien portant.

Le docteur Panthel regarde cet état comme dépendant d'un spasme déterminé par le grand hypoglosse.

Cette observation est curieuse, surtout sous le rapport physiologique. Elle est une nouvelle preuve que plusieurs rameaux nerveux, de différentes provenances, innervant le même muscle, ne peuvent se suppléer mutuellement pour les différentes fonctions auxquelles ce muscle peut être appelé. On pourrait rapprocher ce cas du bégaiement partiel, dans lequel les malades ne peuvent facilement prononcer certains mots, qu'ils redoutent pour cette raison ; quand ces mots se présentent à eux inopinément, ils les disent nettement, mais quand ils ont la conscience que ces expressions vont venir, ils ne peuvent associer les mouvemens musculaires de manière à les prononcer nettement. Ici, l'influence a été au point de rendre la coordination plus que difficile, impossible ; de là ces mouvemens musculaires spasmodiques, durant aussi longtemps que l'effort de parler. — (*Deutsche Clinik*, 1855, n° 40.)

Le Banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le Jeudi 27 Mars courant, à 6 heures du soir, dans les salons de Véfour-Hamel, au Palais-Royal.

Les Inscriptions seront reçues aux Bureaux de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, 56, jusqu'au mercredi 26, à 5 heures du soir.

Le prix de la souscription est fixé à 15 francs.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 35. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 20 Mars 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — Comité secret de l'Académie des sciences. — II. HYGIÈNE PUBLIQUE : Mémoire sur l'empoisonnement par la vapeur d'essence de térébenthine. — III. BIBLIOGRAPHIE : Traité théorique et pratique des maladies des yeux. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 18 Mars 1856 : Correspondance. — Suite de la discussion sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion. — Histoire chimique et technologique du marron d'Inde. — Oblitération du canal intestinal chez un nouveau-né. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Les hivers de Venise.

PARIS, LE 19 MARS 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance très courte, interrompue par un comité secret pour le rapport de la section de physique et de chimie, sur les candidatures pour la place vacante dans son sein. Ces comités secrets sont si secrets, que tout le monde à peu près sait ce qui s'y passe. Quelquefois même on le sait d'avance, si bien qu'hier nous pouvions dire, aussi sûrement qu'aujourd'hui, que la section, imitant l'exemple de la section de médecine et de chirurgie de l'Académie des sciences, présentait aussi sa double liste de candidats, une pour la chimie, l'autre pour la physique, cependant avec cette variante importante qu'elle plaçait un candidat en premier rang et hors ligne.

Mais l'Académie ne s'est pas montrée satisfaite de cette double liste, et après une discussion qui n'a pas duré moins d'une heure et demie, elle a renvoyé le rapport à la section, pour être modifié dans ses conclusions.

Avant ce comité secret, M. Bouvier a pris la parole sur la question de l'occlusion des paupières dans le traitement des ophthalmies. Nous reprendrons cette discussion la semaine prochaine.

COMITÉ SECRET DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

Décidément les doubles listes ont du malheur. A l'Académie des sciences, l'ingénieuse double liste de la section de médecine et de chirurgie paraît n'avoir pas rencontré très grande faveur dans le comité secret de lundi dernier. Après une discussion très animée, l'Académie a renvoyé cette double liste à la section. Si nos informations sont exactes, l'Académie aurait manifesté le désir que la section voulût bien s'en tenir à une liste unique, et les tendances manifestes de la compagnie étaient pour la liste chirurgicale. Il est de fait que si l'on ne consulte que les besoins réels de l'Académie, ce sont les candidatures chirurgicales proprement dites qui auront le plus de chances d'aboutir. L'Académie a le bonheur de posséder, en effet, au moins douze médecins dans son sein. Ce n'est donc pas l'élément médical qui fait défaut. Quant à la physiologie, une compagnie qui compte parmi ses membres les Cl. Bernard, les Flourens, les Coste, les Dumas, les Milne Edwards, les Geoffroy St-Hilaire, etc., ne peut pas dire que cette partie de la science soit en souffrance. Au contraire, la chirurgie n'est représentée que par deux seuls membres, MM. Velpeau et Cloquet, deux chirurgiens éminens, cela va sans dire, mais que l'Académie veut conserver, et elle a raison, et qu'elle ne veut pas écraser sous le poids des labeurs qui incombent à la section de médecine et de chirurgie.

Nous craignons que la section, en voulant donner satisfaction aux trois élémens de cette compétition, médecine, physiologie, chirurgie, n'en ait contenté aucun. Mieux valait, puisqu'on était en train, faire trois listes; on eût évité par là des assimilations impossibles et qui n'ont satisfait personne.

Amédée LATOUR.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

MÉMOIRE SUR L'EMPOISONNEMENT PAR LA VAPEUR D'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE;

Par M. MARCHAL DE CALVI.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 13, 15 et 18 Mars 1856.)

Il faut reconnaître pourtant que tous les individus ne sont pas également susceptibles de subir l'influence de la térébenthine. M. Amédée Latour a habité avec tous les siens une maison de campagne qui venait d'être peinte et qui exhalait une forte odeur d'essence. Ni lui, ni aucune personne de sa famille n'en éprouva aucun effet nuisible. Il remarqua seulement que son chien fut malade pendant plusieurs jours. J'ai fait frictionner des membres entiers avec de l'essence de térébenthine, de telle sorte que les malades respiraient dans une atmosphère chargée de vapeurs de cette essence, et je n'en ai vu résulter aucun inconvénient. Il y a donc des individus qui sont ou semblent à l'abri de l'intoxication par les vapeurs de térébenthine; mais puisqu'il est impossible de rien savoir à l'avance touchant cette immunité, le plus sûr est de se comporter toujours comme si elle n'existait pas.

J'ai parlé des accidens produits par l'inhalation des vapeurs de sulfure de carbone sur les ouvriers travaillant à la fabrication des objets en caoutchouc. Ces accidens consistent : dans des troubles variés de la digestion ; dans une modification profonde de l'intelligence (hébétude, perte de mémoire, etc.) ; dans une grave altération des fonctions du système nerveux (céphalalgie, vertiges, trouble des sens, paralysies plus ou moins complètes du mouvement), et surtout dans une impuissance génitale quelquefois absolue. Ainsi, dans l'intoxication par le sulfure de carbone, l'agent délétère porte ses principaux effets sur le système nerveux central et sur le tube digestif. Mme P..., sujet de mon observation, commença par éprouver des coliques, et ce symptôme était bien fait pour donner l'idée d'un empoisonnement saturnin. C'est au point que, tout en étant bien convaincu que le plomb ne peut se séparer de la peinture, je ne parvenais pas à bannir complétement de mon esprit la pensée d'un empoisonnement saturnin.

M. Chevallier fils et un de ses amis, M. Poirier, ayant séjourné pendant quinze jours dans une fabrique, pour étudier l'épuration de la paraffine par l'huile de naphte, éprouvèrent, au bout de quelques jours d'inhalation des vapeurs de carbure d'hydrogène, les accidens suivans : faiblesse générale, sueurs froides, étourdissemens, céphalalgie, anorexie, nausées, apathie.

M. Poirier, plus robuste en apparence, éprouva ces accidens avec plus d'intensité ; ayant été obligé de se tenir debout pendant quelques instans, il fut pris d'une grande lassitude, de sueurs froides, et perdit connaissance ; sa santé est encore chancelante. L'ouvrier employé à la fabrique dit avoir éprouvé les mêmes accidens au début de son travail. Un chien, qui accompagnait chaque jour ces messieurs à la fabrique, perdit l'appétit, devint triste, et eut pendant quelques jours une abondante transpiration.

On comprendra, sans que j'y insiste, combien les faits que je viens de citer, ceux de M. Delpech et ceux de MM. Chevallier et Poirier, viennent à l'appui de l'opinion qui attribue des effets toxiques aux vapeurs de térébenthine.

Il y a un GENRE *d'empoisonnement par les vapeurs que donnent les composés du carbone, et dans ce genre il y a des* VARIÉTÉS.

Le fils d'un homme célèbre, jeune homme d'une vingtaine d'années, eut l'étrange et funeste fantaisie de fumer du musc, en compagnie d'un de ses amis. Celui-ci en éprouva un grand malaise, une aberration d'esprit analogue à celle que produit le haschich. Quant au premier, voici ce qui arriva. Il ne parut pas de toute la journée dans sa famille, et quand, à bout d'inquiétude, on se décida à pénétrer de force dans sa chambre, on l'y trouva pendu. Ses pieds, finement chaussés, touchaient terre de la pointe, et il était vêtu comme pour aller dans le monde... Je dis ce qui m'a été raconté, avec le regret

Feuilleton.

LES HIVERS DE VENISE (1).

CLIMAT — HYDROGRAPHIE — EFFETS THÉRAPEUTIQUES.

III.

Venise doit être humide et loin de toute comparaison sous ce rapport avec les villes connues, puisque l'eau se substitue à l'élément solide dans toute l'étendue du bassin dessiné par les contours irréguliers du rivage continental de la Lagune. Cette pensée est peut-être, la première qui se présente à l'esprit des personnes qui veulent apprécier le climat vénitien sans avoir vu les lieux. Elle règne même à l'état d'idée reçue, chez beaucoup de ses habitans, par excès de confiance dans la tradition qui éclaire souvent, mais qui trompe quelquefois. Ceux-ci n'auraient qu'à réfléchir un moment pour reconnaître que cette humidité n'a pas un rôle bien prépondérant dans la climatologie, car à défaut de sens observateur, ils ont au moins leurs impressions personnelles. Quant aux autres, je les renvoie pour plus de détail à mon livre sur la climatologie de la péninsule et me borne à leur présenter ce rapprochement qui porte lui-même sa conclusion. A Pise, l'une des stations médicales les mieux méritantes, il tombe chaque année, en moyenne, 1 mètre 42mm de pluie ; à Venise, il ne tombe que 933mm. Quelle différence en faveur de la ville submergée, au détriment de la ville continentale !

Il y a cependant de l'humidité à Venise. Puisque les rues sont des canaux toujours remplis et que les palais trempent en permanence dans l'eau de la lagune, il faut qu'une influence aussi prépondérante se manifeste par des effets. On ne les constate pas sur l'hygromètre placé à une certaine hauteur, car il marque une moyenne d'humidité qu'on retrouve dans l'atmosphère des villes continentales. Les vents, ces alimens si actifs de la salubrité, les marées qui purifient régulièrement la ville et créent des courans réguliers, en sens inverse, dont les uns portent l'air pur de la mer sur la Lagune, et les autres poussent l'air vicié de la Lagune dans la mer ; ces mouvemens, d'origine diverse, modèrent l'état hygrométrique ; ils ne sont pas assez puissans, quelle que soit leur efficacité, pour la neutraliser au point de placer Venise au niveau des villes où l'élément liquide n'occupe qu'une très petite étendue du sol. Les murs des maisons et des palais font office d'hygromètre ; malgré l'excellence des constructions, l'humidité s'y dessine de la manière la plus visible, mais seulement jusqu'à une limite qu'en général elle ne dépasse pas. Au-dessus des rez-de-chaussée (6 à 8 mètres), elle ne se traduit plus à l'extérieur comme à l'intérieur des habitations qui ne sont pas trop défavorablement placées. Dès le premier étage la zone saine commence ; quelles que soient les exceptions, c'est une règle qu'on peut établir. Pour Venise, d'ailleurs, comme pour les autres grandes cités italiennes, les étages nobles sont les étages élevés, ceux qui s'ouvrent le plus directement à l'air pur et agité et reçoivent le plus longtemps, les salutaires impressions de la lumière solaire.

Peut-être cet air conserverait-il quelque chose de l'humidité des rez-de-chaussée, si l'art des constructions n'était venu au secours des exigences du climat. Est-ce une pensée d'hygiène qui guida la main du premier architecte des palais de Venise, à l'époque où les artistes étaient aussi des penseurs ou des savans? Ou bien, le hasard trouva-t-il, sans autre auxiliaire que le caprice ou l'imitation, les sages combinaisons protectrices des intérêts de la santé publique? L'histoire nous le laisse ignorer. Toujours est-il qu'il règne un véritable accord entre les nécessités imposées par les conditions de l'air et les ouvrages élevés par la main de l'homme. Dans cette ville, où un excès d'humidité était à craindre, les palais paraissent avoir été construits dans la pensée de neutraliser l'influence de l'humidité.

Il y a peu de personnes qui ne connaissent la physionomie architecturale des palais de Venise. Pour ceux qui n'en auraient qu'une idée confuse, les beaux *Canaletti* des galeries du Louvre, les transporteraient au milieu des splendeurs déchues du grand canal. Ce qui frappe tout d'abord sur les façades, c'est l'unique et large croisée coupée de colonnes qui s'ouvre régulièrement au milieu de chaque étage. Or, cette croisée éclaire une immense salle centrale dont l'extrémité correspondante est également percée d'une croisée de la même dimension. Le plus ordinairement, l'une prend jour sur un canal, et l'autre sur une place, une cour intérieure ou la voie publique. C'est dans ce vaste salon ou cette galerie que s'ouvrent les portes de tous les appartemens. On comprend déjà le rôle qu'il joue dans l'aération de chaque étage, car la même distribution se répète régulièrement de bas en haut. Il forme la principale voie par laquelle s'opère le mouvement de l'air. Qu'on suppose les palais bien orientés et facilement accessibles aux vents les plus efficaces pour l'entretien de la salubrité, et on verra pour ainsi dire, avec quelle rapidité les atmosphères de tous ces intérieurs se déplacent et se renouvellent. Les appartemens latéraux avec leurs croisées et leurs portes ouvertes forment les affluens secondaires du courant principal. Qu'un peu de soleil prête son concours à l'impulsion de l'air, et cette humidité si redoutable ne peut plus laisser de trace. Cette opération que la prévoyance impose aux moins intelligens se fait aussi d'elle-même, et voilà pourquoi les conditions hygrométriques de Venise ne produisent pas les effets qu'on leur a attribués.

Il ne faut donc pas perdre de vue, en climatologie, cette vérité importante que les influences se corrigeant les unes par les autres, on ne doit pas les apprécier séparément. C'est par l'ensemble que les questions de cet ordre se jugent. Les solutions donnent fréquemment des résultats inattendus ; elles expliquent aussi des effets qui seraient restés des mystères, si, après avoir étudié les causes dans leur nature, on ne l'avait fait dans leurs rapports mutuels. On n'a donc pas à craindre l'humidité, ce fléau trop grandi et qui, vu de près, est à peine un faible inconvénient. Elle s'observe, du reste, souvent plus forte, plus pénétrante dans d'autres stations justement renommées de l'Italie. Je connais beaucoup Venise, j'y habite tous les hivers un palais et je fréquente ou je visite les plus connus ; je n'ai constaté l'humidité à un degré élevé que dans ceux où ne loge plus personne et que l'incurie laisse dans l'abandon. Toutefois, cette humidité ne franchissait pas un certain niveau, je ne l'ai pas vue, je ne l'ai pas sentie dans les étages supérieurs. Quant aux palais habités, elle ne s'y montre pas au point de la croire un danger.

Mais cette influence, qu'on peut conjurer dans les habitations, surtout dans celles qui jouissent d'une exposition convenable, l'exposition du midi au nord, cette influence règne incontestablement sur la Lagune

(1) Voir les numéros des 4 et 13 Mars 1856.

de n'avoir pas de renseignemens plus détaillés et plus précis.

C'est en très grande partie par voie d'inhalation que les fumeurs d'opium s'abrutissent; toutefois, une certaine proportion de la substance narcotique est ingérée avec la salive. C'est sans doute parce que les fumeurs avalent un peu de tabac de cette manière, que, chez quelques-uns, les garde-robes sont réglées par l'usage du cigare ou de la pipe.

Les émanations des fleurs, les parfums en général, exercent souvent une influence nuisible sur l'économie. C'est un sujet mal étudié, et qui demanderait des recherches expérimentales variées.

Les émanations des corps odorans ont évidemment deux sortes d'action : l'une purement olfactive, l'autre proprement toxique.

On assure que le duc d'Épernon et la célèbre Contat s'évanouissaient en sentant le fumet du lièvre. Même en faisant la part de l'affectation, le nombre des personnes qui souffrent de certains parfums, notamment du musc, reste encore considérable. Dans ces cas, évidemment, l'action du principe nuisible est purement olfactive, et répond à une idiosyncrasie; ce principe agit en tant qu'odorant et donnant lieu à une sensation antipathique.

Il n'en est pas de même dans le cas suivant, que je choisis parmi d'autres, et que j'emprunte au *Journal de chimie médicale* (2me série, tome x, page 38), où il a été consigné par M. Larue du Barry, auteur et sujet de l'observation :

« Le 3 septembre, dit M. du Barry, à dix heures du soir, je me couchai dans ma petite chambre, après avoir déposé sur la cheminée un bouquet de fleurs de jasmin, gros comme une orange; j'eus un cauchemar affreux, et je me réveillai à deux heures du matin tout en sueur, atteint d'une vive céphalalgie, de douleurs aux articulations des membres inférieurs, et de malaise général. Je jetai immédiatement les fleurs hors de la chambre, que j'aérai en ouvrant la porte et la croisée. Je ne fus complétement rétabli que deux jours après. »

Ici, sans contredit, ce n'est point en tant qu'odorantes et développant une sensation antipathique, que les émanations nuisibles ont agi, puisque les accidens se sont produits durant le sommeil, en l'absence de toute perception. De même, ce n'est pas en tant qu'odorantes que les vapeurs de térébenthine ont agi chez Mme P..., puisque depuis longues années elle était complétement anosmique.

La distinction que je signale est subtile, mais je la crois parfaitement exacte, et on la retrouve dans l'explication du mécanisme suivant lequel les vapeurs nuisibles agissent sur l'économie.

Si ces vapeurs agissent en tant qu'odorantes, le mécanisme de la sensation antipathique est le même que celui de la sensation en général : l'odeur, qui sera celle du musc, par exemple, agit sur le cerveau par l'intermédiaire du nerf olfactif.

Si ces vapeurs agissent indépendamment de leur odeur, on est forcé d'admettre que c'est à la suite de leur mélange avec le sang, dans lequel elles pénètrent par la voie de l'absorption pulmonaire. Dans l'éthérisation, en général, on ne peut douter qu'il n'en soit ainsi. Toutefois, on voit quelquefois le chloroforme agir si rapidement (pour ainsi dire d'une manière foudroyante) sur l'axe cérébro-spinal, que l'on se demanderait presque s'il n'y a pas eu là un effet direct, une transmission immédiate de l'agent anesthésique à travers les nerfs olfactifs. Sans doute, ces nerfs, comme tous les nerfs de sensibilité spéciale, n'ont d'impressionnabilité que par rapport à un modificateur spécial, et ne sont pas sensibles autrement; mais il n'est point question ici d'un acte de sensibilité, et il s'agirait d'une sorte de transmission par imbibition.

Un individu qui n'avait pas l'habitude de priser, aspira fortement une prise de tabac. Très peu d'instans après il pâlit, et son visage se couvrit d'une sueur froide; la tête lui tournait, et il commençait à éprouver des nausées; son pouls était d'une petitesse extrême. J'étais présent, et il me fut facile de voir que cet individu était hyposthénisé par le tabac. Je lui dis de se laver l'intérieur du nez avec de l'eau fraîche, pour se débarrasser, aussi complétement que possible, de la poudre de tabac, et je lui fis boire une petite quantité de rhum. Il se remit dans l'espace d'un quart d'heure et put prendre sa place au dîner auquel il était convié.

On me conduisit au Val-de-Grâce, un enfant qui s'était introduit un corps étranger dans l'oreille. Cet enfant était très indocile et très violent; il se débattait avec force, et il était impossible même de l'examiner. Je jetai quelques gouttes de chloroforme sur un mouchoir que je lui mis sur le nez. Il fit une longue et forte inspiration, à la manière des enfans qui *se pâment*, et tout aussitôt il s'affaissa lourdement, pâle, les yeux renversés. Ce n'était pas l'anesthésie, c'était l'apparence de la mort... Nous passâmes une demi-heure environ au milieu des plus poignantes angoisses. L'enfant revint à lui.

Ce que je veux faire remarquer dans ces deux cas, c'est l'extrême promptitude avec laquelle l'effet se produisit, promptitude qui, comme je l'ai dit, ferait naître l'idée d'une propagation directe de l'agent nuisible à travers les nerfs olfactifs jusqu'au cerveau; mais je suis loin d'affirmer ce mode de propagation.

M. Boutigny a mis en avant une théorie sur l'action des anesthésians, que je trouve formulée en ces termes dans le travail cité :

« La vapeur anesthésiante arrive dans les poumons avec de l'air. Une partie de cette vapeur est absorbée par la surface pulmonaire et est portée dans le torrent de la circulation, d'où l'excitation qui précède l'insensibilité. L'autre partie absorbe une certaine quantité, sinon la totalité de l'oxygène de l'air, et donne lieu à un dégagement plus abondant d'acide carbonique et d'eau, ainsi que l'ont observé M. Lassaigne et MM. Blandin et Ville. Comme on voit, cette théorie est très simple. La vapeur anesthésiante se substitue au poumon, absorbe l'oxygène qui était destiné à celui-ci, au moins en partie, et l'asphyxie se produit incomplétement dans la plupart des cas, et complétement dans d'autres.... Ainsi, dans l'asphyxie proprement dite, la mort survient faute d'oxygène; dans l'asphyxie par substitution, au contraire, l'oxygène ne manque pas, mais il se combine en partie à la vapeur anesthésiante au lieu de se porter sur les poumons, d'où la suspension momentanée de la sensibilité. »

Cette théorie, d'après l'éminent physicien qui la propose, expliquerait aussi bien l'action des vapeurs de térébenthine que celle des vapeurs anesthésiantes proprement dites. Mais tout s'oppose à ce que nous l'acceptions dans un cas comme dans l'autre. Qu'il se produise un certain degré d'asphyxie dans l'éthérisation, parce que les vapeurs éthérées diminuent la proportion d'air inspiré, cela n'est pas douteux; mais quand on voit le chloroforme produire des effets formidables après quelques inspirations, on comprend bien que, dans son action, il y a autre chose que l'asphyxie. Quant à l'action de la térébenthine, en particulier, quelle comparaison établir entre les symptômes présentés par Mme P..., sujet de mon observation, et ceux de l'asphyxie? S'il n'y avait que substitution des vapeurs de térébenthine au poumon et par suite réduction de l'oxygène respiré, on n'aurait qu'à ouvrir les fenêtres pour faire cesser les accidens, car, comme je l'ai déjà dit, tant qu'un individu simplement asphyxié n'a pas perdu la faculté de respirer, il revient à la vie par l'exposition à l'air libre. Oserait-on attribuer à l'asphyxie les accidens éprouvés par M. le docteur Maffei et par cette personne dont j'ai parlé, qui fut obligée de renoncer à faire faire son portrait à l'huile à cause des émanations de la peinture ?... Non; il n'y a pas à insister plus longtemps sur l'hypothèse d'ailleurs ingénieuse de M. Boutigny, et ce qui produit les effets comme les accidens de l'éther, du chloroforme et des huiles essentielles, c'est une action spécifique, aussi évidente qu'indéfinissable, sur l'axe cérébro-spinal.

CONCLUSIONS.

1° La céruse est fixe dans la peinture dont elle forme la base, par conséquent elle n'est pour rien dans les accidens qui peuvent résulter du séjour dans un appartement récemment peint.

2° Ces accidens sont dus aux vapeurs d'essence de térébenthine.

3° Le danger du séjour dans un appartement qui vient d'être peint est le même, quel que soit le composé, blanc de plomb ou blanc de zinc, qui forme la base de la peinture, dès que cette peinture contient de la térébenthine.

4° Il y a danger d'intoxication par la térébenthine tant que la peinture n'est pas sèche, et le plus sûr est de n'habiter un appartement que quand toute odeur d'essence a disparu.

5° Quelques personnes subissent impunément l'action prolongée des vapeurs de térébenthine; mais, comme on ne sait rien à l'avance touchant cette immunité, et alors même qu'elle serait connue, comme on n'est pas certain qu'elle soit constante, la prudence veut qu'on agisse comme si elle n'existait pas.

6° Les émanations des fleurs et les vapeurs des huiles essentielles agissent de deux manières sur l'économie : ou en développant une sensation antipathique, ou par suite de leur mélange avec le sang et indépendamment de la sensation. Dans le premier cas, l'effet est idiosyncrasique; dans le second, il est toxique.

7° Les vapeurs de l'huile essentielle de térébenthine portent leur action sur l'axe cérébro-spinal, *peut-être* aussi sur le tube digestif; mais, sur ce dernier point, je ne puis parler que d'après un seul fait, celui de la dame P....

8° L'action sur l'axe cérébro-spinal est hyposthénisante; elle peut aller jusqu'à occasionner la mort dans l'espace de quelques heures.

9° L'empoisonnement par les vapeurs de térébenthine réclame le traitement excitant, et, bien entendu, la suppression immédiate de la cause, c'est-à-dire le changement de lieu.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX;

Par L.-A. Desmarres, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de clinique ophthalmologique, etc. 2de édition revue, corrigée et augmentée. — Paris, Germer-Baillière, 1854 et 1855.

Cette seconde édition du livre de M. Desmarres n'est pas, jusqu'ici, complète; le troisième volume n'a point encore paru. Mais les deux premiers contiennent déjà une bonne partie de la science ophthalmolo-

---

C'est là qu'il faut l'éviter. Avec le soleil, il n'y a rien à craindre, avec le soir ou la nuit, de fâcheuses conditions se dessinent et on ne peut s'y soustraire qu'en prenant de sages précautions. Il faut avoir pour principe de garder la gondole close, pendant les traversées des petits canaux où souvent l'eau est basse, où les exhalaisons sont mauvaises et que le soleil visite rarement; il en est de même lorsque le ciel est nuageux et que l'air est hygrométrique. La nuit, ces précautions sont plus indispensables encore; il est même préférable de ne pas sortir. Les promenades au clair de lune sont très agréables sans doute, sous le rapport des impressions et du pittoresque, mais elles peuvent faire payer cher aux malades un plaisir qui doit rester le partage des voyageurs bien portans.

Le bon côté, la face médicatrice de cette humidité, mérite à présent de fixer notre attention. Si Venise est une ville à part pour ses conditions topographiques, elle l'est bien plus encore pour les ressources qu'elle place sous la main du médecin. Je ne parle pas des effets d'un air tempéré et humide sur les organisations impressionnables et les poumons malades. Cette qualité, la première et la plus commune, puisqu'elle distingue la plupart des stations médicales ouvertes au traitement de la phthisie, sera appréciée avec détail en son lieu. Il ne s'agit que des avantages inhérens à cette hydrographie vénitienne, nom qu'on peut substituer avec raison à celui de topographie, puisque le sol disparaît sous les eaux. Cette constitution spéciale de la ville et de son bassin est, en effet, la source d'usages particuliers et crée, en même temps, des moyens d'action que peut utiliser la thérapeutique. Ce n'est pas le côté le moins intéressant et surtout le moins utile de cet ensemble de conditions variées qui constitue le climat vénitien.

Le véhicule ordinaire de Venise, c'est la gondole. Pour les étrangers, ce moyen de locomotion est une jouissance; pour les malades, un puissant auxiliaire de traitement. La chaise à porteur est un instrument très utile et très doux, et qui rend de très grands services en terre ferme, pour le transport des malades; la gondole a une immense supériorité sur la chaise à porteur. Elle glisse sur l'eau sans aucune de ces ondulations brusques qui troublent la paisible uniformité de la marche dans les petites embarcations; un léger balancement est le seul signe qui trahisse le jeu régulier de la rame. Le logement, très commode, est disposé de manière à rendre douces et faciles toutes les attitudes, car les sièges (il y a en a trois) réunissent les avantages du divan oriental et du fauteuil à la Voltaire. On peut s'isoler complétement dans l'intérieur de ce petit réduit; c'est en quelque sorte le *chez soi* transporté sur la voie publique. Ce qui imprime le sceau d'une sorte de perfection à cet arrangement, c'est la faculté de doser à son gré la quantité d'air et de lumière, grâce aux stores de drap noir et aux vitrages de glace qui glissent les uns sur les autres, sans effort et sans bruit.

Que de services cette embarcation inventée pour obéir aux nécessités de l'hydrographie vénitienne, que de services elle peut rendre à la thérapeutique ! Le temps est-il mauvais et le mouvement est-il prescrit aux malades? Faut-il agir sur leur esprit attristé en leur permettant d'aller à la recherche de nouvelles impressions? ils peuvent parcourir de grands espaces, réjouir leur vue du spectacle qui passe sous leurs yeux, sans en rapporter une exacerbation dans l'état de leur santé. Le temps est-il favorable à la promenade et aux effets que le médecin croit pouvoir tirer du climat? les malades parviennent sans fatigue jusqu'au lieu désigné où rien n'a troublé d'avance les dispositions qu'ils portent. La transpiration ou l'épuisement des forces viennent-ils les arrêter pendant le cours de cet exercice salutaire? La gondole est là pour les recevoir et les porter jusqu'au logis en leur donnant le repos et l'ombre et en les protégeant contre la température et le grand air.

Venise laisse, sous ce rapport, bien loin derrière elle les stations médicales les plus justement estimées. Elle donne les moyens de se soustraire à des inconvéniens qui deviennent souvent des dangers, et qui, dans tous les cas, affaiblissent ou neutralisent les avantages. A Nice, par exemple, l'ombre est une menace toujours suspendue sur la tête du malade. S'il en reçoit quelque temps l'impression, lorsqu'il est en moiteur, il tombe d'un bien-être relatif dans une aggravation quelquefois funeste. La gondole, inventée, dit-on, pour servir le despotisme, mérite notre indulgence, car j'ai montré qu'elle est une précieuse ressource en même temps qu'un auxiliaire indispensable pour les traitemens qui sont du ressort du climat vénitien.

Il y a quelques années, on a parlé des avantages des voyages maritimes dans le traitement de la phthisie. Je connais, pour mon compte, l'exemple d'un phthisique qui était au début du second degré et qui recouvra une santé parfaite après deux voyages de va et vient d'Europe en Amérique. La science a bien d'autres faits à joindre à celui-là, et on comprend que, toute singulière qu'elle paraisse, cette médication puisse avoir d'heureux résultats. Mais, à côté des bons effets, il y a la triste page des insuccès et des malheurs. Au milieu d'une longue navigation, prescrite par la médecine, un malade expire dans les flots de sang d'une hémoptysie provoquée par les fatigues du mal de mer. Une dame, au premier degré de l'affection tuberculeuse, part de Marseille dans un état satisfaisant, et arrive mourante à Naples, après la plus pénible traversée, bien que le temps ne fut pas très défavorable. Un jeune phthisique était sur le même bateau à vapeur, ses souffrances furent si vives qu'il dut débarquer à Civita-Vecchia. Cela prouve tout au moins que ce n'est pas par leurs inconvéniens ordinaires que les voyages en mer sont utiles. Les répéter fréquemment et les faire courts, voilà la meilleure recommandation à adresser aux malades; ce n'est pas au hasard des intempéries qu'on les abandonne, en prenant cette sage précaution.

Venise me paraît merveilleusement placée pour employer ce mode de traitement. L'Adriatique est une mer difficile, mais on sait parfaitement quels vents promettent le beau temps, quels autres sont contraires à la sûreté comme au calme de la navigation. Puis les traversées sont courtes. De Venise à Trieste, la traversée dure six heures. Les autres stations de la même mer ne sont pas à des distances bien grandes. Avec les belles journées si fréquentes en hiver dans ces parages, rien de plus facile que de commencer ces expériences, rien de plus probable que d'en recueillir quelque fruit.

Ces avantages de l'hydrologie vénitienne sont les avantages indirects. Je ne m'en suis d'ab ord occupé que pour consacrer aux autres, à ceux qui tiennent plus étroitement à la thérapeutique, des développemens en rapport avec les services qu'ils rendent à l'art de guérir.

(*La suite prochainement.*) Dr Éd. Carrière.

gique, puisqu'on y trouve, outre les maladies de l'orbite, des voies lacrymales et des paupières, presque toutes celles des tuniques du globe oculaire.

L'auteur a, dans cette édition, mis en tête de son traité une traduction de l'*Anatomie de l'œil* de Brucke, à laquelle sont ajoutées des notes du traducteur, M. Gros de Moscou, de M. Robin et de M. de Graefe. On trouve dans ces notes quelques données nouvelles et importantes sur l'anatomie si difficile de l'œil; entre autres ce fait découvert par Hyrtl, et que M. de Graefe dit avoir vérifié, de l'insertion de l'iris à une certaine distance du bord de la cornée et sur l'arête du ligament ciliaire, fait qui explique comment on peut pénétrer dans la chambre antérieure par la sclérotique sans intéresser l'iris; cet autre encore annoncé par M. de Graefe, que l'humeur de Morgagni n'existe pas sur le vivant et n'est que le résultat d'une endosmose qui se produit après la mort à travers la capsule du cristallin; celui attribué au docteur Hasmer défaut d'adhérences centrales entre la capsule postérieure et la fossette hyaloïdienne, fait qui explique l'extraction de la cataracte avec sa capsule sans procidence du corps vitré, et plusieurs autres qu'il serait trop long d'énumérer.

Après ces premières notions anatomiques, et sans autre préambule, M. Desmarres entre immédiatement en matière par des conseils sur l'ophthalmoscopie, c'est-à-dire sur l'art d'examiner les yeux. Il trace la méthode à suivre dans cet examen pour établir le diagnostic avec quelque précision au milieu de cette foule de lésions qui s'accumulent dans un si étroit espace, et donne quelques procédés très pratiques pour certaines parties de cette exploration, par exemple pour le renversement des paupières. Quant aux instrumens ingénieux récemment inventés sous le nom d'ophthalmoscopes, tout en reconnaissant le mérite de leurs inventeurs et le parti qu'ils en savent tirer, il ne croit pas que leur usage puisse jamais se généraliser à cause du long exercice que nécessite leur emploi.

Le premier chapitre, qui fait suite à cette espèce d'introduction, est consacré aux maladies de l'orbite, qui y sont longuement et soigneusement décrites, et dont l'histoire est appuyée d'un assez grand nombre d'observations particulières. Mais, comme cette partie de l'ouvrage n'a donné à l'auteur que peu d'occasions à des remarques qui lui soient propres, nous passerons rapidement au chapitre suivant, sans noter ici autre chose que le conseil donné par M. Desmarres au sujet des abcès de l'orbite, de les ouvrir toujours le plus près possible de sa circonférence et aussi loin qu'on peut des paupières, pour éviter les déformations de ces organes, souvent si fâcheuses pour l'œil lui-même.

Le deuxième chapitre comprend toutes les maladies de l'appareil lacrymal. Il mérite que nous nous y arrêtions plus longuement. De toutes les parties de cet appareil, la glande lacrymale est certainement celle dont les affections offrent le moins d'intérêt. Fort rares isolément et presque toujours très obscures, leur histoire n'offre guère d'autre point intéressant que le peu d'inconvénient qui résulte de l'ablation de cet organe quand on est forcé de la pratiquer.

Les conduits lacrymaux qui sont rarement le siége d'affections primitives ont cependant offert à l'observation de l'auteur un cas de dacryolithe qui est le troisième fait de ce genre existant dans la science et dont l'observation est rapportée tout au long. Les conduits se rétrécissent quelquefois, s'oblitèrent même, d'autrefois ils se dilatent passivement et ces déformations sont toujours fort difficiles à traiter; des plaies, des brûlures peuvent aussi les compromettre gravement ou les détruire. Mais, circonstance remarquable, l'oblitération de ces conduits quand elle n'est compliquée d'aucune autre affection ne donne jamais lieu à un larmoiement incommode. Il n'en est plus de même d'une affection quelquefois si légère en apparence qu'on ne parvient à la reconnaître qu'à l'aide d'un petit artifice que l'auteur indique, je veux dire du renversement des points lacrymaux. En effet, ce renversement est quelquefois si peu marqué, qu'il faut, pour le constater, faire regarder le malade en haut; et pourtant, à ce faible degré, il suffit pour laisser accumuler les larmes au grand angle et déterminer un larmoiement parfois incommode. Cette déviation peut être produite par diverses altérations des tissus environnans. L'auteur en a signalé le premier une cause assez fréquente dans l'hypertrophie du tissu cellulaire qui entoure le conduit.

La peau du grand angle de l'œil peut être le siége d'inflammations, d'abcès, d'ulcérations, et même de kystes, qui n'ont d'autre intérêt que l'importance qu'il y a à les distinguer des maladies du sac qui est au-dessous; diagnostic d'autant plus difficile, d'ailleurs, que la compression exercée sur le sac empêche le libre passage des larmes et des injections. L'auteur conseille donc, dans le doute, de ponctionner toujours ces tumeurs très superficiellement, et de pratiquer ensuite avec la seringue d'Anel une injection qui lèvera tous les doutes.

Les maladies du sac lacrymal et du canal nasal, qui tiennent une si grande place en chirurgie, à cause de la fistule dont elles sont souvent l'origine, ont été de tout temps l'objet de l'étude la plus attentive. Cependant l'auteur a trouvé moyen d'ajouter sur ce sujet quelques observations nouvelles à celles de ses devanciers. Entre autres, il a remarqué que la portion du sac, qui se trouve au-dessus du tendon de l'orbiculaire, prend quelquefois un assez grand développement dans la tumeur lacrymale, et il décrit cette variété sous le nom de *tumeurs en gourde*. De cette disposition résulte un cul-de-sac qu'on n'atteint pas sans des précautions particulières dans les opérations qui se pratiquent sur le sac, et qui peut donner lieu à une récidive après l'oblitération de celui-ci. Aux variétés habituellement décrites de la fistule, il en a aussi ajouté une sous le nom de *fistule capillaire*. Il considère cette variété comme une des terminaisons favorables de la maladie, parce qu'elle est infiniment peu gênante, et il a même cherché à la produire artificiellement comme moyen de guérison, mais sans jamais réussir.

Pour M. Desmarres, la carie qu'on observe assez souvent avec la fistule dans le canal nasal est presque toujours, sinon toujours, le résultat d'une ostéite primitive liée à une affection scrofuleuse ou syphilitique, et c'est de cette façon que s'explique, pour lui, la lenteur extrême du développement de ces fistules et l'étendue des altérations osseuses qu'on découvre parfois au moment de leur formation. Quant à l'opinion de Scarpa, qui croyait trouver dans une inflammation de la muqueuse palpébrale l'origine de presque toutes les tumeurs lacrymales, il la croit au moins fort exagérée, et il pense que, au contraire, la blépharite est le plus souvent consécutive à la tumeur, dont l'origine trouverait plus facilement son explication dans l'extension d'une inflammation chronique de la muqueuse de Schneider.

Il n'accorde aussi qu'une importance secondaire aux valvules décrites par M. Bérard dans la formation des tumeurs lacrymales.

Dans le traitement de ces tumeurs, il a employé parfois avec succès les moyens médicaux et il conseille d'y avoir constamment recours avant d'en venir au traitement chirurgical toujours douloureux et incertain dans ses effets. Il recommande particulièrement les scarifications de la pituitaire, qui remplacent avec avantage les applications de sangsues.

Il a mis en usage également les injections par la méthode d'Anel et celles par le canal nasal. Les premières lui ont donné quelques bons résultats, soit comme moyen curatif, soit comme simple palliatif; quant à celles qui se pratiquent par en bas, elles lui semblaient offrir des difficultés qui compensaient tous leurs avantages; mais, avec les canules de diverses formes que M. de Graefe a fait confectionner, il pense qu'on pourra y avoir utilement recours. Lui-même il a fait faire, pour l.. cathétérisme des points lacrymaux, des stylets plus rigides que ceux de Méjean et de courbures variées qui permettent d'arriver avec une facilité bien plus grande dans le canal nasal, qu'il est quelquefois parvenu à désobstruer de la sorte. Dans tous les cas, ces différens modes de cathétérismes et d'injections sont d'un grand secours pour assurer le diagnostic.

L'auteur décrit tous les procédés de dilatation temporaire ou permanente employés dans le traitement de la fistule, ceux qui ont été proposés pour ouvrir une voie artificielle aux larmes, la cautérisation, la compression, et il n'a pas de peine à montrer les défauts et l'insuffisance de tous ces moyens de traitement, qui ne se sont tant multipliés que parce qu'aucun n'atteignait complétement le but. Tous peuvent échouer. Il faut bien alors en venir à une dernière ressource, l'occlusion des voies lacrymales. Or, il se trouve que ce moyen de traitement donne les meilleurs résultats, en sorte que l'auteur l'érige presque en méthode générale. Il montre d'abord que, dans un très grand nombre de cas, les autres moyens n'amènent la guérison qu'en produisant précisément cette oblitération. Ensuite, il fait voir que cette oblitération n'a pas pour résultat, comme on pourrait le craindre, un larmoiement habituel. En effet, on sait qu'en dehors de toute excitation pathologique ou physiologique, le liquide qui humecte habituellement la surface de l'œil est une sécrétion des vaisseaux de la conjonctive.

L'évaporation suffit à faire disparaître cette sécrétion à mesure qu'elle se forme, sans qu'il s'en écoule rien par les conduits lacrymaux. Ce n'est que sous l'influence d'une irritation plus ou moins vive que la glande lacrymale verse momentanément la sienne en abondance sur la conjonctive. Alors seulement les larmes sont absorbées par les points lacrymaux qui n'y suffisent même pas la plupart du temps, et presque toujours une partie au moins s'échappe des paupières et coule sur la joue. Tout ce que peut faire l'oblitération des conduits est donc d'augmenter un peu l'abondance de cet épiphora accidentel. Si la tumeur et la fistule lacrymale s'accompagnent d'un larmoiement habituel, c'est que par l'irritation qu'elles entretiennent à la surface de l'œil, elles provoquent une hypersécrétion de la glande lacrymale qui cesse dès que ces affections ont cesse d'être. Cette théorie était depuis longtemps professée par l'auteur, elle a été aussi adoptée en Allemagne par M. Hyrtl. Or, la destruction et l'oblitération du sac lacrymal étant définitivement toute raison d'être à la tumeur comme à la fistule, les malades se trouvent par là débarrassés pour toujours et de l'inflammation et de l'épiphora dont elles étaient la cause. La destruction du sac peut s'opérer à l'aide des caustiques ou du fer rouge. C'est à ce dernier que l'auteur donne la préférence, et voici comment il procède. Il fait d'abord une incision de 3 centimètres qui suit le bord de l'orbite et doit comprendre à la fois la peau, le sac, le tendon de l'orbiculaire et toute l'épaisseur des parties molles jusqu'aux os; puis, la plaie étant bien séchée, il en écarte les lèvres avec des crochets appropriés, et, à l'aide d'un cautère à boule fort semblable à la tête de moineau d'Ambroise Paré, il en cautérise tout le fond, en commençant par l'angle supérieur. Lorsque la peau est soigneusement épargnée, cette cautérisation est peu douloureuse. Des applications d'eau froide constituent tout le pansement. Lorsque toute suppuration est tarie, on laisse fermer la plaie, dont la cicatrice est à peine visible.

Cette opération n'est presque jamais suivie d'accidens, et, sur un très grand nombre d'opérés, l'auteur n'a eu que deux érysipèles, qui guérirent facilement.

L'action des caustiques est plus lente, moins facile à limiter, leur application est plus souvent suivie d'accidens; aussi l'auteur ne les emploie que lorsque, par pusillanimité, les malades refusent absolument le fer rouge.

Les maladies des paupières ne nous arrêteront pas longtemps, pressés que nous sommes d'arriver à celles de l'œil lui-même. Cependant, nous ne pouvons nous dispenser de mentionner quelques-uns des perfectionnemens que l'auteur a apportés à leur traitement. Par exemple, le procédé qu'il a substitué à celui d'Adams, pour la guérison de l'ectropion, et qui consiste à enlever une portion de la paupière, près du grand angle, par une incision en V, dont la branche supérieure horizontale part de cet angle même, procédé qui supprime la cicatrice disgracieuse que celui d'Adams laissait sur le milieu de la paupière et qui diminue beaucoup les chances fâcheuses d'un colobome. Et cet autre procédé ingénieux à l'aide duquel l'auteur est parvenu à faire immédiatement cesser des ectropions qui compromettaient gravement les résultats chez des opérés de la cataracte, en traversant la peau de la paupière avec une petite épingle, à laquelle il accrochait un fil qui passait sous la mâchoire, pour aller se fixer à l'oreille du côté opposé, maintenait la paupière solidement abaissée. Il propose aussi, pour le traitement du trichiasis partiel par direction vicieuse, une petite opération fort simple et qui lui a toujours réussi quand tous les autres procédés avaient échoué. Cette opération consiste à accrocher avec une petite érigne double, tout près du bord palpébral, un pli étroit de la peau qu'on excise avec un couteau à cataracte. La cicatrice, en se formant, suffit à entraîner les cils et à guérir la maladie.

Toutes les opérations qui se pratiquent sur les paupières rencontrent un obstacle assez sérieux dans la délicatesse et l'extrême mobilité de ces voiles membraneux. Les épingles à suture s'y enfoncent difficilement, les hémorrhagies s'y arrêtent difficilement. Ces difficultés ont inspiré à l'auteur l'invention de deux instrumens qui en font disparaître une partie. Ce sont deux pinces. L'une est destinée à faciliter l'implantation des épingles, opération délicate sur un organe où la réunion exacte des plaies est d'une si grande importance; l'autre, est destinée à la dissection des kystes des paupières qu'elle rend infiniment plus facile en empêchant tout écoulement de sang pendant l'opération.

Dans sa description très étendue et très soignée, d'ailleurs, de la blépharite, M. Desmarres n'a point adopté les subdivisions établies par M. Velpeau au sujet des inflammations du bord ciliaire. Ces divisions ne répondent, selon lui, qu'à des phases différentes d'une même maladie qui ne méritent pas le titre d'espèces et ne diffèrent, d'ailleurs, pas sensiblement dans le traitement qu'elles réclament. Pour ce qui regarde celui-ci, un des points sur lesquels il insiste particulièrement est la nécessité de faire toujours précéder l'application des pommades par des topiques émolliens destinés à faire tomber les croûtes, précaution sans laquelle les pommades les plus vantées sont de nul effet.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 Mars 1856. — Présidence de M. Bussy.

Correspondance.

Le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet à l'Académie :

1° Les rapports finaux de M. Danvin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol, sur les épidémies de fièvre typhoïde et de diphthérite qui ont régné en 1855 et 1856 dans les communes de Noyelle-les-Humières et de Monchy-Breton.

2° Les tableaux des épidémies qui ont régné en 1855 dans les départemens du Morbihan et de la Gironde,

3° Un rapport de M. Dussuil, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Melle, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Loubigné. (Comm. des épidémies.)

4° Plusieurs communications relatives à des remèdes secrets. (Commission des remèdes secrets et nouveaux.)

— Le ministre de la guerre adresse à l'Académie un exemplaire de la dix-neuvième livraison de la carte de France.

La correspondance non officielle comprend :

Une note complémentaire d'un précédent mémoire sur le traitement du typhus, par M. Cambay, médecin en chef de l'hôpital militaire de Péra. (Comm. MM. Méliet, Bégin, Michel Lévy.)

— Une note sur quelques propriétés différentielles des courans d'induction de premier et de second ordre, par M. Duchenne de Boulogne. (Comm. MM. Bérard, Poiseuille et Bouvier.)

— Une réclamation de M. Aug. Mercier, relative au prix d'Argenteuil. (Renvoi à la commission du prix d'Argenteuil.)

— Un pli cacheté contenant l'énoncé de recherches entreprises sur un nouveau moyen d'auscultation, pour apprécier la nature et le degré des forces organiques chez l'homme, tant à l'état de santé qu'à l'état pathologique, par M. le docteur Collongues, de Montpellier. (Ce dépôt est accepté.)

— Une lettre de M. le docteur Da Costa, de Rio-Janeiro, ayant pour but de rectifier les assertions émises par M. Peixoto, dans la lettre que ce médecin brésilien a adressée à l'Académie.

M. Bussy, président, annonce qu'à quatre heures l'Académie se formera en comité secret pour entendre la lecture du rapport de la section de chimie et de physique médicale sur le classement des candidats à la place vacante dans cette section.

M. le Président prévient aussi l'Académie qu'elle devra procéder à la nomination d'une commission de onze membres, chargée d'indiquer les sections où il y a lieu de déclarer des vacances.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion. — La parole est à M. Bouvier.

M. Bouvier : Voltaire a dit quelque part que : « nous médecins, nous guérissons infailliblement les maux qui se guérissent d'eux-mêmes. » Cela ne veut pas dire que Voltaire ne croyait pas à l'utilité de la médecine; il a élevé très haut ailleurs les services qu'elle rend à l'humanité. Mais il croyait surtout à l'hygiène et à la nature. Vous penserez sans doute comme moi qu'il n'avait pas tout à fait tort. Les faits intéressans qui nous ont été communiqués par notre collègue M. Bonnafont, en seraient au besoin une nouvelle preuve.

Sur 18 cas d'ophthalmie aiguë avec ou sans inflammation de la cornée et de l'iris, avec ou sans ulcères ou obscurcissement de la cornée, avec ou sans chémosis, avec ou sans sécrétion purulente de la conjonctive, sur 18 cas de ce genre, il y a eu 18 guérisons.

Et quel moyen M. Bonnafont a-t-il employé? Il a tout simplement fermé les yeux à ses malades.

Ce sont là assurément des résultats d'une portée beaucoup plus grande qu'on ne se l'est peut-être imaginé au premier abord.

Notre éminent collègue M. le professeur Velpeau, vous a dit et avec raison que l'œil était une miniature, un abrégé de toute l'anatomie humaine. J'ajouterai que, par une conséquence naturelle, les maladies des yeux sont aussi une sorte d'abrégé de toute la pathologie.

Ce qui se passe dans l'œil doit se passer aussi dans les profondeurs de l'organisme. Par les phénomènes morbides de l'appareil visuel, que nous voyons à nu, nous pouvons juger des phénomènes morbides les moins accessibles à nos sens.

A ce point de vue, les guérisons de M. Bonnafont sont un argument considérable en faveur de la médecine expectante, du traitement hygiénique des maladies ou de la méthode dite *naturelle*.

Puisque des phlegmasies oculaires graves ont guéri par le simple repos fonctionnel de l'organe, par la diète de la lumière, par la seule précaution de couvrir l'œil de son voile naturel, ne doit-on pas s'attendre à voir des pleurésies, des pneumonies, des hépatites, des métrites, des fièvres aiguës, etc., céder de même à la seule influence du repos et de la diète d'alimens?

Certainement, c'est là une méthode fort ancienne; elle remonte du moins à Hippocrate, à qui Asclépiade reprochait déjà de réduire la thérapeutique à une *méditation sur la mort*. Mais on conviendra que la méthode hippocratique n'est pas celle qui inspire généralement le plus de confiance. La médecine agissante lui est préférée de beaucoup dans la pratique. M. Bonnafont vous a fait voir qu'on pourrait étendre le champ de l'autre médecine, de celle qui sait se passer de médicamens, de remèdes perturbateurs, actifs.

Cela posé, le point essentiel maintenant, c'est de savoir à quelles limites il faut s'arrêter dans cette voie.

M. Bonnafont, frappé des succès de sa méthode, ne voit pour ainsi dire pas de bornes à son emploi; du moins, il n'y admet que de rares restrictions; encore semble-t-il les regarder comme provisoires.

Telle n'a pas été la manière de voir des orateurs qui ont jusqu'ici pris la parole. Tous ont pensé qu'il fallait faire la part de la méthode par occlusion; tous se sont attachés à délimiter son action, à fixer les cas où son insuffisance doit faire recourir à des méthodes plus actives.

Je viens, à mon tour, vous remettre en mémoire quelques faits propres à jeter du jour sur cette question.

Ces faits, je les emprunte presque uniquement à ce que nous savons des effets de l'occlusion naturelle. Deux orateurs vous ont déjà parlé de cette occlusion naturelle; M. Larrey vous l'a présentée comme principe servant d'appui à l'occlusion artificielle; M. Velpeau, comme preuve de l'inefficacité du traitement par occlusion. Je tiendrai une sorte de milieu entre ces deux doctrines opposées.

Je distinguerai d'abord trois sortes d'occlusion naturelle des paupières : l'occlusion physiologique ou fonctionnelle, l'occlusion volontaire, l'occlusion pathologique.

Le sommeil fournit le type de l'occlusion fonctionnelle. Or, cet état favorise en général la guérison des ophthalmies. Il y a trois cents ans, Fallopio, que nous appelons *Fallope*, disait déjà : « Un long sommeil est excellent dans les maladies des yeux, car le sommeil est le véritable repos des yeux. *Somnus longus optimus est in affectibus oculorum; nam somnus est vera oculorum quies.* » Qui n'a vu des conjonctivites légères, à leur début, disparaître du jour au lendemain par le repos de la nuit. Cependant, quand le mal est plus grave, cette occlusion le modifie fort peu, et il est même digne de remarque que, dans nos ophthalmies de l'hôpital des Enfans, les petits malades ont plus de photophobie et d'injection conjonctivale le matin, à leur réveil, que l'après midi. Cela se voit aussi, dans certains cas, chez les adultes. Ce genre d'occlusion ne serait donc pas toujours également avantageux. Mais le sommeil ne produit qu'une occlusion temporaire, intermittente; il s'accompagne de la position horizontale, de certaines modifications fonctionnelles, qui ajoutent leur influence à celle de l'occlusion. Par tous ces motifs, on ne peut complétement assimiler ses effets à ceux du traitement par occlusion proprement dit.

L'occlusion volontaire est rarement le principal moyen de guérison des ophthalmies. Voici pourtant un fait dans lequel j'ai pu observer ses effets.

Un monsieur de ma connaissance fut atteint, il y a trente ans, d'une inflammation de la cornée et de l'iris. Fatigué de l'inutilité de divers remèdes, il condamna ses yeux, pendant quinze ou vingt jours, à un repos presque absolu, se tint dans l'obscurité, les paupières fermées, une grande partie du jour. Cette occlusion, non permanente à la vérité, n'amena point de changement. L'ophthalmie céda à des moyens plus actifs, sans laisser de trace apparente de son existence. Mais l'appareil visuel a conservé depuis une sensibilité exagérée, qui l'exposerait à de fréquentes rechutes, sans l'usage habituel fait de l'occlusion. Après toute fatigue, toute irritation de l'œil, il ferme volontairement les paupières pendant plusieurs heures chaque jour, dans son appartement, en voiture, et même en marchant dans les lieux écartés. L'organe recouvre ainsi son aptitude fonctionnelle. Il la recouvre aussi quelquefois sans l'occlusion, par le seul effet d'une excitation générale, physique ou morale. Les causes débilitantes aggravent au contraire le mal. Il y a quelques années, il survint une nouvelle ophthalmie, moins grave que la première; l'occlusion se montra encore impuissante, comme la première fois. En eût-il été autrement avec le bandage de M. Bonnafont? Cela est possible : l'occlusion eût été plus constante. Aussi ne veux-je pas argüer de ce double insuccès contre la méthode de notre honorable collègue. Je cite ce fait pour montrer, au contraire, les avantages de l'occlusion, quand il s'agit de prévenir une ophthalmie imminente, d'arrêter ses premiers symptômes.

Je suis convaincu que la personne dont je viens de parler a évité, par ce moyen, depuis trente ans, de nombreuses récidives de son ophthalmie. Ce n'est, à mon avis, que dans des cas particuliers que l'on peut se bien trouver de laisser l'œil exposé à l'air et à la lumière, comme cela est arrivé à M. Velpeau. Encore cette exception embrasse-t-elle vraisemblablement des cas beaucoup plus nombreux que notre savant collègue ne paraît le croire, parce que les malades qu'il a traités en leur laissant les yeux ouverts, ont dû plus d'une fois lui jouer le tour de recourir instinctivement à l'occlusion volontaire des paupières.

La nature, on l'a déjà dit, a devancé M. Bonnafont. Elle pratique, de temps immémorial, l'occlusion dans les maladies des yeux; c'est là *l'occlusion pathologique*.

Cette occlusion est de deux sortes. L'une est forcée, violente, je dirais presque convulsive. Toute la face est contractée et attirée vers les paupières. Il y a des alternatives de contraction et de relâchement, un clignement, comme l'on dit, et par conséquent des frottemens, des pressions répétées sur les parties enflammées. Si ce genre d'occlusion ne paraît pas influer favorablement sur la marche de la maladie, je ne crois pas qu'on en puisse rien conclure contre l'occlusion produite par l'art, qui agit tout différemment, qui tend à immobiliser l'œil et à faire cesser le spasme des paupières.

Mais il est une autre forme d'occlusion pathologique; elle consiste en une contraction douce, égale, uniforme; elle amène simplement les paupières au contact, comme dans le sommeil, et elle les maintient indéfiniment dans cet état par l'équilibre qui s'établit entre les dilatateurs et les constricteurs de l'ouverture palpébrale. Les paupières ne *clignent* pas alors, parce que leurs muscles n'oscillent pas plus que le sphincter anal, dans le resserrement normal de l'extrémité inférieure du rectum.

Ce second mode d'occlusion pathologique me paraît tout à fait comparable à l'occlusion produite par l'art et son influence sur la marche des ophthalmies peut, ce me semble, conduire à mieux apprécier ce qu'on doit attendre de l'occlusion artificielle.

C'est surtout dans l'enfance qu'on observe ce genre d'occlusion. On a fait depuis longtemps la remarque, que les enfans pris d'ophthalmie avaient bien plus souvent les yeux fermés que les adultes. M. Velpeau a même précisé autrefois, dans cette circonstance, un des principaux caractères différentiels de certaines ophthalmies de l'adulte et de l'enfant.

Mais il y a plus : cette disposition particulière du premier âge donne lieu à une forme d'affection oculaire presque exclusivement propre à l'enfance, et que nous voyons journellement à l'hôpital des Enfans. Les traités classiques en font à peine mention, et je suis surpris que les élèves qui passent chaque année par notre hôpital n'aient pas encore songé à la prendre pour sujet de thèse. Cependant, cette affection a été décrite dès 1823, par Bénédict, dans un ouvrage allemand sur l'ophthalmologie. Cet auteur l'appelle *photophobie scrofuleuse des enfans*, parce que l'état inflammatoire est si peu marqué que la photophobie semble constituer toute la maladie.

Cette affection, qui n'atteint pas seulement les scrofuleux, est pour moi, comme pour Mackensie, une conjonctivite légère, catarrhale, occupant surtout les paupières, et présentant pour caractère spécial une photophobie hors de proportion avec les autres symptômes. Mon savant confrère et ancien camarade, M. Mirault (d'Angers), y a vu une affection de la rétine, et cette opinion a été récemment reproduite par M. Bouchut, à l'occasion d'un fait de cette nature qu'il a observé à l'hôpital Sainte-Eugénie.

Les enfans, ordinairement très jeunes, qui sont affectés de cette espèce d'ophthalmie, restent des jours entiers, des semaines, des mois mêmes, immobiles, les yeux fermés, la face collée sur leur oreiller, sans effort des paupières, sans clignement, dans les mêmes conditions, en un mot, que celles où les placerait l'occlusion artificielle.

Cette occlusion naturelle des paupières paraît favorable à la guérison; la maladie se dissipe ordinairement d'elle-même, sans aucun traitement, et il est douteux qu'il en fût ainsi si l'on s'obstinait à maintenir les yeux ouverts. Je conviens que le remède est lent, qu'on abrége même quelquefois la durée du mal par des médications actives. Mais, en général, elles ont peu de prise sur cette affection. Aussi, les règles de traitement prescrites par Bénédict, celles qu'on suit à l'hôpital des Enfans, sont-elles des plus simples. S'occuper de l'état général des sujets, combattre les complications, s'il en existe, éloigner les causes occasionnelles de la maladie, si l'on en connaît, s'abstenir d'applications locales, se borner à préserver l'enfant d'une trop vive lumière et à surveiller les symptômes, afin d'agir si le mal venait à changer de nature : telle est la marche généralement adoptée dans cette circonstance. C'est la méthode naturelle, c'est le traitement hygiénique de M. Bonnafont. C'est le triomphe de l'occlusion, comme dans les guérisons de notre honorable collègue.

La kératite, dépendant de la scrofule ou d'autres causes, s'accompagne aussi, chez les petits enfans, de photophobie et d'une occlusion des paupières analogue à celle dont je viens de parler. Mais ici l'effet n'est plus le même. Si l'on se borne aux soins hygiéniques, au traitement interne, la maladie entraîne trop souvent, malgré l'occlusion prolongée des yeux, l'opacité ou la perforation de la cornée et l'affaiblissement ou la perte de la vue. Il est, je crois, rationnel de penser, *à priori*, que le bandage à occlusion ne serait pas plus efficace dans ce cas.

Les enfans plus âgés, affectés de kératite, se rapprochent des adultes au point de vue de l'occlusion des paupières. Suivant le degré de la photophobie, ils tiennent les yeux ouverts et font de grands efforts de contractions des paupières. L'occlusion artificielle les place évidemment dans d'autres conditions. Depuis la communication de M. Bonnafont, j'ai cherché à reconnaître sur trois malades, si ces conditions étaient de nature à hâter la guérison.

Ces enfans étaient trois filles âgées de 6 ans, 11 ans et 12 ans, plutôt d'un tempérament scrofuleux qu'atteints de scrofule proprement dite. Leur maladie avait deux mois, trois ans et un an de date. Chez toutes trois, une kérato-conjonctivite aiguë était entée sur une inflammation chronique. La cornée était obscurcie dans les trois cas, ulcérée dans un seul. Le bandage de M. Bonnafont fut appliqué et renouvelé tous les deux ou trois jours chez deux malades. Il dut être réappliqué tous les jours à la plus jeune, qui le dérangeait chaque nuit. Après cinq jours de ce traitement chez les deux filles les moins âgées, après dix jours chez la plus grande, les yeux étaient dans le même état qu'auparavant. Deux de ces enfans avaient les paupières rouges et un peu plus enflammées par suite du frottement et de la pression des pièces de l'appareil.

Je n'ai pas continué ces essais, dont le début était peu encourageant. Ils ont peu de valeur par eux-mêmes; mais, si on les rapproche de l'insuffisance de l'occlusion naturelle des paupières pour la guérison de la kératite des petits enfans, on sera disposé à admettre que l'inflammation scrofuleuse de la cornée, dans l'enfance, réclame un traitement plus actif.

L'ophthalmie purulente est, comme on le sait, en permanence à l'hôpital des Enfans-Trouvés, et de plus, elle s'y développe fréquemment sous forme épidémique. Depuis une quarantaine d'années que ce fait a été signalé par Mongenot et Jadelot, des travaux importans ont été publiés d'après les observations recueillies dans ces établissemens. Il me suffira de rappeler les écrits de MM. Dequevauviller, Chassaignac, la thèse de M. Poincarré.

M. Bonnafont conserve des doutes sur les effets de l'occlusion dans cette espèce d'ophthalmie; mais il exprime l'espoir que cette méthode, seule ou associée à d'autres moyens, lui sera également applicable.

Pour moi, la valeur de l'occlusion des paupières comme moyen de traitement de l'ophthalmie purulente des enfans, est jugée par des milliers de faits.

En effet, cette occlusion est le moyen employé par la nature pour garantir les yeux, dans ce cas, de l'action de la lumière et du contact de l'air. Chez tous les enfans atteints d'ophthalmie purulente, les yeux restent constamment fermés, même quand la maladie commence à décroître. Cette occlusion n'a rien de violent, quand les petits malades ne sont pas au grand jour ou qu'on ne veut pas leur ouvrir forcément les yeux. Elle ne nécessite qu'une faible contraction musculaire, parce que le gonflement des paupières, M. Velpeau l'a déjà rappelé, suffit presque pour le produire. C'est bien là l'occlusion, telle que l'art pourrait la pratiquer. Les bandelettes agglutinatives, les linges cératés, la charpie, les bandes ne feraient rien de plus.

Or, quels sont les résultats de cette occlusion naturelle des yeux, identique à l'occlusion pratiquée par l'art, abstraction faite de la compression, que M. Bonnafont n'a pas en vue dans l'emploi de sa méthode?

Ces résultats diffèrent suivant le siége de l'ophthalmie, suivant qu'elle est simplement *palpébrale* ou *palpébro-oculaire*.

Si l'ophthalmie purulente des enfans n'est que palpébrale, elle se termine heureusement dans la plupart des cas, malgré un gonflement considérable des paupières, malgré une sécrétion puriforme des plus abondantes.

L'occlusion est certainement en droit de réclamer sa part dans cette guérison spontanée. Grâce à elle, la conjonctive est à l'abri d'irritations qui aggraveraient le mal. Les soins de propreté, la nature font le reste.

Voilà donc toute une catégorie de cas que la seule occlusion naturelle guérit, et que l'occlusion artificielle n'empêcherait pas sans doute de guérir, pourvu qu'elle ne mît pas obstacle à l'écoulement du pus.

Mais les choses se passent autrement quand l'ophthalmie puriforme des enfans est palpébro-oculaire. Avec les seuls soins hygiéniques, il arrive alors fréquemment que la cornée s'infiltre de pus, s'ulcère ou se ramollit et se perfore. Mackensie dit avoir vu *beaucoup d'enfans*, dont le mal avait été ainsi abandonné à lui-même, réduits à ce triste état. M. Guersant, mon collègue à l'hôpital des Enfans, a observé des faits semblables. M. Chassaignac a sauvé la vue de cent enfans qu'il a pu traiter à temps; mais d'autres, qui lui ont été présentés trop tard, avaient déjà la cornée ramollie ou détruite.

La guérison spontanée est donc l'exception dans cette deuxième forme d'ophthalmie purulente, et l'occlusion naturelle des yeux s'y montre tout à fait insuffisante pour prévenir sûrement la perte de la vue. Je dirai, avec M. Velpeau, que c'est là une expérience toute faite, qui, pour ce cas particulier, n'est pas en faveur de l'occlusion artificielle.

Mais ici l'occlusion n'est pas seulement inefficace; elle a encore le grand inconvénient de laisser séjourner le pus à la surface de l'œil, et le contact de ce liquide, susceptible de transmettre la maladie à des yeux sains, ne peut que nuire aux membranes déjà malades. Aussi, les lavages incessans, les injections répétées font-ils une partie essentielle de tous les modes de traitement de cette blennophthalmie.

En résumé, la méthode expectante, hygiénique, serait non seulement insuffisante, mais encore dangereuse dans la forme palpébro-oculaire de l'ophthalmie purulente des enfans. Sans doute, on pourrait l'appliquer avec quelque succès à la forme palpébrale; mais, comme on n'a jamais la certitude que la maladie ne gagnera pas le globe oculaire, il vaut mieux recourir, dans tous les cas, à une méthode plus active, que l'on aura seulement le soin de proportionner à l'intensité du mal.

Parmi les nombreux relevés statistiques qui attestent la supériorité de la médecine agissante dans l'ophthalmie purulente des enfans, permettez-moi de vous citer, en terminant, un document peu connu en France. Je le tire de la *Gazette médicale de Berlin*, qui l'a pris dans un journal russe. C'est le relevé des résultats thérapeutiques obtenus, dans l'espace de six années, à l'hospice des Enfans-Trouvés de Saint-Pétersbourg. Il a pour auteur le docteur Frœbelius, médecin chargé du service des ophthalmies dans cet établissement.

2,718 enfans ont été traités d'ophthalmie purulente du 1er septembre 1846 au 1er septembre 1852.

1,766 ont été complétement guéris.

736 sont morts de maladies étrangères à l'affection oculaire.

216 ont conservé diverses lésions de l'organe de la vision, telles que taches ou cicatrices de la cornée, synéchie antérieure, etc.; mais, sur ce nombre, 48 seulement ont perdu la vue d'un œil ou des deux yeux.

M. Frœbelius n'a introduit que dans les dernières années le traitement qu'il nomme *abortif*. Ce traitement consiste, sauf quelques modifications spéciales, en lavages à grande eau, suivant le procédé de M. Chassaignac, et en instillations d'une solution peu concentrée de nitrate d'argent.

Or, sur 958 malades, il n'y a eu, les deux dernières années, parmi les enfans qui ont vécu, que 4 enfans restés borgnes ou aveugles, et 45 qui aient conservé des altérations moins graves de l'œil, tandis que les deux premières années avaient donné, sur 925 malades, 59 cécités complètes ou incomplètes et 54 lésions moins profondes, et les deux années suivantes, 5 cas de perte simple ou double de la vue, et 69 lésions diverses, sur 835 enfans.

Il faut noter que non seulement un meilleur traitement a été employé les deux ou trois dernières années, mais encore, qu'après les deux premières, les enfans ont été admis à une période moins avancée de la maladie, que, par conséquent, les premières années, un plus grand nombre de cas ont été d'abord abandonnés à la nature.

M. Frœbelius indique des différences encore plus considérables dans la proportion par année des lésions consécutives à l'inflammation, lorsqu'on tient compte de celles qui ont disparu par l'effet du traitement ou qui ont été observées sur les enfans décédés.

Les propositions suivantes me paraissent découler des considérations que je viens de présenter.

1° Les résultats de l'occlusion artificielle de M. Bonnafont montrent que des inflammations oculaires graves peuvent guérir sans l'intervention d'une médecine active.

2° De nouvelles observations sont nécessaires pour déterminer plus exactement la limite rationnelle des applications du procédé de M. Bonnafont.

3° Les effets de l'occlusion naturelle, physiologique volontaire ou pathologique ne confirment qu'en partie les avantages attribués par M. Bonnafont à l'occlusion artificielle.

4° La blépharite photophobique, catarrhale ou scrofuleuse, des enfans guérit par l'occlusion.

5° L'occlusion paraît beaucoup moins avantageuse dans la kératite scrofuleuse.

6° La blennophthalmie palpébrale des enfans peut guérir par le seul effet de l'occlusion; mais le danger attaché à l'extension de la maladie au globe oculaire doit faire généralement préférer le traitement abortif.

(La discussion sera continuée dans la prochaine séance.)

Histoire chimique et technologique du marron d'Inde.

M. Chatin, en son nom et au nom de M. Guibourt, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Lepage, pharmacien à Gisors, intitulé : *Faits pour servir à l'histoire chimique et technologique du marron d'Inde.*

Après un exposé très étendu de l'histoire chimique et technologique du marron d'Inde jusqu'à l'époque à laquelle M. Lepage a entrepris son travail, M. Chatin arrive aux recherches analytiques elles-mêmes de cet habile pharmacien.

M. Lepage est parvenu, par un procédé nouveau, à obtenir la saponine du marron d'Inde, dépouillée des petites quantités de sucre qui l'accompagnaient toujours, préparée suivant le procédé de ses devanciers.

Il conclut de ses expériences que le sucre du marron d'Inde est en partie, si ce n'est en totalité, du glucose. Mais, observe le rapporteur, l'opinion de M. Lepage, sans doute fondée, s'imposerait plus aisément si les essais n'eussent pas été faits sur des matières sucrées ayant subi longtemps l'action de la chaleur, si surtout ils avaient été complétés dans un soluté fait à froid, par les observations des caractères optiques.

M. Chatin expose ensuite les résultats généraux de l'analyse de M. Lepage.

Les marrons d'Inde, décortiqués et venant d'être récoltés, auraient, en résumé, la composition suivante, rapportée à 100 parties :

Eau	45,00
Tissu végétal	8,50
Fécules	17,50
Huile douce saponifiable	6,50
Glucose ou sucre analogue	6,75
Substance particulière d'une saveur à peine douceâtre	3,70
Saponine ou principe amer	4,75
Matières protéiques (albumine et caséine)	3,35
Gomme	2,70
Acide organique indéterminé et substances minérales (potasse, chaux, magnésie, chlore, acides sulfurique et phosphorique, traces de silice)	1,55
	100, »

Après avoir complété ses études chimiques, continue M. Chatin, M. Lepage aborde, dans une deuxième section de son mémoire, la question des applications possibles et avantageuses du marron d'Inde, qu'il considère au point de vue de la fabrication de la dextrine, du glucose, de l'acide oxalique, des colles et apprêts, de l'alcool, de l'acide lactique, de la fabrication d'un pain mélangé de froment, de la nourriture des animaux, etc. Cette partie du mémoire offre d'utiles indications bien faites et bien présentées.

En résumé, dit en terminant le rapporteur, le travail de M. Lepage étend et précise nos connaissances sur le marron d'Inde; nous croyons aller au devant de la pensée de l'Académie, en lui proposant de décider que des remercîmens seront adressés à l'auteur, et que son mémoire sera renvoyé au comité de publication.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées sans discussion par l'Académie.

Oblitération du canal intestinal chez un nouveau-né.

M. Depaul présente à l'Académie le cadavre d'un enfant nouveau-né, offrant une anomalie remarquable du tube digestif, d'une grande analogie avec le fait qu'il a communiqué dans la séance du 17 octobre 1854. (Nous publierons ce fait dans notre prochain numéro.)

M. le Président proclame, dans l'ordre suivant, les noms des membres de l'Académie qui viennent d'être élus, au scrutin, membres de la commission des onze :

MM. Baillarger, Michel Lévy, Bégin, Chatin, Lagneau, Louis, Danyau, Guérard, Huzard, Bussy, Boutron.

Il est quatre heures, l'Académie se forme en comité secret.

Par décret en date du 16 mars, M. Paul Dubois, accoucheur de l'Impératrice, a été élevé au grade de commandeur dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— Par un décret du même jour, M. le docteur Conneau, premier médecin de l'Empereur, a été promu au grade de commandeur dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— Nous avons le regret d'annoncer que l'état de M. le professeur Gerdy est très inquiétant.

Par contre, annonçons l'heureuse nouvelle du rétablissement complet de M. le professeur Bérard.

— La galerie de l'Académie de médecine vient de s'enrichir d'une statue en pied de Larrey et du buste de C.-A. Baudelocque. Ces deux objets d'art sont en marbre. Les collections de l'Académie deviennent si nombreuses, que la place fera bientôt défaut.

Précis des maladies du foie et du pancréas; par V.-A. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies du département de la Seine, lauréat de l'Académie impériale de médecine et de l'Institut de France, membre de la Société de médecine de Paris et d'autres Sociétés savantes; chevalier de la Légion d'honneur.

Librairie centrale de Napoléon Chaix et comp., éditeurs, rue Bergère, 20, 1858. Un volume de 500 pages, format anglais, élégamment cartonné, 5 fr.; dans les départemens, *franco*, 6 fr. 50 c.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 36. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 22 Mars 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. HYGIÈNE PUBLIQUE : Sur la nature de l'empoisonnement par la vapeur d'essence de térébenthine. — II. ÉPIDÉMIOLOGIE : Le choléra à Genève pendant les mois de septembre et d'octobre 1855. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie des sciences). Séance du 18 Mars : Propriétés du tissu cicatriciel et application de l'autoplastie aux brides. — Du sulfocyanure de potassium, principe normal et constant de la salive. — *Société médicale des hôpitaux de Paris* ; Suite des communications et discussion sur la leucocythémie. — IV. RÉCLAMATION : Lettre de M. Paul Vidart. — V. FEUILLETON : Causeries.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

SUR LA NATURE DE L'EMPOISONNEMENT PAR LA VAPEUR D'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE.

Nous recevons sur ce sujet la lettre suivante de M. Roche :

Monsieur le rédacteur,

Vous venez de publier dans votre journal un mémoire intéressant de M. Marchal de Calvi sur l'empoisonnement par la vapeur d'essence de térébenthine. Je l'ai lu avec toute l'attention que commande tout ce qui sort de la plume de notre savant confrère. J'espérais qu'il y serait fait mention d'une propriété remarquable de cette essence, propriété que j'ai entendu signaler par M. Thénard, il y a une quarantaine d'années, alors que comme étudiant je suivais ses savantes leçons. Mon attente à cet égard a été trompée. Veuillez donc me permettre de dire à M. Marchal ce que mes souvenirs d'une époque aussi éloignée me rappellent, afin qu'il le vérifie et en tienne compte, s'il y a lieu, dans la suite qu'il donnera sans doute à une étude si bien commencée.

M. Thénard racontait donc à ses nombreux auditeurs, qu'un droguiste de la rue des Lombards avait renfermé, dans un caveau où l'on pénétrait rarement, une tonne d'essence de térébenthine. Voulant y entrer un jour, il se sentit pris de suffocation et dut se retirer précipitamment pour ne pas être asphyxié. M. Thénard fut prié d'examiner l'air de ce caveau, il en emplit un ballon par le procédé que vous connaissez, en fit l'analyse, et vit qu'il ne contenait presque plus que de l'azote et que la majeure partie de l'oxigène en avait disparu. On renouvela l'air de la cave, et, quand on put approcher du tonneau d'essence, on trouva le liquide converti en une substance de la consistance de la térébenthine. Je ne me rappelle pas si l'analyse en fut faite, mais je crois me souvenir parfaitement que l'illustre chimiste en avait naturellement conclu que l'essence de térébenthine absorbait rapidement l'oxygène de l'air. S'il en était ainsi, l'action de l'huile de térébenthine serait complexe, toxique, comme l'a fort bien démontré M. Marchal, asphyxiante, en soustrayant à l'air son élément vital, comme nous l'enseignait M. Thénard. N'est-ce pas, d'ailleurs, autant en s'emparant de l'oxygène que par la vaporisation de son huile essentielle, que la térébenthine elle-même s'épaissit au contact de l'air.

Notre savant confrère verra si les doutes que je lui soumets valent la peine d'être éclaircis. Personne mieux que lui n'est capable de résoudre cet intéressant problème d'hygiène.

Votre dévoué confrère et ami,

L.-Ch. ROCHE,
Membre de l'Académie impériale de médecine.

20 Mars 1856.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

LE CHOLÉRA A GENÈVE PENDANT LES MOIS DE SEPTEMBRE ET D'OCTOBRE 1855 ;

Par le docteur F. RILLIET, médecin en chef de l'hôpital de cette ville.

En perdant des années, on gagne cette sorte de pudeur scientifique inconnue aux débutans, qui inspire la crainte d'écrire pour écrire, et de parler pour ne rien dire. J'appelle parler pour ne rien dire, raconter pour la centième fois des faits connus de tous, en ne les narrant ni mieux ni plus mal; et ressasser sans profit, pour le public médical, des sujets sur lesquels petits et grands ont déjà épuisé leur verve littéraire.

Or, ne doit-on pas craindre d'encourir ce reproche de banalité, quand on vient, après tant d'autres, parler encore du choléra, sans apporter avec soi le mot de la double énigme, le secret de la cause et celui du remède! Je devrais donc me taire, car je n'ai nullement la prétention d'avoir découvert l'origine du choléra, ni le véritable moyen de le guérir. Je ne viens point non plus raconter une de ces grandes épidémies qui font époque dans la vie des peuples, et dont la relation doit être conservée aux âges futurs; tout au contraire, celle que j'ai observée est restée très circonscrite, et c'est même la seule cause que j'aie à invoquer pour qu'on me pardonne de m'en faire l'historien.

Dans les grandes épidémies des grandes villes, le corps, l'esprit et le cœur fléchissent sous le poids de la fatigue et de la préoccupation ; et la multiplicité des objets rend la vue confuse. Dans les petites épidémies des petites villes, au contraire, le champ de la vision gagne en netteté ce qu'il perd en étendue, et les objets paraissent d'autant mieux éclairés qu'ils sont moins nombreux. Le chiffre restreint des malades laisse alors assez de temps au médecin pour qu'il puisse rechercher les causes du mal, et assez de liberté d'esprit pour qu'il puisse réfléchir au meilleur moyen de le combattre.

Le choléra s'est montré pour la première fois à Genève en 1854, mais il n'a fait que paraître et disparaître en n'emportant que deux malades. Cette année, serrés de près par le fléau épidémique, qui sévissait cruellement dans une ville de notre voisinage (1), nous avons fini par lui payer notre tribut. L'année précédente, le choléra s'était bien approché de nos frontières, mais il avait été beaucoup moins meurtrier que cette année dans la localité qu'il avait envahie (2).

Notre épidémie de Genève a été une des moins étendues que l'on ait observées, le nombre des malades n'ayant pas dépassé 73 dans la ville et dans la banlieue, sur une population d'environ 38,000 habitans, et 92 dans la ville et le canton réunis qui comptent à peu près 66,000 âmes (3).

Elle a commencé à la fin du mois d'août et a fini dans les derniers jours du mois d'octobre; sa durée a été d'environ soixante jours. Comme toutes les épidémies, elle a eu sa période ascendante, son apogée et sa période de déclin. C'est à la fin de septembre et au commencement d'octobre que les malades ont été le plus nombreux, puisque dans deux semaines leur chiffre a dépassé la moitié du nombre total.

(1) A Seyssel, à 30 kilomètres au-dessous de Genève; cette petite ville, sur le Rhône, a été très éprouvée (1,500 cas sur 10,000 habitans).

(2) En 1854, le choléra a régné à Annecy ; cette ville de Savoie est à la même distance de Genève que Seyssel, mais le choléra a été beaucoup moins intense que dans cette dernière ville (72 cas sur 10,000 habitans).

(Extrait d'une *Notice sur la première invasion du choléra dans le canton de Genève*, publiée dans le *Journal de Genève*, par le docteur Marc d'Espine.)

(3) Voici quelques chiffres qui donneront une idée du peu d'intensité de notre épidémie comparée à d'autres.

	Nom de la ville où l'épidémie a régné.	Nombre des cas dans une population ramenée à 10,000 âmes.
1832	Paris	400
1835	Turin	29
1854	Gênes	531
1854	Milan	29
1854	Turin	158
1854	Annecy	72
1855	Bâle	120
1855	Seyssel	1,500
1855	Genève	21

(D'Espine, *loc. cit.*)

J'ajouterai, sans pouvoir donner le chiffre exact de la totalité des cas, que l'épidémie de Lyon de cette année a été encore moindre que la nôtre, puisqu'il n'y a eu que 80 décès cholériques pendant deux mois.

Feuilleton.

CAUSERIES.

Concours pour la chronique. — Mort de M. Gerdy. — Une histoire de *Voyant*. — Enquête sur le magnétisme. — Progrès de l'Association. — Le congrès homœopathique. — L'*honorarium* pour l'accouchement de l'impératrice.

Si quelqu'un parmi mes lecteurs s'imagine qu'il est agréable, commode et facile d'écrire la chronique du monde médical, c'est-à-dire ce quelque chose qui paraît à tous bien léger, bien futile et sans conséquence aucune, je le prie et le supplie de se présenter à mon bureau, de midi à trois heures, il me trouvera tout prêt à lui céder la plume, sans exigences, sans conditions d'aucun genre, pourvu qu'il veuille bien la prendre à ses risques et périls. J'ai fait assez de doléances sur ce sujet pour que je doive éviter d'en fatiguer encore le lecteur. Je ne veux répondre qu'une chose à ceux qui me disent ou qui m'écrivent : Parlez-nous donc de ceci ou de cela ; et cette chose dont vous n'avez encore rien dit; et cette autre sur laquelle vous gardez le silence; mes bons amis, mes chers amis, vous qui trouvez si aisément des sujets de feuilleton, pourquoi donc ne les publiez-vous pas soit ici, soit ailleurs? Venez donc en essayer seulement pendant quelques semaines. Quel service vous me rendriez, et aux lecteurs de ce journal en même temps! Justement voici le printemps qui commence, et quand avril arrive, je suis comme les cailles que l'on retient captives ; dans la saison des migrations, elles s'inquiètent, elles s'agitent, elles sautent, et si fort, que si l'oiseleur ne matelassait les barreaux de leur cage, ces pauvres bêtes se casseraient la tête. Attendez-vous donc aujourd'hui à un feuilleton de Vendredi-Saint. Faisons pénitence, vous en me lisant, moi en vous écrivant; ce n'est pas pour moi que la pénitence sera la plus rude.

Quand j'annonçais hier l'état grave de M. Gerdy, M. Gerdy était déjà mort. Sa santé, depuis longtemps chancelante, s'était profondément altérée depuis le commencement de l'hiver. M. Gerdy a succombé aux progrès de la phthisie pulmonaire, maladie dont il ne s'est jamais cru atteint, phénomène assez fréquent chez les médecins qui succombent à cette maladie. Au moment même où se font les obsèques de ce professeur, il serait malséant d'essayer une caractéristique de cette individualité médicale qui a été mêlée à de grandes agitations de notre époque. M. Gerdy, professeur à la Faculté, membre de l'Académie de médecine, chirurgien d'hôpital, possédant, dit-on, une grande fortune, a-t-il été heureux? Non, s'il faut s'en rapporter aux apparences, à sa figure comme moulée dans les passions chagrines, à ses discours âpres et violens. Mais que sont les apparences? Peut-être, et je l'espère, qu'au fond de ce cœur, que l'on croyait le théâtre des plus violens orages, régnait en réalité la quiétude ou la bienveillance. M. Gerdy n'a pas eu dans sa vie que des ennemis à combattre, il inspirait aussi quelques vives et chaudes sympathies. Or, c'est pour moi un critérium infaillible ; un homme essentiellement méchant ne laisse pas d'amis. Qui n'a pas, dans ce monde, beaucoup à compter avec les situations, les circonstances, les entraînemens? Qui surtout n'est pas plus ou moins, mais toujours beaucoup, l'esclave de cette frêle machine, support et théâtre de l'esprit auprès duquel retentissent avec férocité ses variations, ses dérangemens et ses souffrances?

Il n'y a que les magnétiseurs qui aient la prétention d'imposer silence au cri des organes souffrans, comme disait Broussais ; bien mieux, de détruire le mal en détruisant la cause. J'ai dit quelques mots un jour d'une pauvre demoiselle bien et dûment atteinte, au diagnostic de confrères très éclairés, de tumeur cancéreuse intestinale. Le jeune *Voyant* des Batignolles avait diagnostiqué, lui, la présence d'un énorme entozoaire. Il en précisait le siége, il en décrivait les innombrables anneaux, il en traçait les pérégrinations dans les circonvolutions intestinales; il falsait mieux encore, il en promettait l'expulsion, et cela en six heures. On le laissa faire — non pas les médecins, qui s'étaient retirés, — mais l'entourage de la pauvre malade, qui, là comme toujours, se rattachait avec espérance à cette dernière planche de salut. Ce qu'a fait le *Voyant*, personne ne saurait le dire. La thériaque et les alexipharmaques les plus composés, sont des drogues très simples à côté de la cuisine effrayante de ce jeune *Voyant*. *Intùs et extrà* la malade fut couverte, remplie, gorgée de cette affreuse drogue. Les six heures sont écoulées, hélas! rien n'est venu qu'une atroce superpurgation. Le *Voyant* demande encore six heures; même médication, même résultat. Le *Voyant* ne perdait pas son assurance, l'assistance son espoir, et, quarante-huit heures durant, la malheureuse patiente fut soumise à ce martyre. Vous en pressentez les conséquences, je ne les décrirai pas pour arriver vite au dénoûment; la pauvre malade a rendu ces jours passés son âme à Dieu, qui n'a pas voulu la soustraire au long supplice infligé par le *Voyant*.

A propos des magnétiseurs, l'agitation est dans leur camp. On en peut voir le retentissement dans l'*Ami des sciences*, l'intéressant journal de M. Victor Meunier. Un honorable correspondant de cette feuille, M. Mabru, a demandé en très bons termes une enquête sur les faits magnétiques. Il se contente d'un seul fait, mais il le veut probant et présentant toutes les garanties d'une expérimentation sérieuse et d'une rigoureuse observation. Pour cela, l'expérience se fera dans l'amphithéâtre de M. le docteur Auzoux, qui demande à la diriger. Il paraît que cette proposition, qui semble très simple et très innocente au premier aspect, serait, au contraire, pleine de malice, au dire des magnétiseurs. Il faut lire, dans l'*Ami des sciences*, toutes les échappatoires qu'ils cherchent soit pour refuser l'enquête, soit pour en annuler d'avance les résultats. Ce spectacle, nous devons le dire à M. Victor Meunier, n'est pas nouveau pour nous. C'est la répétition exacte de ce qui s'est passé toutes les fois que l'Académie de médecine a voulu intervenir dans cette question, toutes les fois que d'autres compagnies savantes, moins officielles que l'Académie, ont cherché à expérimenter, toutes les fois, enfin, que des hommes sérieux, impartiaux et de bonne foi ont tenté de s'éclairer sur ces phénomènes prétendus magnétiques. Pour mon compte, et ce n'est pas la première fois que je le déclare, et je le déclare de nouveau avec empressement, j'ai étudié le magnétisme, non pas par accident, par circonstance, mais d'une manière continue, *pendant plusieurs années* et sous la direction de magnétologistes — je ne dis pas magnétiseurs — très convaincus, honnêtes et de bonne foi; eh bien, je déclare que je n'ai jamais vu un seul fait que je n'aie pu expliquer par des moyens très naturels et que je n'aie pu répéter, après

En même temps que régnait le choléra, on observait, comme toujours, une constitution médicale qui attestait sa présence. Les embarras gastriques, les cholérines, les diarrhées simples, les coliques, les pneumatoses gastro-intestinales, les malaises nerveux innominés étaient très fréquens. Cependant l'influence cholérique n'a pas été assez générale ni assez intense, pour faire disparaître les maladies extra-épidémiques et, à quelques exceptions près, pour leur imprimer son cachet spécial. Mes confrères et moi, nous avons observé, pendant tout le cours de l'épidémie, et avec leurs caractères ordinaires, les maladies que nous avons l'habitude de voir dans notre pays, la pneumonie, l'érysipèle, le rhumatisme, la fièvre typhoïde. De toutes, celle ci a été la plus fréquente ; ainsi, pour ne parler que de l'hôpital, j'ai compté 25 fièvres typhoïdes sur 95 malades non cholériques admis dans ma division pendant les mois de septembre et d'octobre (1).

Le choléra de Genève comparé à celui des autres pays n'a pas offert de différences importantes au point de vue nosographique. J'ai observé pendant la vie les différens symptômes signalés par les épidémiographes : la diarrhée prodromique suivie des vomissemens et des selles caractéristiques, la soif inextinguible, l'altération des traits, la cyanose, la petitesse puis la suppression du pouls, le refroidissement, la faiblesse et l'extinction de la voix, les crampes, l'anxiété précordiale, l'anurie ; de même qu'après la mort j'ai retrouvé les lésions indiquées par les anatomo-pathologistes : la liquidité du sang, la congestion du tissu sous-muqueux gastro-intestinal allant quelquefois jusqu'à l'ecchymose, et la turgescence des follicules isolés de l'intestin.

La plupart des formes décrites par les auteurs ont passé sous mes yeux ; ainsi j'ai vu des choléras simples, légers ou de moyenne gravité, des choléras cyaniques foudroyans, des choléras insidieux débutant sans gravité apparente, puis prenant tout-à-coup une allure très inquiétante, des choléras à réaction incomplète, bientôt suivis d'un état typhoïde mortel ; enfin des choléras compliqués, soit pendant la très courte durée de la maladie, soit pendant la convalescence. Parmi les premiers, je puis citer un malade dont le choléra ne paraissait pas grave, mais qui fut pris au bout de quatre jours d'une double pneumonie, compliquée d'une congestion cérébrale que caractérisait un état comateux et une apparence typhoïde. Trois malades, fort gravement atteints, ont été, pendant la convalescence, en proie à des accidens hydropiques sans albuminurie ; deux ont eu une anasarque générale ; le troisième un épanchement pleurétique considérable. J'ai observé aussi sur deux de ces malades une congestion passagère du foie avec et sans ictère.

La proportion des choléras sans prodromes a été peut-être plus considérable que dans la plupart des autres épidémies ; ainsi je suis certain que sur un cinquième au moins de mes malades, le choléra a paru brusquement au milieu d'un bon état de santé, et sans être précédé d'aucun symptôme abdominal ou autre. Il va sans dire que je me suis enquis des antécédens dans les plus grands détails et avec le soin le plus scrupuleux. A toutes mes interrogations j'ai reçu cette réponse uniforme : « Nous étions en parfaite santé, nous n'avions point perdu l'appétit, nos digestions se faisaient bien, nous nous étions couchés bien portans, lorsque le choléra nous a pris. »

Le diagnostic ne m'a pas, en général, offert de sérieuses difficultés ; la maladie était assez bien caractérisée pour être facilement reconnue, même par ceux qui, comme moi, l'observaient pour la première fois. Cependant j'ai vu quelques cas où le doute a pu être permis. Ainsi des malades, en dehors ou au centre du foyer épidémique, étaient pris, sans prodromes, d'un refroidissement général plutôt que d'un frisson proprement dit, le pouls faiblissait, les mains étaient violacées, et, la peur aidant, le visage était plus ou moins altéré, les déjections manquaient quelquefois, il y avait des coliques, et la langue était fort chargée ; au bout d'une ou de plusieurs heures survenait une chaleur intense, une véritable réaction fébrile, et plus tard une sueur abondante qui soldait la maladie. J'ai vu une fois le cerveau fortement engagé. C'était chez un garçon vivant au centre du foyer cholérique, et fort effrayé de tout ce qui se passait autour de lui. Ce jeune homme, après avoir presenté des symptômes semblables à ceux que je viens de décrire, tomba dans un état comateux complet. Lorsqu'on l'apporta à l'hôpital, le coma persistait encore, mais le pouls s'était relevé et la chaleur avait succédé au refroidissement. Dans la nuit, il eut une abondante transpiration ; le lendemain matin, la tête était débarrassée, et dans la journée il était guéri. La ressemblance entre cette fièvre éphémère cholérique et un début du choléra *sec* a été assez grande pour avoir, dans quelques cas, donné lieu à une erreur de diagnostic. Ainsi, j'ai été appelé en consultation pour une dame qui, tout à coup, avait été prise par un refroidissement si général et si intense, qu'au moment où j'arrivai on avait déjà donné le rhum et fait préparer un bain sinapisé. Un examen très attentif me convainquit que, malgré l'existence de coliques très vives, j'avais affaire à un pseudo-choléra ; et ce qui contribua à fixer mon diagnostic, c'est que quelques cuillerées à café de rhum avaient déjà produit une surexcitation voisine de l'ivresse, qui n'aurait certainement pas eu lieu s'il se fût agi du véritable choléra algide ; dans les cas de cette espèce, il faut, en effet, des doses énormes d'alcooliques pour produire l'intoxication, et même, le plus souvent, on n'y réussit pas.

La plupart des malades apportés à l'hôpital étaient fort gravement atteints, plusieurs même ont succombé peu d'instans après leur entrée. Aussi la mortalité à l'hôpital a-t-elle été plus considérable qu'en ville : j'ai perdu les deux tiers de mes malades. Il est vrai que je me suis montré très sévère sur le diagnostic, et que j'ai fait entrer dans ma moyenne même les malades qui rendaient le dernier soupir au moment de leur admission.

La durée de la maladie a été en général courte ; un quart des malades avait déjà succombé avant la fin du premier jour, et quelques-uns en dix et douze heures ; à la fin du second jour, la moitié n'existait plus ; les autres sont morts les jours suivans ; celui qui a résisté le plus longtemps a succombé le douzième jour seulement. Dans le cas de guérison, lorsque la maladie n'a pas été compliquée, le retour à la santé a été rapide, au bout de quatre à sept jours, les malades étaient rétablis. Dans le choléra compliqué, la guérison n'a pas été obtenue avant plusieurs semaines. Un malade a même quitté l'hôpital au bout de deux mois, encore porteur d'un épanchement pleurétique en voie de résorption, mais non entièrement disparu.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) Je transcris ici, à titre de document, quelques détails statistiques extraits de la notice du docteur D'Espine. Ce résumé a été fait avec le concours des différens médecins de Genève, et je le reproduis avec confiance, parce que, en qualité de médecin en chef de l'hôpital, j'ai fourni une bonne partie des notes qui ont servi à la composer. J'ai profité aussi, pour rédiger mon mémoire, des renseignemens communiqués à la Société de médecine par plusieurs praticiens qui ont eu à soigner des cholériques.

Début de l'épidémie : fin août 1855. Le premier cas mortel a débuté le vendredi 31 août.

Marche de l'épidémie :	1re semaine.....	5	malades.
—	2e —	5	—
—	3e —	5	—
—	4e —	19	—
—	5e —	31	—
—	6e —	11	—
—	7e —	7	—
—	8e —	7	—
—	9e — (3 premiers jours).	3	—

Terminaison : fin d'octobre.

Durée : soixante jours environ.

Age sur 92 cas.	Au-dessous de 10 ans.....	3
	De 10 à 20 ans.....	7
	De 20 à 30 ans.....	21
	De 30 à 40 ans.....	12
	De 40 à 50 ans.....	14
	De 50 à 60 ans.....	12
	De 60 à 70 ans.....	10
	Au delà de 70 ans.....	3
Sexe sur 92 cas.	Hommes.....	59
	Femmes.....	33

Professions : maçons, manœuvres, portefaix, ouvriers. Seulement 4 petits bourgeois aisés.

Mortalité, par rapport au nombre des sujets atteints : environ 54 p. 100.

Léthalité cholérique dans *la ville* de Genève, par rapport au nombre des habitans réduits à 10,000 hab., 10 décès pour 10,000 hab.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 Mars 1856. — Présidence de M. Biney.

Propriétés du tissu cicatriciel et application de l'autoplastie aux brides.

M. Jobert (de Lamballe) lit un mémoire sur ce sujet. En voici l'extrait :

Propriétés du tissu cicatriciel. — On est dans l'habitude de refuser à ce tissu toute sensibilité, et on admet qu'il est doué d'une propriété de resserrement ou de rétractilité extraordinaire. Cette opinion, basée sur ce que sa section sur le vivant, les piqûres, les torsions, les pincemens et les températures différentes n'y développent aucune sensibilité, est généralement admise, et pendant longtemps, dit M. Jobert, je l'ai partagée avec tous les auteurs qui ont écrit sur cette matière. Mais de nouvelles expériences auxquelles je me suis livré à propos de l'application de l'autoplastie aux brides, m'ont conduit à des résultats tout à fait opposés à ceux que le temps avait sanctionné jusqu'à ce jour.

Il résulte de ces recherches que le tissu cicatriciel est sensible, et que son apparente insensibilité n'est que le résultat de sa rétractilité. Il suffit, pour le démontrer, de le placer dans d'autres conditions, et de lui donner de la souplesse en faisant cesser le tiraillement dont il est l'objet. C'est à quoi l'on parvient en transplantant dans son centre un lambeau emprunté aux parties voisines, et que l'on aura soin de détacher complètement pour que l'expérience soit tout à fait concluante. Aussitôt que le lambeau et les lèvres du tissu cicatriciel seront confondus, on reconnaîtra facilement l'existence de la sensibilité. Cette sensibilité qui se développe avec la cessation du tiraillement est-elle due à un changement de vitalité ? Rien ne porte à le croire ; et n'est-il pas plus logique, et partant plus rationnel, d'admettre que les nerfs, dont la présence était ignorée, existent pourtant à l'état rudimentaire, et qu'ils se forment de la même manière que les vaisseaux.

Ces résultats m'ont donné l'explication de certains phénomènes dont j'avais essayé de me rendre compte à une époque antérieure : je veux parler de ces sensations de prurit dont les cicatrices sont fréquemment le siége, et de ces vives douleurs que ressentent particulièrement les anciens militaires porteurs de cicatrices, sous l'influence des variations

---

plus ou moins d'exercice, à la stupéfaction des magnétologistes. Que des hommes jeunes encore, avec des sens intègres, répètent ces expériences, je leur promets le même succès s'ils y mettent la même persévérance. Il n'y a pas besoin d'enquête pour cela ; chacun peut en faire une qui ne laissera pour lui rien à désirer. Que M. Mabru, par exemple, veuille bien assister à quelque séance magnétique, qu'il retienne le *tour* qui lui paraîtra le plus surprenant, et que, rentré chez lui, il cherche à l'exécuter, il y parviendra, j'en suis certain, s'il s'obstine en cherchant bien.

Je ne peux me défendre de traduire le plaisir que j'éprouve en voyant les progrès de l'association dans quelques départemens, trop rares encore, et les tentatives faites dans ceux où elle n'existait pas. Ainsi, je vois qu'à Toulouse l'Association de prévoyance prospère et grandit. Dans le rapport annuel de son secrétaire général, M. Guitard, je lis que la caisse de cette Association possédait, au 31 décembre dernier, un capital de plus de cinq mille francs. « Vous voyez bien, dit M. Guitard, que notre Association prospère et qu'elle promet pour l'avenir. » Oui, continuez, chers confrères toulousains, et cet avenir ce sera la fusion des Associations locales dans la grande Association générale, sujet de tous mes désirs et de mes espérances.

Encore une bonne nouvelle pour l'Association. M. le docteur Bancel m'écrit de Toul : « A force de *labor improbus*, nous sommes enfin » arrivés à une solution, et je vous annonce avec bien du plaisir que » les médecins de l'arrondissement de Toul sont constitués en Société ; » nos statuts ont l'approbation préfectorale ; l'arbre du progrès a une » racine de plus, etc. »

Voici une grande nouvelle, et je ne peux la passer sous silence. Le 10 avril prochain, se réuniront, à la villa Arson, à Nice, sous le nom de congrès homœopathique, un grand nombre de médecins homœopathes. Tous les médecins qui voudront y assister sont convoqués de droit, quelles que soient d'ailleurs leurs idées sur l'homœopathie, dont les partisans ont pris l'initiative de la réunion. On ne dit pas si ce congrès, comme le fut celui de Bordeaux, sera présidé par un cardinal.

Outre les distinctions dont M. P. Dubois et M. Conneau ont été l'objet à l'occasion de l'accouchement de l'Impératrice, on dit que l'*honorarium* a été ainsi réglé : à M. P. Dubois, 30,000 fr. ; à M. Conneau, 8,000 fr. ; à chacun des médecins présens à l'accouchement, 6,000 fr.

Amédée Latour.

BOITE AUX LETTRES.

A M. B..., à Christiania. — J'ai reçu vos deux lettres, j'attends de plus amples renseignemens et surtout que plus de temps se soit écoulé depuis vos dernières expériences.

— A M. D..., à Paris. — Le voleur ayant été arrêté, il devient inutile de donner un nouvel avertissement.

— A M. M..., à Saint-Dizier. — L'observation sera certainement publiée. Elle est entre les mains d'un de nos collaborateurs, qui a vu un fait analogue et qui voudrait rapprocher ces deux cas.

— A M. C..., à Chuly, près Genève. — « Des observations rédigées avec soin sur des malades présentant, à divers égards, un intérêt particulier, » seront toujours acceptées ici avec reconnaissance.

— A M. S..., à Alais. — Le petit ouvrage en question sera très prochainement l'objet d'un compte rendu.

— A M. G..., à Angoulême. — Votre tirage à part est prêt, on attend vos instructions.

Épidémie de rougeole observée à Leith, en Ecosse, par le docteur J. Brown. — Les conditions hygiéniques de cette ville de 30,900 habitans sont des plus défavorables. L'épidémie y a régné de décembre 1853 à juin 1854. L'auteur a observé 170 cas. Voici quelques-unes de ses conclusions relativement à la mortalité :

Quant aux saisons, le printemps a donné la plus forte mortalité. La température et les vents régnans n'ont paru exercer aucune influence sur la mortalité ; seulement le summum de celle-ci a coïncidé avec une grande humidité de l'atmosphère. L'âge n'avait aucune influence directe sur la mortalité ; celle-ci était forte surtout à la période de la dentition, évidemment parce que la santé était déjà ébranlée par ce travail. Elle était beaucoup plus considérable chez les filles que chez les garçons. Les maladies antérieures, la constitution, etc., n'étaient dans aucun rapport avec la mortalité, tout au plus elles prédisposaient à certaines formes ou certaines complications de la rougeole. En général, l'influence de la ventilation, de l'état des habitations, etc., sur la mortalité n'était pas évidente. L'époque de la maladie où le traitement avait été commencé, ainsi que les soins avec lesquels les prescriptions médicales avaient été exécutées, ont grandement agi sur la mortalité.

L'urine était généralement albumineuse ; mais des observations suivies et régulières n'ont pu être faites que chez dix-huit enfans ; néanmoins, les résultats des autres investigations non régulières et répétées, ont concordé parfaitement avec les déductions obtenues de ces dix-huit cas. Quoique ce chiffre ne soit pas assez élevé pour donner un résultat définitif, il permet cependant d'arriver aux conclusions suivantes :

Lorsque l'éruption se fait rapidement, l'urine devient albumineuse, ce que l'on peut attribuer à une brusque suspension des fonctions de la peau. A mesure que la peau reprend son activité, ou que l'organisme commence à s'accoutumer à ce désordre, et que l'éruption marche, l'albumine diminue et se perd dans l'urine. Quand la rougeole n'est pas compliquée, lorsque le troisième jour de l'éruption, celle-ci commence à pâlir, il se fait une sécrétion critique d'albumine dans l'urine, et la rapidité de la guérison est en rapport direct avec la sécrétion. Quand l'éruption disparaît très lentement, l'urine ne devient pas albumineuse. Il est probable qu'il existe une relation directe entre la présence de l'albumine et la rapidité de la disparition de l'éruption. Quand il existe des complications, surtout dans la muqueuse des voies respiratoires, la présence de l'albumine, le troisième jour, n'est pas aussi marquée, mais cette substance se montre à mesure que la complication diminue, et en même temps on découvre dans l'urine de plus grandes quantités de fibrine. — (*Journal f. Kinderkrankh*, n°s 9 et 10, 1855.)

Le Banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le Jeudi 27 Mars courant, à 6 heures du soir, dans les salons de Véfour-Hamel, au Palais-Royal.

Les Inscriptions seront reçues aux Bureaux de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, 56, jusqu'au mercredi 26, à 5 heures du soir.

Le prix de la souscription est fixé à 15 francs.

de température, de l'électricité répandue dans l'air ou d'autres agens extérieurs.

Il ressort des considérations précédentes et de l'examen anatomique du tissu cicatriciel que sa vitalité est peu développée; mais, si la rareté des vaisseaux sanguins est un obstacle à l'apparition de l'inflammation, des éruptions, de l'érysipèle, etc., d'un autre côté, c'est probablement à cette même cause que sont dues les ulcérations qui se développent et deviennent promptement désorganisatrices.

Les idées qui précèdent peuvent trouver leur application dans le traitement des cicatrices difformes.

Voici, à ce sujet, en quels termes s'exprime l'auteur :

Autoplastie des brides. — Pendant longtemps on s'est proposé d'allonger les brides pour faire disparaître les difformités auxquelles leur action de resserrement donnait lieu. Cette action rétractile détruisait rapidement l'effet de tout agent mécanique. Ce procédé doit être rejeté, tant à cause des douleurs qu'il occasionne, que parce que son emploi n'est justifié par aucun succès. Bientôt s'est présentée l'idée de détruire la bride en la divisant, afin d'allonger les parties vicieusement déformées. Ce mode opératoire obtient généralement un résultat immédiat; mais il ne présente pas de garanties suffisantes à cause de l'inflammation et de la suppuration qui s'établissent à la surface de la plaie; il se forme un tissu inodulaire plus résistant que le premier, et la bride prend plus de force et d'épaisseur. Pourtant, il peut arriver que l'inflammation soit si faible et la suppuration si peu abondante, que, les lèvres de la plaie se cicatrisant isolément, la guérison devienne définitive.

Delpech a proposé d'*extirper* la totalité des brides et d'opérer la réunion des lèvres de la plaie par la suture. Ce procédé, fondé sur la connaissance exacte de la nature du tissu des cicatrices, diminue les chances de récidive et a été plusieurs fois employé avec succès. Il n'est pas cependant applicable à toutes les difformités cicatricielles : il y aurait un vrai danger à y recourir pour une large cicatrice; on peut craindre une inflammation grave et la récidive.

Préoccupé des accidens sérieux que cette méthode a quelquefois entraînés, je me suis demandé s'il n'y aurait pas d'autre moyen de combattre cette rétractilité du tissu inodulaire, et j'ai songé à l'application de l'autoplastie aux brides. J'ai pensé à réparer la perte de substance par une addition de parties molles empruntées au voisinage et transplantées au milieu du tissu inodulaire. Mes prévisions se sont réalisées, et j'ai vu le tissu cicatriciel cesser ses tiraillemens sur les parties environnantes, les mouvemens articulaires se rétablir, et la sensibilité renaître dans les lieux où elle semblait éteinte pour toujours.

Au premier abord, on serait tenté de croire qu'un lambeau transplanté au milieu du tissu cicatriciel ne devrait pas y prendre racine, à cause du peu de vitalité de ce dernier. Mais l'expérience a prouvé que la greffe animale se réunit aussi bien au tissu cicatriciel divisé qu'aux autres tissus. C'est un fait remarquable que ce travail ne donne lieu à aucun excès d'inflammation et se maintient dans de justes limites.

Voici comment on doit procéder au pansement et à la réunion.

On doit :

1° Enlever avec de l'eau le sang de la surface de la plaie;

2° Coucher le lambeau dans la rigole saignante;

3° Pratiquer la suture entrecoupée, en commençant par le sommet du lambeau, l'angle correspondant de la plaie de la bride, et terminant par les côtés des surfaces saignantes;

4° Comprimer doucement le lambeau avec les doigts, en versant de l'eau à sa surface;

5° Pratiquer le pansement avec un linge enduit de cérat et des compresses trempées dans l'eau froide.

L'opéré doit user d'une extrême prudence jusqu'à la section du pédicule, qui ne doit être pratiquée que lorsque le lambeau a pris racine dans son nouveau domicile. Il faut attendre qu'il y ait communauté de vitalité entre les surfaces. Il s'écoule peu de sang par cette section, qui permet aux deux parties de la greffe de s'éloigner immédiatement l'une de l'autre : on découvre alors une partie saine de peau ou de tissu cicatriciel que le lambeau recouvrait. Les deux lèvres saignantes, après s'être écartées, se gonflent, se tuméfient et se recouvrent d'une cicatrice. Après la section du pédicule, celui-ci se rétracte, s'atrophie; il n'en reste qu'un petit mamelon, rougeâtre d'abord et blanchâtre ensuite. Le lambeau se rétracte vers son nouveau domicile, et la peau du pédicule se cache dans l'angle correspondant de la plaie faite à la bride. La saillie que forme d'abord le lambeau s'affaisse, et une ligne rougeâtre indique ses limites avec les parties voisines; il s'arrondit, et gagne en largeur ce qu'il perd en longueur. Je n'ai jamais vu ce lambeau s'hypertrophier, et il y a toujours eu adhésion entre lui et la bride divisée. Aucun changement appréciable ne se manifeste avant la section du pédicule; mais lorsqu'elle a été pratiquée, la bride s'étale, la difformité disparaît, les tiraillemens cessent, la partie inclinée se redresse et reprend son attitude.

A l'appui de ces principes, M. Jobert cite en quelques mots un fait remarquable de guérison obtenue par cette méthode chez une jeune fille qui, à la suite d'une brûlure, avait une inclinaison vicieuse de la tête et du cou, produite par une large et forte bride.

Depuis longtemps, ajoute M. Jobert, la chirurgie plastique a prouvé qu'on pouvait obtenir des résultats extraordinaires dans les réparations du corps humain. Cette observation démontre comment la science réparatrice peut conduire le chirurgien à des applications propres à éclairer certains points de physiologie et d'anatomie. Elle a dévoilé la sensibilité dans un tissu réputé insensible, en faisant ressortir cette propriété par la seule application de la greffe animale. Elle fait voir aussi combien étaient peu fondées les idées de Delpech, qui persuadé de la constante rétractilité du tissu inodulaire, avait proposé comme règle d'en faire l'extirpation. Pendant longtemps aussi, j'ai cru que c'était le seul moyen pour arriver à la guérison; j'ai dû renoncer à cette opinion en présence des résultats obtenus. Ce grand pathologiste n'avait vu que le fait, et ne s'était pas demandé s'il existait un moyen de s'opposer à cette influence rétractile.

L'observation précédente vient confirmer les principes que j'ai posés et donner une sanction nouvelle à des vérités pratiques que l'expérimentation et l'observation ont mises en évidence.

Du sulfocyanure de potassium, principe normal et constant de la salive.

M. J. Cloquet présente au nom de M. Longet un mémoire qui est extrait d'un travail plus étendu, et intitulé *Etudes expérimentales et critiques sur les divers liquides digestifs de l'économie animale*, travail dont il se propose de soumettre les principaux résultats à l'Académie avant leur publication, dans le second volume de son *Traité de physiologie*.

Le nouveau mémoire de M. Longet, dont je vais faire connaître les conclusions, dit M. Cloquet, et qui présente un grand intérêt à la fois sous le rapport chimique et sous le rapport physiologique, porte le titre suivant : *Du sulfocyanure de potassium considéré comme un des élémens normaux et constans de la salive.*

Voici les conclusions par lesquelles M. Longet termine ce mémoire :

1° Le *sulfocyanure de potassium*, qui, d'après l'opinion la plus généralement admise, n'existerait pas normalement dans la *salive* de l'homme, mais s'y développerait sous certaines influences fortuites, ou même dont l'apparition serait liée à un état pathologique, *doit*, au contraire, *être considéré comme un des principes normaux et constans de ce fluide.*

2° Il se rencontre non seulement dans la salive mixte ou buccale, mais aussi dans la salive parotidienne et dans les salives sous-maxillaire et sublinguale.

3° Sa présence caractérise en quelque sorte la sécrétion salivaire; car la sueur, l'urine, les larmes, le liquide cérébro-spinal, le sérum du sang et la sérosité provenant de vésicatoires, ne m'ont jamais donné aucune trace de sulfocyanure; il en a été de même du fluide pancréatique pris chez le mouton et le bœuf.

4° Ce sel existe dans la salive en proportions variables, mais toujours très petites : ces variations ne dépendent ni de l'âge, ni du sexe, ni du régime, ni d'états particuliers du système nerveux, *mais seulement du degré de concentration du liquide salivaire.*

5° Avec un trop grand état de fluidité de la salive, succédant à une excrétion très abondante, le sulfocyanure peut devenir inappréciable aux réactifs; mais, dans ce cas, il suffit de concentrer le liquide salivaire par une évaporation lente pour obtenir *constamment* la réaction caractéristique de la présence du sulfocyanure, comme je l'ai observé dans le pyrosis et les salivations mercurielles.

6° L'état sain ou morbide des dents n'a aucune influence sur la présence ou l'abondance de ce produit, qui d'ailleurs se retrouve aussi chez les personnes absolument dépourvues de dents.

7° Le sulfocyanure ne résulte pas non plus, comme on l'avait avancé, d'une altération spontanée de la salive.

8° Pour l'*isoler*, comme je l'ai fait, il importe d'analyser de préférence la salive d'individus à jeun.

9° De tous les persels de fer, le perchlorure est le meilleur réactif pour déceler la présence du sulfocyanure dans la salive; il donne à ce liquide *suffisamment concentré* une belle coloration rouge de sang.

10° Aucune autre substance organique ou inorganique contenue dans la salive ne donne lieu, avec le perchlorure de fer, à la même réaction que le sulfocyanure : c'est à tort qu'on a rapporté la précédente coloration à la présence d'acétates alcalins dans le fluide salivaire. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 18 Mars 1856. — Présidence de M. Bussy.

M. Depaul présente à l'Académie le cadavre d'un enfant nouveau-né, offrant une anomalie remarquable du tube digestif, d'une grande analogie avec le fait qu'il a communiqué dans la séance du 17 octobre 1854.

Quelques heures après la naissance de cet enfant, on a remarqué la rétention du méconium, des vomissemens d'une matière liquide tout à fait semblable à du méconium délayé; une tension assez marquée du ventre, avec absence de matité et même une sonorité exagérée sur les parties latérales de l'abdomen. Une sonde portée dans l'orifice anal a pénétré aisément jusqu'à une profondeur de 10 centimètres environ, mais s'est trouvée arrêtée là par un obstacle infranchissable; une matière demi-liquide d'un blanc grisâtre est demeurée fixée à l'instrument.

M. Depaul s'est décidé à pratiquer un anus artificiel. Ayant successivement attiré à lui plusieurs anses intestinales, il a rencontré un espèce de cul-de-sac par lequel se terminait l'intestin grêle. C'est immédiatement au-dessus de ce cul-de-sac terminal qu'il a pratiqué l'incision du tube intestinal, après l'avoir attiré en dehors de la plaie abdominale.

L'enfant passa assez bien les premières heures qui suivirent l'opération, il téta même comme auparavant; néanmoins, il succomba au bout de onze heures, après quelques mouvemens convulsifs.

L'autopsie a montré qu'à quelques centimètres du cœur, l'intestin grêle se terminait en cul-de-sac; il était cependant continué par un cordon très étroit, qui allait se rendre dans le cœcum; l'anus était bien conformé. Il n'y avait aucune trace de péritonite ni d'inflammation autour de la plaie chirurgicale.

Sur une interpellation de M. Moreau et une demande de M. Paul Dubois, M. Depaul répond que le conduit qui faisait communiquer le cul de-sac de l'intestin grêle avec le cœcum était perforé et perméable, et qu'il contenait une matière liquide d'un blanc grisâtre.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 13 Février 1856. — Présidence de M. Rostan.

Suite des communications et discussion sur la leucocythémie (1).

M. Trousseau fait remarquer, à l'occasion du procès-verbal, que Récamier avait pour ainsi dire pressenti ce qui fait le sujet de la discussion actuelle. Effectivement, il appelait l'attention de ses élèves sur un état caractérisé par une pâleur extrême, l'œdème général, l'hypertrophie de la rate, et qu'il désignait sous le nom d'ictère splénique. Il a paru convenable à M. Trousseau de rappeler ce fait pour démontrer que, dans quelques cas de ce genre, Récamier avait reconnu quelque chose de spécial que l'on a probablement, depuis cette époque, désigné sous le nom de leucocythémie.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la leucocythémie.

M. Bourdon : M. Lasègue, dans la dernière séance, nous a dit que Virchow ne reconnaissait une certaine valeur comme phénomène pathologique à l'augmentation du nombre des globules blancs du sang que lorsque cette augmentation atteignait un chiffre considérable, au point de représenter la proportion normale des globules rouges, ceux-ci étant réduits presque à zéro.

Les défenseurs de la leucocythémie partageront-ils cette opinion de Virchow? Je ne le pense pas. Car ils seraient obligés de rayer d'un seul coup tous les faits qui ont été présentés à la Société comme des exemples de leucocythémie. En effet, dans aucun de ces cas, je crois, une pareille proportion des globules blancs n'a été observée. Alors je me permettrai de leur demander quelle quantité de ces globules il faudra trouver dans le sang d'un malade, pour être en droit d'attacher à ce fait quelque importance, pour qu'il puisse, par exemple, servir à caractériser la leucocythémie.

J'ai examiné au microscope, avec M. Grassi, pharmacien en chef de l'hôpital Lariboisière, le sang de 7 malades chez lesquels je supposais une altération du liquide circulatoire; 2 de ces malades étaient atteints de maladie organique du cœur, 1 de maladie de Brigth, 2 de fièvre typhoïde grave, une de cancer utérin, une enfin d'entérite chronique.

Je puis le dire tout d'abord. Chez 4 de ces malades, j'ai trouvé une augmentation notable de la proportion des globules blancs, quoique chez tous quatre les autres signes caractéristiques de la leucocythémie eussent manqué.

Quelques mots sur chacun d'eux :

Le cas le plus intéressant est celui d'une femme de 69 ans, qui présentait tous les symptômes d'une maladie du cœur avec anasarque et cachexie profonde, mais qui n'avait jamais eu de fièvres intermittentes, n'était pas sujette aux hémorrhagies, n'avait pas la rate volumineuse ni les ganglions lymphatiques engorgés. A l'examen microscopique du sang, nous avons observé deux fois, à trois jours d'intervalle, 15 à 16 globules blancs, dans le champ du microscope.

A l'autopsie, nous avons trouvé la rate petite (10 centimètres de hauteur sur 7 de largeur), de couleur ordinaire et de consistance ferme. Le sang n'a pas présenté les caractères attribués au sang des leucocythémiques; dans les oreillettes il existait des caillots volumineux, solides et noirâtres. Les valvules du cœur étaient altérées ainsi que l'aorte, il y avait un commencement de cirrhose du foie; les ganglions lymphatiques n'étaient pas augmentés de volume.

Chez un homme de 32 ans, également atteint de maladie du cœur avec anasarque et albuminurie, mais dans un état cachectique moins grave, je n'ai constaté que 7 ou 8 globules blancs; sa rate était petite, les ganglions lymphatiques n'étaient pas tuméfiés, il n'avait jamais eu d'hémorrhagie; il a eu une fièvre intermittente pendant dix-huit mois, mais cela il y a dix-huit ans, et il n'en a jamais souffert depuis.

L'altération du sang était plus prononcée chez un homme de 41 ans, ayant une maladie de Brigth aiguë, datant seulement de vingt jours, avec une anasarque très considérable; il n'a pas l'apparence cachectique : il n'a jamais eu d'accès de fièvre intermittente, et ses ganglions lymphatiques paraissent sains; mais il a présenté, au commencement de sa maladie, une expectoration sanguinolente très abondante.

Comme chez la première malade, on voyait sur le champ du microscope de 15 à 16 globules blancs.

Ayant été obligé de le saigner pour des accidens thoraciques graves, le sang a été analysé et a présenté une diminution assez considérable de l'albumine, c'est-à-dire 58,6.

Je dirai, à ce sujet, que M. Ducom, pharmacien en chef de la Maison de santé, ayant analysé le sang d'un des leucocythémiques de M. Vigla, a déjà constaté une diminution considérable de l'albumine, 37. Je ne sais si de l'albumine existait dans l'urine.

Hier, le sang de notre malade, examiné de nouveau, n'a plus présenté que 8 ou 10 globules incolores; mais il est vrai de dire que depuis quinze jours une amélioration très notable est survenue dans son état. L'urine ne renferme plus d'albumine, et l'œdème a presque entièrement disparu.

La même proportion de globules blancs, c'est-à-dire 15 ou 16, a été observée chez la quatrième malade, jeune fille atteinte d'une fièvre typhoïde grave de forme thoracique, qui s'est terminée par la mort vers le vingtième jour. La rate n'offrait pas un volume considérable.

Dans un cas à peu près semblable, mais moins grave, puisque la malade est aujourd'hui convalescente, pas un globule blanc n'a été trouvé dans le sang.

J'en dirai autant de deux autres malades, dont l'une est affectée d'un cancer de l'utérus et l'autre d'une diarrhée rebelle, liée très probablement à des ulcérations intestinales. L'état général de toutes deux est cependant des plus mauvais, la faiblesse extrême, le teint d'une grande pâleur, l'amaigrissement considérable; mais il n'y a ni hydropisie, ni hémorrhagie; nous avons affaire ici, je pense, à une anémie simple.

Ces faits me semblent prouver que s'il existe réellement une entité morbide, telle que l'ont décrite MM. Virchow, Bennett, Vigla et autres, l'altération spéciale du sang qui s'y rapporte, c'est-à-dire l'augmentation du nombre des globules blancs, peut se rencontrer, quoique à un degré moins prononcé, dans d'autres maladies, telles que : affections organiques du cœur, arrivées à leur dernière période, fièvre typhoïde grave, maladie de Brigth.

Un de nos faits prouverait encore qu'on peut rencontrer cette altération du sang avec une rate petite et saine, du moins en apparence.

M. Lasègue nous a appris que Virchow avait déjà trouvé cette objection et qu'il y avait répondu, en admettant pour ces cas particuliers une leucémie lymphatique à côté de la leucémie splénique. Cette division, selon moi, tend déjà à rapprocher cette maladie de certains états morbides presque toujours, pour ne pas dire toujours symptomatiques, comme l'anémie, l'hydropisie, l'albuminurie. Car qui nous dit, en effet, qu'on ne sera pas bientôt forcé de reconnaître une troisième, une quatrième espèce de leucémie, ayant son point de départ dans des organes autres que la rate et les ganglions lymphatiques.

M. Cahen : La question qui nous occupe me paraît avoir fait quelques progrès depuis le commencement de cette discussion. Il est admis, je crois maintenant, et les observations que vient de lire M. Bourdon le prouveraient au besoin, que l'augmentation des globules blancs du sang peut se rencontrer dans un grand nombre d'affections diverses, sans que

(1) Suite. — Voir les numéros des 28 Février, 1er, 6, 8 et 18 Mars 1856.

cette augmentation constitue un état morbide particulier. L'exposé historique que nous a présenté M. Lasègue dans la dernière séance, m'a appris que c'est bien là aussi l'opinion de Virchow, et je suis heureux de le constater. Dans l'impossibilité où je me trouvais de me procurer les derniers volumes de ses *Archives d'anatomie pathologique*, je croyais que Virchow avait conservé l'opinion qu'il avait émise en 1849, et que je vais citer textuellement : « Si nous considérons, dit-il, les circonstances dans lesquelles se produit une augmentation significative des globules incolores, nous pouvons distinguer trois états différens :

» 1° Le simple trouble du développement des cellules spécifiques (*leucæmie*) dans les tumeurs chroniques de la rate et des ganglions lymphatiques.

» 2° Altération simultanée dans le développement des substances élémentaires spécifiques du sang, les cellules hématiques et la fibrine dans l'inflammation, la grossesse et les saignées répétées.

» 3° Altération du développement spécifique du sang, liée à une diminution de volume (atrophie du sang) dans le typhus, le choléra, l'infection purulente (*Pyæmie*). » t. II. p. 593.

A présent, d'après ce que nous a dit M. Lasègue, ce qui constitue la leucocythémie pour Virchow lui même, c'est une forme particulière de maladie générale, caractérisée anatomiquement par l'augmentation considérable des globules blancs et l'hypertrophie considérable de la rate. Réduite à ces proportions, la leucocythémie ne me paraît pas encore exister comme maladie distincte, et les lésions anatomiques qui devraient la caractériser ne me semblent pas bien rigoureusement établies.

Voyons en effet ce que peut signifier l'augmentation aussi considérable que l'on voudra des globules incolores.

Il est contraire à tous les principes de la pathologie, à toute logique, de donner comme caractéristique d'une maladie, une altération qui n'est qu'un degré plus ou moins élevé d'altération commune à plusieurs états morbides différens. Ainsi, dans l'anémie, quand le chiffre des globules est tombé au-dessous du minimum normal, l'état morbide existe et ne change pas de nom et ne se transforme pas, soit que le chiffre des globules soit de 90, de 60, de 50 ou de 30. La lésion est plus ou moins intense, mais elle garde toujours sa même signification ; il y a anémie dans ces cas comme dans l'autre.

Il me sera peut-être représenté que dans l'albuminurie, la quantité d'albumine excrétée peut servir au diagnostic, mais présentée d'une manière absolue, cette objection ne serait pas fondée, car il peut arriver qu'une maladie de Bright existe avec peu d'albumine dans les urines, et qu'au contraire, on trouve une quantité considérable d'albumine dans les urines des malades atteints d'affections du cœur. Et d'ailleurs, ce n'est là qu'un symptôme, dont l'importance peut varier suivant son intensité, et non une lésion anatomique, qui doit nécessairement être toujours ce qu'elle est ; que l'on constate, que l'on n'interprète pas.

Encore faut-il remarquer qu'il n'est pas admissible qu'une lésion arrive tout d'un coup, comme par explosion, à son maximum de développement. Si bien que l'abondance extrême des globules blancs étant la lésion caractéristique de la leucocythémie, cette maladie n'existerait qu'à un moment donné, et ne serait pas, pendant toute la période peut-être considérable, qui aurait servi à amener cette augmentation de globules incolores. Cette circonstance explique pourquoi tous les malades atteints de cette leucocythémie, étaient malades depuis fort longtemps quand la maladie a été constatée, pourquoi ils sont morts, car on ne constatait qu'un état ultime d'une affection ancienne.

Je pourrais faire la même observation relativement au volume de la rate, qui augmente lentement, progressivement, et qui, avant d'être énorme, avait été moins considérable. Quel degré d'hypertrophie devra-t-elle avoir acquis, pour devenir la lésion anatomique propre de la leucocythémie ? Si dans cette altération de la rate, on indiquait quelque chose de particulier, fût-ce même microscopique, elle pourrait avoir sa signification, mais on ne la distingue que par son étendue des hypertrophies spléniques, dues à l'influence paludéenne. Eh bien, sans doute, habituellement la rate n'acquiert pas un volume énorme dans les fièvres intermittentes, mais quelquefois dans ces cas, son développement est excessif ; il paraît même que ce soit là l'état ordinaire dans certaines circonstances, et je tiens de M. Hérard, qu'à Bordeaux, il est commun de voir des rates énormes chez les sujets qui ont contracté les fièvres intermittentes de la Teste.

En examinant le rapport qui existe entre l'augmentation des globules et l'augmentation de volume de la rate, nous assistons à la genèse de la leucocythémie. On a dit : la rate a pour fonction, d'après M. Donné, de convertir en globules rouges les globules incolores ; c'est donc à l'altération qu'elle éprouve dans cette maladie, qu'il faut attribuer l'augmentation des globules blancs, et on déduit des observations de leucocythémie, qu'elles établissent positivement le rôle de la rate et des ganglions lymphatiques dans l'hématose. Ainsi, la pathologie s'appuie sur la physiologie, la physiologie sur la pathologie, comme dans un château de cartes deux feuilles se soutiennent mutuellement, bien que chacune d'elles manque de solidité. Cependant, acceptons cette théorie qui nous paraît probable, mais non démontrée ; comment expliquer alors qu'il n'y ait nécessairement, forcément, leucocythémie dans ces hypertrophies de la rate liées aux fièvres intermittentes, comment peut-on dire que la leucocythémie ne reconnaît jamais pour cause l'infection paludéenne. Quoi ! voici un organe lésé, dont les fonctions troublées produisent la leucocythémie dans un cas, et le même organe présentant les mêmes lésions, car, je le répète, on n'a pas indiqué jusqu'à présent de différence dans ces hypertrophies, ne présentera pas les mêmes troubles fonctionnels ? Explique qui voudra cette circonstance bizarre ; pour moi, j'y renonce, car je n'y trouve d'autre explication que le bon plaisir des inventeurs de la leucocythémie.

C'est qu'en effet si la lésion, l'hypertrophie de la rate, quelle qu'en soit la cause, produit le trouble dans l'hématose ; qui amène la leucocythémie ? Cette nouvelle maladie ne diffère plus de l'ictère splénique de Récamier, dont M. Trousseau nous parlait tout à l'heure, de la cachexie splénique de Bordeu. Qu'on ne me dise pas que cachexie est un vieux mot qui a fait son temps, et dont les progrès de l'anatomie pathologique ont fait justice ; voici en quelques mots une observation qui prouve de quelle importance il peut être en médecine d'examiner l'ensemble de la physionomie d'une maladie, avant d'en analyser tous les traits.

Hansh, menuisier, âgé de 38 ans, entre le 28 février 1848 à la Charité, à Berlin. Il y a 17 ans, il fut atteint de fièvre intermittente pendant dix semaines. Il y a 4 ans, il éprouva, à la suite d'un refroidissement, dit-il, de la douleur dans le côté gauche de l'abdomen, de la diarrhée et des coliques. Ces symptômes sont devenus permanens depuis 9 mois. On constate sous les fausses côtes gauches une tumeur, qui s'est développée depuis 2 mois, et qui occupe presque tout le côté. Diarrhée, affaiblissement léger, etc. (Sol. iod. pot. — cinq sangsues tous les deux jours — lot. avec vin. scil.). Au 15 mars surviennent de la céphalalgie et des épistaxis (sol. ac. pot. avec oxym. scil.). La céphalalgie diminue, les épistaxis ont une telle abondance que, le 26 mars, le malade perd un quart (35 centilitres) de sang, et qu'on est obligé de recourir au tamponnement. — Le malade est épuisé (sol. sulf. fer avec ac. halt.). En avril, les hémorrhagies ne reviennent pas, les forces reparaissent, la rate diminue. Aspect anémique, fatigue extrême. Le malade sort le 13 et rentre le 30 (sol. iod. pot. — fricl. ong. nap. avec iod. pot.). Fièvre, exacerbation le soir. A partir du 12 juillet, augmentation de la tumeur, épistaxis (saturation alcaline). Pouls à 104 le matin, 120 le soir. Urines sédimenteuses, dyspepsie, toux. Diminution du murmure respiratoire à la partie inférieure du poumon gauche, en quelques points crépitation (20 octobre, deux ventouses scarifiées au côté gauche ; inf. digit. avec nit. de soud.). Expectoration rougeâtre visqueuse, anxiété, céphalalgie violente (23 octobre, une sangsue dans chaque narine). Insomnie, étouffemens, expectoration difficile, diarrhée bilieuse, diaphorèse. Mort le 2 novembre. (Virchow. *Arch.* t. II. p. 587 et suiv.).

En face des symptômes que présentait ce malade, chacun de vous, j'en suis sûr, aurait reconnu un état cachectique ; contre cet affaiblissement général, cet état d'anémie, ces hémorrhagies, contre cette hypertrophie de la rate, tous nous aurions prescrit le quinquina, le fer, les toniques sous toutes les formes. Nous n'aurions pas guéri ce malade, car à l'autopsie on a trouvé des tubercules partout ; mais nous l'aurions mis dans les conditions les plus favorables pour amener la guérison, si elle avait été possible. Au lieu de cela, qu'a-t-on fait ? On a pratiqué des émissions sanguines, on a administré des alcalins jusqu'à saturation, l'iodure de potassium, tous médicamens qui devaient exagérer tous les symptômes, et le malade est mort non seulement de sa maladie, mais encore du traitement qu'on lui a fait subir. Et ce n'est pas le fait d'une erreur de diagnostic, c'est la conséquence nécessaire d'un faux principe ; on n'a pas tenu compte de l'état général, on n'a voulu voir que l'hypertrophie de la rate, des congestions actives produites par cette hypertrophie, la leucocythémie, et par cette erreur de jugement, le malade a été privé des chances de guérison qu'il aurait pu avoir. Si ce sont là les résultats de la médecine, qui s'intitule prétentieusement médecine scientifique, soyons ignorans et sauvons nos malades. Fort heureusement la science véritable s'accorde parfaitement avec la pratique médicale, mais seulement quand elle résulte d'observations sérieuses et d'un jugement droit, et non de vaines hypothèses au service d'idées spéculatives.

M. Becquerel croit devoir présenter quelques observations qui ne lui paraissent pas sans importance :

1° M. Lasègue, dans le compte rendu qu'il a fait des travaux de Virchow, ne paraît pas avoir insisté sur ce fait que cet auteur signale, la leucocythémie sur des malades qui ont d'autres lésions que celles que l'on donne comme caractéristiques, ainsi dans le cancer et dans les affections tuberculeuses. Si l'on avait tenu compte rigoureux des lésions anatomiques trouvées dans les vingt-sept observations de Virchow, on serait arrivé à ce résultat, que les globules blancs se montrent en excès dans une foule de cachexies.

2° De quelle nature sont les globules blancs ? M. Cahen a dit, d'après Mandl, que c'est de la fibrine ; cette opinion n'est pas admissible, et elle a été réfutée partout. Les globules blancs sont les mêmes que l'on rencontre dans le chyme et dans la lymphe. Kolliker, qui traite cette question, n'a trouvé aucune différence.

3° Enfin, quoique ayant posé en principe que les globules blancs existent en excès dans un grand nombre de cachexies, M. Becquerel cite le fait suivant qui milite contre son opinion. Une femme présentant tous les symptômes de la leucocythémie, fièvres intermittentes jadis, décoloration profonde, état cachectique porté à un haut degré, diminution des globules et de l'albumine du sérum, puis diminution de la fibrine, hémorrhagies intestinales et infiltration séreuse, hypertrophie considérable de la rate et du foie, pas d'autre lésion apparente. Tout le monde aurait pris ce fait pour un exemple de leucocythémie. Le sang fut examiné pendant la vie et après la mort, et ne contenait pas de globules blancs en excès. Il existait un cancer de l'ovaire. Ce fait ne change cependant en rien l'idée que l'on doit se faire de la maladie, les globules blancs n'existent pas en excès dans toutes les cachexies ; il faudrait en examiner un grand nombre pour savoir dans quels cas ils existent.

(*La suite prochainement.*)

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

RÉCLAMATION.

Divonne, le 14 Mars 1856.

*A Monsieur le rédacteur en chef de l'*Union Médicale.

Monsieur et très honoré confrère,

Je vous prie d'insérer dans votre plus prochain numéro la lettre suivante, en réponse à celle de M. le docteur Lubanski, que vous avez publiée il y a quatre jours ; il est important que vos nombreux lecteurs soient mis en garde contre les insinuations mal fondées de mon honorable collègue. Mon intention n'est pas d'entamer une polémique inutile, mais je vous préviens que, fort de mon droit, et jaloux de mon honneur, je suis déterminé à repousser toute attaque de ce genre, *anguibus et rostro*.

A Monsieur le docteur Lubanski.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de lire dans l'Union Médicale du 11 mars 1856 la lettre que vous y avez fait insérer, qui se rapporte à deux publications faites dans le même journal et qui me concernent : la première n'est, comme je l'ai dit, qu'une page détachée d'un mémoire qui constate l'influence remarquable de l'hydrothérapie sur la tolérance pour les médicamens ; la deuxième, est un compte rendu, signé par le docteur A. Latour, d'un ouvrage paru pour la première fois en 1850, touchant aujourd'hui à sa troisième édition, et ayant pour titre : *Études pratiques sur l'hydrothérapie, ou traitement des maladies par l'eau froide.*

Dans votre lettre, vous me comblez des éloges les plus flatteurs et des témoignages de votre reconnaissance ; mais, à travers le velours de votre flatterie, perce, d'une manière trop évidente, l'aiguillon d'une raillerie que je me permettrai d'appeler inconvenante, parce qu'il me sera trop facile de prouver son injustice, et parce qu'elle ne sied pas à un confrère, chez lequel on pourrait soupçonner le moindre sentiment de rivalité.

Je commencerai par vous déclarer que j'accepte franchement votre louange, pure et simple, car, la main sur la conscience, je sens que je n'en suis pas indigne ; mais, ce que je ne puis accepter, c'est l'interprétation que vous faites de mon livre, en général, et du compte rendu qu'il a motivé ; c'est l'accusation de plagiat que je repousse de toutes mes forces. Pour combattre à ce sujet vos assertions, j'agirai en confrère qui tient, avant tout, à sa dignité professionnelle, et je ne me servirai, pour vous répondre, que d'armes franches et loyales ; c'est vous dire assez que mon intention n'est pas de vous suivre sur le terrain glissant que vous avez choisi.

Procédons par ordre et examinons quel est, à vos yeux, mon premier crime ? j'ai parlé de *la facilité, de la rapidité avec laquelle on obtient, sous l'influence d'un traitement hydrothérapique, la tolérance d'un médicament spécifique, soit que celui-ci n'ait pu auparavant être supporté à doses suffisamment élevées, soit qu'il ait perdu, par l'idiosyncrasie du sujet, son action élective.* Eh bien, Monsieur, n'est-ce pas là une idée nouvelle ? et vous reconnaissez-vous le droit de réclamer cette autre paternité ? Vous dites il est vrai dans votre *Examen physiologique de l'hydrothérapie* (page 33) : *j'aurais voulu vous parler de la possibilité et de l'utilité qu'il y a d'allier l'hydrothérapie à l'usage de certains médicamens, tels que les substances alcalines, l'iode, le fer* ; mais aussi vous ne dites que ces quelques mots, et je le regrette sincèrement, car nous aurions pu de nouveau, *par un singulier hasard*, entrer en communion d'idées. Il y a bien association des médicamens à l'hydrothérapie dans nos deux propositions, j'en conviens, mais il n'y a pas le moindre point de ressemblance dans le but que l'on se propose d'atteindre ; vous n'avancez qu'un fait connu et accepté depuis longtemps par tout médecin judicieux, que l'hydrothérapie n'étant pas une panacée universelle, il y a convenance et avantage à se servir d'elle dans des circonstances déterminées, et possibilité et utilité à allier son action à celle de quelques médicamens spécifiques ; tandis que mon nouveau mode de faire se présente comme un auxiliaire précieux brisant les entraves opposés : la thérapeutique de certaines maladies par des voies digestives épuisées ou rebelles. Y a-t-il ici la moindre analogie dans l'expression même de nos idées ?

Passons aux autres griefs, et voyons ce qu'ils peuvent avoir de fondé. Vous semblez, Monsieur, me reprocher d'avoir choisi pour mon ouvrage le même titre que précédemment vous aviez donné au votre : *Études pratiques sur l'hydrothérapie* ; je vous ferai d'abord observer que si vous vous étiez donné la peine de lire *seulement* la couverture de mon livre, vous eussiez vu cette autre phrase accessoire qui fait suite au titre principal : *ou traitement des maladies par l'eau froide.* Si nous avions l'un et l'autre à prélever quelque part des droits d'auteur, cette différence seule justifierait les miens ; et puis, après tout, veuillez me dire, Monsieur et très honoré confrère, si vous avez pris un brevet d'invention pour votre titre, et si, par hasard, vous avez fait déposer l'intitulé de votre livre au dépôt des gravures, imprimés, etc., de la Bibliothèque impériale, pour en réserver à vous et à vos héritiers l'absolue propriété ? Quelle étrange prétention ! Vous avez publié un livre d'études pratiques sur l'hydrothérapie, et le dernier mot est dit ; après vous, personne ne pourra plus étudier pratiquement ce moyen thérapeutique ; vous avez énuméré vos procédés, et personne ne pourra à l'avenir, sans être accusé de contrefaçon, énumérer des procédés modifiés par l'expérience, tombés dans le domaine public, et que, du reste, vous n'avez pas inventés, bien loin de là ? Allons donc ! Monsieur, dites-moi, s'il vous plaît, que deviendrait notre littérature médicale ? que deviendraient nos écrivains si, chaque fois qu'ils désirent publier les résultats de leurs observations, ils étaient obligés d'inventer un nouveau titre comme nos faiseurs de romans ? Il serait impossible, convenez-en, de publier désormais un traité des maladies chirurgicales, ni de médecine opératoire, ni de pathologie interne, ni de maladies vénériennes, ni de la syphilis, ni de maladies des yeux, etc., etc. ; enfin, on devrait en tout se condamner au silence, dans la crainte d'être flétri du nom de contrefacteur. Pour ma part, je ne regrette qu'une chose, c'est que vos prétentions n'aient pas été jusqu'à revendiquer aussi, sans les avoir lues, les observations et la classification nosologique qui terminent mon ouvrage. Quoi ! sur des citations prises au hasard d'un compte rendu que je n'ai ni inspiré ni signé, vous m'accusez d'avoir copié plusieurs phrases de votre livre, sans soupçonner, en bienveillant confrère, une inexactitude du rapporteur, sans vous être convaincu *de visu* que, dans mon ouvrage, l'article incriminé vous était entièrement attribué par une note et un renvoi, ainsi que tous les autres passages qui *dénotent chez nous une grande identité de la pensée* ; veuillez donc regarder au bas de la page 68 de mes *Études pratiques*, et vous y verrez cette phrase : *La température du corps baisse considérablement, et cela même dans les parties emmaillottées*, etc. ; elle est comprise dans un alinéa qui commence par votre nom et qui se termine par un renvoi : puis, au bas de la page 69, cette note : Lubanski, *Manuel de l'hydrothérapie*, page 76.

Vous conviendrez, avec tous les gens sérieux, que vous avez formulé bien légèrement une accusation bien grave, et quoique j'aie étudié l'hydrothérapie *loin de vous*, veuillez croire, toute modestie à part, que je ne suis pas assez pauvre pour piller mon voisin ; je lui emprunte quelquefois, soit pour faire hommage, comme dans ce cas particulier, à sa sagacité et à son talent d'observation, soit pour mettre en parallèle deux opinions contradictoires, mais je rends toujours à César ce qui est à César ; j'adopte en cela la marche suivie par tous les écrivains honnêtes. D'ailleurs, qui pourrait s'en plaindre ? N'est-ce pas un moyen de multiplier, sous les yeux du lecteur, les passages d'un livre que l'on trouve digne d'être consulté, et que c'indifférence, le caprice ou le mode plongent souvent dans l'oubli ? Enfin, Monsieur, tout cela vous prouve, n'est-il pas vrai, que j'ai lu vos ouvrages, et qu'avant de livrer à la publicité la lettre qui me concerne, vous auriez dû lire aussi les miens, cela nous eût épargné d'entretenir la presse médicale de débats dans lesquels l'intérêt scientifique cède toujours le pas à l'amour-propre blessé. Croyez-moi, reconnaissez votre erreur en mettant un terme à une querelle puérile qui n'a aucun fondement, et qu'infailliblement la galerie prendrait à la fin pour l'expression d'une rivalité jalouse ; vivons en bons confrères ; unissons sérieusement nos efforts, si vous le voulez, pour l'avancement de l'hydrothérapie ; éclairons-nous mutuellement de nos propres lumières ; que notre rivalité se transforme en une noble et digne émulation, et que Divonne et Longchêne se donnent franchement la main : la science et notre considération personnelle ne pourront qu'y gagner.

Dans cette espérance, veuillez agréer, etc.

Dr Paul Vidart,
Directeur de l'établissement hydrothérapique de Divonne (Ain), près de Genève.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 37. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 25 Mars 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. CONSULTATION pour un cas de névrose singulière et complexe. — II. ÉPIDÉMIOLOGIE : Le choléra à Genève pendant les mois de septembre et d'octobre 1855. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société d'hydrologie médicale de Paris*: Suite de la discussion sur le traitement des paralysies par les eaux minérales. — IV. FEUILLETON : Les hivers de Venise.

CONSULTATION

POUR UN CAS DE NÉVROSE SINGULIÈRE ET COMPLEXE.

Cahors, le 10 Mars 1856.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous envoyer une observation de névrose excessivement curieuse, à laquelle je ne connais pas d'analogue, et veuillez me permettre de réclamer le secours de vos lumières et celles du Comité de rédaction de votre excellent journal pour ce cas de pathologie intéressant sous plusieurs points de vue. Je m'efforcerai d'être clair, sans espérer cependant pouvoir vous donner une idée parfaitement juste et précise des différentes phases de cette étrange maladie.

Voici le fait :

P... X..., est un jeune homme de 17 ans, appartenant à une excellente famille, de tempérament strumeux, portant des cicatrices anciennes de suppuration des ganglions sous-maxillaires ; déviation latérale très prononcée de la colonne vertébrale, avec faiblesse excessive des reins, nécessitant l'usage habituel d'un corset très fort pour le soutenir ; mauvaise santé habituelle. Sous l'influence prolongée de l'iodure de potassium, l'engorgement sous-maxillaire a disparu et la cicatrisation s'est bien faite et maintenue.

Assez paresseux de son naturel, d'une intelligence assez peu développée, il fut retardé dans ses études. Ses parens remarquaient tous les ans ceci de particulier que, au retour des vacances, il répondait assez facilement et sans les avoir étudiées depuis, à des questions qu'il lui eût été impossible de résoudre à la fin de l'année scolaire, quoiqu'elles eussent été professées en sa présence, comme si à son insu et en dehors de sa volonté, son cerveau les eût travaillées.

Depuis environ deux ans cependant, honteux de se voir devancé par des camarades plus jeunes que lui, il s'était mis au travail avec une grande ardeur, et prenait même sur ses nuits, en cachette, pour étudier ses auteurs, car il avait la mémoire fort ingrate.

Vers le mois de septembre 1855, ses parens et lui-même s'aperçurent qu'il fallait peu de chose pour l'impatienter, pour l'agacer, ce qui lui attirait des reproches qu'il assurait ne pas mériter. Cet état d'agacement, peu prononcé d'abord, allait croissant, lorsque, après s'être plaint plusieurs semaines d'étouffemens et de douleur à la région précordiale, il eut, le 20 décembre, une crise plus forte, qui le força à quitter la classe ; puis, la douleur qui durait à peu près cinq minutes et revenait toutes les deux heures, devint tellement violente, que mon père, médecin et ami de sa famille depuis un grand nombre d'années, fut consulté. Il constata une légère hypertrophie du cœur. Les calmans, les antispasmodiques furent impuissans contre cette douleur, qui céda rapidement à une application de sangsues *loco dolenti*. Pendant ces crises, le malade se débattait assez violemment ; le pouls était tranquille.

Huit jours après la disparition de cette douleur, temps pendant lequel il fut affaissé, tous les jours vers la même heure, dans l'après-midi, il devint d'un extrême loquacité. Il racontait avec une grande lucidité d'idées et une grande justesse d'expression, des faits souvent fort anciens et qui exigeaient beaucoup de mémoire, entremêlant le tout de remarques fort justes sur une foule de sujets qu'il n'abordait pas d'ordinaire. Cependant son idée fixe, celle qui revenait le plus souvent, était son temps perdu, ce qui le désolait, et ses auteurs grecs et latins, dont il récitait fréquemment des passages. Il s'impatientait quand on interrompait son discours, et le reprenait au point précis où il l'avait laissé.

De temps en temps, il cessait de parler et s'agitait alors très fort, frappant des pieds et des mains sur tout ce qu'il rencontrait ; cet état d'agitation incoercible, disait-il, durait peu, et il se remettait à parler comme si de rien n'était. Cet état dura quelques jours. On dirigea contre lui, vu l'intermittence, de la quinine, qui, à diverses reprises, parut procurer quelques jours de repos. Puis survinrent subitement des douleurs très vives à la nuque d'abord, puis dans la tempe et dans le masséter du même côté, celui-ci variant d'un jour à l'autre, et les deux finissant par être douloureux à la fois. Cette douleur cessait momentanément pour faire place à d'autres très variables, quant au siége, et occasionnées par la contraction subite des différens muscles, les muscles symétriques des deux côtés se contractant le plus souvent à la fois. Il poussait de temps en temps des cris rauques ressemblant à des cris d'animaux, et ressentait alors une constriction violente à la gorge. A cette époque, à la suite d'une crise de contraction, tous les membres à la fois se raidirent et devinrent extrêmement douloureux et contournés. L'articulation scapulo-humérale resta seule libre. Il perdit l'usage de la parole, et n'exprimait plus ses désirs et sa souffrance que par des sons inarticulés. Cet état dura quarante-huit heures. Sa sœur, le voyant souffrir, eut une crise nerveuse et se trouva mal, ce que voyant, le malade fut subitement dégagé de ses contractions musculaires, et se pencha vers sa sœur pour la secourir. Celle-ci remise, il eut une autre crise très violente et très douloureuse qui dura fort peu de temps, et à la suite de laquelle, après quelques cris inarticulés, il recouvra l'usage de la parole. Les jours suivans, il n'eut que de l'agitation, *toujours sans fièvre*, des mouvemens d'une brusquerie extrême, entremêlés de citations grecques et latines impossibles à contraindre. Il se figurait souvent être professeur et faire la classe à tel ou tel de ses amis, se fâchant beaucoup de son ignorance, et expliquant lui-même le point sur lequel il se figurait ne pouvoir obtenir de réponse satisfaisante. Tout cela durait plus ou moins, et était remplacé par des momens de calme, pendant lesquels il raisonnait parfaitement, gardant ou non le souvenir de ce qu'il avait fait et dit pendant sa crise. Ces actes étaient fréquemment interrompus par des contractions douloureuses successivement de tous les muscles d'une même région, notamment des reins ; alors il se ployait comme un cerceau ; on le frictionnait vivement, et la douleur passée aussi subitement qu'elle était venue, il ne pouvait supporter sur la colonne vertébrale le moindre attouchement, quoique, à l'exception d'un seul jour, il se couchât sans douleur sur le dos.

Jusqu'à ce moment tout s'était passé dans son lit ; mais bientôt son agitation augmentant, ce champ ne lui suffit plus. Il se leva dans ses momens de crise, ayant toujours la précaution de passer au préalable son pantalon, et se mit à courir d'une chambre à l'autre très rapidement, se jetant parfois brusquement sur son lit, où des douleurs nerveuses le prenaient, recommençait sa course aussitôt la douleur passée ; puis, lui dont les reins étaient si faibles dans l'état de santé, il se mit à faire des tours d'adresse d'une force et d'une agilité incroyables, s'élançant d'un bond à cheval sur le haut d'une porte, debout sur des cheminées, grimpant jusque sur les glaces en s'aidant des moindres aspérités ; le tout sans parler le plus souvent, si ce n'est à la fin de la crise, à moins qu'il ne fût interpellé, et encore n'obtenait-on pas toujours de réponse.

Un autre jour, c'était une autre scène : tout en gambadant avec la même force et la même prestesse, il parlait, faisait le bouffon, se moquait de certaines personnes, puis retrouvait brusquement son calme et causait, très posément quelquefois, d'une manière saccadée souvent, mais toujours avec lucidité.

Quelquefois, au milieu d'une conversation animée, il se croyait seul, à la campagne ou ailleurs, et disait tout haut ses impressions, racontait certains épisodes dont ses parens n'avaient pas connaissance et qu'il ne leur eût pas racontés en santé, de peur de s'attirer des reproches. Les contractions spasmodiques et douloureuses de tels ou tels muscles continuaient à revenir et à disparaître toujours brusquement ; j'ajouterai que, vers cette époque, il survint de nouvelles crises de cœur, dont il n'avait plus souffert depuis l'application de sangsues, et des douleurs d'entrailles de même nature que les précédentes. Les maux de tête étaient presque continuels, seulement le siége était très variable ; c'était tantôt l'une ou l'autre tempe, le sommet, la partie antérieure ou postérieure de la tête, sans que ces changemens de siége amenassent un changement dans la nature des crises. Je n'ai pu rien noter de particulier du côté de la pupille.

Le soir, lorsque la série des crises était passée, ses forces le trahissaient, il ne pouvait plus se tenir sur ses jambes ; et on était obligé

Feuilleton.

LES HIVERS DE VENISE (1).

CLIMAT — HYDROGRAPHIE — EFFETS THÉRAPEUTIQUES.

IV.

Venise fournit à la médecine, par les eaux de l'Adriatique et celles de la Lagune, des moyens d'action familiers à la thérapeutique indigène et qui ont une assez grande valeur. Avec la mer, on a les bains fortifians pendant une saison toujours plus longue dans ces parages que dans ceux de l'Atlantique. Avec l'eau de la Lagune on a des bains aussi qui ont leurs qualités propres, mais ses ressources ont une sphère plus étendue. On tire du fond de cette surface inondée, des boues qu'on administre en bains ; on y récolte des algues qu'on prescrit sous forme de gelées. Je commence par le moyen d'action sur lequel il y a le plus à dire et qui donne le plus à profiter.

L'eau qui remplit le bassin au milieu duquel flottent les édifices de Venise, provient d'une double source, celle qui provient de la mer et celle qui est versée par les rivières ou torrens qui s'ouvrent sur le rivage continental. L'eau de la mer ne peut pas conserver entièrement, dans la Lagune, les qualités qui la caractérisent. Les eaux douces qui s'y mêlent n'en modifient pas profondément la composition ; elles affaiblissent pourtant les proportions de l'élément principal. On a bien des fois analysé cette eau : il est impossible d'en tirer une notion précise. Dans le flux, c'est l'élément marin qui prédomine, dans le reflux, c'est l'élément terrestre, c'est-à-dire les eaux douces. En d'autres termes, l'eau puisée près du Lido donne une proportion élevée de chlorure de sodium ; cette proportion décroît lorsqu'on opère sur des quantités prises près du continent. Au nombre des chimistes qui se sont occupés de la question, nous citerons le professeur Calamaï de Florence ; ravi depuis peu d'années à la science, il a succombé après avoir honoré son pays par ses travaux.

Cet auteur regrettable, et que j'ai connu, a comparé les eaux du port de Livourne avec celles de l'Adriatique. Il n'a pas fait de différence entre les eaux puisées en dehors du Lido et les eaux de la Lagune. A cela près, les résultats qu'il a obtenus méritent d'être notés. A température égale, l'eau de Livourne aurait une pesanteur spécifique de 1,0231 et l'eau de l'Adriatique de 1,0184. Cette supériorité de poids dans l'eau de la Méditerranée entraîne une supériorité dans les proportions de chlorure. C'est, en effet, ce qui a lieu. Les quantités de sel entre cette mer et l'Adriatique sont comme 7 est à 6. Il est fâcheux que le professeur Calamaï n'ait pas fait le même travail comparatif entre les eaux de l'Adriatique et celles de la Lagune ; il aurait trouvé certainement une différence bien plus sensible que la précédente. La recherche de l'iode et du brome a donné des résultats qui semblent manquer d'exactitude ; ces deux substances se sont montrées seulement à l'état de trace. Avec l'eau de la Méditerranée, le premier de ces élémens, l'iode a donné une réaction dans le liquide réduit au huitième par l'évaporation ; avec l'eau de l'Adriatique, c'est après une réduction poussée jusqu'au dixième que la réaction s'est montrée. Le brome a donné des résultats encore moins satisfaisans. Les eaux des deux origines, évaporées jusqu'au dixième, n'ont pas laissé paraître de réaction par l'emploi de la méthode ordinaire, c'est-à-dire au moyen du chlore et de l'éther (1). Calamaï n'a dû sans doute cette réponse muette de la chimie qu'à la faiblesse des quantités analysées ; il aurait dû opérer sur de plus fortes doses.

Une autre analyse, faite assurément dans de meilleures conditions, par le docteur Ragazzini, professeur de chimie à l'école de Padoue, a donné des résultats différens, principalement en ce qui regarde le brome. Il n'y aurait pas d'iode sous aucune forme dans l'eau de l'Adriatique, mais le brome y serait représenté à l'état de bromure magnésien en raison de 17 centigrammes par kilogramme de liquide (2). La quantité de ce composé n'est pas grande ; elle n'est pas supérieure, que je sache, dans les autres mers. Qu'on n'oublie pas, du reste, que les bromures trouvés dans les eaux mères des salines ou des sels gemmes, n'ont de si fortes proportions que parce que ces eaux mères sont des produits très concentrés. J'ajouterai une réflexion qu'on me permettra d'emprunter à un travail publié naguère sur des eaux de cette classe (1). En fait d'eaux minérales, il y a un mode d'action spécial qui appartient aux eaux telles que la nature les compose dans son mystérieux laboratoire. En les chauffant, en les réduisant, on en change la texture chimique et les conditions essentielles ; il faut les respecter pour pouvoir compter sur leurs effets.

L'eau de l'Adriatique donnant 36 grammes de composés salins par kilogramme (2), l'eau de la Lagune doit en porter beaucoup moins. A 29 grammes par kilogramme, une eau salée est potable, et on s'y habitue sans trop de difficulté. C'est à peu près la quantité de sel que porte, en dissolution, l'eau vénitienne. Cette eau est un médicament d'une grande valeur dans toutes les maladies dans lesquelles le sel agit comme fortifiant ou résolutif. Il y a plus que du chlorure de soude, dans celle-là, car les algues de la Lagune contiennent du brome et de l'iode, comme les boues et comme l'eau elle-même, d'après l'analyse du docteur Ragazzini, qui a trouvé le premier de ces élémens, s'il n'a pas pu parvenir à mettre en évidence le second.

Les boues vénitiennes ont quelque analogie avec les boues d'Abano, près de Padoue, et avec celles d'Ischl, dans la Haute-Autriche. Ischl est trop loin de Venise pour faire concurrence aux boues de la Lagune ; Abano est trop près pour que cette concurrence ne s'établisse pas, surtout avec un patronage comme celui de la noble école de Padoue. Ces boues sont, en effet, transportées à Venise pendant la saison des bains, et ont assez de succès pour faire descendre au second rang, les boues indigènes. Les unes et les autres se ressemblent peu comme composition chimique ; ce qui les rapproche, c'est l'analogie des effets. Les boues de la Lagune présentent les élémens de l'eau marine et ceux qui résultent de la décomposition des algues, épaisse végétation encombrant les espaces qui séparent la ville du Lido. On a exprimé en termes généraux la valeur chimique de ce produit, on s'est borné là. En rapportant plus loin la composition chimique des algues vénitiennes, telles que Bréra la donne (3), la clarté se fera sur cette question. Les boues

(1) Voir les numéros des 4, 13 et 20 Mars 1856.

(1) Taussig, *ouv. cit.* d'après la *Gazette toscane des sciences médico-physiques*, où le travail de Calamaï a été d'abord inséré.

(2) Fr. Ragazzini, *Nuove ricerche, fisico-chimiche ed analisi dell' acque termali euganee* ; Padova, 1844.

(1) Ed. Carrière. *Études sur les propriétés médicales des eaux salées et de eaux mères de Salins (Jura)*, travail inséré dans le dernier volume des *Mémoires de l'Académie de médecine*.

(2) Fr. Ragazzini. *Ouv. cit.*

(3) *Ischl e Venezia*. Venezia, 1838.

de le porter d'un lit à un autre. Les nuits étaient assez calmes, relativement aux jours; il dormait bien mais rêvait souvent, surtout dans les premiers temps de la maladie, aux sciences qui faisaient l'objet de ses études; et le matin il lui restait beaucoup de lassitude. Les jours de calme complet étaient très rares; il était néanmoins tranquille le plus ordinairement dans la matinée, mais l'après-midi apportait presque invariablement de nouvelles épreuves.

L'appétit a été très variable; les digestions très faciles.

J'ai forcément omis bien des singularités de détail pour ne m'appesantir que sur les phases principales de cet état morbide, et j'arrive à la journée du 27 février 1856.

La matinée a été légèrement agitée, mais, comme précédemment, il a, en s'éveillant, annoncé que la journée ne serait pas bonne. En effet, à deux heures, après des contractions douloureuses multipliées, son regard devient tout d'un coup fixe; il se met à chanter toujours sur le même air : *Seigneur ayez pitié de moi, qui souffre depuis longtemps*; puis, il se lève en chemise, en prenant bien des précautions pour se couvrir, il va dans la chambre voisine, ouvre la commode, fait sa toilette lentement, et, celle-ci terminée, il ouvre un secrétaire, prend son cahier de textes et se met à faire une version latine. Il annonce, en chantant, tout ce qu'il fait, mais rien ne peut le tirer de cet état; on l'appelle, il ne répond pas; on le secoue violemment, on lui jette de l'eau froide au visage, sans qu'il paraisse s'en apercevoir.

Sa version finie, il replace son cahier dans le tiroir, et, après une promenade lente, pendant laquelle il monte sur les cheminées, sur les glaces, dans une armoire, il va se déshabiller méthodiquement, plaçant tous ses vêtemens dans l'ordre où il les a trouvés et revient se coucher, toujours en chantant. Une fois au lit, il se tait, et, la bouche entr'ouverte, le regard fixe, les membres dans une complète résolution, il reste immobile pendant un quart d'heure. Une crise de contraction vient le tirer de cet état, et lui rendre la parole et l'intelligence. Les contractions ont, depuis quelques jours, présenté ceci de particulier qu'elles se transportent d'un endroit à un autre avec une rapidité inouïe et sans aucun ordre, ce qui se traduit par la rapidité avec laquelle le malade y porte la main en se plaignant sourdement.

Ce phénomène somnambulique a duré deux heures; à son réveil, il ne s'est douté de rien, et a manifesté son grand étonnement de ce qu'une personne assise à son chevet au début de l'accès, n'y fût plus lorsqu'il a cessé, faisant ainsi comprendre que le temps de l'accès ne comptait pas pour lui. Le soir, à sept heures et demie, même crise qui dure trois heures. Nous avons pu constater que, dans l'obscurité la plus absolue, il a continué à écrire sans paraître remarquer la disparition de la lampe qu'on lui avait enlevée brusquement. Les caractères ainsi tracés étaient aussi nets, aussi réguliers que les autres. Il venait d'écrire ses funestes pressentimens, quant à la durée et à l'issue de sa maladie, ajoutant qu'il ne voudrait pour rien au monde que ses parens le sussent aussi malade.

Le 28 février, mélange *de tous les phénomènes précédemment décrits*. MM. les docteurs Bonhomme et Lacombe, appelés en consultation, ont ainsi pu voir, en une seule séance, se dérouler devant les yeux toute la maladie dans ses moindres détails. Le soir, prostration absolue des forces, fatigue et faiblesse extrême des reins; il mange péniblement, quoique avec appétit; et immédiatement après, nouvel accès de somnambulisme, qui dure une heure.

Le 29, après une nuit assez agitée, les muscles de la face sont surtout tour à tour contractés douloureusement d'une manière presque continue.

Le 1er mars. La nuit s'est passée sans sommeil; il continue à grimacer un peu, mais toute la partie droite du corps est seule agitée, quoiqu'il conserve l'entière liberté des mouvemens du côté gauche. Il exécute avec le bras droit des mouvemens saccadés d'extension, de flexion et de circonduction. Il cause pendant ces accès, ce qu'il ne pouvait faire auparavant lorsque les deux moitiés du corps étaient indifféremment agitées. Cris gutturaux fréquens.

3 mars. Vers cinq heures du matin, il a été réveillé par une douleur vive à une jambe, puis il a eu une frayeur très vive occasionnée par un objet imaginaire. Dans le courant de la matinée et de la journée, cette frayeur s'est renouvelée deux fois, mais beaucoup plus intense, et a duré en tout quatre ou cinq heures. Il croit voir une montre, dont il ne peut donner une exacte description. Les deux côtés sont agités.

4 mars. Nuit assez bonne; le jour, reprise fréquente de frayeurs, avec cette différence sur la veille qu'en le secouant et l'appelant pour le rassurer dès le début de la frayeur, on les fait avorter. Continuation des contractions douloureuses, changeant brusquement et très brusquement de place.

6 mars. Contraction spasmodique et douloureuse des orteils des deux pieds, et occlusion de l'œil gauche qui est de temps en temps très douloureux. Quelques frayeurs.

7 mars. Même situation qu'hier; l'œil droit se ferme aussi, et il reste jusqu'au 10 au matin dans cet état de cécité et de contraction d'orteils, d'où une crise longue et violente vient le tirer. Je le vois dans la journée. Il se plaint souvent et toujours brusquement de douleurs vives dans la hanche droite; fort peu de contractions dans les autres muscles. Il a, en ma présence, quelques frayeurs qu'on peut faire avorter, puis enfin une autre qu'on ne peut arrêter et à la suite de laquelle pris d'une sorte d'accès de somnambulisme, il raconte un fait qui le tourmente beaucoup et que sa mère venait de m'apprendre. « Ayant aperçu un papier dans un » coin, il l'avait demandé, et ce papier se trouvait fatalement celui sur lequel » il avait écrit dans un accès de somnambulisme, ses appréhensions au » sujet de sa maladie. La vue de ce papier l'agita beaucoup; il demanda » comment il se faisait qu'il existait, puisqu'il n'avait pas écrit depuis » qu'il est malade; il n'aurait pas, d'ailleurs, confié au papier sa secrète » pensée. C'est donc un démon, un mauvais génie qui le lui a porté. » Il fut alors pris d'une crise très forte, et, dans ses frayeurs, le monstre habituel lui présenta toujours le fatal papier. Une douleur de hanche vient le réveiller, et il reprend la conversation au point où il l'avait quittée un quart d'heure auparavant.

Voilà, Monsieur et très honoré confrère, la narration aussi exacte que possible d'un état morbide qu'il faudrait, je crois, avoir vu pour s'en rendre bien compte, et pour lequel nous serions heureux d'avoir votre avis et l'appui de vos conseils, vous autorisant à le publier si vous le croyez de nature à intéresser vos nombreux lecteurs, et si vous n'êtes effrayé par la longueur nécessaire du compte rendu.

Les moyens employés ont été la quinine sous toutes les formes, tant que, autorisé à croire à une intermittence, ce médicament a paru avoir quelque action, puis l'opium, la belladone, la jusquiame, le chloroforme en inhalations et en potions, les pilules de Méglin, enfin toute la série des narcotiques et antispasmodiques, auxquels on adjoignit, pendant cinq à six jours, mais sans résultat, les bains sulfureux. La thérapeutique s'étant jusqu'à ce jour montrée impuissante, le malade étant en ce moment de très bon appétit et ne maigrissant nullement, nous avons, d'un commun accord avec nos confrères, résolu de suspendre toute médication en attendant votre avis et ceux du Comité de rédaction de l'Union Médicale, auquel nous vous serons fort reconnaissans de soumettre le cas.

Agréez, Monsieur et très honoré confrère, l'expression de ma gratitude anticipée et l'assurance de mes sentimens confraternels,

Dr Ch. Caviole,
Médecin en second de l'hôpital de Cahors.

Le fait qui nous est communiqué par M. le docteur Caviole présente assurément beaucoup d'intérêt. C'est un remarquable exemple des formes variées, bizarres, que peuvent revêtir les affections du système nerveux. On peut encore y puiser de précieux enseignemens, relativement à l'étiologie de certains troubles intellectuels, étiologie qui a été et est encore trop souvent l'objet d'appréciations au moins aussi étranges que la maladie à laquelle elles se rapportent.

Nous lui trouvons encore un autre genre d'intérêt; il touche à la philosophie et à l'histoire pathologique de l'esprit humain, par ses nombreuses analogies avec les faits d'illuminisme, d'exaltation religieuse, de fureur prophétique, si communs autrefois, et qui ont fait tant de dupes et même ne laissent pas que d'en faire encore de nos jours.

Toutefois, ce fait si curieux n'est point, comme on paraît le croire, sans analogue dans la science. Si c'était ici le lieu, nous voudrions relater sommairement deux ou trois faits semblables, que Joseph Frank a consignés avec de très grands détails dans son ouvrage : *Praxeos medicæ*, article *De somniatione*.

Ces faits même, comme on peut s'en assurer, surpassent en intérêt, au point de vue des anomalies psychiques principalement, tous ceux que nous connaissons, à ce point que jusqu'ici, pour mon propre compte, je n'avais cru devoir y ajouter foi qu'avec quelque réserve, malgré l'imposante autorité de celui dont ils émanent, réserve qui n'est plus permise aujourd'hui en présence du fait rapporté par M. Caviole.

Il ne faudrait cependant pas croire que ni dans le fait particulier qui nous occupe, ni dans ceux que nous a fait connaître Joseph Frank, il se trouve rien qui puisse exciter beaucoup l'étonnement de quiconque a habituellement sous les yeux un certain nombre d'individus atteints de névroses cérébrales. La raison en est que si de pareils faits, des faits aussi complets, offrant une pareille réunion d'accidens nerveux, physiques et moraux, sont excessivement rares; en revanche, ces mêmes accidens se présentent fréquemment, soit isolément, soit par groupes plus ou moins nombreux, lorsqu'on les étudie sur un certain nombre d'aliénés.

Au fond, le fait dont il s'agit se range tout naturellement parmi ces névroses intellectuelles, dans lesquelles les accidens purement nerveux (accidens névralgiques, spasmodiques ou autres), sont beaucoup plus apparens, plus nettement dessinés, qu'ils ne le sont dans la majorité des cas.

L'éducation qui nous a été faite depuis un certain nombre d'années, en fait de psychiâtrie, explique la surprise que nous éprouvons lorsque nous venons à être témoins de faits semblables. Cette surprise devra cesser dès que l'on sera suffisamment pénétré de cette vérité, qu'il n'est aucun trouble, aucune anomalie des facultés mentales, de quelque nature qu'il soit, dont l'origine, la naissance, ne soit marquée par des accidens nerveux en tout semblables à ceux qu'on vient de lire; la différence n'est que du plus au moins; leur nature est essentiellement la même. Voilà du moins ce que nous apprend l'observation attentive, exacte, nous pourrions dire vraiment médicale, de l'aliénation d'esprit. C'est principalement chez les femmes hystériques que l'on trouve réunis, en plus grand nombre, des symptômes analogues à ceux qu'a présentés la maladie du jeune P... Et j'ai eu, nombre de fois, occasion de les constater chez des individus que j'avais soumis à l'usage de l'extrait de chanvre indien.

Que si l'on veut entrer dans quelques détails, nous consta-

---

minérales d'Ischl ont été analyées avec plus de soin; elles contiennent 83 sur 100 de soufre et de silice; le reste est complété par de l'alumine, un peu de chaux, du fer oxydulé et de la matière bitumineuse (1). Les boues d'Abano, ces rivales des boues vénitiennes, ne présentent pas des différences aussi tranchées dans leur comparaison avec celles-ci. Elles contiennent sur 1000 parties, dont 340 sont au compte de l'eau, 239 représentées par des carbonates de chaux, de magnésie et du protoxyde de fer, et 420 par les chlorures de soude, de chaux, de magnésie, du sulfate de chaux, de l'alumine, du sable siliceux, et une matière organique animale (2). D'après cette composition, la vertu médicale des boues d'Abano n'est pas douteuse; elle n'enlève rien à la valeur de celles de la Lagune qui ont leurs qualités thérapeutiques, comme les autres ont les leurs.

L'origine maritime des boues de la Lagune leur donne de hautes proportions de chlorure de sodium. L'eau de mer portant de 3 à 4 p. 100 de cet élément, les boues où se condensent en quelque sorte tous les résidus doivent en être richement dotées. Les boues de terre ferme, quelle que soit la proportion de chlorure qu'elles contiennent, ne peuvent jamais atteindre ce niveau. Les boues vénitiennes ont une qualité de plus; elles contiennent des bromures magnésiens qui ne se trouvent pas dans celles d'Abano. Cette composition règle leur valeur thérapeutique; elles sont toniques et résolutives. Leurs rivales de terre ferme fortifient avec énergie et développent même l'excitation. Chacun de ces produits a donc sa sphère d'action particulière; ceux de la Lagune présentent cet avantage qu'ils sont en rapport avec quelques-unes des maladies qui subissent d'heureux changemens sous l'influence du ciel vénitien.

Il reste à parler des algues, cette troisième ressource thérapeutique que le bassin de Venise offre à l'art de guérir. Elles couvrent une grande partie de l'étendue de la Lagune. Lorsque les eaux sont basses, leurs masses forment une espèce de fourré épais et fin recouvert par le flot, et que la gondole courbe sur son passage (3). L'une de ces algues est fréquemment employée dans le traitement de la phthisie comme auxiliaire d'une médication plus active; c'est le *sphærococcus confervoides*. On l'a choisi de préférence pour sa richesse en matière gélatineuse, car, réduit en gelée, il conserve à peu de chose près, son poids primitif. C'est un médicament dont la pharmacie vénitienne a fait en quelque sorte un aliment agréable. On le prépare en aromatisant avec de l'écorce d'orange, qui en masque suffisamment la saveur salée, pour que les malades l'acceptent sans répugnance et même le prennent avec plaisir. J'ai goûté de cette gelée et je l'ai trouvée bien meilleure au goût que l'innocente et fade gelée de lichen. Le premier et principal élément de ce composé, c'est le chlorure de soude; puis viennent le sulfate de chaux, les carbonates de chaux et de magnésie, du fer, de la silice, de l'iode et du brome (1). C'est moins une analyse qu'une indication très imparfaite; mais elle dit assez pour expliquer les effets thérapeutiques que cette composition peut produire par elle-même et qu'elle peut surtout aider à produire. Fortifiante et résolutive, elle convient dans toutes les maladies où la médication iodée ou bromurée est indiquée. Pourquoi n'imite-t-on pas en France et dans les autres pays d'Europe, l'exemple donné par la médecine vénitienne pour l'emploi des gelées de *sphærococcus?* Cette algue, très abondante dans la Lagune et dans l'Adriatique, habite aussi la Méditerranée et l'Océan.

Il se présente ici une question assez curieuse qu'on me permettra de poser. Les eaux de la mer ou de la Lagune contiennent de faibles quantités de brome et d'iode, pourquoi les algues qui habitent ces eaux en contiennent elles des proportions très considérables? Les eaux abandonnent-elles ces élémens aux plantes, et voilà pourquoi celles-ci en seraient si riches; ou bien les plantes les forment-elles de toutes pièces, et voilà pourquoi les eaux en auraient si peu? Il faudrait étudier la composition des eaux comme des plantes aux différentes époques de la végétation, pour jeter quelque lumière sur une question aussi difficile. Mais importe-t-il à la médecine de voir clair dans cette obscurité? Assurément non. Il lui faut des faits comme celui-ci; le fait qui constate les parts d'iode et de brome contenues dans les eaux, et les parts des mêmes substances contenues dans les algues; il ne lui faut rien de plus pour se diriger dans le choix et l'usage de ces moyens d'action.

L'eau de la Lagune en boisson, les boues prises en bain, les algues administrées sous forme de gelées, présentent un groupe d'agens thérapeutiques d'assez haute valeur que la médecine vénitienne trouve sous sa main, et qu'elle peut utiliser dans le traitement des maladies variées qui vont hiverner sous le ciel de l'Adriatique. Un autre moyen puissant qui produit de remarquables effets sur l'organisme et d'un emploi très général, les bains de mer, mérite aussi une mention particulière.

Les bains de l'Adriatique, très fréquentés depuis quelques années et dont la clientèle augmente à chaque saison, ne paraissent pas, tout d'abord, avoir une supériorité sur les autres établissemens balnéaires de la Méditerranée et de l'Océan. Ils méritent d'être classés plus haut, dans les moyens d'action de cette catégorie, parce que, dans un petit espace et séparées par une étroite langue de terre, il y a, dans ce bassin vénitien, deux mers au lieu d'une. Avec une seule, il est impossible de procéder graduellement, surtout quand il s'git de corps débilités ou d'organisations impressionnables. Avec l'eau des Lagunes d'une part et la mer de l'autre, on peut commencer par une influence modérée avant de recourir à une influence plus énergique. Ici, on a les eaux calmes ou doucement agitées d'un lac; plus loin, et à la distance de quelques coups de rame, on a la forte lame de l'Adriatique. Aujourd'hui que les bains de cette classe sont employés avec succès dans quelques-unes des conditions de l'état tuberculeux, et qu'ils ont surtout d'heureux résultats dans certaines convalescences, cette double qualité a une importance qui mérite certainement d'être signalée.

J'ajouterai que les étés de Venise étant plus modérés que ceux de l'Italie méridionale, il n'y a pas d'inconvénient pour le malade qui a passé l'hiver dans cette ville, d'y suivre aussi, si son état l'exige, un traitement balnéaire pendant la belle saison. C'est même un avantage pour lui de vivre sous la même influence, quand cette influence n'a rien qui puisse nuire à son état.

J'ai exposé, je crois, les principales conditions du climat vénitien, ou du moins les plus essentielles; je suis entré même dans des détails qui ont dû donner au lecteur des notions suffisantes pour faire prévoir les effets, les causes étant connues. Ces effets, qui consistent dans les résultats produits, par les influences réunies du climat et du traitement, sont ce qui reste à analyser dans un dernier chapitre.

(*La fin prochainement.*)

Dr Éd. Carrière.

(1) J. Polak. *Ischl et ses environs sous le rapport climatérique, médical, topographique et pittoresque.* Vienne, 1848.
(2) Fr. Ragazzini. *Ouv. cit.*
(3) On peut consulter : G. Meneghini *Alghe italiane é dalmatische*, Padova, 1845; Nardo, *Considerazioni generali sulle alghe*, Venezia, 1835.

(1) L. Bréra. *Ouv. cit.*

tons d'abord chez le sujet de l'observation le genre de tempérament, de constitution rachitique et scrofuleuse propres aux individus sujets à des affections qui se rapprochent plus ou moins de celles du jeune P... Selon toute probabilité, bien qu'il n'en soit pas expressément fait mention, il faut faire entrer en ligne de compte certaines prédispositions héréditaires. Les attaques nerveuses, dont la sœur du malade a été atteinte, ne permettent guère de douter de l'existence de ces prédispositions.

Suivant la marche ordinaire des maladies du cerveau, nous voyons la scène symptomatologique s'ouvrir par une simple surexcitation intellectuelle, par une activité inaccoutumée de la mémoire et de l'imagination. Ces phénomènes s'observent d'une manière à peu près constante, mais à des degrés variables, au début de toutes les aliénations, et quelquefois dans l'état chronique lorsqu'il survient un peu d'acuité dans le délire.

Bientôt à ces accidens nerveux, qu'on pourrait dire d'ordre exclusivement psychique, succèdent d'autres phénomènes qui indiquent que la sensibilité générale, le système locomoteur sont devenus à leur tour le principal siége du mal. Puis, ainsi qu'il arrive toujours, on voit se manifester une prostration, un abattement physique et moral d'autant plus prononcé, que la crise a été plus forte.

Le trouble, ou si l'on veut la surexcitation des facultés morales, deviennent plus intenses en même temps que les désordres nerveux acquièrent eux-mêmes plus de violence. La simple excitation cérébrale est remplacée par une véritable exaltation maniaque, et aussi les simples mouvemens spasmodiques par de véritables convulsions. Enfin, on voit une sorte d'état extatique, de somnambulisme bien caractérisé, alterner avec des contractions musculaires de différentes parties du corps, du cou, des mâchoires, du pharynx. Il survient même des accidens d'une extrême gravité qui ne se rencontrent guère que chez les épileptiques au début de leurs accès; nous voulons parler de ces frayeurs subites avec perte de conscience, et accompagnées d'hallucinations de la vue.

Un point sur lequel nous voulons appeler l'attention, c'est cette alternative continuelle de phénomènes purement nerveux (douleurs névralgiques, spasmes, contractions musculaires) et de troubles intellectuels. Il y a là une preuve bien faite pour dessiller les yeux des moins clairvoyans, de l'inévitable solidarité qui relie les diverses parties du système nerveux, quel que soit l'ordre de fonctions qui leur a été départi; fonctions intellectuelles, sensibilité, motilité, toutes peuvent être atteintes, troublées, perverties, exaltées, amoindries, tour à tour, successivement, ou toutes à la fois, par la même cause morbide.

C'est en nous appuyant sur des faits de ce genre que, dans diverses publications, nous avons cru devoir faire entrer les affections nerveuses de toute sorte parmi les prédispositions héréditaires de l'aliénation mentale.

Quant au traitement, après tout ce qui a été tenté, et en raison de l'inefficacité des moyens mis en usage, nous pensons que toute médication *spécifique* doit être abandonnée, et que la thérapeutique désormais devra être basée sur la nature de la constitution du sujet. Dans cette constitution, selon nous, réside essentiellement la cause de tous les accidens, de tous les désordres. C'est à la modifier que doivent tendre tous les efforts. L'iode, le quinquina, le fer, les bains sulfureux, les exercices gymnastiques, la suspension de tout travail intellectuel, tels sont les élémens principaux de la médication à laquelle nous donnerions la préférence; nous pourrions ajouter: sinon avec la certitude, du moins avec l'espoir fondé d'être utile au malade.

Approuvé par le Comité de rédaction,

J. Moreau (de Tours),
Médecin de Bicêtre.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

LE CHOLÉRA A GENÈVE PENDANT LES MOIS DE SEPTEMBRE ET D'OCTOBRE 1855;

Par le docteur F. Rilliet, médecin en chef de l'hôpital de cette ville.

(Suite. — Voir le numéro du 22 Mars 1856.)

C'est au début des épidémies et seulement dans le cours de celles qui restent très circonscrites qu'il semble le plus facile d'apprécier les circonstances qui favorisent l'apparition du fléau. La maladie n'atteignant qu'un nombre peu considérable d'individus qu'elle cueille au milieu d'une population, met, pour ainsi dire, le doigt près de la cause, en nous désignant ses élus. Toutefois, le mot de l'énigme n'est pas facile à trouver. Quand il s'agit de la recherche des causes, la nature s'enveloppe de mystère et ne garde que trop bien son secret; souvent elle nous laisse approcher du but sans nous permettre de l'atteindre, semblant jouer avec nous à ce jeu de notre enfance où le plus malin de la troupe cache un objet qu'il donne à deviner aux autres. Toutes les fois que celui qui s'est mis en quête s'approche de l'introuvable gage, un cri d'avertissement lui fait comprendre qu'il n'en est pas éloigné, mais l'objet est si bien celé, que l'enfant désespère de pouvoir le découvrir et est obligé de s'avouer vaincu. Ainsi la nature, tout en nous montrant le côté vers lequel doivent se diriger nos recherches, couvre d'un voile impénétrable les causes premières du choléra. L'induction et l'analogie se réunissent cependant pour nous porter à croire que cette maladie est le résultat d'un empoisonnement, et suivant moi rien ne le démontre d'une manière plus saisissante que la ressemblance qui existe entre une attaque de choléra et les effets produits par la morsure d'un serpent venimeux. Pour ne parler que de ce qui se passe sous nos yeux, n'observe-t-on pas sur les individus piqués par la vipère, des accidens presque tous cholériformes, le refroidissement général, la cyanose, la petitesse extrême du pouls, les déjections alvines, les vomissemens? Mais s'il y a empoisonnement dans le choléra, personne jusqu'ici n'a pu mettre la main sur cet insaisissable poison, quoique tout semble démontrer que l'atmosphère est l'agent porte-venin. Sa marche, aussi capricieuse que le cours des nuées, ses hauts et ses bas, son apparition par un coup de vent du sud, et sa disparition par un coup de vent du nord, ses lieux d'élection, ce sol qui par une magique attraction semble arrêter au-dessus de lui le nuage cholérique, comme l'aimant attire le fer, les foyers d'infection qui propagent le mal, tandis que le contact direct ne le provoque pas, toutes ces raisons et bien d'autres encore prouvent à n'en pas douter, que l'air est l'excipient du poison. Jusqu'ici, il est vrai, on n'a pas pu isoler le miasme de son véhicule, en sorte que l'on discutera longtemps encore, et à perte de vue, sur la question de savoir si ce miasme est d'origine végétale ou animale; si l'air est parsemé d'invisibles sporules ou d'imperceptibles vibrions, ou bien s'il est seulement altéré dans la proportion et le mélange de ses principes constituans et de ses fluides impondérables.

Le miasme cholérique se transmet d'ordinaire en même temps et dans un même lieu à un grand nombre de personnes; la maladie est épidémique, le fait est incontestable; est-elle contagieuse? le fait est contesté. D'après ce que j'ai vu à Genève, je ne suis pas porté à admettre la contagion, c'est-à-dire la transmission de la maladie par simple contact. D'abord, il est très évident qu'elle ne s'est pas introduite chez nous de cette manière. Les premiers cas observés l'ont été dans une prison, c'est-à-dire dans une maison isolée par excellence; et d'ailleurs, aucun malade de la ville infectée la plus voisine de nous n'a été transporté à Genève. D'un autre côté, j'ai eu sous mes soins, à l'hôpital, la moitié des cholériques de la ville, et ni moi, ni mon interne, M. le docteur Savigny, qui, dans tout le cours de l'épidémie, a montré le zèle le plus louable, ni les surveillans, ni les infirmiers, n'ont été atteints; et cependant, pour les médecins, le contact a été très multiplié, et pour les gens de service souvent très intime.

En outre, aucun des malades disséminés dans la ville n'a communiqué la maladie à ceux qui les entouraient. Une jeune fille, qui était venu séjourner dans le *grand foyer infectieux* du quartier de Rive (voyez ci-après) dans le but d'y soigner sa sœur, a pris le choléra, tandis qu'une femme, qui avait contracté la maladie au sein de ce même foyer a été transportée malade auprès de son mari dans un quartier non infecté, a couché dans le même lit que lui pendant toute la durée du mal et ne le lui a pas communiqué.

Évidemment il n'y a pas eu contagion. Y a-t-il eu infection? Les malades transportés à l'hôpital ont-ils créé dans cet établissement un véritable foyer morbifique? Je dois dire que, secondé par l'actif concours de l'administration de l'hôpital qui, pendant toute la durée de l'épidémie, a cherché par tous les moyens en son pouvoir à faciliter ma tâche, j'ai fait mon possible pour mettre mes malades à l'abri de cette influence en installant les cholériques dans des salles à part. Toutefois, voici ce qui est arrivé. Dans la division des hommes où les salles des cholériques étaient complétement séparées de celles des fiévreux, pas un de ces derniers n'a été atteint. Un seul malade couché dans les salles de chirurgie (situées au-dessus des cholériques) a été pris du choléra, et encore je dois dire que cet homme se trouvait dans une chambre au travers de laquelle on faisait passer quelques-uns des cholériques auxquels on prescrivait un bain au moment de leur entrée. Dans la division des femmes, l'isolement a été beaucoup moins complet. Les cholériques ont bien été placées dans des chambres séparées, mais ces chambres sont situées au même étage que celles occupées par les autres malades, elles sont desservies par les mêmes infirmières, et toutes les pièces dégagent sur un corridor commun; en outre les besoins du service exigent que les portes restent souvent ouvertes, soit pendant le jour, soit pendant la nuit.

Jusqu'au 18 octobre, aucun cas de choléra ne se déclara à l'hôpital des femmes, cependant, du le 10 au 30 septembre, j'avais reçu 9 cholériques. Le 14 octobre, entre une cholérique fort gravement atteinte, et, le 17, une jeune phthisique et une vieille femme, qui n'avait d'autre maladie que son âge, prennent le choléra et succombent rapidement; une autre malade est atteinte d'une très forte cholérine, deux autres n'ont que des vomissemens. Évidemment il y avait là un petit foyer d'infection développé au sein de l'hôpital, et, si l'on m'objectait le nombre minime de ces malades, je répondrais que, proportion gardée, il était considérable, puisque la population de tout cet étage ne dépassait pas 18 personnes. Ainsi, dans les salles d'hommes où l'isolement a été aussi complet que possible, un seul a été atteint, et encore se trouvait-il sur le passage des cholériques. Dans les salles de femmes, au contraire, où l'isolement a été moins parfait, plusieurs malades ont été prises du choléra ou influencées par lui. Ce qui rend le contraste encore plus frappant, c'est que le nombre des cholériques hommes, admis à l'hôpital, a dépassé de beaucoup le nombre des femmes, et que la population masculine était beaucoup plus considérable que la population féminine. C'était là une double condition qui aurait dû rendre la propagation du mal bien plus aisée dans la division des hommes que dans celle des femmes, si l'isolement n'y avait pas mis obstacle.

Pour ceux qui, dans de grandes épidémies, peuvent additionner les chiffres par centaines et par milliers, mon *un* et mes *deux* paraîtront bien chétifs. Cependant ils ont une certaine valeur, et voici pourquoi. Genève est divisée en ville haute et en ville basse, et l'hôpital est bâti dans la ville haute; or, le choléra a sévi exclusivement sur la ville basse, la seule exception a été l'hôpital. Par sa position, notre établissement jouissait donc de l'immunité topographique, et il en aurait probablement complétement joui, si un foyer d'infection n'y avait pas été importé.

La durée de l'incubation du choléra paraît beaucoup plus courte que celle des autres maladies épidémiques, si j'en juge par un fait très caractéristique. La vieille femme qui a succombé dans les salles de l'hôpital y était entrée bien portante le 15 octobre; elle arrivait, non pas de Genève, mais d'une ville voisine (Carouge), où il n'y avait pas un seul cas de choléra, et où il n'y en a pas eu depuis. C'est dans la nuit du 17 au 18 que cette femme a présenté les premiers symptômes; au bout de trente six heures elle avait succombé. Très évidemment dans ce cas, l'incubation n'a pas duré plus de trois jours.

Comme je le disais tout à l'heure, la ville basse seule a été atteinte. Est-ce à cause de sa situation ou de l'espèce de sa population? Je crois que la cause est ici toute topographique; en effet, quoique les habitans des quartiers les plus sévèrement atteints fussent pauvres et entassés, il ne manque, dans la ville haute et dans d'autres quartiers épargnés de la ville basse, ni de pauvres, ni de gens à hygiène défectueuse, et cependant le choléra n'a pas sévi dans ces localités. En outre, l'influence topographique est démontrée par ce fait, que la maison qui a présenté le plus grand nombre de cholériques, avait été, il y a plusieurs années, le théâtre d'une épidémie de fièvre typhoïde. Il y a treize ans, vingt-deux personnes y étaient frappées par la dothiénenterie; cette année, on y a compté quinze cholériques. N'est-ce pas dans un cas de cette espèce qu'on devrait au moins trouver la cause prédisposante locale, la pointe de fer qui attire le nuage; et cependant cette maison ne diffère pas de celles qui l'avoisinent; elle n'est pas plus sale, au contraire, sa population n'est ni plus ni moins aisée, ni plus ni moins régulière dans ses habitudes. Sa situation, sa construction, sa disposition, le sol sur lequel elle repose sont identiques à la construction, à la situation, à la distribution des maisons voisines. Tout concourt à démontrer que la cause prédisposante du mal est là, mais nous ne savons pas la voir; car, nous autres savans à barbe grise, nous sommes souvent comme l'enfant à tête blonde, battus au jeu de l'objet caché.

Le fait que je rapporte ici a quelque chose de caractéristique à cause de la répétition, à douze ans de distance, de deux épidémies très différentes l'une de l'autre dans la même localité. C'est pour cette raison que je l'ai mentionné, car toutes les relations d'épidémies cholériques tendent à prouver que dans un même pays certaines villes, dans une même ville certains quartiers, dans un même quartier certaines maisons, dans une même maison certains étages, et enfin parmi les habitans du même étage, certains individus sont épargnés.

Sommes-nous plus avancés pour déterminer la cause d'immunité des individus que celle des localités, ou *vice versâ*? Voici les renseignemens que l'épidémie de Genève m'a permis de recueillir sur ce point: Dans l'immense majorité des cas, le choléra a épargné les gens aisés, dont l'hygiène était convenable. La misère et l'abus des liqueurs alcooliques ont été, au contraire, des causes très évidemment prédisposantes. La plupart des hommes que j'ai eu à soigner à l'hôpital, et plusieurs de ceux observés par mes confrères, étaient des ivrognes impénitens; plusieurs ont été pris des premiers symptômes à la suite d'un excès, l'ivrognerie agissant alors comme cause prédisposante et occasionnelle. Les effets de l'intoxication alcoolique se font surtout sentir sur le système nerveux; le tremblement, la faiblesse générale, les hallucinations en sont la preuve. Il y a là une dépression des forces très évidente qui favorise l'action du poison cholérique. L'alimentation insuffisante, une hygiène défectueuse, la tristesse, l'inquiétude d'esprit, la peur agissent dans le même sens. C'est peut-être à l'influence prépondérante de l'ivrognerie comme cause prédisposante, qu'est dû le nombre plus considérable d'hommes que de femmes signalé dans notre épidémie, et l'immunité presque absolue dont ont joui les enfans. Mais tous les ivrognes et tous les misérables n'ont pas été atteints; pourquoi donc les uns ont-ils été frappés et les autres épargnés, lorsque toutes les circonstances semblaient identiques? Là est l'impénétrable mystère, et nous ferions mieux d'avouer notre ignorance, que de nous payer d'un mot, celui de prédisposition. Sans doute ces gens étaient prédestinés à prendre le choléra, mais pourquoi l'étaient-ils? Si nous sommes si peu instruits des causes qui favorisent l'apparition du choléra, connaissons-

nous mieux celles qui le font diminuer et disparaître? En réponse à cette question, je citerai le fait suivant que j'emprunte à la notice du docteur d'Espine : « Pendant toute la durée de l'épidémie, la température a été chaude, mielleuse, entrecoupée de quelques pluies. Une seule fois un vent froid du Nord s'est élevé et a duré du 26 septembre au 1er octobre. Le choléra a aussitôt fortement fléchi et s'est réduit, pour la ville, à un cas par jour, tandis que pendant les jours qui avaient précédé immédiatement ce changement de temps, il y avait eu trois cas par jour. » (D'Espine, *loc. cit.*)

Ce vent du Nord, que nous nommons la *bise* à Genève, nous a plus d'une fois débarrassés d'épidémies de grippe et de catarrhe qui, avant son apparition, sévissaient avec beaucoup d'intensité.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 3 Mars 1856. — Présidence de M. Mélier.

La correspondance manuscrite comprend une lettre par laquelle M. A. Dubois donne sa démission de membre titulaire, et une note de M. Dufresse de Chassaigne, sur le *traitement de la paralysie.*

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ :

Études pratiques sur l'hydrothérapie ou traitement des paralysies par l'eau froide; 1856, par le docteur Paul Vidart.

De l'abstinence dans les maladies; par M. Fr. Durlau.

Recherches expérimentales sur l'absorption et l'exhalation par le tégument externe, sur la température animale, la circulation et la respiration, ou Essai sur l'action physiologique des bains d'eau; 1856, par M. Fr. Durlau.

— M. Paul Vidart, directeur d'un établissement hydrothérapique à Divonne (Ain), demande le titre de correspondant.

— M. le docteur Gillebert-Dhercourt (à Lyon), et M. le docteur Bailly (à Bains), sont nommés membres correspondans.

— M. le Président fait part à la Société de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. le docteur Charles Petit, médecin-inspecteur des eaux de Vichy, membre titulaire.

M. le Secrétaire général donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de la Société, aux obsèques de M. Charles Petit.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le *traitement des paralysies par les eaux minérales.*

M. Boullay communique les résultats de ses observations relatives à l'emploi de l'hydrothérapie, dans le traitement des paralysies.

Les paralysies qui reconnaissent pour cause soit une hémorrhagie, soit un ramollissement cérébral, n'ont rien à attendre de l'hydrothérapie.

Il n'en est pas de même d'un état général d'affaiblissement musculaire plutôt que de paralysie proprement dite, que l'on a désigné sous le nom d'irritation spinale, ou sous d'autres dénominations, et qui se lie habituellement à des causes débilitantes, telles que masturbation, abus vénériens, excès de marche, travaux excessifs. Les membres sont le siége d'engourdissemens et de fourmillemens, le moindre exercice détermine une fatigue profonde, la marche est vacillante, il y a un léger tremblement des membres supérieurs; les facultés intellectuelles sont affaiblies sans être altérées; il y a de la dyspepsie, de la pâleur, un état cachectique caractéristique. L'hydrothérapie est toute puissante dans la majorité de ces cas. On aura recours alors à la médication excitante : enveloppemens qui n'atteignent pas la transpiration, frictions avec drap mouillé, douches, alimentation fortifiante. M. Boullay insiste sur l'utilité de l'eau pure, comme unique boisson.

Les paraplégies proprement dites également dues à des abus vénériens, au rhumatisme, celles qui paraissent tenir à une simple hypérémie de la moelle, peuvent être modifiées très avantageusement par l'hydrothérapie : mais celle-ci demeure sans effet dans les paraplégies qui tiennent à une cause traumatique, à un ramollissement de la moelle ou à une tumeur qui la comprime.

Il est assez remarquable, du reste, que les espèces de paraplégies où l'hydrothérapie réussit le mieux paraissent être celles où les eaux minérales sont usitées avec le moins d'avantage.

M. Boullay pense que M. Raoul Leroy-d'Étiolles a beaucoup exagéré les inconvéniens qu'il y a à doucher la colonne vertébrale. Il considère ce moyen beaucoup moins dans son action locale et mécanique, que comme concourant à l'action profonde et générale que l'hydrothérapie exerce sur l'ensemble de l'économie.

M. Sandras, regardant la question mise en discussion comme très importante à tous les points de vue, voudrait que les eaux minérales appliquées au traitement des paralysies ne fussent pas administrées comme ces remèdes de l'ancien régime, à l'occasion d'un symptôme quelconque déterminé à l'avance, mais, au contraire, étudiées dans leurs propriétés physiologiques et thérapeutiques. Il regrette de ne trouver dans les communications de ses collègues qu'une mention de symptômes, et en quelque sorte un aperçu superficiel de la médication. A cet égard, il est nécessaire de rappeler la liaison qui existe entre l'étude des phénomènes locaux et la considération de l'état général des malades. Dans le cours de la discussion, on a considéré la paralysie comme un état abstrait, auquel les eaux sont appliquées avec une plus ou moins grande réserve; cela ne peut constituer une appréciation suffisante de l'état du sujet et de la maladie elle-même. M. Sandras exprime son embarras en présence des cas de myélites, par exemple, notifiés sans autre détail dans un tableau statistique, alors que le diagnostic de cette affection est si incertain pour tout le monde. Sans critiquer la manière de faire des praticiens, il demande instamment que, pour arriver à classer les propriétés des eaux minérales, on ne les présente pas comme des médicamens appropriés d'avance à telle maladie, mais qu'avant tout on détermine avec soin les cas spéciaux auxquels elles s'appliquent. Les paralysies composent, en effet, une immense variété, et il est nécessaire d'y établir des espèces. On s'est attaché à représenter l'hémiplégie comme résultant du ramollissement ou de l'hémorrhagie cérébrale; ce ne sont point là les plus communes, et M. Sandras pense que cette origine n'entre même pas pour moitié dans la série des cas en question. Ces particularités, et d'autres trop négligées, suivant lui, méritent une grande attention et doivent être soigneusement distinguées. Une première séparation à faire est celle des paralysies dues à une altération matérielle, et des paralysies qu'on appellera *sans matière*, faute de meilleur terme. Les unes, dues à une simple congestion sanguine, cèdent souvent aux premiers élémens du traitement, et on trouve là l'explication de certaines efficacités de remèdes. Beaucoup d'entre elles tiennent à une congestion ou une exhalation séreuse, et appellent bien plus sûrement l'intervention des eaux minérales. D'autres sont la conséquence de phlegmasies des enveloppes ou de la pulpe du cerveau, soit primitives, soit consécutives à une congestion prolongée; ou bien de productions accidentelles, empruntées à la syphilis, au tubercule, au cancer, au simple épaississement des os ou des membranes, à des lésions traumatiques, à la présence de corps étrangers, à quelque modification organique, au voisinage d'un abcès par congestion, et ainsi de suite. Il est donc essentiel de rassembler tous les signes possibles qui accusent le diagnostic d'une paralysie, avant de se prononcer sur l'utilité de l'emploi d'une eau minérale en pareil cas, et avant d'instituer un traitement; en un mot, ces faits ont besoin d'être précisés pour pouvoir servir de renseignemens vraiment scientifiques. C'est ainsi que le ramollissement cérébral offre un sujet d'étude très complexe. M. Sandras cite des exemples où la paralysie, d'origine syphilitique, se rattachait à la production d'exostoses autour desquelles la substance cérébrale s'était ramollie, et avait même entièrement disparu. On ne saurait admettre, d'ailleurs, qu'un ramollissement du cerveau, c'est-à-dire une destruction plus ou moins complète de la pulpe nerveuse, puisse guérir par les efforts de la nature, aidés même des plus grandes ressources de l'art.

En dehors de ces altérations matérielles, se trouvent le grand nombre de cas de paralysies qu'on ne peut leur attribuer et où l'on ne découvre aucune modification de la substance des centres nerveux. Et dans la paralysie elle-même, l'abolition du mouvement et de la sensibilité peut être fort distincte. Tantôt la faculté tactile seule est perdue momentanément; M. Sandras en cite un cas remarquable par trois récidives; tantôt c'est la sensibilité pour ainsi dire intelligente ou motrice qui est diminuée, ou bien l'appréciation des températures. Dans d'autres cas, la sensibilité est conservée, la motilité abolie, et il y a, ou non, roideur, contraction ou contracture. Toutes ces distinctions sont difficiles à établir, mais elles deviennent nécessaires; quand, indépendamment des formes, il y a des variétés si infinies de la paralysie. M. Sandras prie ses collègues, si bien placés à cet effet, de s'appliquer particulièrement à la détermination des maladies qu'ils traitent; et, dans ce cadre, les causes tiennent une grande place, telles que les cachexies dépendant de l'anémie, des pertes utérines ou séminales, des abus vénériens, des fatigues, de la misère, ou de l'abstinence volontaire. La chlorose, l'hystérie, la goutte, le rhumatisme, les effets de la foudre, l'empoisonnement par le plomb, l'arsenic, le tabac à fumer, entrent en ligne de compte. Enfin n'a-t-on pas observé encore des paralysies succédant à d'autres maladies, le choléra, le typhus ou à la grossesse, à l'accouchement, à la ménopause, ou encore aux affections des reins, de la vessie?

M. Sandras termine en insistant sur ce que, dans toutes ces conditions, la paralysie a une signification spéciale, qu'il faut distinguer pour arriver à une détermination exacte du traitement.

M. Durand-Fardel : Il me paraît utile de faire suivre les observations pleines d'intérêt que M. Sandras vient de soumettre à la Société, de quelques remarques nécessaires pour replacer la question sur son véritable terrain. Je dois d'abord rappeler que les communications que vous avez entendues jusqu'ici ne méritent pas absolument les reproches que M. Sandras leur a adressés. La plupart d'entre elles signalent avec grand soin les différentes conditions suivant lesquelles les paralysies se présentent à l'observation des médecins des eaux minérales. La distinction des paralysies dépendantes d'une lésion organique et des paralysies supposées sans matière n'a échappé à personne. En outre, les indications qui se rattachent spécialement aux paralysies syphilitiques, saturnines, anémiques, ont été nettement déterminées; il a été également tenu compte de certaines causes de paralysies, telles que abus vénériens, maladies de l'appareil génito-urinaire. Vous trouverez ces différens ordres de faits assez nettement spécifiés, avec leurs conséquences thérapeutiques, dans la succession des notes qui vous ont été communiquées.

Cependant M. Sandras a fait une remarque fort juste, c'est que le fond des observations qui vous ont été apportées, ou des résultats d'observations qui vous ont été exposés, porte sur les hémiplégies suites d'apoplexie. Pourquoi en est-il ainsi? c'est parce que tel est le champ habituel de l'observation des médecins aux eaux minérales. Pourquoi rencontre-t-on surtout des paralysies suites d'apoplexie, près des eaux minérales, et pourquoi M. Sandras a-t-il pu dire, cependant avec raison, que ces paralysies ne constituent qu'une partie de celles qui se présentent à sa propre observation? La raison en est facile à reconnaître.

Le traitement des paralysies syphilitiques, hystériques, anémiques, saturnines, des paralysies partielles, ressort en grande partie de la thérapeutique ordinaire. Les moyens qui sont indiqués par leur cause spéciale sont à la portée des praticiens, doivent être employés avant tout, et suffisent souvent, pourvu, bien entendu, que la maladie soit à un degré et dans des conditions curables, pour en assurer la guérison. Aussi, ces sortes de malades ne se présentent-ils qu'en petit nombre aux eaux minérales, et seulement alors que les moyens indiqués, c'est-à-dire relatifs à la cause et à la nature spéciale de la maladie, ont échoué.

Quant aux paralysies, suite d'apoplexie, on sait bien que la médecine n'a rien ou pas grand'chose à y faire. On sait que si la strychnine et l'électricité, si souvent essayées, ont quelque efficacité à leur endroit, c'est dans des limites fort restreintes. Aussi, les malades qui se trouvent dans de semblables conditions, se rendent-ils volontiers aux eaux minérales. Il est clair que celles-ci ne sauraient revendiquer, en pareille matière, de propriétés curatives spéciales. Nos collègues des eaux minérales se sont gardés de leur attribuer rien de semblable. Ils se sont contentés d'étudier dans quelles limites elles pouvaient aider l'action médicatrice de la nature, soit qu'elles fussent employées de bonne heure, à l'époque où celle-ci possède le plus d'activité, soit qu'elles intervinssent plus tard et pour ranimer son activité endormie.

Nos collègues des eaux minérales, et je ne pense pas qu'ils me démentent, alors que je me permets de parler ainsi en leur nom, ont donc bien fait de vous entretenir, sinon exclusivement, du moins spécialement, des paralysies apoplectiques. Ils n'ont fait ainsi que vous traduire avec exactitude la physionomie des établissemens thermaux au point de vue des paralysies qu'on y traite. Et vous venez, je l'espère, de reconnaître avec moi que, si leur observation dans ce sens est restreinte dans de certaines limites, cela a sa raison d'être précisément dans les circonstances que M. Sandras vient de vous exposer avec une si juste autorité. Il ne faut pas oublier non plus que, si les hémiplégies apoplectiques ont tenu plus de place dans la discussion que les paraplégies, bien que tout le monde ait reconnu que les eaux minérales exerçaient vis-à-vis ces dernières, envisagées d'une manière très générale, une action curative bien autrement prononcée que vis-à-vis les hémiplégies, c'est que la discussion a été réellement dominée par cette question si importante et si pratique de l'opportunité du traitement hâtif des paralysies apoplectiques par les eaux minérales.

M. Le Bret n'a rien à ajouter à la réponse faite à M. Sandras par M. Durand-Fardel, et qui résume ses propres réflexions; mais, dit-il, dans sa très intéressante communication, notre honorable confrère, M. Gerdy, après avoir exposé les faits de sa pratique à Uriage (et il faut l'avouer, les résultats dont il nous a entretenus seraient peu rassurans, s'ils devaient être généralisés), M. Gerdy, dis-je, se demande « si les » eaux de Balaruc et de Bourbon ont de telles vertus qu'il suffise de les » toucher sous une forme ou sous une autre pour en éprouver de bons » effets, quand on a une paralysie apoplectique. » Ni MM. Regnault et Caillat, pour lesquels je me donne l'honneur de me porter garant, ni moi-même, n'avons jamais eu une pareille prétention, et M. Gerdy sait bien quelle sympathie d'efforts nous unit à lui pour arracher la médication des eaux minérales au système d'arcanes et de prodiges dont elle a été trop longtemps obscurcie. Mes collègues de Bourbon-l'Archambault ont apporté dans la discussion le fruit de leur expérience; j'ai moi-même énoncé ce qui m'avait frappé dans le traitement des paralytiques confiés à mes soins depuis quatre ans. Sans nous être communiqué ni nos impressions, ni nos aperçus, nous sommes arrivés, on l'a vu, à des conclusions à peu près identiques, à savoir qu'une méthode combinant la dérivation et l'excitation, favorise le retour du mouvement et de la sensibilité compromis en partie ou en totalité. Dans l'hémiplégie, toutes les fois que les accidens d'inflammation et de congestion du côté des centres nerveux sont éloignés ou conjurés, toutes les fois aussi que l'état général n'a pas été affaibli par un traitement antiphlogistique préalable et exagéré, et souvent enfin quand les malades arrivent entre nos mains à une époque peu éloignée du début de leur attaque. Est-ce à dire pour cela qu'il ne faille apporter dans la direction de cette thérapeutique la prudence et la sollicitude qu'elle comporte? Il n'y a point de dissidence à cet égard. On ne peut que nous reprocher de n'avoir pas formulé de règle définitive et d'avoir émis des idées générales sans apporter de faits à l'appui; mais cette discussion a prouvé surabondamment que l'indication qui ressort pour le praticien de l'ensemble des remarques faites par lui sur le sujet de son observation, ne saurait être exprimée aisément jusqu'ici en loi infaillible, et qu'il y a un écueil à éviter dans ce choc de relations de faits pris dans des conditions différentes, que les vues personnelles, le hasard même, mettent trop facilement en contradiction.

Aux cas cités par M. Gerdy nous eussions pu en opposer d'autres bien contraires, et tout cela se fût réduit en questions numériques, sans beaucoup de profit pour l'auditoire et pour la science. Nous nous sommes bornés à jeter des jalons dans le traitement d'une affection dont le diagnostic et l'étiologie laissent déjà tant à désirer; nous avons offert la médication thermale comme un moyen commode et applicable dans des circonstances données. Nous gardons toutes réserves pour l'avenir, heureux que nous serions si les pathologistes voués à l'étude persévérante de cette question, parviennent à y faire la lumière.

M. Gerdy fait remarquer à M. Sandras qu'on n'a pas occasion d'observer aux eaux minérales une grande variété de formes de la paralysie, et que, d'ailleurs, les conditions de l'observation y sont tout autres que dans les hôpitaux. Il n'est donc pas étonnant que les médecins des eaux, en exposant le résultat de leur pratique, se tiennent dans des termes généraux, au delà desquels il leur serait difficile de s'étendre. Les tableaux statistiques dont il a été parlé rentrent dans cette acception.

Répondant à MM. Durand-Fardel et Le Bret, M. Gerdy insiste sur ce qu'il n'a point apporté de contradiction absolue dans le débat, et sur la nécessité de consulter l'expérience avant de poser des conclusions précises, surtout quand on a affaire à une époque rapprochée du début de la paralysie, et alors que la nature a tant d'action par ses forces seules.

M. Sandras regrette que le temps ne lui ait pas permis de passer en revue les diverses paralysies dont il a parlé, et sur lesquelles il eût été heureux d'attirer l'attention de la Société. Il renouvelle l'appel qu'il fait au concours de ses confrères des eaux minérales pour unir leurs efforts aux siens, dans le but d'élucider, et surtout de préciser ces questions.

M. Affre présente quelques courtes considérations sur l'emploi des bains de mer dans le traitement des paralysies.

M. le Président prononce la clôture de la discussion sur le *traitement des paralysies par les eaux minérales.*

M. Moutard-Martin présentera, dans une prochaine séance, un résumé de cette discussion.

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

Le Banquet annuel de l'Union Médicale aura lieu le Jeudi 27 Mars courant, à 6 heures du soir, dans les salons de Véfour-Hamel, au Palais-Royal.

Les Inscriptions seront reçues aux Bureaux de l'Union Médicale, rue du Faubourg-Montmartre, 56, jusqu'au mercredi 26, à 5 heures du soir.

Le prix de la souscription est fixé à 15 francs.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 38. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 27 Mars 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. BIBLIOTHÈQUE : Traité théorique et pratique des maladies des yeux. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 25 Mars 1856 : Modifications et additions apportées au règlement de l'Académie de médecine. — Correspondance. — Lecture. — Suite et fin de la discussion sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion. — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON : Les hivers de Venise.

PARIS, LE 26 MARS 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Tardieu a porté, devant l'Académie de médecine, une de ces questions qui, pour n'être pas exclusivement scientifiques, n'en offrent pas moins une grande importance au point de vue des intérêts professionnels. Notre honorable confrère est du nombre de ceux qui pensent que les lois existantes suffiraient presque toujours à la répression des fraudes commises par le charlatanisme médical, quand leur application en est faite avec une rigoureuse intelligence. C'est ce que M. Tardieu a cherché à démontrer, en citant plusieurs jugemens de tribunaux, sanctionnés par des arrêts de Cours impériales, et même par la Cour de cassation, et par lesquels des actes évidens de charlatanisme médical, commis par des docteurs en médecine, des annonces mensongères, des promesses fallacieuses, etc., ont été assimilés à des faits d'escroquerie, et punis comme tels. Cette jurisprudence nouvelle, admise par les tribunaux à tous les degrés, est certainement le pas le plus considérable qui ait été fait depuis longtemps dans la voie de la répression du charlatanisme. Nous avons depuis longtemps et souvent soutenu la thèse que M. Tardieu a exposée hier, d'une manière remarquable, devant l'Académie de médecine. Nous sommes heureux de nous rencontrer, sur ce point, avec un esprit aussi judicieux. En voyant que les lois actuelles suffisent amplement à punir les indignités professionnelles, le corps médical, qui a toujours rencontré de grands obstacles auprès des pouvoirs législatifs, dans la demande de pénalités nouvelles, tournera plus efficacement ses efforts vers des améliorations plus accessibles et aussi plus pratiques.

Dans un discours étendu, et que nous publions aujourd'hui, M. Bonnafont a répondu à la dernière argumentation de M. Velpeau, sur la valeur de l'occlusion des paupières, dans le traitement des ophthalmies. Comme cela arrive presque toujours, les dissidens sont restés dans leur dissidence, sans pouvoir se convaincre mutuellement. Disons cependant que dans son nouveau discours, M. Bonnafont, en précisant les indications, en invoquant des témoignages nouveaux et des preuves nouvelles, a beaucoup affaibli, sinon entièrement détruit, les objections de son savant adversaire.

Après quelques mots pleins de sens de M. Larrey et une courte réponse de M. Velpeau, la discussion a été close, et l'Académie s'est formée en comité secret.

Ce comité secret avait pour but d'entendre le résultat des nouvelles décisions de la section de physique et de chimie, relativement à la liste de présentation à la place vacante dans cette section. La section a fait preuve de déférence et de bon goût en abandonnant la double liste et en proposant une nouvelle liste unique.

L'élection aura lieu mardi prochain.

La section de médecine et de chirurgie de l'Académie des sciences a été moins bien inspirée. Elle a maintenu sa double liste, ce qui a soulevé une nouvelle et orageuse discussion. Nous ne lèverons pas le voile qui protége ce secret. La section est souveraine dans son droit de présentation, mais l'Académie est souveraine aussi dans son droit d'élection, et tout nous fait espérer que les droits de la justice aussi bien que les besoins les plus réels de l'Académie trouveront satisfaction lundi prochain.

Amédée LATOUR.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ THÉORIQUE ET PRATIQUE DES MALADIES DES YEUX ;

Par L.-A. DESMARRES, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur de clinique ophthalmologique, etc. 2me édition revue, corrigée et augmentée. — Paris, Germer-Baillière, 1854 et 1855.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 20 Mars 1856.)

Avec le second volume commence l'histoire des maladies du globe de l'œil. L'auteur y a adopté dans sa classification l'ordre anatomique, tout en reconnaissant que l'inflammation se limite rarement à un seul des élémens de cet organe. Les subdivisions sont établies sur les formes diverses que l'inflammation peut revêtir. Quant aux inflammations diathésiques qui tiennent tant de place dans l'ophthalmologie allemande, l'auteur ne leur en accorde qu'une fort secondaire. Pour lui, le rhumatisme, la scrofule, la goutte, sont des complications qui peuvent bien influer sur la marche de l'ophthalmie, et qui méritent d'être traitées, mais qui ne lui impriment pas un cachet spécial, et ne sauraient constituer des variétés distinctes.

Les premières pages de ce volume sont consacrées à quelques généralités sur la pathologie et la thérapeutique de l'œil. Les dernières surtout offrent un intérêt particulier, parce qu'on y trouve un résumé de la pratique de l'auteur. Il emploie les collyres liquides et les pommades à doses faibles, mais il bannit à peu près absolument de sa thérapeutique les collyres gazeux et pulvérulens, et les collyres liquides forts. « J'ai cru, autrefois, dit-il, à l'efficacité des collyres forts, et j'ai appris depuis que c'est un moyen cruel, décourageant les malades, et que l'on peut toujours remplacer. »

Il veut d'ailleurs que l'on réserve les collyres pour les ophthalmies externes ; dans les inflammations internes, ils sont toujours plus ou moins dangereux. Il blâme aussi l'usage de l'œillère, et recommande d'éviter l'association du laudanum aux sels métalliques, parce qu'il en résulte parfois des taches particulières de la cornée. La cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent est, dit-il, une arme à deux tranchans, et des plus dangereuses ; son emploi exige la plus extrême réserve. Il lui a vu produire les résultats les plus désastreux, voire même la perte de l'œil.

Pour diminuer ces dangers, il a imaginé de mélanger au nitrate d'argent une proportion plus ou moins considérable d'azotate de potasse fondu avec lui. De cette façon, il obtient des crayons de force graduée, d'un usage fort commode dans la pratique. Mais pour le plus grand nombre des cas, il préfère le sulfate de cuivre. Ce dernier a même un avantage particulier dans les ophthalmies purulentes, c'est de donner une teinte bleue aux portions de la cornée qui menacent de se détruire, et d'avertir ainsi du danger. La compression lui a donné de bons résultats dans le ramollissement et le staphylôme de la cornée. L'eau froide, au contraire, et la glace, tant vantées dans les ophthalmies aiguës, ne lui en ont donné que de très médiocres. Il en est de même des cataplasmes, qui lui ont même semblé dangereux quand la cornée était menacée. Les émissions sanguines locales à l'aide de ventouses scarifiées, ou de sangsues appliquées entre l'œil et l'oreille, lui ont paru au contraire d'une très grande efficacité, surtout lorsque ces dernières sont appliquées de façon à entretenir un écoulement de sang continu. Mais le moyen de traitement le plus héroïque entre ses mains a été la saignée immédiate de l'œil, et les scarifications pratiquées sur la conjonctive. La saignée de l'œil, pratiquée par l'ouverture largement faite d'une des grosses veines sous-conjonctivales de la partie supérieure de l'œil, donne une quantité de sang beaucoup plus considérable qu'on ne pourrait penser, elle produit un dégorgement rapide du système vasculaire de l'œil, et calme souvent presque instantanément les douleurs violentes des ophthalmies profondes. Les scarifications rendent d'immenses services non seulement dans les conjonctivites graves et accompagnées de gonflement considérable de la muqueuse, mais aussi pratiquées sur les vaisseaux péri-kératiques, parallèlement au bord de la cornée, dans les kératites vasculaires, dans les infiltrations purulentes de la cornée, dans les iritis. Ce moyen est très fréquemment employé par l'auteur, qui le recommande d'une façon toute particulière, et se sert, pour le mettre en pratique, d'un petit scarificateur de son invention. La saignée générale n'est employée par lui, dans les ophthalmies,

Feuilleton.

LES HIVERS DE VENISE (1).

CLIMAT — HYDROGRAPHIE — EFFETS THÉRAPEUTIQUES.

V et dernier.

L'expression générale du climat de Venise consiste dans une grande douceur de l'air. La modération des vents, l'intervention modérée de l'élément humide, le calme qui enveloppe cette cité détachée du continent, sont les élémens de cette impression que ressent tout étranger, de quelque lieu du monde qu'il arrive. A la vue de cette topographie singulière, on peut croire que l'humidité y règne en souveraine ; on sait déjà qu'il y a des vents qui en affaiblissent, qui en règlent en quelque sorte l'intensité. Dans les villes de la Péninsule, les plus exposées au sciroco, l'humidité est bien plus pénétrante sous l'influence de ce vent débilitant. Elle affaisse, elle abat, elle congestionne, elle impose le sommeil, quand elle ne donne pas la maladie. Dans des conditions analogues, je n'ai jamais éprouvé, à Venise, des effets aussi prononcés. Cette humidité est pourtant un des élémens de la douceur caractéristique de l'air, de cette douceur qui détend les ressorts de l'organisme, et dont la permanence d'action a imprimé son empreinte dans les habitudes, dans le tempérament de la population, sur la physionomie comme sur la marche des maladies.

Il existe une habitude qui mérite de ne pas être passée sous silence. On prend beaucoup de café à Venise. Les communications de l'ancienne république avec l'Orient en ont introduit l'usage ; les effets qu'il produit l'ont rendu un objet de première nécessité. C'est la force qui remonte le ressort détendu ; c'est la résistance qui vient en aide à la faiblesse. Aussi n'est-ce pas à deux ou trois tasses que se borne cette habitude journalière ; on en prend partout, on en prend toujours. Le Vénitien, qui garde encore les vieilles traditions, offre le café à celui qui le visite ; c'est une politesse qu'on ne refuse jamais d'accepter. J'ai vécu, sous ce rapport, à la vénitienne, et je ne m'en suis pas mal trouvé. Le sommeil n'était pas moins facile et l'activité de l'esprit comme du corps y trouvait un stimulant salutaire.

Le Vénitien malade met surtout en évidence ce défaut de ressort que l'instinct l'enseigne à corriger. S'il est saigné abondamment dans les maladies qui paraissent l'exiger le plus, les guérisons sont difficiles et les convalescences interminables. Malgré les indications, il faut souvent même s'abstenir entièrement et faire une part grande à la médecine fortifiante. C'est la seule voie qui conduise aux résultats heureux. Le docteur Namias, médecin en chef de l'Hôpital général, à qui je me plais ici de rendre justice, me l'a dit bien des fois, et avait compris depuis longtemps déjà, cette exigence du climat. C'est d'après ces idées que nous procédions dans les salles, et ce n'était pas au détriment des malades qui recevaient nos soins. Je pourrais citer plusieurs exemples de l'abus des saignées, plus redoutable à Venise que dans la plupart de nos villes d'Europe. Je n'oublierai jamais la maladie et la mort d'un prélat de St-Marc, un ami du palais Cavalli, qui succomba victime d'un préjugé, que trop souvent, dans ce pays, le médecin partage avec le malade.

L'atmosphère calmante, anesthésique, du climat vénitien, s'exerce manifestement sur l'élément *douleur*. Les vives souffrances y trouvent un apaisement. Si elles tiennent à une grande faiblesse, il faut ranimer les forces pour obtenir les bons effets du climat. Sans cette précaution, la douleur s'aggrave, parce que la faiblesse augmente sous l'influence d'une atmosphère qui détend le ressort organique au lieu de le monter. L'excitation, l'état fébrile, entretenus par des altérations d'organes, n'ont pas de lieu plus favorable dans la Péninsule. En apaisant la fièvre, l'air calmant de la Lagune entrave la marche du travail désorganisateur, donne le temps à l'homme de l'art de soutenir la lutte, de préparer sa victoire, et quelquefois de la gagner.

J'ai pu observer une Française, jeune encore, qui avait vainement essayé de tous les moyens pour mettre un terme à un état névropathique très douloureux qui se caractérisait par de pénibles accès séparés par d'irrégulières intermittences. Malgré les apparences d'une robuste santé, la vie lui était à charge, car son temps se partageait entre la souffrance et les précautions à prendre pour en éviter le retour. On lui avait conseillé les voyages. A Venise, où elle s'arrêta, il lui sembla éprouver quelque soulagement. Elle se trouvait sous l'influence d'impressions nouvelles. Tout lui paraissait d'ailleurs merveilleusement approprié à son état. L'air doux, l'absence de tumulte, la manière de circuler à travers les canaux, tout cet ensemble d'impressions agréables et calmantes ménageaient sa susceptibilité en même temps que ses forces. Cette dame résolut de passer un hiver tout entier dans la ville où elle sentait renaître ses espérances ; son attente ne fut pas trompée. Une amélioration notable se prononça rapidement ; cette malade est maintenant à peu près guérie. La médecine n'a presque rien fait pour cette cure, elle appartient principalement au climat. Par reconnaissance, cette dame ne quitte plus Venise ; elle y a fixé son séjour.

J'ai eu sous les yeux une très grande dame qui souffre de vives douleurs entretenues par le progrès d'une lésion organique très grave. C'est à Venise seulement qu'elle trouve un peu d'amendement à ses maux. Elle y passe tous les hivers avec la confiance que, si elle doit guérir, c'est là qu'elle guérira, et que si elle doit succomber, elle y prolongera ses jours plus longtemps, et avec moins de souffrance que partout ailleurs.

Le climat de Venise dompte l'élément *douleur*. C'est un anesthésique naturel dont les effets sont remarquables. Mais, comme je l'ai déjà dit, à côté des avantages, il y a les inconvéniens, il y a même les dangers. Dans certaines maladies, l'écueil, c'est qu'en voulant calmer la douleur, on favorise les congestions. Dans des états paralytiques, par exemple, les souffrances paraissent s'amender et s'amendent réellement, mais les mouvemens s'embarrassent, car la paralysie ne reste pas stationnaire, elle progresse dans bien des cas.

Précisément parce que le climat des Lagunes détend les ressorts de la vie, dans l'âge de la force, il la respecte et la conserve dans l'âge du déclin. Venise sert de lieu de retraite aux vieux serviteurs de l'empire d'Autriche. C'est dans ce milieu dépourvu d'excitation, où les impressions sont douces, les secousses toujours faibles, qu'ils se reposent de leurs travaux, au sein d'une paix qui ajoute des jours à leur

(1) Voir les numéros des 4, 13, 20 et 25 Mars 1856.

que d'une façon exceptionnelle, et dans des cas de pléthore, qui l'indiquent tout particulièrement. En dehors de cette circonstance, elle n'a que fort peu d'influence sur la marche des affections de l'œil. Selon lui, on fait aussi un énorme abus de la médication hydrargyrique dans le traitement des ophthalmies. Comme altérant, le mercure agit trop lentement pour être utilement employé dans les ophthalmies aiguës, et dans certains cas d'ailleurs, comme les ulcères de la cornée, loin de chercher à diminuer la plasticité du sang, on devrait au contraire désirer l'augmenter. Comme dérivatif, il ne vaut pas mieux que beaucoup d'autres, et n'est pas sans danger. La paracentèse de l'œil est une opération en général rarement mise en pratique. L'auteur voudrait la voir plus généralisée, et dit l'avoir très utilement appliquée au traitement des staphylômes de la cornée, du kératocèle, de l'amaurose congestive, de la rétinite aiguë, de la descémétite, de l'iritis, et des inflammations qui surviennent à la suite de l'abaissement de la cataracte. On sait du reste que M. Laugier a trouvé aussi un avantage très marqué à évacuer une certaine quantité des humeurs de l'œil, pendant cette opération même, à l'aide de son aiguille à succion. La paracentèse de l'œil n'est presque jamais suivie d'accidens sérieux, quand elle est faite avec les précautions nécessaires. Toutefois, l'auteur recommande de ne la point tenter sur les sujets âgés, où elle a de fâcheux résultats.

Les inflammations de la conjonctive sont, pour l'auteur, l'occasion d'un assez grand nombre de considérations intéressantes et surtout pratiques. Ce qui concerne les granulations conjonctivales, sujet, comme on sait, fort controversé, doit nous arrêter quelques instans. L'auteur n'admet point les distinctions théoriques introduites surtout par les ophthalmologistes allemands dans l'étude de cette maladie. Il discute sévèrement les différentes opinions émises à ce sujet, et s'attache à les réfuter; pour lui, les véritables granulations conjonctivales sont toujours des exsudations plastiques qui se produisent dans l'épaisseur du tissu conjonctival. Il y en a, il est vrai, qui, se formant avec rapidité, se montrent, dès l'abord, sous forme de petites tumeurs solides, serrées les unes contre les autres, comme on le voit le plus souvent. Dans certaines autres, qui se forment lentement, l'exsudat demeure plus ou moins longtemps à l'état liquide et constitue de petites vésicules qui se vident quand on les ponctionne. Mais celles-ci ne sont qu'un premier degré de la maladie et, sous l'influence d'un coup de fouet inflammatoire, elles passent facilement à un degré plus élevé et prennent la forme des premières.

L'auteur trace avec beaucoup de soin les règles du traitement des différentes formes de conjonctivite. Nous ne saurions le suivre dans tous ces détails. Disons seulement qu'il recommande avec instance de n'employer les cautérisations substitutives qu'au début de la maladie, pendant un jour ou deux seulement, et chez des sujets peu excitables. Quand il emploie le collyre au nitrate d'argent, c'est seulement pendant une journée, et il en fait alors répéter les instillations cinq ou six fois de suite, à une heure d'intervalle, après quoi il revient aux antiphlogistiques, aux astringens faibles. C'est pour la conjonctivite purulente que l'auteur réserve les cautérisations énergiques avec le crayon en nature ou les solutions très concentrées de nitrate d'argent. Là encore, toutefois, il recommande les plus minutieuses précautions pour empêcher le caustique de venir au contact de la cornée qui a, dans cette affection, une tendance si fâcheuse à se prendre. Il veut qu'après chaque cautérisation on lave la muqueuse touchée avec une solution étendue de chlorure de sodium ou d'acide chlorhydrique; enfin, d'enlever les moindres portions de caustique en excès. Mais surtout il bannit absolument l'emploi du nitrate d'argent dès que la cornée montre la moindre disposition à s'ulcérer ou se ramollir. C'est en particulier pour le traitement des granulations de la conjonctive qu'il fait usage du crayon de nitrate d'argent et de nitrate de potasse dont nous avons parlé déjà, et c'est à l'aide de ce moyen qu'il parvient à produire dans ces productions une excitation suffisante pour provoquer leur résolution, sans pourtant aller au delà des limites qu'il serait si dangereux de dépasser, et sans ramener un état d'acuité dont la perte de l'œil pourrait être la conséquence. Disons encore que l'auteur a mis plusieurs fois en pratique l'inoculation de la conjonctive purulente pour la guérison du pannus, et qu'il a obtenu des succès, mais achetés au prix de soins minutieux et de bien grandes inquiétudes.

Dans l'histoire des maladies de la cornée, écrite d'ailleurs avec le plus grand soin, nous ne trouvons à signaler en particulier que l'explication donnée par l'auteur de la formation du staphylôme opaque et le procédé d'extirpation qu'il a adopté. Le staphylôme est tantôt conique et tantôt sphérique. Sanson attribuait cette différence à ce que, dans un cas, la chambre postérieure serait conservée, et dans l'autre effacée. M. Desmarres n'accepte pas cette interprétation, et il croit que le staphylôme conique est le résultat d'une ulcération étroite, qui, provoquant de proche en proche un ramollissement de la cornée de plus en plus étendu, détermine la forme conique, tandis que le staphylôme sphérique succède à une ulcération qui, dès le début, a laissé l'iris hernié se mouler sur la convexité du cristallin. Quant au procédé opératoire, l'auteur emploie toujours, pour saisir le staphylôme, une anse de fil qu'il fait passer dans la tumeur à l'aide d'une petite aiguille. Il y trouve surtout l'avantage d'être prévenu, par cette petite plaie, de la possibilité d'une hémorrhagie, qui, lorsqu'elle se produit, entraîne presque toujours après elle un phlegmon de l'œil et la perte du moignon destiné à supporter la pièce artificielle.

L'auteur range au nombre des maladies assez rares de la sclérotique, une affection sur le siége de laquelle les ophthalmologistes ne sont pas d'accord, et qu'il décrit sous le titre de sclérotite, en la distinguant avec soin de l'injection péri-kératique qui accompagne un grand nombre des inflammations profondes de l'œil, mais qui, pour lui, n'est point de nature inflammatoire.

A propos de l'iritis, l'auteur revient sur la discussion des ophthalmies spécifiques, et répète que, en admettant la part que peut prendre la diathèse à la production de la maladie, il ne croit cependant pas que les caractères locaux permettent de la reconnaître. Seule l'iritis syphilitique semblerait faire exception. Encore, la décoloration du petit cercle et l'existence de ce qu'on a appelé les condylômes de l'iris, et qui ne lui semble être autre chose que de petits abcès, ne peuvent-ils que mettre sur la voie du diagnostic, sans suffire pour le spécifier; car on rencontre les mêmes caractères dans des ophthalmies non syphilitiques. Dans les différentes formes de l'iritis, comme dans tous les cas où il y a à craindre que des adhérences du voile iridien ne viennent entraver ses mouvemens, il recommande avec instance d'employer, dès le début du traitement, les mydriatiques, avec une énergie assez grande pour obtenir promptement la dilatation de la pupille, et de maintenir ensuite cette dilatation tant que dure le danger des adhérences. Il donne, dans ce but, la préférence aux instillations très fréquentes d'une solution de sulfate neutre d'atropine. C'est encore à ce dernier moyen qu'il a recours pour provoquer la réduction des hernies de l'iris à travers la cornée, et, quand après deux ou trois jours d'instillations, il n'a pu encore l'obtenir, il y joint la cautérisation de quelques points de la sclérotique, au voisinage de l'ulcération. Il a réussi par ce moyen un très grand nombre de fois, mais à la condition d'y revenir à plusieurs reprises, dans certaines circonstances.

La pupille artificielle fait le sujet du dernier chapitre de ce volume. L'auteur en établit les indications et décrit les différentes méthodes qui ont été successivement proposées pour cette opération. Pour lui, depuis longtemps, il a adopté celles d'excision et de déchirement. Toutes les autres doivent être, à son avis, proscrites comme dangereuses. Celles-ci, au contraire, sont devenues, en suivant les procédés qu'il indique, d'une simplicité si grande, selon lui, qu'elles sont à la portée de tous les chirurgiens et ne présentent guère plus de difficultés qu'une saignée. L'excision a été créée par Wenzel, l'auteur l'a adoptée en en modifiant le manuel opératoire. L'arrachement lui appartient et il l'a substitué au décollement dans les cas d'adhérences de l'iris et d'oblitération complète de la pupille.

Nous nous sommes efforcé, dans l'article qu'on vient de lire, de signaler tous les passages du livre de M. Desmarres qui nous ont semblé particulièrement intéressans par la nouveauté des vues ou les modifications apportées à la pratique habituelle des ophthalmologistes. Mais ces indications sommaires ne sauraient donner qu'une idée bien imparfaite d'un ouvrage consciencieusement écrit dans tous ses détails, et remarquable surtout par l'esprit éminemment pratique qui y domine. Partout on y sent l'homme continuellement aux prises avec les difficultés de l'application et qui ne s'en laisse point imposer par les théories mêmes les plus séduisantes, quand elles ne peuvent recevoir la sanction de l'expérience.

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 Mars 1856. — Présidence de M. Bussy.

Correspondance.

Le ministre de l'instruction publique et des cultes transmet à l'Académie une ampliation de l'arrêté, en date du 15 mars, par lequel il a approuvé les modifications et additions que l'Académie de médecine, dans sa séance du 29 janvier dernier, a proposé d'apporter à son règlement.

Voici le texte de cet arrêté :

ART. 1er.

Les articles 1, 2, 3, 4, 5, 44, 51 et 89 de l'ancien règlement de l'Académie de médecine seront rédigés ainsi qu'il suit :

« Article 1er. — Les membres titulaires sont au nombre de 100, distribués en onze sections, ainsi qu'il suit :

1re	section :	Anatomie et physiologie.	10
2e	—	Pathologie médicale.	13
3e	—	Pathologie chirurgicale	10
4e	—	Thérapeutique et histoire naturelle médicale.	10
5e	—	Médecine opératoire.	7
6e	—	Anatomie pathologique	7
7e	—	Accouchemens	7
8e	—	Hygiène publique, médecine légale et police médicale	10
9e	—	Médecine vétérinaire	6
10e	—	Physique et chimie médicales.	10
11e	—	Pharmacie.	10
			100

» Article 2. — Les associés libres peuvent être au nombre de dix.

» Article 3. — Les associés *nationaux* (dénomination substituée à celle de *regnicoles*) pourront être portés au nombre de vingt. Les associés étrangers pourront être également au nombre de vingt.

» Article 4. — Le nombre des correspondans nationaux est fixé à cent; celui des correspondans étrangers à cinquante.

» Article 5. — Les correspondans nationaux et étrangers sont distribués en quatre divisions, ainsi qu'il suit :

1re DIVISION	Anatomie et physiologie. Pathologie médicale. Thérapeutique et histoire naturelle médicale. Anatomie pathologique. Hygiène publique et médecine légale.		
		Correspondans nationaux.	50
		— étrangers.	25
2e DIVISION	Pathologie chirurgicale. Médecine opératoire. Accouchemens.		
		Correspondans nationaux.	24
		— étrangers.	12
3e DIVISION	Médecine vétérinaire.		
		Correspondans nationaux.	6
		— étrangers.	3
4e DIVISION	Physique et chimie médicale. Pharmacie.		
		Correspondans nationaux.	20
		— étrangers.	10
			150

existence. On y voit beaucoup de vieillards; leur existence y trouve plus de chances de durée. Un vénérable dignitaire de l'église, le patriarche de Venise, d'un grand âge, d'une organisation frêle, d'une santé délicate, d'une apparence débile, se soutient et résiste. A Vérone, le siége qu'il occupait précédemment, il eût moins résisté, comme il le dit lui-même; à Venise, il se sent vivre dans un air conservateur.

La phthisie qui s'accompagne d'un état douloureux, d'une agitation fébrile plus ou moins vive et qui s'observe sur les tempéramens nerveux ou irritables, cette phthisie s'amende sous le ciel vénitien. Avant de le prescrire aux phthisiques, lymphatiques ou scrofuleux, il importe d'y réfléchir à deux fois, de considérer la période de la maladie, l'état et même l'idiosyncrasie du malade. Au lieu d'un bon conseil qu'on réclame il ne faut pas s'exposer à en donner un mauvais.

Une Allemande, de tempérament nerveux, portant une affection tuberculeuse des poumons, passe tous les hivers à Venise depuis l'invasion de sa maladie. Je la vis, il y a trois ans, vivant de la vie du monde et supportant les souffrances de la première période sans aucune altération apparente dans sa santé comme dans sa beauté. Il y a un an (c'était l'hiver dernier), je la revis; l'affection avait fait des progrès. Ce qui me surprit, ce fut moins cet état nouveau que le temps qu'il avait mis à se produire. Avec son tempérament et surtout avec ses habitudes, cette dame eût certainement succombé, si, au lieu de passer ses hivers à Venise, elle fût restée dans son pays natal.

Une Parisienne dans toute l'expression du mot, à qui fut prescrit le climat des Lagunes, arriva à Venise au commencement de l'hiver dernier. Je la vis peu de semaines après, j'appris d'elle qu'on lui avait recommandé de partir au plus vite, si elle ne voulait pas succomber en France. Les tubercules n'étaient pas encore en suppuration. Mais la toux fréquente, les douleurs pectorales vives, l'hémoptysie, les sueurs nocturnes, l'affaissement profond, accusaient l'étendue du mal, et devaient donner de sérieuses craintes. La saison n'était pas favorable; avec toutes les grâces de la femme du monde, cette dame en avait toutes les habitudes, qu'elle ne se sentait pas le courage de quitter. Toutes les chances étaient contre elle, et on ne pouvait guère compter sur une amélioration. Cependant les mois se succédèrent sans aggravation d'abord, et puis dans des conditions plus satisfaisantes. Malgré les conversations prolongées, la fréquentation assidue des spectacles, l'heure tardive du sommeil, les hémoptysies devinrent plus rares et moins abondantes, la fièvre se calma, l'état général s'améliora. Pendant les belles journées, elle sortait beaucoup, et faisait sans fatigue d'assez longues promenades. Elle partit enfin pour la France, dans un état bien différent de celui qu'elle avait lorsqu'elle l'avait quittée. Pendant tout le séjour, le traitement consista principalement dans l'huile de foie de morue, très en usage dans la médecine vénitienne, et qu'elle prescrit peut-être avec trop d'uniformité.

Je pourrais citer d'autres exemples, mais il y a des limites qu'il faut savoir s'imposer. Il s'agissait d'exprimer par des faits, l'influence spéciale du climat de Venise, de ce climat qui calme, qui tempère, qui ôte même la douleur; de cet air où les ressorts de la vie, loin d'être excités à se mouvoir rapidement et à s'user, sont ramenés au repos; de ce lieu enfin, où toutes les influences tendent à envelopper l'organisme excité ou l'organe malade, dans une atmosphère de douce tranquillité. J'y suis parvenu, je l'espère, et pour être aussi complet que le permet ce travail en raccourci, je crois qu'il ne me reste que peu de choses à dire.

Je n'ai pu recueillir des faits sur l'action résolutive ou fortifiante des bains de boue, de la gelée des algues, des eaux du bassin vénitien; elle est établie d'ailleurs sur une expérience déjà longue. Tout consiste dans la réalité de la présence du brome et de l'iode dans ces divers produits. Si ces élémens rendent tant de services à l'art de guérir, dans nos préparations artificielles, pourquoi n'en serait-il pas de même sous la forme présentée par la nature, et que l'art ou l'industrie n'altère pas? Pourquoi même les effets ne seraient-ils pas plus puissans, plus essentiellement médicateurs, comme le prouve la supériorité d'action des eaux minérales naturelles sur celles qui sont préparées artificiellement? Voici pourtant un curieux exemple, qui n'en est pas moins authentique, bien qu'il ne se soit pas passé sous mes yeux.

Une archiduchesse d'un grand empire était alliée à Venise pendant la saison des bains de mer, dans une position grave, malgré l'intégrité des organes essentiels à la vie. La lésion était tout extérieure. Cette dame portait, à la partie moyenne du cou, une tumeur de la glande thyroïde sans doute, de caractère indéterminé, du moins pour moi, qui n'ai pas connu la malade, et dont le développement faisait des progrès rapides dans une vicieuse direction. Cette tumeur comprimait le larynx, la trachée-artère, et cette gêne du plan intérieur s'étendait même jusqu'à l'œsophage; la déglutition était difficile, la respiration bien plus encore, et l'aphonie était à peu près complète. Le traitement consista dans l'eau de la Lagune à l'intérieur, dans quelques bains, si mes souvenirs ne me font pas défaut, et dans l'entretien permanent de compresses trempées de la même eau, sur l'espace occupé par la tumeur. Au bout d'une saison, je crois, la résolution fut obtenue; il ne resta plus de traces des symptômes entretenus par la difformité, ni de la difformité elle-même. Je tiens le fait d'un haut personnage qui a connu cette princesse, et qui, après avoir vu la malade avant le traitement, a été témoin du succès.

L'iode ou le brome, ou même tous les deux ensemble, se trouvent-ils dans l'atmosphère vénitienne, et produisent-ils des effets en rapport avec leurs qualités connues? le voisinage de la mer, la composition des eaux de la Lagune, créent-ils cette atmosphère maritime qui a aussi ses propriétés médicales? Pour résoudre ces questions, il y a des études à poursuivre, et des études qui exigent du temps. Je les écarte donc pour le moment, peut-être pour les reprendre un jour, et essayer de leur faire une réponse. Je ne considère maintenant le climat vénitien que comme un climat anesthésique; n'aurait-il que cette qualité, elle serait grande, et mériterait l'attention du monde médical. Les forces plus actives, si je ne les vois pas encore dans l'air, je les trouve dans les ressources thérapeutiques que l'art de guérir peut demander à l'eau des Lagunes, aux fanges qu'elle dépose, aux végétaux qu'elle nourrit, et aux flots même de la mer.

Dr Ed. Carrière.

M. le docteur J.-J. Cazenave, de Bordeaux, vient d'être nommé à l'unanimité membre correspondant de l'Académie royale de médecine et de chirurgie de Madrid.

» Article 44. — Nul ne pourra obtenir le titre de membre titulaire de l'Académie : 1° s'il n'est docteur en médecine ou en chirurgie, ou reçu dans une école spéciale de pharmacie ou de médecine vétérinaire ; 2° s'il n'en a pas fait la demande expresse.

» Article 51. — L'élection des membres titulaires se fait au scrutin individuel ; celle des associés et correspondans se fait également au scrutin individuel et sur listes multiples, comme il est dit à l'article 49. Pour les uns et pour les autres, il faut la majorité absolue des membres présens.

» Article 89. — Jusqu'à ce que les classes de correspondans nationaux et étrangers soient rentrées dans les limites fixées par l'article 4 du présent règlement, il ne sera fait qu'une nomination sur trois extinctions.

ARTICLE 2.

Les chiffres des autres articles du règlement seront changés en raison de ces additions.

M. LE SECRÉTAIRE-PERPÉTUEL fait observer, après avoir donné lecture de cet arrêté, qu'il ne sera pas difficile, à l'avenir, de classer les membres correspondans dans les quatre divisions établies par les nouveaux articles du règlement. Mais la tâche du bureau, actuellement chargé de la répartition des correspondans dans ces quatres sections, n'est pas sans difficulté. Il a fallu écrire, à cet effet, à tous les membres correspondans de l'Académie ; quarante-deux seulement ont répondu jusqu'ici. Il faudra attendre que le plus grand nombre ait répondu pour les répartir dans telle ou telle division, d'après leurs travaux ou leurs aptitudes.

La correspondance non officielle comprend :

Un mémoire sur l'ergot de seigle comme antiabortif dans les premiers mois de la grossesse, par le docteur JOULIN. (Com. M. Danyau.)

— M. le docteur J. DENAMIEL, de Rivesaltes, adresse pour le concours du prix d'Argenteuil de 1856 :

1° Un mémoire sur le diagnostic des calculs urinaires par le toucher seul et combiné avec l'action des instrumens ;

2° Un mémoire sur le traitement des calculs urinaires par le toucher combiné avec l'action des instrumens, dans lequel se trouve exposée une nouvelle méthode opératoire qu'il appelle la *lithothlibie* ;

Et 3° une nouvelle observation d'un calcul vésical guéri en une seule séance par la lithothlibie, suivie de considérations à l'appui de cette méthode opératoire. (Concours d'Argenteuil.)

M. LE PRÉSIDENT annonce que M. Haime de Tours et M. Négrier d'Angers, membres correspondans de l'Académie, assistent à la séance.

M. LE PRÉSIDENT fait aussi part à l'Académie de la mort de M. Gerdy, membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale et de celle de M. Lasserre, membre correspondant à Angers.

Une députation de l'Académie a assisté aux obsèques de M. Gerdy.

— M. TARDIEU donne lecture d'un mémoire sur le charlatanisme médical considéré dans ses rapports avec la jurisprudence. Ce mémoire a pour titre : *De la qualification d'escroquerie appliquée au charlatanisme médical.* (Comm. MM. Guérard, Chevallier, Robinet.)

Discussion sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion des paupières.

M. H. LARREY cède son tour de parole à M. Bonnafont.

M. BONNAFONT : A propos d'une discussion récente et sérieuse, dont les voûtes de cette enceinte garderont longtemps le souvenir, M. le professeur Bouillaud disait qu'*il était dans les destinées de l'Académie d'agrandir toutes les discussions*, paroles vraies qui peignent en deux mots la noble mission de cette Société savante, et le but que s'est proposé son fondateur en l'instituant. L'Académie, en effet, est un véritable tribunal scientifique, où toutes les questions qui lui arrivent sont soumises à une discussion d'autant plus sérieuse, qu'elles touchent à un point de doctrine plus délicat ou à un point de pratique plus important. Mais, par cela même qu'elle est constituée en un jury intelligent et impartial qui condamne ou qui approuve, il y a intérêt à ce que tous les sujets en litige, et dont l'application dans la pratique a une certaine importance, lui soient soumis avant que les praticiens sachent à quoi s'en tenir sur la confiance qu'il convient de leur accorder. Envisagé au point de vue de ce principe de philosophie médicale pratique, je n'ai qu'à me féliciter de la lecture que je suis venu faire de mon mémoire, puisque le sujet qu'il traite est connu depuis longtemps, mais employé tantôt d'une manière, puis d'une autre ; passant dans la pratique comme un de ces météores aperçu par quelques-uns, mais oublié par le plus grand nombre, l'occlusion des yeux, enfin, dans le traitement des ophthalmies, recevra de cette discussion une réglementation sage et prudente ; car, ayant réussi entre les mains d'un grand nombre de praticiens, dont plusieurs jouissent d'une honorable célébrité, je ne pense pas que ce procédé soit condamné d'une manière absolue, et surtout sans l'admission de circonstances atténuantes. Ce sont ces circonstances que je viens défendre aujourd'hui, en réponse à l'argumentation si pressante et si absolument négative de M. le professeur Velpeau.

Mais, avant d'entrer dans la question, j'éprouve un grand embarras, et l'Académie comprendra sans peine que ce n'est pas chose ordinaire que d'avoir un adversaire comme M. Velpeau ; certes, si je n'eusse envisagé que cette différence de condition, j'eusse bien vite décliné mon rôle en déposant les armes, mais un noble et respectable sentiment qui naît et qui se confirme dans le cœur du plus humble praticien comme dans celui du plus savant, m'engage à venir encore dans cette tribune, c'est celui d'une conviction basée sur des faits consciencieusement recueillis, et que le discours de M. Velpeau n'a nullement affaiblis. Le savant professeur de la Charité nous a dit qu'il y avait plus de mérite à regarder son ennemi en face qu'à fermer les yeux à son approche. Eh bien ! si je ne fais pas profiter mes malades de ce principe un peu plus belliqueux que médical, je demande à mon respectable adversaire la permission d'user modestement, dans cette discussion, des conseils qu'il donne à ses ophthalmiques.

Si M. Velpeau n'était devenu un chirurgien illustre, il eût pu être un superbe général du génie, et surtout de génie ; personne, mieux que lui, n'eût fait le siége d'une place ni établi avec plus d'habileté ses moyens de destruction ; que pouvait, en effet, mon mémoire en face d'argumens lancés d'une batterie si formidable, rien, si ce n'est que de mériter le fameux qu'*il mourût* de Corneille. Toutefois, voyons si, en rapprochant les lambeaux auxquels mon travail a été réduit, il ne sera pas possible d'y trouver quelques moyens de défense contre une argumentation si pressante. Et d'abord, en parcourant mon mémoire et en lisant le discours de M. Velpeau, je trouve que la distance qui nous sépare n'est pas aussi grande qu'il le dit au commencement, car, après avoir condamné de la manière la plus absolue le mode d'occlusion, l'honorable professeur ajoute que ce moyen peut être appliqué très avantageusement dans les conjonctivites, les chémosis, les lésions traumatiques de l'œil, les abcès, les dépôts plastiques de la cornée, les kératites, etc., mais je ne l'ai employé que dans des cas pareils, sauf une fois seulement, dans un cas de conjonctivite blennorrhagique, deux cas de kératite ulcéreuse, un cas d'ophthalmie purulente et un cas d'iritis. Étonné d'un résultat aussi avantageux contre des affections que tous les ophthalmologistes considèrent comme assez graves, voici comment je m'exprime dans mon mémoire : « Bien que l'occlusion eût réussi dans des cas pareils, les faits ne sont pas encore assez nombreux pour conclure ; de nouvelles expériences sont indispensables afin d'accorder à ce mode de traitement l'efficacité que je ne fais que signaler aujourd'hui. » Je regrette que M. Velpeau n'ait pas lu ou ne se soit pas rappelé ces paroles qui m'eussent très probablement évité le reproche si direct qu'il m'a adressé.

Passant ensuite à la classification des ophthalmies et au diagnostic différentiel de chaque lésion des tissus qui composent l'œil, M. Velpeau me reproche d'avoir établi une grande confusion, et, à ce propos, il se demande si les malades des hôpitaux militaires diffèrent de ceux des hôpitaux civils ; je ne le pense pas, ni M. Velpeau non plus ; mais j'aurai l'honneur de répondre que le peu de chirurgie que je sais, je l'ai appris sous des maîtres militaires, dont l'un des plus illustres figure très honorablement dans cette enceinte, et que, si je n'ai pas adopté à cet égard les idées du célèbre professeur de la Faculté, c'est que les circonstances m'ont, malheureusement pour moi, tenu toujours éloigné de son enseignement, et que j'ai dû conserver ainsi les erremens de mes anciens maîtres. Toutefois, je ne pense pas que mes connaissances en ophthalmologie, si faibles qu'elles soient, aient pu me faire confondre, comme M. Velpeau l'insinue adroitement, une conjonctivite oculaire avec une blépharite, pas plus qu'une kératite avec un chémosis, ni avec une iritis. Je pense que M. Velpeau m'accordera assez de sagacité pour discerner des affections qu'un élève de deuxième année ne confondrait pas. M. Velpeau ajoute que je parle de conjonctivite ulcéreuse, et qu'il n'y a jamais d'ulcération sur la conjonctive ; je croyais le savoir, et c'est pour cela que nulle part, dans mon mémoire, je ne fais mention de cette désignation. Je prierai donc M. Velpeau de me dire dans quelle partie de mon travail il a trouvé la source de ce reproche, qui ne manque pas d'une certaine gravité pratique.

M. Velpeau, dans la désignation des maladies qui ont servi de base à mon mémoire, dit que tantôt je penche pour la doctrine étiologique, et tantôt pour la doctrine anatomique. J'avouerai franchement que sous ce rapport, je n'ai pas des idées bien arrêtées, et que je suis ici une méthode très éclectique ; ainsi, une ophthalmie étant donnée, quel qu'en soit le siége, je cherche, avant d'arrêter aucune espèce de traitement, à m'enquérir de la cause qui a pu la produire, et je m'estime très heureux lorsque je peux arriver à la constatation de ce principe, à cause de la facilité que cela me donne pour établir la base d'une thérapeutique rationnelle. Ainsi, une kératite, une conjonctivite, une iritis, se lient-elles avec une constitution scrofuleuse ou une infection syphilitique, je ne manque pas, comme M. Velpeau l'indique aussi, après avoir précisé la lésion anatomique du tissu, d'y ajouter l'adjectif servant à désigner la cause ou le vice auquel peut être due la maladie ; mais il est évident que lorsque la maladie ne peut être attribuée à aucune de ces affections générales, elle doit conserver simplement la dénomination anatomique purement locale, et il me semble que M. Velpeau, si j'ai bien compris le sens de son discours, n'agit pas autrement, bien qu'il se montre partisan presque exclusif de la doctrine anatomique, qu'il pousse ici bien loin, puisqu'il ne veut pas que l'on confonde l'inflammation de la conjonctive palpébrale avec celle des follicules de Meibomius, distinction très subtile, parce que la plupart du temps ces deux inflammations marchent l'une avec l'autre. A cette occasion, je demanderai à M. Velpeau la permission de lui adresser une légère observation : il me semble que, partisan exclusif dans cette discussion de la doctrine anatomique, puisqu'il veut que toutes les maladies de l'organe de la vue reçoivent une dénomination différente, suivant la nature du tissu où elle a son siége, abstraction faite de la cause qui l'a produite, il n'a pas été aussi sévère pour cette doctrine lors de la discussion si remarquable qui a eu lieu sur la curabilité du cancer ; alors, en effet, si ma mémoire ne me fait pas défaut, il me semble qu'un des grands reproches qu'il a adressés aux micrographes, c'est de vouloir trop expliquer la nature de l'affection par la lésion anatomique des tissus, et de ne pas attacher plus d'importance à la cause générale, c'est-à-dire à la constitution des individus ; en un mot, pendant toute cette grande discussion, M. Velpeau a démontré qu'il appartenait beaucoup plus à la doctrine étiologique qu'à la doctrine anatomique, ce qui est le contraire dans ce débat. Je ne me suis permis de rappeler ce fait que pour démontrer combien, en médecine ou en chirurgie, il était difficile d'adopter des idées exclusives dans une classification quelconque, et que, lorsque un praticien d'une expérience aussi consommée et aussi vaste, et d'un jugement aussi exercé que celui de M. Velpeau, faisait quelquefois défaut à cette règle, il était bien permis à un praticien modeste d'y faillir.

M. Velpeau est très étonné que des hommes atteints d'ophthalmies intenses, comme par exemple de conjonctivite avec ou sans chémosis, de kératite aiguë, avec ulcération récente de la cornée, aient présenté une fièvre et une céphalalgie intense. Ici, je demande la permission à M. Velpeau de lui adresser la même remarque qu'il me faisait lui-même tout à l'heure, c'est que, si les malades civils atteints de ces affections au même degré ne présentent aucun symptôme de réaction, c'est qu'ils sont bien différens de ceux que nous recevons dans nos hôpitaux militaires. Cela tiendrait-il à l'âge des individus, et à leur constitution généralement robuste ?

Mais si M. Velpeau niait l'existence de symptômes de réaction dans quelques cas de maladies des yeux, il serait en contradiction avec la plupart des praticiens, comme le prouve le passage suivant :

« Mais l'ophthalmie aiguë ne se présente pas toujours sous une » forme aussi bénigne et avec aussi peu de violence, elle est quelque- » fois beaucoup plus forte et caractérisée par des symptômes identiques » à la vérité, mais bien plus intenses et portées à un bien plus haut » degré. D'abord il y a chaleur brûlante, impossibilité de soutenir la » lumière, même la plus faible, douleur plus exaspérée encore par » l'action du moindre rayon lumineux, le malade est tourmenté par une » insomnie opiniâtre et quelquefois en proie au délire, il ressent une » violente douleur de tête qu'il rapporte surtout à la nuque, il a la » figure animée, une fièvre ardente, le pouls fort, dur et fréquent, la » chaleur est augmentée par tout le corps. » (Jourdan, *Dictionnaire des sciences médicales*, vol. 37, p. 423.)

C'est probablement contre ces ophthalmies qu'on recommande tant la saignée, suivant ainsi le précepte d'Hippocrate qui dit : *Ophthalmiam solvit vena sectio.*

Parmi les observations que j'ai citées, deux malades ont présenté des symptômes de réaction qui semblaient exiger impérieusement les déplétions sanguines, et ce ne fut pas sans une grande hésitation, comme je le dis dans la première observation, que je me décidai à clore simplement l'œil et à borner le traitement à ce seul moyen. Le malade a guéri, et même assez vite, sans présenter aucun incident. Maintenant, la guérison est-elle due à l'occlusion de l'œil ou au hasard ? Si c'est à ce dernier, comme M. Velpeau semblerait l'insinuer, il faut convenir qu'il m'a très heureusement servi, puisque depuis trois ans il m'aurait été constamment fidèle.

Une circonstance curieuse pour cette discussion, c'est que si j'ai employé l'occlusion d'une manière aussi générale que je l'ai fait, c'est M. Velpeau qui en est la cause principale. Ainsi, après avoir retiré le premier bénéfice de ce mode de traitement, j'ai voulu savoir ce que les auteurs en pensaient, sachant d'ailleurs qu'il avait déjà été employé.

Tous les ophthalmologistes gardant à peu près le silence à ce sujet, je rencontrai M. Velpeau seul, lequel, dans son article du *Dictionnaire de médecine en 30 volumes*, dit d'une manière positive que l'occlusion de l'œil est un des moyens les plus efficaces contre les chémosis, et que c'est là un moyen qui mérite d'être étudié et généralisé. La confiance illimitée que j'ai pour tout ce qui sort du laboratoire scientifique de M. Velpeau m'encouragea tellement, que je ne craignis pas d'employer ce moyen et de l'appliquer à un plus grand nombre de variétés d'ophthalmies ; ce sont les résultats obtenus qui ont fourni les matériaux de mon mémoire.

M. Velpeau, afin de prouver le danger qu'il y a de clore un œil lorsqu'il est malade, conteste l'action nuisible de l'air et de la lumière, et va même jusqu'à contester l'utilité de maintenir dans l'obscurité les individus affectés de maladies des yeux. C'est là une doctrine que, pour la première fois, j'ai entendu professer ; et il faut certainement une parole aussi grave, aussi expérimentée et aussi imposante que celle de M. Velpeau, pour proclamer un tel principe. Que l'on ait exagéré l'efficacité de l'obscurité dans le traitement des maladies des yeux, cela est possible ; mais, jusqu'à preuve contraire, j'aimerais mieux laisser mon malade s'ennuyer quelques jours de plus dans une atmosphère peu éclairée, que de le plonger dans une lumière dont le contact entretient des douleurs atroces chaque fois qu'elle plonge immédiatement dans l'œil. Dans nos hôpitaux, Messieurs, nous agissons autrement, et c'est là encore une différence qu'il est bon de signaler.

Ainsi nos maîtres nous ont appris qu'il fallait séparer les malades atteints de maladies d'yeux, les placer dans une salle spéciale, dans laquelle on puisse à volonté intercepter ou diminuer l'action de la lumière, et nous nous estimons très heureux, nous chirurgiens militaires, de trouver, dans les établissemens nosocomiaux, une pièce où les malades puissent être mis dans ces heureuses conditions. C'est pour obéir à ce principe d'hygiène oculaire que mon estimable camarade, M. Larrey, dont M. Velpeau ne contestera ni le savoir, ni la haute prudence, fit établir au Gros-Caillou, comme il l'a fait depuis au Val-de-Grâce, une salle réunissant les conditions énoncées ci-dessus. Et c'est après avoir constaté les bons effets de cette sage précaution, pendant que j'étais au Gros-Caillou, que j'ai imité cette pratique à l'hôpital du Roule.

M. Velpeau veut, au contraire, que ces ophthalmiques restent, non-seulement dans un endroit éclairé, mais il exige encore qu'ils fassent des efforts pour subir le contact de la lumière ; je ne sais pas si M. Velpeau a jamais été atteint d'inflammation de l'œil et s'il a subi les angoisses que font éprouver le double contact de l'air et de la lumière sur l'organe de la vue.

J'ai eu le malheur d'avoir eu deux ophthalmies (conjonctivites) pendant que j'étais en Afrique, et je ne connais rien d'insupportable et de si atrocement pénible qu'un rayon lumineux quand il arrivait immédiatement sur mon œil. Dieu garde M. Velpeau d'une maladie pareille, comme de toute autre, mais si jamais le célèbre professeur venait à éprouver une affection de ce genre, et qu'il voulût se faire traiter à la façon de Prométhée, non pas en plaçant ses yeux en face du soleil, mais seulement d'une lumière un peu vive, je crains bien que tout confrère, voire même M. Malgaigne, auquel M. Velpeau a donné une grande preuve de confiance, puisqu'il a eu recours à lui-même pour faire de l'esprit, je crains, dis-je, que M. Malgaigne, tout en obéissant au désir impérieux du malade, ne lui dise très spirituellement et surtout très sérieusement, non pas pauvres aveugles comme ceux à qui j'ai fermé les yeux et qui ont guéri, mais bien, pauvre M. Velpeau tournez vite le dos à votre ennemi, si vous ne voulez être atteint de cécité ; et, pour la première fois de sa vie peut-être, le célèbre professeur aurait été forcé de cacher à son ennemi ce qu'il veut que ses malades lui présentent quand même.

En réponse à la réprobation que M. Velpeau jette sur l'occlusion des yeux, je suis heureux de pouvoir m'étayer de l'opinion d'un des praticiens, une des gloires de la chirurgie, Messieurs, et auquel M. Velpeau ne refusera pas, j'espère, le degré de confiance qu'il inspire dans tout ce qu'il dit. Voici comment M. Bégin s'est exprimé à propos de ce mode de traitement :

« J'ai employé, il y a déjà bien longtemps, à l'hôpital du Val-de-Grâce et à Strasbourg, le rapprochement permanent des paupières dans le traitement des ophthalmies. Appliquant à l'œil ce principe général que le

repos des organes est une des conditions principales de la guérison de leur inflammation, je me proposais de soustraire l'œil à ses stimulans habituels, c'est-à-dire à la triple action de l'air, de la lumière et du mouvement des paupières contre sa surface. L'œil ouvert me semblait pouvoir être comparé à une plaie béante, qu'il s'agirait de réunir par première intention. En conséquence de cette idée, je faisais, d'une part, relever, autant que possible, les tégumens de la joue et de la pommette, et, de l'autre, abaisser fortement le sourcil. Les paupières se trouvant ainsi relâchées, appliquées l'une contre l'autre, et dans l'impossibilité presque absolue de se mouvoir, je fixais les parties dans cette situation au moyen d'une bande de diachylum gommé, longue de 2 à 3 mètres, de la largeur d'un travers de doigt, appliquée en forme de monocle. Ce bandage était maintenu en place pendant un temps variable de huit, douze et même quinze jours.

» Ce mode de pansement n'a pas constitué à lui seul le traitement des ophthalmies, à l'occasion desquelles je l'ai employé; je lui ai constamment associé, au contraire, les moyens curatifs, tels que saignées locales, régime approprié, dérivatifs cutanés ou intestinaux, médications spécifiques, etc., que la maladie semblait indiquer. Il n'a été, pour moi, qu'une sorte de topique plus favorable que les collyres, les pommades, les cautérisations, et autres applications locales variées qui se partagent les prédilections des oculistes. Je l'ai souvent employé, avec des avantages très marqués, dans les cas si opiniâtres et si souvent rebelles de kératite simple ou ulcérée, d'iritis, et surtout contre les ophthalmies scrofuleuses des enfans, qui s'accompagnent d'une photophobie excessive et insupportable. »

On voit, par ce simple énoncé, que M. Bégin est grand partisan de l'occlusion des yeux, non seulement dans l'inflammation superficielle de cet organe, mais bien plus encore dans les altérations qui atteignent les parties profondes de l'œil. Contrairement à M. Velpeau, qui repousse d'une manière complète l'occlusion dans ces derniers cas, M. Bégin assure que l'efficacité de ce traitement se manifeste alors d'une manière plus évidente.

M. Furnari, dont je regrette de n'avoir pas connu les travaux sur l'occlusion des paupières, s'est montré aussi très grand partisan, puisqu'il la considère comme un des moyens les plus efficaces, soit seule ou associée à d'autres médications; ainsi, afin d'être court, nous allons seulement relever les chiffres des principales affections des yeux, où M. Furnari a employé avec succès ce mode de traitement: 16 ulcérations simples et primitives de la cornée, 10 ulcérations entretenues par les vaisseaux de la conjonctive, 5 ulcérations chroniques entretenues par des granulations, 6 photophobies opiniâtres, 12 blépharites granuleuses sans ulcération cornéenne, 2 staphylômes commençans de la cornée, 2 staphylômes de l'iris, consécutives à la cataracte par extraction, 4 ectropions commençans, 4 névralgies sur-orbitaires. — Total, 61 résultats heureux produits par l'occlusion simple des paupières.

On voit que M. Furnari m'avait considérablement dépassé, ce dont je me félicite dans l'intérêt de la médication que je défends; à cette nomenclature, qui comprend déjà une assez grande variété des maladies de l'œil, si nous y ajoutons celles indiquées par M. Bouvier, comme devant subir une transformation salutaire sous l'influence de l'occlusion, telle que l'ophthalmie purulente des enfans, avec ou sans photophobie scrofuleuse, je serai bien excusable de proclamer devant l'Académie l'occlusion des paupières comme un des moyens les plus efficaces contre le plus grand nombre d'ophthalmies.

M. Velpeau, afin de réfuter l'efficacité de l'occlusion artificielle des paupières, nous a dit que les enfans les fermaient naturellement quand ils avaient les yeux malades, et qu'ils n'en guérissaient pas pour cela plus vite. M. Bouvier a répondu à cette objection beaucoup mieux que j'aurais pu le faire; il dit, et avec raison je crois, que dans l'occlusion naturelle, l'œil continue à se mouvoir, et le clignotement des paupières n'est nullement arrêté; deux conditions au milieu desquelles il y a toujours un certain frottement entre les deux surfaces palpébrales et oculaires, qui ne peut qu'entretenir et nullement diminuer l'irritation de ces parties. Si donc, l'occlusion naturelle, a dit M. Bouvier, ne paraît pas influer favorablement sur la marche de la maladie, il ne faut pas en conclure contre l'occlusion produite par l'art, qui agit tout différemment, qui tend à immobiliser l'œil et à faire cesser le spasme, et toute espèce de mouvement des paupières.

M. Velpeau m'a aussi adressé le reproche de vouloir employer l'occlusion des yeux contre toutes les ophthalmies : il me semblait que la réponse que j'avais eu l'honneur d'adresser à M. Larrey, au sujet de la même observation, m'aurait évité, dans le cours de cette discussion, de répondre à une pareille accusation. Je suis donc obligé de rappeler succinctement ce que j'ai dit dans mon mémoire ainsi que dans ma réponse au médecin en chef du Val-de-Grâce. Ainsi, j'ai dit de la manière la plus formelle, et je le répète encore pour qu'il n'y ait aucun doute dans l'opinion que j'ai déjà exprimée à cet égard, que je n'avais pas eu l'occasion d'employer ce mode de traitement contre les ophthalmies strumeuses, granuleuses ou purulentes, ni contre celles qui règnent épidémiquement dans les armées; mais que les bons résultats que j'avais retirés dans les cas où j'en avais fait usage faisaient espérer qu'elles pourraient, soit seules, soit associées à d'autres moyens curatifs appropriés, rendre des services à cette branche de la thérapeutique.

Il est évident que, par cette dernière phrase, j'ai voulu entendre, et toute l'Académie l'aura ainsi compris, excepté M. Velpeau peut-être, que, dans les ophthalmies dues à une cause spécifique, telles que la syphilis, la blennorrhagie, les scrofules, etc., il fallait de toute nécessité combattre la cause première du mal par des moyens spéciaux, tout en mettant l'œil dans les meilleures conditions pour favoriser sa guérison. Il me semble qu'aucun doute ne peut exister sur le degré d'importance que j'attache à l'occlusion et sur la restriction que je fais de son application.

Du reste, en soumettant ce mode de traitement à l'Académie, j'ai eu soin de dire et de répéter que je ne l'avais encore employé, ni dans un assez grand nombre de cas, ni dans une variété suffisante des affections de l'œil, pour pouvoir en préconiser l'usage d'une manière générale; je voulais seulement, en signalant les bons résultats que j'en avais obtenus, appeler l'attention des praticiens sur un sujet qui me semblait avoir une certaine importance pratique, les engager eux-mêmes à l'expérimenter, afin d'en apprécier la valeur et le mérite. Tel a été le seul but que je me proposais, et il est présumable que, malgré le dissentiment qui existe dans cette discussion, quelques praticiens, voulant connaître son degré d'efficacité, viendront plus tard en proclamer les résultats négatifs ou affirmatifs dans cette enceinte.

Déjà un des membres les plus distingués de cette assemblée, dans un discours fort remarquable que vous avez entendu dans la dernière séance, mon estimable confrère, M. Bouvier, est venu vous faire connaître les résultats qu'il avait obtenus de ce mode de traitement. Je n'ai pas besoin de faire l'éloge de cet académicien, vous connaissez tous la sagacité qu'il apporte dans ses investigations, ainsi que la sévérité des jugemens qu'il déduit de ses expériences, je remercie M. Bouvier du concours si éclairé et si éminemment pratique qu'il est venu m'apporter dans cette discussion, dont je suis d'autant plus heureux, qu'il a parfaitement compris le sens de mon mémoire et que, seul, il lui a donné une juste interprétation. Il a compris, en effet, que l'occlusion des paupières, ayant réussi dans quelques cas d'ophthalmies, elle pourrait peut-être être employé efficacement dans un plus grand nombre et que, pour arriver à établir un jugement sévère sur ce mode de thérapeutique, je faisais appel aux praticiens qui s'occupent plus spécialement du traitement des maladies d'yeux.

M. Velpeau trouve qu'il y a du doute dans le diagnostic des ophthalmies qui ont été soumises au traitement par l'occlusion des yeux, je vais rappeler la dénomination que j'ai donnée à chacune d'elles, et l'Académie jugera si la confusion est telle.

Ainsi, 1re observation : Kératite intense avec ulcération de la cornée.
2e — Chémosis très prononcé avec inflammation de toute la conjonctive.
3e — Iritis.
4e — Kérato-conjonctivite très intense.
5e — Id. id.
6e — Conjonctivite aiguë.
7e — Id. blennorrhagique.
8e — Id. simple.
9e — Id. id.
10e — Kératite ulcéreuse.
11e — Conjonctivite aiguë.
12e — Conjonctivite avec chémosis.
13e — Conjonctivite.
14e — Ophthalmie purulente.
15e — Kératite superficielle et légère.
16e — Conjonctivite suppurée.
17e — Chémosis.
18e — Ophthalmie franche.

Telles sont les dénominations dont je me suis servi, et je ne pense pas m'être trop écarté de celles indiquées par la plupart des auteurs.

Une seule peut-être mérite les reproches de M. Velpeau, c'est l'observation 18e, désignée par le nom d'ophthalmie franche, dénomination employée par le médecin-major du régiment et copiée sur le cahier par mon interne dans l'intervalle de la visite. Il s'agissait d'une inflammation générale et aiguë de toute la surface de l'œil, c'est-à-dire de toute la conjonctive oculaire et palpébrale. C'était tout simplement une conjonctivite générale à l'état très aigu.

Passant au chiffre sur la durée du traitement, M. Velpeau trouve que ses malades ont guéri plus vite que ceux que j'ai traités par l'occlusion; en effet, en supputant mes chiffres, M. Velpeau trouve une moyenne de 17 au lieu de 13, tandis que ses malades ne présentent qu'une moyenne de 13 jours d'hôpital; il y a, en effet, dans mes chiffres, une erreur que je dois reconnaître, puisque la moyenne du traitement, au lieu de n'être que de 13 jours, comme je l'ai dit, irait jusqu'à 15 et non jusqu'à 17, chiffre trouvé par M. Velpeau; mais je dois faire observer que, sur mes 18 malades, il y en a un, le nommé Lacroix, lequel, entré à l'hôpital le 29 avril, n'en est sorti que le 27 juin; que ce long séjour a été motivé, non pas par la conjonctivite suppurée, dont il était guéri depuis longtemps, mais bien par une ganglionite cervicale légère, dont il voulait être débarrassé avant de rejoindre son régiment; il y aurait là bien des jours à ôter du traitement de sa conjonctivite; mais c'est là une question secondaire à laquelle il faut attacher peu d'importance, puisque si on ôte ce seul malade exceptionnel, la moyenne des 17 restant sera de 12 jours.

A ce propos, je demande la permission à l'Académie de lui citer deux faits tout récens propres à corroborer mon opinion : Une dame de 50 et quelques années, souffrait, depuis trois ou quatre jours, d'une conjonctivite oculaire très aiguë; obligée, pour des affaires importantes, de quitter Paris, elle ne savait comment concilier les exigences du voyage avec celles du traitement; les douleurs n'étaient pas très vives, mais le contact de la lumière était insupportable, je lui proposai de clore son œil et qu'elle pourrait ainsi, sans aucun inconvénient, entreprendre son voyage; elle hésita beaucoup; mais, forcée par la nécessité, elle se rendit à mon avis; son œil fermé, elle partit, et, quelques temps après, j'appris qu'elle avait laissé l'appareil pendant deux jours sans le retirer, que son œil allait mieux, et qu'au bout de sept ou huit jours, il était complétement guéri.

Le deuxième fait est plus concluant :

Un coutelier du voisinage de l'hôpital du Roule reçut, en repassant des rasoirs, un éclat de pierre qui, lancé avec force par la meule, vint toucher l'œil gauche, sillonna de bas en haut la cornée et y fit une plaie longitudinale qui avait bien 5 ou 6 millimètres d'étendue. On lui avait ordonné force collyres émolliens, narcotiques, sans que cela eût apporté le moindre soulagement aux douleurs atroces qu'il éprouvait, et qui l'empêchaient de se livrer à aucun travail; dans cet état, il vint me trouver, en me priant de lui indiquer un moyen quelconque de soulagement; l'œil était très rouge, larmoyant, la photophobie telle, qu'il tenait constamment les deux yeux fermés pour éviter le plus léger contact de la lumière; je lui appliquai immédiatement mon mode d'occlusion, et je le renvoyai, en l'engageant à laisser l'œil fermé et à me venir voir dans trois ou quatre jours, ou plus tôt si les douleurs l'exigeaient; et le lendemain du pansement, les douleurs ayant cessé, il se livra au travail avec l'autre œil sans les provoquer; bref, au bout de sept ou huit jours l'ulcération de la cornée avait à peu près disparu, et l'œil avait pu reprendre ses fonctions, le malade n'ayant pas discontinué de travailler durant tout ce temps.

M. Velpeau, à propos de l'occlusion des yeux, soulève un point de doctrine fort important, dont la solution exigerait une espace qu'il est impossible de lui accorder dans cette discussion, je veux parler de l'influence du contact de l'air sur les plaies dont l'action nuisible a été singulièrement exagérée, suivant M. Velpeau, par la plupart des praticiens. En général, je dois avouer que je n'appartiens pas à cette dernière école, et tous les jours, dans mon service, je démontre le peu de crainte que j'ai à cet égard pour les blessés qui me sont confiés. Toutefois, bien des praticiens, d'un mérite incontestable, ont adopté et reconnu l'efficacité de certains procédés opératoires, dans l'unique but de soustraire les parties opérées au contact de l'air, tels que les sections sous-cutanées, etc. Mais peut-on, comme le fait M. Velpeau, comparer l'action de l'air et de la lumière sur la plaie d'un membre, par exemple, avec celle que ce double agent exerce sur un œil malade? Je ne le pense pas, et cela, parce qu'il existe dans l'organe de la vision, de plus que sur toutes les parties du corps, une sensibilité fonctionnelle spéciale, dont la susceptibilité est toujours exagérée dans l'inflammation de l'œil. Si donc, dans ce cas, l'action de l'air est nuisible, c'est bien moins en agissant sur les tissus enflammés ou ulcérés qu'en provoquant le fonctionnement de l'organe, alors que sa sensibilité exaltée n'en supporte que très péniblement le contact. De sorte que l'occlusion, comme l'a dit M. Bégin, agit autant et plus *peut-être, en condamnant l'œil* à un repos absolu, qu'en soustrayant cet organe au double courant de l'air et de la lumière.

M. Velpeau a terminé son argumentation en disant qu'il craignait beaucoup que l'occlusion des yeux ne subisse le même sort que l'emploi du collodion contre les orchites. Quel que soit le sentiment qui ait pu déterminer M. Velpeau à rappeler ce débat académique, je le remercie sincèrement de me fournir l'occasion de lui dire que mon opinion sur l'efficacité du collodion n'a nullement changé, que je l'emploie toujours avec le même succès, et que certains praticiens ne dédaignent pas d'en faire usage avec des résultats non douteux.

Il y a pourtant cette différence entre l'ancien débat et celui-ci, c'est que, dans le premier, j'étais seul pour soutenir la lutte, tandis que maintenant je compte, tant dans cette enceinte qu'au dehors, de hauts et puissans alliés, dont le concours contribuera, je l'espère, à me faire faire un honorable traité d'alliance avec mon si redoutable adversaire.

Telles sont les observations que j'avais à faire au discours de M. Velpeau; j'ose espérer que, malgré le dissentiment qui a existé entre nous dans ce débat, sa bienveillance pour moi ne s'en sera point altérée, pas plus que ma vénération et mon respect pour un praticien aussi éminent et pour un professeur qui est et sera l'orgueil de la France, comme il fait et fera toujours l'admiration de l'étranger.

M. H. Larrey : Après avoir entendu le discours de M. Bonnafont, je pense que l'Académie se trouvera suffisamment édifiée sur la question en litige. Il serait superflu de prolonger la discussion, car il est peu probable qu'elle puisse exercer quelque influence sur les opinions personnelles qui se sont produites à cette tribune. Je renonce à la parole et je demande la clôture de la discussion.

M. Velpeau : J'appuie la proposition de M. Larrey; je partage complétement ses idées sur l'inutilité d'une plus longue prolongation de cette discussion. Tout ce que vient de dire M. Bonnafont ne saurait rien changer à mes convictions; je persiste dans les opinions que j'ai développées précédemment. Depuis quelques semaines, je suis revenu à la pratique de l'occlusion, et j'ai fait dans mon service, à l'hôpital de la Charité, de nombreux essais. Les résultats que j'ai obtenus cette fois ne diffèrent en rien de ceux que m'avaient donnés mes premières tentatives. Ainsi, j'ai constaté que ce moyen était assez bon dans la conjonctivite simple, et je pense aujourd'hui comme alors, que c'est à la compression qu'il faut rapporter, dans ce cas, l'efficacité de ce mode de traitement. L'occlusion ne guérit pas plus promptement que les autres méthodes. Pour que M. Bonnafont puisse s'en convaincre, il devrait expérimenter simultanément les deux méthodes sur deux catégories de malades dans les mêmes conditions. Les praticiens qui voudront tenter à ce sujet des expériences, prononceront entre ma manière de voir et celle qu'a défendue M. Bonnafont. Je demande la clôture de la discussion.

M. le Président : Personne ne demandant plus la parole sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion, la discussion est close.

Il est quatre heures vingt minutes, l'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section de physique et de chimie médicales sur le classement des candidats à la place vacante dans cette section.

Hopital de la Pitié. — M. Becquerel reprendra ses leçons cliniques le 28 mars, à 9 heures du matin.

Il traitera spécialement, pendant le semestre d'été, des maladies du cerveau et de la moelle.

Hopital des Enfans malades. — M. le docteur Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfans, continuera son cours clinique sur les maladies des enfans, à dater du jeudi 3 avril.

Visites tous les jours à 7 heures 1/2.

Leçons et opérations tous les jeudis de 7 heures 1/2 à 10 heures.

Précis des maladies du foie et du pancréas; par V.-A. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies du département de la Seine, lauréat de l'Académie impériale de médecine et de l'Institut de France, membre de la Société de médecine de Paris et d'autres Sociétés savantes; chevalier de la Légion d'honneur.

Librairie centrale de Napoléon Chaix et comp., éditeurs, rue Bergère, 20, 1856. Un volume de 500 pages, format anglais, élégamment cartonné, 5 fr.; dans les départemens, *franco*, 6 fr. 50 c.

Manuel du baigneur, ou **Notice médicale sur les bains de mer de Biarritz (Basses-Pyrénées)**, deuxième édition, revue et augmentée de considérations sur quelques maladies de la peau, de l'utérus, et sur certains cas de stérilité guéris par l'emploi judicieux des bains, des injections et des douches d'eau de mer; par le docteur P.-B. Affre, médecin-inspecteur de ces bains, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union médicale*. — Prix : 2 fr.

Les merveilles du corps humain, précis méthodique d'anatomie, de physiologie et d'hygiène; par J.-B. Descuret, docteur en médecine et docteur ès-lettres de l'Académie de Paris, auteur de la *Médecine des passions*. Un vol. in-8. — Prix : 6 fr.

Chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 39. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 29 Mars 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. ÉPIDÉMIOLOGIE : Le choléra à Genève pendant les mois de septembre et d'octobre 1855. — II. THÉRAPEUTIQUE : Résultats thérapeutiques obtenus à l'hôpital des Enfans de Munich. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Suite des communications et discussion sur la leucocythémie. — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON : Une lettre de M. Verdé-Delisle. — Une lettre de M. Cerise.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

LE CHOLÉRA A GENÈVE PENDANT LES MOIS DE SEPTEMBRE ET D'OCTOBRE 1855;

Par le docteur F. RILLIET, médecin en chef de l'hôpital de cette ville.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 22 et 25 Mars 1856.)

L'idée d'un poison appelle celle d'un contre-poison. Le miasme paludéen, le virus syphilitique ont le leur, pourquoi n'en serait-il pas de même du choléra ? Un heureux hasard ne peut-il pas aider à trouver ce que les plus savantes recherches ne parviendraient pas à faire découvrir ? Sans doute, mais la preuve que nous ne possédons pas le véritable arcane, c'est qu'on nous en propose plus de mille. Aussi, le médecin encore novice qui parcourt la longue liste des remèdes anticholériques éprouve-t-il le même sentiment de découragement que celui qui, pénétrant pour la première fois dans une vaste bibliothèque, doit se borner à jeter un coup d'œil sur les titres de ces innombrables volumes, faute de pouvoir en apprécier le contenu. En présence de cette richesse qui le laisse indigent, le praticien se prend à regretter, à défaut d'un véritable spécifique, au moins un fil conducteur qui puisse le diriger au milieu de ce dédale de promesses et de conseils contradictoires.

Cette impression, qu'ont sans doute éprouvée un grand nombre de mes confrères placés pour la première fois face à face avec le fléau cholérique, je l'ai moi-même vivement ressentie. Aussi, manquant d'un guide sûr, et ayant peu de confiance dans ces remèdes infaillibles dont chaque jour éclaire les insuccès, j'ai cherché des bases pour mon traitement, dans ces notions de médecine générale et dans ces habitudes pratiques qui forment le bagage scientifique de tout médecin.

D'après le peu que j'ai vu, j'estime que le choléra est peut-être de toutes les maladies celle qui réclame le plus l'intervention active et répétée du médecin. Dans un mal qui marche aussi rapidement, et qui, d'un instant à l'autre, change de forme, qui souvent chemine à la sourdine et se démasque ensuite avec violence; qui, d'autres fois, après s'être montré fort sévère, prend des allures bénignes ou bien qui, peu à peu, perd ses traits caractéristiques pour en révéler d'autres qui lui sont étrangers, il faut bien être sur ses gardes pour ne pas se laisser surprendre dans une trompeuse sécurité. Je voyais mes malades trois et quelquefois quatre fois par jour; et j'ai eu le sentiment que ce n'était pas assez. Je ne voudrais pas qu'on inférât de mes paroles que je fais au médecin une trop grande part, et que, s'il voyait son malade au début du mal et qu'il ne quittât pas son chevet, il serait sûr de le sauver; telle n'est pas ma pensée. En effet, dans la plupart des cas de choléra, les soins les mieux entendus échouent; les malades, dès l'origine, sont condamnés à mort, la sentence est sans appel. Que faire à ces gens foudroyés, violets, sans pouls, sans chaleur et sans voix, et dont le corps se fond pour ainsi dire tout en eau ? Rien qu'adoucir leur inévitable fin. Mais il est d'autres malades moins gravement atteints, ou bien dont le mal chemine moins rapidement, et chez lesquels des remèdes appliqués à temps peuvent aider à franchir un mauvais pas. Il en est d'autres aussi qui, ayant résisté au premier choc, faibliraient sous une nouvelle atteinte, s'ils n'étaient soutenus à temps; il en est plusieurs dont le mal oscille tantôt vers la dépression des forces qu'il faut relever, tantôt vers une exaltation momentanée, tout aussi nuisible, qu'il faut abattre; il en est un certain nombre chez lesquels un symptôme très en évidence doit être spécialement combattu. Enfin, ceux qui réchappent n'ont pas traversé impunément une si violente crise, et tous les soins et tous les ménagemens de la convalescence doivent leur être prodigués.

Avant d'exposer le traitement que j'ai suivi, je veux dire deux mots sur la prophylaxie. L'air étant le véhicule du miasme, il est évident qu'au point de vue individuel, l'émigration est le seul moyen préventif efficace. Ceux donc qui veulent se mettre à l'abri et qui le peuvent sans forfaire à leurs devoirs et à l'honneur, doivent quitter le pays infecté. Dans les grandes épidémies des grands centres de population, lorsque l'incendie éclate simultanément avec violence en différens points, il est inutile de conseiller à ceux qui ne peuvent pas quitter la ville de transporter leur domicile dans un autre quartier; mais il n'en est pas de même quand l'épidémie est peu considérable, et semble se circonscrire dans un seul quartier et même dans une seule maison. Il faut alors conseiller à ceux qui peuvent abandonner le quartier ou la maison infectée de se transporter ailleurs, et l'on doit leur en faciliter les moyens soit par mesure administrative, soit par l'intervention de la charité privée. Quant à ceux que les nécessités de leur position attachent fatalement à leurs pénates, je n'ai d'autres conseils à leur donner que de suivre les règles d'une prudente hygiène, d'être en paix avec leur conscience, et de se maintenir sans peur comme sans reproche.

Une question très controversée est celle de savoir s'il est plus convenable de traiter les malades à domicile ou de les transporter dans un établissement spécial. Pour ma part, je n'hésite pas, et de même que je conseille de faire sortir les bien portans des localités infectées, de même je recommande d'en faire autant pour les malades indigens.

D'ailleurs, un motif puissant milite contre le traitement à domicile des cholériques pauvres; c'est la presque impossibilité de pouvoir leur donner tous les soins que leur état réclame. Il suffit d'avoir pénétré dans les demeures où le choléra fait ses premières victimes, pour savoir que tout y manque pour un traitement régulier, l'air, l'eau, la chaleur, la propreté, le linge, les bras.

Le transport des malades réclame de grands soins; on doit, avant tout, éviter la déperdition des forces; aussi, lorsque la maladie est trop avancée, il faut y renoncer. Lorsque le transport est décidé, il faut emmaillotter les malades dans une

Feuilleton.

UNE LETTRE DE M. VERDÉ-DELISLE.

C'est un singulier rôle que jouent auprès de la presse médicale les vaccinophobes. Laisse-t-elle leurs élucubrations dans l'ombre et le silence, ils crient, ils se fâchent, ils la provoquent de toutes les façons à la discussion, ils font appel au libre examen, et l'accusent d'étouffer l'idée sous une abstention systématique. Se laisse-t-elle imprudemment aller à leurs provocations, alors de deux choses l'une : ou la presse accueille leurs publications sans commentaires et sans réflexions, et dans ce cas elle est loyale, elle est honnête, elle est indépendante, on lui donne tous les honneurs possibles du courage et du libéralisme; ou bien la presse, en publiant leurs œuvres, prend la liberté de les examiner, de les juger, de les réfuter, et alors ils l'accablent de réponses, ils invoquent les lois, ils s'abritent derrière une législation rigoureuse pour lui imposer leurs longues, pénibles et souvent injurieuses réclamations. C'est à n'y plus tenir.

L'idée publie un livre; vous croyez que ce livre tombe par cela même dans le domaine commun de l'examen et de la critique; erreur; si succincte, si peu développée qu'en ait été l'appréciation, l'idée se croit en droit de répondre et de s'étaler en prose *mignonne* dans les colonnes du journal.

C'est ce qui va arriver aujourd'hui. M. Verdé-Delisle me prend à parti parce que j'ai déclaré ne pas vouloir m'occuper de son livre sur la dégénérescence *de l'homme*, cette tâche me paraissant avoir été très suffisamment remplie par d'autres. Évidemment, il n'y avait pas lieu à me répondre. Que serait-ce donc si j'avais cédé à l'excitation qui m'était faite d'apprécier ce livre ! Mon bureau gémirait sans doute, à cette heure, sous le poids des réclamations de son auteur.

Je veux bien publier la lettre de M. Verdé-Delisle, puisqu'il paraît tenir à faire, sans frais, une annonce de ses publications dans l'UNION MÉDICALE. Cependant il est un terme à tout, et je dois prévenir messieurs les vaccinophobes que lorsqu'ils m'adresseront des lettres aussi peu motivées que celle-ci, je ne les recevrai que si, conformément à la loi, elles arrivent au journal sous la forme gracieuse d'un exploit, et lorsqu'ils auront rempli la petite formalité légale du paiement de 3 fr. par ligne, prix auquel nous estimons l'espace que renferme nos colonnes.

Mardi, 25 mars 1856.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai déjà promis, non pas seulement une seconde édition de mon livre *De la dégénérescence de l'homme par le vaccin*, comme vous voulez bien l'annoncer, mais aussi un second livre où les quelques argumens qui ont été soulevés contre ma théorie seront discutés et, je l'espère, réfutés. Il ne me convient pas, je le répète, de m'éparpiller en polémiques, et les déclamations quelque peu offensantes d'un médecin de Clion passeraient provisoirement indifférentes pour moi, si vous n'aviez cru devoir, Monsieur, les accueillir avec un empressement si cérémonieux et les commenter avec une si précieuse coquetterie.

C'est donc à vous, Monsieur, que je réponds et non pas à un correspondant qui, à propos de mon livre, parle de tout, excepté de la question, qui ne trouve dans son expérience, dans sa science, dans sa logique convaincue, dans son indignation, d'autre critique, d'autre réfutation que des invectives, et dont toute l'appréciation se réduit à trois lignes : il dit que mon livre n'est « qu'une élucubration maladive, qu'on » n'y trouve qu'emphase, paradoxe et originalité de mauvais aloi, que » le titre est provocateur, que le livre a une chatoyante couverture ! » et c'est tout. C'est donc à vous, Monsieur, que je réponds.

Je ne discuterai pas la façon dont vous qualifiez le cours de M. Anglada, bien qu'il renferme plutôt des dénégations que des argumens; il aura place dans mon *histoire critique de la vaccine*, et sera discutée en son temps : je ne vous blâmerai pas vous, homme de science, de vous appuyer malheureusement sur une fantaisie narquoise d'Alph. Karr où ce charmant esprit, promenant tout au travers de la question sa verve voltairienne, n'a pas laissé d'ouvrir une parenthèse sérieuse; là, sans se permettre de trancher la question, le poète, toutefois, se fait philosophe et appelle avec instance l'attention des hommes spéciaux sur cette thèse capitale, et sa conclusion n'est rien moins que défavorable à mes idées. Vous l'avez oublié, Monsieur, mais je ne vous blâmerai ni d'avoir rappelé cet article, ni d'en avoir méconnu le véritable sens; j'en suis heureux, c'est une occasion pour moi de montrer quelle sorte de *réfutation* les défenseurs du vaccin sont réduits à invoquer contre moi.

Mais, il est une qualification que vous me jetez à la tête avec accompagnement d'imprécations contre les tendances du siècle, qualification que je ne puis accepter et contre laquelle, cette fois, je dois protester sérieusement.

Tranchons le mot, vous m'appelez *démolisseur* : or, voici ce que j'ai fait : j'ai puisé les élémens, la base, la plupart des preuves et des considérans de ma théorie dans Hippocrate, dans Ambroise Paré, dans Sydenham; là sont mes maîtres : ce ne sont pas, paraît-il, ceux des vaccinateurs, qui ont changé tout cela, qui ont *démoli*, osons le dire, qui ont *démoli* tout cela; car il est impossible, cela est avéré, d'accorder leur théorie, si tant est qu'il y ait une théorie de la vaccine; il est impossible d'accorder leurs principes avec les leçons immortelles de ces pères de la science.

Or, Monsieur, toute question de dégénérescence ou de bonne santé de l'espèce humaine, toute conclusion à part, toute question des mérites de la vaccine mise à part, de quel côté est la démolition, de quel côté sont les principes de conservation.

C'est simplement ce que je tenais à établir dans cette lettre. Quant au fond de la question, vous pouvez m'attendre à mon second livre, et continuer d'ici là à prêcher la croisade.

Je vous prie, Monsieur et très honoré confrère, d'insérer cette lettre dans votre plus prochain numéro.

Veuillez agréer, etc. VERDÉ-DELISLE, D.-M. P.

Résultats de la dernière souscription ouverte par L'UNION MÉDICALE *en faveur d'un confrère malheureux.*

M. le docteur Cerise nous adresse la lettre touchante que voici :

Ce 28 Mars 1856.

Mon cher ami,

Il est temps que je vienne vous entretenir du résultat de la souscription que, sur ma prière, vous avez bien voulu ouvrir en faveur d'un confrère malheureux. J'attendais, pour remplir ce devoir, que la situation de la pauvre famille eût atteint le degré de sécurité que j'avais rêvé pour elle. Grâces en soient rendues aux charitables souscripteurs, à leur empressement, à leur généreux concours ! J'ai le plaisir de leur annoncer aujourd'hui que cette famille, affligée toujours par la maladie de son chef, peut être regardée comme étant à l'abri de la misère non seulement pour le présent, mais encore pour un avenir que j'espère durable. Voici comment :

La souscription s'est élevée à la somme de 2,081 fr.

Sur cette somme, 450 francs environ ont été employés à dégager des objets témoins d'une ancienne aisance, que le Mont-de-Piété allait bientôt mettre en vente, et sans doute à vil prix. 350 francs ont été consacrés aux besoins pressans de chaque jour, à éteindre des dettes criardes, à payer le terme du loyer, à acheter quelques meubles indispensables, à renouveler une literie, réduite pour trois personnes à un matelas misérable, qui faisait cruellement souffrir le malade; voilà pour le présent.

Il restait, pour pourvoir à l'avenir, une somme de 1,300 francs environ.

Sur cette somme, 92 francs ont servi à solder, chez un fabricant bienveillant, les premiers frais d'un approvisionnement d'objets de parfumerie. Ces 92 francs, soldés le 10 février, ont été la semence d'une récolte, qui a permis à la pauvre famille de fournir à ses besoins de chaque jour, et de solder des approvisionnemens ultérieurs. Ces 92 fr. ont été l'admirable parabole des talens, réalisée selon l'Évangile.

Il reste donc, depuis le 10 février, à la disposition de notre confrère, une somme d'environ 1,200 francs, que j'ai employée en obligations de chemin de fer.

Il serait intéressant de savoir comment, avec 92 francs, l'avenir d'une famille a pu être en quelque sorte assuré. Ceci est le secret des personnes charitables, qui ont énergiquement patroné la femme de notre confrère dans le difficile noviciat de son petit négoce, et qui lui prêtent tous les jours encore l'appui de leur crédit et de leurs relations.

Je le répète : grâces en soient rendues à nos charitables souscripteurs, et que le résultat heureux que je leur annonce leur soit à la fois une récompense et un encouragement.

Votre bien dévoué, L. CERISE.

couverture de laine et les transporter sur un brancard. Si, au moment de l'entrée à l'hôpital, on juge convenable de donner un bain, il faut que la baignoire soit placée auprès du lit, préalablement chauffé, et que le malade soit porté dans le bain et rapporté dans son lit. C'est faute d'avoir suivi ces précautions au début de l'épidémie, que j'ai eu des accidens à déplorer. Ainsi, j'ai vu des malades transportés à l'hôpital dans un état trop fâcheux, expirer au moment de leur entrée.

Le choléra étant infectieux, il est clair que la réunion d'un certain nombre de malades dans un même lieu risque de créer un foyer; aussi, pour prévenir cet inconvénient, doit-on avoir égard aux précautions suivantes : 1° si cela est possible, il faut choisir pour hôpital spécial un local qui, outre les conditions hygiéniques requises, soit situé dans un quartier que sa position géographique mette à l'abri des épidémies. Chaque ville a, sous ce rapport, son lieu d'élection; ainsi nous savons bien, à Genève, que dans la ville haute les épidémies sont plus rares et moins fâcheuses que dans la ville basse. 2° Si les cholériques sont transportés dans un hôpital général, il faut les isoler complétement des autres malades, ou, si cela est possible, évacuer l'hôpital. 3° Il ne faut pas réunir les cholériques en trop grand nombre dans les mêmes chambres. 4° Il est indispensable de pratiquer largement l'aération des salles, soit de jour, soit de nuit, et de ne pas négliger les fumigations. Les gens de service doivent se tenir à portée des malades, mais ils éviteront de coucher dans les salles elles-mêmes.

J'ai peu de choses à dire sur le traitement que j'ai employé chez les malades simplement influencés par l'épidémie, c'est celui de tout le monde. En première ligne l'hygiène, puis l'opium seul ou associé au bismuth, contre la diarrhée prémonitoire; le vomitif ou les purgatifs quand les symptômes d'embarras gastrique prédominent; le bismuth, l'esprit d'ammoniaque anisé, l'infusion de camomille ou de quassia dans la dyspepsie et la pneumatose gastro-intestinale, le vin généreux et l'alcool de menthe dans la faiblesse accompagnée d'un sentiment de refroidissement général.

Quant au choléra confirmé, voici quel est le plan de traitement que j'ai le plus habituellement suivi :

Appelé auprès d'un cholérique cyanique, au pouls supprimé ou presque supprimé, aux yeux caves, à la voix faible, et tourmenté par des vomissemens, des selles incessantes et des crampes intenses, je prescris :

1° Un grand bain chaud additionné de 500 grammes à un kilogramme de farine de moutarde. Je laisse le malade pendant une heure dans le bain, et en même temps je le fais masser et frictionner soit avec la main, soit même avec une brosse un peu rude. Sous l'influence de la moutarde et des frictions, la chaleur reparaît, momentanément au moins, et donne à la peau une teinte rouge au lieu de la teinte cyanique.

2° Au sortir du bain, je fais emmailloter mon malade dans une couverture de laine.

3° Déjà pendant le bain je prescris le rhum pur, d'après la méthode qu'a suivie, à l'hôpital Sainte-Eugénie, mon ami le docteur Barthez (1), à la dose d'une cuillerée à soupe toutes les cinq minutes, additionnée d'un petit morceau de glace, pour prévenir le vomissement. Je donne ainsi jusqu'à douze ou vingt-quatre cuillerées de rhum dans un intervalle d'une à deux heures. Cette dose équivaut à environ 180 à 360 grammes de rhum.

4° Si cette vive stimulation relève le pouls, et si la chaleur de la peau se maintient, je suspends le rhum, ou tout au moins je n'en donne que de loin en loin.

5° Dans le milieu ou à la fin de la première journée, ou le jour suivant, je répète quelquefois le bain de moutarde; il m'est arrivé d'en donner jusqu'à quatre et même six dans des cas où la suppression du pouls et le refroidissement ont persisté pendant plusieurs jours.

6° Si la réaction n'est pas suffisante, ou bien après avoir été bien marquée, si elle faiblit pour faire de nouveau place à l'algidité, j'ai encore recours au rhum, ou bien j'emploie une potion fortement stimulante ainsi composée :

Éther phosphoré.	de 1 à 3 grammes.
Sulfate de strychnine. . .	2 centigrammes.
Eau camphrée.	150 grammes.
Sirop de polygala.	30 grammes.

7° Pendant toute la période algide et plus tard encore, je n'accorde qu'une très petite quantité de boissons, et je donne la préférence au thé aromatisé avec le rhum, soit à la glace, soit au contraire bouillant, suivant les exigences de l'estomac; *mais je n'autorise pas plus de deux à trois cuillerées à soupe à la fois toutes les deux ou trois heures.*

Qu'on me permette d'insister sur ce point de pratique. Je considère l'abstinence presque entière des boissons comme de la plus haute importance. Il faut une grande fermeté pour l'exiger, et un grand courage pour s'y soumettre; rien de si dévorant que la soif des cholériques; cependant. Rien de plus dangereux que de la satisfaire, quelque cruel que paraisse un semblable refus. Plus l'on donne de boissons, plus, pour un soulagement illusoire et en tout cas très momentané, on augmente l'abondance des vomissemens et de la diarrhée, et la dépression des forces, qui est la conséquence de ces pertes et de ces secousses répétées. D'ailleurs, ces masses de liquides surchargent l'estomac sans profit; car c'est à peine s'il en passe quelques gouttes dans le torrent circulatoire. Aussi, ne pouvant satisfaire la soif, il faut chercher à la tromper; sous ce rapport, la glace est très utile; indépendamment de ce qu'elle désaltère, elle calme le spasme. On peut aussi, quand la diarrhée est modérée, donner de copieux lavemens d'eau simple, et répéter les bains plusieurs fois dans la journée.

J'ai dit qu'il est cruel, en apparence, de refuser les boissons aux cholériques, le mot n'est pas trop fort; car rien ne peut exprimer l'ardeur de leur soif; en voici la preuve. Un malade que j'étais parvenu, bien contre son gré, à soumettre au *cura sitis*, en avait retiré un grand profit. Les vomissemens, jusque-là incoercibles, avaient cessé, la diarrhée était supprimée, et grâce aux bains de moutarde, le pouls s'était relevé et la chaleur avait reparu. Mon homme entrait en convalescence, mais sa soif n'avait pas cédé, et il rêvait toujours au moyen d'y satisfaire. De mon côté, j'étais tout aussi exigeant dans mes recommandations. Une nuit que l'infirmier avait quitté la salle, le malade, qui habitait au second étage, profitant de l'absence de son incommode surveillant, se glisse le long d'un tuyau de descente jusque dans la cour. Pouvant à peine marcher, il se traîna jusqu'au bord du bassin, où on le trouva couché à plat ventre et lapant l'eau à pleine bouche. Son imprudence faillit lui coûter cher; elle lui valut une violente fièvre suivie d'ictère, et plus tard d'enflure. Mais, plus heureux que sage, il finit par se tirer d'affaire, et sortit guéri de l'hôpital après plusieurs semaines de maladie.

8° Le traitement stimulant est quelquefois suivi d'ardeur épigastrique, de chaleur œsophagienne, en un mot, des signes d'une irritation de la partie sus-diaphragmatique du tube digestif. Je combats ces symptômes par l'application répétée de ventouses légèrement scarifiées le long du sternum et à l'épigastre, par des cataplasmes, par des bains simples, par l'usage du lait cru à très petites doses, mais assez fréquemment répétées.

9° Lorsque les vomissemens sont incessans et empêchent par leur répétition l'administration de tout remède, je les combats avant tout en diminuant encore la quantité des boissons; puis, lorsqu'ils sont purement aqueux, je prescris le bismuth et la glace, ou le nitrate d'argent; lorsqu'ils sont bilieux, je donne la préférence à l'infusion de colombo, additionnée de teinture de noix vomique. J'administre le sous-nitrate de bismuth à grande dose, toutes les demi-heures, 50 centigrammes sur de la glace. J'accorde la préférence à ce médicament, dans le cas surtout où, le traitement ayant été très stimulant, les vomissemens sont peut-être entretenus par l'irritation gastrique. Lorsque, au contraire, les vomissemens sont très aqueux, très rapprochés, et apportent par leur fréquence même un obstacle à toute médication interne, je donne le nitrate d'argent à la dose de 2 à 5 centigrammes en solution dans 60 à 90 grammes d'eau distillée, par cuillerées à café, tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures.

Un petit enfant de 5 mois, atteint d'un choléra des plus graves, a été évidemment guéri par le nitrate d'argent. Le bismuth, donné pendant quatre heures de suite *largâ manu*, avait complétement échoué; l'enfant fondait à vue d'œil, lorsque je prescrivis le nitrate d'argent en potion et en lavement à la dose de 5 centigrammes. En trente-six heures, il consomma 7 centigrammes de nitrate d'argent en potion et 10 en lavemens; le résultat fut aussi prompt que complet; les vomissemens s'arrêtèrent, au bout de peu d'heures les selles diminuèrent, et alors je pus administrer les alcooliques (malaga), qui relevèrent le pouls. La guérison a été entière.

Comme je le disais tout à l'heure, j'ai employé la racine de colombo additionnée de teinture de noix vomique (1) dans les cas où les vomissemens étaient bilieux et se perpétuaient pendant la période de réaction ou dans la convalescence. A cette époque, ils ne se produisent plus sous l'influence du spasme et de l'hypersécrétion séreuse, mais ils sont la conséquence de ce dérangement fonctionnel caractérisé par le mot d'état bilieux, et qu'en général on combat avantageusement par les amers. J'ai eu spécialement à me louer de cette formule dans un cas où les vomissemens, accompagnés de selles bilieuses, étaient tellement opiniâtres, même après le premier septénaire révolu, que mon malade était menacé de périr de polycholie et d'inanition. Après quatre jours d'usage de cette potion, les vomissemens avaient disparu et les selles avaient beaucoup diminué de fréquence.

10° L'hypersécrétion intestinale domine, dans certains cas, toute la symptomatologie, et appelle un traitement spécial. Je lui ai opposé les remèdes dirigés contre les vomissemens, l'abstinence des boissons, le bismuth, le nitrate d'argent, le colombo; mais c'est surtout dans les cas de cette espèce que j'ai essayé les opiacés, principalement en lavemens; je ne puis pas dire, toutefois, que j'en aie obtenu de bons résultats, car, le plus souvent, les lavemens n'ont pas été gardés.

11° Les phénomènes crampoïdes sont certainement, sinon les plus graves, du moins les plus pénibles symptômes du choléra. Rien de plus angoissant que l'anxiété épigastrique, rien de plus douloureux que les crampes. J'ai cherché à combattre ces symptômes par les bains et par les ventouses légèrement scarifiées, et je puis dire que j'ai souvent réussi. Outre les bains de moutarde, je prescris des bains simples aux malades cruellement tourmentés par les crampes, et, en général, ils en sont soulagés. Les bains peuvent être employés plusieurs fois dans la même journée avec avantage et je me suis demandé si, dans les cas nombreux où l'on doit s'efforcer de soulager, faute de pouvoir guérir, on ne devait pas essayer de donner des bains de plusieurs heures, en ayant soin d'entretenir l'eau toujours à la même température. J'ai été frappé de l'appétence des malades pour le bain et du soulagement qu'ils y éprouvent, et si j'ai un regret, c'est de n'en avoir pas fait plus largement usage. Je puis affirmer aussi que les ventouses légèrement scarifiées sont un très bon moyen contre les crampes. Chez plusieurs malades, non seulement les spasmes des membres, mais l'angoisse épigastrique, cette oppression anxieuse qui tient du mal de cœur et de la constriction diaphragmatique, ont été promptement soulagées par l'application des ventouses. Dans les cas où c'est l'anxiété épigastrique qui domine, je les fais poser en ceinture autour de la base de la poitrine; quand ce sont les crampes qui l'emportent, je les place le long des membres, à la partie interne des bras, des cuisses et des jambes, en nombre considérable, trente, quarante et plus; mais j'ai toujours soin de ne tirer qu'une très petite quantité de sang, 90 à 120 grammes en tout.

12° Je n'ai pas eu à combattre de ces réactions inflammatoires franches telles qu'on les décrit dans les épidémies. Les malades qui ont réagi d'une manière morbide sont tombés, non dans un état inflammatoire, mais dans un état typhoïde contre lequel j'ai vainement lutté avec les stimulans diffusibles, le café, les toniques; et dans la forme comateuse, avec les vésicatoires et les moxas. Je rappellerai, à propos du choléra typhoïde, qu'il ne faut jamais négliger de surveiller les fonctions urinaires. A l'anurie succède quelquefois une hypersécrétion avec rétention, qui peut passer inaperçue au grand dommage du malade.

On a souvent attribué l'état typhoïde à l'emploi abusif des préparations opiacées. Il est possible qu'il en soit quelquefois ainsi; mais, chez mes malades, cet état morbide a été bien évidemment un mode ou une phase de la maladie, et non une conséquence de la médication.

13° J'ai combattu les complications par les moyens appropriés. La congestion hépatique par les ventouses, de légers laxatifs, les eaux et les bains alcalins; l'anasarque par les diurétiques; l'épanchement pleurétique par les vésicatoires.

14° Dans la convalescence, j'ai accordé une attention toute spéciale à l'alimentation, et je me suis en général bien trouvé de commencer par donner du lait cru froid à petites doses, deux à quatre cuillerées à soupe toutes les trois heures. Le bouillon, les soupes légères, puis la cervelle, le riz de veau, le poisson, le poulet, et enfin la viande rôtie, ont été successivement prescrits, mais avec beaucoup de mesure, les moindres écarts de régime étant, comme je m'en suis assuré plusieurs fois, suivis de très fâcheuses conséquences. Lorsque les digestions sont difficiles, je prescris l'eau de soude; et dans un cas où chaque essai d'alimentation était suivi de diarrhée lientérique, je me suis très bien trouvé de l'usage de la pepsine; en cinq jours, les fonctions gastriques ont été rétablies de façon que le malade a pu manger la demi-portion sans être incommodé.

Le traitement que je viens d'exposer est celui qui m'a paru le plus rationnel et que j'ai le plus habituellement suivi. J'en avais arrêté le plan d'avance, après mûres réflexions, et je l'ai complété à mesure que je voyais de nouvelles indications à remplir. Ce traitement serait encore celui que j'emploierais si j'avais une nouvelle épidémie de choléra à combattre. Quant aux autres médications, je ne puis me prononcer sur leur degré d'utilité, n'ayant pas eu l'occasion de les mettre en usage. Je dois dire, toutefois, à propos des vomitifs qui comptent un grand nombre de partisans, que, s'ils m'ont paru utiles dans les prodromes à forme d'embarras gastro-intestinal, les quelques essais que j'en ai faits dans le choléra confirmé ne m'ont pas semblé assez satisfaisans pour m'engager à répéter l'expérience.

(1) Méthode préconisée, nos lecteurs savent avec quelle insistance, par notre honorable confrère, M. Jules Guyot. (*Note du rédacteur en chef.*)

(1) Poudre de racine de colombo..... 2 grammes.
Faites infuser dans 120 grammes d'eau, passez, ajoutez :
Teinture de noix vomique..... 2 grammes.

THÉRAPEUTIQUE.

RÉSULTATS THÉRAPEUTIQUES OBTENUS A L'HOPITAL DES ENFANS DE MUNICH;

Par le professeur HAUNER.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 15 Mars 1856.)

15° *Créosote.* — Les moyens extraordinaires ne sont employés que contre les cas extraordinaires, quand le diagnostic ne peut être positif, et que l'on ne peut s'attaquer qu'aux symptômes saillans. Dans cette catégorie, appartiennent deux cas de *vomissemens*, rebelles à tous les moyens, et arrêtés en un jour par la potion suivante :

Prenez créosote, 2 gouttes; eau distillée 50 grammes; sirop blanc 15 grammes, à prendre deux cuillerées à café par heure.

16° *Eau de laurier-cerise.* — L'organisme des enfans est soumis dans ses révolutions, chez les sujets irritables, si souvent mal nourris et mal traités, à des affections congestives et subaiguës, qui ne se manifestent pas rarement, dans la tête, la poitrine, la moelle épinière, avec des symptômes d'irritation nerveuse, simulant jusqu'à un certain point une hypérémie cérébrale, une pneumonie, une cardite, une myélite,

auxquelles il ne manque que les signes locaux pathognomoniques. Le pouls spasmodique, l'extrême irritabilité, la peau sèche, chaude, l'agitation générale, les palpitations violentes du cœur, la toux sèche, fatigante, trouvent, dans l'eau de laurier-cerise, un calmant qu'aucun autre médicament ne peut remplacer. Ces états se rencontrent d'ailleurs fréquemment. Cette eau est encore recommandable dans la toux spasmodique, convulsive des nourrissons, et dans celle des phthisiques.

Doses : prenez eau de laurier-cerise, gouttes, 6-10-20 ; sirop blanc, 30 grammes ; à prendre une demi-cuillerée à café toutes les deux heures.

17° *Opium, morphine.* — Ces préparations ne sont pas fréquemment employées par M. Hauner. Parmi les *diarrhées*, il ne traite par l'opium que celles qui sont très tenaces, surtout les dysentériques ; il le donne à petite dose, associé au calomel.

Prenez opium, 0,002-0,004 ; calomel, 0,006-0,012 ; sucre de lait, 0,50 ; à donner une poudre semblable toutes les quatre heures.

Son emploi comme calmant est plus étendu ; contre les *coliques*, les *névralgies*, l'*insomnie*, la *toux nocturne* des phthisiques (la morphine) la toux de la période nerveuse de la coqueluche, chez les enfants phlegmatiques non irritables. A l'extérieur, le laudanum entre dans beaucoup de collyres, sert pour le pansement de plaies atoniques, où il favorise les granulations de bonne nature, contre le *spina ventosa*, la *carie*, etc.

18° *Lichen d'Islande.* — Employé comme tonique de la muqueuse pulmonaire.

19° *Feuilles de noyer.* — Une longue expérience a montré à M. Hauner, que dans l'*affection scrofuleuse*, l'huile de foie de morue, si généralement recommandée, était sans action ; l'iode, très actif dans certains cas spéciaux, le chlorure de barium, les antimoniaux, etc., égaux à zéro, tandis que les feuilles de noyer, fraîchement séchées, manifestaient une action très avantageuse. (Nous ne souscrirons pas à la condamnation de l'huile de morue, ni à la rareté des bons effets de l'iode. Tr.).

L'indication principale de ces feuilles se rencontre surtout chez les enfants torpides, lourds, paresseux ; contre les ulcères scrofuleux, l'otorrhée, les éruptions cutanées chroniques scrofuleuses ; dans l'atonie et les engorgemens du système lymphatique. Il va sans dire que les ressources de l'hygiène ne doivent manquer concurremment.

20° *Rhubarbe.* — Cette racine ne pourra jamais être bannie de la pratique des enfans. Chez les nourrissons, les affections des voies digestives, caractérisées par l'expulsion lente du méconium, les phénomènes ictériques, les dyspepsies non fébriles, etc., en un mot les états connus sous les noms d'apepsie, de flatulence, d'acidité, de gastricisme, et causés le plus souvent par une faiblesse des organes digestifs, suite d'une mauvaise alimentation, se guérissent facilement avec une à deux cuillerées à café de sirop de chicorée avec rhubarbe, par jour. Mais il ne faut pas le donner dans les affections fébriles et dans les diarrhées, à moins que celles-ci ne soient purement gastriques. Dans un âge plus avancé, on augmente l'action du sirop de rhubarbe, en y ajoutant de la teinture aqueuse de cette substance. Cette combinaison est prescrite contre les affections du foie, de la rate, pour terminer le traitement des fièvres intermittentes, etc.

L'infusion, 0,15-0,50 centigrammes sur 50 à 60 grammes d'eau bouillante ; ou la solution d'extrait, 0,15-0,30 centigrammes, dans 50 à 60 grammes d'eau de fenouil, est un des meilleurs stomachiques pour les enfans nourris artificiellement.

21° *Séné.* — Chez les enfans, la rhubarbe remplace ordinairement le séné ; cependant il est des cas où l'action plus vive du second est préférable ; on l'emploie ordinairement sous la forme de l'eau laxative de Vienne. Ce sont les inflammations et les congestions cérébrales chez des enfans torpides, les constipations opiniâtres déterminées par des états gastriques, l'helminthiase, le début des fièvres gastriques et des exanthèmes fébriles, notamment la scarlatine et la variole, où l'on évite volontiers le calomel.

22° *Sénéga.* — Dans le *croup*, il n'a d'action ni au début ni à l'apogée de la maladie, mais dans la période de résolution et dans les maladies consécutives ; il agit bien dans la *laryngite*, qui suit la rougeole ; dans la période de sécrétion de la *coqueluche*, dans la *bronchite chronique*, avec amas de mucosités abondantes et tenaces, dans la *pneumonie typhoïde* et *catarrhale*, surtout des enfans rachitiques.

Doses : prenez racine sénéga, 0,50 centigrammes à 4 grammes pour 50-60 grammes de décoction, avec sirop de sénéga, 15 grammes.

Ou bien : prenez sirop de sénéga, d'ipécacuanha, de réglisse, de chaque 15 grammes ; à prendre deux cuillerées à café toutes les heures ou toutes les deux heures.

23° *Racine de valériane. — Carbonate de magnésie.* — Ces deux médicamens sont employés surtout sous la forme d'une poudre composée, très usitée en Allemagne, et presque inconnue chez nous. C'est la poudre pour les enfans, *pulvis puerorum*, dont il existe plusieurs formules. Celle que M. Hauner préfère est préparée d'après Hufeland, seulement l'oléo saccharum de fenouil est remplacé par du sucre de lait. Voici la formule de Hufeland : carbonate de magnésie, 16 p. ; racine de rhubarbe, 4 p. ; racine de valériane, 1 p. ; oléosaccharum de fenouil, 8 p. On en prend selon l'âge, 2 à 3 pointes de couteau par jour. Quelque irrationnel que soit ce composé, il est cependant très favorable et d'un emploi très fréquent. La valériane, par son huile essentielle, son principe extractif et son acide particulier, est un tonique pour le système nerveux ; la magnésie, anti-acide, corrige l'âcreté des sécrétions gastriques et intestinales ; enfin nous connaissons les vertus de la rhubarbe.

23° *Mercure*, principalement *calomel.* — L'action du mercure est surtout dissolvante, favorisant les sécrétions ; c'est là ce qui explique son emploi fréquent chez les enfans, où les maladies de la vie végétative sont en plus grand nombre. M. Hauner a prescrit surtout le calomel, très souvent contre les *affections cérébrales*, dans la *méningite* idiopathique, l'hyperémie de la période de dentition chez des enfans robustes, pleins de sève, contre les *convulsions*, l'*éclampsie*, causée alors le plus souvent par une irritation cérébrale. Dans ces cas, le calomel fut donné à doses un peu fortes, de 3 à 8 centigrammes par dose.

La réputation dont le mercure avait joui jadis contre les *maladies hydrocéphaliques*, s'est évanouie avec le diagnostic positif de ces états. Les affections granuleuses des méninges et leur suite, l'hydrocéphale aiguë, ne sont guéries ni par le calomel, ni par le sublimé, ni par aucun autre moyen, et leur guérison repose sur une erreur.

Le calomel est d'un bon secours contre toutes les *inflammations* avec tendance aux dépôts plastiques et à des exsudations dans des cavités intérieures.

Son action favorable se montre encore dans les *catarrhes intestinaux* des enfans, avec douleur, grande sensibilité et ballonnement du ventre, et diarrhée parfois abondante, le plus souvent modérée. Des symptômes cérébraux secondaires viennent souvent s'y ajouter ; tantôt de la somnolence, de la lourdeur de la tête, tantôt des cris, de l'insomnie. Cette affection prend surtout des enfans nourris vicieusement et se trouvant dans la dentition. Leur maigreur n'est pas une contre-indication pour le calomel, seulement il s'agit de bien reconnaître la manière dont il faudra traiter chaque cas spécial. Il est des affections des gros intestins, caractérisées par des évacuations fréquentes, avec des ténesmes et de violens efforts douloureux, accompagnées de symptômes cérébraux, souvent de convulsions et jusqu'à des crampes tétaniques. Contre cette vraie *dysenterie*, le calomel est seul indiqué et procure la guérison. On le donne à 0,01, à 0,03 centigrammes par dose, toutes les quatre et cinq heures, seul ou associé à de faibles doses d'opium, 0,002 et 0,003.

Plusieurs enfans ont été amenés à l'hôpital, malades par suite de l'abus d'une infusion de têtes de pavot. Ils montrèrent de l'insomnie, de l'agitation, de l'amaigrissement, une peau sèche ; c'était un état narcotique et par là hyperémique du cerveau. Le calomel à la dose partielle de 0,01 à 0,03 centigrammes, continué longtemps et aidé par des lotions froides sur la tête, a rendu les plus grands services dans ces cas.

Comme antisyphilitique, M. Hauner emploie le mercure soluble de Hahnemann avec le plus grand succès, tandis que tous les autres traitemens, l'iode, le rob de Laffecteur, la salsepareille, etc., n'avaient absolument rien produit. En suivant ses malades encore longtemps, il s'est assuré de la solidité de la guérison.

24° *Belladone.* — Elle s'était toujours montrée active dans la *coqueluche*. Cependant la dernière épidémie y était devenue réfractaire, ce que l'auteur explique par une particularité de cette épidémie, caractérisée par des prodromes catarrhaux prolongées, une période spasmodique courte et une toux terminale de longue durée.

25° *Tartre stibié* — Ce sel donné à dose entière, 0,02 à 0,15 centigrammes, selon l'âge, a souvent une action merveilleuse dans les *pneumonies*, surtout les catarrhales, les *broncho-pneumonies*, le *croup*, etc. Chez les enfans robustes, sanguins, dans les inflammations franches, il faut l'employer de suite après les émissions sanguines, et sans celles-ci, chez les enfans faibles, scrofuleux ; mais la diarrhée et les maladies de l'appareil digestif le contre-indiquent. Cependant son action est moins favorable dans les *états gastriques* purs, les crudités dans l'estomac, les accumulations de mucosités dans cet organe, compliquées d'affection catarrhale des voies respiratoires.

A dose réfractée, 0,006 à 0,01 centigramme, le tartre stibié active les sécrétions et les excrétions de la peau, des poumons, des reins et des intestins, et trouve son indication dans une foule de maladies, telles que les fièvres catarrho-rhumatiques, les fièvres éruptives, inflammatoires, les inflammations franches, surtout celles de l'appareil respiratoire, le catarrhe et les blennorrhagies pulmonaires et bronchiques, les affections du foie et des canaux biliaires, le rhumatisme aigu, l'érysipèle, etc.

26° *Eau froide.* — Cet article est trop écourté pour que, malgré son importance, nous le donnions en détail. L'auteur s'en réfère à chaque instant à des articles publiés antérieurement, et qui nous manquent. Nous voyons seulement qu'il emploie cet agent d'après les pratiques hydrothérapiques, dans beaucoup de maladies, et avec un grand succès ; ainsi ce sont les affections typhoïdes, le croup, les dermatoses, les affections scrofuleuses, rachitiques, les maladies du système nerveux, etc.

27° *Bains froids ; lavemens.* — Ces pratiques sont d'un usage journalier contre une foule d'affections ; les bains et les lavemens sont simples, ou médicamenteux ou nutritifs ; ces derniers lavemens sont composés de bon bouillon et de jaune d'œufs. En général, ces indications n'ont rien de spécial et qui ne soit connu, mais M. Hauner emploie ces moyens beaucoup plus fréquemment que la plupart des praticiens, et s'en loue extrêmement.

Il a déjà été question des émissions sanguines locales (jamais les générales) dans un autre article.

M. Hauner ne dit rien des pommades, des sinapismes et des vésicatoires, parce qu'il ne les emploie que très rarement.

Quoique la communication précédente renferme des faits déjà connus en partie, nous n'avons pas hésité à la publier avec quelque détail. Elle résume la pratique habituelle d'un de nos plus grands spécialistes de l'Allemagne, qui, par sa position à la tête d'un grand hopital, est apte à se prononcer sur la valeur réelle des médicamens. Sous ce rapport, il fallait donner l'article dans son ensemble (1).

Dr Strohl.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 13 Février 1856. — Présidence de M. Rostan.

Suite des communications et discussion sur la leucocythémie (2).

M. Legroux : Je ne suis pas complétement édifié sur la nature de l'affection désignée sous le nom de leucémie : c'est évidemment une cachexie anémique. Mais il y a dans les faits produits un cachet qui les distingue. Voici deux observations, déjà anciennes, remarquables par les altérations du sang qu'elles signalent, et qui rappellent les altérations consignées dans la première de Virchow, dont M. Lasègue nous a fait l'exposé. Ces deux faits, dont j'avais cherché vainement la place dans le cadre nosologique, me semblent devoir être placés à côté de ceux qui ont servi de base à la spécialisation de la leucémie. Il y manque toutefois la sanction microscopique. Malgré cette lacune, ils me paraissent avoir l'intérêt de l'actualité.

1er FAIT. — Crepet (Jean), âgé de 48 ans, a été reçu à l'Hôtel-Dieu le 11 septembre 1833.

Il avait eu, à diverses reprises, des fièvres intermittentes de longue durée.

Il offrait la pâleur anémique, caractéristique de ces affections prolongées.

Sa rate était énorme ; il y avait de la dyspnée, sans lésion appréciable des bruits respiratoires. Pas d'infiltration. Aucune lésion des autres organes.

Le malade fut traité par une application de sangsues à l'anus ; le sulfate de quinine à haute dose ; des applications de sangsues répétées sur la région splénique, suivant les doctrines médicales de l'époque, sans modification sensible dans le volume de la rate ; mais avec augmentation de l'anémie ; et complication d'une diarrhée abondante ; et enfin de diffusion séreuse.

Dans cet état de débilitation, après un mois de séjour à l'hôpital, il mourut subitement, sans plainte, sans agonie, au grand étonnement des gens de service.

Autopsie. — Diffusion séreuse, sans lésion profonde des organes encéphaliques et thoraciques.

Altération du sang. — Mais ce qui surtout attire notre attention, c'est une altération bien remarquable du sang.

Ce liquide remplit les cavités du cœur, les veines caves supérieure et inférieure qu'il distend, les sous-clavières, est un peu moins abondant vers l'extrémité des membres, mais existe en grande quantité dans les vaisseaux des poumons, du foie, des reins ; le cœur gauche en contient un peu moins que le droit, mais l'aorte en est remplie comme les veines. Ce sang liquide, assez semblable à de la lie-de-vin, est partout entremêlé d'une matière d'un blanc-verdâtre, déliquescente, et semblable au pus dit crémeux ; elle s'étale sur les doigts comme de la crème un peu épaisse ; elle se retrouve dans toute l'étendue du système circulatoire ; elle y est disposée en grumeaux, en flocons, en filandres plus ou moins allongées, en masses plus ou moins volumineuses. Dans le ventricule droit, après l'évacuation d'une grande quantité de sang analogue à la sanie que l'on exprime de certaines rates, elle est encore abondante entre les colonnes charnues. Quelques-uns de ses grumeaux, doués d'un peu plus de cohésion, semblent marquer le passage de la fibrine concrète à la déliquescence. Des vaisseaux des poumons, des vaisseaux propres du cœur, de ceux des reins, des sinus cérébraux postérieurs, on en exprime par la pression ; la veine porte, quelques vaisseaux de la rate en contiennent aussi, mais en petite quantité. Cette matière puriforme, ce pus, si l'on veut, forme au moins le quart de la masse du sang, qui, lui-même, ressemble à de la lie-de-vin. Cette matière blanche paraît à travers les parois semi-transparentes des veines, et, pour me servir d'une comparaison grossière, donne à ces vaisseaux, tendus et arrondis par le sang qu'ils contiennent, une ressemblance assez exacte avec ces boudins dont la surface est parsemée de taches blanches, dues au morceaux de lard qui entrent dans la composition de cet aliment.

Appareil digestif. — Rien de bien notable dans le canal digestif. Foie volumineux, hypertrophié, mais sain. Rate violacée à l'extérieur, ayant 9 pouces dans son grand diamètre, 7 dans son petit, et 3 à 4 d'épaisseur, pesant 3 livres 12 onces. Son tissu, ferme et rouge, est assez analogue à celui du foie. Ce tissu n'est pas granulé comme celui de ce dernier, il est aussi plus foncé. Sa couleur, brune, est nuancée de petits points rouges, mais qui tranchent sur la surface des segmens faits à l'organe. Il est d'ailleurs ferme, cohérent et comme carnifié ; il n'offre pas d'intersections celluleuses. C'est une hypertrophie du tissu propre de l'organe avec atrophie du tissu lamineux. Aucune lésion des voies urinaires.

2me FAIT. — Le deuxième fait m'a été communiqué par Dance, ami regretté, avec les pièces anatomiques. Il date du 3 octobre 1830.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, malade depuis dix mois, ayant une hypertrophie considérable de la rate. Il paraissait avoir eu une fièvre intermittente, dont il éprouva quelques accès à l'hôpital. On lui fit une application de sangsues à l'anus, et on lui administra le sulfate de quinine qui diminua les accès. Mais, au bout de quelques jours, le malade succomba, *ex improviso*.

A l'ouverture du cadavre, nous avons trouvé :

1° La rate au moins quintuplée de volume, saine extérieurement, d'un noir obscur dans sa substance et ramollie.

2° Le foie, triplé de volume, de façon que ces deux viscères emprisonnaient l'estomac, et le couvraient presque en entier. Le foie était mou et avait une couleur rouge sombre.

3° Point de sérosité épanchée dans le péritoine, les autres séreuses ou le tissu cellulaire.

4° Le ventricule gauche du cœur hypertrophié notablement, mais d'un tissu ferme.

5° Mais ce qui a frappé le plus notre attention, et nous a engagé à prendre cette note, c'est le fait que voici : les quatre cavités du cœur étaient remplies par une fibrine d'un gris verdâtre très prononcé, sans mélange de caillots sanguins ou de matière colorante. Cette fibrine était molle, presque diffluente, œdémateuse : elle envoyait des prolongemens jusques dans les gros vaisseaux, sous forme de cylindre, dans l'aorte, l'artère et les veines pulmonaires, les veines caves, sus-hépatiques ; nous les avons suivis jusques dans les vaisseaux crureux et axillaires ; mais là, cette fibrine était mêlée à de la matière colorante, à quelques caillots sanguins, et on l'aurait prise volontiers pour des fragmens de pus mêlés à du sang. Les vaisseaux, du reste, ne présentaient aucune altération.

Il y a certainement dans ces deux faits des caractères pathologiques et anatomiques qui les distinguent des anémies ordinaires. La mort subite, sans agonie, bien qu'elle puisse être une conséquence de l'anémie simple, semble devoir se rattacher autant à l'altération qu'à l'appauvrissement du sang. Il faut noter, dans ces deux cas, la coïncidence des hypertrophies du foie et de la rate.

En résumé, s'il n'est pas établi que la *leucémie* soit une espèce morbide à part, je crois qu'il faut attendre des lumières nouvelles pour marquer sa place dans les cachexies anémiques.

Séance du 27 Février 1856. — Présidence de M. Rostan.

Lettre de M. E. Barthez à M. Vigla.

« Je voulais prendre la parole dans la dernière séance de la Société, à propos de la discussion soulevée par votre intéressante communication. J'y ai renoncé pour ne pas allonger inutilement des débats qui paraissent épuisés, et parce que l'opinion que je voulais émettre a été mise en avant par MM. Bourdon et Becquerel. Mais comme j'avais à donner à l'appui de cette opinion quelques remarques ou preuves différentes au moins pour la forme, de celles qui ont servi à nos confrères, je me décide à vous les écrire, vous laissant toute liberté d'en faire ce que vous jugerez convenable. C'est qu'en effet, je connais le sujet uniquement par ce qui en a été dit devant la Société ; et je puis bien avoir laissé échapper de ma mémoire des points importans capables de battre en brèche l'idée que je me suis faite du mal dont il s'agit.

(1) Extrait du *Journal f. kinderkrankh*, 1855, nos 9 et 10.

(2) Suite. — Voir les numéros des 28 Février, 1er, 6, 8, 18 et 22 Mars 1856.

» Et d'abord, dans votre communication, il y a un fait nouveau pour nous. Ce n'est pas seulement parce qu'on a prononcé les mots nouveaux ou peu connus de leucémie ou de leucocythémie, que notre attention a été éveillée; la chose elle-même était inconnue à la plupart d'entre nous; cette chose, c'est la présence dans le sang d'une très grande quantité de globules blancs; cette altération du sang se trouvant unie à un certain nombre d'autres lésions organiques et de symptômes morbides, il en résulte un ensemble pathologique qui est peut-être une maladie méconnue jusqu'à présent.

» Si je vous ai bien compris, les principaux caractères de cet état morbide (1) seraient :

» 1° Une production considérable de globules blancs;

» 2° Une hypertrophie chronique de la rate;

» 3° Une marche lente, chronique du mal;

» 4° Souvent un peu de fièvre irrégulière;

» 5° Souvent aussi des hémorrhagies diverses;

» 6° Un état cachectique du malade, ayant de grands rapports d'apparence avec la cachexie paludéenne;

» 7° L'absence d'intoxication paludéenne.

» Ces caractères, unis peut-être à d'autres que l'étude pourra faire connaître, suffisent-ils pour faire établir l'existence d'une maladie distincte et bien déterminée? C'est là la principale question qui a été soulevée et débattue; question qui ne pourra être résolue, je pense, que lorsque la cause du mal aura été reconnue. Car la nature d'une maladie est plutôt établie (je ne dis pas diagnostiquée) par sa cause que de toute autre manière.

» A ce sujet, voyez ce que les débats nous ont révélé : vous en conclurez facilement l'absence de cause connue, et la nécessité de la rechercher.

» Plusieurs d'entre nous, en effet, auraient bien voulu rattacher à l'altération organique de la rate, la production des globules blancs. Mais voilà que Virchow prouve l'existence de la leucémie en l'absence de toute maladie appréciable de la rate.

» Vous auriez bien voulu rejeter toute idée d'intoxication paludéenne, et voilà qu'on vous oppose des observations dans lesquelles la filiation du mal avec les miasmes paludéens paraît évidente.

» D'autres, bien éloignés de partager votre opinion, voudraient rattacher tous les cas de leucémie à cette cause que vous rejetez; mais cette opinion, comme la vôtre, est détruite par les faits consignés dans la science.

» Au sujet de la cause de la leucémie, un seul fait semble établi d'une manière un peu positive, et il a été avancé par Virchow; c'est que cette altération du sang est toujours précédée par une autre maladie. C'est là, je crois, le point important. Il faut une maladie antérieure; mais laquelle ou lesquelles? N'y a-t-il qu'une seule maladie aiguë ou chronique qui puisse déterminer la leucémie, ou bien n'est-il pas déjà établi que plusieurs peuvent la précéder et lui donner naissance. Intoxication paludéenne, cancer, hypertrophie chronique de la rate et du foie, lésions des ganglions lymphatiques, et d'autres maladies encore sont accusées d'engendrer la leucémie.

» S'il en est ainsi, voyez, mon cher ami, où cela nous conduit en comparant cette maladie à d'autres analogues.

» La leucémie, telle qu'elle nous est représenté jusqu'à présent, doit être assimilée aux cachexies, dont elle nous offre plusieurs caractères sur lesquels il n'est guère besoin d'insister.

» Or, les cachexies sont des altérations de toute l'économie (*totius substantiæ*), succédant à des maladies chroniques, qui sont elles-mêmes le résultat habituel d'un principe général morbide, diathèse ou empoisonnement chronique.

» Je m'explique : chacune des cachexies que nous connaissons est une maladie bien déterminée et bien distincte, conséquence d'une diathèse unique; autrement dit : à une diathèse déterminée correspond une cachexie aussi bien déterminée, qui se montre lorsque les altérations des solides et des liquides de l'économie ont atteint un degré suffisant de détérioration. Ainsi, la cachexie tuberculeuse est la conséquence de la diathèse du même nom; de même pour la cachexie cancéreuse; ou bien encore, les intoxications paludéenne et saturnine, dont la nature est bien déterminée, peuvent être suivies de cachexies paludéenne et saturnine tout aussi bien déterminées qu'elles. En effet :

» Chacune de ces cachexies a ses caractères qui lui sont propres, et qui ne se confondent pas avec ceux des cachexies les plus voisines. A tel point, qu'un praticien un peu habitué reconnaît, souvent au premier coup-d'œil, quelle est la cachexie qu'il a sous les yeux. (Vous ne sauriez faire à cette assertion l'objection de quelques cas dans lesquels le diagnostic est difficile; ce sont de simples exceptions.)

» Ces caractères spéciaux, à chacune des cachexies, existent, quel que soit l'organe particulièrement atteint par le développement de la maladie due à la diathèse ou à l'empoisonnement. Cependant, en raison de son importance ou de la nature de ses fonctions, l'organe peut modifier les caractères généraux de chacune des cachexies, sans leur enlever ce qui spécialise chacune d'elles.

» Exemple : si vous avez, à côté l'un de l'autre, plusieurs individus atteints d'une cachexie, chez l'un tuberculeuse, chez l'autre cancéreuse, ou paludéenne ou saturnine, etc., vous distinguerez parfaitement bien les caractères spéciaux à chacune de ces cachexies. Vous les distinguerez, quel que soit le siége du tubercule, du cancer, ou la forme des accidens paludéens ou saturnins. Cependant le tuberculeux pulmonaire ne représente pas exactement le tuberculeux péritonéal; ni le cancéreux gastrique la cancéreuse utérine.

» Pardon de cette digression un peu longue, voici où elle me mène : ces caractères des cachexies appartiennent-ils à la leucémie?

» Ainsi, la leucémie est-elle précédée par une maladie chronique, conséquence d'une diathèse unique et bien déterminée?

» La leucémie a-t-elle des caractères qui lui soient propres et qui ne se confondent pas avec ceux des autres cachexies?

» La leucémie conserve-t-elle ce cachet personnel, quel que soit l'organe plus particulièrement malade?

» Il me semble que la discussion élevée au sein de la Société répond, par la négative au moins, à deux de ces questions. Si je me trompe, montrez-moi mon erreur, je la reconnaîtrai volontiers. Mais, avant de répondre, prenez garde qu'il existe un autre point de vue de la question que j'aborde maintenant et dans lequel je vois des similitudes plus apparentes que réelles entre la leucémie et les cachexies.

» Si les cachexies se distinguent les unes des autres par des caractères spéciaux qui appartiennent en propre à leur cause, c'est-à-dire à leur nature (diathèse ou empoisonnement), elles se rapprochent cependant par des caractères communs qui ne dépendent en aucune façon de cette cause, mais qui résultent de l'espèce particulière d'altération produite dans les humeurs, et notamment dans le sang. Ces caractères peuvent peut-être appartenir à toutes les cachexies, mais n'y sont pas indispensables.

» Ainsi, les diathèses ou empoisonnemens que j'ai pris pour exemples, peuvent tous déterminer la diminution du nombre des globules sanguins, et de là l'anémie, symptôme qui peut exister dans les cachexies correspondantes à ces diathèses ou à ces empoisonnemens.

» De même pour la diminution de l'albumine, d'où les hydropisies; pour la diminution de la fibrine, d'où les hémorrhagies.

(1) J'appelle cela état morbide, parce que M. Barth s'est servi de ce mot; mais si je voulais employer le langage consacré de l'école, il faudrait peut-être dire acte morbide.

» La leucémie n'est pas autre chose, en somme, qu'une altération du sang : seulement, au lieu d'une diminution de l'un des principes constituans du liquide nourricier, je trouve une augmentation : et, enfin, je n'ai pas les observations assez présentes à l'esprit pour y trouver le symptôme propre à la leucémie, et qui corresponde à la pâleur de l'anémie, l'empâtement de l'hydropisie, à l'ecchymose de l'hémorrhagie.

» Il est d'autant plus difficile de faire cette recherche, que plusieurs des symptômes attribués à la leucémie peuvent bien être le caractère d'une autre altération du sang, concomitante et ignorée. Ainsi, dans les cas où vous avez vu des hémorrhagies, avez-vous constaté si la fibrine était en quantité normale?

» Cependant, l'analogie semble assez frappante pour être mise en avant; et sans doute la leucémie est une altération du sang méconnue jusqu'à présent, et formant, avec l'anémie, la défibrinisation et la désalbuminisation du sang (pardonnez ces mots barbares), le cortége des caractères communs à toutes les cachexies.

» Vous le voyez, mon cher Vigla, j'arrive, en donnant une autre forme à mon argumentation, à soutenir la même opinion que plusieurs de nos confrères. Et comme cette opinion m'était venue avant de les avoir entendus dans la dernière séance, elle acquiert, par cela même, une certaine force, puisque la discussion l'a fait éclore chez plusieurs d'entre nous isolément.

» Je ne voudrais pas allonger inutilement cette lettre : une remarque cependant encore. Je ne veux pas vous laisser croire qu'à mes yeux la leucémie doit être considérée *uniquement* comme l'un des caractères communs aux cachexies. Il serait prématuré de se prononcer d'une manière aussi absolue. D'ailleurs, cette assertion ne serait pas vraie, sans doute appliquée à la diminution des globules rouges, de l'albumine et de la fibrine; pourquoi le serait-elle appliquée à la leucémie?

» Mon cher ami, pardonnez-moi la longueur, la prolixité, le décousu et le mauvais style de cette lettre écrite au courant de la plume, et croyez-moi l'un de vos plus dévoués amis.

» E. Barthez. »

18 Février 1856.

— M. Vigla : Au début de cette discussion, j'ai appelé l'attention de la Société sur trois faits d'une maladie dont la connaissance est moins répandue en France qu'elle ne l'est à l'étranger. Dans une de vos dernières séances, notre collègue, M. Lasègue, vous donnait l'analyse des travaux importans de Virchow et des auteurs allemands sur cette question, et j'avais l'honneur de résumer devant vous le mémoire du docteur Bennett (d'Édimbourg) et les deux observations publiées en France, l'une par le docteur Leudet, la seconde par le docteur Charcot.

La leucocythémie est la première affection que le microscope ait fait découvrir cliniquement. L'altération du sang est le caractère principal, fondamental de cette maladie; mais les symptômes sont si caractéristiques, suivent une marche si régulière, que j'ai pu porter le diagnostic avant d'avoir examiné le sang, diagnostic que le microscope est venu confirmer. J'ai été frappé de la ressemblance si grande des trois faits que j'ai pu observer; dans l'uniformité et la régularité des phénomènes morbides, j'ai cru trouver les caractères d'une maladie spéciale, et j'ai appelé votre attention sur cet état morbide, dans le but de provoquer la communication de faits semblables, faits que j'avais tout lieu de supposer moins rares en France que ne pouvait le faire présumer le petit nombre de cas publiés jusqu'à ce jour. Ce but a été rempli, et vous avez entendu les observations intéressantes de MM. Barth, Woillez, Goupil et Becquerel.

Cette maladie est suffisamment caractérisée par ses altérations anatomiques, par ses symptômes et par sa marche.

Altérations anatomiques. — Le sang contenu dans les vaisseaux et dans le cœur droit est d'une couleur rouge brique ou d'un brun chocolat, caillebotté ou grumeleux, se séparant quelquefois en deux couches, dont l'une est blanche et désignée sous le nom de sang blanc ou sang purulent par les auteurs.

Les globules blancs sont augmentés en nombre dans une proportion considérable qui s'élève, en moyenne, à 25 à 30 pour 100 globules rouges.

En même temps qu'il y a altération du sang, il y a lésion des solides.

La rate est hypertrophiée, son tissu, d'un rouge-brun, est très dense, cassant, à coupe nette, luisante, comparable à celle du foie.

Le foie, tout en conservant sa structure normale est souvent hypertrophié, et cette augmentation de volume a été constatée dans environ les deux tiers des cas observés.

On a fréquemment reconnu l'hypertrophie des ganglions lymphatiques, ou de la glande thyroïde, du thymus, des capsules surrénales, organes regardés comme glandes sécrétoires du sang par les auteurs étrangers.

L'analyse du sang a fait reconnaître : diminution de densité; augmentation de la fibrine; diminution des globules, de l'albumine et du fer; augmentation de l'eau.

Symptômes. — Ce qui frappe d'abord, c'est l'état d'anémie ou plutôt de cachexie des malades et leur amaigrissement rapide. Chez quelques-uns, l'anémie s'accompagne de palpitations, d'étourdissemens, de bourdonnemens d'oreilles, de céphalalgie. Chez d'autres, on a remarqué de la tristesse, des hallucinations, et dans un cas il y a eu suicide.

Dans quelques cas il y a affaiblissement et raucité de la voix.

Les troubles gastriques sont rares au début; la diarrhée est constante à la fin. De bonne heure la soif est vive.

L'intumescence du ventre avec douleurs spontanées ou s'éveillant par la pression, est un des premiers symptômes qui attirent l'attention.

Soit sous l'influence de l'état du ventre, soit par le fait de l'affaiblissement, les malades sont pris de bonne heure d'une dyspnée dont on ne trouve pas la cause dans une lésion des poumons.

Apyrétique au début, la maladie s'accompagne, dans les derniers jours, d'une fièvre hectique, pseudo-intermittente, analogue à celle de la dernière période de la phthisie.

Des sueurs abondantes, parfois profuses et colliquatives épuisent le malade.

Vers la fin, les urines deviennent rares, foncées en couleur et chargées d'urates.

Les infiltrations séreuses, l'œdème, l'ascite sont souvent signalées.

Les hémorrhagies sont fréquentes; soit superficielles, soit profondes, elles ont été observées dans presque toutes les parties du corps.

Dans quelques cas exceptionnels, il y a eu tendance à la suppuration et production de furoncles, d'abcès, de parotide, etc.

Comme complications, on a trouvé dans un petit nombre de cas, des tubercules, la maladie de Bright, des pleurésies, etc.

Marche. — Elle présente trois périodes :

1° Gonflement de la rate, accompagné souvent de l'hypertrophie du foie et de celle des ganglions lymphatiques; anémie, dyspnée, affaiblissement.

2° Fièvre hectique, sueurs profuses.

3° Diarrhée, hémorrhagies, parfois suppurations.

Terminaison. — Elle est constamment mortelle, et survient soit par épuisement, soit par une des complications dont j'ai parlé précédemment. En général, l'intelligence est conservée presque jusqu'au dernier moment.

Durée. — Sur 17 cas où elle a été calculée à partir du moment où l'hypertrophie de la rate s'est révélée, la durée moyenne a été de 14 mois, le maximum de 4 ans, le minimum de 3 mois.

Sur 32 observations analysées par M. Vidal, on ne trouve que cinq fois les fièvres intermittentes comme antécédent : dans un cas, 17 ans avant le début; dans le second, 8 ans avant; dans le troisième (fait de M. Woillez), 3 ans avant; dans le quatrième, fièvre quotidienne, 4 mois avant; dans le cinquième (fait de M. Goupil), les accidens de leucocythémie ont fait suite aux accès de fièvre intermittente.

Dans les observations communiquées à la Société, excepté dans celles de M. Barth et dans les miennes, il y avait eu fièvre intermittente.

Bennett écarte complétement cette cause.

La fièvre intermittente pourrait être cause prédisposante, mais il suffirait d'un petit nombre de faits dans lesquels cette cause fit défaut, pour qu'on dût rechercher si ces faits ne doivent pas être attribués à une maladie spéciale.

Traitement. — Il a été impuissant dans tous les cas. Les préparations iodées et ferrugineuses ont été inutiles, et le sulfate de quinine a été donné à hautes doses sans amener la moindre modification.

Des objections se sont élevées contre l'unité morbide de la leucocythémie, on lui a contesté le titre de maladie. Voici les deux principales objections :

1° La leucocythémie n'est que la cachexie paludéenne. (C'est l'opinion qu'ont formulée et soutenue devant vous MM. F. Barthez, Caben, Hervez de Chégoin et Woillez.)

En effet, il y a quelques rapports entre les deux maladies, ils ont frappé tous les observateurs, et les malades ont été interrogés avec soin sur l'existence antérieure de fièvres intermittentes, cette circonstance a été exceptionnelle et les auteurs étrangers sont d'accord pour exclure tout rapport entre ces deux affections.

Dans la leucocythémie confirmée, la fièvre intermittente ne doit être considérée que comme une coïncidence, ou tout au plus une cause prédisposante. Les accès présentés par les malades sont irréguliers, et le sulfate de quinine, qui agit souvent dans les accès fébriles de la phthisie, semble ici dépourvu d'action. Du reste à Paris, où habitaient depuis longtemps les malades que j'ai observés, on ne trouve pas de cachexie intermittente assez grave pour déterminer la mort, et surtout pouvant agir après une intoxication aussi ancienne.

2° La leucocythemie n'est peut-être qu'une altération propre à toutes les cachexies?

Cette objection a été réfutée par Virchow et par Bennett, et l'examen comparatif du sang dans diverses cachexies leur a montré que cette altération était spéciale à la leucocythémie. J'ai posé cette question à M. Ch. Robin; il m'a répondu que si les cachexies étaient fréquentes, les faits de leucocythémie sont très rares et ne se rencontrent jamais en dehors de l'hypertrophie des organes glandulaires, soit de la rate, soit des autres organes qui ont avec elle connexion de fonctions par rapport au sang.

Dans le fait de M. Becquerel, il y avait un cancer en même temps que la leucocythémie splénique; mais c'est une complication comme on peut voir la maladie de Bright compliquer une autre diathèse. Dans toutes les affections chroniques il n'est pas rare de voir plusieurs maladies réunies sur le même sujet.

Peu de maladies ont une individualité plus marquée que celle qui nous occupe. L'altération du sang est remarquable et particulière. Les solides sont altérés, et le volume presque constant de la rate doit indiquer quelque chose de spécial.

Quelle place doit occuper la leucocythémie dans l'ordre nosologique? M. Barth a comparé la leucocythémie à l'albuminurie; il me semble, en effet, qu'elle doit être placée à côté de la maladie de Bright, qui présente également altération des liquides et altération des solides.

En résumé, je crois que les faits que j'ai apportés appartiennent à une maladie spéciale caractérisée : par des lésions anatomiques constantes; par des symptômes se représentant chez tous les malades sous une forme identique et dans un ordre régulier; par la coïncidence de l'altération d'un liquide et de solides.

La clôture de la discussion est prononcée.

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

Le temps et l'espace nous manquent aujourd'hui pour rendre compte du banquet annuel de l'Union Médicale qui a lieu hier, 27 mars.

— Par décret de l'Empereur, à l'occasion de la naissance du prince impérial, dix mille francs ont été accordés sur les fonds de la liste civile à la caisse de secours de l'Association des médecins du département de la Seine.

Collége de France. — M. Flourens, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, commencera, mercredi 2 avril, à 4 heures, au Collége de France, son *Cours sur l'histoire des sciences naturelles au XVIIIe et au XIXe siècles.*

Traité pratique des maladies des yeux, par W. Mackensie, chirurgien-oculiste de S. M. B., professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow, chirurgien de l'hôpital ophthalmique de la même ville; traduit de l'anglais avec notes et additions, par S. Laugier, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, et G. Richelot, docteur en médecine. — Un fort vol. in-8°.

Cours de Pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris, par M. le professeur Andral; recueilli et publié par M. le docteur Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*; 2e édition entièrement refondue.— 3 vol. in-8° de 2076 pages. — Prix : 18 fr.

Germer-Baillière, libraire, 17, rue del'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X, — N° 40. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 1er Avril 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Le banquet de l'*Union Médicale*. — II. OBSTÉTRIQUE : Cas de superfétation ; utérus double. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale du 2e arrondissement* : Des courtes séances dans la lithotritie. — Nouveau procédé opératoire pour la cure radicale des kystes ovariques. — Contractures épidémiques. — Contractures par épuisemens nerveux. — Présentation de l'épaule dans les accouchemens. — Polypes utérins. — IV. COURRIER.

PARIS, LE 31 MARS 1856.

LE BANQUET DE L'*UNION MÉDICALE*.

Le dixième anniversaire de la fondation de l'UNION MÉDICALE, célébré jeudi dernier, ne l'a cédé à aucun autre par l'éclat de la fête ; il l'a emporté sur tous les autres par le nombre des personnes qui ont voulu y prendre part. La belle et vaste galerie de Véfour, qui jusqu'ici avait été suffisante pour notre fête annuelle, s'est trouvée, cette année, trop étroite ; il a fallu organiser une table supplémentaire dans un des salons latéraux. C'est avec un grand regret que les commissaires de la fête se sont vus forcés de couper en deux cette belle et imposante réunion. Mais, évidemment, ils ne pouvaient mieux faire, à moins de se priver de la présence d'un grand nombre d'honorables convives, ce qui eût été bien mal répondre à leur précieux empressement. Il faudra de toute nécessité aviser l'an prochain à prendre d'autres dispositions.

Tous les ans, en effet, cette fête de la confraternité médicale prend des proportions plus considérables, et si nous le faisons remarquer, c'est que cette progression croissante présente une signification consolante, et que le but véritable de l'institution de ces assemblées annuelles est complétement atteint. Réunir à Paris sans effort, sans autre provocation qu'une annonce discrète, plus de 120 médecins dans un banquet dont l'unique but est l'union confraternelle, certes, voilà un symptôme significatif et qui ne peut que nous encourager à persévérer de plus en plus à marcher dans la voie que nous suivons, surtout quand nous nous voyons accompagnés de sympathies si nombreuses et si honorables. Aussi est-ce un devoir pour nous, chaque année, de faire un seul jour trêve à nos publications habituelles pour rendre compte de cette fête, pour répéter les sentimens qui s'y sont produits, sentimens à la propagation, à la généralisation desquels l'UNION MÉDICALE est surtout consacrée. Médecins, nous ne vivons pas seulement du pain de la science ; les rapports confraternels, basés sur une affectueuse estime, adoucissent beaucoup les amertumes de la profession. Quand viendra cette communion générale des intelligences et des cœurs que nous espérons pour la famille médicale, que de souffrances seront soulagées, que de courages relevés, que de défaillances évitées, que de chutes empêchées !

Et puis, que de rencontres fortuites, que de rapprochemens inespérés dans ces réunions périodiques ! L'un de nos plus savans et de nos plus honorables convives nous remerciait, jeudi soir, de l'avoir placé à côté d'un de ses adversaires scientifiques les plus accusés, médecin d'un mérite et d'une honorabilité aussi incontestables : « Nous étions ennemis au potage, nous nous sourions au rôti, nous sommes bons amis au champagne, nous disait-il. »

Ce seul résultat vaut toute la fête, et nous ne demandons que d'en obtenir un semblable tous les ans.

Selon notre usage constant, nous allons indiquer les personnes qui se sont assises à notre table confraternelle.

La Société de l'UNION MÉDICALE avait fait cette année, comme tous les ans, un certain nombre d'invitations. Elle a eu le regret de voir que toutes n'ont pu être acceptées, ce qui lui a rendu d'autant plus agréable la présence des invités qui l'ont honorée de leur présence.

Nos invités présens étaient : M. DAVENNE, directeur de l'Assistance publique, membre associé de l'Académie de médecine ; M. BUSSY, membre de l'Institut, président de l'Académie impériale de médecine ; M. BÉGIN, président du Conseil de santé des armées, membre de l'Académie de médecine ; M. BORCHARD, l'un des rédacteurs du *Journal de médecine de Bordeaux* ; M. BLONDET, interne des hôpitaux, le premier nommé dans la dernière promotion ; M. NICOLAS, l'habile et zélé metteur en pages de l'*Union Médicale*, en la personne de qui nous avons voulu honorer le talent et la probité des ouvriers qui nous prêtent leur concours.

SOUSCRIPTEURS PRÉSENS :

MM.

ALLARD, d.-m. ; ARCHAMBAULT, d.-m. ; BAILLIÈRE (J.-B.) père et fils ; BAILLIÈRE (G.), père et fils ; BARTH, d.-m. ; BARRET, d.-m. ; BARRIER, de l'Ardèche, d.-m. ; BARTHEZ (E.), d.-m. ; BAUCHE, d.-m. ; BEAUD, d.-m., de Contrexéville ; BÉCOURT, d.-m. ; BECQUEREL, d.-m. ; BELHOMME, d.-m. ; l'abbé BERNARD DE CHARPIEUX ; BERNARD (Pierre) ; BLACHE, d.-m. ; BLATIN, d.-m. ; BOINET, d.-m. ; BONNAFONT, d.-m. ; BOUCHOR, d.-m. ; BOULAND, d.-m. ; BOURGEOIS, d.-m., d'Étampes ; BOUTIN DE BEAUREGARD, d.-m. ; BRIAU (R.), d.-m. ; BRIERRE DE BOISMONT, d.-m.

CABANELLAS, d.-m. ; CALVO, d.-m. ; CARRIÈRE (E.), d.-m. ; CHARRIÈRE fils ; CERISE, d.-m. ; CLAIRIN, d.-m. ; COLAS, d.-m. ; COMPÉRAT, d.-m.

DANYAU, d.-m. ; DELANGLARD, d.-m. ; DELCROIX, d.-m. ; DEMARQUAY, d.-m. ; DESMARRES, d.-m. ; DESORMEAUX, d.-m. ; DESPAULX-ADER, d.-m., DORVAULT, pharmacien ; DREYFUS, d.-m. ; DUBOIS (Paul), d.-m. ; DUCHENNE DE BOULOGNE, d.-m. ; DUROY, pharmacien.

FAUCONNEAU-DUFRESNE, d.-m. ; FERRERO, d.-m., de Turin ; FILIPPI, d.-m. de Turin ; FORGET (A.), d.-m. ; FOUGEIROL, d.-m.

GALLARD, d.-m. ; GARDET, d.-m. ; GOBLEY, pharmacien ; GOUNOD ; GUERSANT, d.-m.

HÉRARD, d.-m. ; HERVEZ DE CHÉGOIN, d.-m. ; HILLAIRET, d.-m. ; HOMOLLE, d.-m.

JOSAT, d.-m. ; JUNOD, d.-m.

LAMBRON, d.-m., de Levroux ; LANTENOIS, d.-m. ; LARREY, d.-m. ; LATOUR (Am.), d.-m. ; LE BRET, d.-m. ; LECADRE, d.-m., du Havre ; LEROY-D'ÉTIOLLES père, d.-m. ; LEROY-D'ÉTIOLLES (R.) fils, d.-m. ; LISLE, d.-m.

MALTESTE, imprimeur ; MARROTTE, d.-m. ; MARTIN (Ferdinand), d.-m. ; MARTIN neveu ; MAYER, d.-m. ; MÉLIER, d.-m. ; MÉNIÈRE, d.-m. ; MERCIER (Aug.), d.-m. ; MIALHE, pharmacien ; MONGEAL, d.-m. ; MOREAU (de Tours), d.-m.

NICOLAS (de Louhans), d.-m.

PARCHAPPE, d.-m. ; PERDRIX, d.-m. ; PERRIN (Maurice), d.-m. ; PETER, interne des hôpitaux ; PINEL neveu, d.-m. ; PINEL-GRANDCHAMP, d.-m. ; PIETRA SANTA (de), d.-m. ; PIORRY, d.-m. ; PLOUVIEZ, d.-m.

RICHELOT, d.-m. ; RICORD (Ph.), d.-m. ; ROGER (H.), d.-m. ; ROUBAUX, d.-m.

SANDRAS, d.-m. ; SÉGALAS, d.-m. ; SELLIER, d.-m. ; SÉMELAIGNE, d.-m. ; SOUBEIRAN, d.-m.

THEULLIER, d.-m. ; THOMAS DE LONGUEVILLE, d.-m. ; TOIRAC, d.-m.

VÉE, pharmacien ; VOSSEUR, d.-m. ; WILLEMIN, d.-m.

ZURKOWSKI, d.-m., de Pont-à-Mousson.

SOUSCRIPTEURS EMPÊCHÉS PAR DIVERSES CAUSES :

AMUSSAT, d.-m. ; ARAN, d.-m. ; AUBERT-ROCHE, d.-m. ; BOYER (Lucien), d.-m. ; CHEREAU, d.-m. ; CONTOUR, d.-m. ; FOISSAC, d.-m. ; MOUZARD, d.-m., OUDET, d.-m. ; ROBERT, d.-m. ; ROSTAN, d.-m. ; VELPEAU, d.-m.

Nous n'avons pas besoin de nous excuser auprès de nos souscripteurs de ne les désigner que par le seul titre qu'ils aient certainement voulu apporter à cette fête de la confraternité médicale. Académiciens, professeurs, médecins célèbres des hôpitaux, praticiens de la ville, praticiens des campagnes, médecins étrangers, tous dans cette grande assemblée ne pensaient, avec raison, qu'à leur qualité de membres de la famille médicale, et c'est là précisément l'intention, c'est aussi le charme de ces réunions, de rapprocher les distances et d'effacer les inégalités.

Et de fait, personne ne pouvait se dire étranger dans cette fête. Le savant et spirituel ecclésiastique que nous voyons tous les ans à nos réunions, est un actionnaire fondateur de l'UNION MÉDICALE, l'un de ses plus assidus, et, je peux le dire, l'un de ses plus sévères lecteurs. La famille Baillière retrouve parmi nous les pères de tant de beaux ouvrages qu'elle contribue efficacement à mettre au monde. L'histoire dira les services que la famille Charrière à rendus et se prépare à rendre encore à notre art. M. P. Bernard n'a pas le diplôme de médecin, mais quel lecteur de l'UNION MÉDICALE s'en douterait, quand cet honoré collaborateur enrichit notre rédaction de sa science si variée, de son charmant esprit et de son spirituel bon sens ?

C'était, je vous assure, un beau coup d'œil que cette immense table dont la présidence avait été donnée à M. Davenne, et où la cordialité la plus expansive, les gais propos et les joyeuses saillies ont regné pendant la durée du banquet.

Le moment des toasts étant arrivé, M. RICHELOT se lève et prononce l'allocution suivante, plusieurs fois interrompue par les applaudissemens de l'assemblée :

Messieurs, veuillez remplir vos verres, et permettez-moi, cette année encore, de vous inviter à boire à l'UNION MÉDICALE.

C'est pour moi un plaisir plus vivement senti chaque année que de vous proposer ce toast. Cette année plus que jamais. En effet, l'UNION MÉDICALE s'étend tous les jours de plus en plus. Ce n'est plus seulement Paris, la France ; ce n'est plus seulement l'Europe ; ce sont les pays les plus éloignés qui sympathisent avec nous. L'Amérique et la Belgique ont imité notre Congrès médical. Dans les départemens français, en Espagne et ailleurs, des publications médicales périodiques aiment à se décorer de notre titre. Espérons qu'à force de répéter et de faire répéter le *nom*, nous obtiendrons enfin la *chose*, l'union confraternelle.

Messieurs, ce banquet a pour moi un charme particulier. Outre le plaisir de me trouver en si bonne et si brillante compagnie, il est pour moi une occasion solennelle de remercier les travailleurs de l'UNION MÉDICALE, les écrivains distingués qui lui confient leurs travaux, et de rendre publiquement hommage à la rédaction, qui est dirigée par notre excellent rédacteur en chef et ami, M. le docteur Am. Latour, avec tant de science, de modération et de talent.

Messieurs, cette fête de l'UNION MÉDICALE ne mériterait pas son nom si nous n'accordions un regret aux amis que nous avons perdus. L'UNION MÉDICALE est à peine dans sa dixième année d'existence, et déjà les pertes qu'elle a faites parmi ses fondateurs sont nombreuses et cruelles : LEURET, dont beaucoup d'entre vous ont pu apprécier les rares qualités, et qui était certes un des premiers aliénistes de notre époque ; HAMONT, homme de cœur et de savoir, ancien vétérinaire du vice-roi d'Égypte, qui avait commencé sur les substances alimentaires des travaux d'un grand intérêt pour l'hygiène publique ; LEBIENVENU qui, enrichi par un heureux mariage, avait renoncé à la pratique lucrative de notre art, et a péri, victime de son dévouement, dans l'exercice de la médecine de charité ; CHEREST qui, plein de jeunesse et d'avenir, s'était créé par son seul mérite une des positions les plus honorables du corps médical de Paris ; VALLEIX, esprit distingué, observateur remarquable, dont les ouvrages sont si utiles aux médecins praticiens ; PETIT, qui semblait constitué pour vivre de longues années, et à qui l'établissement français de Vichy doit sa juste renommée et sa vogue légitime. Tous ces hommes étaient des hommes d'élite ; tous, ils ont succombé avant l'âge.

Cette énumération est triste, Messieurs. Que serait-ce si je vous disais le nombre des abonnés que, depuis cette année seulement, la mort nous a enlevés ! C'est que le corps médical, Messieurs, et je ne parle ici que des médecins civils, est une armée qui combat sans cesse, qui, sans répit, est exposée aux causes de mort, et qui n'a jamais, elle, le bénéfice d'un traité de paix !

Messieurs, un banquet où viennent s'asseoir des médecins de tous les pays, de tout âge, de toutes les positions scientifiques, des hommes qui cultivent les branches les plus diverses de l'art de guérir, et qui est chaque année plus nombreux est plus brillant, est bien l'image fidèle de l'union médicale. Aussi, c'est avec acclamation (puissent vos acclamations être entendues bien loin hors de cette enceinte !), c'est avec acclamation que vous accueillerez le toast que j'ai l'honneur de vous proposer :

A l'union confraternelle !

Les acclamations les plus vives témoignent des sympathies de l'assemblée pour les sentimens qui viennent d'être si heureusement exprimés.

M. RICORD, chargé de porter un toast à M. Davenne s'exprime de la manière suivante :

Monsieur Davenne,

Je suis heureux de l'honneur qui m'a été réservé de vous remercier, au nom de tous mes confrères présens à ce banquet, d'avoir bien voulu assister à cette fête de famille.

Personne ne pouvait représenter ici d'une manière plus digne et plus honorable que vous l'administration des hôpitaux, à laquelle nous devons tous tant de reconnaissance.

C'est, en effet, aux hôpitaux de Paris, que la médecine et la chirurgie françaises doivent la plus grande partie de leur suprématie, et c'est là, on peut le dire, que se trouve le véritable enseignement.

Aussi devons-nous témoigner toute notre gratitude au savant administrateur, que l'Académie impériale de médecine a tenu à honneur de s'associer, pour toutes les facilités, pour toute la liberté qu'il donne à l'enseignement clinique, toutes les fois qu'il est possible de concilier l'intérêt des malades et les exigences de la science.

Je ne puis énumérer, en ce moment, tous les services que vous avez déjà rendus et que vous rendez journellement, et qui prouvent votre sollicitude pour ceux qui souffrent.

Mais on aime à se rappeler, au milieu d'un festin, les améliorations que vous avez introduites dans le régime alimentaire des malades.

Permettez-moi donc au nom de tous ici, au nom de ces pauvres malades que vous secourez et que vous nous aidez à secourir, de vous porter ce toast :

Au directeur zélé et habile, à l'homme sympathique et bienveillant,
A M. Davenne.

Ce toast, chaleureusement accueilli, donne à M. Davenne l'occasion de répondre de la manière suivante :

Messieurs, j'éprouve le besoin de remercier notre excellent ami, M. le docteur Ricord, des paroles si flatteuses pour moi qu'il vient de faire entendre, et vous-mêmes de la faveur avec laquelle vous avez bien voulu les accueillir. Je ne m'étendrai pas ici comme je le voudrais, ni avec l'éloquence de M. le docteur Ricord, sur les services que rendent chaque jour avec un zèle si constant, si dévoué, MM. les médecins et chirurgiens des hôpitaux ; mais ils savent combien je les apprécie, et je saisis avec une vive satisfaction cette heureuse occasion de les en remercier du fond du cœur, au nom des pauvres que je suis chargé de secourir.

La parole est donné à M. Amédée Latour qui s'exprime en ces termes :

Messieurs, M. Paul Dubois nous a fait l'honneur de venir s'asseoir à notre table confraternelle. Nous sommes d'autant plus sensibles à cet acte, qu'il a été spontané. Offrons-lui l'expression, également spontanée de nos remercimens. Serons-nous indiscrets en cherchant la signification de sa bonne présence parmi nous ? Non, Messieurs, et je ne ferai certainement que trahir les généreuses intentions de son esprit et de son cœur en disant :

Que M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris a voulu donner un témoignage de sympathie et peut-être un encouragement aux efforts qui peuvent quelquefois se montrer impatiens, mais qui sont toujours sincères, de la Presse médicale pour les progrès de la science et de l'enseignement ;

Que le président de notre grande et belle Association de prévoyance a comme nous entendu et comme nous cherché à soulager les souffrances du corps médical. Et, à cette occasion, comment ne pas signaler ce fait à vos cœurs reconnaissans qu'un decret impérial, publié ce matin même par le *Moniteur*, annonce qu'un don de 10,000 fr. est fait par l'Empereur à notre Association de secours. (Applaudissemens.) N'est-ce pas, Messieurs, une coïncidence heureuse, pour notre fête, que la publication de ce décret qui vient d'exciter vos sentimens de gratitude.

Souhaitons à M. P. Dubois, c'est le plus beau toast que nous puissions lui porter, Messieurs, de mettre toujours au service de notre belle cause l'autorité de sa position éminente, de son nom deux fois illustre, et des grandes circonstances qu'il vient de traverser avec bonheur. C'est le propre des grands cœurs et des nobles caractères de tourner vers le bien général leur légitime influence, et c'est ce qui fait notre force, ce qui tôt ou tard fera notre succès, que toutes les améliorations que nous demandons pour notre profession doivent devenir des améliorations sociales.

Que M. P. Dubois nous permette de lui dire que le corps médical met en lui son espoir et sa confiance. Espoir et confiance, deux grands élémens de succès. Que ces sentimens se traduisent dans le toast que j'ai l'honneur de vous proposer, Messieurs,

A M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris,
Au président de l'Association de prévoyance.

Les sentimens exprimés par l'orateur rencontrent une chaleureuse adhésion. M. P. Dubois répond ainsi :

Messieurs et chers confrères,

Lorsque j'inscrivis mon nom parmi les vôtres pour prendre une place à ce banquet confraternel, je voulais n'y être que l'un des plus modestes, des plus anciens et des plus fidèles abonnés de l'Union Médicale. Je n'avais d'autre ambition que celle de serrer la main d'excellens confrères et d'y fortifier ou d'y renouer des relations affectueuses, que le temps, l'éloignement, les préoccupations d'une vie très active relâchent ou affaiblissent trop facilement. Mais le sort, sous la forme bienveillante et gracieuse du rédacteur en chef de l'Union Médicale, en a décidé autrement.

Un toast vous a été proposé en mon honneur, il est conçu en des termes si flatteurs et fait appel à de tels sentimens et de tels devoirs, qu'il ne me laisse ni le droit de me taire ni celui de me plaindre ; je ne puis qu'en exprimer ma sincère et profonde reconnaissance.

Mes chers confrères, le spirituel auteur des *Causeries* que vous connaissez tous a pensé, avec raison, que ma présence à ce banquet est un témoignage de sympathie pour l'intelligent et généreux appui que la Presse médicale prête en toute occasion à la cause de nos intérêts scientifiques et professionnels. Il me permettra d'ajouter qu'elle est aussi un témoignage de ma gratitude personnelle. Oui, lorsqu'il y a quelques semaines, je crus qu'il serait utile et moral d'établir entre les maîtres et les disciples de notre école des rapprochemens autrefois fréquens, dont j'ai vu les dernières traces dans la maison paternelle et dont la génération présente a perdu jusqu'un souvenir, alors l'Union Médicale m'a prêté son concours encourageant et tout spontané. Je veux profiter de l'occasion qui m'est offerte pour la remercier publiquement de cette bonne action.

Notre honorable confrère rappelle au doyen de la Faculté de médecine de Paris, au président de l'Association de prévoyance des médecins de la Seine les devoirs que ce double honneur lui impose. Il compte pour leur accomplissement si désiré sur l'autorité d'une situation qu'il a eu la bonne fortune de conquérir par l'application opportune et heureuse des ressources de notre art bienfaisant. Il peut, en effet, compter sur les sentimens auxquels il s'adresse et sur un bon vouloir qui ne fera jamais défaut quand il s'agira de défendre la dignité et les intérêts de notre utile et noble profession.

Permettez-moi de terminer en vous proposant un toast :

Au succès de nos efforts pour la cause de nos intérêts scientifiques et professionnels.

A notre confrère M. Amédée Latour, qui s'en est montré un éloquent, habile et infatigable défenseur.

D'unanimes applaudissemens suivent cette allocution.

M. Mialhe propose le toast suivant :

Messieurs,

Je vous propose un toast en l'honneur de l'Académie impériale de médecine et de son digne représentant, M. le professeur Bussy ; heureux de pouvoir, en cette circonstance, prouver à mon ancien maître qu'il retrouve parmi nous les sentimens de haute estime et d'affection qui l'ont porté à la présidence de l'Académie.

Au milieu des témoignages les plus sympathiques, M. Bussy se lève et répond ainsi :

Messieurs,

Je vous remercie de l'honneur que vous avez bien voulu me faire en m'appelant à prendre part au banquet de l'Union Médicale.

Cet honneur, je ne le dois pas seulement aux sentimens d'estime et de bienveillance personnelle qui viennent d'être exprimés d'une manière si flatteuse pour moi par mon ancien élève et honorable ami, M. Mialhe.

Ma présence parmi vous, Messieurs, est surtout et avant tout, un gage de l'union qui doit exister entre les branches des sciences qui concourent à l'art de guérir.

Dans l'ordre scientifique comme dans l'ordre matériel, c'est l'union qui fait la force, et je ne sache pas de circonstance dans laquelle cette union sincère et intelligente soit plus nécessaire que pour la solution du grand problème que se propose la médecine.

M'associant de tout cœur à la pensée féconde qui nous réunit, je propose un toast à la prospérité de l'Union Médicale.

M. Brierre de Boismont prend la parole et propose le toast suivant :

Messieurs,

Lorsque nos soldats, acteurs héroïques dans les grands drames des premières années de ce siècle, tombaient sur le champ de bataille, qu'imploraient leurs regards souffrans ? Le médecin militaire qui trouvait sa récompense dans la gratitude de ses cliens et le témoignage de sa conscience.

Plus tard, lorsqu'une heureuse audace conquit à la France une terre étrangère qui devait dédommager d'une manière si glorieuse la mère-patrie de ses immenses sacrifices, qui sut, tout en prodiguant les secours de son art, étudier le climat, ses maladies, indiquer les remèdes, les moyens préventifs, faire connaître les élémens d'une bonne colonisation ? Ce fut encore le médecin militaire.

Enfin, quand s'engagea cette lutte gigantesque, où les fils se montrèrent les émules de leurs pères, où la défense rivalisa presque avec l'attaque, que vit-on partout où il y avait des malheureux à secourir, au milieu d'un feu sans exemple dans l'histoire, d'une guerre de tranchée mystérieuse et sublime, de fléaux plus meurtriers que le fer ? Toujours le médecin militaire.

Soyez donc le bienvenu parmi nous, vous, Monsieur Bégin, qui appartenez par tant de liens au noble corps des médecins militaires si cruellement éprouvé, vous qui devez votre haute position à votre participation constante à leurs périls, à leurs travaux, à leur dévouement !

Au nom de l'Union Médicale et de tous les cœurs qui sympathisent avec les belles actions dont le devoir est le vrai mobile, je porte un toast aux médecins militaires et à leur digne représentant, M. Bégin.

M. Brierre de Boismont ajoute : Vous voyez, Messieurs, placé à côté de M. Bégin, M. le docteur Maurice Perrin, chirurgien-major de la garde impériale, l'un de nos collègues de la Société médicale d'émulation, qui vient d'assister à ces luttes héroïques de l'armée d'Orient. Je propose de saluer en sa personne ceux de nos braves confrères militaires qui, moins heureux que lui, n'ont pas encore touché le sol de la patrie.

Ce toast est reçu aux acclamations de l'assemblée et M. Bégin y répond de la manière suivante :

Je voudrais pouvoir exprimer aussi vivement que je l'éprouve, combien je suis touché des paroles bienveillantes que vient de m'adresser notre honorable et digne confrère, et plus encore du chaleureux et juste éloge qu'il a fait de la médecine militaire. Je suis certain d'être l'interprète de tous les médecins de l'armée, encore retenus sur des plages lointaines, en vous assurant qu'ils seront reconnaissans et fiers d'une telle glorification de leurs pénibles travaux, dans cette solennelle circonstance, et par un membre si distingué de la famille médicale.

Union médicale ! ces mots caractérisent parfaitement la nature et le but de cette réunion confraternelle, à laquelle je suis heureux d'assister.

Dans ce siècle, qui étonnera sans doute la postérité, l'union est la source de tout progrès important. Là où les forces individuelles sont stériles, celles de l'union, sagement comprise et dirigée en vue de l'utilité générale, triomphent des difficultés les plus considérables.

Qu'ils appartiennent à l'ordre civil, exerçant leur bienfaisant ministère au milieu de nos populations souffrantes, ou que, revêtus de l'uniforme, ils prodiguent leur dévouement sur les champs de bataille, ou dans les ambulances et les hôpitaux de nos armées, les médecins sont animés du même esprit, celui de la charité, et remplissent le même devoir, celui de soulager, autant qu'il est en eux, les douleurs qui affligent trop souvent nos semblables : les uns en secourant les pauvres, en les consolant, en soutenant leur courage ; les autres, en oubliant les fatigues qu'ils ont partagées avec le soldat, pour panser ses blessures, ou braver, afin de les combattre, les dangers d'épidémies plus meurtrières que le feu de l'ennemi.

Nous pouvons le dire hautement, puisque la voix universelle ne cesse de le répéter : dans toutes les circonstances de la paix comme de la guerre, les médecins de notre époque ont bien mérité de la patrie, et continué glorieusement les traditions que, depuis Hippocrate, les siècles leur ont transmises.

Mais, il faut le dire aussi, parce que c'est une vérité nécessaire à proclamer, la médecine, tant civile que militaire, appelle avec instance des améliorations, depuis longtemps suggérées par l'expérience, en harmonie avec la constitution actuelle de la société, et dont le but doit être, d'une part, de perfectionner son enseignement, et de l'autre, d'honorer les efforts des hommes qui embrassent la carrière modeste et laborieuse qu'elle ouvre aux intelligences.

Chez une grande nation et dans une grande et puissante armée, les besoins médicaux sont des besoins de premier ordre, dignes de la sollicitude des hommes les plus élevés dans l'État. Mais c'est particulièrement aux médecins qu'appartient la tâche, aussi importante que difficile, de constater ces besoins, de déterminer leur étendue, et d'indiquer les dispositions les plus propres à y satisfaire. Perfectionner l'instruction médicale, et mettre à la portée de toutes les populations les conseils et les secours qui ont pour objet la conservation des hommes, c'est encore un service que le corps médical doit contribuer, pour une grande part, à rendre à l'humanité et au pays, et qu'il ne peut rendre que par l'union et le concours de tous ses membres.

Puissent, Messieurs, se réaliser dans un avenir prochain ces vœux, qui ont occupé déjà plusieurs fois les pouvoirs publics, pour les progrès si désirables de la science à laquelle nous sommes voués, et qui, née de la civilisation, est devenue à son tour un des plus puissans leviers du perfectionnement social.

A l'union confraternelle des médecins !

A son tour, M. le docteur Maurice Perrin remercie l'assemblée en ces termes, qui excitent les vives sympathies de l'assemblée :

Messieurs,

Je ne m'attendais guère à l'honneur de représenter au milieu de vous mes collègues et mes amis de l'armée d'Orient. L'année dernière, nous est arrivé, sous les murs de Sévastopol, l'écho du gracieux et cordial souvenir du banquet de l'Union Médicale, et je sais par expérience comment il fut entendu. C'est au foyer d'aussi nobles sympathies que les vôtres, Messieurs, que l'on puise l'amour du devoir et l'énergie qui triomphe de tous les obstacles. A vous tous donc, et de leur part, merci, mille fois merci.

La parole est de nouveau donnée à M. Amédée Latour pour le toast suivant :

Messieurs, comme dans nos réunions précédentes nous avons la bonne fortune de posséder dans celle-ci quelques honorables confrères de l'étranger et des départemens que je dois signaler à votre bon accueil. Ce sont M. Filippi, professeur à la Faculté de médecine de Turin ; M. Ferrero, médecin de la même Faculté ; M. Bourgeois d'Étampes, à qui notre journal est redevable de plusieurs communications intéressantes ; M. Zurkowski, praticien distingué à Pont-à-Mousson, et à qui la France hospitalière cherche à rendre moins amer le souvenir de la patrie absente ; M. Barrier de l'Ardèche, dont une méthode de traitement pour les maladies les plus graves est, en ce moment, en expérimentation à l'hôpital Saint-Louis ; M. Baud de Contrexéville, que mon amitié pour lui doit rendre réservé sur ce que je pense de son talent si distingué et si original ; M. Lambron de Levroux ; M. Borchard de Bordeaux, en la personne duquel nous rendrons hommage à la presse médicale des départemens, car notre honoré confrère, après avoir fondé, avec Dezeimeris et Littré, le journal l'*Expérience*, après avoir rédigé le *Bulletin médical du Midi*, est, depuis plusieurs années l'un des collaborateurs les plus actifs du *Journal de médecine de Bordeaux*.

Bordeaux ! !... Permettez à celui qui a été baptisé avec l'eau du fleuve, fleuve tant calomnié (on rit) qui baigne Bordeaux, de vous parler un seul instant de cette ville. Bordeaux ! un de nos foyers scientifiques où brille et d'où rayonne dans toute l'antique Guyenne le feu du progrès. Et comment en serait-il autrement ? Cette grande et belle cité est en possession d'une École de médecine où l'enseignement se complète de jour en jour ; de magnifiques hôpitaux ouverts à toutes les infirmités humaines, et où les études cliniques peuvent se faire sur les plus larges proportions ; d'une de nos Sociétés de médecine les plus autorisées et qui depuis longtemps est appréciée dans le monde savant par la sagesse de ses discussions, la valeur de ses travaux et le choix judicieux de ses sujets de prix ; de deux journaux de médecine qui rivalisent de talent et de science, et dont la rédaction, ici mûrie par l'âge et l'expérience, là poussée par les généreuses impulsions de la jeunesse, nous traduit avec un égal bonheur l'esprit si fin, si délicat, si sain et si charmant du génie méridional, de ce génie, Messieurs, dont le bouquet riche et suave du Laffitte et du Margaux nous donne une fidèle et délicieuse image. (Applaudissemens.)

Buvons à nos confrères ici présens ; prions-les de rapporter à leurs confrères absens nos sentimens de vive sympathie. Généralisons ce toast plus encore, Messieurs, buvons à nos confrères de tous les pays.

Les représentans de nos confrères étrangers et des départemens ont dû voir, par le chaleureux accueil fait à ce toast, que l'orateur avait fidèlement traduit les sentimens de l'assemblée.

M. Bourgeois (d'Étampes) remercie en quelques mots bien sentis et au nom de ses confrères des départemens qui, a-t-il dit avec trop de modestie, peuvent apporter aussi leur appoint à la science et sont heureux de s'unir à la pensée qui préside à ces réunions.

M. Borchard de Bordeaux, demande aussi la parole et s'exprime en ces termes :

Messieurs et très honorés confrères, nul ne saurait être plus sensible que moi à l'honneur que la Société de l'Union Médicale a bien voulu me faire, en me conviant à cette belle fête ; et ce sentiment de juste reconnaissance serait encore accru, si cela était possible, par les sympathies chaleureuses qui viennent de m'être exprimées, en votre nom, avec autant de grâce que d'esprit.

Au milieu de cette assemblée d'élite, je n'ai cependant d'autre titre à d'aussi flatteuses démonstrations qu'un amour sincère et dévoué pour notre belle science, et un constant empressement à obéir à tous les devoirs de notre noble profession. Ces devoirs, je me suis efforcé d'y être toujours fidèle, soit sur les champs de bataille des épidémies, soit dans l'arène de la presse, soit dans l'enceinte des Sociétés savantes. Mais si j'y ai fait un peu de bien, j'en suis redevable, en grande partie, à mes excellens collègues de Bordeaux, dont l'amitié a soutenu et encouragé mes modestes efforts. Vous l'avez rappelé avec beaucoup de raison, Monsieur, les uns apportent à l'œuvre commune la maturité que donnent de longs et savans travaux, ils y apportent un nom déjà entouré de respect dans le monde scientifique, tandis que les autres nous secondent par la verve et l'ardeur qui sont plus particulièrement le privilége de ceux qui font leurs premières armes.

Quels que puissent être nos élémens de succès et nos espérances, la

presse médicale de Bordeaux ne cesse d'avoir les regards fixés sur son aînée par l'âge, la force, les services rendus, c'est-à-dire sur la presse médicale de Paris. Dans cette capitale de la civilisation, au milieu de l'éclat que projettent les sciences, les arts et les lettres, elle brille comme un phare, éclairant au loin, et servant de guide et de protection parmi les écueils qui, de tous côtés, attendent les hardis explorateurs de la science.

Qu'elle reçoive donc ici nos hommages bien sincères! En présence de la haute bienveillance que ses éminens interprètes allient au talent et à l'élévation des sentimens, il serait inutile de faire des vœux pour que des rapports plus intimes s'établissent entre eux et nous. Il suffit de porter un toast à la continuation de cette harmonie qui fait la force et l'honneur de la médecine!! — (Bravos et applaudissemens.)

M. Fauconneau-Dufresne propose le toast suivant :

Messieurs,

La Société de l'Union Médicale a désiré, comme l'an dernier, rendre un hommage à l'institution de l'internat, dans la personne de l'élève reçu le premier à la promotion de 1856.

M. Blondet, à ce titre, a bien voulu accepter notre invitation et s'asseoir à ce banquet confraternel.

Les internes des hôpitaux, Messieurs, se sont toujours fait remarquer par le feu sacré de la science, par le dévouement aux malades, par le courage et l'abnégation d'eux-mêmes dans les épidémies. On sait combien d'entre eux ont été victimes de la dernière.

L'Union Médicale se plaît à proclamer que les travaux qui lui viennent des internes, travaux dirigés par leurs chefs de service, constituent une des bases les plus solides de ses publications.

M. Blondet, Messieurs, vient d'entrer avec honneur dans cette carrière, pépinière des vrais praticiens et que tous nos maîtres se glorifient d'avoir parcourue. Préparé par de fortes études, secondé par une belle intelligence, ce premier succès lui en promet bien d'autres.

Nous portons donc ce toast, Messieurs, à la classe si intéressante et si méritante des internes des hôpitaux, à M. Blondet, son digne représentant.

M. Blondet répond ainsi :

Messieurs,

C'est vraiment un grand honneur que l'invitation qui m'a été faite de prendre place aujourd'hui parmi vous; de quelque côté que je porte mes yeux, je n'aperçois en effet que les hommes les plus éminens dans l'administration, dans la science, dans la littérature médicale. Permettez-moi d'en remercier publiquement ici M. Amédée Latour, M. Richelot, et M. Fauconneau-Dufresne, qui vient de me dire de si flatteuses paroles. Pour ce qui me concerne, je ne les accepterais pas, comme ne les ayant pas méritées, si elles ne s'adressaient surtout à une institution qui a donné tant de preuves de dévouement à l'humanité, d'ardeur infatigable pour la science; je veux parler de l'internat des hôpitaux de Paris, auquel j'ai l'honneur d'appartenir.

L'allocution de M. Blondet reçoit les plus vifs applaudissemens de l'assemblée.

Tous ces devoirs remplis et nous oserons le dire avec un égal bonheur par tous les orateurs, en demandant à oublier que nous sommes du nombre, l'assemblée a témoigné un si vif désir d'entendre notre poète aimé, que M. le docteur Toirac, avec complaisance, a dit son conte délicieux, charmant, pétillant d'esprit et de grâce, où l'on ne sait quoi le plus admirer, ou de la spirituelle invention, ou du mérite des détails, conte intitulé le *Bon Pasteur*, et qui a valu à notre aimable confrère une véritable ovation.

Tel est le récit exact de cette belle fête, exact jusqu'à la froideur, tant nous craignons de céder aux sentimens de joie véritable que nous éprouvons, et que nous cherchons à comprimer pour éviter toute exagération. Ce n'est ni pour la prospérité croissante de notre œuvre, ni pour l'humble part qui nous revient dans ce succès, que notre cœur se réjouit de cette fête, c'est qu'elle est, comme nous le disions en commençant, le symptôme heureux de la réalisation tous les jours plus évidente du beau titre de notre journal, ce titre dont, au milieu de bien grandes difficultés, nous cherchons à faire une vérité, ce titre qui nous sert de drapeau et qui nous servira toujours d'égide :

L'UNION MÉDICALE.

Amédée Latour.

OBSTÉTRIQUE.

CAS DE SUPERFÉTATION; — UTÉRUS DOUBLE;

Observation publiée par M. le docteur Fordyce Barker.

Les exemples de superfétation sont rares, et plus rares encore sont les exemples de superfétation suivis d'autopsie et accompagnés d'observations prises avec soin. Aussi croyons-nous de quelque intérêt de donner communication d'une observation nouvelle que nous empruntons à un recueil médical américain (*The american medical monthly*, nov. 1855). Nous reproduirons presque mot à mot le travail de M. Fordyce Barker, professeur d'accouchement au *medical College* de New-York.

Dans les annales de la science, avons-nous dit, il n'existe qu'un petit nombre d'observations où il soit rapporté que la naissance d'un enfant ait été suivie, à quelques semaines ou quelques mois (deux, trois, quatre, cinq mois) d'intervalle, de la naissance d'un second enfant. La rareté de tels faits est si grande que dans la *Médecine légale* de Foderé, dans le *Dictionnaire des sciences médicales en 60 vol.*, dans le *Dict. en 30 vol.* et dans la *Médecine légale* d'Orfila, ce sont toujours les mêmes exemples qui sont reproduits.

Le docteur Cassan, en 1826, a publié une thèse, ayant pour titre : *Recherches anatomiques et physiologiques sur les cas d'utérus double et de superfétation*, thèse dans laquelle sont rassemblés quarante-et-un exemples de *double cavité utérine*. Dans un certain nombre des cas rapportés, existaient deux cavités utérines s'ouvrant par deux orifices distincts dans deux vagins séparés. Dans d'autres cas, l'utérus était divisé en deux segmens par une cloison plus ou moins étendue; mais alors il n'existait qu'un seul col utérin.

Depuis la publication de la thèse de M. Cassan, les journaux de médecine de différens pays ont fait connaître plusieurs cas d'anomalies anatomiques de l'utérus.

En 1852, le docteur Kelly, en faisant l'autopsie d'une femme morte à son hôpital, a trouvé un utérus double, avec deux museaux de tanche et un double vagin. Les deux vagins avaient servi à l'acte de la copulation, et il était évident, d'après l'aspect des deux museaux de tanche, que chaque cavité utérine avait été le siége de grossesses antérieures.

La reproduction des organes génitaux est déposée au musée de New-York (Medical College).

Alors suivent, dans le travail de M. Fordyce Barker, trois observations qui sont reproduites dans tous nos ouvrages classiques, où il est question de superfétation; aussi nous contenterons-nous de rapporter brièvement ces trois observations, en ayant soin, toutefois, de noter leur origine.

Marie-Anne Rigund, de Strasbourg, âgé de 37 ans, accoucha à terme d'*un garçon vivant*, le 13 avril 1748. Les lochies et la sécrétion du lait avaient été bientôt supprimées. Le 16 septembre de la même année (environ quatre mois et demi après le premier accouchement), la même femme met au monde un second enfant qui était bien portant et paraissait à terme; *c'était une fille*. Il est établi, par l'autopsie qui fut faite *publiquement*, et par deux hommes intéressés à bien établir l'état anatomique, qu'il n'existait qu'un seul utérus *absolument simple*.

Ce cas est d'une très grande valeur, parce qu'il prouve qu'il peut y avoir superfétation dans un utérus normal; et nous n'avons pas été médiocrement surpris de voir M. Barker le déclarer quelque peu suspect *(somewhat apocryphal)*. Si le professeur d'accouchemens de New-York avait bien voulu se reporter au *Diction. en 60 vol.* et au texte de deux travaux importans, l'un du professeur Eisenmann, de Strasbourg, l'autre de M. Aug. Delachausse, il eût été conduit à poser une conclusion toute opposée à l'appréciation *somewhat apocryphal* qu'il a donnée.

De utero duplici, etc., autore G.-H. Eisenmann, *Anat. et Chirurg.*, profess. Argentor., 1752.

De superfetatione verâ in utero simplici, Argentor., 1755, par A. Delachausse.

Le second cas, bien connu, est celui rapporté par Desgranges, de Lyon; celui-ci est tout aussi sans réplique que celui d'Eisenmann et Delachausse : Benoîte Franquet accoucha le 20 janvier 1780 d'un enfant de 7 mois, et le 6 juillet de la même année 1780 (cinq mois seize jours après le premier accouchement) donna naissance à un second enfant qui était arrivé à terme.

La troisième observation est relatée dans la thèse de M. Cassan; on la doit à Mme Boivin. (Voir le *Dict. en 30 vol.*, p. 56.) Le 15 mars 1810, une femme, âgée de 40 ans, donna naissance à une *fille* estimée du poids de quatre livres. L'abdomen conservant un volume assez considérable après la délivrance, Mme Boivin, qui soupçonnait quelque corps étranger resté dans la matrice, en explora la cavité sans y rien trouver. Mais cet examen la conduisit à penser qu'il y avait peut-être un second fœtus, soit dans une cavité supplémentaire de la matrice, soit en dehors de l'organe de la gestation.

Enfin, le 12 mai 1810, il y eut naissance d'un second enfant, *mâle*, qui ne pesait pas plus de trois livres; cet enfant était faible et respirant à peine. La femme assura qu'elle n'avait eu de rapports avec son mari que trois fois en deux mois, savoir, le 15 et le 20 juillet 1809 et le 16 septembre suivant.

Les autres faits sont rapportés par le docteur Barker et ne sont point cités dans nos ouvrages classiques. L'observation suivante, due au docteur Maton, est consignée dans le quatrième volume des *Transactions du Collége des médecins de Londres* : M... T..., dame italienne, mariée à un Anglais, était accouchée d'un enfant mâle, à Palerme, le 12 novembre 1807, et, le 2 février 1808, c'est-à-dire trois mois à peine après le premier accouchement, elle mettait au monde un second enfant mâle. Dans le rapport du docteur Barker, on voit qu'il n'est point marqué qu'il y ait eu examen des organes génitaux; nous croyons donc l'observation incomplète, et, comme il est noté que le premier enfant n'avait peut-être que 6 mois, nous pensons qu'on peut croire qu'il y avait eu grossesse gémellaire avec sortie prématurée de l'un des fœtus.

Le cas suivant est consigné dans la *Revue médico-chirurgicale britannique et étrangère*, vol. III, et a été extrait du *Bulletin italien des sciences médicales*, vol. XIII, p. 89. Gretena Boratti avait déjà donné le jour à six enfans, tous à terme. Le 15 février 1817, elle accoucha de son septième enfant, cet enfant était fort bien portant; dans ce cas, la délivrance fut spontanée. Les douleurs utérines avaient cessé, mais l'abdomen restait volumineux et la femme sentait les mouvemens d'un autre enfant. Avant l'accouchement, on avait remarqué que l'abdomen offrait deux tumeurs distinctes séparées l'une de l'autre par une dépression longitudinale sur le trajet de la ligne blanche. Après l'accouchement, la tumeur abdominale était limitée à un côté de l'abdomen.

Le 14 mars de la même année 1817, Boratti mit au monde un huitième enfant. En 1847 Boratti mourut des suites d'une apoplexie cérébrale, et l'autopsie montra que l'utérus était normal, quant à son orifice et à son col, mais la cavité utérine offrait deux cornes sur chacune desquelles était insérée une des trompes de Fallope. La préparation est conservée au musée de Modène.

Le docteur Kannon rapporte, dans une communication faite en mai 1855, dans le *Journal médico-chirurgical de la Nouvelle-Orléans*, qu'il fut appelé en consultation près d'une femme qui était accouchée le matin.

Un examen attentif prouva que la matrice était vide et que le placenta avait été rejeté en entier. Cependant il existait encore les signes extérieurs d'une grossesse. Immédiatement après son accouchement, la femme était tombée dans une prostration profonde et se plaignait de grandes douleurs. Le docteur Kannon qui avait constaté le retour de la matrice sur elle-même pensait que peut-être il y avait eu rupture de l'utérus et qu'un second enfant était dans la cavité abdominale. Un nouvel examen de la matrice établit que les parois de cet organe ne présentaient point la moindre trace d'une rupture. L'exploration du vagin fit reconnaître qu'il existait un second museau de tanche au niveau de la symphyse pubienne. On sentait la tête d'un fœtus appliquée sur les pubis. Il n'y avait point de douleurs expulsives de l'utérus, la femme était toujours dans une prostration extrême; le docteur Kannon jugea convenable de délivrer la femme en faisant la version. La manœuvre fut impossible à cause de la position de la matrice, et les tentatives d'extraction ayant établi que l'enfant était mort, on eut recours au crochet pour extraire le fœtus.

Cette femme avait déjà eu cinq enfans, mais jamais les deux matrices n'avaient été imprégnées en même temps.

Le docteur Kannon dit que, dans ce cas, les deux matrices étaient séparées par une cloison horizontale : l'une, la postérieure, avait la situation normale, tandis que l'antérieure était considérablement élevée.

Ce fait nous paraît digne de remarque. En effet, s'il existe un grand nombre de cas de division complète ou incomplète des organes génitaux de la femme, cette division est ordinairement latérale, c'est-à-dire que la cloison est antéro-postérieure, alors on a deux cavités utérines, l'une droite, l'autre gauche; tandis que dans le cas rapporté par M. Kannon, la division était transversale et les deux matrices superposées. Quelle doit être la disposition des trompes, dans un cas semblable, par rapport aux deux cavités utérines?

Enfin nous arrivons à l'observation de M. Barker lui-même.

Mme X... naquit à New-York en mai 1837. Les règles apparurent pour la première fois à l'âge de 14 ans, et la menstruation s'effectuait régulièrement tous les dix-huit jours. Elle durait ordinairement sept à huit jours. Mme X... se maria en octobre 1854. Après son mariage, elle fut réglée deux fois seulement.

Le 10 juillet 1855, neuf mois et un jour après s'être mariée, Mme X... accoucha d'un garçon qui paraissait bien portant et à terme. Ce fut le docteur Finnigan qui assista Mme X... dans son accouchement. La malade raconte que les suites de l'accouchement furent naturelles. L'écoulement lochial ne dura qu'une semaine; l'enfant fut nourri par sa mère et paraît bien portant. Mme X... reprit ses occupations trois semaines après être accouchée; mais son ventre était toujours volumineux, et elle disait sentir les mouvemens d'un enfant dans le côté gauche du ventre.

Le 22 septembre, soixante-quatorze jours après la naissance du premier enfant, Mme X... fut prise des douleurs de l'enfantement, et le docteur Burke y fut appelé. Les douleurs augmentaient, l'utérus contracté était senti à travers les parois abdominales, et le toucher fit reconnaître que la tête d'un fœtus était déjà engagée dans l'excavation pelvienne, bientôt Mme X... mit au monde un enfant du sexe féminin. Le rétablissement de la mère fut plus lent qu'après le premier accouchement; les lochies durèrent presque trois semaines. La mère nourrit ses deux enfans.

L'examen, fait le 24 octobre, permit de reconnaître la disposition suivante des organes génitaux : le vagin et la portion intra-vaginale du col utérin sont dans un état parfaitement normal.

La sonde de Simpson introduite dans la cavité utérine est sentie à travers les parois abdominales dans la fosse iliaque gauche, à une distance de deux pouces au-dessus de l'os pubis. La cavité utérine, à partir du museau de tanche, mesurait quatre pouces et demi.

En retirant avec ménagement, puis en introduisant de nouveau la sonde, je réussis, après maints tâtonnemens, à la faire entrer dans une autre cavité, à peu près à un pouce du côté droit de la ligne médiane, et le bec de la sonde était senti à un demi-pouce au-dessus de la crête du pubis. Cette seconde cavité mesurait trois pouces et un huitième de pouce. La cloison des deux cavités utérines semblait commencer à un pouce de l'orifice externe de la matrice; il n'y avait qu'un canal commun au niveau du col. Le toucher rectal permettait de reconnaître facilement l'ovaire gauche, qui était augmenté de

volume et sensible à la pression. Quant à l'ovaire du côté droit, il ne put être trouvé par le toucher rectal et vaginal.

De l'examen attentif des observations sus-mentionnées, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que la superfétation est toujours possible dans les utérus bifides, soit que l'état double des organes génitaux commence au vagin, soit qu'il n'ait lieu que dans la cavité utérine.

2° Que la superfétation est possible mais rare dans les cas d'utérus simple. Ce qui est établi par l'observation de la femme Rigaud.

N. B. Dans les cas de médecine légale, les preuves de la possibilité de la superfétation pourront être tirées :

1° De l'exploration des organes génitaux chez la femme, comme cela a été fait par M. Fordyce Barker;

2° Des suites du premier accouchement : suppression rapide des lochies, cessation rapide de la sécrétion des mamelles;

3° De l'état de chacun des enfans à leur naissance.

Am. Dumontpallier,
Interne des hôpitaux de Paris.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 2me ARRONDISSEMENT.

Séance du 12 Avril 1855. — Présidence de M. le docteur Renouard.

Sommaire. — Des courtes séances dans la lithotritie; soins consécutifs. — Nouveau procédé opératoire pour la cure radicale des kystes ovariques. — Contractures épidémiques. — Contractures par épuisement nerveux. — Présentation de l'épaule dans les accouchemens. — Polypes utérins.

M. Philips qui, dans une des séances précédentes, avait cherché à établir, par des considérations à la fois théoriques et pratiques, la prééminence de la méthode des courtes séances dans l'opération de la lithotritie, revient sur cette question importante, et fait valoir, à l'appui de sa manière de voir, de nouveaux argumens qu'il corrobore par de nouveaux faits. Le plus remarquable de ceux-ci appartient à un vieillard, qui, pour une pierre phosphatique d'une moyenne grosseur, a subi successivement, et à de courts intervalles, neuf séances de broiement. Il n'y a eu aucun accident appréciable, et pourtant la vessie était le siége d'une inflammation chronique, et pourtant l'engorgement de la prostate avait nécessité une dilatation préalable, qui avait été longue et douloureuse, sans compter les froissemens répétés de plusieurs cathétérismes, pratiqués par d'autres chirurgiens. M. Philips n'hésite pas à rapporter l'innocuité du broiement, dans des circonstances si peu favorables, à la précaution qu'il a eue de ne faire que de courtes séances, et de les suspendre dès que la manœuvre des instrumens déterminait des douleurs un peu vives à la vessie.

Il cite en outre une autre circonstance, qui, selon lui, est plus importante encore, et rend mieux compte de l'absence de toute inflammation consécutive chez les malades qui se confient à ses soins, c'est l'injection à grande eau, qu'il ne manque jamais de faire après chaque séance de broiement, et qui a pour effet de faire sortir par la sonde tous les débris résultant de l'opération. M. Philips va plus loin encore, et soutient qu'il est très important de ne laisser jamais le malade uriner seul, et de le sonder, comme dans les cas de rétention d'urine, dès que le besoin d'uriner se fait sentir. C'est, selon lui, le seul moyen d'éviter que les fragmens irréguliers échappés aux injections, ne pénètrent dans la muqueuse vésico-urétrale, et n'y déterminent quelques-unes de ces inflammations aiguës, qui sont parfois si rapidement funestes, ou ne deviennent l'occasion de ces accès de fièvres pseudo-intermittentes pernicieuses, qui, sans être si graves, laissent cependant d'ordinaire aux malades un affaissement extrême, et de dangereux retentissemens.

M. Demarquay appelle l'attention de la Société sur les kystes ovariques, et spécialement sur une modification qu'il se propose d'apporter au mode opératoire généralement employé pour leur guérison radicale. Selon lui, en effet, le danger des injections iodées étant en raison directe de la surface qu'elles touchent, le chirurgien doit d'abord s'attacher à diminuer l'étendue de cette surface; pour cela faire, il ne voit rien de mieux que de faire préalablement, et à des intervalles rapprochés, plusieurs ponctions, comme dans le traitement palliatif, supposant qu'elles auront pour effet de permettre à la poche du kyste de revenir sur elle-même, d'acquérir en même temps plus d'épaisseur et partant d'éloigner davantage du péritoine la surface qui doit être en contact avec le liquide irritant de l'injection. En deux mots, M. Demarquay se propose de transformer préalablement les grands kistes en petits, et il ne doute pas, de la sorte, d'obtenir plus aisément, et en faisant courir beaucoup moins de mauvaises chances aux malades, la guérison définitive des plus gros kistes de l'ovaire; pour confirmer sa théorie il rapporte le fait suivant :

Une jeune femme de 30 ans se présente à lui, portant dans le ventre un énorme kyste ovarique, lui déclarant que tous les traitemens internes qu'on lui a fait subir n'ont fait qu'altérer l'état général de sa santé, et lui demandant avec instances de faire chirurgicalement toutes les tentatives qu'il jugera convenable, pour amener une guérison définitive. Décidé aux injections iodées, mais effrayé du peu d'épaisseur des parois du kyste, et de l'immense étendue de la surface qui va se trouver en contact avec la teinture irritante, M. Demarquay réalise la pensée qu'il vient de développer, et il pratique deux ponctions palliatives, et à dix jours d'intervalle l'une de l'autre. Ces deux ponctions amènent, en effet, le résultat qu'il en attendait. Le kyste, revenu sur lui-même dès la première, offre déjà, à la seconde, des parois plus épaisses, et ne contient plus, à la troisième, qu'une quantité de liquide relativement peu grande. Cette fois, après l'évacuation de ce liquide, M. Demarquay injecte 50 grammes de teinture iodée, additionnée de 4 grammes d'iodure de potassium, et attend les effets de son opération. Ces effets ne trompèrent pas son attente, car les accidens inflammatoires furent peu intenses, et la malade fut promptement rendue à ses occupations ordinaires. Depuis ce moment, non seulement le kyste n'a pas augmenté, mais il a au contraire notablement diminué, et tout porte à croire que dans un temps peu éloigné, sa pratique comptera un succès de plus.

M. le docteur Marrotte entretient à son tour la Société d'un ordre d'accidens peu communs, mais qui se reproduisent depuis quelque temps en plus grand nombre, et semblent, sous ce rapport, dépendre d'une influence générale, d'une constitution médicale particulière; il veut parler des contractures qu'on observe actuellement, non seulement à la suite de quelques fièvres typhoïdes, mais encore comme complication d'autres affections aiguës, de fièvres inflammatoires simples, etc.; il rapporte à ce sujet qu'en même temps que lui, plusieurs médecins des hôpitaux ont eu l'occasion de constater des symptômes de ce genre; que sur un des cas observés par M. Barthez, il y a eu non seulement contracture, mais encore paralysie consécutive, et que lui-même, M. Marrotte, possède dans ce moment dans ses salles, une jeune fille qui, à la suite d'un état fébrile de quelques jours, sans lésion organique appréciable, a été prise subitement d'une contracture aux membres, qui, comme dans le cas de M. Barthe, a été suivie de paralysie, mais incomplète, car il y avait persistance du sentiment. Cette affection a du reste été peu grave, et a cessé pour ainsi dire d'elle-même au bout de peu de jours. M. Marrotte suppose, au point de vue étiologique, que dans ce cas il y a eu, sous l'influence de l'état fébrile dont il vient de parler, une congestion de la moelle épinière, qui aura cessé en même temps que la fièvre qui lui a servi d'occasion.

M. Piogey cite à ce propos le fait suivant : Un jeune homme de 18 ans, adonné depuis longtemps à la funeste habitude de l'onanisme, qu'il pratiquait à outrance (10 à 12 fois par jour), a été pris subitement de douleurs aiguës dans les membres supérieurs, et bientôt après de contractions tétaniques. Appelé près de lui vers la fin de février, M. Piogey constata une flexion prononcée des deux pouces, avec une tendance analogue aux autres doigts des deux mains. Ces dernières étaient elles-mêmes fortement fléchies sur l'avant-bras, et celui-ci sur le bras. Il y avait en même temps impossibilité de mouvemens dans ces diverses parties, mais plutôt par excès de douleur que par paralysie véritable. Ces symptômes allèrent successivement augmentant jusqu'à la nuit, et diminuèrent notablement pendant le sommeil, sans cependant cesser complètement; le lendemain, en effet, les parties fléchies la veille purent être remises dans l'extension sans trop de douleur, et y restèrent, mais avec une diminution très appréciable dans la sensibilité et dans le mouvement. M. Piogey ajoute que ce malade présenta en outre une surexcitation nerveuse générale, et particulièrement des hallucinations; les pupilles étaient contractées, les objets extérieurs paraissaient au malade continuellement en mouvement, etc.

L'électricité, employée un peu plus tard, détermina des douleurs aiguës, qui en firent cesser l'application. La contracture persista, et parut affecter la forme intermittente. Du sulfate de quinine fut alors administré, mais il échoua comme l'électricité. Enfin, M. Piogey considérant la cause d'épuisement nerveuse qui avait produit cette succession de symptômes, eut recours à un traitement tonique, dont le fer faisait la base, et sous son influence, tout disparut rapidement, et les contractures, et l'aberration de la vue.

M. Huet-Desprez affirme, de son côté, avoir eu souvent l'occasion d'observer, chez les jeunes détenus, à la suite de l'abus de la masturbation, des contractures analogues à celles dont M. Piogey vient de parler, mais toujours sans symptômes de paralysie consécutive. Il ajoute que, du reste, cette affection était généralement peu grave, et qu'une surveillance plus active, jointe à des moyens peu énergiques, tels que les bains, les diaphorétiques et quelques dérivatifs sur le canal intestinal, en avaient facilement raison, mais que les rechutes étaient fréquentes, et toujours en raison de la cause qui leur donnait lieu.

M. Marotte fait remarquer que les faits précédens sont intéressans sans doute, mais qu'ils n'ont aucun rapport avec ceux dont il a entretenu la Société. Dans ceux-ci, en effet, il y a eu une influence épidémique, car on en a observé en même temps un assez grand nombre dans divers quartiers de Paris. Il y a eu en outre de la rougeur et de la douleur sur le trajet des muscles contracturés, et enfin des symptômes généraux tout différens de ceux observés par MM. Piogey et Huet-Desprez.

Puisqu'il s'agit d'affections du système nerveux, dit M. Marrotte, je profiterai de l'occasion pour faire part à la Société d'une forme de névralgie assez rare, qui mérite d'autant plus d'être décrite, qu'elle pourrait aisément en imposer pour une autre maladie; en voici un exemple en peu de mots :

Une jeune fille est prise tout à coup, sans symptômes précurseurs, de convulsions cloniques aux muscles du cou et des deux bras, mais sans l'agitation et le désordre général, compagnes ordinaires de la chorée. En l'examinant avec attention, on constate un point douloureux fixe à chaque joue, et plusieurs autres le long de la partie supérieure de la colonne vertébrale. Ceux-ci, comme les mouvemens convulsifs, diminuent notablement d'intensité au milieu de la journée, et s'exaspèrent sous forme d'accès le matin et le soir. M. Marrotte ne considérant les mouvemens convulsifs que comme un effet de la douleur, diagnostique une névralgie, et la combat par le sulfate de quinine à l'intérieur, et trois ou quatre petits vésicatoires saupoudrés d'un sel de morphine. Ces moyens, en effet, firent cesser en quelques jours et les points douloureux, et les convulsions.

M. Taupin se rappelle avoir eu récemment l'occasion d'observer un cas analogue, sur un enfant du 9 ans. La névralgie faciale, qui d'abord existait seule et était continue, affecta bientôt la forme intermittente, et se compliqua en même temps de mouvemens convulsifs dans les muscles correspondans de la face, du cou et du membre supérieur. Il y avait également, pendant l'accès, impossibilité absolue de parler. Tous ces symptômes disparurent en peu de jours sous l'influence du sulfate de quinine, et de quelques antispasmodiques administrés à l'intérieur.

M. Renouard, à son tour, soutient que les mouvemens convulsifs ne sont pas aussi rares qu'on le pense généralement, dans certaines affections, pourtant bien différentes de celles qui affectent spécialement le système nerveux, et cite à l'appui de son opinion l'exemple suivant : Un enfant est pris d'un rhumatisme articulaire aigu très douloureux, qui, quoi qu'il fasse, persiste dans son intensité première pendant un mois consécutif. Au bout de ce temps, des mouvemens convulsifs se manifestent dans le bras droit, et s'étendent le lendemain dans toute la moitié correspondante du corps. Toutefois ces symptômes cèdent rapidement à l'influence de quelques antispasmodiques, mais le lendemain le côté gauche du corps se prend à son tour. Les mêmes moyens sont employés, et en trois jours on voit disparaître en même temps le rhumatisme et les convulsions. M. Renouard dit, en terminant, que cette complication s'observe particulièrement dans les maladies dans lesquelles l'élément douleur prédomine et tourmente plus longuement le système nerveux.

M. Chailly-Honoré appelle l'attention de la Société sur une des circonstances à la fois les plus graves et les plus simples de la pratique des accouchemens, c'est la présentation de l'enfant par l'épaule. Si, dès le début du travail, dit-il, on s'assure de la position du fœtus, et qu'on constate la présentation en question, il n'y a évidemment qu'une chose à faire, c'est, aussitôt le col dilaté, de pratiquer la version, d'autant mieux que dans ces conditions elle est généralement facile. Si au contraire on attend que la poche soit ouverte, que le bras ait franchi la vulve, que la femme se soit épuisée en efforts impuissans, on que, par suite de ces efforts, l'organe de la gestation se soit rompu, oh! alors, le cas est des plus graves, et il est rare que la mère et l'enfant ne payent pas en même temps de leur vie la funeste imprévoyance de l'accoucheur. A l'appui de ces réflexions, M. Chailly-Honoré cite deux faits récens, qui l'ont fortement impressionné. Dans ces deux cas, en effet, le travail datait de dix-huit heures, l'utérus était rompu, le ventre ballonné, la face pâle et crispée, la respiration anxieuse, le pouls déprimé, etc., force lui fut donc de hâter la délivrance, et d'extraire l'enfant après l'avoir mutilé; mais malheureusement, ainsi qu'il l'avait prévu, ces deux mères succombèrent à une métro-péritonite foudroyante.

M. Chailly-Honoré communique en outre le fait suivant à la Société : Appelé avec M. Frémy près d'une femme en proie, depuis quarante-huit heures à des douleurs violentes, et analogues à celles de l'accouchement, ils constatèrent une tumeur fibreuse de l'utérus, du volume de la tête d'un enfant à terme, remplissant le vagin, et offrant à son centre une sorte de cavité, d'où s'échappait un liquide sanieux et fétide. Pour obvier principalement à une perte abondante de sang, qui compromettait sérieusement la vie de la malade, M. Chailly-Honoré se décida à procéder à l'extraction de la tumeur par le forceps, espérant de la sorte pouvoir l'amener toute entière au dehors, couper le pédicule et le cautériser; mais la portion engagée dans le vagin, à moitié gangrenée, cela seule à la pression des branches du forceps, et fut retirée. Une ligature fut ensuite placée sur le large pédicule qui restait, et comme la malade ne pouvait recevoir convenablement chez elle les soins ultérieurs que nécessitait son état, elle fut transportée à l'hôpital. Je ne sais, dit M. Chailly-Honoré, quel a été le résultat définitif; je dirai seulement, en terminant, qu'un médecin homœopathe donnait ses soins à la malade, et qu'il lui avait promis de la guérir sans opération, mais qu'en guise de globules infinitésimaux, il lui avait administré de fortes doses de seigle ergoté.

M. Arnal dit qu'il est à même de compléter l'observation de cette malheureuse femme, à laquelle il avait, lui aussi, donné antérieurement quelques soins; que le reste de la tumeur a été extrait à l'hôpital, mais qu'une métro-péritonite aiguë a fait succomber la malade le douzième jour. Il ajoute qu'à la nouvelle de cette mort, le médecin homœopathe s'était écrié : Pourquoi aussi n'a-t-elle pas continué mon traitement! je l'aurais infailliblement guérie!

M. Roussel rapporte un fait analogue, mais dont heureusement la terminaison a été bien différente : c'est celui d'une femme atteinte de granulations au col de l'utérus, qui nécessitèrent plusieurs cautérisations. Après sa guérison, la malade alla habiter un quartier éloigné, et prit un autre médecin. Deux ans après cependant, M. Roussel fut mandé en toute hâte près d'elle, pour des douleurs utérines très vives, qui duraient de plusieurs jours. Le bas-ventre était développé comme au quatrième mois d'une grossesse, en même temps que le col était notablement dilaté; c'était évidemment un polype dont la matrice cherchait à se débarrasser. Le lendemain, en effet, la malade, sans ligature, sans incision, sans cautérisation du pédicule, accoucha spontanément d'une tumeur fibreuse du volume de la tête d'un enfant à terme. La guérison fut complète et définitive.

Le secrétaire général, Arnal.

COURRIER.

Académie des sciences. — Voici le résultat du scrutin qui a eu lieu dans la séance d'aujourd'hui, pour la place laissée vacante par le décès de M. Magendie.

Le nombre des votans était de 57, — majorité 29. — Au 1er tour les voix ont été ainsi réparties :

MM. Jobert	23	voix.
Longet	18	
Cruveilhier	13	
Poiseuille	1	
Baudens	1	
Laugier	1	
2me tour : MM. Jobert	28	voix.
Longet	23	
Cruveilhier	5	

Il est procédé à un scrutin de ballottage qui donne le résultat suivant :

MM. Jobert	29	voix.
Longet	28	

En conséquence, M. Jobert est proclamé membre de l'Académie des sciences.

Funérailles de M. le professeur Gerdy. — On lit dans le *Napoléonien*, journal de Troyes :

Lundi dernier, à onze heures, ont eu lieu, dans la petite commune de Loches, les funérailles du docteur Gerdy, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Paris. L'illustre défunt avait exprimé le vœu que ses restes reposassent près du lieu qui l'avait vu naître, à côté de son vieux père, loin du tumulte de la grande ville qui avait été témoin de ses triomphes et de sa renommée, en même temps que le théâtre de ses luttes ardentes, de ses travaux opiniâtres, de sa passion dévorante pour l'étude.

Un grand nombre de ses concitoyens, de notables habitans de l'arrondissement de Bar-sur-Seine, beaucoup de médecins du département, plusieurs membres de la Société académique de l'Aube, dont M. Gerdy faisait partie depuis 1845, s'étaient empressés de répondre à l'invitation que sa famille et ses amis avaient transmise par la voie de notre journal. Les sapeurs-pompiers de Loches, précédés de leur corps de musique, et les autorités de la commune à leur tête, tous avaient voulu payer à cette puissante individualité médicale, à ce glorieux enfant du pays, un dernier tribut de regrets et d'hommages.

Plusieurs discours ont été prononcés; le premier par M. le docteur Delaine aîné, au nom des médecins de l'arrondissement de Bar-sur-Seine; par M. Fontaine, médecin à Bar-sur-Seine, au nom des anciens élèves de M. Gerdy; par M. Viardin, au nom du corps médical de Troyes; par M. Boutiot, au nom de la Société Académique de l'Aube.

— M. Cl. Bernard, membre de l'Institut, reprendra son cours au Collége de France le mercredi 2 avril, à une heure.

Cliniques médicale et chirurgicale de la Faculté de médecine (Hôtel-Dieu).

M. Trousseau reprendra ses cours de clinique médicale le mardi 1er avril, et les continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine.

M. Jobert reprendra ses cours de clinique chirurgicale le mercredi 2 août, et les continuera les lundi, mercredi et vendredi de chaque semaine.

Muséum d'histoire naturelle. — M. le dr A. Duméril, agrégé à la Faculté de médecine, aide-naturaliste, suppléant de M. le professeur G. Duméril, commencera son *Cours de zoologie* le mercredi 2 avril, à onze heures et demie, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure. L'histoire générale des Reptiles et des Poissons sera le sujet du cours de cette année. Plusieurs leçons seront consacrées à l'étude des applications pratiques de cette partie de la zoologie.

— M. le docteur P. Duroziez, lauréat de la Faculté, est nommé chef de clinique à la Charité.

Pour toutes les nouvelles, Amédée Latour.

EN VENTE,

Aux bureaux de l'*Union Médicale* et chez tous les libraires de l'École de médecine,

LETTRES SUR LA SYPHILIS,

Adressées à M. le rédacteur en chef de l'Union Médicale,

Par Ph. RICORD,

Chirurgien de l'hôpital du Midi, chirurgien-consultant du Dispensaire de salubrité publique, membre de l'Académie impériale de médecine, de la Société de chirurgie et de diverses Académies et Sociétés savantes; officier de la Légion-d'Honneur, commandeur et chevalier de plusieurs autres ordres;

AVEC UNE INTRODUCTION,

PAR AMÉDÉE LATOUR,

Rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique.

Deuxième édition revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 41. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 3 Avril 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE : De l'action de la digitale et de la digitaline sur le cœur. — III. OBSTÉTRIQUE : Méthode de préservation des ruptures du périnée pendant l'accouchement. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 1er Avril : Correspondance. — Élection. — De la formation du sucre dans l'intestin, et de son absorption par les chylifères. — Vacances. — Observation d'un kyste de l'ovaire. Discussion. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Le malade et la maladie.

PARIS, LE 2 AVRIL 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les séances où doit se faire une élection sont ordinairement des séances sacrifiées. Il n'en a pas été de même hier. L'élection prévue de M. Wurtz dans la section de chimie et de physique, n'a pas empêché la lecture d'un très important mémoire de M. Colin sur la formation du sucre dans les voies digestives. Ce mémoire, dont on trouvera une analyse étendue au compte rendu de la séance, mérite mieux que l'appréciation sommaire que nous en pourrions faire en ce moment. C'est une nouvelle tentative, et, autant que nous en puissions juger par une simple audition, une tentative sérieuse de réfutation de la doctrine sur la fonction glycogénique du foie. Aussi, plus ce travail présente d'importance et d'intérêt, plus ses conséquences, si elles étaient aussi nettes que M. Colin les a exposées, seraient graves contre la doctrine généralement admise, plus aussi faut-il apporter d'attention et de soin à son examen et à son appréciation. Il faut se féliciter, d'ailleurs, que la question de la fonction glycogénique du foie soit portée devant l'Académie de médecine. La commission, à l'examen de laquelle a été renvoyé le mémoire de M. Colin, ne reculera pas certainement devant la tâche qui lui est imposée.

M. Barth a présenté une malade qu'il a débarrassée d'une tumeur enkystée de l'ovaire au moyen d'une opération aussi simple qu'ingénieuse, et qui a consisté à traverser le kyste d'abord de dehors en dedans, et puis de dedans en dehors, par une sorte de tube en caoutchouc laissé en permanence, et qui a procuré l'écoulement continu du liquide contenu dans le kyste.

Les dernières séances de l'Académie des sciences, à part l'élection de M. Jobert de Lamballe, n'ont rien présenté d'afférent aux sciences médicales.

Amédée LATOUR.

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

DE L'ACTION DE LA DIGITALE ET DE LA DIGITALINE SUR LE COEUR.

A M. Amédée Latour.

Mon cher confrère,

J'avais lu la note dans laquelle M. le docteur Foucart expose la théorie de M. le docteur Beau sur le mode d'action de la digitale pourprée, et je m'étais étonné que les idées présentées dans notre mémoire sur la digitaline y fussent complétement passées sous silence ; mais on a tant usé des revendications de priorité, que je me serais abstenu, si vous n'aviez bien voulu me remettre une lettre de M. le docteur Frank, aide-major au 91me régiment anglais, en garnison au Pirée, dans laquelle ce confrère étranger, tout en acceptant l'idée *neuve* et *originale* qui considère la digitale comme un stimulant du cœur, en réclame la priorité en faveur du docteur Traube, médecin de l'hôpital de la Charité de Berlin.

Ayant cherché, avec mon regretté collaborateur Quevenne, à présenter dans notre mémoire sur la digitaline et la digitale, un résumé aussi complet que possible des travaux et des opinions dont la digitale a été l'objet, je vous remercie de me fournir l'occasion d'essayer, en établissant les droits de chacun, de jeter quelque lumière sur cette difficile question de physiologie pathologique.

Voyons d'abord si l'idée de considérer la digitale comme un sédatif, un calmant du cœur, est aussi généralement adoptée que le prétend notre confrère.

Si en France, confondant le ralentissement des battemens du cœur avec celui de la circulation, on s'est habitué à considérer la digitale comme un sédatif du centre circulatoire, on peut s'assurer, en consultant les analyses que nous avons données des travaux publiés sur la digitale, qu'il n'en a pas partout et toujours été ainsi, et que bon nombre d'auteurs, notamment en Angleterre, reconnaissent à la digitale une *propriété primitivement excitante sur l'action du centre circulatoire qu'elle ne déprime que secondairement*. Je me bornerai à citer l'opinion formulée par Kinglake : « Est-il juste d'inférer que » la modification de la vitesse morbide du mouvement propul- » sif du cœur et des artères soit l'effet de la diminution de » force? Le retard du pouls *produit par la digitale* est le même » que celui qui résulte de l'action fortifiante du quinquina, de » l'opium, du vin, etc. Dans ces occasions différentes, le pouls, » quoique moins vif et moins fréquent, n'est pas pour cela » moins fort et moins énergique; au contraire, l'action du » cœur et des artères se trouvant augmenté, il est plus plein, » plus souple et mieux développé. A ces effets sont inséparablement liées l'augmentation de la force et la lenteur de la » pulsation, ainsi que la transmission d'une plus grande quantité de sang dans un temps donné ; on peut donc conclure » de là que la digitale, en retardant le pouls, agit comme » stimulant, etc. » (Voir Bidault de Villiers, *Essai sur la digitale pourprée*, p. 98 et 99, et *Mémoire sur la digitaline et la digitale*, d'Homolle et Quevenne, p. 143 et 246.)

J'arrive maintenant à la réclamation de priorité soulevée en faveur de M. Traube. Nous avons donné, page 244 de notre mémoire, un aperçu aussi exact qu'il nous a été possible de le faire, de la théorie assez complexe du savant physiologiste allemand et je vous demande la permission de le reproduire :

« M. Traube admet, d'après les travaux de M. Ed. Weber, Ludwig, etc., deux systèmes nerveux du cœur, différant quant aux fonctions : l'un provoque les contractions du cœur, l'autre tend à les régler ; il appelle le premier système musculo-moteur, le second, système régulateur.

» Le système musculo-moteur a son centre ganglionnaire dans le cœur même ; le centre du système régulateur se trouve dans la moelle allongée, et communique avec le cœur par des fibres faisant partie des nerfs vagues.

» Il base cette doctrine sur les expériences suivantes :

» 1° Si l'on soumet la moelle allongée ou les nerfs vagues à un faible courant électrique, il s'en suit un ralentissement considérable des mouvemens du cœur. (Ed. Weber.)

» 2° Si l'on coupe les deux nerfs vagues d'un mammifère, il y a au contraire augmentation extraordinaire de vitesse. (Ludwig.)

» Une substance qui agit en ralentissant les mouvemens du cœur, doit être considérée comme ayant une action spéciale sur le système nerveux régulateur de la circulation. Tel est le cas pour la digitale.

» Voici deux expériences à l'appui de ces conclusions :

» 1° Ralentissez les mouvemens du cœur chez un chien par l'injection d'infusion de digitale dans la veine jugulaire externe, coupez alors les nerfs vagues, et tout de suite le ralentissement fera place à une accélération.

» 2° Coupez les nerfs vagues à un chien, puis injectez de l'infusion de digitale dans les veines, et vous n'observez aucun ralentissement.

» Ces faits de physiologie ainsi établis, voici les principales propositions de l'auteur :

Feuilleton.

LE MALADE ET LA MALADIE.

I.

La science, mon cher et savant directeur, a son arbre de Cracovie, comme la politique. C'est à son ombre que viennent deviser et discourir les badauds, les désœuvrés par goût ou par force, les déshérités et les paresseux. J'appartiens, hélas ! à la réserve formée par ces gens-là, et je demande de vous faire connaître quelques-unes de leurs opinions sur les questions courantes. L'UNION MÉDICALE, je l'ai plus d'une fois éprouvé pour mon propre compte, est sans pédantisme; elle croit que l'on peut indiquer çà et là de bonnes choses en riant; que l'on peut avoir de la gravité sans perruque ; elle sait enfin que si Dieu n'a donné la vérité absolue à personne, il a mis un peu de la vérité chez tout le monde.

Je commence.

II.

Un homme d'une haute autorité, M. le professeur Forget (de Strasbourg), a rappelé, dans un des numéros de ce journal (le 10 janvier 1856), la définition que donne de la maladie le médecin le plus philosophe de l'Allemagne, Reil, et cette définition la voici :

« Une réaction accidentelle de l'organisme contre une cause morbide. »

C'est une idée philosophique, en effet, celle qui distingue la maladie de la cause morbide, et qui fait de la première comme le premier symptôme de guérison. Réagir, n'est-ce pas, dans ce système, commencer à se guérir ?

Dites-moi si j'exagère, par ignorance, les conséquences de la définition précédente ; mais il me semble qu'elle s'accorde très bien avec le fameux principe homœopathique : *Similia similibus curantur*. Voici comment je raisonne ou je déraisonne à votre choix : la maladie étant une réaction, tout ce qui produit développe, la maladie, tourne contre la cause morbide et vient au secours de l'organisme en faveur du rétablissement de la santé.

La maladie, dans cet ordre d'idées, serait donc un heureux phénomène : — Le passage du mal occulte et latent au mal déclaré et combattu.

Je suis loin de dire le contraire. Je cherche et ne discute pas.

Donc encore : l'homme malade serait plus sûr de son fait que l'homme non malade. Étant jeune, écrivant la *physiologie du malade*, je me souviens d'avoir soutenu cette thèse : « L'état le plus désirable est celui d'une demi-santé. » Eh bien, à cette époque, et dans le genre d'esprit que je cultivais, je ne croyais certes point toucher de si près à une vérité philosophique. En effet, la pleine santé peut être un leurre, un piége, une sorte de *bain qui chauffe*, selon l'expression populaire ; tandis que la demi-santé est comme un avertissement sans frais de prendre garde à nous et de pousser tout doucement à la réaction de l'organisme.

Un orateur fameux en ce moment, s'exprimait ainsi dans une récente conférence : « Dieu qui sait tout, définit tout. La science de Dieu est marquée à ce signe. Plus on approche de Dieu et de la vérité, plus on définit. L'Église, qui est la vie du verbe et la fonction de Dieu dans l'humanité, garde depuis vingt-huit siècles, la passion de définir.... La science satanique a le caractère tout opposé ; elle a horreur de la définition ; le génie satanique se reconnaît à ce signe. » Eh bien, dans les sciences qui ne sont pas faites mais qui cherchent à se faire, qui ne sont pas immuables mais qui marchent sans relâche vers une vérité plus mobile, hélas ! jusqu'à présent, que le progrès lui-même ; dans les sciences, dis-je, les définitions tentent et perdent les malheureux humains. Elles ont l'air de procéder pour lui de l'esprit moqueur et perfide.

Je prends cette définition, par exemple : « La maladie est une réaction accidentelle de l'organisme contre une cause morbide. » Où menace-t-elle de me conduire si je veux la suivre jusqu'au bout? A me mettre, moi médecin, toujours du côté de *la maladie*, c'est-à-dire du côté de la réaction salutaire contre l'action malfaisante enfin.

III.

Les définitions, je l'avoue, ont toujours fait le malheur ou le tourment de ma vie. Dès que j'en rencontre une, je m'y attache ou plutôt elle s'attache à moi.

Si la maladie est une réaction, j'en conclus qu'elle vient du dedans contre la cause morbide qui vient du dehors. En effet, l'organisme aurait bien plutôt l'idée et la force d'empêcher une cause morbide de naître en lui, que la réminiscence et la puissance de combattre et de vaincre cette cause ayant pris racine et développement chez lui.

Ainsi la cause morbide est de l'extérieur ; la maladie est de l'intérieur. Cela se rapporte très bien avec ce passage de l'œuvre de M. le docteur Auber (UNION MÉDICALE du 19 février 1856) : « Dans ses efforts de conservation, la nature réagit par élimination contre ses causes morbifiques. »

Toujours par voie de déduction, le médecin doit agir de dedans en dehors, afin de seconder les efforts conservateurs de la nature. La vieille médecine, cette bonne vieille ne radotait pas tant, *pour lors*, avec ses purgatifs, son émétique, etc. !

ÉLIMINER, voilà donc un travail et un but conformes au travail et au but de l'organisme dans la maladie.

Neutraliser, est encore une action que la chimie, le fer et le feu ont rendue possible, et qui, dans certains cas, dispense d'éliminer, du moins immédiatement.

Je trouve que la médecine et la chirurgie se rencontrent, jusqu'à un certain point, sur ce terrain théorique. En effet, comment agit le chirurgien le plus souvent? il élimine, il EXTIRPE.

A ce point de vue encore, la maladie ne serait que le redoublement accidentel, fiévreux de ce mouvement qui emporte à toute minute de notre existence un peu de nous, en dehors de nous, et prépare le renouvellement successif, mais intégral, de l'être matériel et humain. La maladie est une accélération de la vie, en vue d'un plus prompt débarras et d'une appropriation nouvelle.

Du reste, le public — ce grand enfant — et les enfans, ce grand public, ne demandent pas mieux que de confondre les médicamens, les

» 1° La digitale à hautes doses exerce une action excitante sur le système nerveux régulateur du cœur.

» 2° Par le fait de cette action sur le système régulateur, la digitale diminue la pression des artères, ainsi que la rapidité du courant sanguin dans toute l'étendue de la circulation.

» 3° La diminution de la rapidité du courant sanguin a elle-même pour conséquence d'abaisser la chaleur animale, fait que M. Traube annonce avoir vérifié par l'expérimentation directe (1). »

Ces propositions, un peu vagues, et qui semblent même impliquer contradiction, sont loin de la netteté et de la simplicité que présente la théorie exposée dans l'article de M. le docteur Foucart sur l'action de la digitale pourprée. Nous avons déjà vu que l'idée fondamentale sur laquelle elle est basée, est loin d'être nouvelle dans la science; mais, pourra-t-on répondre : ces données, qui ont pu en d'autres temps avoir droit de cité dans la science, étaient depuis tombées en oubli, et la doctrine opposée avait complétement prévalu, au moins en France. C'est ici que je me vois forcé d'intervenir personnellement, et d'emprunter au n° 60 (22 mai 1851) de l'Union Médicale, pages 241 et 242, quelques passages du mémoire adressé par M. Quevenne et moi à l'Académie de médecine, qui établiront d'une manière irréfragable, je l'espère, que la doctrine de M. le docteur Beau, sur l'action de la digitale, était formulée de la manière la plus explicite depuis plus de quatre ans :

« La digitale est, avant tout, un modificateur de l'organe central de la circulation.....

» Le mot sédatif, si souvent appliqué à la digitale, ne peut être pris dans le sens général et absolu de tempérant et de calmant, car la diminution de fréquence des battemens du cœur, observée après l'administration de la digitale, s'accompagne toujours d'une certaine augmentation dans leur force d'impulsion.....

» La digitale, administrée à dose thérapeutique ne déprime donc pas l'action du cœur, ne fait pas baisser le diapason de sa contractilité; le ralentissement qu'elle détermine dans les mouvemens de cet organe ne doit pas être pris pour synonyme de ralentissement de la circulation.....

» Les observations les plus exactes sur l'action de la digitale mentionnent l'augmentation de la force d'impulsion en même temps que la diminution de fréquence des battemens du cœur.....

» Le ralentissement de la circulation n'est pas nécessairement en rapport avec celui du pouls.....

» A l'appui de cette opinion, il suffirait de rappeler la fréquence du pouls pendant l'agonie, dans l'asphyxie, le choléra, l'asthme et autres états pathologiques où il est de la dernière évidence que la circulation est profondément entravée; mais pour étayer cette induction par l'observation directe, nous avons, pendant les années 1848 et 49, et pour toutes les saignées pratiquées par nous, essayé de comparer la vitesse d'écoulement du sang avec le nombre des pulsations, et nous avons en effet constaté que, toutes choses égales d'ailleurs, diamètre de la veine, largeur de l'ouverture pratiquée par la lancette, degré de compression du bras, etc., etc., le sang pouvait, avec une fréquence de 110-120 pulsations et au delà, présenter un écoulement lent, que les contractions musculaires du malade étaient insuffisantes à activer, et qui réclamait l'impulsion auxiliaire d'une pression exercée de bas en haut sur l'avant-bras, pour pousser le sang vers l'ouverture de la veine; tandis qu'avec un pouls de 60, il nous est souvent arrivé d'obtenir un jet vigoureux; témoignage certain de la rapidité de la circulation. La dureté et la plénitude du pouls étaient les indices les plus assurés d'une circulation rapide, quelle que fût d'ailleurs la nature de la maladie qui avait réclamé l'emploi de la saignée.

» La force d'impulsion et la régularité dans le rhythme des battemens du cœur sont donc des élémens plus essentiels d'une circulation rapide que la fréquence du pouls.

» D'où nous conclurons que la digitale augmentant l'impulsion et la force des contractions du cœur en même temps qu'elle en diminue le nombre, doit activer la circulation, loin de la ralentir, au moins comme effet primitif. »

De l'examen qui précède, je me crois en droit de conclure,

1° La théorie de M. le docteur Traube n'est pas assez clairement formulée, assez nettement dégagée d'hypothèse pour satisfaire à la double exigence de l'esprit français et de l'époque scientifique actuels.

2° La doctrine exposée par M. le docteur Beau sur le mode d'action de la digitale ne peut être considérée comme nouvelle.

3° Si cette doctrine, comme c'est d'ailleurs mon intime conviction, est plus dans le vrai que celle aujourd'hui admise pour expliquer les effets de la digitale, je puis réclamer pour Quevenne et pour moi le mérite de l'avoir *rajeunie*, en la présentant, il y a plus de quatre ans, appuyée sur des considérations et des expériences physiologiques.

Dr Homolle.

(1) « On pourrait, dans cette hypothèse, comparer les nerfs régulateurs des mouvemens du cœur au cocher, qui, par le moyen des rênes, ralentit et régularise la marche de ses chevaux. Un verre de vin venant stimuler ses forces, il saura mieux et plus sûrement modérer la fougue des chevaux prêts à s'emporter. Dans la théorie de M. Traube, la digitale tient lieu du verre de vin et augmente la puissance régulatrice de ces nerfs spéciaux. »

OBSTÉTRIQUE.

MÉTHODE DE PRÉSERVATION DES RUPTURES DU PÉRINÉE, PENDANT L'ACCOUCHEMENT;

Par M. le professeur Ritgen.

Cette méthode est complexe et a rendu à son célèbre auteur les plus grands services. En effet, depuis 1828, où il l'a introduite dans la Maternité qu'il dirige, jusqu'en 1850, il y a eu sur 3,464 accouchemens, 9 ruptures du périnée; de ce chiffre, il faut en déduire 3, où elle a commencé par le milieu du plancher, et une quatrième due à la négligence de l'aide. Restent donc 5 cas, sur lesquels une fois l'expulsion du fœtus s'était faite avec une telle rapidité, que les moyens n'avaient pu être employés convenablement, et une autre fois la tête avait un diamètre de six pouces, chez une primipare âgée de 32 ans. De 1851 jusqu'à ce jour, 757 accouchemens ont eu lieu, et dans tous ces cas, sans une exception, non seulement le périnée n'a été nullement entamé, mais même la fourchette est restée intacte.

Un des moyens principaux consiste en des scarifications des grandes lèvres, scarifications qu'il ne faut pas confondre avec les incisions de la vulve, proposées par divers praticiens. On les pratique avec un bistouri composé d'une forte lame, légèrement concave à son extrémité et tranchante seulement dans une longueur de près de 0m,025. L'extrémité libre est un bec mousse, sans bouton, long de 0m,03; vient après sur le bord concave, la partie tranchante, et le reste est également mousse; c'est donc à peu près le bistouri de Poti. Les scarifications doivent être faites pendant les douleurs; la femme est couchée sur le côté gauche, les cuisses fléchies et les genoux écartés par un rouleau. Leur profondeur ne doit jamais dépasser 0m,002; leur nombre est variable selon l'étendue et le degré de la résistance de ces parties, de trois à sept de chaque côté. On les commence à 0m,025 de la fourchette, pour les faire cesser à la même distance du clitoris. Pendant cette opération, il faut avoir soin de bien retenir la tête de l'enfant de la manière que nous décrirons plus tard, pour qu'elle ne soit pas brusquement chassée. Il arrive parfois que l'obstacle ne réside pas à l'orifice tout externe de la vulve, mais plus ou moins profondément. Ce sont surtout deux autres endroits qui en sont le siége : celui où s'était trouvé l'hymen, place que M. Ritgen appelle orifice vaginal interne, et un second, entre les deux précédens, à la hauteur des petites lèvres. Dans quelques cas, le rétrécissement se trouvait encore plus profondément. Les scarifications doivent toujours alors s'arrêter à 0,02 à 0,03 de l'urètre.

Quand l'endroit rigide n'est que partiel, d'une longueur de 0,05 à 0,08, par exemple, les incisions ne sont pratiquées que là, et alors très rapprochées, 0,005 l'une de l'autre selon les nécessités, et ces cas ne sont pas rares. Elles ne doivent, d'ailleurs, être pratiquées que lorsque la tête a atteint les parties rigides et commence à les distendre. Quelquefois, il s'est trouvé plusieurs rétrécissemens l'un devant l'autre, alors il faut les scarifier successivement.

Les petites plaies de l'orifice externe s'enflamment quelques jours après; mais cette inflammation est très faible à l'ordinaire et toujours moindre que celle qu'une déchirure aurait entraînée. Elle est plus forte quand on a scarifié l'orifice interne, et plus encore quand c'étaient des rétrécissemens plus profonds. Mais elle n'égale non plus celle d'une déchirure du périnée. Ce n'est qu'exceptionnellement qu'il a fallu faire une fomentation avec un infusum de sauge. Ces plaies entraînent immédiatement un élargissement considérable du cercle que la tête doit traverser, mais guérissent toujours sans laisser une ampliation considérable de ces parties. Comme la fourchette, quand elle existe encore, est conservée, la vulve d'une femme scarifiée reste plus étroite que si elle était accouchée sans scarifications. Quelques semaines après l'opération, on ne trouve plus de cicatrices.

Cette opération est tellement simple, que les sages-femmes de la Maternité y sont exercées, du moins pour les scarifications de l'orifice externe. Celles qui doivent être faites plus profondément exigent plus de soins et ne doivent être pratiquées qu'exceptionnellement par les femmes, quand celles-ci ont un degré d'instruction plus élevé qu'à l'ordinaire.

La méthode de M. Ritgen ne se borne pas à cela, et l'opération que nous venons de décrire n'en est qu'une partie, nécessaire à peu près 1 fois sur 12 accouchemens en général, et naturellement beaucoup plus chez les primipares que chez les multipares. Le professeur observe lui-même que plusieurs de ses préceptes ne sont pas nouveaux, mais leur ensemble est important à observer. Ils se résument en les 12 chefs suivans :

1° L'absence de coopération de la femme dans les accouchemens douloureux;

2° La libre sortie de la tête ou du bassin, quand les parties molles sont suffisamment préparées, sans soutenir le bassin de la femme avec la main;

3° La rétention de la tête à la vulve, aussi longtemps que les parties molles ne sont pas suffisamment préparées et que l'énergie des contractions ne la rendent pas dangereuse;

4° La sortie artificielle de la tête dans l'intervalle des douleurs;

5° La sortie libre ou artificielle de la tête, mais sans le secours du forceps lorsque ce dernier a dû être employé et quand la tête a été amenée au dehors aux 2/3 ou aux 3/4 (plus tard il est dit 1/4 à 1/3);

6° La sortie successive des épaules, en commençant par celle qui se trouve sous l'arcade pubienne;

7° Les frictions émollientes avec un corps gras dans le vagin et sur le périnée;

8° Les injections émollientes dans le vagin;

9° Les fomentations émollientes sur la vulve;

10° Les bains de vapeur de la vulve;

11° Les lavemens émolliens;

---

remèdes avec la maladie elle-même; le médecin avec le mal. A part les cataplasmes — et encore! — la vraie maladie ne semble-t-elle pas à la plupart de vos clients commencer le jour de la médication. Si vos souvenirs vous font défaut, par impossible, essayez et ordonnez de l'émétique.

IV.

Mais voici M. le docteur Auber qui vient déranger un peu mes idées et compliquer toute mon affaire.

Je lis, en effet, dans l'Union Médicale du 19 février 1856 : « Toute maladie est le combat de la nature contre une cause morbifique; elle est le résultat de deux actions distinctes, savoir; d'une action morbide, produite par une cause morbifique et constituant une affection; d'une action médicatrice organisée par la force vitale médicatrice et formant une réaction. »

Je l'avoue, j'accordais volontiers le mot de réaction appliqué à l'organisme contre la cause morbide; mais celui de combat emporte des idées de volonté, de dévouement qu'il m'est plus difficile d'attribuer à *la bonne nature*. En effet, on a vu, on voit la bonne nature s'accommoder de tant d'infirmités, se complaire dans des anomalies si monstrueuses! On l'a vue, on la voit frapper tant de jeunes et de vigoureux, faucher tant de fleurs, qu'il répugne de lui supposer des intentions si vaillantes à l'endroit de notre conservation.

Mais je ne veux pas m'arrêter à des scrupules, à des fantaisies. J'en reviens à la définition de M. le docteur Auber.

Pour lui, la maladie se compose de l'action et de la réaction; je suis loin de dire le contraire, encore une fois, mais je cherche à me rendre compte de tout ce que cette définition comporte.

Et d'abord, elle n'oublie rien.

Pour mon faible esprit, elle aurait un tort peut-être; celui de laisser obscur le point qui sépare la réaction de l'action.

En quoi et pourquoi suis-je surtout *malade*?

Est-ce parce que l'action domine ou parce que la réaction prend le dessus?

Vous allez probablement me renvoyer sous mon arbre causer avec mes pareils, mais je vais basarder une idée de mon crû.

— Une idée?

— Oh! c'est chose grave, rare, je le sais; mais l'usage permet, aujourd'hui, d'appeler de ce nom magnifique une simple façon de penser. Je pense donc qu'il faudrait, avant toute chose, distinguer la douleur de la maladie proprement dite, et débarrasser ainsi le terrain, la question de tout ce qui la complique naturellement.

La douleur est un épisode, un détail : je consens bien à n'en tenir aucun compte, mais il m'est impossible d'abandonner cette question :

La douleur est-elle produite par l'action, par la cause morbide? Est-elle occasionnée par la réaction, par les efforts conservateurs de la nature? Elle ne saurait évidemment tenir à l'*action*, car dès qu'il y a souffrance l'homme dit : je suis malade. Or, dans notre définition, dès qu'il y a maladie, il y a en même temps action et réaction.

Je suis donc autorisé à conclure ceci :

La douleur est un effet de la réaction, un résultat de l'action médicatrice et des efforts conservateurs de la nature.

La douleur s'exprime généralement par des cris, par des efforts de dedans en dehors, et cela s'accorde bien avec cette phrase de M. le docteur Auber déjà citée : « La nature réagit par élimination contre les causes morbifiques. » Les cris ne forment-ils point, en effet, une sorte d'expectoration?

Ainsi la douleur serait avec la maladie une marche vers le rétablissement de la santé. Il est bien positif que dans l'accouchement, par exemple, les petites et les grandes douleurs préparent et favorisent *la délivrance* et le retour à l'état naturel.

Cela remet forcément en mémoire ce passage de Montaigne :

« L'expérience m'a encore appris ceci que nous nous perdons d'impatience. *Les maux ont leur vie et leurs bornes, leurs maladies et santé.* La constitution des maladies est formée au patron de la constitution des animaux. Elles ont leur fortune limitée dès leur naissance et leurs jours. Qui essaye de les abréger violemment, par force, au travers de leur course, il les allonge et les multiplie..... On les conjure mieux par courtoisie que par braverie..... C'est la première leçon que les Mexicains font à leurs enfans, quand au partir du ventre des mères, ils les vont saluant ainsi : Enfant, tu es venu au monde pour endurer, endure; souffre et tais-toy. »

Le conseil est bon, mais l'enfant crie.

Voilà tout ce que j'ai entendu pour cette fois sur ce sujet et sous mon arbre de Cracovie. J'y retourne, avec votre permission, *flâner* un nouveau sujet d'article, comme on va *respirer*, quand on est poète, le sujet d'un nouveau chant.

Pierre Bernard.

La *Société médicale des hôpitaux de Paris* avait proposé un prix de la valeur de mille francs à décerner à l'auteur du meilleur mémoire sur l'*albuminurie*. Une commission composée de MM. Trousseau, Becquerel, Thirial, Henri Roger et Requin (remplacé par M. Legendre), avait été chargée d'examiner trois mémoires qui étaient parvenus au secrétaire-général. Le rapport sur ces travaux a été fait dans la dernière séance par M. Becquerel. La Société, tout en reconnaissant le mérite et l'importance des mémoires qui lui avaient été adressés, a jugé qu'ils ne répondaient pas au but qu'elle s'était proposé et en conséquence, elle a décidé qu'il n'y avait pas lieu de décerner le prix. Dans la seconde séance d'avril, une commission sera nommée pour rédiger le programme d'une autre question.

Les mémoires sur l'albuminurie sont à la disposition de leurs auteurs, qui peuvent les faire retirer chez M. H. Roger, secrétaire général, 15, boulevard de la Madeleine.

ERRATUM. — Au compte rendu du banquet de l'Union Médicale, dans le toast porté par M. Amédée Latour aux médecins de l'étranger et des départemens, une phrase a été inexactement et incomplétement rendue. Elle a été prononcée de la manière suivante : « M. Lambron de Levroux, auquel l'hydrologie et notre journal même doivent des travaux remarquables; M. Lecadre, du Havre, que vous connaissez tous, Messieurs, par ses belles recherches sur les névralgies, etc. »

12° Le traitement dynamique, local et général qui pourrait devenir nécessaire.

De ces différens points, nous ne passerons en revue que les plus importans et qui offrent quelque chose de nouveau.

Les frictions vaginales et périnéales, faites avec un corps gras et avec beaucoup de douceur, ne sont pas à dédaigner. Elles agissent par la graisse et plus encore par la dilatation mécanique des parties molles. On augmente leur action par l'addition ou l'emploi unique d'onguent mercuriel, ou bien d'extrait de belladone ou d'une autre substance narcotique, selon les besoins.

M. Ritgen insiste beaucoup sur ce que la femme ne fasse pas d'efforts d'expulsion. Il compare l'accouchement à toute autre sortie d'un corps à travers les voies naturelles, à la défécation, par exemple. Comme celle-ci, il devrait se faire sans douleur, et, dans ce cas, il permettrait à la femme en travail les mêmes efforts que l'on fait dans la défécation. Mais aussi bien que dans la défécation douloureuse, les douleurs sont causées par un spasme, elles le sont également dans l'accouchement douloureux. Or, on défend au malade qui a des ténesmes, de faire des efforts, il faut donc aussi les défendre à la femme qui souffre pendant l'accouchement. Malheureusement cette condition est la règle chez toutes les nations civilisées, tandis qu'elle est l'exception chez les nations sauvages. Laissons parler M. Ritgen :

« J'ai eu la rare occasion d'observer 17 fois un accouchement tout à fait indolore, quoique normal et se faisant dans le temps ordinaire. L'idée ne m'est pas venue d'empêcher ces femmes de faire des efforts d'expulsion, ou de leur donner une position qu'elles n'eussent pas choisie elles-mêmes. L'expulsion, d'ailleurs, se faisait avec si peu de secours de toutes les parties accessoires à l'accouchement, que tout arrangement artificiel me paraissait inutile. D'un autre côté, j'ai trouvé, dans une pratique de plus de trente ans, les plus grands avantages à modérer ou à annihiler, autant que possible, les efforts de la femme, après que, pendant vingt ans, j'eus observé les tristes conséquences de cette coopération, surtout sur le fauteuil. J'ai à me reprocher de ne pas avoir vu clair plus tôt, et de ne pas avoir pris la résolution héroïque de m'opposer à la pratique et au préjugé de plusieurs milliers d'années. Les crampes des cuisses et des mollets, la chute de l'anus et du vagin, l'affaiblissement pendant la quatrième période, avec diminution et cessation complète des contractions utérines, nécessitant souvent l'application du forceps, l'épuisement dans la cinquième période et ses suites, surtout le retard de la délivrance et des hémorrhagies, enfin, les ruptures fréquentes du périnée, tels étaient les tableaux qui me tourmentaient au lit de douleurs, jusqu'à ce que j'eusse pu secouer la fatale erreur de vouloir diminuer et détruire des contractions douloureuses de la matrice et du vagin, au moyen d'une excitation volontaire de l'innervation de tout le corps et en particulier des parties molles de la parturition, déjà souffrantes. Ces efforts favorisent singulièrement la rupture du périnée, parce que le diaphragme contracté presse le fœtus dans le sens de son axe longitudinal, perpendiculairement contre le périnée et empêche ainsi l'extension de la tête et sa rotation, la nuque ne pouvant prendre son point d'appui contre l'angle de l'arcade pubienne. Cette observation me suggéra encore la manœuvre au moyen de laquelle je fais sortir la tête pendant les intervalles des douleurs. »

A partir de ce moment, tous les lits et fauteuils spéciaux furent bannis, et les femmes accouchèrent dans un lit ordinaire. M. Ritgen reconnut alors, par cette pratique, l'influence pernicieuse d'un refroidissement, surtout des pieds, sur la marche et les suites de l'accouchement ; aussi il recommande vivement de tenir chaudement les femmes, et dès le début du travail. En même temps cette pratique empêche les crampes des extrémités inférieures, si l'on a encore soin de faire reposer sur le lit, tout le corps de la femme, de manière à ce qu'il n'y ait pas de creux où il porte à faux et qui permette l'accès de l'air froid.

Pour empêcher autant que possible le concours d'efforts de la femme, il faut le lui recommander fréquemment et lui donner une position convenable qui lui enlève tous les points d'appui. On y arrive le plus facilement en la couchant sur le côté, les cuisses fortement fléchies sur le ventre, et les jambes modérément sur les cuisses ; un rouleau de moyenne épaisseur est posé entre les genoux ; les personnes étrangères sont éloignées du lit, et quand la femme s'accroche au bord du lit, il faut immédiatement en détacher les mains. Quand les douleurs sont encore rares, on laisse l'accouchée changer de position dans leur intervalle ; mais il n'en est plus de même quand elles se succèdent rapidement. Alors on approche le bassin de la femme du bord du lit, et en s'asseyant de ce côté, derrière la femme, on a la position la plus commode pour les explorations et tous les soins à donner à l'accouchement. Quand l'occiput de l'enfant est à gauche, la mère doit être couchée sur le côté gauche : c'est le côté le plus favorable pour l'accoucheur ; sa main droite se trouve le plus près du périnée. Quand l'enfant vient en position occipito-iliaque droite, la femme préfère instinctivement le côté droit, probablement parce qu'alors le dos du fœtus repose le plus longtemps sur le lit. Ce décubitus n'est cependant pas nécessaire dans ce cas, il peut se faire aussi bien à gauche, dès que l'enfant s'engage sous l'arcade pubienne.

A cette époque de l'accouchement, quand la plus grande circonférence de la tête a franchi le détroit inférieur, que la tête repousse le périnée en refoulant le coccyx, quand la portion post-anale a la largeur de 0m,025, quand l'anus est ouvert jusqu'à 0m,025, quand le périnée pré-anal est dilaté à 0m,05 à 0m,10, le moment est venu de décider si on doit laisser la tête sortir librement ou non. Si l'on n'a pas à craindre la rupture du périnée, *il ne faut pas même toucher la tête et le périnée*, pour que la rotation du front autour du point d'appui de la nuque contre l'arcade pubienne, et le retrait du périnée sur lui-même qui a lieu en même temps, puissent se faire sans le moindre obstacle. Ce sont là, en effet, les inconvéniens de la pratique ordinaire, consistant à repousser le périnée en avant et en haut avec la paume de la main, pratique qui favorise la déchirure du périnée. La sortie de la tête peut être laissée libre, lorsque, dès le début de l'accouchement, l'orifice vaginal externe est humide, chaud, mou et enflé ; que ces préparatifs augmentent pendant l'acte ; que les grandes lèvres deviennent épaisses, l'orifice s'ouvre de plus en plus, les mucosités sortent plus épaisses et plus abondantes ; que tout le vagin se dilate davantage ; que l'occiput devient plus visible pendant la douleur et rétrograde après ; que la douleur de la dilatation de la vulve est faible, enfin que le périnée reste médiocrement épais et *la fourchette arrondie à son bord interne*. Cet état des choses est rare chez les primipares, surtout les très jeunes ou les âgées, à teinte foncée et à fibres peu élastiques.

Aussi longtemps que les parties externes ne se trouvent pas dans ces conditions, il faut *retenir la tête*, bien entendu, du reste, que la force des contractions expultrices ne soit pas telle qu'on risque de déterminer une rupture du vagin ou même de la matrice. La rétention de la tête est d'autant plus nécessaire, que le périnée est plus large, plus tendu, plus mince et plus lisse, surtout quand il est luisant, et coiffe la tête comme une enveloppe mince, humide, en même temps que le bord interne de la fourchette est devenu tranchant et comme du papier.

On s'oppose à la sortie de la tête en appuyant contre l'occiput les extrémités du pouce, de l'indicateur et du médius, en triangle et dans un écartement de 0m,05 l'un de l'autre. Dès que l'on a à craindre que, dans une douleur, la tête se dégage, ces doigts ne la doivent plus quitter, il faut la suivre dans tous ses mouvemens, même quand elle se retire dans l'intervalle des douleurs. Pendant la douleur, on la laisse avancer autant que possible, sans qu'elle sorte ou déchire le vagin ou le périnée. Si la sortie brusque de la tête n'est pas imminente, il faut employer les intervalles des douleurs à faire des frictions sur le périnée et dans le vagin, après lesquelles on réapplique les fomentations émollientes. Ces frictions vaginales se font avec les deux premiers doigts, que l'on promène en demi-cercle sur la moitié postérieure du vagin, d'un côté à l'autre, en déprimant en même temps le périnée. Quand l'orifice est étroit, ces frictions doivent être continuées avec la main gauche, même pendant qu'on est obligé de retenir continuellement la tête avec la droite. L'emploi d'onguent mercuriel pour cette manœuvre, additionné d'extrait de belladone, dans le cas de spasme de ces parties, est très favorable.

Quand on a ainsi gagné du temps, et laissé les voies se préparer convenablement, ainsi que nous l'avons vu, on retire les doigts et l'on permet la libre sortie de la tête à la prochaine douleur.

S'il existe des raisons qui engagent l'accoucheur à hâter l'accouchement, il faut ou bien faire les scarifications décrites au commencement, ou bien faire sortir artificiellement la tête au moyen de pressions méthodiques. Ajoutons encore, pour les scarifications, qu'elles sont d'autant plus efficaces, qu'elles saignent davantage. Aussi on favorise ce résultat par des injections d'eau tiède ou par l'application d'une éponge mouillée.

L'*expression de la tête*, dans l'intervalle des douleurs, est toujours indiquée dès qu'on ne peut pas retarder la sortie de la tête de la vulve et que cependant les parties molles ne sont pas convenablement préparées. La cause la plus ordinaire en réside dans des contractions trop énergiques, qui, en cas de rétention forcée, pourraient déterminer une rupture du vagin et même de la matrice. Cette opération se fait de la manière suivante : Les trois doigts qui, appuyés contre l'occiput de l'enfant, retiennent la tête, ne doivent la quitter qu'après la sortie de celle-ci. Les quatre doigts de l'autre main sont appliqués, par leurs extrémités seulement, derrière l'anus, vers la pointe du coccyx, et un peu sur le côté du raphé. Dans l'intervalle de deux douleurs, et en commençant de suite après la cessation d'une douleur, on exerce une pression en dedans et en avant. Cette pression tombe ordinairement sur le menton de l'enfant et le fait avancer ; par ce mouvement l'occiput s'étend et commence son mouvement de rotation autour de la nuque, appuyée contre l'angle pubien, mouvement que les doigts, appuyés sur lui, doivent suivre soigneusement. Dès qu'il survient une douleur, les deux mains sont tenues immobiles, et dès qu'elle cesse, on recommence la manœuvre. A mesure que le menton avance, il faut le suivre avec la main, en continuant à presser doucement, par dessus l'anus, sur le périnée, jusqu'à ce qu'il ait franchi la fourchette. La pression doit être faite latéralement du raphé et non sur la ligne médiane, pour faire franchir la vulve à une des bosses pariétales avant l'autre ; la déchirure du périnée est ainsi plus facilement évitée que si on les faisait passer simultanément.

Si l'on a fait des scarifications, cette expression de la tête devient presque de rigueur. *Toujours est-il que les scarifications* SEULES, *ne préviennent pas les ruptures d'une manière certaine.*

En outre, l'expression de la tête n'exige pas des scarifications préalables ; très souvent elle suffit à elle seule.

L'accoucheur n'a pas encore terminé ; la tête est sortie, mais le danger n'est pas passé ; le périnée est encore menacé par le reste du tronc et surtout par les épaules, souvent plus à craindre que la tête. Si la fourchette a été entamée le moins du monde par la tête, les épaules peuvent amener les déchirures les plus étendues. Ordinairement, l'une d'elles s'appuie contre l'arcade du pubis, pendant que l'autre glisse sur le sacrum, l'anus et le périnée. Alors elles passent simultanément par la fente vulvaire, en présentant leur plus grand diamètre. Lors donc que le périnée a été un peu éraillé par la tête, que les parties molles ne sont pas convenablement préparées, ou que les épaules sont très larges, on évite ce danger en dégageant une épaule avant l'autre.

Quand, après la sortie de la tête, les douleurs sont encore vives, il suffit d'appuyer les extrémités des doigts sur l'épaule qui se trouve au périnée et de la retenir pendant les douleurs. L'autre se dégage sous l'arcade pubienne, le bras s'applique contre la poitrine et le thorax lui-même appuie contre l'angle pubien ; alors on peut laisser l'autre épaule sortir spontanément.

Quand les douleurs sont insuffisantes ou quand il faut hâter l'accouchement, par exemple lors de l'enroulement du cordon autour du cou, on retient l'épaule périnéale avec le pouce de la main gauche, et l'on extrait l'autre épaule en glissant l'indicateur de la main droite sous le creux axillaire. Mais lorsque la vulve est très étroite, ce doigt prend trop de place ; il faut alors dégager le bras situé sous le pubis. A cet effet, pendant que le pouce gauche retient toujours l'épaule périnéale, on glisse deux, trois ou quatre doigts de la main droite, derrière le dos de l'enfant ; on les ramène contre le bras que l'on repousse en avant, sur le côté antérieur du thorax, et finalement hors la vulve. Quand cette extrémité supérieure est complétement sortie, le bras est saisi avec la main droite et ramené vers l'ombilic de la mère. On peut alors retirer le pouce gauche et extraire le tronc en tirant sur le bras dégagé.

Après la sortie de la tête, il arrive parfois que les épaules descendent lentement. On peut hâter leur mouvement par la manœuvre suivante très simple, efficace et innocente : quand les épaules se mettent dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, la suture sagittale prend une direction transverse ; un des côtés de la tête est tourné en avant vers la symphyse du pubis et l'autre vers l'anus de la mère. En repoussant avec le plat de la main le côté de la tête qui se trouve en avant, jusqu'à ce que l'autre côté s'applique contre la région coccygienne de la mère, on fait descendre l'épaule pubienne. On exécute alors la manœuvre inverse, de manière à appliquer le côté antérieur contre le mont de Vénus, et l'autre épaule glisse sur le coccyx jusqu'au périnée. Pour dégager l'épaule pubienne, on n'a qu'à repousser de nouveau la tête en arrière, et, s'il est nécessaire, on répète cette pratique à plusieurs reprises.

On voit donc que, pour les épaules, il ne faut pas prendre pour point d'appui de la rotation du thorax l'épaule qui se trouve contre le pubis, mais celle qui appuie sur le périnée.

Si la tête a été amenée par le forceps, il ne faut pas l'extraire complétement avec l'instrument, quoique des accoucheurs prétendent que cette pratique constitue la meilleure préservation du périnée. Mais quand la tête est sortie au quart ou au tiers, il faut ôter le forceps et mettre en usage les autres moyens, tels que les scarifications et l'expression de la tête, manœuvre qu'on peut alors faire au besoin, en pressant sur le menton au moyen de deux doigts bien graissés, et introduits dans le rectum.

Dans les présentations du bassin, quand on a été obligé d'appliquer le forceps pour dégager la tête venue en dernier, on ne peut avoir égard au périnée ; la chose sera d'ailleurs rarement nécessaire, puisque le tronc aura suffisamment dilaté les parties molles.

Par ce qui précède, on voit que, dans beaucoup de cas, la préservation du périnée n'est pas un jeu aisé, mais une manœuvre souvent fatigante, exigeant beaucoup de sang-froid, de prudence, d'habileté et de patience, et qu'il faut apprendre par un exercice continu. Mais on est aussi largement récompensé. On ne se figure pas les résultats qu'on peut en obtenir, surtout des scarifications. Pouvoir conserver un périnée tendu à l'excès, qui n'est plus qu'une membrane mince, luisante, dessinant toutes les formes de la face et menaçant de se rompre à chaque instant, est un résultat qui fait oublier toutes les peines que l'on s'est données pour l'obtenir.

Reste encore le traitement dynamique général et local des états pathologiques qui meuvent le périnée. Ils se résument principalement dans la production de douleurs spasmodiques, qui laissent rarement le périnée intact. Il faut donc combattre soigneusement ces états, et ce sont surtout la pléthore générale et la pléthore utérine, des congestions vers la queue de cheval, le rhumatisme en général, et en particulier celui de la matrice, du vagin et du rectum. Il faut autant que possible combattre ces états avant l'accouchement par les moyens appropriés, sinon pendant la parturition. Ce sont les émissions sanguines générales et locales, les bains, les vomitifs, le tartre stibié à dose moyenne, la poudre de Dower, de fortes doses d'acétate d'ammoniaque avec du vin de colchique. Contre le rhumatisme de la matrice, des sinapismes sur l'épigastre et même sur tout l'abdomen ; contre celui du vagin et du rectum, des ventouses sèches autour des organes génitaux et à la partie interne des cuisses, des lavemens, des injections émollientes, des fomentations et des fumigations d'abord sèches, puis humides, parfois des sangsues, et, finalement, des scarifications abondantes. Dans les affections rhumatismales, il faut traîner l'accouchement en longueur pour gagner du temps pour des évacuations critiques, surtout par la peau.

L'auteur termine par les paroles suivantes : « Je n'écris pas pour ceux qui mettent de côté ces pages, en disant ou pensant : beaucoup de bruit pour une rupture du périnée. Que ceux-ci s'arrangent avec leur conscience. Je leur rappellerai seulement que le bassin étroit est rare, tandis que le vagin étroit est des plus fréquens ; que souvent un retard de l'accouchement est mis sur le compte d'une étroitesse du bassin, tandis qu'il dépend d'une étroitesse vaginale ; que cette raison fait souvent appliquer le forceps sans nécessité et au grand détriment de la mère et de l'enfant ; enfin, que les moyens qui remédient à l'étroitesse de la partie inférieure du vagin, sont les mêmes qui garantissent le périnée (1).

Dr STROHL.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er Avril 1856. — Présidence de M. BOUSY.

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. LEMOINE sur une épidémie de rougeole dans l'arrondissement de Château-Chinon en 1844 et 1845.

— Le compte rendu de la préfecture de l'Oise et plusieurs rapports sur les épidémies de ce département pendant l'année 1855.

— Le compte rendu des épidémies du département de la Nièvre pendant la même année.

— Un rapport de M. le docteur Martin DUCLOS, sur les épidémies de l'arrondissement de Villefranche. (Haute-Garonne.)

— Une série de rapports des médecins cantonaux sur les épidémies des départemens de la Moselle et des Basses-Alpes.

(Commission des épidémies.)

— Une demande en autorisation d'exploitation de deux sources minérales situées au hameau d'Usson (Ariége). (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes :

Deux notes, l'une sur la vaccine, l'autre sur la variole, la varioloïde et la varicelle, par M. le docteur ZANDYK, de Dunkerque. (Comm. de vaccine.)

— Une note sur l'emploi du feu dans les tumeurs blanches, et l'utilité des agens anesthésiques, par M. le docteur PONS, de Bez, près le Vigan. (M. Malgaigne, rapporteur.)

— Une lettre de M. le docteur BARRALLIER, de Toulon, sur le traitement du typhus, et principalement sur l'utilité de l'essence de valériane à la dose de 0g,30 à 0g,50 centigrammes, contre certains accidens de cette maladie, stupeur, somnolence, coma. (Com. nommée.)

— Un mémoire de M. le docteur CLAUDE, intitulé : *Études sur la coloquinte.* (Com. MM. Soubeiran et Jolly.)

(1) Extrait de *Monats schrift f. geburtsk*, novembre 1855.

L'Académie procède au scrutin pour l'élection d'un membre titulaire dans la section de chimie et de physique médicale.

Au premier tour, nombre des suffrages 71, — majorité absolue 36.

M. Wurtz a obtenu. . . .	33 voix,
M. Regnaud	25
M. Figuier	9
M. Robiquet	7
M. Langlois.	5
M. Mialhe	1
M. Grassi.	1

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité absolue, il est procédé à un deuxième tour de scrutin.

Nombre des suffrages 69, — majorité absolue 35.

M. Wurtz obtient.	50 voix.
M. Regnaud	13
M. Langlois.	3
M. Grassi.	1
M. Figuier	1
M. Robiquet	1

En conséquence, M. Wurtz est proclamé membre de l'Académie.

M. Colin, chef de service d'anatomie et de physiologie à l'École impériale d'Alfort, donne lecture d'un travail intitulé :

De la formation du sucre dans l'intestin, et de son absorption par les chylifères.

En voici le résumé :

L'organisme des animaux possède incontestablement la faculté de former des principes immédiats. Je vais essayer, en ce qui concerne le sucre, de déterminer le point ou l'un des points de l'organisme où il est susceptible de prendre naissance. J'espère prouver, premièrement, qu'il se forme du sucre dans l'intestin aux dépens des matières animales qui en sont dépourvues ; et deuxièmement, qu'une partie de ce sucre est absorbée par les vaisseaux chylifères.

Il est un premier fait méconnu jusqu'ici, c'est la présence du sucre dans le chyle des herbivores laissés à leur régime habituel. C'est ce dont il est facile de s'assurer, en opérant sur le chyle obtenu à l'aide d'un tube d'argent, inséré à l'extrémité antérieure du canal thoracique. Sur un bœuf ou sur une vache de moyenne taille, et par une seule des branches du canal thoracique, on peut recueillir, en vingt-quatre heures, jusqu'à 50 kilogrammes de chyle. Ce fait se reproduit chez les omnivores et chez les carnivores soumis à un régime mixte. Il prouve, contrairement aux idées généralement reçues, que les vaisseaux chylifères jouissent de la faculté d'absorber les matières sucrées,, quels que soient l'organisation et le mode d'action de l'appareil digestif. Peut-il en être ainsi chez les animaux exclusivement nourris de chair, qui ne reçoivent par l'alimentation ni sucre ni principe isomérique au sucre ? C'est ce qu'il s'agit d'examiner.

Ayant obtenu sur des chiens vivans des quantités assez grandes de chyle, 130 à 140 grammes par heure, on y a constaté la présence du sucre à l'aide du réactif cupro-potassique et de la fermentation. Celle-ci, il est vrai, s'y est établie avec lenteur, particularité qui peut s'expliquer, parce que l'ébullition nécessaire pour concentrer le chyle permet au sucre de s'altérer en présence des alcalis de ce liquide, et que la forte proportion de sels peut mettre obstacle à la fermentation.

D'où vient ce sucre du chyle ? Les partisans de la glucogénie hépatique diront peut-être : ce sucre provient du foie. Mais s'il est vrai que le canal thoracique reçoit avec le chyle une partie de la lymphe du corps, et qu'une fraction de cette lymphe provenant du foie contient du sucre, il ne faut pas oublier que cette fraction est minime, et en reproduisant expérimentalement un liquide chargé d'une quantité aussi imperceptible de sucre, on ne constate aucune action de la part de la solution cupro-potassique.

Puisque le liquide du canal thoracique est mêlé à la lymphe puisée dans le foie, il faut de toute nécessité recueillir du chyle absolument pur, condition extrêmement difficile à réaliser. Voici par quelle série de combinaisons expérimentales je suis arrivé à ce but :

1° On lie rapidement les vaisseaux à l'orifice du mésentère, sur des chiens en pleine digestion, tués par la section du bulbe rachidien ; au bout de quelques momens, on pique les grosses branches chylifères gonflées au-dessous de la ligature ;

2° On lie sur le chien en pleine digestion la veine porte avec les vaisseaux biliaires et les lymphatiques qui sortent du foie ; on ouvre le thorax, on pique le canal thoracique en avant de la citerne, on comprime celle-ci pour en expulser le contenu, puis on lie le canal en arrière de l'ouverture, afin qu'il se remplisse de chyle, dont l'absorption continue encore pendant un certain temps. En enlevant la ligature, on obtient le nouveau liquide, qui ne contient plus une proportion sensible de lymphe hépatique.

3° Ou mieux encore, on établit une fistule au canal thoracique sur un chien vivant pendant que la digestion est active, puis on lie en masse la veine porte avec les conduits biliaires et les lymphatiques.

Pour avoir une quantité plus grande de liquide qui puisse fermenter, j'ai institué une autre série d'expériences. Chez les herbivores existent des dispositions remarquables des vaisseaux chylifères qui, jointes au volume des animaux, permettent de recueillir une grande quantité de chyle pur. Seulement, pour utiliser ces dispositions, il faut changer le régime de ces herbivores, il faut les rendre carnassiers pendant une période de temps assez longue.

(Suit une série d'expériences dans lesquelles M. Colin est parvenu à nourrir exclusivement de chair des solipèdes et des ruminans.)

Chez un taureau nourri de chair cuite, j'établis une fistule gastrique, afin de le nourrir par là si, dans la suite de l'expérience, il avait dû se dégoûter de cet aliment ; vingt-deux jours après celui où l'animal fut soumis au régime exclusif de la chair, j'établis au canal thoracique une fistule dans laquelle fut fixé un tube d'argent ; le chyle fut recueilli pendant dix heures : il était blanc, laiteux, opaque, absolument semblable à celui des carnassiers ; constamment il détermine une réduction très abondante de la liqueur cupro-potassique. Une partie de liquide fut soumise à l'évaporation, puis additionnée de levûre de bière ; la fermentation y fut constatée, et le produit dégagea par la distillation une légère odeur alcoolique.

Je voulus ensuite examiner le chyle pris dans le mésentère. A cet effet, je fis une deuxième fistule au canal chylifère qui suit le trajet de la grande veine mésaraïque et reçoit les vaisseaux lactés de l'intestin grêle et du gros intestin. Ce chyle fut recueilli pendant deux heures et demie : même réaction qu'avec celui du canal thoracique.

Le sang de la veine porte, liée sur l'animal vivant, recueilli au-dessous de cette ligature ; et après la mort le sang des veines sus-hépatiques, le liquide céphalo-rachidien, la sérosité du péricarde et des plèvres, tous ces liquides réduisirent le réactif cupro-potassique.

De ces expériences, M. Colin conclut :

1° Qu'il y a du sucre dans le chyle ;

2° Que ce sucre se produit dans l'intestin ;

3° Qu'il se forme aux dépens des matières animales fournies par l'alimentation ;

4° Enfin qu'il y est puisé, sinon en totalité, du moins en partie, par les vaisseaux chylifères, d'où il passe dans le canal thoracique pour être versé dans la circulation générale.

Dans un autre travail dont il prépare les matériaux, ajoute M. Colin, il se propose de chercher à déterminer l'origine du sucre que contiennent divers organes sécréteurs ou divers fluides sécrétés, comme le sucre du lait, celui du foie, du liquide céphalo-rachidien, de la sérosité des membranes séreuses.

Le travail de M. Colin est renvoyé à une commission composée de MM. Longet, Henry Bouley, Bussy.

— M. Chatin, au nom de la commission des onze membres chargés d'examiner dans quelle section il y a lieu de déclarer deux vacances, lit un rapport qui se termine par les propositions suivantes : 1° qu'il y a lieu de remplir immédiatement deux vacances ; 2° que les deux vacances déclarées soient attribuées l'une à la section d'anatomie pathologique, l'autre à la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicales. (Adopté.)

— M. Barth communique l'observation d'un *kyste de l'ovaire* traité par une nouvelle méthode.

La nommée Anette Aguerre, âgée de 37 ans, concierge, rue des Colonnes, 5, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Marthe, n° 43, pour une varioloïde qui n'a offert aucune particularité digne d'être notée.

Cette femme est habituellement assez bien portante. Elle fut réglée, pour la première fois, à 16 ans, et l'établissement de la menstruation fut difficile. Elle a eu quatre enfans, et tous ses accouchemens ont été laborieux.

La dernière grossesse remonte à deux ans, l'accouchement se fit à terme, mais l'enfant était mort.

La malade assure que, pendant cette grossesse, le volume du ventre dépassait de beaucoup celui qu'il avait eu dans les grossesses antérieures, et que, depuis, il a toujours été en augmentant.

Elle ne peut préciser autrement ni l'époque du début, ni quelque point limité de l'abdomen où se serait manifesté une tumeur.

Après le dernier accouchement, les règles reparurent aux époques habituelles pour cesser brusquement, il y a huit mois, à la suite d'une vive contrariété. Le volume de l'abdomen continua à augmenter graduellement.

L'état général restait satisfaisant, l'appétit était conservé, pas d'œdème aux membres inférieurs, aucune douleur dans l'abdomen, mais seulement quelques tiraillemens dans les lombes, la gêne causée par le volume et le poids de l'abdomen et un certain degré de dyspnée causé par le refoulement en haut du diaphragme. Il y avait aussi constipation habituelle et un peu de gêne dans l'émission des urines.

Malgré l'excessive distension de l'abdomen, malgré l'absence de renseignemens sur le siége précis du début, il est facile de reconnaître un kyste volumineux et uniloculaire de l'ovaire. On constate de la matité au point culminant de l'abdomen et on la retrouve de tous côtés en partant de ce point jusqu'à ce que, arrivé aux limites de la tumeur, dans les points les plus déclives, on obtienne un son clair indiquant la présence des intestins.

L'isolement des phénomènes pathologiques, l'âge peu avancé de la malade, son état général satisfaisant devaient faire songer à la cure radicale.

Une ponction simple eût sans doute été insuffisante, il eût fallu la renouveler plusieurs fois. Une injection iodée ne pouvait être tentée dans une poche aussi volumineuse sans crainte de voir se développer les accidens d'un véritable empoisonnement ; le liquide irritant pouvait, par le retrait de la tumeur, s'épancher dans le péritoine. Voici le procédé qui fut mis en usage : un trocart courbe sur le plat, assez analogue à une sonde à dard, fut plongé dans le kyste sur la ligne médiane de l'abdomen, à quelques travers de doigt au-dessus de la vessie (d'ailleurs vidée préalablement) ; le poinçon étant retiré provisoirement, je fis exécuter à la gaîne un mouvement de rotation en vertu duquel sa concavité se trouvait placée en avant ; à ce moment, j'introduisis de nouveau le poinçon dont l'extrémité perfora une seconde fois la double paroi du kyste et de l'abdomen, mais cette fois de dedans en dehors. Le poinçon étant retiré définitivement, je laissai écouler une certaine quantité de liquide, mais je conduisis à travers la gaîne de l'instrument un fil métallique entraînant à sa suite un tube extrêmement flexible de caoutchouc, tube muni de deux yeux à sa partie moyenne destinée à reposer dans la cavité du kyste afin de faciliter l'écoulement du liquide ; celui-ci put ainsi être versé continuellement au dehors par l'une des extrémités du tube pendantes au dehors.

La ponction a été pratiquée le 10 mars. Il s'est écoulé, pendant l'opération et dans la journée, par le tube, un liquide brun foncé, épais et visqueux, dans lequel l'examen chimique a fait reconnaître une quantité considérable d'albumine et la matière colorante du sang. La quantité de liquide évacué a rempli environ un seau ordinaire.

Dans la journée, il se manifeste quelques douleurs abdominales assez vives, mais elles cèdent à l'application d'un cataplasme fortement laudanisé. — Julep diacodé ; repos absolu ; bouillon.

11. Pouls à 130, un peu de chaleur à la peau, douleur limitée au niveau des orifices de ponction, pas de coliques, pas de nausée. Le liquide continue à s'écouler, mais en très petite quantité.

12, 13, 14. Même état ; un peu de douleur à la pression au niveau des orifices.

15, 16. Le liquide s'écoule en très petite quantité et se décolore graduellement. — Bouillons, potages.

17. La malade ne ressent plus aucune douleur. Pouls à 85. Constipation. — Emuls. am. douces ; demi-lavement émollient ; une portion.

18. Il n'y a plus aucun signe de péritonite locale. On injecte par le bout supérieur du tube le contenu d'une seringue d'eau tiède. Il sort par le bout inférieur une petite quantité d'un liquide blanc-verdâtre très épais qui se prend en masses rubanées quand on le verse dans l'eau.

19. Même injection.

20. L'état général est des plus satisfaisans, la malade se lève. — 21. Deux portions. — 28. Injection iodée pour la première fois. Une petite quantité seulement de liquide irritant pénètre dans la cavité du kyste qui paraît n'avoir plus qu'une très petite étendue. Aucun accident. — 31. Deuxième injection iodée. La quantité qui pénètre est encore moins considérable que la fois précédente.

La méthode employée dans ce cas offre plusieurs avantages : 1° elle permet de maintenir le kyste appliqué contre la paroi abdominale ; 2° elle laisse une issue continuelle au contenu de la poche, ce qui favorise le retrait de la tumeur ; 3° elle donne toute facilité pour ajouter à la simple évacuation du liquide les injections iodées dont on n'a plus à craindre l'épanchement dans le péritoine, et que l'on peut répéter aussi souvent qu'on le juge convenable, sans danger de produire l'inflammation d'une trop vaste surface.

M. Ségalas propose à M. Barth de transformer en un syphon le tube en caoutchouc ; en se fondant sur les résultats de son observation, relativement à l'évacuation de la vessie dans les cas de rétention d'urine, il pense que le méconisme du syphon devra ajouter à l'efficacité de la méthode imaginée par M. Barth.

M. Depaul ne partage pas l'opinion de M. Barth quant à la rétraction des kystes de l'ovaire, après qu'on les a vidés par une ponction. La tumeur diminue de volume, mais une nouvelle injection peut toujours la distendre au point de lui faire recouvrer ses premières dimensions.

M. Barth admet cette rétraction des parois des kystes comme un fait généralement reconnu, et dont il a pu vérifier l'exactitude par l'autopsie : une femme, atteinte à la fois d'une ascite et d'un kyste ovarique énorme, avait subi plusieurs ponctions successives, et l'on avait pu constater le décroissement graduel de la tumeur. La malade ayant succombé à une affection cancéreuse de la glande thyroïde, l'ouverture du corps permit de voir le kyste réduit au volume d'une tête. Pour le cas actuel, le retrait de la poche est suffisamment prouvé, par ce fait même que la cavité, d'abord très vaste, n'admet aujourd'hui que des injections très peu abondantes.

M. Depaul persiste dans son opinion. Le rétrécissement du kyste chez la malade de M. Barth lui paraît résulter de l'agglutination des parois, produite par l'injection iodée.

M. Barth : Cette explication ne saurait être admise. Dès avant l'emploi des injections iodées, la cavité du kyste était notablement rétrécie, et nous ne pûmes y injecter qu'une petite quantité d'eau.

M. Gimelle : Comme M. Depaul, je crois que les kystes de l'ovaire ne jouissent d'aucune rétractilité. J'ai vu récemment, avec M. Jobert, une malade atteinte d'un kyste de ce genre, et que notre collègue opéra par ponction et injection d'une très petite quantité de teinture d'iode. Après avoir assisté à quelques légers symptômes de péritonite partielle, nous fûmes frappés de voir la tumeur non pas diminuer de volume, mais disparaître complétement.

M. Moreau : Il me semble que l'observation de M. Gimelle, loin d'être défavorable à l'opinion de M. Barth, lui vient au contraire en aide. Sans doute les kystes ovariques ne se rétractent pas à la manière de la vessie ou de l'utérus ; elles se rétractent cependant, lentement, insensiblement, en vertu d'une *propriété de tissu*, comme le disait Bichat. J'applaudis, pour ma part, à la précaution prise par M. Barth, d'attendre que ce retrait se fût effectué, afin de pouvoir injecter dans la tumeur une moindre quantité de liquide. — La méthode irritante des injections ne me semble d'ailleurs pas devoir être mise en usage contre tous les kystes de l'ovaire indistinctement. D'abord il en est qui guérissent après une ou deux ponctions simples, ou même sans aucune opération. Ensuite, parmi ceux qui réclament l'intervention de l'opération, il y a des distinctions à établir, suivant que le liquide est albumineux ou gélatiniforme, auquel cas on peut pratiquer des injections avec des chances de succès, ou bien que ce liquide est mélangé d'une grande quantité de sang, et alors je crois qu'il faut agir avec beaucoup de réserve.

M. Gimelle : Chez la malade opérée par M. Jobert, on ne concevrait pas comment la rétraction, si elle avait eu lieu réellement, aurait pu être suivie de la disparition entière du kyste ; elle aurait dû laisser persister une tumeur plus petite, mais encore appréciable.

La séance est levée.

M. Henri Roger, agrégé, a été désigné par la Faculté pour faire le cours de pathologie interne (semestre d'été), en remplacement de M. le professeur Duméril. Le cours commencera mardi prochain, 8 avril, à midi, et sera continué les jeudi, samedi et mardi suivans à la même heure.

Erratum. — Dans notre numéro du jeudi 27 mars dernier (discours de M. Bonnafont), il s'est glissé plusieurs erreurs typographiques qu'il importe de corriger :

1° Page 155, 1re colonne, 13me ligne, *au lieu de :* avant, *lisez :* afin. — 2° Page 156, 1re colonne, au paragraphe concernant M. Furnari, 2me ligne, *au lieu de :* s'est montré, *lisez :* s'en montre. — 3° Même page, 3me colonne, 23me ligne, *au lieu de :* au double courant de l'air, *lisez :* au double contact.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 42. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 5 Avril 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. CHIRURGIE : Du traitement de la fistule lacrymale ; méthode de Dupuytren ; perforation de l'os unguis. — II. PHYSIOLOGIE : Du siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme. — III. BIBLIOTHÈQUE : Sur l'insuffisance des valvules sortiques, avec des considérations générales sur les maladies du cœur. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale d'émulation de Paris* : Discussion sur une observation de membrane fibreuse. — V. FEUILLETON : Causeries.

CHIRURGIE.

DU TRAITEMENT DE LA FISTULE LACRYMALE ; — MÉTHODE DE DUPUYTREN ; — PERFORATION DE L'OS UNGUIS.

Il existe parmi les chirurgiens une notable divergence d'opinion sur l'efficacité des divers modes de traitement de la fistule lacrymale, et conséquemment sur le degré de confiance que chacun d'eux mérite.

Cette incertitude, qui provient sans doute de la complexité de la maladie, considérée au point de vue des causes qui la déterminent, et des dispositions anatomiques qui la constituent, s'est révélée naguère au sein de la Société de chirurgie, à propos d'un malade de M. Robert, sur lequel il a pratiqué la perforation de l'os unguis, pour une fistule lacrymale ancienne, traitée sans succès par l'introduction de la canule d'après la méthode de Dupuytren.

Cette méthode qui, à son apparition, fut généralement acceptée, grâce au succès dont l'éminent chirurgien de l'Hôtel-Dieu lui avait été redevable, devint plus tard l'objet de nombreuses critiques, qui, aujourd'hui encore, font qu'elle est très diversement appréciée.

Pour M. Cloquet, ces critiques sont fondées, et il est du nombre des chirurgiens qui, après avoir longtemps fait usage de cette méthode, lui ont reconnu des inconvéniens tels, qu'ils ont dû y renoncer. Ils reprochent à la canule d'agir comme un corps étranger déposé à l'intérieur du canal nasal, d'y déterminer et d'y entretenir une inflammation, qui rend son extraction indispensable. Pour sa part, M. Cloquet a été forcé d'extraire un certain nombre de canules, qui avaient donné lieu a des accidens sérieux, et dont une entre autres, après avoir perforé le plancher buccal, avait produit par son contact l'ulcération de la langue.

Ces motifs, et en outre le mode d'action de l'instrument, qui une fois en place n'agirait pas, suivant M. Cloquet, autrement qu'un corps métallique plein, l'ont conduit a substituer à la méthode de Dupuytren le procédé de Scarpa, qui ne lui aurait jamais donné que des succès, autant du moins que ses souvenirs sont exacts.

Nous ne contestons pas que les inconvéniens qui viennent d'être signalés ne soient réels ; nous avons été nous-même appelé à les observer, et nous croyons que plus d'une fois encore ils pourront se reproduire ; aussi est-il important de rechercher les conditions matérielles qui ont pu influer sur leur manifestation, et préparer de la sorte l'insuccès d'une méthode qui, comme l'a dit avec raison M. le docteur Guersant, ne peut être appréciée à sa juste valeur qu'autant que l'on tiendra compte des circonstances dans lesquelles on l'aura appliquée, et surtout du *modus faciendi*, dont l'influence sur le résultat final de tout acte opératoire ne saurait être mise en doute.

Or donc, les cas dont M. Cloquet a fait mention, les conditions propres à assurer le succès de l'opération, avaient-elles été remplies ? On sait, et M. Guersant l'a rappelé fort à propos, avec quelle précision Dupuytren insistait sur une foule de détails relatifs au manuel opératoire, à la forme de la canule, aux dimensions qu'il convient de lui donner, à la nature du métal qui doit servir à la confectionner. Avait-on bien satisfait à ces diverses indications lorsque la méthode de l'Hôtel-Dieu a été suivie d'insuccès?

Telle est la question posée avec insistance par M. le docteur Guersant qui, plus que personne, était en droit de l'adresser aux détracteurs de cette méthode, car ancien interne attaché à la consultation de l'Hôtel-Dieu, où il a vu Dupuytren en faire lui-même l'application sur plus de cent malades, il affirme que les succès de celle-ci étaient nombreux, et qu'ils le devinrent surtout après que la canule eût subi certaines modifications de structure que, dans le principe, son auteur n'avait pas indiquées. D'où il résulterait qu'avant de proscrire une opération aussi impérieuse qu'elle est rationnelle, il faudrait par une analyse sévère de faits bien observés et non pas seulement cités sur des souvenirs éloignés et souvent incomplets, prouver en toute évidence que les accidens dont il a été question sont imputables à la méthode elle-même, en tant qu'ils en seraient la conséquence obligée, et non à des circonstances extérieures qu'il est au pouvoir du chirurgien d'éviter.

Quant à la manière dont agit la canule une fois introduite dans le canal nasal, et qui ne serait autre que celle d'une tige pleine ; ce qui veut dire que les larmes s'écoulent non par son ouverture, qui devient ainsi un luxe de fabrication inutile, mais sur ses côtés, entre elle et les parois du canal, c'est là une vue théorique qui ne nous paraît pas justifiée.

Sans doute, elle nous rend raison de la préférence de M. Cloquet pour le clou de Scarpa, comme elle motive son jugement sur la méthode de Dupuytren ; mais en réalité est-elle fondée? Il est permis d'en douter, ce me semble, en présence de la nécessité où l'on est si souvent de retirer la canule, lorsque, par une cause quelconque, elle a cessé d'être perméable, et qu'au moyen du cathétérisme ou d'injections appropriées, on n'est pas parvenu à entraîner les matières qui l'obstruaient. Or, n'est-il pas clair que cette obstruction ne devrait pas mettre obstacle à la migration des larmes, si celle-ci s'effectuait réellement entre la canule et les parois du canal? Que cela se passe ainsi accidentellement, personne n'en doute. Mais alors la canule, devenue trop petite pour le canal élargi par suite de la détuméfaction de ses élémens fibro-celluleux et muqueux, ne remplit plus le but auquel elle est destinée, et la mobilité qu'elle acquiert ne tarde pas à rendre son extraction nécessaire.

Pour éviter cet inconvénient et celui beaucoup plus grave de froisser, de contondre et de déchirer les parties molles qui doublent le canal nasal, ce qui a lieu presque inévitablement, lorsque l'on enfonce violemment la canule au sein des tissus paihologiques, c'est-à-dire immédiatement après l'incision du sac, il convient de suivre le précepte donné par Laforest, et, à son exemple, de pratiquer la dilatation graduelle du canal, de le ramener à des dimensions plus en rapport avec celles de l'instrument qui doit y demeurer, et auquel on a ainsi frayé le chemin.

Nous devons ajouter que M. Lenoir s'est aussi porté défenseur de la méthode de Dupuytren ; c'est la seule dont il fait usage dans sa pratique, et il ne lui a dû que des succès. Il pense que ce résultat favorable tient en grande partie au soin qu'il prend de déserter préalablement le canal, et à la modification ingénieuse qu'il a depuis longtemps fait subir à la canule. Celle dont il se sert, évasée en haut, est divisée inférieurement en trois branches élastiques et divergentes qui se rapprochent au moyen d'un mandrin sur lequel elles se fixent par une sorte d'onglet recourbé de dehors en dedans ; de telle sorte qu'introduite fermée, au moment où le mandrin est retiré, elle s'ouvre par l'écartement de ses branches, et prend ainsi la forme d'un sablier, ce qui la fixe solidement dans sa position et prévient son déplacement. M. Lenoir a pratiqué très souvent ainsi l'opération de la fistule lacrymale, il a suivi ses opérés pendant plusieurs années, il n'en a vu que deux dont la guérison fût incomplète. A côté de la méthode de Dupuytren, appliquée soit d'après les règles que lui-même posa dans le principe, soit avec les modifications qu'elle a re-

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Émotions de la semaine. — Élection de M. Jobert. — La section de médecine et de chirurgie à l'Académie des sciences. — Justice. — Élection de M. Wurtz. — Désarroi à l'Académie de médecine de Bruxelles. — Divisions à la Société de médecine de Bordeaux. — Union ! union ! — L'héritage de M. Gerdy à la Faculté.

Semaine bien émouvante. Que de cœurs ont battu plus vite et plus fort que leur rhythme normal ! Ici les joies du succès, là les tristesses de la défaite. On comprend que je veux parler des élections académiques qui viennent d'avoir lieu, et surtout de celle faite, lundi dernier, à l'Académie des sciences, dans la section de médecine et de chirurgie. Les opinions, les vœux, les sympathies de l'UNION MÉDICALE, très nettement exprimés, ont triomphé dans cette élection ; c'est un motif pour que je sois très modéré dans la manifestation du plaisir que j'en éprouve. L'heureux élu, M. Jobert, ne manque pas d'avoir reçu, à cette heure, des félicitations nombreuses et des complimens empressés. Quant à moi, j'ai pris à son élection, ostensiblement ou *in petto*, une part si vive, qu'en félicitant M. Jobert je croirais me féliciter moi-même. Je dois donc m'abstenir.

Mais cette élection s'est faite dans des circonstances telles, et a eu jusqu'au bout des péripéties si singulières, qu'il m'est bien difficile d'éviter de dire quelques mots sur tout cela, avec les ménagemens et les précautions que comportent les hommes et les choses. En dedans comme en dehors de l'Académie, il n'y a qu'une opinion qui se traduit ainsi : la section de médecine et de chirurgie a fait une mauvaise compagne. Cela est vrai, cela est juste. Le succès de M. Jobert n'a tenu qu'à une voix, on l'a vu ; mais pour qui sait l'opposition que sa candidature a rencontrée dans la section, ce succès est considérable et presque inespéré. Et cependant la section n'a eu, à vrai dire, ni le courage ni la franchise de son opposition. Ne se prononçant ni carrément pour la médecine, ni sincèrement pour la physiologie, ni ouvertement contre la chirurgie, elle a abandonné jusqu'au dénouement l'Académie à ses hésitations, à ses incertitudes, à ses perplexités. Aussi s'est-elle attiré un mot très dur d'un académicien des plus autorisés : la section a abdiqué, lui a-t-on dit. Son invention de la double liste, ses *ex æquo* si peu motivés, toute cette stratégie si savante, ces combinaisons si habiles, méritaient en vérité un meilleur sort. Et puis, quel désintéressement ! quelle abnégation d'esprit de corps ! J'ai dit bien souvent : il n'y a plus d'*École*, il n'y a qu'une *Faculté* ; je m'empresse de reconnaître qu'il n'y a plus même de Faculté. S'il y avait une Faculté, on ne verrait pas ses professeurs ou abandonner cruellement leurs collègues, ou conspirer contre eux, ou les classer dans des catégories désobligeantes. S'il y avait une Faculté, on n'aurait pas vu un professeur de l'âge, de la position, du caractère et du mérite de celui auquel je fais allusion, un médecin entouré comme lui de l'estime et du respect de tous, compromis dans une candidature qu'il fallait avoir le pouvoir de faire réussir dès qu'on la mettait en avant. Grâce à Dieu, je n'ai pas pour habitude de me tourner vers le soleil levant ; jamais non plus ne sortiront de ma plume ces mots cruels : *væ victis*. C'est dans la spontanéité et dans l'indépendance de mon esprit et de mon cœur que j'exprime le regret profond et sincère que ce savant professeur, mieux renseigné, ne se soit pas éloigné à temps de cette lutte inégale, de cette lutte où on a pu dire, à tort sans doute, qu'il avait été jeté plus comme moyen de diversion que comme but de succès.

Il est certain que la section de médecine et de chirurgie est sortie meurtrie et amoindrie de cette longue lutte. Ce malheur, après tout, serait supportable, car, enfin, les hommes passent et avec eux leurs passions et leurs intérêts, et les principes restent. Mais, ici, ce ne sont pas seulement les hommes qui ont reçu une grave atteinte, mais encore les principes. On sait que, depuis longtemps s'est manifesté cette tendance dans le sein de l'Académie des sciences, que les fauteuils de la section de médecine et de chirurgie devraient être consacrés à récompenser plus les travaux de science pure que les applications de l'art ; qu'ils devraient être occupés exclusivement par des savans au détriment des praticiens ; idée malheureuse, dangereuse et fausse que nous avons souvent combattue ici, et notamment l'année dernière, et par des argumens que rien n'a affaibli jusqu'ici ; distinction impossible qu'on n'oserait pas établir pour aucune autre branche des sciences physiques ; distinction dédaigneuse et humiliante pour le plus digne, le plus noble, le plus utile des arts, l'art médical ; distinction anti-philosophique qui aurait dû trouver ses plus énergiques adversaires parmi les grands praticiens de la section, et que ces praticiens ont laissé s'enraciner davantage, au contraire par la mollesse et l'hésitation de leur défense, par leurs divisions malheureuses et leur opposition trop transparente.

C'est là ce qui rend le résultat de la dernière élection tout à fait sérieux. M. Jobert sera peut-être le dernier élu à l'Institut dans la médecine active et la chirurgie militante. L'Académie se fatigue de plus en plus de ces luttes intestines, de ces divisions professionnelles qui se font jour à chaque élection nouvelle dans la section de médecine et de chirurgie, et certes tout le monde sait que je pourrais me servir d'expressions plus accusées. Oh ! il l'a bien gagné, M. Jobert, ce fauteuil qu'on lui a si âprement disputé depuis un an. Quelle année, mon Dieu ! et y a-t-il une compensation possible à toutes les..... inquiétudes auxquelles notre célèbre et cher confrère a été en butte ? Qu'il les oublie bien vite, c'est le meilleur souhait que je puisse lui adresser. Le succès est d'ailleurs un excellent anesthésique pour toutes les blessures.

Voilà donc M. Jobert parvenu à toutes les positions, à tous les honneurs, à toutes les dignités où l'on puisse arriver dans notre science et dans notre art. Cela est encourageant, jeunes gens, pour l'étude et le travail, car M. Jobert, de naissance plébéienne, comme le plus grand nombre d'entre nous, comme Dupuytren, comme Velpeau, ne doit qu'à l'étude et au travail la position qu'il occupe dans la science, dans l'enseignement et dans la pratique. Et ce furent de rudes labeurs, je vous l'assure, ceux par lesquels il fallut, il y a trente ans déjà, faire sa première trouée dans ce monde médical, alors, plus encore qu'aujourd'hui, peut être, encombré de jeunes et ardentes ambitions, conquérir par le concours tous les grades, l'internat, le prosectorat, l'agrégation, le bureau central. J'ai esquissé à grands traits, l'année dernière, le tableau de cette vie scientifique si bien remplie ; je n'ai pas à le refaire en ce moment. On peut dire sans crainte de M. Jobert qu'à chaque conquête

ques ultérieurement, une autre méthode est venue revendiquer une large place dans les discussions de la Société de chirurgie ; c'est celle qui a pour objet la formation d'un canal artificiel au moyen de la perforation de l'os unguis.

Pour se faire une juste idée de cet acte opératoire, en apprécier l'utilité, et sa valeur définitive, c'est à l'observation qu'il faut en appeler ; or, voyons ce qu'elle nous apprend :

M. Robert a pratiqué la perforation de l'os unguis avec l'instrument de M. Reybard, qui n'est autre qu'un emporte-pièce gradué, sur quatre malades qui ont bien guéri, sauf deux chez lesquels il est resté un peu d'épiphora.

La malade qu'il présente à la Société de chirurgie a été opérée il y a huit jours ; la cicatrisation est complète ; et la preuve que l'oblitération de l'ouverture artificielle n'a pas eu lieu, c'est que l'air, quand la malade se mouche, pénètre dans le sac lacrymal qu'il dilate.

M. Huguier, avec beaucoup moins de précautions et sans recourir à un instrument *ad hoc*, a perforé l'os unguis, sur un malade chez lequel il n'avait pas pu introduire la canule de Dupuytren ; il s'est servi, à cet effet, de l'une des branches de la pince à pansement ; le malade aurait guéri.

M. Demarquay, à son tour, énonce six cas de perforation du même os, il a suivi tous ses opérés, à l'exception d'un seul qu'il a perdu de vue ; la guérison, dit-il, s'est toujours maintenue.

En résumé, voilà onze malades opérés par ce procédé ; huit auraient été guéris ; deux auraient conservé un peu d'épiphora ; un seul n'aurait pas été revu.

Or, quelle est la signification de ces faits ? et quelle induction peut-on en tirer ? Veulent-ils dire que la solution de continuité, pratiquée sur l'os unguis, s'organise en un canal permanent qui met en communication le sac lacrymal et le méat moyen des fosses nasales, et qu'ainsi le but physiologique de l'opération est atteint. La malade présentée par M. Robert démontre sans doute que c'est là le résultat primitif de l'opération, mais, à coup sûr, elle ne prouve pas que ce résultat soit définitif.

Le contraire semble établi par les faits de M. Demarquay, du moins pour un de ces opérés, qui, revu au bout d'un an, présentait une oblitération complète des voies lacrymales, ainsi qu'il put s'en assurer au moyen d'injections dont le liquide revenait par le point lacrymal supérieur, sans qu'il en passât une seule goutte par la fosse nasale correspondante ; du reste, M. Monod, qui a assisté à plusieurs des opérations de M. Demarquay, qui en a observé les suites, est aussi d'avis que la guérison, en s'effectuant, amène nécessairement l'oblitération des voies lacrymales.

S'il en est ainsi, et l'absence d'élémens anatomiques propres à l'établissement d'un canal artificiel de quelque durée ne permet pas d'en douter, une question d'un haut intéret physiologique se présente à résoudre : c'est celle de savoir si la supression de l'appareil excréteur des larmes n'a pas d'inconvénient, si surtout les faits la justifient.

L'examen analytique de chaque cas particulier pourrait seul répondre à cette question ; or, manquant des obervations détaillées qu'il est regrettable de n'avoir pas vu se produire dans la discussion, nous n'avons à cet égard aucune opinion à émettre.

Sans doute, en se plaçant au point de vue purement rationnel, il semble qu'une opération qui, pour supprimer l'écoulement pathologique d'un liquide, au lieu de s'attaquer à la source même d'où il émane, détruit, en la laissant subsister, la voie d'excrétion qui lui est affectée, il semble, dis-je, qu'une telle opération soit incomplète, irrationnelle, et fatalement condamnée à échouer. Cependant les choses ne paraissent pas se passer ainsi, et, à en juger par les faits qui ont été rappelés, et par les résultats de la cautérisation du sac lacrymal dont l'effet certain est d'en déterminer l'oblitération, celle-ci, qui ne peut être considérée d'ailleurs que comme une ressource suprême, et pour ainsi dire comme l'*ultima ratio* du chirurgien, ne constituerait pas un procédé aussi barbare qu'on a bien voulu le dire, et ne mériterait pas cette qualification sévère qui lui a été infligée.

Toutefois, à défaut d'expérience personnelle et de faits assez nombreux pour être complètement édifié sur ce point, nous entendons n'accepter qu'avec réserve les opinions qui se sont fait jour dans le cours de cette discussion, laissant à l'avenir le soin de multiplier les observations, et de donner à cette question une solution définitive.

Am. Forget,
Membre de la Société de chirurgie.

PHYSIOLOGIE.

DU SIÉGE COMMUN DE L'INTELLIGENCE, DE LA VOLONTÉ ET DE LA SENSIBILITÉ CHEZ L'HOMME ;

Par M. le docteur Max. Parchappe, inspecteur général de 1re classe des établissemens d'aliénés.

(Suite. — Voir les numéros des 1er, 15, 22 Janvier, 5, 12, 26 Février, 4 et 11 Mars.)

PREUVE PATHOLOGIQUE.

CONFIRMATION DE LA PREUVE PATHOLOGIQUE PAR LA GÉNÉRALITÉ DES OBSERVATIONS.

Bien que, pour me conformer aux principes qui me paraissent devoir être suivis dans les applications de la pathologie à la physiologie, j'aie dû n'accepter et n'invoquer comme preuves positives dans la question du siége des fonctions, que des observations pathologiques choisies, je n'ai pas prétendu frapper absolument de non-valeur toutes les autres observations, et je n'ai pas surtout renoncé à m'appuyer sur la généralité des faits pour la confirmation des doctrines dont je poursuis la démonstration.

De ce que la plupart des observations pathologiques sont réellement impropres à fournir directement et absolument des preuves décisives, il n'en résulte pas qu'il ne soit pas possible de trouver dans presque toutes, à l'aide d'une saine interprétation physiologique, la corroboration des preuves obtenues, et qu'il ne soit pas indispensable de tenir compte de toutes, au moins dans ce qu'elles peuvent avoir d'incontestablement exact.

Mais comment parvenir à vérifier la valeur démonstrative d'une masse si considérable de faits disséminés dans un si grand nombre d'ouvrages ?

Il est tout d'abord évident que la critique se trouve encore ici réduite à la nécessité de restreindre le champ des faits à apprécier.

Les faits pathologiques, que possède la science, se présentent dans ses archives sous deux conditions principales. Ils sont cités par les physiologistes qui les invoquent expressément comme preuves à l'appui de leurs doctrines sur les fonctions du système nerveux. Ils sont exposés par les pathologistes, qui les font servir, en quelque sorte accidentellement, à l'éclaircissement des questions physiologiques.

Je crois qu'il est possible d'admettre que la généralité des faits pathologiques est suffisamment représentée, pour les physiologistes, par les faits qu'ont cités Haller, Burdach Serres et Longet ; pour les pathologistes, par les faits qu'ont exposés Ollivier, Lallemand, Bouillaud et Andral.

C'est à l'appréciation critique des faits invoqués ou publiés par ces auteurs, que je restreindrai cet essai de vérification des doctrines que j'ai adoptées, par les résultats généraux de l'observation pathologique.

APPRÉCIATION DES INDUCTIONS PHYSIOLOGIQUES TIRÉES DES FAITS PATHOLOGIQUES PAR LES PHYSIOLOGISTES.

I. — Haller, qui le premier a introduit largement et méthodiquement dans la solution des problèmes physiologiques, que soulèvent les fonctions du système nerveux, les trois ordres de preuves rationnelles, empiriques et expérimentales dont la concordance équivaut à la démonstration de la vérité, est aussi le premier qui ait accordé une part notable dans cette démonstration aux preuves empiriques empruntées à la pathologie.

Les faits pathologiques, qu'il a invoqués comme preuves, ne consistent, dans son immortel traité de physiologie, qu'en de simples mentions du fait principal, tout au plus justifié par une courte citation empruntée au texte de l'observateur, et ne sont, par conséquent, pas individuellement susceptibles d'une discussion critique.

C'est par leur ensemble que ces faits avaient à ses yeux une valeur qu'ils ont encore jusqu'à un certain point conservée.

Ainsi Haller s'appuie sur l'observation pathologique pour établir que le cerveau, considéré en général, est le siége de la sensibilité, du mouvement volontaire et des facultés de l'âme.

A l'appui de cette proposition : les altérations du cerveau détruisent la sensibilité, la mémoire et l'exercice régulier de l'âme (1), il invoque comme preuves, en les empruntant aux pathologistes de son temps et du passé, les faits de commotion cérébrale, de compression temporaire ou permanente du cerveau par des épanchemens d'eau, de sang, de pus, par des hydatides, des tumeurs de diverse nature, des concrétions pierreuses ou osseuses, des corps étrangers, et les faits d'altération de la substance cérébrale par des blessures, des fractures, par l'hémorrhagie, la congestion, le squirrhe, etc.

Cette proposition est confirmée par les altérations qu'on trouve dans les maladies accompagnées de délire, dans la phrénésie, la manie, etc., savoir : congestions sanguines de la pie-mère, abcès situés entre la pie-mère et le cerveau, coloration rouge de la couche corticale, etc. (2).

Les altérations du cerveau entraînent aussi le trouble des mouvemens volontaires (3), ainsi que le prouvent les convulsions et les paralysies générales dans les cas de compression du cerveau causée par des épanchemens d'eau, de sang, de pus, par des tumeurs diverses, par les blessures et les lésions, telles que squirrhe, sphacèle, induration cartilagineuse de la couche corticale, et les paralysies d'un seul côté du corps, déterminées par les mêmes causes de compression et de lésion, portant sur un seul hémisphère, et notamment par l'inflammation de la couche corticale, par les abcès, les hémorrhagies de l'un des corps striés, de l'un des ventricules latéraux, etc.

Haller conteste, en s'appuyant sur des faits pathologiques,

(1) Haller, *Élémens physiolog.*, tome IV, sect. VII, § 15, page 298.
(2) *Ibidem*, sect. VII, § 22, page 317 et suivantes.
(3) *Ibidem*, sect. VII, § 27, 28, 29, 30, page 327 et suivantes.

---

qu'il a faite dans la hiérarchie médicale, correspond un travail scientifique nouveau ou une application nouvelle dans le domaine de la pratique. Si une pareille activité scientifique, activité féconde, n'avait pu faire ouvrir les portes de l'Institut, c'était à désespérer du travail et de l'étude. Tant pis pour ceux qui n'ont pas été justes envers M. Jobert. Nous l'avons été ici avant et pendant, nous le serons encore après, et cela même avec la certitude douloureuse de froisser des amitiés qui nous sont aussi chères que la sienne, mais, par exemple, avec le plus profond dédain pour les interprétations auxquelles rien ne peut soustraire celui qui, simplement et dignement, remplit son devoir d'écrivain.

A l'Académie de médecine, l'élection dans la section de chimie et de physique a été beaucoup moins dramatique. Après un premier scrutin, où se traduisent en général les affections, les recommandations, les consolations que l'on veut donner à ceux que l'on va immédiatement abandonner, une majorité décisive et imposante s'est manifestée en faveur de M. Wurtz. M. Wurtz est le professeur de la Faculté à qui est échu le lourd héritage de l'enseignement illustré par Orfila et par M. Dumas. J'ai hâte d'ajouter que M. Wurtz le soutient avec honneur. C'est donc une heureuse acquisition que l'Académie vient de faire, et nous y applaudissons de tout cœur. Deux vacances nouvelles viennent d'être déclarées dans cette compagnie, l'une dans la section d'anatomie, l'autre dans la section de thérapeutique. Les anatomistes sont si nombreux à Paris que l'Académie n'aura, pour cette section, que l'embarras du choix. Quant à la section de thérapeutique, l'occasion sera belle pour l'Académie de se souvenir qu'elle a laissé à la porte, il y a déjà bien des années, un des thérapeutistes les plus célèbres de notre époque, qui n'y a pas frappé depuis, et qui, si ma voix pouvait être entendue, n'y frapperait pas vainement cette fois-ci. Mais il faut qu'il y frappe. Les corporations, plus encore que les individus, ont leur dignité à conserver. Il faut qu'elles sachent que vous désirez l'honneur qu'elles peuvent vous faire, et c'est d'ailleurs un article formel du règlement.

Puisque je ne sors pas des Académies, l'occasion est naturelle de dire quelques mots de l'Académie de médecine de Belgique, qui me paraît se trouver, à cette heure, dans un grand désarroi. Je ne suis pas suffisamment renseigné sur les faits pour pouvoir les apprécier, je me borne donc à reproduire ce que je lis, à cet égard, dans le dernier numéro de la *Presse médicale belge* :

« Nous sortons de l'enceinte académique, sous l'influence d'une vive émotion.

» Aujourd'hui, à l'issue de la séance, l'honorable M. Verheyen qui la présidait, en l'absence de MM. Vleminckx et Fallot, retenus au jury d'examen, a fait à la compagnie la déclaration suivante :

« L'attention du bureau a été appelée sur la séance du Sénat du 11 » mars.

» Les membres soussignés, après en avoir mûrement délibéré, ont » décidé que la situation faite à l'Académie, leur commande de ne pas » diriger plus longtemps ses affaires et ses travaux.

» L'Académie sera invitée, dans sa plus prochaine séance, à pourvoir » à leur remplacement.

» Bruxelles, le 24 mars 1856.

Signé : Dr Vleminckx, Fallot et Verheyen. »

» C'est donc un fait accompli. Le bureau de l'Académie se retire. Que les méchans se réjouissent ; leurs projets s'accomplissent de point en point.

» Nous ne dirons pas que l'Académie est morte, mais nous dirons, avec la plus profonde conviction, qu'elle est très près de mourir.

» Nous ne sachions pas, en effet, qu'aucun académicien, quelque peu soucieux de sa dignité et de l'honneur de la compagnie, consente à recueillir, dans les conditions où l'Académie vient d'être placée, la succession des hommes honorables et éminemment capables qui viennent de résigner leur mandat.

» Jamais, en effet, on ne vit un corps savant traité avec plus de dédain et exposé à plus de déconsidération. »

C'est fort triste.

Autre mauvaise nouvelle qui m'arrive de Bordeaux. Dans une occasion récente, je rendais hommage à la Société de médecine de cette ville, foyer d'où rayonne dans plusieurs départemens voisins le feu de la science et du progrès. Eh bien ! j'apprends que, par suite de dissidences très regrettables, une grande partie de ses membres vient de donner sa démission. Je ne citerai pas des noms, mais je vois, avec peine pour la Société, que ce sont ceux de ses membres les plus considérables, les plus actifs, les plus autorisés qui se séparent d'elle. Je remercie M. Borchard de n'avoir rien laissé transpirer de cette nouvelle à notre banquet de l'*Union*, elle eût attristé notre fête. Union, très honorés confrères, union ! vous avez pris ce beau titre pour une de vos publications nouvelles ; réalisez-le ; jamais nous n'avons eu plus besoin d'entente et de concert, et rappelez-vous cette parole éternellement vraie des livres saints : Tout royaume divisé périra.

A la Faculté, l'héritage de M. Gerdy, qui laisse vacante une chaire de pathologie externe, jette aussi un peu d'animation parmi les nombreux compétiteurs. Comme à chaque vacance nouvelle, on parle de permutation. On connaît notre sentiment sur ces petits arrangemens d'intérieur et de famille, et, dans toutes ces affaires, nous n'avons jamais cherché que la question de principe, indépendamment des hommes et des convenances plus ou moins acceptables des situations. Aujourd'hui que le concours est aboli pour les chaires de professeurs, la question de leur remplacement offre, pour nous, un intérêt beaucoup moins vif. Nous laissons volontiers s'arranger les choses comme on veut ou comme on peut, bien convaincu que si, d'un bon principe, il n'est pas toujours possible de tirer de bonnes applications, d'un principe mauvais il est plus difficile encore d'en tirer de meilleures.

Et sur ce, mes bons amis, je vais voir combien les dernières gelées m'ont laissé d'abricots et de prunes.

Amédée Latour.

M. le docteur Ad. Richard commencera, lundi 7 avril, à 3 heures, le cours de pathologie externe, en remplacement de M. le professeur Jules Cloquet.

le rôle de centre du mouvement et de la sensibilité attribué au corps calleux par Bontekoe, Maria, Lancisi, Lapeyronie, aux corps striés par Willis. Il cite, à ce sujet, une observation de Lapeyronie, dans laquelle l'intelligence s'était conservée chez un épileptique, atteint de paralysie commençante d'un seul côté, dont le cerveau offrit après la mort la destruction d'une grande partie du corps strié droit (1).

Il demeure dans le doute sur le rôle précis qui doit être assigné au cervelet, dont l'action semble différer fort peu de celle du cerveau.

C'est sur les résultats de l'expérimentation chez les animaux vivans qu'il se fonde pour refuser à la couche corticale le rôle de siége de la sensibilité et de point de départ du mouvement (2).

Mais c'est en invoquant les preuves pathologiques aussi bien que les preuves expérimentales qu'il conclut par refuser à toute partie circonscrite du cerveau, telle que corps calleux, septum lucidum, glande pinéale, corps strié, et par attribuer à la substance blanche du cerveau et du cervelet, dans toute son étendue, le rôle de *sensorium commune*, de centre des sens et des mouvemens, de siége de l'âme (3).

II. — Burdach n'a pas accordé moins d'importance que Haller à l'observation pathologique dans la recherche physiologique du siége des fonctions du système nerveux. Il a même essayé, dans son magnifique *Traité de la structure et de la vie du cerveau*, à imprimer une valeur plus rigoureuse à la preuve empirique, qui peut être déduite de la coexistence des altérations organiques avec les altérations fonctionnelles, en substituant méthodiquement, à une appréciation approximative de la généralité des faits, une discussion positive des élémens anatomo-pathologiques et symptomatologiques contenus dans un nombre déterminé d'observations.

Burdach ne s'est pas dissimulé ce que devait avoir de nécessairement imparfait cette tentative anticipée d'une application de la statistique à la détermination physiologique du siége organique des fonctions du système nerveux. Il a fort bien reconnu que les 1,117 faits, par lui empruntés à un grand nombre d'auteurs pour en faire le sujet de son étude statistique, étaient loin d'offrir en eux-mêmes, soit quant à leur nature, soit quant aux conditions d'observation, tous les caractères désirables. Mais il a admis, non sans raison, qu'ainsi étudiés les faits pathologiques pouvaient fournir un appoint de probabilité empirique à l'ensemble des preuves de diverse nature sur lequel se fondent les doctrines physiologiques.

En effet, les inductions confirmatives de ses propres doctrines, que Burdach a lui-même tirées de son étude statistique des observations pathologiques, ne sont encore aujourd'hui, pour une science plus avancée, ni sans importance, ni sans valeur.

Mais l'enseignement le plus important qui me paraisse résulter de cette tentative de Burdach, c'est la démonstration de l'impuissance de la méthode statistique, appliquée à la généralité des faits, pour la détermination rigoureuse du siége organique des fonctions du système nerveux, et par conséquent la justification de la méthode de discussion individuelle des faits à laquelle j'ai eu recours; méthode qui n'exclut pas la possibilité d'obtenir pour les résultats l'autorité statistique des grands nombres, ainsi que le prouvent les faits de folie paralytique que j'ai invoqués, ainsi que le prouveront, je l'espère, pour les autres maladies, les observations pathologiques de l'avenir.

Pour appliquer la méthode statistique aux 1,117 observations pathologiques, dont il pouvait disposer, voici comment Burdach a procédé.

Il a rapporté les altérations pathologiques des diverses parties de l'encéphale, contenues dans ces observations, pour leur nature, à 19 espèces, savoir : épanchement de sang, accumulation séreuse, suppuration, atrophie, ulcération, hypertrophie, ramollissement, induration, excroissance, désorganisation, hydatides, concrétions, commotions, plaies, corps étrangers, dépression du crâne, extravasation sanguine, gangrène, carie des os (4); pour leur siége, aux parties principales suivantes, en distinguant les membranes, la surface et la substance profonde, savoir : moelle allongée, cervelet, pont, queue du cerveau, ventricules latéraux, tubercules quadrijumeaux, couches optiques, corps striés, glande pinéale, corps pituitaire, cloison, voûte, corps calleux, lobes supérieurs, inférieurs, postérieurs, antérieurs (5).

Il a rapporté les altérations fonctionnelles constatées pendant la vie à 39 symptômes principaux, savoir : douleur, vertige, délire, folie et manie, assoupissement, apoplexie, affaiblissement de l'intelligence et imbécillité, diminution et perte de la mémoire, troubles du sentiment, affaiblissement de la vue et cécité, dureté de l'ouïe et surdité, paralysie générale des membres, spasmes généraux et épilepsie, paralysie des deux membres d'un côté, paralysie dominante ou exclusive du membre supérieur ou de l'inférieur, paralysie ou crampes des mâchoires, paralysie de la langue, embarras de la parole, difficulté de la déglutition, spasmes et paralysie des muscles du cou, des muscles de l'œil, de la paupière supérieure, des muscles externe ou interne, affection des pupilles, trouble de la respiration, constipation, diarrhée, évacuations involontaires, accidens gastriques, amaigrissement, troubles de l'appareil urinaire, de l'appareil sexuel (1).

Puis, dans autant de tableaux, il a constaté, pour chacun des symptômes principaux, le nombre des cas dans lesquels a été observée la coïncidence du symptôme avec une des altérations définies, ayant pour siége l'une des parties distinguées (2).

Pour donner une idée exacte de la méthode employée par Burdach, et pour faciliter l'appréciation de la valeur des résultats qu'elle comporte, je ne crois pouvoir mieux faire que de résumer ici celui de ses tableaux qui se rapporte au délire.

Tableau 7. DÉLIRE (3).

SIÉGE DES ALTÉRATIONS.	Suppuration.	Ramollissement.	Accumulation séreuse.	Désorganisation.	Épanchement sanguin.	Altérations diverses.	Total.
Moelle allongée	1	1	1	»	1	»	4
Cervelet : membranes	»	»	»	1	»	2	3
surface	2	»	»	2	»	»	4
substance	2	»	»	5	»	»	7
totalité	»	5	1	»	2	3	11
Pont	»	2	»	2	»	»	4
Queue du cerveau	2	1	»	»	»	»	3
Ventricules latéraux	9	1	27	2	1	2	42
membrane	»	»	»	»	»	2	2
plexus vasculaires	»	»	»	2	»	3	5
Tubercules quadrijumeaux	2	»	»	»	»	2	4
Couches optiques	1	»	»	»	1	2	4
Corps striés	2	3	»	1	2	»	8
Glande pinéale	»	»	1	1	»	3	5
Cloison	»	2	»	»	»	1	3
Voûte	»	7	»	1	»	»	8
Corps calleux	1	6	»	2	2	»	11
Cerveau : membranes	»	»	»	2	»	6	8
surface	2	»	»	1	3	»	6
substance	4	»	»	2	2	»	8
totalité	»	10	15	»	»	6	31
Lobes supérieurs : membranes	»	»	»	»	»	1	1
surface	5	»	»	»	1	»	6
substance	9	»	»	»	4	6	19
totalité	»	5	1	»	»	9	15
Lobes inférieurs : membranes	»	»	»	»	»	1	1
totalité	»	5	1	»	»	3	9
Lobes postérieurs : membranes	»	»	»	»	»	1	1
surface	2	»	»	»	1	1	4
substance	7	»	»	»	1	1	9
totalité	»	2	»	2	»	1	5
Lobes antérieurs : membranes	»	»	»	»	»	1	1
surface	8	»	»	»	3	»	11
substance	7	»	»	»	»	»	7
totalité	»	5	2	2	»	5	14
	71	51	48	28	24	62	284

L'appréciation des résultats mis en évidence par ce tableau ne peut laisser aucun doute sur l'impuissance radicale de la méthode employée pour toute détermination rigoureuse du siége organique des fonctions. Que conclure, en effet, de ces résultats, si ce n'est que le siége organique de l'intelligence ne peut être empiriquement déterminé au moyen de l'observation pathologique, qui nous montre le délire se produisant presque indifféremment dans toute altération d'une partie quelconque de l'encéphale? On n'arrive ainsi qu'à la démonstration empirique de la doctrine physiologique, qui, remontant jusqu'à l'auteur du livre de la maladie sacrée, attribue à l'encéphale en masse le rôle d'organe de l'âme.

D'autres enseignemens peuvent pourtant être déduits de ces résultats de l'observation pathologique et ce sont là précisément ceux que Burdach leur a demandés.

Le degré de fréquence de la manifestation pathologique du délire, dans son rapport avec le siége des altérations organiques, permet de reconnaître l'existence d'un lien plus étroit avec la fonction intellectuelle, pour les parties de l'encéphale dont la lésion pathologique entraîne le plus fréquemment la lésion fonctionnelle. Ainsi, sur les 284 observations dans lesquelles a existé le délire, la lésion avait pour siége, dans 248, une partie du cerveau proprement dit, dans 156, les membranes, la surface ou la substance blanche des hémisphères cérébraux.

En rattachant la fonction de l'intelligence plus étroitement aux hémisphères du cerveau et à leur partie périphérique, ces résultats de l'observation pathologique se rapprochent des résultats de l'expérimentation sur les animaux vivans, sans toutefois atteindre la valeur de preuve démonstrative. Mais, comme eux, ils laissent sans solution la question des rôles spéciaux et distincts de la couche corticale et de la substance blanche.

En définitive, l'étude faite par Burdach, en 1826, sur les faits pathologiques, que lui fournissait la science à cette époque, malgré ses efforts pour en rendre les applications aussi rigoureuses que possible, ne l'a pas conduit beaucoup au delà de ce que Haller avait déjà obtenu.

Si cette étude n'a pas été plus féconde, il n'en faut pas seulement accuser l'inaptitude de la méthode, mais encore et surtout la nature des faits employés.

En effet, bien que Burdach ait pu faire ressortir des 1,117 observations la constatation d'un grand nombre d'espèces distinctes de trouble fonctionnel, les faits ne lui ont pas permis de distinguer dans la paralysie celle qui portait exclusivement ou simultanément sur la sensibilité, et dès lors tous ces faits se trouvent réellement sans valeur pour la détermination du siége organique de la sensibilité, et par conséquent aussi pour la détermination du siége de l'intelligence et de la volonté.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) *Ibidem*, sect. VII, § 33, page 343.
(2) *Ibidem*, sect. VIII, § 23, page 392.
(3) *Ibidem*, sect. VIII, § 23, page 393, et § 25, page 396.
(4) Burdach, *Vom Baue und Leben des Gehirns*, 1826, § 652, tome III, page 279.
(5) *Ibidem*, tableaux, pages 297 à 320.

(1) *Ibidem*, § 653 à 709, pages 278 à 296.
(2) *Ibidem*, pages 297 à 320.
(3) *Ibidem*, page 302.

BIBLIOTHÈQUE.

SUR L'INSUFFISANCE DES VALVULES AORTIQUES, AVEC DES CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES MALADIES DU CŒUR;

Par le docteur P.-F. da Costa Alvarenga, de Lisbonne, médecin de l'hôpital San José de Lisbonne, etc.

Parmi les nombreuses découvertes dont l'art de guérir s'est enrichi depuis le commencement de ce siècle, on doit placer en première ligne la connaissance des maladies du cœur. En effet, soit que l'on considère la nature, le caractère des lésions si variées de l'organe central de la circulation ou leur fréquence et leur gravité; soit qu'on envisage les complications, bien plus variées encore, auxquelles donne lieu la moindre altération physiologique ou pathologique de cet organe, par son retentissement immédiat sur tout l'organisme, où elle porte aussitôt le trouble et la douleur, on est frappé de l'importance, de l'utilité de cette conquête. Et si, revenant un instant sur le passé, on interroge l'état de la science à cet égard, on est effrayé de l'ignorance qui régnait sur ce point de pathologie, du chaos et de la confusion qui existaient entre le mal principal et ses lésions symptomatiques, des méprises, des erreurs funestes qui pouvaient en résulter, et l'on apprécie d'autant mieux ainsi les bienfaits de cette grande découverte. Enfin, ce qui lui imprime encore plus de valeur, c'est qu'elle s'est faite et perfectionnée au moyen de l'auscultation, la percussion, la palpation, la mensuration et tous ces procédés physiques, mathématiques, fixes et invariables, inventés et appliqués par le génie du progrès moderne, et qui placent cette précieuse découverte au-dessus du hasard, du doute et de l'erreur.

C'est d'ailleurs avec un sentiment d'orgueil national et professionnel que nous pouvons parler de cette conquête, car c'est surtout à la médecine française que la science en est redevable, ainsi que des procédés précis et exacts d'investigations qui ont servi à la faire. N'est-ce pas Corvisart qui, le premier, appliqua la percussion à l'étude des maladies du cœur? Et depuis les bases posées sur ce point par ce sagace observateur, cette clinique de la Charité, où il fit ses leçons, n'est-elle pas devenue, de l'assentiment général, le centre le plus célèbre des études, des observations, des recherches et des enseignemens sur ce sujet? N'est-ce pas là que sont venus successivement se former, s'instruire, se perfectionner cette multitude d'élèves nationaux et étrangers des divers points du globe, qui, devenus maîtres habiles à leur tour, se sont distingués sur ce point en répandant et propageant partout les connaissances qu'ils avaient acquises à ce foyer de lumières? On peut même dire que les découvertes, les développemens, les perfectionnemens physiologiques ou pathologiques, et tout ce qui s'est fait à cet égard, émane, découle de cette source féconde d'observations cliniques, d'enseignemens précieux, car la plupart de leurs auteurs y avaient puisé auparavant d'une manière directe ou indirecte. Mais que l'on soit d'accord ou non sur cette origine toute française de la cardio-pathologie, il est du moins incontestable que nous avons le plus contribué par nos écrits et nos travaux à édifier cette partie de notre art. L'Angleterre et l'Allemagne ne viennent qu'après comme toutes les autres nations qui y ont plus ou moins coopéré avec elles.

Jusqu'ici aucun écrit de ce genre n'avait été publié en Portugal, et il vient d'être réservé à M. le docteur Alvarenga de faire paraître le premier, un travail spécial sur cette matière. Or, il faut le dire, M. Alvarenga fait partie de cette réunion de praticiens distingués que compte aujourd'hui l'ancienne Lusitanie, et qui concourent, chacun dans une sphère spéciale, à la rédaction de la *Gazeta medica*, pour répandre et propager les idées, les doctrines modernes sur l'art de guérir, les nouvelles méthodes d'investigation et tout ce qui peut contribuer aux progrès de la science. Mais, quoique intimement familiarisé avec tous les écrits sur la cardio-pathologie, surtout ceux d'origine française, cet auteur n'a pas voulu mettre au jour le fruit de ses recherches et de ses observations sans venir préalablement s'éclairer à ce foyer de la clinique française. Imitant les exemples, trop négligés de nos jours, d'Hippocrate, de Galien et de tous les médecins voyageurs de l'antiquité, il quitta sa patrie et vint étudier les maladies du cœur parmi nous à la Charité, à l'Hôtel-Dieu et autres cliniques; puis il alla de même en Belgique et en Allemagne. Il put ainsi s'identifier avec cette méthode d'observation, d'investigation, mise en usage surtout dans les maladies du cœur, et recueillir, sur ce sujet, un bon nombre de faits qu'il ajouta à ceux qu'il avait observés antérieurement, dans son propre service, à l'hôpital S. José de Lisbonne, et dont il forma le fondement de son travail.

Cet ouvrage repose ainsi sur 60 observations originales, authentiques, qui ont servi d'appui à l'auteur pour discuter certains points de doctrine restés en litige. Ne pouvant rapporter tous ces faits en détail, il a exposé, en résumé, ceux qui lui ont paru le plus propres à démontrer les signes caractéristiques de l'insuffisance des valvules aortiques, but essentiel de son travail. Or, dans toutes ces histoires, le docteur Alvarenga se montre observateur aussi patient et zélé que juste et sévère. Il a non seulement employé avec soin, pendant la vie et après la mort, tous les moyens d'investigation que la science mettait en son pouvoir, il a encore renchéri sur l'exactitude et la précision observées avant lui en pareille matière. Son esprit rigoureux ne s'est pas contenté de l'inspection pour faire certaines évaluations par *à peu près*, il a voulu les déterminer d'une manière positive, et il a été conduit ainsi à créer et ajouter de nouveaux perfectionnemens à la méthode d'observation. Il a exprimé, par exemple, les variations des battemens et des bruits anormaux du cœur par les tons de la musique; il a pesé le cœur; il a mesuré les parois des ventricules, le diamètre et la circonférence des orifices au moyen du compas et du mètre; enfin, il a déterminé la capacité des

cavités au moyen d'une formule géométrique, etc., etc. ; mais, dans la crainte d'omettre quelques détails importans dans la description de ces nouveaux procédés d'investigation, nous laisserons parler l'auteur.

« Les faits qui servent de base à ce mémoire ont été soigneusement recueillis, non seulement à l'hôpital S. José de Lisbonne, mais encore dans plusieurs hôpitaux de Paris et de Belgique, dans les cliniques des maîtres les plus distingués. Pour diriger notre observation de la meilleure manière possible et éviter les causes d'erreurs, nous avons négligé tout autre travail et visité les malades tous les jours, à diverses heures, choisissant de préférence le moment où règne le plus grand silence dans les salles pour mieux apprécier les phénomènes acoustiques relatifs à l'appareil circulatoire et spécialement à ceux de l'organe central. De cette manière, nous pûmes vérifier des faits que le bruit des salles empêche de percevoir en d'autres momens.

» Les phénomènes déterminés par l'auscultation, la percussion, l'inspection, la palpation, furent soigneusement observés et notés. Nous n'avons pas indiqué un bruit anormal, par exemple, sans marquer le temps de la révolution cardiaque, durant laquelle il avait lieu, de même que son intensité, son ton, son timbre, sa durée, son étendue, son degré de moyenne intensité, la direction de sa propagation, etc.; et comme il est très difficile d'exprimer par des paroles ces qualités d'un bruit quelconque, nous avons eu recours à la musique pour les indiquer, comparant les différens sons entre eux, pour en mieux faire ressortir les différences.

» Les investigations microscopiques furent aussi minutieuses que le cas l'exigeait. Nous avons examiné attentivement toutes les parties du cœur, et signalé toutes les différences que cet organe offrait avec l'état normal; nous avons eu recours aux moyens d'examen les plus rigoureux; prenant le poids du cœur, les dimensions des pièces de cette merveilleuse machine, les diamètres et la circonférence de ses orifices, etc., etc.

» Étant certain que les différentes parties du cœur peuvent s'altérer isolément ou simultanément, que l'une de ses cavités, par exemple, peut s'amplifier quand les autres conservent leurs dimensions ou se rétrécissent, que ses orifices peuvent garder ou perdre les proportions normales avec les cavités correspondantes, il est clair que vouloir juger l'état du cœur, évaluer la dimension de ses parties, la relation de capacité de ses cavités, soit entre elles, ou avec ses orifices, par la simple inspection ou par les simples dimensions externes du cœur, c'est s'exposer à des erreurs, car cette méthode d'évaluation, simple, facile et commode, il est vrai, est extrêmement vicieuse et insuffisante.

» Le poids du cœur fut pris après avoir séparé les artères au niveau de la marge libre des valvules sigmoïdes, les veines près de leur embouchure dans le cœur, et avoir retiré le sang de cet organe. Les dimensions des diverses parties furent évaluées au moyen du compas, du mètre et de ses divisions. La hauteur ou diamètre vertical est représentée par la distance existant depuis l'origine de l'aorte, près de la base du ventricule gauche jusqu'à la pointe du cœur. La largeur, ou diamètre transversal, est représentée par une ligne tirée à la bases des ventricules d'un bord du cœur au point correspondant du bord opposé.

» La circonférence fut mesurée avec une ligne appliquée extérieurement à la base des ventricules.

» L'épaisseur des parois des cavités cardiaques fut prise de la manière suivante : une première incision perpendiculaire était faite sur le ventricule gauche et allait le long du bord gauche jusqu'aux oreillettes sur leur face supérieure ; sur le ventricule droit, deux incisions étaient pratiquées, dont l'une commençait à la valvule pulmonaire antérieure jusqu'à la moitié de la hauteur du ventricule, et l'autre partait de ce point pour se terminer au sommet du même ventricule. Nous appliquions ensuite sur les bords de ces incisions les branches du compas, et en mesurant leur écartement avec le mètre nous en avions la mesure exacte. Nous eûmes toujours soin de ne pas comprendre entre les branches du compas les colonnes charnues libres et flottantes. Nous avons adopté ce procédé pour donner plus d'exactitude. Quant aux changemens de forme ou de volume des colonnes charnues, comme ils ne suivent pas proportionnellement les variations d'épaisseur des parois cardiaques proprement dites, et étant difficile, en outre, d'appliquer les branches du compas sur des points exactement correspondans, il s'ensuit que la mesure de la grosseur de ces fibres varierait suivant toutes ces circonstances. Pour ce motif, nous n'avons pas indiqué séparément les altérations de volume ou autres des colonnes charnues.

» Comme la cavité du ventricule gauche est en relation immédiate avec l'orifice aortique où se passe la maladie dont nous nous occupons, nous avons pris les mesures nécessaires pour déterminer sa capacité par un procédé plus rigoureux que ceux indiqués jusqu'ici dans les ouvrages sur les maladies du cœur.

» Le ventricule gauche ayant approximativement la forme d'une pyramide conique, il suffit de connaître sa hauteur et la superficie de la base pour trouver sa capacité, puisque le volume d'une pyramide conique s'évalue en multipliant la base par le tiers de la hauteur, c'est-à-dire $V = S \times 1/3\,H$.

» La hauteur fut prise directement ; la superficie de la base fut calculée suivant les règles de la géométrie, en multipliant la circonférence de la base au moyen du rayon ou quart de diamètre.

» Nous avons ainsi réduit ce procédé mathématique pour mesurer la capacité du ventricule gauche à la solution de cette forme : $7c^2H/264$ (1).

» Nous ne croyons pas que personne ait indiqué ce procédé d'évaluer la capacité du ventricule, du moins nous ne l'avons lu dans aucun ouvrage ni vu employer dans aucun des hôpitaux étrangers que nous avons visité. Dans tous les cas, il nous paraît, par son uniformité et son exactitude, préférable aux méthodes peu régulières généralement employées. »

On peut juger dès lors de la valeur de ces perfectionnemens, de leur application dans les observations cliniques du docteur Alvarenga, et subsidiairement, du livre même dont ces perfectionnemens et ces observations constituent la partie essentielle. Quant à nous, ils nous semblent de nature à être hautement appréciés par tout esprit rigoureux et à ne pas être désavoués par l'école même de la Charité ; car si elle ne les a pas inspirés, ils ne rentrent pas moins tout à fait dans son programme, et conduisent directement à cette médecine exacte qu'elle professe et qu'elle pratique. Cet ouvrage ne peut donc manquer d'éveiller la curiosité parmi nous, et ceux qui s'adonnent à l'étude particulière des maladies du cœur désireront bien certainement le voir traduire en français. Il mérite d'autant plus d'être connu, examiné, discuté parmi nous, qu'il participe de l'unité d'origine dont nous avons parlé en commençant et se rattache étroitement aux doctrines françaises par les nouveaux perfectionnemens qu'il contient. Espérons donc qu'à cette courte citation succèdera bientôt une traduction entière de ce livre (1).

Dr P. GARNIER.

(1) c Circonférence de la base du ventricule gauche ; H hauteur du même ventricule.

(1) Depuis que cet article est écrit, la traduction de l'ouvrage de M. Alvarenga a été publiée chez J.-B. Baillière.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS,

Séante à la Faculté de médecine.

Séance du 1er Décembre 1855. — Présidence de M. BRIERRE DE BOISMONT.

La Société médicale d'émulation renouvelle, ainsi qu'il suit, son bureau pour l'année 1856 :

MM. Herpin (de Genève), président ;
Am. Forget, vice-président ;
Fournet, secrétaire général ;
Clairin, secrétaire annuel ;
Camille de Laurès, trésorier.

Le comité de publication se compose de MM. le secrétaire général, Larrey, Gillette.

Nous avons rapporté, dans notre numéro du mardi 29 janvier dernier, une observation d'un haut intérêt pratique, communiquée à la Société médicale d'émulation et à la Société du 10me arrondissement, par M. Fournet. Nous la résumons en quelques mots, et nous faisons suivre ce résumé de la discussion à laquelle cette communication a donné lieu à la Société médicale d'émulation.

Mme A..., âgée de 32 ans environ, avait été prise, à 15 ans, des accidens ordinaires à la métro-péritonite ; à 16 ans, les règles parurent ; dès l'âge de 17 ans, chaque période menstruelle fut précédée et accompagnée de souffrances qui se sont reproduites chaque mois et ont graduellement augmenté, jusqu'à devenir intolérables. C'est l'excès de ces douleurs qui force Mme A..., après quinze ans de patience, à venir consulter à Paris et à se laisser examiner au spéculum. M. Fournet constate qu'une membrane fibreuse, épaisse, nacrée, coiffe le museau de tanche ; libre par ses deux faces, adhérente par son contour, cette membrane couvre, comme d'un voile, l'orifice utérin, et ne laisse d'écoulement possible au sang menstruel que par une petite échancrure latérale ; encore cette voie d'écoulement est-elle très indirecte et très difficile. Un mariage de plusieurs années, avec un homme bien constitué, était resté stérile. — M. Fournet propose à la malade une opération qui doit supprimer, avec cette membrane fibreuse, la cause évidente des souffrances menstruelles, la cause probable de la stérilité. La malade l'accepte. Nous avons donné, dans notre numéro du 29 janvier 1856, les principaux détails de l'opération pratiquée par M. Fournet. L'opération réussit pleinement. Les souffrances menstruelles diminuent à chaque période nouvelle qui suit l'opération ; tout fait croire que ce qui en reste encore va disparaître ; et on est autorisé à penser que la jeune veuve, si elle se remarie, aura les joies de la maternité, car l'obstacle à la fécondation est supprimé, comme l'obstacle à la menstruation.

M. FOURNET, interrogé par les membres de la Société médicale d'émulation sur l'origine qu'il attribue à cet obstacle membraneux, y voit un produit pathologique plutôt qu'un vice de conformation. Il rappelle, à ce propos, la métro-péritonite qui a eu lieu à l'âge de 15 ans, et expose l'enchaînement logique de cet accident avec les faits de l'observation.

M. HERPIN croit plus volontiers à une cause congéniale, et rappelle un fait qui a, dit-il, quelque analogie avec celui de M. Fournet. Le vagin était divisé, dans toute sa longueur, par une cloison qui en formait ainsi deux canaux : l'un, plus large, par où s'opérait le coït, se terminait par un cul-de-sac ; l'autre, plus étroit à la vulve, s'élargissait vers le fond, et aboutissait au col utérin. Le chirurgien détruisit la cloison, et la femme devint enceinte. M. Herpin demande à M. Fournet pourquoi il a eu recours à la cautérisation et à l'emploi d'une mèche.

La division du vagin en deux moitiés latérales par une cloison longitudinale est un fait parfaitement connu des anatomo-pathologistes, dit M. FOURNET, et classé par eux tous parmi les vices de conformation. Cette division en deux moitiés latérales par une cloison médiane s'étend quelquefois jusque dans l'utérus lui-même. Mais il n'y a aucune analogie entre cette monstruosité et le fait que je viens de communiquer. Dans ce dernier, la membrane anormale n'a aucun rapport, aucune attache ni avec l'intérieur du vagin, ni avec l'intérieur de l'utérus. C'est tout simplement un tissu fibreux, irrégulier, comme les produits pathologiques, apposé devant l'orifice utérin, recourbé en coiffe sur le museau de tanche, et adhérant à son pourtour par un épanouissement fibreux, comme il est ordinaire aux membranes de nouvelle formation. — La cautérisation a eu pour but la destruction de ces racines fibreuses dans la substance même du col, pour prévenir leur végétation possible. L'introduction d'une mèche de pansement entre les deux lèvres de l'orifice utérin avivées par l'opération, avait pour but et a eu pour effet de prévenir leur adhérence pendant le cours de la cicatrisation.

M. FORGET s'accuse de ne pouvoir se bien rendre compte de l'état des parties ; il désirerait quelques détails de plus sur la forme, les attaches de cette membrane, surtout sur ses connexions vasculaires avec le tissu du col de l'utérus, et sur l'existence ou la non-existence, sur le col utérin, de ces granulations que M. Récamier appelait des graines de polypes. Ces circonstances pourraient aider à déterminer la nature de la membrane.

M. FOURNET rappelle qu'il a précisé avec soin la *forme*, l'étendue, les rapports, les attaches, l'échancrure de la membrane en question, et le degré d'obstacle qu'elle apportait à la menstruation. Quant à sa nature, elle est parfaitement déterminée par sa forme membraneuse, son aspect nacré, sa densité, sa résistance, son mode d'enracinement : c'est une membrane fibreuse. Sans doute, il eût pu être intéressant de savoir s'il y avait des communications vasculaires entre les attaches de cette membrane et le tissu même du col ; mais comment faire cette recherche dans le fond obscur du vagin ? Pendant le travail inflammatoire qui a suivi l'opération, et seulement alors, il a paru quelques granulations sur un des côtés du col, au delà de la surface d'opération ; mais des moyens antiphlogistiques d'abord, puis des injections avec l'eau d'Enghien, les ont rapidement fait disparaître.

M. BARTH attache d'autant plus d'importance à l'observation communiquée par M. Fournet, qu'il n'en connaît pas de semblable. Il a observé plusieurs fois des faits analogues à celui de M. Herpin, une division longitudinale du vagin et quelquefois de l'utérus, par une cloison complète ou incomplète, ou seulement ébauchée, sans dédoublement des trompes et des ovaires ; mais ces vices de conformation ne ressemblent en rien au fait de M. Fournet.

M. DEPAUL rapporte deux observations, qu'on peut rapprocher de celle qui est l'objet du débat, et qui appuient l'opinion de M. Fournet sur l'origine pathologique de la membrane en question : M. Depaul a rencontré, dans le courant de l'année 1855, deux cas d'oblitération complète du col, l'une chez une femme à terme, l'autre chez une femme enceinte de sept mois. La première était en travail depuis six jours quand M. Depaul fut appelé. Un premier examen l'avait laissé dans une incertitude complète. Le col était complétement bouché par un diaphragme membraneux. M. Dubois, appelé en consultation, confirma cet état de choses, et ne put trouver aucune trace d'ouverture. On incisa le diaphragme et l'accouchement se fit heureusement, malgré un vice de conformation du bassin. La femme de la seconde observation était atteinte de vomissemens incoercibles qui dégénérèrent bientôt en violentes attaques d'éclampsie. On crut devoir provoquer l'avortement par le moyen de douches vaginales ; c'est en introduisant la canule, que M. Depaul s'aperçut de la complète oblitération du col de l'utérus par une membrane. La membrane fut incisée, l'accouchement se fit, mais la malade succomba au profond marasme dans lequel elle était tombée. Voilà bien deux cas, dit M. Depaul, de formation accidentelle d'une membrane au devant du col utérin. L'origine purement pathologique et non congéniale de ces membranes ne saurait être douteuse, car ces deux femmes avaient eu des accouchemens antérieurs. Quant à l'origine de ces membranes, M. Depaul l'attribue à des déchiremens et à la formation d'un tissu cicatriciel à la suite des premiers accouchemens qui, en effet, avaient été fort difficiles.

M. CAFFE rapporte encore un fait analogue à ceux de MM. Fournet et Depaul. Il fut appelé, en 1833, auprès d'une femme en travail d'accouchement depuis longtemps. MM. Velpeau, Lenoir, Félix Hatin, appelés en consultation, constatèrent, avec M. Caffe, une oblitération complète du col par une membrane cicatricielle produite, selon toute apparence, par des tentatives d'avortement au moyen d'injections caustiques. Une sorte d'opération césarienne sur cette membrane cicatricielle, pratiquée par M. Caffe, permit à l'accouchement de se faire heureusement pour la mère et pour l'enfant.

M. FOURNET rapproche les faits de MM. Caffe et Depaul de celui qu'il a communiqué. Ces faits se confirment mutuellement ; la membrane d'oblitération du col utérin, a, chez tous, une origine pathologique incontestable : dans le premier cas, une métro-péritonite fort grave, subie à l'âge de 15 ans ; dans le second cas, des déchiremens utérins fermés par une membrane cicatricielle ; dans le troisième cas, des brûlures vagino-utérines produites par des injections caustiques et guéries par une cicatrisation membraneuse. Le diaphragme, que j'ai supprimé par l'opération décrite, ajoute M. Fournet, était sans doute la dégénérescence fibreuse d'une couche pseudo-membraneuse déposée sur le col utérin par la métro-péritonite qui a eu lieu à l'âge de 15 ans. C'est le sort ordinaire des fausses membranes très anciennes de dégénérer en tissu fibreux. Si la malade de cette observation eût pu être fécondée par l'échancrure de la membrane qui donnait issue au sang des règles, on se serait trouvé, au moment des douleurs de l'accouchement, dans la situation où se sont touvés MM. Caffe et Depaul, et dans la nécessité de faire comme eux.

Les oblitérations du col de l'utérus, les déformations des organes vagino-utérins, doivent donc être rangées dans deux classes bien distinctes : la classe des vices de conformation, la classe des altérations pathologiques. On a, aujourd'hui, plus de tendance vers la première que vers la seconde de ces interprétations ; c'est en partie pour combattre, par un fait, cette tendance un peu exclusive, ajoute M. Fournet, que j'ai communiqué ce fait à la Société ; mais c'est surtout pour faire ressortir l'importance, la nécessité absolue de l'examen au spéculum, dans tous les cas de stérilité et de souffrance quelconque des organes génito-utérins, et la facilité avec laquelle l'opérateur, guidé par cet examen, peut quelquefois remédier aux plus grands inconvéniens. Si Mme A... s'y fût décidée plus tôt, elle aurait pu s'éviter quinze années de grandes souffrances, et avoir le bonheur, tant ambitionné par elle, d'être mère.

M. FORGET croit, comme M. Fournet, que la membrane incisée chez cette malade était de nature pathologique, et était le reliquat fibreux d'une ancienne fausse membrane. Mais il est plus disposé à voir les origines de cette fausse membrane primitive dans une exsudation sanguine organisée, ou dans une végétation née elle-même de l'érosion du col utérin, que dans les effets d'une métro-péritonite.

M. LARREY pense, au contraire, que la métro-péritonite grave qui a eu lieu à l'âge de 15 ans, et la transformation successive des produits consécutifs à l'inflammation, sont l'explication la plus naturelle, la plus plausible du fait en discussion.

Le secrétaire général, Dr FOURNET.

NOTICE MÉDICALE sur les BAINS DE MER

De BIARRITZ (Basses-Pyrénées)

DU DOCTEUR R. AFFRE,

Médecin inspecteur de ces bains, lauréat de l'Académie impériale de médecine de Paris, Directeur des secours du Sauvetage, et membre correspondant de plusieurs Sociétés médicales.

TABLE DES CHAPITRES :

INTRODUCTION.
CHAP. Ier. Des caractères physiques et chimiques de l'eau de mer.
CHAP. IIe. Des divers moyens d'employer l'eau de mer.
CHAP. IIIe. Des règles à suivre dans l'emploi des bains de mer.
CHAP. IVe. Des plages de Biarritz.
CHAP. Ve. Des bains de mer chauds et des bains de sable marin.
CHAP. VIe. Des effets généraux des bains de mer froids.
CHAP. VIIe. Des effets thérapeutiques des bains de mer froids.
CHAP. VIIIe. Considérations sur les maladies de la peau guéries par les bains de mer, avec des observations de guérison.
CHAP. IXe. Des maladies des femmes guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
CHAP. Xe. De quelques causes de stérilité guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
CHAP. XIe. des contre-indications des bains de mer froids avec des observations à l'appui.
CHAP. XIIe. Des accidens produits par l'abus ou la fausse application des bains de mer, avec des observations à l'appui.
Quelques mots sur la cause principale, sur les symptômes et le traitement du choléra, qui a sévi dans le département des *Basses-Pyrénées*.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*. — Prix : 2 fr.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc., etc., avec une *Introduction* par M. Amédée LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique, etc. — *Deuxième édition* revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'École de médecine.

Traité d'hygiène navale ou de l'Influence des conditions physiques et morales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre et des moyens de conserver sa santé ; par le docteur J.-B. FONSSAGRIVES, professeur à l'École de médecine navale de Brest. Un beau volume in-8 de 800 pages, illustré de 57 planches intercalées dans le texte. — Prix : 10 fr.

Paris, 1856, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Précis des maladies du foie et du pancréas ; par V.-A. FAUCONNEAU-DUFRESNE, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies du département de la Seine, lauréat de l'Académie impériale de médecine et de l'Institut de France, membre de la Société de médecine de Paris et d'autres Sociétés savantes ; chevalier de la Légion d'honneur.

Librairie centrale de Napoléon Chaix et comp., éditeurs, rue Bergère, 20, 1856. Un volume de 500 pages, format anglais, élégamment cartonné, 5 fr. ; dans les départemens, *franco*, 6 fr. 50 c.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 43. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 8 Avril 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. DERMATOLOGIE : Note sur l'hydrocotyle asiatique ; observation d'un cas mortel de lèpre tuberculeuse. — II. REVUE GÉNÉRALE : De l'emploi de la glycérine dans le traitement des maladies de la peau. — De l'emploi de la glycérine dans le traitement du prurigo. — Choléra-morbus transmis de l'homme à la poule par des matières cholériques mêlées aux alimens. — Du chloroforme introduit dans l'oreille pour calmer l'odontalgie. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médico-pratique* : Moyen d'empêcher sûrement l'écoulement de l'urine dans l'incontinence chez l'homme. — Sur la thoracentèse. — IV. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

DERMATOLOGIE.

NOTE SUR L'HYDROCOTYLE ASIATIQUE ; — OBSERVATION D'UN CAS MORTEL DE LÈPRE TUBERCULEUSE.

Moins graves que les espèces de lèpre décrites par M. Quoy, inspecteur général du service de santé de la marine, dans la relation des deux voyages de circumnavigation qu'il a successivement accomplis sous les ordres de M. Freycinet, à bord de l'*Uranie*, et de M. Dumont-d'Urville, à bord de l'*Astrolabe*, la lèpre tuberculeuse et la lèpre éléphantisique sont des affections cruelles qui font le désespoir des malades et des médecins dans nos colonies intertropicales. La transmissibilité du mal, sans être démontrée d'une manière irréfragable, reste l'objet des croyances vulgaires, et l'incurabilité trop souvent constatée a conduit les administrations locales à des mesures de séquestration devenues plus sévères depuis que le nombre des cas semble s'accroître.

La lèpre tuberculeuse atteint le plus souvent les noirs et les gens de condition misérable, dont l'organisme subit les altérations générales que déterminent le mépris des règles les plus simples de l'hygiène et surtout une alimentation insuffisante, jointe au manque de protection contre les intempéries, par des vêtemens et une habitation convenables. Néanmoins, elle n'épargne pas des personnes qu'une condition sociale élevée semblerait devoir mettre à l'abri d'accidens pareils, et si, parmi ces dernières, les cas sont assez rares, ils n'en sont pas moins graves et ont un grand retentissement qui provoque un effroi légitime.

Il n'est donc pas étonnant que la classe éclairée qui habite nos colonies accueille avec empressement toute annonce d'un médicament nouveau, lequel, en sa qualité de médicament nouveau, doit faire des prodiges jusqu'à ce qu'une observation un peu sérieuse vienne démontrer l'inanité des espérances conçues. Ces déceptions, qui se renouvellent si fréquemment, devraient mettre en garde et le public, et les médecins, et les préconisateurs ; mais il est rare que les promesses, ou que les spéculations scientifiques ne correspondent point aux vœux des gens du monde qui aiment à être innocemment abusés, pourvu que les propositions, énoncées avec conviction et bien présentées, occupent leur esprit et flattent leurs desirs.

Tel est le secret de la réputation qu'a, tout d'un coup, acquise l'*hydrocotyle asiatique* appliquée au traitement de la lèpre.

On se rappelle que c'est au docteur Boileau de l'île Maurice (ancienne Ile-de-France) que l'on doit la connaissance de ce traitement. M. Boileau était lépreux lui-même, et, désolé de l'impuissance des méthodes acceptées par la science médicale, il se confia à un moyen empirique qui lui fut désigné, je crois, par quelques naturels du pays, où l'on professe un véritable culte pour les propriétés médicinales attribuées depuis longtemps à diverses espèces du règne végétal.

Si l'on voulait examiner la question de près, on parviendrait peut-être à établir que l'emploi de l'hydrocotyle était la base d'un traitement contre la lèpre, tenu secret par une dame Ribi qui en proposa l'achat à la marine et fit, il y a près de trente ans, des essais peu concluans dans nos possessions d'Amérique. Cette considération est peu importante et c'est au docteur Boileau qu'est due l'apparition réelle de l'hydrocotyle dans la matière médicale.

En effet, dans une série de lettres et d'articles insérés au journal de Maurice, répétés par celui de la Réunion et de Pondichéry, ce médecin fit le récit de ses expériences sur lui-même, et proposa de donner son propre nom, *Bevilacqua*, à la plante dont les diverses préparations avaient amené dans son état une telle amélioration, que la guérison radicale devait en être la conséquence, et par suite, offraient à l'avenir un moyen assuré de faire disparaître l'une des affections les plus redoutées des pays chauds.

Un peu plus tard, les caractères botaniques de la plante furent fixés avec soin et l'on s'accorda à reconnaître que ce *bevilacqua* n'était autre chose que l'*hydrocotyle asiatique*, expression qui fut, dès lors, consacrée et employée exclusivement.

A Pondichéry, se trouvait un pharmacien de la marine, M. Jules Lépine, homme instruit, intelligent, et d'une rare activité d'esprit. Il se mit promptement en rapport avec M. le docteur Boileau, retrouva, dans les environs de Pondichéry, l'hydrocotyle qui s'y produit en grande abondance, et, dans une série de mémoires et de travaux, épuisa tout ce qu'il y avait à dire sur cette plante, au point de vue de la botanique, de l'analyse chimique et de la pharmacologie (1).

Lorsque l'on dut en venir à des expériences thérapeutiques, les médecins de la marine entreprirent avec ardeur l'étude des effets de l'*hydrocotyle* ; mais si l'on dégage les faits réels de récits un peu enthousiastes, on voit partout des espérances, nulle part une guérison certaine, authentique, incontestable. M. le docteur Poupeau recueillit avec soin, à Pondichéry, l'observation d'un condamné lépreux ; il crut au résultat désiré, mais ne put arriver à une conclusion définitive. En effet, le prisonnier a succombé plus tard à la lèpre.

Les diverses tentatives, malgré une louable persévérance, restèrent infructueuses dans les établissemens français de l'Inde.

A la Réunion (Bourbon), où il existe une léproserie, un traitement fut institué avec méthode et régularité. Dans les premiers temps, on crut pouvoir signaler une amélioration ; mais bientôt les rapports indiquèrent le découragement des médecins en présence d'une inefficacité à peu près complète.

Pendant le cours de ces expériences, le docteur Boileau mourut à Maurice et mourut lépreux, ainsi que l'ont fait connaître les renseignemens envoyés de l'Inde.

D'un autre côté, l'administration de la marine n'était point restée inactive ; elle fit venir une certaine quantité de préparations variées, et même de feuilles entières et desséchées de l'hydrocotyle ; cet approvisionnement permit de recourir en Europe à une application convenable des procédés mis en valeur par les médecins de Maurice et de l'Inde française.

Récemment M. Collas, chirurgien principal, chef du service de santé à Pondichéry, qu'un congé a momentanément ramené en France, m'assurait que l'*hydrocotyle asiatique* est une des nombreuses *brèdes*, ou plantes alimentaires que les Indiens ont coutume d'associer au riz, qui est la base de leur nourriture. Les expériences qu'il a tentées sur l'hydrocotyle, donneraient à ses résultats un caractère de précision bien propre à dissiper tous les doutes. C'est à l'état frais qu'il a employé la plante ; il en a nourri les malades, pour ainsi dire, soit en la présentant sous forme de salade, soit en la donnant cuite comme toute espèce de légumes. Il a fait extraire le jus de la plante triturée et a prescrit des frictions sur les parties tuberculisées ou hypertrophiées ; il a pansé les plaies avec une pâte de feuilles pilées, et, dans aucun cas, il n'est parvenu à constater une action réelle, non douteuse, sur l'affection

(1) Voir, pour plus amples détails : *Revue coloniale*, tome XII, 1854, page 324 et suivantes.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Analyse du *De usu partium* (suite et fin). Expériences curieuses sur les fonctions de la moelle, faites par Galien sur les animaux vivans. — Livres XIVe et XVe : physiologie des organes de la reproduction ; singulières idées de Galien à ce sujet. — Théorie de la formation et du développement du fœtus. — Livre XVIIe et dernier : une belle page de philosophie ! Galien et Virgile.

XX (1).

Physiologie de Galien. — Analyse du De usu partium (suite et fin).

Expériences sur les fonctions de la moelle. — Au nombre des expériences entreprises par Galien sur les animaux vivans, il faut placer en première ligne celles qui sont relatives aux fonctions de la moelle épinière. Elles se trouvent consignées non seulement dans le *De usu partium*, mais encore dans le *De administrationibus anatomicis*, et le traité qui a pour titre : *De placitis Hippocratis et Platonis*. L'analyse que nous allons en donner est extraite de la thèse remarquable de M. le docteur Daremberg sur l'anatomie et la physiologie de Galien.

Ces expériences se faisaient devant un public nombreux ; les sujets étaient des porcs de différens âges (2). Galien procédait de deux façons : tantôt il enlevait la partie postérieure des parois du canal vertébral pour mettre la moelle à nu ; tantôt, et plus généralement, il introduisait dans le canal un instrument tranchant.

1° Dans une série d'expériences, il coupe la moelle en travers, sur le milieu de sa longueur, et trouve : 1° que la sensibilité est abolie dans le segment inférieur de la moelle ; 2° que toutes les parties où se distribuent des nerfs provenant de ce segment ont perdu leur sensibilité et leur motilité ; 3° que la voix s'altère et que l'animal semble frappé de mort dans la moitié de son être.

2° Dans une autre série d'expériences, Galien pratique sur la moelle une incision longitudinale qui la divise, dans toute sa longueur, en deux parties latérales, une droite et une gauche. Dans ce cas, ni le mouvement ni le sentiment ne sont influencés. Ce résultat est en rapport avec certains faits pathologiques d'observation moderne, où l'on voit, malgré la disparition complète de la substance grise de la moelle et la réduction de celle-ci à un simple canal de substance blanche, le sentiment et le mouvement persister.

3° Dans une troisième série d'expériences, Galien pratique des sections transversales de la moelle à diverses hauteurs, et note les effets produits :

Section de la moelle entre la première vertèbre cervicale et l'occipital, mort immédiate ;

Entre la première et la deuxième vertèbres cervicales, même résultat ;

Entre la troisième et la quatrième, immobilité soudaine du tronc et des membres qui perdent leur sensibilité. Abolition ou gêne extrême de la respiration, enfin mort rapide.

Section de la moelle. — Entre la 6me et la 7me, puis entre la 7me et la 8me vertèbres cervicales, on voit la respiration se circonscrire de plus en plus, et enfin ne plus se faire que par le diaphragme, par suite de la paralysie des muscles cervico-thoraciques et intercostaux. Si l'on divise le nerf phrénique, à l'instant même le diaphragme cesse de fonctionner et l'animal succombe à l'asphyxie.

Voici maintenant une expérience curieuse que Galien aimait à faire en public et qui ne devait pas manquer de produire un effet saisissant et dramatique sur la jeunesse de Rome, fort ignorante à cette époque et peu habituée à ce genre d'enseignement :

Après avoir mis les côtes à nu dans toute leur étendue, à l'aide de petits crochets, Galien soulevait et attirait successivement à l'extérieur tous les nerfs intercostaux, passait ensuite, autour de la portion du nerf amenée au dehors, une anse de fil qu'il confiait à un aide ; à un signal donné, tous les fils serrés à la fois par les aides étreignaient en même temps les nerfs, et soudain, l'animal qui poussait des cris perçans, devenait complétement muet. On cessait la constriction, l'animal criait de nouveau. Variant ensuite l'expérience d'une foule de manières, Galien faisait serrer les nerfs, plus ou moins fort, en plus ou moins grand nombre, et, suivant le degré de la constriction, suivant le nombre de nerfs qui la subissaient, la voix se modifiait, s'altérait plus ou moins, ou se perdait complétement.

A côté de ces expériences, on en trouve d'autres relatives à l'influence des nerfs laryngés supérieur et inférieur sur la production de la voix.

Livres XIVme et XVme. — Ils sont consacrés à exposer la physiologie des organes de la reproduction. Ils offrent peu d'intérêt, car les idées de Galien, sur ce point, sont extrêmement éloignées de nos idées actuelles.

L'auteur suppose que la conception résulte du mélange des semences du mâle et de la femelle ; il admet que la femelle fournit une matière spermatique comme le mâle. Tandis que le sperme du mâle, venant des testicules, est projeté dans la matrice, le sperme de la femelle vient des ovaires, analogues des testicules (*testes muliebres*), et tombe dans la matrice, où il se mélange avec la liqueur fécondante du mâle.

Suivant Galien, l'utérus des animaux est divisé par des cloisons en autant de compartimens que l'animal possède de mamelles et il y a autant de mamelles que de petits à nourrir.

L'utérus humain est partagé en deux cavités, une droite pour le fœtus mâle, l'autre gauche pour le fœtus femelle. Le sexe du produit de la conception sera déterminé par l'ordre suivant lequel se congestionneront les testicules au moment de la copulation. Si c'est le droit qui se congestionne le premier, le fœtus sera mâle ; il sera femelle, si c'est le testicule gauche.

Galien suppose que, dans la série animale, la femelle possède moins de chaleur innée que le mâle. Or, les artères du testicule gauche venant non de l'aorte, mais des artères rénales, doivent porter à cet organe

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 Janvier, 7 et 19 Février 1856.

(2) La ressemblance des singes avec l'homme lui faisait craindre de se servir de cette espèce d'animaux.

générale, ni même sur les accidens locaux qui l'accompagnent.

Nous terminerons cette note par un résumé de l'observation que M. le chirurgien en chef Dufour, président du conseil de santé, a recueillie dans l'hôpital maritime de Cherbourg.

Deux flacons d'extrait alcoolique et d'extrait aqueux d'*hydrocotyle asiatica* ont été envoyés à Cherbourg le 21 juin 1855, et destinés au traitement de M. B..., officier d'infanterie de marine. Cet officier était atteint de lèpre tuberculeuse caractérisée, développée lentement, depuis 1848, sous l'influence du climat de la Guadeloupe, et avait été, depuis cette époque, l'objet de traitemens successifs, actifs, variés et soutenus. Il entra à l'hôpital de Cherbourg, le 24 janvier 1855, dans un état qui devait exclure tout espoir de guérison : la face, les bras, les cuisses étaient couverts de tubercules indurés, volumineux, livides et mobiles; la langue en présentait dans une certaine étendue de sa surface; les autres parties du corps offraient des taches épaisses et jaunâtres; la constitution enfin était altérée par la continuité des douleurs, un état fébrile habituel, de fréquens dérangemens dans les fonctions des organes digestifs, en même temps que par un découragement profond.

Le 9 juillet suivant, un traitement par l'hydrocotyle asiatique est institué. Pendant deux mois, M. B... prend d'abord de 15 à 50 centigrammes d'extrait aqueux sous forme pilulaire et 36 grammes du sirop du même extrait en deux doses, l'une le matin, l'autre le soir. Par suite de ce nouveau traitement et de la confiance qu'il inspirait au malade, l'état général parut se modifier avantageusement: les digestions étaient redevenues régulières, la fièvre moins fréquente, les tubercules semblaient moins rénitens et avaient cessé de s'accroître. Mais vers le 15 septembre, et au moment où l'on pouvait espérer une heureuse modification dans la maladie, M. B... fut atteint d'une légère congestion cérébrale, et le traitement fut suspendu pendant quinze jours.

La température était assez rigoureuse et très humide. On revint à l'emploi de l'hydrocotyle; mais bientôt cet officier attribua au médicament tous les accidens qui survenaient et qui n'étaient que le développement pressenti de l'affection. Il fallut renoncer à son emploi.

De nouveaux tubercules apparurent à la tête, dans la bouche et l'arrière-gorge, comprimant, de chaque côté, les artères carotides internes; de là, de fréquentes congestions, et enfin le coma, dans lequel M. B... est resté pendant les trois derniers jours qui ont précédé sa mort, survenue le 10 novembre 1855.

Il est fort douteux que l'hydrocotyle asiatique ait été la cause de l'amélioration d'abord observée dans la maladie de M. B.... Une certaine détente dans les accidens s'était déjà manifestée sous l'influence des soins dont il avait été l'objet; au découragement auquel il était en proie avait succédé une confiance absolue dans les effets de ce nouveau médicament; c'était plus qu'il n'en fallait pour expliquer le temps d'arrêt que nous avons observé, arrêt qui, plusieurs fois, avait déjà eu lieu, surtout quand on avait commencé un nouveau traitement.

D'autre part, on ne peut attribuer à l'action de cet agent thérapeutique l'aggravation des accidens qui a été notée à partir du 10 septembre. Les progrès naturels de la maladie, le développement de nouveaux tubercules dans certaines régions, ne rendent que trop compte de la terminaison fatale.

Cette observation, curieuse à plus d'un titre, et présentée avec des détails précis, semble corroborer les opinions peu concluantes parvenues de Pondichéry et de la Réunion. Elle permet d'attendre que de nouveaux faits bien constatés viennent imprimer une nouvelle et définitive direction à l'attention des médecins, en ce qui concerne l'hydrocotyle asiatique.

SÉNARD,
Chirurgien principal de la marine.

REVUE GÉNÉRALE.

DE L'EMPLOI DE LA GLYCÉRINE DANS LE TRAITEMENT DES MALADIES DE LA PEAU.

Les essais comparatifs faits par M. Debout sur la glycérine du commerce, ont montré que ce produit est loin d'être identique dans sa composition, dans sa densité, dans son odeur, qu'il est tantôt acide, tantôt alcalin; de sorte qu'il est à peu près impossible, dans l'état actuel des choses, de se procurer de la glycérine dans un état parfait de pureté.

Il est urgent d'aviser aux moyens de mettre à la disposition des praticiens une glycérine toujours identique, afin d'avoir des résultats thérapeutiques comparables. Dans ce moment, et peut-être en raison de cette variabilité dans les élémens trouvés dans la glycérine, des doutes, des objections et des contestations s'élèvent déjà sur les résultats précédemment annoncés des bons effets de l'emploi de la glycérine dans le traitement d'un certain nombre de maladies. Et, par exemple, M. Devergie, qui a expérimenté la glycérine, à l'hôpital Saint-Louis, de plusieurs maladies de la peau, publie un travail qui ne paraît pas aussi favorable à l'emploi de cet agent que l'avaient fait espérer quelques publications antérieures. Les expériences de M. Devergie ont porté sur deux points : sur l'emploi de la glycérine simple et sans addition d'aucun autre médicament, et sur la glycérine associée à des substances plus ou moins actives.

La première partie seule de ce travail est publiée, c'est-à-dire celle relative à l'emploi de la glycérine simple. En voici les principaux résultats :

Pour l'eczéma, M. Devergie est conduit à conclure de ses essais que la glycérine est une substance qui convient peu aux eczémas simples ou composés à *forme aiguë*, dans l'état où elle a été livrée par la pharmacie, mais qu'il n'en est plus de même lorsque la période aiguë est tombée ou commence à tomber; alors la surface eczémateuse, moins excitable, supporte le médicament et s'améliore sous son influence.

Dans ce cas, M. Devergie a voulu savoir si la glycérine agit comme médicament spécial, *en vertu de sa nature propre*, ou s'il agit simplement comme corps gras. Pour résoudre cette question, il a mis la glycérine en regard de l'axonge, en soumettant à ces deux agens les deux membres de plusieurs malades atteints à la fois d'eczéma dans leur période chronique. Il déclare que, comme topique, comme agent médicamenteux, il n'a pas trouvé de différence notable entre la glycérine et l'axonge. Ces deux corps amènent la maladie au même degré d'amélioration dans le même temps; M. Devergie dit qu'il lui a été impossible de guérir un seul cas d'eczéma avec la glycérine seule.

Toutes les inflammations pustuleuses, l'impétigo, l'ecthyma, ont été excitées par la glycérine, sans bénéfice notable pour la maladie.

M. Devergie a obtenu pendant un certain temps une amélioration marquée de la glycérine dans un cas de pemphigus des jambes; mais cet agent n'a pas amené la guérison.

La glycérine ne peut rien contre le psoriasis chronique. Dans le psoriasis aigu, et surtout dans la période décroissante de cet état, elle améliore comme l'axonge.

M. Devergie a employé la glycérine en pansement des plaies nombreuses de rupia syphilitique, étendu sur tout le corps, et sur lesquelles la pourriture d'hôpital s'était déclarée. Elle a amené des douleurs vives au malade, à un point tel qu'elle n'a pu être supportée que pendant quelques jours, et tout cela sans bénéfice aucun pour les plaies, qui ont conservé les mêmes caractères. Cet état de pourriture d'hôpital a cédé, au contraire, sous l'influence de la poudre de quinquina associée au charbon et arrosée de suc de citron.

M. Devergie appelle l'attention des praticiens sur certains inconvéniens inhérens à la nature de ce produit. « La glycérine, dit-il, absorbe très rapidement l'humidité de l'air et devient de plus en plus liquide; de sorte que les linges de pansement, les vêtemens ou les draps du malade, qui fait usage de ce médicament dans une certaine proportion, se mouillent et ne peuvent pas se sécher. Il en résulte que la partie malade, et, par suite, le malade, sont sans cesse dans des conditions permanentes d'humidité et de froid en hiver. La glycérine absorbe, en effet, moitié de son poids d'eau.

» Chose remarquable, lorsqu'une surface cutanée sécrète du pus, celui-ci peut encore, malgré cette absorption d'humidité, se concréter, faire adhérer la charpie ou les linges à pansement aux lèvres des plaies ou aux surfaces malades, circonstance importante à noter, puisque, dans quelques maladies de la peau, on a un certain intérêt à ne pas enlever l'épiderme des parties affectées, lors des pansemens que l'on fait.

» D'où, en définitive, nous concluons en ce qui concerne la glycérine simple :

» 1° Qu'il est assez difficile, et peut-être impossible, de se procurer dans le commerce de la pharmacie, au moins aujourd'hui, de la glycérine exempte de sels, d'acides ou d'alcalis;

» 2° Que, dans son état de pureté, la glycérine me paraît devoir être assimilée à un corps gras, axonge, saindoux, cold-cream simple; qu'elle en partage tous les avantages, sans que nous puissions être autorisé par nos essais à ne lui rien accorder de plus;

» 3° Qu'en raison de sa *liquidité*, de son *absence presque complète d'odeur*, elle peut, dans certains cas, être préférée à d'autres corps gras;

» 4° Que la faculté qu'elle possède d'absorber l'humidité de l'air pourra être, dans certaines circonstances, un avantage, et, dans des circonstances opposées, un inconvénient pour son emploi;

» 5° Que tout linge enduit de glycérine doit être blanchi à la lessive, pour être parfaitement privé de ce corps.

» Et, comme conclusion générale, nous dirons que l'on a fortement exagéré ses bons effets; qu'elle n'a dû probablement les résultats qu'elle a produits qu'à ses altérations par des sels, des acides ou des alcalis; qu'il serait par conséquent à désirer que le commerce s'occupât sérieusement de régulariser la préparation et la purification de la glycérine, de manière à avoir toujours à sa disposition de la glycérine pure; car si la glycérine qui nous a été fournie pour nos essais dans nos hôpitaux n'était pas pure, je laisse à penser ce qu'elle pouvait être dans le commerce de la droguerie et de la pharmacie de la ville. »

L'auteur s'occupera, dans un second article, de l'emploi de

---

moins de chaleur, d'où il suit que la liqueur fécondante qui sort de ce testicule est moins chaude, et, par conséquent, n'est propre qu'à donner naissance à un fœtus femelle.

C'est par une série de déductions hypothétiques tout aussi singulières que Galien s'explique pourquoi au mâle est affectée la cavité droite de la matrice, et à la femelle la cavité gauche.

Examen du traité De semine. — Nous plaçons ici, comme en son lieu naturel, l'examen d'un ouvrage en deux parties dans lequel Galien traite de la semence.

Il discute d'abord la question suivante : le sperme est-il lui-même la matière qui, par suite d'un travail intérieur dont elle sera le siége, deviendra le canevas du nouvel être? ou bien n'exerce-t-il sur la formation et le développement du fœtus qu'une influence purement dynamique?

Cette dernière opinion était celle d'Aristote. Suivant le philosophe de Stagyre, le sperme ne contribue en rien, matériellement, au développement de l'embryon, son rôle unique est d'imprimer, par son contact, au sang appelé dans l'utérus par le molimen menstruel, des modifications telles, qu'il devient apte à subir un travail intérieur d'où résulte la formation des diverses parties du fœtus. En conséquence, pour que la conception eût lieu, il n'est pas nécessaire que le sperme séjourne dans la cavité utérine.

Galien combat cette opinion. Il y a des femelles d'animaux, dit-il, qui restent stériles tant qu'on ne les empêche pas de rejeter au dehors la matière spermatique; la même chose s'observe chez certaines femmes. Pour Galien, le sperme n'exerce pas, dans le phénomène de la conception, une influence purement dynamique; ce n'est pas le sang menstruel, mais lui-même qui deviendra le canevas du nouvel être. Préparée par la sensation voluptueuse qui accompagne le rapprochement des sexes, la matrice attire à elle la liqueur fécondante lancée par le mâle, elle la retient dans son intérieur et la livre à l'action de la force altératrice pour la modifier et la transformer. Toutefois, pour que cette métamorphose s'accomplisse, il faut le concours d'une autre semence fournie par la femelle et qui vient des ovaires.

Avant tout autre phénomène, le sperme commence par se bâtir sa maison. Il forme autour de lui une enveloppe membraneuse, le *chorion*, qui le sépare des parois de la cavité utérine, tout en lui conservant, par l'intermédiaire de petites ouvertures, une communication qui lui permet de puiser dans les veines et les artères de l'utérus les principes de toute vie, le sang et l'air. Dès lors le travail intérieur d'organisation est commencé. Sous l'influence de la force altérante, dans cette masse d'abord homogène et amorphe, on voit apparaître des parties distinctes les unes des autres qui se séparent, s'isolent, se constituent là en parties solides : nerfs, vaisseaux, muscles, tendons, ligamens, os; ici en humeurs; peu à peu, de la réunion de ces élémens se forment les différens organes. Les premiers qui apparaissent sont trois organes fondamentaux d'où tous les autres dérivent, savoir, le foie, le cœur et le cerveau. Du foie, principe de toute organisation, et sans lequel rien ne se forme, émanent les veines; du cœur naissent les artères; du cerveau la moelle et les nerfs.

Ainsi, dit Galien, le sperme tire de la matrice, à travers les ouvertures du chorion, les matériaux de son entretien et de son accroissement, comme la graine tire sa nourriture de la terre par l'intermédiaire de ses racines. De toute graine jetée dans le sol, naissent deux parties fondamentales, l'une inférieure, les racines, qui s'enfonce dans la terre, l'autre supérieure, la tige, qui s'élève vers le ciel. Le sperme est une graine, l'utérus est le sol dans lequel il puise sa nourriture au moyen de vaisseaux qui passent par les trous du chorion et qui s'enfoncent dans l'utérus à la manière de racines; la tige qui naît de ce sperme ou de cette graine, c'est le corps de l'embryon.

Galien admet quatre temps dans le travail intérieur dont le sperme est le siége. Dans un premier temps, qui est très court, le sperme conserve son aspect et ses qualités normales; dans un deuxième temps, le sang pénètre cette matière amorphe, et, dès lors, elle n'est plus la même, elle se change bientôt en une masse de chair dans laquelle on ne distingue encore aucune partie. Dans une troisième période, on voit les parties intérieures qui doivent composer l'embryon, poindre, se prononcer et se dessiner; dans une quatrième et dernière période, les formes deviennent arrêtées, déterminées et les membres sortent de leur état rudimentaire. Du reste, Galien déclare qu'on ne peut pas déterminer exactement l'époque à laquelle commencent à se former les premiers rudimens du fœtus. (Tous ces détails sont reproduits avec de légères variantes dans le traité *De fœtuum formatione.*)

Le fait du grand développement du foie chez le fœtus, n'a point échappé à Galien; il le constate et fait remarquer que le cœur et le cerveau n'offrent pas cette particularité et ne sont pas plus développés que les autres organes, tandis que le foie conserve ce développement considérable jusqu'au terme de la vie intrà-utérine, d'où il conclut que, dès le principe du développement du fœtus, le foie joue, dans l'économie, un rôle très important.

Chemin faisant, Galien examine et discute deux opinions, l'une d'Empédocle qui pensait que les deux spermes, mâle et femelle, contenaient chacun des parties différentes de l'organisation, et que de la tendance de ces parties à se réunir pour former un nouvel être provenait le désir du rapprochement des sexes.

L'autre opinion, longuement réfutée par Galien, était de quelques médecins qui refusaient au testicule la faculté de sécréter le sperme. Il montre que si on enlève les testicules, le sperme cesse de se produire. Il se livre ensuite à une digression intéressante sur les changemens qu'introduit l'ablation des testicules dans le physique et le moral des individus ainsi mutilés, et note particulièrement l'influence que la castration exerce sur le développement de la voix. Il conclut que le testicule est une source de chaleur et de force, de sorte que si le cœur suffit à la vie individuelle, celle-ci n'est cependant pas complète sans les testicules.

Galien expose ensuite une série d'observations relatives à l'ablation des ovaires chez les femelles d'animaux. Il établit que cette opération n'est pas sans danger, et s'élève contre l'opinion de certains médecins qui, se fondant sur l'innocuité de l'ovariotomie chez les animaux, conseillaient de l'appliquer à l'espèce humaine, soit pour obtenir la cure radicale de certaines maladies de ces organes, soit pour modifier, dans un but industriel, la constitution de la femme.

la glycérine médicamenteuse. Nous rendrons compte aussi de la suite de ses recherches. — (In *Bulletin de thérap.*, 30 mars 1856.)

DE L'EMPLOI DE LA GLYCÉRINE DANS LE TRAITEMENT DU PRURIGO.

Nous rapprocherons naturellement de l'article de M. Devergie une note publiée par M. Sère, médecin à Muret (Haute-Garonne), note malheureusement trop succincte et qui laisse à désirer des renseignemens essentiels, et dans laquelle il annonce s'être servi avec grand avantage de la glycérine, dans 26 cas de prurigo, topiquement employée, concurremment, dans beaucoup de cas, avec la saignée générale, un régime approprié, des boissons tempérantes, et notamment l'infusion d'ortie blanche. — (In *Journal de méd. de Toulouse*, mars 1856.)

CHOLÉRA-MORBUS TRANSMIS DE L'HOMME A LA POULE PAR DES MATIÈRES CHOLÉRIQUES MÊLÉES AUX ALIMENS.

La question du choléra est intarissable, et parmi les élémens de cette question, celle de la transmissibilité de cette maladie occupera longtemps encore les esprits. M. le professeur Charcellay de Tours est un des plus ardens propagateurs de la doctrine de la contagion. Il s'efforce de l'appuyer sur toutes sortes de preuves, et déjà en 1854, il lisait à la Société médicale d'Indre-et-Loire, une note que nous trouvons reproduite dans un journal de Paris, et que nous allons reproduire à notre tour à seul titre de document, et en faisant toutes nos réserves. Pour nous, en effet, le fait principal contenu dans cette note n'a qu'une signification fort amoindrie. On fait manger à une poule des pâtées de mie de pain mélangées avec des déjections alvines fournies par les cholériques ou trouvés dans les intestins des sujets décédés. Cette poule meurt, et on s'en étonne. Nous serions plus étonnés encore qu'elle fût restée bien portante après un pareil régime. Les expériences de ce genre ne deviendront un commencement de preuve qu'après qu'elles auront été faites comparativement, c'est-à-dire quand on aura nourri les animaux avec les produits de toute autre maladie incontestablement non contagieuse. Mais nous ne voulons pas discuter en ce moment, nous nous bornons à reproduire :

Le 23 août 1854, l'ambulance de l'hospice général de Tours étant devenue insuffisante pour les cholériques fournis par la ville et par la population hospitalière, l'administration municipale décida, avec la commission administrative de cet établissement, qu'une ambulance-annexe serait immédiatement ouverte pour recevoir exclusivement les malades provenant de la ville ou de la banlieue. Cette succursale fut en conséquence établie ce jour-là même dans la maison de l'école communale de Saint-Étienne, située sur l'avenue de Grammont. Plusieurs volailles y furent laissées par l'instituteur, et cette petite basse-cour se composait de sept pigeons, d'un coq et de deux poules.

Pendant treize jours, des malades furent reçus et traités à l'ambulance de Saint-Etienne, sans qu'aucune des volailles présentât le moindre symptôme de malaise, bien qu'on leur eût donné, à deux reprises différentes, des pâtées de mie de pain, mélangées avec des déjections alvines, fournies par les cholériques ou trouvées dans les intestins des sujets décédés. Il est vrai que ces animaux, les pigeons surtout, manifestèrent de la répugnance pour cette alimentation. Le coq et les deux poules en mangèrent plusieurs fois, mais en petite quantité, et n'en parurent point incommodés. L'expérience semblait devoir rester sans résultat, lorsque, le quatorzième jour, à minuit, l'une des poules éprouva du malaise. Elle parut triste, abattue, peu soucieuse de chercher sa nourriture, et indifférente à ce qui se passait autour d'elle. Sa démarche était lente, mal assurée; ses ailes, légèrement tombantes, étaient écartées du corps; ses plumes, celles du dos et du cou principalement, avaient quitté leur position inclinée pour se redresser à la surface du corps. Enfin, vers les sept heures du soir, la poule se retira dans son nid, d'où il nous fallut la sortir à neuf heures pour l'examiner et juger de son état. Elle n'était ni montée sur le perchoir, ni couchée à terre; elle était restée debout, immobile, ne cherchant ni à fuir, ni à éviter la main qui la saisissait.

Alors nous assistâmes aux accidens vraiment cholériques qui devaient précéder la mort de quelques minutes. Ainsi la poule, qui était froide, s'affaissa sur son ventre, laissant appuyer son bec et même sa tête sur le sol; elle se renversa de côté, éprouva des mouvemens convulsifs dans les pattes, les cuisses et les ailes, se débattit, se tordit sur elle-même, et rejeta plusieurs fois, par des efforts de vomissements, un liquide glaireux, visqueux, blanchâtre et légèrement spumeux. Elle eut aussi plusieurs déjections alvines, liquides, d'un blanc jaunâtre, et très fétides; elle se releva et s'agita violemment sur ses pattes comme si elle avait eu des crampes. La chaleur du corps s'abaissa notablement; la crête, d'un rouge vif et même d'un violet foncé, ridée, flasque et tombante, prit une teinte bleuâtre de plus en plus prononcée, puis se refroidit. La peau elle-même se cyanosa, les plumes se hérissèrent. Enfin, la poule éprouva quelques dernières convulsions, et s'éteignit en allongeant et tordant le cou. Cette petite scène dura deux à trois minutes.

Autopsie faite quinze heures après la mort, le jeudi 7 septembre, à midi, par une température extrêmement élevée.

La crête, cyanosée et flétrie, était d'une couleur plus violacée que les paupières et les commissures du bec. La peau avait conservé la teinte bleuâtre qu'elle avait prise la veille; les chairs offraient également cette coloration, mais beaucoup moins prononcée. Les bords du bec et toute la cavité buccale étaient mouillés d'un liquide filant et citrin; l'épithélium de la pointe de la langue était blanc et notablement durci. Les plumes du pourtour de l'anus étaient salies par la matière séchée des déjections, matière assez semblable alors à un dépôt de plâtre légèrement coloré en jaune. On n'a trouvé ni ecchymoses, ni taches quelconques sur le corps.

Une incision pratiquée à la cavité abdominale laissa échapper un peu de liquide albumineux jaunâtre, d'une odeur fétide, offrant une certaine consistance, et humectant la plus grande partie des organes abdominaux. La face antérieure du foie était recouverte d'une couche assez épaisse de ce liquide, légèrement adhérente à son tissu. Quant au foie lui-même, la nature de sa substance et sa coloration ne semblaient nullement modifiées. Néanmoins, il était friable et peu consistant. Nous n'avons rien trouvé qui parût anormal du côté de la rate, des reins et du pancréas. Dans l'oviducte, existait une injection manifeste, mais dont la cause doit être sans doute attribuée à la suractivité de l'organe à cette époque, qui, pour la poule nécropsiée, était celle d'une ponte quotidienne et régulière. L'ouverture du jabot du gésier et du ventricule succenturié ne nous a offert aucune particularité. Il n'en fut pas de même pour l'intestin grêle, qui, dans une longueur de 20 à 25 centimètres environ, à partir du gésier, présentait quatre taches ecchymotiques assez larges, très visibles à travers le péritoine, et beaucoup plus saillantes sur la muqueuse, à la surface de laquelle nous n'avons pas rencontré les petites granulations sanguines observées fréquemment sur l'intestin des gallinacés qui ont succombé pendant l'épizootie de 1851. Tandis que les follicules isolés de Brunner étaient assez nombreux pour constituer une psorentérie évidente, quelques plaques de Peyer parurent légèrement saillantes sans qu'il fût cependant permis de considérer cette disposition comme un état morbide. Les matières contenues dans l'intestin et les cœcums étaient en tout semblables à celles qui avaient été expulsées par les selles pendant la vie.

Le cœur et les poumons, explorés avec soin, n'ont présenté aucune ecchymose ni altération morbide; mais le sang contenu dans le ventricule droit était réuni en caillots noirs et résistans; le ventricule gauche était vide. Nous n'avons pas cherché à reconnaître le degré d'adhésion du sang avec la membrane interne des veines, ni l'influence que le séjour prolongé du sang dans ses vaisseaux pouvait avoir eue sur la coloration des membranes composant le tissu des parois veineuses.

Quant au système nerveux, nous n'avons rien vu qui nous parût digne de remarque.

A peu près vers la même époque, c'est-à-dire dans les premiers jours de septembre, l'autre poule et le coq, ainsi que deux ou trois pigeons, éprouvèrent une soif assez vive, tandis qu'ils avaient moins d'appétit. Les 8, 9 et 10 septembre, le coq avait perdu complétement la voix; il faisait de vains efforts pour chanter.

Voici, du reste, un extrait des notes journalières tenues d'abord par M. Homo avant la choléine grave qui, un peu plus tard, le força de quitter l'ambulance de Saint-Étienne et d'interrompre violemment son service, où il fut remplacé par M. Paumier, premier élève suppléant, assisté de M. Carrignon (1).

Lundi 4 septembre. La poule blanche et le coq ont refusé de prendre la pâtée, tandis que la poule noire en a mangé une fois et l'a rejetée immédiatement.

Mardi 5 septembre. La poule noire en a pris trois fois et s'est retirée sans vouloir retourner au plat. Le coq en avait mangé une assez grande quantité cinq ou six fois; la poule blanche s'était retirée.

Mercredi 6 septembre. L'infirmière s'aperçoit à midi que la poule noire est malade, mais elle n'en parle qu'à six heures du soir. Cette poule était alors accroupie sur la paille dans la loge où d'habitude elle se retirait la nuit; elle ouvrait fréquemment le bec et semblait avoir de la peine à respirer.

Ces différentes expériences, qui ont duré trois semaines (fin d'août et commencement de septembre), ont été faites avec les plus grandes précautions et doivent offrir toutes les garanties possibles d'authenticité. Les poules ne sortaient pas de la cour, et on leur donnait à manger en présence des infirmiers ou des élèves. Les trois pigeons expérimentés étaient retenus en cage. De telle sorte que les oiseaux domestiques voisins furent dans l'impossibilité de se nourrir des pâtées cholériques. — (In *Gazette hebdom.*, 4 avril 1856.)

(1) Par suite de leur courageux dévouement, ces deux élèves ont ressenti, d'une manière assez grave et répétée, les premières atteintes du fléau épidémique. Enfin quelques mois plus tard, M. Paumier fut atteint de fièvre typhoïde, comme plusieurs autres personnes que leur service appelait à faire un séjour plus ou moins prolongé dans les foyers cholérigènes.

DU CHLOROFORME INTRODUIT DANS L'OREILLE POUR CALMER L'ODONTALGIE.

Dans notre numéro du 26 février dernier, nous avons extrait de la *Gazette hebdomadaire* partie d'une note adressée à ce journal par M. le docteur Simon, médecin des houillères de Ronchamp, qui craint que nos lecteurs aient été défavorablement impressionnés — ce qui n'était pas notre intention — par les quelques mots de réserve et de prudence que nous avions ajoutés à cet extrait. Cet honorable médecin nous adresse, à ce sujet, une lettre explicative que nous n'avons aucun motif de ne pas publier.

Houillères de Ronchamp, le 19 Mars 1856.

. . . . . Permettez-moi, Monsieur le rédacteur, de vous donner quelques explications sur ma note, qui, tronquée dans votre journal, pourrait faire croire à vos lecteurs qu'elle est plus exclusive qu'elle ne l'est réellement.

Je n'entends nullement substituer à l'arsenal du dentiste un flacon de chloroforme. Mon remède n'agit que sur les douleurs. Mais n'est-ce pas déjà beaucoup que de calmer instantanément ce mal cruel qu'on appelle la rage dentaire? Combien de personnes qui souffrent des douleurs atroces pendant des semaines entières, et qui finissent par soumettre leur mâchoire à la clef de Garengeot par désespoir de les voir jamais cesser! Combien d'autres pusillanimes, qui préfèrent souffrir leurs tourmens indéfiniment et *laisser leur mal s'aser*, plutôt que d'arriver à cette extrémité. Pour calmer ces souffrances, quelques gouttes de chloroforme, introduites dans l'oreille, suffisent. Elles n'arrêtent point la carie; mais j'ai vu souvent des dents se détruire complétement sans donner lieu à de nouvelles douleurs après qu'une première odontalgie avait été arrêtée. Souvent aussi j'ai vu des dents encore peu intéressées, condamnées à l'avulsion, et conservées par une ou plusieurs applications du remède. Dans tous ces cas, je crois avoir été utile.

Vient maintenant l'innocuité du médicament. Vos lecteurs ne savent pas, Monsieur le rédacteur, que ma note renferme elle-même quelques mots relatifs à l'action irritante du chloroforme, et après la remarque dont vous la faites suivre, ils pourraient m'accuser d'avoir voulu les engager à employer avec légèreté un remède nuisible ou dangereux. Quelques détails de plus auraient pu m'éviter l'ombre de ce soupçon. Le bourrelet de coton, imbibé de chloroforme, est placé seulement à l'entrée du conduit auditif. Or, à cet endroit le tégument est encore constitué par la peau non modifiée, et le contact du chloroforme n'y produit qu'une sensation de chaleur, comme partout ailleurs, où la peau est fine ou habituellement soustraite aux agens atmosphériques. Quant aux vapeurs de chloroforme, qui impressionnent tout aussitôt les autres points du conduit auditif, elles ne sont pas plus irritantes pour la membrane qui le tapisse que pour la conjonctive oculaire. C'est ce que j'ai voulu faire entendre dans ma note, en disant que je n'ai jamais instillé le chloroforme directement dans l'oreille. Du reste, trois années d'expériences journalières ne m'ont pas révélé le moindre inconvénient, si ce n'est la sensation de chaleur dont j'ai parlé, et les expériences de plusieurs de mes confrères ont confirmé les miennes.

Je peux donc dire que non seulement mon remède est presque toujours efficace, mais encore qu'il est constamment innocent.

Dr Simon,
Médecin des houillères de Ronchamp.

Il rapporte les résultats d'extirpations d'ovaires pratiquées sur des truies. Ces animaux, ainsi mutilés, fuyaient l'approche du mâle, acquéraient un embonpoint considérable et fournissaient une chair plus tendre et plus délicate.

A la fin du livre XVe, se trouve la description des phénomènes physiologiques de l'accouchement et de leur mécanisme. Là, Galien ne laisse pas échapper l'occasion d'invoquer les causes finales, et de montrer comment, dans la disposition des organes chargés d'accomplir cet acte important, tout est dans un rapport merveilleux avec la fonction. Il prend ensuite l'enfant à sa venue au monde, et le suit d'un œil curieux dans les manifestations de son instinct et de son intelligence. Il cherche à montrer comment l'acte instinctif précède l'action raisonnée, et comment l'enfant exécute toute la série des actes nécessaires à la vie avant qu'il ait pu prendre connaissance de leur nécessité. Il analyse d'une manière spéciale le phénomène de la succion, auquel, par un instinct de conservation, l'enfant se livre dès le premier moment de sa venue au monde.

Le XVIe livre est tout entier consacré à la description générale des artères et des veines.

Le livre XVIIe et dernier est rempli tout entier par des considérations philosophiques. Arrivé au terme de son œuvre, Galien la contemple, se recueille et s'écrie :

« Lorsqu'un poète a conduit au dénouement une action qu'il a inventée ou empruntée à l'histoire, à la fin d'une pièce de théâtre ou de poème lyrique, le chœur s'avance sur la scène et entonne un hymne en l'honneur des dieux. Et moi aussi, à la fin de mon ouvrage, je veux dire quelle impression a fait sur mon esprit l'étude des merveilles de l'organisation humaine; voilà mon hymne! voilà mon *épode!*

» J'ai raconté, continue Galien, l'usage des différentes parties du corps humain. J'ai montré comment, jusque dans leurs plus petits détails, la disposition de ces parties, leur structure, sont en rapport avec les fonctions qu'elles sont destinées à remplir. Tel a été le but principal de ce travail. Ce n'a pas été de montrer l'action de ces parties; cette action n'est pas toujours manifeste dans tous les cas. Est-ce que l'organisation de l'estomac nous indique, *à priori*, que, dans son intérieur, doit s'accomplir la digestion? L'organisation de l'estomac ressemble à celle de la vessie; il n'y a pas de différence entre ces organes et l'on ne saurait conclure de l'examen de ces deux cavités que l'une est destinée à transformer les alimens, et l'autre à servir de réservoir à l'urine. L'action ne résulte pas de l'organisation, mais des forces spéciales qui sont départies à nos organes, en dirigent les actes et président à l'accomplissement de leurs fonctions. J'ai voulu démontrer comment les parties sont arrangées et constituées de manière à concourir le mieux possible à l'accomplissement de l'action de l'organe, action qui est elle-même sous l'empire de forces ou de puissances spéciales.

» J'ai prouvé, contre l'opinion de plusieurs philosophes, que l'organisation du corps des animaux ne peut être considérée comme le produit du hasard, ou, comme le veut Épicure, du concours fortuit des atomes. J'ai montré, au contraire, que, lorsqu'on étudie avec quelque attention et quelque esprit philosophique le corps de l'homme et des animaux, on voit, dans tous les détails de sa construction, se révéler l'intervention toujours présente d'une intelligence suprême qui a tout prévu et tout calculé. Notre corps est donc une machine merveilleuse dont l'art des hommes ne saurait atteindre la perfection; c'est une machine qui, pour le philosophe que l'esprit de secte n'aveugle pas, est la démonstration la plus nette, la plus éclatante, la plus sûre, d'une providence qui a créé et ordonné toutes choses. Il y a toujours quelque point obscur dans les démonstrations que veulent donner de la vérité ou de la sainteté de leur culte, les initiés aux mystères de Cérès ou d'Eleusis. Toute religion a ses mystères, dont le flambeau du raisonnement ne peut parvenir à dissiper complétement les ombres, mais y a-t-il rien de plus clair, de plus lumineux que la démonstration de l'existence d'une intelligence suprême, par l'étude de la conformation des animaux? »

S'élevant ensuite à la considération de la cause générale de l'ordre qui règne dans l'univers : « Il y a, s'écrie Galien, un esprit émané de Dieu qui remplit toutes les parties, qui partout porte avec lui le mouvement et la vie. Du mélange de cet esprit avec la matière, résultent les divers phénomènes dont l'univers est le théâtre. » N'est-ce pas la même philosophie que Virgile a développée dans ces beaux vers :

> Principio cœlum ac terras camposque liquentes
> Lucentemque globum lunæ, titaniaque astra,
> Spiritus intus alit totamque infusa per artus
> Mens agitat molem et magno se corpore miscet?

» Les astres innombrables qui planent sur nos têtes, continue Galien, le soleil qui nous échauffe et nous éclaire, la terre qui nous porte, tout est imprégné de cet esprit. Les végétaux et les animaux lui doivent la vie qui les anime, vie infiniment variée dans ses manifestations, faible en ébauche, rudimentaire chez les êtres qui se développent au sein de la poussière emportée par le vent, dans les débris des corps organisés, dans la fange et la pourriture; vie de plus en plus manifeste, énergique, puissante, à mesure que l'on s'élève dans la série animale, jusqu'à ce qu'enfin elle se produise avec toute son expansion et tout son rayonnement dans l'espèce humaine. Là, encore, cette vie offre des degrés suivant le développement plus ou moins grand des facultés intellectuelles, et elle atteint son expression la plus complète et la plus élevée lorsque l'intelligence arrive à être celle d'un Platon ou d'un Archimède!

» Ne vous y trompez pas cependant, ajoute Galien, vous avez vu tout à l'heure des êtres dans lesquels la vie n'est qu'en ébauche; ces êtres si petits, si misérables, nés dans la poussière et la fange; étudiez-les, quelque petits qu'ils soient, cependant, la vie les anime, et l'ouvrier suprême n'a pas moins déployé en eux sa toute-puissance. On s'étonne que dans des corps si infimes, qui échappent presque à la vue (qu'aurait dit Galien s'il lui eût été donné de contempler ce monde d'infiniment petits que le microscope a révélé!), il y ait autant de détails de structure que dans le corps de l'homme ou de l'éléphant. Ainsi, la jambe d'une puce nous offre tous les rouages de la jambe du plus gros animal : jointures, muscles, tendons, vaisseaux, nerfs. Il y a du sang qui y porte le mouvement et la vie; là s'accomplissent aussi tous les phénomènes de la nutrition! Rien donc, conclut Galien, de plus intéressant, de plus important que l'étude du corps humain pour le philosophe, pour celui qui veut s'élever à la connaissance des causes premières. Mais vous, médecins, vous surtout, étudiez les usages des parties de ce corps humain, car, sans cette connaissance, vous ne pourrez ni déterminer le siége des maladies, ni instituer leur traitement. Si, dans l'état sain, vous ne pouvez vous refuser à admettre qu'une intelligence suprême dirige et coordonne les différens actes vitaux, croyez aussi, avec Hippocrate, que, dans la maladie, cette même force persiste et agit pour ramener l'économie animale à l'équilibre et à l'harmonie. »

Voilà le dernier livre du *De usu partium*, ou, pour dire comme Galien, l'*épode* de cet ouvrage.

(*La suite du cours prochainement.*)

Exposé analytique des principaux travaux d'anatomie, de physiologie, d'hygiène, de chirurgie, de médecine pratique et de littérature philosophique, par P. A. Piorry, professeur, etc. In-4°, Paris, 1856, chez J.-B. Baillière.

Nous croyons que M. Simon éviterait encore plus toute chance d'accident en mêlant le chloroforme à un excipient huileux, l'huile d'amandes douces, par exemple. Et puisque l'occasion s'en présente, disons que cet emploi du chloroforme n'était pas inconnu avant la publication de la note de M. Simon. Plusieurs confrères de Paris nous ont assuré l'avoir employé avec des résultats divers, et, depuis longtemps, on trouve dans quelques bonnes pharmacies de Paris, un *baume tranquille*, additionné de chloroforme, et dont un assez grand nombre de praticiens font usage pour calmer les douleurs des névralgies *faciales* ou de la tête.

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances du mois de Janvier 1856. — Présidence de M. le docteur Compérat.

Après la lecture et l'adoption du procès-verbal de la dernière séance, M. le docteur Auguste Mercier, président sortant, procède à l'installation du nouveau bureau pour 1856, et remercie la Société de l'indulgence qu'elle n'a cessé de lui témoigner pendant le temps qu'il a été appelé à diriger ses travaux. M. le docteur Compérat, le nouveau président, remercie à son tour la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant au fauteuil. Il fera tous ses efforts pour accomplir dignement la tâche qui vient de lui être confiée, et il termine en priant la Société de voter par acclamation des remercîmens au président sortant, et au bureau tout entier.

M. le docteur Auguste Mercier lit le rapport suivant, sur une note manuscrite de M. Plouviez, de Paris, intitulée : *Moyen d'empêcher sûrement l'écoulement de l'urine dans l'incontinence chez l'homme.*

« M. Plouviez, déjà membre correspondant de cette Société, vous a demandé le titre de titulaire, et a joint à cette demande une note sur un moyen d'empêcher l'écoulement de l'urine dans l'incontinence chez l'homme.

» Notre confrère commence par passer succinctement en revue les divers moyens thérapeutiques qui ont été préconisés contre l'incontinence d'urine, particulièrement contre celle des enfans, et il fait ressortir la divergence d'opinions qui existe sur sa nature, puisque les uns, pensant qu'elle consiste dans une atonie du sphincter vésical, ont conseillé les excitans : cantharides, noix vomique, bains froids, toniques de toutes espèces, ferrugineux ; tandis que les autres, supposant au contraire qu'elle dépend d'une excitabilité, d'une contractilité trop grandes de la vessie, ont administré des sédatifs du système nerveux, la belladone principalement.

» Comme tous disent avoir obtenu des succès, M. Plouviez n'ose se prononcer. La question doit, en effet, paraître fort embarrassante, à moins d'admettre que l'incontinence dépend tantôt d'une cause, tantôt d'une autre, ce qui répugne jusqu'à un certain point, à cause de l'analogie, pour ne pas dire de l'identité des conditions dans lesquelles elle se présente habituellement.

» J'avouerai franchement que je n'ai pas eu très souvent occasion de m'occuper de cette infirmité, parce qu'elle est presque toujours restée jusqu'à présent dans le domaine de la médecine générale. Cependant, j'ai eu à traiter quelques cas qui avaient résisté à tous les agens médicaux, et, guidé par cette réflexion, que l'incontinence cesse presque toujours lorsque les organes génitaux s'éveillent, lorsque le constricteur du col de la vessie doit prendre un surcroît de force pour s'opposer au passage du sperme dans cet organe au moment de l'éjaculation, j'ai adopté l'opinion de ceux qui placent dans une faiblesse de ce muscle l'origine la plus fréquente de cette infirmité, et j'ai cherché à lui donner du ton, à stimuler sa contractilité en pratiquant de petites cautérisations superficielles au col de la vessie.

» Ce traitement m'a donné des succès dont j'ai eu l'honneur de vous entretenir il y a déjà longtemps, et, depuis cette époque, M. Demeaux en a publié d'autres. J'ai aussi eu des insuccès ; mais je n'ai pas eu la certitude que je n'aurais pas réussi s'il m'eût été permis d'insister plus longtemps. Le moyen est assez douloureux, et, pour peu qu'on n'ait pas de résultats après une ou deux cautérisations, l'amour mal raisonné des parens ne manque pas de se lasser.

» Quoi qu'il en soit, M. Plouviez, bien qu'il ne répugne pas à croire que son moyen puisse guérir, il le propose plutôt comme palliatif que comme curatif.

» Il est formé de deux petits tampons réunis par de minces lanières de caoutchouc vulcanisé. L'élasticité de celles-ci tend à rapprocher les tampons, et on comprend que si l'un est appliqué sur le canal et l'autre sur le dos de la verge, il en résulte une pression qui arrête l'urine sans intercepter le cours du sang qui a lieu sur les côtés. Cet appareil, que l'auteur nomme *anneaux élastiques*, varie en largeur et en force selon les sujets.

» Il est incontestable que, comme moyen palliatif, c'est le meilleur que je connaisse, le plus léger, le moins dispendieux. Mais guérira-t-il ? J'en doute, et c'est ce qui n'a pas eu lieu chez un enfant dont il question dans la note et qui en fait usage depuis plus d'une année. Je me demanderai même si la réplétion continuelle du canal derrière le point comprimé, ne sera pas, au contraire, de nature à augmenter la distension du sphincter et son inertie. Il est vrai qu'on pourrait se demander, en se plaçant à un autre point de vue, si la dilatation de la vessie ne la rendrait pas plus tolérante et ne lui permettrait pas de garder l'urine plus longtemps.

» Vous le voyez, Messieurs, l'expérience seule peut résoudre ces difficultés, et il faudrait beaucoup de temps pour cela.

» Mais il n'en faut pas tant pour juger M. Plouviez. Nous le connaissons déjà de la manière la plus favorable ; l'appareil qu'il nous a présenté, en le supposant inutile, disons même nuisible chez les enfans, n'en serait pas moins fort commode chez ceux qui sont affectés d'une paralysie vraie du col de la vessie.

» Nous vous proposons donc de l'admettre comme membre titulaire et d'insérer un extrait de son travail dans l'un de nos comptes rendus. »

Voici cet extrait :

« Notre invention, dit M. Plouviez, nous paraît d'autant plus précieuse qu'on peut l'appliquer immédiatement dans tous les cas chez l'homme. Supposons une pareille infirmité quand et aussi longtemps que l'on veut, n'est-ce pas là une voie qui, à elle seule, peut conduire parfois à la guérison ?.....

» Et d'ailleurs, si on le jugeait convenable, on pourrait lui associer d'autres agens thérapeutiques.

» Afin d'abréger et pour éviter les répétitions en racontant les nombreux essais que j'ai dû faire avant d'arriver au résultat auquel je suis parvenu, je vais donner la relation du sujet sur lequel j'ai employé, et qui utilise encore en ce moment mon petit appareil que j'appellerai : *Anneau élastique contre l'incontinence d'urine.*

» Un garçon âgé de 10 ans, assez faible de complexion, atteint d'incontinence d'urine nocturne depuis l'âge de 7 ans, avait reçu, sans succès, les soins de plusieurs médecins : les toniques, le fer, etc., n'avaient pas été épargnés. Dès le commencement de son infirmité, il y avait des intermittences, mais depuis deux ans environ, il inondait son lit toutes les nuits. Étant sur le point d'être renvoyé de sa pension, les parens me le confièrent. Les bains de siége froids de trois à quatre minutes, pris tous les soirs, qui m'avaient réussi chez une jeune fille de 14 et un garçon de 15 ans, ne firent que suspendre l'excrétion de quelques jours par ci par là, pendant les trois mois qu'il en fit usage. Les cantharides intérieurement et extérieurement ne l'ont également suspendue que dix à douze jours, de temps en temps, dans l'espace de deux mois. Je n'ai pas été plus heureux avec la strychnine, l'oxyde noir de fer, et moins encore avec la belladone. Le traitement d'Hyslop est d'une application difficile, et je dirai même presque impraticable, le patient ne pouvant guère en faire usage sans le secours du chirurgien, ce dont je me suis assuré chez mon petit malade.

» Vu l'opiniâtreté du mal, et la famille insistant pour que je n'abandonnasse pas leur fils, sur lequel j'avais obtenu des améliorations passagères, je me mis à la recherche d'un moyen nouveau en dehors des ressources de la pharmacie ; j'eus recours à la mécanique. Partant de là, il fallait inventer un appareil simple, léger, d'une application facile, meilleur, en un mot, que ceux connus. Pour arriver à un résultat aussi complet, cet appareil devait, en même temps, exercer une pression douce, toujours la même, vers la base de la portion spongieuse du canal de l'urètre, et en arrière, c'est-à-dire contre le pubis, à la partie correspondante, entre les corps caverneux. Une compression faite d'après ces vues, ne gênant la circulation que dans deux points très limités et ne l'empêchant pas sur les parties latérales, on n'aurait pas à craindre les dangers d'une pression circulaire. Le but me paraît atteint avec mes anneaux, que l'on peut rendre plus ou moins élastiques. Les pelotes jouent ici le rôle principal. Le succès dépend de la manière de les tailler. Les surfaces qui se correspondent doivent être convexes.

» Cet enfant emploie ces anneaux sans inconvéniens depuis plus d'une année. Leur application est, en général, facile. Cependant, chez les jeunes sujets ordinairement assez maladroits, il est quelquefois bon de mettre à leur disposition une pince dilatatrice. Pour en faire usage, on introduit les deux lames entre les pelotes, puis on presse sur les anneaux pour les rapprocher, jusqu'à ce que l'ouverture soit suffisante pour laisser passer la verge, sur la base de laquelle on fait glisser le petit appareil. Le lendemain matin on retire l'anneau pour le réappliquer le soir en se couchant et ainsi de suite. Combien de temps faut-il en faire usage avant de l'abandonner définitivement ? C'est ce qu'il est impossible de savoir et ce qu'il importe peu, selon nous, puisqu'on peut en continuer l'application aussi longtemps que durera l'infirmité.

» En terminant, nous dirons que nous avons des raisons de croire que notre anneau rendra aussi des services dans l'incontinence des adultes et des vieillards, dont la cause est la paralysie ou le relâchement extrême du col de la vessie, ne fût-ce que pour suspendre l'écoulement de l'urine de temps en temps, pendant la nuit par exemple. »

M. le docteur Auguste Mercier, à l'occasion du rapport qu'il vient de lire sur la note de M. Plouviez, demande à entretenir la Société d'un cas de cystite qu'il observe en ce moment chez un enfant, petit garçon de 10 ans, et qui a été produite par l'usage de la teinture de cantharides administrée à l'intérieur dans le but de combattre une incontinence d'urine dont ce petit malade est affecté. Quand M. Mercier fut appelé, la cystite était passée à l'état chronique, et le malade lui était présenté dans le but surtout d'apprendre de lui s'il n'existait pas de pierre dans la vessie. La vessie explorée fut trouvée vide. Il n'y avait, en effet, qu'une cystite chronique. Tous les moyens employés jusqu'à présent ont échoué. Notre confrère se propose de recourir à une injection de nitrate d'argent cristallisé (3 grammes de sel pour 60 gram. d'eau distillée). Mais la famille recule devant l'emploi de ce moyen. Cependant cette médication est d'une utilité incontestable. M. Mercier a guéri, par ce moyen, un malade atteint depuis longtemps d'une cystite rebelle et survenue à la suite d'une chaude-pisse. Trois injections, pratiquées à dix jours d'intervalle, suffirent. Chaque fois l'injection fut gardée cinq à six minutes. La douleur occasionnée par l'injection est assez vive et retentit surtout dans le canal, qui s'enflamme au contact probable de la portion non décomposée de l'injection. Il a obtenu un succès non moins beau de l'injection au nitrate dans le cas suivant : Il s'agissait d'un malade qui avait été opéré de la pierre par M. Civiale, et qui conserva un catarrhe de la vessie. La vessie ne se vidait qu'incomplétement à cause d'un engorgement énorme de la prostate. Notre confrère, sans s'occuper de la prostate, crut devoir traiter tout d'abord le catarrhe vésical qui s'accompagnait d'urines complétement purulentes. Deux injections suffirent pour amener la guérison. Au bout de dix-huit mois le catarrhe était revenu. Une nouvelle pierre, en outre, s'était formée dans la vessie et remplissait sa capacité tout entière. Le malade urinant à chaque instant, la vessie ne retenait aucune partie de l'urine, de telle sorte qu'il n'y avait pas moyen d'injecter la moindre quantité de liquide dans cet organe, ce qui rendait toute tentative de lithotritie impossible. Le chloroforme fut employé sans résultat. Notre confrère crut donc devoir s'occuper d'abord du catarrhe vésical, espérant qu'une fois l'inflammation chronique de la vessie éteinte, l'irritabilité de ce viscère devenue moindre permettrait à l'urine et surtout à une injection d'y séjourner assez longtemps pour rendre possible la lithotritie. Ce qu'avait prévu M. Mercier arriva : l'injection au nitrate guérit la cystite, et la vessie, ramenée à des conditions meilleures, permit de pratiquer le broiement de la pierre.

M. le docteur Bonnassies a vu, chez un chapelier âgé de 60 ans, atteint d'un catarrhe vésical datant de six mois, et chez lequel tous les moyens employés avaient échoué, a vu, dis-je, des frictions, à l'aide de la pommade d'Autenrieth, pratiquées sur la région hypogastrique et autour du bassin, amener la guérison rapide de la maladie.

M. Mercier a vu les révulsifs employés avec peu d'avantages par M. Roux, tels que le cautère, le séton, les vésicatoires : toutefois, il en admet l'utilité dans les cas où il y a lieu de soupçonner chez le sujet en traitement l'existence d'un vice général herpétique, rhumatismal, etc.

M. Delchoix s'étonne qu'un médecin n'ait pas demandé la parole pour combattre quelques-unes des assertions de M. Mercier, et surtout quelques-uns des moyens violens qu'il oppose soit à l'incontinence d'urine, soit à la cystite chronique. Pour sa part, notre confrère doit des succès à des moyens beaucoup plus souvent inoffensifs et puisés dans l'ordre des moyens purement médicaux. M. Delcroix est parfaitement convaincu que dans toute inflammation, une fois qu'on a vaincu l'élément *douleur*, on a beaucoup fait pour la guérison de la maladie. — Ainsi, chez un ouvrier atteint d'une cystite violente de la vessie et de son col, à la suite d'une chaude-pisse surmenée par le copahu, M. Delcroix a vu les accidens les plus violens de ce mal céder promptement à l'usage des préparations opiacées administrées sous toutes les formes, par la bouche, par le rectum, en frictions sur la peau, etc. Il plonge au besoin son malade dans un demi-narcotisme. Il combine l'opium, selon les circonstances, avec le datura-stramonium et la belladone. Dès les premiers jours, le malade en question qui urinait toutes les cinq minutes quelques gouttes d'urines sanguinolentes avec les plus atroces douleurs, qui menaçait de se suicider, ne pouvant plus résister à un supplice qui datait déjà de près de trois mois, éprouva de cette médication stupéfiante une amélioration marquée, et en moins de trois semaines une guérison radicale.

M. Mercier croit qu'il n'a pas été suffisamment compris de M. Delcroix. M. Mercier ne rejette point la médication vantée par M. Delcroix, surtout dans la période aiguë. Si M. Mercier a parlé de la cautérisation légère du col de la vessie dans l'incontinence d'urine, à propos de la note de M. Plouviez, s'il a été conduit à proposer une injection de nitrate d'argent dans la vessie du petit malade dont il a rapporté l'histoire, c'est comme moyen ultime, alors que les moyens vantés par M. Delcroix, comme beaucoup d'autres, avaient échoué. Il est bien entendu qu'il ne va pas d'emblée porter une solution de nitrate d'argent dans une vessie récemment enflammée et à la suite d'une chaude-pisse, par exemple, ce serait lui prêter une conduite absurde, et qu'il ne croit même pas utile de réfuter.

M. le docteur Auburn croit également que M. Mercier n'a pas été compris par M. Delcroix. Évidemment, ce qu'a dit M. Mercier de l'utilité des injections de nitrate d'argent dans la vessie, ne doit s'entendre que du catarrhe vésical proprement dit, de ce catarrhe rebelle qu'on rencontre quelquefois, et contre lequel la médication narcotique de M. Delcroix resterait impuissante en compagnie de beaucoup d'autres. La médication de M. Delcroix ne peut être utile que dans les cas précisément où il a obtenu des succès, c'est-à-dire dans les cystites récentes du col, dans des incontinences d'urine dues à des irritations, à des inflammations peu anciennes de ce même col. Quant à l'incontinence d'urine nocturne, spécialement celle que l'on observe chez les enfans, M. Aubrun déclare qu'elle n'offre que trop souvent des difficultés insurmontables pour sa guérison. Dernièrement, chez un enfant de 14 ans, il a vu tous les moyens médicaux échouer l'un après l'autre. La digitaline, vantée dernièrement dans cette maladie, a paru aggraver le mal en augmentant la sécrétion urinaire. Ce qui a paru le mieux réussir, ce sont des bains de siége glacés de quelques minutes de durée. L'incontinence n'a pas complétement disparu, mais elle ne se montre plus que de temps en temps.

A M. Perrin qui demande à M. Mercier ce qu'il pense de l'efficacité des injections de baume de copahu, ou de la teinture d'iode, dans la vessie, dans le catarrhe de cet organe, notre confrère répond que le premier moyen, vanté par M. Devergie, n'a donné que de mauvais résultats, et que, quant au second, auquel il a eu recours, dès l'année 1844, d'après cette donnée qu'un médecin belge l'avait employé avec succès, à cette époque, contre le catarrhe vaginal, il a été conduit, après quelques essais au reste satisfaisans, à lui préférer l'injection au nitrate d'argent comme moins douloureuse pour le malade que l'injection iodée.

M. le docteur Gaide demande la parole à son tour pour une autre communication. Il raconte qu'il a été dernièrement appelé à donner ses soins à un jeune homme de 18 ans, atteint d'une pleurésie qui a été suivie d'un épanchement rapide et abondant qui occupe aujourd'hui, dixième jour de la maladie, le côté gauche de la poitrine dans toute sa hauteur. La matité est complète partout : la respiration ne s'étend nulle part. Au reste, le cœur n'a point été déplacé, la fièvre est modérée, il n'y a pas surtout la moindre gêne respiratoire. M. Gaide ajoute qu'une consultation a eu lieu. Le confrère consultant, médecin haut placé, a déclaré que si la résorption de l'épanchement n'avait pas lieu d'ici à dix ou douze jours, il conviendrait de faire vers cette époque une ponction et peut-être une injection iodée. M. le docteur Gaide, qui ne partage pas cet avis et qui en a fait part à la famille du malade, demande l'avis de ses confrères.

La Société est unanime pour rejeter bien loin une pareille opération. L'état récent de l'épanchement et par dessus tout l'absence de toute gêne dans la respiration, contre-indiquent de toute évidence l'intervention du chirurgien. Nul doute que cet épanchement ne cède avec le temps à l'usage répété des vésicatoires volans, et à l'intérieur, des préparations de digitale.

M. Auguste Mercier cite le cas d'une dame qui avait un épanchement pleurétique, sans pouvoir se prononcer sur l'ancienneté du mal, et chez laquelle la ponction et l'injection ne purent empêcher une issue fatale.

M. Trèves invite M. Gaide à temporiser. Pour son compte, il a vu une jeune femme atteinte d'épanchement avec des accidens de suffocation, guérir par résorption spontanée du liquide dans les jours même qui suivirent une consultation dans laquelle notre confrère avait rejeté l'opération de la thorace ntèse proposée par un consultant.

M. le docteur Dreyfus a vu la ponction réussir dans un épanchement du côté droit, suite d'une pleurésie traumatique. Le malade, âgé de 42 ans, était tombé quelques mois auparavant de sa chaise sur le dos. Le côté de la poitrine malade était dilaté et offrait à la mensuration 7 centimètres en plus que le côté sain. Un litre et demi de liquide séreux fut extrait par une simple ponction. La ponction suffit pour amener promptement la guérison radicale du malade.

M. Gaide fait remarquer que le cas de M. Dreyfus, tout intéressant qu'il est, n'a rien de commun avec le sien.

M. Moreau a eu depuis peu de temps cinq cas de pleurésie à traiter, tous du même côté, le côté droit, et tous suivis d'épanchemens plus ou moins abondans. Chez tous la résorption a eu lieu sous l'influence des vésicatoires volans à l'extérieur, et de légers purgatifs à l'intérieur.

Enfin, M. le docteur Bonnassies cite le cas d'un commissionnaire qui, malgré un épanchement pleurétique abondant et rebelle datant de deux ou trois mois, n'en continuait pas moins de vaquer à ses nombreuses occupations, de faire du matin au soir des courses dans tout Paris, et chez lequel la thoracentèse, pratiquée contre son avis, fut suivie de mort le lendemain même de l'opération.

M. le docteur Boinet s'étonne qu'un médecin consultant ait pu conseiller la thoracentèse suivie au besoin d'une injection, dans un cas d'épanchement pleurétique séreux et à marche franchement aiguë. La thoracentèse suffit en pareil cas, et encore faut-il, avant d'y recourir, que tous les moyens connus aient échoué, et que les accidens de suffocation soient tels qu'il y aurait danger pour la vie du malade de différer d'un seul jour la ponction du thorax. Quant à l'injection iodée, elle ne convient que quand le liquide, de séreux qu'il était, est devenu purulent, et que le malade est en proie à tous les accidens de la fièvre hectique produite sous l'influence de la résorption putride qui a lieu chez lui au contact d'une collection de pus dans la plèvre. C'est en pareille circonstance qu'il faut faire suivre la ponction d'une injection de teinture d'iode, sans craindre les inconvéniens de l'introduction de l'air dans la poitrine, comme cela pourrait avoir lieu s'il s'agissait d'un épanchement aigu et purement séreux. D'un autre côté, les soins consécutifs ont une importance énorme pour la guérison du malade. Ainsi, une fois l'injection iodée faite, il faut laisser dans l'ouverture pratiquée une sonde à demeure dont on bouche l'extrémité à l'aide d'un fausset. Matin et soir on ôte ce fausset pour permettre l'écoulement au dehors du pus qui aura pu s'accumuler à l'intérieur. On procède ensuite, au bout de quelques jours, et, plus tard, à des intervalles plus ou moins éloignés, selon l'abondance et la fétidité du pus, à une nouvelle injection iodée qu'on a toujours soin de faire précéder de lavages répétés, à l'aide d'un liquide émollient, dans le but de nettoyer l'intérieur de la plèvre et d'en chasser tout le pus qui tend sans cesse à s'y reproduire et à s'y accumuler. Ces injections détersives peuvent également, selon les circonstances, se faire dans l'intervalle d'une injection iodée à l'autre. A l'appui de l'efficacité de sa méthode, M. Boinet cite trois cas de guérison obtenue chez des malades atteints d'empyème, et dont l'état de marasme profond dans lequel ils étaient plongés, indiquait une mort assurée très prochaine.

Le Secrétaire général, Dr Perrin.

Cours publics d'accouchemens. — M. le docteur Hippolyte Blot, chef de clinique d'accouchemens de la Faculté, commencera ce cours le 14 avril, à 4 heures, dans l'amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera, à la même heure, tous les lundis, mercredis et vendredis.

Le cours complet sera terminé le 15 août.

Errata. — Dans notre numéro du 5 avril, article *chirurgie*, 1re page, 2me colonne, 1re ligne du 1er alinéa, *au lieu de :* or donc, *lisez :* or, dans. — Même page, même colonne, 10me ligne du 2me alinéa, *au lieu de :* une opération aussi impérieuse, *lisez :* une opération aussi ingénieuse.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X, — N° 44. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 10 Avril 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Police de la pharmacie : Circulaire du préfet de police relativement à l'exercice de la pharmacie. — II. Sur la séance de l'Académie de médecine. — III. Physiologie : Du siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme. — IV. Clinique médicale : Sur un cas de phlegmatia alba dolens, avec oblitération complète de la veine cave inférieure et de ses affluens, oblitération de l'artère pulmonaire ; et pus au centre d'un caillot dans ces deux gros vaisseaux. — V. Bibliothèque : De la kératite et de ses suites. — VI. Académies, sociétés savantes et associations. (Académie de médecine). Séance du 8 Avril : Correspondance. — Fragmens de nids d'hirondelles de mer. — Rapports. — Traitement abortif de la fièvre typhoïde. — Opération des kystes ovariques. — VII. Feuilleton : L'hygiène publique et privée des Romains, d'après les ruines de Rome et de Pompéia.

POLICE DE LA PHARMACIE.

Le préfet de police a adressé aux maires des communes rurales et aux commissaires de police la circulaire suivante :

Messieurs, malgré les garanties résultant de la législation sur l'exercice de la pharmacie, malgré toutes les précautions des pharmaciens et la surveillance de l'administration, on a trop souvent à déplorer des empoisonnemens par imprudence. Une des causes les plus fréquentes de ces accidens, est la confusion que les personnes qui soignent les malades sont exposées à faire entre les médicamens destinés à être pris à l'intérieur et ceux réservés à l'usage externe. On s'explique la facilité avec laquelle ces regrettables méprises peuvent être commises, quand on pense que les malades sont souvent entourés de plusieurs médicamens de diverses natures, destinés à des usages différens, et qui leur sont administrés par des personnes souvent peu éclairées. Il est vrai que, dans le but de prévenir la confusion, les pharmaciens ont ordinairement soin d'indiquer par ces mots : *usage externe*, que le médiment serait dangereux s'il était pris intérieurement. Mais, indépendamment de ce que cette précaution peut être souvent négligée, elle ne s'adresse qu'aux personnes qui savent lire, et elles n'a d'effet utile que lorsqu'elles ont la prudence de vérifier sur l'étiquette la nature et la destination du remède.

Désirant mettre un terme au danger que je viens de vous signaler, M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a consulté le Comité d'hygiène publique sur les mesures à prendre à cet effet, et, d'après son avis, Son Excellence m'a adressé les instructions qui vont suivre.

Un moyen toujours efficace pour prévenir de funestes erreurs consisterait dans un signe de convention apparent, que chacun pût facilement reconnaître, et qui fût susceptible d'attirer l'attention et d'éveiller la méfiance des personnes illettrées, et on a pensé que le but serait atteint si l'on imposait aux pharmaciens l'obligation de placer sur les fioles ou paquets contenant des médicamens toxiques destinés à l'usage externe, une étiquette de couleur tranchante, portant l'indication de cet usage.

Cette mesure, pratiquée déjà dans quelques pays étrangers, a paru à M. le ministre mériter d'être adoptée dans tous les départemens. Les lois de police des 16-22 décembre 1789, 16-24 août 1790, 19-22 juillet 1791 ; celles des 21 germinal an XI, 18 juillet 1837, 19 juillet 1845 ; l'ordonnance du 29 octobre 1846, et le décret du 8 juillet 1850, sur la vente des substances vénéneuses, donnent à l'administration les pouvoirs nécessaires pour en prescrire l'application.

Le signe de convention dont il s'agit ne saurait être un préservatif qu'à la condition d'être partout uniforme. Autrement, on ne ferait qu'accroître le danger qu'on se proposerait de conjurer. Une personne, en effet, sachant que, dans le département où elle réside habituellement, telle couleur est caractéristique d'une substance toxique réservée à l'usage externe, serait tout naturellement portée à attribuer une autre signification à la couleur différente qui serait usitée dans un autre département, et cette personne se trouverait exposée ainsi à employer avec confiance, à l'intérieur, une substance vénéneuse. Peu importait la couleur à adopter, pourvu qu'elle fût partout la même. M. le ministre a fait choix de la couleur *rouge-orangé*, dont l'éclat est de nature à frapper les yeux. Sur ce fond, les mots : *Médicament pour l'usage extérieur*, seront imprimés en noir et en caractères aussi distincts que possible. Il importe que l'étiquette rouge-orangé porte uniquement ces mots. Je vous adresse un certain nombre de ces étiquettes pour que vous les remettiez aux pharmaciens qui sont établis dans vos circonscriptions.

Il est bien entendu, Messieurs, que l'étiquette spéciale ne dispense pas de l'étiquette ordinaire, qui devra être imprimée sur papier blanc et porter le nom du pharmacien, la désignation du médicament, toutes les indications nécessaires à son administration, et qui pourra, en outre, représenter les attributs qui seraient propres à l'établissement, et dont le pharmacien croirait utile de faire usage. La présence de ces deux étiquettes, dont les couleurs trancheront vivement l'une sur l'autre, sera de nature à fixer l'attention des personnes qui ne seraient pas initiées à l'avance à leur signification respective.

Afin que l'étiquette rouge-orangé prenne promptement et sûrement, dans le public, un caractère distinctif, il convient qu'elle soit exclusivement réservée aux médicamens toxiques affectés à l'usage externe. Celles qui seront appliquées sur les autres remèdes externes non dangereux, ou sur ceux destinés à être administrés à l'intérieur, devront partout être imprimées en noir, sur papier fond blanc.

M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics n'a pas cru qu'il y eût lieu d'appliquer, ainsi que cela avait été proposé, la mesure aux droguistes et herboristes. En effet, en ce qui concerne les droguistes, aux termes de la loi du 21 germinal an XI, qui régit la vente des médicamens, *ils ne peuvent vendre que des drogues simples en gros*. Il leur est interdit d'en débiter aucune, au poids médicinal (article 23). Il résulte de là que le droguiste, à moins qu'il ne soit pharmacien, ne vend pas directement au malade. Il ignore complétement si la drogue qu'il vend sera appropriée à l'usage interne ou externe, si même elle servira à la pharmacie ou à l'industrie. Dès qu'elle est sortie de chez lui, dans les conditions fixées par l'ordonnance du 29 octobre 1846, sur les substances vénéneuses, il n'est plus responsable. Exiger de lui l'indication de l'usage à faire de la substance, serait lui demander plus qu'il ne doit et ne peut faire. Quant aux herboristes, *la vente des substances vénéneuses pour l'usage médical leur est implicitement interdite* par l'ordonnance (article 5, titre II). *Ils ne peuvent vendre que des plantes vertes ou sèches* : et ces plantes, qui ne s'emploient pas en nature, sont également destinées à être préparées par un autre que l'herboriste.

La formalité de l'étiquette spéciale (rouge-orangé) ne saurait donc être imposée ni aux droguistes, ni aux herboristes ; mais elle doit l'être aux médecins des communes rurales, qui, à défaut de pharmaciens, tiennent des dépôts de médicamens, ainsi qu'aux personnes qui dirigent les pharmacies des hospices et des bureaux de bienfaisance.

Il est permis, messieurs, d'attendre d'heureux résultats des dispositions qui précèdent, dans une matière qui touche de si près à la santé et à la sûreté publiques. Je vous recommande donc de vous pénétrer de leur esprit, de vous attacher d'une manière toute particulière à en assurer l'exacte application et de me tenir au courant des résultats de la surveillance que vous devez exercer dans ce but.

Veuillez m'accuser réception de la présente circulaire.

Recevez, Monsieur, l'assurance de ma considération distinguée.

Le préfet de police, Piétri.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance n'a pas manqué de variété. Rapports de la commission des eaux minérales ; rapports de la commission des remèdes secrets ; rapport de M. Blache sur un nouveau traitement de la fièvre typhoïde ; rapport de M. Bouvier sur plusieurs appareils destinés à l'application de l'électro-galvanisme aux recherches physiologiques ou au traitement des maladies ; lecture de M. Boinet sur l'emploi des injections iodées dans le traitement des kystes ovariques, tel est le sommaire de cette séance, qui a été bien remplie, et dont le compte rendu, sans qu'il soit besoin d'appréciation préalable, donnera les indications suffisantes à nos lecteurs.

Feuilleton.

L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE DES ROMAINS, D'APRÈS LES RUINES DE ROME ET DE POMPÉIA.

Les descriptions et les récits sont une manière de s'instruire trop souvent insuffisante. Entre ce que l'on recueille sur le théâtre même des événemens ou des choses qu'on veut étudier et ce que l'on apprend dans les livres l'intervalle est immense. Pour l'émotion, la vivacité et la netteté du souvenir rien de plus différent : l'impression d'une lecture s'efface aisément, celle d'un objet vu sur les lieux est impérissable. Pour ma part, l'année dernière, au Forum romain, assis sur le tronçon d'une colonne, un Tite-Live et un Tacite à la main, j'ai mieux compris, et j'ai surtout mieux retenu l'histoire romaine en quelques jours que durant mes huit années de collége.

Quand on est médecin et qu'on aime un peu l'antiquité, comment ne pas songer à l'hygiène des Romains sur les ruines de Rome ou de Pompéia ! Comment ne pas être frappé de la prédilection qu'ils avaient pour cette branche de la médecine, en contemplant les débris des monumens ingénieux ou grandioses qu'ils lui avaient consacrés !

Aujourd'hui, en dépit des outrages du temps et malgré la dévastation des barbares, on peut encore se faire une idée exacte de ce qu'étaient chez les anciens maîtres du monde la plupart de leurs admirables établissemens de salubrité publique. Thermes, égouts, aqueducs, sépultures, prisons, on y peut tout étudier, sans excepter leur système d'habitation publique ou privée.

BAINS ET THERMES.

L'usage des bains s'introduisit à Rome d'abord dans un but purement hygiénique, le besoin de propreté, plus impérieux et plus urgent à satisfaire dans les pays chauds que partout ailleurs. C'était exclusivement en rue de se nettoyer la peau, d'enlever la poussière et la sueur dont le corps se couvrait à la suite des exercices du Champ-de-Mars, que, dans les premiers temps de la République, les citoyens allaient se plonger soit au milieu du Tibre, soit dans la *piscina publica*, lac artificiel établi dans la vallée qui sépare le mot Aventin du mont Cœlius, et où l'on allait plus spécialement pour se livrer à l'exercice de la natation. C'était aussi, dans le principe, pour se conformer aux préceptes de l'hygiène que les patriciens avaient chez eux des bains particuliers qui, à cette époque, ne brillaient ni par l'élégance, ni même par la commodité, car Sénèque nous apprend que Scipion l'Africain prenait les siens dans une pièce petite, peu éclairée, et que l'eau dont il se servait n'était même pas toujours limpide. Mais peu à peu l'hygiène fit sous ce rapport des progrès, qui devinrent surtout très sensibles quand les Romains furent les maîtres de l'Asie.

Avant Pompée, il n'y avait pas de bains publics à Rome ; ce fut sous Auguste qu'on construisit les premiers bains d'eau chaude, les premiers thermes proprement dits.

L'empirisme médical, favorisé par l'esprit de cour, contribua beaucoup à ce progrès dans l'hygiène publique. On sait qu'après avoir dompté les Basques (alors les Cantabres), l'empereur Auguste fut atteint d'une maladie du foie. Voyant que les applications chaudes ne produisaient aucun effet, Musa, son médecin, lui prescrivit l'eau froide sous trois formes, en boissons, en lavemens et en bains. Musa eut le bonheur de soulager et même de guérir Auguste, ce qui lui valut de la part de l'empereur et du sénat une foule d'honneurs et de largesses, le droit, réservé jusqu'alors aux personnages de la plus haute distinction, de porter un anneau d'or, et le privilége plus éclatant encore d'avoir de son vivant une statue de bronze à côté de celle d'Esculape. Mais, ce qui valait beaucoup mieux, c'est que la guérison d'Auguste inspira un enthousiasme extrême pour les bains qui, du domaine de l'hygiène, s'étendirent alors à celui de la thérapeutique. Le gendre de l'empereur en fit construire dans la ville cent soixante-dix, où le peuple pouvait se laver *gratis* soit à l'eau froide, soit à l'eau chaude. De cette libéralité d'Agrippa il ne reste rien aujourd'hui, si ce n'est quelques pans des murs de ceux des thermes qui portaient son nom, ruines qu'on voit adossées à la partie postérieure du Panthéon.

A la mort du jeune Marcellus, atteint comme son oncle d'une maladie du foie, et qui succomba en dépit des bains qui avaient guéri Auguste, ceux-ci tombèrent en discrédit avec Musa ; mais ils reprirent faveur sous Néron, grâce aux efforts d'un médecin de Marseille nommé Charmis ; et depuis cette époque jusqu'à la chute de l'Empire, ils jouirent de la plus grande faveur parmi le peuple comme chez les grands. Les bains chauds devinrent très nombreux à Rome sous les empereurs. Néron, Vespasien, Titus, Domitien, Trajan, Adrien, Commode, Caracalla, Alexandre Sévère, Dèce, Aurélien, Dioclétien, Constantin en firent construire pour les classes inférieures. Sur la fin de l'Empire, ils s'accrurent encore. L'historien Rufus, qui florissait vers l'an 370 de notre ère, assure qu'il y en avait plus de huit cents, tant particuliers que publics. Chaque empereur voulait avoir des thermes portant son nom, comme il avait un forum et une basilique.

Institués primitivement pour la conservation et le rétablissement de la santé, les thermes s'écartèrent du but de leur fondation à l'époque de la décadence. Ce n'était plus seulement dans ce dernier but qu'on les fréquentait ; on s'y rendait aussi comme dans des lieux de distraction et d'amusement. Chaque empereur prodiguait dans les constructions de ses thermes la moitié des revenus de l'Empire. De là, une richesse et une recherche extraordinaires.

Sous Néron, le luxe et la magnificence des bains étaient déjà considérables. « A présent, dit Sénèque en parlant de la simplicité des thermes de Scipion l'Africain, qui voudrait se baigner ainsi ? On se croit pauvre et misérable si l'on ne foule aux pieds les mosaïques et les marbres les plus précieux. Il faut que les marbres de Numidie se joignent aux pierres de Thase, que des cristaux réfléchissent la lumière, que l'eau coule par des robinets d'argent, et tout cela pour la satisfaction du peuple. Que n'aurais je point à dire sur les bains de nos affranchis ? Quelle foule de statues on y trouve ! Quelle multitude de colonnes qui ne soutiennent rien ! Avec quel fracas l'eau y coule ! Notre luxe en est arrivé au point où nous ne voulons plus marcher que sur des pierres précieuses. »

Pour se rendre agréable au peuple et mieux dissimuler leur pouvoir absolu, presque tous les empereurs faisaient construire des thermes immenses, aussi grands que des provinces, selon l'expression d'Ammien Marcellin, où les Romains de toutes les classes venaient oublier la perte de leur liberté au sein des jouissances du luxe, au milieu des raffinemens de la sensualité et des magnificences de l'art. Pour se former une idée du luxe qui régnait dans les bains publics, il suffit de dire que les salles étaient revêtues de marbre jusqu'à la nais-

PHYSIOLOGIE.

DU SIÉGE COMMUN DE L'INTELLIGENCE, DE LA VOLONTÉ ET DE LA SENSIBILITÉ CHEZ L'HOMME;

Par M. le docteur Max. PARCHAPPE, inspecteur général de 1re classe des établissemens d'aliénés.

(Suite. Voir les nos des 1er, 15, 22 Janvier, 5, 12, 26 Février, 4, 11 Mars et 5 Avril.)

PREUVE PATHOLOGIQUE.

III. — Aucun physiologiste n'a, plus que M. Serres, montré de confiance dans la valeur démonstrative de l'observation pathologique pour la solution des questions physiologiques. Dans le chapitre de son *Anatomie comparée du cerveau*, qu'il a consacré à la détermination des fonctions du cervelet, des tubercules quadrijumeaux et des hémisphères cérébraux (1), il donne constamment le premier rang aux preuves empruntées à l'observation pathologique; il semble même qu'à ses yeux les vivisections aient, dans la science, pour rôle principal, la confirmation des preuves fournies par la pathologie; c'est au moins cette destination qu'il a généralement donnée aux expérimentations par lui-même instituées sur les animaux vivans.

C'est à la discussion individuelle d'observations choisies et le plus ordinairement recueillies par lui-même, que M. Serres a demandé des preuves positives sur le siége des fonctions du système nerveux.

Les conclusions, qu'il a déduites de ses observations au nombre de 39, se rapportent à la détermination des diverses parties de l'encéphale, auxquelles doit être attribué le rôle d'*excitateur* d'une action distincte et définie.

Ces conclusions assignent : à la partie supérieure du segment basilaire (protubérance annulaire et moelle allongée), le rôle d'*excitateur de la sensibilité et de la motilité générale*; aux hémisphères cérébelleux le rôle d'*excitateur des mouvemens des membres et plus spécialement des membres pelviens et du saut*; aux radiations des couches optiques et des corps striés, le rôle d'*excitateur des mouvemens des membres thoraciques*, pour les premières, *des membres pelviens*, pour les secondes; au demi-centre ovale, le rôle d'*excitateur de la voix et de la parole*; enfin, aux lobes cérébraux, le rôle d'*excitateurs des facultés intellectuelles* (2).

Pour M. Serres, « ces excitations isolées, distinctes, sont réunies, confondues, simultanées dans l'action; ce sont les instrumens divers par lesquels l'âme opère ses manifestations... Les fonctions de l'encéphale sont réparties dans toute sa masse; aucune partie ne les régit toutes, mais chaque partie y concourt à sa façon (3). »

Ainsi « la sensibilité est répandue dans toute la masse de l'encéphale, quoiqu'il paraisse bien établi que la moelle allongée est le principal siége de cette propriété (4). »

« Les faits établissent que la moelle allongée et la protubérance annulaire influencent également les mouvemens des deux membres; que les hémisphères du cervelet influencent plus généralement les membres inférieurs que les supérieurs; tandis qu'au contraire, les lobes cérébraux tiennent plus sous leur dépendance le membre supérieur que l'inférieur (5). »

Dans ces conclusions de M. Serres et dans les observations pathologiques d'où il les a déduites, il n'y a rien de réellement contraire à la doctrine générale que j'ai adoptée relativement au siége organique de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité, si l'influence fonctionnelle, que M. Serres attribue aux diverses parties de l'encéphale et qu'il rapporte au rôle d'excitateur joué par ces parties, est comprise, en ce qui touche la substance blanche de ces parties, comme exprimant purement et simplement une action d'organe conducteur.

Que cette influence ne puisse être légitimement comprise comme une action d'organe central, c'est ce qui résulte des termes des conclusions aussi bien que de la nature des faits. En effet, d'après ces conclusions et ces faits, il y aurait trois centres d'action pour les mouvemens volontaires, la moelle allongée, le cervelet et le cerveau; et la sensibilité, outre son centre principal, la moelle allongée, aurait encore pour siége tout le reste de l'encéphale.

Pas plus qu'aucun des physiologistes et des pathologistes des temps passés et du temps présent, M. Serres ne conçoit dans la substance blanche centrale une action pure et simple d'organe conducteur. Pour lui, comme pour tous, la substance blanche doit être un centre d'action aussi bien que la substance grise. « On suppose, dit M. Serres, que deux parties, dont l'une était blanche et l'autre grise, ne sauraient concourir à des actions semblables... Selon les uns, la matière grise est la partie éminemment active de l'encéphale, c'est l'organe de la sensibilité; et selon les autres, elle est le principe unique des mouvemens; on conçoit que, chez ces derniers, la matière blanche est la partie sensible de l'encéphale, et que, pour les premiers, elle est l'organe des mouvemens.

» Pour juger par un seul fait ces deux opinions, il n'y a qu'à considérer la moelle épinière chez les animaux dans lesquels la matière blanche la constitue uniquement; l'irritation de cette moelle provoque les plus vives douleurs et les convulsions les plus actives. Donc la matière grise n'est ni l'organe unique de la sensibilité, ni le principe des mouvemens; donc aussi la matière blanche excite à la fois et les mouvemens et la sensibilité (1). »

Ce qu'il y a de fondamentalement défectueux dans cette manière de concevoir le rôle des deux substances, et d'interpréter les faits, explique, à mon avis, toutes les contradictions, plus apparentes que réelles, des physiologistes et des pathologistes.

Qu'on admette dans la substance blanche le rôle simple de conducteur, et on ne devra pas s'étonner que les lésions de cette substance dans la moelle allongée, le cervelet et le cerveau puissent, aussi bien que dans la moelle épinière et les nerfs, troubler, altérer la double fonction du mouvement volontaire et de la sensibilité: et on ne devra certes pas en conclure qu'il y a autant de centres, pour le mouvement et la sensibilité, que de parties organiques dont la lésion puisse entraîner la douleur ou la convulsion, l'anesthésie ou la paralysie du mouvement.

Qu'on réserve à la substance grise le rôle d'organe d'action centrale, et on ne s'étonnera plus de voir la lésion des diverses agglomérations organiques de substance grise entraîner des troubles fonctionnels spéciaux, tout en laissant intacts le mouvement volontaire et la sensibilité, toutes les fois que l'agglomération de substance grise qui est le centre organique de ces deux fonctions, c'est-à-dire la couche corticale cérébrale, sera demeurée intacte. Et on comprendra alors comment la lésion de la couche corticale cérébrale peut entraîner et entraîne réellement le trouble et la paralysie du mouvement volontaire et de la sensibilité, malgré l'intégrité parfaite, soit de la substance blanche du cerveau, soit même de la substance blanche et de la substance grise de la moelle allongée, ce prétendu centre des mouvemens volontaires et de la sensibilité.

IV. — Ces réflexions sont applicables à ce que présentent de contradictoire, par rapport au rôle que j'attribue à la couche corticale cérébrale, les conclusions que M. Longet a déduites de l'observation pathologique, dans ses recherches sur le siége des fonctions du système nerveux.

Elles expliquent comment cet éminent physiologiste n'a pu, dans son savant *Traité de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux*, faire sortir que le doute et l'incertitude d'une étude critique des preuves pathologiques, la plus complète et la plus impartiale qui eût encore été entreprise, et comment malgré une plus grande richesse dans les faits et une plus grande rigueur dans la méthode, il n'a guères pu conduire la science, en ce qui touche le siége organique de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité, au delà des résultats obtenus par Haller.

En principe, M. Longet a parfaitement reconnu et exactement caractérisé la valeur des preuves pathologiques dans la détermination du siége des fonctions du système nerveux.

« Quiconque, dit-il, a étudié avec persévérance les lésions matérielles de nos organes, est convaincu que les lésions ayant le même siége, toutes choses égales d'ailleurs, déterminent constamment les mêmes effets, se traduisent par les mêmes symptômes, et que les différences à cet égard tiennent à diverses conditions qui ont échappé à l'observateur. Dès lors, si les lésions morbides peuvent rigoureusement se limiter à certains faisceaux de la moelle épinière, ou à une seule espèce de racines des nerfs rachidiens, la pathologie doit nous fournir le moyen le plus sûr, le meilleur, de déterminer les usages de ces parties (1). »

Mais, en fait, cette valeur des preuves pathologiques s'est trouvée définitivement réduite, pour M. Longet, à bien peu de chose, au moins en ce qui touche le problème dont je poursuis la solution. Qu'on en juge par ce passage de la préface de son livre :

« Concilier les résultats des expériences avec ceux de la pathologie, tel a été le but constant de nos efforts. Mais, il faut bien l'avouer, si dans nos études sur la moelle épinière et sur les cordons nerveux, les données expérimentales et pathologiques se sont prêté un mutuel appui, elles ont paru trop souvent se contredire quand il s'est agi de la masse encéphalique... La pathologie cérébrale est si riche de faits, qu'elle n'en refuse à aucun système; tout ce qu'on veut y voir, on l'y trouve; tout ce qu'on lui demande, elle le donne; suivant la manière dont on l'interroge, elle conduit à l'erreur, au doute ou à la vérité (2). »

La méthode de M. Longet consiste dans la discussion individuelle d'observations particulières, et ne diffère pas au fond de celle dont j'ai démontré la convenance et la légitimité. Ainsi il admet que la preuve pathologique ne peut être fondée qu'à la condition du choix dans les observations et de la concor-

(1) Serres, *Anatomie comparée du cerveau*, tome II, page 593.
(2) *Ibidem*, pages 716, 717, 718.
(3) *Ibidem*, page 658.
(4) *Ibidem*, page 662.
(5) *Ibidem*, page 656.

(1) *Ibidem*, page 660.

(1) Longet, *Anat. et phys. du syst. nerv.*, tome I, page 319.
(2) *Ibidem*, pages VI, VII.

---

sance des voûtes, que celles-ci étaient ornées de dorures ou de peintures, que le pavé resplendissait de mosaïques, que la lumière se répercutait dans des globes de cristal suspendus aux voûtes ou attachés aux murs, de manière à produire les reflets les plus éclatans. Ajoutons que les plus magnifiques candélabres qu'on voit aujourd'hui dans les musées de Rome, que les plus hautes colonnes de granit, de porphyre, d'albâtre oriental, de jaune antique, etc., qu'on remarque dans ses églises, proviennent des thermes, et qu'on en tira les principaux chefs-d'œuvre de la statuaire antique, l'Hercule de Glycon, le torse du Vatican, le taureau Farnèse, la Flore, les deux gladiateurs, les dompteurs de chevaux de la place du Quirinal, etc., etc.

Les thermes se composaient de trois enceintes concentriques. La dernière, où se trouvaient les bains proprement dits (*balnearia*), était constituée par six pièces ou chambres principales. La première chambre, d'une température s'éloignant peu de celle de l'air extérieur, où l'on se déshabillait et où se tenaient les gardiens des vêtemens (*capsarii*), se nommait *apodypterium* ou *spoliatorium*. Cette pièce n'existait pas, à ce qu'il paraît, dans les bains grecs, car Lucien et Vitruve n'en parlent pas en les décrivant. La seconde chambre, ordinairement exposée au nord, s'appelait *frigidarium*. La troisième, nommée *tepidarium*, et par Pline et Galien *cella media*, avait pour destination de prévenir par l'air tempéré qu'elle renfermait les effets dangereux du passage trop subit du froid au chaud ou du chaud au froid.

Quoi qu'il y eût des baignoires dans le *frigidarium* et dans le *tepidarium*, on s'en servait peu. On se contentait de traverser ces deux chambres à pas lents : on y cherchait moins la graduation dans la température de l'eau que la graduation dans la température de l'air.

En sortant du *tepidarium* on se mettait entre les mains des épileurs (*alipili*) et des masseurs (*tractatores*); et ces derniers, après avoir terminé leur opération, nettoyaient la peau en passant la *strigilis*, sorte d'étrille en os ou en écaille.

La quatrième chambre était celle de l'étuve (*sudatorium* ou *vaporarium*). La chaleur de l'étuve était tantôt sèche et tantôt humide. Le bain d'air chaud était originaire de la Laconie, comme nous l'apprend Martial :

> Ritus si placeant tibi Laconum
> Contentus potes arido vapore
> Cruda virgine martiâque mergi.

De là le nom de *laconicum* sous lequel on le désignait. Dans le principe, il n'était conseillé qu'aux vieillards et aux gens d'une constitution débile. Galien le défendait aux personnes d'un tempérament sanguin. Quant au bain d'air humide ou de vapeur proprement dit, on l'obtenait en versant de l'eau sur des plaques de marbre échauffées par des fours souterrains. Ce qui rendait le bain d'étuve dangereux chez les anciens, c'est que la vapeur, au lieu de se renouveler comme dans le bain russe, restait immobile et concentrée faute de communication avec l'air extérieur.

Le bain d'eau froide (*lavacrum*) se trouvait dans la cinquième chambre. C'était la plus fréquentée de toutes. Au milieu se trouvait un bassin creusé dans la terre (*piscina*), plus spécialement destiné à la multitude, ou des baignoires (*baptisteria*) à l'usage des patriciens et des gens riches.

Enfin, la sixième chambre était l'*unctuarium* où l'on se faisait frictionner, soit avec de la terre glaise, soit avec des huiles parfumées, soit avec de la farine de lupins, jusqu'à l'époque où l'usage du savon se répandit des Gaules en Italie.

Dans la médecine des Romains, les bains jouaient un rôle considérable. Asclépiade et Galien en usaient largement parmi leurs prescriptions. Pour eux, c'était la grande ressource contre les maladies cutanées, articulaires et la plupart des affections chroniques; en un mot, ils constituaient plus de la moitié de la thérapeutique des anciens.

Au point de vue de l'hygiène, ils jouissaient d'une faveur plus grande encore.

On se plongeait dans le bain chaud pour apaiser la lassitude et donner de la souplesse à la peau; dans le bain tiède pour se procurer du sommeil, et dans le bain froid pour acquérir de la vigueur. On voyait aussi dans les thermes publics une foule d'histrions, de maîtres de chant, de tragédiens, de comédiens qui s'y rendaient en vue de résister à la fatigue des organes de la voix, inhérente à ces diverses professions. Le comédien Ménophile était, s'il faut en croire Martial qui se baignait souvent avec lui, un des habitués les plus assidus des thermes publics. Sénèque et l'empereur Alexandre Sévère étaient aussi de grands partisans des bains. Du temps de Galien, on allait aux thermes tous les jours. L'empereur Commode faisait plus, il y allait jusqu'à cinq et six fois par jour.

Indépendamment des bains d'eau chaude ou froide, on se plongeait aussi dans d'autres liquides, dans des bains de lait d'ânesse, par coquetterie, comme l'impératrice Poppée, ou dans des bains de sang de jeunes hommes, comme l'empereur Constantin, quand il fut atteint de la lèpre. Enfin, il y avait les bains safranés, où l'on se plongeait par excès de sensualité, comme le faisait Héliogabale.

Le prix d'entrée des thermes était des plus modiques. Il ne s'élevait qu'à environ un centime de notre monnaie, à un *quadrans*, ainsi que nous l'apprend Juvénal :

> Cœlere silvano porcum quadrante lavari.

De là l'affluence du peuple dans ces établissemens. Les femmes, les enfans, les vieillards s'y pressaient autant que les hommes dans la force de l'âge. Les jours de fête, on entrait aux bains sans aucune rétribution; et, à dater du règne d'Antonin-le-Pieux, les thermes devinrent tout à fait gratuits. Nourri et amusé déjà aux dépens du trésor public, le peuple romain devait encore finir par être baigné de la même manière. Il n'exigeait pas moins impérieusement dans la suite les *balnea* que primitivement le pain et les spectacles, *panem et circenses*. Les empereurs eux-mêmes ne dédaignaient pas de se mêler à la foule qui encombrait les grandes piscines, car on rapporte qu'Adrien voyant un jour un homme du peuple, un ancien soldat, qui, en sortant du bain, se frottait le dos contre une muraille faute de pouvoir se faire passer la *strigilis*, lui donna une pièce de monnaie pour acheter cet instrument.

On allait aux thermes en toute saison, même aux bains froids, que Charmis conseillait en hiver comme en été; ils étaient toutefois plus fréquentés dans cette dernière saison. On s'y rendait généralement dans l'après-midi, et de préférence vers les deux heures, soit parce que, dans le bain froid, l'eau était à la température la plus convenable, soit qu'on réservât la matinée pour les affaires.

(*La suite prochainement.*)

Dr MICHÉA.

dance des faits contenus dans les observations avec les résultats de l'expérimentation et avec les données de la structure anatomique. Il reconnaît aussi la nécessité de ne pas toujours tenir compte des observations apparemment contradictoires.

L'application de cette méthode à la détermination des fonctions des racines spinales et de la moelle épinière, considérées comme organes conducteurs dans les phénomènes de mouvement volontaire et de sensibilité, a conduit M. Longet à la confirmation du théorème de Ch. Bell.

Sa démonstration est appuyée sur la discussion de 19 observations particulières dans lesquelles se trouvait réalisée la condition d'une lésion exactement bornée à l'un ou l'autre des élémens organiques distincts, racines et cordons antérieurs ou postérieurs.

Il justifie le petit nombre des preuves apportées, par la rareté de la réalisation de la condition essentielle de l'isolement des lésions. « Il est vrai, dit-il, que la nature n'expérimentant pas, pour ainsi parler, afin d'obtenir, comme nous, des résultats simples et nettement définis, cet isolement dans les altérations et, par conséquent, dans les symptômes, ne s'offre qu'à de rares intervalles; tandis que, trop souvent, au contraire, ces symptômes sont complexes, parfois un peu incertains, comme le sont, dans leur siége, les altérations pathologiques elles-mêmes. En effet, après avoir passé en revue près de 350 observations de maladies de la moelle épinière..., je n'ai pu en rassembler que quelques-unes dans lesquelles la lésion se bornait exactement à tel ou tel faisceau médullaire, et plusieurs autres qui offraient des altérations limitées soit aux racines antérieures, soit aux postérieures (1). »

A l'objection, infirmative de la preuve, qui pourrait être tirée de ce que les observations ont été choisies parmi un grand nombre, il répond : « Il m'aurait fallu un bien grand aveuglement, ou un hasard bien favorable à mes convictions, pour que, sur près de 350 observations, je n'eusse pu en trouver qu'une seule, rapportée en cinq ou six lignes, qui fût formellement contraire à la vérité que nos efforts tendent à propager (2). »

M. Longet regarde donc comme définitivement faite la preuve pathologique du rôle spécial d'organe conducteur, pour les mouvemens volontaires, dans les racines spinales et les cordons antérieurs de la moelle épinière, pour la sensibilité dans les racines et les cordons postérieurs.

Si dans l'application de la méthode à la détermination des fonctions des autres parties du système nerveux, il n'a pu obtenir des résultats aussi favorables, cela tient, à mon avis, principalement à ce que, comme tous les autres physiologistes, il a méconnu la nécessité de subordonner l'appréciation des faits pathologiques à leur interprétation physiologique au double point de vue du rôle possible des parties, en tant qu'organes d'action conductrice ou d'action centrale.

Dans l'exposition de la preuve physiologique, j'aurai l'occasion de rendre d'une manière générale, aux travaux de M. Longet, toute la justice qui leur est due, et d'accorder en particulier à ses vues et à ses opinions toute l'importance qui leur appartient; ici, je me contenterai de résumer succinctement les conclusions principales de son étude pathologique.

Dans les observations relatives au bulbe rachidien et à la protubérance annulaire, M. Longet a trouvé la confirmation des enseignemens fournis par les vivisections sur le rôle d'action centrale qui appartient au bulbe, quant aux mouvemens respiratoires, et qui est attribué à la moelle allongée, quant aux mouvemens volontaires et à la sensibilité.

Les faits lui ont aussi paru suffisans pour établir pathologiquement les rapports intimes des tubercules quadrijumeaux avec l'exercice de la vue (3).

Mais à ces résultats se bornent à peu près les acquisitions dues à la pathologie par la physiologie du système nerveux.

M. Longet conclut de l'étude des faits, que l'observation pathologique n'a rien fourni de décisif sur le rôle des couches optiques, des corps striés, du corps calleux, des tubercules mamillaires, de la voûte, de la cloison, de la glande pinéale, de la glande pituitaire, de la corne d'Ammon, des ventricules.

La discussion partielle de diverses catégories de faits pathologiques conduirait M. Longet à attribuer, plus ou moins positivement, au cervelet une influence sur les mouvemens volontaires, sur la sensibilité, sur l'intelligence et l'instinct, mais en définitive il s'abstient de toute opinion absolue: « En face de tant de faits qui semblent se contredire les uns les autres, le lecteur, dit-il, a pu juger de la réserve qu'il convient d'apporter dans une conclusion, et reconnaître qu'assurément la détermination précise des usages du cervelet est un des problèmes les plus embarrassans de la physiologie. Toutefois, si, dans l'état actuel de la science, il nous était permis de donner quelque préférence à l'une des précédentes opinions, nous choisirions celle qui représente le cervelet comme influençant d'une manière spéciale la coordination des mouvemens de translation (4). »

En ce qui touche les fonctions du cerveau, les résultats ne sont pas beaucoup plus concluans.

M. Longet attribue, d'après l'observation pathologique, aux lobes cérébraux, une influence sur les mouvemens volontaires et sur l'intelligence, les sentimens et les instincts.

Mais il ne trouve dans la pathologie aucun fait qui prouve l'influence du cerveau sur la sensibilité, et c'est d'après les résultats des vivisections qu'il se croit en droit de restreindre cette influence à une action dont il est difficile de se faire une juste idée, et qui serait autre que l'action de centre de perception. Voici en propres termes sa conclusion sur ce point : « En résumé, il nous paraît possible d'isoler par la voie expérimentale le siége des perceptions sensoriales *brutes*, du siége de l'intelligence et de la volonté; et nous ne croyons pas pouvoir admettre que la perte absolue de la perception de toutes les sensations résulte nécessairement de la soustraction des lobes cérébraux (1). »

M. Longet pense, en outre, que « la pathologie n'autorise pas jusqu'à présent à dire que ce soit plutôt telle région des lobes cérébraux que telle autre qui jouisse du privilége d'être le siége exclusif de l'intelligence. Elle n'a rien prouvé relativement aux siéges spéciaux qu'on a prétendu assigner aux diverses facultés intellectuelles (2). »

Enfin il déclare n'avoir pu apprécier par lui-même la valeur respective des assertions contradictoires qui attribuent un rôle distinct, dans les lobes cérébraux, à la substance blanche et à la substance grise; en ce sens que, suivant l'opinion de MM. Foville et Pinel-Grandchamp, la substance blanche des hémisphères serait affectée aux mouvemens volontaires à l'exclusion de la matière grise des circonvolutions, tandis que d'autres auteurs affirment que la substance corticale peut être suivie de l'abolition du mouvement, notamment M. Parchappe, qui assure qu'il n'est qu'une altération constante dans la paralysie générale des aliénés, le ramollissement de la couche corticale. « Qu'il nous soit permis, dit M. Longet, jusqu'à plus amples renseignemens, de n'adopter, d'une manière exclusive, ni l'une ni l'autre de ces manières de voir (3). »

(La suite prochainement.)

(1) *Ibidem*, pages 319, 320.
(2) *Ibidem*, page 321.
(3) *Ibidem*, page 479.
(4) *Ibidem*, page 769.

(1) *Ibidem*, page 653.
(2) *Ibidem*, page 691.
(3) *Ibidem*, page 657.

CLINIQUE MÉDICALE.

SUR UN CAS DE PHLEGMATIA ALBA DOLENS, AVEC OBLITÉRATION COMPLÈTE DE LA VEINE CAVE INFÉRIEURE ET DE SES AFFLUENS, OBLITÉRATION DE L'ARTÈRE PULMONAIRE; ET PUS AU CENTRE D'UN CAILLOT DANS CES DEUX GROS VAISSEAUX;

Par Michel PETEN, interne-lauréat des hôpitaux.

La femme Boulssel, âgée de 32 ans, entre à la Charité, salle Saint-Joseph (service de M. Cruveilhier), le 22 janvier 1856, pour suite de couches.

Il y a vingt-sept jours que cette femme est accouchée sans accident. Douze jours après ses couches, perte considérable qui dure, moins abondante toutefois, jusqu'à l'entrée de la malade à l'hôpital. Affaiblissement progressif, sans douleur du côté de l'utérus.

L'état actuel est le suivant : anémie profonde, faiblesse extrême, irritabilité très grande, petite toux sèche, anorexie, dyspepsie; il y a des palpitations, du souffle au premier temps du cœur, sans maximum d'intensité à la pointe ou à la base, et un bruit de diable dans les vaisseaux du cou; le pouls de la carotide et de la radiale est petit et dépressible. Du reste, la malade ne se plaint d'aucune douleur.

Il existe un écoulement roussâtre, fétide depuis plusieurs jours, peu abondant, et qui s'effectue sans douleur. La région hypogastrique est peu douloureuse à la palpation. Au toucher, on trouve le col utérin volumineux et légèrement douloureux; le corps est tuméfié, dur et un peu douloureux.

Repos au lit; gomme édulcorée; une portion, que la malade mange incomplétement.

Le 25, trois jours après l'entrée de la femme B... à la Charité, l'écoulement utérin se supprime, sans cause apparente et sans douleur du côté de l'utérus.

Le lendemain, le pied gauche se tuméfie, et bientôt tout le membre inférieur est envahi par la tuméfaction. En même temps, il y a quelques *frissons erratiques* légers. L'anorexie se prononce davantage; la bouche est pâteuse; état général fébrile; pouls à 110, petit et dépressible.

27. Tout le membre inférieur gauche est œdémateux, pâle, *douloureux* à la pression le long de la veine fémorale seulement et au creux poplité; la pression est également douloureuse au niveau de l'iliaque externe. Il n'y a de douleur que sur le trajet des vaisseaux que l'on sent indurés. L'œdème garde l'impression du doigt.

Dans la journée du 29, *frisson violent* pendant un quart d'heure, avec claquement de dents. Déjà, depuis hier soir, le pied droit a commencé à se tuméfier; aujourd'hui, la tuméfaction s'étend au mollet. Il n'y a point de douleur aux points œdématiés; tandis que la pression des veines iliaque externe et fémorale droites, indurées, est très douloureuse. Le pouls est à 120, petit, misérable. Cependant il y a toujours le même souffle au cœur et dans les carotides. État général très mauvais. Pas de douleur utérine.

On place les membres sur un plan incliné, et l'on donne une potion avec 4 grammes de quinquina.

30. Frisson peu intense, et pendant dix minutes seulement.

État à peu près stationnaire jusqu'au 3 février. A cette époque, *toux sèche* continuelle et fatigante, sans que l'on trouve *rien à l'auscultation*.

Le 4, à la visite du soir, face altérée et presque cadavéreuse; la malade est en proie à un *frisson* assez vif qui a déjà une heure et demie de durée. Refroidissement marqué des extrémités inférieures, à la jambe droite surtout, que la malade ne sent plus. — *Tussitation* continuelle.

A l'auscultation, on ne trouve rien en avant ni en arrière.

5. Même état local; même état général fort grave. Il n'y a plus de frissons. Pas de nausées, de vomissemens, ni de diarrhée; mais tussitation continuelle et fatigante. Pouls à 120, petit; 50 respirations par minute, bien que la malade n'éprouve aucune douleur thoracique.

C'est en vain qu'on continue l'usage du quinquina et qu'on a enveloppé les membres dans des cataplasmes saupoudrés de poudre de quinquina.

7. Depuis quelques jours, crachats muqueux sans caractère. Aujourd'hui il y en a deux *presque rouillés*. Toujours rien à l'auscultation de la poitrine. — M. Cruveilhier n'en a pas moins diagnostiqué, depuis deux jours, une *phlébite capillaire* du poumon. — Toujours du souffle au cœur et au cou. Pas de diarrhée. — Vésicatoire, potion calmante.

Même état jusqu'au 12.

La nuit du 11 au 12 a été pénible en raison de la dyspnée et d'un point de côté qui est survenu. Le matin, face encore plus altérée. Crachats *rouillés et visqueux*.

A l'auscultation, en arrière, au sommet et des deux côtés, souffle, avec retentissement de la voix; mais à gauche, dans la fosse sous-épineuse, de la *crépitation* s'ajoute au souffle. Matité en ces points.

13. L'œdème est considérable mais parfaitement limité aux membres inférieurs. Les parois abdominales ne sont point œdémateuses; il n'y a point d'épanchement dans le péritoine. Les veines sous-cutanées ne se sont point dilatées.

Crépitation et souffle à gauche, souffle seulement à droite. Toux incessante, expectoration visqueuse et rouillée.

14. Le point de côté persiste depuis deux jours, seulement il est plus marqué aujourd'hui. Expectoration peu abondante, visqueuse et puriforme, que la malade a à peine la force d'expulser. Pouls filiforme et innombrable. État général des plus graves. Mort, dans toute la plénitude de l'intelligence, à une heure de l'après-midi.

Autopsie vingt-quatre heures juste après la mort.

Abdomen. — Pas de sérosité dans la cavité du péritoine. Rien de notable dans les intestins.

L'utérus n'est guère plus gros qu'à l'état normal. Au milieu de son tissu blanc grisâtre se trouvent des cylindres de fibrine coagulée, blanchâtre, contenus dans les veines parenchymateuses qu'ils oblitèrent. La muqueuse du col et celle du corps ne présentent plus de traces d'inflammation.

Les veines utéro ovariennes sont oblitérées par un caillot fibrineux dans presque toute leur étendue; mais la veine rénale gauche est intacte.

Les veines utérines sont également oblitérées; il en est de même de toutes les autres collatérales des hypogastriques, qui, elles aussi, sont oblitérées. Dans toutes ces veines, le caillot est entièrement fibrineux et forme un cylindre plein. Même état des veines iliaques externes, fémorales, saphènes, etc. Mais, dans la moitié inférieure des saphènes, le caillot est de plus en plus mou, rougeâtre au centre et en partie perméable.

Quant à la veine cave inférieure, elle est oblitérée jusqu'au niveau des rénales exclusivement. Le caillot, fibrineux et plein dans la partie inférieure de la veine, est manifestement fluctuant dans ses trois derniers centimètres, où il contient du pus bien lié et parfaitement enkysté.

Toutes ces veines présentent ceci de remarquable que leurs parois ont un aspect parfaitement normal; leurs tuniques ne sont point épaissies; la membrane interne, pâle, lisse, n'est nullement dépolie et il n'y a point d'injection sous-jacente. Le tissu cellulaire voisin de ces veines est parfaitement intact et n'est nullement adhérent.

Rien dans les reins.

Rien dans la veine porte ni dans ses affluens. Rien dans le foie.

Les ganglions lombaires, comme les ganglions inguinaux, sont sains.

Poitrine.—Le cœur est assez volumineux; les ventricules sont pleins de masses fibrineuses, élastiques, grisâtres et de formation récente. L'aorte ne présente rien d'anormal. Les carotides ont un volume proportionné à celui du sujet.

Le tronc de l'artère pulmonaire est perméable, mais sa branche gauche, peu après son origine, est oblitérée par un caillot, fluctuant comme celui qui se voit à la partie supérieure de la veine cave inférieure, et contient également du pus dans l'étendue de 2 centim. La branche gauche et la branche droite de cette artère sont oblitérées, jusque dans leurs ramifications dernières, par des caillots fibrineux, blanchâtres et pleins. L'une et l'autre branche ne sont, d'ailleurs, aucunement modifiées dans leurs parois. Enfin, les caillots fibrineux de la branche droite, surtout dans les rameaux les plus volumineux, sont évidemment plus récens qu'à gauche et ont dû se former dans les derniers temps de la vie.

Le poumon gauche présente, à son sommet et en arrière, de la suppuration en deux points différens, dont chacun occupe une surface de 2 centimètres carrés environ. Le parenchyme est partiellement détruit en ces points; mais ce ne sont point là des abcès parfaitement enkystés et encore moins des abcès métastatiques. Carnification tout autour de ces points, ainsi qu'au bord postérieur et à la base. Le poumon droit ne présente de suppuration en aucun point. Son tissu est également un peu carnifié à son bord postérieur.

Pleurésie à la base, à gauche, avec fausses membranes et épanchement peu considérable.

Il n'y avait absolument rien dans le système de la veine cave supérieure.

RÉSUMÉ ET DISCUSSION. — Métrite peu intense avec écoulement fétide, mais chez une femme profondément anémiée et où l'absorption devait être très active. Puis, cessation de l'écoulement; en même temps des frissons erratiques se montrent, le pouls s'accélère; c'est un nouvel élément qui se prend, c'est la phlébite qui commence : une sorte de dérivation se produit. Quatre jours plus tard, frisson violent; c'est la suppuration qui s'annonce. Dix jours après, nouveau frisson assez vif, avec tussitation sèche; c'est l'artère pulmonaire qui se prend à son tour et le parenchyme du poumon qui s'irrite. La toux est sèche et l'auscultation négative, car il n'y a rien encore dans l'arbre aérien du poumon, tout est localisé à son arbre vasculaire. Puis la dyspnée augmente, l'expectoration se manifeste, de la

crépitation se fait entendre; ce sont les vésicules elles-mêmes qui s'enflamment et communiquent avec les ramifications ulcérées de l'artère pulmonaire. Enfin la mort a lieu quand la circulation de l'hématose a cessé d'être possible dans l'artère pulmonaire oblitérée.

Cette observation m'a paru intéressante : I. parce qu'elle vient à l'appui de ce point de doctrine, qui fait de la *phlegmatia alba dolens* une *phlébite*; II. parce que, au point de vue de la théorie des bruits vasculaires, elle présente des phénomènes remarquables; III. enfin, parce qu'il me semble en ressortir quelques indications thérapeutiques :

I. Il y eut phlébite : la douleur au niveau des veines, et là seulement, les frissons initiaux et l'accélération du pouls le démontrent. Mais cette phlébite s'est-elle transmise de solide à solide, de l'utérus enflammé à ses veines? Il est bien remarquable qu'on ne trouve aucune modification inflammatoire dans l'utérus, et que les veines de cet organe, point de départ de l'affection, n'étaient pas plus altérées que les autres. Partout, en effet, l'on ne trouva aucune altération dans les parois veineuses. Or, ne pourrait-on pas croire qu'il y eut ici la filiation suivante : *absorption* de matières putrides par les veinules de la muqueuse utérine gorgée de ces matières; *altération* du sang veineux; *inflammation consécutive* de la tunique interne des veines au contact irritant de ce liquide; puis oblitération des petites veines et suppuration dans les gros troncs où la matière infectante était le plus abondante et où la circulation a persisté le plus longtemps? c'est-à-dire qu'il y eut phlébite par *résorption putride*.

Il faut bien admettre, en effet, que le sang altéré a été le véhicule impur qui s'en vint enflammer l'artère pulmonaire. Car l'inflammation ne s'est point transmise, par continuité de tissu, de la veine cave à l'artère pulmonaire : le cœur est entre elles deux, et on ne le trouva point altéré. Or, ce que l'on admet, consécutivement, pour l'artère pulmonaire, c'est-à-dire l'inflammation de sa tunique interne au contact irritant du sang altéré, pourquoi ne point l'admettre, primitivement, pour les veines? En quoi répugne-t-il de reconnaître que l'inflammation presque latente de l'utérus a été incapable de se transmettre aux veines de cet organe? Et n'est-il pas plus probable qu'il y a eu absorption de ces matières infectes et putrides, chez un sujet où l'absorption devait être si active?

Enfin, il n'y eut point là *diathèse purulente*, puisque l'affection fut parfaitement limitée au système de la veine cave inférieure, où elle avait pris naissance, et à celui de l'artère veineuse, de l'artère pulmonaire, qu'elle ne franchit point. Aussi, rien dans la veine porte, et, par conséquent, dans le foie; rien non plus dans le système de la veine cave supérieure. D'abcès métastatiques nulle trace en aucun point.

Je crois que, dans tous les cas de *phlegmatia alba dolens*, il y a, comme ici, absorption de matières putrides et inflammation consécutive des veines, mais que celle-ci s'arrête à la coagulation du sang et se résout plus tard; que, dans notre cas, la suppuration n'eut lieu et la terminaison ne fut si fâcheuse qu'en raison de l'état cachectique du sujet.

II. Notre malade, anémique au possible, eut, pendant toute la vie, un bruit de souffle au cœur et de diable dans les vaisseaux du cou. On pourrait se demander s'il y avait bruit de souffle par pléthore aqueuse chez un sujet qui fut privé de la moitié de son liquide circulatoire pendant vingt jours entiers, et chez lequel, pendant un nombre de jours assurément moindre, la circulation de l'hématose fut partiellement, puis complétement suspendue. Ce à quoi l'on répondra peut-être, avec M. Beau, qu'une pléthore locale et relative pouvait toujours exister dans les points où la circulation s'effectuait encore; que si les pulsations de l'artère carotide étaient débiles et ce vaisseau peu volumineux, le cœur n'en était pas moins dilaté et l'ondée sanguine volumineuse; qu'enfin l'on ignore le volume des artères pendant l'état de santé de notre malade. Un dernier mot, cependant : le cercle circulatoire a pu être complet, bien qu'amoindri, tant que la branche droite de l'artère pulmonaire n'a pas été complétement oblitérée, la branche gauche l'étant déjà, mais l'ondée sanguine devait être bien peu considérable.

III. Enfin, et c'est là le point pratique, quand, ainsi que dans le cas actuel, l'écoulement est fétide et la femme anémiée, deux indications me semblent en ressortir : 1° faire disparaître la cause infectieuse, 2° satisfaire à l'absorption.

1° On remplira la première indication en balayant les organes génitaux plusieurs fois par vingt-quatre heures, au moyen d'injections prolongées, dont une au moins chaque jour serait chlorurée.

2° Quant à la seconde indication, on y satisferait : *a*. en donnant un grand bain le plus souvent possible et tant que durerait l'écoulement fétide, moyen doublement efficace par la sédation qu'il produit et l'absorption d'eau qui en résulte; on fera d'ailleurs boire abondamment la malade : — en effet, plus il y aura d'eau absorbée, moins il y aura de chances pour que la matière de l'écoulement le soit; *b*. en essayant par tous les moyens possibles de relever l'organisme : bouillons substantiels, viandes rôties; lavemens de bouillons, s'il y a des vomissemens; vins généreux.

BIBLIOTHÈQUE.

DE LA KÉRATITE ET DE SES SUITES;

Par le docteur Raphaël Castorani, chef de clinique au dispensaire ophthalmologique de M. Desmarres. — Paris, 1856, Germer-Baillière, libraire.

Tout récemment, nous analysions dans ces colonnes l'excellent livre de M. Desmarres, avec le regret de n'avoir encore entre les mains que ses deux premiers volumes, dont la lecture fait vivement désirer que ce savant et habile ophthalmologiste en donne bientôt le complément. Aujourd'hui, voici une brochure d'un de ses élèves, jaloux, sans doute, d'étendre et de vulgariser les doctrines du maître, dont il a pu apprécier le talent. M. Castorani a choisi la kératite pour sujet de son petit traité comme étant, de toutes les affections des yeux, une des plus fréquentes, des plus graves et celle autour de laquelle il s'en groupe un plus grand nombre d'autres, soit à titre de causes, soit comme effet et comme suite. Il n'y a guère, en effet, de lésion oculaire qui ne puisse se combiner avec la kératite, de manière à ajouter un élément nouveau à la maladie, grand embarras pour la classification et la nomenclature anatomique qu'il faut pourtant bien conserver faute de mieux. M. Castorani s'est efforcé de réunir ces différentes complications avec leurs conséquences immédiates ou éloignées autour de chacune des variétés de la kératite, à laquelle elles appartiennent plus spécialement, de façon à présenter un tableau aussi exact et aussi complet que possible de la maladie telle qu'elle s'offre dans la nature, en même temps qu'il passe ainsi en revue presque tout le cadre ophthalmologique.

Écrivant dans une langue qui n'est pas la sienne, l'auteur avait à vaincre une difficulté de plus; mais il est parvenu à mettre dans son exposition beaucoup de clarté. La plupart des idées qu'il a émises n'étant que le développement de celles du maître, dont nous avons récemment exposé les doctrines, nous n'aurons pas à y insister longuement. Nous croyons cependant devoir appeler l'attention sur quelques considérations intéressantes qui concernent une des suites de la kératite pustuleuse; je veux parler des taches de la cornée connues sous les noms de néphélion, d'albugo et de leucome.

Lorsqu'une de ces taches occupe une partie du champ pupillaire, la vision n'est point perdue, mais l'œil devient myope, et cette myopie peut avoir deux conséquences bien fâcheuses, l'amaurose et le strabisme. L'amaurose survient chez les malades que leur profession oblige à regarder longtemps et de très près de fort petits objets, parce que l'œil myope travaille seul alors, et que cet excès de fatigue entraîne à sa suite une congestion choroïdienne. Or, celle-ci devient la cause d'une amblyopie qui s'aggrave de plus en plus si le malade ne cesse pas ses travaux habituels. De là le conseil fort sage, donné par M. Castorani, d'éloigner, de professions aussi funestes pour eux, les enfans qui présentent les moindres traces de taches semblables. Quant au strabisme, l'auteur l'attribue à la prédominance d'action que prend le muscle droit interne ou le droit externe.

Le plus habituellement, le strabisme a lieu en dedans. Dans ce cas, l'œil myope et faible, n'agissant que dans la vision de près, où les axes visuels convergent le plus fortement, son muscle droit interne, dont l'action est physiologiquement déjà prédominante, acquiert, par un exercice fréquent, une force de plus en plus grande; tandis que le droit externe, qui n'a point occasion d'agir pour la vue à distance, puisqu'elle ne s'exerce pas, perd peu à peu la sienne et finit par céder habituellement à un congénère qui entraîne l'œil en dedans. Quand le strabisme a lieu en dehors, c'est que l'opacité cornéenne est placée de façon à ne permettre la vision que dans ce sens, ce qui, à la longue, donne, par le même mécanisme, la prédominance au droit externe. Comme preuve de son explication, l'auteur cite ce fait que l'œil, privé brusquement de la vue, ne devient pas strabique. Il fait observer, d'ailleurs, que l'œil strabique se redresse quand l'autre œil est couvert et qu'il agit seul; ce qui éloigne l'idée d'une contracture du muscle qui l'entraîne habituellement.

Ces explications sont fort satisfaisantes, mais l'auteur ne nous semble pas avoir été aussi heureux dans celles qu'il a cherché à donner des inégalités du staphylôme excentrique de la cornée par l'inégale répartition de la force musculaire. Cette explication n'est pas ici suffisamment motivée, d'autant qu'on en pourrait trouver de beaucoup plus plausibles. Il y a aussi un fait d'étiologie qu'on regrette de ne voir que légèrement indiqué et qu'on voudrait trouver appuyé de quelques preuves. La kératite pointillée serait fréquemment, selon lui, un des effets de la syphilis. Ce fait démontré aurait, on le conçoit, une grande importance, et au point de vue étiologique et au point de vue du traitement, et même à celui du diagnostic.

M. Castorani termine son opuscule par une petite dissertation sur les causes de la photophobie. De la discussion des diverses opinions émises sur ce sujet, il conclut que ce phénomène douloureux a un siége dans les filets de la cinquième paire et qu'il résulte de leur état d'irritation dans la cornée ou dans l'iris. Quant à la rétine, il ne sait si elle a jamais pris part à sa production. Ce qui prouve au moins qu'elle n'en est pas le siége exclusif comme on l'a avancé, c'est que la photophobie se produit avec une grande intensité dans les affections de la cornée et de l'iris lors même qu'une cataracte empêche tout rayon lumineux d'arriver jusqu'à la membrane rétinienne. Ce qui, selon lui, prouve aussi que le tiraillement du cercle ciliaire enflammé, donné pour cause de la photophobie par MM. Berend et Lade, n'y est en réalité pour rien, c'est que la dilatation de la pupille par les mydriatiques n'empêche pas la photophobie et ne la diminue même pas.

La partie thérapeutique du petit livre de M. Castorani est l'exposé de la pratique de son maître M. Desmarres. Il a été souvent témoin de ses heureux résultats et il lui rend hautement témoignage.

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 Avril 1856. — Présidence de M. Michel Lévy, vice-président.

La correspondance officielle comprend :

Plusieurs rapports relatifs aux maladies épidémiques qui ont régné dans les départemens de la Vendée, du Jura, de Tarn-et-Garonne, en 1855.

— Un rapport de M. le docteur Larocbe, sur une épidémie de scarlatine qui a régné en 1855 dans plusieurs communes du département de Maine-et-Loire. (Comm. des épidémies.)

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes :

Un mémoire de M. Schutzemberger, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg, *sur l'oblitération subite des artères*. (Comm. MM. Blache, Michel Lévy et Barth rapporteur.)

— MM. Beau et Parchappe prient l'Académie de les inscrire au nombre des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique;

MM. Sandras et Bayle adressent des demandes semblables pour la section de thérapeutique.

M. Cloquet présente à l'Académie des fragmens de *nids d'hirondelles de mer* (salangane), et entre dans quelques détails au sujet de cette substance, dont les Chinois se servent fréquemment pour les usages culinaires et pharmaceutiques. Déposée par l'hirondelle de mer sur les parois des rochers à l'état de matière demi-molle et glutineuse, elle ne tarde pas à se dessécher, et c'est à ce moment que l'oiseau y vient déposer ses œufs. Après l'avoir débarrassée par une préparation préalable des corps étrangers qu'elle retient, on obtient des fragmens d'un blanc-jaunâtre, demi-transparens, enroulés sur eux-mêmes, qui donnent avec l'eau une gelée très légère et sans saveur aucune, comparable à celle du lichen d'Islande. Cette substance brûle en répandant une odeur légèrement cornée; elle fond très difficilement dans l'eau bouillante. On est dans le doute sur la question de savoir si l'origine de cette substance doit être cherchée dans le frai du poisson, les petits mollusques, la sécrétion salivaire des salanganes, ou enfin les fucus. Ses propriétés aphrodisiaques la font rechercher par les femmes mondaines et les Chinois de la classe riche.

Après quelques observations adressées par MM. Boullay, Gaultier de Claubry et Moreau, l'Académie décide que la communication de M. Cloquet sera renvoyée à une commission composée de MM. Cloquet, Gaultier de Claubry et Chatin, rapporteur.

M. Ossian Henry, au nom de la commission des eaux minérales, lit plusieurs rapports relatifs à des demandes en autorisation d'exploitation de diverses sources minérales, notamment de celle *des Dames*, de Vichy. Les conclusions favorables sont mises aux voix et adoptées.

— M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports défavorables. (Adopté.)

— M. Blache, rapporteur d'une commission dont il fait partie avec M. Grisolle, lit un travail sur un mémoire de M. le docteur Bibard, de Pontoise, intitulé : *Du traitement abortif de la fièvre typhoïde*. Le remède employé par M. le docteur Bibard consiste en un mélange de sulfate de quinine et d'extrait de digitale; il a été administré à haute dose à quatorze malades. Il ressort de l'analyse des observations que le résultat obtenu n'a pas été sensiblement différent de celui que donnent les médications ordinaires; que la durée de la maladie n'en a pas paru abrégée, puisque, d'après l'auteur lui-même, elle serait en moyenne de 18 jours, et qu'en faisant dater le *début* du premier jour de la maladie et non de la première dose du remède (comme l'a fait l'auteur du mémoire), cette durée serait de 23 jours. En somme, la commission n'a rien vu dans ces résultats qui légitimât le titre d'*abortif* donné par M. Bibard à la médication qu'il propose, surtout lorsqu'on tient compte de la bénignité de la fièvre typhoïde dans presque tous les cas qui servent de base au travail de ce médecin.

Dépôt aux archives. (Adopté.)

— M. Bouvier commence la lecture d'un rapport sur plusieurs communications ayant trait aux applications de l'électricité en médecine.

La fin de cette lecture est renvoyée à la prochaine séance.

— M. Boinet lit une note en réponse à la communication faite par M. Barth dans la précédente séance, et relative à une modification apportée à l'opération des kystes de l'ovaire. M. Boinet considère comme chimériques, les craintes exprimées par M. Barth, de voir se développer des accidens d'empoisonnement par l'injection d'une grande quantité de teinture d'iode. Quant au danger de laisser pénétrer le liquide entre le kyste et la paroi abdominale dans la cavité du péritoine, on la prévient sûrement en faisant la ponction non sur la ligne médiane, mais latéralement dans le point même où la tumeur a pris naissance et vers lequel elle tend toujours à revenir par l'effet de sa rétraction, quand elle a été vidée. La double ponction proposée par M. Barth ne présenterait, selon M. Boinet, aucun avantage réel, puisqu'un écoulement continu de sérosité peut être obtenu tout aussi facilement en ne pratiquant qu'une ponction unique; M. Boinet préfère encore faire plusieurs ponctions successives. La méthode de M. Barth aurait enfin l'inconvénient d'empêcher la rétraction du kyste en le maintenant appliqué contre la paroi abdominale, et de déterminer des adhérences, des brides, entre lesquelles des anses intestinales peuvent s'étrangler par la suite, ainsi que M. Boinet en possède deux exemples. (Comm. MM. Velpeau, Depaul et Robert, rapporteur.)

La séance est levée.

M. Baillarger commencera le dimanche 13 avril, à 9 heures du matin, un cours *sur les maladies mentales*, à l'hospice de la Salpêtrière, et le continuera les dimanches suivans, à la même heure.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc., etc., avec une *Introduction* par M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique, etc. — *Deuxième édition* revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'École de médecine.

Traité pratique des maladies des yeux, par W. Mackenzie, chirurgien-oculiste de S. M. B., professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow, chirurgien de l'hôpital ophthalmique de la même ville; traduit de l'anglais avec notes et additions, par S. Laugier, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, et G. Richelot, docteur en médecine. — Un fort vol. in-8o.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 45. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 12 Avril 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. HYGIÈNE PUBLIQUE : Sur la nature de l'empoisonnement par la vapeur d'essence de térébenthine. — II. THÉRAPEUTIQUE : Note sur l'étiologie de la gravelle. — III. ÉPIDÉMIOLOGIE : Du mode de propagation du choléra-morbus. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médico-chirurgicale* : Séjour prolongé dans l'utérus d'enfans morts ; putréfaction ou momification. — Traitement antisyphilitique chez les nouveau-nés. — Vaccinations dans les premiers jours de la naissance. — Amaurose passagère. — V. PRESSE MÉDICALE : Paralysie de la sensibilité et de la contractilité des extrémités inférieures ; accouchement sans la moindre douleur. — VI. FEUILLETON : Causeries.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

SUR LA NATURE DE L'EMPOISONNEMENT PAR LA VAPEUR D'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE.

Monsieur le rédacteur,

J'ai différé de répondre à la lettre très obligeante de l'honorable M. Roche au sujet de mon mémoire sur la térébenthine, et je le regretterais vivement si ce maître si bienveillant pouvait en conclure que je n'ai pas été extrêmement sensible à l'honneur qu'il m'a fait en accordant son attention à mon travail. J'étais bien impatient, au contraire, de lui en témoigner ma reconnaissance, mais je voulais être à même de répondre d'une manière, autant que possible, digne de lui, et, à cet effet, j'avais commencé des expériences. Je vois malheureusement que ces expériences, fort délicates, demanderont beaucoup de temps, et je me décide, en attendant mieux, à lui soumettre ici quelques considérations théoriques.

Permettez-moi d'abord de profiter de l'occasion pour résoudre une objection tendant à infirmer l'observation qui a servi de point de départ à mes recherches sur la térébenthine. La personne qui fait le sujet de cette observation ayant commencé par éprouver de violentes coliques, je lui prescrivis des onctions sur l'abdomen avec une pommade contenant de la belladone, du datura, de la jusquiame, plus 40 centigrammes de chlorhydrate de morphine. L'objection consisterait à attribuer à ces onctions, nommément à la morphine, les symptômes hyposthéniques si alarmans éprouvés par la malade. Voici ce que j'ai à répondre à ce sujet : premièrement, j'ai employé plus de cent fois la même pommade en onctions réitérées sur la tête, sur des membres entiers, pour des rhumatismes, pour des névralgies ; mon ami, M. le docteur Poggioli, l'a employée depuis dix ans dans un nombre incalculable de cas du même genre, et jamais ni lui ni moi nous n'en avons vu résulter le plus léger accident de narcotisme. Il y a là certainement quelque chose de surprenant, car, d'un autre côté, cette pommade est extrêmement efficace ; mais cela est. Je sais bien que ce qui n'arrive pas dans mille cas peut arriver dans le mille-et-unième. Aussi, je ne me fie pas à ce premier argument, et j'ai mieux à dire. Comme l'entéralgie n'avait fait que s'accroître, j'avais dès le lendemain supprimé les onctions, et les accidens ne se sont manifestés que le surlendemain au soir. Je le demande, peut-on supposer que l'absorption de la morphine eût mis un si grand espace de temps à produire ses effets ? J'ai signalé moi-même la ressemblance des symptômes présentés par la malade avec ceux que détermine l'intoxication par la morphine, et il serait bien singulier que la véritable cause des accidens m'eût échappé si la morphine avait pu être accusée de les avoir produits. Au surplus, si, malgré ces explications, on ne voulait pas tenir compte de mon observation, d'autres faits et surtout mes expériences prouvent suffisamment la propriété toxique des vapeurs de térébenthine, et c'est tout ce qu'il faut.

J'arrive maintenant au point mis en discussion par M. Roche. Se fondant sur un fait d'observation dû à M. Thénard, notre célèbre confrère se demande si l'huile de térébenthine, outre son action toxique, qu'il admet comme démontrée, n'aurait pas une action asphyxiante, en soustrayant à l'air son élément vital, l'oxygène. Il convient de rappeler ici brièvement le fait de M. Thénard. Un droguiste avait renfermé dans un caveau une *tonne* d'essence de térébenthine ; ayant pénétré un jour dans sa cave, il fut pris de suffocation, et n'eut que le temps de se retirer. M. Thénard, appelé à faire l'analyse de l'air du caveau, le trouva presque exclusivement composé d'azote, l'oxygène ayant disparu en très grande partie.

Rien n'est plus facile à comprendre. Les essences, spécialement celle de térébenthine, s'épaississent, se résinifient, en absorbant l'oxygène de l'air. Mais, pour que cette absorption ait lieu, il faut que l'essence ne soit pas dans des conditions où elle puisse facilement se volatiliser. La résinification est en raison inverse de la volatilisation. En grandes masses, offrant une faible surface à l'évaporation, à une température basse, dans un lieu où l'air n'est point renouvelé, l'essence n'aura guère de chances de se vaporiser et se résinifiera, et, en se résinifiant, absorbera l'oxygène ambiant. Sont-ce là les conditions de l'essence de térébenthine mêlée à la peinture et étalée à la surface des appartemens ? Ici, l'essence a toute facilité de se vaporiser, et c'est par sa vapeur qu'elle nuit, non par la soustraction de l'oxygène ambiant, qui ne peut avoir lieu que dans des proportions insignifiantes. Reste à savoir si, comme le prétend M. Boutigny d'Evreux, avec qui j'ai le regret de me trouver en dissidence, la vapeur, arrivée dans le poumon, y absorbe l'oxygène, de manière à déterminer une *asphyxie par substitution*. C'est une version que je crois avoir suffisamment combattue dans mon mémoire.

Mais, s'il n'est guère admissible que l'essence de térébenthine mêlée à la peinture soit susceptible d'absorber une proportion appréciable de l'air vital ambiant, ce résultat peut parfaitement être produit par les huiles siccatives qui entrent dans la peinture, lesquelles se rancissent, s'épaississent, en un mot se résinifient très promptement à l'air aux dépens de l'oxygène ; et cela d'autant plus promptement que la température est plus élevée, comme l'a observé Théodore de Saussure ; d'autant plus promptement aussi, que ces huiles offrent une plus grande surface au contact de l'air, et enfin qu'elles sont mêlées à des substances telles que le carbonate et l'oxyde rouge de plomb, l'oxyde de zinc, les chromates, etc. (souvent la litharge), substances qui ont pour effet de solliciter encore l'oxydation. Cette oxydation des huiles fixes se fait quelquefois avec une telle intensité, surtout quand elles imbibent des corps organiques poreux, papier, coton, etc., que la température qui se développe dans cette action chimique peut s'élever jusqu'à l'inflammation : on a vu des incendies produits par la combustion spontanée des huiles siccatives.

Ainsi, ce que M. Roche attribuerait à l'essence, la soustraction de l'oxygène, je l'attribuerais plutôt aux huiles siccatives ; mais je ne saurais dire dans quelle mesure on en peut tenir compte dans la production des accidens dus à la peinture.

Quant à moi, j'ai voulu prouver l'action toxique des vapeurs

Feuilleton.

CAUSERIES.

Les eaux minérales. — Grandeur et décadence. — Vichy. — Pougues. — Le Mont-Dore.

De mémoire de journaliste, je ne crois pas qu'il ait jamais été autant question d'eaux minérales que dans le moment actuel. Cela se conçoit facilement. Les vacances dans l'inspection des deux grands établissemens de Vichy et de Néris ont mis en émotion un si grand nombre de candidatures, et ces candidatures ont mis en mouvement un si grand nombre de sollicitations et de protections, que de près ou de loin, dans le monde médical, et aussi dans le monde extra-médical, on parle ou on entend parler d'eaux minérales. Il faut le reconnaître, on n'en parle pas toujours, ni même le plus souvent juste. C'est incroyable, les idées fausses ou les exagérations qui ont cours à cet égard. Même parmi les médecins règnent sur ce point les plus grandes illusions. Mais le moment serait mal choisi, et pour différens motifs, de chercher à redresser les opinions de qui que ce soit. Je pourrai revenir sur ce sujet en d'autres temps. Ce sur quoi je voudrais dire un mot aujourd'hui, est l'absorption de l'attention publique par les eaux de Vichy. Vichy a un succès immense, colossal. Vichy mérite ce succès, sans doute. Ses sources sont riches et efficaces ; l'établissement est magnifique et le devient de jour en jour de plus en plus, grâce à l'activité intelligente et éclairée de la puissante compagnie concessionnaire ; tout conspire pour attirer à ces thermes la foule des baigneurs et des buveurs. Cependant, il ne faudrait pas que cette prépondérance de Vichy rendît injuste ou indifférent envers d'autres établissemens plus modestes, à réputation actuelle moins retentissante, mais qui font des efforts pour améliorer les conditions de leur existence et pour reprendre leur antique splendeur. Vichy, en effet, était encore un très petit garçon quand d'autres thermes attiraient déjà et la cour et la ville. Il faut dire, d'ailleurs, que s'il y a eu chute ou déchéance pour quelques-uns de ces thermes, ç'a été souvent la faute de leurs propriétaires, de leur incurie, de leur inintelligence, de leur cupidité.

Les possesseurs de sources minérales ont quelquefois besoin de se souvenir que les Naïades sont femmes et que, comme femmes, elles demandent qu'on ait pour elles des soins, des égards, des prévenances, et qu'elles n'accordent leurs faveurs et leurs grâces qu'à ceux qui leur font une cour assidue. Au moindre signe d'indifférence, elles se retirent en boudant ; à leur titre de déesses, elles ont la prétention de ne pas vieillir, et si la fable ne les fit pas immortelles, elle leur donna cependant plusieurs milliers d'années d'existence. Dans leur prévoyance et pour se les rendre propices, les anciens ne manquaient pas tous les ans, au retour du printemps, de leur offrir en sacrifice du lait et du miel ; cette tradition devrait être un symbole pour les possesseurs actuels des sources minérales et devrait leur dire que si les nymphes de leurs eaux ne se contentent plus de ce repas frugal, il est de toute nécessité qu'ils réparent, qu'ils augmentent, qu'ils embellissent leurs établissemens, dont le défaut de confortable est un supplice pour les pauvres malades et éloigne tous ceux qui peuvent encore, à la rigueur, se dispenser de recourir à telles ou telles eaux que je pourrais citer.

Ainsi n'a pas agi le nouveau propriétaire des célèbres et anciennes eaux de Pougues. Il a voulu que les nombreux malades qui fréquentent ces sources salutaires et qui trouvent sous l'habile direction du médecin-inspecteur, M. de Crozant, dont nous publions aujourd'hui même un très intéressant mémoire, tous les secours d'une longue expérience, y rencontrent ainsi toutes les commodités et tous les agrémens des eaux les plus en vogue. Dans la dernière édition de son *Guide pratique aux eaux minérales*, M. Const. James a pu dire ceci : « A Pougues, on ne jouit » d'aucune distraction. Quant aux promenades, je n'en vois d'autres, à » proximité de la source, que la grande route de Nevers. » Dans sa prochaine édition, M. James effacera cette phrase malencontreuse, car les importantes améliorations qui sont en voie d'exécution, et dont les baigneurs et les buveurs pourront jouir dès la saison prochaine, ont métamorphosé cet établissement. Constructions nouvelles, parc étendu et richement planté, offriront désormais aux malades tous les agrémens dont l'absence se faisait trop sentir. Les pauvres graveleux, les patiens de ces affreuses coliques néphrétiques et hépatiques, les catarrheux de la vessie si nombreux et qui trouvent à Pougues souvent guérison, toujours soulagement, pourront maintenant se distraire de leur mal dans de beaux salons de conversation et de lecture et dans de magnifiques promenades dessinées avec un goût parfait. C'est très bien ; il faut encourager les propriétaires des sources qui entrent ainsi carrément dans la voie du progrès.

C'est dans ce but que je dirai aussi quelques mots des thermes plus célèbres encore du Mont-Dore, dont l'établissement vient d'être concédé à un fermier actif et intelligent, à M. Eugène Brosson, dont le nom est bien connu dans l'administration des eaux thermales de la France. En effet, et pour être juste envers tout le monde, si Vichy doit beaucoup aux médecins inspecteurs qui se sont succédé dans cet établissement, à Lucas, à Prunelle, à Petit, il faut reconnaître que le zèle et l'intelligence de MM. Brosson frères n'ont pas été étrangers à sa prospérité et à son développement. Il n'est donc pas douteux que le Mont-Dore ne prenne encore une plus grande extension sous l'habile direction du nouveau fermier et sous le puissant patronage du docteur P. Bertrand, dont le nom se rattache si intimement à la fortune de ces thermes. Pendant près d'un demi-siècle, en effet, M. Bertrand père a régné et gouverné au Mont-Dore, où la tradition de son despotisme intelligent sera impérissable. C'est au Mont-Dore que M. Bertrand avait attiré la foule des malades atteints d'affections de la poitrine ou du larynx, d'altérations de la voix et des organes respiratoires ; c'est là que son digne successeur et par droit de conquête et par droit de naissance la retiendra encore, car leurs eaux sont toujours aussi bienfaisantes et aussi salutaires. De plus, quelques améliorations importantes ont déjà signalé la présence de M. Brosson qui, secondé par l'administration supérieure, a pu, dès cette année, tripler le nombre des baignoires et assurer au service matériel du Mont-Dore, cette régularité que le service médical a depuis longtemps acquis sous l'administration de l'homme distingué qui le dirige.

Le Mont-Dore était déjà, il sera plus encore, un établissement modèle. Situé au centre de la France, au sein de la plus délicieuse vallée, entouré des montagnes les plus pittoresques, des sites les plus remarquables, rien ne manque à ses agrémens. La vapeur qui efface les distances, place le Mont-Dore à douze heures de Paris, et la Suisse française, ainsi mise aux portes de la plus belle capitale du monde, ne peut manquer d'attirer la foule qui cherche la santé et le plaisir, ces deux nécessités de l'existence.

Car, il faut le reconnaître, la mode, mode intelligente cette fois, est aux eaux minérales. Le monde élégant de Paris va aux eaux aujourd'hui avec le même sans-façon qu'il va au Bois. Les médecins ont beaucoup contribué à cette vogue. Mieux étudiées, les eaux minérales ont trouvé des indications thérapeutiques plus nombreuses. La condamnation brutale de Stahl, la plaisanterie célèbre de Guy-Patin, n'auraient aucune chance d'être écoutées ou applaudies aujourd'hui. Les médecins-inspecteurs ont généralement pris au sérieux leur mission importante. Ils recueillent avec plus de soin les observations qui passent sous leurs yeux, et le temps n'est pas éloigné peut-être où, grâce à l'impulsion féconde donnée par la Société d'hydrologie de Paris, la valeur spécifique de nos sources si abondantes sera mieux connue, partant, leur application mieux faite.

Amédée LATOUR.

de térébenthine, et si j'en crois M. Roche, j'y serais parvenu. J'ai fait de mon mieux ; mais je sais trop que le désir ardent de servir la science n'en donne pas les moyens.

Permettez-moi, en terminant, de renouveler l'expression de ma gratitude envers M. Roche, et d'y joindre mes remercimens pour votre cordiale hospitalité.

MARCHAL DE CALVI.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA GRAVELLE,

A propos des observations publiées récemment dans l'*Union Médicale* ;

Par le Dr DE CROZANT, inspecteur des eaux de Pougues.

« .... Nous croyons que la préoccupation ou la recherche » de la cause du mal met plus souvent que la connaissance » du siége, sur la voie du traitement. »

(AD. LATOUR. *Union Médicale* du 13 mars 1856.)

Dans un remarquable travail, publié il y a quelque temps, dans l'UNION MÉDICALE, M. le docteur Gigon d'Angoulême nous montrait combien la colique néphrétique, maladie bien commune cependant, est mal étudiée et peu connue de nos jours. Il exposait les doutes, les embarras du praticien en présence d'une affection aussi mal définie, soit pour porter un diagnostic précis, soit pour instituer une thérapeutique rationnelle. Bien des praticiens ont éprouvé ces embarras, partagé ces doutes et avoué leur impuissance à éclaircir l'histoire incomplète de cette affection ; et les observations de MM. Caillat et Bourgeois sont venues bientôt témoigner de l'intérêt qu'éveillait le travail de M. Gigon et de l'obscurité dont est entouré le sujet qu'il y a traité.

En praticien intelligent et consciencieux, M. Gigon a voulu se rendre compte de ces difficultés et essayer de les résoudre. Pour cela, il s'est adressé à l'anatomie pathologique. Regardant le gravier comme la cause essentielle des accidens connus sous le nom de colique néphrétique, il a cherché à en préciser le siége et arriver ainsi à des indications curatives plus satisfaisantes. Y est-il parvenu ? M. Caillat, de Bourbon-l'Archambault, dit que oui et publie une observation (UNION MÉDICALE, 4 mars 1856), qui ne me paraît pas aussi claire qu'à notre honorable collègue ; M. Bourgeois d'Étampes (11 mars 1856) pense que non et rapporte une observation très intéressante, qui ne lui permet d'adopter ni l'opinion que professe M. Gigon sur l'obstruction exclusive de l'uretère par le calcul, ni les moyens chirurgicaux qu'il propose pour l'en débarrasser. En effet, ce malade avait eu fréquemment de violentes coliques néphrétiques compliquées d'anurie, et cependant il n'avait jamais rendu de graviers. Malgré la position sociale élevée du malade, l'attention du médecin, éveillée sur ce point, on pourrait avoir des doutes et croire que les graviers n'ont pas été vus et n'en ont pas moins existé, mais l'autopsie, faite après une crise violente, également compliquée d'*anurie*, ne permet pas la moindre incertitude puisqu'elle montre qu'un seul des uretères renfermait un petit calcul et que l'autre n'en contenait point, quoique le passage de l'urine fût interrompu des deux côtés, la vessie ne contenant pas une goutte de ce liquide. M. Bourgeois me paraît donc tout à fait logique en disant que le gravier, qui se trouvait dans l'un des uretères de son malade, n'est pas la seule cause de la rétention absolue de l'urine.

Quant à l'observation de M. Caillat, lui donne-t-elle le droit d'adopter les conclusions de M. Gigon et de se déclarer satisfait par la connaissance du col de l'uretère qui éclaircit, dit-il, l'histoire de son malade ? J'ai dit que je ne le pensais pas ; il s'agit, en effet, d'un malade atteint, depuis longtemps, d'un catarrhe des voies urinaires, de violentes coliques revenant à des époques indéterminées, et d'une douleur sourde dans le flanc droit n'empêchant pas le malade de vaquer à ses travaux et revenant tous les matins. Il y avait quelque temps qu'il n'avait pas eu de crises, lorsque, tout à coup, il sentit sa douleur quotidienne et légère baisser de trois travers de doigts au-dessous de son siége habituel, et, en même temps, on sentit, au niveau du point douloureux, un petit calcul de la grosseur d'une olive. Pendant dix-sept jours on le retrouva à la même place, ne provoquant d'autre souffrance que la légère douleur habituelle dont nous avons parlé ; puis, tout à coup, il disparaît sans que le malade s'en aperçoive.

M. Caillat suppose que le gravier se trouvait, pendant ces dix-sept jours, dans la portion rétrécie que M. Gigon appelle le col de l'uretère, et s'explique ainsi comment il a pu disparaître tout à coup et sans crise en tombant de la portion rétrécie du canal dans la partie renflée qui lui fait suite. Si ce diagnostic de siége est vrai, je trouve qu'il n'explique rien au point de vue de la véritable maladie, la colique néphrétique ; comment se fait-il que ce gravier, pendant les dix-sept jours qu'il a stationné *dans la portion la plus étroite du canal*, n'ait provoqué aucune crise, alors qu'il en provoquait et de terribles, quand il occupait la portion plus large encore située au-dessous du col de M. Gigon, ou la partie plus large encore que les anatomistes appellent l'infundibulum.

M. Gigon lui-même sent bien que ses intéressantes recherches sur la forme de l'uretère et le siége de la gravelle ne suffisent pas pour expliquer ce qui se passe dans les crises néphrétiques, aussi invoque-t-il, comme auxiliaire, cette dernière ressource qu'on appelle le *spasme* ; il admet que l'uretère, doué d'une couche musculaire, suivant quelques anatomistes, d'une tunique dartoïde suivant d'autres, se contracte sur la pierre qui l'irrite, s'imprime dans toutes ses anfractuosités, les bouche et s'oppose au passage de l'urine. C'est une supposition que rien ne justifie, et qui est en opposition avec les lois naturelles de l'organisme, qui tend toujours à se débarrasser d'un corps étranger et non pas à l'emprisonner. Elle est en opposition avec ce qui se passe sous nos yeux dans l'urètre, canal beaucoup moins élastique que les uretères et dans lequel nous voyons s'engager des graviers très gros qui provoquent de la difficulté dans la miction, mais très rarement une rétention absolue d'urine. Ces graviers, en effet, quelque volumineux qu'ils soient, ne sont jamais parfaitement ronds ; ils présentent toujours des angles des anfractuosités qui favorisent le passage de l'urine. Chez le malade de M. Caillat, le calcul, gros comme une aveline, n'est-il pas resté dix-sept jours dans la portion la plus étroite de l'uretère droit, sans s'opposer au passage de l'urine ? Ne savons-nous pas tous que, loin de se contracter, ces canaux se laissent distendre par les substances qui s'y accumulent jusqu'à acquérir le volume de l'intestin grêle. Sans parler de ce malade de Lyon (*Journal des savans*, 1695), qui succomba à l'opération de la taille, et dont l'urine continuait à être excrétée, chez lequel on trouva les bassinets et les uretères dilatés et remplis, dit Petit (*Dictionnaire en 25 volumes*, article GRAVELLE), comme des sacs, par une quantité innombrable de calculs gros, les uns, comme des fèves, les autres comme des grains d'orge ; ne sommes-nous pas étonnés tous les jours de la prodigieuse quantité de sable, de gravier, de mucus emprisonnée dans ces étroits conduits et qui succèdent tout à coup à une urine claire comme de l'eau, après une colique néphrétique. J'ai quelquefois mesuré, jusqu'à un verre ordinaire de dépôt dans les vingt-quatre heures qui suivaient la crise, une fois deux verres en quelques heures, chez un jeune malade qui venait d'avoir une crise violente, avec anurie complète.

Il ne me paraît donc pas possible d'admettre que la forme ou la structure des uretères puissent servir à l'histoire de la colique néphrétique et conduise à une bonne thérapeutique médicale ou chirurgicale. A quoi, en effet, M. Gigon est-il amené comme moyen de traitement ? à une médication antiphlogistique très énergique ou à une opération bien dangereuse qui, dans les deux cas cités, n'aurait pu servir à rien. Chez le malade de M. Bourgeois, en enlevant le calcul situé dans l'uretère droit, on n'aurait pas détruit, comme le fait observer l'auteur, la cause d'obstruction qui existait sans calcul à gauche, et qui, probablement, existait aussi à droite, au-dessus du calcul. Dans le cas cité par M. Gigon, à quoi aurait servi l'opération, puisque l'urine avait reparu et que le malade était mort asphyxié, dit l'auteur, par le météorisme des intestins et probablement aussi par le catarrhe dont le malade était affecté. Quant à la médication antiphlogistique, poussée jusqu'à l'extrême faiblesse du malade, conseillée par l'auteur pour combattre la contractilité spasmodique des uretères, que rien n'autorise à admettre, elle n'a pas réussi à notre savant confrère et nous a paru être du plus mauvais effet. Les émissions sanguines ne conviennent que lorsqu'il y a réaction inflammatoire, et ne doivent être répétées qu'avec une extrême circonspection. Si la première saignée ne soulage pas, la seconde ne le fait jamais. Les saignées répétées ont le grand inconvénient de débiliter le malade sans le guérir, de substituer à la gravelle urique la gravelle blanche ou phosphatique, qui est bien autrement grave, comme le font remarquer avec insistance les auteurs anglais, Proust entre autres.

Comme mes confrères, qui ont inséré leurs observations dans ce journal, et plus souvent qu'eux sans doute, à cause du grand nombre de ces affections que je vois à Pougues, j'ai été frappé des obscurités que présente l'histoire de la colique néphrétique, telle qu'elle est exposée aujourd'hui, et j'ai cherché aussi à les dissiper ; mais j'ai suivi une autre voie et me suis adressé à l'observation clinique ; j'ai pensé que c'était surtout la cause ou la nature du mal qu'il fallait étudier dans ses manifestations symptomatiques ; qu'elle seule pouvait conduire à la connaissance véritable de la maladie, et, par conséquent, à l'indication thérapeutique.

L'étude sérieuse des auteurs qui ont écrit sur la gravelle, l'observation d'un grand nombre de malades, m'ont amené à considérer la gravelle comme un accident symptomatique, et non pas comme une espèce morbide distincte. C'est une simple altération physique de l'urine qui résulte d'un état pathologique des voies urinaires, comme l'albuminurie et la glycosurie sont des altérations chimiques du même liquide, dont on doit rechercher la cause dans ces mêmes voies urinaires ou dans d'autres organes de l'économie.

Dans un travail publié dans ce même journal (juillet 1851), j'ai essayé de démontrer que la gravelle rouge ou blanche, c'est-à-dire le dépôt dans les voies urinaires des sels en solution dans l'urine, était le résultat mécanique nécessaire d'une affection catarrhale de ces organes, que ces sels, quelque abondans qu'ils soient, ne se déposent point sans l'intervention d'une matière muqueuse présentant des conditions anormales de quantité et de plasticité.

Dans ce travail, je ne donne, comme démonstration, que des preuves rationnelles tirées de cette affection, telle qu'elle est connue de tous, et je me suis abstenu de présenter, à l'appui de mes opinions, les observations qui me sont personnelles, remettant à un autre moment cette publication. Je veux profiter de l'occasion qui m'est faite par l'intérêt que M. Gigon a su attacher à cette question.

Mon intention n'est point d'émettre une idée neuve, mais de préciser et de corroborer par quelques faits une opinion que je sais être dans l'esprit de beaucoup de praticiens, et qui n'est formulée nulle part, à savoir que la gravelle est un symptôme et non une maladie, un des accidens possibles, mais non constans de la colique néphrétique ; que les sels dissous dans l'urine, en se précipitant dans les voies urinaires, peuvent concourir à leur obstruction, mais que cette précipitation est toujours commandée par la présence dans ces canaux de matières muqueuses d'une plasticité et d'une abondance morbides ; que ces mucosités sont la cause essentielle de l'obstruction, et, par suite, de la colique néphrétique ; que le gravier ainsi déposé dans ces tubes étroits peut, à son tour, devenir le promoteur d'une irritation catarrhale, et, par conséquent, la cause indirecte d'une obstruction, mais que l'hypersécrétion de matière adhésive est indispensable pour amener la rétention de l'urine, et, par suite, les symptômes d'étranglement qui en résultent ; que la gravelle rouge ou blanche peut, en un mot, aider à l'obstruction, mais n'en est point la cause essentielle ; qu'on peut rendre beaucoup de sable sans éprouver de coliques néphrétiques, et qu'on peut éprouver des coliques néphrétiques sans jamais avoir de gravelle.

On peut rendre beaucoup de sable sans éprouver de coliques néphrétiques. C'est un fait trop connu pour que j'y insiste. Il suffit de le rappeler, pour qu'il soit admis comme vérité incontestable. La proposition inverse, qu'on peut avoir des coliques néphrétiques sans gravelle, est moins généralement acceptée. C'est elle que je veux démontrer par quelques faits concluans.

Obs. I. — *Colique néphrétique ; anurie par la gravelle ; catarrhe muco-sanguinolent.*

Le nommé Amyot, ouvrier aux usines de Fourchambaut, est âgé de 27 ans, assez bien constitué, pâle, d'un tempérament lymphatique, cheveux bruns, barbe très claire ; la santé des parens est inconnue. Ce jeune homme, sans être malade, n'a jamais été très fort ; il tousse habituellement et contracte facilement des rhumes. Depuis plusieurs années, il porte au sommet du poumon gauche des traces de tubercules (matité absolue, diminution du bruit respiratoire, quelques craquemens) qui sont stationnaires et ne l'empêchent pas de travailler. Il a bon appétit habituellement, digère bien, et n'a jamais rien éprouvé du côté des voies urinaires.

Le samedi, 10 novembre, il quitte son travail à sept heures du soir, et se lave à l'eau froide le torse et les bras. Il rentre chez lui et soupe de bon appétit. Vers le milieu de la nuit, il est réveillé par de violentes coliques ayant lieu au niveau des reins et s'étendant des deux côtés vers le ventre ; il urine à plusieurs reprises dans la nuit une urine claire comme de l'eau, à peu près la valeur d'un verre. Il éprouve des frissons qui se reproduisent de temps à autre ; il vomit de la bile à plusieurs reprises, puis des eaux claires, puis enfin les boissons qu'on lui donne ; il a des nausées continuelles ; les douleurs de reins et de ventre deviennent intolérables.

On envoie chercher le médecin. M. le docteur Larfeux ordonne des cataplasmes laudanisés sur les reins et le ventre ; une potion calmante ; un lavement purgatif. Le lendemain matin, 11 novembre, le malade n'urine pas ; il continue à vomir tout ce qu'il boit ; douleurs atroces. Le médecin fait une saignée de 400 grammes à peu près, prescrit un bain tiède, du chiendent nitré. Le soir, même état ; application de 40 sangsues.

Le 12, je vois le malade à midi : il n'a pas uriné depuis trente-deux heures ; il a peu vomi, mais les nausées sont continuelles ; la langue est blanche, plate ; pas de mauvais goût à la bouche ; région épigastrique non douloureuse ; ventre souple, un peu ballonné à la partie supérieure. Les flancs sont douloureux à la pression, ainsi que la région lombaire ; la vessie est complétement vide ; il y a eu une garde-robe dans la matinée. La peau est peu chaude, le pouls à 80. Les douleurs, au dire du malade, n'ont changé ni de place ni d'intensité. Elles laissent à peine quelques minutes de repos ; le malade tousse un peu ; la poitrine présente les mêmes signes stéthoscopiques qu'avant la crise ; rien au cœur ; douleur de tête assez vive. Je diagnostique un catarrhe des voies urinaires post-vésicales, et je prescris :

1° Des applications fraîches sur l'estomac pour modérer les vomissemens et faire accepter les boissons.

2° 12 grammes de bicarbonate de soude dans un litre d'eau, à prendre dans la journée, par petites tasses, dans le but de dissoudre les mucosités, de détruire leur plasticité, et par suite une des grandes causes d'obstruction.

3° Enfin, 20 gouttes de laudanum dans 125 grammes de véhicule, à prendre par cuillerées toutes les heures.

Le malade reste dans le même état jusqu'à huit heures du soir. Après une crise douloureuse, plus violente peut-être que les précédentes, le malade éprouva un grand calme ; l'envie d'uriner se fit bientôt sentir, et fut suivie de l'évacuation d'un litre à peu près de liquide contenant au fond du vase une masse gélatineuse de couleur rosée qui s'était très rapidement déposée et qu'il rendit sans douleur. J'examinai avec soin cette matière composée de mucus et de sang, sans trace de cristaux d'acide urique, sans poussière phosphatique.

Je continuai l'usage du bicarbonate de soude pendant deux jours ; j'insistai sur l'usage de l'opium à la dose de 15 centigrammes par jour, pendant tout le temps que je trouvais des mucosités dans l'urine, pendant une dizaine de jours ; au bicarbonate de soude je substituai l'eau de Pougues, dont je fis continuer l'usage pendant un mois, et que je remplaçai par les balsamiques. L'urine déposa des mucosités sanguinolentes pendant trois jours, puis, les jours suivans, des mucosités filantes, claires, qui furent rendues d'une manière continue jusqu'au dixième

jour. A partir de ce moment, elles ne se montrèrent plus que de temps à autre, moins abondantes, moins consistantes. Au bout de vingt jours, le malade était complétement guéri et pouvait reprendre son travail.

Il n'a pas eu de rechute depuis.

Obs. II. — *Catarrhe des voies urinaires post-vésicales, sans gravelle d'abord, compliqué ensuite de gravelle urique.*

M. D...., issu de parens bien portans et n'ayant aucune affection constitutionnelle, est âgé de 50 ans, bien constitué, d'un tempérament un peu lymphatique, menant une vie confortable, mais très sévère et très régulière, n'a jamais été malade et n'a jamais eu à se plaindre que de quelques troubles dans la miction, mais peu sérieux, et pour lesquels il n'a jamais consulté; quelquefois un peu de difficulté à uriner, d'autres fois un peu de chaleur dans le canal de l'urètre, après la miction. Ces petites misères, qu'il se rappelle avoir ressenties depuis plus de vingt ans, n'ont jamais fixé son attention.

Au mois de septembre dernier, M. D... va à Paris visiter l'exposition; il revient chez lui fatigué, mal disposé, sans appétit, apathique, dormant mal, digérant mal. Pendant quinze jours, ce malaise ne fit qu'augmenter; enfin, ses déjections devinrent tout à fait mauvaises; il se plaignait de vertiges, d'étourdissemens et me demanda, par écrit, s'il ferait bien de mettre quelques sangsues, attribuant son malaise à l'absence d'hémorroïdes qui ne paraissaient plus depuis quelque temps. Je lui conseillai de les laisser très peu saigner. Quelques jours après il était plus malade, et me demanda.

Il était triste, abattu; la figure décomposée, le pouls faible et mou, à 60; la langue blanche, la bouche pâteuse; des nausées, des envies de vomir; le matin, à jeun, il rendait quelques matières filantes et douçâtres; appétit nul; quelques aigreurs; ventre souple, non douloureux; digestions mauvaises, lentes, accompagnées de pesanteur de tête, de vertiges, de tristesse profonde. Les urines sont normales; rien au cœur, rien à la poitrine. Je diagnostiquai une dyspepsie pituiteuse, diacrisique, suivant l'expression de M. Gendrin. J'ordonnai une affusion froide tous les matins, du vin de quinquina, des pilules aloétiques, et un élixir excitant après le repas. Il y eut un mieux rapide; mais bientôt le malade, qui correspondait avec moi, me parla d'une douleur de rein que rien ne pouvait calmer, qui se reproduisait sous forme de crise, et dont l'intensité augmentait chaque jour. Les urines étaient très limpides, le malade n'avait jamais rendu la moindre trace de sable. La disparition rapide de la dyspepsie et l'apparition simultanée de la douleur me firent penser à une métastase de l'affection diacrisique de l'estomac, et j'ordonnai de l'eau de Pougues, en recommandant au malade d'examiner avec soin ses urines.

Au bout de treize jours, il y eut une crise plus violente, à la suite de laquelle les urines arrivèrent laiteuses et très épaisses; reposées, elles laissaient tomber au fond du vase un dépôt blanc caillebotté, se suspendant dans l'urine à la moindre agitation et lui redonnant la teinte laiteuse qu'elle avait au moment de la miction.

Ce dépôt, que j'examinai au microscope, me parut composé uniquement de mucus et de débris d'épithélium; pas de traces de cristaux d'acide urique.

A partir de ce moment, le malade, tout en continuant à souffrir des reins et à rendre des urines chargées, se trouvait beaucoup mieux de l'estomac et prenait une nourriture très animalisée qu'il digérait bien, et dont il avait grand besoin.

Sous l'influence d'une réparation plus convenable, M. D... prit des forces, et comme il continuait à rendre des mucosités et à souffrir des reins, je lui annonçai qu'il trouverait probablement du sable urique dans ses urines, ce qui ne tarda pas à se réaliser un mois après la première évacuation des mucosités, sans rien changer à l'état du malade.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ÉPIDÉMIOLOGIE.

DU MODE DE PROPAGATION DU CHOLÉRA-MORBUS;

Par M. le docteur Bonnet, ancien professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Bordeaux, etc.

Parmi les questions importantes qui se rattachent à l'histoire du choléra-morbus, il en est une (son mode de propagation) qui méritait particulièrement de fixer l'attention des gens de l'art; mais cette question, pour être traitée avec fruit, devait être dégagée de tout ce que l'amour du merveilleux, les narrations lointaines, les préoccupations systématiques ou de la peur y ont introduit d'évidemment insoutenable ou de prestigieux, et c'est ce qui m'a déterminé à ne m'occuper ici que de la solution que les néo-contagionistes en donnent aujourd'hui.

Le problème, ainsi réduit, n'est pas assurément sans présenter de sérieuses difficultés. Mais on a l'avantage d'opérer sur une doctrine toute récente, en harmonie sur quelques points avec l'état actuel de nos connaissances, et qui, par cela même, n'offre ni l'obscurité ni l'antiquité mystérieuse de celle de la contagion (1); elle est, en réalité, d'ailleurs le dernier refuge de ceux qui croient encore à la possibilité de la transmission du choléra par le contact. C'est donc à elle qu'il faut s'attacher; mais, avant tout, il me semble utile de revenir un peu sur le passé, et de commencer par dire que la polémique qui s'est élevée au sujet de la contagion et de l'infection n'est qu'une dispute de mots, ou a une grande importance, suivant la manière dont on l'envisage (2).

Elle n'est qu'une dispute de mots, si, agrandissant le sens généralement attribué au mot contagion, on l'applique aux maladies qui se développent par voie d'absorption pulmonaire; car les maladies infectieuses, pour n'être pas communiquables par le toucher, comme les affections contagieuses proprement dites, n'en ont pas moins cela de commun avec elles, qu'elles se transmettent d'un individu souffrant à un individu sain, et produisent un état morbide qui est constamment le même.

Elle a une grande importance, au contraire, si on la considère dans ses rapports avec l'hygiène publique; car, dans ce cas, elle a eu toujours pour objet de provoquer la réforme et le perfectionnement de notre système sanitaire, en éclairant la prophylactique de certaines maladies. C'est sous ce dernier point de vue que les infectionistes de tous les temps l'ont envisagée.

Lorsque Deveze proclama, à la fin du siècle dernier, que, parmi les affections réputées contagieuses, il y en avait une, la fièvre jaune, qui ne se communiquait pas par le contact et dépendait d'un principe répandu dans l'air, ce n'était pas simplement pour constater que cette fièvre n'était due, ni au toucher, ni à l'inoculation; il avait un but, une pensée d'un ordre plus élevé, et qui était de démontrer que le typhus d'Amérique, ne se développant jamais par le contact, n'exigeait pas les mêmes moyens préventifs que les affections contagieuses, et, partant, ne devait pas être soumis à notre régime sanitaire. C'est là ce que voulait, ce à quoi aspirait Deveze : pour le reste, il ne se dissimulait pas que la transmission par l'intermédiaire de l'air ambiant est un mode de communicabilité tout aussi bien que le toucher, et si, au lieu de lui conserver le titre de *contagion*, il lui assigna celui d'*infection*, c'est parce qu'il savait que les mots exercent une remarquable influence sur l'esprit des hommes et que le plus sûr moyen de les soustraire à leur empire, est de leur ôter les occasions de s'en servir.

Les partisans de la doctrine de l'infection, qui vinrent après Deveze, eurent, ainsi que lui, principalement en vue de réformer, d'améliorer notre législation sanitaire, et, pour ne parler que d'un seul, personne n'ignore que les recherches, les travaux immenses du célèbre Chervin avaient uniquement pour but et eurent pour résultat d'amener le gouvernement à abolir en quelque sorte le régime des quarantaines, de la séquestration en ce qui concerne la fièvre jaune.

Ce que Chervin obtint pour la fièvre jaune, d'autres l'ont obtenu depuis pour la peste, et la première fois que le choléra se déclara parmi nous, on s'accorda à peu près unanimement à penser que nos lois sanitaires ne lui étaient pas applicables.

On en était là, en France, sur le mode de propagation du choléra, et le fait de sa transmission par le moyen de l'air était passé, depuis longtemps, à l'état de chose jugée, lorsque, en 1849, plusieurs médecins firent revivre, avec quelques modifications pourtant les principes et les idées des contagionistes à son égard. Je dis quelques modifications, car ces messieurs, tout en établissant que le choléra est contagieux, pensent qu'il naît et se multiplie, le plus souvent, à l'instar des affections épidémiques et veulent qu'on comprenne, parmi les cas de contagion, ceux où la maladie se développe par voie d'absorption pulmonaire. D'où il suit, que le choléra aurait trois manières de se propager : *l'influence épidémique, la transmission par l'intermédiaire de la muqueuse bronchique, et la contagion proprement dite.*

C'est en cela que consiste la théorie des néo-contagionistes au sujet du choléra. J'ajouterai que, des trois modes de propagation qui lui servent de base, le premier est le seul sur lequel on soit à peu près d'accord (1). Quant au second, tout dépend de la manière dont on interprète le mot contagion : si, agrandissant le sens généralement attribué à ce mot, on l'applique aux maladies qui se développent par voie d'absorption pulmonaire, il est certain que ces maladies doivent recevoir le titre de *contagieuses;* — si, au contraire, on s'en tient à son ancienne et véritable signification, il n'est en aucune façon permis de rattacher les cas de ce genre au domaine de la contagion.

Ce dernier avis est le mien, et mes lecteurs le partageront sans doute, s'ils réfléchissent que le mot contagion ne signifiant en réalité que la transmission d'un état morbide par le contact, ne peut être logiquement affecté aux cas où celui-ci n'entre pour rien dans le développement de la maladie. La contagion et l'infection, d'ailleurs, ne se bornent pas à différer essentiellement entre elles sous le rapport du mécanisme par lequel les principes virulens ou miasmatiques s'introduisent dans l'économie, elles entraînent chacune des indications hygiéniques qui font une nécessité de les distinguer : l'une a pour conséquence rigoureuse la séquestration des sujets, l'autre veut qu'on les tire du lieu infecté et qu'on les disémine au dehors; l'une réclame impérieusement le maintien de notre vieux régime sanitaire; l'autre fait une loi de l'abolir, ou tout au moins de la modifier profondément. Entre ces deux modes de transmission, on le voit, il n'y a pas de conciliation possible, et persister à les comprendre sous une dénomination commune, c'est concourir bénévolement au maintien d'un système sanitaire dont les populations, le commerce et l'industrie ont eu, pendant trois siècles, cruellement à souffrir.

Vainement objectera-t-on qu'il n'y a pas d'inconvénient à se servir du mot contagion pour qualifier la propagation d'une maladie par voie d'absorption pulmonaire, dès le moment qu'on met en pratique les mesures préventives que l'hygiène publique prescrit en pareil cas; les faits viennent tous les jours déposer contre cette assertion. Si la doctrine de la contagion était nouvelle, si dans les hautes comme dans les basses régions de la société, on n'était pas imbu de ses principes, il pourrait, à la rigueur, en être ainsi, mais les gouvernans, comme le vulgaire, sont depuis des siècles dominés par cette idée que le mot contagion est inséparable des mots quarantaine, séquestration, cordon sanitaire (2); et la puissance des mots est telle, je l'ai dit déjà, que le plus sûr moyen de se soustraire à leur empire est de s'ôter les occasions de les employer.

En supposant donc que les deux modes de propagation dont il s'agit ici ne différassent pas essentiellement entre eux, l'intérêt de la science, celui surtout de l'humanité, ne permettent pas de les confondre sous une dénomination commune, et font une loi de les désigner chacun par un nom particulier.

Reste à examiner maintenant ce qu'il faut penser du troisième mode de propagation admis par les néo-contagionistes. Dans ce but, et pour procéder avec méthode, je ferai d'abord observer que ce qui frappe surtout dans l'histoire du choléra, c'est que son importation, par les individus seuls, c'est à dire en l'absence de toute influence épidémique (1), n'y est prouvée nulle part. Des on dit, des allégations vagues, des versions qui varient suivant la position sociale, quelquefois même l'intérêt privé des narrateurs : voilà ce qui a été successivement invoqué dans tous les pays pour l'établir. Le choléra se déclare à Sunderland; quelle peut être la cause de ce fléau? « Ce sont, disent les contagionistes, des lits de plume qu'un navire venant de Riga et de Cronstadt a apportés; *car qui pourrait répondre que dans ces lits* il ne s'en est pas trouvé qui aient servi à des cholériques? Pendant la traversée, d'ailleurs, des matelots sont morts; il est vrai qu'on ne sait pas de quelle maladie: mais *qui oserait assurer que ce n'est pas du choléra-morbus?* (2) »

Un enfant, en apprentissage chez un tisserand, près Kirkintillock, a le choléra. Après lui, dans la même maison, la femme du tisserand fut attaquée; à quinze pas, une vieille femme, et à côté une famille composée de quatre enfans, etc. Comment est venu le premier cas? « Il venait d'arriver, disent les contagionistes, des bateaux dans le voisinage. *Est-il bien improbable qu'un enfant soit allé jouer dans un de ces bateaux? C'est effectivement ce qui est arrivé,* comme le constate un journal d'Édimbourg. Or, si le fait est vrai, serait-il sans la moindre vraisemblance que, dans le temps où le choléra régnait à Sunderland, à Newcastle, dans tous les villages bordant les rivages de la mer du Nord, l'un de ces bateaux, qui fréquentait les mêmes parages, ait eu un malade, et que, pour éviter les restrictions qui pesaient sur la navigation seulement, on l'ait dissimulé. Que le malade soit mort ou non, le lieu dans lequel il aura vécu est dangereux pour les autres. Et quoi de mieux disposé pour conserver des miasmes que la cabine d'un bateau? La vieille femme qui demeurait en face et la famille de la maison attenante n'ont eu, dit-on, aucune communication avec le premier enfant; qui peut l'assurer (3) ? Et, en l'admettant, si un enfant a trouvé un foyer d'infection, pourquoi aurait-il été inabordable pour d'autres (4) ? » — Tels sont les faits dont on s'est servi pour prouver que le choléra fut importé à Sunderland, et de là dans divers autres lieux de la Grande-Bretagne, en 1832. Ce qu'on a publié sur son apparition en Perse, en Russie, en Pologne, etc., n'est ni moins fastidieux, ni plus satisfaisant : bruits populaires, assertions sans preuves, ce sont partout les mêmes données, la même argumentation.

Au surplus, s'il a pu y avoir controverse pour les pays dont je viens de parler, il ne saurait en être de même pour le nôtre. Personne n'ignore la manière dont le fléau terrible qui nous occupe s'y manifesta pour la première fois. S'il nous était venu d'un autre côté, il aurait successivement attaqué celles qui sont sur la route de la capitale, et non sévi de prime-abord sur cette dernière; c'était la marche naturelle qu'il devait prendre. Or, ni les lieux intermédiaires, ni les villes, ni les bourgs situés sur la frontière des États alors infectés, n'en avaient vu d'exemples (5). Sur quoi, d'ailleurs, pourrait-on se fonder pour admettre son importation à Paris? Celui qui en fut le premier atteint (le cuisinier de M. Lobau) n'avait communiqué avec aucun individu venant d'Angleterre ou d'Allemagne. A moins qu'on ne veuille, comme je ne sais quel journaliste, qu'il eût pris sa maladie en touchant un gigot, dont un Anglais, arrivé la veille (23 mars 1832), avait mangé (6). Mais cet Anglais, qui était sain en ce moment, resta tel pendant tout le cours de l'épidémie. Comment supposer, d'après cela, qu'il introduisit parmi nous le choléra? Direz-vous qu'il a pu avoir le germe de cette affection, ne pas la contracter, et la communiquer néanmoins? Mais alors ce

(1) Je dis l'antiquité de la doctrine de la contagion, bien que cette doctrine ne date à peu près que du milieu du XVIe siècle, époque à laquelle Fracastor la créa; mais ses divers élémens se trouvent, pour la plupart, consignés par ci, par là, dans les auteurs grecs et romains. Le médecin de Vérone n'a fait, en définitive, que formuler en principe ce que les livres et la tradition lui avaient transmis.

(2) On entend par *contagion* : la transmission d'une maladie par contact médiat ou immédiat, c'est-à-dire par le contact des malades ou des objets qui leur ont servi; — et par *infection* : la transmission d'une maladie par voie d'absorption pulmonaire, c'est-à-dire par la respiration d'un air impur, ou si l'on aime mieux d'un air vicié par un principe délétère.

(1) Je dis à peu près, car les néo-contagionistes n'admettent pas l'influence épidémique pour tous les cas, tandis que les partisans de l'opinion contraire le font.

(2) Ce qui le prouve, c'est que partout où cette opinion a pris faveur, on réclame le maintien ou le rétablissement de la séquestration; ce qui le prouve encore, c'est que partout où l'on croit à la contagion, on voit se renouveler l'affligeant spectacle de malades délaissés même par leurs proches, et qui restent ainsi sans secours, sans consolations, voués à une mort à peu près certaine.

(1) Quand un état morbide a été importé dans un pays, sa reproduction, s'il en est susceptible, s'effectue de deux manières : *sans ou avec le concours d'une influence épidémique.*

Dans le premier cas, c'est le contact médiat ou immédiat qui la détermine. Exemple: un individu atteint de la petite vérole est transporté dans une ville; on le place dans un appartement bien vaste, bien aéré; on met en pratique autour de lui tous les moyens que l'hygiène prescrit, et néanmoins il donne sa maladie à la personne qui le touche et le soigne, pour peu que cette personne soit disposée à la contracter. Il y a ici véritablement contagion, c'est ce qu'on appelle *importation directe,* et qu'il serait mieux de nommer *importation suivie de transmission directe ou immédiate.*

Dans le second cas, ce n'est qu'après que les miasmes qui se dégagent du corps du patient ont saturé l'air ambiant que la reproduction du mal peut avoir lieu. Exemple: un homme venant d'un lieu infecté et y ayant contracté le germe de l'épidémie, rentre chez lui. — S'il habite un quartier malsain, si sa maison est humide et basse, si la chambre où il couche est petite, étroite et disposée de telle sorte que l'air ne puisse pas s'y renouveler facilement, si l'on n'a pas soin de vider les vases qui contiennent les matières des vomissemens et des selles, si, dis-je, et comme cela n'arrive que trop souvent, toutes ces circonstances se trouvent réunies, l'air ambiant ne tarde pas à se vicier et à acquérir des propriétés nuisibles; il donne alors on peut donner la maladie à un ou à plusieurs des assistans. Les faits de ce genre appartiennent à l'infection, et c'est ce qu'on appelle importation avec le concours d'une influence épidémique.

Autre exemple : un navire parti d'une ville où règne le choléra, voit, pendant la traversée, l'épidémie éclater à son bord. Eh bien, si, lorsqu'il sera arrivé à sa destination, on ne le débarrasse pas de ses malades, ou si, après l'en avoir débarrassé, on n'a pas soin de l'assainir par des moyens préventifs bien entendus, il donnera ou sera susceptible de donner le choléra aux individus qui iront le visiter. Si, au contraire, on se conforme aux règles que la prudence et les sages enseignemens de l'hygiène prescrivent en pareil cas, il deviendra d'une innocuité parfaite pour tout le monde. De même si les cholériques, une fois débarqués, sont mis dans un hôpital encombré et négligemment tenu, leur maladie s'y propagera infailliblement et souvent avec une effrayante rapidité. Si, au contraire, on les place dans des lieux bien aérés, bien ventilés, ils ne la communiqueront à personne. Les faits de ce genre appartiennent à l'infection, et c'est ce qu'on appelle *importation avec le concours d'une influence épidémique.*

(2) *Étude du choléra-morbus en Angleterre et en Écosse*, par Delpech, page 223 (1832).

(3) Ces messieurs, on le voit, ne citent aucun fait positif. *Qui peut l'assurer? Est-il bien improbable? Qui peut répondre?* Cette manière d'argumenter peut être commode, mais, à coup sûr, elle n'est pas propre à jeter beaucoup de jour sur une question.

(4) Delpech, *ouvrage cité*, page 220.

(5) Rapport de l'Académie, 1832.

(6) On avait signalé, je le sais, quelques cas avant le 24 mars 1832; mais ces cas furent considérés comme sporadiques, et l'individu par lequel commença l'épidémie fut réellement le cuisinier de M. de Lobau.

n'est plus le doute philosophique et l'esprit d'examen qu'il faut apporter dans l'étude des sciences, c'est cette foi robuste qui ne repousse ni les faits gratuits, ni les invraisemblances les plus grandes; et, en procédant ainsi, vous ramènerez la médecine au point juste où elle était vers le XIIe ou le XIIIe siècle.

Mais ce n'est pas seulement à Paris qu'à cette époque le choléra se développa on ne sait comment; il en fut de même de presque tous les pays qui en furent ultérieurement infectés. Lorsqu'il parut à Nantes, les lieux circonvoisins en étaient exempts. Bordeaux le vit naître et mourir dans son enceinte; Arles en fut frappé peu après, et il ne s'étendit pas au reste du Midi (1). Plus tard, il se déclare à Rochefort, gagne Charente, va jusqu'à Saintes, et ne pousse pas plus loin sa course vagabonde. Neuf cas se manifestent à Aiguillon (Lot-et-Garonne), et il n'en survient aucun autre ni dans la ville, ni dans le département. A Toulouse, la maladie attaque dix ou douze personnes, et s'éteint. Ces faits sont péremptoires et militent puissamment contre la transmission du choléra par le contact. Si cet état morbide se propageait de la sorte, on ne le verrait pas s'abattre sur un village et respecter le village voisin. Les personnes qui vont d'un pays infecté dans un pays sain, l'y apporteraient inévitablement. Or, outre que nous possédons une foule d'exemples d'importation directe sans communication immédiate (2), le choléra se déclare sans importation préalable à Bordeaux (3), à Nantes, à Aiguillon; il en fut également ainsi, d'après MM. Rœsch et Dubreuilh, à Sauve, à Monfrin, à Aromon, à Vallabrègues, à Beaucaire, à Fourgues, à Lourmarin, à Cadenet, au Cheval-Blanc; en un mot, dans la plupart des localités du midi de la France qui furent ravagées, en 1835, par le choléra.

Les statistiques qu'on a produites à l'appui de la contagion du choléra pourraient être invoquées, selon moi, si elles fournissaient les moyens d'affirmer d'une manière certaine, positive: là, ce fut un homme venant du foyer de l'épidémie qui la communiqua; ici, ce furent des objets ayant servi à des cholériques qui donnèrent la maladie à ceux qui les revêtirent. Or, partout où l'on a avancé de pareils faits, on s'est borné à les énoncer (4). Ces statistiques pourraient être invoquées encore, si le choléra avait un développement successif et régulier; mais personne n'ignore la bizarrerie de sa marche. On le voit tour à tour avancer, rétrograder, aller à droite, gagner à gauche; en un mot, sauter d'un endroit dans un autre, dans toutes les directions, et laissant toujours sur sa route des lieux sains; ce qui ne devrait pas être; car enfin, s'il va contagier une ville éloignée, pourquoi ne le ferait-il pas de celles qu'il est préalablement obligé de traverser?

Il est avéré, au surplus, que les lois préventives ne servent à rien contre le choléra. Calais, où le régime sanitaire était en vigueur, fut, après Paris, la première ville affectée, en 1832. Dieppe, au contraire, où toutes les provenances d'Angleterre entraient librement, n'en fut atteinte que longtemps après. En Prusse, les cordons sanitaires eurent les plus déplorables résultats. A Naples et dans toute l'Italie, on ne s'en est pas mieux trouvé. Partout où l'on a voulu séquestrer les lieux et les objets contaminés, la maladie a pris un degré d'énergie et de virulence qu'elle n'avait pas auparavant.

(*La suite à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(ancienne Société médicale du Temple).

Compte rendu extrait des procès-verbaux (1855). — Présidence de M. Bossion.

Sommaire. — Séjour prolongé dans l'utérus d'enfans morts; putréfaction ou momification. — Traitement antisyphilitique chez les nouveau-nés. — Vaccinations dans les premiers jours de la naissance. — Amaurose passagère.

M. Depaul nous communique verbalement, au moment qu'il vient de l'observer, le fait suivant: Une femme couchée à l'hôpital des cliniques a dépassé de huit à dix jours neuf mois révolus de grossesse, en comptant de la dernière époque menstruelle. Les membranes se sont rompues il y a trois jours, le liquide écoulé contenait du méconium. Le doigt introduit dans le col utérin traversait sa partie externe; mais à l'orifice interne, on sentait une résistance infranchissable, et il ne paraissait pas certain qu'il y existât une ouverture. Beaucoup d'opinions ont été émises sur la position réelle de cette malade et l'état anatomique des parties. Ce matin, dit M. Depaul, je l'ai touchée, et j'ai constaté que le col utérin est aussi long qu'il pourrait l'être chez une femme qui ne serait pas enceinte et qui n'aurait pas eu d'enfans. — A ce sujet, je ferai remarquer que l'on admet trop généralement, sur la foi des auteurs, l'effacement du col par suite de la grossesse; il est au contraire très fréquent de trouver, même dans une grossesse avancée, le col long et épais. — Pour en revenir à notre malade, mon doigt, en traversant le col, a rencontré un cul de sac formé par un tissu fibreux, dans un point duquel il existe une petite fente que j'ai entr'ouverte, et à travers laquelle j'ai senti la tête de l'enfant et une espèce de croissant fermant en grande partie l'orifice interne du col. Des incisions multiples ont été faites sur le col qui, malgré cela, est resté dur, rigide, étroit. Le croissant dont il vient d'être fait mention est-il du tissu fibreux ou cancéreux?... Bientôt, probablement, on pourra constater l'état des choses, car il est survenu un incident tellement grave, qu'il est à peu près impossible de conserver l'espoir de sauver la malade. L'air a pénétré dans la matrice depuis la rupture des membranes. L'enfant, déjà mort, y est en putréfaction, des gaz délétères s'y forment et donnent à l'utérus un volume et une dureté considérables, avec bruit tympanique à la percussion. Les gaz qui sortent exhalent une odeur putride, et leur absorption va produire chez cette malheureuse femme un véritable empoisonnement par infection putride. Elle éprouve une anxiété suffocante; le pouls est petit, fréquent, misérable; les traits de la face sont décomposés. Sous l'influence du développement des gaz provenant de la putréfaction de l'enfant, il se produit un emphysème qui pourrait en imposer sur le volume du corps du fœtus et le faire croire beaucoup plus gros qu'il n'est.

Contrairement à une opinion professée par un assez grand nombre d'accoucheurs, M. Depaul fait remarquer que les cas de putréfaction d'enfans morts dans l'utérus sont fort rares, et n'ont lieu que quand l'air extérieur a pu communiquer librement dans l'intérieur de l'œuf. Ce qui n'est pas rare, c'est la putréfaction du délivre ou d'un de ses fragmens retenu dans l'utérus; car on comprend avec quelle facilité l'air peut alors, en pénétrant de dehors en dedans, produire la décomposition putride.

M. Poulenc: Il est bien démontré en chimie qu'il ne peut y avoir de décomposition putride qu'au contact de l'air atmosphérique. Je crois donc, avec M. Depaul, qu'il ne suffit pas que l'enfant soit mort pour que la putréfaction se produise: elle ne peut avoir lieu tant que les membranes intactes préservent le corps du fœtus de l'action directe de l'air extérieur.

M. Géry: Les enfans qui, étant morts, restent ensuite pendant un certain temps dans l'utérus, y sont comme momifiés. Il a vu venir au monde le même jour deux jumeaux, l'un vivant et bien portant, l'autre mort, et n'offrant que le développement d'un fœtus de six mois. Il ne se rappelle pas s'il y avait deux poches distinctes ou bien une seule contenant les eaux de l'amnios.

M. Collomb: Une dame, à laquelle j'ai donné des soins, fit une chute à trois mois de grossesse. Tous les signes précurseurs d'une fausse couche se déclarèrent d'abord; et puis à force de soins et de repos ils s'arrêtèrent. Au huitième mois, l'accouchement eut lieu. Le fœtus expulsé ne présenta que le développement de trois mois de conception correspondant à l'époque de sa chute; il était donc resté cinq mois environ dans l'utérus sans inconvénient pour la mère, et sans prendre aucun accroissement depuis les accidens qui avaient paru rendre une fausse couche imminente. Or, cette dame était tombée en revenant de conduire son mari qui partait pour un voyage d'outre-mer. Le jour était précis, et il importait au point de vue de la moralité, d'établir que réellement la conception datait de huit mois avant l'accouchement. Il n'y avait eu aucun signe de putréfaction et l'enfant était dans cet état de momification dont vient de parler M. Géry.

M. Depaul. La malade dont il vient de parler a été touchée un grand nombre de fois et il y a eu des manœuvres qui ont pu faciliter l'introduction de l'air dans la poche des eaux. Il est d'avis que lorsqu'il n'y a que mort de l'enfant, sans pénétration de l'air dans l'intérieur de l'œuf, la santé des femmes n'en souffre guère. On s'est quelquefois demandé si, lorsqu'on se croyait assuré de la mort de l'enfant, il était convenable de provoquer artificiellement l'accouchement. Notre collègue préfère, en pareil cas, l'expectation. Il ajoute que les fausses couches sont plus dangereuses quand l'œuf est vivant, parce que la circulation fœtale et placentaire, étant restées en pleine activité jusqu'au dernier moment, les vaisseaux sanguins qui sont béans exposent les femmes à des pertes mortelles.

M. Thibault a été appellé en second auprès d'une femme primipare accouchant à neuf mois de grossesse d'un fœtus mort d'où s'exhalait une odeur infecte et chez lequel il n'y avait pas d'emphysème, comme dans le cas qui vient de nous être rapporté.

M. Depaul: Il est bien probable que quand la putréfaction atteint réellement le fœtus, son expulsion a lieu à une époque plus ou moins avancée et que, par conséquent, il y a des degrés variables dans l'état de décomposition putride du cadavre.

A la séance suivante, M. Depaul nous informe que la femme, dont il nous a entretenus, est morte, comme on devait s'y attendre, et que l'autopsie cadavérique a permis de constater la nature fibreuse de la tumeur qui recouvrait, en forme de croissant, une partie du col utérin, le corps de l'utérus était dans un état de ramollissement.

M. Am. Forget: Un enfant est né il y a huit jours; ses parens sont actuellement tous deux en traitement d'une maladie vénérienne. L'enfant ne présente, jusqu'ici, aucun signe visible de syphilis. Doit-on, dans l'idée de prévenir ce mal possible, faire, dès à présent, un traitement antisyphilitique, ou bien vaut-il mieux attendre l'apparition de quelque symptôme évident? En un mot, aujourd'hui, le traitement est-il avantageux, inutile ou nuisible?

M. Depaul: Les questions qui viennent d'être posées sont toujours embarrassantes à résoudre. Dans ce cas particulier, il faudrait savoir quelle nature d'accidens éprouvent les parens.

M. Forget: Le père a des ulcères aux jambes; la mère des ganglions nombreux et des plaques muqueuses. On ne sait lequel des deux a été le premier malade.

M. Depaul: Cette question est d'autant plus intéressante qu'elle se présente plus souvent qu'on ne le croirait peut-être. Elle n'a pas, que je sache, été étudiée. Je crois qu'il y a des enfans qui apportent, en naissant, le germe de la syphilis, mais que, néanmoins, la transmission du virus n'est pas inévitable. Je suis donc d'avis de faire pour les enfans, comme on fait pour les adultes, d'attendre l'apparition de symptômes vénériens manifestes avant d'entreprendre un traitement toujours difficile et certainement nuisible, s'il n'est pas indispensable.

M. Forget: Une consultation de trois médecins a eu lieu pour l'enfant dont je viens de parler. Deux ont été d'avis d'attendre; un seul proposait le traitement préservatif d'accidens ultérieurs.

On parle des maladies régnantes; à cette époque, plusieurs membres de la Société citent des cas de fièvres typhoïdes, d'angines couenneuses et de varioles.

M. Géry pense que, lorsqu'il existe une épidémie de variole, on doit se hâter de vacciner les enfans dès les premiers jours de leur naissance. Il a, pendant assez longtemps, partagé l'opinion des praticiens qui repoussent toute vaccination avant l'âge d'un mois à six semaines, mais, actuellement, il est revenu à d'autres idées, après avoir vu la variole sévir sur des enfans de vingt jours. Néanmoins, il ne croit pas nécessaire de vacciner dans les premières heures de la naissance; il suffit, à son avis, de le faire dans les premiers jours.

M. Depaul, à propos des vaccinations qui semblent prématurées à M. Géry, dit qu'il ne voit aucun inconvénient à vacciner dès la naissance et qu'on doit le faire dans les hôpitaux où il y a presque toujours de la variole. A l'appui de cette assertion, il cite un fait de sa pratique à l'hôpital des Cliniques. Une femme variolée y ayant été amenée, il vaccina immédiatement tous ceux des enfans de la maison qui n'avaient pas été vaccinés, excepté deux qui furent oubliés par une circonstance indépendante de sa volonté. Tous deux contractèrent la variole et en moururent.

M. Dreyfus partage cette manière de voir, et dit qu'il a toujours vu la vaccination amener d'autant moins de réaction que les enfans étaient vaccinés plus jeunes.

M. Collomb: J'ai été appelé pour donner des soins à une dame de 64 ans, forte, habituellement bien portante et sédentaire. Depuis deux heures, elle avait complétement perdu la vue. Le jour le plus vif, la flamme d'une bougie passée devant les yeux, ne produisaient aucune contraction des pupilles. Le pouls n'était ni fréquent ni dur. La veille, il y avait eu une violente céphalalgie, mais elle n'existait plus. Pas de bourdonnemens dans les oreilles, aucunes nausées; les mouvemens musculaires paraissaient être dans leur état normal. Je voulais néanmoins tirer du sang dans la crainte d'une congestion cérébrale. La malade refusa en disant: c'est, depuis vingt ans, la quatrième fois que j'éprouve un semblable accident; une seule fois j'ai été treize heures sans voir; les autres fois cela s'est dissipé en quelques heures; attendons, pour la saignée, jusqu'au soir. Il était midi. Le soir, en effet, elle commençait à voir, et la céphalalgie n'avait pas reparu. Le lendemain matin, je la trouvai occupée à lire son journal avec ses lunettes ordinaires.

M. Moreau (de Tours): Chez les épileptiques et les hystériques, on observe quelquefois des amauroses passagères; mais, après plusieurs récidives, ces amauroses finissent ordinairement par devenir permanentes.

M. Bréon, dans une traversée qu'il a faite en Angleterre par un gros temps, a vu la plupart des personnes qui étaient restées sur le pont privées pendant deux heures de la faculté de voir.

M. Depaul: L'amaurose passagère chez les femmes enceintes est un signe précurseur de l'éclampsie. Elle se lie encore, d'après les travaux de M. Landouzy, à l'existence de l'albuminurie. Le cas dont vient de nous parler M. Collomb me paraît être une de ces amauroses congestives qui affectent tantôt le nerf optique, tantôt la rétine. On a même imaginé des instrumens pour reconnaître si cette congestion existe sur la rétine.

M. Dreyfus: En Allemagne, dans les cas d'amauroses passagères, et survenues brusquement, on regarde l'administration d'un grain de tartre stibié comme une médication en quelque sorte spéciale.

Le Secrétaire général, Dr Collomb.

PRESSE MÉDICALE.

Paralysie de la sensibilité et de la contractilité des extrémités inférieures; accouchement sans la moindre douleur, par le professeur Hohl, à Halle. — Femme de 38 ans, chez laquelle l'autopsie avait révélé une destruction complète du corps de la sixième et de la septième vertèbre dorsale, et destruction partielle de celui des vertèbres supérieure et inférieure. Un dépôt purulent, de la grosseur du poing, contenu par les ligamens, proéminait d'un côté dans le médiastin, et de l'autre côté comprimait la moelle. Jusqu'au commencement du huitième mois de sa grossesse, cette femme pouvait encore vaquer à ses occupations domestiques. Alors il est survenu, entre autres symptômes, une paralysie totale de la motilité et de la sensibilité des deux extrémités inférieures, dans tous les organes innervés par les plexus lombaire et sciatique. Au-dessus de la région inguinale, la sensibilité était intacte. Chaque piqûre d'épingle déterminait des contractions musculaires tout à fait involontaires et non ressenties par la malade. L'anesthésie était tellement complète, que des sachets de son chaud, prescrits par la sage-femme, avaient été appliqués à une telle température, que les pieds étaient le siége de brûlures profondes, sans que la femme s'en fût doutée. Constipation, mais émission fréquente de l'urine. Plus tard, décubitus étendu. Six semaines après, à la fin du neuvième mois, la malade fit appeler le professeur Hohl, en lui disant qu'elle se trouvait plus mal que d'habitude, sans pouvoir indiquer en quoi; elle se sentait très faible. L'examen fit découvrir des contractions régulières de la matrice, et la tête sur le point de franchir la vulve. L'accouchement se termina sans que la femme en eût éprouvé la moindre sensation. L'enfant était à terme et fort. Bientôt après les couches, tous les anciens accidens marchèrent plus rapidement, et la femme mourut épuisée trois semaines plus tard. — (*Monatsschrift f. geburtsk*, juillet 1855).

Concours pour une place de chirurgien du Bureau central des hôpitaux. — La seconde série d'épreuves a commencé. Ont été admis à y prendre part: MM. les docteurs Bauchet, Fano, Foucher, Trélat, Verneuil.

NOTICE MÉDICALE sur les BAINS DE MER

De BIARRITZ (Basses-Pyrénées)

DU DOCTEUR R. AFFRE,

Médecin inspecteur de ces bains, lauréat de l'Académie impériale de médecine de Paris, Directeur des secours du Sauvetage, et membre correspondant de plusieurs Sociétés médicales.

TABLE DES CHAPITRES:

Introduction.

Chap. Ier. Des caractères physiques et chimiques de l'eau de mer.

Chap. IIe. Des divers moyens d'employer l'eau de mer.

Chap. IIIe. Des règles à suivre dans l'emploi des bains de mer.

Chap. IVe. Des plages de Biarritz.

Chap. V^e^. Des bains de mer chauds et des bains de sable marin.

Chap. VIe. Des effets généraux des bains de mer froids.

Chap. VIIe. Des effets thérapeutiques des bains de mer froids.

Chap. VIIIe. Considérations sur les maladies de la peau guéries par les bains de mer, avec des observations de guérison.

Chap. IXe. Des maladies des femmes guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.

Chap. X^e^. De quelques causes de stérilité guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.

Chap. XIe. Des contre-indications des bains de mer froids avec des observations à l'appui.

Chap. XIIe. Des accidens produits par l'abus ou la fausse application des bains de mer, avec des observations à l'appui.

Quelques mots sur la cause principale, sur les symptômes et le traitement du choléra, qui a sévi dans le département des *Basses-Pyrénées*.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*. — Prix : 2 fr.

(1) *Rapport sur le choléra-morbus qui a régné dans le midi de la France, en* 1835, par les professeurs Dubreuilh et Rœsch, page 222.

(2) Voyez les exemples d'importation de ce genre que je cite plus bas.

(3) Il en a été de même en 1849, 1854 et 1855.

(4) Il ne suffit pas de dire qu'un individu a été pris du choléra en soignant un cholérique, il faut encore qu'il soit bien établi que cet individu ne se trouvait pas, à son tour, sous l'influence de l'épidémie, qu'il n'a pu en conséquence la contracter que par le toucher. Or, c'est précisément ce sur quoi on a négligé de nous édifier; partout on s'est borné à supposer vrai ce qui était à démontrer, et que, pour mon compte, je me crois parfaitement en droit de contester.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 46. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 15 Avril 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An..... 32 fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — II. THÉRAPEUTIQUE : Note sur l'étiologie de la gravelle. — III. ÉPIDÉMIOLOGIE : Du mode de propagation du choléra-morbus. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS, *Société d'hydrologie médicale de Paris* : Recherches sur cette question : Une eau minérale éprouve-t-elle, dans sa composition, des variations journalières? Discussion. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Paris, le 12 Avril 1856.

Mon bien cher confrère,

La commission générale, persuadée de l'appui que les intérêts professionnels trouveront toujours dans l'UNION MÉDICALE, me charge de vous prier de donner de la publicité aux deux lettres suivantes.

Mille remercimens de votre tout dévoué confrère,

G. CABANELLAS.

LE COMITÉ MÉDICAL DES BOUCHES-DU-RHÔNE,

à Messieurs les membres de l'Association des médecins de la Seine.

Marseille, le 6 Mars 1856.

Messieurs et honorés confrères,

Le Comité médical des Bouches-du-Rhône a suivi avec un vif intérêt l'affaire du docteur Andreux, de Bar-le-Duc, et a trouvé, comme vous, que ce médecin, après avoir vu sa demande concernant ses honoraires rejetée par le maire de cette ville, avait eu raison de refuser la somme insuffisante que le conseil municipal lui avait allouée à titre d'indemnité.

Le Comité médical, comprenant la solidarité qui existe entre les membres d'un corps dont les services sont souvent méconnus, surtout pendant le règne des épidémies, s'associe à la louable résolution que vous avez prise d'attirer l'attention du pouvoir et de l'autorité judiciaire sur les questions que soulève l'appel, par le docteur Andreux, du jugement qui le déboute de sa demande. Sans doute, l'intérêt public doit primer l'intérêt privé; mais il n'est pas dit pour cela qu'il faille soustraire aux médecins la juste rémunération de leurs peines, quand les municipalités se montrent si généreuses pour de moindres services.

De tout temps, le corps médical s'est signalé par un noble dévouement et la plus grande abnégation, notamment à des époques de calamités publiques, et rarement des distinctions honorifiques ont compensé les sacrifices faits en faveur de l'humanité. Aussi le Comité médical des Bouches-du-Rhône a-t-il été unanime et pour abonder dans le sens de l'Association des médecins de la Seine, et pour décider qu'il était prêt à participer comme elle aux frais que pourra nécessiter la solution des questions qui intéressent à un si haut degré le corps médical tout entier.

Sans préjuger l'arrêt de la Cour suprême, attendu avec confiance, le Comité médical des Bouches-du-Rhône aurait cru manquer à son devoir en ne pas offrant l'appui de son concours, dans la sphère de ses moyens, à l'Association des médecins de la Seine.

L'arrêt de la Cour de cassation nous apprendra jusqu'où doit aller et s'arrêter le droit de réquisition exercé par l'autorité sur un médecin, et si une réquisition semblable entraîne nécessairement la gratuité des soins donnés par ce médecin.

Nous sommes, Messieurs, etc.

Signé par les membres du Conseil d'administration,

E. FLAVARD, président, CAMOUIN, MAGAIL, GOUIRAND, ROUX, secrétaire perpétuel, L. BARTHÉLEMY, inspecteur.

RÉPONSE

à Messieurs les membres du Comité médical des Bouches-du-Rhône.

ASSOCIATION DES MÉDECINS DU DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Paris, le 6 Avril 1856.

Messieurs et honorés confrères,

La Commission générale, dans sa séance du 4 de ce mois, a écouté avec émotion la lecture de votre lettre du 6 mars.

Elle m'a chargé de l'honneur de vous exprimer sa reconnaissance pour la part que vous désirez prendre dans les frais du pourvoi en cassation du docteur Andreux.

Heureuse de pouvoir suffire aux sacrifices pécuniaires, elle accepte avec empressement l'appui moral de votre adhésion, avec l'espoir que votre exemple trouvera des imitateurs dans tout le corps médical de France.

La Commission espère aussi que, dans ce but, elle sera aidée par la presse médicale qui ne lui a jamais fait défaut.

Veuillez, Messieurs et chers confrères, recevoir l'assurance de mes sentimens d'estime et de dévouement confraternel,

G. CABANELLAS,
Secrétaire général.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR L'ÉTIOLOGIE DE LA GRAVELLE,

A propos des observations publiées récemment dans l'*Union Médicale*;

Par le Dr DE CROZANT, inspecteur des eaux de Pougues.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

(ERRATUM. — Il s'est glissé, dans la première partie du travail de M. de Crozant, quelques erreurs typographiques qu'il importe de rectifier. Ainsi : 1re colonne, 4e alinéa, 12e ligne, *au lieu de* : la portion plus large située au-dessous, *lisez* : la portion plus large située au-dessus. — 2e colonne, dernier alinéa, 2e ligne, *au lieu de* : tirées de cette affection, *lisez* : tirées de l'histoire de cette affection. — 3e colonne, 3e alinéa, ligne 1re, *au lieu de* : anurie par la gravelle, *lisez* : asurie, pas de gravelle.)

Ainsi nous voyons la gravelle, que quelques personnes regardent comme la cause essentielle de la colique néphrétique, ne se montrer que tardivement dans le cours de cette maladie, et comme un symptôme insignifiant, résultant de l'alimentation plus substantielle.

Dans l'observation suivante, nous voyons l'inverse, c'est-à-dire un individu qui a des coliques néphrétiques avec gravelle, chez lequel la gravelle disparaît par suite d'un régime débilitant, et dont les coliques néphrétiques persistent avec plus de violence encore.

Voici l'extrait de cette observation :

OBS. III. — *Catarrhe des voies urinaires, avec gravelle, disparition de la gravelle, persistance des coliques néphrétiques.*

M. A. de G.... ayant eu dans sa famille plusieurs personnes atteintes de maladies des voies urinaires, est âgé de 60 ans, d'un tempérament un peu lymphatique, très fort et d'une très bonne santé antérieure. Il n'a jamais eu à souffrir que de douleurs rhumatismales, qu'il suppose avoir contractées à la chasse. Depuis trois ans, il est sujet à des lumbago qui l'ont fait cruellement souffrir, sept à huit fois pendant ce laps de temps, l'obligeant à garder le lit trois et quatre jours. Il a eu d'autres crises plus fréquentes, mais moins douloureuses. Ces douleurs de la région lombaire furent attribuées au vice rhumatismal et traité sans succès par les moyens appropriés. A la suite d'une de ces crises, M. A..., en urinant, entendit quelque chose tomber dans le vase; il ne fit point attention à ce fait, mais le lendemain et les jours suivans, il examina ses urines, qui déposaient au fond du vase des matières blanchâtres et épaisses. Le médecin, averti, n'en tint aucun compte.

Quelque temps après, le même bruit s'étant reproduit, la présence d'un gravier fut constatée, et à partir de ce moment, la gravelle fut diagnostiquée et combattue par un traitement qui ne fit qu'augmenter la vraie maladie, le catarrhe des voies urinaires. M. A... fut soumis à un régime sévère, ne mangeait que des viandes blanches, des légumes,

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Examen du traité des *Dogmes d'Hippocrate et de Platon*. Idée générale de l'ouvrage. — Expériences curieuses de Galien sur les fonctions du cœur et du cerveau. — Discussion physiologique et philosophique sur le siége du mouvement, du sentiment, des facultés intellectuelles et morales. De la distinction des âmes et de celle des facultés. — Y a-t-il plusieurs âmes? Maladies de l'âme. — Considérations intéressantes touchant l'esprit animal et le mécanisme de l'action nerveuse. — Doctrine des anciens sur la composition du corps des animaux : Hippocrate, Platon, Galien et M. Dumas. — Préceptes de Galien sur l'art de raisonner.

XXI (1).

Physiologie de Galien (suite).

Examen du De placitis Hippocratis et Platonis (περὶ τῶν Ἱπποκράτους καὶ Πλάτωνος δογμάτων ou *Dogmes d'Hippocrate et de Platon*. — Dans cet ouvrage, dont le titre est trompeur, car il y est fort peu question d'Hippocrate, de Platon et de leurs dogmes, Galien s'est proposé pour but principal de réfuter les opinions de quelques médecins philosophes touchant un certain nombre de questions de physiologie et de philosophie médicale.

Ce qui fait le principal intérêt de cet ouvrage, écrit d'ailleurs sans méthode, sans enchaînement et sans suite, c'est d'y voir le chaos dans lequel la science était plongée du temps de Galien, relativement aux fonctions du cœur, du cerveau, des nerfs, du larynx, etc., etc. On comprend la haute position que Galien prit et garda en médecine, en débrouillant ce chaos et en répandant la lumière sur une foule de questions vagues et obscures. Cette lumière, il la fit : 1° par ses recherches anatomiques; 2° par ses expériences sur les animaux vivans; 3° par ses observations cliniques; 4° enfin par sa dialectique à la fois ingénieuse et puissante à l'aide de laquelle il mettait en œuvre les matériaux de ses observations, de ses expériences, de ses recherches, et les faisait servir, avec une habileté merveilleuse, à la démonstration des vérités qu'il voulait prouver. L'ouvrage se compose de neuf livres. Le premier manque en partie : dans ce qui reste, on trouve l'histoire singulière d'un enfant dont le sternum avait été détruit et le cœur mis à nu à travers une perte de substance du péricarde. L'enfant guérit par le rapprochement et la reconstitution des parties.

Voici une question posée et longuement discutée par Galien : Y a-t-il du sang dans le cœur gauche? Érasistrate croyait que le cœur gauche ne contenait que de l'air, et il avait puissamment contribué à répandre, dans le public, cette erreur qu'il tenait de son maître Chrysippe. Galien combat cette opinion par une longue série de raisonnemens auxquels il ajoute cette expérience claire et nette : Si, dit-il, vous ouvrez, sur un animal vivant, les cavités gauches du cœur, vous en voyez aussitôt jaillir du sang. — Oui, sans doute, objectaient les érasistratéens; mais ce sang n'étant pas primitivement contenu dans le cœur, il n'y est venu que consécutivement et pour remplir le vide laissé par la sortie de l'air. — Galien ne se tient pas pour battu; suivant lui, il n'est pas vrai de dire que le sang arrive dans une cavité ouverte pour remplacer l'air qui en est sorti. Ouvrez, dit-il, les ventricules du cerveau sur un animal vivant, vous n'y voyez arriver aucune goutte de sang, à moins que quelque vaisseau n'ait été blessé, et cependant une foule de veines rampent sur les parois ventriculaires.

Si au lieu d'enfoncer un instrument dans le cœur d'un animal pour le faire périr, on noie l'animal, et qu'on examine ensuite comparativement l'état des ventricules cérébraux et celui des cavités gauches du cœur, on voit celles-ci remplies de sang, tandis que les cavités cérébrales sont vides. Ce n'est pas tout, voulez-vous, ajoute Galien, une preuve éclatante que, dans le cœur gauche, le sang ne remplace pas l'esprit, mais y est normalement contenu? Piquez ce cœur avec une aiguille très fine, immédiatement vous voyez sourdre le sang. Or, dans l'hypothèse que le sang est attiré dans le ventricule gauche par la sortie de l'air, ce ne serait qu'après cette sortie, par conséquent au bout d'un certain temps et non sur-le-champ, que ce liquide devrait s'échapper. Bien plus, cette aiguille que vous avez enfoncée dans le cœur, vous la retirez rouge de sang; or, pendant qu'elle est restée dans le cœur, l'air n'a pas pu en sortir, ni par conséquent le sang y entrer. Ce n'est qu'après la sortie de l'aiguille que l'issue a pu être donnée à l'air et l'entrée au sang; donc, puisque l'aiguille sort rougie par le sang, c'est que ce liquide est normalement contenu dans le ventricule gauche.

De pareilles expériences faites en public, devaient singulièrement frapper les esprits. Aussi Galien était-il chaleureusement applaudi par la jeunesse enthousiaste qui se pressait à ses leçons, se groupait autour de lui et le proclamait le restaurateur et, en quelque sorte, le second fondateur de la médecine.

Viennent ensuite des expériences comparatives d'après lesquelles Galien revendique, pour le cerveau, des fonctions attribuées au cœur.

Si, dit-il, après avoir mis le cerveau à découvert sur un animal vivant, on vient à comprimer fortement cet organe, sur le champ l'animal perd le mouvement, le sentiment, l'intelligence et la voix. La perte est d'autant plus complète que la compression est plus énergique; or, dans tout ce désordre, le mouvement artériel reste calme et régulier.

Rien de semblable n'a lieu pour le cœur; si, dit Galien, on vient à le serrer entre les deux branches des tenailles d'un forgeron, le mouvement seul des artères est troublé; le sentiment, le mouvement, l'intelligence et la voix sont parfaitement conservés. Ce n'est donc pas dans le cœur qu'il faut placer le siége de l'intelligence, du mouvement et du sentiment. Ceux qui, pour soutenir cette opinion, l'ont appuyée sur le sentiment d'Aristote, touchant le point d'origine des nerfs, n'ont pas choisi là une base solide; les nerfs, en effet, n'émanent pas du cœur, comme le croyait ce grand anatomiste, mais du cerveau et de la moelle épinière, qui n'est elle-même que le prolongement du cerveau. L'erreur d'Aristote a été de prendre pour des nerfs, les cordons tendineux du cœur; en effet, dit Galien, la similitude des noms imposés aux parties doit avoir pour principe non pas l'analogie des formes, mais la similitude des fonctions : c'est pourquoi il ne faut pas donner le nom de nerfs à des tendons ou à des ligamens, mais aux seuls cordons qui, partant du cerveau et de la moelle épinière, servent d'agens de transmission au principe du sentiment et du mouvement. Du reste, entre les tendons, les ligamens et les nerfs, l'analogie de structure n'est qu'exté-

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 Janvier, 7, 19 Février et 8 Avril 1856.

et ne buvait que du vin blanc coupé avec beaucoup d'eau.

Une nouvelle crise revint trois mois après; elle fut combattue par deux saignées et trente sangsues en trois jours; des bains prolongés. La crise fut plus longue et plus douloureuse, et suivie d'une crise quinze jours après et à laquelle on appliqua le même traitement. A partir de ce moment, la gravelle ne reparut plus, mais les coliques qui ne se montraient que tous les six mois arrivèrent tous les mois très violentes et laissant dans la région des reins et des deux uretères une douleur sourde et continue. Le catarrhe s'étendit des uretères à la vessie, et bientôt le malade éprouva de la difficulté à uriner, des épreintes, etc. L'état général était complétement détérioré. M. A. de G... était devenu très faible, languissant, et pouvant à peine sortir de chez lui.

Ce fut dans cet état qu'il vint à Pougues (juillet 1852). Il fut pris d'une violente colique pendant son voyage et arriva dans un grand état de souffrance. La crise dura deux jours encore à Pougues, les urines étaient rares et limpides à l'arrivée, un verre à boire à peu près dans les vingt-quatre heures, et rendues avec un peu d'épreintes; la douleur existait aux deux reins et ne s'étendait que du côté de l'uretère gauche. Bicarbonate de soude, 10 grammes dans la journée, laudanum, 10 gouttes, frictions laudanisées. Le lendemain matin, même état. J'ajoute à la prescription précédente une solution de 50 centigrammes d'émétique dans 500 grammes d'eau à prendre en lavement en quatre fois, d'heure en heure. Le soir, sur les trois heures, l'urine commença à charrier des mucosités, et la douleur se dissipa peu à peu. L'urine rendue pendant cette soirée (un demi-litre à peu près), était épaisse et laiteuse au moment de la miction. Après un moment de repos, elle devenait très limpide, d'une couleur un peu foncée, présentant un dépôt blanc de très peu de densité et se suspendant de nouveau dans le liquide à la moindre agitation; au dessous de ce dépôt, se trouve une couche de mucus filant adhérant aux parois du vase. L'urine était légèrement acide à sa sortie, mais se décomposant très rapidement. La matière déposée était composée de fausses membranes, ou débris d'épithélium en grande quantité, et presqu'à l'état de poussière, du mucus sans trace de cristaux uriques. A partir de ce moment, les urines furent explorées avec soin, chaque fois qu'elles présentaient un peu de dépôt. Je les examinais au microscope, et je n'ai jamais trouvé la plus légère trace de gravelle rouge ou blanche. Le malade eut une nouvelle crise quinze jours après son arrivée, beaucoup plus courte, mais tout à fait semblable à la précédente. Ce fut la dernière. M. A... nous a quittés très bien portant, et n'a plus eu de colique depuis cette époque. Je lui ai conseillé un régime tonique, la laine autour des reins, l'usage alternatif de l'eau de Pougues et de l'eau de goudron, des bains salins de temps à autre.

Obs. IV. — *Coliques néphrétiques; catarrhe des voies urinaires; pas de gravelle.*

Mlle X..., âgée de 14 ans, d'un tempérament un peu lymphatique et assez délicate de constitution, issue de parens bien portans. Sa mère, à peu près au même âge, a eu des coliques tout à fait semblables aux siennes, mais accompagnées d'excrétion de cristaux d'acide urique. Ces coliques ne se sont montrées qu'une fois et n'ont pas reparu depuis. On ne connait, dans la famille, ni graveleux, ni goutteux, ni asthmatiques.

Cette jeune personne s'est bien développée et n'a éprouvé, pendant son enfance, que quelques affections catarrhales.

Il y a trois ans, elle fut prise subitement de douleurs, de reins très violentes s'étendant vers le ventre sous forme de coliques. Le siége principal des plus violentes douleurs, était la région lombaire, d'abord des deux côtés à la fois, puis elles abandonnaient à peu près complétement le côté droit pour se fixer au côté gauche et d'une manière permanente.

Ces douleurs lentes et continues prenaient, de temps en temps, une forme aiguë qui persistait pendant huit à quinze jours pour revenir ensuite à l'intensité ordinaire. Ce sont ces périodes d'acuité qui caractérisent les crises. Les crises étaient elles-mêmes composées d'attaques se reproduisant tous les deux ou trois jours. Pendant trois ans, elle a toujours été souffrante, excepté pendant les quatre ou cinq mois qui ont suivi l'apparition des menstrues, il y a deux ans.

Pendant ces trois ans, la maladie a toujours progressé, présentant toujours les mêmes symptômes, les mêmes caractères, mais différemment interprétés, suivant les médecins appelés successivement à traiter Mlle X... Les uns ont diagnostiqué un rhumatisme lombaire, d'autres une névralgie, une congestion de l'utérus, un commencement d'affection des enveloppes de la moelle, etc.

La dernière crise dont nous allons retracer succinctement le tableau et qui peut être regardée comme le calque de toutes les autres, sauf la durée, débuta le 15 mars 1851, époque à laquelle une épidémie de grippe sévissait avec violence à Paris.

L'invasion a été brusque, accompagnée de frissons, de fièvre, d'un grand abattement, malaise général, perte d'appétit. Bientôt après, douleur vive à la région lombaire, empêchant tout mouvement, s'étendant vaguement des deux côtés, pour causer, vers le milieu du ventre, un sentiment de resserrement et de plénitude; du côté gauche, la douleur est plus vive que du côté droit, elle suit le flanc gauche, et vient aboutir à l'aine du même côté. Ces douleurs, intermittentes dans leur violence, ne disparaissaient jamais complétement.

La perte d'appétit était accompagnée de quelques envies de vomir, d'éructations; la langue naturelle; le ventre un peu ballonné; pas de garde-robes. Les urines, dès le début de l'attaque et surtout un peu avant, sont abondantes, limpides et claires comme de l'eau. Peu à peu elles deviennent plus rares, tout en conservant leur limpidité, et finissent par cesser complétement.

Cet état dure, au milieu de souffrances presque continuelles, deux à trois jours; au bout de ce temps, les urines commencent à reparaître, mais troubles, et annoncent ainsi la fin de l'accès. Elles deviennent, à mesure que la douleur cesse, épaisses et laiteuses. En les laissant reposer, elles forment un dépôt muqueux blanchâtre, se suspendant de nouveau dans le liquide pour peu qu'il soit agité.

Après ce temps, la malade éprouve un mieux sensible, tout en continuant à souffrir toujours un peu, les urines conservant aussi une teinte laiteuse jusqu'à ce que, redevenant tout à coup limpides, au bout de trois à cinq jours, elles n'annoncent un nouvel accès.

Tel est le tableau succinct, mais exact d'une des attaques, qui, je le répète, est la reproduction fidèle des symptômes de toutes les autres.

Lors de la dernière crise (mars 1851), M. le professeur Bouillaud fut consulté; il diagnostiqua une colique néphrétique et institua contre elle un traitement rationnel : ventouses, vésicatoires, bains émolliens, alcalins, boissons alcalines. Les crises, qui duraient depuis si longtemps et qui se reproduisaient à des intervalles si rapprochés, s'éloignèrent peu à peu sous l'influence du nouveau traitement; et au mois de juin, M. Bouillaud put l'envoyer à Pougues. Au plus fort d'une des dernières crises, les urines furent examinées par M. Quevenne, sur la demande de M. le professeur Bouillaud, et il ne constata dans le dépôt que des matières muqueuses, albumineuses, et un peu de débris d'épithélium, aucune trace de cristaux d'acide urique, ni de sable phosphatique. Depuis la fin d'avril jusqu'au mois de juin, époque de son arrivée à Pougues, Mlle X... n'a jamais eu de crises, mais la région du rein et de l'uretère gauche est restée douloureuse; les urines ont conservé une teinte laiteuse qui augmente par momens; les menstrues qui, pendant ce laps de temps, sont venues deux fois régulièrement, n'ont amené aucune modification.

Mlle X... prend deux saisons à Pougues; la première fut marquée par une crise violente qui eut lieu après douze jours de traitement, et qui dura quatre jours. Cette crise se termina par un dépôt plus considérable encore que par le passé dans les urines; je les examinai avec soin, et ne trouvai que du mucus. A partir de ce moment, la jeune malade marcha rapidement vers la guérison, et arriva très bien portante au terme de la première saison.

Pendant la seconde saison, les bains tièdes furent remplacés par des douches froides sur la région des reins pour fortifier ces organes. Le succès fut complet, et, jusqu'en 1853, il n'y eut pas de récidive. Une nouvelle rechute eut lieu alors et plus terrible que les premières. Les symptômes étaient toujours les mêmes; mais le produit sécrété par les muqueuses des voies urinaires avait pris un caractère bien autrement grave. C'était des mucosités comme avant, mais mélangées d'une grande quantité de pus sans trace de sable rouge ou blanc. Les coliques étaient au moins aussi violentes et plus prolongées, les uretères paraissaient plus affectés qu'avant, le mal s'était étendu jusqu'à la vessie, et provoquait des épreintes, des cuissons, pendant la miction, qui n'avaient jamais existé; le dépôt muco-purulent, après les crises néphrétiques, était quelquefois de la valeur d'un verre ordinaire dans les vingt-quatre heures. Aucun traitement ne peut enrayer le mal, et Mlle X... revint à Pougues en 1853. Pendant une première saison, je n'obtins rien; j'espérais alors que l'action alcaline des eaux de Vichy faciliterait davantage la solution du pus; elle ne put les supporter, et nous fûmes obligés de revenir à l'usage des eaux de Pougues. Au bout de quelques jours, il y eut, à la suite d'une attaque assez vive, une véritable débâcle. On ne put calculer au juste la quantité de matières rendues, parce que Mlle X... était dans un bain de siége, mais l'eau en devint complétement blanche, comme de l'eau de chaux.

L'expérience m'avait appris que, dans ces diacrises simples, c'était le mode habituel de guérison par les eaux de Pougues; je pensai qu'il pourrait en être de même dans sa forme purulente, et je fis part de mes espérances à la mère, bien plus effrayée que rassurée de ce résultat. A partir de cette crise, terrible, en effet, les crises ne se sont pas reproduites; la santé générale, affaiblie par ces éternelles crises, s'est raffermie.

Pour éviter le retour de ces crises, j'ai conseillé, après avoir pris l'avis de M. le professeur Bouillaud, qui avait dirigé la malade, deux exutoires à la région lombaire que, depuis, nous avons fermés; l'usage à l'intérieur des eaux de Pougues pendant un mois, et des balsamiques; le mois suivant, à l'extérieur, les bains salins et sulfureux.

En 1854, Mlle X... est revenue à Pougues faire une saison, et de là a été aux bains de mer, sa santé est parfaite et les crises n'ont pas reparu jusqu'à ce jour.

Ces quatre observations, que j'ai choisies entre plusieurs, me paraissent démontrer d'une manière absolue la proposition que je voulais établir par elles, qu'il y a des coliques néphrétiques sans gravelle, produites par le seul fait de la présence du catarrhe dans les voies urinaires post-vésicales. La colique néphrétique et la gravelle sont-elles toujours le résultat du catarrhe? C'est ce qui ressort pour moi de l'histoire de cette affection, c'est ce que je crois avoir rationnellement prouvé par le travail que j'ai publié dans ce journal, en étudiant successivement les causes, les symptômes, le traitement de cette maladie, et en montrant que chacune des pages de cette histoire est une preuve de l'intervention nécessaire du catarrhe. Dans toutes les observations de colique néphrétique faites avec intelligence et rédigées avec soin, on trouvera toujours la confirmation des idées que j'ai émises sur le rôle important, exclusif de la diacrise des muqueuses qui tapissent les voies urinaires; aussi pouvons-nous, à ce point de vue, examiner sans crainte l'observation publiée par M. Gigon; tous les détails, à mesure qu'on les approfondira, viendront me démontrer, une fois de plus, que l'anurie et la colique néphrétique n'étaient pas le résultat de la seule présence d'un gravier dans l'uretère, gravier inégal, conique, bien inférieur à ceux qui ont été trouvés dans les mêmes endroits et ne provoquant aucun désordre sérieux, et ce qui le prouve, c'est que le gravier, qui n'avait pas changé de place, qui était toujours dans la partie la

---

rieure. Incisez ces parties, dit Galien; dans les tendons et les ligamens, les couches profondes, comme les couches superficielles, ont la même texture; dans toute l'épaisseur de ces parties, vous trouvez un tissu blanc, nacré, résistant; dans l'intérieur des nerfs, au contraire, est renfermée une substance molle, pulpeuse, s'exprimant, par la pression, comme d'autant de petites gaines, tout à fait semblable, par son aspect et ses propriétés, à la substance du cerveau et de la moelle, parce que les nerfs ne sont, comme la moelle, que les prolongemens du cerveau. Les nerfs sont donc formés d'une substance toute différente de celle qui constitue les tendons et les ligamens, quoiqu'ils aient, avec ces parties, une certaine ressemblance extérieure. Quelle merveilleuse lucidité d'esprit dans Galien!

Reprenant la question du siége de l'intelligence, Galien insiste sur la localisation de cette noble faculté dans le cerveau et non dans le cœur, comme on le croyait avant lui. Aux preuves déjà tirées des expériences sur les animaux, il ajoute celles qui ressortent de l'observation de l'homme malade, et il démontre que les lésions du cerveau entraînent des troubles variés et plus ou moins graves des facultés intellectuelles. Quant aux sensations qu'éprouvent vers la région du cœur les individus en proie à quelque passion violente, sensations sur lesquelles les philosophes se fondaient pour placer dans le cœur le siége des facultés morales, Galien les considère comme le simple résultat du retentissement sympathique des troubles nerveux sur le cœur.

Dans le livre que nous analysons, se trouvent encore consignées des expériences faites par Galien pour montrer l'influence que la section des nerfs du larynx exerce sur la voix.

A la fin du livre, on trouve une discussion des opinions des philosophes sur le siége des diverses facultés de l'âme et sur la distinction à établir entre elles, joutes philosophiques auxquelles Galien s'empresse de prendre part. Après avoir distingué entre elles la sensibilité, la mémoire, le jugement, l'imagination, il s'élève à des considérations plutôt morales que physiologiques sur la raison de l'homme : « l'homme, dit-il, doit vivre exclusivement par la raison; par elle, il maîtrise ses penchans : l'amour des honneurs, de l'or, des voluptés est la principale cause des maux de ce monde, dont la raison est le remède. Le véritable bonheur consiste dans l'exercice de la raison.

Il existait à l'époque de Galien un système philosophique dans lequel on admettait, sous le nom d'*âmes*, plusieurs sortes de facultés qui se partageaient l'organisme et y avaient des siéges divers : une âme *raisonnable* dans le cerveau, une âme *irascible* dans le cerveau, une âme *concupiscente* dans le foie. Galien discute encore cette opinion, et semble se ranger au sentiment des stoïciens qui admettaient une seule âme renfermant en elle toutes les facultés. Toutefois, sur ce point, l'auteur n'a pas toute sa netteté habituelle, car plus loin, dans les livres IVe et V^e, il revient à la triple division des âmes qu'il a précédemment combattue.

Suivant Galien, l'âme peut être saine ou malade comme le corps. La santé du corps résulte de ce que tous les élémens et toutes leurs qualités sont tempérées, la maladie consiste dans l'intempérie de ces élémens et de ces qualités; eh bien, il en est de même de l'âme. Elle est saine, lorsque la raison, les penchans et les affections sont, les uns à l'égard des autres, dans un juste équilibre; lorsque cet équilibre est rompu de telle sorte que tel ou tel penchant l'emporte sur la raison, l'âme est alors malade. Dans l'enfance, l'âme ne se révèle que par les penchans et les appétits. Chez beaucoup d'hommes, cet état se prolonge pendant toute la vie; chez d'autres, la raison lutte contre les penchans, mais celui-ci l'emporte (*video meliora proboque, deteriora sequor*); enfin, il est un petit nombre d'hommes chez lesquels les penchans et les passions sont toujours soumis à la raison.

Le VIe contient quelques considérations sur les fonctions du foie; l'auteur y indique une expérience difficile à exécuter et qui consiste dans la ligature de la veine porte; à la suite de cette ligature, dit-il, on observe que l'animal dépérit.

Dans le livre VIIe, entre autres considérations sur l'esprit animal, Galien se demande si un principe existe à la fois dans le cerveau et les nerfs, ou bien dans le cerveau seulement; s'il se produit dans les nerfs eux-mêmes, ou s'il est simplement envoyé par le cerveau à ces organes, auquel cas les nerfs ne seraient que les conducteurs de l'esprit animal? Galien penche à croire que ce principe ne se produit pas seulement dans le cerveau, mais qu'il se forme aussi dans les cordons nerveux, au sein de cette matière semi-liquide qu'ils renferment et qui est, pour lui, l'analogue de la substance cérébrale. Cependant, ajoute Galien, il se pourrait que l'esprit animal ne se manifestât dans les nerfs qu'à l'occasion d'un mouvement ou d'une sensation, par suite de l'excitation cérébrale.

Autre question : Est-il nécessaire, pour la production des sensations et des mouvemens, qu'il y ait dans les nerfs quelque chose de matériel envoyé par le cerveau? Ou, au contraire, l'esprit, tout en restant dans le cerveau, ne peut-il pas impressionner les parties à travers les nerfs?... J'admets difficilement, dit Galien, qu'une partie puisse en influencer une autre par la seule émanation d'une faculté qu'elle possède, et sans qu'une substance établisse, entre l'une et l'autre, un lien matériel. Galien n'est donc pas porté à admettre, de la part du cerveau et des nerfs, une action toute virtuelle sur les parties qu'ils influencent. Le lien matériel qui, suivant lui, unit ces parties au système nerveux, est l'esprit animal. Dans ce passage de Galien, substituons à l'esprit animal le fluide nerveux, et nous avons la doctrine moderne sur ce point de physiologie.

Dans le livre VIIIe, Galien expose la doctrine d'Hippocrate et de Platon, qui, sans doute, l'avait empruntée au père de la médecine, sur les élémens et les humeurs, sur la constitution du corps des animaux. Ce corps résulte de la combinaison des mêmes élémens qui entrent dans la composition de l'ensemble de l'univers. Seulement, dans les corps organisés, ces élémens se trouvent engagés dans des combinaisons plus complexes, moins simples que dans les corps inorganiques. Ces élémens sont enlevés au monde inorganique par les végétaux; de là, ils passent dans le corps des animaux herbivores dont ces végétaux forment la nourriture; ces herbivores, à leur tour, deviennent la pâture d'autres animaux à qui ils transmettent ces mêmes élémens. L'homme, animal polyphage, les prend à la fois aux animaux et aux plantes, et puis, hommes, animaux, plantes, par suite du travail de décomposition qu'ils subissent, rendent au monde extérieur ces élémens qu'il n'avait fait, pour ainsi dire, que leur prêter. Ne voyez-vous pas apparaître ici cette idée ingénieuse qui, vint siècles plus tard, devait sortir si brillante du cerveau et du creuset de M. Dumas!

Dans ce même livre se trouve un véritable traité de logique médicale, où Galien expose des considérations remarquables sur l'art de raisonner et d'éviter les erreurs dans les sciences en général, et en médecine en particulier. Comme méthode pour découvrir la vérité, il recommande l'emploi simultané des sens et de l'intelligence. Il insiste sur le précepte de saisir à la fois les différences et les ressemblances des choses. Il emprunte des exemples aux écrits d'Hippocrate et de Platon.

(*La suite au cours prochainement.*)

plus étroite du canal au moment de l'autopsie, n'a pas empêché le malade de rendre un demi-litre d'urine épaisse et blanchâtre quelque temps avant la mort. Notre savant confrère supposera que c'est le résultat d'un relâchement de l'uretère, qu'il est difficile d'admettre sans preuves, et que rien ne justifie. Je préfère croire à ce que je vois, à un catarrhe présentant toutes les conditions propres à l'obstruction : abondance et plasticité remarquable de la matière ; en effet, nous lisons : « Les cavités du rein gauche étaient revêtues d'une couche de mucosités rouges, *très épaisses, gluantes, que le frottement seul peut faire disparaître.* »

Parcourons cette intéressante observation, et nous verrons que tous ces détails concourent à la même démonstration. M. C... rendait depuis longtemps du sable avant d'avoir eu des coliques ; le sel urique n'a donc pas été la seule cause des accidens qu'il a éprouvés, puisque, quand il existait seul, la colique n'existait pas. M. C... est sujet aux affections catarrhales, et c'est pendant une de ces exacerbations catarrhales (août 1847) que la première colique néphrétique se fait sentir. Dans la dernière crise, nous voyons le même rapprochement se reproduire : c'est par un temps froid, en voiture découverte, qu'il ressent les premiers symptômes de la colique néphrétique en même temps que se développe un catarrhe bronchique intense. Faut-il ne voir là qu'une simple coïncidence ou bien une affection catarrhale généralisée sévissant à la fois sur les muqueuses des bronches et celles des voies urinaires? Telle est mon opinion, et celle qu'on partagera, je crois, lorsqu'on aura observé souvent des cas semblables à ceux que j'ai publiés.

Quant à l'indication thérapeutique qui résulte de cette manière de concevoir la gravelle, elle est formelle : ne traiter que l'affection catarrhale, c'est-à-dire user largement des médicamens qui ont une action héroïque sur la sécrétion des muqueuses et sur le produit de cette sécrétion, l'opium, l'antimoine, les alcalins. Ces médicamens doivent former le trépied thérapeutique de la colique néphrétique, sauf les indications particulières. Quand la colique est passée, c'est alors que nous faisons usage des eaux de Pougues alternativement avec les balsamiques : eau de goudron, térébenthine, etc., qui ont une propriété toute spéciale sur les organes urinaires, et dont nous retrouvons les élémens dans tous les spécifiques vantés contre la gravelle.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

DU MODE DE PROPAGATION DU CHOLÉRA-MORBUS ;

Par M. le docteur BONNET, ancien professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Bordeaux, etc.

(Suite. — Voir le numéro du 12 Avril.)

Une circonstance qu'il importe de noter également, c'est que le choléra commence par des cas épars, et, le plus souvent, sur des sujets qui n'ont eu, entre eux, aucun rapport médiat ou immédiat. A Bordeaux, le premier individu qui en ressentit les atteintes, en 1832, fut un marinier qui, après avoir fait un souper copieux et indigeste, s'était endormi dans son bateau et avait passé la nuit à la belle étoile ; le second fut un jardinier (1). Ces deux malades demeuraient très loin l'un de l'autre et ne s'étaient jamais vus. A Marseille, la première épidémie commença par deux personnes qui logeaient ensemble. Quelques jours plus tard, un courtier de commerce, un juge au tribunal, appartenant à des quartiers différens, succombèrent à ses attaques. A Toulon, un marin, venant on ne sait d'où, mourut cholérique, le 21 juin. Le surlendemain, un forçat du bagne, un gendarme à l'arsenal, une femme en ville, furent aussi mortellement frappés, et l'on ne put constater aucune communication entre ces trois personnes. Il en fut de même à Monfrin, à Saint-Gilles, à Aix et dans une foule d'autres localités.

Tout concourt à démontrer, comme on voit, que l'importation directe ne fut ni en 1832, ni en 1835, le moyen par lequel le choléra s'introduisit dans notre pays. Nous ne lui en fûmes pas plus redevable en 1849, en 1854, et, cette année, il en est de même que par le passé. Ce que nous savons de ces trois dernières épidémies, ne permet pas de douter que le contact n'ait été pour rien dans leur développement. On a bien, par ci par là, signalé quelques faits qui semblent militer en faveur d'une opinion contraire ; mais ces faits ne sont, en réalité, que de simples coïncidences, ou tiennent à ce que les sujets se trouvaient, depuis plus ou moins longtemps, sous l'influence de l'épidémie, et, pour ne parler que des plus importans, ou des mieux circonstanciés, il en est très certainement ainsi de ceux dont M. Guérin entretint l'Académie, le 24 avril 1849 ; car, outre qu'il faudrait admettre que le soldat Guilbert (2), qui n'avait que la diarrhée, et qui, en définitive, n'avait pas le choléra, put le donner à son frère, ce qui, assurément, n'est pas vraisemblable, il resterait à se demander pourquoi Guilbert, qui venait de contagier son frère, ne rendit personne malade dans l'hôpital où il entra, et pourquoi les voisins de la famille, qui étaient en libre pratique avec elle, furent tous préservés, à l'exception d'un enfant de 11 ans. Une pareille immunité ne saurait trouver une explication plausible dans la manière dont se développent et se propagent les affections contagieuses. On en conçoit facilement, au contraire, la possibilité, en l'attribuant à une influence de localité.

N'est-il pas plus rationnel, en effet, de rattacher les cas de ce genre à une règle générale dont la justesse est démontrée par une foule d'exemples, notamment ceux de Toulouse, en 1832, et d'Aiguillon (voir plus haut), où le choléra, survenu inopinément et sans contagion préalable, s'est borné à frapper neuf, dix ou douze individus ? N'est-ce pas également parce qu'ils étaient dans des conditions hygiéniques semblables que l'épidémie s'est manifestée chez les nourrissons des deux nourrices dont parle M. Brochard, et qui sont mortes, l'une à Bruxelles, l'autre à Nogent (1).

Pour mon compte, je le pense, et cette étiologie est infiniment plus simple et plus naturelle que celle qui consiste à faire du choléra, dans ces diverses circonstances, le résultat de la transmission d'un germe morbifique par le contact médiat et immédiat. M. Brochard, il est vrai, n'attribue pas au toucher les cas dont il parle dans sa lettre à l'Académie. Il est, lui aussi, du nombre de ceux qui confondent l'infection avec la contagion, et qui donnent le titre de *contagieuses*, à des maladies dont l'origine est incontestablement due à la respiration d'un air impur (2). Mais nous avons vu plus haut, ce qu'il faut penser d'une pareille doctrine, et tout en reconnaissant que notre confrère de Nogent met à la défendre un remarquable talent, je me crois en droit de maintenir ce que j'ai dit de son peu de fondement, de ses inconvéniens, même de ses dangers.

C'est encore de cette façon que les choses se sont passées pour les cas du même genre que MM. Velpeau, Chambay, Padioleau, Rousseau, etc., signalèrent lors de la même épidémie ; pour ceux qui furent observés en 1854 ; pour ceux enfin qui ont été recueillis cette année, et qui servent de thème aux partisans de la contagion. Parmi ces derniers, j'en citerai un qui m'appartient, et qui date seulement du mois d'octobre.

Une femme, habitant une rue étroite et malsaine, sur les derrières du quartier populeux des Chartrons, passe la nuit auprès d'une de ses amies atteinte du choléra, et qui en mourut. Le surlendemain, cette femme est prise dans la rue, à dix heures du matin, de vives coliques, elle rentre précipitamment chez elle, et réclame les soins d'un officier de santé des environs. Quatre heures après, les accidens faisant sans cesse de nouveaux progrès, on vint me chercher. Je trouvai la patiente, étendue par terre, sur un matelas, dans une chambre hermétiquement fermée, et dans laquelle étaient réunis dix ou douze de ses voisines. On avait négligé les recommandations du médecin qui m'avait précédé, et tout conspirait à l'envi pour convertir l'appartement en un foyer puissant d'infection. Je fis sur le champ ouvrir les fenêtres et circuler l'air, vider deux ou trois vases contenant les matières des vomissemens et des selles, laver les parties du plancher qui étaient salies par des immondices, et dégager avec modération de l'acide chlorhydrique. Ces diverses mesures préventives n'empêchèrent malheureusement pas la malade de succomber ; mais elle, qui avait pris le choléra, pour avoir passé sept ou huit heures dans un lieu où l'on n'avait mis en usage aucune des règles de l'hygiène, ne le donna à personne ; or, je suis persuadé qu'il n'en eût pas été ainsi, si, au lieu de se conformer à mes avis, les assistans avaient continué à ne rien faire pour empêcher l'air de se charger de miasmes délétères.

Ces sortes de faits, quoi qu'on en dise, ne viennent pas à l'appui de la contagion du choléra. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les détails qui ont été fournis à l'égard de chacun d'eux, pour se convaincre que les individus qui sont supposés avoir introduit l'épidémie dans un pays, l'ont effectué, non pas parce qu'on les avait touchés, mais bien parce qu'ils étaient dans des conditions hygiéniques telles, que les miasmes et émanations qui se dégageaient de leurs corps, avaient dû nécessairement vicier l'air ambiant et transformer les appartemens ou les maisons en de puissans foyers d'infection.

Au surplus, quand il serait vrai que les faits dont il s'agit fût eussent plus de valeur que je ne leur en prête, on pourrait leur opposer que le choléra s'est développé une quantité innombrable de fois en 1832, 1835, 1849, 1854 et 1855, sans le concours préalable d'aucune espèce de contagion, c'est à dire sans qu'on sache comment. On pourrait également leur opposer une foule de cas où il y a eu contact médiat ou immédiat, sans contagion consécutive. Des faits de ce genre ont été observés dans tous les temps, dans tous les lieux où le choléra a régné ; il n'est peut-être pas un médecin, ayant été témoin d'une épidémie cholérique, qui n'ait eu occasion d'en rencontrer. C'est pour cela que je me borne à n'en citer que quelques uns ; les voici :

Une mère essaie de réchauffer son enfant tout glacé par le choléra, le serre sur son cœur pendant plus de quinze heures, et n'éprouve aucun trouble dans sa santé physique (3).

Une dame, venant de perdre son mari, le quitta pour aller, au milieu de son désespoir, se réfugier dans le lit de sa femme de chambre, qui, elle-même atteinte du choléra, mourut en quelques heures. Eh bien, cette dame, qui, après avoir soigné son mari, était restée à côté de sa femme de chambre, dans des draps fangeux et tout dégoûtans d'excrétions cholériques, n'eut pas le plus petit dérangement (4).

Le 27 février 1849, quinze cas se manifestèrent soudainement au dépôt de Saint-Denis, et cependant les détenues, qui se trouvaient en contact avec les malades, furent toutes exemptes de l'épidémie.

A cette même époque, plusieurs détenues du dépôt de Saint-Denis furent mises à Saint-Lazare, dans la division dont M. Colineau est le médecin, il n'y survint pas un seul cas de choléra.

Au mois d'avril suivant, un courrier, parti de Paris, fut pris, en passant à Lyon, du choléra et porté à l'hôpital de cette ville : il y mourut et ne communiqua sa maladie à personne.

Une dame, habitant le faubourg de Gand, où régnait l'épidémie, vint à Lille se réfugier dans sa famille. Pendant trois jours, elle resta bien portante ; mais, le quatrième, elle fut prise du choléra et mourut. Tous les autres membres de cette famille continuèrent à jouir d'une bonne santé (3).

Dans le courant du même mois, à Valenciennes, un enfant de 5 ans est affecté du choléra. Arrivé à la période algide, ses parens font tout pour le réchauffer ; leurs soins sont inutiles. Sur le conseil d'un médecin qui ne croit pas à la contagion, ils placent entre eux le petit patient ; la chaleur ne tarde pas à revenir ; la réaction se prononce et la convalescence se dessine franchement. Eh bien, malgré ce contact immédiat et prolongé, le père, la mère et un autre enfant qu'elle nourrissait, sont restés exempts de toute atteinte cholérique (3).

A Arras, 350 hommes du génie habitaient une caserne où l'épidémie sévissait avec une grande intensité, et la plupart d'entre eux avaient déjà la diarrhée. On les évacua, savoir : 150 sous la citadelle, dont la garnison était de 1,000 hommes avec un nombreux personnel sédentaire, et 200 sur le grand quartier, occupé par les dépôts de divers régimens.

Un seul cas de choléra se déclara parmi les militaires dirigés sur la citadelle le lendemain de l'évacuation. Ce cas excepté, les hommes des deux détachemens qui avaient la diarrhée éprouvèrent une amélioration telle, que peu d'entre eux durent être envoyés à l'hôpital. Mais ce qui mérite surtout d'être remarqué, c'est qu'aucun des nombreux soldats, avec lesquels on les avait mêlés, ne contracta la maladie (4).

Ces faits, on en conviendra, offrent une importance et un caractère de précision que les autres n'ont pas ; ils ne sont pas seulement de nature à les contrebalancer, ils les annihilent complétement.

Rien ne prouve, je le répète, la possibilité de l'importation du choléra, sans le concours d'une influence épidémique. On a beau nous dire qu'il est venu de l'Inde et qu'on a pu le suivre, en quelque sorte, étape par étape, je défie qu'on me cite un endroit où son introduction, par les individus ou les objets contaminés seuls, n'ait pas été contestée et ne puisse pas même être victorieusement réfutée. Remarquez, d'ailleurs, qu'on ne saurait s'empêcher de m'accorder qu'il a la faculté de se développer spontanément. C'est très certainement de cette manière qu'il est né dans le delta du Gange, réputé son foyer primitif. Or, s'il s'est manifesté là sans le secours de l'importation, pourquoi n'en aurait-il pas été de même pour les autres pays? C'était bien une épidémie de choléra spasmodique que celle qui régna en 1643, et dont Germain van der Heyden nous a conservé l'histoire (5). Cependant, on ne songea nullement alors à le faire venir de l'Asie ; son origine locale fut admise sans difficulté.

(La fin à un prochain numéro.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 17 Mars 1856. — Présidence de M. PATISSIER, vice-président.

La correspondance manuscrite comprend : des lettres de remercîmens de MM. RENARD et GILLEBERT-DHERCOURT, nommés membres correspondans ; une lettre de M. le docteur SPENGLER, d'Ems, avec demande d'échange d'un journal balnéologique allemand avec les *Annales de la Société d'hydrologie médicale* ; une lettre de M. REGNAULT et une note de M. VILLARET, relatives à la question des paralysies ; une lettre de M. HERPIN, mettant à la disposition de la Société des documens relatifs aux eaux de Challes (Savoie), et due à MM. Perrotin, Mottard, Michaud et Caillat.

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ :

Journal balnéologique, revue correspondante des travaux allemands sur l'hydrologie, publié (en allemand), par le docteur Spengler.

Manuel du baignant, ou Notice médicale sur les bains de mer de Biarritz, par le docteur Affre.

Recherches sur cette question : *Une eau minérale éprouve-t-elle, dans sa composition, des variations journalières ;* par M. Ernest BAUDRIMONT.

Depuis quelque temps, les hydrologistes se préoccupent d'une grave

(1) En 1849, les choses se passèrent à peu près de la même manière. Le premier cas de choléra, bien avéré, qui se manifesta alors à Bordeaux, fut celui d'un marin qui était de retour de l'Inde depuis six mois, et qui n'avait eu de relation avec personne venant du foyer de l'épidémie. Le second et le troisième eurent lieu neuf jours après. Un marchand d'eau et le domestique d'un vacher furent atteints de la maladie ; ils demeuraient à une très grande distance du premier et ne l'avaient jamais vu.

(2) Le fait dont il s'agit est relatif à la manière dont le choléra se développa à Hamel, village situé à très peu de distance d'Amiens. Voici en quoi il consiste, d'après une lettre écrite par un médecin du lieu à M. Guérin, et communiqué à l'Académie par ce dernier :

« Il n'y avait à Hamel, commune rurale, à 25 kilomètres d'Amiens, non plus que dans les communes voisines, aucun cas de choléra, lorsque le mercredi, 4 avril, arrive dans le village, venant de Paris, où il tenait garnison, un soldat nommé Guilbert, du 52e de ligne, et atteint de diarrhée. La diarrhée datait déjà de quelques jours et avait été accompagnée, dans le début, de malaise général, de perte d'appétit et de maux de cœur. Guilbert est reçu dans la maison paternelle, où il reste alité le jeudi, le vendredi et le samedi. Le dimanche matin, il se rend à l'Hôtel-Dieu d'Amiens.

» C'est aussi ce même jour, que Guilbert (André), âgé de 32 ans, frère du militaire, éprouve les atteintes d'un choléra foudroyant qui, sans prodromes, sans cholérine, le tua en douze heures, avec les symptômes les plus caractéristiques. André Guilbert était marié, il n'habitait pas la maison paternelle, mais il s'y était rendu plusieurs fois chaque jour depuis l'arrivée de son frère. — Deuxième cas : Guilbert, père, âgé de 54 ans, ayant dix enfans, vivant avec eux dans la misère, chez lequel est descendu et a couché le militaire, éprouve, le vendredi 6, c'est-à-dire le second jour du séjour de son fils dans sa maison, tes symptômes d'une cholérine, et puis du choléra, auquel il succombe après dix jours de maladie. — Troisième cas : La femme d'André Guilbert, âgée de 30 ans, d'une frêle constitution, est prise le 11 avril, trois jours après la mort de son mari, d'une cholérine, puis du choléra, auquel elle succomba le 16. — Quatrième cas : Autre fils de Guilbert père, âgé de 17 ans, demeurant avec lui, simple cholérine, guérison. — Cinquième cas : Enfant de 6 ans, fils d'André Guilbert, diarrhée, puis des symptômes graves, guérison. — Sixième cas : Le père de la femme d'André Guilbert, qui a donné des soins à son gendre et à sa fille, symptômes graves, guérison. — Septième cas : Un enfant voisin, qui fréquentait la maison, est pris du choléra, mort. — Huitième cas : Un parent, choléra léger. » (*Abeille médicale*, numéro du 1er mai 1849, page 127.)

(1) M. Brochard est médecin des épidémies de l'arrondissement de Nogent-le-Rotrou. Voyez, pour ce qui concerne les faits dont il argue, la séance du 24 avril 1849 de l'Académie de médecine.

(2) Brochard, lettre écrite à l'UNION MÉDICALE, le 30 octobre 1849.

(3) Discours de M. Jolly, prononcé à l'Académie de médecine, le 22 mai 1849.

(1) Jolly, *ibid.*, *ibid.*

(2) Communication faite à l'Académie de médecine, par M. Merville, chirurgien en chef de l'hôpital militaire de Lille.

(3) Communication faite à l'Académie de médecine, par M. Stiévenard, médecin à Valenciennes.

(4) Communication faite à l'Académie de médecine, le 18 septembre 1849, par M. Bonnafont, chirurgien en chef de l'hôpital d'Arras.

(5) Pour s'en convaincre, il suffit de jeter un coup d'œil sur l'observation suivante : « Appelé chez un patient, seulement cinq heures après l'attaque de cette fâcheuse maladie, je le trouvai accablé de tout ce qui pouvait servir de pronostication funeste, savoir : sans aucun pouls et parole, n'étant ses évacuations qu'une liqueur semblable au clair lait, qui dénotaient la destruction de nature y estre ; avec ce furent les yeux si enfoncés, qu'à grand'peine on les voyait, et les bras et les jambes si retirés de la convulsion, et si coyrs qu'on n'y remarquait point de mouvement, et si froid d'une moiteur lui demeurée de sa sueur froide et visqueuse, qu'à le voir et toucher, on l'eût jugé plus tôt mort que vif, et ce nonobstant, par le moyen du laudanum Théophraste, il revint par la grâce de Dieu à sa santé entière. » (Germain van der Heyden, *Discours et advis sur les flux du ventre douloureux, sur la trousse-galant, dict choléra-morbus*, Gand, 1643, in-8°.)

question concernant les eaux minérales. Il s'agit de savoir si elles ont une composition chimique fixe ou variable.

On conçoit facilement toute l'importance d'une pareille étude, principalement au point de vue thérapeutique ; aussi, la Société d'hydrologie, dans son inquiète sollicitude pour la science qu'elle représente, a-t-elle soulevé quelques débats relatifs à l'examen de cette question, dans sa séance du 28 décembre dernier. C'est afin d'appeler de nouveau son attention sur cette matière délicate que j'ai l'honneur de lui présenter aujourd'hui le résumé des travaux que j'ai entrepris à Vichy, il y a bientôt six années, dans le but de rechercher si les eaux minérales variaient dans leur composition chimique.

Avant d'exposer ces recherches, il est bon de savoir que cette question avait été déjà résolue, *à priori*, par des considérations bien certainement plus solides, quoique théoriques, que celles qui pourront résulter d'une expérimentation spéciale.

En effet, les phénomènes géologiques qui se sont passés dans la suite des temps pour donner à la croûte du globe que nous habitons sa configuration et sa structure, nous ont laissé d'irrécusables témoignages de la force dissolvante de l'eau à ces diverses époques. Et sans vouloir discuter la formation de tous les terrains stratifiés, il est impossible de ne pas voir, dans les dépôts de sel gemme et de gypse qui se sont faits au milieu des couches terrestres, le résidu de la concentration de dissolutions aqueuses alors fortement minéralisées.

Ce ne sont pas là les seules preuves qu'il soit possible d'apporter à l'appui de la thèse que nous soutenons. Des faits, pour ainsi dire contemporains, vont nous donner une juste idée des modifications chimiques que les eaux minérales éprouvent dans leur composition, après des temps suffisamment éloignés. Dans un remarquable travail que M. Girardin a publié sur les sources et les travertins de Saint-Allyre, ce savant chimiste démontre, par l'analyse, que le travertin qui a formé, il y a quelques siècles, le Pont-de-Pierre, n'est plus identique avec celui qui se dépose et se constitue journellement sous nos yeux. Il a trouvé, dans le premier, une bien plus grande quantité de silice et de carbonate de chaux et beaucoup moins de peroxyde de fer.

« Il faut en conclure, dit M. Girardin, que la composition des eaux de cette fontaine n'a pas toujours été la même ; qu'à l'époque où elles avaient une propriété incrustante si prononcée, elles étaient beaucoup plus riche en sels calcaires et en silice, et qu'à mesure que cette propriété s'est affaiblie ; elles ont perdu peu à peu de ces principes, en même temps qu'elles s'enrichissaient en peroxyde de fer. »

M. Girardin ajoute : « Beaucoup de sources thermales ont, comme à St-Allyre, éprouvé des changemens notables dans la constitution chimique de leurs eaux et subi une diminution dans la proportion de leurs principes minéraux. Ainsi, les eaux de St-Nectaire, de Vichy, du Mont-Dore, n'ont plus la même richesse en substance minérale qu'autrefois, et leur composition n'est plus la même qu'à l'époque où elles formaient ces immenses dépôts siliceux et aragonitifères qu'on trouve aux environs des lieux où elles sourdent. Les eaux du Mont-Dore déposaient jadis des masses assez considérables de silice ; c'est à peine si elles en abandonnent. Les eaux de Saint-Nectaire ont formé de l'aragonite, puis de la silice, puis des amas d'ocre très friable, puis du travertin, qu'elles déposent encore. »

Nous pourrions étayer par de nombreux exemples ceux qui sont dans cette situation. Nous pourrions parler et du rocher des Célestins à Vichy, et du Travertin de Tivoli, près de Rome, et des dépôts siliceux formés par les geysers, etc, Tous ces exemples nous conduiraient à cette conclusion que, dans la suite du temps, par les causes les plus naturelles et qu'il est facile d'apprécier, la force dissolvante des eaux qui engendrent les sources minérales va en s'atténuant, et que, par conséquent, celles-ci doivent se modifier dans leur composition.

Nous nous empresserons d'ajouter que ces modifications si appréciables quand la nature a usé des siècles à les produire, deviennent pour ainsi dire insaisissables lorsque l'homme, dans les limites de son existence, veut les faire ressortir à l'aide de l'expérience. Et ce serait, sans doute, une folle entreprise que de vouloir déterminer d'un jour à l'autre les changemens qui peuvent survenir dans la qualité des élémens minéraux d'une source quelconque ; aussi, tel n'a pas été notre but. Nous nous sommes seulement attaqué à la quantité et non à la qualité des principes fixes contenus dans les eaux de Vichy. Pour nous faire bien comprendre, nous transcrirons exactement ici le chapitre qui a trait à ce sujet, et qui se trouve consigné dans notre mémoire sur les eaux de Vichy, présenté à M. le ministre du commerce, en 1851. Le voici tel quel :

« Après avoir fait une espèce d'apprentissage auprès des eaux minérales, et recueilli sur elles un certain nombre de faits, une idée me vint que, d'un jour à l'autre, et même de moment en moment, leur composition pouvait bien varier en plus ou en moins.

» Jusqu'alors, aucun fait bien positif n'était venu me faire entrevoir ces variations ; mais à la seule idée qu'elles étaient possibles, j'ai voulu entreprendre quelques expériences à ce sujet. Prenant tous les points de comparaison que je pouvais rassembler, ne négligeant aucune des circonstances qu'à tort ou à raison je croyais capables d'agir sur la composition de ces eaux, j'entrepris la vérification de cette idée.

» Pour cela, je notai avec soin : 1° la date de mes opérations ; 2° la température de l'atmosphère ; 3° celle de la source ; 4° la pression atmosphérique ; 5° l'état du ciel ; opérant de deux jours l'un sur la source de la Grande-Grille, j'entrepris : 6° l'analyse de son gaz libre ; 7° l'analyse du gaz dissous par elle ; 8° le dosage de ses principes fixes, en opérant sur 50 grammes de liquide ; 9° le dosage de l'acide carbonique total à l'aide du chlorure de barium et de l'ammoniaque ; 10° enfin, la recherche de la densité de cette eau.

» La plus grande difficulté que j'aie eu à vaincre pendant ces recherches, c'a été de mener de front tant d'opérations différentes. Et maintenant que j'ai sous les yeux le tableau de toutes ces opérations, je me demande si le temps que j'ai employé à cette étude n'a pas été perdu. Voici pourquoi :

» De pareilles recherches exigeaient non seulement une délicatesse d'expérimentation poussée à l'extrême, mais encore des analyses faites sur une grande échelle. Il aurait fallu, par exemple, opérer les évaporations sur un litre au moins de liquide pour apprécier parfaitement chaque résultat à sa juste valeur. Mais le temps ne me permettait pas d'agir sur une telle quantité d'eau. En expérimentant sur 50 grammes de liquide seulement, et répétant cette opération deux fois pour avoir une moyenne, j'obtenais quelquefois des nombres assez différens dans les mêmes circonstances pour me faire douter un moment de la valeur de ces observations. Cependant, entre les moyennes obtenues d'un jour à l'autre, touchant la proportion des sels fixes, il y a quelquefois de si grandes différences (presque 1 gramme par litre), qu'on ne peut les attribuer qu'à la mobilité de composition de l'eau de la Grande-Grille.

» Et pourquoi cette composition ne serait-elle pas variable ? La théorie de la formation des eaux minérales le fait, au contraire, pressentir ; l'eau qui arrive dans les couches de la terre, pour en laver les fissures et les parois, n'est soumise à aucune loi qui l'oblige à se saturer toujours de la même quantité de sels. Il doit y avoir, il y a bien certainement une grande mobilité dans la composition des eaux minérales, non pas peut-être dans la nature de leurs principes minéralisateurs, mais bien dans la proportion de ces mêmes principes, à des époques peu éloignées.

» Ce que j'avance ici pour l'eau minérale, je l'affirme pour le gaz qui s'en échappe. En effet, les différences que l'on peut remarquer dans les résultats des analyses du gaz libre de la Grande-Grille sortent des limites possibles de l'erreur. Il en est de même pour le gaz dissous, où l'on voit varier le volume total de l'air et la proportion d'oxygène qu'il contient. Les poids des précipités de carbonate de baryte pour le dosage de l'acide carbonique total contenu dans cette eau, sont aussi tellement variables, qu'il faut bien attribuer cela au plus ou moins d'acide carbonique qui se trouvait dans l'eau (le procédé employé pour ce dosage étant d'une exactitude parfaite).

» Donc, quoique dans l'ensemble du tableau joint à ce travail (1), on ne puisse découvrir aucune corrélation entre les résultats qui y sont consignés et les circonstances où on les a obtenus, je crois cependant aux changemens de composition qui sont indiqués là dans des limites très inoffensives, il est vrai, pour la réputation des eaux minérales de Vichy, changemens qui pourtant sont appréciables par l'analyse chimique, et qui doivent mettre sur la voie de ce nouveau genre de recherches. »

Tel est le travail que nous avons fait il y a six ans, et dont nous maintenons aujourd'hui les conclusions. Si, dès à présent, un certain nombre d'essais étaient tentés dans la même direction, il n'est pas douteux pour nous qu'on arriverait à les confirmer entièrement. Relativement à cela, nous demanderons à la Société la permission d'ajouter ici un dernier mot.

Il est des eaux minérales qui, par leur célébrité, ont attiré, à plusieurs reprises, l'attention des chimistes éminens ; telles sont celles de Vichy, Carlsbad, Nauheim, etc. Aussi, avons-nous, de ces eaux, de bonnes et nombreuses analyses faites à diverses époques. Or, il est remarquable que, malgré le talent bien connu des expérimentateurs, les résultats qu'ils ont obtenus n'ont jamais concordé entre eux. Cette observation, qu'on n'a peut-être pas assez fait ressortir, a ici une certaine importance, car la divergence des résultats peut être due à deux causes : 1° soit à celle qui nous occupe en ce moment, c'est-à-dire au changement de composition des eaux ; 2° soit aux méthodes analytiques suivies. En effet, pour ce qui est de cette dernière cause, il est évident que toutes les méthodes d'analyse chimique ne peuvent avoir la même valeur. Malgré l'habileté de tel ou tel, des procédés différens employés pour le dosage des principes minéralisateurs peuvent très bien conduire à des chiffres différens.

On doit comprendre par là qu'il serait du plus haut intérêt, pour arriver à la connaissance exacte et précise de la constitution des eaux minérales, d'en répéter l'analyse dans des conditions identiques et d'après une marche convenue, déterminée. Or, ce serait une œuvre digne de la Société d'hydrologie que d'*examiner comparativement la valeur des divers moyens d'analyse chimique appliqués à la connaissance des eaux minérales et d'en déduire une méthode unique et rationnelle*, qu'elle proposerait aux chimistes pour ce genre de recherches. Ce n'est qu'après cela qu'on pourra véritablement se mettre à la recherche de nouvelles preuves pour la solution du sujet qui a fait l'objet de cette communication.

M. Chevallier appuie la proposition faite par M. Baudrimont, dans le travail dont il vient de donner lecture, de dresser, dans le sein de la Société, un programme de méthode exacte au sujet de l'analyse des eaux minérales. Il insiste sur les différences réelles qu'il a constatées dans la composition des eaux de Vichy, d'un jour à l'autre, particulièrement en ce qui regarde la proportion des gaz qui s'en dégagent.

M. Durand-Fardel, tout en se ralliant à la proposition précédente, et en proclamant l'importance de ces observations au point de vue chimique, émet quelques doutes au sujet de la valeur thérapeutique qu'il convient d'attacher aux variations de composition signalées par M. Baudrimont dans les eaux de Vichy ou dans d'autres eaux minérales. Il s'en faut qu'il existe un rapport nécessaire entre la proportion des principes minéralisateurs contenus dans les eaux minérales et leur activité physiologique, sans parler de leur efficacité thérapeutique. Cela est particulièrement sensible à Vichy, où les différences, légères sans doute, mais sensibles, qui existent entre les différentes sources, relativement à la proportion des principes minéralisateurs, ne sauraient servir de guide aux applications spéciales qu'il convient de faire de chacune d'elles. Les eaux de Plombières, à peine minéralisées, sont quelquefois plus actives et plus difficiles à tolérer que celles de Vichy : on a attribué, il est vrai, leur activité physiologique et thérapeutique à l'arsenic, mais ce n'est encore là qu'une théorie, et les eaux de Vichy sont autant arseniquées que celles de Plombières.

MM. Baudrimont, R. Briau et Chevallier, insistent sur l'importance des recherches chimiques, dont la portée ne peut être appréciée d'avance. On découvre journellement dans les eaux, des substances qu'on n'y soupçonnait point, et celles-ci peuvent compenser, par leur faible activité, la faible proportion dans laquelle elles se présentent.

M. Bouquet élève quelques objections au sujet des conclusions du travail de M. Baudrimont. Il a procédé, à trois années d'intervalle, à l'analyse des eaux de Vichy, et la composition de ces eaux lui a toujours paru sensiblement semblable. En pareille recherche, il est en effet impossible de trouver deux fois rigoureusement la même chose. Les différences existeront toujours, même à un centième près, et cela par la nature du procédé lui-même, surtout s'il s'agit de certains élémens, des gaz par exemple. Quant aux matières solides résultant de l'évaporation d'une eau quelconque, on ne peut pas toujours la doser. Berzelius, à Carlsbad, a trouvé deux résultats différens dans la même journée, tant il est difficile de dessécher un résidu. Là où une eau sulfureuse perd, une eau ferrugineuse gagnera par la formation du peroxyde de fer. C'est donc une question très complexe, et il paraît difficile de conclure même d'analyses bien faites, quant aux variations de composition des eaux minérales.

M. Baudrimont affirme qu'il est des expériences tellement exactes, qu'il n'est pas permis de douter de leur valeur absolue ; tel est le dosage de l'acide carbonique par la baryte, procédé à l'aide duquel il a obtenu, au sujet des eaux de Vichy, des résultats différens, en le répétant dans des circonstances différentes. Les variations de température ne doivent-elles pas amener des variations correspondantes dans une dissolution saline ? On sait d'ailleurs que les eaux minérales ne se trouvent pas soumises à des conditions invariables au sein de la terre.

M. Chevallier admettait le raisonnement de M. Bouquet, quant aux eaux ferrugineuses, mais s'il en était ainsi des eaux salines, il n'y aurait pas d'analyse des eaux minérales possible.

M. Bouquet revient sur les résultats obtenus par Berzelius à Carlsbad, et qu'il a déjà mentionnés. Le carbonate de magnésie, ajoute-t-il, se décompose facilement si l'on chauffe au rouge ; or les eaux de Vichy sont très magnésiennes, et l'erreur est facile à ce sujet. L'acide sulfurique et l'acide chlorhydrique au contraire lui ont toujours offert les mêmes proportions ; la soude des différences à peine appréciables ; des analyses faites à trois années d'intervalle, et après des années très pluvieuses, lui ont fourni des résultats identiques.

Abordant le terrain des théories relatives à la constitution chimique des eaux minérales, M. Bouquet rappelle que, d'après l'opération de Léopold de Buch, partout où l'on rencontre des eaux gazeuses alcalines, on doit admettre le voisinage de volcans. D'après cela, les eaux de Vichy auraient une origine très profonde, au-dessous des porphyres, à travers lesquels elles surgiraient par des canaux qu'elles formeraient elles-mêmes à titre d'eaux inconstantes, et dont on a trouvé la trace, et elles n'auraient aucune communication avec les eaux pluviales. S'il s'agissait au contraire d'eaux pour ainsi dire superficielles, on comprendrait aisément qu'elles pussent dévier dans leurs élémens ; et, à l'appui de cette théorie, il est de fait qu'aucun puits artésien n'est allé jusqu'au porphyre et ne saurait, sous ce rapport, être rapproché des sources naturelles. M. Bouquet pense donc qu'il faut diviser les sources minérales en deux groupes, les unes ayant, en raison de leur origine géologique, une grande identité de composition, comme il arrive à Carlsbad et à Vichy ; les autres superficielles, dues à la lixiviation des terrains, et dont l'analyse offre des résultats variables.

M. Gerdy se range à l'avis de M. Bouquet. Pendant dix-huit mois, les conditions de composition de la source d'Uriage lui ont paru identiques ; essayées à diverses reprises par l'évaporation, elles lui ont toujours offert approximativement le même poids, à quelques minimes variations près. Depuis lors, des travaux d'aménagement ont eu lieu, accompagnés d'infiltrations légères, d'éboulemens ; et à partir de ce moment, il a remarqué des variations notables, allant même à 1 gramme d'un printemps à l'automne suivant.

M. Baudrimont considère comme improbable que les eaux minérales se saturent toujours de la même façon. Il n'a pas annoncé que les eaux de Vichy fussent dues aux eaux pluviales ; il a même fait remarquer le contraste que présentaient ces eaux chargées de soude, bien plus que de potasse, tandis que les sorties qu'elles traversent sont surtout à base de potasse, et il en conclut qu'elles se saturaient dans un milieu particulier. Mais les observations qu'il a présentées sont basées sur des faits patens, et il persiste à croire que les variations dont il a parlé tiennent à la constitution même de l'eau minérale qu'il a analysée.

M. Chevallier ne s'explique pas comment une eau qui sort de terre ne serait pas remplacée par une autre, et considère un bassin supérieur comme nécessaire pour le jaillissement d'une source. Les eaux pluviales et le milieu qu'elles traversent jouent un rôle important dans la formation des sources minérales.

La clôture de la discussion est prononcée.

(*La suite de la séance à un prochain n°.*)

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

(1) Ce tableau a été inséré dans les *Annales de la Société*.

MM. Charcot et Empis viennent d'être nommés médecins au Bureau central, à la suite du concours qui s'est terminé vendredi dernier.

— M. le docteur Edmond Langlebert a commencé son cours public sur les maladies vénériennes, hier lundi 14 avril, à midi, et le continuera, à la même heure, les lundis, mercredis et vendredis, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

— Le docteur Alexandre Thierry ouvrira son cours de clinique chirurgicale, le lundi 21 avril à trois heures de l'après-midi, et le continuera les lundis et jeudis suivans, à la même heure, 21, rue du Petit-Musc.

Le professeur traitera spécialement des affections chirurgicales qui ne forcent pas les malades à s'aliter. Les Élèves seront exercés au diagnostic, aux opérations, pansemens et applications d'appareils sur les malades soumis à leur examen.

Notices sur le docteur Ernest Cloquet, médecin et conseiller du shah de Perse. In-8, Paris, 1856.

Du dévouement en médecine. Discours prononcé à la Société de médecine de Bordeaux, par le docteur E.-A. Boisseuil, président. In-8, Bordeaux, 1856.

Considérations sur la paralysie générale progressive. Lettre à M. Parchappe, par M. G. Marchand, professeur à l'École de médecine de Toulouse. In-8°, Toulouse, 1856.

De l'emploi des eaux minérales, spécialement de celles de Vichy, dans le traitement de la goutte ; par le docteur Constantin James. In-8°, Paris, 1856, chez Victor Masson.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 47. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 17 Avril 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. PATHOLOGIE : Évaluation directe des globules sanguins et des globules blancs, dans la fièvre intermittente et dans quelques autres maladies. — III. ÉPIDÉMIOLOGIE : Du mode de propagation du choléra-morbus. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 15 Avril : Correspondance. — Rapport sur des eaux minérales. — Lectures. — *Société médico-pratique* : Fracture de l'humérus par contraction musculaire. — Des hémorrhagies dans le cours de la fièvre typhoïde. — De l'innocuité douteuse des incisions pratiquées sur le col utérin, dans le cas de rigidité de son orifice, pendant l'accouchement. — V. HYGIÈNE PUBLIQUE : Sur la nature de l'empoisonnement par la vapeur d'essence de térébenthine. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : L'hygiène publique et privée des Romains, d'après les ruines de Rome et de Pompeia.

PARIS, LE 16 AVRIL 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Après un rapport de la commission des eaux minérales, M. le docteur Camille Bernard d'Apt, a lu un mémoire sur le forceps assemblé.

Dans ce mémoire fort écouté de l'Académie, M. le docteur Camille Bernard, un de nos confrères les plus honorablement connus du Midi, a fait une communication pleine d'importance et d'intérêt sur les cinq derniers accouchemens pratiqués par lui à l'aide du forceps dont il est l'auteur, et auquel il a donné le nom d'*assemblé*.

En 1836, M. C. Bernard présenta ce forceps qui, à l'aide d'un mécanisme aussi simple qu'ingénieux, est appliqué tout d'une pièce. Pour les lecteurs qui, dans le temps, n'ont pu voir la description de cet instrument, nous dirons : que les deux cuillers superposées sont introduites simultanément, puis qu'elles saisissent la tête en décrivant autour d'elle une courbe plus ou moins grande, au gré de l'opérateur.

C'est un nouveau principe que M. C. Bernard apportait à la science et un nouvel instrument dont il dotait l'art obstétrical ; mais tout cela ne reposait encore alors, à titre de conception théorique, que sur deux applications. Aussi, à la suite du rapport favorable d'une commission composée de MM. Paul Dubois, Moreau et Velpeau, l'Académie dut-elle se borner à encourager M. C. Bernard dans la voie qu'il venait de s'ouvrir.

M. C. Bernard a marché lentement et prudemment : il a mis vingt ans à recueillir des faits, à les classer et à perfectionner son forceps. Aujourd'hui il se présente à l'Académie avec soixante applications, et vient lui dire : 1° que les espérances encouragées par elle dans le temps se trouvent expérimentalement réalisées ; que toutes ses applications de forceps — pleines d'innocuité pour la femme et pour le fœtus — ont été plus faciles, plus simples, plus promptes que celles qu'il opérait dans le temps avec le forceps en usage ; 2° qu'il a terminé des accouchemens dans lesquels le forceps à branches séparées avait échoué entre les mains des confrères, tant les obstacles au placement de la seconde branche avaient été considérables ; 3° enfin que la supériorité du nouveau principe est d'autant plus marquée, que l'on opère à de plus grandes hauteurs, que les voies sont plus étroites et que le danger est plus pressant.

M. C. Bernard a consigné les résultats de sa pratique obstétricale à l'endroit du forceps assemblé dans un ouvrage dont nous devions rendre compte ; le mémoire qu'il vient de lire à l'Académie paraîtra très probablement dans nos colonnes, et suppléera peut-être à notre travail analytique (1).

A l'occasion de la célèbre discussion sur les exutoires et sur la révulsion, M. Desportes avait demandé la parole ; mais l'Académie, impatiente, avait clos le débat, et le discours préparé par M. Desportes n'avait pu être prononcé. L'honorable académicien ne voulant pas priver la compagnie des bonnes choses qu'il avait à lui dire, a transformé son discours en un mémoire qu'il a, hier, tout au long exhibé ; mais, en historien véridique, nous devons le dire, devant une assemblée cruellement inattentive. La voix de l'orateur n'arrivait pas jusqu'à nous, et ce n'est pas sur quelques fragmens isolés que nous oserions apprécier une œuvre si étendue et qui paraît avoir été consciencieusement élaborée.

Amédée LATOUR.

(1) Cet ouvrage a pour titre : *Du forceps assemblé ou Nouveaux principes de construction et d'application du forceps, réunis aux principes en vigueur.* — Chez J.-B. Baillière.

PATHOLOGIE.

ÉVALUATION DIRECTE DES GLOBULES SANGUINS ET DES GLOBULES BLANCS, DANS UN CAS DE LEUCÉMIE, DANS LA FIÈVRE INTERMITTENTE ET DANS QUELQUES AUTRES MALADIES ;

Par le docteur F. DE PURY, de Neuchatel.

Le cas suivant de leucémie a été observé, en 1854, à la Clinique de Heidelberg :

Journalier de 24 ans ; dans la jeunesse, affection scrofuleuse des ganglions cervicaux. Inflammation abdominale à 19 ans. Depuis ce temps, les forces ne sont plus complétement revenues et le ventre s'est tuméfié ; néanmoins, le malade a continué à travailler. Ce n'est que cinq ans après qu'il est entré à l'hôpital, le 5 mars, dans l'état suivant : pâleur générale ; peau d'un jaune sale ; épanchement abdominal dans le côté gauche ; tumeur considérable, s'étendant du mamelon jusqu'à trois travers de doigt du canal inguinal gauche, et en dedans à quatre travers de doigt de l'ombilic. C'était évidemment la rate. Dans le sommet des deux poumons, tubercules probables ; épanchement pleurétique à droite augmenté de volume ; faiblesse considérable ; pas de fièvre ; rien dans l'urine. *Le malade dit n'avoir jamais eu de fièvre intermittente.* Pendant trois mois, pas de changement notable dans cet état. Vers la fin, cependant, une amélioration engagea le patient à quitter l'hôpital, dans lequel il rentra quatre jours après dans un état fâcheux : anasarque, ascite augmentée, dyspnée ; mort deux jours plus tard avec des symptômes d'œdème pulmonaire. Parmi les altérations trouvées à l'autopsie, nous ne citerons que la rate, qui était considérablement augmentée de volume, dense et assez consistante. Dans son intérieur, il se trouvait des concrétions lardacées, d'un blanc-jaunâtre, de différentes grandeurs, et exactement délimitées du tissu ambiant. Sous le microscope, elles étaient composées de cellules ratatinées, de noyaux et de corpuscules élémentaires analogues à la masse tuberculeuse. On découvrit, de plus, une pigmentation particulière, marquée surtout sur les bords et en partie le long des vaisseaux. Dans ce pigment se trouvaient des corpuscules spéciaux, presque cristallins, d'une largeur de 1/300e de millim., inaltérables dans les acides nitrique, sulfurique, et très peu modifiées par la potasse caustique. Jamais rien de semblable n'a été découvert dans la rate. Le reste du tissu hypertrophié avait la structure normale.

En résumé, le malade avait été atteint, dès le début, d'une tuberculisation des ganglions cervicaux et bronchiques et des poumons. Plus tard, il est survenu des états inflammatoires des séreuses, révélées par d'anciennes adhérences des plèvres, du péricarde et du péritoine. On ne peut déterminer avec certitude à quelle époque a commencé l'affection de la rate, probablement c'est il y a cinq ans. Les masses jaunâtres rencontrées dans la rate n'ont pas encore été signalées dans aucun cas de leucémie ; cependant le reste du tissu de cet organe se trouvait dans l'état décrit dans cette maladie. Dans les derniers temps de la maladie, sont survenues les exsudations fibrineuses et séreuses fraîches dans la cavité pectorale et abdominale. Enfin, une tuberculisation miliaire aiguë, surtout abdominale, paraît avoir terminé la scène.

M. de Pury, qui avait assisté M. Moleschott dans l'établissement de sa méthode de détermination du rapport des globules blancs aux globules rouges (1), a soumis le sang de ce malade à différentes explorations. Comme il est dit, cette méthode ne donne que le rapport entre le nombre des différens globules et non le chiffre absolu des globules blancs. Les

(1) Ce mémoire, publié antérieurement, n'est pas à notre disposition.

Feuilleton.

L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE DES ROMAINS, D'APRÈS LES RUINES DE ROME ET DE POMPÉIA (1).

Avant Alexandre Sévère, les bains n'étaient ouverts que depuis midi jusqu'au soir, *à meridie ad vesperum*. A dater de cet empereur, on les fréquenta la nuit dans les grandes chaleurs. C'était le soir que les voluptueux s'y rendaient pour s'y livrer, couronnés de roses, de myrtes et de violettes, à ces folles orgies, où s'engloutissaient les murènes des mers de Sicile, les anguilles du Méandre, les chevreaux de Mélos, les hubres d'Abydos, les turbots de l'Attique, les grives de Daphné, les faisans d'Egypte, les paons de Médie, les bettes d'Asie, les pétoncles de Mélymne, les figues de Chélidoine, etc., etc.

Des nombreux thermes de Rome, il n'y en a guères aujourd'hui que deux dont il reste des ruines intéressantes : ce sont ceux de Dioclétien et ceux de Caracalla.

Les thermes de Dioclétien, les plus vastes de tous, sont aussi les plus détériorés. Dévastés d'abord par Alaric, gâtés ensuite par une foule de constructions modernes, transformés en églises, en hospices, en écoles, en couvens, en magasins à fourrages, en casernes, ils donnent une faible idée de leur destination première. La nef principale de l'église *Santa Maria degli Angeli*, qui a plus de cent mètres de long, et où l'on admire encore huit colonnes monolithes de granit ayant seize pieds de circonférence et une hauteur de soixante deux palmes, faisait partie du *spoliatorium*, qui était une pièce octogone, de figure oblongue, et dont chaque face formait un demi-cercle. A la place du vaste jardin du cloître des Chartreux, entouré par Michel-Ange d'un portique carré dont les galeries sont supportées par cent colonnes de travertin, se trouvait le bassin de natation ou la piscine. La pièce circulaire, parfaitement conservée, dont on fit en 1600 l'église *san Bernardo*, était le *calidarium*. Une autre salle ronde, qui sert aujourd'hui de vestibule à l'église *Santa Maria degli Angeli*, constituait avec deux cabinets de retraite convertis en chapelle, le *frigidarium*. Enfin, une troisième pièce circulaire de la partie des ruines qu'on voit dans la *via Strozzi*, à droite, en y entrant, était le *tepidarium*, qui faisait pendant au *calidarium*, aujourd'hui l'église *San Bernardo*.

Situés dans un quartier désert, au pied du mont Aventin, entre les murs de la ville et la voie triomphale, les thermes de Caracalla, la seconde des ruines de Rome, la plus gigantesque après le Colysée, sont, à l'inverse des thermes de Dioclétien, vierges de toute transformation moderne. Si l'on n'y voit plus une seule des deux cents colonnes de granit et de marbre, dont la dernière, qu'on remarque aujourd'hui sur la place *della Trinita*, à Florence, fut enlevée en 1504 ; si les salles sont vides des seize cents siéges de porphyre énumérés par Olympiodore ; si leurs niches ont perdu les chefs-d'œuvre de la statuaire antique, la Flore, l'Hercule et le Taureau Farnèse, le Torse du Vatican, etc. ; si, de toute cette magnificence, il ne reste que d'insignifians débris de mosaïque, en revanche, ce qui a échappé à la dévastation nous donne, sinon en totalité, du moins en partie, une idée exacte de ce qu'étaient les bains publics chez les Romains de la décadence. La partie de ces bains la mieux conservée est sans contredit la grande piscine. Sauf les revêtemens de marbre, qui ont disparu, elle est presque intacte. Sa forme est celle d'un carré allongé ; son étendue a 62 mètres de long sur 45 de large. On descendait dans cette piscine par sept marches dans toute sa largeur, dont quatre pour arriver sur le bord du bassin et trois pour atteindre le fond. Si mille personnes pouvaient s'y baigner à la fois, comme on l'a dit, il faut avouer du moins qu'elles ne pouvaient guère y nager à leur aise. Quoi qu'il en soit, l'eau de cette grande piscine devait être tiède en hiver, et provenir du calidarium qui se trouvait au centre de l'édifice, car on voit encore les restes des tuyaux carrés qui allaient des bains chauds à ce grand bassin.

Indépendamment de la grande piscine, plus particulièrement à l'usage de la multitude, il y avait d'autres bassins pour les personnes plus riches ou d'un ordre supérieur. Ces bassins, au lieu d'être creusés dans le sol, consistaient en des baignoires d'airain, de marbre, de porphyre, de granit, dont plusieurs étaient suspendues aux voûtes, de manière à pouvoir se procurer dans le bain le plaisir de la balançoire. C'était à l'entour de ces piscines réservées, au nombre de cinquante, que se trouvaient les seize cent siéges de marbre et de porphyre dont parle Olympiodore. Plusieurs de ces baignoires servent aujourd'hui de bassins aux fontaines de Rome. Le pape Paul III et sa famille enlevèrent les plus larges et les plus précieuses pour en orner leur palais.

Les deux magnifiques vasques de granit oriental qu'on voit sur la place Farnèse sont deux baignoires provenant des thermes de Caracalla. L'une de ces vasques, la plus grande, n'a pas moins de dix huit pieds de long sur dix de large. En conséquence dix à douze personnes pouvaient s'y baigner à la fois. Or, si, comme on l'a prétendu, les baignoires des thermes de Caracalla étaient au nombre de cinquante, et si chacune d'elles pouvait contenir douze baigneurs, il s'ensuit que six cents personnes, et non pas mille, comme on l'a dit, pouvaient s'y plonger en même temps.

Quelquefois les six chambres qui composaient les bains se réduisaient à trois. C'est ce dont on peut s'assurer en visitant les thermes de Pompeia. En effet, dans la cité romaine, engloutie sous les cendres du Vésuve, les bains n'ont ni *spoliatorium*, ni *oleotherium*, et l'étuve n'est point distincte du bain tiède. Dans le milieu de la seconde salle, on voit une piscine ronde dont le fond est garni de mosaïque. C'était la salle du bain froid, et c'était là où on se déshabillait.

Dans la troisième, se trouvent à gauche l'étuve et à droite trois baignoires de marbre. Elle servait donc à la fois au bain chaud et au bain de vapeur. Elle servait aussi d'*onctuarium*, car, dans cette troisième salle, de petites cariatides soutiennent une corniche haute de 2 mètres au-dessus du sol et forment des niches où l'on découvrit les huiles avec lesquelles on se parfumait et l'on se frictionnait. Les bains publics de Pompeia étaient donc plus simples que ceux de Rome, beaucoup moins vastes, et tels que devaient être ceux d'une ville de troisième ordre. Les trois baignoires de marbre n'ont guère que cinq à six pieds de long, par conséquent ne pouvaient contenir chacune qu'une seule personne ;

(1) Voir le numéro du 10 Avril 1856.

chiffres indiqués sont la moyenne de l'examen chaque fois de 7 champs visuels; car les globules blancs sont inégalement distribués, et l'on trouve des champs qui n'en renferment pas un seul, tandis que d'autres en contiennent beaucoup. Les chiffres suivans sont donc le résultat de la numération de 28 champs différens qui ont renfermé de 10 à 12,000 globules rouges et blancs. Le sang examiné fut pris toujours de l'extrémité du petit doigt 4 heures après le déjeuner, et étendu d'une solution saturée de sulfate de soude.

Le 10 mars, ainsi 5 jours après l'admission à l'hôpital, il y eut 1 globule blanc sur 7 rouges, — 142,8 sur 1,000.

Le 1er avril, 1 blanc sur 12 rouges, — 83,3 sur 1,000.

Le 28 avril, 1 blanc sur 21 rouges, — 45,7 sur 1,000.

Le 24 mai, 1 blanc sur 19 rouges, — 52,6 sur 1,000.

Pour voir si le sang des différentes veines présente des proportions différentes, on recueillit, 5 heures après la mort, du sang de la veine splénique, de la veine porte et de la jugulaire. Malheureusement, le second n'a pu être examiné. Il y avait déjà des coagulums mous, semi-liquides, grisâtres, qui, sous le microscope, ne présentaient presque exclusivement que des globules incolores.

Dans la veine splénique, il y eut 1 blanc sur 19 colorés, — 52,6 sur 1,000. Dans la veine jugulaire, 1 sur 40, — 25 sur 1,000. Ces résultats confirment donc les données de Funke, Kolliker, Moleschott, Vicrordt, Welker, qui ont également trouvé le sang de la veine splénique plus riche en globules blancs que celui d'autres veines.

En admettant comme proportion normale chez l'homme sain le chiffre donné par Moleschott, et confirmé par Welker, 1 blanc sur 357 colorés, — 2,8 sur 1,000, on voit que, dans ce cas, la proportion était considérablement augmentée.

La leucémie est toujours accompagnée de développement de la rate ; mais comme il n'est pas encore prouvé si cette dernière lésion est la cause de l'augmentation des globules blancs, ou si les deux dépendent d'une cause commune, l'auteur a analysé le sang dans la fièvre intermittente, accompagnée de tuméfaction splénique : 14 malades (8 fièvres tierces et 6 quotidiennes) furent examinés, sur lesquels 3 étaient pris pour la seconde, et 3 à différentes reprises. Le sang a toujours été pris dans l'apyrexie, et 4 heures après le déjeuner. Voici les résultats obtenus :

Cas récens.

I.	1 globule blanc sur	462 rouges,	fièvre tierce.
II.	1 —	454	id.
III.	1 —	414	id.
IV.	1 —	590	id.
V.	1 —	402	id.
VI.	1 —	443	id.
VII.	1 —	542	id.
VIII.	1 —	404	fièvre quotidienne.

La moyenne est de 1 blanc sur 463 rouges, — 2,1 sur 1,000.

Récidives.

IX.	1 globule blanc sur	412 rouges,	fièvre tierce.
X.	1 —	535	fièvre quotidienne.
XI.	1 —	406	id.
XII.	1 —	529	id.
XIII.	1 —	486	id.
XIV.	1 —	510	id.

La moyenne est 1 blanc sur 479 rouges, — 2,0 sur 1,000.

Comme d'après M. Piorry, il y a toujours gonflement de la rate pendant l'accès, 5 de ces malades furent examinés pendant la période de la sueur :

IV.	1 incolore sur	464 rouges,	fièvre tierce.
VII.	1 —	462	id.
XII.	1 —	686	fièvre quotidienne.
XIII.	1 —	467	id.
XIV.	1 —	657	id.

La moyenne est de 1 sur 547, — 1,8 sur 1,000.

Enfin, le sang fut examiné chez 3 de ces malades, récidives, après que, par le sulfate de quinine, les accès ne se fussent plus montrés pendant huit jours, la rate étant toujours encore tuméfiée :

XII	1 blanc sur	329 rouges,	fièvre quotidienne.
XIV (?)	1 —	397	id.
XV (?)	1 —	326	id.

Moyenne, 1 sur 350, — 2.8 sur 1,000.

Il résulte de ces observations que, dans la fièvre intermittente, le rapport des globules blancs avec les rouges ne diffère pas sensiblement du rapport normal; que, pendant le paroxysme, il y a même une diminution des globules blancs; enfin, qu'après la guérison, mais la rate étant encore tuméfiée, ce rapport redevient normal.

La conclusion à tirer de ces observations est celle-ci : que tout gonflement de la rate ne modifie pas forcément le rapport entre le nombre des globules blancs et des rouges. Des expériences entreprises par M. Moleschott ont déjà donné des résultats analogues. Peut-être n'y a-t-il qu'une certaine espèce de tumeur splénique qui puisse entraîner cette conséquence. Il reste cependant, comme fait remarquable, l'augmentation du nombre des globules blancs du sang de la veine splénique, comparativement à celui de la jugulaire.

Enfin, M. de Pury a examiné encore le sang de quelques autres malades, avec les résultats suivans :

1° Jeune fille chlorotique. 1 blanc sur 530 rouges, — 1,8 sur 1,000.

2° Femme syphilitique soumise au traitement par la diète. Au commencement, 1 blanc sur 376 rouges, — 2,7 sur 1,000. A la fin, 1 sur 301, — 3,3 sur 1,000.

3° Ictère. 1 sur 242, — 4,1 sur 1,000. Plusieurs jours plus tard, 1 sur 246.

4° Typhus. Huit jours après l'invasion, 1 sur 323, — 3 sur 1,000.

Quinze jours plus tard, 1 sur 571, — 1,7 sur 1,000.

Quatre jours après, 1 sur 602, — 1,6 sur 1,000.

Le malade mangea, la première semaine, deux soupes maigres; dans la troisième, du laitage et du bouillon, et à la fin de la troisième, une nourriture abondante et réparatrice.

MM. Donders et Moleschott ont prouvé déjà, en 1847, que les globules blancs augmentaient après les repas. M. de Pury a confirmé sur lui-même ces résultats, et a vu que l'augmentation survenait bientôt après; qu'elle continuait encore l'heure suivante pour diminuer peu à peu:

4 h. après le déj., il y avait	1 gl. bl. sur	463 r.	—	2,1 sur 1,000.	
30 minutes après le dîner,	1	—	363 r.	—	2,7 —
1 heure	—	1	—	291 r.	— 3,4 —
2 heures	—	1	—	310 r.	— 3,2 —
3 heures	—	1	—	439 r.	— 2,2 —

Les expériences précédentes sont d'une grande importance, et quoiqu'elles ne puissent pas trancher la question de la nature de la leucémie, elles fournissent néanmoins des matériaux précieux dans la discussion ouverte dans le sein de la Société médicale des hôpitaux de Paris (1).

Le même cahier contient encore un cas de *leucémie* observé par le professeur Heschl, de Cracovie :

Un journalier de 68 ans, fut reçu, en février 1855, à la clinique du professeur Hauser, à Olmütz. Il ne se rappelle aucune maladie antérieure; cependant, depuis deux ans, il avait commencé à maigrir et à éprouver des dérangemens dans les fonctions sensorielles, tels que de la myopie, des étincelles devant les yeux, des bourdonnemens d'oreilles et de la surdité qui était considérable à son entrée à l'hôpital. Dans le mois d'août 1854, il reçut une violente contusion sur la partie inférieure externe de la jambe gauche; il s'y forma une tumeur qui s'ouvrit dans la septième semaine. Bientôt après, cette ouverture laissa passer des végétations luxuriantes de mauvaise nature et les ganglions inguinaux se sont peu à peu engorgés. A l'époque où le malade fut observé, il était amaigri, cachectique, dans un état soporeux habituel, avec de rares interruptions; parfois du délire; un peu de sensibilité dans la région du foie et du cœcum; peu de fièvre; peau un peu fraîche. La tumeur végétante de la jambe gauche avait la grandeur d'une tête d'enfant et renfermait quelques esquilles. Le malade est mort trois semaines plus tard.

Autopsie. — Poumons : tubercules dans les sommets; le lobe inférieur droit, un peu œdémateux, plusieurs places avec hépatisation gris-rouge, d'autres avec infiltration purulente, en voie de formation d'abcès, de la grosseur d'un pois. Foie hyperémié, pas sensiblement hypertrophié. La *rate a son volume normal*; elle est molle, la capsule plissée, la substance molle, d'un brun-rouge, sans anomalie apparente, sans élémens étrangers, à l'examen microscopique. Rien de particulier dans le tube digestif et dans les reins. Dans toutes les cavités du cœur, dans l'artère pulmonaire, l'aorte, les grosses veines, le tronc et les ramifications de la veine porte, il y avait du sang liquide, rouge foncé sale, quelques petits coagulums fibrineux rougeâtres, et une grande quantité d'agglomérations jaunes-grisâtres, poisseuses, semblables à du pus épaissi.

Sous le microscope, elles se montraient composées de fibrine à filamens minces et exclusivement de corpuscules blancs. Le sang dans lequel elles baignaient, ainsi que celui que l'on avait retiré de plusieurs petites veines, renfermait, outre des coagulums microscopiques, une si grande quantité de globules incolores, qu'on pouvait les évaluer au moins au tiers des globules observés. Ils étaient un peu gonflés, pourvus d'un ou de plusieurs noyaux, et ressemblaient tout à fait à des corpuscules de pus, gonflés par l'eau.

Une quinzaine de ganglions mésentériques étaient un peu tuméfiés, ainsi que quelques ganglions inguinaux des deux côtés.

La tumeur de la jambe était un cancer médullaire fixé sur le péroné, qui était détruit dans toute la hauteur de la tumeur.

L'auteur regarde ce cas comme un exemple de leucémie intense, remarquable surtout par le peu d'altération des ganglions lymphatiques et par l'intégrité de la rate. Si l'on prend à la lettre le nom de cette maladie, ce diagnostic est on ne peut plus exact : augmentation considérable des globules blancs du sang. Mais cette lésion correspond-elle toujours à la même maladie? Les globules blancs sont-ils toujours de la même nature, et partant, ont-ils toujours la même signification? En d'autres termes, existe-t-il une *maladie spéciale*, caractérisée par une surabondance de ces globules, qui, elle-même, serait la conséquence d'une altération spéciale d'un autre organe, probablement de la rate ou du foie? C'est une question que je ne puis et ne veux pas examiner ici, mais pour l'affirmative de laquelle je penche. La comparaison avec l'albuminurie, faite par M. Barth, me paraît on ne peut plus exacte; nous trouvons de l'albumine dans l'urine dans un grand nombre d'af-

(1) Extrait de *Archiv. f. pathol. anatom. u. physiol. u. f. Klinisch. med.*, tome VIII, nos 2 et 3.

---

et quant à la piscine ronde, trois ou quatre individus pouvaient tout au plus s'y baigner à la fois.

Du reste, à défaut du grandiose des thermes de Rome, on surprend, du moins à Pompeïa, le bain des anciens sur le fait en quelque sorte. C'est là où ces établissemens nous apparaissent à peu près tels qu'ils étaient sous Titus, il y a plus de dix-sept siècles. Dans les thermes de Pompeïa, on découvre, en effet, la plupart des appareils de bain en leur lieu et place, depuis la piscine et les baignoires particulières jusqu'au *laconicum* ou chaudière en bronze qui fournissait la chaleur de l'étuve. Si cette piscine et ces baignoires, si bien conservées, étaient remplies d'eau, de manière à s'y plonger, l'illusion serait presque complète. Le grand nombre de lampes en terre cuite, qu'on trouva dans ces thermes, prouve aussi qu'à Pompeïa on se baignait la nuit, comme à Rome, et qu'il se passait, dans ces bains, des choses bien mystérieuses, car, sur ces lampes ornées de figures emblématiques, on aperçoit à côté de l'image des Grâces, celle du Silence portant l'index sur la bouche.

Il est incontestable que, dans l'antiquité, on abusa beaucoup des bains. Indépendamment du danger qu'ils avaient pour les bonnes mœurs, et sans parler des abominations qui s'y commettaient, leur usage trop fréquent diminuait les forces, plaçait le système nerveux dans un état de relâchement qui détruisait l'équilibre de ses fonctions. Ammien Marcellin assure que les maladies nerveuses devinrent très nombreuses dans l'empire romain du temps de la décadence, et saint Clément d'Alexandrie, qui vivait sous Caracalla, n'attribuait pas vainement à l'abus des bains la fréquence des syncopes et celle d'une foule d'autres symptômes nerveux qu'on remarquait chez les personnages de son époque. Cependant, si ce père de l'église récriminait avec raison contre ces théâtres d'orgies et de débauches, le Christianisme triomphant fit-il bien de priver l'hygiène publique d'une de ses plus grandes ressources? Au lieu de proscrire entièrement les bains, ne devait-on pas se borner à en restreindre le nombre, à en limiter l'usage, à en expulser les courtisanes impudiques qui s'y montraient à la foule, ivres comme des Bacchantes et nues comme des Naïades; à en chasser les jeunes hommes, plus éhontés encore, qui, vêtus de tuniques transparentes, épilés, le front orné de bandeaux et le cou garni de colliers, s'y dépouillaient des caractères de leur sexe au profit de leurs vices ou de leur cupidité?

La proscription des bains au Moyen-Age eut une influence considérable sur l'état de la santé publique. Que la lèpre existât à Rome avant l'invasion des Barbares ou qu'elle eût été importée en Italie par les Lombards, comme le croyait le pape Etienne III, dans une lettre écrite à Charlemagne, en 770; toujours est-il que cette maladie ne paraît pas avoir été connue avant la fin du VIme siècle de notre ère, époque où tous les thermes étaient détruits.

GYMNASTIQUE ET GYMNASES.

La force et l'agilité du corps, si longtemps négligées et avilies dans les systèmes d'éducation moderne, jouaient un rôle considérable dans les institutions des anciens. Elles étaient de la part de leurs gouvernemens l'objet d'un soin excessif et d'une préoccupation constante. De ces deux avantages physiques, la force, divinisée sous le nom d'Hercule, était celui qu'on préférait. Affaiblir un homme, c'était le dégrader. A Rome, quand les soldats étaient en faute, comme punition, on avait l'habitude de les faire saigner.

En se livrant aux exercices corporels, les Grecs se proposaient trois choses, la suprématie dans l'art des combats, le désir de briller en public et la conservation de la santé. De là les trois ordres de gymnastique signalés par Galien : la gymnastique *militaire*, la gymnastique *athlétique* et la gymnastique *médicale*.

La gymnastique militaire fut la mère des deux autres, et la plus importante de toutes, du moins à l'origine. Chez des nations belliqueuses, à des époques où la guerre se faisait corps à corps, on devait avoir en grande estime la force et l'agilité physiques, moins nécessaires aujourd'hui dans les combats depuis la découverte de la poudre à canon.

La gymnastique, appliquée à la médecine, n'existait pas en Grèce du temps d'Homère. Elle prit naissance dans le siècle de Périclès. Un Sicilien, Hérodicus de Lentili, plus vieux qu'Hippocrate, mais son contemporain, en fut l'inventeur, s'il faut en croire Platon. Maître d'une académie où la jeunesse venait s'exercer dans le but de briller parmi les jeux publics de la Grèce, Hérodicus, qui était médecin, ne tarda pas à s'apercevoir que les jeunes gens qui fréquentaient son gymnase étaient plus vigoureux et mieux portans que ceux dont les goûts naturels et le genre d'éducation éloignaient de l'habitude des exercices du corps. De cette observation, il tira la conséquence très légitime que l'hygiène et la thérapeutique pouvaient profiter des avantages de la gymnastique. Renonçant dès lors à l'enseignement des exercices propres à former des soldats ou des athlètes, il se consacra tout entier à la pratique de la gymnastique médicale. Il en rassembla les préceptes en un corps de doctrine qui n'est point parvenu jusqu'à nous, mais dont Hippocrate connaissait les formules orales ou écrites, et où il puisa, sinon pour les transmettre à la postérité, du moins pour en proclamer l'excellence et en adopter l'application.

A partir du siècle d'Auguste jusqu'à la chute de l'empire, la gymnastique fut une des bases de l'éducation de la jeunesse romaine qui, dans l'*ephebeum*, se livrait aux exercices musculaires, le matin, loin des regards de la foule, et non pas en public comme les athlètes. Les hommes libres de toutes les conditions y prenaient part, depuis les empereurs jusqu'aux simples affranchis. Domitien et Commode excellaient dans quelques-uns de ces exercices; et Galien nous apprend qu'à l'âge de trente ans il se luxa l'humérus dans un gymnase.

En Grèce, les *gymnases*, ainsi nommés à cause de la nudité des athlètes, et appelés aussi *palestres* parce que la lutte y était l'exercice prédominant; les gymnases étaient des établissemens distincts des bains ou du moins les bains n'y étaient que l'accessoire. A Rome, sous la république, il n'y avait pas de gymnases à proprement parler; mais sous les empereurs, on les réunit aux bains. C'était dans les thermes qu'on se livrait à tous les exercices du corps. A l'inverse de la Grèce, le gymnase était l'accessoire et le bain la partie principale. Cependant, quoique le plus ordinairement adhérens aux thermes, les gymnases en étaient quelquefois isolés et indépendans, témoins les bains de Pompéïa.

(*La suite prochainement.*) Dr Michéa.

fections; et cependant la véritable albuminurie, la maladie de Bright, constitue une affection spéciale, ayant ses symptômes, sa marche, ses lésions cadavériques à elle, et qu'aujourd'hui personne ne sera plus tenté de nier, quoique son nom d'albuminurie soit essentiellement mauvais. Il en est peut-être de même de la leucémie. L'augmentation des globules blancs peut résulter de plusieurs causes et n'être qu'un phénomène parfois accessoire, comme l'albumine dans l'urine dans une maladie du cœur, par exemple; d'autres fois, au contraire, significatif, comme l'albumine dans la maladie des reins. Il ne faut pas perdre de vue que nous savons encore très peu, en France surtout, sur cette maladie, et que pour l'accepter ou la repousser, nous avons besoin encore de beaucoup de travaux. C'est dans cette vue que le mémoire de M. de Pury me paraît remarquable; car il prouve clairement que toute hypertrophie de la rate n'entraîne pas la leucémie, et il a signalé des altérations spéciales dans cet organe dans le cas qu'il a examiné.

L'observation du professeur Heschl me semble moins probante; elle est un peu écourtée et manque de quelques détails importans à connaître. Ces globules blancs, si nombreux, sont-ils les mêmes que ceux des observations de M. Virchow et autres? Ne sont-ce pas des globules de pus avec lesquels l'auteur lui-même les compare à différentes reprises? Ne pouvait-il pas y avoir pyémie chronique, ayant son point de départ dans l'affection cancéreuse de la jambe? Les symptômes observés pendant la vie et les lésions cadavériques parlent plus pour cette affection que pour la leucémie proprement dite. Le malade était dans un état soporeux et délirait parfois; il n'avait ni œdème, ni hémorrhagie, ni diarrhée. A l'autopsie, le poumon droit présentait des places hépatisées d'un gris-rouge, des infiltrations purulentes et des commencemens de formation d'abcès de la grandeur d'un pois.

On ne peut donc invoquer ce cas pour prouver que la leucémie véritable peut exister sans lésion de la rate et peut-être du foie, surtout en présence des résultats obtenus par MM. Moleschott, de Pury et d'autres, qui, dans ces cas, ont toujours trouvé dans le sang de la veine splénique beaucoup plus de globules blancs que dans celui d'autres veines. Je le répète, la question ne me paraît pas encore assez élucidée pour pouvoir être tranchée aujourd'hui. Au besoin, on pourrait même invoquer une maladie de la rate, car la capsule de cet organe était plissée; il pouvait donc avoir existé antérieurement une tuméfaction qui s'était dissipée.

Dr Strohl.

ÉPIDÉMIOLOGIE.

DU MODE DE PROPAGATION DU CHOLÉRA-MORBUS;

Par M. le docteur Bonnet, ancien professeur de pathologie interne à l'École de médecine de Bordeaux, etc.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 12 et 15 Avril 1856.)

Si l'importation du choléra, en l'absence de toute influence épidémique, se trouve contredite par le raisonnement et par les faits, sa transmission par le contact doit l'être également, car l'une suppose l'autre, et en est la conséquence nécessaire. Au reste, si l'on a pu croire pendant un temps à la réalité de ce mode de propagation, aujourd'hui cela n'est plus permis. Réfléchissez à la multitude de personnes qui ont vu et touché des cholériques impunément. Les médecins, les sœurs de charité, les infirmiers ont prodigué leurs soins aux malheureux atteints de l'épidémie, partout où elle a régné, et n'en ont, pour la plupart, rien éprouvé. — A Moscou, le docteur Jachnicher s'inocule le sang d'un cholérique, et plus tard la matière rejetée par les vomissemens. En Pologne, le docteur Foy répète les mêmes tentatives d'inoculation et goûte les matières vomies. A l'hôpital d'Alost, en Belgique, un médecin se couche dans le lit d'un homme qui venait de mourir du choléra; un infirmier s'y met après lui. A Marseille, un frotteur suce la piqûre d'une veine et avale le sang qu'il aspire. Aucun de ces courageux expérimentateurs n'a été atteint de la maladie. J'ai moi-même pratiqué trois autopsies dans un hôpital temporaire dont je fus chargé en chef, en 1832; ma santé n'en fut pas un instant altérée.

Il n'y a rien, selon moi, qui puisse infirmer de pareils faits. Vainement objectera-t-on que les individus dont j'arguë ici n'étaient pas prédisposés, et que c'est pour cela qu'ils n'ont pas eu le choléra. Il est impossible que, parmi tant d'hommes et de femmes qui ont été exposés à la contagion, il ne s'en soit pas trouvé beaucoup qui fussent aptes à en recevoir le germe. L'expérience nous apprend que les personnes qui ont l'heureux privilége de ne pas contracter telle ou telle affection contagieuse sont toujours en très petit nombre. On ne peut donc excuser d'un défaut de prédisposition pour expliquer les cas nombreux de non-contagion que j'ai cités: ce serait faire la règle de l'exception et par conséquent procéder d'une manière fort peu logique. Dira-t-on encore qu'il est d'observation que, lorsque la maladie se déclare dans une maison, elle ne se borne presque jamais à n'affecter qu'un seul individu, et qu'il n'en serait pas ainsi si elle n'était pas contagieuse? D'abord, je conteste le fait, pour les habitations vastes, bien aérées et situées dans un lieu salubre. Quant à celles qui sont basses, humides, mal percées, ou qui ne contiennent que de petits appartemens, on ne saurait nier que l'épidémie ne s'y propage souvent avec une effrayante rapidité, une fois qu'elle y a pénétré; mais loin d'attribuer cet incident à la transmission d'un germe morbifique par le contact, je n'y vois que le résultat de la viciation de l'air par des miasmes qui se dégagent du corps des cholériques et de leurs déjections.

Une preuve que ce n'est point parce qu'on les touche, mais bien parce qu'on respire l'air qui les entoure qu'ils communiquent alors la maladie, c'est que ces mêmes cholériques, placés dans des locaux plus grands et mieux disposés, peuvent être soignés, et le sont même toujours sans danger. M. Piorry s'est assuré, par des expériences bien faites, que l'encombrement, l'étroitesse des logemens, sont une cause puissante de propagation du choléra. Cette circonstance a été signalée plus tard par MM. Dubreuilh et Rœsch; elle l'avait été déjà en Russie et dans tous les pays où le choléra a régné. Quand elle ne l'aurait pas été, on aurait pu l'admettre *à priori* et par analogie; car on sait depuis longtemps que la plupart des épidémies ne font jamais plus de ravages que dans les établissemens peu espacés et non ventilés, dans les maisons étroites et continuellement remplies par les servantes, les amis, les parens du patient; en un mot, là où l'air ne se renouvelle qu'imparfaitement, et où beaucoup d'hommes se trouvent rassemblés.

Telle est, en réalité, la cause de la multiplication et de la gravité des cas; c'est l'encombrement, c'est la viciation de l'air qui donnent alors au choléra une virulence et une faculté de reproduction qu'il n'a pas ordinairement.

Les faits de ce genre, on a beau dire, ne sont nullement favorables à la contagion, soit qu'on l'applique à tous les cas, soit qu'on la restreigne à un petit nombre, comme le font maintenant certains pathologistes qui prétendent que le choléra, bien que se propageant le plus communément par infection, peut, dans quelques circonstances rares et exceptionnelles, se développer par le contact. Cette dernière opinion, d'ailleurs, est en opposition directe avec l'observation qui atteste que les affections véritablement contagieuses ne perdent jamais ce caractère. Admettre qu'une maladie qui n'est pas contagieuse *ici*, peut le devenir *là*, parce que les conditions hygiéniques et de localités y sont plus mauvaises, c'est aller contre ce qu'il y a de plus positif et de mieux arrêté en matière de pathogénie; car il a été de tout temps reconnu qu'une individualité morbide ne peut avoir deux natures, ou changer de nature et rester la même. Toutes les fois donc qu'une maladie n'est pas transmissible par le toucher dans un endroit, on peut hardiment en conclure qu'elle ne saurait l'être dans un autre.

Pour en finir, au surplus, relativement à la prétendue contagion du choléra, j'ajouterai que nous ne possédons aucun fait qui prouve qu'un cholérique, qu'on transporte d'un lieu dans un autre, ait, en plein air, sur une route, donné sa maladie à qui que ce soit; nous n'en possédons aucun non plus qui prouve qu'un cholérique, placé dans un appartement vaste, bien aéré, et où l'on met en pratique tous les moyens préventifs que l'hygiène prescrit, ne puisse pas toujours être soigné impunément par les assistans.

Dès le moment que le choléra n'est communicable ni par le contact des malades, ni par celui des objets contaminés, il faut en chercher la cause ailleurs, et pour cela je commencerai par rappeler qu'on l'a successivement attribué: — à la saturation de l'air par des molécules de cuivre (Cagnard Latour); — à la présence du même métal dans la viande, qui sert de nourriture (Chevreul); — à des insectes (Limousin-Lamothe, en 1832, Vialle et Capello, en 1836); — à l'introduction dans l'économie d'un corps nouveau et qui agit à la manière des plus violens poisons (Giacomini); — à la déclinaison orientale de l'aiguille aimantée (Souty); — à des brouillards qui se forment dans l'atmosphère (Blampignon de Méry-sur-Seine); — à des corpuscules que deux médecins anglais, MM. Brettau et Swaignes, prétendent avoir découvert dans les déjections des cholériques et qu'ils nomment *corps annulaires, cellules, champignons du choléra* (1); — à un fluide tellurique; — à la prédominance de l'électricité négative ou résineuse; — aux variations brusques de l'atmosphère; — au vent du nord-est; — aux passions; — aux boissons; — aux professions, etc.

Toutes ces opinions, selon moi, doivent être rejetées: les unes ne sont que des hypothèses où l'invraisemblance ne le cède qu'à la singularité; les autres, moins déraisonnables sans doute, ne reposent sur aucun fondement solide. En effet, les boissons, les professions, les passions, l'électricité, les variations brusques de l'atmosphère, ne peuvent être considérées que comme des conditions pathogéniques, qui, de l'aveu de la grande majorité des praticiens, seraient toujours incapables de produire à elles seules le choléra.

Cette affection terrible, quoi qu'on en dise, ne se développe et ne se propage que par l'intermédiaire de l'air ambiant. C'est là son unique et véritable étiologie; c'est dans l'air que réside la cause qui la détermine. Mais il vaut mieux avouer franchement que nous ignorons la nature de cette cause, que de prétendre qu'elle consiste dans les principes morbifiques que les professeurs Dubreuilh et Rœsch appellent *semina* (2).

D'après ces messieurs, comme on sait, le choléra produit les semina, et ceux-ci le produisent ensuite; ce qui se réduit à dire que les semina sont d'abord effet, puis cause de leur propre cause. Mais, si le premier cas de choléra qui se déclare dans un pays préexiste aux semina, il est clair qu'il dépend d'une autre cause, et si cette dernière donne lieu alors à la maladie, pourquoi ne l'occasionnerait-elle pas plus tard? Cette argumentation est simple, naturelle; rien n'est plus gratuit, au contraire, que de supposer deux ordres de causalités, l'une pour le premier cas, l'autre pour les suivans.

La cause du choléra restera probablement toujours inconnue; ce dont nous sommes sûrs seulement, c'est qu'elle a l'air pour véhicule. Que si l'on m'objecte que ce dernier a été analysé avec le plus grand soin à Paris, lors de l'épidémie de 1832, et qu'on n'y a trouvé, comme par le passé, que de l'azote et de l'oxygène, je répliquerai que, de ce qu'un agent morbifique échappe à nos moyens d'investigation, on n'est nullement en droit d'établir qu'il n'existe pas. Personne ne doute, aujourd'hui, que les vapeurs qui se dégagent des eaux stagnantes ne soient la cause la plus commune et la plus efficace des fièvres intermittentes. Eh bien, les chimistes les plus habiles n'ont découvert aucun changement notable dans l'air des marais; quelquefois même il leur a paru plus oxygéné que celui des lieux les plus salubres. Faut-il conclure de là que les vapeurs dont il s'agit ici n'y sont pas contenues? Non, certes, il en est des exhalaisons marécageuses et de la cause du choléra comme du calorique: ce sont des principes matériels, insaisissables, mais dont les effets ne permettent pas de contester la réalité.

Quant à cette autre objection qu'on pourrait faire, *que puisque l'air est le véhicule de la cause du choléra, rien ne s'oppose à ce que celle-ci soit transportée au loin par l'atmosphère*, je rappellerai qu'une atmosphère chargée d'effluves, d'émanations putrides ou de miasmes, les voit toujours, par le fait seul de son mouvement, se disséminer, se raréfier, et perdre leur propriété morbifique avec une plus ou moins grande rapidité. C'est pour cela que les épidémies de fièvres intermittentes, au lieu de parcourir les provinces, les royaumes, restent confinées dans les pays marécageux; c'est pour cela que le véritable typhus ne se manifeste et ne se propage que là où il y a encombrement et saturation de l'air par des miasmes délétères; c'est pour cela, enfin, que je ne crois pas *aux courans cholériques* de M. Audouart. Ces courans, s'ils existaient, subiraient la loi commune aux causes des autres épidémies; ils perdraient promptement leur virulence et deviendraient d'une innocuité parfaite à une très courte distance de leur point de départ.

D'après moi, on le voit, la cause inconnue du choléra ne saurait être transportée au loin, par le fait seul des vents ou du mouvement propre à l'atmosphère; mais, comme je l'ai dit déjà, on conçoit que des individus venant d'un lieu infecté, et atteints eux-mêmes de l'épidémie, puissent la propager, lorsqu'une fois arrivés chez eux, ils se trouvent dans des conditions hygiéniques telles, que les miasmes et les émanations qui se dégagent de leurs corps et de leurs déjections, doivent nécessairement vicier l'air ambiant, et le rendre dangereux pour les assistans. Il y a dans cette circonstance, je le reconnais, véritablement importation; mais, outre que les faits de ce genre ne militent pas en faveur de la théorie de la contagion du choléra (1), ils ne sont pas, à beaucoup près, aussi fréquens qu'on serait tenté de le croire; car, pour une bonne partie des cas que les auteurs ont considérés comme tels, il y a eu coïncidence et non communication réelle. La meilleure manière alors de se rendre compte du développement de la maladie, c'est de lui attribuer une origine spontanée et purement locale (2). Cette opinion, que j'ai déjà fait pressentir plusieurs fois dans le cours de cette discussion, me paraît démontrée non seulement par l'épidémie dont Germain Vander Heyden nous a conservé l'histoire, mais par des milliers de faits qu'on a publiés dans ces derniers temps, et notamment par celui-ci: la ville d'Aiguillon, située entre le Lot et la Garonne, au confluent de ces deux rivières, eut, au commencement de juin 1835, ses environs dévastés par l'une des plus terribles inondations qu'on ait vues dans le pays. Quelques jours après, le choléra s'y déclara. Neuf individus furent successivement atteints, et la maladie en resta là. Neuf cas, c'est bien peu, sans doute, mais ils furent presque tous mortels; et puis, il ne s'agit actuellement que de la cause qui les avait produits. Or, je soutiens qu'elle ne pouvait être que locale; car, outre qu'à cette époque il n'y avait pas eu de cholériques à cent lieues à la ronde, il n'est pas probable que la maladie s'y fût bornée à n'affecter que neuf personnes, si elle avait dépendu d'une cause générale et importée.

Il résulte, si je ne me trompe, de tout ce qui vient d'être dit au sujet du troisième mode de transmission admis par les néo-contagionistes:

1° Que le choléra n'est pas susceptible d'être importé par les individus ou les objets contaminés seuls, c'est-à-dire en dehors de toute sphère d'activité épidémique;

2° Qu'il ne se communique pas par le contact médiat ou immédiat;

3° Qu'il prend presque toujours naissance dans les lieux mêmes où il se manifeste (3);

4° Que sa cause, une fois produite, se répand dans l'air et ne se propage que par ce moyen.

Une chose qu'il importe de constater encore, c'est que, puisque le choléra ne se développe pas par le contact, et que les néo-contagionistes ne fournissent aucun fait qui milite en faveur de cette opinion, tout véritablement se réduit avec eux à la question de savoir s'il est actuellement permis de donner le nom de contagion à la transmission d'une maladie par le moyen de l'air; or, j'ai démontré plus haut qu'on ne le peut ni logiquement, ni au point de vue des intérêts bien entendus de la santé publique.

En résumé donc, la théorie nouvelle de la contagion ne résiste pas à l'épreuve de l'examen. Cette innovation, ou plutôt ce retour vers le passé, car, en définitive, ce n'est pas autre chose (4), n'offre ni utilité ni avantage pour la science, il y aurait, au contraire, des inconvéniens sérieux, un danger véritable à l'appliquer.

(1) Cette opinion, qui date de 1849, eut, à cette époque, assez de retentissement à Londres, pour que la Société microscopique de cette ville ait cru devoir s'en occuper. Il résulte des recherches auxquelles M. Buck, son président, s'est livré, que les prétendus champignons cholériques de MM. Brettau et Swaignes ne sont: tes uns, que des particules de farine ou de son altérés; les autres, des sporules d'une espèce d'*uredo* ou de *nielle*.

(2) *Ouvrage cité*, page 248.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 Avril 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

L'ampliation du décret qui approuve l'élection de M. Wurtz à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicale.

Sur l'invitation de M. le Président, M. Wurtz prend place parmi ses nouveaux collègues.

— Un rapport de M. le docteur Pages, médecin-inspecteur des eaux minérales de Barèges, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854. (Comm. des eaux minérales.)

— Plusieurs recettes de remèdes secrets. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivans :

MM. Moquin-Tandon, Martinet, Durand-Fardel prient l'Acadé-

(1) Voir plus haut (1er article) ce que je dis à ce sujet.

(2) Comme Rochoux émit, en 1849, à l'Académie de médecine, une opinion tout à fait identique, je crois devoir dire ici que cette opinion se trouve consignée dans une brochure que je publiai en 1837, et qui a été couronnée par la Société de médecine de Marseille.

(3) Je dis presque toujours, parce que nous venons de voir que des individus arrivant d'un lieu infecté et atteints eux-mêmes de l'épidémie, peuvent à leur tour la propager, lorsque, par suite des mauvaises conditions hygiéniques où ils se trouvent placés, l'air qui les entoure devient un puissant foyer d'infection.

(4) Il est à peine besoin de rappeler que, dans l'ancienne doctrine de la contagion, on regardait toutes les maladies transmissibles comme se communiquant par le contact.

mie de les porter sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'histoire naturelle et de thérapeutique médicale; MM. Ch. Robin et Ménière adressent une demande semblable pour la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— Un mémoire *sur l'action locale du baume de copahu* administré à l'intérieur dans le traitement de la blennorrhagie urétrale. (M. Ricord, rapporteur.)

— Une observation d'*éclampsie survenue après l'accouchement*, sans albumine dans les urines, par M. le docteur Mascarel, de Chatellerault. (M. Depaul, rapporteur.)

— Une note sur le cathétérisme curviligne, de M. le docteur Gély, de Nantes. (Commission nommée.)

M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture de plusieurs rapports, dont voici le résumé :

1° *Eau de Digne* (Basses-Alpes) ; demande, pour la soumettre à l'analyse, d'envoyer des échantillons de cette eau, recueillie dans des conditions dont la commission a arrêté le programme. (Adopté.)

2° *Nouvelle source sulfureuse* située à Barèges; l'eau de cette source vient se ranger, par sa composition chimique, à côté de celle des sources Dassieu et Foüard, et, par sa thermalité, près de celle de Barzun ; la commission propose de répondre au ministre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation demandée. (Adopté.)

3° *Eau de Bagnols* (Lozère) ; la commission, reconnaissant que l'examen des résidus d'évaporation ne peut donner aucun résultat précis, engage M. Dufraisse de Chassaigne, qui est placé aux sources mêmes comme médecin-inspecteur, à diriger ses travaux dans une voie capable de conduire à la connaissance exacte de l'eau de Bagnols. (Adopté.)

— M. Camille Bernard, d'Apt, donne lecture d'un travail sur les *dernières applications qu'il a faites du forceps assemblé*. (Voir plus haut le *premier-Paris*). — (M. Velpeau, rapporteur.)

— M. De-portes lit un travail intitulé : *Considérations sur les bases à donner à une distinction précise, positive, affirmative, entre la révulsion et la dérivation.*

La séance est levée à 5 heures moins 1/4.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances des mois de Février et Mars 1856. — Présidence de M. le docteur Compérat.

Sommaire. — Correspondance. — Fracture de l'humérus par contraction musculaire. — Des hémorrhagies dans le cours de la fièvre typhoïde. — De l'innocuité douteuse des incisions pratiquées sur le col utérin, dans le cas de rigidité de son orifice, pendant l'accouchement.

La correspondance comprend :

1° Le *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 2me série, n° 17 ;

2° Le *Recueil des travaux de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire*, 2me série, 3me et 4me trimestre 1854. M. Perrin est désigné comme rapporteur ;

3° Une lettre de M. Plouviez, de Paris, remerciant la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en lui accordant le titre de membre titulaire, en échange de son titre de membre correspondant ;

4° Un mémoire imprimé sur la *Kératite*, par M. le docteur Raphaël Castorani ; M. le docteur Compérat est nommé rapporteur.

M. le docteur Ameuille fait un rapport verbal sur une observation de *farcin chronique, suivie de guérison, chez l'homme*, et adressée à la Société par M. Cazin, de Boulogne, l'un de ses membres correspondans.

Sur les conclusions du rapporteur, la Société vote des remercîmens à M. le docteur Cazin, et renvoie son observation au comité de publication.

M. le docteur Compérat lit un rapport écrit sur un ouvrage de M. Demarquay, chirurgien des hôpitaux, relatif aux *tumeurs de l'orbite*.

Sur les conclusions du rapporteur, la Société ordonne le dépôt très honorable de ce travail dans ses archives, et vote des remercîmens à son auteur ;

M. le docteur Gaide annonce à la Société que le jeune pleurétique dont, il y a quelque temps, il l'a entretenu, va aussi bien que possible. L'épanchement est en pleine voie de résolution, et la convalescence peut être considérée comme très prochaine. M. Gaide a donc eu raison de s'opposer à la thoracentèse et surtout à l'injection qu'on avait mises en avant pour combattre cet épanchement.

M. le docteur Gaide rapporte un autre fait non moins curieux. Il s'agit d'un jeune homme de 14 ans, dont le développement a été énorme depuis quelque temps, mais au reste bien portant, à part une constitution légèrement lymphatique, et qui s'est fracturé l'humérus à son tiers inférieur en se retournant vivement, en même temps qu'il lançait avec vigueur une balle légère contre un de ses camarades. La fracture *en rave* s'est présentée avec des caractères d'une simplicité parfaite. Un appareil méthodique a été appliqué, et tout, jusqu'à présent, paraît devoir se passer comme dans le cas d'une fracture ordinaire.

M. Boinet, à l'occasion de cette observation, rappelle que bon nombre de chirurgiens nient ce genre de fracture sans maladie préalable de l'os. La contraction musculaire à elle seule leur paraît insuffisante pour produire un effet aussi considérable. Il y aura donc lieu de bien suivre le malade de M. Gaide et de s'assurer si la consolidation se fera dans des conditions régulières.

M. Ferdinand Martin rappelle qu'à la Société de chirurgie, il y a peu de temps, M. Robert a raconté un fait semblable. Un jeune collégien, s'amusant à jeter des pierres au bois de Boulogne, s'était parvillement fracturé l'humérus. La fracture a guéri et s'est consolidée comme dans le cas d'une fracture ordinaire.

M. Ameuille demande la parole à son tour pour citer un cas d'oreillon chez un adulte, qui a été suivi de métastase sur le testicule droit. La métastase a eu lieu à une époque où la maladie était en pleine décroissance, et s'est montrée peu de temps après l'acte du coït. M. Ameuille s'est demandé si cette dernière circonstance n'avait pas été, dans l'espèce, une cause déterminante de la métastase observée.

M. Bauche rappelle qu'elle a fréquemment lieu d'emblée, sans cause appréciable : c'est ce dont il a été témoin pendant le cours d'une petite épidémie d'oreillons observée par lui, il y a quelques années, dans un pensionnat de jeunes garçons.

M. Ameuille cite ensuite le cas d'un jeune garçon, d'une quinzaine d'années, atteint de fièvre typhoïde, saignant fréquemment du nez en état de santé, qui, vers le cinquième jour de sa fièvre, fut pris, dans la nuit, d'une épistaxis tellement abondante, que près de deux cuvettes ordinaires furent remplies de sang.

Cette épistaxis, qui ne s'est pas reproduite les jours suivans, n'a pas aggravé l'état du malade, et la maladie a continué sa marche dans des limites de gravité moyenne.

M. Bonnassies cite un cas d'hémorrhagie intestinale qu'en ce moment même il vient d'observer chez un autre malade, jeune homme de 19 ans, et placé dans de mauvaises conditions hygiéniques. L'hémorrhagie qui s'est montrée, à diverses reprises, pendant une huitaine de jours, n'a paru céder qu'à l'usage de quatre potions, prises successivement, et dans lesquelles entraient 4 grammes d'extrait mou de quinquina et autant d'extrait de ratanhia. Cette hémorrhagie n'a pas empêché la maladie de marcher régulièrement, et aujourd'hui le malade est en convalescence.

M. Perrin croit qu'il n'y a pas lieu peut-être de s'effrayer autant qu'on le fait de l'apparition de ces hémorrhagies, plus ou moins abondantes, que l'on observe quelquefois dans le cours de la fièvre typhoïde. Pour son compte, il assure en avoir vu un bon nombre, et, le plus ordinairement, les malades n'en sont pas moins arrivés à la guérison.

M. Bonnassies raconte ensuite qu'il a été, il y a quelques jours, appelé près d'une femme en travail et chez laquelle, malgré des douleurs énergiques, l'accouchement ne faisait aucun progrès. Le toucher permit de reconnaître une occlusion presque complète du col, dont l'orifice était remplacé par une sorte de bourrelet, dur, résistant et inextensible. Cet état du col provenait d'un accouchement antérieur, dans lequel une application de forceps était devenue nécessaire. Cette malade, qui se trouvait logée dans un grenier, a été envoyée à l'hôpital pour y subir l'opération du débridement.

M. Trèves regrette que notre confrère n'ait pas procédé lui-même au débridement devenu nécessaire, et permis par là à cette femme d'accoucher chez elle, attendu que, selon lui, il n'est aucun logement dans Paris, quelque insalubre et infect qu'il soit, qui ne soit préférable au meilleur lit d'hôpital, pour toute femme *en état de couches*.

M. Auguste Mercier suppose que, dans le fait rapporté par M. Bonnassies, il sera survenu une gangrène ou une suppuration du col, à la suite des déchirures qu'il aura subies à cause de l'application du forceps, ou par le fait même de l'accouchement. A cette occasion, M. Mercier demande si les cautérisations au fer rouge, dont on use si largement aujourd'hui, ne sont pas capables d'amener ces cicatrices rétractiles de l'orifice du col utérin.

M. Perrin affirme qu'on n'observe rien de semblable à la suite des cautérisations au fer rouge. Par ces cautérisations, chez les femmes dont le col est déchiré, mamelonné, état dû à des accouchemens antérieurs, on refait des cols pour ainsi dire vierges, dont le tissu offre plus tard au toucher une consistance parfaitement physiologique. Aussi, dans le cas d'une grossesse ultérieure, tout se passe-t-il comme à l'ordinaire. Notre confrère ajoute que des femmes enceintes, à leur insu et à celui du chirurgien, ont même pu subir impunément une cautérisation au fer rouge, sans avorter !

Une discussion s'élève ensuite entre plusieurs membres sur les avantages et les inconvéniens des incisions que l'on pratique sur le col, dans le cas de rigidité de son orifice, pendant le travail de l'accouchement. Un membre croit que, avec de la patience, les cols rigides finissent le plus souvent par s'ouvrir, et que les incisions, rarement utiles et indispensables, ne sont pas sans danger. Il croit pouvoir rapporter à de semblables incisions, une obstruction complète de l'orifice du col utérin, observée par lui chez une femme, à la suite d'un accouchement, qui fut suivie de tous les accidens d'une rétention mécanique des règles pendant dix-huit mois. Pendant tout ce temps, cette rétention et sa cause avaient été complètement méconnues. On ne doit donc que dans des cas extrêmement rares recourir à cette opération.

M. le docteur Moreau ajoute que les incisions ont cet autre inconvénient de donner lieu parfois à des accidens puerpéraux quelquefois très inquiétans, surtout sous l'influence de certaines constitutions médicales. On sait, en effet, que, dans certaines circonstances, la moindre plaie, la plus petite déchirure, tout accident de traumatisme, en un mot, peut, chez les nouvelles accouchées, devenir le point de départ d'états morbides alarmans.

M. Henri Labarraque dit quelques mots dans le même sens.

Le Secrétaire général, Dr Perrin.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

SUR LA NATURE DE L'EMPOISONNEMENT PAR LA VAPEUR D'ESSENCE DE TÉREBENTHINE.

La Villette (Paris), avril 1855.

Monsieur le rédacteur,

M. Marchal de Calvi m'ayant fait l'honneur de citer mon nom dans son beau *Mémoire sur l'empoisonnement par la vapeur d'essence de térebenthine*, je regarde comme un devoir de dire encore une fois ma pensée sur l'action de la vapeur dont il s'agit : peu de mots suffiront pour cela.

Et d'abord, je regrette beaucoup d'être en dissidence sur un point avec le savant professeur du Val-de-Grâce, mais je persiste à croire que la vapeur d'essence de térébenthine et beaucoup d'autres sont brûlées en partie, dans le poumon, par l'oxygène inspiré en même temps que ces vapeurs, ce qui donnerait lieu au phénomène de l'*asphyxie par substitution*. Toutefois, je ne nie pas, je l'admets, au contraire, le fait observé par M. Marchal de Calvi, de l'action spéciale de la vapeur d'essence de térébenthine sur l'axe cérébro-spinal.

Cependant, je dois le dire, j'ai vu employer, il y a quarante ans de cela, l'*essence de térébenthine liquide* à des doses très élevées (15 grammes), sans aucun inconvénient pour le malade.

Le médecin qui prescrivait l'essence de térébenthine à des doses si élevées était aussi recommandable par sa prudence et sa probité que par son vaste savoir : c'était le docteur Lecheverel, du Havre. Je suis heureux d'avoir l'occasion de payer ce nouveau tribut de haute estime à sa mémoire vénérée.

L'innocuité relative de l'essence de térébenthine à l'état liquide ne pourrait-elle pas être expliquée, jusqu'à un certain point, par son insolubilité ?

Mais que la vapeur d'essence de térébenthine agisse d'une façon ou d'une autre sur l'économie animale, ce qui résulte clairement de mes observations et surtout de celles de M. Marchal de Calvi, et c'est là le point capital, c'est que *la vapeur d'essence de térébenthine est toxique, conséquemment que le séjour des appartemens nouvellement peints à l'essence est toujours dangereux et souvent mortel*. La presse médicale, à mon avis, ne saurait trop insister sur ce point.

Les lecteurs de l'Union Médicale qui voudraient connaître à fond mes vues sur ce sujet, les trouveront développées dans le *Répertoire de pharmacie de Bouchardat*, pour le mois de janvier 1848, et dans l'*Ami des sciences* des 23 et 30 décembre 1855, 13 et 20 janvier 1856.

Si vous pensez, Monsieur le rédacteur, que cette lettre puisse être lue avec quelque intérêt par les abonnés de l'Union Médicale, je vous prierai de la leur offrir.

Dans tous les cas, je la recommande, et je me recommande moi-même à la bienveillante indulgence à laquelle vous m'avez depuis longtemps accoutumé.

Veuillez agréer, etc. Boutigny, d'Evreux.

COURRIER.

Le corps médical de Paris, si cruellement éprouvé depuis quelque temps, vient de faire une nouvelle et douloureuse perte. M. Vidal (de Cassis) a succombé, mardi matin, à la maladie dont il était atteint depuis plusieurs années, maladie qui avait présenté des alternatives fréquentes de bien et de mal, mais qui a pris tout à coup, dans ces derniers jours, le plus haut degré de gravité. M. Vidal meurt à 52 ans, au milieu d'une carrière remplie par des travaux remarquables, que, dans un autre moment, nous essaierons de caractériser en leur rendant hommage. C'est quand il commençait à jouir d'une position laborieusement et vaillamment conquise que M. Vidal est enlevé à sa famille. Comme Leuret, comme Valleix, il fait naufrage en touchant le port. Triste et trop fréquente condition des hommes de notre profession, de cette profession, quand on reste comme Vidal dans les voies honorables et dignes, qui ne donne de résultats qu'après vingt ans de labeurs et de luttes.

M. Vidal était agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de la Société de chirurgie et de plusieurs autres Sociétés savantes, chevalier de la Légion d'honneur, lauréat de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine, etc.

A ces titres, nous devons en ajouter un autre, que nous serions ingrats, nous journalistes, de ne pas mentionner ici. M. Vidal était un vétéran de la Presse médicale ; c'est par elle et avec elle qu'il débuta à Paris, dans le journal la *Clinique*, puis, dans la *Lancette*, et successivement dans le *Journal hebdomadaire*, la *Presse médicale*, les *Annales de la chirurgie*, dont il fut un des collaborateurs les plus actifs et auxquels il prêta son style incisif, son esprit pénétrant et délié, et son rare talent de critique.

M. Vidal a publié les ouvrages suivans :

Traité de pathologie externe et de médecine opératoire, 5 vol. ; quatre éditions.

Traité des maladies vénériennes, 1 volume ; deux éditions.

Essai sur un traitement méthodique de quelques maladies de la matrice ; in-8°.

De la cure radicale du varicocèle par l'enroulement des veines ; in-8°.

Du cancer du rectum, etc. ; in-8°.

Des hernies ombilicales et épigastriques, etc. ; in-8°.

Des inoculations syphilitiques, etc. ; in-8°.

Notice sur Dupuytren ; in-8°.

La médecine opératoire doit à M. Vidal plusieurs procédés et modifications qui sont restés dans la pratique, tels que les opérations en plusieurs temps, et l'invention ingénieuse et véritablement utile de ces petits instrumens connus sous le nom de *serres-fines*.

Les obsèques de M. Vidal auront lieu demain, jeudi, à 10 heures précises du matin, à l'église Saint-Eugène.

On se réunira à la maison mortuaire, rue de Trévise, n° 45.

Amédée Latour.

— Nous avons encore une nouvelle perte à annoncer, c'est celle de M. Le Vaillant, docteur en médecine, médecin du Bureau de bienfaisance du 10me arrondissement, et du 5me Dispensaire de la Société philantropique, chirurgien aide-major du 18me bataillon de la garde nationale de la Seine, décédé le 14 avril 1856, dans sa 43me année.

— Un journal politique a publié les premiers incidens d'un procès en dommages-intérêts intenté par un malade à l'un de nos plus honorables chirurgiens des hôpitaux de Paris. Nous sommes heureux de pouvoir annoncer, d'après des renseignemens précis, que les faits publiés par ce journal n'ont aucune valeur, et que notre honorable confrère n'a rien à redouter de l'enquête qui a été ordonnée par le tribunal.

Revue pharmaceutique de 1855, supplément à l'**Officine pour 1856**, par Dorvault, pharmacien, directeur-fondateur de la pharmacie centrale des pharmaciens de France.

Recueil annuel présentant le Résumé complet de ce que les journaux spéciaux ont publié d'intéressant pour les pharmaciens, les médecins et les vétérinaires, pendant l'année qui vient de finir, en pharmacotechnie, chimie, physiologie, thérapeutique, histoire naturelle, toxicologie, hygiène, économie industrielle, économie domestique, etc. ; grand in-8. Prix : 1 fr. 50 c. pour Paris, et 2 fr. *franco* par la poste.

A Paris, chez Labé, libraire, 23, place de l'École-de-Médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 48. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 19 Avril 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS : Du charlatanisme médical qualifié et puni comme délit d'escroquerie. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hospice de Bicêtre, M. Moreau) : Cas remarquable d'atrophie musculaire progressive, compliqué de démence. — III. PATHOLOGIE : Remarques sur l'oblitération de l'artère pulmonaire par des caillots sanguins. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie des sciences). Séance du 7 Avril : Influence de la proportion du phosphate de chaux contenu dans les alimens sur la formation du cal. — Phénomènes physiques et chimiques de la contraction musculaire. — V. RÉCLAMATION : Lettres de MM. V. Delioux et Jules Parrot. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Causeries.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

DU CHARLATANISME MÉDICAL QUALIFIÉ ET PUNI COMME DÉLIT D'ESCROQUERIE ;

Par le docteur Ambroise TARDIEU.

Le charlatanisme, ainsi qu'on l'a dit, est la plaie honteuse de la profession médicale. Nulle part il ne s'exerce avec plus d'impudence, et, il faut le reconnaître, avec plus de liberté que dans ces matières où la crédulité, d'une part, se montre si empressée et si facile, et où, de l'autre, la répression trop illusoire n'est souvent qu'un nouveau moyen de publicité et de réclame. Jamais aussi il ne s'est produit d'une manière plus dangereuse qu'à l'époque actuelle, au milieu de cet esprit général de spéculation qui s'est répandu de toutes parts dans la société, et jusque dans les professions les plus libérales. De là, cette indignation unanime des hommes honnêtes, ces réclamations incessantes adressées au pouvoir, cette ardeur à implorer des lois nouvelles protectrices de la santé publique.

Cependant l'excès du mal devait, comme il arrive dans plus d'une circonstance, provoquer un effet salutaire et engendrer les moyens sinon d'arrêter, du moins d'atténuer les progrès de cette plaie vivace.

Le congrès médical tenu à Paris en 1845, se plaçant au point de vue de l'intérêt professionnel, qui ne peut, il est vrai, se séparer ici de l'intérêt public, avait cherché un remède dans l'institution de collèges médicaux d'arrondissement chargés d'adresser aux autorités administratives et judiciaires les demandes et réclamations relatives à l'exercice illégal de la médecine ou de la pharmacie. A défaut de ces institutions nouvelles, que la loi seule aurait pu consacrer, les associations médicales, et, avant toutes, l'Association de prévoyance des médecins de Paris ont plus d'une fois rempli cette utile mission en prenant l'initiative d'une surveillance assidue et d'une dénonciation légale des fraudes du charlatanisme.

Dans le mémoire qu'elle présenta à la Chambre des pairs, en 1847, sur le projet de loi relatif à l'enseignement et à l'exercice de la médecine, l'Association des médecins de Paris réclamait expressément la répression efficace et énergique des actes de charlatanisme, tels que affiches, annonces, distribution d'imprimés, etc., que se permettent certains docteurs en médecine.

L'Académie de médecine, sollicitée, dès 1842, par un manifeste éloquent du professeur H. Royer-Collard, d'établir, dans son sein, une commission spécialement chargée de veiller à l'exécution des lois relatives à la médecine et à la pharmacie, de rechercher les cas dans lesquels ces lois peuvent être enfreintes, et de déférer, au besoin, les délits de ce genre à l'autorité compétente, dans le but d'en obtenir la répression, l'Académie s'est, depuis cette époque, montrée de plus en plus sévère dans ses appréciations, qui avaient trop souvent servi de manteau aux plus coupables manœuvres des charlatans.

Les écoles de pharmacie et les jurys médicaux ont aussi, dans la mesure de leurs attributions, concouru efficacement à la répression des abus, et l'administration supérieure, par des instructions émanées du comité consultatif d'hygiène publique, a guidé leur action dans l'exécution des mesures législatives qui régissent l'exercice de la pharmacie et la vente des médicamens. Enfin, il n'est presque pas d'année où le Conseil de salubrité du département de la Seine n'ait fait entendre avec autant d'autorité que de persévérance les plus justes observations sur les progrès du charlatanisme, et n'ait appelé sur ceux qui s'y livrent les sévérités de l'administration, exemple suivi avec un zèle très louable par un grand nombre de conseils d'hygiène et de salubrité des départemens, notamment par ceux du Rhône, de la Loire-Inférieure, de l'Aube, de la Nièvre.

Mais ce concours unanime, ces efforts réunis de tant d'autorités si compétentes et si considérables, ne devaient produire que des résultats bien incomplets et bien précaires, s'ils n'étaient soutenus par une législation pénale efficace et par une jurisprudence ferme et éclairée. Or, personne ne conteste que la législation actuelle ne soit impuissante à réprimer tous les abus, et que, dans la plupart des cas, la pénalité dont elle frappe ceux qu'elle peut atteindre ne soit tout à fait insuffisante. Mais cette législation même ne laisse pas la justice aussi complétement désarmée qu'on le pense. La sagesse des juges sait y trouver le droit et les moyens d'élever le châtiment en proportion de la gravité des délits.

Une jurisprudence récente, aujourd'hui consacrée par deux arrêts de la Cour suprême et par un arrêt souverain de la Cour impériale de Paris, a restitué à certains faits de charlatanisme leur véritable caractère, en leur appliquant la qualification d'escroquerie et les peines que ce délit encourt. C'est ce fait considérable, destiné à exercer une si haute et si salutaire influence sur la dignité et sur les intérêts de la profession médicale qu'il nous a paru utile de mettre en lumière et de consigner dans nos annales, en en faisant ressortir l'importance.

Sans doute, les formes du charlatanisme sont trop nombreuses et trop variées pour que cette juste et rigoureuse interprétation de la loi puisse s'appliquer à toutes ; mais le texte des arrêts que je vais citer et les détails dans lesquels je vais entrer au sujet d'une des affaires qui ont été ainsi jugées, montreront qu'elles atteindront au moins les plus graves abus, les manœuvres les plus compromettantes pour la santé publique, non seulement de la part de ceux qui exercent illégalement, mais de ceux qui déshonorent, par les actes les plus coupables et les plus honteux, un titre qu'ils ont le droit de porter, mais dont ils sont indignes.

Nous ne pouvons essayer d'indiquer ici, et d'ailleurs il n'en est pas besoin, les innombrables procédés, les inépuisables mensonges auxquels peut recourir le charlatanisme ; mais il est une forme qui les résume presque tous, et qui, par sa généralité, par le système organisé qu'elle révèle, par l'étendue incroyable de ses spéculations frauduleuses, constitue à vrai dire un fléau pour la santé publique et pour la médecine elle-même. Nous voulons parler de ces hommes qui, se disant inventeurs de médications inconnues et infaillibles, s'adressent, par les mille voix d'une désastreuse publicité, à l'impatience et au désespoir des malheureux atteints de maladies chroniques ou de quelques-unes de ces affections incurables qui déjouent tous les efforts de la science, et pour lesquelles ils ne craignent pas de promettre une guérison prochaine et assurée.

Et qu'on ne vienne pas dire qu'il s'agit ici de doctrines médicales plus ou moins discutables, de méthodes thérapeutiques pouvant donner lieu à des dissidences d'opinions, mais non à des imputations de mensonge et d'escroquerie. Lorsque la justice, dans des questions de cette nature, croit devoir recourir à une expertise, et demande un avis aux hommes qu'elle honore de sa confiance, ceux-ci, pour être à la hauteur de cette mission, doivent avant tout s'attacher à maintenir les questions qui leur sont posées sur leur véritable terrain, c'est-à-dire sur celui des principes les plus incontestables de la science et de la pratique la plus généralement admise. Ils doivent s'attacher à déterminer les limites de la puissance de l'art, à fixer les bases de toute saine appréciation médicale. Ils ont le droit et le devoir, si l'on se vante par exemple de guérir radicalement et sûrement la phthisie et le cancer, de démentir ces annonces mensongères. Et dans des cas semblables, il ne se trouvera pas un tribunal qui se refuse à admettre que ces promesses de guérison certaine, qui ne reposent sur aucun examen, qui s'adressent d'une façon banale et par correspondance, sous une forme toujours identique, à toutes les maladies indistinctement, ne peuvent être qu'un leurre, et que de telles manœuvres ne pourraient être assimilées à la pratique sérieuse et loyale de l'art de guérir. Pour moi, je déclare que jamais je n'ai mieux senti l'honneur des fonctions délicates du médecin-expert, que, lorsque appelé à éclairer la justice sur des faits de charlatanisme médical, je me voyais en quelque sorte chargé de représenter la dignité de la science et l'honorabilité de la profession médicale. On se trouverait bien faible pour une pareille tâche, si l'on ne puisait des forces, non dans les convictions plus ou moins assurées d'une opinion personnelle, mais dans les éternels principes de la médecine traditionnelle.

Les faits de la nature de ceux auxquels je fais allusion ne sont presque jamais bornés à des abus commis par d'indignes médecins ; derrière ceux-ci se placent presque toujours des pharmaciens ou des prête-noms qui se font leurs complices. Notre très honorable collègue, M. Cheval-

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Émotion des agrégés de l'École de Paris. — Projets attribués à M. le doyen. — Les suppléans et les agrégés. — Retour aux principes. — Un nouveau procès en responsabilité. — Irritation à Bordeaux. — Le monde médical à Athènes.

Le corps des agrégés de la Faculté de médecine de Paris a éprouvé, ces jours derniers, une émotion assez vive pour qu'il y ait eu réunion de ses membres, délibération et démarche auprès de M. le doyen. Le motif de cette agitation est l'intention qu'aurait manifestée M. le doyen de provoquer la création d'un certain nombre de professeurs suppléans chargés de faire les cours de quelques professeurs titulaires, que leur grand âge ou des infirmités éloignent de leur chaire. Ces suppléans partageraient avec les titulaires les émolumens attachés au titre de professeur ; il leur serait accordé, dit-on, un avantage bien plus considérable, et, toujours d'après les intentions supposées de M. le doyen, ils auraient de droit la survivance de la chaire dont ils auraient suppléé le titulaire.

Incomplétement renseigné sur les projets que l'on prête à M. le doyen, je ne peux dire si les bruits qui courent à cet égard sont plus ou moins fondés. J'ai cependant certaines bonnes raisons de croire que si M. le doyen a manifesté quelques idées à l'égard de l'institution de professeurs suppléans, ces idées seraient jusqu'ici tout à fait particulières à M. P. Dubois, une opinion individuelle qu'il aurait certainement le droit d'émettre et de soutenir, mais que cette idée, cette opinion, ce projet n'auraient pas encore agité les régions plus élevées de l'administration de l'instruction publique.

Il n'y a donc, c'est mon opinion, ni utilité ni opportunité à s'occuper d'une question qui, véritablement, n'est pas à l'ordre du jour. Quelle que soit l'autorité de M. le doyen en pareille matière, il n'est pas probable qu'un projet de cette nature soit adopté sans que le Conseil supérieur de l'instruction publique en soit saisi, sans que celui-ci consulte à son tour la Faculté de médecine. J'ajoute que je me suis fait, et avec raison certainement, une trop haute idée des aptitudes administratives et des intentions éclairées de M. le doyen, pour ajouter une grande créance à ces petits projets qu'on lui suppose, de réorganisation partielle de l'enseignement, quand nul n'est mieux placé que lui pour voir et pour comprendre que c'est par un plan d'ensemble, plan qui embrasse à la fois l'enseignement et l'exercice, qu'il sera possible de modifier ou de changer l'état actuel des choses pour lequel, on le sait, nous n'avons pas de très grandes tendresses. Séparer les intérêts scientifiques du corps médical de ses intérêts professionnels, sera toujours faire œuvre incomplète, stérile, fausse et dangereuse. Ces deux élémens de la question médicale sont connexes. Ce fut l'erreur d'Orfila, dans les jours de sa plus grande puissance, de ne pas être saisi de cette connexité, erreur qu'il reconnut dans les derniers temps de sa vie, comme j'eus le bonheur de le constater par les entretiens qu'il me fit l'honneur d'avoir avec moi. Perfectionner l'enseignement sans améliorer simultanément les conditions d'exercice, c'est rendre la profession plus malheureuse encore qu'elle ne l'est. C'est triste à dire, mais c'est la vérité la plus vraie, plus vos élèves sont savans et distingués, plus vous leur préparez de difficultés et d'embarras pour le choix des localités où ils voudront, où ils pourront aller exercer leur profession. Les meilleures chances, aujourd'hui, sont pour les médecins de second ordre qui n'ont pas l'imprudence de se fixer dans les grandes villes. J'appelle avec douleur toute l'attention de M. le doyen de la Faculté de Paris et celle des autres Facultés sur la situation actuelle. Si l'on n'y prend garde, le nombre des docteurs qui sortent de nos Facultés ne balancera bientôt plus le nombre des officiers de santé qui sortent des Écoles préparatoires. Quelques-unes de ces Écoles ont autant d'élèves que la Faculté de Montpellier, plusieurs en ont beaucoup plus que la Faculté de Strasbourg. De sorte que vous roulez dans ce cercle vicieux que plus vous élèverez l'enseignement des Facultés, plus vous ferez les affaires des Écoles préparatoires ; que plus vous entourerez le doctorat de garanties de science et de capacité, plus vous multiplierez les médecins du second ordre. Qui oserait donc soutenir, après cela, qu'enseignement et exercice ne sont pas deux termes d'une même question, et que s'occuper de l'un, en négligeant l'autre, n'est pas commettre une grave inconséquence ?

Mais, en vérité, tout cela a été dit si souvent ici, que j'éprouve une sorte de répugnance à y revenir encore.

Quant à l'émotion des agrégés, si elle a été prématurée, elle était légitime. On ne comprend pas bien ce que deviendrait l'institution de l'agrégation avec le système des professeurs suppléans. Ces deux choses ne peuvent subsister ensemble, c'est évident. L'agrégation telle qu'elle existe, est une institution assez amoindrie pour qu'elle ne puisse subir aucune nouvelle atteinte. Cependant, tout amoindrie qu'elle est, c'est une institution utile, dont le personnel se recrute au concours, et qui, par cela même, présente des garanties précieuses. Ce n'est pas sa faute si elle ne rend pas plus de services ; ce qui est certain, c'est qu'elle est à la hauteur de ceux qu'on pourrait lui demander. On concevrait qu'on cherchât à élever cette institution, à agrandir son cercle d'action, à mieux utiliser tous les élémens qu'elle renferme ; mais on ne conçoit guère le système des suppléans avec survivance assurée, c'est-à-dire avec la condition la plus certaine de la perte de toute émulation d'un côté, de toute espérance de l'autre.

Du reste, nous répétons que, ne connaissant pas suffisamment les projets en question, si projets il y a, nous ne pourrions sans crainte d'erreur et peut-être d'injustice, nous livrer à leur examen critique. Pour nous, tous les embarras de la situation viennent de l'oubli de deux grands principes, auxquels on reviendra, c'est notre foi et notre espoir : professorat à temps, avec condition de large et honorable retraite ; recrutement de l'enseignement par le concours, avec garanties efficaces et sérieuses.

Mais une autre émotion non moins vive et qui sera plus générale se prépare pour le corps médical ; c'est une nouvelle affaire en responsabilité, terrible question, épée de Damoclès suspendue sur la tête de tous les praticiens. Dans l'affaire à laquelle je fais allusion, la question se présente sinon sous un aspect nouveau, du moins dans des circonstances nouvelles ; ce n'est plus un fait de pratique privée qui est incriminé, mais un fait de pratique publique et nosocomiale ; ce n'est plus

lier, a pu, dans plus d'une circonstance, et notamment dans celle que nous allons rappeler, apporter à la justice le tribut de son expérience sur cette plaie non moins honteuse de la pharmacie. L'un des moyens les plus usités dans l'espèce de charlatanisme dont nous parlons, consiste à faire exécuter par un pharmacien associé, ou plus souvent mercenaire, des formules désignées soit par des numéros, soit de toute autre façon mystérieuse.

Déjà dans son beau livre de la *Jurisprudence de la médecine en France*, livre rempli d'enseignemens et parfois de si tristes révélations, M. Trébuchet avait parfaitement caractérisé ce grave et déplorable abus. Ces médecins, propriétaires réels ou apparens d'une pharmacie, « auront, dit-il, à leur disposition, tous les moyens de captation, de séduction et de charlatanisme pour entraîner le public dans des dépenses dont eux seuls et leurs prête-noms auront connaissance, ils désigneront leurs formules par des numéros ou par des noms de convention non usités dans l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Le cumul des deux professions de médecin et de pharmacien par une même personne présente cela d'immoral, que l'on est autorisé à penser que la personne qui ordonne les médicamens étant celle qui les vend, est intéressée à en exagérer le prix et la quantité, au préjudice du malade, dépourvu de tout moyen de contrôle, et entraîné d'ailleurs par la confiance illimitée et naturelle qu'un malade place toujours dans l'homme de l'art dont il reçoit les avis.

» Or, cet inconvénient est le même, lorsque deux personnes se réunissent dans un intérêt commun. Il est évident que, lorsqu'un malade se présente chez un pharmacien avec une ordonnance de médecin, formulée dans le style ordinaire et intelligible pour toutes les personnes de cette profession, il y a une concurrence nécessaire, il peut s'adresser à celui qui le traite le plus favorablement, et la vérification possible de la qualité et de la quantité des drogues qui entrent dans un médicament, fait que celui-là même qui le donnera à bas prix, sera obligé encore de le donner de bonne qualité.

» Mais lorsqu'un médecin délivre une ordonnance en chiffres ou dans un style de convention qui n'est connu que de son associé; qu'il demande, par exemple, un opiat *A* et une potion *B*, ou l'un de remèdes à tous les maux que l'on trouve dans une foule de pharmacies, il est évident qu'il n'y a plus de concurrence possible, et que le public est livré sans défense à la cupidité de ceux qui l'exploitent, cupidité d'autant plus exigeante, que les bénéfices doivent être partagés. »

L'auteur de ce tableau saisissant regrette le silence de la loi à ce sujet; mais il a lui-même éloquemment démontré l'importance qu'il y aurait à pouvoir trouver dans la loi les moyens de réprimer de tels abus, et dans une jurisprudence consacrée, la certitude de les atteindre en leur appliquant, à titre de complicité, la qualification d'escroquerie qui doit frapper le charlatanisme médical.

Ces observations n'étaient pas inutiles pour faire apprécier la portée des trois arrêts que nous allons citer, et sur lesquels nous désirons appeler l'attention du corps médical, qui y verra un témoignage de la sollicitude vigilante et de la ferme protection de la magistrature pour sa dignité et ses intérêts les plus légitimes.

I. — Arrêt de la Cour de cassation (du 5 novembre 1853).

Rejet du pourvoi du nommé Adrien-Félix Charpeaux contre le jugement rendu sur appel par le tribunal de Coutances, le 13 août 1853, qui le condamne à trois mois de prison, 15 fr. d'amende, etc.

« La Cour...,

» ..... Attendu qu'il résulte des motifs du jugement que le demandeur a publié des prospectus sous son prénom d'*Adrien*, et dissimulé son nom de famille sous lequel il avait encouru deux condamnations, et que, pour persuader aux malades qu'il visitait l'existence d'un pouvoir imaginaire et l'espérance d'un succès, il a employé des manœuvres frauduleuses, consistant, notamment, dans la délivrance de remèdes qu'*il savait* être inefficaces, et de prescriptions incapables de produire les bons effets qu'*il annonçait*; que ces déclarations mensongères, appuyées de manœuvres frauduleuses, et à l'aide desquelles il a escroqué partie de la fortune d'autrui, ne constituent pas seulement des actes de *charlatanisme*, mais présentent tous les caractères du délit d'escroquerie;

» Que les juges du tribunal de Coutances ont donc fait une saine application de l'article 405 du Code pénal; rejette. »

II. — Arrêt de la Cour de cassation (du 31 mars 1854).

Rejet du pourvoi formé par Joseph-François Tirat dit de Malmort, docteur en médecine, contre l'arrêt de la Cour impériale d'Amiens (chambre correctionnelle, du 10 février 1854, qui l'a condamné à quinze mois de prison pour escroquerie.

» La Cour...,

» Sur le moyen unique de cassation tiré de ce que l'arrêt attaqué n'a pas spécifié les moyens frauduleux à l'aide desquels le prévenu s'est procuré les certificats par lesquels il appuyait ses manœuvres tendant à persuader l'existence d'un crédit imaginaire ou d'un pouvoir chimérique;

» Attendu que l'arrêt attaqué ne s'est pas borné à constater l'existence, de la part du docteur Tirat, d'annonces mensongères distribuées dans diverses localités, par lesquelles il vantait sa méthode de traitement des maladies déclarées *incurables* par les autres médecins, et que ces certificats se trouvaient revêtus de signatures, qu'à l'aide de moyens frauduleux Tirat avait obtenues de personnes dont les fonctions et la position étaient de nature à faire croire à la vérité des faits attestés;

» D'où l'arrêt attaqué a conclu que de semblables publications constituaient, de la part du prévenu, l'emploi de manœuvres frauduleuses;

» Attendu que l'arrêt attaqué constate enfin qu'en promettant à ses malades la guérison, ce docteur savait que son pouvoir était imaginaire, et n'avait d'autre but que de faire accepter à un prix excessif ses prescriptions et les remèdes dont il était lui-même le distributeur, au détriment des pharmaciens établis dans les lieux où il opérait;

» Attendu que, par cette constatation des faits, l'arrêt attaqué a suffisamment établi l'emploi des manœuvres frauduleuses, qui est un des élémens du délit prévu par l'art. 405; rejette. »

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

Hospice de Bicêtre. — M. Moreau (de Tours).

CAS REMARQUABLE D'ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE, COMPLIQUÉE DE DÉMENCE;

Observation recueillie par M. Benjamin Ball, interne du service.

Un fait remarquable, et que nous croyons unique dans la science, vient de se produire dans le service de M. Moreau.

Depuis que les travaux de M. Cruveilhier ont attiré, sur l'atrophie musculaire progressive, une attention toute spéciale, on s'était accoutumé à rattacher, d'une manière générale, les symptômes observés pendant la vie, à une lésion siégeant dans les cordons antérieurs de la moelle, source de la motilité et de l'innervation musculaire; et cette manière de voir paraissait justifiée par l'intégrité absolue des fonctions cérébrales.

Dans l'observation suivante, où l'atrophie musculaire, après s'être lentement développée pendant plusieurs années, semble avoir préparé les voies à la démence, n'y aurait-il pas lieu de croire que les désordres se seraient propagés de la périphérie au centre du système nerveux?

M. de V..., ancien militaire, est entré à Bicêtre, le 16 mars 1856.

D'après les renseignemens puisés auprès de la famille, rien d'héréditaire ne caractérise la maladie mentale qui l'a conduit à Bicêtre: ses parens, l'un et l'autre sains d'esprit et bien constitués, ont succombé à des affections étrangères au système nerveux.

A 18 ans, le jeune homme, alors fortement constitué, et n'ayant éprouvé aucune des maladies propres à l'enfance, s'est engagé comme simple soldat dans les chasseurs d'Afrique; il est resté dans ce corps jusqu'à l'âge de trente ans. Sans avoir jamais eu de fièvre intermittente ni de maladie grave, il est tombé, pendant son séjour sous les drapeaux, dans une mélancolie profonde, qui s'explique d'ailleurs par les inconvéniens d'une position qui n'était en rapport ni avec sa naissance, ni avec son éducation. Les personnes qui l'ont connu à cette époque, tout en lui reconnaissant une intelligence supérieure à sa position, lui reprochent des travers d'esprit, des distractions risibles, des emportemens sans motifs, qui, pendant son séjour à l'armée l'ont fait accuser d'excentricité par tous ses camarades.

A 30 ans, il avait acquis le grade de sergent-major, lorsqu'il reçut un coup de sabre au genou gauche, qui le contraignit à quitter le service: au reste, les suites de cet accident se sont depuis longtemps dissipées.

Rentré dans la vie civile, il avait embrassé la profession d'ingénieur qu'il exerçait avec succès, lorsque les premiers symptômes de l'atrophie musculaire vinrent, en 1837, l'astreindre à suivre un traitement médical: une paralysie des muscles élévateurs de l'épaule et des extenseurs de la tête, a été le point de départ de la maladie, qui s'est bientôt généralisée dans toute l'étendue des membres supérieurs. Des frictions ammoniacales, des cautérisations transcurrentes, un régime approprié, ont permis au malade, six mois plus tard, de reprendre ses travaux; deux ans après, il s'est marié.

La guérison était cependant loin d'être complète: la paralysie du deltoïde rendait l'élévation du bras droit impossible; le malade y suppléait par les mouvemens du coude: l'affaiblissement des extenseurs laissait osciller la tête à droite et à gauche, et donnait à sa démarche un caractère singulier. Cet état a persisté sans interruption jusqu'à l'aggravation des symptômes à une époque plus avancée de la maladie.

Après un long intervalle de santé, pendant lequel il a eu trois enfans, dont le premier est mort en bas âge, le malade a vu la paralysie musculaire reprendre son cours. Des revers de fortune inattendus avaient changé son caractère et l'avaient plongé dans la mélancolie: il en était même venu à éprouver des accès de gastralgie, lorsqu'un matin, il y a six ans, il s'aperçut en voulant se raser, que l'index et le médium de la main droite lui refusaient leur service: surpris, il réitère le mouvement, il examine le jeu de ses doigts, et parvient à se convaincre qu'ils sont partiellement paralysés. A partir de cet instant, la gêne des mouvemens n'a fait que croître tous les jours; bientôt il lui devint difficile de tenir et diriger une plume: peu de temps après, on vit les mouvemens du pouce et du petit doigt subir les mêmes altérations, et depuis quatre ans, les éminences thénar et hypothénar ont entièrement disparu. Il devint nécessaire de lui fabriquer un appareil à l'aide duquel il parvint longtemps encore à guider sa plume.

En même temps, la main gauche, d'abord intacte, a commencé à s'atrophier d'une façon semblable, et de part et d'autre les muscles de la main, ceux de l'avant-bras qui communiquent le mouvement aux doigts, se sont graduellement effacés. Le bras n'a point participé à l'amaigrissement; encore aujourd'hui le biceps et le triceps paraissent bien nourris. L'atro-

---

un humble et modeste praticien qui est mis en cause, c'est un membre de la médecine officielle, un chirurgien d'hôpital, un académicien, un chirurgien de talent et de renom. Nous avons dit un mot, un seul mot de cette affaire dans notre dernier numéro; nous garderons encore aujourd'hui la même prudente réserve. Nous connaissons la susceptibilité de la magistrature à l'endroit de la presse; aussi, dans l'intérêt d'une cause pour laquelle nos sympathies ne peuvent être douteuses, nous croyons devoir nous abstenir de toute réflexion jusqu'à ce que le plaignant, qui a été admis à faire la preuve des faits qu'il articule, ait fait son exhibition devant le tribunal. D'ailleurs, l'honorable confrère mis en cause prépare un mémoire explicatif, qui réduira à leur juste valeur les allégations portées devant le tribunal. Il est probable que la Société de chirurgie, à laquelle appartient le confrère mis en cause, sera saisie de cette affaire, et nous ne voyons pas pourquoi l'Académie de médecine ne le serait pas aussi. A la simple question de fait se joindra nécessairement une très grave question de principe qu'il ne faut pas craindre d'aborder, puisque l'occasion se présente, et ce ne serait pas trop du concours des Sociétés savantes et de l'Association de prévoyance pour en préparer une solution équitable.

J'ai reçu de Bordeaux une lettre officieuse et affectueuse pour laquelle je dois d'abord remercier mon honorable correspondant, et dans laquelle je vois que, d'un certain côté, du moins, mon sincère et vif appel à l'union et à la concorde n'aurait pas eu le succès que je pouvais en espérer. Je ne comprends pas bien ce qui a pu indisposer contre moi l'un des deux camps qui malheureusement existent à Bordeaux dans la famille médicale. Si à la distance où je suis des événemens, avec la connaissance, que je veux bien croire, et jusqu'à plus ample informé, imparfaite que je peux avoir des faits, si imprudemment j'avais hasardé une opinion ou exprimé un jugement, je concevrais que je me fusse attiré, et je le mériterais, l'irritation d'une partie de mes confrères bordelais. Mais pour avoir annoncé purement et simplement l'existence de divisions malheureusement trop réelles, pour avoir qualifié ces divisions de *regrettables*, seule épithète dont je me sois servi, et dans laquelle je persiste, pour avoir exprimé un regret de la retraite d'une partie considérable des membres de la Société de médecine de Bordeaux, pour avoir enfin essayé d'entr'ouvrir la porte de la conciliation, si, dis-je, pour avoir fait cela, quelques confrères de Bordeaux ne se montraient pas contens de moi, je déclarerais, à la face de l'univers, ces confrères de fort mauvais coucheurs. Mais, avant d'en venir à cette déclaration grave et solennelle, j'attendrai l'apparition de l'article qui m'est annoncé d'autre part dans un des journaux de médecine de Bordeaux, et par lequel, me dit-on, on veut *me donner sur les doigts*. Je ne crois pas un mot de tout cela, mais j'attends.

Hélas! Ce n'est pas pas seulement à Bordeaux que j'ai à signaler des guerres intestines dans la famille médicale. Notre journal qui fait échange avec toutes les publications analogues du monde savant, est par cela même renseigné non seulement sur tout ce qui touche à la science, mais encore sur tout ce qui concerne la profession, ses embarras, ses souffrances, ses misères matérielles et morales. Ne nous plaignons pas trop en France, ce n'est pas encore chez nous que la profession médicale est la plus malheureuse, la plus sujette aux caprices du public et des grands, la plus soumise aux vexations de tout genre. Je n'en donnerai aujourd'hui pour preuve qu'une succincte indication de quelques faits que je trouve dans l'*Abeille médicale d'Athènes*, journal au mérite duquel j'ai eu l'occasion et le plaisir de pouvoir déjà rendre hommage, et dont ce n'est pas la faute si les beaux jours de Cnide et de Cos, si les grandes et belles traditions de la médecine grecque ne refleurissent pas dans l'Attique.

Dans son cahier d'octobre dernier, l'*Abeille médicale d'Athènes* publia un article étendu sur la Société de médecine d'Athènes et sur les richesses scientifiques non encore exploitées en Grèce. Cet article avait pour but de montrer que la Société de médecine avait été fondée, avec la protection du roi et du gouvernement, par les principaux médecins de la Grèce, qui y avaient d'abord apporté beaucoup de zèle; que, peu à peu, ce zèle s'était refroidi, et qu'enfin les séances avaient fini par ne plus avoir lieu. Cet article faisait ressortir le dommage qui résultait de cette situation pour les progrès de l'art, pour la dignité de la médecine et pour la nation hellénique; il mettait en relief les avantages de l'esprit d'association scientifique, et il les divisait en deux parties: 1° les avantages pour la nation; 2° les avantages pour les associés. — Tout en évitant les accusations personnelles, l'article attribue la situation déplorable de la Société au manque de zèle scientifique, d'émulation et de patriotisme des médecins grecs; il insinue clairement que la cause de ce mal vient de la mauvaise distribution des faveurs et des récompenses gouvernementales; il cite notamment M. Leukias, l'un des fondateurs de la Société, son président, homme savant, plein de zèle et de mérite, écrivain des plus distingués, qui *fut destitué sans motif*, et remplacé par un professeur qui, comme membre, n'a pas siégé depuis huit ans, et qui, comme secrétaire, n'a rien fait de sa besogne, et même a perdu le sceau de la Société.

Parmi les médecins d'Athènes, un seul s'est enfui à l'approche du choléra, et pourtant ce médecin déserteur, peu de temps après, a été nommé professeur, sans examen, sans concours, sans présentation de l'école, au détriment de ceux qui s'étaient distingués par leur zèle et leurs talens. Ce médecin avait été nommé membre de la Société, il y a six ans, sur sa demande, et il n'y est pas venu une seule fois, même pour remercier la Société. — M. Reinhold, médecin et écrivain distingué, membre zélé de la Société, et un de ses fondateurs, auteur d'une grammaire albanaise et de plusieurs écrits remarquables, a été laissé sans emploi et obligé de s'en aller. En revanche, de tous les médecins grecs, un seul a eu des démêlés fâcheux avec la justice; et cependant, ce médecin a été, en juin 1853, nommé inspecteur général de la salubrité publique, quoiqu'il se déclare lui-même paralytique, et, par conséquent, incapable d'inspecter quoi que ce soit.

Voilà, selon l'article, les causes du mal signalé plus haut, c'est-à-dire du manque de zèle et d'émulation scientifique et de patriotisme. Il insinue ensuite que c'est la faute de ceux qui dirigent d'administration, et il signale un médecin haut placé, qui ayant été nommé président de la Société, n'a pas siégé une seule fois. C'est celui-là même entre les mains duquel est le sort de tous les médecins fonctionnaires, celui qui dispose de toutes les places et faveurs. Telle est la substance de cet article.

Le médecin, clairement désigné à la fin de cet article, a répondu en

phie du deltoïde, déjà ancienne, est aujourd'hui complète des deux côtés; enfin l'affaiblissement de la nuque, de degré en degré, a fini par laisser retomber entièrement la tête sur la poitrine, malgré les efforts du malade pour se raidir et dissimuler son infirmité aux yeux de l'administration dont il tirait sa subsistance.

Un traitement à l'aide de la galvanisation a été commencé, il y a cinq ans, par M. Duchenne de Boulogne, et malgré toute l'assiduité du médecin, il lui fut impossible d'enrayer les progrès du mal. Depuis plusieurs mois, le malade en a suspendu l'usage qui lui procurait des inconvéniens : à la suite d'une séance, il éprouvait de l'agitation, des douleurs, un malaise nerveux.

C'est vers cette époque que la perte de sa fille ainée, morte d'une pneumonie à 14 ans, est venue jeter le plus grand trouble dans son esprit; à partir de ce moment, son caractère, toujours emporté, devient d'une violence alarmante; son intelligence, jusque-là respectée, s'affaiblit, il perd la mémoire et se lance dans des spéculations qui achèvent de ruiner sa fortune!

Au mois de février, M. de V... présentait un état d'aliénation mentale confirmée : à ses accès de violence, il joignait une perte absolue de la mémoire; plus d'une fois, étant sorti, il lui est arrivé d'errer des journées entières dans l'intérieur de Paris, n'ayant pu retrouver son domicile. Dans une pareille circonstance, il lui est arrivé de passer une nuit entière dans les champs. On se vit obligé d'aller à sa recherche, on le ramena chez lui brisé de fatigue, et prêt à recommencer le lendemain. Il nourrissait des projets insensés, il éprouvait des craintes sans fondement; ses alimens lui paraissaient empoisonnés; sa femme et son enfant n'étaient plus à l'abri de sa colère. On n'a pas tardé à comprendre la nécessité de le transférer à Bicêtre; il y est entré le 16 mars 1856.

État actuel (16 mars). Le sujet étant dépouillé de ses vêtemens, on voit le deltoïde, de chaque côté, complétement atrophié; les éminences osseuses qu'il dissimule à l'état normal, font saillie au-dessous des tégumens, le sus et le sous-épineux ont également disparu et laissent un vide dans la fosse qu'ils sont destinés à combler. Les mouvemens de l'épaule sont impossibles. Les muscles du bras (biceps, triceps, etc.) sont bien nourris; aussi la flexion du coude se fait-elle avec facilité. L'avant-bras paraît entièrement décharné : le long supinateur, qui paraît seul avoir conservé ses dimensions normales, fait contraste, par sa saillie, à l'affaiblissement de tous les muscles voisins.

La main présente un ensemble singulier de lésions; d'une manière générale, on peut la comparer à celle du singe. Le pouce, en effet, a cessé d'être opposable : il se trouve sur la même ligne que les autres métacarpiens. Un creux prononcé existe au niveau de chaque éminence palmaire; un vide se manifeste à la face dorsale de chacun des interstices qui séparent les métacarpiens.

Les mouvemens sont entièrement abolis; le malade ne peut ni saisir ni ramasser les objets; il lui est également impossible de mettre ou d'ôter ses vêtemens.

A la nuque, les lésions sont moins prononcées; on aperçoit le bord libre du trapèze qui dessine en arrière le triangle sus-claviculaire. Le mouvement d'extension de la tête est encore possible à la rigueur. D'une manière habituelle, le malade supporte le menton en s'appuyant sur la main fermée ou sur les objets voisins. Il aime à se coucher horizontalement sur le dos, pour soulager la fatigue des extenseurs.

On ne trouve ailleurs, aucun vestige d'une atrophie musculaire: les membres inférieurs, les extenseurs du tronc, les muscles inspirateurs sont bien nourris et remplissent dûment leurs fonctions.

Au point de vue moral un calme assez grand a succédé à l'agitation qui l'avait conduit à l'hôpital. Quelquefois il parle avec assez de volubilité pour énoncer des idées incohérentes, d'autres fois, il devient impossible d'en tirer un mot; il se promène lentement dans les cours en ayant l'air de chercher quelque objet à terre. La mémoire est abolie à tel point qu'il parcourt au hasard les salles de l'établissement pour retrouver la sienne, et il se couche quelquefois dans le lit du voisin, croyant occuper le sien; sur quelques points de sa vie passée il donne encore des renseignemens précis.

L'observation qui précède soulève à coup sûr une foule de problèmes intéressans à résoudre : est-ce dans l'encéphale que la lésion des cordons moteurs se serait primitivement développée? Est-ce au contraire par une marche ascensionnelle qu'elle serait partie de l'axe médullaire pour atteindre l'encéphale? quels sont enfin les rapports qui unissent les désordres physiques aux troubles intellectuels? C'est à l'autopsie qu'il appartiendra, sans doute, de nous en livrer le secret.

PATHOLOGIE.

REMARQUES SUR L'OBTURATION DE L'ARTÈRE PULMONAIRE PAR DES CAILLOTS SANGUINS (1);

Par le docteur KLINGER, de Würtzbourg.

L'inflammation des vaisseaux est, dans beaucoup de cas, la cause de la coagulation du sang; néanmoins les causes efficientes les plus actives résident dans d'autres conditions. Ainsi, on observe une diminution de l'énergie du cœur et des organes musculaires, l'affaiblissement général, un amoindrissement de la masse du sang, avec crase particulière favorisant la coagulation, une altération des parois vasculaires, des fragmens de caillots formés autre part, détachés de ce lieu et emmenés au loin par la circulation, ainsi que Virchow l'a clairement prouvé; ou bien ce sont d'autres corps solides, comme des plaques athéromateuses détachées, des fragmens de valvules du cœur dégénérées et arrachées. Dans l'artère pulmonaire, la coagulation du sang peut se faire dans les gros troncs, dans les ramifications plus petites, ou dans les deux simultanément; elle peut déterminer d'emblée une oblitération de tout un tuyau artériel, ou un simple bouchon partiel, adhérent à la paroi; elle peut se faire rapidement ou peu à peu. Il est naturel que les symptômes varient d'après ces différens modes de production. L'oblitération des grosses branches dérive ordinairement de caillots formés autre part, celle des artères plus petites provient de toutes ces causes précédentes. Le caillot peut être dissous ou organisé dans la suite. La dissolution se fait par ramollissement, allant du centre à la périphérie et donnant naissance à une masse molle, diffluente, qui est enlevée par le courant sanguin. Il reste une cicatrice à l'endroit où le caillot adhérait au vaisseau.

1° L'oblitération des petites ramifications est très fréquente et causée, le plus souvent, par des maladies qui entravent la circulation. Tels sont l'hépatisation, les tubercules, l'infiltration hémorrhagique surtout, la pleurite, l'emphysème vésiculaire, l'athérome de l'artère pulmonaire, les maladies du cœur, surtout les rétrécissemens de l'orifice mitral. Les inflammations métastatiques par empoisonnement du sang, sont accompagnées d'autant plus souvent de cette oblitération, qu'outre la cause mécanique de la gêne de la circulation, il en existe encore une autre, la coagulabilité exagérée du sang malade.

Les symptômes qui dénotent cette affection varient d'après l'étendue de la partie malade et deviennent plus ou moins évidens, selon qu'ils sont plus ou moins couverts par les symptômes propres des maladies primitives. Avant tout, on observe une exacerbation de la dyspnée, survenant tout d'un coup et par paroxysmes, et ne s'expliquant par aucune lésion physiquement constatable; puis le refroidissement des extrémités et de la face, la sueur du front, l'anxiété, le pouls petit, filiforme, parfois absent. Tout fait craindre une mort prochaine. Ces phénomènes durent quelque temps, disparaissent ensuite pour revenir, et hâtent la fin des malades.

2° L'oblitération des grosses branches ou du tronc principal est plus rare, plus grave et accompagnée de symptômes orageux. Ses causes sont, comme nous l'avons vu, une altération des parois et de la lumière artérielle, soit par un athérôme, un anévrysme du vaisseau, des tumeurs qui le compriment, comme des ganglions bronchiques tuberculeux, des tumeurs cancéreuses, des abcès des parois, ou bien des caillots sanguins formés dans le cœur ou dans un autre vaisseau et entraînés dans cette artère. On n'a pas encore observé de ces caillots assez grands pour boucher complétement la lumière du vaisseau; mais en s'y arrêtant ils favorisent autour d'eux la coagulation du sang et deviennent ainsi le noyau d'un caillot obturant.

Les symptômes en sont si tranchés, qu'on ne peut confondre cette lésion avec aucune autre. La mort est rapide ou plus lente, mais ne se fait jamais longtemps attendre. Le malade est pris d'inquiétude, d'anxiété, de battemens de cœur tumultueux, énergiques. Tout d'un coup il survient une oppression épouvantable, la face devient livide et offre l'expression de l'anxiété la plus énorme; la respiration est pénible et se fait avec le concours de tous les muscles; elle est doublée de fréquence, 45-50; le choc du cœur qui, auparavant, ébranlait le thorax, devient faible, ne se sent bientôt plus et augmente en nombre; le pouls artériel suit ce changement; il devient de plus en plus petit, filiforme, fréquent, et ne peut plus être compté. Bientôt après, dans un cas, après une demi-heure, les extrémités deviennent fraîches, la face, qui était rouge-bleu et chaude, devient pâle, froide, se recouvre d'une sueur visqueuse, la langue se refroidit, les veines jugulaires sont gorgées de sang, mais sans ondulations. Puis surviennent des vertiges, une légère céphalalgie, un peu de difficulté dans la parole; connaissance intacte. Pas de toux ni d'expectoration; rien à la percussion et à l'auscultation, si ce n'est une respiration vésiculaire rude. Les malades gardent leurs facultés et restent plus ou moins longtemps dans cet état déplorable (dans un cas trois quarts d'heure, dans un autre trente-quatre heures); la mort survient enfin après une respiration stertoreuse.

M. Klinger rapporte 8 cas de cette affection, suivis de l'autopsie, et dont il s'est servi pour donner la symptomatologie précédente; 4 d'entre eux rentrent dans la première catégorie, les 4 autres dans la seconde. Il examine ensuite les maladies avec lesquelles on pourrait confondre l'oblitération de l'artère pulmonaire; ce sont : l'hémorrhagie cérébrale, le pneumothorax, l'emphysème vésiculaire, l'apoplexie pulmonaire, le spasme glottique et bronchique, enfin les hémorrhagies internes. Nous ne le suivrons pas dans l'exposé des signes diagnostiques; les symptômes de l'affection artérielle sont tellement tranchés, qu'en les ayant tous présens à la mémoire, on en trouvera certainement quelques-uns qui, dans tous les cas, préviendront une erreur.

Ce travail est remarquable et digne de toute l'attention des médecins, quoique, à la rigueur, l'on puisse dire que le nombre des cas sur lesquels il est basé n'est pas assez considérable pour faire l'histoire complète de cette maladie. La lésion existe, constatée après la mort, et les phénomènes observés pendant la vie sont en rapport avec l'altération pathologique; il me semble que, sous ce rapport, il n'y a pas d'objection sérieuse à faire. Les recherches devront porter principalement sur les causes qui favorisent et produisent cette coagulation du sang, car, quand elle a lieu dans le tronc de l'artère, elle paraît entraîner fatalement la mort; c'est donc à la prévenir qu'il faut s'attacher. Plusieurs autres travaux ont déjà été publiés sur ce sujet; je rappellerai ceux de Virchow et le mémoire du docteur Hecker, rapporté dans l'UNION MÉDICALE, n° 154, 1855. On sait que ce médecin attribue les morts subites des femmes en couches à l'obturation de l'artère pulmonaire par des caillots sanguins.

(1) Extrait du *Archiv. f. physiol. heilkunde*, tome XIV, n° 3.

---

faisant supprimer la subvention de quelques mille drachmes qui était allouée à l'*Abeille médicale* pour la publication des lois et ordonnances concernant l'hygiène et la salubrité publiques, et cela, sous prétexte que le journal a insulté la nation grecque.

Sur ce, nouvel article du rédacteur Goudas, dans lequel il dévoile des faits de népotisme et d'intrigues administratives nombreux. Cet article, spirituellement écrit, représente le confrère désigné comme le dieu de l'Olympe, armé de la foudre pour pulvériser *une abeille!* Chétif insecte qui a cependant été utile aux sciences par la publication de cinq volumes en dix ans. — Dans un troisième article, M. Goudas, après avoir relaté divers témoignages de sympathie qui lui ont été adressés d'Allemagne, de France et d'Espagne, raconte que dans l'Europe, et notamment à Paris, on réserve les faveurs à ceux qui font marcher la science. En Grèce, au contraire, on les destitue s'ils sont fonctionnaires. C'est ainsi qu'on a destitué M. Leukias, cité plus haut, qui écrivait avec une égale facilité le grec ancien et le latin; ainsi le professeur Limnandos, qui est allé mourir dans un exil honorable, comme secrétaire de la légation hellénique à Paris, et qui, bien qu'exilé, a légué sa riche bibliothèque à l'Université d'Athènes; ainsi le professeur Negris, qui s'est distingué dans plusieurs concours à Paris, et qui, après sa destitution, est allé vivre dans cette ville heureuse; ainsi le professeur Kalligas, auteur de plusieurs écrits remarqués; ainsi le professeur Saripolos, écrivain distingué; ainsi M. Baphas, professeur au gymnase pendant quinze ans, qui a été forcé d'aller gagner sa vie parmi ses compatriotes de Turquie. En regard de ces destitutions, on représente le médecin, qui avait montré les plus mauvaises dispositions pour l'Université, élevé à la plus haute position et régissant toutes les affaires scientifiques.

Voilà où en étaient les choses lorsque nous est parvenu en France le dernier numéro de l'*Abeille médicale d'Athènes*. Nous avons appris que, depuis ces articles, le ministre de l'instruction publique d'Athènes a été ému de ces reproches, et cherche noblement à réparer le mal; qu'il veut réorganiser la Société de médecine et l'Université, et que déjà des mesures ont été prises dans ce but. Ce ministre se nomme Christopoulos : son nom méritait de se trouver ici. Amédée LATOUR.

Influence de la proportion du phosphate de chaux contenu dans les alimens sur la formation du cal.

M. Alphonse MILNE EDWARDS a présenté, sur ce sujet, à l'Académie des sciences, un mémoire dont voici un extrait :

L'idée de faciliter le travail de consolidation des fractures à l'aide de médicamens pris à l'intérieur, paraît s'être présentée à l'esprit de quelques chirurgiens d'une époque déjà assez éloignée, et plusieurs faits tendent à faire croire que, parmi les substances qui ont été employées, se trouve le phosphate de chaux, ou du moins des sels calcaires. Cependant la description que Fabricius de Hilden nous donne de la pierre ostéocolle est trop vague et trop obscure pour qu'on puisse avancer avec certitude qu'elle renfermât du phosphate de chaux.

Dans ces derniers temps, quelques chirurgiens essayèrent de l'emploi du phosphate de chaux mêlé aux alimens. M. Gosselin, chirurgien de l'hôpital Cochin, eut recours à ce moyen, surtout dans les cas de fractures du bras, qui, quelquefois, sont si longues à se consolider. Les résultats parurent satisfaisans sur les six malades dont j'ai pris les observations. Du vingt-septième au trentième jour, on pouvait retirer l'appareil; la fracture paraissait entièrement consolidée, et on se bornait à faire porter quelques jours encore une écharpe au malade.

Mais ici on ne pouvait pas examiner les cals; on ne pouvait juger de leur plus ou moins grande solidité que bien approximativement. Aussi, d'après les conseils de M. Gosselin, qui a bien voulu vérifier les résultats de mes expériences, ai-je fait quelques recherches sur des chiens et des lapins.

Dans ces expériences, je prenais tantôt des chiens, tantôt des lapins, à peu près dans les mêmes conditions d'âge, de force et de taille; je leur fracturais un membre, le bras ou l'avant-bras, d'une manière à peu près identique; puis, à l'un, je donnai du phosphate de chaux, tandis que je ne changeais rien au régime ordinaire de l'autre.

Le phosphate de chaux employé à l'hôpital Cochin et pour ces expériences, provenait de la calcination des os, et, par conséquent, était mêlé à du carbonate de chaux, qui, ici, ne pouvait avoir aucun inconvénient, et présentait même des avantages. Ce phosphate de chaux ($3\,Ca\,O\,Ph\,O^5$) est insoluble dans l'eau ordinaire, mais facilement soluble dans les liqueurs même faiblement acides. Or, les liquides de l'estomac sont franchement acides; le phosphate peut donc s'y dissoudre et devenir absorbable.

Sur les lapins et sur les chiens, j'ai examiné le cal : 1° immédiatement après la mort, c'est-à-dire entouré de toutes les parties molles; 2° après la macération, c'est-à-dire lorsqu'il ne restait plus que des parties solides.

J'ai comparé entre eux six cals de lapins, dont trois avaient été mis au régime du phosphate de chaux. Chez ces derniers, l'ossification était plus avancée que chez les autres.

J'ai comparé dix cals de chiens, dont cinq avaient été mis au régime du phosphate de chaux, tandis que les autres avaient été nourris de la manière ordinaire. Chez ces animaux, il était impossible de méconnaître l'influence du phosphate de chaux; les résultats étaient extrêmement satisfaisans.

Par l'ensemble de ces faits, on voit que l'abondance de phosphate de chaux contenu dans les alimens, et par suite porté dans le torrent de la circulation, accélère le travail d'ossification. D'ailleurs, ce sel est sans danger; il n'exerce aucune action fâcheuse sur l'économie.

Il s'en faut cependant que je présente ici le phosphate de chaux comme un moyen infaillible pour empêcher la non-consolidation des fractures; et quand d'autres causes interviennent pour entraver l'ossification du cal, telles qu'une constitution affaiblie ou des mouvemens prématurés, le phosphate de chaux ne peut à lui seul déterminer la guérison; je le présente seulement comme un moyen adjuvant, qui, uni à des soins bien entendus, pourra diminuer le nombre des non-consolidations, et, dans les cas ordinaires, hâter la marche du travail de l'ossification. (Comm. MM. Rayer, Cl. Bernard, J. Cloquet.)

tère pulmonaire, déterminée surtout par un fragment de caillot sanguin détaché d'un thrombus formé dans une veine, par exemple, à la suite de la phlegmasie blanche douloureuse. Dans le même journal, n° 68, année 1855, j'ai raconté une observation de pleurésie avec épanchement, suivie de mort subite, en deux heures, lorsque tout faisait présager une guérison imminente. L'autopsie n'a démontré aucune lésion capable d'expliquer cette issue funeste. Aussi j'ai terminé par ces mots : De quoi est morte la malade ? Aujourd'hui, je n'hésite pas à répondre que c'est d'une oblitération de l'artère pulmonaire, quoique je ne l'aie pas constatée à l'autopsie, parce que mon attention n'avait pas porté sur ce point. Tous les symptômes et la marche de la maladie coïncident exactement à ceux que donne M. Klinger. A cette époque, je ne connaissais pas encore le travail de Virchow, et rien d'analogue n'avait encore été publié. La lecture du mémoire du docteur Hecker m'avait déjà fait naître cette supposition, qui s'est changée en certitude aujourd'hui. Le cas de M. Hervieux (Union Médicale, 1855, n° 63) ne me semble pas aussi par et laisse des doutes dans mon esprit, relativement à l'oblitération de l'artère pulmonaire ; l'autopsie n'a pas été faite, de sorte qu'on peut toujours conserver le soupçon ou d'un épanchement pleural subitement augmenté, ou d'un épanchement péricardique promptement survenu.

Dr E. Strohl.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 Avril 1856. — Présidence de M. Binet.

Phénomènes physiques et chimiques de la contraction musculaire.

M. Ch. Matteucci présente sous ce titre un mémoire qui se compose de trois parties.

Dans la première, il étudie le phénomène qu'il appelle la *respiration musculaire dans l'acte de la contraction* au point de vue des effets chimiques observés.

Dans la seconde partie de son mémoire, l'auteur étudie les phénomènes de la *respiration musculaire* dans leurs rapports avec le dégagement de chaleur et d'électricité qui s'opère dans les muscles.

Enfin, dans la troisième partie l'auteur évalue de nouveau la quantité de travail mécanique développé dans l'acte d'une contraction de la grenouille ; il expose ensuite quelques vues théoriques, qui lui paraissent suffisamment fondées, sur le mécanisme de la contraction musculaire.

Première partie. — *Phénomènes chimiques de la respiration des muscles de la grenouille.* — Les recherches de l'auteur sur la quantité de travail mécanique développé dans l'acte de la contraction musculaire de la grenouille sous l'influence de l'électricité comparée à la quantité de zinc oxydée et dissoute, c'est-à-dire à l'action chimique qui produisait le courant excitateur de la contraction, lui ont fait constater qu'il existe une énorme disproportion entre l'intensité de l'action chimique donnant naissance au courant, et le travail mécanique qui lui correspond dans l'acte de la contraction des muscles de la grenouille galvanoscopique.

Cette conclusion et quelques autres, qui ont été émises pour la première fois dans l'*Essai de statique chimique des corps organisés* de M. Dumas, ont conduit l'auteur à entreprendre des expériences qui donnent, suivant lui, la mesure du phénomène de la *respiration musculaire pendant la contraction.*

L'auteur décrit les moyens employés soit pour préparer les grenouilles tuées pour ces expériences, soit pour exciter les contractions dans les muscles. Ces expériences prouvent que les muscles de grenouille récemment préparés donnent lieu à une absorption d'oxygène et à une exhalation d'acide carbonique. Le volume d'acide carbonique est généralement un peu moindre que le volume d'oxygène disparu. Dans le plus grand nombre des cas, il y a exhalation d'azote.

L'exhalation d'acide carbonique a lieu dans une atmosphère d'hydrogène, mais s'arrête rapidement. La respiration musculaire des grenouilles tuées avec l'acide sulfhydrique ou l'acide sulfureux est considérablement diminuée.

Pendant la contraction musculaire, l'absorption de l'oxigène et l'exhalation de l'acide carbonique augmentent d'une quantité supérieure au double de l'absorption et de l'exhalation observée dans les mêmes conditions pour les muscles au repos.

L'auteur admet qu'il y a encore, pendant la contraction, exhalation d'azote.

Deuxième partie. — Après avoir rappelé les expériences de MM. Becquerel et Breschet, ainsi qu'une expérience récente de M. Cl. Bernard, l'auteur annonce qu'il a été conduit à rechercher si la contraction des muscles des grenouilles préparées, et dans lesquelles la circulation du sang n'existe plus, était accompagnée d'un dégagement de chaleur. L'expérience directe, faite à l'aide de thermomètres à mercure très sensibles, prouve que la température peut s'élever d'une quantité qui n'a pas été moindre d'un demi-degré dans les circonstances où l'on a expérimenté en excitant les contractions.

L'auteur passe ensuite à l'examen du développement de l'électricité dans les muscles. Tout le monde admet aujourd'hui l'existence et les lois principales du courant musculaire. L'existence des phénomènes chimiques de la respiration musculaire étant établie, l'auteur pense qu'on trouvera encore mieux fondée l'idée qu'il a toujours émise sur la cause du développement d'électricité dans les muscles, cause inhérente à la fibre musculaire à l'état de vie.

La même explication se présente naturellement pour le phénomène que l'auteur a appelé autrefois la *contraction induite*, et qui a été aussi le sujet d'un grand nombre d'expériences délicates de M. du Bois-Raymond.

L'auteur a repris ses anciennes expériences ; il les a variées, et il pense qu'elles aideront à concevoir clairement la cause de la *contraction induite.*

Cette explication se présente naturellement d'ailleurs, sachant que la respiration musculaire augmente d'énergie dans l'acte de la contraction.

Les résultats des expériences, que les limites de cet extrait ne permettent pas de rapporter, rendent évidente, dit l'auteur, l'existence d'un circuit fermé, et ne peuvent s'expliquer que par un phénomène électrique engendré dans le muscle en contraction.

L'auteur, après l'exposé et la discussion de ses expériences, pose les conclusions suivantes pour la seconde partie de son travail :

1° Lorsqu'au moment de la contraction, la respiration musculaire devient plus active, il y a aussi dégagement de chaleur et d'électricité dans les muscles.

En se fondant sur l'analogie qui existe entre la décharge de la torpille et la contraction musculaire, on peut regarder chaque élément de la fibre musculaire comme prenant, au moment de la contraction, un état électrique polaire qui donne lieu à une décharge dont les lois sont les mêmes que celles de la décharge des poissons électriques.

Troisième partie. — Après avoir constaté et mesuré les phénomènes chimiques de la respiration musculaire et le développement correspondant de la chaleur de l'électricité et du travail musculaire, l'auteur a pensé qu'il était naturel d'essayer, d'après certaines théories modernes, un rapprochement entre la machine animale et la machine à vapeur ou les moteurs électro-magnétiques.

Il admet comme prouvé que l'action chimique de la respiration musculaire pendant la contraction engendre la force développée dans les muscles ; il admet, de plus, que dans les machines animales, comme dans celles qui sont régies par la chaleur ou l'électricité, la production de la force est soumise aux mêmes lois.

Sous quelle forme l'action chimique donne-t-elle lieu à la contraction musculaire ? Il paraît probable à l'auteur que l'action chimique doit d'abord se transformer en électricité pour produire cet effet.

— M. Aubrée entretient l'Académie des succès qu'il a obtenus dans le traitement des brûlures par l'emploi d'un collodion dont il donne la formule, et dans lequel il fait entrer du tannin. Il pense que ce médicament pourrait être employé avec avantage, dans le cas de la variole, pour prévenir les cicatrices difformes au visage, si on l'appliquait sur les pustules avant la formation du pus.

— M. Isidore Bourdon présente au concours pour le prix de médecine et de chirurgie un mémoire *sur divers traitemens opposés au choléra, et plus particulièrement sur les effets thérapeutiques de la strychnine.*

Les auteurs dont les noms suivent adressent, conformément à une des conditions imposées aux concurrens, une indication de ce qu'ils considèrent comme neuf dans des travaux présentés à ce concours ; ce sont :

M. Godard (*Recherches sur les monorchides et les cryptorchides chez l'homme*) ;

M. Notta (*Recherches sur la cicatrisation des artères à la suite de leur ligature*) ;

M. Th. Herpin (*Mémoire sur le chlorate de potasse comme spécifique contre la salivation mercurielle*).

M. Schweitzer, en adressant un *Traité de galvanocaustique* de M. Middeldorpf, professeur de chirurgie à l'Université de Breslau, demande, au nom de l'auteur, que ce livre soit admis au concours pour le prix de médecine et de chirurgie.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Brest, le 16 Mars 1856.

Monsieur et honoré confrère,

M. Jules Parrot, interne des hôpitaux, vient de publier, dans l'Union Médicale (n^os des 1er, 6 et 8 mars), des *Considérations sur le zona*, qui sont en plusieurs points la reproduction et la critique des opinions que j'ai émises dans un récent travail (*Des relations qui existent entre les affections herpétiques, nerveuses et catarrhales*, in *Gazette médicale*, 1855).

Il y a reproduction évidente de ma pensée sur la nature névralgique du zona, sur le parallélisme de la zone herpétique avec les rameaux nerveux affectés, sur la coïncidence des troubles digestifs. Je n'ai garde de tirer vanité ni avantage d'avoir dit le premier des choses que beaucoup de praticiens pensaient probablement avant nous ; mais j'aurais pu attendre que cette communauté d'opinions me vaudrait au moins plus d'exactitude et de bienveillance dans deux citations sur trois, dont je suis honoré au milieu des *Considérations* de M. Jules Parrot.

Ainsi, je suis accusé d'avoir *avancé tout récemment* qu'un état morbide du tube digestif est un *symptôme nécessaire du zona.* — J'ai signalé la fréquence, mais la constance, la nécessité de cette complication, jamais.

On dit ailleurs : M. Delioux *a voulu voir* (*sic*) dans le zona une névralgie catarrhale qui a pour crise un herpès. — Pourquoi pas ? M. Jules Parrot a bien voulu y voir, lui, *une manifestation toujours secondaire, subordonnée à l'existence d'une névralgie de nature rhumatismale ou dyspeptique.* — C'est plus long, mais est-ce plus clair ? est-ce meilleur ? Je vois, en définitive, dans cette caractéristique, trois termes analogues, trois élémens identiques à ceux que j'ai spécifiés dans ma proposition : élément nerveux, élément gastrique, élément critique.

M. Jules Parrot, après avoir contesté l'importance et la fréquence des complications gastriques, finit par leur rendre une grande valeur ; seulement, ces complications, au lieu de les rapporter à l'état catarrhal, il les rallie à la dyspepsie. Mais je n'ai point été tellement préoccupé de catarrhe que je n'aie aperçu l'état névralgique des voies digestives, et l'on peut s'en convaincre en lisant la suite de mon travail, quand j'examine les corrélations des affections herpétiques ; le mot *dyspepsie*, qui plaît à M. Jules Parrot, y est même tout au long.

Donc, les *Considérations sur le zona* sont la confirmation et non la contre-partie des idées produites antérieurement par moi sur la même affection. Il ne surgit de dissidence que sur la question du traitement ; M. Jules Parrot déclare que la *méthode abortive dont on a fait grand bruit ne trouve son application que chez un nombre très restreint de malades.* — Ce grand bruit a été fait par un savant et vénéré maître de la Faculté de Paris, M. Velpeau ; que si vous voulez, pour le cas actuel, soumettre à révision son autorité, cautérisez un nombre donné de zonas, voyez dans quelle proportion le succès répondra à la méthode, et vous reviendrez probablement de la répulsion qu'elle vous inspire.

Je vous fais juge, Monsieur et honoré confrère, de la convenance qu'il y aurait à publier ma lettre, et vous prie d'agréer l'expression de mes sentimens de dévouement.

Dr V. Delioux,
Professeur à l'École de médecine navale de Brest.

Monsieur le rédacteur,

Au sujet d'un travail ayant pour titre : *Considérations sur le zona*, que j'ai inséré dans l'Union Médicale, en mars dernier, M. V. Delioux m'accuse d'avoir glané sur son champ. Je n'aurais fait *que reproduire sa pensée sur la nature névralgique du zona.*

Cela est vrai, la justice le voulait ainsi ; je ne me serais pas pardonné un anachronisme dans un historique aussi court que celui que j'ai présenté, car, bien avant M. Delioux, beaucoup d'autres, M. Rayer, Valleix, M. Bassereau, M. Simon de Berlin, avaient non seulement *pensé*, mais écrit que la douleur du zona est une *névralgie.*

Si l'honorable professeur avait connu cette noble origine de la névralgie du zona, il aurait pu l'adopter, l'étayer de son autorité et de son expérience, mais à coup sûr il ne s'en serait pas attribué la paternité.

Laissant le mérite de cette découverte à qui de droit, j'ai essayé seulement de démontrer la névralgie par un fait clinique, à savoir que, dans l'herpès zoster, il y a des foyers de douleur et des foyers d'éruption qui se superposent exactement. Je ne sache pas que M. V. Delioux ait dit rien de semblable.

J'aurais eu en second lieu le tort, *après avoir contesté l'importance des complications gastriques, de finir par leur rendre une grande valeur*, et mon savant accusateur croyant sans doute que j'ai voulu m'approprier le mot *dyspepsie*, fait remarquer qu'il est tout au long dans son travail.

Le mot *dyspepsie* est à tous, je le sais ; pour éviter toute confusion, j'ai eu le soin de le définir, et, si comme le recommande formellement Pascal, M. Delioux avait substitué par la pensée, la définition au terme qui la représente, il aurait vu que si nous employons tous les deux le même mot, nous sommes loin de lui accorder une valeur identique. En effet, tandis que M. Delioux, d'accord en cela avec un grand nombre d'auteurs, ne voit dans la dyspepsie qu'un symptôme de l'embarras gastrique, je la considère, avec mon savant maître M. Beau, *comme une maladie du tube digestif essentiellement chronique et complexe.*

Après avoir établi une distinction bien tranchée entre les accidens aigus qui accompagnent l'éruption herpétique, et les troubles chroniques qui souvent l'ont précédée, j'ai fait ressortir toute l'importance étiologique de ces derniers dans la production de la névralgie. Il n'y a pas là contradiction.

Le médecin de Brest, préoccupé surtout d'un état aigu *muqueux, saburral, bilieux*, dit que la névralgie, *le plus souvent, suscite un trouble dans les fonctions digestives.*

La différence est assez nette : dans l'opinion que je soutiens, la névralgie n'est qu'un symptôme ; M. Delioux l'élève à la dignité de cause.

Le professeur de Brest définit le zona *une névralgie catarrhale qui a pour crise un herpès.*

Pour moi, c'est *une manifestation toujours secondaire, subordonnée à l'existence d'une névralgie de nature rhumatismale ou dyspeptique.*

M. Delioux trouve ma définition plus longue que la sienne, cela est mathématiquement vrai. Il se demande si elle est plus claire et meilleure. C'est ce qu'il ne m'appartient pas de décider ; mais je ne puis accorder que ma formule renferme *trois termes analogues, trois éléments identiques* à ceux que l'honorable professeur *a spécifiés dans sa proposition.*

Voyons ces trois élémens. L'un est la névralgie, que ni M. Delioux, ni moi n'avons inventée ; le second est l'élément gastrique, et nous avons dit combien ce que j'entends par dyspepsie différait du catarrhe et même de la dyspepsie de M. Delioux ; le troisième est la crise. Je sais bien que le mémoire du médecin de Brest prouverait, au besoin, qu'elle est rarement critique ; sans discuter ce point, je m'empresse de reconnaître que la crise appartient à M. Delioux ; mais je n'ai jamais songé à la faire entrer dans ma définition, qui, en revanche, renferme un quatrième élément, le rhumatisme ; je lui ai fait une bien large part, comment M. Delioux ne l'a-t-il pas aperçu ?

Je n'ai donc jamais eu la pensée de *reproduire* les idées de M. V. Delioux, encore moins de les *confirmer* ; cependant mes modestes *Considérations*, qui ne sont pas la *contre-partie* de son travail, semblent lui avoir déplu, au point qu'à propos du traitement abortif, il me signale formellement aux sévérités d'un *savant et vénéré maître de la Faculté de Paris*, sans songer que je ne suis, moi, ni professeur, ni même docteur.

Veuillez, Monsieur le rédacteur, recevoir l'assurance de ma respectueuse considération.

Jules Parrot.

Paris, le 12 Avril 1856.

NOTICE MÉDICALE sur les BAINS DE MER

De BIARRITZ (Basses-Pyrénées)

DU DOCTEUR R. AFFRE,

Médecin inspecteur de ces bains, lauréat de l'Académie impériale de médecine de Paris, Directeur des secours du Sauvetage, et membre correspondant de plusieurs Sociétés médicales.

TABLE DES CHAPITRES :

Introduction.
Chap. Ier. Des caractères physiques et chimiques de l'eau de mer.
Chap. IIe. Des divers moyens d'employer l'eau de mer.
Chap. IIIe. Des règles à suivre dans l'emploi des bains de mer.
Chap. IVe. Des plages de Biarritz.
Chap. V^e. Des bains de mer chauds et des bains de sable marin.
Chap. VIe. Des effets généraux des bains de mer froids.
Chap. VIIe. Des effets thérapeutiques des bains de mer froids.
Chap. VIIIe. Considérations sur les maladies de la peau guéries par les bains de mer, avec des observations de guérison.
Chap. IXe. Des maladies des femmes guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
Chap. X^e. De quelques causes de stérilité guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
Chap. XIe. Des contre-indications des bains de mer froids avec des observations à l'appui.
Chap. XIIe. Des accidens produits par l'abus ou la fausse application des bains de mer, avec des observations à l'appui.

Quelques mots sur la cause principale, sur les symptômes et le traitement du choléra, qui a sévi dans le département des *Basses-Pyrénées.*

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale.* — Prix : 2 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X, — N° 49. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 22 Avril 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — INTÉRÊTS PROFESSIONNELS : Du charlatanisme médical qualifié et puni comme délit d'escroquerie. — II. CHIRURGIE : Quand un membre est atteint de sphacèle, faut-il toujours opérer ? — III. REVUE GÉNÉRALE : Traitement de la chorée ancienne et rebelle par les préparations arsenicales. — Prescription contre l'asthme nerveux. — Prophylaxie et thérapeutique du scorbut par l'emploi du jus de citron. — Moyens de reconnaître la pureté de la glycérine. — IV. NÉCROLOGIE : Discours prononcé aux obsèques de M. Vidal de Cassis. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Un accouchement royal.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

DU CHARLATANISME MÉDICAL QUALIFIÉ ET PUNI COMME DÉLIT D'ESCROQUERIE (1) ;

Par le docteur Ambroise TARDIEU.

III. — La troisième affaire mérite d'être rapportée avec détail, car elle offre réunies, comme à dessein, toutes les pratiques dans lesquelles se résume le charlatanisme médical le plus effréné. On ne verra pas sans un sentiment pénible et sans une sorte d'effroi, ce qu'on peut faire de notre belle profession et de cet art de guérir, qui est à la fois pour l'humanité une si grande gloire et un si grand bienfait.

La huitième chambre du tribunal correctionnel de la Seine a eu à juger, au mois de décembre 1854, une accusation d'escroquerie dirigée contre un homme pourvu d'un diplôme de docteur en médecine, et qui n'a pas craint d'en abuser de la façon la plus déplorable, dans les circonstances suivantes :

Le docteur Rey, qui a ajouté à son nom celui de son village et qui s'intitulait Rey de Jougla, a été condamné précédemment à 100 francs d'amende pour annonce de remèdes secrets. Il comparaît encore une fois devant le tribunal correctionnel, accusé non seulement aujourd'hui d'annonce et vente de remèdes secrets, mais d'escroquerie.

Inventeur de ce qu'il appelle la médecine chimique, il distribuait, avec une incroyable profusion (250 mille en trois mois), un prospectus ainsi conçu :

« Guérisons radicales des maladies réputées incurables par dix, quinze ou vingt médecins célèbres, obtenues aux consultations gratuites de la médecine chimique.

» Convaincu que la chimie seule pouvait faire sortir la médecine de sa déplorable stagnation, je n'ai pas craint de recommencer une œuvre bien des fois entreprise et abandonnée sans résultat, au risque de la voir à mon tour tromper toutes mes espérances et mes prévisions. Mais le succès a couronné mes efforts. Ce succès, je le dois à quinze années d'exercice et d'observations dans les hôpitaux de Paris, où je donnais tous les jours mes soins à plus de cent malades, recueillant ainsi les préceptes des plus grands médecins, et chirurgiens, chacun dans sa spécialité, me pénétrant en même temps des écrits de tous nos anciens maîtres et ne négligeant rien des découvertes anciennes et modernes. Au moyen de ces longues et pénibles études, je crois enfin avoir deviné la véritable application de la chimie à la médecine et trouvé à chaque maladie le traitement le plus sûr et le plus prompt.

» De nombreuses expériences m'ont démontré, et je ne crains pas d'affirmer, que les affections déclarées depuis peu de temps, telles que fluxions de poitrine, fièvres cérébrales, croup, inflammations du bas-ventre, peuvent être guéries en quelques jours par la médecine chimique, et que les maladies qui durent depuis plusieurs années résistent rarement plus de quinze jours à cette neutralisation chimique.

» Le grand nombre de malades qui viennent journellement à mes consultations m'ayant fait acquérir une grande expérience dans le traitement des maladies chroniques, m'a conduit à un tel degré de perfection, que je puis prouver que la chimie, dans les traitemens, agit avec une promptitude telle, que plusieurs des guérisons instantanées, qui paraissent incroyables, n'en sont pas moins réelles. Et pour donner une preuve de leur authenticité, je ne crains pas d'avancer ici que je puis citer le nom et l'adresse de plus de trois mille personnes, guéries en quelques jours, d'autres fois en quelques heures, de maladies réputées incurables.... »

Beaucoup de personnes se laissaient prendre aux promesses de Rey de Jougla ; les incurables abandonnés par tous les médecins, les poitrinaires, les gens attaqués de cancer, de maux d'yeux, de surdité, des maladies les plus contraires comme les plus graves, imploraient en dernier ressort les secours de la médecine chimique, et Rey de Jougla leur répondait immédiatement en leur envoyant une lettre, dont il avait toujours de nombreux exemplaires préparés d'avance.

« Monsieur ou Madame,

» En réponse à votre lettre, je dois vous affirmer qu'en trente ou quarante jours j'ai guéri un si grand nombre de maladies semblables à celle dont vous me faites l'honneur de m'entretenir, que je ne puis douter de sa guérison.

» Les médicamens que j'emploie étant d'une difficile confection, ne peuvent être préparés qu'à Paris, par un pharmacien, en ayant l'habitude.

» De tous les traitemens, celui-ci est le moins dispendieux ; le prix est de 1 fr. par jour, ma consultation et le port compris.

» Veuillez m'envoyer 16 fr. par la poste, et vous recevrez aussitôt une petite boîte de médicamens pour 16 jours (la somme et la durée du traitement, quelquefois moindre).

» En moins d'une semaine d'un traitement bien suivi, votre malade éprouvera une si grande amélioration, que vous ne pourrez douter de sa guérison.

» Signé, le docteur R. de JOUGLA. »

Malgré ces assurances, la panacée universelle ne réussissait pas toujours ; loin de là, car une dame Marthon de Chartres, qui avait eu recours à ce dernier moyen, en mourut, malgré les promesses contenues dans la lettre que nous venons de rapporter, et qui était la même pour tous.

Une plainte fut portée, et une perquisition faite chez Rey amena la saisie d'une quantité de pièces, entre autres cette fameuse réponse aux malades dont il avait des provisions, et le prospectus non moins fameux qu'il répandait à millions.

A côté se trouvait un éloge en vers de Rey de Jougla, signé : *Un médecin.* Rey, d'ailleurs, avait toujours ambitionné les distinctions ; décoré de l'Ordre du Lion, de nous ne savons plus quel pays, par le prétendu prince de Gonzague, il s'était présenté en 1848 comme candidat à l'Assemblée constituante, et formulait alors, dans une profession de foi-prospectus, ses théories médicales en même temps que ses doctrines sociales.

Il revint cependant à ses occupations habituelles, c'est-à-dire qu'il promit uniformément la santé à tous ceux qui voulaient bien l'honorer de leur confiance. Il n'avait pas besoin de voir les malades, il les traitait par correspondance, et leur envoyait une boîte de médicamens coûtant ordinairement 16 fr. Cette boîte était suivie d'une seconde, puis d'une troisième, à moins que la maladie ne se terminât comme à Chartres, en amenant un relâche forcé dans les envois.

A la suite de la saisie des experts, MM. Chevallier et A. Tardieu ont été commis à l'effet d'examiner les remèdes saisis chez D..., pharmacien, chargé de préparer tous les médicamens de Rey de Jougla, et d'apprécier les actes imputés à ce médecin et à son complice.

Les remèdes, disent les experts, sont secrets, car on n'a pas retrouvé les formules qui ont servi à leur fabrication. Un remède ne doit pas être préparé sur une formule générale. Même dans les maladies identiques, l'ordonnance doit différer selon l'âge, la force, les dispositions du malade. Or, dans la perquisition faite chez D..., on a retrouvé douze ou quinze formules applicables à tous les cas. Parmi les médicamens prescrits par Rey, il s'en trouve d'une grande énergie. Appliqués aux cas les plus différens et les plus mal déterminés, ils ne peuvent avoir aucun effet utile, et ne sont même pas toujours sans danger. Les mots médecine chimique, disent les experts, n'ont pas de sens pour nous : nous ne connaissons pas de médecine qui ne soit pas chimique.

Après une longue et minutieuse instruction, cette affaire est venue à l'audience.

M. l'avocat impérial AVOND, si bien placé pour connaître et apprécier les sentimens les plus élevés de la dignité médicale, et si digne de les défendre, s'est acquitté de cette tâche avec un rare talent, et a soutenu la prévention avec autant d'éloquence que de fermeté. Nous ne résistons pas au plaisir de reproduire quelques passages de son remarquable réquisitoire :

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Feuilleton.

UN ACCOUCHEMENT ROYAL (1).

Un événement récent vient d'appeler l'attention publique sur les accouchemens des personnes royales. Peut-être ne paraîtra-t-il pas sans intérêt de rappeler ce qui avait lieu autrefois dans ces occasions importantes, surtout en ce qui touche plus particulièrement à l'art médical. Ce n'est point ici, dans un journal consacré à des médecins, que l'on décrira toutes les précautions, tous les soins dont on entoure aujourd'hui cette importante fonction, ce moment solennel de la vie de famille ; et chacun peut aisément se figurer ceux qui ont dû être prodigués à l'Impératrice dans ce moment suprême, par le savant doyen de la Faculté de Paris. Mais ce qu'on ne sait peut-être pas aussi bien, c'est la conduite tenue en pareille circonstance par les personnes chargées du même emploi à la cour des souverains français, et en particulier à celle du grand roi. Nous allons donc, si on le veut, nous reporter à 174 ans en arrière, en 1682.

La femme du dauphin, fils de Louis XIV, Anne-Marie-Victoire de Bavière, était grosse pour la première fois. C'était une princesse d'une constitution fort délicate ; le roi souhaitait ardemment la naissance d'un petit-fils, et il voyait approcher l'époque de sa délivrance avec une joie qui n'était pas sans quelques inquiétudes. Une première pensée dut se présenter à lui dans une conjoncture aussi grave. A qui remettrait-on le soin d'accomplir cette opération importante ? A un accoucheur ou à une sage-femme ?

Aujourd'hui, le choix serait bientôt fait, ou plutôt il n'y en aurait pas. Mais il n'en était pas ainsi à cette époque. Les accoucheurs n'étaient pas répandus comme ils le sont actuellement, et la science obstétricale était presque entièrement confiée à des femmes. Non pas que déjà depuis longtemps il n'y eût d'illustres chirurgiens qui eussent pratiqué des accouchemens ; mais, en général, c'était dans des cas exceptionnels et difficiles, et dans l'ordre ordinaire des choses, l'on voyait les accouchemens confiés presque exclusivement à des accoucheuses. Déjà, cependant, les femmes avaient moins de répugnances à se remettre dans les mains des hommes, et quelques accoucheurs célèbres étaient parvenus à se faire une brillante réputation parmi les dames de la cour, de la magistrature et de la haute bourgeoisie. Mais le plus grand nombre des femmes grosses choisissaient des accoucheuses pour les délivrer, et les reines Marie de Médicis, femme de Henri IV, Anne d'Autriche, femme de Louis XIII, et Marie-Thérèse, femme de Louis XIV, avaient été accouchées par des femmes. Il semblait donc tout naturel que, dans cette circonstance, le roi choisît une femme pour accoucher la dauphine. Il n'en fut cependant pas ainsi, et un accoucheur fut chargé de cette importante opération. On a déjà dit que la dauphine était d'une constitution délicate, et que le roi redoutait beaucoup cet accouchement ; il voulut donc la remettre entre les mains d'un homme habile et qui, avant tout, eût toute sa confiance, et il dés gna pour son accoucheur, Clément.

Clément (Julien), était alors l'accoucheur le plus célèbre de Paris. Né en 1650, à Arles, il vint fort jeune à Paris pour étudier l'art des accouchemens. Gendre et élève de Lefèbvre, autre accoucheur distingué de la même époque, il acquit bientôt une grande réputation ; et par son habileté et le talent qu'il montra dans quelques occasions dangereuses, il contribua beaucoup à la véritable révolution qui fit préférer les accoucheurs aux sages-femmes, révolution achevée surtout par le choix que Louis XIV fit de lui, pour la Dauphine.

La réputation de Clément ne l'avait pas seule indiqué au choix de Louis XIV. Une aventure mystérieuse l'avait déjà rapproché du roi, qui avait pû apprécier son talent comme accoucheur.

On vint une nuit chez Clément réclamer ses services pour une personne prête d'accoucher, mais on ne voulut pas qu'il sût où il allait, et Clément, qui était accoutumé à de pareilles aventures, se laissa conduire, les yeux bandés, dans un superbe appartement. On éteignit les bougies. Un homme caché sous les rideaux du lit, lui dit de ne rien craindre : « Je ne crains, répliqua Clément, que d'être dans la maison de Dieu, où l'on ne peut ni boire ni manger. — Rassurez-vous, reprit l'Inconnu ; et en même temps il va lui-même à une armoire, y prend un pot de confitures et le lui apporte avec du pain. Dès que Clément eût mangé, il voulut boire ; la même main lui versa deux ou trois rasades l'une après l'autre. Mais vous, dit l'accoucheur, ne boiriez-vous pas bien aussi un verre de vin ? Si vous voulez que la malade soit promptement et heureusement délivrée, il faut boire à sa santé. » Louis XIV (car c'était lui-même) ne se fit pas prier ; et quand Mlle de la Vallière eût mis au jour l'enfant qu'elle portait dans son sein, on banda les yeux à Clément, on lui mit une bourse de cent louis dans la main, et on le reconduisit chez lui, rue Saint-Antoine, avec les mêmes cérémonies.

L'accoucheur choisi, il fallait s'occuper de prendre une nourrice. Celles-ci ne manquèrent point, et il en vint s'offrir de tous côtés. On était dans l'usage de les choisir vers le septième mois de la grossesse.

Peut-être ne sera-t-on pas fâché de savoir quelles conditions on exigeait alors pour être la nourrice d'un prince. Elle devait être âgée de 22 à 30 ans, — avoir un lait de trois mois, — avoir déjà fait une nourriture étrangère, — être d'un tempérament sanguin, — avoir les cheveux noirs ou d'un chatain brun, — avoir une constitution forte et robuste, — être assez grosse, — avoir bon appétit, — et n'être délicate ni sur le boire, ni sur le manger. — être gaie et de bonne humeur, — avoir toujours le mot pour rire, — n'être sujette à aucune incommodité, — n'avoir ni menstrues, ni fleurs blanches, — ne sentir mauvais ni de la bouche, ni des asselles, ni des pieds, — n'avoir point de dents gâtées, et les avoir toutes, — avoir la peau blanche et nette, — enfin avoir tous les signes d'une bonne santé. — Il fallait, de plus, qu'elle fût assez jolie, gracieuse dans son parler, bien faite dans sa taille, ni trop grande, ni trop petite, ni bossue, ni boiteuse, et qu'elle n'eût aucun accent prononcé. Mais ce qu'on exigeait surtout, c'est que la gorge fût bien faite et contînt suffisamment de lait, et pour cela on voulait que les mamelles ne fussent pas trop fermes, trop attachées à la poitrine, mais qu'elles s'avançassent en dehors en forme de poire, qu'elles n'aient pas besoin d'être soutenues, qu'elles fussent raisonnablement grosses, et que le mamelon ne fût pas trop gros.

Quant au lait, on n'avait pas alors les moyens que l'on possède aujourd'hui pour juger de sa bonté, et l'on s'en rapportait à ses qualités extérieures. On exigeait donc qu'il fût de bonne consistance, blanc, doux, et un peu sucré, et que, tiré sur la main, il ne fût pas trop chaud, qu'il ne s'y attachât pas trop, et qu'il ne s'en écoulât pas avec trop de facilité.

(1) Tous les détails de ce récit sont extraits de : 1° *Traité des opérations et Traité des accouchemens*, de Dionis ; 2° *Mercure galant* ; 3° *Dictionnaire historique de la médecine*, par Eloy.

« Rey de Jougla, dit-il, ne peut être considéré comme ayant exercé sérieusement l'art de guérir ; il a emprunté le manteau de la médecine dans un but de spéculation éhontée, et ses prétendues cures médicales ne sont que le mensonge ou l'illusion d'une série de manœuvres frauduleuses ourdies avec la plus grande habileté.

» Sûr de l'effet de ses prospectus, qu'il répandait par millions dans toutes les villes de France et de l'étranger, à tous ceux qui le consultaient, le prévenu répondait, par une circulaire stéréotypée, qu'il avait guéri en trente ou quarante jours un si grand nombre de maladies de la même espèce, qu'il ne doutait pas un seul instant d'une guérison prompte et radicale ; il demandait préalablement l'envoi d'une somme d'argent en échange de médicamens d'une confection si difficile, qu'ils ne pouvaient être composés que par un pharmacien de Paris !

» La somme encaissée, il expédiait son *orviétan*, suivi d'un écrit sans signature, dans lequel il prescrivait quelques breuvages, quelques frictions, et l'usage de potions rouge, verte ou bleue ; il avait grand soin de recommander de renvoyer le dixième, le douzième ou le quinzième jour son ordonnance avec une nouvelle somme d'argent. Toutes les lettres d'envoi étaient revêtues de prétendus noms de secrétaires au nombre de dix ou douze ; c'était sa cuisinière Véronique Pierson qui les signait le plus habituellement : *Pierson, secrétaire.* Le docteur ne se commettait pas à de pareils détails, mais il encaissait le prix de la seconde, de la troisième, de la quatrième caisses de médicamens comme de la première, et les malades de boire, de se frictionner, de prendre les potions n°s 1 ou 2, qui le septième, qui le huitième, qui le neuvième jour du traitement.

» Est-ce donc là l'exercice de la médecine ? Cet homme, dont le seul but est d'écouler ses produits pharmaceutiques, avec trois ou quatre pour cent de bénéfice, est-il un médecin, ou de quel autre nom faut-il le flétrir ?

» L'expertise a démontré que ces médicamens d'une confection si difficile, ces remèdes, produits de longues études, ces breuvages et ces opiats, fruits d'une découverte rare et merveilleuse, vainement tentée depuis deux cents ans, la *médecine chimique* ; ces topiques, qui guérissaient radicalement les maladies les plus invétérées, réputées incurables par le vulgaire des illustrations médicales ; que tout cela, en un mot, ne différait en rien de la plus simple pharmacopée ; que ces drogues se retrouvaient dans les moindres officines de France et pouvaient être préparées partout. Les experts ont ajouté que rien dans la composition de ces médicamens ne pouvait autoriser la dénomination de *médecine chimique*, laquelle n'était qu'un leurre.

» L'information a établi que les remèdes étaient toujours préparés d'avance, comme les lettres et les consultations, et indistinctement envoyés aux malades, quel que fût leur âge, leur sexe, leur constitution et l'affection dont ils étaient atteints. Quelques paquets d'herboristerie, un pain d'onguent, de pommade ou de savon, deux ou trois fioles contenant des potions coloriées, avec la recommandation cabalistique de n'en faire usage que le septième, le huitième ou le neuvième jour de la maladie, tels étaient les agens de cette médecine révolutionnaire opérant des guérisons miraculeuses, et le prévenu n'a pas craint de promettre cette guérison prompte et radicale, en distribuant ses simples, son onguent et ses potions à des épileptiques, paralytiques, aveugles, sourds de naissance, ou bien à des poitrinaires et autres malades déclarés incurables depuis plusieurs années par les médecins de diverses localités.

» On a saisi chez Rey de Jougla un registre constatant qu'il a perçu, dans l'espace de trois ans, de 1851 à 1853, dans les départemens seulement, plus de 95,000 fr. On a trouvé chez lui une liasse de mandats de la poste, non encore touchés, formant la recette de dix jours, et dépassant la somme de 800 fr.

» A l'aide des indications du registre, le magistrat-instructeur a pu faire entendre de nombreux témoins. Il résulte de l'enquête que Rey n'a jamais été consulté que par suite de la lecture de ses prospectus dont il a fait tirer plus de 250,000 en septembre, octobre et novembre 1853, et qu'il faisait répandre dans les maisons, les ateliers, les casernes, les hôpitaux et jusque dans le bagne de Brest. Il en résulte encore que Rey n'a jamais hésité à promettre une guérison prompte et radicale, si désespéré que fût l'état du malade ; qu'il a toujours envoyé ses médicamens avec les mêmes précautions frauduleuses pour en assurer le débit. Tout, en résumé, porte le cachet de la spéculation et repousse l'idée de l'exercice d'un art libéral.

» Cependant, un certain nombre de témoins ont déclaré qu'ils avaient éprouvé de l'amélioration dans leur santé, par suite du traitement à eux prescrit. Tous ces malades étaient atteints de maladies peu graves, et l'on ne peut être surpris que leur état n'ait pas empiré et se soit même amélioré. Dans tous les cas, il reste constant, d'après douze ou quinze dépositions au moins, que le prévenu s'est targué d'un pouvoir imaginaire, et a promis des guérisons chimériques dans des cas où il ne pouvait se faire illusion à lui-même ; or, l'enquête n'a pas embrassé peut-être la centième, la millième partie de ses opérations. »

M. l'avocat impérial soutient que le pharmacien D... s'est rendu sciemment complice des faits imputés au docteur Rey.

Le ministère public ajoute qu'une spéculation aussi audacieuse ne peut rester impunie, et s'attache à établir que les faits incriminés tombent sous l'application de l'art. 405 du Code pénal. Suivant lui, l'immense clientèle de Rey de Jougla n'avait d'autre fondement que des manœuvres frauduleuses, et le prévenu savait parfaitement qu'il s'attribuait un pouvoir imaginaire et qu'il promettait des guérisons chimériques.

(*La fin au prochain numéro.*)

CHIRURGIE.

QUAND UN MEMBRE EST ATTEINT DE SPHACÈLE, FAUT-IL TOUJOURS OPÉRER ?

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans votre *Revue* du 18 mars, le résumé d'un mémoire de M. le professeur Bardinet de Limoges, où il est dit que l'on ne doit pas toujours amputer un membre atteint de sphacèle.

Cette proposition, dont la sagesse *est évidente*, ayant rencontré, au sein de la Société médicale d'émulation, des adversaires sérieux et respectables, je viens apporter, en sa faveur, quelques faits qui ne me paraissent pas dénués de tout intérêt.

PREMIER FAIT. — Une femme d'une quarantaine d'années, se pique à la région thénar, avec une alène, en voulant *brider* son sabot. Elle continue à agir sans se préoccuper autrement de cette blessure. Quelques jours plus tard, de la douleur se manifeste dans le point blessé, douleur qui s'irradie à toute la main. Bientôt, malgré les efforts d'un confrère, la main et l'avant-bras sont envahis. Je ne tardai pas à être appelé. Le membre thoracique était pris dans presque toute son étendue, et de nombreuses collections purulentes y existaient depuis les doigts jusque vers l'aisselle. Malgré les incisions étendues et nombreuses qui furent faites, la vie de cette femme courut de véritables dangers, et son pouce ne tarda pas à se sphacéler jusqu'au niveau du premier métacarpien. Je n'eus pas un seul instant l'idée d'amputer ce doigt, et bien m'en prit, car, un peu plus tard, le premier métacarpien lui-même se mortifia. Sous l'influence de pansemens fréquens et intelligemment faits, cette partie si importante de la main se détacha, et la malade se rétablit ayant une cicatrice parfaitement régulière.

Le résultat aurait-il été le même si j'avais amputé le pouce de cette pauvre femme ?

Qui oserait l'affirmer ?

DEUXIÈME FAIT. — Un homme de 35 ans, fort et robuste, mais très irritable et ayant beaucoup souffert, eut le doigt indicateur de la main droite pris entre la corne de l'un de ses bœufs et un morceau de fer fixé au joug et appelé ici *atteloire*. Cet homme éprouva, sur le moment, une très vive douleur qui le fit renoncer à l'idée d'entreprendre le travail auquel il allait se livrer. Cette douleur, cependant, se calma, au point que le blessé se décida, dans le courant de la journée où cet accident lui était arrivé, à aller à la pêche. Cet exercice le fatigua ; la main avait presque toujours été dans l'eau. Le surlendemain, la main était enflée et en même temps le siége d'une violente douleur partant surtout du doigt blessé. Nonobstant un traitement énergique et franchement antiphlogistique, le mal fit de grands progrès ; plusieurs abcès durent être ouverts dans la main, et le doigt ne tarda pas à se sphacéler jusqu'auprès de l'articulation métacarpo-phalangienne. Ici encore l'élimination fut confiée aux soins de la nature, et tout se passa à merveille. Cet homme guérit en assez peu de temps en conservant la tête de la première phalange de son index, qui lui est d'une certaine utilité, et rend sa difformité moins grande.

Que serait-il arrivé si, chez cet homme à tempérament nerveux et très irritable, ayant une main enflammée dans toute son étendue, j'avais porté le couteau sur son doigt et en avais fait l'amputation ? La réponse à cette question est délicate, je le sens bien, mais il me paraît évident qu'il aurait eu tout à perdre et rien à gagner, si je m'étais comporté autrement que je ne l'ai fait.

A ces deux faits qui me sont personnels, j'en joins deux autres que mes souvenirs me fournissent.

J'ai donné mes soins, il y a une dizaine d'années, pour un ulcère à la jambe, à un vieillard qui, dans sa jeunesse, avait perdu l'autre. Cette jambe, m'a-t-il affirmé, s'était détachée seule, et sans le secours du chirurgien, après s'être desséchée. En examinant la cicatrice résultant de cette amputation pratiquée par dame nature, je me montrai d'abord peu crédule à l'égard de la version de ce pauvre homme. En effet, le moignon était des plus réguliers. La séparation s'était opérée au lieu d'élection ; la cicatrice était transversale, un peu froncée, et portée en arrière par l'axe du membre. Mais en palpant le bout de l'os, je reconnus que ce malheureux me disait la vérité, celui-ci était pointu et offrait la sensation qu'aurait fournie un tibia qui aurait été scié en un long biseau. Or, ce n'est pas ainsi que l'on se comporte quand on ampute la jambe.

Je me souviens aussi du fait suivant : c'était pendant mon internat à l'hôpital Saint-André de Bordeaux. Un charretier, d'une trentaine d'années, fort, robuste, parfaitement bien portant, eut, en déchargeant de grosses pierres, la première phalange d'un index écrasé par une de ces pierres. Il vint à l'hôpital, où l'on reconnut l'impossibilité de conserver cette phalange, où la vie avait déjà, pour ainsi dire, entièrement cessé. Dans la pensée d'épargner quelques souffrances à cet homme et de lui éviter la perte d'un peu de temps, on lui proposa l'amputation de sa phalange déjà morte, proposition qu'il s'empressa d'accepter.

L'opération, il est inutile de le dire, fut faite avec tout le savoir et la dextérité possibles ; l'opéré fut entouré de tous les soins que réclamait son état. Le tétanos survint, et la mort ne se fit pas attendre.

Que serait-il arrivé si l'on avait confié à la nature le soin de cette élimination ? Je sais ce que l'on peut répondre ; mais je n'hésite pas à penser et à dire qu'infailliblement le malade aurait guéri.

Dr BERTHET, de Cercoux.

Quand une nourrice réunissait toutes ces qualités, on exigeait encore d'elle, et par dessus tout, qu'elle fût de bonne vie et mœurs. — C'était sans doute, et c'est encore aujourd'hui, une très bonne précaution, de s'informer de la sagesse de la femme à laquelle on va confier son bien le plus cher ; mais comment le savoir positivement ? Et d'ailleurs, ne se peut-il pas que quelque grave affection soit venue atteindre une nourrice, sans que, pour cela, elle ait en rien manqué à une conduite sage et réglée. Une histoire, justement racontée dans une circonstance analogue, par Louise Bourgeois, la célèbre accoucheuse de Marie de Médicis, montre combien l'on peut être encore trompé malgré toutes ces précautions.

Voici cette histoire : « La reine étant grosse de madame sa fille ainée, dit Mme Bourgeois, alla à Fontainebleau, pour y faire ses couches, et partit en octobre de Paris, après la moitié du mois, où, étant arrivée, l'on avait vu quantité de nourrices qui importunaient tellement le roi et la reine, et tout le monde, que Leurs Majestés en remirent l'élection à Fontainebleau, où il ne manqua d'en venir de tous côtés. — L'on attendit proche de l'accouchement de la reine à en faire l'élection. Il vint un homme, lequel avait envoyé sa femme pour être nourrice, laquelle avait une petite fille fort délicate et menue. La femme était bien honnête, et de gens de bien, en faveur de quoi il se trouva des plus signalés seigneurs de la cour, qui en parlèrent d'affection aux médecins. Ce fut une affaire qui me donna bien de la peine. Elle logea chez une de mes amies, laquelle s'employa de bon cœur pour elle ; elle me priait aussi n'y faire ce que je pourrais. Je voyais son enfant extrêmement menu ; mais elle était appropriée à son avantage, de sorte que la hart paraît le fagot. Quand on m'en parlait, je ne pouvais répondre gaîment, à cause que sa nourriture ne m'agréait guère. Je fus un jour, comme j'avais coutume, la voir, où j'entendis nommer cette nourrice du nom de son mari. Je me ressouvins que c'était le nom d'un jeune homme que mon mari (1) avait traité de la vérole, lequel avait voulu sortir sans attendre qu'il eût été guéri. J'en avais entendu parler que jamais l'on ne pût l'empêcher de sortir, quelque chose que l'on put lui dire. Il dit à mon mari qu'il était guéri, qu'il se sentait bien, et qu'il voulait prendre l'air et se fortifier pour se marier. Mon mari lui remontra ce qui en pourrait arriver ; il s'en moqua, et lui dit je suis content de vous. A trois ou quatre années de là, je vis quelqu'un de la ville où il était. J'en demandai des nouvelles ; savoir s'il était marié. L'on me dit qu'il y avait longtemps, dès son retour de Paris ; mais qu'il y avait un malheur en son ménage ; que sa femme avait déjà eu deux ou trois enfans, qui sortaient tous pourris de son ventre. Je me souvins que mon mari lui avait dit qu'il n'était pas guéri et que s'il se mariait qu'il en arriverait ainsi. Je fus bien empêchée et eusse voulu ne l'avoir jamais vue. Cette mienne amie s'aperçut que j'avais changé de couleur, elle me pressait de lui en dire la cause ; je ne voulais pas. Elle m'y força par ses prières, et lui dis que je ne me trouverais pas à l'élection des nourrices pour n'en dire ni bien ni mal ; qu'elle me faisait grand'pitié, parce qu'elle ne savait pas quel était son mal ; cependant, que si on la retenait je le dirais ; que si elle n'était retenue, je ne parlerais point, et la laisserais retourner en son pays. Elle fut retenue, et aussitôt on fit état de renvoyer toutes les autres ; c'était l'heure du dîner. Je fis chercher M. Du Laurens (1), lequel était allé dîner en compagnie. Comme je vis qu'il ne se trouvait pas, et qu'il n'eut pas été à propos de le dire quand les autres nourrices eussent été renvoyées, je priai Mlle Cervage, femme de chambre de la reine, de lui aller dire de ma part ; ce qu'elle fit, laquelle lui dit : allez dire à la sage-femme qu'elle m'a aujourd'hui rendu un bon service ; que si je l'eusse su d'une autre personne que d'elle, je ne l'eusse jamais voulu voir, et que je lui en sais bon gré.

« La reine le dit aussitôt au roi, lequel dit tout haut, que des nourrices venaient de loin pour le tromper, devant tout le monde. Il envoya chercher M. Du Laurens et les autres médecins, lesquels me vinrent trouver pour savoir la vérité, et comment, si je vérifierais cela. Je leur dit le tout, et que pour preuve, il y avait un valet de chambre de M. de Beaulieu-Rusé, qui demeurant en notre logis, l'avait aidé à panser, qui en pourrait dire la vérité, et un autre qui était chirurgien à Auxerre, qui avait été en même temps chez nous ; comme cela fut vérifié, l'on fit une autre élection de nourrice. »

Cette histoire prouve que, malgré tous les certificats, on peut encore être trompé ; car si le hasard n'avait pas fait connaître à l'accoucheuse de la reine l'état antérieur du mari de cette femme, elle aurait été parfaitement acceptée pour nourrice de la fille du roi. Nous croyons donc qu'il est bon en tout état de choses de tâcher d'avoir les meilleurs renseignemens sur la vie antérieure d'une nourrice, mais que, sous ce rapport, il faut un peu s'en rapporter à la grâce de Dieu.

Voici, du reste, comment on s'y prit pour la dauphine. On choisit d'abord les quatre meilleures nourrices, c'est-à-dire celles remplissant le mieux les conditions déjà indiquées, et l'on prit leurs noms et leurs demeures. Puis, le premier médecin envoya une personne de confiance pour faire les informations sur leurs vies et mœurs. Cette personne s'adressa aux curés pour avoir un certificat constatant qu'*elles étaient de la religion catholique, qu'elles servaient bien Dieu et qu'elles fréquentaient les sacremens.* Il obtint ensuite un certificat des chirurgiens de chacune d'elles, assurant qu'ils n'avaient connu dans leurs familles aucune personne atteinte de maladies contagieuses, ni écrouelles et épilepsie. Après avoir obtenu ces deux certificats, il assembla ensuite les voisins qui attestèrent qu'elles étaient de bonne conduite, et qu'elles avaient toujours bien vécu avec leurs maris et leurs voisins. Une fois cette enquête terminée, on les mit chez la gouvernante des nourrices, où chacune d'elles avait une chambre et nourrissait son enfant en attendant l'accouchement de la dauphine ; et sitôt qu'elle fut accouchée, les médecins vinrent visiter ces nourrices, choisirent celle qu'ils considérèrent alors comme la meilleure, et les trois autres restèrent chez la gouvernante, pour n'en pas manquer, en cas qu'on fût dans la nécessité d'en changer. La nourrice choisie fut ensuite gardée à vue par une femme qui ne la quittait point, pour qu'elle ne pût approcher de son mari, car on craignait qu'elle ne devînt grosse et qu'elle donnât à l'enfant un mauvais lait. On était très rigide sur cette séparation des maris ; et Dionis raconte à ce sujet ce qui arriva à l'une des premières nourrices de Louis XIV. Cette nourrice était de Poissy. La cour était à cette époque au château neuf de Saint-Germain. Louis XIII, ravi d'avoir un fils, l'allait voir tous les jours, et s'entretenait avec la nourrice qui lui contait plusieurs aventures amoureuses, arrivées entre les dames de Poissy et les mousquetaires qui y étaient en quartier. Le roi en fit quelques réprimandes à leur commandant, en lui ordonnant de mieux veiller sur leur conduite. Le mari de la nourrice, impatient de voir sa femme, rôdait autour du château. La nourrice, l'ayant aperçu, descendit un moment, pour lui parler, sur une des terrasses du jardin. Malheureusement pour elle, elle fut vue du mousquetaire qui était en sentinelle sur cette terrasse. Ne voulant pas perdre une si belle occasion de se venger des discours qu'elle avait tenus au roi sur leurs aventures, il la dénonça, et elle fut immédiatement changée.

Dr LE ROY,
Conservateur de la bibliothèque de Versailles.

(*La suite prochainement.*)

(1) Son mari était chirurgien à Paris.

(1) Le premier médecin du roi.

REVUE GÉNÉRALE.

TRAITEMENT DE LA CHORÉE ANCIENNE ET REBELLE PAR LES PRÉPARATIONS ARSÉNICALES.

M. Aran rappelle l'attention des praticiens sur l'emploi de l'acide arsénieux dans le traitement de la chorée. Quoique ce moyen ait été souvent préconisé, et par des auteurs dignes de confiance, il était cependant à peu près tombé dans l'oubli. M. Aran se trouvant en présence d'un cas qui avait résisté à tous les moyens connus, a eu l'idée de recourir à l'acide arsénieux, et le succès a couronné sa tentative. Cette observation est trop importante pour que nous ne la reproduisions pas dans son intégrité :

Observation. — Leclerc (François-Henri), âgé de 22 ans, commis, est un jeune homme d'une constitution médiocre, d'un tempérament lymphatique, et qui porte, sur presque toutes les parties du corps, les traces d'une maladie scrofuleuse ancienne dont il a été affecté à l'âge de 7 à 8 ans, et dont il n'a été à peu près débarrassé que vers l'âge de douze ans. Des cicatrices profondes, déprimées, dont quelques-unes adhérant aux os, une luxation spontanée de la deuxième phalange du médius de la main gauche, luxation latérale produite par une bride et maintenant ce doigt dans une position perpendiculaire au reste de la main, telles sont cependant les seuls restes de cette affection grave, et sans être forte, sa santé générale peut être considérée comme bonne. Aussi n'est-ce pas pour sa scrofule qu'il entre à l'hôpital, mais bien pour une chorée dont la marche a été lente et dont le début remonte déjà à plusieurs années.

Naturellement très impressionnable, Leclerc rapporte le développement de sa maladie à des espèces de terreurs qu'il éprouve depuis l'âge de quinze ans, la nuit, lorsqu'il est couché. Dans sa famille, personne n'est affecté d'une maladie analogue ; toutefois, si son père, sa mère, un frère et une sœur jouissent d'une bonne santé, une autre de ses sœurs a été frappée d'aliénation mentale à l'âge de 21 ans, après dix-huit mois de ménage. Depuis l'âge de 15 ans également, Leclerc éprouvait, surtout la nuit, quand il avait ces terreurs, des mouvemens brusques et involontaires de flexion et d'extension dans le membre supérieur gauche. Pendant une année, il n'y a fait aucune attention ; mais peu à peu ces mouvemens se sont produits plus souvent, peu à peu aussi ils ont commencé à se montrer dans la journée. Enfin, il y a trois ans, il a commencé à s'apercevoir d'oscillations dans le pied gauche et d'incertitude dans les mouvemens de la jambe correspondante, et il a fini, comme on dit, par traîner sa jambe. Depuis deux ans et demi, il a été obligé de quitter son travail, parce que son membre supérieur gauche ne pouvait plus lui rendre de services. Bien que gênée, la marche n'a jamais été impossible.

D'autres accidens se seraient également montrés avant cette époque vers le système nerveux, au dire du malade. Ainsi, il y a trois ans et demi, il aurait été pris d'une violente céphalalgie, avec sensibilité excessive du cuir chevelu, trouble dans les idées et perte de la mémoire ; les accidens, qui étaient survenus à la suite d'une fumigation de vapeurs, furent bien calmés par des affusions froides, et depuis lors, Leclerc n'en a plus eu d'atteinte. La face n'aurait pas échappé non plus entièrement, d'après le malade, à l'agitation des membres supérieur et inférieur gauches ; il y aurait eu de temps en temps des sautillemens dans la partie latérale gauche et dans l'œil correspondant. Enfin, Leclerc aurait eu quelquefois de la difficulté pour uriner, difficulté dont il triomphait en frottant l'hypogastre avec la main.

Depuis le début, le malade a toujours pu apporter un grand soulagement à son agitation, en mettant le membre supérieur dans la demi-flexion, et en l'appliquant fortement contre le corps, soit en avant, soit en arrière ; mais le calme ne va jamais jusqu'à la suspension complète des mouvemens choréiques. De même, suivant toutes probabilités, les mouvemens se calment dans le sommeil, car le malade n'en a pas conscience pendant la nuit.

Des douleurs de rongement se montrent, depuis un an surtout, dans les membres supérieur et inférieur gauches, principalement à l'époque des changemens de temps, et, pour se soulager, le malade imprime des mouvemens rapides à son membre supérieur, ou fait étendre fortement les membres par un aide.

Il serait trop long d'énumérer ici les traitemens qui ont été employés chez Leclerc. A l'intérieur, l'huile de foie de morue, la strychnine, les purgatifs, etc. ; à l'extérieur, l'électricité, les bains de toute espèce, etc. ; mais il est douteux que ces traitemens aient été suivis avec persévérance. Après avoir séjourné plusieurs mois à l'hôpital de Rouen, Leclerc résolut de venir à Paris, décidé à se soumettre à toute espèce de traitement, dans le but de guérir d'une affection qui le mettait dans l'impossibilité de pourvoir à ses besoins, et dont la persistance et le caractère rebelles semblaient toucher de près à l'incurabilité. Il entra dans mon service, à l'hôpital St-Antoine, le 21 février dernier (salle St-Antoine, n° 26).

Ainsi que je l'ai dit plus haut, la santé générale ne paraissait pas avoir souffert de la longue durée de cette affection : embonpoint conservé, face naturelle, teint coloré, pas de chaleur à la peau ; en revanche, le pouls était un peu agité, battait 92 fois à la minute, mais sans développement anormal. Toutes les fonctions sont en bon état, sauf les garde-robes : la constipation était chez lui un état presque habituel depuis plusieurs années ; il n'allait à la garde-robe que tous les sept ou huit jours.

Ce qui frappait dans l'aspect du malade, c'était sa singulière attitude. Il tenait son membre supérieur gauche dans la demi-flexion, fortement appliqué contre la partie antérieure du tronc, et pour réprimer les oscillations qui s'y montraient encore de temps en temps, il avait saisi solidement la main gauche avec la main droite. Aussi, dans cette situation, n'avait-on qu'une idée très incomplète de l'agitation choréique dont ce membre était le siége. Mais disait-on au malade de saisir un objet quelconque, à l'instant même le membre était pris d'une espèce de folie, et il n'arrivait à son but que par des mouvemens alternatifs et répétés de flexion et d'extension dans tous les muscles du bras et de l'avant-bras, que par une agitation musculaire qui s'étendait jusque dans l'épaule et le grand dentelé, et cette agitation était toujours suivie d'une grande fatigue. Ce membre, d'ailleurs, ne pouvait lui rendre aucun service ; à peine avait-il saisi un objet, qu'il le lâchait à l'instant, et il lui eût été impossible de tenir un vase de liquide sans le verser immédiatement.

Appliqué sur un plan uni et horizontal, dans le lit, par exemple, le membre inférieur gauche ne paraissait agité d'aucun mouvement ; le malade pouvait le détacher du lit, mais il n'y arrivait que par une série d'extensions et de flexions alternatives, et il lui était impossible de le maintenir quelques instans dans une position donnée. L'agitation était cependant beaucoup moindre que dans le membre supérieur. Dans la marche, l'agitation du membre inférieur était au contraire très marquée ; le malade marchait en fauchant. Changement sensible dans l'axe du pied, dirigé en dedans et en avant.

L'aspect de la face n'était pas le même des deux côtés : commissure labiale gauche plus élevée que la droite ; sorte de tension dans la joue gauche, empêchant le malade d'entraîner la bouche vers le côté droit ; un peu de difficulté également dans la prononciation des mots. C'était là peut-être quelque chose de congénial ; mais ce qu'un examen plus attentif vint nous révéler, c'était un affaiblissement de la sensibilité générale dans tout le côté gauche du corps, plus marqué aux membres supérieur et inférieur gauche, et arrivant presque à l'anesthésie complète. Toutes les membranes muqueuses paraissaient également d'une sensibilité moins exquise à gauche qu'à droite, sauf la conjonctive, dont la sensibilité était à peu près égale des deux côtés.

Une affection aussi ancienne, aussi rebelle, aussi compliquée, semblait au premier abord n'offrir que peu de chances à une médication quelconque. Fort du petit nombre de faits que j'avais été à même d'observer, pleinement convaincu d'ailleurs par les observations nombreuses consignées dans les auteurs les plus recommandables de l'Angleterre et de l'Allemagne, dont j'aurai bientôt l'occasion de parler, je me décidai à traiter ce malade par l'acide arsénieux ; l'ancienneté même de l'affection me paraissait justifier l'emploi d'un moyen aussi énergique. Je lui prescrivis une cuillerée à bouche de la solution suivante :

Acide arsénieux.	0,05 grammes.
Eau distillée	100 grammes.

et pour combattre la constipation, une douche ascendante froide. Une alimentation suffisamment riche et substantielle fut ajoutée au traitement, comme moyen de combattre les effets toxiques possibles de l'acide arsénieux.

Commencé le 23 février, le traitement fut continué les jours suivans, sauf les douches froides, qu'un accident survenu à l'appareil nous obligea à interrompre. Le 24 février, deux cuillerées à bouche de la solution, une le matin et une le soir ; le 25, trois cuillerées, à huit heures d'intervalle ; les 26 et 27, quatre cuillerées, à six heures d'intervalle.

Dès le 25 février, le malade se plaignait d'une sensation d'âcreté à la gorge et de quelques fourmillemens, avec moiteur dans le membre malade. En revanche, il s'apercevait avec bonheur d'un calme marqué dans les mouvemens, d'une plus grande stabilité dans les contractions des membres ; il pouvait saisir quelques objets, et, pour la première fois depuis longtemps, il marchait sans canne.

Le 28, l'amélioration était encore plus tranchée ; les mouvemens du bras avaient pris une grande stabilité ; le malade pouvait saisir les objets et maintenir son membre supérieur dans la position commandée par la volonté ; il marchait aussi beaucoup mieux, quoique le membre inférieur fût encore faible ; enfin la sensibilité était à peu près rétablie dans le côté gauche du corps. Mais les phénomènes d'intolérance avaient continué : en outre de la sensation de sécheresse et d'âcreté à la gorge, le malade éprouvait, depuis deux jours, de l'anxiété, avec resserrement de la poitrine, de la céphalalgie et comme un cercle de fer autour des orbites. Le traitement fut suspendu pour vingt-quatre heures. Bains sulfureux. Douche ascendante froide.

Le 29, la solution arsenicale est reprise, une cuillerée par jour. L'amélioration se maintient ; sa jambe prend des forces ; le bras conserve ce qu'il a gagné. Les jours suivans, la dose est portée à deux cuillerées, et continuée ainsi jusqu'au 13 mars, époque à laquelle l'âcreté à la gorge et le resserrement autour des orbites ont traduit la saturation arsenicale et ont fait suspendre la médication pour quelques jours.

Le malade a commencé, dans les premiers jours de mars, à s'exercer avec son bras et sa jambe gauches, à exécuter des mouvemens rhythmiques de flexion et d'extension ; il a travaillé en outre, avec les gens de service, à balayer, à frotter, à porter des fardeaux, etc. Grâce à ces exercices, la force a été parfaitement rétablie dans le côté gauche du corps, dès le 6 mars ; tous les mouvemens s'exécutaient avec une grande facilité ; il restait seulement une certaine brusquerie, et si le membre supérieur gauche conservait pendant un certain temps la position commandée par la volonté, il ne tardait pas à offrir quelques contractions involontaires, très faibles, dans quelques-uns des muscles du bras et de l'avant-bras.

Le malade pouvait être considéré comme guéri, lorsqu'une tentative de redressement du médius luxé, à l'aide d'un appareil, a déterminé, avec des douleurs très vives, une agitation très grande, et presque le retour des anciens accidens dans le côté gauche du corps. Il a suffi du repos et de l'enlèvement de l'appareil pour faire rentrer tout dans l'ordre.

Aujourd'hui, 10 avril, le rétablissement peut être considéré comme complet ; les membres malades ont repris toute leur vigueur, et, sauf un peu de brusquerie dans les mouvemens, on ne se douterait pas que Leclerc a été atteint d'une affection aussi grave et aussi rebelle. Il a pris encore, par prudence, jusque dans les premiers jours d'avril, de une à deux cuillerées à bouche de la solution arsenicale. Le malade est encore à l'hôpital, je l'y ai gardé dans le but de m'assurer de la persistance de la guérison, et aussi pour lui donner le temps de trouver un emploi qui lui permette de gagner sa vie. — (*In Bulletin de thérap.*, 15 avril 1856.)

Dans les remarques dont M. Aran fait suivre cette observation, notre honoré confrère exprime cette opinion formelle que l'emploi de l'acide arsénieux doit être borné au traitement des chorées anciennes, et que ces névroses récentes ne reçoivent aucune modification favorable de cet agent énergique, dont il faut toujours surveiller l'administration avec une extrême prudence.

L'observation de M. Aran nous a rappelé un fait qui nous a singulièrement ému dans le temps, et qui pourra peut-être être rapproché de celui que l'on vient de lire.

Une jeune fille de 18 ans, choréique et hystérique à la fois, entretenait des relations intimes avec un étudiant en médecine. Un jour, cette fille croyant avoir à se plaindre de son amant, pénètre dans sa chambre, lui absent, et avale, dans une intention de suicide, une certaine quantité d'acide arsénieux en poudre qu'elle trouve dans le petit appareil à manipulations chimiques qui servait à l'étudiant. Celui-ci arrive quelques instans après l'ingestion du poison ; au trouble de la jeune fille, il devine qu'il s'est passé quelque chose d'extraordinaire, et obtient un aveu. Il court à la Faculté pour demander les secours de M. Orfila, qui était absent. M. Barruel, alors préparateur des travaux chimiques, consent à suivre l'étudiant, administre les premiers secours ; nonobstant, les symptômes graves de l'empoisonnement ne tardent pas à se manifester. Cependant cette jeune fille ne succomba pas, et grâce au traitement institué par Orfila, elle se rétablit entièrement. Mais ce qui frappa beaucoup alors le cercle d'étudians qui étaient dans la confidence du fait, la chorée et l'hystérie de cette jeune fille avaient aussi complétement cessé, et ne reparurent pas pendant plus d'une d'année après cet accident, époque où finissent les renseignemens. A quoi attribuer cette cure, ou à l'émotion morale produite par cette tentative d'empoisonnement, ou à la révulsion pathologique que cet empoisonnement provoqua, ou à l'effet thérapeutique de l'arsenic absorbé? Nous ne nous chargeons pas de résoudre ce problème.

PRESCRIPTION CONTRE L'ASTHME NERVEUX.

L'asthme nerveux, cette individualité morbide que l'anatomie pathologique avait la prétention d'avoir rayée du cadre nosologique en la faisant rentrer dans les maladies organiques du cœur ou des poumons, l'asthme nerveux, qui a été, dans ces derniers temps, l'objet de recherches bien intéressantes, sans nul doute, par MM. Beau et Pidoux, est certainement encore un problème thérapeutique d'une obscurité extrême, et trop souvent, si ce n'est toujours, l'intervention de l'art se borne à chercher à pallier, à soulager, ne pouvant guérir.

Est-il vrai, comme le dit le journal auquel nous empruntons l'indication suivante, que le moyen qui possède peut-être le plus d'efficacité dans ce cas, soit le papier salpêtré de M. Letanneur ? M. Trousseau paraît avoir en ce moyen une grande confiance, et il l'emploie souvent. La préparation de ce papier est des plus simples. Il suffit de saturer de l'eau avec du nitrate de potasse, d'y tremper du papier écolier, de le faire sécher, et ce papier, coupé par petites bandes, est brûlé ensuite sur une assiette. M. le docteur Chaillou rapporte que deux personnes dans la même famille affectées d'asthme, chez lesquelles les attaques se prolongeaient quelquefois au delà d'une semaine, avec une violence qui provoquait des cris aigus, ont vu leurs accès favorablement modifiés, en chargeant, d'après les conseils de M. Trousseau, l'atmosphère de leurs chambres de fumée de papier nitré. — (*In Journal de méd. et de chir. path.*, avril 1856.)

PROPHYLAXIE ET THÉRAPEUTIQUE DU SCORBUT PAR L'EMPLOI DU JUS DE CITRON.

On sait que le scorbut a exercé de grands ravages sur les équipages de la flotte et sur l'armée de terre dans la guerre d'Orient. Il paraît qu'au contraire cette maladie a été beaucoup moins fréquente et moins grave dans l'armée anglaise et sur sa flotte. A quoi peut tenir cette différence sur deux armées et deux flottes placées, à très peu de choses près, dans les mêmes conditions hygiéniques? M. le docteur Gallerand, chirurgien de 1re classe de la marine impériale, nous donnerait le secret de cette sorte d'immunité pour le scorbut qui aurait été observé sur la flotte anglaise de la mer Noire. Cet honorable confrère vient de publier un rapport très intéressant, à la suite de deux campagnes dans la mer Blanche, sur les frégates la *Psyché* et la *Cléopâtre* :

Dans une première expédition, l'équipage avait été cruellement maltraité par le scorbut. Cinquante hommes durent être envoyés à l'hôpital dans un état assez fâcheux, et il est certain qu'un plus long séjour à la mer eût été désastreux pour cet équipage. Sur la *Cléopâtre*, toutes les précautions imaginables furent prises pour prévenir l'invasion du scorbut, et cependant la maladie ne tarda pas à se déclarer et à atteindre un grand nombre de matelots. M. Gallerand était extrêmement inquiet du sort de son équipage, qui avait encore deux mois des plus rigoureux à traverser avant de rentrer en France, lorsqu'une circonstance fortuite vint lui indiquer un moyen de guérir ses malades et de prévenir l'invasion du scorbut parmi les matelots. Quelques-uns de ses hommes avaient été envoyés sur un îlot désert pour prendre quelque exercice, lorsqu'ils furent rencontrés par le docteur Murray, chirurgien de la frégate anglaise *Meander*. Celui-ci, surpris de voir des matelots français dans un si triste état, alors que son propre équipage était plein de vigueur et de santé, se mit en rapport avec le docteur Gallerand, pour en savoir la cause. Voici dans quels termes il apprit au chirurgien français, par quel moyen, dans la marine anglaise, on se préserve du scorbut :

Depuis plus de cinquante ans, dit-il, on embarque réglementairement, à bord de tous les bâtimens de guerre ou de commerce anglais, une quantité de suc de citron suffisante pour que, chaque jour, tous les hommes de l'équipage, sans exception, en consomment une certaine quantité, d'après des proportions que j'indiquerai tout à l'heure, et cela pendant toute la campagne.

Il existe, sur ce sujet, des ordonnances très sévères de l'amirauté anglaise, à tel point qu'un capitaine de navire marchand, convaincu d'en avoir laissé manquer son équipage, est passible d'une forte amende.

La consommation du suc de citron (*limon juice*) est organisée dans la marine anglaise sur une vaste échelle, et c'est l'île de Malte qui y fournit en grande partie. Le procédé d'extraction est fort simple : les citrons entiers, revêtus de leur écorce, sont soumis au pressoir ; le jus qui s'en écoule est recueilli sans autre préparation. Cependant, avant de le mettre en bouteille, on a soin de l'additionner d'une faible quantité d'alcool.

Les bouteilles employées sont ordinairement d'une capacité d'environ deux litres ; elles sont réunies, au nombre de dix-huit, dans une seule caisse, et livrées sous cette forme à la consommation.

Ce n'est nullement à titre de médicament que le *limon juice* est donné aux navires de guerre, mais bien sur le même pied et dans la même proportion que les vivres de campagne. Le chirurgien n'a pas plus à s'en occuper que nous n'avons nous-mêmes à nous occuper du café de l'équipage, par exemple.

C'est le quinzième jour après avoir pris la mer, que les ordonnances de l'amirauté anglaise prescrivent la distribution du suc de citron, et, comme je l'ai déjà dit, pour chaque jour, pendant toute la campagne. Cette distribution se fait au repas de midi, à peu près comme celle du vin à bord d'un navire français, et les hommes la consomment à titre de boisson. Voici quelle est la ration réglementaire par individu :

Limon juice. . .	1/2 once anglaise		(environ 14 grammes).		
Sucre.	1	—	1/2	42	—
Eau.	4	—		112	—

Tous les officiers anglais nous ont affirmé qu'il y a au moins un demi-siècle que cet usage est répandu dans leur marine.

Le capitaine Ross cite cette préparation comme ayant garanti ses équipages du scorbut, et les navires qui ont tout récemment navigué au pôle nord, dans les expéditions, à la recherche de sir John Franklin, ont été également préservés, grâce à ce précieux agent. Je tiens ce détail de source certaine.

M. Gallerand obtint aussitôt de l'obligeance du commandant du *Meander*, quarante-quatre litres de ce précieux jus de citron. Il n'en avait pas assez pour en faire prendre à tout son équipage comme préservatif du scorbut, mais il put, du moins, en distribuer aux hommes déjà atteints de la maladie. Dès le 1er octobre, dit-il, les hommes dont j'ai décrit plus haut le triste état étaient parfaitement rétablis, et je suis convaincu que ces malheureux seraient morts aujourd'hui sans l'arrivée de ce secours inespéré. — (In *Revue thérap. du Midi*, et *Journal de méd. et de chir. prat.*, avril 1856.)

MOYENS DE RECONNAITRE LA PURETÉ DE LA GLYCÉRINE.

L'analyse de l'article de M. Devergie, que nous avons publiée dans notre dernière *Revue*, a donné lieu à M. Dal Piaz, honorable pharmacien de Paris, de nous adresser la lettre suivante :

Monsieur le rédacteur,

En parcourant ce matin le numéro du 8 avril de votre estimable journal, ce n'est pas sans un vif intérêt que j'y ai trouvé un nouvel article au sujet de la glycérine.

Cette substance, dont la fabrication commerciale et l'emploi en médecine ont eu lieu en Angleterre bien avant que je m'en sois occupé industriellement en France (en 1849), a été de ma part l'objet d'une foule de recherches dont le but était de l'obtenir propre à l'usage médical par des procédés prompts et peu dispendieux.

Je ne puis savoir d'où provient la glycérine dont s'est servi M. Devergie, les résultats qu'il a obtenus et les conclusions qu'il en a déduites me portent à croire qu'il a expérimenté avec de la glycérine commerciale, c'est-à-dire, celle que les magasins livrent à bas prix et qui, comme le dit le savant médecin de Saint-Louis, est non seulement impure, mais encore d'une impureté variable. Je comprends très bien les vœux qu'il fait pour que la pharmacie puisse la livrer dans un état tel qu'elle devienne un produit identique. Alors, on pourra agir avec elle en toute connaissance de cause, et il deviendra facile de lui faire son procès thérapeutique.

Il ne serait pas difficile d'obtenir de la glycérine presque chimiquement pure, si les corps gras d'où elle provient n'étaient pas de diverses natures et toujours altérés par une décomposition plus ou moins avancée.

Ainsi, on obtient facilement un très beau et un très bon produit avec des suifs récens et on a une peine infinie à obtenir le même produit avec les suifs provenant des os ramassés sur la voie publique. Les fabricans de glycérine qui ne traitent pas eux-mêmes les corps gras sont obligés d'employer les « *eaux sucrées* » qui en proviennent sans savoir quelles espèces de graisses les ont fournies. Il en résulte que la préparation de la glycérine pure ne peut être soumise à aucun procédé fixe.

C'est probablement à cause de cela que les fabricans qui la livrent à bas prix, ne se préoccupent que fort peu de sa pureté et ne vantent que sa blancheur, et il leur est d'autant plus facile de l'obtenir bien décolorée, qu'ils ont soin de ne pas l'amener à la densité de 30° du pèse-sirop.

Quel que soit le moyen mis en usage pour obtenir de la glycérine officinale, il faut évidemment indiquer les moyens de constater sa pureté.

Il serait à désirer que tous les fabricans suivissent l'exemple de M. Cap, qui, en annonçant sa glycérine officinale, donne en même temps les indications nécessaires pour en reconnaître la qualité.

Moi-même j'ai voulu suivre son exemple, et je crois le faire encore plus efficacement en imprimant, sur chaque étiquette, les moyens à employer pour en reconnaître la pureté, et ces moyens sont si simples, que ceux qui, après en avoir pris connaissance, emploieraient de la glycérine acide ou alcaline, ou contenant des acides gras unis à la chaux, ou de l'acide sulfurique et des sels métalliques, etc., ceux-là, dis-je, n'auraient pour excuse que la différence de prix qui existe entre un bon et un mauvais produit.

En résumé, Monsieur le rédacteur, j'ai voulu vous démontrer qu'il y a, dans le commerce, de la glycérine officinale blanche propre à toutes les expériences thérapeutiques. Elle possède une très faible odeur *sui generis*. Sa densité est de 28 à 30° au pèse-sirop. Sa saveur a quelque analogie avec celle du sirop de miel, et elle ne laisse aucun arrière-goût âcre ou amer. Elle est sans action sur le tournesol et sur le sirop de violettes. Les sels solubles de baryte n'y décèlent pas la présence de l'acide sulfurique ou d'un sulfate. L'acide oxalique n'y produit pas le moindre précipité d'un sel calcaire. Enfin elle ne se colore ni quand on y ajoute un hydro-sulfate alcalin, ni quand on la fait bouillir avec de la potasse caustique, et elle est soluble dans l'alcool à 90° en toutes proportions.

Telles sont les réflexions que m'a suggérées la lecture de l'article de l'UNION MÉDICALE du 8 de ce mois. Vous m'obligerez, Monsieur le rédacteur, en voulant bien les insérer dans la prochain numéro de votre estimable journal.

Agréez, etc. J. DAL PIAZ.

Ces indications, déjà données par M. Cap, sont utiles à retenir, et il nous a paru important de les reproduire. Quant à la glycérine employée par M. Devergie, elle provenait, selon sa déclaration, de la pharmacie centrale des hôpitaux.

Amédée LATOUR.

NÉCROLOGIE.

DISCOURS PRONONCÉ AUX OBSÈQUES DE M. VIDAL DE CASSIS ;

Par M. MARCHAL DE CALVI.

Nous reproduisons ce discours d'après la *France médicale*. Cette belle improvisation est digne du cœur et du talent de l'éloquent orateur. Jamais douleur plus sincère n'a parlé un langage plus élevé et plus ému :

« Messieurs,

» Après les discours émouvans que vous venez d'entendre, j'hésite à parler, et cependant je ne veux pas être accusé d'avoir reculé devant l'accomplissement d'un devoir. Quelques amis m'ont invité, par l'organe de M. Baillière, à prendre la parole au nom de la Presse médicale, et je me rends à leur appel, bravant l'émotion que j'ai appris à redouter et qui me fait éviter ces tristes rencontres, à moins que, comme aujourd'hui, je n'aie une pieuse tâche à remplir.

» Il y a un peu plus d'un an, Fabre nous était enlevé, foudroyé dans la rue par une attaque d'apoplexie. Il n'y a que quelques mois nous rendions les derniers devoirs à Valleix, l'ami de Vidal, son médecin et celui de sa famille ; Valleix, l'un des premiers par la science, par l'habileté pratique, comme aussi par l'élévation de l'esprit, et si regrettable pour l'aménité, la grâce et la sûreté de son commerce ; Valleix au sujet duquel Vidal, qui avait appris sa mort presque en même temps que sa maladie, me disait : comme on meurt vite, comme on s'en va ! aujourd'hui, c'est lui-même, c'est Vidal qui nous quitte. Ainsi les anneaux de la chaîne se détachent l'un après l'autre ; ainsi l'arbre s'ébranche ; ainsi les générations s'épuisent, et un moment vient où ceux que l'on a connus sont plus nombreux que ceux que l'on connaît.

» Fabre, Valleix, Vidal (Requin aussi), sont morts dans la force de l'âge. La mort aveugle et rapide, suivant l'expression du poète, emporte le convive « la bouche encore mal essuyée. » Elle prend le penseur au milieu d'une pensée ; l'artiste au milieu d'une inspiration ; l'écrivain au moment où il trempait sa plume. Samedi, Vidal, dévoré par la fièvre, recevait encore des malades. Dimanche, un maître illustre, celui dont nous venons d'entendre la voix aimée et respectée, M. Velpeau, allait le voir et lui reprochait doucement d'avoir tant tardé à avertir ses amis. M. Trousseau et M. Grisolle accouraient aussitôt avec un zèle qui ne devait pas trouver l'occasion de s'employer, tant le mal était avancé et la solution inévitable ; et Vidal, fidèle jusqu'au bout à la tournure de son esprit, leur faisait sur son propre état de ces plaisanteries sérieuses qui étaient dans ses habitudes. Lundi, M. Baillière se rendait auprès de lui. C'était plus qu'un malade, c'était un moribond. Il n'avait plus la force de parler, mais il exprima par un geste résigné l'attente stoïque de l'événement. Enfin, mardi, il rendait le dernier soupir. C'est ainsi qu'il est mort, tranquillement, sans bruit, sans se déranger, pour ainsi dire, et ne voulant déranger personne, sans rien changer à sa manière d'être jusqu'au dernier moment. L'heure venue, il a fermé les yeux et tout a été dit. Il n'a fait confidence de sa mort à personne, et il semblait qu'il voulût la garder pour lui tout entière.

» Hier, quand nous avons appris la triste nouvelle, nous ne savions même pas qu'il fût malade, au moins malade à mourir, car nous l'avons toujours connu valétudinaire. C'était une vie faible et toujours en péril, dans une complexion robuste. Il se savait atteint profondément et le disait quelquefois en raillant, comme il disait toutes choses ; et son extrême ardeur au travail s'explique sans doute par la nature de son esprit, doué d'une rare activité, mais aussi probablement par cette grande incertitude de vivre qui était en lui.

» Chose extraordinaire, dans ces derniers temps, amaigri et pâli, il paraissait, néanmoins, animé d'une énergie nouvelle. « Je me porte bien, je me sens plus fort et plus jeune, » disait-il à ses amis quand il les rencontrait ; puis aussitôt il quittait la main de son interlocuteur, comme s'il avait craint d'être démenti. Avait-il réellement l'illusion d'une santé meilleure, ou voulait-il se tromper lui-même ? C'était une âme forte, et il eut une cruelle occasion de le montrer. Son fils aîné, qu'il adorait, enfant d'une intelligence surprenante, cachait un germe fatal sous les plus belles apparences, et ce germe mûrit hâtivement sous l'influence d'une fièvre typhoïde. Il le vit crouler pièce à pièce, dans une de ces cachexies qui s'attaquent au système osseux et qui rongent déjà le mort dans le vivant. Il le vit mourir pendant des années, espérant parfois le racheter au prix d'une affreuse difformité, puis désespérant, mais dissimulant l'horrible torture, et cachant à tous les yeux, comme le Spartiate, la morsure implacable qui lui dévorait les entrailles.

» Je n'ai pas mission de tracer une biographie ; elle sera faite, j'espère ; il faut qu'elle soit faite, et c'est une œuvre qui demandera du temps et de la réflexion. Il n'y a place ici que pour une esquisse succincte.

» Vidal fut un observateur, un praticien et un écrivain. Je ne parlerai guère que de l'écrivain, quoiqu'il fût également supérieur comme observateur et comme praticien. Son titre dans les hôpitaux, ses nombreux procédés opératoires, comme son principal ouvrage, le rangeaient parmi les chirurgiens, et au premier rang. Mais il était médecin autant que chirurgien. Il avait le coup d'œil et l'induction. Le diagnostic étiologique, qui est le vrai et le grand diagnostic, lui était aussi familier que le diagnostic anatomique ou local, préoccupation abusive de l'école dans laquelle il avait été élevé. Je n'assurerai pas que comme opérateur, il fût parvenu, impressionnable comme il l'était, à maîtriser complétement cette angoisse, ce ravage intérieur, qui ne paraît ni dans le visage, ni dans la main, émotion domptée que le public injuste prend souvent pour de l'insensibilité, et qui se tourne tout entière contre le chirurgien, et qui l'use, et qui sans doute compte dans sa fin, quand elle est prématurée.

» J'ai hâte d'arriver à l'écrivain. Vidal débuta dans le journalisme, à côté de Fabre, avec qui il rédigea la *Clinique*, et qu'il suivit dans la *Lancette française*, dans la *Gazette des hôpitaux* ; il coopéra au *Journal hebdomadaire*. Enfin, il fonda les *Annales de la chirurgie française et étrangère*, avec MM. Velpeau et Bégin, qui avaient bien voulu m'accepter comme collaborateur. C'est là, dans la rédaction des *Annales*, que notre amitié commença, et elle durait depuis treize ans lorsqu'il est mort. Je puis dire que je l'ai bien connu, et j'affirme que si ses propres amis n'échappaient pas à sa verve railleuse, dont ils étaient les premiers à rire, en revanche, il serait difficile de trouver une amitié plus solide, plus dévouée, plus prompte aux démarches et aux sacrifices ; et, de même qu'il ne riait jamais de ses saillies, jamais il ne faisait valoir ses services. Son amitié était en quelque sorte dissimulée, comme a été sa mort. Vidal vivait beaucoup et gardait beaucoup en lui-même, bien qu'il fût un causeur charmant, et que personne ne fût plus habile à animer un cercle d'amis. Il avait dans l'esprit comme un rayon étincelant du soleil de son pays, comme une émanation des arômes fragrants de la Provence. Je n'ai pas à vous parler de son talent de journaliste. Vous en avez tous jugé. Il était né pour la polémique, vif, ingénieux, pressant, mordant au besoin, et possédant au plus haut degré cette qualité, qui est par excellence celle du journaliste, l'aptitude à embrasser rapidement l'ensemble d'une question et à en saisir du même coup d'œil les détails essentiels.

» Mais bientôt de cette plume, que quelques-uns avaient peut-être jugée légère, on vit sortir cinq grands volumes de haute science, tout un immense traité de pathologie externe et de médecine opératoire. Le journaliste devenait tout à coup un classique. Ici, Messieurs, je suis entraîné à rendre hommage à l'éditeur justement estimé, à l'ami toujours dévoué, qui devina Vidal et le jugea assez bien pour se hasarder, sur les chances d'un si jeune nom, dans une entreprise aussi importante. Quatre éditions du grand ouvrage de Vidal, qui ont porté son nom jusqu'aux limites du monde civilisé, prouvent de reste combien cette confiance était méritée. Vidal, lorsqu'il écrivit son traité, n'avait pas beaucoup fait par lui-même ; mais il était riche de l'expérience des autres, dont il avait suivi la pratique dans tous les hôpitaux de Paris, et il avait beaucoup étudié. Aussi sans faire oublier le livre de Boyer, monument impérissable de sage pratique chirurgicale, son ouvrage passa dans toutes les mains à titre de livre d'initiation ou de livre courant, comprenant le vaste tableau de la chirurgie au point où elle est parvenue aujourd'hui, tracé par un homme familiarisé avec les procédés de la philosophie scientifique. Vidal était actuel ; Boyer devenait historique. Quand on parle du traité de Vidal, il faudrait presque dire les traités, car celui des dernières éditions est, à proprement parler, un livre nouveau, tellement l'auteur le remania et y ajouta. On est étonné d'un tel travail en si peu d'années, et l'on se demande comment une organisation minée dès la jeunesse par un mal profond a pu y suffire. Et encore je n'ai rien dit de son livre sur les maladies vénériennes, dont il a donné, il y a peu de temps, la seconde édition.

» Vidal, comme journaliste, car il faut tout dire, n'a-t-il pas eu à regretter de s'être passionné à l'excès dans certaines questions ? Mais d'abord quel est celui qui a tenu la plume dans un journal et qui ne s'est pas laissé entraîner quelquefois à dépasser la mesure touchant les choses ou touchant les personnes ? Quand ce n'est que quelquefois, c'est peu. Ensuite, Messieurs, soyons avares d'accusations quand il s'agit de nous-mêmes, j'entends dire de nous médecins, et prenons garde que, emprisonnés comme nous le sommes dans une organisation ingrate, au milieu d'une société peu reconnaissante, prenons garde que les ennuis, les soucis, les difficultés de vivre, le malaise du foyer, la fatigue d'aujourd'hui, l'inquiétude de demain peuvent, à de certains moments, faire naître l'amertume dans les âmes les plus fortes, et d'autant plus qu'elles sont plus fortes. Enfin, et c'est un reproche à faire à notre temps, Vidal n'a pas été ce qu'il devait être, et sa place dans l'histoire de notre art vaudra mieux que celle qu'il a occupée à notre soleil. Le professorat lui a échappé, et l'Académie l'a laissé mourir sans se l'attacher, lui qui a représenté la chirurgie de son temps. A la vérité il était de ces hommes pleins d'une pudeur farouche, qui renoncent aux honneurs, s'il faut, pour y atteindre, courber le front sous des portes basses. Vidal craignait de s'offrir ; il fallait aller le chercher.

» Ce qu'on ne reprochera pas à Vidal, c'est d'avoir jamais manqué d'égards envers ce qui était grand. Il fut l'admirateur de Dupuytren pendant et après, et son historien fervent. Quand nous perdîmes Broussais au Val-de-Grâce, Vidal avait fini son exercice comme agrégé à la Faculté, mais il tint à honneur de revêtir sa robe et de suivre l'homme de génie jusqu'à cette demeure, avec une émotion respectueuse dont je fus frappé. Quand Vidal rencontrait un de ces hommes que Dieu a marqués du sceau de la grandeur, il le montrait avec enthousiasme, et lui adressait un salut anonyme, honorant le génie et s'honorant lui-même.

» Vidal avait le sens du beau et du grand. C'était un lettré et un artiste, et dans le monde de la littérature et des arts il compte d'autres amis, je dirais presque d'autres confrères.

» Comme citoyen, Vidal avait des principes que je ne partageais pas d'abord. Je croyais à l'expansion facile des idées par le travail et dans la paix. Prenez garde, me disait-il ; ne vous engagez pas, vous vous en repentirez. Il avait raison. Il était trop éclairé pour vouloir l'aristocratie de l'ignorance, trop honnête pour ne pas détester la spoliation, trop intelligent pour ne point haïr la dévastation, mais il était trop fier pour ne pas aimer ce qui élève l'esprit et le cœur, cette grande chose qui a ses inconvéniens, sans doute, même ses dangers, mais sans laquelle il n'y a pas de dignité publique et que la gloire même ne saurait suppléer.

» Je ne l'ai pas vu mourir, mais je réponds qu'il est mort tel que je l'ai vu, il y a peu de temps, plié, résigné aux dures nécessités, dures surtout pour les nobles âmes, mais animé d'une foi invincible et d'une religieuse confiance dans les destinées de l'humanité.

» Je n'ai tracé qu'une esquisse, encore imparfaite, et je suis à bout, non certes de mon sujet, mais du temps que je pouvais employer. Il faut finir. C'est le moment des dernières paroles, comme des dernières prières. Adieu, donc, rude pionnier, infatigable laboureur du champ de la science, mort en automne, à l'heure de la récolte, après les longues semailles, bien longues en effet pour le médecin, laissant une veuve et un orphelin, autant dire deux orphelins, car il l'appelait « ma fille » cette pauvre femme que rien ne consolera. Que ne pouvez-vous nous entendre, cher Vidal ! Votre cœur s'épanouirait doucement, car il n'y en a pas eu de plus tendre et de plus sensible à l'amitié. Adieu ! adieu ! »

Avant M. Marchal, M. le professeur Velpeau et M. Marjolin, au nom de la Société de chirurgie, ont aussi prononcé de touchantes paroles sur la tombe de M. Vidal.

Le concours pour une place de chirurgien du bureau central vient de se terminer par la nomination de M. Verneuil, professeur agrégé à la Faculté de médecine.

— Il vient d'arriver d'Alexandrie à Marseille, en destination pour le Muséum d'histoire naturelle de Paris, un envoi important d'animaux fait par M. Delaporte, consul de France au Caire.

Outre un *secrétaire*, oiseau de proie destructeur des serpens, le premier individu de cette espèce qu'on ait encore vu en France, cet envoi comprend deux fennecs ou *animaux anonymes* de Buffon, sorte de petits renards à oreilles gigantesques ; un guépard, plusieurs grues couronnées, des demoiselles de Numidie, et un d'autres oiseaux rares.

— Dimanche dernier, Mme E. Phin, femme de M. Edouard Phin, gardien au service du chemin de fer de Londres et de North-Western, est accouchée de cinq enfans dont trois garçons nés vivans et bien portans, et deux filles mort-nées.

— Le docteur Cierc commencera son cours public de syphiliographie, le mardi 22 avril, à l'École pratique, amphithéâtre n° 1, à une heure, et le continuera le mardi, le jeudi et le samedi à la même heure.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 50. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 24 Avril 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Paris : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. Névropathie : Sur un cas de névrose singulière et complexe. — III. Clinique civile : Entérite vermineuse, compliquée d'hémorrhagie intestinale avec symptômes d'étranglement. — IV. Statistique médicale : De l'influence de l'instruction sur la production du suicide. — V. Académies, sociétés savantes et associations. (Académie des sciences). Séance du 14 Avril : Chéiloplastie. — Action de divers extraits végétaux sur le sang veineux. — Sur la désarticulation de la mâchoire inférieure appliquée à l'extirpation des tumeurs profondes du pharynx, de la langue et du voile du palais. — Cause du choléra asiatique. — (Académie de médecine). Séance du 22 Avril : Correspondance. — Suite et fin du rapport sur les appareils électriques. Discussion. — Lecture. — Présentation. — VI. Courrier. — VII. Boîte aux lettres. — VIII. Feuilleton : L'hygiène publique et privée des Romains, d'après les ruines de Rome et de Pompéia.

PARIS, LE 23 AVRIL 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Bouvier a terminé, hier, la lecture de son rapport sur différentes communications relatives à l'emploi de l'électricité en médecine, et à des modifications apportées, par divers inventeurs, aux instrumens et appareils destinés à l'application de cet agent. Rapporteur consciencieux et zélé, M. Bouvier a exposé, dans ce travail, le résultat de ses savantes recherches sur ce sujet, qu'il a traité, surtout au point de vue de la physique médicale et de la construction des instrumens, avec un soin qui laisse peu de chose à faire après lui. En lisant ce rapport, on sera parfaitement édifié sur la valeur de tel ou tel appareil, sur sa puissance, sur son degré d'activité et sur les effets physiques qu'il peut produire ; le sera-t-on aussi bien sur sa valeur thérapeutique? Nous craignons que M. Bouvier ait un peu négligé ce point important de la question, point qui ne lui était pas demandé, cela est vrai, mais que nous eussions aimé voir discuté par son esprit aussi judicieux qu'impartial.

Ce n'a pas été la faute de M. Larrey si la question thérapeutique de l'électricité n'a pas fourni l'occasion d'une discussion qui pouvait être très intéressante et qui, certainement, est opportune. L'électricité est très à la mode en ce moment. On possède des instrumens charmans, de vrais bijoux qui invitent, par leur élégance, à se soumettre aux courans, dont le mystère s'accomplit dans des coffrets de palissandre incrustés d'or, d'ivoire et de nacre. C'est très séduisant. Mais est-ce bon? est-ce utile? et dans quelle mesure? et pour quelles indications? Voilà ce que M. Larrey aurait voulu savoir et ce à quoi il conviait l'Académie d'examiner. La curiosité, à notre sens, très légitime de M. Larrey, n'a pu être satisfaite. Personne n'a voulu prendre la parole sur la question d'ensemble, probablement parce que personne n'était prêt, probablement encore parce que la plupart des membres de l'Académie eussent été forcés de faire ce que M. Larrey venait de faire, poser des points d'interrogation, auxquels personne n'était en mesure de répondre. L'Académie s'est donc borné à déclarer, avec M. Bouvier, que des appareils soumis à son examen tel jouissait d'une puissance voltaïque forte, tel faible, tel nulle, ce qui n'est certes pas indifférent à connaître.

Ce rapport ayant absorbé une grande partie du temps de la séance, M. Durand-Fardel n'a pu lire qu'un fragment d'un travail intitulé : *Plan d'un Cours sur les eaux minérales.*

M. Jobert de Lamballe a présenté trois malades auxquels il a pratiqué, avec son succès habituel, des opérations d'autoplastie pour remédier à de graves difformités de la face.

Amédée Latour.

NÉVROPATHIE.

SUR UN CAS DE NÉVROSE SINGULIÈRE ET COMPLEXE.

Cahors, 3 Avril 1856.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens vous remercier de l'hospitalité que mon observation de névrose a trouvée dans vos colonnes le 25 mars dernier, et témoigner à l'honorable M. Moreau (de Tours) toute ma gratitude pour les utiles conseils dont il a bien voulu l'accompagner. Je vous envoie en même temps la fin de cette même observation, cédant en cela au désir d'être utile à la science et agréable à plusieurs confrères des départemens, que ce cas pathologique intéresse vivement.

Du 10 au 15 mars, rien de bien particulier à noter dans l'état de notre jeune malade. Toujours des contractions spasmodiques durant plus ou moins de temps, extases, somnambulisme, agitation sans sortir du lit.

15 mars. Journée terrible. Dès le matin, il éprouva de violentes contractions à la gorge, aux yeux et aux jambes. Vers onze heures, ces douleurs augmentèrent, surtout à la gorge. Il devenait violet et menaçait d'être asphyxié. Après avoir horriblement souffert pendant à peu près une heure, il perdit la vue, par occlusion spasmodique des paupières, la parole et l'usage de ses jambes. Alors, les souffrances diminuèrent, sans le quitter entièrement. Il ne pouvait se faire comprendre qu'en écrivant à tâtons, sur une ardoise, et encore ne le pouvait-il pas toujours, parce qu'il en était souvent empêché par une douleur au poignet droit.

16 mars. La journée se passe en contractions fréquentes dans les jambes, dans les yeux et dans la gorge.

17 mars. Mêmes douleurs que la veille ; mais, vers quatre heures du soir, elles deviennent si fortes, que P... se débattait dans son lit et poussait des cris. Après quelques heures de souffrances horribles, il recouvra la parole, la vue et l'usage des jambes. Il était environ huit heures du soir. Longtemps auparavant, il avait annoncé par écrit que ces douleurs auraient ce résultat. Bientôt après, il tomba dans une extase qui dura jusqu'à onze heures et demie.

18 mars. En s'éveillant, P... annonce qu'il ressent en lui une grande excitation, *un bouillonnement dans les entrailles* et qu'il aura une journée agitée. En effet, il passa la journée à faire les exercices gymnastiques dont j'ai parlé précédemment, c'est-à-dire à sauter sur les portes, dans les placards, à monter sur les cheminées, à franchir des chaises, à les porter en les tenant entre ses dents par un barreau, rapidement d'une chambre à l'autre. De temps en temps, il avait des accès de somnambulisme.

19 et 20 mars. Crispation et douleurs successivement et brusquement comme toujours, dans toutes les parties du corps ; le 19, surtout, il eut des douleurs tellement vives au cœur et de telles contractions à la gorge, qu'il poussait des cris affreux et devenait tout bleu.

21 mars. De grand matin, il annonce des bouillonnemens dans les entrailles, indice certain d'une mauvaise journée. En effet, il fut très agité, comme le 18, et eut encore de longues crises de somnambulisme. Durant cet accès, j'ai pu noter très souvent le phénomène suivant :

On aurait dit qu'il prenait plaisir à dire l'heure qu'il était, celle à laquelle on avait fait ou dit telle ou telle chose ; il répétait à chaque crise, par exemple, lorsque son père était indisposé : Je suis aussi sûr que mon père est plus malade qu'on ne le dit, que je suis sûr qu'il est telle heure à telle pendule. Or, l'heure indiquée à un quart de minute près, était presque toujours d'une exactitude rigoureuse, et il n'y avait dans sa chambre ni montre ni pendule. Cette exactitude dans l'appréciation du temps disparaissait avec la crise. Pendant un de ces accès de somnambulisme, on lui jeta de l'eau fraîche à la figure. Lorsqu'il revint à lui et qu'il se vit mouillé, il tomba dans une grande irritation, dans une espèce de désespoir que l'on eut beaucoup de peine à calmer, car il ne s'expliquait pas pourquoi on l'avait ainsi mouillé à son insu. Immédiatement, il retomba en extase, et on en profita pour changer sa chemise et faire sécher l'autre qu'on eut soin de lui remettre, car il éprouvait toujours une vive et pénible émotion quand, au sortir d'une extase, il remarquait un changement, si léger qu'il fût, dans ce qui l'environnait au moment où il était tombé. Pendant ces crises, son existence était comme suspendue, et, à la fin de l'accès, il terminait une phrase que cet accès, long quelquefois d'une demi-heure ou d'une heure, avait suspendue.

Irrité d'avoir vu, à plusieurs reprises, différens papiers entre les mains de plusieurs personnes, ce qui l'avait fait tomber en extase, il déclara avec emportement, que, puisqu'on n'avait pas plus d'égard

Feuilleton.

L'HYGIÈNE PUBLIQUE ET PRIVÉE DES ROMAINS, D'APRÈS LES RUINES DE ROME ET DE POMPÉIA (1).

Si, chez les anciens, les bains étaient autant du domaine de l'hygiène que de celui de la thérapeutique, les exercices du corps, au contraire, appartenaient bien plus à la médecine curative qu'à la médecine préventive.

Ceux qui veulent connaître à fond ce qu'était la gymnastique en Grèce et à Rome, n'ont qu'à lire l'excellent ouvrage de Mercurialis sur cette matière. Ils y verront quel rôle immense jouaient les exercices du corps dans le traitement des maladies, rôle dont nous avons peine à nous former une idée aujourd'hui. Non seulement la gymnastique marchait de pair avec les agens médicamenteux dans le traitement de la plupart des maladies internes ; souvent elle avait sur eux la préférence. C'était à des exercices du corps appropriés que Cicéron attribuait tout le bénéfice de la disparition de ses maux d'estomac ; et le neveu de Tibère, Germanicus, y eut exclusivement recours, et avec succès, dans plus d'une affection.

Asclépiade de Bithynie, l'inventeur des bains et des lits suspendus, fut à Rome le premier médecin qui appliqua la gymnastique au traitement des maladies ; et depuis cette époque jusqu'à la chute de l'Empire, elle ne cessa pas d'y occuper une place importante. On sait très bien pourquoi elle fut proscrite par la science chrétienne, au Moyen-Âge ; mais ce qui est plus obscur, c'est la cause qui la fit aussi bannir de la médecine arabe. On se demande, en effet, comment les Arabes, ces successeurs immédiats des anciens et leurs imitateurs serviles en tant de points, ont pu rompre le fil de la tradition sur celui-là. Avaient-ils reconnu que les anciens attachaient une valeur illégitime à la gymnastique, en tant que branche de la médecine curative? Ou bien la fatigue, si profondément antipathique à l'homme qui vit sous des climats brûlans, ne leur fit-elle pas seule bannir les exercices musculaires? Quoi qu'il en soit, si l'école de Salerne ne fit aucun cas de la gymnastique, ce discrédit fut inspiré, comme celui des bains, par pur esprit de réaction contre la nudité qui engendrait tant d'abus dans les mœurs du paganisme. Les seuls exercices musculaires tolérés par le christianisme après la chute de l'empire romain étaient précisément ceux dont les bonnes mœurs n'avaient rien à craindre, l'équitation et la chasse.

Les exercices musculaires étaient divisés en trois grandes catégories, comme nous l'apprend le médecin de Pergame dans son livre : *De sanitate tuenda* ; les exercices *actifs*, les exercices *passifs*, ou ceux dans lesquels le corps était mis en mouvement par une impulsion étrangère ; les exercices *mixtes*, ou participant des uns et des autres.

La gymnastique athlétique était beaucoup plus simple et moins variée que la gymnastique médicale. Galien, qui pouvait en parler mieux que personne, puisqu'il avait été nommé médecin officiel des gladiateurs, était loin d'en être partisan. Il lui reprochait d'être presque toujours funeste à la santé. Chez les athlètes, il condamnait principalement la diététique, car ces hommes étaient soumis à une alimentation trop copieuse et surtout trop animalisée : ils se gorgeaient de viandes, ils ne travaillaient, pour me servir des expressions du médecin de Pergame, que pour se faire du sang et de la chair. Un athlète qui, à chaque repas, ne mangeait que deux livres de viande et du pain à proportion, passait à Rome pour très frugal. Il est vrai qu'en Grèce, Milon de Crotone en mangeait jusqu'à vingt. Cet excès dans le régime rendait les athlètes lourds, paresseux, obèses. Il engourdissait leur cœur et leur intelligence, et, d'une autre part, l'exagération des efforts musculaires les prédisposait aux vertiges, à l'apoplexie, à la rupture des gros vaisseaux. En un mot, cette sorte de gymnastique était tellement fatale à la santé, que, s'il faut en croire Galien, la vigueur d'un athlète ne se soutenait guère au delà de cinq années.

Les exercices *actifs* étaient très nombreux. Quelques-uns sont parvenus jusqu'à nous ; les autres, en traversant les siècles, ont été tellement, à tort ou à raison, dédaignés ou oubliés, qu'ils nous semblent extraordinaires, ridicules même, pour ne pas dire absurdes aujourd'hui. Du reste, dans la thérapeutique des anciens, tous les exercices gymnastiques avaient leurs indications et leurs contre-indications exposées avec beaucoup de netteté et de précision.

Parmi les exercices actifs, le plus simple était la promenade à pied, soit à ciel ouvert dans la campagne ou dans l'arène, soit à l'abri du soleil, sous les portiques. La promenade à pied se distinguait aussi suivant qu'elle avait lieu sur un terrain plane ou incliné. Érasistrate prescrivait aux paralytiques la promenade dans l'arène, et Arétée aux mélancoliques, la promenade à la campagne, parmi les myrtes et les lauriers. Quant à la promenade sur un plan déclive, Antyllus la croyait utile dans la dyspnée. Venaient ensuite l'*agitation des mains*, qu'on croyait efficace dans la céphalalgie, et qu'Arétée employait contre les douleurs d'entrailles ; le *saut*, qu'on défendait aux porteurs de dilatations variqueuses, mais qu'on recommandait pour provoquer l'écoulement des règles et des hémorrhoïdes ; le *jeu de balle*, conseillé par Cælius Aurélianus contre les coliques, et par Alexandre de Tralles contre le priapisme ; la *danse*, qu'on croyait nuisible dans la spermatorrhée, et utile chez les calculeux ; la *course*, que Galien prescrivait aux obèses et Priscianus aux asthmatiques, en leur recommandant de se couvrir de vêtemens de laine ; enfin, la *natation*, le plus en honneur et le plus populaire de tous les exercices *actifs*. A Rome, cet exercice faisait partie si intégrante de l'éducation de la jeunesse, qu'on appelait ignorant non seulement l'homme qui ne savait pas lire, mais encore celui qui ne savait pas nager. Il y avait plusieurs espèces de natation ; celle qui avait lieu dans les *thermes* et la natation maritime. La natation, en général, était recommandée dans les luxations. La natation dans la mer était plus spécialement conseillée contre les maladies internes, contre l'hydropisie, la gale, l'éléphantiasis par Celse et Antyllus, et contre la céphalalgie, la paralysie et l'épilepsie par Cælius Aurélianus.

Le disque et le pugilat, qui jouaient un grand rôle dans la gymnastique des athlètes, était peu employée dans celle des malades. Sauf Arétée, qui conseillait l'usage de ces exercices pour combattre le vertige, les médecins en faisaient fort peu de cas, quoiqu'ils les trouvassent singulièrement propres à développer les muscles du dos et des extré-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 10 et 17 Avril 1856.

pour lui, il allait au second étage se précipiter par la fenêtre; cela dit, il prend sa course et on n'arriva que juste à temps pour l'en empêcher. Alors commença une longue lutte entre P... et les assistans, qui le contenaient à peine, tant ses forces étaient surexcitées, lutte qui, du reste, se termina brusquement comme toutes ses crises.

22. Mars. Le plus souvent, les matinées étaient assez calmes; mais, ce jour-là, P... éprouva, dès six heures du matin, une assez longue crise extatique, pendant laquelle il pria Dieu de le guérir. Il s'était levé pour faire sa prière. On le remit au lit, et, à son réveil, il n'eut pas pas conscience de ce qui s'était passé.

Presque tous les matins il annonçait, par ce qu'il ressentait, ce que serait la journée, et rarement il se trompait.

Ce jour-là, lui ayant demandé comment il se trouvait : Entre le bien et le mal, me répondit-il, et je ne sais encore lequel des deux l'emportera. Plus tard, son père s'étant présenté avec du papier à la main, chose qui, depuis le 5 mars, l'épouvantait si fort, il eut une courte extase. Quand il en fut sorti, son père lui fit quelques observations sur la nature et la destination de ces papiers; il voulut alors les voir et les toucher, ce qu'il fit sans la moindre émotion. Enfin, vers dix heures et demie, il fut pris d'une dernière crise de somnambulisme, *pendant laquelle il remercia Dieu d'avoir exaucé sa prière et de lui avoir rendu la santé; au moment où il partait désignant l'heure exacte : 11 heures 8 minutes.*

Bientôt la crise passa, et il s'écria : Maman, je suis guéri ! Ce qu'il y a de singulier, c'est la foi ferme, inébranlable, qu'il avait en sa guérison; et aux doutes, aux hésitations, aux craintes que l'on pouvait lui exprimer, il opposait imperturbablement sa réponse : Je suis guéri.

Il voulut s'habiller et descendre pour dîner avec sa famille. Le matin encore, ses jambes ne pouvaient le supporter, et après midi, il alla sur la promenade et fut sur pied toute la journée, sans se plaindre d'autre chose que de faiblesse à la jambe droite. Le lendemain, même état; il va à la messe avec sa mère, et pendant l'office, la faiblesse de la jambe disparaît brusquement.

Depuis lors, la guérison ne s'est pas démentie; il lui reste seulement une grande impressionnabilité; un rien l'agace et le met de mauvaise humeur, et il est incapable de la moindre application. La mémoire n'est plus aussi bonne que pendant la maladie. Dès le matin il est sur pied, et il éprouve le besoin de marcher toute la journée.

Devons-nous croire à une guérison, ou bien assistons-nous à un état de transition simple? C'est ce qu'il serait, je crois, bien difficile d'avancer, et ce que l'avenir seul démontrera.

Inutile d'ajouter que, comme toujours en pareil cas, quoique j'eusse annoncé la *possibilité* d'une guérison brusque, nombre de gens ont crié au miracle. Dois-je dire que ce n'étaient pas les plus éclairés en la matière, et les moins intéressés peut-être?

Le malade a commencé depuis plusieurs jours le régime tonique conseillé par M. Moreau, régime qu'il suivait avant sa maladie, et auquel on a ajouté l'huile de foie de morue.

Dr Ch. Caviole,
Médecin en second de l'hôpital de Cahors et du Lycée impérial.

CLINIQUE CIVILE.

ENTÉRITE VERMINEUSE, COMPLIQUÉE D'HÉMORRHAGIE INTESTINALE AVEC SYMPTOMES D'ÉTRANGLEMENT.

Le 16 mars 1856, je fus appelé en consultation pour un enfant de 6 ans, qui, depuis peu de temps, présentait les symptômes les plus alarmans.

Quand je fus arrivé auprès du malade, M. le dr Villemin, médecin ordinaire de la maison, me dit que, le jeudi 13 mars 1856, il avait été appelé pour la première fois par les parens auprès du jeune malade, qui souffrait depuis quelque temps d'une bronchite pour laquelle la mère avait cru devoir administrer l'ipéca. Cette médication ne modifia en rien cette légère phlegmasie; mais l'enfant se plaignit de douleurs à l'abdomen, qu'il rapportait à la région ombilicale; aussi la mère appréciait-elle que son enfant s'était mal trouvé de l'usage du sirop d'ipéca.

Lorsque M. Villemin vit le petit malade pour la première fois, c'est-à-dire le 13 mars, le pouls n'était pas notablement élevé; le facies était à peu près normal; la langue naturelle, et si ce n'eussent été les coliques, faibles toutefois, dont se plaignait l'enfant, il eût été difficile de reconnaître une affection pathologique.

Le lendemain 14 mars, l'enfant étant levé et l'ensemble de son état n'indiquant aucune condition morbide, hormis pourtant de petites coliques sourdes, M. Villemin ajourna sa première visite au 16 suivant. Cependant, en sortant de la chambre du malade, M. Villemin apprit que des peintures d'appartemens avaient été faites dans une pièce assez restreinte du rez-de-chaussée, et, à cette occasion, il fit observer à la mère du petit malade, que ses coliques pouvaient bien reconnaître ces peintures pour cause, attendu que c'était la chambre où se tenait habituellement la famille. M. Villemin se contenta donc d'engager les parens à ne pas laisser séjourner leur enfant dans cette chambre, à le soumettre à l'usage de boissons pectorales émollientes, à maintenir un cataplasme sur le ventre et à lui donner des alimens d'une digestion facile.

Pendant la journée du 15, l'enfant fut gai, fit des bouquets, suivit la leçon de son précepteur, et eut assez d'appétit pour manger, indépendamment de la sienne, la moitié d'une tartine de pain qui avait été donnée à son frère aîné, âgé de 7 ans.

La nuit du 15 au 16 fut très mauvaise, et M. le docteur Villemin fut mandé, en toute hâte, le matin du 16. A peine cet honorable praticien fut-il auprès du petit malade, qu'il fut frappé de l'aspect effrayant des symptômes.

Le facies était celui d'un cholérique; le malade vomissant à chaque instant, et en petites quantités, des matières verdâtres, rendit trois ascarides lombricoïdes. L'abdomen était météorisé, douloureux à la pression; le pouls petit et concentré; l'enfant avait rendu quelques selles légèrement sanguinolentes; il était sous l'influence d'une agitation continuelle et d'un froid presque glacial.

M. Villemin conseilla immédiatement un grand bain après lequel on appliqua un large cataplasme de farine de graine de lin sur l'abdomen; boisson albumineuse et gommée; sinapismes aux extrémités pelviennes; compresses, trempées dans l'eau froide, sur le front; lavement avec une cuillerée d'huile d'olive, et une potion éthérée à prendre par cuillerée toutes les heures.

Lors de la seconde visite qu'avait faite M. Villemin, on avait agité la question de la présence des vers dans l'intestin; mais cet enfant n'avait aucune démangeaison aux ailes du nez, point de dilatation des pupilles, point de battemens de cœur; et, dans tous les cas, dit M. Villemin, on ne pouvait admettre qu'on pût penser à administrer un vermifuge purgatif après les mauvais résultats obtenus à la suite du sirop d'ipéca, et en vue des douleurs ombilicales et de la sensibilité que présentait l'abdomen à la moindre pression; quoique la présence des ascarides fût devenue évidente par ceux qui avaient été rendus par le vomissement, dans la nuit du 15 au 16.

Au milieu de la journée du 16, le père vint trouver M. Villemin, lui annonçant une aggravation dans l'état du malade; c'est alors qu'on vint me chercher en toute hâte.

J'arrivai à peu près vers les quatre heures de l'après-midi. Je fus de suite frappé de l'aspect fâcheux de l'enfant, si fâcheux que les idées de choléra, d'invagination intestinale, d'étranglement ou d'intoxication accidentelle me vinrent à la pensée. Le malade était couché sur le côté droit, dans un état de flexion remarquable et comme ratatiné. La langue, qu'il me tira lui-même, était naturelle, la face était rouge et injectée, froide, ainsi que toute l'habitude du corps, qui était cyanosé, le pouls était petit, sec, concentré, l'abdomen tuméfié, d'une sensibilité extrême. L'on me présenta un vase de nuit contenant une selle à laquelle l'enfant venait de satisfaire, elle était liquide, composée de sang pur et vermeil, remplissant les deux tiers du vase, c'était une véritable hémorrhagie intestinale. A peine avions-nous eu le temps de nous rendre compte de l'état du malade, qu'il expira, dix minutes à peine après notre examen.

Des symptômes aussi énergiques, si promptement mortels étaient de nature à exciter notre attention; aussi, ne craignant point d'en faire part au père, nous lui témoignâmes le désir de faire l'autopsie. Il l'accepta en homme éclairé, quand ce ne serait, nous dit-il, que dans l'intérêt du seul fils qui lui restait.

Le 17 mars, nous pratiquâmes cette autopsie, et voici ce que nous trouvâmes :

Le cadavre présente une teinte bleuâtre, surtout le côté droit, ce qui résulte de l'attitude dans laquelle le malade a rendu le dernier soupir, attitude dans laquelle on l'avait laissé. A l'ouverture de l'abdomen, le péritoine est dans l'état normal, contenant peu de sérosité. La vessie est fortement rétractée et cachée derrière les pubis. L'estomac et le gros intestin ont leur aspect ordinaire, mais l'intestin grêle, surtout l'iléum, est météorisé; il présente une coloration rouge très tranchée et des arborisations. La rate et le foie sont dans l'état normal. Le poumon droit est injecté et moins crépitant que le gauche. Le cœur n'offre rien de remarquable; ses cavités gauches sont vides et les droites contiennent un sang non coagulé.

Nous préparant à examiner avec soin l'intestin dans la portion que j'ai dit être injectée, je fus étonné de sentir un point qui résistait au doigt et offrait une sorte d'intumescence inégale et bosselée. En examinant avec plus d'attention, nous vîmes que cette portion intestinale était littéralement oblitérée par un paquet énorme de vers dont on appréciait les circonvolutions à travers l'épaisseur des parois intestinales. Pour nous rendre mieux compte de l'état dans lequel se trouvaient ces parties, j'incisai longitudinalement l'intestin grêle bien au-dessus de l'engouement, et six ascarides lombricoïdes se présentèrent. Etant arrivé au point que je viens de signaler, nous trouvâmes une masse de vers intriqués les uns dans les autres, comme feutrés, faisant un tout dans la longueur de 10 centimètres au moins, distendant l'intestin, et le bouchant complétement. Ces vers étaient tellement enlacés les uns dans les autres, qu'il me suffit de saisir l'un d'eux avec ma pince pour soulever toute la masse sans qu'ils se dissociassent. Je fus obligé de les séparer un à un pour les compter : il y en avait dix-huit de la plus forte espèce.

La muqueuse de l'intestin grêle ayant été lavée, nous la trouvâmes ramollie, se déchirant par lambeaux, et criblée d'ulcérations, dont la plus grande avait la largeur d'une pièce de

---

mités supérieures. Il n'en était pas de même de la lutte, qu'on recommandait dans les maladies de l'oreille, qu'Oribase conseillait contre l'hydropisie, mais qu'on regardait comme nuisible dans l'angine, l'épilepsie et les ophthalmies.

L'exercice des organes de la voix et de la respiration occupait aussi une large place dans la gymnastique des anciens. Outre la conversation, la lecture à haute voix, le chant, ils avaient l'exercice des clameurs, *vociferationes*, celui de la respiration retenue, *spiritu retento* et celui de la respiration précipitée, *spiritu cohibito*; enfin l'exercice du gémissement et l'exercice du rire. A Rome, l'empereur Domitien favorisa beaucoup cette partie de la gymnastique, à laquelle il consacra même des établissemens spéciaux.

Les clameurs étaient mises en usage dans les atrophies, les cachexies, la fièvre quarte, l'épilepsie, etc. Aréïée les prescrivait contre l'éléphantiasis; Antyllus, Cœlius Aurelianus et Vetius contre l'asthme, la phthisie pulmonaire, les maux d'estomac et les vomissemens de matières acides.

La suspension de la respiration, genre d'exercice très familier aux athlètes, qui s'y livraient surtout pour obtenir les applaudissemens de la foule, était employée dans le traitement de l'asthme par Cœlius Aurélianus, et dans celui de la toux sèche par Celse, qui réservait l'exercice de la respiration accélérée pour le traitement de la toux causée par le froid. Quant à l'exercice des gémissemens, fort estimé aussi des athlètes, qui le mettaient en usage, comme nous l'apprend Cicéron dans ses *Tusculanes*, pour se donner de la solidité, *ut se intenderent ad firmitatem*, il était fort peu employé dans la gymnastique médicale.

Les exercices *passifs* se bornaient pour ainsi dire à la promenade en litière, où les malades se tenaient tantôt couchés et tantôt assis. Dans ces lits suspendus, portés par deux, quatre, six, huit esclaves, on conseillait la position horizontale aux apoplectiques, aux goutteux, aux hydropiques, et la position assise aux fiévreux. L'équitation était le plus employé des exercices mixtes. C'était elle qui avait guéri le neveu de Tibère, Germanicus, atteint sinon d'une paralysie, du moins d'une grande faiblesse des extrémités inférieures. Seulement, comme cet exercice était beaucoup plus fatigant pour les anciens que pour nous, attendu qu'ils ne connaissaient pas l'usage des étriers, Antyllus, et après lui Oribase, le défendait dans les affections de poitrine.

On ne découvre à Rome, ni dans les thermes de Dioclétien, ni dans ceux de Caracalla, aucun vestige soit des xystes couverts sous le portique desquels les athlètes s'exerçaient pendant l'hiver ou le mauvais temps, soit des xystes plantés d'arbres où ils s'exerçaient pendant l'été. Cependant, parmi les ruines des thermes de Caracalla, on distingue assez bien, d'une part, la salle de la *palestre*, où l'on se livrait plus spécialement à la lutte, au pugilat, au pancrace, et enfin le *stade*, terrain spacieux et demi-circulaire, où l'on s'exerçait à la course à pied et à la course à cheval ou en char.

En proscrivant la gymnastique des systèmes d'éducation, on commit une grande faute au point de vue de l'hygiène. Exalté par l'absence du contre-poids qu'il trouve dans l'activité musculaire, le système nerveux acquit à partir de ce moment une prépondérance qui se traduisit par une foule de phénomènes plus ou moins morbides, et, entre autres, par la tendance à la mélancolie, que, dans le monde moderne, Châteaubriand chercha le premier à rattacher à ce défaut d'équilibre.

Un illustre mélancolique, qui avait observé sur lui-même toute l'influence que l'inaction musculaire exerce sur les inclinations tristes, Jean-Jacques Rousseau, essaya de réhabiliter dans l'éducation les exercices du corps, qui en avaient été bannis depuis si longtemps, et qui l'étaient encore à l'époque où il écrivait. En effet, dans l'*Emile*, il laisse son élève se livrer dès l'âge le plus tendre à toute la liberté des mouvemens que son instinct lui suggère, et, un peu plus tard, il lui apprend à manier la bêche, la houe, le tour, le marteau, le rabot, la lime, etc. Bernardin de Saint-Pierre va plus loin que Rousseau : il voudrait qu'on habituât les enfans à défendre ou à attaquer un poste, à passer une rivière à la nage, à faire usage des armes à feu, etc.

Jean-Jacques pensait avec raison que l'apprentissage d'un métier devait faire partie de l'éducation d'un homme bien né. Il ne voulait pas d'un état qui occupe seulement les mains comme celui de brodeur, de doreur, de vernisseur, que Locke donne à son gentilhomme; mais un métier qui exerce les muscles du thorax et des extrémités supérieures, celui de menuisier, par exemple, qu'il préférait à tous les autres.

Les conseils que Rousseau formulait à la fin du XVIIIe siècle n'ont pas été tout à fait perdus pour cette époque. Mais c'était au XIXe siècle qu'il appartenait de réhabiliter graduellement les exercices musculaires qui, dans les écoles régimentaires, les lycées, les pensions, produisent depuis vingt ans les résultats les plus salutaires, et qui, depuis quelque temps surtout, cherchent à s'étendre avec non moins de bonheur du domaine de l'hygiène à celui de la thérapeutique.

Dr Michéa.

NÉCROLOGIE.

Le 23 mars dernier, s'est éteint à Varese (Lombardie), après une longue carrière toute remplie de travaux, de souffrances et de bienfaits, le docteur Joseph De' Filippi, de l'Institut des sciences de Lombardie, ancien chirurgien en chef de l'armée du royaume d'Italie. Il avait publié à Milan divers ouvrages estimés, notamment : *Saggio analitico sulla infiammazzione* (1821), — *Della scienza della vita* (1830), — *Galateo medico* (Conseils pour l'exercice de la médecine, 2e éd. 1841), — *Annotazioni di medicina pratica* (1845), et d'autres travaux remarquables insérés dans les Mémoires de l'Institut dont il était membre.

L'héritage de sa science et de son dévouement au bien-être de l'humanité, est dignement recueilli par son gendre, le docteur et professeur Antonio Capelli, et par son fils le docteur Phil. De' Filippi, professeur de zoologie à l'Université de Turin, membre de l'Académie de cette ville et du Conseil de l'instruction publique. Jetons en passant une fleur de regret sur la tombe du plus jeune de ses fils, le docteur Francesco, qui, lauréat académique comme son frère, occupait la chaire de *philosophie positive*, à Gênes, par dispense et avant l'âge prescrit par les lois du pays : moissonné avant le temps, il a laissé, parmi la jeunesse de cette ville, qui se pressait à ses leçons, l'impérissable souvenir de sa passion pour l'avancement des sciences et pour la régénération de l'Italie.

Dr Bertillon.

2 francs. Une de ces ulcérations fixa notre attention par sa profondeur, et, l'examinant à la loupe, nous trouvâmes les vestiges de vaisseaux ouverts qui auraient donné lieu à l'hémorrhagie intestinale qui survint peu de temps avant que le petit malade rendit le dernier soupir. Nous ne poussâmes pas plus loin nos investigations, étant persuadés d'avoir trouvé le siége de l'affection.

La catastrophe inopinée qui nous avait frappés de saisissement nous avait laissés dans l'incertitude de savoir si nous avions affaire au choléra, à une intoxication accidentelle, à un étranglement ou à une invagination.

Aujourd'hui, et d'après l'autopsie, nous nous sommes demandé si la présence de vers, en quantité énorme, trouvés dans l'iléum, si la coloration, les arborisations rouges et les ulcérations de l'intestin, précédées d'une alimentation exagérée, pouvaient expliquer une mort aussi rapide.

Cette transition brusque d'un état qui était presque la santé, les vendredi et samedi, à la mort qui eut lieu le dimanche, comment l'expliquer?

La bronchite qui existait du côté droit seulement, depuis quelques semaines, avait été attaquée par le sirop d'ipéca par la famille. La présence des vers, dont l'appréciation était vague pour le médecin ordinaire, dans les visites du jeudi et du vendredi, n'était devenue évidente que le dimanche, lors de la troisième visite. La peinture du rez-de-chaussée pouvait faire croire à des coliques saturnines.

Le cas pathologique, auquel la thérapeutique de la famille donnait des conditions bien irrégulières, n'avait pas été pour le médecin d'une lucidité qui lui permit une médication résolue. L'expectation lui parut ce qu'il y avait de plus prudent pour débrouiller ce chaos, aussi les vermifuges expulsifs furent-ils ajournés, jusqu'à l'obtention d'une atténuation des phénomènes de l'entérite qui était palpable.

Avant l'autopsie, on pouvait se demander d'où venait l'hémorrhagie, et, dans tous les cas, quelle cause avait pu produire les phénomènes cholériformes?

La coïncidence de la présence des vers avec des inspirations saturnines n'aurait-elle pas pour résultat direct cette énorme phlegmasie de l'iléum qui comprenait toutes les tuniques et allait jusqu'à l'érosion de la muqueuse à laquelle il est permis d'attribuer l'hémorrhagie: le colon n'était le siége ni de la douleur, ni d'aucune phlegmasie.

Ce petit malade nous a présenté certains phénomènes analogues à un cas d'invagination cité par Dance dans les *Archives générales de médecine*, tome XXVIII.

L'hémorrhagie a été, selon nous, la cause immédiate de la mort. Elle ne nous a pas laissé le temps indispensable pour attaquer avec succès la série des autres accidens complexes, par le fait des médications spontanées de la famille, et par les écarts d'hygiène auxquels l'enfant s'est trouvé exposé. Le fait que nous indiquons n'est pas unique. MM. Rilliet et Barthez ont cité une observation de M. Charcellay de laquelle il résulte *qu'une artériole peut être percée* par un lombric de manière à produire *une hémorrhagie intestinale mortelle*, et Daquin, dans le *Journal de médecine et de chirurgie* (1770, t. XXXIV, page 151), cite le cas d'une sorte d'*étranglement interne* déterminé par un grand nombre de vers engorgeant et dilatant une portion de l'intestin.

M. Requin a cité dans sa *Pathologie* des symptômes d'iléus déterminées par une masse de lombrics. Nous devons à M. Bretonneau un cas dans lequel des ascarides accumulés constituaient une tumeur du volume du poing. Sur le sujet de cette observation, on trouva la muqueuse froissée, meurtrie et détruite dans les points où les vers s'étaient accumulés.

Nous pensons donc être autorisé à admettre que ce malade a succombé à une entérite verineuse, compliquée d'hémorrhagie intestinale et d'étranglement.

Dr Halma-Grand.

Orléans, 14 Avril 1856.

STATISTIQUE MÉDICALE.

DE L'INFLUENCE DE L'INSTRUCTION SUR LA PRODUCTION DU SUICIDE;

Par M. le docteur E. Lisle.

(Cet article est extrait d'un ouvrage que M. Lisle doit prochainement publier *sur le suicide*.)

On a longtemps prétendu que l'ignorance était la principale cause des crimes, et que, pour rendre les hommes meilleurs et plus heureux, il suffirait de les instruire. Cette opinion a été complétement réfutée, il y a quelques années, par M. Guerry, dans l'ouvrage remarquable dont nous avons parlé déjà plusieurs fois. Il a prouvé, en s'appuyant sur les faits les plus concluans, que, contrairement à l'opinion générale, les crimes sont d'autant plus fréquens dans chaque département que l'instruction y est plus répandue. On s'est encore trompé lorsqu'on a prétendu que celle-ci, ayant pour résultat de développer l'intelligence de l'homme et de l'appeler au partage d'un plus grand nombre de jouissances, devait en même temps le préserver du suicide. Nous sommes loin de croire, cependant, que l'ignorance soit le plus grand des biens, et de nier les bienfaits de l'instruction, et surtout d'une éducation bien dirigée. Mais les meilleures choses peuvent tourner à mal sous l'influence d'une direction mauvaise; et les faits révélés par l'étude du suicide dans ses rapports avec l'état de l'instruction publique dans les diverses parties de la France, protestent avec une grande énergie contre la direction qui lui a été imprimée pendant le règne de Louis-Philippe.

Ici encore les statistiques publiées par l'administration nous seront d'un grand secours. Nous y trouverons des documens précieux qui nous permettront de dresser un tableau comparatif de l'état de l'instruction dans chaque département, et dans chacune des régions dont la France se compose. Le ministre de la guerre publie tous les ans, avec les listes du recrutement celle de tous les individus qui savent lire et écrire au moment du tirage au sort: cette liste se compose donc de jeunes gens pris dans toutes les professions et dans toutes les classes de la société, et représente d'une manière très exacte, l'état de l'instruction dans tout l'empire. On pourrait encore exprimer celui-ci par le nombre des enfans qui, dans chaque département, sont admis dans les écoles primaires ou secondaires, et dont la liste est publiée tous les ans par le ministre de l'instruction publique. Mais les enfans instruits dans leurs familles, ou dans des établissemens qui ne relèvent pas directement de l'Université, ne sont pas compris sur ces listes, qui, sous ce rapport, sont beaucoup moins exactes que celles qui nous viennent du ministère de la guerre. Aussi, nous sommes-nous servi exclusivement de ces dernières pour faire le tableau suivant (1).

XIe TABLEAU, *indiquant, dans chaque département, le degré d'instruction des jeunes gens inscrits sur les tableaux de recensement et appelés au tirage au sort.* 1836-1848.

N° d'ordre.	DÉPARTEMENS.	NOMBRE DES JEUNES GENS sachant lire et écrire sur 100.					
		Moyenne.	1836.	1839.	1842.	1845.	1848.
1	Bas-Rhin.	91	84	94	93	94	91
2	Haute-Marne.	90	88	90	93	90	91
3	Doubs.	90	87	90	89	92	93
4	Meuse.	89	91	86	91	90	86
5	Jura.	88	85	89	90	86	90
6	Vosges.	87	79	87	89	90	93
7	Seine.	85	85	84	84	85	87
8	Haut-Rhin.	85	81	83	86	88	86
9	Haute-Saône.	84	78	88	83	85	87
10	Meurthe.	83	74	82	85	87	89
11	Côte-d'Or.	83	75	83	82	88	89
12	Moselle.	82	82	83	86	82	77
13	Ardennes.	82	82	81	82	83	82
14	Marne.	82	79	82	77	85	85
15	Aube.	78	74	76	75	80	86
16	Hautes-Alpes.	77	76	77	75	82	78
17	Oise.	77	73	75	78	78	82
18	Seine-et-Marne.	76	75	73	74	79	79
19	Seine-et-Oise.	76	67	71	75	85	82
20	Calvados.	76	73	75	79	75	76
21	Manche.	75	75	77	76	75	74
22	Pas-de-Calais.	72	62	81	76	69	75
23	Aisne.	71	67	70	69	74	75
24	Eure-et-Loir.	68	64	65	65	73	74
25	Rhône.	67	60	71	60	70	73
26	Yonne.	66	59	65	63	70	71
27	Somme.	64	57	65	61	66	72
28	Gard.	64	63	60	61	65	70
29	Eure.	63	59	60	57	69	70
30	Ain.	63	51	58	59	75	72
31	Hautes-Pyrénées.	62	58	66	66	70	69
32	Seine-Inférieure.	61	57	62	60	62	65
33	Corse.	61	57	60	62	62	63
34	Hérault.	61	56	54	60	70	63
35	Cantal.	60	59	65	59	62	58
36	Orne.	60	59	59	47	67	69
37	Nord.	59	57	58	59	59	61
38	Basses-Alpes.	57	53	56	56	58	63
39	Loiret.	57	52	56	57	58	63
40	Gironde.	57	60	54	54	57	59
41	Basses-Pyrénées.	56	58	54	51	55	57
42	Isère.	56	47	53	57	58	65
43	Deux-Sèvres.	56	50	53	55	58	62
44	Charente-Infér.	56	49	55	54	60	59
45	Aude.	55	48	51	55	59	64
46	Drôme.	55	45	52	58	60	58
47	Aveyron.	54	48	52	53	57	59
48	Haute-Garonne.	54	48	50	57	57	55
49	Vaucluse.	53	45	50	53	59	60
50	Lozère.	52	51	49	54	52	53
51	Gers.	50	46	53	49	52	53
52	Saône-et-Loire.	49	42	42	45	57	61
53	Bouch.-du-Rhône.	48	46	49	48	46	52
54	Sarthe.	47	39	46	49	50	51
55	Var.	46	43	44	48	45	52
56	Charente.	46	41	45	47	48	51
57	Lot-et-Garonne.	45	41	42	45	48	50
58	Loir-et-Cher.	45	42	38	43	50	52
59	Ardèche.	44	41	45	40	49	47
60	Loire.	44	39	37	41	51	54
61	Maine-et-Loire.	44	37	42	43	49	50
62	Tarn-et-Garonne.	44	37	43	46	46	47
63	Pyrénées-Orient.	42	32	43	42	48	47
64	Ille-et-Vilaine.	42	31	35	36	52	58
65	Vendée.	42	30	34	41	49	58
66	Tarn.	41	33	42	40	48	44
67	Loire-Inférieure.	41	40	39	38	47	42
68	Mayenne.	40	37	35	36	44	48
69	Creuse.	39	32	35	36	43	53
70	Landes.	39	36	39	39	39	42
71	Lot.	38	29	35	38	44	46
72	Haute-Loire.	38	32	35	40	37	47
73	Vienne.	37	31	32	36	42	43
74	Ariége.	36	32	32	35	37	41
75	Indre-et-Loire.	35	31	29	32	40	44
76	Puy-de-Dôme.	35	26	29	41	37	41
77	Morbihan.	32	24	32	30	34	38
78	Côtes-du-Nord.	31	29	26	30	36	35
79	Finistère.	29	25	30	29	32	30
80	Nièvre.	29	21	23	28	34	39
81	Dordogne.	29	25	27	27	32	33
82	Cher.	26	23	23	24	29	30
83	Corrèze.	23	12	25	32	23	25
84	Indre.	23	20	20	23	24	28
85	Haute-Vienne.	22	18	20	20	26	26
86	Allier.	19	12	16	20	23	24
	Moyenne pour chaque année.	55	51	54	56	59	61

(1) Le compte rendu du recrutement et du tirage au sort, pour l'année 1852, n'avait pas encore été publié lorsque nous avons fait nos recherches. Notre tableau ne comprend donc que la période de treize ans, comprise entre 1836 et 1848. Mais les résultats fournis par les chiffres de ce tableau sont tellement constans et réguliers pour chacune des années qu'il embrasse, que nous ne craignons pas d'affirmer d'avance leur retour identique et nécessaire pour les années suivantes.

Ce tableau indique, pour chaque département, combien de jeunes gens savent lire et écrire, sur 100 portés sur les tableaux du recensement. Il embrasse la période de treize années comprises entre 1836 et 1848.

Les chiffres qu'il renferme démontrent, de la manière la plus évidente, que l'instruction publique est en progrès constant, et que très peu de départemens font exception à la règle commune. Ce progrès ressort surtout de la comparaison de la moyenne générale avec celles des diverses années. Ainsi, sur le nombre de jeunes gens portés sur les tableaux du recensement de 1836 à 1848, il y en a eu en moyenne 55 sur 100 qui savaient lire et écrire. Cette moyenne qui, d'après M. Guerry, n'était que de 38 sur 100 de 1827 à 1830, s'élève à 0,51 en 1836, à 0,54 en 1839, à 0,56 en 1842, à 0,59 en 1845, et, enfin, atteint le chiffre de 0,61 en 1848. Tout tend à faire croire, d'un autre côté, qu'elle s'élèvera plus rapidement encore dans les années suivantes, qui commenceront à se ressentir du mouvement remarquable imprimé à l'instruction publique depuis la révolution de Juillet.

(La suite prochainement.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 Avril 1856. — Présidence de M. Rinet.

Chéiloplastie.

M. Sédillot communique à l'Académie la description d'un nouveau procédé permettant d'augmenter à volonté la hauteur de la lèvre dans les opérations de bec-de-lièvre et de chéiloplastie.

On sait, dit M. Sédillot, et c'est un *desideratum* dont nous avons fait l'objet d'une remarque spéciale dans la deuxième édition de notre *Traité de médecine opératoire*, que la lèvre manque de hauteur chez la plupart des adultes qui sont porteurs d'un bec-de-lièvre. Les deux moitiés de la scissure, entraînées en dehors par la contractilité des fibres du muscle orbiculaire, semblent avoir subi un certain degré d'atrophie, et, lorsqu'on les a réunis, on s'aperçoit que le bord libre de la nouvelle lèvre est concave et ne recouvre qu'imparfaitement l'arcade dentaire. La disparition de l'encoche labiale par le procédé de M. Clémot (de Rochefort) ne modifie en rien cette disposition, et l'on regrette de voir persister une véritable difformité dépendant de la brièveté de la lèvre dans le sens vertical.

L'atrophie dont je m'occupe était très marquée chez une jeune fille de 20 ans, que j'opérai à la Clinique au commencement du mois dernier.

L'arcade dentaire était assez élevée, et l'étroitesse des deux moitiés de la lèvre ne permettait pas d'espérer une restauration parfaite.

Je pensai que l'on pourrait convertir une partie des bords horizontaux de la lèvre en surfaces verticales, destinées à être affrontées, et qu'on obtiendrait en même temps l'avantage de diminuer la largeur de l'ouverture buccale, et de la rendre plus régulière et plus gracieuse.

Rien de plus facile à remplir que l'indication dont je parle; il suffit d'aviver la lèvre par deux sections obliques, dont la première, dirigée de haut en bas et de dedans en dehors, s'arrête à 1 centimètre environ de distance du bord libre, tandis que la deuxième, commencée à ce dernier point, est prolongée plus ou moins loin en dehors, selon que l'on veut donner à la nouvelle lèvre une plus ou moins grande hauteur. On détache largement la lèvre de l'arcade dentaire pour augmenter la laxité des tissus, et, en ramenant à une direction verticale les surfaces obliquement avivées, et les affrontant par la suture entortillée, avec ou sans la modification proposée par M. Clémot, on reforme une lèvre épaisse, d'une hauteur convenable, dont la réunion immédiate s'accomplit aussi bien qu'à la suite des opérations ordinaires.

Ceux qui conserveraient quelques doutes sur la précision et l'étendue des ressources du procédé dont je viens d'exposer les principaux traits, pourront, comme nous l'avons fait, en demander la démonstration à une simple manœuvre d'amphithéâtre.

Pour lever les dernières objections d'un de nos collègues, nous le conduisîmes avec nos internes et quelques autres élèves aux salles d'anatomie. Nous mesurâmes la hauteur de la lèvre d'un des sujets livrés aux dissections. Cette lèvre avait 16 millimètres de son bord libre au labial à la racine du nez, et, après l'opération simulée du bec-de-lièvre par notre nouveau procédé, cette même lèvre présentait 25 millimètres, et avait ainsi gagné 9 millimètres, ou un peu plus de moitié de la hauteur primitive.

Nous avons revu notre malade à la fin de mars, et la bouche était restée petite, régulière et gracieuse.

Action de divers extraits végétaux sur le sang veineux.

M. Leclerc adresse, en réponse à une réclamation de priorité de M. Cianzure sur ce sujet, une note dans laquelle il cherche à établir que la réclamation du médecin d'Angoulême n'est pas fondée.

M. Leclerc fait connaître, à cette occasion, les conclusions de nouveaux faits qu'il a observés le 8 avril dernier :

1° Le sang veineux perd sa disposition à la fermentation putride par son mélange avec la belladone et le *datura stramonium*.

2° L'*atropine* ne possède point la propriété d'arrêter la fermentation putride.

3° La *noix vomique*, la *strychnine* et la *brucine* arrêtent la fermentation putride, mais ne conservent nullement les globules.

4° L'*extrait d'ipécacuanha* est dans le même cas.

5° Les autres substances essayées n'arrêtent point la fermentation putride et ne conservent point les globules.

6° Le sang veineux pur et conservé à l'abri du contact de l'air pendant le même espace de temps que les autres mélanges qui précèdent,

éprouve la fermentation putride et subit la destruction des globules. (Commissaires : MM. Flourens, Coste, Cl. Bernard.)

Sur la désarticulation de la mâchoire inférieure appliquée à l'extirpation des tumeurs profondes du pharynx, de la langue et du voile du palais.

M. Maisonneuve adresse sous ce titre la note suivante :

L'idée d'enlever l'os maxillaire supérieur sain, dans le but de rendre possible l'extirpation de certaines tumeurs profondes du pharynx et de la zone zygomatique, excita d'abord parmi les chirurgiens une certaine émotion ; puis, en réfléchissant, on ne tarda pas à comprendre que, s'il était permis pour sauver la vie d'un homme de sacrifier un organe *malade*, le sacrifice de ce même organe *sain* ne devait pas arrêter davantage quand le but était le même.

C'est en procédant d'après ce principe que je suis parvenu à sauver d'une mort imminente plusieurs malades affectés de tumeurs réputées incurables. Deux de ces malades ont été présentés à l'Académie de médecine et sont restés complétement guéris.

Frappé de ces résultats, j'ai pensé qu'on pourrait, en appliquant le même principe à l'os maxillaire inférieur, arriver à pratiquer l'extirpation de quelques autres tumeurs jusqu'alors inaccessibles à nos moyens d'action.

Les deux observations suivantes donneront une idée de ce qu'on peut obtenir de cette nouvelle méthode.

Obs. I. — Homme de 58 ans, malade depuis huit mois, nombreux traitemens médicaux sans succès ; épithélioma végétant et ulcéré, qui occupe la face interne de la joue droite, l'amygdale, la presque totalité du voile du palais et surtout les parties supérieure, postérieure et latérale droite du pharynx avec menaces d'asphyxie.

Opération le 3 juillet 1855, après désarticulation préalable de la moitié latérale droite de l'os maxillaire inférieur sain. Guérison en moins de six semaines.

Obs. II. — Homme de 52 ans. Affection carcinomateuse qui avait envahi le côté droit de la base de la langue, la portion voisine du pharynx et du voile du palais, ainsi qu'un des ganglions sous-maxillaires.

Opération le 12 février 1856, par ablation préalable de la moitié latérale droite de l'os maxillaire inférieur sain. Guérison.

Conclusions. — 1° La désarticulation d'une des moitiés latérales de l'os maxillaire inférieur rend possible l'extirpation de certaines tumeurs profondes du pharynx, de la langue et du voile du palais, inaccessible jusqu'alors à nos moyens d'action.

2° Le chirurgien est autorisé à la pratiquer, même dans les cas où cet os n'a subi aucune altération, du moment où l'affection qu'il s'agit d'extirper compromet gravement la vie du malade. (Commissaires : MM. Moquin-Tandon et Jobert de Lamballe.)

Cause du choléra asiatique.

M. Flourens présente, au nom de M. Beauperthuy, autrefois voyageur naturaliste du Muséum, aujourd'hui professeur d'anatomie à l'Université de Caracas (Amérique du Sud), un travail sur la cause du choléra asiatique, sur celle du typhus ictéroïde et des fièvres de marécages. Les extraits suivans de la lettre d'envoi, lus par M. le secrétaire perpétuel, donnent une idée de ce travail :

Mes observations sur le choléra ont été faites dans les mois de novembre et décembre 1854, pendant la grande épidémie qui ravagea une partie des Antilles anglaises et le littoral du golfe Trisie et de la province de Cumana.

En décembre 1853, j'ai été chargé par le gouvernement vénézuélien de porter secours aux individus attaqués par la fièvre jaune à Cumana et ses alentours. Déjà depuis 1839 de longues et pénibles recherches faites dans un grand nombre de localités malsaines des provinces de Cumana, Barcelone et de la Guyane espagnole m'avaient porté à croire que les fièvres des marécages étaient dues à un virus végéto-animal inoculé dans l'organisation humaine par des insectes tipulaires..... Il est digne d'observation que les produits putrides accumulés dans le tube intestinal des fébricitans sont formés presque en totalité de monades et de vibrions semblables à ceux qu'on observe dans les matières animales et végétales en putréfaction. Le sulfate de quinine, l'arséniate de potasse, le jus de citron, etc., paralysent les mouvemens de ces insectes.

Je dirai, à cette occasion, que le sulfate de quinine, administré à haute dose (18 à 20 grains par jour), m'a très bien réussi dans les nombreuses applications que j'ai faites de ce remède chez les individus que j'ai soignés d'accidens consécutifs à la piqûre des serpens.

Les accidens de la fièvre jaune me semblent tenir également à l'introduction dans l'économie des sucs septiques pompés par des insectes sur le littoral. Quant à la matière animale noire qui, dans une période avancée de la fièvre jaune, est rejetée par les vomissemens, elle est formée d'une multitude de monades d'une extrême ténuité. Je ne puis mieux la comparer qu'aux globules du pigmentum de la choroïde, observé au moyen du microscope de M. Vincent Chevalier, en employant le plus fort grossissement. Pour bien faire cette observation, il faut délayer une très petite quantité de pigmentum dans une goutte d'eau distillée, et placer sur le porte-objet une particule de ce mélange. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Boussingault.)

Constitution médicale de 1855.

M. Martin Duclaux adresse un travail intitulé : *Constitution médicale de la fin de l'année 1855 ; histoire des épidémies de fièvre muqueuse, de variole, de rougeole et de coqueluche qui ont régné en 1855 dans quelques communes de l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne).*

L'auteur, dans la lettre d'envoi, prie l'Académie de le comprendre dans le nombre des candidats au titre de correspondant pour la section de médecine et de chirurgie. (Commissaires : MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 Avril 1856 (1). — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Le rapport final de M. Barrera, de Prades (Pyrénées-Orientales), sur une épidémie d'affections typhiques qui a régné dans la commune d'Esthoer, en 1855 et 1856.

— Un rapport de M. le docteur Leblanc-Bellevaux, de Nevers, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné en 1855, dans la commune de Guérigny.

— Un rapport de M. le docteur Mathieu, de Cosne, sur une épidémie d'angine gangréneuse qui a régné dans la commune de Dampierre-sur-Nièvre.

— Le compte rendu des épidémies du département de la Dordogne, en 1855. (Comm. des épidémies.)

— Les rapports de MM. Jardon et Boulenger, médecins-inspecteurs des bains de mer de Boulogne et de Calais, sur le service médical de ces établissemens pendant l'année 1855.

— Le rapport de M. le docteur Chapelain, médecin-inspecteur des eaux minérales de Luxeuil, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855.

(Comm. des eaux minérales.)

— Plusieurs recettes de remèdes secrets. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

(1) Nous avons omis, dans le compte rendu de la séance précédente, d'indiquer que l'auteur de la *Note sur l'action locale du baume de copahu pris à l'intérieur* est M. le docteur Éd. Langlebert.

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. le professeur Trousseau, qui se porte comme candidat à la place vacante dans la section de thérapeutique (section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.)

— Une lettre de M. le docteur Sestier, qui prie l'Académie de l'inscrire sur la liste des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique (section d'anatomie pathologique.)

— Une lettre de M. Nicolas Stassano, architecte de Naples, qui soumet à l'Académie le plan de l'Asile d'aliénés d'Aversa.

— Une lettre de M. le docteur de Lignerolles, qui sollicite le titre de membre correspondant, et adresse à l'Académie la liste de ses travaux. (Future commission des correspondans nationaux.)

— Une note de M. le docteur Giuseppe di Martino, de Naples, sur une opération qu'il appelle *otomiosa*, ou rapetissement de l'oreille. (Comm. MM. Malgaigne et Laugier.)

— Un mémoire intitulé : *Vingt années de pratique vaccinale*, par M. le docteur B. Voisin, médecin au Mans (Sarthe). — (Comm. de vaccine.)

M. Bouvier, au nom d'une commission composée de MM. Bérard, Gaultier de Claubry, Guéneau de Mussy, Longet, Poiseuille, Soubeiran et Bouvier, achève la lecture d'un rapport sur les appareils électriques de MM. Beckensteiner, Legendre et Morin, E. Bernard ; sur une note relative aux propriétés différentielles des courans d'induction de premier et de deuxième ordre, par M. Duchenne de Boulogne ; sur un nouveau traitement de l'adénite cervicale au moyen de l'électricité localisée, par M. le docteur Boulu ; et sur une ceinture élastique et une mixture galvanique de MM. Breton frères.

La lecture des conclusions de ce rapport est suivie d'une courte discussion.

M. Larrey pense qu'il serait prématuré de voter les conclusions sans avoir préalablement établi le degré d'utilité que présentent les applications du galvanisme dans les affections médicales et chirurgicales. Il serait utile que cette question fût soumise à une discussion.

M. Londe demande qu'une commission soit nommée à l'effet d'expérimenter dans les salles des hôpitaux les appareils électriques qui font l'objet du rapport de M. Bouvier.

M. Moreau propose de voter isolément chacune des conclusions de ce rapport. L'Académie adopte cette proposition.

M. Bouvier lit la *première conclusion* : Répondre à M. le ministre de l'agriculture et du commerce que l'appareil galvano-thermo-électrique de M. Beckensteiner ne répond nullement à son titre et ne possède point les propriétés qui lui sont attribuées par son auteur. (Adopté.)

Deuxième conclusion : Remercier M. Éric Bernard de sa communication, ainsi que de l'envoi de son appareil électrique, appareil, à la vérité, semblable à beaucoup d'autres, mais portatif, facile à manier, peu coûteux, et susceptible de rendre des services dans des cas déterminés, bien qu'il ne puisse soutenir la comparaison avec d'autres appareils plus volumineux et plus compliqués, et qu'il partage, d'ailleurs, avec les autres appareils Volta-Faradiques les inconvéniens attachés à l'emploi des piles. (Adopté.)

Troisième conclusion : Répondre à M. le ministre que l'appareil galvano-électrique de MM. Legendre et Morin, sans constituer une invention absolument neuve, si ce n'est dans quelques détails d'une importance secondaire, est néanmoins d'une exécution remarquable, et qu'il a surtout le mérite de réunir dans un très petit volume des modes variés d'administrer l'électricité d'induction ; et que, sauf les perfectionnemens que laisse encore désirer l'usage de la pile, cet appareil peut généralement suffire aux besoins habituels de l'électricité thérapeutique. (Adopté.)

Quatrième conclusion : Elle est subdivisée par le rapporteur en deux conclusions :

Adresser des remercîmens à M. le docteur Duchenne pour les nouvelles observations qu'il nous a communiquées sur les propriétés différentielles des courans d'induction du premier et du second ordre. (Adopté.)

Remercier M. le docteur Boulu pour ses observations sur l'application de l'électricité au traitement de l'adénite cervicale.

M. Larrey voudrait que la commission réservât cette dernière conclusion, l'efficacité de l'électrisation dans l'adénite cervicale lui paraissant exiger de nouvelles preuves.

M. Bouvier répond que l'appréciation contenue dans le rapport, tout en présentant les faits de M. Boulu comme encourageans, impliquait cependant la nécessité d'autres faits plus nombreux.

La conclusion est adoptée.

Cinquième conclusion : Remercier MM. Breton frères de leur communication, en les engageant à assurer par de nouveaux perfectionnemens l'utilité encore restreinte de leur ceinture et de leur mixture galvaniques.

M. Velpeau : Ici, il ne s'agit plus de médecins qui soumettent leurs travaux à l'Académie, mais bien d'industriels, de fabricans. N'étant pas médecins, MM. Breton ne peuvent savoir quand et comment il convient d'employer un moyen thérapeutique. Quelle est, d'ailleurs, l'action de cette ceinture galvanique, de cette pâte galvanique ? Ne vient-on pas de nous dire qu'elles produisent à peine une déviation sensible de l'électromètre, c'est-à-dire que leurs effets sont à peu près nuls ? Il est à craindre que certaines personnes ne s'emparent des appareils inventés par MM. Breton frères, et peut-être dans quelques jours verrons-nous leur ceinture et leur mixture s'étaler sur les murailles, avec l'approbation de l'Académie ! En somme, je crois que la conclusion est trop favorable.

M. Bouvier : Je n'ai pas dit que l'effet des appareils de MM. Breton fût nul, comme vient de le dire M. Velpeau. Qu'ils aient une action positive, sinon énergique, sur le derme dénudé, c'est ce dont un membre de la commission s'est assuré sur lui-même. D'ailleurs, M. Boulu s'est servi de ces appareils dans ses essais.

M. Velpeau : C'est une action fort contestable, à mon avis, et qu'il ne serait pas difficile de démêler d'avec celle qui résulte du fait même de la dénudation du derme. En tout cas, je crois qu'il faut ici user d'une extrême réserve et dire que rien ne prouve l'utilité des appareils soumis à l'examen de la commission.

M. Bouvier : Sans doute, il ne faut pas encourager les charlatans, mais il ne faut pas davantage décourager les fabricans. MM. Breton frères sont les seuls qui, pendant dix années, se sont occupés de construire des appareils électriques pour les usages médicaux, et lorsqu'ils viennent nous apporter le fruit de leurs veilles, il ne serait pas juste de pousser la crainte de l'abus jusqu'à nier ce qu'il y a de bon et d'utile dans leurs travaux.

M. Velpeau : Je ne voudrais pas qu'on apportât des entraves au commerce des fabricans, pas plus qu'à celui des pharmaciens. Mais pharmaciens ou industriels ont tort d'empiéter sur le domaine de la médecine ou de la chirurgie.

M. Bouvier relit la conclusion, et substitue les mots : *encore douteuse* aux mots : *encore restreinte* de la première rédaction.

M. Gibert propose de remercier simplement MM. Breton de l'envoi de leur appareil.

M. Bégin : Il y a évidemment ici deux questions distinctes : celle de l'appareil qui peut être plus ou moins ingénieusement construit, plus ou moins propre à remplir tel usage déterminé, et la question médicale, d'opportunité, d'indication. Je propose de laisser dans le rapport les éloges que les fabricans ont mérités, relativement à la première question, et de réserver l'autre. Je propose également de faire suivre l'ensemble des conclusions d'une appréciation générale de tous les appareils galvaniques soumis à l'Académie, et d'y consigner l'incertitude qui plane encore sur les effets thérapeutiques de l'électricité.

M. Lagneau voudrait que la commission exprimât seulement la pensée que l'efficacité des nouveaux appareils de MM. Breton n'est pas *suffisamment prouvée*.

M. Gaultier de Claubry appuie la proposition de M. Bégin.

M. Bouvier modifie la sixième conclusion et en donne lecture :

Remercier MM. Breton frères de leur communication, en les engageant à assurer par de nouveaux perfectionnemens l'utilité *encore douteuse* de leur ceinture et de leur mixture galvaniques.

M. Bouvier s'engage, en outre, à terminer le rapport par une phrase qui exprime d'une manière générale l'insuffisance des recherches faites jusqu'à ce jour pour fixer la valeur réelle des appareils électriques appliqués à divers usages en médecine et en chirurgie. (Adopté.)

— M. Durand-Fardel, membre correspondant, donne lecture d'un travail intitulé : *Plan d'un Cours sur les eaux minérales envisagées au point de vue de la thérapeutique.* (Com. des eaux minérales.)

— M. Jobert de Lamballe présente trois malades auxquels il a pratiqué avec succès des anaplasties de la face. (Nous publierons une note sur ce sujet dans notre prochain numéro.)

COURRIER.

On lit dans le *Moniteur* d'aujourd'hui, 23 avril, la dépêche télégraphique suivante :

Le général Espinasse à l'Empereur.

Constantinople, le 21 avril 1856.

« J'ai visité la moitié de nos hôpitaux de Constantinople. Il n'y en a pas de mieux tenus en France. J'ai questionné plusieurs centaines de malades, ils se louent tous des bons traitemens qu'ils reçoivent. Le commandement est dans des mains fermes et intelligentes. Tout marche à souhait. La maladie décline rapidement. L'administration est en mesure de recevoir tout ce qui reste de malades en Crimée. »

A la suite de cette dépêche, le *Moniteur* publie l'article suivant :

« Toutes les dépêches reçues de l'armée d'Orient s'accordent à signaler une très grande amélioration dans la situation sanitaire, et l'on peut espérer que l'épidémie qui a sévi, pendant ce long hiver, sur nos troupes en Crimée et dans nos hôpitaux de Constantinople, va bientôt disparaître entièrement.

« Malgré ces rassurantes nouvelles, le gouvernement a dû prendre des mesures de précaution pour éviter que la France de nos soldats ne fût pour les populations une cause d'appréhension. A cet effet, des camps ont été établis non loin d'Hyères, dans des localités parfaitement isolées, telles que les îles de Porquerolles, de Sainte-Marguerite et Cavallaire. Les troupes feront dans ces camps un séjour plus ou moins prolongé, et n'entreront en France que lorsque l'on sera bien assuré qu'elles ne portent avec elles aucun germe de maladie. Les hommes qui tomberaient malades seront reçus dans les vastes établissemens hospitaliers aux îles du Frioul, en rade de Marseille, dans les enclos du lazaret de Toulon et dans le bel hôpital de la marine impériale, à Saint-Mandrier. Nous savons que ces mesures, prises dans l'intérêt de la santé publique, ont été accueillies avec reconnaissance par les populations des Bouches-du-Rhône et du Var, où l'on avait conçu des craintes tout à fait exagérées.

« Les camps de Porquerolles et de Cavallaire ont déjà reçu un grand commencement d'installation. La division de Failly, qui est attendue d'un moment à l'autre, venant d'Eupatoria, doit débarquer à Porquerolles, et tout y est prêt pour la recevoir.

« Des arrivages d'Orient auront lieu aussi, mais sur une bien plus petite échelle, à Cette et à Port-Vendres ; sur ces deux points on s'est également mis en mesure de pouvoir satisfaire à toutes les éventualités. »

Les mesures dont il est question dans le *Moniteur* ont été longuement délibérées par le Comité consultatif d'hygiène publique, consulté à cet effet. M. le docteur Mélier, inspecteur général du service sanitaire, est parti lundi pour Marseille, afin d'assurer l'exécution de ces mesures de concert avec l'administration de la guerre et de la marine.

— On annonce la nomination de M. le docteur Alquié aux fonctions de médecin-inspecteur des eaux de Vichy, et celle de M. le docteur de Laurès aux fonctions de médecin-inspecteur des eaux de Néris.

M. le docteur Alquié, inspecteur général du service de santé des armées, directeur de l'École impériale de médecine militaire du Val-de-Grâce, touche au moment de prendre sa retraite de ses fonctions actives dans l'armée. Il sera probablement remplacé au Val-de-Grâce par M. le docteur Michel Lévy.

M. le docteur de Laurès était depuis plusieurs années médecin-inspecteur adjoint des eaux de Néris.

BOITE AUX LETTRES.

— A M. E. B..., à Clion. — Si votre lettre du 9 n'est pas publiée, croyez que la crainte d'ouvrir encore la porte au droit de réponse est la seule cause de mon abstention. C'est une privation que je m'impose.

— A M. G..., à Vouziers. — C'est une heureuse nouvelle que vous m'annoncez ; merci. Mais les premiers sujets de vos délibérations sont bien scabreux !...

— A. M. C..., à Constantinople. — Veuillez nous donner des indications plus précises. La *composition* des précédens articles n'a pas été conservée. Il faut donc recomposer. Quoi ?

— A M. M..., à Choully, près Genève. — Reçu.

— A M. L. C..., à Dieppe. — Votre journal a commis une erreur ; lisez *sulfure* et non *sulfate* de carbone.

— A M. P..., à Alexandrie (Égypte). — Communication très intéressante ; merci. Il a été pris note pour le 15 mai.

— A M. Z..., à Pont-à-Mousson. — On s'occupe de vous. C'est moins facile que je ne le supposais.

— A M. M..., à Florac. — Observation curieuse et rare. Vous êtes à l'imprimerie.

— A M. B..., à Clermont. — Merci.

— A M. R..., à Besançon. — Les circonstances seront plus favorables une autre fois.

— A M. H. M..., à Sainte-Terre. — Il y a de grandes modifications à apporter aux trois derniers articles. M'autorisez-vous à les faire ? Par exemple, suppression de ce long catalogue de noms.

— A M. A..., à Paris. — La composition n'a pas été gardée ; le tirage à part n'est donc plus possible.

— A M. P..., à Planches-les-Mines. — Je tiens enfin votre mémoire. Il est à l'examen de notre Comité de rédaction. C'est très séduisant.

— A M. L..., à Rambervilliers. — Paraîtra prochainement.

— A M. S..., à Vernioles. — Cru ou cuit, peu importe. Tenez-moi au courant du résultat.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 51. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 26 Avril 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. INTÉRÊTS PROFESSIONNELS : Du charlatanisme médical qualifié et puni comme délit d'escroquerie. — II. OBSTÉTRIQUE : Simples observations ; deux grossesses anormales. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 22 Avril : Histoire des malades présentés par M. Jobert de Lamballe. — *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Note sur le pityriasis pilaris. — Observation d'hématocèle recto-vaginale. Discussion. — Note sur le traitement du sclérème par le massage et l'excitation musculaire. — IV. Mort de M. le docteur Sandras. — V. FEUILLETON : Vidal de Cassis.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

DU CHARLATANISME MÉDICAL QUALIFIÉ ET PUNI COMME DÉLIT D'ESCROQUERIE (1) ;

Par le docteur Ambroise TARDIEU.

L'impartialité nous fait un devoir de donner un aperçu des moyens qu'a produits la défense, confiée à MM. Paillard de Villeneuve et Crémieux. Ce dernier, surtout, a déployé dans sa plaidoirie toutes les ressources auxquelles ont coutume de recourir les détracteurs intéressés de la médecine. Quelque rebattus que soient ces argumens, on ne verra pas sans étonnement jusqu'où peut aller l'audace de certaines erreurs répandues dans le monde sur les choses médicales, erreurs qu'il est pénible de voir hautement professées devant la justice, et que n'excusent ni le talent ni les nécessités de la profession d'avocat.

« La défense insiste vivement sur le danger des poursuites de cette nature. Ce siècle est le siècle des merveilles ; des faits énormes se sont produits, quant au miracle du magnétisme. Il n'y a pas de plaisanteries, de rires d'incrédulité, de sarcasmes, d'attaques violentes et passionnées, qu'on ne se soit permis contre le magnétisme. Et cependant la Cour de cassation a déclaré que la justice n'avait pas à apprécier le mérite des effets de magnétisme.

« La Cour de cassation a compris qu'il ne fallait pas, comme les Parlemens d'autrefois, condamner les théories et les doctrines, et s'exposer, sous prétexte de magie ou d'imposture, à frapper de belles ou utiles découvertes. Et qui sait si la médecine n'est pas un grand charlatanisme ? Les plus habiles, les plus illustres médecins, reconnaissent eux-mêmes tout ce que cet art a de conjectural. Il est livré aux controverses, aux rivalités de système, à des luttes ardentes entre les partisans du passé et les novateurs. Voyez l'homœopathie. Il n'y a pas d'accusations qui ne soient produites contre les homœopathes, et cependant l'homœopathie, comme le magnétisme, poursuit librement sa carrière.

« Le ministère public a parlé des maladies incurables. Toute son argumentation s'est fondée sur ce que le docteur Rey de Jougla avait annoncé qu'il guérissait des maladies réputées jusqu'alors incurables ; de là, son incrédulité et son indignation ; le mot incurable, c'est la pensée humaine, égoïste, froide, empreinte de tristesse et de découragement ; le mot guérison, c'est la pensée d'en haut, c'est l'espérance divine offerte au cœur de l'homme.

« Qui peut jamais prononcer le mot d'incurable ? On a beaucoup parlé, à propos de prospectus et des cures du docteur Rey, de cette atroce maladie, le cancer ! Eh bien, les médecins et les chirurgiens soutenaient, depuis longtemps, que le cancer était incurable, lorsque Lisfranc parut et le guérit. On se rappelle les clameurs effroyables que soulevèrent les observations de cet illustre maître. Tous ses détracteurs s'unirent pour s'écrier que Lisfranc avait fait le charlatan, qu'il n'était arrivé qu'à des mécomptes, à des guérisons éphémères. Or, il résulte d'une publication authentique que, pendant qu'une autre célébrité de la chirurgie opérait cinq femmes atteintes du cancer et les perdait, Lisfranc réussissait dans 99 cas, dont 84 étaient suivis d'opérations. La défense soutient que Rey de Jougla a guéri radicalement et sans rechute ou récidive, à l'aide de ce qu'il appelle la médecine chimique, quatorze cancers.

« En fait, il n'est pas exact que le docteur Rey de Jougla ait prescrit ses remèdes sans discernement, qu'il ait envoyé les mêmes médicamens à tous les malades, quel que fût leur sexe, leur âge et l'affection dont ils étaient atteints. Les experts ont eux-mêmes constaté que les remèdes étaient composés d'après plus de vingt formules différentes, ce qui est assurément fort large. Si le docteur avait exercé son art ainsi que l'a prétendu le ministère public, il n'aurait pas obtenu les résultats auxquels il est arrivé. Son dossier est rempli d'attestations constatant des cures fort remarquables, et l'examen de la procédure elle-même constate qu'il a fréquemment guéri les malades qui l'ont consulté. Et, il faut le dire, l'ordonnance de la Chambre du Conseil n'a pas signalé, comme ayant été escroqués, ceux qui ont été guéris ? Pourquoi cette différence, si M. Rey de Jougla s'attribuait un pouvoir imaginaire et promettait à tous des guérisons chimériques ? »

Un si étrange système n'a heureusement pas prévalu ; il est venu échouer devant la justice éclairée du tribunal. Nous citons textuellement l'admirable jugement qui a été rendu dans cette curieuse affaire. Nous ne craignons pas de le signaler comme un modèle où se trouvent établis, de la manière la plus nette et la plus décisive, les principes sur lesquels peut être fondée la jurisprudence protectrice dont nous faisons l'histoire :

« Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats que, dans le courant des années 1852, 1853 et 1854, Rey de Jougla, à l'aide de manœuvres frauduleuses pour faire croire à la guérison de maladies incurables, et qu'il qualifiait lui-même comme telles, a obtenu d'un grand nombre de personnes la remise de diverses sommes d'argent ;

« Attendu que ces manœuvres frauduleuses consistaient principalement : 1° dans un prospectus mensonger et rempli d'exagération qui, répandu à profusion dans toute la France, allait, sur la foi de promesses d'une guérison chimérique, exciter chez des malades, la plupart désespérés, un espoir qui les entraînait nécessairement à s'adresser au médecin qui était l'auteur de ces annonces frauduleuses ; 2° dans une multitude de lettres toutes semblables, écrites à la main, préparées d'avance, et commençant par ces mots : « En réponse à votre lettre, j'ai l'honneur de vous annoncer... »

« Que ces lettres annonçaient que, dans l'espace de trente ou quarante jours, Rey de Jougla avait guéri un si grand nombre de maladies semblables, qu'il pouvait assurer la guérison de ses correspondans ; que les médicamens si difficiles à préparer ne pouvaient l'être qu'à Paris ; que son traitement était des moins dispendieux, et que, moyennant l'envoi de 16 fr., il enverrait une caisse de ces médicamens ;

« Attendu que ces lettres, toutes pareilles et comme stéréotypées, selon le rapport des experts, étaient ainsi préparées d'avance et envoyées, sans discernement ni distinction de maladies, à tous ceux qui, sur la foi du prospectus mensonger, s'étaient engagés dans une correspondance avec Rey de Jougla ;

« Qu'ainsi, et quelle que fût la maladie du consultant, soit qu'il s'agît de maux d'yeux, de paralysie, de cancer, de maladies de poitrine, de toute nature et de toute variété, l'inculpé envoyait sa lettre, où était invariablement appris au correspondant que, dans l'espace de trente à quarante jours, il avait guéri un grand nombre de maladies semblables ;

« Que ces lettres constituent dans cet état de choses des manœuvres frauduleuses tendant à faire croire à des guérisons fausses pour le passé et chimériques pour le consultant, et qu'elles avaient pour objet d'obtenir de lui la remise de sommes de 16 fr. par chaque envoi de caisse de médicamens ;

« Attendu que le Tribunal ne peut s'arrêter à l'objection tirée des témoignages résultant de l'instruction elle-même, et de certificats étrangers qui établiraient que plusieurs personnes ont été guéries par les médicamens fournis ;

« Qu'il ne s'agit pas, en effet, d'apprécier l'impéritie, l'ignorance de Rey de Jougla, ou les morts ou maladies dont il aurait été la cause involontaire par ses imprudences ; qu'il s'agit, au contraire, de reconnaître les moyens fallacieux, les mensonges, les manœuvres habiles et frauduleuses à l'aide desquelles il escroquait une partie de la fortune de ses correspondans ; délits que n'amoindrissent en rien les résultats favorables et postérieurs qui ont pu se produire accidentellement dans la santé de malades qui avaient été entraînés à le consulter et à lui remettre des sommes d'argent à l'aide de ces manœuvres frauduleuses ;

« En ce qui touche la complicité de D..... pour les faits d'escroquerie ;

« Attendu qu'il n'est point établi que D..... ait assisté avec connaissance Rey de Jougla, soit dans la confection des prospectus, soit dans la rédaction des lettres ci-dessus qualifiées, soit dans les faits qui ont préparé, facilité et consommé l'escroquerie ;

« Que si un registre indicatif des noms de personnes consultant Rey a été trouvé chez D....., ce registre paraît se rattacher bien plutôt à la régularité des envois que D..... devait faire des médicamens qu'il préparait, qu'à un compte ouvert pour les produits de l'escroquerie commune ; que ce registre avait pour but le règlement du prix des médicamens préparés et fournis par D....., mais qu'on ne peut le considérer comme l'état du recel que ce dernier aurait fait d'une partie des som-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 19 et 22 Avril 1856.

Feuilleton.

VIDAL (DE CASSIS).

Je voulais, aujourd'hui, rendre mes derniers devoirs, ainsi que je l'avais promis, à la mémoire de Vidal (de Cassis). Mais je trouve dans le discours prononcé sur sa tombe par M. le professeur Velpeau, une appréciation si juste et si vraie de ce confrère regretté que, volontiers et avec grand profit pour nos lecteurs, je cède la parole à notre illustre maître :

« Que l'homme utile s'incline et tombe, une fois sa mission remplie, après avoir épuisé ou parcouru les phases diverses de sa mission humanitaire ou scientifique, chacun peut le regretter sans doute, mais personne n'a le droit de s'en plaindre, de s'en étonner, du moins ; l'ordre naturel le veut ainsi, et la raison s'y résigne.

« Les souffrances de l'esprit, les tristesses de l'âme, les douleurs du cœur, les pénibles réflexions, tout est légitime, au contraire, quand celui qui disparaît au milieu de sa course a encore devant lui une longue suite de bienfaits à répandre. Vidal peut servir ici d'exemple ; Vidal, comme autrefois Béclard, comme Sanson et Bérard ; depuis, comme Requin, comme l'infortuné Valleix, et tant d'autres. Il semble, en vérité, que la mort en courroux ait sans cesse l'œil fixé sur les meilleurs d'entre nous, comme pour se venger des victimes qu'ils apprennent à lui ravir.

« Nul n'a travaillé pour la science plus fructueusement que Vidal. Son *Traité de pathologie externe* est un monument durable, qui honorera longtemps la chirurgie française, et que le grand ouvrage de Boyer n'a point empêché de se répandre et d'arriver promptement à sa quatrième édition.

« Le volume qu'il a publié sur la syphilis suffirait seul à la réputation d'un savant ordinaire. Les procédés qu'il a imaginés pour le varicocèle, pour la taille, pour les hernies, pour la réunion des plaies, une foule de modifications apportées par lui à la médecine opératoire, à la thérapeutique, au diagnostic, à la pathologie tout entière, resteront dans la pratique et transmettront son nom aux générations futures. Et cependant il nous quitte sans avoir été heureux ! Honneurs, fortune, santé, bonheur, rien de ce que méritent, qu'ambitionnent les hommes civilisés et de labeur ne lui était encore arrivé ! Sa forte constitution ne l'a point préservé d'une affection qui, quoique locale d'abord, a fait le tourment de sa vie en brisant sa carrière il y a près de vingt ans. Toujours souffrant à partir de là, il dut, en effet, restreindre le cercle de ses travaux, abandonner la voie de l'enseignement et négliger souvent aussi le soin de sa fortune, de son élévation dans la hiérarchie sociale, de ses relations dans le monde.

« Réduit ainsi aux ressources, aux joies de la vie de famille, il eut bientôt, en outre, les entrailles déchirées et le cœur opprimé par ce qu'il y a de plus affreux, de plus accablant pour un père : par la perte de son fils aîné, que nous voyons là au fond de cette tombe béante ! ! Pour combler la mesure, la santé d'un autre être qui lui est également cher est venue récemment l'inquiéter à son tour et lui ébranler la vie, en ravivant toutes les souffrances mal éteintes de son organisme toujours chancelant.

« M. Vidal n'a donc jamais goûté le bonheur ! Personne pourtant n'en eût été plus digne ! Peu d'hommes ont rendu plus de services à leurs semblables : sa causticité naturelle ne l'empêchait point d'être serviable et dévoué. La vivacité de son esprit, sa gaîté saccadée, donnaient à sa conversation un charme tout particulier. Au fond, sa bonté était extrême, et nul n'était plus enclin que lui au pardon des offenses.

« A moi qui, depuis trente ans, ne l'ai point perdu de vue, qui ai toujours été heureux de son amitié, qu'il a souvent pris pour confident de ses pensées intimes, il pardonnera à ce moment de cruel adieu d'ajouter, pour nous consoler tous, que le monde qui vient de nous le ravir sera plus généreux envers lui que celui qu'il quitte avant l'heure, et que Dieu lui fera oublier dans le ciel ce qu'il a souffert sur la terre. »

Je ne voudrais pas cependant que, d'après tout ce qui a été dit autour de cette tombe, on crût que Vidal a été plus malheureux qu'il ne l'a été en réalité. J'ai assez longtemps vécu avec lui pour penser que cette idée ne serait pas agréable à sa mémoire. La position de Vidal n'a pas été une position de premier ordre, sans doute, mais elle était telle qu'il pouvait la désirer avec le délabrement de santé dont il était affligé depuis tant d'années. Vidal était d'ailleurs un homme très sobre, très économe, très rangé, ne sacrifiant qu'avec prudence au luxe et à ces mille superfluités de la vie parisienne qu'il appelait spirituellement des exutoires. Il avait une clientèle pas très nombreuse, il est vrai, mais qu'il avait su rendre bonne par des épurations intelligentes. Sa consultation, sans être très suivie, n'était pas sans valeur. Il tenait beaucoup à son cabinet ; aussi se trouvait-il très régulièrement chez lui aux heures de sa consultation, et c'était une de ses plus grandes satisfactions d'y voir des malades dont quelquefois, à lui-même, il s'exagérait le nombre. Rien ne lui était plus agréable qu'une demande de consultation par ses confrères, et je trouve même que ses confrères, qui pouvaient lui faire plaisir à si peu de frais, en usaient trop sobrement avec lui à cet égard. Ils ont eu tort ; Vidal était un consultant utile, à ressources, d'excellent conseil, attentif, prudent et *naturiste*. Ce mot, que Vidal affectionnait beaucoup, exige que je m'explique.

Vidal, plus que les chirurgiens de Paris, ses contemporains, subordonnait sa pratique à la doctrine. Il était vitaliste dans la grande acception hippocratique. Il croyait aux ressources de l'art, mais plus encore aux ressources de la nature. Le bistouri n'était pour lui que l'*ultima ratio* de la médecine, et bien souvent je l'ai entendu développer des idées à cet égard qui eussent fait la base d'un enseignement précieux, si Vidal avait pu parcourir la carrière de l'enseignement. Il y a plus, j'ai été témoin de quelques faits de sa pratique, qui ont été une justification éclatante de la doctrine. Je rappellerai celui-ci comme un des plus saisissans. Un jeune homme de vingt ans, ouvrier dans une scierie mécanique de la rue Rochechouart, a la main droite prise dans l'engrenage d'une machine à vapeur. On vient me chercher à la hâte, et j'accours. La mutilation était horrible ; la main était littéralement broyée ; phalanges, carpe, métacarpe ne présentaient plus qu'un magma informe « d'os et de chairs meurtries. » Le cas dépassait ma compétence, et j'envoyai chercher Vidal, le priant

mes escroquées ; qu'ainsi le chef de la prévention de complicité d'escroquerie contre D..... n'est point établi ;

» En ce qui touche les autres caractères de l'escroquerie reprochée à Rey de Jougla, fondés sur la prise de faux nom, de fausses qualités, attendu qu'ils n'ont pas été établis par l'instruction et les débats, et qu'ils ne sauraient être reprochés à Rey de Jougla, le renvoie de la prévention sur ce chef ;

» En ce qui touche le chef de la prévention relatif à la fabrication et à la vente des remèdes secrets imputées aux inculpés ;

» Attendu qu'il résulte de tous les élémens de la cause, des procès-verbaux de saisie, du relevé de diverses pièces et de registres saisis chez D....., et enfin du rapport des experts ;

» Que, dans le courant des années 1852, 1853, 1854, Rey de Jougla et D..... ont conjointement fabriqué, vendu et distribué des préparations médicinales qui n'étaient ni inscrites au *Codex*, ni le résultat d'ordonnances spéciales et particulières pour chaque malade et chaque maladie ;

» Que ces remèdes étaient au contraire préparés d'avance, d'après des formules générales inscrites sur le registre saisi et formant un *Codex* particulier à l'usage des inculpés ;

» Que ces préparations avaient tellement ce caractère de généralité, qu'elles avaient reçu entre les inculpés des dénominations particulières et convenues, comme : *potion rouge*, n° 1 ; *potion bleue*, n° 1 ; potion laudanisée ; potion au tartre, 1 et 2 ; potion stibiée ; *liquide vert* ; pommade jaune ; pommade blanche et autres ;

» Que ces préparations, ainsi faites d'avance en quantité considérable, sur une simple indication renvoyant au *registre-Codex* des inculpés, et n'étant ni le résultat de préparations conformes au *Codex* légal, ni d'ordonnances spéciales et régulières, constituent de véritables et nombreux remèdes secrets dont la qualité même, loin d'être un fait excusable, n'est qu'une aggravation du délit ;

» Qu'ainsi Rey de Jougla et D....., le premier en état de récidive comme ayant déjà été condamné pour ce fait de vente de remèdes secrets, ont conjointement commis le délit prévu par l'art. 36 de la loi du 21 germinal an XI et la loi du 9 pluviôse an XIII ;

» Qu'il résulte également de ce qui précède que Rey de Jougla a commis le délit prévu par l'art. 405 du Code pénal ;

» Renvoie Rey de Jougla du chef de la prévention relatif à l'usage de faux nom et de fausses qualités ;

» Renvoie D..... des fins de la plainte en ce qui touche la complicité d'escroquerie ;

» Et attendu par tout ce qui précède que Rey de Jougla, dans le courant des années 1852-53-54, en employant des manœuvres frauduleuses pour persuader l'existence d'un pouvoir imaginaire et faire naître l'espérance d'un succès chimérique, s'est fait remettre des sommes d'argent par un grand nombre de personnes, et notamment par la dame Salme, 16 fr. ; par la dame Marthe, 14 fr., etc., etc., et qu'il a ainsi escroqué tout ou partie de la fortune des susnommés, délit prévu par l'art. 405 du Code pénal ;

» Et contre Rey de Jougla et D..... d'avoir, en 1853 et 1854, conjointement annoncé, vendu et mis en vente, des remèdes secrets, délit prévu par l'art. 36 de la loi du 21 germinal an XI et la loi du 9 pluviôse an XIII ;

» Attendu que Rey dit de Jougla est en état de récidive légale, en ce qui touche le chef relatif aux remèdes secrets comme ayant déjà été condamné pour ce fait ;

» Et lui faisant, à cet égard, l'application spéciale de la loi du 9 pluviôse an XIII ;

» Vu également l'art. 265 du Code d'instruction criminelle ;

» Condamne Rey dit de Jougla à 13 mois de prison et 3,000 fr. d'amende ;

» D..... à 600 fr. d'amende ;

» Condamne Rey dit de Jougla aux trois cinquièmes et D..... aux deux cinquièmes des dépens. »

Nous n'avons pas besoin d'insister de nouveau sur la signification du jugement que nous venons de citer. Mais on comprend de quelle importance était la suite qui devait être donnée à ce jugement rendu en première instance. Il fut, en effet, frappé d'appel par les prévenus ; mais, hâtons-nous de le dire, la Cour impériale de Paris, par arrêt du 16 mars 1855, « *adoptant quant aux faits et à leur* QUALIFICATION *les motifs des premiers juges*, a confirmé d'une manière éclatante le jugement du tribunal, en réduisant seulement à 200 fr. l'amende imposée au pharmacien. Enfin, pour ne rien omettre, nous ajouterons que la Cour de cassation n'a pas eu à prononcer dans cette affaire, le sieur Rey de Jougla ayant été déchu de son pourvoi pour n'avoir pas consigné l'amende à laquelle il avait été condamné, sans justifier régulièrement de son indigence. Mais il est permis de penser que la Cour suprême n'eût pas trouvé en cette occasion de motif pour réformer un arrêt si conforme aux principes de sa jurisprudence souveraine.

En résumé, les trois affaires que nous venons de rappeler nous paraissent marquer une phase nouvelle dans la répression du charlatanisme médical. L'assimilation des promesses et des annonces mensongères, des faux noms, des faux certificats, des consultations stéréotypées, des associations de médecin et de pharmacien, des ordonnances mystérieuses, des formules de convention, des traitemens à prix fixe et par le roulage des affections incurables, l'assimilation de tous ces procédés éhontés aux manœuvres frauduleuses qui caractérisent le délit d'escroquerie, peut être considérée comme le moyen le plus sûr d'arrêter les progrès sans cesse croissans de cette lèpre du corps médical. La jurisprudence a suppléé au silence de la loi, en appliquant la qualification et la pénalité d'un délit de droit commun à des faits contre lesquels les lois spéciales de la médecine et de la pharmacie sont si manifestement insuffisantes (1).

OBSTÉTRIQUE.

SIMPLES OBSERVATIONS ; — DEUX GROSSESSES ANORMALES.

Fort heureusement pour le beau sexe, chargé par la nature de la reproduction humaine, les grossesses anormales sont d'une rareté tout à fait exceptionnelle.

Et voilà pourquoi la science en possède si peu d'exemples.

Il faut croire cependant qu'elle serait beaucoup plus riche en observations de ce genre, si toutes celles qui se présentent étaient ou pouvaient être soigneusement annotées et publiées.

Mais, dans le nombre de ces états antiphysiologiques, combien n'y en a-t-il pas qui passent complétement inaperçus, soit parce que leur reconnaissance est hérissée de difficultés, soit parce qu'ils ne sont point soumis à l'appréciation des hommes de l'art, soit enfin parce que, pour une raison ou pour une autre, quelques-uns de ces derniers les gardent trop précieusement pour eux, sans en faire part au public médical?

Et de fait, combien de femmes, à la campagne, combien qui enfantent, combien même qui meurent en couches, sans autres secours que ceux de leurs voisines? Combien de remarques importantes restent totalement ignorées et définitivement perdues? Combien de faits inobservés, mal interprétés ou tombés sous les regards de gens ignorans ou aveugles, incapables ou indifférens?

Encore comprend-on le silence des premiers! Mais faut-il donc tant de science ou de bon vouloir pour décrire, tant bien que mal et simplement, ce que l'on a appris ou ce que l'on a vu? Non, sans doute. Et d'ailleurs, c'est un devoir que tout être pensant doit accomplir, pour peu qu'il tienne à la profession médicale, et dans l'accomplissement duquel tout le monde peut trouver son profit.

Ainsi, dans la circonscription restreinte de la clientèle réservée aux médecins de notre petite localité, et dans l'espace de quinze années, deux faits de cette nature se sont offerts en observation dans la pratique de la médecine obstétricale.

Ne serait-ce pas gravement déméríter de la science que de les laisser tomber dans l'oubli? J'en fais juges les lecteurs de l'UNION MÉDICALE.

Le premier ne m'est point personnel. Tout ce que je puis donc faire, c'est d'en signaler, aussi exactement que possible, toutes les circonstances commémoratives. Je les donne, néanmoins, comme parfaitement authentiques : je les tiens de la personne chez laquelle elles se sont manifestées, et du confrère qui les a recueillies. Je puis également en disposer aujourd'hui sans aucun inconvénient : tous deux sont, depuis peu, descendus dans la tombe.

Les voici spécifiées en quelques mots aussi véridiques que succincts : Grossesse extra-utérine, abdominale, ayant dépassé le terme ordinaire de la gestation (onzième mois) ; — refus de la part de la malade de se soumettre à l'opération césarienne ; — abcès consécutif s'ouvrant spontanément au côté droit, quatre ou cinq mois plus tard ; — suppuration abondante et infecte ; — extraction des os du fœtus à mesure qu'ils se montrent ou se laissent apercevoir à travers l'ouverture extérieure ; — perforations internes multipliées et annoncées par la sortie des injections détersives par la vulve et par l'anus ; — et, malgré tant de désordres, cicatrisation et guérison complètes cinq ou six mois après l'ouverture de l'abcès.

La femme qui a souffert toutes ces misères a vécu quinze ans après cet accident, sans autre infirmité que la stérilité, et a succombé le 30 janvier 1856, à un catarrhe négligé et dégénéré en œdème pulmonaire.

Quant au second, je l'ai observé moi-même et je vais le raconter en détail.

Le 19 janvier dernier, je fus appelé à venir en aide à une jeune femme de la campagne, primipare, et en couches depuis quatre jours. La sage-femme, qui se trouvait près d'elle depuis quelques heures seulement, n'avait pas voulu assumer sur sa tête la responsabilité de son accouchement.

De sa part, ce fut un acte de prudence. Pour la science et pour moi, ce fut une bonne fortune ; car la grossesse dont il devait être le terme n'était pas seulement un fait d'observation intéressant, elle constituait, en outre, un fait obstétrical dont le diagnostic présentait de grandes difficultés. Qui plus est, il était, en quelque sorte, impossible de déterminer et de prévenir par avance toutes les phases et toutes les conséquences de la délivrance artificielle qu'elle allait nécessiter.

Depuis trois mortels jours, un enfant présentait l'occiput au détroit inférieur. Une tumeur parfaitement circonscrite et volumineuse se manifestait vers la partie moyenne, évidemment produite par le corps de cet enfant.

Mais à côté et au-dessus, dans l'hypochondre droit et immédiatement au-dessous des côtes et du diaphragme, l'on remarquait une seconde tumeur, à peu près semblable à la première, presque aussi volumineuse, tout aussi bien circonscrite, et nettement séparée d'elle par un sillon semi-circulaire et profond.

Ces deux tumeurs, dès le début de leur apparition, s'étaient annoncées en même temps, et c'était simultanément qu'on avait pu les voir se développer au point où elles étaient parvenues au terme de la grossesse.

Conséquemment, ma première pensée dut être nécessaire-

(1) Extrait des *Annales d'hygiène publique*, avril 1856.

---

d'apporter les instrumens nécessaires à une amputation, tant je croyais celle-ci immédiatement nécessaire. Vidal me surprit par son sang-froid, par les bonnes raisons qu'il me donna de différer l'opération, par son insistance chaleureuse à essayer tous les moyens possibles avant de priver ce pauvre ouvrier de son gagne-pain. « La température est fraîche, me dit-il, la gangrène est peu probable ; l'accident vient d'arriver, aucun retentissement ne s'est encore produit sur l'organisme ; le sujet est fort et robuste, il est jeune, il y a là une grande puissance de plasticité ; il n'y a aucun péril en la demeure ; essayons jusqu'à demain, jusqu'à après demain les irrigations continues d'eau froide ; réparons avant, et autant que possible, les désordres actuels et nous verrons après. » Et Vidal se met à l'œuvre ; doigt par doigt, os par os il cherche à tout remettre en place, à retrouver les rapports anatomiques des parties si profondément disjointes, il refait, pour ainsi dire, une main dans cet affreux mélange, il assujettit le tout par un appareil à palmettes et soumet le malade aux irrigations continues. J'abrége le récit pour arriver au résultat ; il fut magnifique et très inattendu, pour moi du moins qui me méfiais alors, ignorant que j'étais, de la puissance et de l'énergie des forces vitales. Tous ces os se resoudèrent et sans difformité ; au bout de trente-cinq jours, le blessé pouvait faire exécuter à sa main des mouvemens partiels et d'ensemble ; après quelques mois, et sauf un peu de raideur qui disparaissait graduellement, cet ouvrier put reprendre ses travaux.

Ce fait serait incomplet pour la mémoire de Vidal, si je n'ajoutais qu'il refusa les humbles honoraires que pouvait lui offrir cet ouvrier reconnaissant.

Je le dirai avec une conviction partagée, je le crois, par tout homme sincère : le talent de Vidal, son aptitude, ses facultés réelles ont été dévoyées ; sa place était dans un hôpital général et non dans un service spécial. Il s'est obstiné à rester à l'hôpital du Midi où il a cru, et trop de flatteurs — qui n'a pas les siens — l'ont encouragé dans cette croyance, faire ombre à la grande figure qui brille dans cet asile de la syphilis. Vidal s'est trompé de bonne foi et il a été trompé. Ce n'est pas le moment de m'appesantir sur ce sujet ; l'histoire impartiale dira la valeur de tout ce bruit qui s'est fait contre la doctrine moderne de la syphilis ; tout ce que je veux faire ici, c'est de déplorer, pour la gloire de Vidal, pour son bonheur et son repos, pour la thérapeutique chirurgicale surtout, qu'au lieu d'user ses forces et sa vie dans une négation stérile, il n'ait pas mieux choisi sa place dans le vaste domaine de la clinique chirurgicale, où toutes ses tendances, ses études et ses goûts lui promettaient d'amples moissons de tout genre.

N'étant pas entièrement absorbé par les exigences de la pratique, Vidal pouvait consacrer ses loisirs à la littérature médicale, et ses loisirs ont été féconds. Il a cherché à suppléer par sa plume ce qui pouvait lui manquer du côté de la clientèle, et il y a bien réussi. Chaque édition de son *Traité de pathologie externe* lui était payée par son éditeur, M. J.-B. Baillière, la somme de 16,000 francs. Et comme cet ouvrage a eu quatre éditions en quelques années, il faut reconnaître que Vidal n'était pas si mal avisé d'estimer sa plume à une haute valeur. Il faut voir singulièrement de malades pour gagner 64,000 francs. Je ne sais combien il avait vendu son *Traité de la syphilis* ; mais je suis certain qu'il a dû en tirer un bon parti, et certes il a bien fait. Ces ouvrages ont reçu, en outre, des sommes importantes des Académies des sciences et de médecine. Il tenait à recevoir une indemnité des divers journaux auxquels il a collaboré ; de sorte que j'estime au moins à 80,000 fr. la part que Vidal a pu retirer de la littérature médicale. Ce n'est pas une fortune ; mais on voit que, la pratique aidant, Vidal n'a pas été aussi malheureux que pourraient le faire croire les discours prononcés sur sa tombe. Comme la plupart de ses contemporains, Vidal a éprouvé les difficultés et les embarras du début ; mais je soutiens, et je suis heureux de soutenir, qu'à sa mort il n'éprouvait pas cette pénible chose qu'éprouvent un si grand nombre de médecins, *res angusta domi*.

Vidal aimait la critique et il y excellait. On peut même dire de lui ce que l'on a dit d'Henri Heine, récemment et prématurément mort comme lui et avec qui il a plusieurs traits de ressemblance, que sa vie n'a été qu'une longue critique des hommes et des choses. Il courait après le mot, et le mot, toujours spirituel, venait quelquefois dur, amer, tranchant comme le glaive. C'était chez lui jeu d'esprit et pas autre chose, car Vidal n'était pas méchant, était susceptible de chauds attachemens et s'employait avec activité pour ses amis. Il avait ses antipathies, sans doute, et elles étaient de longue durée ; il revenait rarement de ses premières impressions, et ses premières impressions étaient plus une affaire de tempérament que de jugement.

Mais voilà que, voulant laisser la parole à M. Velpeau seul, je l'ai prise à mon tour, ne pouvant me détacher de cette figure si originale et si accentuée qui vient de disparaître. Je vois encore Vidal, sa belle figure pâle et amaigrie, son œil creusé par la souffrance, mais si fin et si vif, son sourire amer mais d'une mélancolie profonde, je vois encore ce corps voûté par la douleur, passant comme une ombre sur le boulevard et m'adressant un salut froid et triste, froid parce que Vidal croyait ma vive amitié pour Ricord injuste pour son mérite, triste parce qu'il se rappelait d'anciennes relations que lui seul avait rompues.

C'est avec le seul souvenir de ces anciennes relations que j'ai écrit ces quelques lignes. Elles sont, je l'espère, pures de toute malveillance, car il y a longtemps que, pour mon usage particulier de critique, j'ai retourné une maxime ancienne et que je dis : aux vivans qui sont là pour vous écouter, qui peuvent se corriger ou se défendre, on ne doit que la vérité ; on doit des égards aux morts, qui ne peuvent plus ni vous entendre ni vous réfuter.

Amédée LATOUR.

On s'occupe activement, au Muséum d'histoire naturelle de Paris, de la préparation des deux épaulards que l'établissement s'est empressé d'acquérir parmi ceux capturés récemment dans la rade du Havre. D'après le témoignage des hommes compétens, ces poissons appartiennent bien à l'espèce *delphinus globiceps*, qui est très rare et manquait au Muséum. On ne la voit que de très loin en très loin apparaître sur nos côtes, à la suite de tempêtes ou d'événemens qui ont troublé ses habitudes.

Les individus amenés à Paris mesurent environ 6 mètres de longueur. La peau de l'un d'eux va être montée et sera une richesse de plus pour notre collection zoologique. On prépare aussi le squelette de l'autre et les principaux viscères de tous deux. Un des peintres d'histoire naturelle attachés au Muséum a fait immédiatement un dessin très exact de cette espèce, dont la dissection ne saurait manquer de fournir à la science de curieuses observations.

ment, et fut effectivement que j'avais affaire à une grossesse doublement composée, c'est-à-dire à une grossesse gémellaire résultant de la réunion insolite d'une grossesse normale, utérine, et d'une grossesse anormale, extra-utérine et abdominale.

Mais il y avait alors impossibilité de s'en assurer; on n'entendait plus aucune espèce de bruit placentaire ou fœtal. Et je pus me convaincre que le produit de la conception, quel qu'il fût, avait complétement cessé d'exister.

Je n'avais donc rien de mieux à faire qu'à me hâter de commencer la parturition artificielle, quitte à observer attentivement les divers incidens qui se présenteraient pendant l'action. C'est là ce que je fis, en effet, et cela avec d'autant plus de raison, que la patiente était exténuée, à la suite des fatigues et des angoisses qu'elle venait d'éprouver. Au reste, les douleurs expulsives avaient depuis longtemps cessé; le travail spontané s'était arrêté; la matrice était tombée dans un état de complète inertie, et la nature se montrait manifestement impuissante.

En conséquence, je me mis immédiatement à l'œuvre, sans ménagement pour l'enfant, sur lequel je pouvais agir sans crainte et sans scrupule, pensant, avec juste raison, que, dans cette circonstance, mon but principal devait être d'éviter à la mère toute souffrance inutile.

Je perforai donc la tête du fœtus, afin d'en amoindrir le volume, en obtenant l'évacuation d'une partie de la substance cérébrale; puis, après une tentative infructueuse pour l'amener au dehors au moyen du crochet, j'appliquai le forceps et parvins ainsi à l'extraire avec assez de facilité, malgré l'énorme tuméfaction des parties génitales externes.

Le corps suivit de bien près la tête, et, après lui, une certaine quantité de sang.

Par suite, la tumeur hypogastrique s'affaissa sur elle-même et disparut presque en totalité.

Quant à l'autre, elle conserva la même forme et la même grosseur, la même position et les mêmes apparences, circonstances qui vinrent augmenter les craintes que j'avais primitivement conçues.

Mais voici qu'en tirant sur le cordon pour attirer le délivre, je donnai lieu à la sortie d'une nouvelle quantité de liqueur amniotique, ce qui fit diminuer la rotondité de cette seconde tumeur et me jeta dans de nouvelles perplexités, tout en me rassurant sur la position du produit qu'elle renfermait par rapport à l'organe de la génération.

Et je continuai à opérer des tractions de plus en plus violentes, sans résultat aucun, ce qui amena, nécessairement, la rupture du cordon ombilical.

Je me vis alors forcé d'aller à la recherche du placenta, en introduisant la main dans le corps de la matrice.

Mais quelle ne fut pas ma surprise, en explorant attentivement, et sur toutes ses faces, la cavité de cet organe, de le trouver complétement vide et privé de tout vestige de placenta et de cordon ombilical!

Dès lors je portai plus minutieusement encore mes investigations vers la tumeur placée dans l'hypochondre droit, et je finis par sentir un très petit bout de cordon, flottant dans le vide, vers le sommet de la corne de l'utérus.

Ce fut pour moi un vrai fil d'Ariane, que je saisis et qui me guida à travers une ouverture souple, élastique et semblable à celle de la matrice, dans une seconde cavité, en forme de canal. Celle-ci avait, même alors et autant que je pus en juger par le toucher, un diamètre de 10 à 12 centimètres et une profondeur de 18 à 22 centimètres (longueur de la main et du poignet). Ses parois étaient lisses et glissantes à la partie supérieure. Quant à la partie inférieure, j'y trouvai, greffé sur une surface irrégulièrement ovalaire, considérablement hypertrophiée et mamelonnée, le placenta, qui avait pris lui-même une forme oblongue et au centre duquel restait attaché un morceau de cordon ombilical de 10 à 12 centimètres de longueur. Derrière lui et au fond de cette cavité secondaire, existait encore une petite quantité de sang ou de liquide amniotique.

Je pénétrai donc, en enfonçant le bras jusqu'au coude dans les organes génitaux, au fond de cette cavité, pour y saisir le bord supérieur du placenta et pour le détacher aussi doucement que possible.

Un instant après, la femme était complétement délivrée, et la tumeur de l'hypochondre, considérablement réduite, était descendue vers la région iliaque du côté droit.

De tous ces faits je dus conclure, et il resta évident pour moi, que cette jeune femme avait eu une grossesse primitivement tubaire, consécutivement mixte ou tubo-utérine, et que les choses s'étaient passées de la manière suivante :

Après la conception, le germe fécondé s'était engagé dans la trompe de Fallope; mais retenu dans son trajet par une cause inconnue, il s'était arrêté à mi-chemin, s'était implanté vers le milieu de cet annexe de l'organe générateur, et y avait passé la vie embryonnaire, constituant ainsi, pendant un temps plus ou moins long, une grossesse tubaire. Puis et à mesure que le produit de la conception prenait de l'accroissement, que le cordon ombilical s'allongeait et que la trompe se développait, l'embryon, devenu fœtus, et entraîné par son propre poids, avait fini par arriver à l'ouverture tubo-utérine élargie, et par tomber dans la cavité de la matrice pour y continuer et pour y accomplir la vie fœtale.

De là cette grossesse mixte, tubo-utérine, qui, comme tant d'autres, aurait fort bien pu passer inaperçue, si la nature avait été assez puissante pour la terminer heureusement, si l'accoucheuse s'était montrée plus entreprenante, ou si je n'avais été forcément amené par les circonstances à en étudier toutes les péripéties.

Je ne terminerai pas cette observation des plus intéressantes, sans annoncer que les suites de couches se passèrent chez la nouvelle accouchée tout aussi normalement que si elle avait eu une grossesse des plus simples, suivie d'un accouchement des plus heureux. Dix jours après, lorsque je la revis à dessein, et pour mieux satisfaire à ma tâche, elle commençait à se lever, malgré mes pressantes exhortations contraires; la matrice était à peine revenue sur elle-même, et la tumeur formée par l'hypertrophie de la trompe, quoique sensible encore à la région iliaque, avait presque totalement disparu.

Enfin, un mois plus tard, cette jeune femme était parfaitement rétablie; elle vaquait à ses occupations journalières et reprenait ses travaux habituels.

Dr Monteils-Pons,
Médecin des épidémies de l'arrondissement de Florac (Lozère).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 22 Avril 1856. — Présidence de M. Bussy.

Voici quelques mots sur les présentations faites par M. le professeur Jobert de Lamballe dans la dernière séance de l'Académie de médecine :

Les malades dont nous allons parler avant été examinés en détail par la plupart des membres de l'Académie, il nous suffira d'indiquer brièvement les vices de conformation ou les pertes de substance que présentait chacun d'eux, et d'ajouter à cette description celle des opérations qui ont été pratiquées pour y remédier. De la sorte, ceux qui ont vu les résultats auront des malades dont il s'agit une idée aussi complète que nous-même.

Obs. I. — *Absence congéniale de la sous-cloison; réparation.* — Au n° 16 de la salle St-Maurice, est couchée une jeune fille, nommée Bertrand (Élisabeth), lingère, rue du Figuier-St-Paul, n° 1, âgée de 18 ans, fortement constituée, qui est entrée à l'hôpital pour se faire réparer la pointe du nez, divisée congénialement, avec absence totale de sous-cloison.

Pour guérir cette difformité, M. Jobert taille, le 17 décembre 1855, un lambeau qui comprend toute l'épaisseur de la lèvre supérieure, et dont l'extrémité inférieure est formée par le mamelon de la partie moyenne de la lèvre. Puis il avive les bords de la solution de continuité de la pointe du nez, ainsi que le bord antérieur de la cloison des fosses nasales. Il avive également la face cutanée du lambeau au niveau de la rigole qui le parcourt.

Maintenant, il ne s'agit plus que de réunir les surfaces saignantes.

Et d'abord les deux moitiés de la lèvre supérieure divisée pour fournir le lambeau sont mises au contact, et la suture entortillée pratiquée pour les y maintenir.

Le lambeau est ensuite relevé, il pivote sur son pédicule, sa face cutanée est tournée vers la cloison des fosses nasales, pendant que ses bords sont maintenus adhérens avec les parties correspondantes du lobe du nez par des points de suture.

Au troisième jour, les épingles sont retirées et le bec-de-lièvre artificiel produit par l'opération ne laisse d'autre trace qu'une cicatrice linéaire. Les fils qui maintiennent le lambeau sont coupés au cinquième jour; une suppuration peu abondante, mais louable, s'écoule des surfaces avivées; la réunion paraît complète.

Elle n'a fait que s'affermir depuis cette époque.

Obs. II. — *Cicatrices vicieuses des paupières; blépharoplastie.* — Au n° 34 de la salle Saint-Maurice, est couchée la nommée Prudhomme (Clarisse), âgée de 29 ans, rue Cadet, n° 21; entrée à l'hôpital il y a deux mois, pour des cicatrices vicieuses comprenant les deux paupières du côté gauche, et la moitié interne du sourcil, de la peau du front et de la tempe correspondante.

Le globe de l'œil apparaît au milieu d'un cercle rouge et boursouflé formé par la muqueuse des paupières, tournée à l'extérieur, par suite de cicatrices vicieuses qui produisent un ectropion incurable.

Le 30 novembre, M. Jobert taille et disséque, sur la peau de la joue, un lambeau dont la base est fixée, après torsion du pédicule, aux débris ravivés de la paupière inférieure; mais, vers l'extrémité externe de ce voile cutané et bien près de sa commissure externe; de telle sorte que le lambeau adhérant à la paupière inférieure ne soit séparé du bord libre de la supérieure que par les fongosités, faciles à réprimer, qui font saillie au devant de la partie supérieure du globe de l'œil.

Au bout de quelques jours, la section des fils de la suture laisse voir une adhérence complète de la base du lambeau.

Trois semaines environ après cette première opération, M. Jobert coupe le pédicule du lambeau et fait cesser le tiraillement de la joue, aujourd'hui tout à fait nul.

Des cautérisations fréquentes avec le nitrate d'argent affaissent chaque jour les fongosités.

Le 5 janvier, d'un coup de ciseaux, celles de ces dernières qui séparent le lambeau du bord de la paupière supérieures sont incisées en totalité; c'est à peine s'il en reste maintenant quelques vestiges.

Aujourd'hui, si les paupières n'ont pas encore repris leur régularité normale, on peut prévoir le jour où elles seront complétement guéries de leur affreuse difformité, et où, par conséquent, le chirurgien, qui ne peut que retoucher en sous-ordre les œuvres de la nature, aura atteint le seul but qu'il puisse réaliser.

Obs. III. — *Cancer épithélial de l'aile du nez du côté droit; opération; réparation de l'aile du nez; guérison.* — On voit au n° 38 de la salle Saint-Côme le nommé Bassot (Nicolas), cultivateur, boulevart Montparnasse, n° 45, âgé de 60 ans, entré à l'hôpital pour un cancer épithélial de l'aile du côté droit.

Le 9 novembre 1855, M. Jobert enlève dans leur totalité les surfaces malades, et comme il résulte de cette opération une grande perte de substance, il emprunte à la peau de la joue un lambeau capable de recouvrir la portion dénudée.

Ce lambeau est à peu près triangulaire; sa base est taillée dans l'épaisseur de la joue droite; son sommet immédiatement au-dessous de l'endroit où se trouvait l'aile du nez. Le lambeau, après avoir été disséqué, est tordu légèrement sur son pédicule, et sa base fixée par la suture au pourtour de la perte de substance. La plaie de la joue est simplement pansée à plat.

Au bout de quelques jours, les fils sont coupés; mais le lambeau, tout en conservant sa vitalité, n'a pas adhéré par sa base aux surfaces saignantes du dos du nez.

Le malade reste dans les salles, attendant une nouvelle opération.

Celle-ci est pratiquée le 3 janvier. Le bord supérieur et la base du lambeau sont avivés dans toute leur étendue, ainsi que les bords de la solution de continuité du dos et de l'aile du nez; le contact est maintenu au moyen de fils, et une compresse trempée dans l'eau fraîche appliquée pour prévenir l'inflammation.

Au cinquième jour, les fils sont coupés. Le lambeau adhère complétement.

Le quatrième malade est un jeune homme, digne, à plusieurs égards, du plus grand intérêt; c'est un jeune soldat blessé à l'assaut de la tour Malakoff, par un éclat d'obus qui l'avait frappé en plein visage. Le projectile avait produit de grands délabremens. La lèvre supérieure et la sous-cloison des fosses nasales avaient été détruites dans une grande partie de leur étendue; le maxillaire supérieur lui-même avait perdu toute la partie antérieure de son bord alvéolaire et les dents qu'il soutient. Il était donc résulté de tout cela une sorte de bec-de-lièvre accidentel, compliqué de la destruction partielle du maxillaire supérieur.

A la suite d'une première opération, dont le résultat fut incomplet, la sous-cloison qui, depuis l'accident, flottait librement sous le nez, adhéra définitivement à un des côtés de la lèvre supérieure ravivée.

Pour que le résultat fût avantageux, il fallait que les deux moitiés de la lèvre fussent de nouveau réunies. Là était la difficulté, la perte de substance de la lèvre ayant été très considérable et le tiraillement devant être extrême après la suture.

L'opération a consisté :

1° En un avivement de toutes les surfaces qui devaient être mises en rapport;

2° En deux débridemens verticaux pratiqués sur la joue, à quelque distance de la suture, et destinés à relâcher un peu cette dernière;

3° Enfin en débridemens portant sur les deux commissures labiales.

A la suite de ce dernier débridement, la lèvre inférieure tomba en se renversant, ce qui était fort disgracieux, mais M. Jobert annonça que ce renversement n'était que momentané et serait progressivement redressé par la cicatrice : c'est ce qui est arrivé.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 12 Mars 1856. — Présidence de M. Rostan.

Sommaire. — Note sur le *pityriasis pilaris*, par M. Devergie. — Observation d'*hématocèle recto-vaginale*, par M. Guérard. Discussion : M. Barth. — Note sur le *traitement du scléreme par le massage* et *l'excitation musculaire*, par M. Herviaux. Discussion : MM. Legroux, Thirial.

M. Devergie lit une note sur le *pityriasis pilaris*, maladie de la peau non décrite par les dermatologistes. Voici un résumé de ce travail.

Le pityriasis pilaris, forme squameuse nouvelle, a essentiellement son siége dans la peau qui recouvre les bulbes pileux; car elle se montre principalement là où ces derniers sont plus dessinés et plus développés (les cheveux exceptés). Il amène un épaississement de la peau qui avoisine et recouvre le bulbe des poils avec rougeur chronique de ce tissu, de manière à représenter à la base de chaque poil une petite pyramide conique, du sommet de laquelle s'échappe le poil. Chacune de ces petites pyramides est isolée du bulbe voisin par une portion de peau saine, de manière à ce que, dans les parties affectées, la peau représente cet état que l'on a désigné sous le nom de chair de poule.

Au sommet de ces élevures conoïdes, traversées par le poil, existe une petite lamelle épidermique assez dure, en partie libre, en partie adhérente, donnant à la main la sensation d'une râpe rude.

Il suffit d'un bain de peu de durée ou de quelques lotions aqueuses pour détacher toutes ces lamelles épidermiques, et rendre à la peau la douceur au toucher qu'elle offre généralement, à part les saillies conoïdes qui persistent au même degré, lorsque la maladie est ancienne, mais qui disparaissent complétement quand elle est récente, sauf à reparaître quelques jours plus tard.

Le pityriasis pilaris est le plus souvent exempt de démangeaisons. Dans les quatre observations citées par l'auteur, la maladie s'est développée vers l'âge de 16 à 18 ans. Elle a été constamment précédée des trois affections suivantes : *psoriasis palmaria*, *pityriasis capitis*, *pityriasis rubra*. Ces affections se sont manifestées dans l'ordre de leur énumération. La marche du pityriasis pilaris est chronique et la durée de la maladie est très longue. C'est une affection des plus rebelles, quand elle est de date ancienne. Elle résiste au traitement arsenical, aux pommades à l'huile de cade, au goudron, aux alcalins. La pommade au chlorure de zinc est la seule qui ait produit quelque amélioration.

— M. Guérard présente à la Société les pièces d'anatomie pathologique recueillies chez une jeune fille morte dans les conditions suivantes, d'une *hématocèle recto-vaginale*.

Une jeune fille de 18 ans, habituellement d'une bonne santé, bien réglée, avait ses règles lorsqu'elle mit les mains dans l'eau froide; les règles s'arrêtèrent brusquement, il survint des douleurs vives dans le ventre, qui se tuméfia, de la fièvre, et au bout de peu de jours la malade entra à l'hôpital. On reconnaît de suite une tuméfaction notable dans le petit bassin, et le toucher vaginal fait sentir : 1° une déviation notable de l'utérus, dont le corps se trouve porté en arrière et le col vient se cacher sous les pubis; 2° une tumeur douloureuse à la pression, remplissant le petit bassin, surtout à sa partie postérieure, et paraissant englober l'utérus. On crut d'abord à l'existence d'un phlegmon péri-utérin très volumineux. Le traitement mis en usage consista en bains, cataplasmes, lavemens émolliens.

Au bout de quelques jours survint un suintement muqueux par le rectum, puis bientôt des selles abondantes, mêlées d'une certaine quantité de sang; l'idée de l'existence d'un phlegmon persistant, les selles furent examinées, mais on n'y reconnut pas la présence du pus. Peu à peu, la dureté au toucher diminua, la tumeur disparut, l'utérus reprit sa place première, et, en un mois, la malade paraissait à peu près complétement guérie.

Cette femme se trouvait dans ces conditions de convalescence, lorsque survint une nouvelle époque menstruelle : les règles suivaient leur cours normal, lorsqu'une malade étant morte dans le voisinage de son lit, les infirmiers chargés de l'emporter laissèrent tomber le cadavre sur le parquet; la malade en ressentit une vive émotion; elle éprouva à l'intérieur un vif tressaillement, qui supprima subitement l'écoulement menstruel; survint un frisson violent, un besoin d'uriner qu'elle ne put satisfaire; la face devint grippée, le pouls petit et fréquent, vomissemens, douleurs intenses dans le ventre, tuméfaction; en un mot tous les symptômes d'une péritonite très aiguë. La mort arriva au bout de quarante-huit heures.

A l'autopsie, on trouva des fausses membranes et du sang répandu dans la cavité péritonéale. En examinant le petit bassin, on trouva un épanchement sanguin limité par des fausses membranes déchirées dans quelques points. Dans le rectum, on reconnut, à 25 centimètres environ de l'anus, une ulcération qui, certainement, avait donné passage au sang du premier épanchement dont on trouvait les traces dans le cul-de-sac péritonéal. Cette tumeur sanguine s'était très probablement produite par le mécanisme suivant. Au moment des règles, cette fille ayant mis les mains dans l'eau froide, l'impression du froid aura produit une sorte de commotion interne qui aura détaché la trompe de l'ovaire, et alors le sang s'est écoulé librement dans le péritoine, il a gagné la partie la plus déclive, c'est-à-dire le cul-de-sac rétro-utérin, et y aura été limité par des fausses membranes, résultat d'une péritonite circonscrite; puis, plus tard, cet épanchement s'est fait jour dans le rectum, et la malade a guéri. Cette guérison était à peu près complète, lorsqu'est survenu l'accident qui a déterminé la déchirure des adhérences péritonéales. Dans ce moment, la malade avait ses règles, et cette circonstance a amené un nouvel épanchement sanguin dont les ovaires nous ont dévoilé le mode de production.

L'ovaire droit contenait trois foyers sanguins, deux récens, le troisième ancien. Ce dernier renfermait un petit caillot jaunâtre, et communiquait avec la cavité péritonéale à l'aide d'un trajet fistuleux qui s'ouvrait derrière l'ovaire. Un des foyers récens présentait la même disposition par rapport à la cavité péritonéale. Il était rempli par un caillot noir. Cette disposition des deux foyers explique suffisamment l'issue du

sang dans le péritoine. Enfin l'autre foyer récent, plein de sang, ne communiquait pas avec la cavité du péritoine. L'ovaire gauche renfermait un foyer purulent.

Cette observation présente un grand intérêt au point de vue pratique; elle démontre que la poche qui contient ces épanchemens peut facilement se rompre, et qu'il faut agir avec prudence si l'on veut les ponctionner, et surtout y faire des injections.

M. Barth : Le fait que vient de communiquer M. Guérard est intéressant à plus d'un point de vue ; c'est un exemple remarquable d'une forme de lésion abdominale étudiée seulement depuis peu de temps. On peut en conclure que ces tumeurs sanguines peuvent avoir leur siége tantôt dans le cul-de-sac recto-vaginal, tantôt dans le tissu cellulaire extra-péritonéal, comme on en a cité un grand nombre d'exemples. Dans le premier cas, l'hémorrhagie se produit par rupture de l'ovaire, et le sang s'écoule dans le péritoine; dans le second, c'est un vaisseau qui se rompt, et le sang s'épanche dans le tissu cellulaire.

M. Guérard a bien fait de recommander la plus grande prudence dans le traitement de cette maladie, et dans l'application de la ponction et de l'injection, qui peuvent avoir les conséquences les plus graves; on peut même dire que toutes les opérations, quelles qu'elles soient, sont mauvaises en pareil cas. A la Société anatomique, on a présenté un grand nombre de pièces recueillies chez des individus morts après opération. Ce qu'il y a de mieux à faire, en pareil cas, c'est de s'abstenir d'y toucher ; ces épanchemens sanguins finissent par disparaître avec le temps ; mais si l'on n'a pas la patience d'attendre, le nombre des accidens funestes est considérable.

J'ai observé un certain nombre de ces épanchemens sanguins, un, entre autres, survenu chez une jeune fille qui frottait ayant ses règles; elles se supprimèrent; il survint de la douleur dans le ventre; elle fut soignée deux jours chez elle, puis elle entra à l'hôpital. Je reconnus la présence d'une tumeur douloureuse à l'hypogastre, faisant saillie dans le vagin en arrière. Une application de sangsues fut faite, des bains, des laxatifs, des cataplasmes furent donnés, et au bout de cinq semaines, la malade était guérie. Quelquefois la guérison est plus lente. En terminant, je dirai qu'il faut admettre, comme principe général, que ces épanchemens guérissent seuls, et qu'il faut s'abstenir d'opérations chirurgicales dont les insuccès sont très nombreux.

— M. Hervieux lit une note sur le *traitement du sclérème des nouveau-nés par le massage et l'excitation musculaire.*

Messieurs, dans une des dernières séances, M. Legroux nous a présenté un nouveau-né qu'il a guéri d'un sclérème commençant à l'aide du massage et des mouvemens communiqués. J'appellerai de nouveau l'attention de la Société sur ce fait : 1° en raison de son importance pratique; 2° parce qu'il me paraît pleinement confirmatif des idées que j'ai émises ici sur l'algidité progressive des nouveau-nés.

Et d'abord je dis que ce fait a une importance pratique considérable, beaucoup plus considérable qu'on ne serait porté à le croire au premier abord. En effet, il prouve qu'on peut conserver l'existence d'une foule de petits êtres qui, dans les établissemens hospitaliers, étaient considérés comme fatalement voués à la mort, à partir du moment où ils présentaient les symptômes de l'endurcissement du tissu cellulaire. Ce qui jusqu'à ce jour a fait de ce pronostic une sentence irrévocable, un arrêt sans appel dans les hospices d'enfans trouvés, c'est l'insuccès des diverses tentatives qui ont été faites à diverses époques pour guérir le sclérème des nouveau-nés.

Les frictions excitantes avec l'eau-de-vie, avec des solutions de sel, de savon, etc., n'ont jamais produit aucun résultat satisfaisant. L'exposition à la flamme d'un foyer, les bains chauds ne présentent pas plus d'avantages. Baron père m'a dit avoir vu périr presque subitement quatre enfans sclérémateux soumis à l'action des bains de vapeur. Je ne sache pas qu'on ait été plus heureux en employant les affusions avec de l'eau fraîche ou les frictions sur les extrémités avec de la glace.

Quant aux évacuations sanguines dont on a proposé l'emploi pour combattre les accidens déterminés par le sclérème, je ne m'étonne que d'une chose, c'est que des hommes comme Palletta, Dugès, Léger, Troscou, Valleix aient pu attacher leur nom à une pareille médication. Si l'on réfléchit, en effet, que la faiblesse congénitale est une des causes prédisposantes les plus réelles du sclérème, on comprendra sans peine que tout traitement qui contribuera à augmenter cette faiblesse n'aura d'autre effet que d'accroître la tendance au refroidissement progressif, et, par suite, de précipiter la terminaison funeste. Mais, dira-t-on, les applications de sangsues derrière les oreilles ou sur la poitrine ont simplement pour but de combattre la congestion passive dont l'encéphale et les poumons deviennent le siége. A cela je réponds : ce qui congestionne ces organes viscéraux c'est l'inertie et l'engourdissement dans lequel le froid plonge les nouveau-nés. Or, pensez-vous sérieusement pouvoir rétablir les fonctions lésées de la calloricité en privant, d'une quantité plus ou moins notable de sang, un organisme déjà dénué de toute force vitale et réactionnelle. Je ne discuterai pas plus longtemps ce point de pratique.

Je vous ferai seulement remarquer, Messieurs, qu'après avoir inutilement employé tous les moyens dont je viens de parler, Baron père, dont l'expérience était grande en pareille matière, se bornait à envelopper les nouveau-nés endurcis dans des langes de laine, recouverts d'une toile cirée. On procurait ainsi aux petits malades une chaleur douce qui amenait souvent de la moiteur et une diaphorèse plus ou moins prononcée; j'ai vu, dans certains cas, même se résoudre en partie l'endurcissement lorsqu'il n'occupait qu'une portion limitée de la surface du corps; mais la mort arrivait toujours ultérieurement, soit par la reproduction de la maladie, soit par la persistance des congestions viscérales, soit enfin parce que les enfans, réduits au marasme, tombaient dans cet état que j'appelle la cachexie sénile des nouveau-nés ou la décrépitude infantile, état dont l'allaitement même par une nourrice ne suffisait pas à les relever.

Il reste donc démontré, par l'énumération que je viens de faire des principales ressources que nous possédons contre le sclérème des nouveau-nés, que la thérapeutique est à peu près complétement désarmée vis-à-vis de cette redoutable maladie. Ce n'est pas qu'il n'existe dans la science quelques cas de guérison; Palletta, Mondière, Billard, Valleix, ont vu réussir, dans certaines circonstances, quelques-uns des moyens dont j'ai parlé ; plusieurs membres de cette Société vous ont également cité des faits qui témoignent de la possibilité de la guérison. M. Barthez, entre autres, a obtenu la disparition de l'œdème en engageant la mère de l'enfant à le tenir continuellement appliqué sur son ventre et sur sa poitrine.

Mais ce sont là de ces rares et heureuses exceptions sur lesquelles il n'est permis de faire aucun fond solide et qui ne sauraient, d'ailleurs, infirmer la règle. Or, la règle, c'est que tout enfant nouveau-né atteint de sclérème est voué presque infailliblement à une mort certaine. Si l'on exigeait la preuve de ce que j'avance, on la trouverait à l'hospice des Enfans-Trouvés, qui, à l'heure qu'il est encore, enregistre autant de décès que de sclérèmes.

Ceci posé, n'est-il pas évident que l'homme qui se présenterait armé d'un moyen assez puissant, je ne dis pas pour sauver tous les nouveau-nés endurcis, cela ne me paraît guère possible, mais pour diminuer, dans une proportion plus ou moins notable, la mortalité vraiment effrayante qui pèse sur cette classe nombreuse de petits malades, surtout dans les établissemens hospitaliers, celui-là, dis-je, rendrait un service très réel à la science et à l'humanité tout ensemble.

Or, vous vous rappelez, Messieurs, que dans la même séance, M. Legroux vous a mis à même d'apprécier les résultats d'une méthode qu'il met depuis quelque temps en pratique pour le traitement du sclérème des nouveau-nés. L'enfant qu'il vous a présenté n'offre plus, en effet, trace d'endurcissement; il paraît assez vivace ; mais il est profondément amaigri et il a l'aspect d'un petit vieillard. Pour moi, la guérison n'est pas complète, et je considère son existence comme très précaire, tant qu'il ne sera pas sorti de cet état cachectique.

Toutefois, il faut reconnaître que la disparition de l'œdème sous l'influence du traitement employé par M. Legroux est un fait considérable et qui mérite d'être pris en très sérieuse considération. Car votre honorable collègue assure avoir réussi dans un certain nombre de cas ; et l'expérience démontre qu'on ne peut jamais ici attribuer la guérison aux efforts de la nature. Tout succès thérapeutique est donc, en pareil cas, un succès incontestable et bien légitime. Connaissons-nous beaucoup de maladies auxquelles on puisse appliquer cette proposition ?

Le traitement mis en usage par M. Legroux a consisté, tout d'abord, si mes souvenirs sont exacts, dans l'emploi du massage. M. Legroux pétrissait en quelque sorte les parties affectées et il réussissait, par ce moyen, à rétablir la circulation et à ramener la chaleur dans les régions où siégeait l'endurcissement. Puis l'habile médecin de l'Hôtel-Dieu a substitué ou du moins associé au massage l'excitation musculaire par des mouvemens communiqués.

Aujourd'hui, ce serait surtout en imprimant aux membres, aux membres inférieurs, par exemple, des mouvemens alternatifs, rapides et fréquens de flexion et d'extension que M. Legroux obtiendrait les résultats heureux dont il vous a entretenus. Par cette sorte de gymnastique passive, par cette activité insolite communiquée forcément au système musculaire, que fait-on ? on accélère la circulation languissante, l'on précipite les mouvemens respiratoires, l'on secoue de sa torpeur le système nerveux, et, sous l'influence de cette triple excitation, la circulation capillaire tend à se rétablir, le tissu cellulaire à reprendre sa souplesse, la température à revenir à son niveau physiologique.

Si j'ai bien compris M. Legroux, tout ce que je viens de dire est dans sa pensée, et j'en suis d'autant plus heureux que tout cela est parfaitement conforme aux idées que j'ai émises moi-même dans mon travail sur l'algidité progressive. Un mot seulement à ce sujet.

Je dois rappeler d'abord ici que si l'algidité progressive peut exister et existe quelquefois indépendamment du sclérème, ainsi que je l'ai démontré dans mon travail, elle est beaucoup plus souvent encore, c'est-à-dire neuf fois sur dix, accompagnée ou plutôt suivie de l'endurcissement du tissu cellulaire sous-cutané. Je m'explique. Il y a un grand fait pathologique qu'on observe chez un certain nombre d'enfans nouveau-nés ; ce fait, c'est l'abaissement progressif possible de la température du corps, abaissement coïncidant avec le ralentissement du pouls et des mouvemens respiratoires. J'appelle cela l'algidité progressive, non pas seulement parce que le refroidissement est le phénomène qui nous frappe tout d'abord et le plus vivement, mais parce qu'il est selon moi le fait préexistant, le fait principe.

Eh bien, l'algidité progressive peut à elle seule et indépendamment de toute complication grave amener la mort. Elle constitue alors toute la maladie.

Ou bien elle est suivie aussitôt ou peu de temps après son apparition des symptômes qui caractérisent ce qu'on appelle le sclérème ou l'œdème des nouveau-nés. Dans le second cas, l'algidité progressive constitue encore le fait pathologique principal, et je considère le sclérème comme lui étant subordonné de la même manière qu'un effet à sa cause. Le sclérème, ainsi que me le disait M. Legroux dans un court entretien que j'ai eu avec lui sur ce sujet, n'est ici qu'un symptôme. La lésion de la calloricité est tout, et si je m'émerveille d'une chose, c'est qu'on ait pu, dans cette enceinte, contester à l'algidité progressive qu'elle est une entité morbide.

Si donc j'ai fait de l'algidité progressive une étude particulière, ce n'est pas que dans ma pensée le sclérème et l'algidité progressive soient deux maladies essentiellement distinctes; non évidemment, puisqu'il n'y a pas chez les nouveau-nés de sclérème sans algidité progressive, mais j'ai voulu établir ce fait important qu'il peut y avoir algidité progressive sans sclérème, et j'ajoute que le sclérème, de même que les congestions viscérales qui l'accompagnent, ne sont que les expressions symptomatiques de l'algidité progressive.

J'ai dit, Messieurs, que ces idées trouvaient leur confirmation dans les faits rapportés par M. Legroux. Rien de plus facile à démontrer.

Il y a, dans l'algidité, dépression progressive et simultanée des trois fonctions suivantes : circulation, respiration, calorification. Or, quel est le but que se propose M. Legroux par son mode de traitement, c'est précisément en excitant, en développant le système musculaire par des mouvemens communiqués, de réveiller et d'activer ces trois fonctions. Je ne puis donc m'empêcher de voir, dans la communication de M. Legroux, une déduction logique des faits que je me suis efforcé d'établir.

Contre l'algidité progressive, j'avais principalement recommandé l'application, déjà mise en pratique par Baron père, des langes de laine chauds recouverts d'une toile cirée, l'alimentation par le sein d'une nourrice, et des mouvemens communiqués. Seulement je n'avais pas songé à agir directement par le massage sur chaque membre et à lui imprimer ces mouvemens alternatifs de flexion et d'extension, qui ont produit, entre les mains de M. Legroux, de si heureux résultats. A Dieu ne plaise que je revendique la moindre part dans l'idée de cet honorable médecin. Mais je dois faire remarquer qu'en m'élevant dans mes publications contre l'abus du repos prolongé et de la position horizontale, en ce qui concerne les nouveau-nés, je suis en communion de principes avec M. Legroux.

M. Legroux, d'ailleurs, a reconnu, si j'ai bonne mémoire, que, sans l'alimentation par le sein d'une nourrice, il n'eût pas réussi par le massage et l'excitation musculaire.

Quoi qu'il en soit, la méthode de traitement imaginée par M. Legroux doit être, selon moi, considérée comme une véritable fortune qui se recommande, de la manière la plus sérieuse, à l'attention de la pratique civile, et, avant tout, de la pratique hospitalière. J'en ai trop longuement déduit les motifs ailleurs pour avoir besoin de les reproduire ici.

Il est une dernière conséquence que je veux tirer de la présentation faite par M. Legroux, c'est qu'il n'y a bien réellement aucune assimilation possible entre le sclérème des nouveau-nés et le sclérème de l'adulte.

Au point de vue des phénomènes généraux de la maladie, cela n'est pas contestable et n'est pas même contesté par M. Thirial. Mais je dis de plus qu'au point de vue purement anatomique, la différence qui sépare l'induration du tissu cellulaire chez les nouveau-nés et le sclérème de l'adulte n'est pas moins considérable.

Chez l'adulte, en effet, la maladie est exclusivement caractérisée par une rigidité de la peau qui apporte un obstacle considérable à la contraction musculaire; il n'y a pas trace d'œdème ; le tégument ne présente aucune trace de tuméfaction ; il a conservé la coloration, la sensibilité, la perspirabilité, la température qu'il offre dans l'état normal.

Il en est tout autrement du sclérème des nouveau-nés. L'on sait, en effet, que chez ces derniers la température de la peau a subi un abaissement plus ou moins notable, que les fonctions perspiratrices ne s'accomplissent plus, que la sensibilité est plus ou moins obtuse, que les tégumens prennent une teinte violacée ou se couvrent d'une pâleur profonde, et qu'ils sont plus ou moins manifestement tuméfiés.

Mais je dois ajouter que, dans le sclérème des nouveau-nés, il y a toujours œdème. Et ce qui le prouve, c'est l'examen cadavérique qui nous montre, dans certains cas d'induration pierreuse du tissu cellulaire, 1° des épanchemens dans toutes les séreuses; 2° des infiltrations du tissu cellulaire des bourses ou des régions temporales ou occipitales, infiltrations qui se présentent sous l'aspect d'une belle gelée jaunâtre. Ce qui le prouve encore, c'est la possibilité de produire toujours pendant la vie, comme après la mort, un enfoncement profond et persistant sur les parties qui sont le siége de l'endurcissement. Et s'il pouvait rester quelques doutes dans l'esprit de quelques personnes, la mise en pratique de la méthode imaginée par M. Legroux achèverait la démonstration d'une manière péremptoire.

M. Legroux vous a dit, Messieurs, qu'il pétrissait les parties sclérémateuses, et que, de plus, il imprimait aux membres des mouvemens plus ou moins rapides. Qu'est-ce à dire, sinon qu'il n'existe aucun obstacle sérieux ni à la contraction musculaire, ni à la dépression par le doigt des parties indurées, circonstances qui ne s'observent jamais dans ce qu'on a appelé le sclérème de l'adulte.

Il résulte de ce que je viens de dire que le seul point commun qui pût exister entre le sclérème de l'adulte et l'œdème dur des nouveau-nés, et justifier l'assimilation qu'on avait voulu établir entre deux états pathologiques si radicalement dissemblables, j'entends parler de la consistance des tissus, cet unique point commun, dis-je, n'existe pas en réalité, puisqu'on peut toujours pétrir le tissu cellulaire endurci chez le nouveau-né, et qu'on n'y parvient jamais chez l'adulte.

M. Legroux : Je remercie M. Hervieux de la bienveillance avec laquelle il a apprécié le traitement que j'ai institué contre le sclérème des nouveau-nés, et je suis heureux de me trouver en communion d'idée avec lui sur la pathogénie de cette affection.

Il s'est néanmoins trompé s'il a cru que j'avais abandonné le massage pour la gymnastique communiquée. Le massage, qui ne peut s'exécuter, d'ailleurs, sans imprimer aux membres, au tronc, des mouvemens multipliés, est toujours la partie essentielle du traitement. Mais, guidé par l'influence des mouvemens de la main sur le jet du sang dans l'opération de la saignée, j'ai fait concourir au massage, à la respiration artificielle, provoquée par des pressions latérales de la poitrine, des mouvemens de flexion et d'extension des membres, du tronc, afin d'activer la circulation dans les grosses veines, et d'éveiller la contractilité musculaire, si nécessaire à la respiration normale.

Sous l'action du massage, on voit rapidement la peau passer de la teinte bleue-cyanique à des nuances rosées; le froid glacial remplacé par une douce chaleur, en partie communiquée par la main de l'opérateur ; et probablement aussi ranimée par les modifications produites dans la circulation locale, tandis que des cris graduellement plus intenses accusent le rétablissement des actes respiratoires. En même temps, les parties perdent de leur dureté, deviennent plus souples, et parfois l'œdème semble fondre sous la main.

Cette opération, dont la durée est de quelques minutes, est répétée six à huit fois, suivant la gravité du cas, dans les vingt-quatre heures. L'enfant est ensuite enveloppé d'ouate chaude, et replacé dans le lit de sa mère, chargée de l'allaiter.

Le sclérème dur, que j'ai rarement eu l'occasion d'observer, que j'ai vu succéder au sclérème œdémateux, après la disparition de la sérosité, et dont une des causes est bien certainement le défaut d'allaitement destiné à réparer les déperditions séreuses, si faibles qu'elles soient, le sclérème dur, malgré sa résistance au traitement, est cependant modifié favorablement par le massage, qui rend de la souplesse, de la chaleur aux parties indurées.

M. Hervieux a trouvé bien chétif, et offrant peu de chances de vie, l'enfant guéri de sclérème que j'ai eu l'honneur de vous présenter. Je suis plus rassuré que notre collègue sur l'avenir de cet enfant. Son sclérème était guéri depuis au moins huit jours; il tétait très bien, et toutes ses fonctions étaient régulières. Quant à son aspect chétif, il n'a rien d'inquiétant, surtout en présence du témoignage de la mère, qui dit être accouchée trois fois à sept mois et demie, et que les autres enfans, comme ce dernier, ont conservé cet aspect pendant six semaines, ou le temps destiné à la vie intra-utérine.

M. Hervieux avait cru que M. Legroux avait insisté surtout sur les mouvemens communiqués aux membres, et que, sans abandonner le massage, il n'en faisait plus la partie essentielle du traitement. Quant au malade dont il est question, M. Hervieux ne met pas en doute la guérison du sclérème, il a voulu dire seulement que cet enfant est dans un état maladif général qui peut inspirer des inquiétudes ; c'est dans des cas semblables que l'on voit survenir la diarrhée et toutes ces affections consécutives qui enlèvent un si grand nombre d'enfans.

M. Thirial conteste que, dans le sclérème des nouveau-nés, il y ait, comme le prétend M. Hervieux, simplement œdème; il prétend qu'il y a à la fois œdème et endurcissement du tissu cellulaire.

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

MORT DE M. LE DOCTEUR SANDRAS.

La mort frappe à coups redoublés parmi nous. A peine remis de l'émotion douloureuse que nous a causée la mort de Vidal, nous avons le regret d'annoncer celle aussi douloureuse, et plus inattendue, de M. le docteur Sandras, médecin de l'Hôtel-Dieu, chevalier de la Légion d'honneur, auteur de travaux très estimés, et entre autres du beau *Traité des maladies nerveuses*, dont il préparait une seconde édition au moment où il est frappé par une mort presque subite. M. Sandras s'est alité le 14. En allant faire sa visite à l'Hôtel-Dieu, il éprouva un frisson intense qu'il garda jusqu'à midi. Le soir, on perçoit du râle crépitant au lobe inférieur du poumon droit et un peu de souffle. Le 15, les phénomènes s'aggravent, mais les deux jours suivans, la position présente une amélioration notable. Le 18, la fièvre reparaît plus vive, et les signes pectoraux s'aggravent. M. Barth est appelé, le malade s'opposant à toute médication active. Du 18 au 23, alternatives de mieux et de mal, mais le mieux semble prédominer et à tel point, que tous les phénomènes inquiétans ont disparu, et que le malade s'endort d'un bon sommeil. Mais, vers une heure du matin, il se réveille tout à coup, se plaint d'oppression, la respiration devient haletante, gênée, précipitée, un sentiment de froid se fait sentir à l'intérieur des membres, la sueur devient poisseuse, le malade se découvre, s'agite, puis il est pris de délire. M. le d[r] Bourguignon, son gendre, croit voir là des phénomènes de fièvre pernicieuse, et administre une petite quantité de sulfate de quinine qui se trouve sous sa main. M. Barth arrive vers trois heures, conseille une nouvelle dose de sulfate de quinine. Le malade reprend à peine connaissance, il se sent mourir, fait ses adieux, et augmente le danger de sa position en n'écoutant ni avis, ni supplications. Les crises nerveuses avec délire, agitation, cris, contorsions, se répètent, avec des intervalles de calme apparent. Les calmans, les révulsifs sont employés, mais en vain, les forces de notre ami s'épuisent, et bientôt survient une prostration qui n'est qu'un présage de mort. M. Sandras s'est, en effet, éteint hier, 24 avril, à quatre heures du soir, dans une agonie qui ne saurait se décrire, mais où les altérations du cerveau ont montré, sous toutes leurs faces, leur trop réelle existence.

La mort de M. Sandras est une perte réelle pour la science et pour l'art. Elle est une perte bien sensible pour l'Union Médicale, dont M. Sandras a présidé pendant plusieurs années le Comité de rédaction, et où nous avons pu apprécier toutes les belles facultés de son esprit et toutes les nobles qualités de son cœur. Bon, digne, honorable et savant confrère, il apportait dans nos réunions hebdomadaires un charme, une aménité, un esprit de droiture et de justice, un sens ferme et éclairé pour toutes les difficultés qui surgissent dans la rédaction d'un journal, et ses avis, qui nous ont été si souvent utiles, nous rendent plus pénible et plus douloureuse la perte de ce digne et honorable collègue.

Les obsèques de M. Sandras auront lieu demain samedi.

Il a voulu que le service religieux se fît dans la chapelle de l'Hôtel-Dieu, près de ses pauvres malades : sa dernière pensée a été pour eux. Toute cette belle nature est dans ce dernier sentiment.

Amédée Latour.

M. le docteur Sandras est décédé hier, 24, en son domicile, rue Grange-Batelière, 26. Sa famille prie ceux de ses nombreux amis qui n'auraient pas reçu de lettre de faire part de vouloir bien considérer le présent avis comme une invitation, et de se rendre à son convoi qui aura lieu en l'église de l'Hôtel-Dieu, rue Saint-Julien-le-Pauvre, demain samedi, 26, à dix heures.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X, — N° 52. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 29 Avril 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. INTÉRÊTS PROFESSIONNELS. — II. CLINIQUE CHIRURGICALE : Cancer du rectum ; ablation partielle ; guérison. — III. THÉRAPEUTIQUE : Du jus de citron comme moyen prophylactique et curatif du scorbut. — IV. PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE : Recherches sur l'influence du chlorure sodique sur l'urine. — V. STATISTIQUE MÉDICALE : De l'influence de l'instruction sur la production du suicide. — VI. RÉCLAMATION : Lettre de M. le docteur Caillat. — VII. Obsèques de M. Sandras. — VIII. FEUILLETON : Un accouchement royal.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

L'appel de l'Association médicale de la Seine a été entendu. Voici l'adhésion de l'Association de prévoyance des médecins du Rhône :

Lyon, le 18 avril 1856.

A M. LE DOCTEUR CABANELLAS,
Secrétaire de l'Association des médecins de la Seine.

Monsieur et très honoré collègue,

Nous venons, au nom de l'Association des médecins du Rhône, vous exprimer l'identité de vues et d'espérances que nous partageons avec vous sur la légitimité et l'issue du pourvoi en cassation que vous avez formé contre l'arrêt qui a frappé le docteur Andreux (de Bar-le-Duc).

En principe, et nous ne parlons ici que de la simple équité, du droit écrit dans le cœur de tous avant de l'être dans la loi, si tout homme est tenu de porter secours à ses semblables, en cas de danger, n'est-il pas évident que, lorsqu'elle demande plus, lorsqu'elle lui enlève, pour ce service d'humanité, le temps et la somme d'activité nécessaire à la subsistance de lui et de sa famille, la Société lui doit, en retour, une juste indemnité.

Consacrer judiciairement le principe opposé, ne serait-ce pas prescrire, en quelque sorte, l'héroïsme poussé jusqu'au suicide?

D'ailleurs, le médecin, dont la philantropie en temps d'épidémie est l'un des plus beaux caractères de notre profession, ne doit-il pas, lui qui a seul mission et qualité pour juger là où le péril est le plus pressant, conserver la liberté nécessaire pour se porter de préférence là où les nécessités qu'il voit les plus urgentes l'appellent?

D'après ces considérations, l'Association du Rhône, persuadée, d'ailleurs, que l'Association de la Seine ne peut prêter son appui qu'à un confrère honorable, déclare partager la manière de voir et adhérer entièrement aux sentimens qui ont dicté la conduite de l'Association de la Seine en cette circonstance.

Veuillez recevoir, Monsieur et très honoré collègue, l'assurance de notre sympathique et profonde considération.

H. DIDAY, Secrétaire général. — Baron DE POLINIÈRE, Président.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Maison municipale de santé. — Service de M. MONOD, Suppléant, M. DAMAQUAY.

CANCER DU RECTUM; — ABLATION PARTIELLE ; — GUÉRISON.

M. R... (Antoine), 40 ans, sans profession, habitant La Chartre-sur-Loir (Sarthe) ; constitution robuste, santé habituelle bonne, sauf quelques palpitations, est entré à la Maison de santé le 15 décembre 1855.

Son père est mort à l'âge de 41 ans, d'une maladie qu'il ne connaît pas, mais qui l'emporta en quelques jours ; sa mère succomba jeune encore à une affection de poitrine.

Il y a dix-huit mois, sa sœur est morte, dit-il, d'un polype des fosses nasales ; mais, apparemment, de mauvaise nature. — Il assure n'avoir jamais eu de blennorrhagie, ni aucun accident syphilitique qui puisse faire rapporter sa maladie actuelle à une cause de cette nature.

Au mois de juillet 1855, il éprouva les premiers symptômes de son affection : d'abord difficultés d'aller à la garde-robe, constipation et quelques douleurs à l'anus et au périnée, parfois des selles sanguinolentes. Il crut n'avoir que des hémorrhoïdes, et il y fit peu d'attention. Bientôt, cependant, ces phénomènes s'accrurent, les douleurs devinrent plus vives, avec exaspération, quand le malade se présentait à la garde-robe ; la constipation, de plus en plus prononcée, l'obligeait de recourir à des lavemens, et souvent les selles s'accompagnaient d'efforts considérables et très douloureux. Dans les derniers temps, la marche et la station verticale augmentaient beaucoup les souffrances du malade.

Pendant les trois premiers mois, l'appétit et les fonctions digestives n'ont nullement été troublés ; mais, depuis deux mois, l'appétit a sensiblement diminué ; les digestions sont un peu plus lentes. Le moral du malade est notablement modifié ; au lieu de sa gaîté et de son calme habituels, il est devenu d'un caractère triste et irritable.

Au début de sa maladie, alors que le toucher rectal ne pouvait encore rien faire connaître sur la nature du mal, il alla consulter M. Chauveau, médecin très distingué de La Charte, qui pensa aussi qu'il n'avait que des hémorrhoïdes internes, et contribua encore à augmenter sa sécurité. Plus tard, lorsque les accidens eurent pris plus d'intensité et que la maladie fut plus avancée, cet habile praticien l'examina de nouveau, reconnut un cancer du rectum, et lui conseilla d'aller le plus tôt possible se faire opérer à Paris.

Il arriva ici le 13 décembre. Il alla d'abord consulter M. Velpeau, qui confirma le diagnostic de M. Chauveau, et partagea son opinion sur la nécessité d'une opération. MM. Monod, Denonvilliers et Demarquay examinèrent le malade après son entrée à la Maison de santé, et se rangèrent au même avis.

Voici ce que le toucher rectal permettait de constater : sur la partie latérale droite du rectum, on sentait une plaque ulcérée dont les dimensions dépassaient celles d'une pièce de 5 fr., à surface rugueuse, inégale, granulée, à base dure et solide, à rebords taillés à pic. Le doigt indicateur atteignait à peine le bord supérieur ; le bord inférieur est distant de 2 à 3 centimètres de la marge de l'anus. Cet examen est excessivement douloureux, et chaque fois qu'on s'y livre, des douleurs atroces persistent plusieurs heures après, et le malade rend souvent du sang. Quoiqu'un examen attentif et les négations formelles du malade ne laissassent presque aucun doute sur la nature non syphilitique de l'affection, MM. Monod et Demarquay jugèrent à propos d'essayer les antisyphilitiques avant d'en venir à une opération. L'iodure de potassium fut administré à la dose d'un gramme pendant quatre semaines, mais sans effet satisfaisant ; et pendant ce temps, la maladie fit des progrès. On se décida alors à pratiquer l'opération, qui fut faite le 13 janvier 1856 par M. Demarquay, assisté de MM. Monod et Denonvilliers.

Le malade fut préparé à l'opération par un purgatif administré la veille et un lavement purgatif donné le matin.

Opération. — On introduisit une grosse sonde dans le canal de l'urètre et on la fixa à la verge. Ensuite le malade fut couché à plat-ventre et en travers sur son lit, garni de coussins et d'alèzes disposés de manière que le bassin fût plus élevé que la tête. Deux aides maintiennent les jambes fléchies, les cuisses et les fesses écartées. Un troisième administre le chloroforme. Quand le malade fut endormi, M. Demarquay fit deux incisions semi-lunaires, l'une à la partie antérieure, l'autre à la partie postérieure, il les réunit par une troisième, contournant toute la partie latérale droite du rectum. Dans ce premier temps de l'opération, il y eut peu de sang, on lia deux petites artérioles. M. Demarquay disséqua ensuite toute la portion inférieure du rectum jusqu'au-dessus de la partie malade, c'est-à-dire dans une étendue de 6 à 7 centimètres environ. Il fit ensuite deux incisions verticales, l'une antérieure et l'autre postérieure, limitant latéralement l'étendue de la lésion et dépassant en haut son bord supérieur. Puis, avec des ciseaux et à petits coups, il excisa toute la portion latérale droite du rectum, en ayant soin de lier tous les vaisseaux à mesure qu'ils étaient ouverts, et de laisser pendre au dehors les fils constricteurs.

On renouvela le chloroforme à plusieurs reprises et on maintint l'anesthésie pendant tout le temps de l'opération, de telle sorte que le malade n'a pas eu conscience de ce qui lui a été fait. L'opération terminée, on ne fit aucun pansement, le malade fut replacé dans son lit, et, pendant plusieurs jours on mit des compresses imbibées d'eau sur la plaie.

Les suites de l'opération ont été fort simples et aucun accident n'est venu entraver la guérison qui a été rapide. A peine s'il a eu un peu de fièvre le troisième jour après l'opération.

Le 18 janvier, le malade n'était pas encore allé à la selle depuis son opération. On lui donne 30 grammes d'huile de ricin.

Le 4 février. Le malade va très bien, mais il ne retient pas encore ses matières, et pour la première fois on lui introduit une mèche.

14 février. Depuis quelques jours le malade retient ses matières ; la plaie est en partie cicatrisée et réduite à très peu de chose. Il sort aujourd'hui de la Maison de santé.

Feuilleton.

UN ACCOUCHEMENT ROYAL (1).

Les appartemens occupés au château de Versailles par la dauphine étaient situés à l'extrémité de l'aile du sud, vis-à-vis la pièce d'eau des Suisses. Depuis près d'un mois, Clément était établi dans ces appartemens, lorsque, le mardi 4 août, dans la soirée, la dauphine ressentit les premières douleurs. De ce moment, jusqu'à celui de l'accouchement, qui n'eut lieu que le jeudi 6 août, Clément ne quitta plus cette princesse.

Lorsque les reines accouchaient, on préparait, près de leur chambre ordinaire, dans laquelle elles restaient pendant tout le temps des douleurs, une autre chambre où devait se terminer l'accouchement et dans laquelle devaient se trouver toutes les personnes auxquelles leur naissance donnait le droit d'être présentes à l'accouchement, ou qui, par leurs charges, avaient le privilége d'y assister. C'était dans cette dernière pièce que l'on plaçait le lit dans lequel elles devaient rester après l'accouchement et le lit de travail. Celui-ci se trouvait dans une espèce de petite tente, où il n'y avait que la reine, le roi, l'accoucheuse et les aides. Cette tente était entourée d'une autre beaucoup plus grande, dans laquelle devaient se tenir les assistans. Pour la dauphine, on ne suivit pas ce cérémonial et l'accouchement se fit dans sa chambre à coucher.

Les douleurs se prolongèrent toute la nuit et allèrent en diminuant dans la matinée du 5. Le roi ordonna d'adresser des prières au ciel dans l'église de Versailles et entendit la messe dans la chapelle du château. Sur le soir, les douleurs reprirent avec assez de force. La reine n'avait point quitté l'appartement de la dauphine depuis ses premières douleurs ; les voyant revenir avec force, elle fit apporter dans la chambre les reliques de Ste Marguerite, que l'on était dans l'usage d'exposer dans la chambre des reines quand elles accouchaient. Puis on dressa le lit de travail. Ce lit, conservé dans le garde-meuble du roi, avait déjà servi aux reines Anne d'Autriche et Marie Thérèse. Il était composé de deux matelas sans lit de plumes, placés sur un lit de repos large de trois pieds. Une planche était placée entre les matelas, afin que le siége ne fût pas dans un creux. On étendait dessus deux draps et une couverture. Un double traversin était placé sous les épaules et la tête. Enfin, il était complété par deux chevilles d'un pied de long, placées, l'une à droite, l'autre à gauche, que la princesse devait saisir pendant les douleurs et par une barre au pied, pour servir d'appui aux pieds de la princesse pendant le travail.

Les femmes de la dauphine entrèrent alors, arrangèrent ses cheveux, et lui mirent sur la tête de grosses cornettes, comme c'était l'usage, pour qu'elle n'attrapât point de froid à la tête. Pendant ce temps, les apothicaires du roi apportèrent de l'huile d'amandes douces et de l'huile de noix, dont se servait Clément pour toucher la princesse, du sirop capillaire, des étoupes, cinq ou six œufs, quelques oranges, et une bouteille de vin, et Clément prépara une ligature, composée de gros fil en quatre doubles, pour nouer le cordon, et des ciseaux pour le couper.

Toute la nuit du 5 au 6 se passa encore dans des douleurs qui devinrent de plus en plus vives et prolongées vers le matin. Le roi, la reine et le dauphin ne quittèrent point la princesse de toute la nuit ; toujours l'un d'eux la soutenait pendant qu'elle se promenait dans sa chambre.

La longueur du travail commençait à donner de l'inquiétude à tous les assistans, et tous les visages semblaient abattus et consternés. Clément seul, pendant tout ce temps, paraissait impassible. Il s'était assuré, à plusieurs reprises, de l'état de la princesse, il n'avait reconnu, à l'accouchement, aucun obstacle important, et il avait déjà prévenu le roi que si, par suite de la constitution assez grêle de la dauphine, l'accouchement devait être long, il devait cependant se terminer sans accident. Le roi, nous l'avons déjà dit, avait une entière confiance dans l'accoucheur, il s'en rapporta complétement à son savoir, attendit avec patience l'instant qui allait combler tous ses vœux, et convint avec lui qu'afin de savoir le premier le sexe de l'enfant au moment de la naissance, il lui demanderait ce que c'était, et que Clément répondrait : Je ne sais pas, sire, si c'était une fille ; — et je ne sais point *encore*, sire, — si c'était un fils.

Les douleurs devenaient de plus en plus vives et prolongées. Clément jugea nécessaire de faire pratiquer une saignée, et les médecins furent tous de cet avis.

Aussitôt les apothicaires apportèrent du vinaigre, de l'eau de la reine de Hongrie, et un verre rempli d'eau, dans le cas où la princesse aurait une faiblesse. Le chirurgien Dionis pratiqua la saignée. On était alors dans l'usage de fermer les volets et de se servir de bougies, afin de mieux voir la veine. C'est ce qu'on fit pour la dauphine. Le premier médecin du roi tint la bougie, et le premier apothicaire tint les poilettes.

Après la saignée, les douleurs reprirent de l'intensité et tout annonçait la prompte terminaison de l'accouchement. Pour soutenir les forces de la dauphine, le roi voulut qu'on lui donnât, de temps à autre, de son *rossolis*. Ce rossolis, appelé *rossolis du roi*, parce que Louis XIV en a usé pendant fort longtemps et disait s'en trouver très bien, était ainsi composé : eau-de-vie faite avec du vin d'Espagne, une pinte, dans laquelle on mettait infuser, pendant trois semaines, des semences d'anis, de fenouil, d'anet, de chervis, de carotes, et de coriandre, de chacune demi once. On ajoutait, après l'infusion, une demi-livre de sucre candi dissous dans l'eau de camomille et cuit en consistance de sirop, et le tout était passé à la chausse.

Clément jugeant que l'instant de la délivrance approchait, en prévint le roi. La dauphine fut placée sur le lit de travail, et le roi ordonna de faire entrer toutes les personnes qui devaient assister à cet acte solennel. Alors se trouvèrent dans la chambre, outre le roi, la reine, le dauphin, Monsieur, Madame, Mademoiselle d'Orléans, et les princes et princesses du sang, — Mme de Montespan, surintendante de la maison de la reine, — la duchesse de Créqui, et la comtesse de Béthune, dames d'honneur de la princesse, — Mmes de Richelieu, — la maréchale de Rochefort, et Mme de Maintenon, — la duchesse d'Uzès, — la duchesse d'Aumont, — la duchesse de Beauvilliers, — Mme Devenelle, première sous-gouvernante, — Mme de Montchevreuil, gouvernante des filles d'honneur de la dauphine ; Mme Pelard, première femme de chambre du nouveau-né ; — Mme Moreau, première femme de chambre de la dauphine, et les femmes de chambre de cette princesse qui étaient de jour.

Tout ce monde était sans mouvement et paraissait attendre impatiemment ce qui allait arriver ; une attention curieuse était peinte sur tous ces visages. Bientôt les dernières et énergiques douleurs se succédèrent et se rapprochèrent, et la dauphine accoucha à dix heures vingt minutes du matin.

A peine l'enfant venait de passer, le roi impatient demanda à Clément ; qu'est-ce ? Celui-ci, d'un air satisfait, lui répondit ainsi qu'il en était convenu : Je ne sais point *encore*, sire. Aussitôt le roi radieux s'écria : *Nous avons un duc de Bourgogne.* On n'a point à décrire ici tout ce qui se passa dans la chambre où le prince venait de naître, la joie qui s'y manifesta après cette longue attente, et tout ce qui eut lieu alors dans le reste du château et dans toute la ville lorsque l'on y apprit cette heureuse nouvelle, tout cela regarde plus particulièrement l'histoire, et l'on veut surtout faire connaître la partie médicale de cet accouchement.

L'usage de la plupart des accoucheurs de cette époque, ainsi que l'enseigne Mauriceau, dans son *Traité des accouchemens*, était de délivrer la femme aussitôt la sortie de l'enfant, et de ne couper le cor-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 22 Avril 1856.

Le 10 mars je reçus des nouvelles de ce malade. La plaie était complètement cicatrisée et le malade retenait très bien les matières. Il continuait encore les mèches.

L'excision d'une portion du rectum est une opération toujours grave, et qui exige de la part du chirurgien une grande habitude des opérations délicates. Pendant longtemps, les difficultés et les dangers de cette opération, peut-être aussi le sinistre arrêt sans appel porté par Bayle contre le cancer du rectum, firent hésiter les plus habiles opérateurs et préférer l'emploi exclusif des moyens palliatifs. De nos jours, les difficultés opératoires ont certainement perdu de leur importance, mais les suites souvent fâcheuses de l'opération et un scepticisme exagéré sur la curabilité de cette grave maladie, arrêtent encore quelques praticiens, entre autres M. Vidal (de Cassis) qui, dans son excellente thèse de concours, condamne l'excision du rectum et conseille aussi de s'en tenir aux moyens palliatifs.

Faget, le premier, en 1739, pratiqua avec succès l'extirpation d'un pouce et demi du rectum. Cependant, il paraît que la tentative de Faget n'enhardit point ses contemporains, car personne, à son exemple, n'osa renouveler cette périlleuse opération. Et ce ne fut que près d'un siècle après, en 1826, que Lisfranc la réhabilita avec le même succès. Son malade fut opéré le 13 février 1826, et fut complétement rétabli, dit-on, le 13 avril suivant. L'heureuse initiative du chirurgien de la Pitié fut moins stérile que celle de Faget : elle fut suivie par presque tous les chirurgiens de l'époque, et aujourd'hui il en est peu qui n'ait fait cette opération un certain nombre de fois et qui ne compte quelques succès.

Les difficultés de l'opération se rapportent au point qui est le siége de l'affection et au voisinage de l'intestin rectum avec des organes importans. Les premières conditions pour que l'opération soit possible et se fasse avec quelque chance de succès, c'est que le mal siége à la partie inférieure du rectum et dans un point accessible au doigt, que la dégénérescence n'ait pas envahi les organes voisins, et enfin que la maladie soit toute locale, qu'elle ne se soit pas généralisée et n'ait pas infecté l'économie.

Les dangers de l'opération sont primitifs ou immédiats et consécutifs.

Les accidens primitifs sont :

1° L'hémorrhagie due à une blessure d'une artère superficielle de la honteuse interne, de la transversale du périnée ou bien encore d'une des hémorrhoïdales. Il est toujours facile de saisir et lier les branches de la honteuse, mais il n'en est pas de même des hémorrhoïdales ; pour parer au danger d'une hémorrhagie et à la difficulté de saisir les branches hémorrhoïdales, M. Velpeau a proposé un moyen sur lequel MM. Denonvilliers et Ricord ont particulièrement insisté dans ces derniers temps. M. Demarquay y a eu recours dans le cas actuel : il consiste à exciser l'intestin à petits coups, à lier les vaisseaux à mesure qu'ils sont coupés et à laisser pendre au dehors les fils constricteurs, de manière à pouvoir abaisser le rectum à volonté.

2° La blessure du péritoine. Plusieurs anatomistes ont cherché à calculer la distance qui existe entre la marge de l'anus et le cul-de-sac péritonéal, mais leurs résultats sont très différens.

3° Chez l'homme, il y a aussi la blessure de l'urètre. C'est pour éviter avec plus de sureté ce grave accident qu'on introduit dans le canal de l'urètre une grosse sonde, qui permet au chirurgien d'apprécier plus facilement la distance qui sépare l'instrument tranchant des parois du canal.

4° Chez la femme, il faut signaler aussi la blessure du vagin.

Les accidens consécutifs sont : 1° les phénomènes nerveux ; 2° la péritonite ; 3° la phlébite ; 4° l'inflammation du tissu cellulaire ambiant ; 5° l'incontinence des matières fécales ; 6° ou bien encore leur rétention, par suite d'un rétrécissement. Pour éviter cette grave incommodité, il suffit d'introduire des mèches dans le rectum avant la cicatrisation complète, et les continuer même quelque temps lorsque la plaie est tout à fait guérie.

L. Moysant,
Interne du service.

THÉRAPEUTIQUE.

DU JUS DE CITRON COMME MOYEN PROPHYLACTIQUE ET CURATIF DU SCORBUT.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre numéro du 22 avril dernier, vous avez publié un extrait d'un rapport de M. le docteur Gallerand, chirurgien de 1re classe de la marine impériale, touchant la prophylaxie et la thérapeutique du scorbut par l'emploi du jus de citron. Permettez-moi, Monsieur le rédacteur, de m'étonner, avec beaucoup d'autres confrères sans doute, de l'admiration un peu tardive de M. le docteur Gallerand pour une substance dont les propriétés prophylactiques et thérapeutiques dans l'affection scorbutique sont connues de tout le monde depuis bien longtemps, et en particulier des chirurgiens de la marine.

Dans son admirable *Traité du scorbut*, traité auquel la médecine du siècle n'aurait pas un seul chapitre de quelque importance à ajouter, Lind, membre du collége de médecine d'Édimbourg, a rapporté avec détails l'histoire de plusieurs navires dont les équipages atteints de scorbut, *cette peste des mariniers*, comme il l'appelle, ne durent leur prompt rétablissement qu'à la grande quantité d'oranges ou de limons qu'ils consommaient chaque jour. « Le scorbut, disait Kramer que Lind cite avec les plus grands éloges, est la maladie la plus fâcheuse et la plus difficile à traiter qu'il y ait dans la nature : la pharmacie, ni la chirurgie n'y sont d'aucun secours. Donnez-vous de garde de la saignée : évitez le mercure comme un poison : vous avez beau frotter les gencives, graisser les tendons du jarret retirés et raidis, tout est inutile. Mais si vous pouvez avoir des végétaux récens ; si vous pouvez préparer une suffisante quantité de sucs antiscorbutiques ; si vous avez des oranges, des limons, ou bien la pulpe et le suc de ces fruits conservés dans des bouteilles avec du sucre, de sorte que vous puissiez faire une limonade ; on, ce qui est mieux encore, si vous pouvez donner trois ou quatre onces de leur suc dans du petit-lait, vous guérirez cette terrible maladie, sans aucun autre secours (1). »

Lind fait remarquer que la seule vue des oranges et des limons relevait les esprits abattus des scorbutiques expirans, au lieu qu'ils avaient en aversion profonde toutes sortes de drogues. Mais, comme les oranges et les limons sont sujets à se gâter, et qu'il est souvent difficile de se les procurer en quantité suffisante en tous temps et en tous lieux, il donne en même temps un moyen commode et facile de conserver leurs propriétés pendant des années entières, sous un faible volume. Il s'agit tout simplement d'exprimer le suc d'une certaine quantité de fruits, de le filtrer, et de le faire évaporer au bain-marie jusqu'à consistance d'un sirop refroidi. On le met ensuite en bouteilles pour s'en servir au besoin. Lorsqu'on le mêle avec de l'eau, il devient difficile de le distinguer d'un suc récent préparé de la même manière. Un litre d'extrait liquide ainsi obtenu, représente la partie acide et les vertus de douze douzaines de citrons ou d'oranges.

De tous les moyens curatifs ou préservatifs du scorbut, passés en revue par Lind, il n'en est aucun qui puisse être comparé au suc de ces fruits acides et sucrés, attendu que, selon lui, ce remède merveilleux a pour lui l'expérience de plus de deux cents ans. En effet, Balduinus Ronseus, en 1564, qui, un des premiers a écrit sur cette maladie, en fait mention. Murray, qui avait eu l'occasion d'étudier le scorbut avec un soin extrême, soit comme médecin de l'hôpital de marine à la Jamaïque, soit lorsqu'il était chirurgien à bord des vaisseaux de la marine anglaise, affirmait « ..... que les oranges et les limons, donnés à propos et en quantité suffisante, étaient un remède assuré dans toutes les périodes du scorbut et dans toutes les espèces, pourvu, néanmoins, que le malade n'eût pas entièrement perdu ses forces et ne fût point attaqué de la diarrhée, de la lienterie, ou de la dysenterie. »

Le docteur Mead rapporte également l'histoire suivante, qui est bien propre à justifier la confiance que, jusqu'à nos jours, de l'aveu du docteur Gallerand, la marine anglaise n'a cessé d'accorder au suc de limons. « Une année, dit-il, que le scorbut faisait de terribles ravages parmi les matelots de notre flotte sur la mer Baltique, l'amiral Charles Wager, qui la commandait, observa que les vaisseaux hollandais qui allaient de conserve avec les nôtres étaient beaucoup moins affligés de cette maladie. Il ne pouvait attribuer cela à la différence de leurs alimens. Il venait alors de la Méditerranée, où il avait fait provision d'une grande quantité de limons et d'oranges. Comme il avait entendu parler souvent de la grande efficacité de ces fruits dans la curation de cette maladie, il en fit porter tous les jours sur le tillac une caisse de chacun : les gens de l'équipage en mangèrent tant qu'ils voulurent, ils en mêlaient le suc avec leur bière. Leur amusement ordinaire était de se jeter entre eux l'écorce de ces fruits, de sorte que le tillac en était continuellement couvert et arrosé de leur liqueur aromatique. Cette méthode réussit si heureusement, qu'il ramena ses matelots au port en parfaite santé. »

Nous ferons suivre ces intéressantes citations d'une dernière remarque, à savoir que les végétaux ne sont salutaires et efficaces, d'après Lind et les observateurs qui, comme lui, ont eu à combattre le scorbut, qu'autant qu'ils sont employés à l'état frais. La méthode, remarque-t-il, qui consiste à les faire sécher *à la manière du foin*, détruit leur vertu antiscorbutique, ce qu'il explique tout au long à l'aide de considérations théoriques qu'il n'y a pas lieu de discuter ici. M. Keraudren, dans sa dissertation (*Réflexions sommaires sur le scorbut*, thèse, n° 155, Paris, 1804), a soutenu avec beaucoup de raison la même opinion, en faisant remarquer que tous les végétaux sont antiscorbutiques, quand ils contiennent en abondance de l'eau de végétation. « Pendant, dit-il, que j'étais chargé de l'hôpital destiné aux canonniers de la côte du Sud du Goulet de Brest, je faisais chercher dans la campagne de la presqu'île de Roscanvel les végétaux qui pouvaient entrer dans la composition des sucs antiscorbutiques. Leur petit nombre me forçait à ne rejeter que ceux que je devais croire malfaisans, et mes malades s'en trouvèrent si bien, que je cessai de regretter de les priver des herbes potagères que nous devions recevoir de Brest. » Il y aurait donc, on le voit, singulièrement à rabattre des espérances conçues dans ces derniers temps, à l'occasion d'un procédé de conservation des légumes par la dessiccation, s'il est vrai que des conserves végétales ainsi préparées et fournies en quantité énorme à notre armée d'Orient par l'administration de la guerre, n'ont pu, en effet, la préserver des tristes effets du scorbut, comme Lind l'avait prévu il y a près d'un siècle.

Si les faits, au reste, bien connus que je viens de rappeler, Monsieur le rédacteur, vous paraissaient avoir quelque utilité, à un moment où le scorbut paraît faire des ravages considérables sur nos malheureux soldats, je vous saurai gré de les signaler encore une fois au souvenir de vos nombreux lecteurs, en publiant cette note déjà trop longue.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur, l'assurance de mes sentimens de parfaite confraternité.

Dr Perrin.

(1) *Krameri medicina Castrensis.*

---

don que lorsque l'arrière-faix tout entier était dehors. Clément était d'un avis tout opposé. Il voulait que l'on commençât par la ligature du cordon. Il donnait pour raison qu'on ne peut trop tôt ôter l'enfant d'entre les cuisses de la mère et l'en débarrasser pour le mettre entre les mains de celles qui doivent l'accommoder. Il ajoutait que plus on différait à lier le cordon, plus la circulation de l'enfant avec le placenta se continuait et plus par conséquent le placenta se détachait difficilement de l'utérus ; et de plus qu'en laissant crier l'enfant entre les cuisses de la mère, on lui faisait de la peine et que cet éveil à la tendresse maternelle pouvait être encore une cause de retard à la sortie du délivre.

Il lia donc le cordon, le coupa, et remit l'enfant entre les mains des femmes qui devaient l'arranger. Il s'occupa ensuite de délivrer la princesse. Voici comment il s'y prenait pour ce dernier temps de l'accouchement : il entortillait deux ou trois doigts de sa main gauche avec le cordon, et il avançait la main droite jusque dans le vagin, pour, avec le pouce et l'index, tenir le cordon le plus près possible de l'arrière-faix. Il tirait ensuite doucement, et si l'arrière-faix paraissait offrir quelque résistance, il cherchait à l'ébranler tantôt à droite, tantôt à gauche, et l'obligeait ainsi de se détacher peu à peu.

L'arrière-faix, à sa sortie, fut placé sur un plat d'argent, et présenté à l'examen des médecins qui s'assurèrent de son intégrité.

Après que les femmes de la dauphine eurent procédé à sa toilette, elle fut placée dans son lit préalablement chauffé. Comme l'enfant était resté assez longtemps au passage, les parties internes de la génération étaient contusionnées et douloureuses ; Clément y fit appliquer un cataplasme ainsi fait : on prit deux onces d'huile d'amandes douces et deux œufs dont on mit le blanc et le jaune qu'on fit cuire dans un petit vase comme des œufs brouillés ; on les étendit ensuite sur de l'étoupe, et on les appliqua médiocrement chauds sur la partie, après l'avoir préalablement nettoyée du sang qui pouvait y être resté. Comme le ventre était un peu sensible, il se servit, pour prévenir l'inflammation de cette partie, d'un singulier moyen, auquel il renonça cependant pour les autres accouchemens de la dauphine, quoiqu'ils aient été aussi laborieux, à cause de la difficulté de l'exécution. Il fit appliquer la peau encore chaude d'un *mouton noir*, nouvellement écorché. Pour cela, on avait fait venir un boucher qui écorcha le mouton dans une pièce voisine. Le boucher, voulant ne pas laisser refroidir cette peau, s'empressa d'entrer dans la chambre de la princesse, en ayant pris et ployé cette peau dans son tablier, et laissa la porte ouverte ; de sorte que le mouton écorché, et tout sanglant, le suivit, et entra jusqu'auprès du lit, ce qui fit une peur effroyable à toutes les dames présentes à ce spectacle.

Les seins furent ensuite recouverts de deux petits matelas de laine. Ces soins terminés, la dauphine prit un remède qu'on était dans l'usage d'administrer pour éviter aux femmes les tranchées et faciliter l'écoulement des lochies, consistant dans un mélange d'huile d'amandes douces, de sirop de capillaire et de jus d'orange.

Quant à l'enfant, aussitôt après la ligature du cordon, on l'enveloppa dans un linge, on le porta dans le cabinet voisin et près du feu. On le lava avec une éponge trempée dans du vin légèrement chauffé, dans lequel on avait fait fondre une certaine quantité de beurre. Clément vint ensuite mettre le cordon dans un linge huilé, le releva en haut, le coucha sur une petite compresse placée sur le ventre, et en mit une seconde sur le nombril, plaça la bande de corps, et l'on emmaillotta l'enfant.

Une fois cette toilette terminée, l'enfant fut ondoyé, dans la chambre de la dauphine, par le cardinal de Bouillon, grand aumônier de France, en présence du curé de Versailles (1). Puis on le montra à la dauphine. Ensuite la maréchale de la Mothe étant entrée dans une chaise à porteurs, on le mit sur ses genoux, et il fut ainsi porté jusque dans l'appartement qu'on lui avait préparé. A peine entré, le marquis de Seignelay, secrétaire d'État et trésorier de l'ordre du Saint-Esprit, lui mit au cou, de la part du roi, la croix de cet ordre, que les fils de France portaient dès leur naissance.

A la couche de la dauphine, Clément se conforma encore à un usage que l'on observait chez les reines, mais qu'il supprima plus tard ; c'était d'empêcher la femme de dormir aussitôt après l'accouchement. Dionis resta trois heures auprès du lit de la dauphine, ainsi qu'il l'avait fait à la reine, pour causer avec elle et l'empêcher de se livrer au sommeil.

Après que tout le monde se fut retiré de la chambre de la dauphine, on ferma tous les volets des fenêtres, et une seule bougie éclaira sa chambre jour et nuit pendant les neuf premiers jours. Excepté l'accoucheur, les médecins et les femmes nécessaires au service, personne ne s'approcha non plus de la dauphine pendant tout ce temps. Les trois premiers jours, sa nourriture se composa de bouillons, d'œufs frais et de gelée, et sa boisson de tisane d'orge, de chiendent et de réglisse chaude. Lorsque la fièvre de lait fut passée, on donna des potages et du poulet, et elle but un peu de vin trempé.

Une précaution que l'on regardait comme très importante, était de ne laisser entrer dans la chambre de l'accouchée aucune personne ayant sur elle quelque odeur. Aussi un huissier était-il placé à la porte de l'appartement de la princesse avec ordre de sentir toutes les dames et de renvoyer celles ayant quelque parfum ou quelque fleur, non seulement pendant les neuf premiers jours, mais même pendant les six semaines qui suivirent l'accouchement.

Les suites de couches de la dauphine furent fort heureuses, et au bout de six semaines, la princesse, ayant été purgée, put aller rendre grâce à Dieu de son heureuse délivrance.

Dès le soir même de l'accouchement, le roi fit donner de fortes sommes d'argent pour délivrer des prisonniers.

Louis XIV, dans ses libéralités, ne pouvait oublier celui qui, par son sang-froid et sa prudence, avait été la cause principale de l'heureuse réussite de cet événement. Il fit donner à l'accoucheur 10,000 livres, et lorsque Clément alla le remercier, il le reçut gracieusement, lui dit qu'il était très satisfait du service qu'il lui avait rendu, qu'en lui donnant cette somme, il ne croyait pas le payer, et que ce n'était que le commencement de ce qu'il voulait faire pour lui. En effet, Louis XIV ne cessa de le combler de bienfaits. Il n'avait de confiance qu'en lui. Outre la dauphine, qu'il accoucha de tous ses enfans, Clément fut plus tard l'accoucheur de la duchesse de Bourgogne, et il alla trois fois à Madrid pour accoucher la reine d'Espagne. Enfin, en 1711, le roi lui donna des lettres de noblesse, avec une clause qui montre quelle estime ce prince avait pour ses talens, et qui honore au même degré l'homme de mérite auquel s'adressait cette distinction, et le souverain qui la lui accordait, puisque c'était à la condition qu'il *ne pourrait abandonner la pratique de son art, ni refuser ses conseils et ses secours aux femmes qui les réclameraient.*

Peut-être trouvera-t-on que, dans ce récit, on est entré dans de bien petits détails, mais on a pensé que ces détails mêmes faisaient mieux apprécier les différences existant entre la pratique de cette époque et celle d'aujourd'hui, et c'est ce qui a fait s'y arrêter si longuement.

Dr Le Roy,
Conservateur de la bibliothèque de Versailles.

(1) Le duc de Bourgogne fut baptisé le 18 janvier 1687, en même temps que le duc d'Anjou et le duc de Berry, ses deux frères.

Par décret impérial en date du 23 avril 1856, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. le docteur Denonvilliers est transféré de la chaire d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris dans la chaire de pathologie chirurgicale de ladite Faculté.

PHYSIOLOGIE THÉRAPEUTIQUE.

RECHERCHES SUR L'INFLUENCE DU CHLORURE SODIQUE SUR L'URINE;

Par Guill. KAUPP, étudiant en médecine, à Tubingue.

On ne peut assez louer la persévérance avec laquelle ces expériences, dignes de Sanctorius, ont été faites pendant 87 jours consécutifs, du 28 avril 1855 au 28 juillet. Tout pendant cette période, est resté dans les mêmes conditions : même nourriture constamment pesée, mêmes boissons, même genre de vie ; seulement la quantité de sel consommée a varié. Chaque essai a été continué pendant 12 jours ; un d'eux pendant 15 ; chaque fois le sel a été diminué de 5 grammes, à l'exception de la troisième série, où l'on a sauté de 25 grammes à 15, parce que des essais antérieurs avaient déjà donné les résultats avec 20 grammes, quantité habituellement consommée. Ainsi, la dose du chlorure sodique a été de 30, 25, 15, 10, 5, 0, 20 grammes par jour, additionnée aux alimens. L'urine rendue, toujours aux mêmes heures, a été exactement analysée, surtout au moyen de liqueurs titrées. Ajoutons encore que la quantité de chlorure sodique, renfermée dans les alimens et les boissons, a été portée en compte, qu'on avait noté exactement les degrés thermométriques, et que ces expériences ont été une fois forcément interrompues pendant cinq jours. Voici les principaux résultats obtenus de cette manière.

La quantité de chlorure sodique excrétée par l'urine varie avec la quantité ingérée. Quand cette dernière est plus considérable, la première se présente avec un déficit ; elle est très faible, l'autre est en excès. Voici les moyennes de ce rapport :

Sel ingéré par jour.	Chlorure sodique de l'urine calculé en 0/0.
33 gr.,6	76
28 gr.,7	79
23 gr.,9	72 (83)
19 gr.,0	89
14 gr.,2	96
9 gr.,3	106
1 gr.,5	246

Il résulte de ce tableau que la quantité de sel, excrétée par l'urine, augmente à mesure que l'ingestion en diminue, et quand la quantité absorbée est petite, on perd plus qu'on n'en avait pris. C'est ce qui est arrivé avec 9 et 1 gramme. Les 23 gr. semblent faire exception à cette règle ; mais il n'en est rien. Cette quantité correspond à 20 gr. ajoutés aux alimens, ces derniers contenaient 3 gr., 9 de chlorure sodique. Or, les essais avec 20 gr. ont été faits immédiatement après la série de 0 gr., pendant laquelle le corps avait journellement perdu du sel. Dans ce cas il faut admettre que pendant un certain temps l'organisme a retenu une proportion plus considérable qu'à l'ordinaire pour retrouver son chiffre normal, et le second chiffre, 83, exprime la quantité perdue par l'urine dans les circonstances ordinaires. Il est difficile de dire ce qu'est devenu l'excédant de sel non éliminé par l'urine. Sort-il par les matières fécales, par la salive, par le mucus nasal ? Ces deux derniers émonctoires ne paraissent pas probables ; M. Kaupp ne s'est pas mouché pendant qu'il se gorgeait de sel ; les matières fécales pourraient être invoquées, quand cette substance agit comme purgatif. Durant l'ingestion exagérée, M. Kaupp a cru remarquer que sa peau avait une saveur plus salée qu'à l'ordinaire. Il croit en outre qu'après une privation plus ou moins complète de sel, l'organisme a la puissance d'en faire de nouveau provision, lorsque l'ingestion augmente de nouveau.

Le poids spécifique de l'urine augmente avec la quantité du sel.

L'augmentation de la quantité de sel ingéré, détermine une diminution de la quantité d'urine, de 10 centim. c. par gramme de sel.

L'urée augmente avec la quantité de sel ingérée, à peu près de 0,04 par gramme de sel.

Les autres matières fixes de l'urine, autres que le chlorure sodique et l'urée, diminuent à mesure que le sel ingéré augmente.

L'augmentation de la quantité de l'urine, déterminée par des causes internes, agit différemment sur les substances contenues dans ce liquide.

Une augmentation de 100 centim. c. = 4,6 p. 100, augmente l'urée de 0,5 p. 100, le chlorure sodique de 1,2 p. 100, les autres matières, en moyenne, de 0,7 p. 100.

Une augmentation de la température extérieure de 1° R., diminue la quantité de l'urine de 2,7 à 3,1 p. 100, celle de l'urée de 0,35 p. 100, le chlorure sodique, de 0,7 p. 100, les autres matières solubles, de près de 2 p. 100. Dans ce cas, la diminution de l'urée et du chlorure sodique résulte de la diminution de la quantité de l'urine, tandis que celle des autres matériaux est trop forte pour dépendre de la même cause ; il est donc probable que là il existe une influence directe de la température. — (*Archiv. f. physiol. heilkunde*, t. 14, n° 3.)

STATISTIQUE MÉDICALE.

DE L'INFLUENCE DE L'INSTRUCTION SUR LA PRODUCTION DU SUICIDE;

Par M. le docteur E. LISLE.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 24 Avril 1856.)

Si maintenant nous essayons de comparer les départemens entre eux, nous verrons se placer à la tête du reste de la France les départemens de l'est et du nord, tandis que ceux de l'ouest et du centre ne viennent qu'à la fin de notre tableau. Cependant, on s'assurera facilement, par un examen attentif de chacune des colonnes dont ce tableau se compose, que l'ordre dans lequel sont rangés les départemens, n'est pas rigoureusement exact pour une longue série d'années. Ces différences par-

XIIe TABLEAU, *indiquant le rapport de l'instruction à la population, dans chaque région de la France, d'après les tableaux de recensement*, 1836-1848.

RÉGIONS.	D'APRÈS M. GUERRY.			D'APRÈS L'AUTEUR.						
	1827.	1830.	Moyenne.	1836.	1839.	1842.	1845.	1848.	Moyenne.	Moyenne générale.
Est.	51	58	55	69	74	75	78	80	75	69
Nord.	48	53	52	70	73	72	75	76	73	67
Sud.	32	34	33	44	48	49	53	54	49	45
Ouest	26	27	27	38	39	44	46	48	43	38
Centre. . . .	24	25	25	35	37	39	43	46	39	35
Seine.	°	°	71	85	84	84	85	87	84	77
Moyenne. . .	36	39	38	51	54	56	59	61	55	51

tielles, et pour ainsi dire accidentelles, disparaîtront, si nous étudions la question à un point de vue plus général. Il suffira, pour cela, de partager les départemens en un certain nombre de groupes ou de régions, comme nous l'avons fait pour faire connaître la distribution géographique du suicide. (Voir le tableau XII°.)

C'est dans les départemens de l'est et du nord de la France que l'instruction acquiert son *summum* de développement ; et sous ce rapport, il existe une très grande différence entre ces deux régions et les trois autres. Si maintenant nous comparons ce tableau avec celui dans lequel nous avons fait connaître la distribution annuelle des suicides dans chaque région, nous ne trouverons entre eux que des différences très peu importantes. La région du nord, qui occupe le premier rang dans le tableau des suicides, se reporte, il est vrai, au second rang dans celui de l'instruction. Mais on voudra bien se rappeler ce que nous avons dit précédemment de l'influence désastreuse de Paris et de son voisinage sur l'augmentation du nombre des suicides ; on considérera de plus que le département de la Seine compte pour plus d'un tiers dans la somme des suicides appartenant à la région du nord, et que sous le rapport de l'instruction il se place de beaucoup au-dessus de la région de l'est, prise en masse ; qu'enfin, il en est de même des départemens de l'Oise, de Seine-et-Oise, de Seine-et-Marne, de la Marne, etc., compris dans la région du nord, et chez lesquels on a constaté un si grand nombre de suicides. La différence qui existe entre les deux régions, de l'est et du nord, sous le rapport de la fréquence des suicides, se trouve ainsi de beaucoup réduite. Quant aux trois autres régions, où l'instruction est beaucoup moins développée, il existe entre elles dans les deux tableaux des dissemblances assez tranchées. Ainsi, la région du sud, qui ne vient qu'en dernier lieu dans le tableau des suicides, occupe le troisième rang dans celui de l'instruction. La région de l'ouest, déplacée dans le second par celle du sud, n'occupe plus que le quatrième rang et s'y rapproche singulièrement de celle du centre. Mais toutes ces différences partielles disparaissent en présence de ce fait capital, *que le suicide n'a pas cessé d'augmenter de fréquence à mesure que l'instruction se répandait davantage dans chaque région aussi bien que dans toute la France.* Il y a entre ces deux progrès un parallélisme remarquable, et qui ne s'est pas démenti un seul instant depuis trente ans. Et si l'un n'est pas l'effet de l'autre, on conviendra du moins que c'est là une coïncidence étrange, et qui mérite qu'on la prenne en grande considération. Il en résulte d'ailleurs, de la manière la plus évidente, que si l'on n'est pas fondé à accuser l'instruction d'avoir contribué à augmenter le nombre des suicides, celle-ci n'a pas non plus empêché le rapide développement de ce funeste penchant.

L'examen comparatif du chiffre des suicides et de l'état de l'instruction publique a donné, du reste, partout où il a été fait, des résultats absolument semblables aux nôtres. Nous trouvons, sous ce rapport, des renseignemens précieux dans le mémoire de M. le docteur Broue, dont nous avons déjà parlé (1). Quoique ces renseignemens soient déjà un peu anciens, il n'en ont pas moins une grande valeur. Mais, comme il serait trop long de les rappeler ici, nous nous contenterons d'y renvoyer nos lecteurs. Ils s'appliquent à la Prusse, à la Russie et au canton de Genève, et, ainsi que nous le disions tout à l'heure, on a partout obtenu des résultats analogues. Ce même mémoire renferme un tableau dressé, d'après M. Balbi, qui permet de comparer entre eux, sous le rapport du nombre des suicides et de l'état de l'instruction, un certain nombre de pays placés sous des latitudes très différentes, et dans les conditions les plus variées. On le trouvera ci-après :

XIIIe TABLEAU, *indiquant le rapport du suicide avec l'état de l'instruction dans différens pays.*

NOMS des VILLES OU PAYS.	NOMBRE des écoliers par habitans.	NOMBRE des suicides par habitans.	MOYENNE des écoliers.	MOYENNE des suicides.
Boston.	1 : 3,5	1 : 12,500		
New-York. . . .	1 : 3,9	1 : 7,797	1 : 5,6	1 : 12,644
Prusse.	1 : 7,0	1 : 14,404		
Philadelphie. . .	1 : 8,0	1 : 15,875		
Autriche.	1 : 13	1 : 20,000		
France.	1 : 17	1 : 20,740	1 : 132	1 : 30,274
Russie.	1 : 367	1 : 49,182		

Les chiffres de ce tableau se rapportent à la période d'années comprise entre 1827 et 1834, et, selon toutes les probabilités, les résultats auraient été analogues, si l'on avait renouvelé les mêmes observations pour la période comprise entre 1836 et 1852. Nous pouvons donc poser comme *une loi générale que, depuis très longtemps, la fréquence des suicides est en raison directe de l'état de l'instruction.* Les mêmes résultats s'étant reproduits à des époques différentes, et dans des pays placés dans des conditions si diverses, il nous semble bien difficile de ne voir là qu'une simple coïncidence, un fait purement accidentel. Est-ce à dire pour cela qu'il soit nécessaire d'arrêter le mouvement remarquable imprimé, depuis quelques années, à l'instruction des masses. Non, sans doute, nos chiffres condamnent beaucoup moins l'instruction en elle-même que la direction vicieuse qui lui a été donnée depuis le commencement du siècle.

En effet, les enfans apprennent, dans les écoles primaires, la lecture, l'écriture et l'orthographe ; un peu de calcul, de géographie et d'histoire ; quelquefois un peu de musique, et puis c'est tout. Rarement, bien rarement s'occupe-t-on de former leur cœur à mesure qu'on développe leur esprit. De leurs devoirs et de leurs droits comme hommes et comme citoyens, il n'en est nullement question. Que des exemples pernicieux développent en eux des instincts mauvais, et pervertissent leurs caractères, on ne s'en inquiète guère ; c'est, dit-on, l'affaire de la religion et de l'éducation religieuse. Que, sous l'influence d'une instruction aussi incomplète et d'une éducation vicieuse ou à peu près nulle, toute foi s'éteigne en eux, ou prenne la forme de superstitions ridicules ! que le jugement se fausse, que la raison s'égare, que le sentiment du bien, du juste et de l'honnête languisse ou prenne une direction mauvaise ! qu'importe ! la société ne s'est-elle pas acquittée envers eux, en leur donnant cette instruction première que nous avons indiquée plus haut?

Et l'on s'étonnera si l'instruction dispensée d'une main aussi avare, si l'éducation morale abandonnée aux seuls efforts de la nature, ou aux soins d'une corporation à peu près étrangère aux idées et aux besoins des sociétés modernes, restent si souvent stériles, ou produisent trop fréquemment le contraire de ce qu'on en attendait ! Ou s'étonnera si, devenus hommes, ces enfans trouvent, dans les lectures faites sans choix et au hasard, les germes d'une corruption précoce qui réagit ensuite sur toute leur vie ! N'est-ce pas là la cause de cet oubli facile de tous les devoirs sociaux, de ce relâchement des liens de la famille, de cette démoralisation profonde dont nous voyons si souvent les tristes suites ? De là encore, sans aucun doute, la perte de toutes les croyances, l'abandon des idées et des pratiques religieuses, cette ressource suprême du pauvre, au milieu des labeurs de chaque jour. De là, enfin, une haine sourde contre la société, un profond dégoût de la vie, un désespoir incurable, qui amènent si souvent celui-ci au suicide, celui-là au crime, cet autre à la folie. Combien eût mieux valu que cette instruction vicieuse, la sainte ignorance du pauvre d'esprit de l'Évangile, qui s'accompagne presque toujours d'un bon sens remarquable, et surtout de la tranquillité du cœur et du calme des passions !

Dans une sphère plus élevée, l'éducation universitaire, quoique plus complète, est encore entachée des mêmes vices. De quoi s'occupe-t-on, en effet, dans les collèges? On enseigne aux enfans le grec et le latin, on sacrifie à cette étude huit ou neuf des plus belles années de la vie. A peine si, dans ces huit ou neuf ans, on trouve le temps de leur donner quelques notions extrêmement incomplètes sur les sciences les plus utiles : les mathématiques, la physique, la chimie. On les parque par centaines dans des espaces étroits et quelquefois insalubres ; on les abandonne, sous la surveillance de maîtres d'étude insuffisans ou incapables, à toute la fougue de leurs instincts naissans, à tous les dangers de l'exemple dont la contagion funeste développe trop souvent chez eux les plus détestables habitudes. Pourvu qu'on ait de nombreux prix au concours général, qu'importe que quelques-uns s'épuisent dans un travail ingrat et au-dessus de leurs forces, que d'autres en plus grand nombre s'abrutissent dans un abandon coupable. Qu'importe que leur santé languisse, que leur corps s'étiole dans une inaction funeste, que leur cœur se perde d'une manière peut-être irrévocable ! Les *fortes* études et le développement complet de l'intelligence le veulent ainsi, dit-on, et l'on ne s'aperçoit même pas qu'on abandonne au hasard le développement des facultés morales et la direction des passions. Ce que doit produire une semblable négligence, on le comprend sans peine, et les tristes exemples en sont tous les jours sous nos yeux. L'homme vaut plus par le cœur que par l'esprit, et lorsque celui-ci est corrompu de bonne heure, quels fruits attendre des dons même les plus brillans de l'intelligence.

Est-il besoin d'aller chercher ailleurs l'explication de ce fait, inexplicable au premier abord, que le nombre des suicides est sept fois plus considérable aujourd'hui qu'il y a trente ans chez les enfans âgés de moins de 16 ans, et douze fois plus chez les jeunes gens de 16 à 20 ans. Esquirol a réuni dans son livre un certain nombre de faits de ce genre, singulièrement caractéristiques. « Un jeune homme, dit-il, laisse un » écrit avant de se tuer, dans lequel il accuse ses parens de l'éducation » qu'ils lui ont fait donner ; un autre blasphème contre Dieu et contre » la société ; un troisième se tue parce qu'il n'a pas assez d'air pour respi- » rer à son aise. Deux jeunes littérateurs, à l'âge de 21 ans, s'asphyxient » parce qu'une pièce de théâtre qu'ils ont faite en commun n'a point » réussi. Un enfant de treize ans se pend et laisse un écrit qui com- » mence par ces mots : *Je lègue mon âme à Rousseau, mon corps à la* » *terre* (1) ! ! » Souvent les motifs les plus futiles, un froissement d'amour propre, suffisent pour amener chez de malheureux enfans les suites les plus funestes. M. Falret rapporte l'observation d'un enfant de douze ans qui se pendit de dépit de n'avoir été que le douzième à une composition où il espérait un meilleur rang (2). Nous en avons connu un autre qui se pendit à l'âge de treize ans dans un cachot où il avait été renfermé injustement.

Ces grands enfans qui sont, au sortir du collége, complétement étrangers à ce qui les entoure, à ce qui doit les intéresser tôt ou tard, comment supporteront-ils, dans la suite, les orages des passions et les épreuves si diverses qui les attendent? Et doit-on s'étonner s'ils pensent au suicide dès qu'ils éprouvent quelque chagrin ou quelque revers, eux qui ont appris à ne voir que le néant au delà de cette vie? Doit-on s'étonner si le relâchement de tous les principes de probité et d'honneur est si souvent la triste conséquence de ces doctrines désolantes, et si alors un si grand nombre s'abandonnent sans frein à toutes leurs passions, si aucun scrupule ne les arrête toutes les fois qu'il s'agit d'accroître leur fortune, ou d'augmenter la somme de leurs plaisirs? Insensés qui croient ainsi trouver le bonheur, et qui n'aboutissent que trop souvent à la ruine de leur santé, de leur fortune, quelquefois de leur honneur, à un dégoût profond de toutes choses, et en dernière analyse, au suicide.

On méconnaîtrait complétement nos intentions, si l'on nous supposait la pensée de faire ici le procès à l'Université, qui a rendu dans tous les temps de si grands services à la société tout entière. Mais nous sommes de l'avis d'un grand nombre de bons esprits, qui trouvent que l'organisation des établissemens universitaires n'est pas à la hauteur des besoins de notre époque. Le gouvernement impérial l'a compris ainsi, sans doute, lorsqu'il a ordonné la réforme des études, accomplie il y a deux ans ; lorsqu'il a voulu généraliser et remettre en honneur, dans les lycées, les exercices gymnastiques, etc. C'est là un progrès, sans doute, et un progrès important ; mais que de choses encore à réformer dans le régime intérieur des établissemens d'instruction publique ou privée. On y sacrifie partout et systématiquement, pour ainsi dire, le corps à l'esprit, les facultés morales à l'intelligence. On oublie trop cet aphorisme des anciens : *Mens sana in corpore sano.* C'est pour cela qu'il nous semble très important de distinguer l'instruction de l'éducation, lorsqu'on veut étudier leurs rapports avec la production du suicide. Il nous semble impossible de douter, après les nombreuses recherches statisti-

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale.* Paris, 1836, t. XVI, pag. 223 et suiv.

(1) Esquirol, *Des maladies mentales sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal.* Paris, 1838, t. I, page 588.

(2) Falret, *loc. cit.*, page 41.

ques qui précèdent, que l'instruction ne soit pour beaucoup dans l'accroissement effrayant du nombre des morts volontaires depuis quelques années; sait-on ce qu'il adviendrait, si une forte éducation morale était partout appelée à compléter la culture de l'intelligence? L'enfant n'est pas naturellement mauvais et corrompu. Sa nature, singulièrement mobile et malléable presque à l'infini, se prête avec une facilité merveilleuse à toutes les impressions bonnes ou mauvaises auxquelles il est soumis. Il a été mis hors de doute, depuis bien longtemps, que les enfans devenus hommes ne sont que ce que l'éducation et l'exemple les ont faits. Aussi reviendrons-nous sur cette influence salutaire de l'éducation, lorsque nous nous occuperons des moyens à employer pour arrêter le développement du funeste penchant qui fait le sujet de ce travail.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans sa *Note sur l'étiologie de la gravelle* (UNION MÉDICALE, 12 et 15 avril 1856), M. le docteur de Crozant a, sans le vouloir sans doute, dénaturé le sens et le texte de l'observation que j'ai eu l'honneur de vous adresser le mois dernier (UNION MÉDICALE, 4 mars 1856). Ma communication avait pour unique but, vos lecteurs se le rappelleront peut-être, de confirmer cliniquement la découverte anatomique du col de l'uretère, faite par M. le docteur Gigon d'Angoulême. Voici, en quelques mots, le résumé de ce fait :

Un malade, atteint de calcul rénal entre, il y a dix-neuf ans, dans mon service. Au bout de trois mois son calcul, se déplaçant, tombe du rein dans l'uretère et reste, pendant dix-sept jours, invariablement fixé dans un point limité de ce canal; puis, au lieu de cheminer lentement et progressivement, il quitte brusquement cette place pour se précipiter vers la vessie.

J'ai cherché longtemps et en vain, ai-je dit, l'explication de cette brusque disparition du gravier après un séjour si prolongé dans un point circonscrit d'un tube regardé, jusqu'alors, comme cylindroïde. Aujourd'hui je trouve dans l'existence du col ou rétrécissement normal de l'uretère, révélée récemment par M. le docteur Gigon, la raison de ce fait qui confirme, à son tour, la découverte du savant médecin d'Angoulême.

Voilà tout ce que j'ai eu l'honneur de soumettre à vos lecteurs; je n'ai rien avancé de plus. La *note* de M. de Crozant donne, au contraire, à cette observation une plus grande portée, et lui accorde une signification qu'elle n'a pas : elle me reproche, en effet, de chercher dans la forme de l'uretère l'explication de la colique néphrétique. Autre part, elle ajoute : « M. Caillat n'a pas le droit de se déclarer satisfait par la » connaissance du col de l'uretère qui éclaircit, dit-il, l'histoire de son » malade. » Le médecin de Pougues se trompe : le col de M. Gigon n'explique pas, à mes yeux, la colique néphrétique, je n'ai rien dit de semblable. D'un autre côté, cette découverte m'a paru éclaircir : non pas l'histoire de mon malade, mais, et j'ai eu soin de le répéter à deux reprises différentes, une *particularité*, jusque-là obscure, de cette histoire. Tel a été et tel est encore mon sentiment.

Enfin, dans un autre passage, également entaché d'inexactitude, M. de Crozant se demande : « Comment se fait-il que ce gravier, pendant les dix-sept jours qu'il a stationné dans la portion la plus étroite » du canal, n'ait provoqué aucune crise alors qu'il en provoquait, et » de terribles, quand il occupait la portion plus large située au-dessous » du col de M. Gigon, ou la portion plus large encore que les anatomistes appellent l'infundibulum. » J'ai le regret d'avoir à déclarer à l'honorable médecin de Pougues, qu'il est ici, de nouveau, dans l'erreur : la présence du gravier, *en quelque point que ce soit de l'uretère*, soit au-dessus, soit au niveau, soit enfin au-dessous de la portion la plus étroite de ce canal, *n'a jamais déterminé*, chez mon malade, de crise, terrible ou non terrible. Aussi, l'*erratum*, placé en tête de la seconde partie de la *note* et qui supprime ces mots : *la portion plus large située au-dessous*, ne donne-t-il, à la vérité historique du fait, qu'une demi-satisfaction. Pour que celle-ci fût complète, il faudrait d'autres suppressions encore; M. de Crozant s'en convaincra, sans peine, s'il veut bien relire l'observation qu'il a si inexactement reproduite et si faussement interprétée.

Daignez agréer, Monsieur et très honoré confrère, etc.

Dr CAILLAT,
Inspect.-adj. des eaux de Bourbon-l'Archambault.

Aix, le 21 avril 1856.

OBSÈQUES DE M. SANDRAS.

En quelques mois que de tombes ouvertes! Le deuil ne cesse pas pour notre famille médicale. Et ce sont les meilleurs, les plus vaillans et les plus dignes qui nous quittent!... L'excellent confrère que nous avons accompagné, samedi, à sa dernière demeure, laisse d'unanimes et profonds regrets. On l'a vu par la foule qui se pressait à ses obsèques, ainsi qu'aux touchantes paroles qui ont été prononcées sur sa tombe.

Le deuil était conduit par M. le docteur Bourguignon, gendre du défunt.

Selon le dernier vœu exprimé par Sandras, le service religieux a été célébré dans la petite et charmante église de Saint-Julien-le-Pauvre, l'un des plus anciens monumens de Paris et même de la chrétienté, véritable bijou du gothique le plus pur et qu'une restauration intelligente rendrait une des plus précieuses curiosités de la capitale. La plupart de ses collègues de l'Hôtel-Dieu, les élèves, l'administration, la communauté des religieuses, les malades du service de Sandras qui avaient pu se rendre à la cérémonie, la Société médicale des hôpitaux, la Société de médecine du département, la Société d'hydrologie, ses collègues et amis de l'UNION MÉDICALE, dont Sandras avait présidé pendant plusieurs années le Comité de rédaction, un grand nombre de médecins et de gens du monde, avaient plus que rempli la petite église, peu habituée à une pareille affluence.

Sandras était agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, pourquoi donc le corps des agrégés n'était-il pas officiellement représenté à ses obsèques, pas plus qu'il ne l'était aux obsèques de Vidal, également agrégé libre? Cependant, si nous sommes bien informé, une décision déjà ancienne de la Faculté autorise les agrégés à paraître en robe et le massier en tête, aux obsèques de leurs membres. Pourquoi les agrégés ont-ils laissé tomber en désuétude ce pieux usage? Dans ce moment où le corps des agrégés s'agite dans un intérêt que nous trouvons et que nous avons dit légitime, il est peut-être opportun de lui rappeler que les institutions vivent aussi par le souci qu'elles prennent de leur dignité, et que c'est honorer l'institution que de rendre à chacun de ses membres les honneurs qui lui sont dus.

Après la cérémonie religieuse, les dépouilles mortelles de Sandras ont été portées au cimetière de l'Est.

Plusieurs discours ont été prononcés sur sa tombe.

Au nom de la *Société médicale des hôpitaux*, dont Sandras était membre fondateur, M. le docteur HÉRARD a pris la parole et s'est exprimé en ces termes :

Messieurs,

La mort ne se lasse point de frapper dans nos rangs; hier, c'étaient Requin, Valleix, qui tombaient inopinément sous ses coups dans la vigueur de l'âge et la plénitude de leurs facultés : aujourd'hui c'est un nouveau deuil pour la famille médicale des hôpitaux de Paris, qui pleure en Sandras un de ses plus dignes représentans, un de ses membres le plus justement honorés. Qui de nous, Messieurs, au souvenir de ces morts aussi cruelles qu'inattendues, à la vue de cette nouvelle tombe entr'ouverte, ne se sentirait frappé de stupeur? Involontairement la pensée se trouble, et ce n'est pas sans une secrète inquiétude qu'elle interroge l'avenir. Fragilité des choses humaines! Est-ce donc là la destinée fatale, qui attend le rude labeur ici-bas, et l'homme n'est-il donc si près du néant que lorsqu'il semble toucher au bonheur?

Ce n'est ni le lieu ni l'heure de retracer en détails la vie scientifique de Sandras, cette vie si laborieusement et si honorablement remplie. Ses contemporains, ses émules vous diront mieux que moi quel redoutable athlète il était, quoique bien jeune encore, et comment, dans les nombreux concours auxquels il prit part avec des chances diverses, concours pour l'agrégation, pour la chaire de physiologie, de clinique médicale, de thérapeutique, il sut toujours faire preuve d'une vaste érudition, de connaissances aussi solides que variées, et d'une remarquable finesse d'observation qui était un des traits de son esprit.

Reçu le premier en 1836 au Bureau central, il devint en 1840 médecin de l'Hôtel-Dieu annexe, puis médecin de l'hôpital Beaujon, et enfin de l'Hôtel-Dieu. C'est dans l'exercice de ces nouvelles fonctions, Messieurs, qu'il faut surtout chercher et connaître Sandras. Plus qu'aucun autre, il était pénétré de cette idée que la médecine doit être avant tout l'art de guérir. Toutes ses pensées, toutes ses recherches si nombreuses, pour la plupart consignées dans le *Bulletin de thérapeutique*, tendaient au même but. Pour lui, tout être souffrant avait droit à ses soins, à son dévouement; s'il ne pouvait le guérir, il pouvait du moins le soulager, et jamais il ne se résignait à fuir sans combat la lutte, souvent inégale, que lui offrait la maladie. Aussi ses salles d'hôpital étaient devenues le rendez-vous de toutes les infirmités, de toutes les douleurs humaines. Combien en ai-je vu de ces malheureux chez lesquels à force de science et de persévérante ténacité, il parvenait enfin à triompher d'un mal qu'on eût pu croire incurable! C'est que Sandras n'était pas seulement un praticien d'un tact médical exquis, un thérapeutiste aux ressources fécondes, c'était avant tout un cœur excellent, essentiellement charitable, et qui eût pensé manquer à ses devoirs, s'il eût privé un seul des malades confiés à ses soins du soulagement, si minime qu'il fût, que pouvait lui procurer son art bienfaisant. Mais aussi, comme il était adoré, béni de ses pauvres malades, et qu'il était touché de leur reconnaissance! Jusqu'au dernier jour, il leur a consacré avec bonheur le meilleur de son temps, alors qu'il eût rencontré la fortune, s'il l'eût voulu, dans la riche clientèle que son ouvrage si remarquable sur les *maladies nerveuses* lui amenait de tous les points de la France et de l'étranger.

Ton dernier vœu, Sandras, a été rempli; tu as désiré que tes restes mortels fussent conduits à la chapelle du pauvre, dans ce même Hôtel-Dieu, témoin journalier de ton dévouement, pour y recueillir l'humble prière des malheureux auxquels tu avais voué ta vie. J'ai vu leurs visages consternés, j'ai vu leurs pleurs se mêler aux nôtres. Va, cher et vénéré maître, tu peux quitter sans crainte cette terre; ta récompense est au ciel, et tu laisses ici-bas, profondément gravé dans le cœur de ceux qui t'ont connu, le souvenir impérissable de tes vertus.

M. le docteur BOIS DE LOURY, organe de la *Société de médecine du département de la Seine*, dont Sandras a été successivement secrétaire général et président, a prononcé un discours que nous regrettons de ne pouvoir reproduire.

Par la voix de son secrétaire général, M. le docteur DURAND-FARDEL, la *Société d'hydrologie médicale* a payé en ces termes son tribut à l'un de ses plus honorables membres :

Il y a trois ans à peine, une Société nouvelle se formait à Paris, dans le but de réunir tous les hommes que pourraient intéresser le progrès et le développement des études hydrologiques. Bien que ce sujet fût très étranger à la direction qu'avaient toujours suivie ses travaux et ses méditations les plus habituelles, M. Sandras se hâta de s'inscrire parmi les premiers membres de la Société d'hydrologie médicale, au nom de laquelle j'ai le triste honneur de parler aujourd'hui; il ne cessa depuis de se montrer un des plus assidus à ses séances, de prendre part à ses discussions, et il y a quelques semaines encore, il développait devant nous, avec une juste autorité, des considérations pleines d'intérêt, sur un des sujets favoris de ses recherches, les paralysies.

Cette circonstance achève de peindre le digne et excellent confrère à qui nous venons adresser un dernier adieu. A l'âge où depuis longtemps tant d'hommes croient n'avoir plus rien à apprendre, M. Sandras ne craignait pas de venir chercher parmi des hommes spéciaux de nouveaux sujets d'étude et d'observation, et d'échanger avec les lumières qu'ils pouvaient lui apporter, ce que sa longue et laborieuse expérience le mettait à même de leur offrir.

M. Sandras ne nous offre pas moins, en effet, comme savant que comme homme privé, un modèle à suivre. Travail consciencieux, honnêteté sévère, tels sont les titres qui le désignaient d'abord pendant sa vie à l'estime et à l'affection de ses confrères; tels sont les exemples qu'il nous laisse et qui redoublent pour nous tous la tristesse d'une fin prématurée. Vous venez d'entendre retracer, par des voix amies et familières, cette double carrière de médecin et d'homme qu'il a su mener avec tant d'honneur et de constance; je n'ai donc point à répéter ce que, vous tous qui le connaissiez, saviez déjà si bien, mais ce que vous avez aimé à entendre répéter dans ce dernier entretien avec lui. M. Sandras avait attaché son nom à d'importans sujets de physiologie et de thérapeutique, et surtout à un ouvrage considérable sur les maladies du système nerveux, dont le succès incontesté avait dû le consoler de bien des déceptions qu'il avait peut-être trop vivement ressenties.

Mais les cœurs droits, les âmes loyales, prennent difficilement leur parti de certaines choses de la vie, qui, lorsqu'elles ne glissent pas sur une enveloppe impénétrable de froide philosophie ou d'austère scepticisme, font de ces blessures auxquelles on peut survivre, mais qui ne guérissent pas.

Qui peut faire la part, dans ces morts prématurées qui viennent si souvent nous attrister, de ces causes dont nous ne ressentons pas moins les atteintes, que celles des causes physiques qui portent le trouble et le désordre dans les fonctions organiques? Personne, sans doute.

Mais combien nos regrets ne doivent-ils pas être redoublés, si nous pouvons penser que les mécomptes, l'injustice, l'oubli, ont pu hâter la fin de ces existences auxquelles ou l'amitié personnelle ou la sympathie, pour ce qui est bon et bien, nous attachait tous.

Enfin, au nom du Comité de rédaction et de la Société des actionnaires de l'UNION MÉDICALE, M. le docteur BRIERRE DE BOISMONT a prononcé l'allocution suivante :

Messieurs, avant de nous séparer, je viens au nom de l'UNION MÉDICALE et de son Comité de rédaction dont Sandras fut un des membres assidus, fermes et dévoués, exprimer les vifs regrets que nous éprouvons de sa fin prématurée. Pendant les années qu'il a siégé au milieu de nous, jamais sa voix ne nous a fait défaut, soit pour nous éclairer de ses avis dans les questions de médecine pratique, soit pour veiller aux intérêts de la dignité professionnelle. Lorsque quelque soldat de notre milice tombait blessé, sans défense, Sandras n'était pas un des moins pressés à venir à son secours. C'est que notre confrère était du nombre de ceux qui croient que la presse n'a pas seulement la mission de vulgariser la science, mais qu'elle est encore investie du noble pouvoir de protéger les faibles et de soutenir envers et contre tous l'impérissable cause de l'honnête et du juste. Il y a dans la presse un côté très délicat qui lui a fait et lui fera continuellement des ennemis, c'est celui de la critique, considérée toujours comme offensante par la plupart de ceux qui en sont l'objet, quelque consciencieuse qu'elle soit. Sandras excellait à distinguer les faux travaux qui veulent forcer les entrées du sanctuaire sous de trompeuses apparences, et plus d'une fois il les réduisit à leur juste valeur, prouvant ainsi que si la volonté d'un seul conduit souvent à des résultats plus grands et plus rapides, les conseils d'hommes libres qu'il a bien voulu s'adjoindre et écouter, peuvent lui rendre de véritables services.

Les morts vont vite, a dit le poète, et, en présence des tombes si rapprochées de Cherest, de Valleix, de Petit et d'autres, fondateurs et collaborateurs de l'UNION MÉDICALE, nous ne comprenons que trop l'amertume de ces paroles; mais, au-dessus de cette enveloppe matérielle, périssable, plane le souvenir du bien, de ce signe qui marque, d'une manière indélébile, les réputations. Notre confrère emporte avec lui cette auréole, et si nous sentons encore la pression de cette main qui vient de se détacher de la nôtre, si le cercle fatal va sans cesse en se rétrécissant, si ceux que nous avons connus deviennent chaque jour plus nombreux que ceux qui restent, notre courage se ranime, en pensant que l'étroit chemin du devoir n'est que le commencement d'un avenir glorieux et éternel.

Adieu Sandras, au revoir.

Nous n'avons rien à ajouter à toutes ces éloquentes paroles, qui ne peuvent qu'augmenter notre douleur en nous rappelant tout ce que nous avons perdu par la mort de ce probe, savant et excellent confrère, qui restera longtemps l'objet de nos regrets.

Amédée LATOUR.

De la lithotritie considérée au point de vue de son application, par P.-S. SÉGALAS, membre de l'Académie impériale de médecine. *Deuxième édition*. In-8, Paris, 1856, J.-B. Baillière, libraire. — Prix : 2 fr.

Mémoire sur la névralgie générale, et notamment sur celles d'origine paludéenne, par le docteur FONSSAGRIVES, professeur à l'École de médecine navale de Brest. In-8, Paris, 1856.

Rapport médico-légal sur une maladie simulée par un jeune conscrit, et réponse aux observations contradictoires auxquelles il a donné lieu; par les docteurs LEDAIN et GANNE, de Parthenay (Deux-Sèvres). In-8, Parthenay, 1856.

Quelques cas de fièvre cholérique ou de choléra modifié et d'essence périodique, par le docteur LIÉGEY, de Rambervillers (Vosges). In-8.

Études sur la rage, son étiologie, sa transmission, etc., par le docteur J. LE COEUR, professeur à l'École préparatoire de Caen, etc. In-8, Caen, 1856.

Défense de l'hippocratisme moderne contre les attaques de M. le professeur Lordat, et réfutation du système des deux âmes dans l'homme, plus connu sous le nom de double dynamisme humain, par le docteur CAYOL, ancien professeur de la Faculté de médecine de Paris, etc. In-8, Paris, 1856, Victor Masson.

Plaidoyer en faveur des animaux, ou Essai sur les tentatives qui ont été faites pour les protéger contre la méchanceté de l'homme, par le docteur DUMONT (de Monteux), etc. In-8, Paris, 1856, au bureau du *Protecteur*, rue des Beaux-Arts, 5.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 53. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 1er Mai 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, à *Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. HÉMATOLOGIE : De l'analyse quantitative des principes constituans du sang. — III. THÉRAPEUTIQUE : Observations de diphthérite, dont l'une traitée par les applications topiques de teinture d'iode. — IV. BIBLIOTHÈQUE : Recherches statistiques sur les effets de la cécité. — V. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 29 Avril : Correspondance. — Recherches sur l'étiologie de la surdi-mutité congénitale. — Recherches historiques sur l'épilepsie. — VI. COURRIER.

PARIS, LE 30 AVRIL 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les candidatures académiques sont des occasions propices à l'exhibition de travaux par lesquels ceux qui aspirent au titre d'académicien cherchent à se rendre la compagnie favorable. Nous avons eu hier deux lectures de ce genre, par deux candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. Et, à ce propos, nous nous permettrons de répéter une question que nous avons déjà faite : pourquoi une section d'anatomie pathologique ? On ne comprend pas bien pourquoi cet élément de la pathologie jouit de l'honneur d'être représenté dans une section plus que l'étiologie, le diagnostic, la symptomatologie et le reste. Il est même très probable que s'il se présentait un candidat qui n'eût à faire valoir que des titres d'anatomie pathologique pure, ce candidat n'aurait aucune chance d'être nommé. Et de fait, cette condition n'existe pas. Les candidats pour la place vacante sont tous de savans pathologistes, dont la place serait aussi bien marquée dans toute autre section de la médecine interne. Ils n'accepteraient pas pour agréable de n'être considérés que comme de simples fouilleurs de cadavres. Cette classification des sections de l'Académie traduit des idées anciennes qui se sont singulièrement modifiées depuis et des espérances qui ne se sont pas réalisées. Il y a lieu à réviser plusieurs de ces distinctions qui n'ont plus leur raison d'être, il y a lieu à en introduire d'autres qui n'existent pas. Nous ne cesserons de répéter, dans toute occasion favorable, que la première Académie de médecine du monde présente dans sa constitution une lacune immense : la philosophie, l'histoire et la littérature médicales ne sont pas représentées dans cette compagnie savante, qui devrait être une encyclopédie vivante et incessamment renouvelée de la science médicale. Il y a beaucoup et de grandes choses à faire à l'Académie de médecine, sur lesquelles nous appellerons de nouveau l'attention de ses officiers, et notamment celle de l'honorable et zélé secrétaire perpétuel.

Les candidats prennent eux-mêmes si peu au sérieux le but même de la candidature, que l'un d'eux, M. Ménière, a choisi pour sujet de sa lecture une question d'étiologie et non d'anatomie pathologique proprement dite. Des *causes* de la surdi-mutité, tel est le titre du mémoire de cet honorable candidat. Et encore s'agit-il, dans ce travail, des causes anatomiques, des causes par altération des organes de l'audition, des causes que l'anatomiste peut observer et décrire ? non ; M. Ménière a supposé tout cela connu ; et avec raison, selon nous, s'élevant à des considérations plus générales et aussi plus utiles, il a cherché l'étiologie de la surdi-mutité dans l'hérédité, c'est-à-dire dans la fréquence de ces mariages consanguins, cause puissante de la dégénérescence et de l'abâtardissement des races. Les développemens dans lesquels M. Ménière est entré pour démontrer l'efficacité trop réelle de cette cause, qui tantôt produit l'idiotie, tantôt la surdi-mutité, tantôt les diathèses pathologiques les plus graves, sont dignes du plus vif intérêt, et, quoique ce ne soit pas la première fois que la médecine cherche à éclairer, à cet égard, la législation et la religion, il est éminemment utile de reproduire ces enseignemens, surtout quand ils sont donnés sous la forme savante et distinguée que M. Ménière a su leur imprimer.

Le mémoire lu par M. Parchappe, et qui n'est qu'un fragment d'un travail plus étendu, est relatif à l'hématologie. Nous n'analysons pas ce travail, car nous sommes assez heureux pour pouvoir le reproduire. Dans cette critique savante des procédés suivis jusqu'ici dans l'analyse quantitative des élémens du sang, nos lecteurs verront plus et autre chose qu'une négation stérile. Si, comme M. Parchappe le croit et l'indique, les procédés ont été défectueux, ils n'ont pu donner que des résultats entachés d'erreurs. Or, de ces erreurs, on a tiré des conséquences pathologiques et même thérapeutiques ; ces conséquences sont-elles légitimes ? On comprend quel vaste horizon s'ouvre devant la discussion. M. Bouillaud, qui a compris toute la portée du travail de M. Parchappe, a demandé à le discuter, et l'on doit vivement remercier le savant professeur de son initiative. Voilà non seulement les opinions de M. Parchappe, mais toute l'hématologie moderne en présence devant l'Académie de médecine. Il faut espérer que ce grave sujet rencontrera une discussion digne de lui.

M. le docteur Josat a clos la séance par la lecture d'un travail qui a constamment captivé l'attention de l'assistance, et relatif à des recherches historiques sur l'épilepsie. L'UNION MÉDICALE aura encore la bonne fortune de pouvoir prochainement publier ce très intéressant mémoire, présenté sous une forme littéraire remarquable, et qui vient à propos corroborer nos réflexions de tout à l'heure sur la nécessité d'encourager les travaux de ce genre par la création d'une section nouvelle à l'Académie de médecine.

Amédée LATOUR.

HÉMATOLOGIE.

DE L'ANALYSE QUANTITATIVE DES PRINCIPES CONSTITUANS DU SANG ;

Par M. le docteur Max. PARCHAPPE, inspecteur général de 1re classe des établissemens d'aliénés.

(Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 29 avril 1856.)

Messieurs,

En prenant part, au sein de l'Académie, à la discussion qui avait pour objet la nature et le traitement du rhumatisme articulaire aigu, le 4 juin 1850, je me suis trouvé conduit à faire allusion aux résultats de longues recherches depuis longtemps entreprises sur le sang dans l'état physiologique et l'état pathologique, et à signaler l'un de ces résultats dans les termes suivans :

« Je crois utile de faire remarquer que les méthodes d'analyse quantitative sur lesquelles on s'est appuyé dans des travaux, dont je suis loin de contester l'immense valeur, laissent beaucoup à désirer pour l'exactitude des résultats.

» Ainsi, dans la détermination de la quantité des globules du sang, on n'a pas fait attention que les globules, dans le sang, sont constitués de manière à contenir une quantité considérable d'eau d'organisation, qu'ils perdent par la dessiccation, et dont on ne tient aucun compte dans les calculs à l'aide desquels on répartit dans le sang les proportions de ses divers élémens constituans.

» Ainsi, dans la détermination de la quantité de fibrine, on rapporte cette quantité à la totalité du sang ; tandis qu'on devrait, pour apprécier exactement l'état du sang, rapporter la quantité de la fibrine à la quantité du plasma, source unique de la fibrine. On s'expose ainsi à conclure de l'analyse, suivant que la proportion des globules varie, des variations de proportion de fibrine dans des cas où cette proportion est restée la même, sinon par rapport à la masse du sang, au moins par rapport au plasma. Ces imperfections d'analyse ont sur les résultats obtenus une influence considérable, dont j'ai signalé la portée dans des études que je me propose de communiquer à l'Académie. »

Cette vue fondamentale sur l'imperfection des méthodes employées dans l'analyse quantitative des principaux élémens du sang, dont j'avais eu pendant plusieurs années l'occasion de signaler l'importance et d'indiquer les conséquences dans mon cours de physiologie à l'École de médecine de Rouen, passa inaperçue et négligée. Sa valeur, qui ne pouvait pourtant, à mon avis, manquer d'être un jour reconnue, a récemment obtenu une consécration qui lui donne, à mes yeux, une plus grande importance.

Je lis ce qui suit dans le *Précis de chimie physiologique animale* de Lehmann :

« Les procédés en usage pour l'analyse du sang n'offrent guère de précision. Dans l'examen du sang, il importe surtout de séparer d'abord les globules du liquide dont ils sont imprégnés ; or, cette séparation ne réussit ni par la filtration, ni par un autre moyen mécanique. Il a donc fallu avoir recours à des déterminations indirectes. Comme le caillot renferme ordinairement tous les globules, tandis que le sérum s'en sépare en plus grande partie à l'état de pureté, on a été conduit à analyser à part chacune de ces deux parties, et à attribuer au sérum toute l'eau trouvée dans le caillot. L'eau emprisonnée dans le caillot ne pouvant pas être déterminée directement, on a également considéré comme du sérum le liquide imprégnant les globules. Ainsi, après avoir déduit du résidu du caillot les élémens solides en dissolution dans l'eau (celle-ci étant supposée faire partie du sérum), ainsi que la fibrine, on a envisagé le chiffre restant comme représentant le poids des parties solides des globules. Voilà la marche autrefois suivie, et qui a donné en moyenne, comme nous l'avons déjà dit, de 12,5 à 13,0 pour 100 de globules supposés secs pour le sang normal. Outre que cette méthode est fausse en principe, parce que les globules ne renferment et ne peuvent pas renfermer, dans leur intérieur, de véritable sérum, il est à remarquer que les écarts des résultats analytiques sont si considérables, qu'il est tout à fait impossible de les comparer ; car, à égale richesse en globules, le caillot retient tantôt plus, tantôt moins de sérum, de sorte qu'en suivant la marche précédente, on retranche du résidu solide un chiffre tout à fait incertain, qui n'est dans aucun rapport constant avec la quantité des parties solides contenues dans les globules. On a cherché à perfectionner cette méthode de bien des manières, mais, quoi qu'on fasse, elle n'en restera pas moins très défectueuse, puisqu'elle repose sur un principe erroné. » (§ 59, pages, 142, 143.)

Cette communauté de vues avec un chimiste dont l'autorité est si justement accréditée, m'encourage à soumettre à l'Académie les résultats de recherches que j'ai entreprises il y a seize ans, précisément avec l'intention d'éviter autant que possible les inexactitudes qui m'avaient paru inhérentes aux méthodes alors adoptées.

Je me trouverai heureux si les savans français, dont les habiles et persévérans travaux ont si puissamment concouru à perfectionner l'histoire physiologique et pathologique du sang, apprécient, selon mon désir et selon la vérité, le sentiment de réserve qui a si longtemps retenu dans le demi-jour d'un cours de physiologie de province, l'exposition de vues impliquant la critique de méthodes employées par des expérimentateurs beaucoup plus compétens en pareille matière, ne me refusent pas leur approbation au moment où, surmontant, non sans effort, ce sentiment, je viens, au grand jour de cette enceinte, revendiquer, au nom d'un élève de l'école française, une priorité de vues que la juste célébrité d'un chimiste étranger ne pourrait manquer de lui enlever.

ANALYSE QUANTITATIVE DES MATÉRIAUX DU SANG.

L'analyse quantitative des matériaux constituans du sang n'est pas aussi avancée que pourraient le faire supposer le nombre et l'importance des travaux qui ont eu pour objet la solution fort compliquée de ce problème difficile.

Parmi ces travaux et au nombre des plus importans, il en est qui ont été exécutés à une époque où le problème ne pouvait pas encore être posé dans ses véritables conditions, et où les méthodes ne pouvaient tendre par conséquent vers le véritable but.

Les méthodes employées et les résultats analytiques obtenus par MM. Dumas et Prevost, Lecanu, Denis, supposaient l'association de la fibrine aux globules dans le sang, et avaient pour but de déterminer, dans la totalité du sang, la quantité absolue des globules, de la fibrine, de l'albumine, des matériaux organiques secondaires, des sels et de l'eau, sans tenir un compte rigoureux du rapport réel de quantité entre le sérum et les élémens du caillot. Depuis que l'expérience décisive de Muller, sur le sang de grenouille, n'a plus laissé de doute sur le fait de la dissolution de la fibrine dans la liqueur du sang, et a démontré que le sang est véritablement constitué par deux élémens essentiels, les globules et le plasma, aussi parfaitement distincts par leur nature chimique que par leur nature physique et leur rôle physiologique, il semble que les méthodes analytiques auraient dû se modifier, et prendre pour point de départ cette connaissance fondamentale de la nature du sang, et pour but principal la détermination de la proportion relative de ces deux parties constituantes du liquide à analyser. Et pourtant on a continué à se poser le problème de l'analyse quantitative du sang, dans les mêmes termes qu'avant cette découverte capitale, et le principe des méthodes a été conservé, ainsi que le prouvent les travaux les plus récens, et notamment les travaux si importans de MM. Becquerel et Rodier.

Leurs opérations, ainsi que l'ont dit ces savans, « sont fondées sur le même principe qui a servi de base au procédé imaginé depuis longtemps par M. Dumas. On suppose que toute l'eau contenue dans le sang fait partie du sérum et doit lui être attribué. »

Dans les recherches sur le sang, commencées le 4 avril 1840 et que j'ai continuées à diverses reprises jusqu'en 1848, je n'ai jamais perdu de vue le véritable problème de l'analyse quantitative du sang. J'ai fait diverses tentatives pour perfectionner et simplifier les méthodes et pour donner plus de rigueur aux résultats. Si je n'ai pas réussi au gré de mes désirs, j'ai pu au moins m'assurer et démontrer que les méthodes jusqu'alors adoptées sont imparfaites, que leurs résultats sont peu rigoureux et peu propres à fournir une base solide pour les applications physiologiques et pathologiques. J'ai pu indiquer quelques moyens de corriger dans les faits observés les erreurs dues à la défectuosité des méthodes, j'ai pu surtout montrer la route à de plus habiles, en insistant sur la nécessité de prendre désormais pour point de départ de toute analyse quantitative des matériaux du sang, la détermination aussi rigoureuse que possible de la quantité absolue des globules et du plasma.

PROPORTION DES GLOBULES ET DU PLASMA.

La détermination de la quantité absolue des globules et du plasma, et de leur proportion relative dans le sang de l'homme, n'a pu jusqu'ici être directement obtenue d'une manière certaine, à défaut d'une méthode rigoureuse qui permette de séparer complétement, soit dans le sang au sortir des vaisseaux, les globules et le plasma, soit même dans le sang coagulé ou défibriné le caillot ou les globules et le sérum.

Les méthodes indirectes, qui ont fait intervenir le calcul comme élément de détermination, ont toutes introduit une condition d'erreur dans les résultats, en prenant pour point de départ une hypothèse qui n'a aucune espèce de fondement, savoir que la quantité de l'eau enlevée au

sang total par la dessiccation représente la quantité du sérum.

Les globules du sang, constitués par une enveloppe solide renfermant divers principes immédiats et salins à l'état de dissolution, contiennent de l'eau qui leur est propre, de l'eau de dissolution pour les principes contenus, de l'eau d'organisation pour les principes immédiats et pour les enveloppes.

Cette eau propre des globules, que pour abréger j'appelle *eau d'organisation des globules*, est complétement étrangère à l'eau du plasma et du sérum. Elle forme dans l'eau totale qu'on extrait du sang par évaporation une part considérable, qui varie dans chaque sang en raison même de la quantité des globules.

Lorsqu'on cherche à déterminer la quantité des globules et du plasma dans le sang et à fixer leur proportion relative, en s'appuyant sur des opérations qui impliquent l'évaporation de l'eau du sang ou de ses parties, il est indispensable de tenir compte de la quantité de l'eau d'organisation des globules. Ce qui est jusqu'alors demeuré impossible, au moins d'une manière rigoureusement exacte, et ce qui a été constamment négligé dans les méthodes d'analyse généralement adoptées.

Le premier problème à résoudre dans l'analyse quantitative des matériaux du sang, est donc la détermination de la quantité réelle des globules et du plasma. Plusieurs procédés peuvent conduire à une solution approximative de cette question, aucun à mon avis n'en a donné jusqu'ici une solution rigoureuse.

Il est d'abord facile de reconnaître que la quantité des globules est beaucoup plus considérable relativement au plasma dans le sang, que ne tendraient à le faire supposer les résultats ordinaires de l'analyse.

L'observation directe du sang à l'aide du microscope, soit dans les vaisseaux, soit hors des vaisseaux, prouve que les globules sont avec la liqueur du sang dans un rapport de volume qui semblerait donner aux globules une grande prédominance.

La détermination du rapport du caillot du sérum à l'aide de la balance, montre que le poids du caillot dépasse le poids du sérum.

Si on laisse se séparer, en raison de l'inégalité de pesanteur spécifique, dans le sang défibriné, les globules et le sérum, l'observation atteste que les globules égalent au moins le sérum en volume.

Pour déterminer d'une manière rigoureuse, dans le sang en général et dans chaque sang en particulier, la proportion des globules au plasma, il faudrait que quelque procédé physique ou chimique permît de séparer parfaitement les globules du plasma, de manière à ce qu'il fût possible de mesurer exactement en poids ou en volume l'un ou l'autre de ces deux élémens constituans du sang.

La science ne possède pas encore un tel procédé. Nos connaissances sur ce point fondamental se bornent donc encore à des résultats approximatifs obtenus directement ou indirectement par des méthodes imparfaites.

ÉVALUATION DE LA QUANTITÉ DES GLOBULES PAR LA DÉTERMINATION DU POIDS DU CAILLOT ÉGOUTTÉ OU DU VOLUME DES GLOBULES SPONTANÉMENT PRÉCIPITÉS.

S'il était possible de déterminer avec exactitude les proportions réelles soit en volume, soit en poids du caillot et du sérum dans le sang spontanément coagulé, on aurait un moyen commode et facile d'évaluer les proportions des globules et du plasma. Car il suffirait de retrancher du caillot le volume ou le poids de la fibrine qu'on en aurait extraite, pour arriver à un résultat rigoureux.

Mais les proportions relatives du caillot et du sérum sont difficiles à déterminer rigoureusement. Car elles ne dépendent pas seulement de la quantité réelle des principes solides et liquides du sang, élément lui-même variable, elles dépendent aussi du degré de perfection de la séparation spontanément effectuée. Or, cette séparation s'effectue d'une manière plus ou moins complète, suivant que la fibrine du caillot se contracte plus ou moins énergiquement; et, dans le même sang, cette séparation varie en raison du temps écoulé depuis le moment où le sang est sorti des vaisseaux.

Enfin, quelque puisse être la perfection de cette séparation spontanée, il n'est pas douteux qu'il reste toujours en définitive dans le caillot une quantité de sérum qui doit varier suivant les cas et qu'il est impossible de déterminer d'une manière absolue.

Par ces diverses raisons et par les différences dans la manière de procéder, s'explique l'écart considérable que présentent les évaluations du rapport du caillot au sérum données par les auteurs.

Dans les évaluations que j'ai cherché à obtenir d'une manière un peu plus rigoureuse, j'ai eu recours à une même méthode qui ne supprime pas toutes les imperfections du procédé, mais qui au moins donne des résultats comparables.

Après vingt-quatre heures, le caillot est séparé du sérum par décantation; il est coupé par tranches, déposé sur un filtre, et son poids, après vingt-quatre heures, est celui que j'attribue au caillot mou. Ce poids, comparé à celui du sang mis en expérience, donne le rapport approché du caillot au sérum.

Voici les résultats obtenus dans 46 expériences.

Sang non couenneux provenant d'individus atteints d'indispositions légères :

	Caillot.	Sérum.
Moyennes de 12 observations d'hommes. . .	529	471
Moyennes de 7 d° de femmes. .	490	510
Sang non couenneux provenant d'individus atteints de maladies plus ou moins graves :		
Moyennes de 7 observations d'hommes . . .	579	421
Moyennes de 7 d° de femmes. . .	475	525
Sang couenneux :		
Moyennes de 6 observations d'hommes . . .	513	487
Moyennes de 7 d° de femmes. . .	426	574

Ces déterminations, outre qu'elles font ressortir des différences importantes dans le rapport du caillot au sérum, suivant le sexe et suivant l'état de santé et de maladie, permettent de se faire une idée plus juste que les déterminations par l'analyse ordinaire, de la proportion des globules dans le plasma.

La séparation spontanée des globules dans le sang défibriné permet d'apprécier jusqu'à un certain point la quantité relative en volume des globules et du sérum.

Les nombreux essais que j'ai tentés pour faire sortir de ce fait une méthode d'évaluation qui permît de juger, sinon d'une manière absolue, au moins d'une manière comparative dans les divers sangs, la proportion des globules au sérum, m'ont fourni des résultats qui ne sont pas complétement dénués d'intérêt. Je me suis assuré, par l'expérience, qu'une durée de 72 heures est le plus souvent nécessaire, et est presque constamment suffisante pour que la précipitation spontanée des globules soit aussi complète que possible. Lorsque la température de l'air extérieur est médiocrement élevée, le sérum qui surnage les globules demeure transparent pendant cette période de temps. Après ce temps, et plus tôt si la température extérieure est chaude, le sérum se trouble et se charge de matière colorante rouge au contact des globules, de manière à ce que la ligne de démarcation n'existe plus ou ne puisse plus être rigoureusement déterminée.

Les dimensions du vase ont une influence notable sur la durée de la précipitation des globules. Dans une éprouvette large, le départ du sérum et des globules s'accomplit plus promptement et plus complétement que dans une éprouvette étroite.

La précipation spontanée des globules du sang défibriné, dans un galactomètre, m'a fourni, après 72 heures, les résultats suivans :

	Globules.	Sérum.
Sang d'homme. Moyenne de 5 observations. . .	613	383
Sang de femme. 1 observation	551	449

Ces résultats ne sont pas de nature à permettre de compter sur l'exactitude du procédé pour l'évaluation absolue de la proportion des globules.

En effet, les variations dans la pesanteur spécifique des globules et du sérum exercent une influence considérable sur le fait de la précipitation plus ou moins complète des globules. Dans tous les cas, une quantité indéterminable de sérum doit demeurer interposée entre les globules, et cette quantité doit varier suivant la pesanteur spécifique des globules et du sérum.

Néanmoins, les résultats ne sont pas très éloignés de ceux qui sont fournis par l'évaluation de la quantité de globules au moyen du poids comparé du caillot égoutté.

Je me suis assuré que la précipitation des globules est rendue plus rapide et plus complète par l'addition d'un dixième d'eau de gomme.

En appliquant comparativement à un même sang les divers procédés d'évaluation approximative dont j'ai parlé jusqu'ici, j'ai trouvé les résultats suivans :

	Globules.	Sérum.	
Par la méthode du poids du caillot égoutté.	650	350	en poids.
Par la méthode de la séparation spontanée dans le sang défibriné.	652	348	en volume.
Dans le sang défibriné et additionné d'un dixième d'eau de gomme.	600	400	d°.

Quant à l'évaluation comparative de la proportion des globules dans divers sangs, je crois que le procédé serait susceptible d'applications pratiques utiles.

Je me suis assuré, dans plusieurs expériences, que les chiffres fournis pour la quantité des globules par le procédé d'évaluation au moyen de la séparation spontanée dans le sang défibriné, comparés avec les chiffres fournis par le poids des parties solides du sang, obtenu au moyen de la dessiccation, fournissaient, dans les divers sangs, à très peu de chose près, le même rapport, quand la proportion des matériaux solides était à peu près égale dans le sérum.

Voici les résultats :

	Volume des globules.	Poids des parties solides du sang.	Proportion des parties solides dans le sérum.	Rapport des parties solides du sang au volume des glob.
Obs. 2.	686	257	101	374
Obs. 5.	618	240	106	388
Obs. 7.	652	244	100	377

ÉVALUATION DE LA QUANTITÉ DES GLOBULES PAR LA DÉTERMINATION INDIRECTE DE LEUR POIDS, OBTENUE EN RETRANCHANT DU POIDS DU SANG DESSÉCHÉ LE POIDS DE LA FIBRINE ET DES MATÉRIAUX SOLIDES DU SÉRUM.

Les méthodes d'évaluation de la quantité des globules du sang, qui ont été, jusqu'à ce jour, employées et qui ont été notamment adoptées par MM. Prevost et Dumas, Lecanu, Denis, Andral et Gavarret, Becquerel et Rodier, ne diffèrent en rien d'essentiel. Elles consistent à soustraire du poids du caillot desséché, ou du poids du sang desséché, le poids de la fibrine, quand le sang n'a pas été préalablement défibriné, et un poids de matériaux solides du sérum, proportionnel à la quantité d'eau évaporée, et calculé d'après la quantité des matériaux solides du sérum, obtenue aussi bien que la quantité de la fibrine dans des expériences séparées.

Les résultats obtenus par l'emploi de ces méthodes, diffèrent assez notablement suivant les divers expérimentateurs, et se rapportent tous aux globules desséchés.

La proportion des globules secs est, dans le sang,

D'après MM. Dumas et Prevost, en moyenne, de. .	127 sur 1,000.
D'après M. Lecanu, 10 analyses. Moyenne.	132
— — Maximum.	148
— — Minimum.	115

MM. Andral et Gavarret ont adopté la moyenne de MM. Dumas et Prevost, et les extrêmes de variation physiologique de M. Lecanu.

D'après MM. Becquerel et Rodier, en moyenne, pour les deux sexes.	135
Pour l'homme.	140
Pour la femme	125

Les limites de variation physiologique ont été fixées par MM. Becquerel et Rodier :

Pour les deux sexes, en maximum. . . à	145
— en minimum . . . à	125

Toutes ces méthodes sont fondées sur l'hypothèse que l'eau enlevée par l'évaporation au caillot ou au sang, se trouvait dans le caillot et dans le sang à l'état de sérum. Cette hypothèse n'est pas exacte. Les globules contiennent de l'eau d'organisation, qu'ils perdent par la dessiccation, et qui était complétement étrangère au plasma et au sérum du sang. En retranchant du caillot ou du sang desséché un poids calculé d'après la quantité d'eau évaporée et d'après la proportion des matériaux solides du sérum, on n'obtient pas le poids réel des globules secs, on obtient ce poids diminué dans le rapport du poids des matériaux solides du sérum au poids de l'eau d'organisation des globules.

Il me paraît incontestable que, dans tous les résultats obtenus par ces méthodes, le poids réel des globules secs est artificiellement diminué de tout le poids fictif des matériaux solides du sérum faussement attribué à la quantité d'eau évaporée qui représente l'eau d'organisation des globules. Il n'est pas moins évident que le sérum est artificiellement augmenté de tout le poids que représente l'eau d'organisation des globules.

Si l'on considère en outre que la proportion des matériaux solides du sérum varie sensiblement d'un cas à l'autre, et que, par conséquent, la quantité de la diminution artificielle doit varier dans la même proportion pour chaque cas, on pourra conclure que les résultats obtenus par ces méthodes ne sont pas rigoureusement comparables.

En effet, si la méthode introduit dans tous les cas une diminution artificielle des globules, elle introduit dans chaque cas une diminution proportionnelle à un élément variable, la quantité des matériaux solides du sérum, c'est-à-dire une diminution tantôt plus grande, tantôt plus petite, rarement égale. Il n'est pas sans intérêt de chercher à apprécier l'importance quantitative de ces erreurs d'évaluation nécessairement attachées à l'emploi de ces méthodes.

Pour y parvenir avec quelque chance d'exactitude, il est nécessaire de connaître la proportion de l'eau dans le sang et dans ses principaux élémens constituans, c'est-à-dire dans le sérum et la fibrine qui concourent à former le plasma, et dans les globules.

(*La suite à un prochain numéro.*)

THÉRAPEUTIQUE.

OBSERVATIONS DE DIPHTHÉRITE, DONT L'UNE TRAITÉE PAR LES APPLICATIONS TOPIQUES DE TEINTURE D'IODE.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Alexandrie (Égypte), 4 avril 1856.

Cher et honoré confrère,

Je vous adresse d'un peu loin ces quelques lignes; vous les accueillerez, vous qui, par le titre de votre journal, vous êtes institué si bien le chef de l'union fraternelle des médecins et le refuge des opinions médicales, vous qui donnez si généreusement l'hospitalité à toute pensée, à toute philosophie médicale et à toute pratique, pourvu qu'elles ajoutent quelque peu de chose à la science, soit sous le point de vue spéculatif, soit sous le point de vue de l'application.

Je veux vous parler, non pas en minutieux détails, mais comme on parle à des hommes instruits, de trois diphthérites que j'ai rencontrées ici, depuis trois ans tout à l'heure que je suis revenu en Egypte.

Ne craignez pas; je serai aussi bref que je pourrai; « les longs discours me font peur. » Mon désir est, surtout, d'appeler l'attention sur le moyen médicateur que j'ai eu la pensée d'appliquer à la malade de la troisième observation.

— Il y a un an environ, je fus appelé auprès d'une dame d'une trentaine d'années, d'un tempérament nerveux-sanguin, la femme d'un médecin employé du gouvernement égyptien. Cette dame était de passage ici à Alexandrie. Elle habite le Kaire.

J'arrivai auprès de la malade. Elle avait des sangsues appliquées aux deux côtés du cou, sous la mâchoire inférieure. Le gonflement considérable des amygdales donnait saillie au dehors vers les angles maxillaires; la respiration était gênée; la déglutition était des plus pénibles; la face anxieuse, vultueuse; la peau médiocrement chaude; le pouls pressé, sans être très plein, etc. L'avant-veille seulement, la malade avait commencé de ressentir quelque difficulté à avaler.

J'examinai l'intérieur de la bouche. L'amygdale gauche surtout était tuméfiée, arrivait jusqu'à la luette, et était semée de plusieurs points blancs diphthéritiques qui semblaient incrustés dans de petites alvéoles. L'amygdale droite présentait quatre ou cinq de ces mêmes points membraneux, bien isolés aussi, et comme pultacés. Le voile du palais était rouge, la luette gonflée, mais n'avaient pas de points blancs.

Je fis peu d'attention aux sangsues, comme moyen direct. Mais, de suite, je fis apporter de l'alun en poudre, mêlé de moitié, en poids, de sulfate de zinc. Au moyen de deux tuyaux de plumes aboutés, je soufflai de cette poudre sur les deux tonsilles. Il en passa jusqu'au pharynx, où quelques taches diphthéritiques étaient développées. Il y eut un peu de suffocation dans le moment, comme cela arrive toutes les fois qu'une poussière ou poudre sèche entre subitement au gosier.

Trois fois dans la même journée, je réitérai cette petite opération. Le soir (car on m'avait appelé le matin), la maladie n'avait pas augmenté. Le lendemain, de bonne heure, je répétai l'insufflation, et encore deux autres fois dans la journée. Le soir, lors de la dernière insufflation, les taches diphthéritiques avaient diminué d'épaisseur, ne paraissaient plus comme enfoncées dans des dépressions.

Le jour suivant, je renouvelai trois fois encore la même opération. L'exsudation membraneuse perdait visiblement de sa consistance et de son épaisseur. Le quatrième jour, il n'y avait plus aucun point blanc. Mais il restait du gonflement aux amygdales; le relief qu'elles formaient vers l'angle maxillaire, au dehors du cou, était encore proéminent. Trois fois, dans la journée, je fis les insufflations d'alun et de sulfate de zinc. La diminution de volume des amygdales fut néanmoins, ce jour-là

encore, peu considérable. Mais la difficulté d'avaler un liquide ou la salive, était de beaucoup moindre.

Je prescrivis un purgatif composé de scammonée et de calomel. L'effet en fut prompt ; et, du jour même, la tuméfaction baissa. Peu de jours après, il n'y avait plus qu'un gonflement tonsillaire léger qui persista comme après les tonsillites ordinaires, mais sans laisser de gêne, même pour la déglutition..... Ce gonflement, ensuite, a disparu.

Du moment que j'avais cessé les insufflations, j'avais fait gargariser, plusieurs fois le jour, avec de l'eau alunée.

Je ne parle pas d'une tisane émolliente que j'ordonnai ; ceci est sans importance curative.

— Quatre mois après, je fus appelé, à une heure avant minuit, par un de mes anciens amis d'Egypte, lequel m'annonça que son dernier fils était pris d'une toux violente et suffocante. Cet enfant était alors âgé de 18 mois. Il était florissant de santé. A l'entrée de la nuit, il avait commencé à tousser, à être agité, inquiet. Puis le calme avait semblé se rétablir ; le sommeil avait paru, mais entrecoupé ; l'enfant se réveillait souvent, avec des mouvemens subsultans, des sursauts. Depuis le jour précédent, l'enfant avait été d'une gaîté extraordinaire, de cette gaîté qui est une excitation comme fébrile.

Quand je vis le malade, on eût dit qu'il était effrayé ; les yeux étaient saillans, étincelans ; l'habitus était anxieux, la respiration gênée ; la toux sonnait le timbre croupal très prononcé ; les deux côtés du cou, en avant de l'angle maxillaire, étaient gonflés. On y sentait la saillie des amygdales. Au fond de la bouche, sur les deux tonsilles, étaient quelques points diphthéritiques. Sur la tonsille gauche, était étendue, de haut en bas, un fil blanc de matière diphthéritique aussi. La toux devenait convulsive, etc.

La gravité de la maladie m'inquiéta. J'avais lu, depuis peu, les observations de M. Marchal de Calvi, dans votre journal. Elles m'avaient rappelé celles qui furent publiées en 1853, je crois. Je prescrivis de suite 4 grammes de bicarbonate de soude, en huit parties égales, une à prendre toutes les dix minutes, dans une seule cuillerée d'eau. Je fis préparer aussi une potion légèrement émétisée ; mais il n'y eut pas de nécessité à s'en servir, car, à la quatrième prise de bicarbonate, l'enfant vomit. Les matières rejetées ainsi étaient un mucus clair, de l'eau et quatre ou cinq lanières diphthéritiques de 1 millimètre de large, de 2 à 3 centimètres environ de long. Je pensai qu'elles venaient du larynx ou de l'épiglotte. J'insistai sur l'administration du bicarbonate ; je le fis donner devant moi. Après que tout fut ingurgité, il me sembla apercevoir moins de gêne ; la toux était moins sonore, moins âprement croupale. De demi-heure en demi-heure, on continua à donner 20 centigrammes de bicarbonate sodique ; on en consomma encore ainsi 2 grammes.

A huit heures du matin, il n'y avait plus de taches diphthéritiques visibles. Mais, depuis à peu près trois heures après minuit, la soif était excessive ; l'enfant demandait, sans interruption, à boire. Je ne lui fis donner que de l'eau, par une ou deux cuillerées. Cette soif incessante ne commença à devenir moins exigeante, moins sollicitante, que vers sept heures. Tout le jour encore, l'enfant demanda très souvent à boire.

La toux était restée croupale, mais sans fatiguer. Le malade était abattu. Toutefois, les amygdales étaient nettes, quoique gonflées. La respiration n'était plus stertoreuse. Dans l'après-midi, à partir de deux heures avant le coucher du soleil, je fis donner encore, par prévision prophylactique, 40 centigrammes de bicarbonate en huit prises, de quart en quart d'heure chaque prise, et toujours dans peu d'eau, deux petites cuillerées à café. La soif se réveilla de nouveau assez exigeante, mais elle dura peu.

Plus rien de sérieux ne reparut. Le lendemain, je prescrivis le sirop d'ipécacuanha ; il y eut quelques vomituritions et deux ou trois selles. Les tonsilles diminuèrent de volume. Après deux jours encore, la toux avait perdu complètement le timbre croupal. Mais elle persista plusieurs jours, quoique peu fréquente.

La convalescence se prolongea encore huit à dix jours.

— Il y a trois mois, je fus appelé, vers midi, en consultation auprès d'une jeune dame de 22 ans, d'un embonpoint assez développé, d'un tempérament lymphatique. Nous étions trois, y compris le médecin traitant. Quand nous entrâmes auprès de la malade, elle était assise sur son lit, et ne semblait point, au premier aspect, être sérieusement malade. Elle ne ressentait qu'une gêne assez supportable à l'isthme du gosier. La déglutition du liquide ou de la salive n'était pas très pénible ; le teint était frais et rosé, comme dans l'état de santé parfaite.

Vers les deux angles de la mâchoire inférieure, le gonflement des amygdales s'accusait, sur le cou, par un relief très distinct. La voix nasillait. La sputation amenait, sans toux, des crachats ordinaires, mais filans, et teints, par places nettement tranchées, de sang noir foncé, ou bien mêlés de sortes de petits grumeaux ou caillots de sang qui ressemblaient à des détritus noirs détachés d'ulcérations scorbutiques baveuses. Le pouls était à peine accéléré. La peau avait sa chaleur normale. En somme, la malade ne se croyait que très légèrement indisposée ; et elle fut un peu étonnée de nous voir réunis trois pour un mal, disait-elle, assez supportable, pour un simple mal de gosier. Nous nous gardâmes bien de la désabuser.

Je vous indique toutes ces circonstances, à cause de leur curieuse désharmonie avec l'état de la maladie.

A l'examen de la bouche, je fus surpris. La luette élargie, gonflée, présentait, elle et le voile du palais, un large triangle renversé, d'une couenne diphthéritique épaisse, solide, grisâtre. Les amygdales, tuméfiées, surtout celle de droite, étaient toutes semées de taches diphthéritiques épaisses, près de se confondre, d'une couleur grisâtre. Les mouvemens de relèvement spontané du voile du palais donnaient à voir, au fond du pharynx, quelques points blancs pseudo-membraneux. Sur la face inférieure de l'arcade gengivale droite, une membrane diphthéritique s'allongeait jusque près de la première petite molaire de ce côté, et s'élargissait par un bord frangé vers la bouche du palais, jusqu'à un centimètre au moins. Mais tout le bord gengival était, jusque près de la canine droite, fortement violacé, et cette teinte s'étendait, en diminuant, jusqu'au milieu de la voûte palatine. Du point qui surmonte la première grosse molaire jusqu'à la canine, l'injection violacée laissait suinter un sang noir, sale. On eût dit un putrilage scorbutique. L'odeur de la bouche avait quelque chose de gangréneux. Cela me rappela l'ulcère égyptiac ou stomacace d'Arétée et d'Alberto Nola, maladie contre laquelle, comme on l'a renouvelé de notre temps, on employait jadis ce qu'on nommait l'esprit de sel, l'acide muriatique d'ensuite.

Nous fûmes frappés de la gravité du mal. Il fut parlé d'évacuations sanguines abondantes ; d'une application de quarante ou cinquante sangsues, et d'une saignée presque immédiatement après. J'avoue que j'eus très peu de confiance dans ces moyens. Je rejetai la saignée générale ; je dus céder à une application d'une vingtaine de sangsues, afin qu'on me cédât autre chose. Je proposai, pour moyen immédiat, de suite, de faire gargariser et laver la bouche, toutes les dix à quinze minutes, avec un liquide simplement composé d'eau et d'un douzième, en poids, de teinture d'iode, plus de quelques centigrammes d'iodure de potassium. Ce me sembla, par induction, le meilleur détersif et le modificateur le plus prompt, le plus exact et le mieux approprié, dans un cas aussi menaçant. On partagea mon opinion et ma proposition.

Après la cinquième fois que la malade se fut gargarisée avec ce mélange, le suintement sanguin des gencives cessa. Le soir, la membrane diphthéritique gengivale avait diminué d'épaisseur jusqu'à être déjà transparente et comme déchiquetée. Celle du voile du palais et de la luette avait considérablement diminué aussi d'épaisseur ; de même encore, les taches couenneuses des tonsilles ; et les tonsilles avaient moins de volume ; il n'y avait plus de taches au pharynx.

On continua. Mais le lendemain, la malade trouvant trop mauvais le goût du liquide et ressentant une sorte d'ustion dans la bouche à chaque fois qu'on faisait gargariser, on diminua la proportion de teinture à un vingt-quatrième. Deux jours après, il n'y eut plus de diphthérite. Je ne parle pas des sangsues qui furent appliquées ; je considère qu'elles n'ont été pour rien dans le succès de la médication.

On persista à faire gargariser la malade, mais avec du vin de quinquina ; on en administra aussi à l'intérieur. On fit encore gargariser avec le vin aromatique.

La rougeur de l'arcade dentaire dura plus de deux mois encore ; j'eus occasion de voir la personne ; la rougeur gengivale n'était pas encore dissipée.

Je ne sache pas que la teinture d'iode ait déjà été appliquée, avant le cas que j'indique, à la médication de la diphthérite, localement. Mais si je rencontrais de nouveau cette maladie, je n'hésiterais pas désormais, un seul moment, à recourir à cette teinture.

J'ai conseillé d'en donner de huit à douze gouttes par lavement d'eau simple, à un dysentérique très affaibli et qui était à l'hôpital européen d'Alexandrie. Ce fut tout récemment, dans une consultation avec le docteur Funel, médecin de cet hôpital. Le malade s'est bien trouvé de ce moyen de médication.

Je ferai, en terminant, une remarque ; c'est qu'il me paraît que les muqueuses sont plus douloureusement ou plus vivement impressionnées que les séreuses par le contact de la teinture d'iode. La malade dont je parlais tout à l'heure éprouvait, par ce contact, une sensation de brûlure dans la bouche après chaque gargarisme. Une fois cette dame, sans le vouloir, avala un peu du gargarisme en le faisant agiter à l'arrière-bouche et le promenant sur les gencives malades. Bien ce fut pour le pharynx. Mais, immédiatement après, se fit sentir dans tout le pharynx, dans l'œsophage et l'estomac, une vive sensation d'ustion ; et il fallut boire une certaine quantité d'eau pour amortir, puis éteindre cette sensation. L'injection si heureuse qu'a opérée dans le péricarde, le célèbre médecin de l'hôpital St-Antoine, à Paris, n'a pas, dit cette observation que l'Union Médicale a publiée, donné de sensation pénible au malade.

Agréez, cher confrère, mes témoignages d'amitié.

Dr Perron,
Médecin sanitaire à Alexandrie, ancien directeur de l'École de médecine d'Égypte, etc.

BIBLIOTHÈQUE.

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LES CAUSES ET LES EFFETS DE LA CÉCITÉ ;

Par G. Dumont, médecin en chef de l'hospice impérial des Quinze-Vingts, inspecteur des établissemens d'eaux minérales du département de la Seine, chevalier de la Légion d'Honneur (1).

Le livre que nous allons analyser est le résultat de dix ans de recherches poursuivies avec persévérance sur le théâtre le plus propice qui se puisse concevoir pour ce genre d'études, l'hospice des Quinze-Vingts. Dans ce laps de temps, l'auteur a pu examiner 2,000 aveugles, qui ont servi de base à ses déductions. Dans ce nombre, figurent les 229 pensionnaires de l'établissement, dont les observations, rigoureusement complètes, n'ont pu laisser aucune prise à l'erreur. Il y avait là une mine féconde à explorer, et M. Dumont s'est fait un devoir d'en faire profiter la science. Cet exemple demande des imitateurs. Mais il faut plus que du zèle pour s'acquitter d'une semblable tâche, et n'y est pas propre celui que des études spéciales n'ont pas préparé de longue main à ces sortes d'investigations. Nous craignons bien, pour notre part, que la retraite de notre ancien collègue ne laisse inachevée une œuvre aussi heureusement commencée et qui promettait à l'ophthalmologie des lumières que, jusqu'à présent, elle ne soupçonnait même pas, tant les erreurs, une fois proclamées, se propagent et s'accréditent par la paresse et l'indifférence, qui trouvent plus commode de les répéter que de les soumettre à la vérification. Ce qui va suivre en fournira plus d'une fois la preuve.

D'après les documens officiels publiés dans ces derniers temps, il y a, en France, 37,662 aveugles, qui, comparés à la population générale, donnent une moyenne de 105 sur 100,000 individus.

Considérés par départemens, on trouve que le *minimum* (58 aveugles sur 100,000 âmes) se rencontre dans le département de l'Allier, et le *maximum* (175 sur 100,000) dans le département de l'Hérault.

En Prusse, la proportion est de 71,3 sur 100,000 âmes et en Belgique de 76 sur le même nombre d'individus. M. Dumont rappelle à cet égard une loi curieuse formulée déjà par M. Zeune, touchant la répartition des aveugles sur la surface du globe ; loi en vertu de laquelle les cas de cécité assez nombreux dans les régions les plus septentrionales, iraient en diminuant dans les zones tempérées, pour s'accroître ensuite et atteindre leur maximum à mesure qu'on se rapproche de l'équateur. Cette loi reçoit une confirmation entière des chiffres que nous venons de rapporter pour la France, la Prusse et la Belgique. Il n'en est pas tout à fait de même pour les contrées septentrionales, en ce qui concerne du moins la Suède et la Norwège.

On manque de renseignemens précis sur les régions équatoriales, mais les voyageurs sont unanimes à signaler l'extrême fréquence de la cécité dans les pays chauds. En Espagne, le nombre des aveugles est très grand, parmi toutes les classes de la population. Dans le Maroc et les contrées limitrophes, la proportion des aveugles sur les voyans est comme 1 est à 100. Nous-même avons répété cette observation en Algérie où la cécité atteint surtout les indigènes. Au Caire, dit-on, la moitié des individus qu'on rencontre sont aveugles, borgnes ou affectés d'ophthalmies. En Nubie, c'est par troupes que les aveugles se réunissent sur les places publiques et sur le bord des routes pour invoquer la commisération.

On attribue généralement la fréquence de la cécité vers les régions polaires et équatoriales à l'action funeste qu'exerce, sur l'appareil visuel, l'éclat de la lumière réfléchie par un sol brûlant au midi, et au nord par des neiges éternelles. Cette explication, pour le moins spécieuse, ne tient pas assez compte, selon nous, de toutes les autres causes qui peuvent agir dans le même sens et qui se trouvent réunies sous ces latitudes extrêmes.

On a dit et répété que le degré d'altitude des lieux exerçait une influence notable sur le développement de la cécité. Les recherches que M. Dumont a faites, sous ce point de vue, pour la France, démentent cette opinion et doivent y faire renoncer, momentanément du moins. Il n'en est pas de même du voisinage de la mer ; car, au lieu de la moyenne générale, que nous avons trouvée de 105 sur 100,000 habitans pour toute la France, nous voyons les départemens maritimes fournir celle de 119,2. Au contraire, la proximité des grands fleuves n'altère pas sensiblement la fréquence proportionnelle des cas de cécité.

Il est une autre croyance dont il faut enfin nous défaire, quelque logique qu'elle paraisse de prime-abord. Les aveugles ne sont pas plus nombreux dans les centres manufacturiers que parmi la classe agricole. Par conséquent, les professions industrielles n'interviennent aucunement dans la production de la cécité, pas même celles qui fatiguent le plus l'appareil visuel et qui exigent l'usage d'une loupe, pas même celles qui s'exercent au voisinage constant de foyers incandescens, comme chez les forgerons et les verriers, par exemple. A l'appui de cette remarque, assurément fort inattendue, M. Dumont cite le département du Rhône, comme un des trois départemens de la France où les aveugles sont le plus rares, puisque la proportion ne s'y élève qu'à 68 sur 100,000 âmes.

Pour être négatives, des données de cette nature n'en ont pas moins une extrême importance, en ce qu'elles rétablissent la vérité voilée jusqu'à ce jour par des assertions sans preuves et trop généralement admises, sur la foi des autorités les plus respectables.

Ce n'est pas tout. Il était assurément supposable que dans les contrées les plus malheureuses d'un même pays, comme la France, la proportion des aveugles devait l'emporter sur celle des contrées les plus riches. Eh bien, nouvelle illusion ! La moyenne des aveugles dans les départemens où l'impôt territorial accuse la plus grande prospérité, est de 113,3 sur 100,000 âmes, et seulement de 112 dans les départemens les plus misérables. Peut-être, fait remarquer M. Dumont, cette apparente contradiction peut-elle se justifier par cette raison que la scrofule, si souvent cause de cécité, est moins fréquente dans les départemens méridionaux, qui sont en même temps les plus pauvres.

Les causes de la cécité, réunies en un tableau synoptique, constitué par 2,056 cas, se présentent comme suit dans leur ordre de fréquence :

Par amaurose.	1,027	2,056.
Par ophthalmie	566	
Par variole	262	
Par traumatisme.	181	
Par hydrophthalmie et causes diverses.	20	

Les lésions de l'œil, qui amènent l'abolition de la vue, sont étudiées

(1) Un volume in-8°, Paris, chez Labé.

avec un grand soin dans un chapitre où se révèlent l'expérience profonde et la sagacité de l'observateur. Nous ne pouvons qu'en recommander la lecture aux praticiens que ces questions intéressent, car l'espace dont nous pouvons disposer ici serait tout à fait insuffisant pour faire ressortir tous les aperçus nouveaux qui sont consignés dans ces pages, et dont la science ne peut manquer de faire son profit.

Nous nous étendrions volontiers un peu plus sur le paragraphe consacré à la cécité variolique, en raison de l'intérêt d'actualité qui s'attache à tout ce qui touche à la variole, en ce moment où les bienfaits de la vaccine sont l'objet d'une véhémente polémique ; mais les lecteurs de l'UNION MÉDICALE connaissent déjà cette partie du travail de notre savant confrère, par l'extrait qui en a été donné dans le numéro du 18 mars dernier (page 139). Nous ne reviendrons donc pas sur ce sujet.

Les autres variétés de la cécité sont également l'objet des recherches les plus curieuses. Mais des documens statistiques se prêtent difficilement à l'analyse, et il faut de toute nécessité se reporter au livre lui-même, pour en prendre une connaissance suffisante. Nous ferons cependant une exception pour la cécité amaurotique, de beaucoup la plus fréquente, comme nous l'avons vu, puisque sur 100 aveugles, il y en a près de 46 qui doivent leur infirmité à cette maladie. Le sexe joue un rôle assez important dans la production de l'amaurose, ce qui avait déjà été admis par tous les auteurs. Elle est plus commune chez les femmes que chez les hommes, dans le rapport de 5 1/2 à 4. On a attribué ce fait, comme il était facile de le prévoir, à l'absence ou à l'irrégularité des menstrues. Or, M. Dumont démontre qu'il n'en est rien, et cela avec des argumens irrécusables, des chiffres. Il résulte, au contraire, de ces mêmes chiffres, que c'est à l'époque de la ménopause que surviennent le plus souvent les chances de cécité amaurotique. Quant à l'influence des professions, on peut la considérer comme peu apparente, selon M. Dumont, à supposer même qu'elle se traduise par quelque fait significatif.

On a cru, jusqu'à ce jour, que les yeux à iris foncé étaient plus particulièrement prédisposés à l'amaurose. Cette manière de voir a surtout été accrédité par Beer, et plus récemment par M. Sichel, dont la vaste expérience est connue de tout le monde. On a été jusqu'à prétendre que, sur 25 ou 30 amaurotiques, on en trouvait à peine un seul à iris gris ou bleu. La théorie le voulait ainsi, parce que les iris de nuance claire étaient réputés les plus impressionnables. Voici venir l'observation qui, par la plume de M. Dumont, proclame que, sur 201 amaurotiques, il s'en est trouvé 93 à iris clair et 108 à iris foncé. Encore une erreur détrônée !

Les causes de l'amaurose se rattachent le plus fréquemment à l'existence d'une affection des centres nerveux, et si la perte de la vue précède quelquefois les manifestations de la lésion principale, on ne tarde pas cependant, dans certains cas, à voir celle-ci se révéler par les signes les plus irréfragables durant la vie ; il faut avouer pourtant que, souvent, les nécropsies les plus attentives ont laissé planer le doute sur la cause anatomique de l'amaurose.

Nous ne suivrons pas M. Dumont dans l'énumération des caractères physiques qui distinguent l'amaurotique des autres aveugles, non plus que dans l'étude à laquelle il se livre sur les maladies concomitantes de l'appareil oculaire qui peuvent atteindre ces malheureux. En ce qui concerne la cataracte, la question emprunte cependant un intérêt capital à la nécessité où l'on est quelquefois de se prononcer sur l'opportunité de l'intervention de l'art, et chacun sait combien les méprises sont fréquentes dans ces circonstances et sans que l'habileté la mieux reconnue puisse s'en préserver toujours.

Quant à la cécité cataractée, elle serait, d'après M. Dumont, dans la proportion de 5,6 pour cent. Notre confrère, n'ayant pu en recueillir qu'un nombre de cas fort restreint, a cru devoir s'abstenir d'en tirer des conséquences trop absolues et d'ajouter de nouveaux renseignemens sur l'histoire, d'ailleurs fort connue, de la cataracte. Il n'a pu s'empêcher néanmoins d'élever des doutes sur l'étiologie de cette affection telle qu'elle est indiquée dans les auteurs classiques. D'accord en cela avec MM. Denonvilliers et Gosselin, M. Dumont ne reconnaît pas comme prédisposant à la cataracte les professions dans lesquelles les yeux sont exposés à un feu ardent, mais bien plutôt la condition de cultivateur qui oblige à travailler en plein soleil, le corps constamment penché vers la terre ; ce qui favorise les congestions de la tête, et par suite modifie la circulation et la nutrition de l'œil.

La cécité congéniale, par diverses causes, a été constatée par M. Dumont 38 fois, sur 1,038 aveugles, ce qui établit le rapport de 3,7 pour cent.

Ce n'est pas chose facile que de déterminer toujours si un individu est atteint de *cécité complète ;* et cependant les règlemens de l'hospice des Quinze-Vingts exigent cette mention sur les certificats du médecin pour l'admission d'un pensionnaire dans l'établissement et même d'un externe. Il y a, en ce moment, à l'hospice, 18 sujets qui y voient manifestement assez pour se conduire seuls, et qui, par conséquent, ont été reçus par erreur de diagnostic ; pour l'ancien médecin en chef des Quinze-Vingts, la cécité complète n'est réelle que *lorsque, avec l'aide des yeux, on ne peut se conduire seul.*

La constatation de la cécité complète dans l'amaurose est, sans contredit, celle qui présente le plus d'incertitudes ; car il ne s'agit pas de reconnaître l'existence de l'amaurose, mais bien de savoir si la maladie est assez avancée pour empêcher que le sens de la vue ne puisse plus rendre aucun service. Il importe enfin de se prémunir contre la supercherie si souvent mise en jeu, par ceux qui convoitent comme une bonne fortune leur entrée dans un hospice d'aveugles.

Après avoir rappelé les précautions usuelles recommandées dans ces sortes d'investigations, et pour le cas où le doute est difficile à dissiper, M. Dumont en réfère à l'habitude générale de l'aveugle. Ses yeux, dit-il, présentent une sorte de torpeur et d'indifférence aux choses extérieures, en même temps que sa physionomie et le maintien de sa tête indiquent l'homme qui écoute : d'où résulte un aspect particulier très remarquable pour celui qui a l'habitude des aveugles. Le clignotement des paupières, qui accompagne souvent cette cécité, le nystagmus, beaucoup plus rare, sont aussi des présomptions. Enfin, si quelques lésions matérielles de l'œil venaient à compliquer encore l'amaurose, les difficultés d'un diagnostic exact pourraient devenir telles, qu'avec la plus grande habileté et l'examen le plus attentif, on ne saurait se flatter d'échapper toujours à l'erreur.

La propriété qu'a la cécité de se transmettre par voie de génération, a été pressentie depuis longtemps, principalement en ce qui concerne l'amaurose et la cataracte. Mais la science n'était en possession d'aucun document authentique qui démontrât, d'une façon certaine, cette influence héréditaire. Dans le livre que nous avons sous les yeux, ce point de doctrine est établi sur des chiffres assez imposans. Il en résulte que l'influence du sang s'est manifestée, chez les aveugles de tout âge, dans la proportion de 9, 7 p. 100. La consanguinité agit dans le même sens. Ainsi, on voit des parens, doués d'une bonne vue, mettre au monde plusieurs enfans aveugles, et dont l'infirmité reconnaît généralement la même cause. Nous en avons plusieurs exemples aux Quinze-Vingts. Mais l'influence de la consanguinité se montre également dans la cécité qui n'est pas congéniale. Sur 114 cas de transmission héréditaire de la cécité, la transmission directe des parens aux enfans a eu lieu 68 fois ; la transmission indirecte entre parens jusqu'au degré de cousin germain, s'est montrée 12 fois ; et enfin la consanguinité entre frères et sœurs s'est produite 34 fois.

On s'est trop peu occupé, jusqu'ici, de l'altération de la santé qui frappe les malheureux aveugles, et qui est la conséquence inéluctable de la vie nouvelle que leur fait la plus redoutable de toutes les infirmités. M. Dumont en retrace le tableau émouvant de main de maître et en homme qui a vu et médité ce qu'il raconte. Comme les sens sont solidaires entre eux, la perte ou la diminution de l'un entraîne forcément des modifications fonctionnelles dans ceux qui survivent intacts. Le chapitre consacré à l'*état des sens* met en relief la finesse des perceptions par laquelle l'aveugle parvient quelquefois à suppléer aux notions que fournit aux voyans le sens de la vue. Les facultés intellectuelles et morales ne pouvant se développer chez l'aveugle-né au même degré que chez les enfans ordinaires, M. Dumont a cru devoir accorder une large place aux soins que réclame l'éducation de ces petits êtres déshérités, et le lecteur trouvera dans ces pages élégamment écrites et profondément pensées plus d'un enseignement qu'il importe de mettre en pratique, pour corriger, autant que faire se peut, les torts de la nature et préparer à la société des membres qui, loin de tomber complétement à sa charge, puissent encore lui rendre quelques services, et compenser les sacrifices que la charité lui impose.

En somme, l'œuvre de M. le docteur Dumont est de celles qui méritent toute l'attention du monde médical par la conscience qui a présidé à sa rédaction et par la position exceptionnelle qu'a longtemps occupée son auteur, à la tête de l'un des établissemens les mieux placés pour mener à bonne fin une semblable entreprise. C'est de plus un travail aride et pénible, qui a droit à toutes les sympathies des ophthalmologistes, qu'il est appelé à guider dans la voie des recherches positives ; et dès maintenant on peut dire qu'il a porté ses fruits, en déblayant la science d'une multitude d'erreurs, accréditées sur la foi de simples assertions. Si nous ne professons qu'une médiocre estime pour la statistique abusivement appliquée à élucider les problèmes de thérapeutique, nous savons applaudir à ce procédé d'investigation, et nous en reconnaissons volontiers la légitimité, quand on l'invoque pour éclairer des questions étiologiques de la nature de celles-ci, où il s'agit de faits simples et faciles à catégoriser, par cela même que rien n'en obscurcit habituellement la signification.

Dr Alex. MAYER,
Médecin-adjoint de l'hospice impérial des Quinze-Vingts.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 Avril 1856. — Présidence de M. BUSSY.

La correspondance officielle comprend :

1° Un rapport de M. le docteur RÉROLLE, médecin inspecteur-adjoint des eaux minérales de Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854 ;

2° Un rapport de M. le docteur NIEPCE, médecin-inspecteur des eaux d'Allevard (Isère), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854 (commission des eaux minérales) ;

3° Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départemens de l'Orne, de la Moselle, de la Vienne, de l'Allier pendant l'année 1855 ;

4° Un rapport de M. le docteur LECADRE, du Havre, sur les épidémies qui ont régné, en 1855, dans l'arrondissement du Havre ;

5° Un rapport de M. le docteur LESPÈS, de Saint-Sever, sur une épidémie qui a régné dans la commune de Peyrchorade, pendant les mois d'août et septembre 1855 ;

6° Un rapport de M. le docteur HEULHARD D'ARCY, de Clamecy, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans les communes de Cervon, Brassy et Lormez, en 1855-56 (commission des épidémies) ;

7° Une note sur une épidémie de choléra, suette et fièvre typhoïde, par M. le docteur LAVIELLE, de Peyrchorade (Landes). (Commission du choléra, 1854.)

LA correspondance non officielle se compose des envois suivans :

Deux lettres de M. PIDOUX et de M. E. BARTHEZ, qui prient l'Académie de les inscrire au nombre des candidats, le premier à la place vacante dans la section d'histoire naturelle et de thérapeutique médicale, le second à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique. (Renvoi aux sections respectives.)

— Une lettre de M. J. ROCHARD, de Brest, qui demande à être porté sur la liste des candidats au titre de membres correspondans, et envoie l'exposé de ses travaux. (Comm. des membres correspondans.)

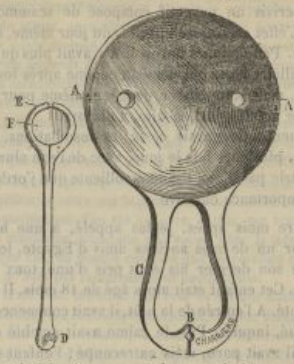
— Une note communiquée par MM. MANNOURY, de Chartres, et PICHOT, de la Loupe ; elle est relative à une éruption vaccinale observée chez un maréchal ferrant, et à des inoculations pratiquées sur plusieurs personnes avec le virus provenant de cette éruption ; les auteurs envoient en même temps deux plaques de vaccin provenant du maréchal ferrant et d'un enfant inoculé. (M. Bousquet, rapporteur.)

— Un mémoire sur l'*orthopédie physiologique de la main*, par M. DUCHENNE DE BOULOGNE. (M. Bouvier, rapporteur.)

— M. CHARRIÈRE fils présente à l'Académie un ophthalmoscope qu'il a exécuté d'après les indications de M. le docteur Desmarres.

Cet instrument, d'une extrême simplicité, est léger, du diamètre et à peu près du poids d'une pièce de cinq francs, construit en acier poli ; il a l'avantage d'être d'une grande solidité et d'une fabrication économique.

La figure ci-jointe donne une idée exacte de l'instrument. C'est un miroir concave de 4 centimètres de diamètre et de 7 pouces de foyer. Il est percé de deux petits trous *AA* parallèles, destinés à l'observateur, selon qu'il examine avec l'œil droit ou avec l'œil gauche.



Un verre lenticulaire d'un pouce trois quarts de foyer, renfermé avec le miroir dans un petit portefeuille, complète l'instrument.

Quand on veut redresser l'image, on fixe au manche dans une petite ouverture ménagée à cet effet *B*, une tige *D* destinée à recevoir d'autres verres *F* ; mais M. Desmarres ne le trouve pas nécessaire dans la pratique ordinaire. (Comm. MM. Poiseuille, Velpeau et Larrey, rapporteur.)

— Un paquet cacheté adressé par M. le docteur O'ROURKE, et contenant des études chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur la racine de *kawa-kawa*. (Accepté.)

— Un mémoire sur le *myrtinus edulis* (moule commune) et son emploi dans les affections pulmonaires, par M. L. FOUCHER, pharmacien à Orléans. (Comm. MM. Poiseuille, Piorry et Lécanu, rapporteur.)

M. MÉNIÈRE donne lecture d'un mémoire intitulé : *Recherches sur l'étiologie de la surdi-mutité congénitale.*

L'auteur signale d'abord l'hérédité et les maladies du fœtus comme intervenant incontestablement dans la production de la surdi-mutité, mais dans un nombre très limité de cas que l'on peut, à bon droit, considérer comme exceptionnels. Il consiste sur la cause la plus puissante de cette infirmité, la *consanguinéité des parens*, et à ce propos entre dans quelques développemens sur la nécessité du croisement des races pour la production d'individus bien constitués. C'est là une influence qui se vérifie dans toute l'échelle des êtres vivans, végétaux et animaux, et qui n'est pas moins évidente pour l'espèce humaine. Les mariages contractés entre proches parens, soit à raison du défaut de communication d'une localité avec celles qui l'avoisinent, soit à raison de quelques intérêts particuliers, comme cela a lieu dans certaines contrées et dans certaines familles princières, donnent naissance à des individus incomplets, surtout quant à l'activité des facultés intellectuelles. La surdi-mutité n'est que l'un des degrés ou l'un des modes de ce défaut de développement du système nerveux. (Renvoyé à la commission nommée pour la candidature.)

— M. PARCHAPPE lit un mémoire intitulé : *De l'analyse quantitative des principes constituans du sang.* — (Voir plus haut, l'article *Hématologie.*)

M. BOUILLAUD pense qu'on ne saurait laisser passer sans discussion quelques-unes des propositions émises par M. Parchappe. Il demande la parole pour la prochaine séance.

— M. JOSAT donne lecture d'un mémoire intitulé : *Recherches historiques sur l'épilepsie.*

Il passe en revue les dénominations imposées à cette maladie depuis l'antiquité jusqu'à nos jours, nomenclature qui représente assez exactement l'idée que l'on s'est faite de l'épilepsie aux différentes époques de l'histoire. Les termes *morbus Herculeus* indiquent qu'Hercule était lui-même sujet à des attaques convulsives ; le fait est attesté par plusieurs mythologues, et l'irritabilité nerveuse, les fureurs aveugles, la constitution physique, jusqu'à la puissance musculaire incroyable que l'on prête à ce personnage fabuleux, tout contribue à rendre cette tradition au moins très vraisemblable. La dénomination de *morbus comitialis* atteste l'effroi que la manifestation d'un accès d'épilepsie produisait sur les Romains assemblés dans les comices pour élire des magistrats. Les désignations de *morbus sacer* et *divinus* se rattachent aux mêmes terreurs superstitieuses ; le nom de *morbus major* employé par Celse indique peut-être la distinction entre les degrés élevés de l'épilepsie (grand mal) et les degrés inférieurs. Les théories cabalistiques et astrologiques ont donné naissance à ces termes de *morbus lunaticus, astralis* qui, au XVIe siècle surtout, et grâce aux écrits de Paracelse, ont eu tant d'influence sur les idées des médecins. Il serait téméraire d'affirmer que les phases de la lune fussent sans influence aucune sur l'épilepsie. Dès le commencement du XVIIe siècle cette maladie prend le nom de *morbus demoniacus ;* les thaumaturges, et Gassner surtout, répandent sur elle les idées les plus excentriques. Le nom de *mal de St-Jean*, encore aujourd'hui populaire, vient probablement de la ressemblance que présente le visage des épileptiques avec la tête de saint Jean apportée à Hérodiade après la décollation. — L'étude de l'épilepsie au point de vue historique n'est pas sans utilité pour l'appréciation de la nature, du mode de production et même du traitement de cette affection.

(Le travail de M. Josat est renvoyé à une commission composée de MM. Badlarger, Bricheteau et Roche.)

La séance est levée.

La *Société médicale des hôpitaux de Paris* a procédé, dans sa dernière séance, au renouvellement de son bureau et à la nomination de ses différens conseils et comités. M. Guérard, médecin de l'Hôtel-Dieu, vice-président l'année dernière, a été nommé *président* pour l'année 1856-1857. M. Legroux, médecin de l'Hôtel-Dieu, a été élu *vice-président*. Ont été réélus : *trésorier*, M. Labric, médecin des Ménages ; *secrétaire général*, M. Roger (Henri), de l'hôpital des Enfans ; *secrétaire particulier*, M. Moutard-Martin, médecin aux Nourrices, M. Woillez, médecin du Bureau central, remplacé également comme secrétaire particulier ; M. Hérard démissionnaire.

Ont été nommés du *conseil de famille*, MM. Beau, Blache, Bouvier, Grisolle et Rostan ; du *conseil d'administration*, MM. Barth, Becquerel, Gillette, Hérard et Léger ; du *comité de publication*, MM. Aran, Labric, Moutard-Martin, Roger et Woillez.

La Société a désigné, en outre, une commission chargée de rédiger le programme d'une *question du prix* à décerner en 1858. Les membres de cette commission sont MM. Barth, Becquerel, Bourdon, Dechambre, Legendre, Marrotte et Monneret.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — *Cours clinique sur les maladies de la peau.* M. Hardy, médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé de la Faculté, commencera ce cours, à l'hôpital Saint-Louis, le 5 mai à huit heures du matin, et le continuera les lundis et jeudis suivans. Dans les leçons qui suivront la visite des malades, M. Hardy se propose de faire l'histoire complète des maladies de la peau.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 54. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 3 Mai 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. CONSULTATION sur un cas de névrose émotive. — II. PHYSIQUE MÉDICALE : Note sur quelques nouvelles propriétés différentielles des courans d'induction de premier et de second ordres. — III. PATHOLOGIE : Sur la trachéotomie dans le croup. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie des sciences). Séance du 21 Avril : Procédé opératoire qui simplifie les cas graves de paraphimosis. — Nids d'hirondelle salangane. — *Société médicale d'émulation de Paris* : Observation de thoracentèse. Discussion. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Causeries.

CONSULTATION

SUR UN CAS DE NÉVROSE ÉMOTIVE.

X....., le 6 avril 1856.

Monsieur et très honoré confrère,

Veuillez soumettre aux membres du comité de l'UNION MÉDICALE, qui s'occupent spécialement des maladies mentales et nerveuses, l'exposé suivant de la situation de mon épouse, en les priant de me donner leur avis.

Mme X... est âgée de 36 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, ayant toujours joui d'une excellente santé, née de parens sains et vivans tous deux ; n'ayant jamais eu de maladies graves. Mariée à 21 ans, elle a eu sept enfans, qu'elle a nourris elle-même, sans en avoir éprouvé de fatigue. La position gênée dans laquelle je me suis trouvé pendant plusieurs années, ajoutée à quelques chagrins provenant de l'inconduite de son père, et de la ruine de sa famille qui s'en est suivie, a déterminé, il y a trois ans, une susceptibilité nerveuse insolite, avec sentiment profond de découragement et de méfiance de soi-même ; sans autre symptôme de dérangement physique qu'un peu de fièvre se reproduisant sans rhythme régulier et sans cause appréciable. Quelques semaines passées dans ma famille, loin de ses occupations ordinaires et au milieu des distractions qu'on s'est efforcé de lui procurer, ont fait disparaître cet état nerveux, qui s'est reproduit trois fois depuis sous l'influence de causes semblables à celles du premier accès.

Il y a trois mois, subitement et sans motif, sa tristesse s'est montrée de nouveau, et je ne puis mieux vous dépeindre sa position d'esprit qu'en la faisant parler elle-même et en vous communiquant une lettre qu'elle écrivait ces jours derniers à mon frère et que j'ai interceptée.

Seulement, j'ajouterai que sa santé générale est assez bonne, que l'appétit s'est conservé, que la menstruation est régulière, quoique moins abondante ; qu'il n'y a pas de douleurs de tête et que le sommeil est bon tous les jours jusqu'à quatre heures du matin, qu'elle s'éveille, et repasse alors dans son esprit tous les événemens qui peuvent lui avoir été pénibles ou qui peuvent le devenir ; elle a plusieurs fois déjà émis l'idée du suicide, en disant qu'elle le comprenait maintenant ; elle remplit ses devoirs religieux sans exaltation ; elle est instruite, sans chercher à en faire parade ; elle est bonne femme de ménage, sans en faire au delà de ses forces ; elle jouit de quelques distractions sans les rechercher ; elle soigne ses enfans, sa maison comme à l'ordinaire, seulement avec cette pensée qu'elle n'y suffit pas et qu'elle est négligente, paresseuse, avare et lâche ; elle craint que tout le monde ne s'aperçoive de ses défauts et n'en fasse rejaillir la responsabilité sur moi et sur ses enfans. Enfin, elle est malheureuse, sans raison sérieuse.

Vous dire que j'ai employé déjà une foule de moyens médicaux choisis dans les anti-spasmodiques, les sédatifs, les antipériodiques, est inutile ; car, je suis le mari qui aime la mère de ses enfans et qui cherche à faire disparaître chez elle cette crainte qui la tourmente, de se voir abandonnée par moi.

Veuillez, Monsieur et cher confrère, m'aider dans cette circonstance bien pénible, et agréer d'avance l'expression de la reconnaissance de votre tout dévoué confrère.

X....., D.-M.

Lettre de Mme X... à son beau-frère :

Vous allez dire que je suis une bien mauvaise fille ; si X... savait que je vous écris cela, il en serait peut-être bien fâché. Dernièrement, je parlais de mon père, il a pensé que sa présence me ferait plaisir et peut-être du bien ; mais celle de mes enfans, rien ne me fait. Il a dit à Paul, en lui donnant cinq francs, que papa vienne me voir. Je crains peut-être que cela ne fasse mauvais effet ici. Vous voyez combien j'ai d'orgueil, car s'il était riche, je ne le repousserais pas. Cet automne, au contraire, j'avais pensé que si maman allait avec mon frère, il viendrait finir ses jours chez nous, d'ici à quelques années. X... est allé à M..., il m'a rapporté bien des objets de ménage : cela ne me fait plus rien. Oh ! si vous saviez combien je suis malheureuse ! vous le comprenez, puisque vous voulez m'en faire sortir, en me faisant soigner ; mais comment m'absenter à présent, il me faudrait quelqu'un qui me remplace. Mon Dieu, je veux abandonner ma place, celle que j'aimais tant et dont j'étais fière autrefois ; maintenant je sens que je ne peux plus la remplir, car je vois que je perds la considération générale en négligeant mes devoirs. Frère, si vous pouviez seulement venir, vous verriez ce qu'il en est ; voyez-vous, c'est mon manque d'ordre et ma paresse qui me conduisent là, et je ne peux me vaincre. Je n'ai plus de prévoyance, je laisse tout aller ; X..., qui a tant de besogne au dehors, ne peut plus me remplacer ; ce désordre fait un si mauvais effet sur les enfans et les domestiques. Je ne reste plus en place, je ne trouve plus ce dont nous avons besoin ; les domestiques et les marchands me servent si mal ; je me vois attrapée de tous côtés sans oser le dire ; je me laisse entraîner sans avoir la force de lutter ; moi qui tenais tant à tout ce que nous avions, je le perds faute de soin. On me dit que je pourrais faire autrement, mais je vous assure que non ; je recule toujours pour faire mon ouvrage, puis, quand il n'est plus temps, je le regrette.

Mon pauvre mari qui était habitué à tous ces petits soins que je lui ai donnés, ne les retrouve plus, ni la tranquillité dont il aurait si grand besoin en revenant chez lui. Vous voyez que je comprends bien tout cela. Pourquoi donc cela ? Je ne trouve pas une bonne place ; quand je suis dans un endroit, je veux aller dans un autre ; mais je n'ose pas sortir de la maison, il me faudrait quelqu'un qui prît les rênes de mon ménage et me fasse aller. Mais si je m'absente, qui me remplacera ? Je le sens, je ne rattraperai jamais le bonheur qui m'échappe. Venez de suite ; il n'y a que vous qui puissiez nous tirer de ce mauvais pas. Hier, pendant que mon mari était parti, j'ai passé la plus terrible journée. Mon Dieu ! ayez pitié de moi. J'affrige tout le monde, je le sens, et je ne peux me vaincre. Je ne suis pourtant pas folle, car je sens ce que je fais ; il vaudrait mieux que je fusse morte que d'être ainsi. Pourtant, je suis encore jeune. Je n'aime donc plus rien ? Je ne peux dire tout cela qu'à lui. Maintenant, lorsque je veux lui en parler, il s'en va. Nous étions si heureux de nous revoir il y a seulement quatre mois. Mais si on trouvait quelqu'un qui veuille venir tenir mon ménage, combien cela coûterait ! Puis, comment une étrangère prendrait l'intérêt d'une maison lorsque la maîtresse l'abandonne ? Il m'a acheté un parasol, et mes enfans n'ont pas un bonnet de tous les jours à mettre. Pourtant, autrefois, je ne me reprochais pas tout cela ; si j'avais fait comme tout le monde, cela serait si naturel.

Lorsque mon mari a écrit au nouvel an à M. N..., ce monsieur lui disait aussi que j'avais besoin de me soigner, moi qui avais été si courageuse autrefois. Il voit bien que je suis souffrante, mais c'est plutôt moralement que physiquement.

Nous avons tué des porcs que nous avions élevés. Autrefois, j'étais si heureuse d'approvisionner mon ménage, de préparer cette viande ; maintenant, cela m'a été aussi insupportable que le reste. Je me négligeet mes enfans. J'ai fait venir de l'étoffe pour leur faire faire des robes ; je ne puis me résoudre à les faire faire. Je ne voudrais rien dépenser ; je trouve que c'est de trop, et je perds tant de choses en ne les soignant pas. Pourtant, si vous ne voyez pas d'inconvénient à la présence de mon père, ne l'empêchez pas de venir. Vous voyez, je ne sais jamais ce qu'il faut faire, c'est cette incertitude qui me tue et m'empêche de faire le bien. Pourtant, frère, si vous parliez à M. Z... Mon mari avait déjà écrit dans le temps à M. S..., qui ordonnait de la distraction. Mais si je remplissais mes devoirs, je serais bientôt mieux ; mais je m'en suis trop éloignée.

Adieu, frère, je ne crains pas de vous faire de la peine en vous disant tout cela ; mais j'espère. Vous croyez encore que je peux me remettre, n'est-ce pas ?

Quelle est la nature de cette affection ? A quelle cause peut-on la rattacher ? Quels moyens doit-on lui opposer ?

Telles sont les questions à poser d'abord, et à résoudre ensuite, s'il est possible. Nous éviterons les dissertations, et, dans nos réponses, nous tâcherons d'aller droit au but.

I. — A la première question, nous répondrons : névrose émotive, se compliquant d'une idée triste et fausse, et touchant, sans la franchir encore, la limite de l'aliénation mentale. Il n'y a pas, en effet, une différence bien notable entre cette affection et l'hy-

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Les candidatures dans la section de thérapeutique. — Encore les deux listes. — Singulière idée. — Les *desiderata*. — Le transférement de M. le professeur Denonvilliers. — Nécessité de la critique dans la clinique. — La nomination aux eaux minérales.

Il paraît que, quoiqu'une seule vacance soit déclarée dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle, à l'Académie de médecine, il y a en réalité deux places à donner ; une en thérapeutique proprement dite, l'autre en histoire naturelle. Il s'agit de savoir dans laquelle de ces deux divisions la section déclarera la vacance, et si l'Académie devra élire ou un thérapeutiste ou un naturaliste. Dans la prévision de l'une ou de l'autre de ces décisions, deux hommes éminens ont fait acte de candidature ; M. le professeur Trousseau déclare se mettre sur les rangs, s'il s'agit de la nomination d'un thérapeutiste ; M. le professeur Moquin-Tandon accepte la candidature si l'Académie doit élire un naturaliste. Ces deux savans candidats, d'ailleurs, ne veulent pas se trouver en compétition, et se retireraient l'un devant l'autre, selon la décision de la section et de l'Académie.

Voilà qui est clair, simple, facile et loyal ; voilà pourquoi, peut-être, cet arrangement qui pourrait donner successivement à l'Académie deux nouveaux membres dont je n'ai pas à constater la célébrité, trouvera, m'assure-t-on, quelques embarras, quelques obstacles. D'où pourront-ils venir ?

Messieurs de l'Académie, il en est parmi vous qui dédaignent, pardon, qui font semblant de dédaigner la presse ; je sais bien à quoi m'en tenir, moi, vieux journaliste, et je pourrais vous dire combien la presse, si elle n'avait si bon caractère, vous causerait de soucis et de peines en vous rendant dédain pour dédain. Souffrez seulement que je vous dise que si la presse pouvait ou voulait intervenir à propos, elle vous rendrait souvent le grand service de vous signaler des écueils sur lesquels vous vous heurtez faute d'avertissement. Voici un de ces avertissemens, tâchez d'en faire bon usage.

Si je suis bien renseigné, et je crois l'être, quelques membres de la section de thérapeutique et d'histoire naturelle nourriraient l'idée d'échapper à la nécessité d'une décision claire et formelle en présentant deux listes. Encore cette bizarre idée des deux listes qui revient ! Elle a été si heureuse cette idée et devant l'Académie des sciences et devant l'Académie de médecine elle-même, qu'en vérité ceux qui la patronent encore ne sont pas difficiles en fait de succès. Pourquoi donc deux listes, s'il vous plaît ? Les choses sont fort claires, pourquoi les obscurcir ? L'Académie veut un thérapeutiste et un naturaliste, elle ne peut les nommer à la fois, désignez-les donc successivement, vous, section, qui êtes chargée d'éclairer l'Académie. Donnez la priorité à l'un ou à l'autre, c'est votre droit, et peu importe d'ailleurs ; mais au moins choisissez, et que l'Académie sache positivement ce qu'elle a à faire et ce qu'elle va faire. Deux listes ! Que mettrez-vous sur la liste des naturalistes ? Un nom, un seul, car un seul naturaliste se présente jusqu'ici ; n'est-ce pas dérisoire ?... On dit aussi que ces mêmes membres de la section pencheraient vers des *ex æquo* fort singuliers, et que je ne veux pas indiquer ici, tant ils me paraissent ébouriffans. On dirait, en vérité, que l'éclat de certaines candidatures blesse la vue tendre de quelques personnes ; et de fait, si l'on voulait manœuvrer dans le but de faire passer dans ce grabuge d'*ex æquo* ridicules quelque candidature beaucoup plus rapprochée de ces bonnes petites réputations à vol de chapon qui n'offusquent personne, on n'agirait pas autrement.

Voilà l'Académie avertie, qu'elle agisse maintenant selon que la justice, et, à son défaut, la prudence et l'instinct de conservation la guideront.

Des hommes éminens par la position qu'ils occupent dans la science, dans l'enseignement et dans la pratique, lui font l'honneur de solliciter ses suffrages. Leur fera-t-on l'injure ou de les repousser ou de leur infliger des assimilations blessantes et perfides ? C'est ce qu'un avenir prochain nous apprendra. Je ne peux, quant à moi, qu'imiter le coq vigilant ; je pousse mon cri avant l'orage ; que les nautonniers prudens de l'Académie serrent leurs voiles.

Je disais tout à l'heure que peu importait la priorité que l'Académie ou la section donnerait à l'élection d'un thérapeutiste ou d'un naturaliste. N'y aurait-il pas, cependant, un bon motif à donner pour que cette priorité fût accordée à un thérapeutiste ? J'en fais juge M. Moquin-Tandon lui-même. Il est seul candidat aujourd'hui, et cela probablement par suite de l'incertitude qui règne encore sur la décision de la section. Si le thérapeutiste passait le premier, tout doute cesserait ; la prochaine nomination devrait porter sur un naturaliste, et certainement il s'en présenterait de nouveaux, ne fût-ce que pour se créer un titre pour l'avenir. Car, enfin, il est des médecins naturalistes en France, soit zoologistes, soit botanistes. De cette façon, on éviterait à M. Moquin-Tandon la position toujours désobligeante, si éminent soit-on, d'arriver sans compétition et de vaincre sans combat. Il me semble que cela vaut la peine d'y penser un peu.

Je m'intéresse aux élections académiques, et principalement à celles de l'Académie de médecine, parce que, dans mes convictions et dans mon espoir, de grandes destinées, si elles savent les prévoir et les préparer, sont réservées aux Académies, et à notre Académie de médecine en particulier.

Le progrès peut s'accomplir sans doute, par des révolutions radicales qui bouleversent et détruisent les institutions anciennes et qui en font surgir de nouvelles. Mais ce moyen est chanceux : il a plus souvent échoué que réussi. Le philosophe, l'homme véritablement pratique, lui préférera le progrès successif, les transformations plus ou moins lentes, mais demandées seulement au progrès des idées et à la transformation des besoins. L'homme habile est moins celui qui détruit que celui qui sait se servir des instrumens, même défectueux, qu'il a sous la main. Les réparations intelligentes faites à notre vieille cathédrale de Paris, ces admirables reprises en sous-œuvre des fondations et des contreforts, je les préfère au plan audacieux de l'architecte qui voudrait jeter par terre notre antique métropole pour en reconstruire une nouvelle. Mais de grâce, ô Académies, visitez aussi vos fondations et vos contreforts. Ne

pochondrie. Si, comme nous le pensons, l'hypochondrie consiste surtout dans l'association morbide d'une idée fausse et triste avec des sensations douloureuses et variées, ou à divers troubles fonctionnels réellement éprouvés par le malade, la femme de notre confrère doit être regardée moins comme atteinte d'une aliénation mélancolique que d'une névrose hypochondriaque. La limite qui sépare ces deux maladies est difficile peut-être à déterminer, mais elle est à coup sûr perçue par tout le monde; par les médecins surtout, qui s'accordent en général à ranger l'hypochondrie parmi les névroses plutôt que parmi les aliénations. Mme X... est en proie à une idée triste et fausse, relative aux impressions morbides qu'elle éprouve. Elle se sent troublée, agitée, péniblement émue; elle a la conscience d'un malaise incessant, indéfini, souvent intolérable, qui l'empêche de prendre désormais aux jouissances et aux peines de la famille la part calme et normale qu'elle y avait prise auparavant.

Dans ce trouble tout névropathique, dans cette sorte de perturbation affective qui, comme chez d'autres malades, celle de la peur et de l'effroi, fait explosion d'emblée et sans objet, elle s'accuse de n'être bonne à rien, d'être incapable de continuer son rôle de mère de famille ou de maîtresse de maison, d'être paresseuse, indifférente, d'être la proie des domestiques et des fournisseurs, la honte et le tourment de son mari, de laisser son ménage aller à l'aventure, sans direction et sans ordre, de n'avoir plus pour son mari et pour ses enfans les tendres soins qu'elle avait été si heureuse de leur prodiguer, etc. Dans son angoisse, elle voudrait s'en aller, elle voudrait rester : s'en aller, pour épargner à sa famille les inconvéniens de son insuffisance et le spectacle de son agitation; rester, pour se maintenir ferme et résignée au poste du devoir. Les fonctions d'épouse et de mère qu'elle s'imagine ne pas remplir, malgré le témoignage contraire de son mari, elle ne peut se résoudre à les abandonner à une autre, et cependant elle croit devoir prendre une résolution quelconque. Laquelle? Elle sent qu'elle fatigue son mari de ses plaintes, qu'elle enlève à ses loisirs le calme que recherche par dessus tout un médecin laborieux et occupé, celui du foyer domestique; ce sentiment ajoute à ses angoisses une sorte de remords; elle appelle à son aide ses propres parens, sachant bien qu'ils ne peuvent rien pour elle. Que faire? Dans l'anxiété de son agitation, elle veut se fuir elle-même, échapper, sans savoir comment, à l'exaspération de son trouble et de sa souffrance; et alors l'idée du suicide se trouve sur le chemin de sa pensée troublée; elle s'y arrête, s'y complaît par instans; et, comme témoignage de la raison encore présente, elle s'étonne de l'accueil qu'elle fait à cette idée, accueil si nouveau pour elle, qu'elle le signale aux personnes qui l'entourent : « Mon Dieu, » ayez pitié de moi! écrit-elle dans sa lettre à son beau-» frère; j'afflige tout le monde, je le sens, et je ne peux me » vaincre; je ne suis pourtant pas folle, car je sens ce que je » fais; il vaudrait mieux que je fusse morte que d'être ainsi... »

N'est-ce pas là une forme de l'hypochondrie, ou au moins une maladie ayant beaucoup d'analogie avec cette névrose? Cette maladie se manifeste par des accès; car déjà elle s'était fait jour quatre fois depuis trois ans, lorsqu'elle s'est renouvelée il y a quatre mois, en affectant un caractère à la fois plus tenace et plus aigu. Comme l'hypochondriaque théorise ses maux en les expliquant par une lésion imaginaire, madame X... théorise son trouble émotif en l'expliquant par une incapacité qu'elle n'a point. C'est en quelque sorte l'impulsion d'un effort douloureux transformé en idée d'impuissance; comme pour l'hypochondriaque vulgaire, c'est l'impression d'un trouble fonctionnel transformée en idée d'incurabilité et de mort. C'est une névrose mixte, une névrose complexe, c'est-à-dire une perturbation nerveuse générale, un trouble émotif, auxquels s'est étroitement, pathologiquement associée une idée fausse et oppressive. L'aliénation mentale est bien près; mais, quoi qu'on en puisse dire, c'est encore une névrose. Elle offre un exemple de cette classe de névroses mixtes que nous appelons émotives.

Les exemples de cette forme de l'hypochondrie, de cette névrose mélancolique, si l'on veut, sont loin d'être rares. Il nous arrive assez souvent d'être consulté par des personnes qui s'accusent de manquer complétement aux devoirs qu'elles accomplissent parfaitement ou aux affections dont leur cœur est plein. Nous avons vu la femme d'un de nos plus estimables et de nos plus chers confrères souffrir pendant plusieurs mois de ce tourment resté sans nom dans le langage de la science, et qu'elle avait ressenti immédiatement après avoir pris une dose modérée de haschich. En général, lorsque les malades ont conscience de leur situation morbide, ne fût-ce que par instans, ils guérissent dans un temps plus ou moins long. D'un autre côté, plus l'hypochondrie est aiguë, plus grandes sont les chances d'une guérison prochaine. Nous regardons comme de bon augure l'absence d'une préoccupation religieuse. Les personnes qui se reprochent avec angoisse la perte de la foi et de la piété, dont tout en elles porte un permanent témoignage, guérissent plus rarement. Mais à ce fait clinique se rattachent des considérations étrangères à notre sujet.

II. — A la seconde question, nous répondrons avec plus d'incertitude et de réserve. Les questions étiologiques, dans les névroses surtout, sont difficiles, délicates, périlleuses autant que graves et importantes. Ne les résout pas qui veut. Il y a d'abord une cause physique générale, que nous désignerons par *X* et qu'on pourra continuer à nommer cause prédisposante, laquelle est, hélas! nécessairement organique, puisqu'elle seule peut expliquer la différence des manifestations pathologiques produites sur les divers malades par les mêmes influences morbides.

Chez Mme X..., la prédisposition ne paraît point être d'origine héréditaire; elle est probablement congéniale, bien que rien ne l'ait révélée jusqu'à l'âge de 33 ans. Si elle est acquise, elle a pu l'être par l'effet de l'apparition et de la durée d'une cause morale, que notre honorable confrère a signalée et que nous rappellerons bientôt. Il ne faut pas se dissimuler que l'action physiologique d'une idée émotive peut, en se prolongeant, non seulement *développer*, mais *créer* une prédisposition névropathique, une tendance morbide en harmonie avec le trouble nerveux que provoque cette idée, et qu'elle peut finir par éclater au moment où l'on s'y attendra le moins, en une névrose déterminée. D'un autre côté, il ne faut jamais oublier, dans ce genre de recherches, que l'influence des souvenirs, que l'influence des lieux, des personnes et des objets donne à l'idée triste et au système nerveux qu'elle a une fois affecté, l'occasion d'une explosion névropathique imprévue et inattendue.

Quand une névrose éclate tout à coup, sans aucun antécédent notable, et sous l'empire apparent d'une cause morale, il reste à savoir si cette *cause* prétendue de la maladie n'en est pas plutôt l'*occasion*. L'observation rigoureuse nous apprend à modérer nos ardeurs étiologiques. Tel qui peut être atteint d'aliénation mentale immédiatement après un refroidissement ou une contrariété, n'a fait, en général, que rendre évident pour tous une affection déjà soupçonnée par quelques-uns. Rien de semblable n'a eu lieu chez Mme X.... Lorsque sa maladie se montra, il y a trois ans, aucune cause brusque et soudaine, morale ou physique ne l'avait déterminée. Elle a été le produit lent d'une prédisposition générale favorisée par l'apparition et la durée d'une cause morale : l'aspect douloureux de l'inconduite de son père, de la ruine de sa famille et de la gêne de son ménage.

III. — A la troisième question nous répondrons avec le sentiment de notre insuffisance, mais aussi avec le vif et sincère désir de venir au secours de notre confrère, en lui communiquant le résultat de notre expérience.

Il est un point sur lequel nous insistons relativement au diagnostic, c'est l'état névropathique de Mme X... L'idée fixe, chez elle, et, pour mieux m'exprimer, sa *déraison partielle*, est le résultat d'un trouble émotif, morbide, plus ou moins profond, s'alliant avec une idée qui le complète en le perpétuant et en l'aggravant.

Il y a eu, dit son mari, dans les accès antérieurs, des mouvemens de fièvre sans cause appréciable; elle ne trouve plus une bonne place, écrit-elle; quand elle en a une, elle veut en changer. C'est une agitation physique se confondant tellement avec l'agitation morale, que l'on serait tenté de perdre de vue celle-là pour ne voir que celle-ci, ou, en d'autres termes, de perdre de vue la névrose et ne voir que la monomanie. Il faut, à notre avis, prendre garde à cette confusion.

La nature mixte de la névrose nous rend évidente la nécessité d'un traitement mixte, à la fois physique et moral, consistant en un ensemble de moyens qui se combinent pour combattre la maladie, comme les deux élémens dont elle se compose se sont combinés pour la produire.

Dans la lettre de notre confrère, nous ne voyons signalé aucun trouble fonctionnel digne d'attention; à peine y a-t-il indiqué une légère diminution dans les époques menstruelles, du reste fort régulières, et un réveil agité à la suite de plusieurs heures d'un sommeil presque toujours normal. Il n'y a donc aucune indication de ce côté. Il faut agir sur l'ensemble de l'organisme et des habitudes morales de la malade. Il faut, en d'autres termes, comme nous l'avons fait déjà avec succès dans des cas analogues, la déplacer, l'enlever pour un temps plus ou moins long aux témoins muets de ses souffrances, et utiliser ce déplacement en la soumettant, dans un établissement spécial, au traitement hydrothérapique, aussi complet que possible. Une affection déprimante a besoin d'être combattue par une médication tonique et révulsive à la fois; l'agitation nerveuse et fébrile a besoin d'une médication réfrigérante; une névrose émotive, enfin, a besoin d'une atmosphère nouvelle d'hommes et de choses, afin que le milieu où la malade a souffert, en cessant d'être présent à ses yeux, devienne moins présent à son esprit; afin que la série des impressions reçues dans un lieu, trouve dans un autre une interruption forcée. Une personne avec laquelle elle ne vit pas habituellement et choisie selon son cœur, lui serait donnée pour représenter son entourage absent et adoucir son exil momentané au milieu des étrangers.

Les soins médicaux dont elle serait l'objet entretiendraient dans son esprit cette pensée salutaire que son incapacité est

---

laissez pas le monument s'écrouler de vétusté. Vous avez aussi vos réparations intelligentes à faire et des pierres neuves à placer à votre monument. J'ai promis d'indiquer où et comment; je le ferai bientôt, non pas avec crainte, mais avec la certitude d'être immédiatement considéré comme un utopiste rêveur, mais aussi avec le ferme espoir que ces idées recevront leur application quand le nom du pauvre journaliste, qui les a pour la première fois émises, sera profondément oublié.

Et, par exemple, l'idée de la création d'une section de philosophie, d'histoire et de littérature médicales dont je revendique la priorité, n'a pas encore franchi la première période que rencontre toute idée nouvelle. Elle en est encore à la période d'opposition inerte et d'indifférence. On voit que je ne me fais pas blanc de mon épée et que je ne m'illusionne pas sur le succès de mes idées. Une idée qu'on ne discute pas est encore une idée limbique. Mais on la discutera, c'est certain, et toute idée discutée, quand elle est bonne, est à moitié triomphante. Ce n'est pas ma faute si ceux qui pourraient la faire aboutir aujourd'hui même ne prennent pas la peine de l'examiner. Les hommes passent et les idées restent. Celle-ci sera reprise avec bonheur et intelligence dans moins de deux lustres, et je prédis aux indifférens d'aujourd'hui qu'ils auront le malheur de la combattre alors, le malheur plus grand de la voir victorieuse malgré leur opposition.

De l'Académie passons à la Faculté où une petite révolution d'intérieur vient de se passer sans bruit. De bruit, il n'en faut faire, il nous est interdit. M. le professeur Denonvilliers est transféré (*sic* dans le *Moniteur*) de la chaire d'anatomie dans la chaire de pathologie externe. Que ce transférement lui soit doux et agréable! La question de principe réservée, et l'on connaît notre opinion sur elle, nous ne trouvons que l'expression de sympathiques sentimens envers M. Denonvilliers, l'un des esprits les plus sérieux et les plus distingués de la génération chirurgicale actuelle. Je dis mieux, M. Denonvilliers n'est pas encore tout à fait à sa place dans une chaire de pathologie; c'est d'un enseignement clinique que je voudrais le voir chargé. Nul n'y apporterait un sens plus droit, une instruction plus complète, une plus grande prudence, une critique de meilleur aloi, car il faut de la critique en clinique, c'est-à-dire l'appréciation des méthodes et des procédés, et une appréciation actuelle et salissante, puisqu'il s'agit de la traduire immédiatement en application et sur l'homme vivant.

Et à aucune autre époque, cette critique en clinique a-t-elle été plus nécessaire! Une sorte de souffle créateur semble agiter quelques têtes chirurgicales, et chaque jour, les innombrables organes de la presse nous dévoilent des inventions nouvelles que l'on ne peut plus compter. Ces inventions sont-elles soumises à l'examen, à l'appréciation, à l'expérience? Je l'espère, mais je n'en vois trace nulle part, pas même dans la Société de chirurgie, à laquelle incombe naturellement cette œuvre de haute justice scientifique. Que cette Société, à laquelle reviennent de droit l'actualité, la priorité et la spontanéité de l'examen, se hâte donc de fixer le monde médical sur la valeur de ces inventions quotidiennes qui retentissent dans la presse, et qui peuvent égarer l'opinion si elles sont dangereuses ou sans portée; qu'il faut s'empresser de populariser si elles sont réellement utiles.

Toujours est-il qu'au lieu d'une chaire de pathologie, que la mort de M. Gerdy laissait en compétition, c'est la chaire d'anatomie qui devient vacante. Dans la Faculté de Paris, les anatomistes sont nombreux. aussi cette chaire est-elle déjà vivement disputée. Quels riches élémens pour un beau concours si cette institution vivait encore! Mais les choses se passeront dans le huis-clos des sollicitations individuelles. La Faculté, pour sa liste de présentation, ne subira aucune pression, disent les amateurs de cet ordre de choses; plus libre dans ses choix, elle en peut faire de meilleurs, *amen! amen!* Nous verrons bien.

Les nominations aux eaux minérales sont faites, et devant un fait accompli de l'autorité publique, la presse doit encore se taire. Que ce silence cependant ne soit pas mal interprété; mais l'éloge est sans saveur là où la critique n'est pas possible. C'est ce qui m'empêche d'adresser mon compliment à M. Alquié, qui va naviguer sur les eaux peut-être plus tourmentées qu'il ne le croit des thermes de Vichy, et à M. Camille de Laurès, qui ne trouvera que des vents favorables sur les eaux plus tranquilles de Néris.

Amédée Latour.

Par suite de la mise à la retraite de M. le docteur Gérardin, les mutations suivantes ont eu lieu dans les hôpitaux :

M. Delpech passe de l'hospice de Larochefoucault à la Maternité, et M. Sée est nommé médecin à l'hospice de Larochefoucault.

— MM. Fournier et Perrin, médecins aides-majors à l'armée d'Orient, viennent de succomber au typhus.

— MM. Jules Castellan et Bouchard-Jambon viennent de mourir à Lyon.

CONFÉRENCES CLINIQUES. — M. le docteur Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, reprendra ses conférences à l'hôpital St-Antoine, le *mardi* 6 *mai*, à 9 heures du matin, dans l'amphithéâtre de l'hôpital, et les continuera les *mardi* et *samedi* de chaque semaine à la même heure.

Visite des malades à 7 heures du matin.

La conférence du samedi sera spécialement consacrée aux affections utérines.

MM. les élèves seront exercés gratuitement, *tous les jeudis*, à la pratique de l'auscultation et de la percussion.

Un mot sur la colique végétale (colique sèche, colique nerveuse, névralgie du grand sympathique); par le docteur Dutrouleau, médecin en chef de la marine. In-8, Paris, 1855.

Observations et recherches sur l'oblitération de la veine porte et sur les rapports de cette lésion avec le volume du foie et la sécrétion de la bile; par le docteur E. Gintrac, directeur de l'École de médecine de Bordeaux, etc. In-8, Bordeaux, 1856.

De l'art du dentiste au point de vue de la pratique médicale, par M. H. Gobert. Thèse inaugurale. In-4°, Paris, 1856.

De l'éclampsie pendant la grossesse, pendant l'acte de la parturition et après l'accouchement, par A.-B. Argaing, d.-m. Thèse inaugurale. In-4°, Paris, 1856.

Aperçu médical sur la maison de Saint-Lazare, par A. Stanislas Rossignol, d.-m. Thèse inaugurale. In-4, Paris, 1856.

une erreur, que cette erreur est une maladie dont elle doit guérir. En même temps, ces soins la combattraient réellement. Il est bon de se rappeler que, dans ces sortes de névroses complexes, la conscience, même obscurcie, de leur situation anormale et pathologique est, pour les malheureux qui en souffrent une planche de salut, et pour ceux qui les soignent un levier d'action aussi bien qu'une ancre d'espérance.

Nous ne croyons pas nécessaire de recommander, relativement au suicide, une surveillance qui serait prudente, sans doute, mais probablement inutile. Le suicide est rare chez les malades qui aiment à exhaler leur douleur.

Il est inutile aussi d'entrer dans des détails sur le régime et les médicamens à mettre en usage. Il s'agit d'une malade placée dans des conditions où la tendresse éclairée d'un médecin n'a permis, sous ce rapport, aucune omission, aucune négligence.

Approuvé par le Comité de rédaction,

L. Cerise.

PHYSIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR QUELQUES NOUVELLES PROPRIÉTÉS DIFFÉRENTIELLES DES COURANS D'INDUCTION DE PREMIER ET DE SECOND ORDRES;

Communiquée à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 18 mars 1856,

Par le docteur Duchenne de Boulogne (1).

En 1849, M. Desprez a présenté, en mon nom, à l'Académie des sciences, un appareil volta-faradique à double courant, avec un mémoire dans lequel j'annonçai l'existence des propriétés physiologiques différentielles des courans d'induction de premier ordre (dit extra-courant) et de second ordre.

En 1850, j'ai communiqué à l'Académie de médecine un travail intitulé : *Du choix des appareils d'induction au point de vue de leur application à la médecine*, et dans lequel ces propriétés des courans d'induction sont de nouveau exposées. La commission nommée par l'Académie a constaté l'exactitude de ces phénomènes, ainsi que cela ressort de son rapport lu dans la séance du 1er avril 1851. — Voici, en résumé, quelles étaient les propriétés différentielles des courans d'induction que je signalais alors à l'Académie : 1° le courant de premier ordre excite moins la sensibilité de la rétine que celui de deuxième ordre; 2° le courant de deuxième ordre agit avec une énergie extrême sur la sensibilité de la peau, lorsqu'il est localisé dans ce tissu, tandis que cette propriété d'exciter la sensibilité cutanée est très-faible dans le courant de premier ordre.

Depuis lors, j'ai découvert que les mêmes courans d'induction possèdent d'autres propriétés différentielles qui me paraissent intéresser l'électro-physiologie et la thérapeutique.

Je me propose de les exposer dans la note que j'ai l'honneur d'adresser à l'Académie.

§ I. Expériences. — (On sait que, lorsqu'on se place dans le circuit d'un courant d'induction, en prenant dans chaque main un des réophores de l'appareil, chaque intermittence de ce courant provoque dans les membres supérieurs une secousse, qui retentit dans les poignets, les coudes, les épaules et même la poitrine, selon la force du courant. C'est le procédé généralement employé pour juger la puissance électro-dynamique; c'est aussi ce procédé dont le mode d'action a été démontré dans le chapitre III, § 3 de mon livre *sur l'électrisation localisée*, que j'adopterai pour égaliser la force des courans d'induction de premier et de second ordres, et pour étudier ensuite comparativement leurs propriétés spéciales.)

A. — *Le courant de deuxième ordre jouit d'une tension beaucoup plus grande et pénètre plus profondément dans les tissus placés sous la peau que le courant de premier ordre, lorsqu'on lui fait traverser la peau à l'aide des excitateurs humides.*

Si, après avoir gradué deux courans d'induction, l'un de premier ordre et l'autre de deuxième ordre, de manière à en obtenir, par le procédé exposé ci-dessus, des secousses égales en force, qui, par exemple, retentissent jusque dans les coudes; si, dis-je, après avoir ainsi réglé ces deux courans, on mesure de nouveau leur puissance physiologique en leur faisant traverser alternativement une couche d'eau distillée renfermée dans un tube en verre, on constate que le courant de premier ordre est infiniment plus affaibli que le courant de deuxième ordre. Mon appareil d'induction le plus puissant étant gradué au maximum, et les deux courans étant égalisés par le procédé ci-dessus, le courant de premier ordre cesse d'être perçu après avoir traversé une couche d'eau distillée de 8 centimètres d'épaisseur, tandis que le courant de second ordre est encore très appréciable au delà d'une couche d'eau distillée de 30 centimètres d'épaisseur. Ces phénomènes se produisent également, que les courans proviennent d'un appareil électro-dynamique ou qu'ils soient fournis par un appareil électro-magnétique. Ils démontrent que le courant de premier ordre surmonte beaucoup plus difficilement que le courant de deuxième ordre la résistance qui lui est opposée par l'eau, ou, en d'autres termes, que le courant de premier ordre a beaucoup moins de tension que le courant de deuxième ordre.

Il me paraît exister quelques rapports entre le degré de tension de ces courans et la profondeur différente à laquelle chacun d'eux a la propriété de pénétrer dans les tissus placés sous la peau. Voici comment j'ai découvert ces phénomènes : il m'est fréquemment arrivé d'avoir à localiser l'excitation électrique dans des muscles qui avaient perdu leur contractilité et leur sensibilité électriques, consécutivement à la lésion traumatique qui les animaient, du nerf radial, par exemple. Quand je me servais du courant de mon appareil d'induction, je parvenais à limiter l'excitation dans la couche musculaire paralysée, bien que le degré du courant fût assez élevé. Il n'y avait ni sensation ni contraction. Mais si je remplaçais le courant de premier ordre par celui de deuxième ordre, gradué au même degré, en prenant les excitateurs dans chaque main, les muscles de la région antérieure de l'avant-bras entraient en contraction et le sujet en percevait la sensation.

Il est évident que, dans ce dernier cas, le courant a pénétré plus profondément, et s'est recomposé dans les muscles de la région antérieure, après avoir traversé l'espace inter-osseux. J'ai observé des phénomènes analogues à la jambe, lorsque le nerf poplité interne ou le nerf poplité externe était lésé, c'est-à-dire qu'à un certain degré, le courant de deuxième ordre excitait à la fois la couche musculaire paralysée et la couche musculaire saine; tandis que le courant de premier ordre, même plus fort en apparence, quand on lui faisait parcourir les membres supérieurs des extrémités au centre, ne pouvait porter son action au delà des muscles paralysés.

Je pense que cette propriété toute spéciale que possède le courant de deuxième ordre de pénétrer dans les tissus placés sous la peau, plus profondément que le courant de premier ordre, dépend de sa plus grande force de tension.

B. — *Le courant de premier ordre excite plus vivement que le courant de deuxième ordre la sensibilité d'un muscle, lorsque sa recomposition est parfaitement limitée dans son tissu* (1). — *Le courant de deuxième ordre provoque plus énergiquement que le courant de premier ordre les contractions musculaires réflexes; en d'autres termes, il peut agir plus énergiquement sur la moelle épinière.*

Si, après avoir égalisé la puissance des courans de premier et de deuxième ordres, en prenant un cylindre excitateur dans chaque main, on compare de nouveau leur action en tenant les cylindres réophores dans la même main (il est bien entendu qu'ils ne doivent pas se toucher), on éprouve, dans cette main, une sensation plus piquante, plus pénétrante sous l'influence du courant de premier ordre qu'avec le courant de deuxième ordre. Si, au contraire, on gradue ces courans de telle sorte que chacun d'eux produise une sensation égale dans la main qui tient les deux cylindres réophores, et que l'on compare ensuite leur action en tenant un des réophores dans chaque main, on sent que le courant de deuxième ordre produit des secousses plus fortes dans les membres supérieurs que le courant de premier ordre. Les phénomènes que je viens d'exposer sont d'autant plus sensibles que les intermittences des courans sont plus rapides. Pour en faire apprécier la valeur, il importe d'expliquer le mode d'action physiologique de ces divers procédés.

Les contractions que l'on observe dans les membres supérieurs, quand chaque main saisit un des réophores du courant d'induction, se manifestent au-dessus du point excité; c'est-à-dire en sens contraire de la marche de la force nerveuse. Elles sont dues à la réaction de la moelle excitée par le courant électrique qui parcourt longitudinalement les membres, des extrémités au centre. Les phénomènes produits par ce mode d'électrisation, que j'ai appelé par action réflexe, sont exposés dans le chapitre III, § 3, de mon livre. — Les sensations et les contractions limitées à la face antérieure de la main qui tient les deux cylindres excitateurs à la fois, résultent de l'action directe du courant sur les nerfs et sur les muscles de la main avec lesquels ces cylindres sont en rapport.

Il ressort donc des expériences précédentes : 1° que le courant de deuxième ordre peut stimuler plus profondément la moelle que le courant de premier ordre, lorsqu'on électrise par action réflexe; 2° que le courant de premier ordre excite plus vivement que le courant de deuxième la sensibilité des muscles et des nerfs électrisés directement.

Il est quelques muscles sur lesquels il est facile, à cause de leur isolement, de constater l'action spéciale du courant de premier ordre sur la sensibilité. Je citerai comme exemple le deltoïde, le long supinateur, sur la partie moyenne duquel on place les deux éponges excitatrices, aussi rapprochées que possible. Mais lorsqu'on expérimente sur des régions où plusieurs couches musculaires plus ou moins épaisses sont superposées, la différence d'action des deux courans sur la sensibilité musculaire est moins facile à démontrer, car le courant de deuxième ordre possède plus de tension que le courant de premier ordre, ainsi que je l'ai démontré plus haut; ces recompositions sont plus profondes; alors une plus grande quantité de fibres musculaires entrant en contraction, il en résulte que la sensation en est proportionnellement augmentée. Si l'on place alors les deux courans dans des conditions identiques, en égalisant leur tension à l'aide d'un tube à eau, l'on voit combien le courant de premier ordre excite davantage la sensibilité musculaire.

§ II. — *Déductions pratiques.* Lorsqu'il y a quelques années, j'annonçai à l'Académie que le courant d'induction de premier et de second ordres jouissaient de propriétés spéciales qui les distinguaient entre eux, je démontrai par des faits l'importance de ces phénomènes au point de vue de l'application de l'électricité d'induction à la physiologie et à la thérapeutique. Ainsi, disais-je alors, l'action toute spéciale que le courant de second ordre exerce sur la rétine, doit lui faire préférer le courant de premier ordre dans les paralysies musculaires de la face ou du globe oculaire, car il y aurait danger, dans certain cas, à provoquer le phosphène électrique. Il serait indiqué, au contraire, de recourir à ce courant de deuxième ordre si la rétine avait besoin d'être excitée. J'ajoutai que l'énergie extrême avec laquelle le courant de deuxième ordre peut exciter la sensibilité cutanée fournit à la thérapeutique un moyen précieux de combattre les anesthésies de la peau, et de produire une révulsion cutanée supérieure, au besoin, à celle de l'action du feu, sans détruire les tissus, d'agir enfin dans les cas où le courant de premier ordre est impuissant.

Mais on comprend quelle est l'importance des deux courans de premier et de second ordres, et combien la nécessité de les trouver réunis dans les appareils électro-médicaux est devenue plus grande, depuis qu'il est démontré que chacun d'eux possède encore d'autres propriétés spéciales. Quelques exemples suffiront pour faire comprendre combien il est utile de savoir que le courant de deuxième ordre pénètre plus profondément les tissus que le courant de premier ordre, et que celui-ci excite plus vivement que l'autre la sensibilité et même la contractilité musculaires. Si l'on avait à pratiquer l'excitation électrique dans des masses musculaires profondes, protégées par des aponévroses épaisses, le courant de deuxième ordre répondrait parfaitement à cette indication, en raison de sa plus grande tension. C'est encore au courant de deuxième ordre, qui agit moins sur la sensibilité musculaire que le courant de premier ordre, que l'on devrait recourir de préférence lorsqu'il est indiqué de provoquer des contractions énergiques avec moins de sensation douloureuse, comme chez les enfans, et dans les paralysies de cause cérébrale, où l'on doit, autant que possible, éviter de réagir sur les centres nerveux. Le courant de premier ordre, dont la tension est faible, conviendra parfaitement dans les cas où il faut exciter vivement la sensibilité et la contractilité des muscles superficiels et peu volumineux, sans dépasser ses limites. Je citerai, par exemple, les paralysies ou les atrophies locales. — Dans la paralysie de la 7me paire, où la contractilité électrique est plus ou moins affaiblie, il est indiqué d'exciter vivement les muscles paralysés. Ces derniers offrant peu d'épaisseur, il faut choisir pour cela le courant dont la tension est moindre si l'on veut ne pas porter l'excitation trop profondément. On comprend que le courant de premier ordre remplit ces conditions, et cela d'autant plus qu'il a, comme on le sait, moins d'action sur la rétine et qu'il peut être appliqué, sans inconvénient, à l'excitation des muscles de la face.

(1) Les faits consignés dans cette note ont été reconnus parfaitement exacts par les observateurs nombreux qui ont été témoins de mes expériences. Parmi ces derniers, il en est dont on ne saurait nier l'autorité, en raison de leurs connaissances spéciales et de la haute position scientifique qu'ils occupent. Tout récemment encore, j'ai fait, en présence de MM. de La Rive, Dumonrel, Guérard, Soubeiran, etc., de nouvelles expériences qu'ils ont reconnues très concluantes, bien que les faits qui en ressortent soient contraires à certaines théories physiques. Enfin, ces faits viennent d'être mis hors de doute par un rapport de M. Bouvier, lu au nom d'une commission, à l'Académie de médecine, dans sa séance du 22 avril 1856. Ce rapport a été approuvé par cette savante compagnie.

Il m'était donc permis, en présence de *ce consensus omnium*, d'espérer que ces faits, qui peuvent être jugés physiquement et à l'aide des sens, ne rencontreraient pas de contradicteurs. Mais hélas! il n'est pas de vérité qui n'ait eu ses contradicteurs.

Je vois avec regret que M. le docteur A. Becquerel conteste, dans ses leçons sur l'électricité médicale, publiées en avril 1856, dans la *Gazette des hôpitaux*, l'existence de ces propriétés différentielles des courans d'induction de premier et de second ordres.

Cet observateur va même jusqu'à nier, théoriquement, la possibilité de développer un courant de deuxième ordre dans la deuxième hélice de mon appareil magnéto-électrique, tel qu'il est construit.

J'ai répondu victorieusement à cette objection, en expérimentant en présence des savans dont j'ai cité les noms ci-dessus. Je me mets à la disposition de M. le docteur A. Becquerel, et de son frère M. E. Becquerel, sur lequel il rejette la responsabilité de son opinion, et dont l'estime le talent d'observation plus que personne.

Je ne doute pas que mes savans contradicteurs ne se rendent à l'évidence des faits, lorsqu'ils auront pu les constater *de visu*.

(1) C'est M. Béclard, professeur agrégé de la Faculté de médecine, qui m'a mis sur la voie de ce curieux phénomène. Pendant que je répétais les expériences qui démontrent l'existence des propriétés différentielles des courans d'induction de différens ordres, qui ont été exposées dans mon *Traité de l'électrisation localisée*, mon savant confrère me fit remarquer que le courant de premier ordre excitait beaucoup plus vivement sa sensibilité que le courant de deuxième ordre, lorsqu'il tenait dans la même main les deux réophores humides de mon appareil d'induction. L'étude de ce phénomène, dont l'analyse sera exposée dans ce paragraphe, me conduisit à la découverte des faits qui font le sujet du travail que j'adresse à l'Académie.

PATHOLOGIE.

SUR LA TRACHÉOTOMIE DANS LE CROUP;

Par le dr G. Passavant, de Francfort.

Ce praticien distingué est partisan de cette opération, qu'il décrit en détail dans cet article. Mais il observe qu'il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner. Elle ne peut écarter qu'un symptôme de la maladie : la menace d'asphyxie par imperméabilité de la glotte, mais non modifier l'évolution de la maladie fondamentale. Il est hors de doute que, dans cette affection, le larynx peut se rétrécir plus ou moins complétement, moins par la fausse membrane, qui, seule, n'arrive jamais à produire ce résultat, que par la tuméfaction de ses parois internes, et, le plus souvent, par ces deux causes réunies. M. Passavant a examiné le

larynx d'un enfant mort du croup, et dont les membranes internes, revêtues d'une fausse membrane mince, étaient tellement gonflées, qu'une sonde très fine ne pouvait y passer sans violence. Il est souvent très difficile et même impossible de reconnaître si la menace d'asphyxie provient du larynx ou des poumons. Le médecin adversaire de l'opération verra toujours une affection pulmonaire; tandis que celui qui en est partisan se laissera décider par le sifflement particulier déterminé lors du passage de l'air à travers le larynx et par la menace d'asphyxie. Il n'est jamais trop tard pour opérer, aussi longtemps que l'enfant respire encore. (Moi-même, j'ai observé un cas où l'enfant avait cessé de respirer pendant que pratiquais l'opération; ce qui ne l'a pas empêché de revenir à la vie quelque temps après la section de la trachée; il est vrai pour mourir trois jours plus tard. Dans un cas obscur de croup ascendant, j'ai vu le professeur Rigand pratiquer le cathétérisme du larynx, pour décider de l'opportunité de l'opération. Tr.)

L'opération n'aggrave pas la position du malade; elle n'a pas d'inconvénients insurmontables par elle-même, et n'exerce aucune fâcheuse influence sur la maladie.

M. Passavant a fait cette opération neuf fois, sur lesquelles quatre heureuses. L'âge un peu plus avancé des enfans paraît être favorable, car le plus jeune des guéris avait 4 ans et 9 mois, et tous les morts, à l'exception d'un seul, étaient au-dessous de cet âge.

Ce praticien mentionne encore des essais qu'il a commencé à faire avec le chloroforme. Il a observé que, sous l'influence de l'inspiration des vapeurs de cet agent contre la pneumonie, l'expectoration visqueuse était comme enveloppée dans une exsudation liquide, et, partant de là, il a espéré pouvoir faciliter, de cette manière, le détachement des fausses membranes. A des intervalles plus ou moins longs, du chloroforme fut inspiré pendant une dizaine de minutes, mais sans amener le sommeil. Le résultat était surprenant. Des lambeaux de fausse membrane, de plusieurs centimètres de long, furent expectorés avec de violens efforts de toux. Mais ces observations ne sont pas assez nombreuses pour permettre déjà maintenant de se prononcer sur la valeur de cette médication. Se borne-t-elle à favoriser l'expulsion de l'exsudation, ou a-t-elle encore une influence favorable sur la crase sanguine, c'est ce que l'on ne peut encore décider. Il est probable qu'elle reste sans action sur la tuméfaction de la muqueuse du larynx, qui peut indiquer la trachéotomie. — (*Archiv. f. physiol. heilk.*, t. XIV, n° 4.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 21 Avril 1856. — Présidence de M. Binet.

Procédé opératoire qui simplifie les cas graves de paraphimosis.

M. Malgaigne adresse, sur ce sujet, une lettre dont voici un extrait:

« ..... Pour cet étranglement, comme pour les étranglemens herniaires, on cherche d'abord à opérer la réduction, et l'on y réussit le plus souvent. Mais, quand la réduction est impossible, on conseille alors, de même que dans les étranglemens herniaires, de diviser la bride qui étrangle, et au besoin de répéter cette section sur deux ou trois points. Or, on diminue bien ainsi les accidens de l'étranglement, mais la réduction n'en demeure pas moins impossible; du moins, pour mon compte, je ne l'ai jamais vu obtenir après une semblable opération. Quelle est la raison de cet insuccès? C'est que l'anneau préputial, en déterminant l'inflammation, l'ulcération, quelquefois même la gangrène des parties qu'il étrangle, commence par épaissir le tissu cellulaire sous-jacent, et par organiser des adhérences étendues entre la couche tégumentaire et les corps caverneux. Le débridement, même répété, ne détruit pas ces adhérences, et ne suffit pas, dès lors, à la réduction; tandis que la destruction de ces adhérences, même sans débridement, suffit pour permettre de ramener les parties à leur place.

« Ainsi, l'étude de l'affection m'a conduit à distinguer un élément nouveau, laissé jusqu'à présent dans l'ombre; la constatation de cet élément entraînait une indication nouvelle; et voici maintenant comment j'ai rempli cette indication.

« Un jeune homme est entré dans mon service le 11 de ce mois, pour un paraphimosis datant de cinq jours; et déjà on voyait sur le dos du pénis une ulcération superficielle embrassant plus de la moitié de la circonférence de l'organe. Les internes essayèrent vainement la réduction. Le lendemain, à la visite, je ne fus pas plus heureux; les adhérences des tégumens avec les corps caverneux y opposaient un obstacle insurmontable. Je glissai à plat, entre les tégumens et les corps caverneux, un bistouri étroit, à l'aide duquel je divisai ces adhérences dans l'étendue de 1 centimètre. Cela ne suffit point. Je reportai dans l'incision un bistouri boutonné, pour compléter la division des adhérences dans toute leur étendue; et la réduction fut obtenue avec la plus grande facilité. Dès le lendemain, l'engorgement du prépuce avait diminué; le troisième jour, l'ulcération était cicatrisée, et l'opéré est sorti le 20 avril, guéri déjà depuis plusieurs jours, et sans avoir éprouvé aucune espèce d'accident. »

Nids d'hirondelle salangane.

M. Hutin, médecin en chef des Invalides, envoie plusieurs nids d'hirondelle salangane, recueillis, il y a cinq ans, dans une grotte des environs de Java, par le voyageur qui lui en a fait don. M. Hutin a pensé qu'à raison des communications qui ont été faites récemment à l'Académie touchant la composition de ces nids, il pourrait y avoir quelque intérêt pour la science à faire examiner ceux qu'il offre aujourd'hui, et qui sont dans un parfait état de conservation.

« Les habitans du pays, dit M. Hutin, pensent généralement que les salanganes composent ces nids avec du frai de poisson, et que l'opinion des personnes qui en regardent la matière comme le produit d'une sécrétion particulière à ces petits oiseaux, est due à ce que l'on voit des fils de cette substance visqueuse pendre souvent de leurs becs à l'époque où ils la ramassent pour s'en servir. Il paraît que chaque nid reçoit habituellement deux œufs seulement. »

(Une commission composée de MM. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, Payen et Montagne, est invitée à examiner ces nids.)

— M. Wanner envoie une note ayant pour titre: *De la capillarité, théorie de la circulation sanguine*, note qui fait suite à celle que l'auteur avait présentée dans la séance du 31 décembre dernier.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine.

Séance du 5 Janvier 1856. — Présidence de M. Herpin (de Genève).

M. Barth communique à la Société une observation de thoracentèse, recueillie dans son service, à l'hôpital Beaujon. Le malade, âgé de 44 ans, entré au commencement de septembre 1855, à l'hôpital, portait, depuis 15 à 18 jours environ, un épanchement pleurétique du côté gauche, méconnu jusque-là. Sa pâleur, sa faiblesse, sa maigreur firent juger à M. Barth que la thoracentèse pouvait seule le débarrasser d'un épanchement aussi considérable. Elle fut pratiquée le 10 septembre matin, au moyen du trocart, avec les précautions ordinaires pour prévenir l'introduction de l'air. On retira environ deux litres d'un liquide citrin. La petite plaie, immédiatement fermée, se cicatrisa sans accident consécutif, et en moins d'un mois, après une double application de vésicatoire, toute trace d'épanchement avait disparu.

Le malade était sur le point de quitter l'hôpital, quand tout à coup, à la suite d'un refroidissement, l'épanchement se reproduisit, accompagné d'une fièvre intense. Une nouvelle ponction faite le 24 octobre donna issue à deux litres encore de liquide, mais, cette fois, de liquide purulent. La plaie fut refermée, mais la fièvre persista, les forces déclinèrent, les piqûres des deux ponctions s'enflammèrent, et une fistule s'ouvrit, qui laissait échapper un liquide puriforme, d'une odeur très fétide. Des injections d'eau tiède faites au moyen d'une sonde introduite par la fistule, ressortaient mal; on fut obligé de recourir à une nouvelle ponction à travers la fistule; une sonde en caoutchouc établie à demeure dans la canule du trocart, servait à des injections détersives, d'abord d'eau tiède seulement, ensuite d'eau iodée peu concentrée. Dans l'intervalle des injections, l'extrémité extérieure de la sonde étant relevée en haut et bouchée avec un fausset. Pendant les pansemens, cette même extrémité plongeait dans un bain d'eau tiède pour prévenir l'introduction de l'air. On a obtenu ainsi graduellement la détersion du foyer, et au moment de la communication de M. Barth, 5 janvier 1856, les injections ne sont plus pratiquées que tous les deux jours, la canule a été enlevée, le malade a retrouvé le sommeil, l'appétit s'est réveillé, et M. Barth croit pouvoir espérer une guérison.

Ce malade a été pour M. Barth l'occasion et le sujet de deux expériences fort intéressantes: l'une qui lui a permis de constater physiquement que le niveau du liquide épanché dans la poitrine est bien celui que signale la percussion, l'autre, qui l'a mis à même de mesurer en quelque sorte la force d'expansion du poumon; la sonde en gomme élastique qui plonge dans la masse du liquide épanché, est armée, à son extrémité extérieure, d'un tube de verre qui la continue, relevée en haut, et figure ainsi un vase de Mariotte: où l'on voit le liquide s'établir à un niveau correspondant aux limites de la matité thoracique; où l'on voit la colonne d'eau s'élever dans les inspirations jusqu'à 5, 10 et même 12 centimètres de hauteur, s'élever plus haut encore dans les mouvemens convulsifs de la toux, s'abaisser proportionnellement dans les expirations, et devenir ainsi une échelle de la force pulmonaire.

M. Barth considère la thoracentèse comme une opération beaucoup plus grave qu'on ne s'est plu, trop légèrement, selon lui, à le dire dans ces derniers temps. Il insiste surtout sur la nécessité de prévenir l'introduction de l'air dans la poitrine et sur les précautions ordinaires en pareil cas.

M. Fournet a pris beaucoup d'intérêt à la communication de M. Barth. Elle confirme, à plusieurs points de vue, ce qu'il a écrit sur ce sujet, il y a seize ans, et elle se rapproche des expériences manométriques qu'il a faites il y a seize ans aussi. En 1839-40, M. Fournet, après plusieurs cas de thoracentèse observés dans les hôpitaux, après trois thoracentèses pratiquées par lui-même avec le bistouri et le trocart, après l'étude attentive des cas rares alors de thoracentèse heureuse, et des cas fort communs de thoracentèse suivis de mort, s'attacha à la recherche de la cause de ces rares succès et de ces insuccès. Il résultait de cette étude que la cause des insuccès n'était pas ou était bien moins dans l'opération prise en elle-même, que dans les conditions morbides où elle était pratiquée:

Pratiquée en quelque sorte *in extremis*, comme on le fait ou comme on le faisait le plus souvent, chez des malades épuisés par une longue maladie, par des rechutes fréquentes, par un traitement long, débilitant, douloureux, renouvelé à chaque rechute; chez des malades atteints d'un épanchement qu'on a laissé devenir purulent, consumés par la fièvre hectique, tombés dans la dyspepsie, et dans un appauvrissement du sang proportionnel à la diminution du champ de la respiration; l'opération de la thoracentèse peut bien écarter la mort par asphyxie, mais elle ne saurait écarter la mort par épuisement, moins imminente, il est vrai, mais prochaine et inévitable. La thoracentèse, pratiquée dans ces conditions, ne peut même que précipiter ce fatal dénoûment: dans ces conditions extrêmes, en effet, M. Fournet a constaté, par l'autopsie, que le poumon, longtemps comprimé par l'épanchement, refoulé dans le fond de la poitrine, réduit à presque rien de son volume primitif, est retenu dans cet état de presque anéantissement par une fausse membrane tellement ancienne, tellement épaisse, dense et résistante, qu'aucun effort de respiration du malade ne saurait la rompre ou la faire céder et faire sortir le poumon de cette étroite prison. M. Fournet a adapté plusieurs fois à la trachée-artère des poumons, réduits à cet état, l'extrémité d'un fort soufflet de cuisine, sans pouvoir parvenir à déployer le tissu pulmonaire ainsi emprisonné, même sous les plus fortes et les plus longues insufflations. Pratiquée dans de telles conditions, non seulement la thoracentèse ne peut apporter à l'organisme épuisé aucune ressource de relèvement, de réparation, par la respiration, mais elle ne peut que précipiter la mort par épuisement; car, à quelques précautions qu'on ait recours, l'air s'introduit, par un effet physique inévitable, dans la cavité pleurétique dont le poumon ne comble pas, à mesure qu'il se produit, le vide laissé par le liquide épanché au dehors; et dès lors, s'il ne l'était déjà, le liquide devient purulent, une inflammation putride, ulcéreuse, ardoisée, s'empare de cette vaste surface laissée à nu et déjà morbide; la fièvre hectique s'exaspère, et le malade, déjà sur la pente du marasme, est rapidement emporté.

Si au contraire la thoracentèse est pratiquée, dès que l'épanchement s'est déclaré rebelle à la série des moyens qui sont en usage dans les épanchemens passés récemment à l'état chronique, avant que les forces de réaction vitale du malade soient affaiblies par une longue maladie et un traitement long et répété, avant que la couche pseudo-membraneuse, déposée par l'inflammation sur la surface de la plèvre, ne soit capable de résister à l'expansion pulmonaire; alors, la thoracentèse ne sera plus seulement un moyen de prévenir l'imminence de l'asphyxie; elle sera un excellent moyen de traitement de la pleurésie chronique elle-même, entretenue par ses propres effets; elle sera un moyen de relèvement de l'organisme par le rétablissement de l'une de ses sources les plus puissantes de réparation, la respiration; elle trouvera toutes les fonctions bien plus en état de seconder la respiration, et elle se dépouillera presque complétement du plus grand de ses dangers, l'introduction de l'air dans la plèvre, qu'il sera possible alors d'éviter.

Ces deux modes d'application de la thoracentèse ont été désignés par M. Fournet, sous les noms de: *Méthode tardive* et *Méthode hâtive*. C'est pour la méthode hâtive que ses recherches et sa propre expérience pratique le font se prononcer; mais pour prévenir toute exagération, toute fausse application de thoracentèse hâtive, M. Fournet cherche à définir et à limiter, par les signes de chaque circonstance, les cas de cette application.

Chez le malade de M. Barth, ajoute M. Fournet, l'épanchement ne datait que de 18 à 20 jours au moment de la première thoracentèse: on était donc au commencement de la pleurésie chronique; le poumon a pu revenir sur lui-même, dès que l'obstacle qui l'opprimait a été levé. Aussi le succès a-t-il été complet. Car, nous devons croire, comme nous le dit M. Barth, qu'il ne restait plus aucune trace d'épanchement au moment de la rechute. A la suite de cette rechute, du retour de l'épanchement, nous nous trouvons encore dans les conditions de la méthode hâtive, quoique un peu moins bonnes que la première fois; aussi les autres thoracentèses, quoique rencontrant un liquide purulent, et un malade en proie à la fièvre, laissent-elles à M. Barth les meilleures espérances de succès, parce qu'elles peuvent encore trouver un poumon capable de se déployer et sont survenues dans de bonnes conditions vitales du malade.

M. Fournet fait aussi la part des injections iodées dans ce cas et dans tous les cas analogues: l'iode, et ses préparations, lui paraît avoir, indépendamment des effets toniques reconstituans sur l'organisme pris dans son ensemble, que tous les praticiens lui reconnaissent, l'iode lui paraît avoir une action locale du même ordre, plus prompte dans ses effets, remarquable surtout dans les inflammations chroniques et purulentes des membranes et des tissus. M. Fournet est du nombre des praticiens qui croient que ses applications locales ne sont pas encore aussi variées et aussi fréquentes qu'elles pourraient l'être. La raison de cette efficacité de l'iode en tant de cas divers, les uns qui relèvent de l'hygiène, les autres de la thérapeutique, est toute simple, dit-il: l'iode est un des élémens constitutifs de l'homme, et de l'air, de l'eau, des végétaux, des animaux dont il se nourrit.

L'idée qu'a eue M. Barth de mesurer en quelque sorte la force d'expansion et de retrait du poumon par l'ascension et la descension de la colonne d'eau dans la sonde et le tube qui communiquent avec l'intérieur de la poitrine; cette idée avait déjà été conçue et mise en pratique par M. Fournet, en 1839, mais sous une autre forme: à cette époque, M. Fournet adapta à la canule trachéenne d'une malade qu'il avait opérée de trachéotomie, l'appareil manométrique de M. Cagniard de Latour. A l'aide de cet appareil, il lui fut facile de déterminer, dans une série d'expériences, la force relative des diverses sortes de voix, des deux mouvemens de la respiration et de leurs variétés, par les variations de la colonne manométrique. C'était la *dynamométrie pulmonaire* par la voie directe. M. Fournet a consigné quelques-uns des résultats de ces expériences dans son ouvrage sur l'auscultation et la première période de la phthisie pulmonaire.

M. Larrey rapporte, à propos de la thoracentèse, le cas fort intéressant d'un malade près duquel il fut appelé pour pratiquer la ponction de la poitrine, et chez qui l'épanchement était tellement considérable, les espaces intercostaux tellement saillans, la peau tellement distendue, que l'introduction du trocart fut comme le signal d'un déchirement des tissus qu'il traversait. M. Larrey fait remarquer, à ce point de vue nouveau, les inconvéniens, les dangers d'une trop longue attente, et par conséquent les avantages de la *méthode hâtive* sagement entendue.

M. Herpin s'alarme de la publicité donnée à la thoracentèse; il craint que des esprits moins sages, moins expérimentés, entraînés par l'exemple, n'abusent d'une opération qui lui semble presque toujours inopportune. La pleurésie avec épanchement est si rarement mortelle, dit M. Herpin, quand elle n'est pas compliquée de phthisie pulmonaire; elle guérit si constamment par les moyens ordinaires, qu'il y a danger, selon lui, aux encouragemens donnés à la thoracentèse.

M. Fournet distingue soigneusement l'usage de l'abus. Il n'est que trop vrai que l'abus est, en tout, et sera toujours à côté de l'usage, parce qu'il y a toujours eu et qu'il y aura toujours des imprudens à côté des sages. Mais l'abus des meilleures choses n'est pas une raison d'en supprimer l'usage; il est seulement une raison d'en bien définir les conditions, d'en bien limiter les applications. La pleurésie avec épanchement cède presque toujours aux moyens antiphlogistiques, dérivatifs et diaphorétiques employés à temps et comme il faut; sans doute, mais il y a les cas exceptionnels où elle ne cède pas à ces moyens, soit que ces moyens n'aient pas été employés à temps et comme il faut, soit par d'autres raisons qui tiennent au malade en lui-même et à ses imprudences. Eh bien, c'est à quelques-uns de ces cas que s'adresse la thoracentèse. Et en supposant tel de ces cas, dans lequel l'épanchement est devenu chronique et rebelle aux moyens ordinaires parce qu'il est compliqué d'un commencement de tuberculisation du poumon, cette complication ne serait pas encore une raison absolue d'écarter la thoracentèse; en effet, rien n'est plus capable de précipiter la marche de la tuberculisation, soit qu'on la considère comme maladie locale ou comme maladie générale, que le fait pris en lui-même d'un épanchement pleurétique, considérable et persistant; cela est si vrai, que ce seul fait d'un épanchement pleurétique, considérable et persistant, est capable de déterminer à la longue une tuberculisation de la fausse membrane qui enveloppe le poumon, et du poumon lui-même, chez des malades qui n'avaient eu jusque-là aucune prédisposition ni personnelle, ni héréditaire à la phthisie tuberculeuse. M. Fournet a donné dans son ouvrage des exemples et l'explication de ces cas particuliers de tuberculisation consécutive aux épanchemens chroniques et d'abord simples.

Le secrétaire général, Dr J. Fournet.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc., etc., avec une *Introduction* par M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique, etc. — *Deuxième édition* revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix: 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'École de médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X, — N° 55. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 6 Mai 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Les fièvres sudatoires (fèbres hélodes), suette, suette miliaire, fièvre miliaire sporadique et épidémique, certaines formes de fièvre puerpérale, fièvre pernicieuse diaphorétique, des auteurs. — II. THÉRAPEUTIQUE : De l'emploi des eaux alcalines de Vichy dans les diathèses à forme anémique et scorbutique. — III. PATHOLOGIE : Un mot sur une endémo-épidémie de névroses prolifiques. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médico-chirurgicale de Paris* : Fracture comminutive ; bandage par occlusion. — Craintes quelquefois exagérées dans l'exercice de la médecine. — Action, sulfate de quinine et fébrifuges indigènes contre les maladies intermittentes. — V. PRESSE MÉDICALE : Résection d'une partie du nerf lingual. — Cas de guérison de névralgie du nerf maxillaire inférieur, par résection de ce nerf. — Ligature de l'artère linguale. — Matrice trouvée chez un homme de 63 ans. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : De l'avenir de la médecine.

PARIS, LE 5 MAI 1856.

LES FIÈVRES SUDATOIRES (FEBRES HELODES), SUETTE, SUETTE MILIAIRE, FIÈVRE MILIAIRE SPORADIQUE ET ÉPIDÉMIQUE, CERTAINES FORMES DE FIÈVRE PUERPÉRALE, FIÈVRE PERNICIEUSE DIAPHORÉTIQUE, DES AUTEURS ;

Par M. le docteur BORCHARD, de Bordeaux (1).

Peu de sujets, en pathologie, méritent plus que la suette de fixer l'attention des médecins. Singulière maladie, en effet. Notre génération médicale actuelle n'en avait presque point entendu parler au temps de ses études, lorsque, tout à coup, ce nom est venu prendre une place assez large dans ses préoccupations. Celles-ci sont d'autant plus vives que la science, encore à l'heure qu'il est, est plus incertaine sur l'étiologie, la nature et la thérapeutique de cette classe de maladies. Tels écrivains les proclament insignifiantes, ce qui est un optimisme que démentent certaines épidémies meurtrières ; tandis que tels autres les placent presque au même rang que le choléra, dont, d'après eux, elle serait une forme, une nuance, ou du moins, un satellite.

Rien de plus curieux que l'aperçu, tracé par M. Borchard, des principales doctrines émises à ce sujet en France, en Allemagne et en Italie. Tout en conservant à ces analyses une étendue proportionnée au cadre restreint qui les renferme, l'auteur a su les rendre très complètes. Souvent un seul mot, une épithète, lui suffit pour faire ressortir le côté faible de l'opinion dont il rend compte. J'ai hâte d'ajouter que la rigueur de cette œuvre de critique, toujours ingrate de sa nature, se trouve ici constamment tempérée par une respectueuse déférence pour les noms célèbres, et par une bienveillance marquée pour tous. L'auteur met un soin souvent ingénieux de faire ressortir les moindres qualités des travaux que les intérêts de la vérité le forcent à critiquer.

Cette multitude d'opinions a pour conséquence bien grave une diversité extrême dans la pratique. C'est à la fois une situation pleine de dangers pour les malades, pleine de perplexités pour les médecins, et peu favorable à la dignité et à l'éclat de la médecine. Il est donc naturel, il est juste et nécessaire que tous ceux qui ont occasion d'observer une maladie encore si mal connue, apportent leur tribut au fonds commun de nos connaissances. Ce devoir, M. le docteur Borchard l'a déjà rempli une première fois. Il rappelle avec un orgueil bien légitime qu'en 1841, la Société de médecine de Bordeaux l'avait inscrit en tête de ceux d'entre ses membres qu'elle déléguait dans le Périgord, décimé par cette épidémie de suette qui, jusqu'à ce jour, est restée la plus importante de toutes celles qu'a vues le siècle actuel. Au retour de la commission, dont il était le rapporteur, il présenta à la Société un travail, « dont le cadre, dit-il, était considérablement élargi. En outre de l'historique exact de l'épidémie actuelle, de la topographie médicale de son théâtre, etc., il contenait le résumé de beaucoup d'autres épidémies, ainsi que des travaux auquels elles avaient donné lieu. L'ensemble de ces études me permit d'établir une série de propositions sur l'étiologie, la nature et la thérapeutique des fièvres miliaires en général. Ce fut toute une doctrine complète, neuve, satisfaisant à toutes les nécessités de la pratique, sans blesser aucun des principes immuables de la science, et sans faire aucune concession à l'empirisme. » (Page 37). Ce travail fut, à cette époque, très favorablement jugé par la presse médicale, et les principales choses qu'il renferme ont été souvent reproduites dans d'autres publications. Depuis lors, M. Borchard en a appelé à l'expérience, le juge suprême de toutes les idées, pour me servir de son expression. Il a observé deux autres épidémies, il y a recueilli une ample moisson de faits ; la science et l'humanité y ont droit, je prends la liberté de le lui rappeler énergiquement.

Aujourd'hui, il n'a pu donner qu'un fragment ; tel qu'il est, je l'ai néanmoins lu avec fruit et plaisir. En outre des analyses dont j'ai déjà parlé, il y a là des renseignemens bien intéressans sur l'extension que les fièvres miliaires ont prise en Europe ; il y a une foule d'idées jetées çà et là qui soulèvent des problèmes aussi ardus qu'importans ; il y a, enfin, une hauteur de vues que l'on est heureux de rencontrer et que trop rarement on rencontre chez le médecin que les exigences de la pratique tiennent trop souvent courbé sur les réalités actuelles et pressantes de l'art.

Le style de ce travail répond à la grandeur du sujet. Je citerai ce passage comme *specimen* de la manière de l'auteur :

« Et l'art médical grandit avec son objet. Alors les investigations du praticien, circonscrites dans le cercle étroit des symptômes morbides, ne nous suffisent plus, et nous nous rendons tributaires de la plupart des sciences. Non contens de demander à la géographie la connaissance générale des contrées, théâtres des épidémies, celle de leur aspect et de leur configuration, nous fouillons le sol à la suite du géologue, nous l'interrogeons sur les révolutions successives qui tour à tour y ont allumé et éteint des volcans, formé ses couches et peuplé ses abîmes d'animaux et de végétaux, qui actuellement n'ont plus leurs analogues sur le globe. Nous suivons, avec un soin minutieux, le cours des eaux, fleuves majestueux ou modestes ruisseaux, qui arrosent cette terre, tantôt la fécondant, tantôt la transformant en un foyer pestilentiel ; nous étudions sa flore, sa faune, sa météorologie ; et ces mille enseignemens, que chaque science nous fournit épars, et, en quelque sorte, stériles dans leur isolement, nous les relions en un faisceau lumineux, afin qu'il nous dévoile la cause délétère qui décime les populations, et afin que l'homme, destiné à être le maître de la création, n'en soit pas, en réalité, l'esclave. »

Ce travail de M. Borchard n'est qu'un programme, ou plutôt, comme il le dit lui-même, la préface d'un ouvrage étendu qu'il promet à la science. Dans cet ouvrage, l'auteur se propose de traiter les questions suivantes :

« Essentialité des fièvres ; connexion entre les fièvres continues, les rémittentes et les intermittentes ; rôle des inflammations locales qui peuvent venir compliquer ces diverses classes de pyrexies ; l'influence réciproque de ces deux ordres de lésions, et les modifications dans le traitement, que commande leur existence simultanée ; la nature véritable des maladies éruptives aiguës ; réalité des crises dans le sens hippocratique, des métastases, de la répercussion, de la contagion, etc. »

Voilà, s'écrie l'auteur, et certes avec raison, de vastes horizons ouverts à l'œil qui aime à interroger l'espace ; voilà les thèses les plus délicates qui aient jamais divisé et passionné les médecins. Espérons que M. Borchard tiendra le solennel engagement qu'il vient de contracter ; il possède les heureuses et rares qualités nécessaires à une pareille œuvre, une grande et solide érudition, la connaissance de langues étrangères, un

(1) In-4°, Paris, 1856.

Feuilleton.

DE L'AVENIR DE LA MÉDECINE.

Voilà, Monsieur le rédacteur, un titre bien gros d'ambition ; rassurez-vous cependant. Pas un instant je n'ai songé à définir ou à limiter les destinées futures de la science médicale ; je n'aborde pas ces hautes conceptions. Mon but est plus étroit, quoiqu'il entre dans le vif de nos intérêts professionnels ; car cet avenir qui me préoccupe, qui nous menace tous, qui est déjà le présent par tant de côtés, est celui de notre profession. Remarquez que je n'accuse pas, que je n'exprime ici ni plainte, ni regrets, j'expose un fait, rien de plus. D'ailleurs peut-être, en fin de compte, quand la génération présente aura subi l'amertume de la transformation, tout sera-t-il pour le mieux ; j'en doute, et cependant, qui sait ? Mais, au risque de troubler les sommeils obstinés et les rêves d'or, il faut bien avouer qu'aujourd'hui la profession de médecin est finie, qu'elle est à peu près perdue.

Qui d'entre nous, s'il s'interroge avec sincérité, n'a pas la conscience intime de cette inévitable déchéance ? Voyez en effet. Nombreux sont, depuis quelque temps, les projets de reforme, d'améliorations, d'organisation, etc., pour nos institutions médicales. Eh bien, qu'ils soient inspirés par la vive exigence des besoins de la corporation, ou qu'ils aient leur source dans un principe de charité et d'assistance, qu'ils offrent un système complet ou le redressement partiel d'un tort ou d'une injustice, en quoi se résument tous ces projets ? A peu près invariablement et sauf des nuances insignifiantes, en une formule équivalente qui suppose un état de choses où le médecin devient un fonctionnaire public, un ministre de la santé ; où, à la spontanéité de notre intervention, à la liberté qui était le mérite, l'honneur, et pour la société la garantie morale de notre mission, on substitue un devoir respectable assurément dans son objet, mais qui devient onéreux et vulgaire, mesuré qu'il sera par le besoin capricieux de tous et consacré dans toutes ses conséquences par un traitement.

Pourquoi cet accord imprévu entre des projets d'origine si différente, inspirés par des sentimens qu'on peut considérer, sans calomnie, comme antagonistes ? Ce mouvement si constant dans sa direction, cette agitation incessante du corps médical cherchant çà et là un sol nouveau, de nouvelles conditions d'existence, ne seraient-ils que la manifestation d'une inquiétude déraisonnable, du désir irréfléchi d'innover ? Ils sont vraiment bien davantage ; ils sont l'expression nettement accusée de souffrances réelles, le symptôme énergique d'un malaise incurable, d'une désespérante infirmité. Le corps médical sent que la terre lui manque, que la vie lui échappe : il se démène sous l'étreinte d'aventures fatales qui le déroutent et l'effraient, et cette attitude caractérise le danger. Une profession est perdue quand tous les cœurs ardens, quand tous les esprits vigilans qui lui appartiennent cherchent à tout prix un régime qui les protége ou une issue qui les sauve.

Les causes de cette situation que trahissent les efforts même que nous faisons pour en sortir sont complexes dans leur origine, variables dans leur importance, inégales dans leur action, mais toutes sont puissantes, parce qu'elles touchent par un nombre infini de côtés aux rapports qui unissent la médecine à la société. Les unes sont la conséquence du mouvement de l'intelligence humaine, des améliorations sociales ; elles grandissent tous les jours, et rien n'arrêtera leur force de progression. Un certain nombre accuse le vice de la législation qui nous régit ou est la peine de nos propres torts. Quelques-unes, cela paraît étrange, ont été créées par nos travaux, par nos progrès. Tout s'est réuni pour préparer cette ruine et en marquer l'heure prochaine.

Les conquêtes de l'esprit humain dans le domaine des sciences, la diffusion de plus en plus active des connaissances par toutes les voies de la publicité, en vulgarisant les notions de la physique, de la chimie, de la physiologie, etc. ; nos méthodes et nos formules elles-mêmes dépouillées aujourd'hui de tout mystère, et dont le secret devient celui de chacun, tout s'emploie à répandre, à généraliser une instruction médicale fort incomplète certainement, mais qui, insuffisante pour les besoins de ceux qui l'invoquent, nous soumet cependant à une sorte de contrôle qui ne reconnaît pas volontiers son incompétence, de telle façon que, discutée, contestée, la pratique médicale est à peu près complétement dépouillée de cette puissance intime dont elle a besoin pour agir avec autorité, avec succès sur les conditions physiques et morales de l'homme.

Le charlatanisme, celui-là qui exploite un titre officiel ou une méthode thérapeutique plus ou moins justifiable, est venu fortifier les résistances. Tandis qu'il nous déconsidérait collectivement par son indignité que cache mal un diplôme, il déchirait, dans l'intérêt d'une sordide spéculation, le voile qui couvre la science, il altérait, à son profit, le but de la publicité scientifique, et marchait au-dessus de la pratique honnête en séduisant les imbéciles par l'évidence prétendue de ses moyens, par la simplicité menteuse de ses démonstrations. Ainsi, la médecine était mise à la portée de toutes les intelligences, sinon de toutes les bourses, au grand dommage de la santé publique. Publication de toute nature, petites brochures, méthode Raspail, méthode naturelle, etc., etc., j'en passe et des meilleures.

L'exercice illégal sous toutes ses formes, tous les genres de piperies, homœopathie, remèdes spiritualistes, somnambulisme, matrones, rebouteurs, sorciers illuminés, eaux miraculeuses et jusqu'aux tables tournantes, venaient compléter l'attaque. En cette matière tout réussit, même la plus énorme mystification. « Toujours debout malgré les édits, les décrets, les lois et les arrêts, malgré la réprobation universelle des honnêtes gens, l'exercice illégal marche invulnérable et triomphant, soutenu par des forces puissantes, l'amour de l'absurde, du merveilleux, la peur de la mort. »

Et puis les remèdes secrets, les sirops préparés, les préservatifs, les spécifiques, les anti..... de toutes variétés que chacun peut acquérir et employer sans surveillance et sans contrôle ! La pharmacie se plaint bien haut et veut sortir d'affaire, elle a raison sans doute ; mais elle s'est suicidée par les procédés, qu'elle a elle-même mis en œuvre, en bracannant sur les terres de la profession médicale, et à elle il sera peu pardonné parce qu'elle a beaucoup péché.

Les améliorations sociales, la mise en action de tant de procédés d'économie politique, qui tous ont pour but une assistance légitime et

sens critique très pur et tempéré par la bienveillance, l'avantage d'avoir vu et observé de grandes épidémies de suette, un riche fonds de faits, la forme littéraire, la forme trop négligée de nos auteurs modernes, et qui cependant contribue tant à la durée des œuvres.

Amédée Latour.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DES EAUX ALCALINES DE VICHY DANS LES DIATHÈSES A FORME ANÉMIQUE OU SCORBUTIQUE;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux de Paris,

Par le docteur F. Barthez, médecin de l'hôpital militaire de Vichy.

L'opinion générale des médecins est, que les alcalis ne sont pas applicables aux affections qui dépendent d'une constitution lymphatique, anémique ou scorbutique; ce qui est vrai en principe, car ces deux mots, alcali et scorbut, jurent dans le monde médical de se trouver ensemble; mais comme il n'y a pas de règles sans exceptions, il est donc utile de préciser les cas dans lesquels cette médication pourra être employée, sans aggraver, dans cette circonstance, la mauvaise situation des malades.

Or, il est évident que si ces affections dépendent directement de la nature vicieuse ou lymphatique du sujet, comme tumeurs blanches, engorgemens des glandes cervicales, chlorose, etc., les eaux alcalines, dans ces cas, ne peuvent évidemment leur être favorables.

Mais si ces affections sont la conséquence, comme nous le voyons souvent, d'un tempérament lymphatique *acquis*, soit par l'influence du genre de vie, de digestions incomplètes, d'alimens de mauvaise nature, des habitudes, du climat, de la profession, ou par suite de maladies chroniques ayant amené cette débilité générale chez le sujet; de fièvres intermittentes rebelles, avec cachexie paludéenne; d'engorgement du foie, de la rate ou des ganglions mésentériques, s'accompagnant d'épanchement de sérosité générale et même d'hémorrhagies passives, les eaux alcalines de Vichy, ainsi qu'un grand nombre d'observations nous permettent de l'affirmer, comme nous allons le voir, sont employées dans ces cas, avec le plus grand avantage, pour la guérison de la maladie et la reconstitution du tempérament morbide du malade.

Les eaux de Vichy, comme chacun sait, sont composées de 5 grammes de bicarbonate de soude par litre, et de beaucoup d'autres sels, ce qui rend cette boisson une des plus riches en principes salins de la thérapeutique des eaux minérales.

Dans ce mémoire, j'ai voulu surtout appeler, Messieurs, l'attention de la Société sur les affections de la rate, compliquées ou non d'engorgement du foie, maladies qui amènent consécutivement cette diathèse anémique ou scorbutique dont je désire vous entretenir.

Dans cette affection, on remarque presque toujours, pour peu que la rate soit engorgée depuis un certain temps, des épanchemens séreux, soit dans l'abdomen, soit dans les jambes, phénomène qui caractérise ordinairement le commencement de la cachexie, que l'on désigne sous le nom de cachexie paludéenne. Les fluides et les solides, dans cette diathèse, sont particulièrement abaissés dans leur dynamisme physiologique; il y a aussi une viciation générale des humeurs avec diminution de la plasticité du sang et des globules rouges, avec prédominance des globules blancs, altération symptomatique, comme vous savez, que l'on a désignée sous le nom de *leucocythémie*. Cet état s'accompagne ordinairement aussi d'hémorrhagies passives sous-cutanées ou nasales; les membranes muqueuses de la bouche et des gencives sont pâles, molles et à peine colorées; il existe un dérangement plus ou moins apparent des fonctions *digestives* et *assimilatrices*, d'où résulte en grande partie, soit ici, soit dans toutes les maladies à longues souffrances, cette altération du sang, ces diathèses avec toutes les conséquences pathologiques dont nous venons de parler. Eh bien, les eaux alcalines, dans cet état de débilité de l'organisme, bien loin de favoriser le mauvais état des malades et les hémorrhagies passives, comme on le pense généralement, quand on ne fait pas la distinction des causes morbides, relèvent au contraire les forces organiques et tarissent les pertes du sang, en lui donnant de la plasticité par suite du rétablissement, ou mieux, en réveillant les fonctions digestives et assimilatrices de leur engourdissement, ainsi qu'en modifiant l'acidité, acidité qui a été constatée dans les humeurs des individus atteints d'affections chroniques, ou bien en y introduisant la quantité de soude qui leur manque, et dont l'appréciation, sous ce rapport, se trouve consignée dans un excellent ouvrage de notre savant collègue, M. Becquerel. Ajoutons aussi que les eaux alcalines sont le remède altérant le plus efficace pour détruire les effets toxiques de ce ferment miasmatique paludéen, dont la présence, quelque minime qu'elle soit, empêche toujours le retour complet des malades à un état parfait de santé.

Ces altérations morbides, dont nous venons de parler et qui sont le résultat des affections chroniques, expliquent suffisamment aussi le pour quoi les eaux alcalines sont si utiles dans toutes les affections anciennes provenant surtout d'une altération des organes de la digestion et de l'assimilation, avec altération dans la nature chimique des humeurs.

Permettez-moi, Messieurs, avant de vous lire mes observations cliniques sur les maladies de la rate, de m'arrêter un instant sur le mot altération chimique des humeurs. La nature acide ou alcaline des humeurs n'a pas été toujours prise au sérieux par tous les médecins, beaucoup même en ont ri; eh bien, voici, en peu de mots, ce qui a été positivement constaté et ce que je vois, tous les ans, se produire chez les malades qui font usage des eaux de Vichy.

Ce qui prouve donc que les humeurs ou sécrétions morbides se présentent avec des propriétés acides, c'est que les larmes, naturellement alcalines, deviennent acides à la suite d'une ophthalmie, et que le mucus nasal ou bronchique offre de semblables propriétés dans le coryza et la bronchite inflammatoire.

Prout assure également que la sueur et les autres fluides contiennent de l'acide acétique dans toutes les maladies chroniques, quel que soit l'organe malade.

M. Becquerel, notre honorable collègue, et M. Cahen ont constaté aussi une diminution de la soude du sang, chez tous les sujets affectés de fièvre *lente inflammatoire* ou maladies chroniques. Ce qui contribue, évidemment, à faire ressortir davantage et à mettre en évidence l'acidité des humeurs.

A l'appui de tous ces faits, et pour corroborer ces observations, j'ajouterai ce que je vois chez tous les malades qui prennent les eaux alcalines de Vichy à une dose assez élevée pour faire passer les urines, qui sont naturellement acides, à l'état d'urines alcalines.

Dans cette situation d'alcalinité, s'il arrive que le malade vienne à éprouver un dérangement quelconque, un peu de fièvre, de la diarrhée, des coliques, un coryza, une indigestion, une fatigue corporelle ou une irritation de la peau un peu étendue, toutes ces causes d'un dérangement physique, suffit pour faire passer l'urine, qui était alcaline auparavant, à l'état acide. Et ce changement se produit avec une facilité telle, que le simple mouvement fébrile, qui a lieu à la suite d'une digestion un peu laborieuse, suffit aussi pour l'opérer; et ce qu'il y a de bien remarquable, c'est que dès que ce trouble digestif a cessé, une ou deux heures après, l'alcalinité reparaît sans que la personne ait pris une nouvelle quantité d'eau minérale.

Mais, Messieurs, ce n'est pas seulement les souffrances physiques qui déterminent ce changement dans la nature chimique de nos humeurs, il y a encore les souffrances morales, et cela est si vrai, que si un malade, par exemple, buvant les eaux de Vichy de manière à alcaliser ses urines, vient à recevoir l'avis d'une mauvaise nouvelle, ou qu'une peine morale vienne à le frapper subitement, ses urines alcalines passent à l'instant même, pour ainsi dire, à l'état d'urines acides. Et si cette peine morale n'est que de courte durée, et que la tranquillité d'esprit renaisse, l'alcalinité reparaît. Aussi je l'ai vu revenir une fois au bout de vingt-quatre heures, chez un malade qui n'avait pas repris les eaux depuis qu'il avait reçu une lettre qui l'avait vivement contrarié; une seconde lettre, mais de nature satisfaisante, avait ramené l'alcalinité de la veille.

Nous voyons d'après cela, Messieurs, que l'alcalinité et l'acidité des humeurs invoquées par des théories médicales anciennes, ne sont pas sans quelque valeur fondamentale. C'est pourquoi, Messieurs, je vous demande grâce de cette digression que j'ai cru utile dans l'intérêt de la science.

Obs. I. — M. V..., âgé de 28 ans, constitution lymphatique, a été atteint plusieurs fois de fièvres intermittentes pendant un séjour de cinq ans qu'il a fait en Afrique. A la suite de ces fièvres, la rate s'engorge, le ventre augmente de volume, et de la sérosité ne tarde pas à s'y manifester de telle sorte, que le malade finit insensiblement par ne plus pouvoir boutonner ses habits.

La durée de la maladie, l'usage des médicamens, l'influence du climat ayant détruit sa santé, M. V... rentre en France, et arrive à Vichy en 1848 dans un état très fâcheux.

Pendant la cure qu'il fait très péniblement à la dose de trois à quatre verres d'eau par jour, et un bain tous les deux jours, il est pris, vers le douzième jour du traitement, d'hémorrhagie passive qui se déclare à travers une ulcération légère d'une glande cervicale en suppuration. C'est avec la plus grande peine qu'on peut venir à bout d'arrêter le sang qui s'échappait à chaque instant malgré l'application des moyens hémostatiques les plus énergiques. La quantité de sang pouvait être évaluée à un demi-litre environ.

Remis de cet accident, ce malade, plein d'énergie morale, reprend les eaux, mais en boisson seulement; lorsque, huit jours après, il est pris de nouveau d'hémorrhagie nasale. Le sang rendu cette fois pouvait être évalué à un litre, et ce n'est qu'après avoir pratiqué le tamponnement qu'on parvient à se rendre maître de l'écoulement. Cette hémorrhagie nasale s'était déclarée, une fois déjà, deux mois avant de quitter l'Afrique.

Tous ces accidens hémorrhagiques rendaient la triste position du malade de plus en plus grave; néanmoins, et malgré ma recommandation de cesser tout traitement, après des résultats aussi fâcheux, le malade ne se décourage pas; il prend encore les eaux pendant quinze jours, et puis il quitte Vichy, pour rentrer dans sa famille, dans la position la plus critique, après avoir bu pendant trente-cinq jours, laissant, par conséquent, peu d'espoir de guérison.

Lorsque M. V... nous arrive de nouveau à Vichy en 1849 dans l'état suivant: maigreur générale, face bléme, terreuse, sub-ictérique, traits

---

plus efficace, l'association dans toutes ses forces, la charité dans toutes ses touchantes manifestations, sociétés de secours mutuels, bureaux de bienfaisance, médecins cantonaux, traitemens à forfait ou abonnemens soit pour des collections, soit pour des individus, toutes ces institutions et leurs analogues, dont le fruit, grâce au ciel, est le bien du plus grand nombre, agrandissent le vide qui se fait autour de nous et rendront bientôt l'exercice de la médecine plus stérile encore que laborieux.

Nos progrès eux-mêmes, les découvertes et les méthodes dont s'enrichit l'art de guérir précipitent la révolution. Ainsi, l'étude mieux faite de certaines parties de la thérapeutique, l'action scientifiquement formulée des eaux minérales, l'hydrothérapie, source merveilleuse quand elle ne sera pas exploitée par l'industrialisme, l'air comprimé, l'électricité, les migrations, etc., toutes ces médications puissantes, salut de tant d'états morbides, et par dessus tout l'hygiène sociale, terre vaste et féconde sur laquelle s'associera, pour un règne fertile en bienfaits, la réforme agricole et industrielle qui rendra la vie plus facile et plus longue, qui, en diminuant la mortalité, accroîtra les produits alimentaires; l'hygiène, couronnement heureux de toutes nos conquêtes, dont on mesurerait dès aujourd'hui l'avenir, si elle n'avait pas, outre l'ignorance et la misère, à combattre encore les vices des hommes et leur triste hérédité.

Calculez quelle est la somme de la population qui, s'échappant par toutes ces voies si multipliées et si diverses dans leur nature, leur action et leur légitimité, s'affranchit ainsi sans cesse de la profession médicale et presse, à l'insu de beaucoup d'entre nous et sans y songer elle-même, le moment inévitable où disparaîtra, pour sa plus grande part, la pratique de la médecine, en même temps que, par une action corrélative, nos services sont moins appréciés, et leur rémunération avilie.

Et alors sur cette scène amoindrie qui, chaque jour, se resserre comme la peau de chagrin de la fiction, où chaque pas fait dans le temps réduit l'air, l'espace et la vie, une concurrence exagérée avec tous ses besoins et tous ses moyens, lutte sans grandeur, sans profit et sans gloire, où se perd, à chaque blessure que nous nous portons, l'honneur de corporation, d'où vainqueurs et vaincus sortent mécontens et froissés, les uns criant à l'ingratitude, les autres à l'injustice et à la spoliation.

La société laisse faire; que lui importe? Nous sommes devant elle comme les pouvoirs déchus dont on n'a plus besoin ni peur; elle nous invoque en nous contestant, elle utilise le fruit de nos travaux et de nos progrès après les avoir niés. C'est une exploitation permanente pour cause d'utilité publique; seulement, on indemnise les propriétaires de moellons et de lucheres. Qu'on ajoute aux pertes dont je parlais plus haut, le chiffre qui représente la peine et l'intelligence livrées gratuitement aux besoins de la chose publique.

Mais quelque chose nous restait; nous avions du moins l'honneur de nos bonnes actions; patience. Avec le droit de réquisition et par la force si ingénieusement trouvée de la législation, le dévouement ne sera plus qu'obéissance à une loi de police, le sacrifice, l'acquittement d'un impôt. L'ingratitude n'est-elle pas l'indépendance du cœur?

Un moyen se présentait qui pouvait sauver la profession médicale, en laissant unis et protégés nos intérets et ceux de la société, je veux parler de l'association, force puissante qui nous rapprochait étroitement pour de généreux devoirs et de fécondes initiatives, qui nous relevait et nous soutenait par la mutualité de l'effort, les contraintes salutaires, la solidarité de l'honneur. J'ai applaudi aux tentatives que vous avez faites dans ce sens et je crois encore qu'il n'y a de salut que dans l'acte de la corporation, prenant elle-même en main le soin de sa fortune et de sa réputation. Vous savez, hélas! ce qui est advenu de tant d'espérances; l'association, c'est triste à dire, est encore à chercher; on ne l'a pas voulu, ou, ce qui est plus vrai, nos propres torts la rendaient impossible. C'est qu'une partie de notre échec est le juste prix de nos fautes. Voi à un chapitre à peine encore essayé de notre histoire et qui demanderait beaucoup de talent et d'autorité: vous l'entreprendrez quelque jour, et l'étude sera curieuse si vous y mettez avec beaucoup de franchise, tout l'esprit que vous avez.

Je m'arrête dans ces pénibles réflexions. Qu'ai-je fait après tout? J'ai dit tout haut une vérité que chacun de nous se murmure à ses heures, qui s'éclaire tous les jours d'une nouvelle lumière, qui nous saisira bientôt par sa pressante évidence, dont on s'étonne et s'inquiète, qu'on repousse et qu'on discute, combat mystérieux que chacun de nous soutient au fond de son cœur et duquel nous sortirons meurtris et convaincus comme Jacob de sa lutte avec l'ange.

Dr Ed. Sanderet.

Besançon, 1850.

Par décret impérial en date du 4 mai, M. Lévy (Michel), membre du conseil de santé des armées, vice-président de l'Académie impériale de médecine, a été nommé directeur de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, en remplacement de M. le médecin inspecteur Alquié, appelé à d'autres fonctions.

Conférences cliniques. — M. le docteur Ahan, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine, reprendra ses conférences à l'hôpital St-Antoine, le *mardi 6 mai*, à 9 heures du matin, dans l'amphithéâtre de l'hôpital, et les continuera les *mardi* et *samedi* de chaque semaine à la même heure.

Visite des malades à 7 heures du matin.

La conférence du samedi sera spécialement consacrée aux affections utérines.

MM. les élèves seront exercés gratuitement, *tous les jeudis*, à la pratique de l'auscultation et de la percussion.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc., etc., avec une *Introduction* par M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique, etc. — *Deuxième édition* revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Paris, 1850, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'École de médecine.

De la lithotritie considérée au point de vue de son application, par P.-S. Ségalas, membre de l'Académie impériale de médecine. *Deuxième édition*. In-8, Paris, 1850, J.-B. Baillière, libraire. — Prix : 2 fr.

tirés et amaigris, fièvre lente, 100 pulsations par minute, langue naturelle, gencives molles, à peine colorées, ventre douloureux ; rate très volumineuse, occupant les deux tiers de l'hypocondre gauche, ascite considérable, jambes infiltrées, taches hémorrhagiques disséminées sur cette partie du corps, selles régulières, appétit modéré. Il ne peut fermer son pantalon, ni faire croiser ses habits.

« Les eaux, nous dit M. V..., m'ont fait le plus grand bien, je ne » pouvais pas digérer l'année dernière, et depuis lors, mes digestions » sont passables; c'est pourquoi je reviens. »

L'hémorrhagie nasale avait reparu six mois après avoir quitté Vichy.

Le lendemain de son arrivée, le 27 mai 1849, M. V... boit les eaux de la source de l'hôpital, qu'il élève peu à peu à la dose de huit verres par jour, et prend un bain tous les deux jours.

Le 6 juin, dix jours après, mieux sensible; les forces se réveillent; le 15, amélioration encore plus grande : le ventre diminue, l'appétit est bon, et les digestions faciles. Ce malade quitte Vichy après 35 jours de traitement, dans un état très satisfaisant, la rate considérablement diminuée, ainsi que la sérosité et les taches hémorrhagiques.

M. V... revient encore en 1850, pour faire une troisième cure, toujours dans des conditions meilleures; et, en 1851, son médecin ordinaire nous écrit de Toury, le 3 mai, « que M. V... a obtenu une guérison complète, malgré la détérioration de sa constitution avant de » faire usage des eaux de Vichy. »

Obs. II. — M. R... est envoyé à Vichy, en 1851, par son parent, médecin distingué de Paris, porteur de la lettre suivante :

« Mon cher confrère, etc., M. R..., mon parent, que je vous envoie, » habite depuis plusieurs années une localité très humide de la Bretagne. Il y a un an environ que sa maladie a débuté, sa santé ayant été » très bonne jusque-là, par une fièvre intermittente, qui se montra fort » opiniâtre, et à laquelle succéda une diarrée dont, jusque dans ces » derniers temps, les efforts les plus rationnels de la médecine ne parvinrent pas à triompher.

» Par suite de ces affections, et surtout par la continuation de l'habitation, les forces du malade ont diminué à un point extraordinaire; » l'amaigrissement a été porté à un degré voisin du marasme : une anémie générale s'est prononcée, et enfin, aujourd'hui 19 août 1851, » sous l'influence d'une cause locale très légère, s'est développé, dans » le membre abdominal droit, une *suffusion sanguine*, qui présente » un caractère scorbutique manifeste.

» Dans cette situation, j'ai pensé qu'il fallait l'éloigner d'abord de la » localité qui aggravait malheureusement l'altération de sa constitution; » il m'a semblé ensuite que les eaux de Vichy lui seraient les plus convenables, à raison de leur action spéciale. J'appelle aussi votre attention sur le régime du malade, qui me paraît trop exclusivement animal, etc. »

J'ajouterai à cette description, qu'à son arrivée à Vichy, M. R... ne pouvait marcher qu'à l'aide de béquilles; que ses digestions ne se faisaient plus; que sa diarrhée n'avait pas entièrement cessé; que sa rate dépassait de quatre travers de doigts le rebord des fausses côtes; que de la sérosité se trouvait épanchée dans l'abdomen, et que son facies enfin était amaigri, terreux, présentant en outre une teinte sub-ictérique.

Pour traitement, ce malade avait pris beaucoup de sulfate de quinine et des préparations avec le ratanhia.

M. R... fut mis à l'usage des eaux alcalines ferrugineuses de Vichy, à la dose moyenne de six verres par jour; il ne prit que quelques bains; et après avoir fait une double cure de vingt jours, ce malade quitta Vichy, n'ayant plus besoin de béquilles, sa rate diminuée aux deux tiers, et les plaques hémorrhagiques ayant pris une teinte jaunâtre et diminuée sensiblement d'étendue.

Après trois mois de repos, M. R..., rentra dans sa localité, et revint l'année suivante, en 1852, avec la santé la plus solide, débarrassé complétement de tous les signes d'*anémie scorbutique*, la rate rentrée dans sa position normale, à tel point que ce malade n'était plus reconnaissable.

Après avoir pris de nouveau les eaux pendant un mois, M. R... quitta Vichy, et j'ai appris, depuis, que sa santé était parfaite.

Obs. III. — M. G..., médecin anglais, arrive à Vichy en 1850, atteint d'hypertrophie énorme de la rate, d'ascite consécutive, d'anasarque, accompagnée d'une gêne considérable de la respiration, contractions du cœur très étendues, bruits normaux, présentant, en outre, sur les deux jambes, à la partie interne principalement, et sur toute l'étendue de la peau, une *suffusion sanguine*, due évidemment à l'état cachectique, consécutif à l'altération de la rate; ses digestions étaient lentes, difficiles, étouffant après chaque repas, mangeant beaucoup trop, des viandes particulièrement, et buvant de même; il est sujet aussi à de la diarrhée; il ne se rappelle pas avoir eu des fièvres d'accès, ni les causes qui ont pu amener cet état maladif splénique; il habite l'île de Guerneseÿ; il souffre depuis six ans, malgré l'usage, ou mieux peut-être à cause de l'abus de tous les fondants, les purgatifs, le calomel, l'aloès, etc., etc., dont il a fait usage.

Ce confrère prend les eaux alcalines ferrugineuses à la dose de six à huit verres par jour, et un bain tous les jours. Il reste quarante jours à Vichy pour y faire sa cure, qu'il interrompt pendant deux ou trois jours au milieu de son traitement.

Ce malade quitte Vichy amélioré, mais non guéri. Il revient l'année suivante, et depuis cette époque, M. G... revient tous les deux ans à Vichy, dans un état parfait de santé générale. La réussite, dans l'île de Guernesey, est regardée, aujourd'hui, comme un miracle de guérison. La rate, néanmoins, est restée sensiblement engorgée; les battements du cœur ne se font plus entendre que dans les limites ordinaires; l'ascite a disparu, ainsi que les suffusions séreuses et sanguines. Toutefois, la peau de la surface interne des jambes conserve encore une couleur brune et un aspect parcheminé luisant.

Toutes ses fonctions sont rentrées dans leur état normal, et ses amis ajoutent que, malgré cet état de bien-être, M. G... n'a pas renoncé pour cela à ses habitudes d'intempérance.

PATHOLOGIE.

UN MOT SUR UNE ENDÉMO-ÉPIDÉMIE DE NÉVROSES PROTÉIQUES.

J'ai lu avec un vif intérêt, dans le numéro du 25 mars dernier, de l'Union Médicale, une note intitulée : *Consultation pour un cas de névrose singulière et complexe.*

Comme le comité de rédaction, qui, à la demande de M. le docteur Caviole, a donné son avis sur ce cas, je dirai qu'il n'est point sans analogue dans la science. J'ajouterai même que les cas de ce genre sont devenus endémo-épidémiques, dans la contrée où j'exerce, ainsi qu'on peut le voir en jetant les yeux sur quelques-uns des nombreux travaux, notes et mémoires, que j'ai écrits (1) sur cette remarquable constitution médicale, ce règne si tranché de névroses pyrétiques ou apyrétiques, continues ou intermittentes, aiguës ou chroniques, dont déjà, par exemple, dans le mémoire intitulé : *Quelques aperçus sur les fièvres pernicieuses (Annales de la Société médicale d'émulation de la Flandre occidentale)*, j'ai dit ceci : « Celui qui n'a pas observé ces maladies multiples, se figurerait difficilement ce qu'il y a là d'amères déceptions pour le médecin, les parens du malade, et surtout le patient. Maintes fois, dans les intervalles d'accès, celui-ci sourit à sa guérison, et maintes fois le protée morbide reparaît sous une forme nouvelle..... Pourraient-ils être autre chose que les manifestations diverses de la puissance nerveuse perturbée, ces phénomènes qui se transportent souvent d'une région dans une autre région de l'organisme, ne laissant derrière eux aucun trouble fonctionnel qui trahisse leur passage, et quelquefois sont remplacés par une énergie fonctionnelle remarquable? Combien de fois, par exemple, n'ai-je pas vu une pénétration intellectuelle extraordinaire remplacer le délire; une grande finesse de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat et du toucher succéder à la paralysie de ces fonctions? Si je ne craignais de sortir des bornes de ce travail, je citerais des exemples de phénomènes semblables à ceux du somnambulisme et du magnétisme... » (P. 54.)

Entre autres mémoires sur ces névroses, le volume sus-indiqué en contient un qui a pour titre : *Du délire et de l'hypochondrie fébriles*, où sont relatées vingt-quatre observations. Que l'on me permette d'en extraire ce qui suit :

« Obs. XVI (page 204). — C..., 42 ans, tempérament bilieux-nerveux, adonné aux excès alcooliques, avait eu, au mois de mars 1848, une fièvre intermittente à forme pleurétique, et guérie par les préparations de quinquina.

» Le 7 novembre de la même année, après quelques jours de malaise, de douleurs céphalalgiques et rachialgiques, accompagnées d'un léger mouvement fébrile, il fut saisi d'un violent frisson, puis tomba en syncope.

» Arrivé près de lui presque sur le champ, je le trouve pâle, immobile, ne donnant signe de vie que par des battemens de cœur profonds, et un pouls à peine appréciable; mais bientôt d'horribles convulsions viennent succéder à l'immobilité syncopale. Ces convulsions durent un quart d'heure environ, puis, à leur tour, elles cèdent la place à une raideur tétanique générale, qui n'a guère plus de durée. Enfin, après un court sommeil comateux, apparaît un délire des plus remarquables.

» C... s'assied lentement sur son lit, croise les bras sur sa poitrine, et, dans cette position, l'œil fixe, la plupart des traits aussi immobiles que ceux d'une statue, il se met d'abord à chanter, et cela avec beaucoup d'expression; ensuite il récite une longue tirade de vers. Selon la variété du sujet, il passe du grave au doux, du plaisant au sévère avec une telle facilité et il a parfois des accens si sublimes, que je me trouve retenu près de lui par une sorte d'admiration.

» Pendant cette scène, C... est complétement insensible aux agens extérieurs : on le pince, on le pique sur diverses parties du corps, on lui crie aux oreilles, on passe brusquement sous ses yeux une vive lumière, et rien n'ébranle son immobilité, rien ne trouble sa déclamation.

» Après une demi-heure de ce singulier état, C... prend graduellement l'expression, l'air étonné d'un homme qui sort d'un sommeil profond; il manifeste de la soif; sa peau se réchauffe et son pouls s'élève. Pour prévenir le retour des accidens, j'administre alors le sulfate de quinine qui, bien que simplement délayé dans un peu d'eau, n'est pas trouvé amer, ce qui indique l'absence du goût en ce moment..... Le lendemain, complétement remis, il ne se rappelle rien de ce qui s'est passé pendant son accès; à ma demande, il déclame et chante, mais fort mal ce que, la veille, il déclamait et chantait si bien.....

A la page 244, il est parlé d'une extatique âgée d'une vingtaine d'années. « Chaque deux jours, elle avait son accès d'extase et discourait éloquemment sur des sujets religieux. Malgré une longue diète absolue, elle conservait un teint rose et un semblant d'embonpoint, qui n'était qu'un commencement d'anasarque, maladie à laquelle elle a succombé en 1850. »

Le fait que je vais reproduire partiellement peut être considéré comme le pendant de celui que M. le docteur Caviole a si bien raconté :

« Observation XXIV. — M..., âgé de 25 ans, tempérament lymphatico-nerveux, bonne santé habituelle, devint névropathique à partir de la fin d'octobre 1849. La diversité de ses plaintes, le changement de son humeur devenue sombre, firent croire à ses parens que son imagination seule était malade ou qu'il avait quelque chagrin qu'il ne voulait point avouer. Néanmoins, ils lui proposèrent plus d'une fois de consulter un médecin, ce à quoi il se refusa.

» Le 25 décembre, commence un délire fébrile, qui revêt toutes les formes de l'aliénation mentale, depuis et y compris l'imbécillité jusqu'à la manie furieuse. Comme il est intermittent, j'emploie le sulfate de quinine, mais avec un succès passager.

» Une phase morbide mentale intéressante fut un état extatique, pendant lequel le malade, absorbé dans des pensées religieuses, offrait l'aspect d'un de ces saints que nous représentent certains tableaux de grands maîtres, et, en même temps, s'exprimait d'une manière vraiment émouvante.

» Je vais indiquer quelques autres scènes de ce long drame :

» Pendant presque toute une journée, le malade élève et abaisse lentement ses bras ou les soutient en l'air dans des positions variées, et ces membres conservent, absolument comme ceux d'un mannequin, les positions qu'on leur donne. Pendant cet accès de catalepsie, il garde le mutisme absolu.

» Il est également dans un mutisme absolu, un jour où, déployant lentement une force musculaire invincible, il se dresse sur son lit, colle la partie antérieure de son corps contre le mur qui l'avoisine, et reste dans cette position pendant près d'un quart d'heure, bien que n'ayant pour s'y maintenir que la faible saillie de la boiserie, sur laquelle repose seule l'extrémité de ses orteils, et le plafond contre lequel il appuie le sommet de sa tête.

» On parvient difficilement à l'arracher de cette position, et lorsqu'on le replace sur son lit, il est dans un état de raideur tétanique générale, que remplacent bientôt des convulsions.

» Un autre jour, sans avoir pris aucune préparation narcotique, et presque immédiatement après la disparition d'une éruption miliaire, dont le développement rapide avait été accompagné d'un retour complet de l'intelligence, le malade est tombé dans un sommeil dont la durée a été de trois jours et de trois nuits sans interruption. Ce n'était pas le sommeil comateux, car la respiration était aussi calme que chez une personne bien portante, profondément endormie. Ce n'était pas non plus le sommeil ordinaire; car, outre que le malade n'avait point les paupières entièrement closes et qu'elles étaient agitées d'un clignotement continu, M... exécutait tout à coup de grands mouvemens des membres, pour peu qu'on lui touchât la poitrine ou le ventre, régions sur lesquelles la sensibilité tactile semblait s'être réfugiée; les membres et la tête en étaient privés, au point que des placemens, des piqûres exercés sur ces parties n'excitaient aucune manifestation de la part du malade... Au sortir de cet accès, il se trouva de nouveau dans un délire agité.

» Une des dernières phases, la plus intéressante de toutes, fut un état que j'ai comparé à l'hibernation des animaux, et dans lequel M... est resté quinze jours. Pendant ces quinze jours d'apyrexie et d'immobilité sans raideur et sans délire, ce jeune homme, qui gardait de nouveau le mutisme, mais dont l'œil limpide et constamment ouvert respirait l'intelligence, offrit un constant et harmonique ralentissement de toutes les fonctions; ce qui expliquait comment, quoiqu'on ne lui donnât qu'un peu de bouillon et un peu de vin, il avait cessé de maigrir à partir du début de cette phase, à la fin de laquelle il avait même repris de l'embonpoint et assez de forces pour pouvoir bientôt sortir.

» Pendant sa convalescence, il consomma avec avantage une énorme quantité de viande et de vin généreux, devenu en quelque sorte sa tisane, et continua l'usage du fer qui, avec le sulfate de quinine, les diverses autres préparations de quinquina et le calomel, avait constitué la médication de cette maladie de longue durée.

» Il jouit pendant quelque temps d'une bonne santé; puis, et à plusieurs reprises, il éprouva comme des reflets de cette maladie, à la narration bien incomplète de laquelle j'ai consacré une douzaine de pages. Pour la décrire convenablement, il eût fallu bien plus d'espace et plus de talent que je n'en ai, car elle fut véritablement le tableau de toutes nos névroses. »

A côté des nombreux cas analogues qui ont été publiés, je pourrais placer des cas également nombreux encore inédits, parmi lesquels s'en trouveraient plusieurs de date récente, et un cas actuel, que je serais tenté de relater ici, si je ne craignais d'abuser de l'hospitalité de ce journal.

Un mot encore, cependant, avant de terminer.

La modification de la constitution médicale dans le sens nerveux n'a-t-elle lieu que dans cette contrée? Non. Depuis quelque temps déjà, si j'en juge d'après les faits publiés dans les journaux de médecine, il me semble évident que partout les névroses sont devenues plus fréquentes. Pour ne parler que d'affections graves, n'est-ce pas à l'ordre des névroses qu'appartiennent les affections cholériques, typhiques, devenues presque partout endémo-épidémiques, et dont une foule de maladies diverses, de moindre importance, ne sont que les reflets? J'appelle sur cette remarquable modification de la constitution médicale générale, toute l'attention de mes confrères.

Dr Liégey.

Rambervillers, 4 avril 1856.

(1) L'Union Médicale a publié un bon nombre de ces travaux.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(*ancienne Société médicale du Temple*).

Compte rendu extrait des procès-verbaux (1855). — Présidence de M. Bossion.

Sommaire. — Fracture comminutive; bandage par occlusion. — Craintes quelquefois exagérées dans l'exercice de la médecine. — Apiol, sulfate de quinine et fébrifuges indigènes contre les maladies intermittentes.

La correspondance comprend : 1° Une brochure qui nous est adressée par M. le docteur Nivet de Clermont-Ferrand, membre correspondant de notre Société. Elle est intitulée : *Recherches sur les eaux minérales thermales de Royat (Puy-de-Dôme)*, dont il est médecin-inspecteur. On la dépose dans nos archives; 2° des *Bulletins de la Société médicale de Poitiers*. M. le Président invite M. Am. Forget à nous en faire l'analyse dans une prochaine séance; 3° les *Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3me fascicule.

M. Gény obtient la parole pour nous faire une communication d'un fait de sa pratique. Une dame éclairait un tonnelier occupé à descendre à sa cave une feuillette de vin : elle se trouvait devant lui; la pièce échappe, renverse cette dame, et, roulant sur sa jambe droite, y produit une fracture comminutive, dans laquelle le péroné fait saillie, l'os ayant traversé la peau de dedans en dehors. Certes, le cas était grave, et il

donna lieu à un incident tout à fait imprévu. Ce fut que deux praticiens appelés d'abord s'effrayèrent outre mesure, ne mirent pas le premier appareil, qui fut appliqué par deux jeunes gens, internes des hôpitaux. Ceux-ci firent sur la plaie un bandage qu'on nomme *par occlusion*, et qui consiste en une bandelette de sparadrap de diachylon, large de près de trois doigts, destinée à maintenir rapprochés les bords de la plaie, et faisant un tour et demi de la circonférence du membre. Cette bandelette n'a été levée, pour la première fois, que sept jours après l'accident. Le bandage par occlusion rend un double service : d'une part, en fermant la plaie, il empêche le contact de l'air; d'autre part, c'est un moyen contentif qui contribue à l'immobilité de la portion fracturée de l'os. On employa en outre le bandage de Scultet. La malade guérit fort bien et même assez rapidement.

M. Ségalas raconte qu'il fit un jour la ligature de l'artère radiale chez un homme qui, par gogueire, avait donné un coup de poing dans un carreau, dont les fragmens l'avaient blessé. Un médecin, appelé avant lui, n'avait point opéré.

M. Depaul : On comprend que des praticiens, exclusivement livrés à l'exercice de la médecine, reculent devant la responsabilité d'opérations chirurgicales qui leur sont devenues tout à fait étrangères. Il faut faire aussi la part d'une émotion parfois très vive, d'une crainte qui peut même n'être pas fondée. En voici un exemple : Je fus réveillé, au milieu de la nuit, par un médecin qui éprouvait une anxiété allant jusqu'au désespoir. Il me raconta qu'il venait de terminer un accouchement naturel, sans y avoir remarqué rien qui lui parût extraordinaire. Mais qu'étant allé à la recherche du placenta, il avait rencontré dans le vagin des boules de matières fécales. Qu'il croyait à une rupture de la cloison recto-vaginale; qu'il me priait de voir la malade et de parer, comme il se pourrait, aux suites de cet affreux accident. Nous allâmes ensemble chez l'accouchée; il n'y avait aucun malheur d'arrivé. Voici ce qui s'était passé. En accouchant, la femme (et cela n'est pas rare) avait rendu des matières assez dures, lesquelles, retenues par le matelas, avaient ensuite roulé dans le vagin. On voit par là combien il est facile de s'effrayer sur de simples apparences.

M. Gaide : Dans une saignée, le sang, au lieu d'être foncé en couleur coulait rouge, vermeil, sans saccades, néanmoins. Il arrêta la saignée facilement. Il revit la malade le soir, et ne fut tout à fait rassuré que le lendemain matin, en trouvant la petite plaie complétement fermée.

M. Géry ayant saigné un boulanger dont la veine était très grosse, ne pouvait plus arrêter le sang. Des compresses et des bandes, renouvelées plusieurs fois, étalent à mesure traversées, le drap du lit percé, la flexion du bras inutile, lorsqu'enfin il reconnut la cause de l'accident. C'était la manche retroussée d'un gilet de flanelle qui formait au haut du bras une ligature très serrée. En y donnant un coup de ciseau, le sang s'arrêta sur-le-champ.

La Société pense que ces détails, minutieux en apparence, méritent néanmoins d'être signalés à l'attention des praticiens pour les prémunir contre des méprises ou des inquiétudes mal fondées.

M. Homolle, ayant fait hommage à la Société d'un mémoire qu'il a écrit sur l'*apiol*, en collaboration avec M. le docteur Joret, est invité par M. le Président à en rendre un compte verbal. Comme les lecteurs de l'Union Médicale ont eu connaissance de ce mémoire, nous nous contenterons aujourd hui d'en indiquer les points essentiels, en y ajoutant la discussion qui s'en est suivie :

L'apiol est le principe organique, immédiat, dans lequel réside la propriété fébrifuge du persil. C'est un liquide jaunâtre, oléagineux, incristallisable, d'une odeur spéciale, tenace, et rappelant celle de la graine de persil pulvérisée, d'une saveur âcre et piquante. Soluble dans l'alcool de 50 à 90°, dans l'éther et le chloroforme en toute proportion, il ne cède rien à l'eau par l'ébullition.

L'apiol produit les effets physiologiques suivans : à la dose de 5 centigrammes à 1 gramme, il détermine une excitation cérébrale légère, analogue à celle produite par le café. A la dose de 2 à 4 grammes, on observe les phénomènes d'une véritable ivresse, comparable de tous points à celle produite par le sulfate de quinine.

Les règles suivies pour l'emploi du sulfate de quinine dans le traitement des fièvres intermittentes, sont entièrement applicables à l'apiol. On ne doit pas oublier que toute dose suffisante de médicament fébrifuge perd de sa puissance en se fractionnant. En cas de symptômes insolites graves (*pernicieux*), il faut doubler la dose. Si, prenant leur ténacité pour base, on catégorise les fièvres intermittentes, on peut les grouper en quatre séries : — 1° Fièvres à symptômes graves, avec tendance à affecter la forme pernicieuse. Il faut, pour les couper, des doses élevées de quinquina et de sulfate de quinine. L'apiol ne parvient souvent qu'à modifier l'intensité de leurs accès. — 2° Fièvres graves de nos climats, telles que les observait, à Tours, M. Bretonneau. Elles ne sont supprimées que par des doses capables de produire l'ivresse quinique ou apiolique. — 3° Fièvres paludéennes indifférentes qui exigent encore l'emploi du sulfate de quinine ou de l'apiol, mais à dose insuffisante pour produire l'ivresse fébrifuge. — 4° Fièvres intermittentes éphémères, liées plutôt à des influences météorologiques qu'au miasme paludéen. Elles guérissent le plus souvent par un simple changement de lieu ou de régime.

On fait prendre l'apiol renfermé dans des capsules en gélatine, d'un petit volume : il s'y conserve indéfiniment pourvu que les capsules soient tenues à l'abri de l'humidité. On les avale dans une cuillerée d'eau. Chacune contient 25 centigrammes d'apiol. On en a préparé un sirop que les enfans prennent avec plaisir. Habituellement dans les fièvres intermittentes quotidiennes, on administre chaque jour, cinq à six heures avant l'accès : 4 capsules (1 gramme d'apiol) aux adultes; 2 capsules aux enfans de 12 à 15 ans; aux petits enfans, une seule capsule ou de préférence quatre à cinq cuillerées de sirop représentant la même quantité de médicament. — Dans les fièvres tierces, on donne les mêmes doses le jour apyrétique. — Dans les fièvres quartes on double les doses que l'on administre deux jours de suite. — On prend les capsules une à une et coup sur coup dans une cuillerée d'eau sucrée. Quel qu'en soit le nombre, il vaut mieux les prendre au même instant qu'à des intervalles éloignés; quand la fièvre est coupée, on continue les capsules, mais à doses décroissantes de jour en jour.

L'apiol, qui ne saurait être employé avec le même avantage que le sulfate de quinine pour combattre les fièvres intermittentes des pays chauds, peut très bien lui être substitué dans les fièvres de nos contrées. Quelques faits tendent à prouver son efficacité contre les névralgies intermittentes. L'apiol, à la dose minime de 20 à 50 centigrammes par jour, continuée pendant la huitaine qui précède l'époque menstruelle, réussit le plus ordinairement à ramener cette fonction à l'état normal dans la dysménorrhée ou l'aménorrhée. On l'a encore administré le matin, à la dose de 25 centigrammes contre la sueur nocturne des phthisiques.

M. Grange : En Corse, en Toscane, dans la Calabre, où l'on rencontre des fièvres intermittentes en grand nombre, la population s'est habituée à les classer en curables et en incurables. On traite les premières empiriquement, souvent avec succès, en général par les stimulans, par exemple, du poivre en grains. Quant aux secondes, les malades se résignent à ne faire aucun traitement. On fait ordinairement précéder l'emploi des fébrifuges par un vomitif.

M. Toirac : Il est d'usage, à Rochefort, dans les hôpitaux de la marine, de commencer par un vomitif; on purge ensuite, et ce n'est qu'après cela que l'on administre le sulfate de quinine.

M. Homolle : M. Bretonneau avait déduit, d'expériences comparatives faites à l'hôpital de Tours, l'important précepte de *faire vomir et de purger* dans les fièvres intermittentes automnales, à moins d'évidentes contre-indications. En faisant vomir et en purgeant nos malades dans ces mêmes conditions, nous avons remarqué que la fièvre était plus promptement et plus sûrement coupée. A plus forte raison devrait-on le faire dans tous les cas de complication d'embarras gastrique ou gastro-intestinal.

M. Grange a remarqué que, de parens fiévreux, il naissait habituellement des enfans affectés de scrofule. Il a rencontré en Corse, comme cela se voit dans les pays à fièvre, un préjugé contre le sulfate de quinine. Il en distribuait gratuitement à des bergers malades qui n'osaient pas le refuser, mais se gardaient bien de le prendre, parce qu'ils lui attribuaient les accidens consécutifs résultant de l'existence et de la continuité de la fièvre elle-même.

M. Homolle : Nous avons tous peut-être rencontré des soldats revenus d'Afrique qui éprouvaient une semblable répulsion contre le sulfate de quinine. On retrouve partout ce mauvais raisonnement des malades qui attribuent les effets de la maladie à sa médication lorsqu'elle n'a pas détruit le mal. Il y aurait avantage, indépendamment de l'économie pécuniaire, à présenter aux gens de la campagne, comme remède, le persil qu'ils ont sous la main, dans leur jardin. Si on voulait l'employer en nature, il faudrait que ce fût en décoction et non en infusion. On pourrait, dans ce cas, procéder de la manière suivante : faire bouillir, pendant un quart d'heure, dans une bouteille d'eau, une poignée de sommités de persil avec ses graines; passer à travers un linge. Donner à boire en trois doses très rapprochées l'une de l'autre, trois à quatre heures avant l'heure où l'on attend l'accès.

M. Géry craint que les habitans de la campagne n'emploient le persil tout de travers, et le dédaignent précisément parce qu'il se trouve à leur portée.

M. Homolle : L'apiol a du moins un avantage, c'est de n'entraîner aucun danger à sa suite. Il n'en est pas de même de tous les fébrifuges, de l'arsenic, par exemple, dont, pour ce motif, on ne pourra vulgariser l'emploi.

M. Grange : On n'a pas encore, que je sache, cherché à utiliser contre les fièvres d'accès certaines eaux minérales qui, comme celles du Mont-Dore, contiennent de l'arsénite de fer.

M. Homolle : Il y a une remarque à faire. On a dit, le sulfate de quinine est préférable à tous les autres fébrifuges, et partant de là, on l'a employé à leur exclusion à peu près générale. Cependant il est bien certain qu'une foule d'autres médicamens bien administrés pourraient couper les fièvres, surtout dans notre pays et sous les latitudes tempérées. Ainsi, je suis convaincu que l'on réussirait très bien avec la camomille romaine, si l'on prenait le soin de concentrer ses principes actifs par des préparations convenables. L'usage du quinquina pourrait, à la rigueur, être exclusivement réservé pour les pays très chauds, et particulièrement pour les régions intertropicales.

Le Secrétaire général, Dr Collomb.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

Résection d'une partie du nerf lingual; par le professeur Roser. — Un homme de 71 ans, souffrait depuis longtemps d'une douleur dans la partie gauche de la langue. La sensibilité de cet organe était telle, que le moindre mouvement, le moindre attouchement causaient les souffrances les plus vives; aussi, le malade ne parlait plus et n'avalait plus que des alimens liquides sous la pression de la faim. Très souvent la douleur revenait spontanément, sans aucune cause appréciable. Le malade indiquait comme siége principal la portion latérale postérieure, à coté et en arrière du pilier antérieur du voile du palais. On supposait que quelques-unes des grosses papilles hypertrophiées pouvaient être le point de départ de ces douleurs, et après avoir employé inutilement tous les moyens ordinaires, on cautérisa avec le fer rouge ces parties. Cette opération fut faite trois fois, chaque fois avec une amélioration temporaire; mais six mois après la dernière, l'affection était revenue avec son ancienne intensité. C'est alors que le professeur Roser conçut le projet d'exciser le nerf lingual, et ses essais sur le cadavre lui ont montré qu'il suffisait, à cet effet, de fendre la joue jusqu'à la branche montante du maxillaire inférieur, d'attirer la langue au moyen d'une pince à dents et d'inciser superficiellement le côté de la base de la langue.

L'opération, faite au mois de juin 1854, ne fut pas aussi facile sur le vivant; les artères donnaient beaucoup de sang et durent être liées; l'incision n'avait pas été assez prolongée, et le malade ne pouvait être chloroformé convenablement, malgré l'emploi de plus de 60 grammes de chloroforme. Cette dernière circonstance avait rendu plus difficile le soulèvement de la base de la langue. Néanmoins, après quelques recherches, le nerf fut mis à nu et une portion de 4 à 6 millimètres fut enlevée. La plaie de la langue fut abandonnée à elle-même, celle de la joue réunie par des points de suture, et les deux étaient cicatrisées au bout de quelques jours. Le succès était complet; le malade, revu dans l'été 1855, jouissait de la meilleure santé.

Il faut se rappeler que le nerf lingual passe entre la branche montante du maxillaire inférieur et le muscle ptérygoïdien interne et entre dans la cavité buccale. Il pénètre dans la base de la langue entre la branche montante et le pilier du voile du palais, en dehors et en bas du bord du muscle styloglosse. L'opération est plus ou moins facile, selon que l'individu a la joue épaisse, le bord alvéolaire élevé, la mâchoire et la langue mobiles et même selon l'absence ou la présence des dernières molaires inférieures. Il est des cadavres à large bouche, où l'on n'a pas besoin de fendre la bouche; une fois, le professeur Roser a été obligé d'extraire la dernière molaire pour arriver au nerf. Le meilleur moyen est toujours la section horizontale de la joue, profondément jusqu'à la branche montante de la mâchoire inférieure, puis l'incision de la partie latérale de la base de la langue, dans une direction qui continue celle de la première section. L'excision devrait porter sur 1 centimètre à 15 millimètres de la longueur du nerf. (Malheureusement l'auteur ne dit rien des suites physiologiques de son opération, et cependant ce cas aurait pu servir à élucider les fonctions du nerf lingual.) — (*Archiv f. physiol. heilkunde*, t. XIV, n° 4.)

Dans le même numéro, ce chirurgien relate encore un cas de guérison de *névralgie du nerf maxillaire inférieur, par résection de ce nerf*. Les parties molles furent coupées en un lambeau, de manière à dénuder la branche montante de la mâchoire, le masséter fut détaché de l'os au moyen d'une petite tréphine, appliquée au milieu, entre l'apophyse coronoïde et l'angle de la mâchoire, la lame externe fut sciée, enlevée d'un coup de ciseau, enfin le canal fut ouvert et le nerf excisé avec la petite artère. La plaie s'est réunie presque entièrement par première intention.

Enfin, le même chirurgien parle de la *ligature de l'artère linguale*, qu'il a faite trois fois, comme opération préliminaire à une excision profonde de la moitié latérale de la langue, pour des cancers de cet organe. Il faut se rappeler que l'artère linguale passe sur la petite corne de l'os hyoïde pour se rendre derrière le muscle hyoglosse. L'artère se trouve dénudée, quand on coupe en cet endroit, à peu près à 2 millimètres au-dessus de l'os hyoïde, les fibres latérales de l'hyoglosse. L'incision de la peau ne doit pas être trop petite; au besoin, on pourrait couper la veine faciale et enlever une portion de la glande sous-maxillaire, si elle gênait. En faisant repousser par un aide l'os hyoïde vers le côté malade, l'opération peut être notablement facilitée. — (*Archiv, f. physiol. heilkunde*, t. XIV, n° 4.)

Matrice trouvée chez un homme de 63 ans. — La description détaillée de ce cas est donnée par le professeur Langer, de Bude. Cet utérus, long de 7 pouces, se trouvait entre la vessie et le rectum; son extrémité inférieure faisait suite à la prostate; son extrémité supérieure se terminait en deux cornes, qui devenaient peu à peu des tubes, terminées librement, au-dessus des testicules, par des franges petites, mais évidentes. Pas de vésicules séminales; pas d'ovaires. — (*Zeitschr. d. K. K. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n°s 7, 8.)

NOTICE MÉDICALE sur les BAINS DE MER

De BIARRITZ (Basses-Pyrénées)

DU DOCTEUR R. AFFRE,

Médecin inspecteur de ces bains, lauréat de l'Académie impériale de médecine de Paris, Directeur des secours du Sauvetage, et membre correspondant de plusieurs Sociétés médicales

TABLE DES CHAPITRES :

Introduction.
Chap. Ier. Des caractères physiques et chimiques de l'eau de mer.
Chap. IIe. Des divers moyens d'employer l'eau de mer.
Chap. IIIe. Des règles à suivre dans l'emploi des bains de mer.
Chap. IVe. Des plages de Biarritz.
Chap. Ve. Des bains de mer chauds et des bains de sable marin.
Chap. VIe. Des effets généraux des bains de mer froids.
Chap. VIIe. Des effets thérapeutiques des bains de mer froids.
Chap. VIIIe. Considérations sur les maladies de la peau guéries par les bains de mer, avec des observations de guérison.
Chap. IXe. Des maladies des femmes guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
Chap. Xe. De quelques causes de stérilité guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
Chap. XIe. des contre-indications des bains de mer froids avec des observations à l'appui.
Chap. XIIe. Des accidens produits par l'abus ou la fausse application des bains de mer, avec des observations à l'appui.
Quelques mots sur la cause principale, sur les symptômes et le traitement du choléra, qui a sévi dans le département des *Basses-Pyrénées*.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*. — Prix : 2 fr.

Histoire chimique des eaux minérales et thermales de Vichy, Cusset, Vaisse, Hauterive et Saint-Yorre.

Analyses chimiques des eaux minérales de Médague, Chateldon, Brugeas et Soulilet; par J.-P. Bouquet. Ouvrage couronné par l'Institut de France (Académie des sciences), accompagné de cartes et coupes géologiques et d'une planche d'appareils pour les analyses des gaz — Un vol. in-8. — Prix : 7 fr. 50.

Lettres sur le **Vitalisme**, par le docteur P.-E. Chauffart, médecin en chef des hôpitaux d'Avignon, brochure in-8 de 156 pages. — Prix : 2 fr. 25.

Tableaux **Des opérations qui se pratiquent chez l'homme**, ou résumé analytique des règles principales qu'il convient de suivre pour exécuter les diverses opérations chirurgicales; par le docteur Fano, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris. — 1er fascicule in-15. *Ligature des artères*. — Prix : 1 fr. 25.

Traité pratique des maladies de l'œil, par W. Mackenzie, chirurgien-oculiste de S. M. B., professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow, chirurgien de l'hôpital ophthalmologique de la même ville. Quatrième édition traduite de l'anglais et augmentée de notes, par le docteur E. Warlomont, membre de l'Académie de médecine de Belgique, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, et A. Testelin, D.-M. P. — Deux volumes grand in-8, avec figures dans le texte.

Conditions de la publication. — Le *Traité des maladies de l'œil* sera publié en douze fascicules, qui formeront deux volumes grand in-8, chacun de 700 à 800 pages, avec figures intercalées dans le texte.
Les fascicules paraîtront de mois en mois à partir du 1er avril 1856.
Deux fascicules pourront paraître à la fois, réunis sous une même couverture, lorsque la division des matières l'exigera.
Prix de chaque fascicule : 2 fr. 50 c.
Ces quatre ouvrages se trouvent chez Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 56. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 8 Mai 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue *Hautefeuille*, 19, à *Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. PATHOLOGIE : Quelques réflexions sur la Note de M. le docteur de Crozant, concernant l'étiologie de la gravelle. — III. BIBLIOTHÈQUE : Leçons de physiologie expérimentale appliquée à la médecine (de la glycogénie). — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 6 Mai : Correspondance. — Recherches médico-légales sur l'acide cyanhydrique et ses composés. — Sur l'application de la gutta-percha à la préparation des caustiques à base de potasse et de chlorure de zinc. — Du signe général des altérations du sang dans les maladies, et des signes particuliers pour chacune de ces altérations. — Du passage de l'iode par assimilation digestive dans le lait de quelques mammifères. — V. RÉCLAMATION : Lettres de MM. les docteurs de Crozant et Gallerand. — VI. FEUILLETON : Examen des ex-voto découverts dans le département de la Côte-d'Or, aux sources de la Seine, de la Dwi et de la Cave.

PARIS, LE 7 MAI 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur l'hématologie est ajournée. M. Bouillaud, qui l'a provoquée et que l'on espérait entendre hier, a désiré, avant de s'engager dans le débat, que M. Parchappe ait terminé la lecture de son travail, dont il n'a encore communiqué à l'Académie que la première partie. On ne peut qu'approuver la prudente réserve de l'honorable professeur. Les questions soulevées par M. Parchappe sont fort importantes, et ce ne sera pas trop de la nouvelle communication qu'il prépare pour bien fixer la signification, la portée et le but de son travail. Nous attendons cette discussion, il faut le dire, avec une sorte d'impatience que nous saurons contenir néanmoins, afin de ne pas la devancer en exprimant dès aujourd'hui des opinions que nous aurons bientôt sans doute l'occasion de produire.

Il dépendait de M. Piorry d'ouvrir le débat, et un instant nous avons cru qu'il allait entrer en lice. Chargé de rapporter un mémoire de M. le docteur Bayle, qui se résume dans cette conclusion aphoristique : la peau est le miroir du sang, M. Piorry avait une occasion favorable de dire son sentiment sur l'hématologie moderne. Il a mieux aimé présenter une simple analyse du travail de M. Bayle, entremêlée de quelques discrètes réflexions dont la généralité échappait à toute contradiction. Il est bon et utile, a dit l'honorable académicien, d'étudier le sang sous tous les aspects et dans tous les élémens qu'il comporte, élément physique et clinique, élément chimique et microscopique. C'est fort bien, et personne qui ne soit de cet avis. Mais ce qu'on aurait voulu savoir de M. Piorry, d'un professeur de clinique chargé de diriger les jeunes gens dans la voie des recherches et du travail, c'est son opinion sur l'utilité relative pour la pratique de ces deux sortes d'hématologie, l'hématologie que l'on pourrait appeler clinique, et qui n'a, pour tirer ses inductions, que les caractères physiques du sang, et l'hématologie chimique, qui ne procède qu'avec l'appareil et les lenteurs des travaux de laboratoire. Nous n'avons pas très bien compris le sujet du mémoire de M. Bayle, et M. le rapporteur a semblé ménager son appréciation et sa critique, car évidemment il ne partage pas ses opinions. Les extraits que nous donnons plus bas de ce rapport éclairciront peut-être pour nos lecteurs ce que nous trouvons d'obscur dans la question.

Trois savans étrangers à l'Académie ont été admis à faire des lectures. M. Ossian Henry fils a lu un mémoire de chimie toxicologique sur l'acide cyanhydrique.

M. Robiquet, pharmacien, a lu une courte note sur une préparation nouvelle de caustiques à base de potasse et de chlorure de zinc, qui, mélangés avec la gutta-percha, les rendent d'une application plus facile, permettent de leur imprimer des formes qui peuvent les faire pénétrer dans des canaux et des sinuosités où leur action est jugée utile, tout en limitant leur puissance aux surfaces mêmes qu'il s'agit de modifier. Cette modification paraît heureuse et appelée à rendre des services à la pratique.

M. le docteur Labourdette a lu un mémoire d'un grand intérêt pratique et qui nous a particulièrement intéressé, car depuis longtemps nous sommes entré dans la voie que cet honorable confrère vient d'indiquer. Il s'agit des moyens de rendre médicamenteux et propre à remplir certaines indications, le lait de quelques animaux domestiques, tels que la vache et la chèvre. Il y a longtemps que nous avons appliqué cette idée au traitement des affections strumeuses et de la phthisie, en imprégnant le lait de chèvre de chlorure de sodium mêlé en certaines proportions à la nourriture de ces animaux. Nous étions assuré que, tôt ou tard, les résultats que nous avions obtenus frapperaient l'attention des praticiens, et c'est aussi avec une grande satisfaction que nous avons entendu M. le docteur Labourdette exposer les résultats de son expérimentation sur l'emploi thérapeutique du lait des vaches, qu'il a soumises à l'alimentation iodurée. Ce travail, que nous espérons pouvoir reproduire, nous a paru digne de l'attention sérieuse de l'Académie. Les expériences paraissent avoir été faites avec tout le soin et toutes les exigences de la science moderne. Il y a là, ce nous semble, et nous fondant sur des observations nombreuses qui nous sont propres, un coin trop ignoré encore du vaste domaine de la thérapeutique, et qui promet de précieuses découvertes à qui saura l'explorer.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

QUELQUES RÉFLEXIONS

Sur la Note de M. le docteur DE CROZANT, concernant

L'ÉTIOLOGIE DE LA GRAVELLE;

Par M. le docteur FAUCONNEAU-DUFRESNE.

Dans la séance du Conseil de rédaction, où M. Amédée Latour a présenté l'analyse du travail de M. de Crozant, des observations intéressantes ont été échangées par plusieurs membres. C'est cette discussion qui m'a suggéré les remarques suivantes sur diverses assertions émises par notre savant confrère. Je m'appuierai sur des comparaisons avec ce qui a lieu dans la colique hépatique, cette maladie ayant avec la colique néphrétique un certain nombre de rapports, pour aborder d'abord dans le sens de M. de Crozant, et ensuite pour combattre quelques-unes de ses idées.

M. de Crozant pense qu'on peut éprouver des coliques néphrétiques sans avoir de gravelle ; de même qu'on peut rendre beaucoup de sable sans éprouver de coliques néphrétiques. La même observation a été faite pour les coliques hépatiques.

Des coliques hépatiques, en effet, peuvent se produire sans qu'il existe dans les conduits biliaires aucune cause matérielle; ou si cette cause existe, elle peut être d'une nature tout autre que calculeuse. C'est ainsi, d'une part, que M. le docteur Beau, dans son excellent travail *sur l'appareil spléno-hépatique*, a rapporté des observations dans lesquelles des individus, qui avaient ingéré des pommes acides, des radis, une salade très vinaigrée, de la moutarde, du vin de Madère, du vin ordinaire pur en grande quantité, de fortes doses d'eau de Vichy ou de Pullna, avaient éprouvé une gêne, un poids, un serrement, un point de côté, quelquefois une douleur intense arrachant des cris, augmentant par la plus légère pression, se faisant sentir à l'épigastre, au milieu de l'hypochondre droit, en arrière des trois dernières côtes, gênant le diaphragme dans ses mouvemens et produisant de la dyspnée, des vomissemens bilieux et même l'ictère. D'une autre part, j'ai cité, dans mon *Traité de l'affection calculeuse du foie*, des faits dans lesquels les coliques avaient été produites par une bile épaissie ou dégénérée, de petites concrétions graisseuses, des vers, etc.

Il peut arriver aussi que les conduits biliaires soient par-

Feuilleton.

EXAMEN DES EX-VOTO DÉCOUVERTS DANS LE DÉPARTEMENT DE LA CÔTE-D'OR, AUX SOURCES DE LA SEINE, DE LA DWI ET DE LA CAVE ;

Par le docteur Charles ROUHIER,
Médecin à Grancey-le-Château, et membre de la commission archéologique de la Côte-d'Or.

Les anciens ont demandé fréquemment le soulagement des maladies qui les affligeaient aux sources qu'ils croyaient douées de vertus thérapeutiques.

Cette efficacité, tantôt réelle et tantôt supposée, était attribuée à une influence divine; déifiées par les uns, ces sources étaient simplement regardées par les autres comme placées sous la protection de quelque divinité spéciale présidant à la cure des maladies. On leur élevait des temples, et ceux qui avaient recours à leur emploi, comme moyen de guérison, adressaient des invocations et faisaient en même temps des vœux, des offrandes et des sacrifices à leurs dieux pour se les rendre plus propices. Une fois rétablis, ils laissaient dans l'enceinte sacrée, en s'acquittant de leur vœu, un souvenir de l'affection dont ils avaient été atteints.

Si la chimie nous révèle souvent le mode d'action des eaux que nos aïeux avaient en estime, elle n'y rencontre parfois, ainsi que je l'ai fait pressentir tout à l'heure, aucun principe véritablement actif. Trois sources célèbres à l'époque gallo-romaine et qui, depuis vingt ans, ont offert, dans le département de la Côte-d'Or, aux explorations de l'antiquaire, de curieux témoins de leur ancienne réputation dans une foule de cas morbides, ont mis suffisamment ces faits en lumière. Un tel sujet devant intéresser à divers titres ceux de mes confrères qui s'occupent d'archéologie médicale et n'ont pas connaissance des bulletins où la commission d'antiquités de la Côte-d'Or a décrit ces découvertes, je donnerai, sur chacune d'elles, quelques renseignemens.

La première source dont je parlerai est celle de la Seine ; la Société que je viens de nommer fit pratiquer des fouilles, commencées en 1836 et terminées en 1843, au lieu où ce fleuve prend naissance, non loin du village de Saint-Germain-la-Feuille. On peut lire les détails de ces recherches dans le deuxième volume des mémoires de la commission (année 1844). Son président, M. Baudot, a traité ce sujet avec le plus grand soin, et les lignes qui vont suivre se composeront principalement du résumé de son travail.

Au milieu d'un temple orné de colonnes et de marbres précieux était une salle où se trouvait la source de la Seine; plusieurs chapelles décorées avec somptuosité occupaient le pourtour du monument; on y voyait la statue de la Seine et celle d'Apollon, dieu de la médecine. Des ex-voto en pierre, d'autres découpés dans des feuilles de bronze (parfois argentées ou dorées) avec des repoussés au marteau ou au poinçon et fixées à un tableau d'exposition, quelques-uns en terre cuite, y étaient fréquemment déposés par des malades revenus à la santé. Plusieurs inscriptions votives attestaient également ces guérisons. C'est à la déesse Seine (*deæ Sequanæ*) que sont constamment adressés ces témoignages de reconnaissance; il est donc certain que ce temple avait été élevé en son honneur, en raison des qualités bienfaisantes attribuées à ses eaux. Les offrandes faites à cette divinité consistaient souvent en fruits et en animaux (chiens, lièvres, oiseaux) ; beaucoup de statues et bas-reliefs figurent des personnages qui les tiennent dans leurs mains et semblent les lui présenter. M. Baudot pense que les édifices de la Seine ont été construits peu après le règne d'Auguste et renversés dans la seconde moitié du IVme siècle, sur l'ordre des premiers évêques chrétiens, voulant anéantir tout vestige du paganisme.

Les ex-voto retrouvés au milieu des ruines sont en nombre considérable et représentent diverses parties du corps humain, des pieds, des jambes, des cuisses, des avant-bras, des bustes, des yeux, des seins, des troncs d'hommes et de femmes, des organes génitaux et des enfans au maillot. Il en est qui, remarquables par le mérite de l'exécution, trahissent la position élevée et la richesse des donateurs ; d'autres ont peu de valeur et constituaient les offrandes du pauvre. Ils sont déposés à Dijon au musée de la commission archéologique. M. Baudot a cherché si, en examinant avec soin ces ex-voto, on ne pourrait pas y découvrir quelques particularités indiquant le genre de maladie dont la guérison en fait l'objet. Certaines modifications de forme, de configuration, certains reliefs qu'on remarque souvent à la surface des diverses parties du corps que représentent ces petits monumens lui ont servi de guide dans cette étude : je vais les passer tour à tour en revue en suivant la voie tracée par ce savant archéologue.

Je commence par les extrémités inférieures ; les ex-voto de cette catégorie se composent soit du pied et de la naissance de la jambe, soit d'un pied et d'une jambe entière, y compris le genou, soit du membre pelvien depuis son origine jusqu'à la partie moyenne de la cuisse.

Ceux des membres supérieurs se composent tantôt d'une main avec son poignet seulement, tantôt d'une main avec un poignet et un avant-bras. Quelques-unes de ces parties paraissent le siége d'une tuméfaction plus ou moins prononcée ; mais rien ne rappelle, sur le plus grand nombre d'entre elles, le genre de maladie dont elles étaient atteintes.

Trois bustes appartenant à des enfans ont la tête complètement dégarnie de cheveux.

Parmi les yeux, les uns ont la pupille très dilatée, d'autres l'ont extrêmement resserrée ; ces deux symptômes, se rencontrant dans diverses maladies de ces organes, n'indiquent aucune lésion spéciale; d'autres sont privées de pupille ; en supposant que ce soit là le signe de la perte de la vue, il ne désigne pas davantage une affection particulière. Quelques paupières chargées de points saillans nous laissent dans la même incertitude. Il est toutefois vraisemblable que ces maladies oculaires ne comprenaient que certains cas de blépharite, de conjonctivite et de kératite. Plusieurs points tracés au grand angle d'un œil semblent figurer la sortie d'un liquide en ce lieu et indiquer plutôt le larmoiement, symptôme de l'une de ces affections, qu'une fistule lacrymale.

Plusieurs seins sont très développés dans leur totalité ; d'autres présentent çà et là des reliefs et des bosselures. Ces deux états annoncent la présence de tumeurs diverses, d'abcès, etc. On voit encore sur une même feuille une mamelle déprimée et rugueuse, tandis que l'autre est

courus par des grumeaux cholestériques, par de la matière colorante à l'état pulvérulent, sans qu'il en résulte de coliques hépatiques proprement dites. Chez les personnes qui ont une grande disposition aux concrétions calculeuses, dont les conduits ont été fréquemment en contact avec ces concrétions, non seulement les symptômes sont moins intenses, mais, de plus, ces corps, quand ils sont petits et arrondis, peuvent s'échapper sans qu'il en résulte des douleurs notables et même aucune douleur.

Voici maintenant divers points sur lesquels je crois devoir présenter à notre confrère quelques objections.

Je trouve d'abord, dans son mémoire, une assertion qui me paraît bien absolue. « L'étude sérieuse des auteurs qui ont écrit sur la gravelle, dit-il, l'observation d'un grand nombre de malades, m'ont amené à considérer la gravelle comme un accident symptomatique, et non comme une espèce morbide distincte. C'est une simple altération physique de l'urine qui résulte d'un état pathologique des voies urinaires, comme l'albuminurie et la glycosurie sont des altérations chimiques du même liquide, dont on doit rechercher la cause dans les mêmes voies urinaires ou dans d'autres organes de l'économie. » Il ajoute que, dans un précédent travail, il a essayé de démontrer que la gravelle rouge ou blanche, c'est-à-dire le dépôt dans les voies urinaires des sels en solution dans l'urine, était le résultat mécanique nécessaire d'une affection catarrhale de ces organes, que ces sels, si abondans qu'ils soient, ne se déposent point sans l'intervention d'une matière muqueuse présentant des conditions anormales de quantité et de plasticité.

Sans doute, la gravelle est un symptôme, un des accidens possibles de la colique néphrétique ; mais est-il bien vrai que la précipitation des sels de l'urine soit *toujours* commandée par la présence dans les voies urinaires de matières muqueuses d'une plasticité et d'une abondance morbides? Cela peut être fréquent, mais *non constant*. Quel est le praticien qui n'a pas vu des malades rendant du sable rouge et même de petits graviers rouges, sans qu'il se développe le moindre appareil fébrile, sans que les urines soient notablement chargées de mucus, mais seulement après avoir ressenti des douleurs plus ou moins marquées dans les reins et dans le trajet des voies urinaires? M. Rayer, si compétent en pareille matière, en énumérant les causes de la gravelle, range la diathèse urique ou goutteuse avant l'inflammation des diverses parties des voies urinaires. En s'occupant ensuite des symptômes, il dit, de la manière la plus nette, que lorsque des graviers ou de très petits calculs passent des calices dans le bassinet, et sans trop d'efforts du bassinet dans les uretères, et plus tard dans la vessie, les malades éprouvent le plus ordinairement des douleurs plus ou moins vives et quelquefois des douleurs très aiguës, *bien avant qu'aucun travail inflammatoire ait pu se développer*.

M. de Crozant paraît confondre ce qui se passe dans la gravelle rouge et dans la gravelle blanche. Ces deux gravelles tiennent à des causes tout à fait différentes.

La gravelle rouge ou urique provient d'une disposition générale, d'une diathèse de l'économie, et reconnaît pour cause la présence de l'acide urique en excès dans les urines. Cet acide, comme l'ont très bien expliqué M. Mialhe et d'autres chimistes, se forme naturellement dans les humeurs de l'économie; il doit, dans les conditions normales de santé, passer à un état plus avancé d'oxydation pour donner naissance à l'urée; mais si une nourriture trop forte, des habitudes sédentaires, le défaut d'oxygénation augmentent, d'une part, la proportion d'acide urique, et, d'autre part, diminuent ses chances de transformation en urée, il se précipite en très grande quantité dans les urines, dont il se sépare sous la forme d'un sédiment couleur brique, ou de molécules plus ou moins considérables. Dans cette diathèse urique, les urines conservent leur couleur naturelle, d'un jaune plus ou moins foncé; elles restent généralement limpides, et sont toujours acides, plus ou moins.

La gravelle blanche ou phosphatique, au contraire, ne paraît être que le résultat d'une phlegmasie des voies urinaires; aussi, dans cette espèce de gravelle, les urines, qui laissent déposer une plus ou moins grande quantité de phosphate de chaux et de phosphate ammoniaco-magnésien, tantôt sous forme de poussière blanche, tantôt sous forme de gravier irrégulier, anguleux, et de consistance variable, sont-elles boueuses, décolorées, fétides. Elles sont toujours neutres ou alcalines. Il ne paraît pas y avoir même de dissidences à ce sujet. M. Rayer écrit textuellement (*Maladies des reins*, tome III, page 12) que, « dans la pyélite chronique, les graviers, ou *au moins leurs couches extérieures*, sont souvent composés de phosphate de chaux ou de phosphate ammoniaco-magnésien, ou de ces deux réunis, lorsque l'urine est alcaline. » Tous les chirurgiens également s'accordent pour reconnaître que les dépôts phosphatiques se rencontrent surtout dans le catarrhe vésical, et chez les personnes dont l'urine est altérée ou retenue dans la vessie. Il se forme alors des produits ammoniacaux, ayant pour origine les sécrétions mêmes ou la transformation moléculaire de l'urée: et ces produits ammoniacaux donnent lieu, ainsi que M. Mialhe me l'a montré ces jours derniers, à des réactions chimiques semblables à celles qui résulteraient de l'introduction directe de l'ammoniaque dans le liquide urinaire à l'état normal.

Il y a même des gravelles qui ne sont pas d'acide urique, et dans lesquelles le calcul se produit sans qu'il se manifeste aucune trace de fluxion catarrhale ou d'inflammation. C'est ainsi que, chez certains individus *prédisposés*, il se forme avec rapidité des graviers ou des calculs d'oxalate de chaux, quand ils mangent de l'oseille. Un médecin très distingué, de mes amis, est dans ce cas et se garde, comme on le pense bien, de cet aliment, car le passage des graviers de cette nature est très douloureux. On ne peut évidemment admettre, dans cette rapide production, qu'il se soit au préalable formé un catarrhe ou une inflammation.

M. de Crozant avance avec assurance que les saignées répétées ont le grand inconvénient de débiliter le malade sans le guérir, et de *substituer à la gravelle urique la gravelle blanche* ou *phosphatique*, qui est bien autrement grave. N'y a-t-il pas ici une confusion? Certes, on ne peut approuver des émissions sanguines, portées au point de produire un trop grand affaiblissement; mais pourquoi les pratique-t-on? Évidemment, parce qu'il s'est développé de l'inflammation, et, d'après notre confrère lui-même, elles ne conviennent que lorsqu'il y a une réaction inflammatoire. N'est-il pas, d'après ce que nous avons dit plus haut, légitime de penser que la phlegmasie elle-même produit la gravelle phosphatique, plutôt que de supposer que les saignées répétées substituent celles-ci à la gravelle urique?

Cherchons maintenant des analogies dans les phénomènes que présente l'affection calculeuse hépatique. Les concrétions biliaires ont, comme on sait, une composition assez peu compliquée. C'est presque constamment un mélange, à parties inégales, de cholestérine et de matière colorante de la bile. Ces deux substances, qui ne sont que suspendues dans cette humeur, s'y déposent avec une extrême facilité, et il n'est pas besoin d'une sécrétion anormale ou morbide de mucus pour que cet effet se produise. Aussi leur formation n'est-elle accompagnée d'aucun phénomène phlegmasique. Lorsque ces concrétions s'engagent dans les conduits et y déterminent de vives douleurs, il se produit, il est vrai, une notable quantité de mucus; mais ce mucus n'a point concouru à la formation des calculs, et il n'est pas généralement le résultat d'une véritable inflammation.

Il est quelques cas où l'on a trouvé aux calculs de la vésicule une composition tout à fait différente, de phosphate ou de carbonate de chaux. Ce réservoir, dans ces cas, avait été à son intérieur le siége d'une inflammation chronique, et les élémens qui, par suite, avaient concouru à la formation de ces nouvelles concrétions n'étaient plus du tout les mêmes.

Je me permettrai un autre rapprochement. On a vu, d'après M. Rayer, que, dans la pyélite chronique, les calculs des voies urinaires ont quelquefois leurs couches extérieures seulement composées de phosphate de chaux ou de phosphate ammoniaco-magnésien. C'est évidemment qu'ils ont pris leur accroissement dans des phases diverses de l'état des organes urinaires. Une remarque analogue peut être faite au sujet des calculs biliaires. J'ai, dans ma collection, quelques cholélithes volumineux, dont le centre est constitué presque uniquement par de la cholestérine, tandis que le pourtour, dans une épaisseur assez considérable, n'est formé que par de la matière colorante pure. Cette seconde phase dans la production des concrétions ne tient sans doute pas à un état phlegmasique, mais elle indique que, pendant un temps, la bile, les voies biliaires ou l'état général se sont trouvés dans certaines conditions, et que, pendant un autre temps, ces conditions ont cessé d'être les mêmes.

Que M. de Crozant me pardonne, en terminant, de lui faire remarquer l'inconvénient d'une théorie trop absolue. Il en déduit l'indication formelle de ne traiter que l'affection catarrhale, c'est-à-dire d'user largement des médicamens qui ont une action héroïque sur la sécrétion des muqueuses et sur le produit de cette sécrétion. L'affection catarrhale est assurément une des circonstances de la maladie dont il faut tenir le plus de compte, mais, comme souvent elle n'existe pas dans les cas de gravelle qui se manifestent par suite d'une diathèse goutteuse ou urique, cette indication thérapeutique ne doit pas alors préoccuper le praticien, et c'est sur les causes générales de cette diathèse qu'il doit diriger principalement ses moyens d'action.

Malgré ces remarques critiques, nous n'en reconnaissons pas moins le mérite des publications de notre savant confrère. Nous le félicitons même de ce qu'il profite de l'honorable position qu'il occupe aux eaux de Pougues, pour recueillir d'excellentes observations et pour jeter de la lumière sur une maladie qui, comme la plupart des autres, a besoin d'être étudiée sous des points de vue nouveaux, et dont le traitement nous paraît encore loin d'être fixé.

---

d'une rotondité parfaite et sans affaissement. Toutes ces maladies du sein étaient évidemment de nature bénigne.

Les torses ou troncs rappellent celles des organes disposés à l'extérieur et à l'intérieur des cavités thoracique et abdominale; une large plaque portant un nombril et figurant une partie de la paroi antérieure du ventre a aussi cette dernière signification. Plusieurs de ces ex-voto n'offrent aucun caractère spécial. J'examinerai d'abord ceux qui appartiennent à des femmes.

Le grand développement du ventre, chez quelques-unes, annonce soit une maladie des organes abdominaux, se traduisant à l'extérieur par une augmentation de volume de cette région, soit une stérilité vaincue ou une grossesse ayant parcouru régulièrement ses périodes. Les femmes qui désirent être mères et arriver sans accidens au terme de la gestation, faisaient usage de l'eau de la Seine; voyaient-elles leur vœu s'accomplir, elles attribuaient ce résultat favorable à son action bienfaisante.

Le développement extraordinaire de quelques organes sexuels femelles n'a rien de caractéristique.

Certains organes sexuels mâles présentent, sur les côtés du pénis, à la fois à gauche et à droite, des saillies arrondies dont le siége est celui des adénites ou des hernies, soit inguinales, soit crurales.

Plusieurs scrotums volumineux pourraient figurer une orchite, un sarcocèle, une hydrocèle, un varicocèle, une hernie inguinale arrivée aux bourses, etc.; sur l'un de ces ex-voto, deux liens supportent, en avant, le long des aines, à gauche et à droite, un petit sac contenant les bourses. Ce bandage, qui revient à notre suspensoir, devait, à cette époque comme aujourd'hui, rendre de véritables services dans les affections où il est indiqué de soutenir le scrotum ou les testicules; il était probablement appliqué ici pour un cas d'orchite.

Puisque les ex-voto de la Seine expriment des guérisons, on ne doit voir en eux que l'image de maladies curables, soit par le fait de l'action des eaux, soit par celui d'autres causes également simples. On est, dès lors en droit de retrancher les hernies des tumeurs voisines du pénis et le sarcocèle de celles du testicule; après avoir éliminé de la même façon toutes les autres tumeurs de ces régions sur lesquelles les eaux ne pourraient avoir d'action curative, on se trouve porté à n'admettre que des adénites pour celles de l'aine, et des orchites pour celles des bourses.

Parmi les ex-voto de la catégorie dont je m'occupe, il en est qui, se composant principalement d'un pénis presque toujours remarquable par son développement, paraissent désigner une maladie bornée à cet organe, peut-être même au conduit excréteur de l'urine, et indiquer un écoulement urétral. La même réflexion serait applicable aux ex-voto qui ne représentent que des vulves, et il y aurait lieu de se demander s'ils ne désignent pas aussi un écoulement vaginal.

La question de savoir si la syphilis est d'origine ancienne ou moderne n'est pas encore jugée. Ceux qui soutiennent la première opinion se fondent sur ce que les auteurs et les écrivains de l'antiquité font mention non seulement des flux vaginal et urétral, mais encore d'ulcérations, de végétations du prépuce, du gland et de la vulve, et de tumeurs des ganglions inguinaux.

Les ex-voto que je viens de passer en revue ne sont d'aucun secours pour la solution de cette question. En effet, les écoulemens urétral et vaginal et les maladies analogues à celles qu'occasionne le virus syphilitique et que j'ai nommées, pouvaient, alors comme de nos jours, être produits par différentes autres causes, et dans le cas où il serait démontré qu'il s'agissait bien ici d'écoulemens, d'ulcérations, d'adénites inguinales, etc., nous ne saurions dire si ces affections étaient ou non de nature vénérienne.

Les dermatoses n'ont pas été oubliées dans le musée pathologique de la Seine; une plaque dont le ventre et les cuisses sont couverts de petits reliefs fait songer à une affection de la peau, mais n'en révèle pas la nature.

Les enfans au maillot ne portent avec eux aucun signe propre à conduire au diagnostic de leurs maladies. Le tissu qui constitue le maillot enveloppe non seulement le tronc et les membres de ces enfans, mais encore leur tête en faisant l'office du bonnet dont on se sert aujourd'hui et ne laissant à découvert que le visage; cependant, il en est qui ont aussi les pieds libres. Chez les uns, le maillot est affermi du haut en bas par des tours de bandes qui les emprisonnent, de manière à apporter une complète entrave à leurs mouvemens; chez les autres, il est seulement maintenu par un lien traversant des anneaux disposés de distance en distance, à gauche et à droite dans toute sa longueur; le nouveau-né s'y trouve moins gêné; chez d'autres, enfin, il est ouvert par devant et dépourvu de tout moyen contentif; l'enfant y est tenu en liberté. Les deux premiers procédés d'emmaillottement sont encore en usage dans nos campagnes.

On n'a trouvé avec ces ex-voto, en fait d'instrumens propres à intéresser le chirurgien, que des ciseaux qui offrent une grande analogie avec ceux dont se servent les tondeurs.

(La suite à un prochain numéro.)

Iconographie ophthalmologique, ou Description et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales; par le docteur J. Sichel, docteur en médecine et en chirurgie des Facultés de Berlin et de Paris, etc., etc.

Les Livraisons 1 à 15 sont publiées.

In-4. Quinzième livraison. — Prix de chaque livraison : 7 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire de l'Académie impériale de médecine, rue Hautefeuille, 19.

Recueil d'observations sur les maladies de la peau, par W. Boeck, professeur à la Faculté de médecine de Christiania, et D.-C. Danielsen, médecin en chef des hôpitaux de Spedalsgoes, à Bergen. — Première livraison, avec 4 planches in-folio, figures coloriées.

Christiania, 1855; — à Paris, chez J.-B. Baillière, libraire.

De la glycogénie hépatique, par J.-L. Bruchet, professeur à l'École de médecine de Lyon. In-8, Lyon, 1856.

Du choléra-morbus épidémique observé dans la commune de Loches (Aube), pendant les mois d'août et septembre 1854, par M. P.-A. Fontaine. Thèse inaugurale, in-4°, Paris, 1856.

Théorie de l'antagonisme et de la pondération appliqués au choléra asiatique, aux fièvres et autres dérangemens de la circulation; par le docteur Alexandre Gérard, médecin à Étain. In-8. Prix : 1 fr. 75. — Paris, chez Labé, libraire.

BIBLIOTHÈQUE.

LEÇONS DE PHYSIOLOGIE EXPÉRIMENTALE APPLIQUÉE A LA MÉDECINE (cours du semestre d'hiver 1854-1855), faites au Collége de France, par M. Claude BERNARD. — Paris, 1855, J.-B. Baillière, libraire.

DE LA GLYCOGÉNIE.

M. Claude Bernard vient de publier, en un volume, les leçons dans lesquelles il a exposé au Collége de France, pendant le semestre d'hiver de 1854 à 1855, ses découvertes sur la *glycogénie* et leurs applications à la théorie du diabète. Cette fonction nouvelle du foie avait été déjà exposée par lui dans divers écrits, mais on sait qu'entre les mains de l'habile professeur, une question de physiologie ne demeure pas longtemps au même point et qu'elle ne tarde pas à grandir et à s'élargir tellement, qu'elle a bientôt presque entièrement changé de face.

C'est ce qui est advenu pour la glycogénie. D'abord objet de pure curiosité pour les physiologistes, cette formation de sucre au sein de l'économie, étudiée ensuite par l'auteur jusque dans ses moindres détails, à l'aide d'ingénieuses et patientes expérimentations, rattachée par lui aux grandes fonctions de nutrition et de calorification, considérée dans ses rapports avec l'activité du système nerveux, est devenue l'une des questions les plus intéressantes et l'un des points les mieux élucidés et les plus importans de la physiologie.

Ajoutons à cela que ces découvertes ont jeté déjà de grandes lumières sur l'étude de l'affection diabétique et sont destinées sans doute à en jeter de plus grandes encore par la suite.

Il ne nous semble donc pas hors de propos de revenir encore ici sur cette question à l'aide du livre qui vient d'être publié, et de présenter à nos lecteurs non plus une discussion approfondie des preuves de la fonction glycogénique du foie, mais un exposé sommaire de cette fonction et des phénomènes physiologiques et pathologiques qui s'y rattachent. Ce sera d'ailleurs l'abrégé du livre lui-même.

Chez tous les êtres de la série animale où il existe, là même où il n'est pour ainsi dire qu'à l'état rudimentaire, le foie contient du sucre. C'est un fait incontesté depuis que M. Bernard l'a fait connaître. Chez tous, le sucre y est dans des proportions peu différentes.

Le sucre que l'on trouve dans le foie n'y est pas apporté du dehors; mais il prend naissance dans cet organe lui-même. M. Bernard a prouvé ce fait en montrant que chez les animaux exclusivement nourris de substances azotées, de gélatine pure, par exemple, la veine porte et l'artère hépatique ne contiennent aucune trace de sucre, tandis qu'il y en a en abondance dans le foie. On a objecté que le sucre pouvait être masqué aux réactifs par l'albuminose dans le sang de la veine porte; il a montré que le sucre s'y décèlait parfaitement à l'aide de procédés convenables, malgré l'albuminose, quand il y était réellement. On a objecté que le sucre pouvait provenir d'alimentations antérieures. Il a pris des oiseaux de proie dans l'œuf, les a nourris exclusivement avec de la viande, et il a toujours trouvé du sucre dans leur foie. On a objecté que le sang des animaux de boucherie contenait un peu de sucre, et que la viande, contenant toujours du sang, était par conséquent sucrée. Mais il a montré qu'il faudrait, pour fournir la quantité de sucre qu'on trouve dans le foie, en admettant comme vraies toutes les suppositions des contradicteurs, une quantité de sang trois ou quatre fois plus lourde que toute la viande qu'on donne aux animaux en expérience. Et il a prouvé, en outre, que la viande dont il se servait ne contenait pas de sucre du tout.

L'absence du sucre dans le système vasculaire afférent du foie chez des animaux où cet organe est néanmoins sucré, est la principale preuve, si je dis, que le sucre y prend naissance; mais ce n'est pas la seule. Ce fait trouve sa confirmation dans toutes les conditions essentielles du phénomène et dans une foule de considérations accessoires. Ainsi la quantité de sucre fournie par le foie est tout à fait indépendante de celle contenue dans les alimens; certaines excitations portées sur le foie directement ou par l'intermédiaire du système nerveux, activent évidemment la formation du sucre; le refroidissement, poussé assez loin la suspend, en sorte que le sucre ne tarde pas à disparaître en entier. Or, si l'on parvient à réchauffer l'animal, on voit bientôt le sucre qui avait disparu de l'économie se reformer dans le foie, sans que l'alimentation même soit intervenue.

C'est donc un fait bien établi par l'auteur, et, à notre avis, au-dessus de toute contestation, que le sucre qu'on trouve dans le foie prend naissance dans cet organe même. On verra, dans la suite, qu'à l'exception du sucre du lait formé par la mamelle, cette substance, dans quelque point de l'économie qu'on la rencontre, provient toujours du foie. Mais ce grand fait n'est que le premier point de la question. Suivons-la donc dans ses développemens. Et d'abord quelles sont les parties du sang aux dépens desquelles se forme le sucre?

Les analyses de Lehmann se joignent aux recherches de M. Bernard pour démontrer que ce sont les matières albuminoïdes. Lehmann, en effet, a vu que le sang, en traversant le foie, perd toute sa fibrine et la plus grande partie de l'albumine, lesquelles sont remplacées par du sucre. D'un autre côté, M. Bernard a montré que l'alimentation albumineuse ou fibrineuse entretient parfaitement la fonction glycogénique, tandis que l'alimentation exclusivement graisseuse la laisse s'éteindre, et que le sucre introduit dans les voies digestives, soit en nature, soit sous forme de substances amylacées, au lieu d'être utilisé par le foie comme sucre, est au contraire détruit et transformé par lui en matière grasse émulsive spéciale. Les matières albuminoïdes du sang ne se transforment pas d'emblée en sucre, mais passent d'abord dans le foie par une forme intermédiaire. Cette substance, qui prend naissance au sein de l'organe même, sous l'influence de son activité propre, se transforme ensuite spontanément en sucre par une sorte de fermentation sous l'influence seulement d'une température suffisante, même après la mort et en dehors de l'organisme. L'auteur n'a pu l'isoler jusqu'ici, et il sait seulement qu'elle est insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther.

Comme les autres sécrétions, celle du sucre, par la glande hépatique, ne s'opère que sous l'influence d'une action spéciale du système nerveux. L'incitation nerveuse, nécessaire à l'accomplissement de cette fonction, est transmise au foie par le grand sympathique qui la reçoit de la moelle épinière, et l'activité de cette dernière se borne à une action réflexe sollicitée par la portion du pneumogastrique qui se distribue au poumon. Voici par quelle série d'expériences M. Bernard est arrivé à reconnaître et démontrer ce mode d'action du système nerveux sur les fonctions glycogéniques. Quand on coupe les pneumogastriques au cou, le sucre cesse de se former dans le foie. Ce nerf a donc une influence certaine. Cependant ce n'est point par action directe sur le foie, car lorsqu'on coupe le même nerf entre le poumon et le foie, la fonction glycogénique n'en est pas troublée; et si, après la section du pneumogastrique au cou, on galvanise le bout inférieur, on ne réveille nullement la fonction abolie. Au contraire, si on galvanise le bout supérieur, on voit le sucre se reformer dans le foie, ce qui prouve que l'action du pneumogastrique est ici centripète.

D'un autre côté, M. Bernard a trouvé, dans le *calamus scriptorius*, un point de la moelle dont la piqûre exagère, d'une façon extrêmement manifeste, la fonction glycogénique; il a vu aussi qu'une section de la moelle au-dessus du renflement brachial arrête la formation du sucre à moitié chemin, et ne laisse se former que la substance intermédiaire dont nous avons parlé plus haut, que cette action ne persiste, d'ailleurs, qu'autant qu'on n'a pas détruit les ganglions cervical inférieur et thoracique supérieur du grand sympathique, et qu'enfin la section de la moelle épinière au-dessous du renflement brachial abolit complétement la fonction.

La formation du sucre s'accompagne dans le foie de deux phénomènes importans qui s'ajoutent à la destruction de la fibrine et de l'albumine dont nous avons parlé déjà. Ce sont la formation de globules blancs du sang et une élévation très notable de température.

Lehmann a constaté que le sang qui sort du foie contient beaucoup plus de globules blancs que celui qui y entre et la formation de ces globules paraît intimement liée à la présence du sucre. En effet, M. Bernard a observé que lorsqu'on abandonne du sang à lui-même, il se putréfie purement et simplement, mais que si on ajoute à ce sang un peu d'une solution sucrée, il ne tarde pas à s'y former des cellules dont les premières ont assez exactement l'apparence et les caractères chimiques des globules blancs du sang. D'un autre côté, on sait que la formation de cellules nouvelles dans les végétaux s'accompagne toujours d'une production de matière sucrée. Il est donc rendu par là bien probable que le sucre joue ici un grand rôle dans l'apparition des nouveaux globules.

Quant à l'augmentation de la chaleur, M. Bernard l'a constatée directement. Elle est telle, que le sang qui sort des veines sus-hépatiques est plus chaud de + 0°,40 environ que celui de la veine porte, et que ce point est celui de tout le corps où la température est le plus élevé.

Le sucre, qui a pris naissance dans le foie, est transporté, à mesure qu'il se forme, par le sang des veines sus-hépatiques, en sorte que la quantité qu'on en trouve dans le foie est toujours à peu près la même dans l'état physiologique. Mais la quantité qui se forme et qui passe dans les veines sus-hépatiques est très variable. Elle augmente beaucoup pendant les digestions, diminue dans l'intervalle, varie aussi sous l'influence de certaines excitations physiologiques du foie et de l'activité variable de la circulation abdominale.

A peine le sucre est-il sorti du foie que son rôle paraît terminé, car il se détruit en arrivant au poumon. Cette destruction ne s'effectue pas, comme on l'a cru, par une sorte de combustion au contact de l'oxygène, car on ne voit pas que la destruction soit moins complète chez les animaux que l'on fait respirer dans un air contenant fort peu d'oxygène, et, d'ailleurs, l'expérience montre que la destruction du sucre du foie s'opère également bien dans tous les gaz. Enfin, preuve non moins positive, le sucre qui se forme dans le foie se détruit de la même façon chez les fœtus qui ne respirent pas et où, par conséquent, il ne peut se détruire par oxydation. Le sucre se détruit par une sorte de fermentation spéciale et se transforme vraisemblablement en acide lactique.

A l'état physiologique, la destruction du sucre est ordinairement complète dans le poumon, et il n'en passe point au delà. Mais quand la production s'exagère, par exemple, sous l'influence de la digestion, tout le sucre qui sort du foie ne peut pas être détruit aussi promptement, et une partie, dépassant le poumon, se répand dans la circulation générale. Arrivé là, il peut, s'il est en suffisante quantité, passer dans diverses sécrétions. Celle qui lui donne le plus facilement passage est le liquide céphalo-rachidien; aussi y en trouve-t-on presque toujours. Après viennent les autres sécrétions séreuses, puis les sécrétions stomacale et urinaire, où il ne passe que plus difficilement, et à la condition d'un plus grand excès; ce qui fait qu'on l'y rencontre rarement. Quant à la sécrétion de la salive et à celle de la sueur, elles ne l'admettent jamais.

Il nous reste à parler de la manière dont la fonction glycogénique s'établit chez le fœtus, point que M. Bernard a aussi élucidé d'une façon extrêmement ingénieuse. Pendant les premiers temps de la vie fœtale, la fonction glycogénique n'est pas encore localisée dans le foie, et il se produit du sucre partout où se forment des muscles. Les poumons naissent ainsi au milieu d'une atmosphère sucrée. Mais il n'en est de même pour aucun des autres systèmes organiques. Vers le quatrième ou cinquième mois le sucre commence à se former dans le foie, et alors il disparaît partout ailleurs.

Toute cette théorie de la glycogénie, dont nous venons d'esquisser rapidement l'ensemble, est exposé dans les leçons de M. Bernard avec une merveilleuse clarté, et les expériences multipliées et variées de mille manières sur lesquelles s'appuie chaque proposition sont si exactement décrites, qu'à peine, en lisant ces leçons, a-t-on le regret de n'y avoir point assisté. Cette lecture laisse dans l'esprit une entière conviction et surtout une admiration profonde pour l'esprit éminemment philosophique de l'auteur, chez lequel on ne sait que louer davantage, ou de l'élévation de vue, ou de la modestie, ou du talent d'investigation, ou de celui d'exposition. M. Bernard sait aussi bien que qui que ce soit s'élever aux plus hautes régions de l'hypothèse et de l'induction, mais il a eu le rare et difficile mérite de tenir à la vérité plus qu'aux théories enfans de son imagination, et de rejeter celles-ci dès que l'expérimentation vient les contredire. Il ne s'en sert qu'à titre de guides au milieu de ses recherches, et les abandonne avec la même facilité qu'il les crée, jusqu'à ce qu'elles l'aient conduit à une vérité positive. Mais ce qu'on ne saurait trop admirer, c'est le soin scrupuleux que le professeur met toujours dans son exposition à distinguer ce qui est vérité démontrée de ce qui est probable ou même infiniment probable. Aussi l'esprit se sent-il merveilleusement à l'aise en le lisant, sûr de n'avoir pas à se tenir en garde contre quelque hypothèse spécieuse qui l'égare. De combien d'erreurs la science ne serait-elle pas libre si tant de philosophie présidait à toutes les recherches.

La découverte de la glycogénie du foie suffirait sans doute pour illustrer le nom d'un physiologiste, mais elle n'est que le moindre des titres de notre auteur à l'estime et à la reconnaissance du monde savant. Ce dont il faut lui savoir gré surtout, c'est d'avoir montré comment la science physiologique peut s'élever au niveau des plus certaines et des plus positives. C'est aussi ce qui fait ardemment désirer de lui voir porter la lumière sur d'autres points de cette belle mais difficile science, comme il l'a déjà fait sur celui-ci.

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 Mai 1856. — Présidence de M. BUSSY.

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. le docteur MAUTRENT, médecin-inspecteur des eaux minérales du Maska et de Lavardens (Gers), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854.

— Un rapport de M. le docteur PÉNISSAT, médecin-inspecteur des eaux minérales de Châteauneuf (Puy-de-Dôme), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854.

— Un manuscrit intitulé : *Clinique rétrospective de l'hospice thermal civil de Bourbon-l'Archambault*, par M. le docteur CAILLAT, inspecteur général des eaux de cette localité.

— Un mémoire de M. le docteur FABAS, médecin-inspecteur des eaux minérales de Saint-Sauveur (Hautes-Pyrénées), sur l'action de ces eaux appliquées au traitement des maladies de l'utérus.

(Commission des eaux minérales.)

— Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné, en 1855, dans le département des Ardennes.

— Un rapport de M. le docteur FATON, médecin des épidémies de l'arrondissement de Vendôme, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune d'Authon.

(Commission des épidémies.)

— Plusieurs recettes de remèdes secrets. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivans :

MM. les docteurs Louis MANDL et H. ROGER demandent à l'Académie de les comprendre au nombre des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— M. le docteur GUBLER adresse une demande semblable pour la place vacante dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

— Un rapport de M. LAFORÊT, médecin-vaccinateur du canton de Lavit (Tarn-et-Garonne), sur les vaccinations qu'il a pratiquées en 1855, et des observations sur la petite vérole.

— Le tableau des vaccinations pratiquées, en 1855, dans le département de Tarn-et-Garonne.

(Commission de vaccine.)

— M. O. RÉVEIL prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un paquet cacheté contenant des considérations sur l'analyse de l'opium. (Accepté.)

— M. MATHIEU soumet à l'examen de l'Académie un nouveau genre de pince-érigne qu'il a fabriquée d'après les indications de M. Lefort, interne des hôpitaux. Destiné à faciliter l'avivement dans les solutions de continuité, telles que les divisions du voile du palais, les fistules vésico-vaginales, etc., cet instrument peut être utilisé aussi pour le passage des fils qui doivent opérer la réunion : chaque branche de la double érigne fixe un des côtés de la plaie, et comme les deux branches sont réunies par un axe ou pivot, il s'ensuit qu'on rapproche les deux lèvres en fermant les anneaux comme ceux de la pince à pansement ordinaire. En se servant d'une aiguille demi-courbe, on peut traverser les deux lambeaux d'un seul coup, avec la certitude qu'ils ne fuiront pas, et que les points de suture se correspondront exactement, puisqu'ils sont ajustés d'avance et placés au même niveau par l'action de cette pince-érigne.



M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte en la personne de M. Gilbert-Savigny, membre correspondant à Reims.

— M. le professeur LUDWIG, de Stuttgard, membre correspondant, est présent à la séance.

— M. BOUILLAUD exprime le désir de voir la discussion sur le mémoire de M. Parchappe ajournée jusqu'au moment où l'auteur aura donné lecture de la seconde partie de ce travail.

M. O. HENRY fils, en son nom et en celui de M. le docteur HUMBERT, lit un mémoire intitulé : *Recherches médico-légales sur l'acide cyanhydrique et ses composés*. MM. O. Henry et Humbert étudient successivement les caractères de l'acide cyanhydrique et les procédés suivis jusqu'ici pour en reconnaître la présence dans les cas d'empoisonnement. Ils proposent donc pour ces recherches un procédé nouveau qui consiste, après avoir obtenu du cyanure d'argent par les méthodes ordinaires, à combiner le cyanogène avec l'iode, et à mettre à profit les propriétés bien connues de cet iodure de cyanogène; enfin à recher-

cher le métal qui a fait partie du cyanure vénéneux. (Commissaires : MM. Boutron et Wurtz.)

— M. E. Robiquet donne lecture d'une *Note sur l'application de la gutta-percha à la préparation des caustiques à base de potasse et de chlorure de zinc.*

Invité par M. le docteur Maunoury à préparer deux caustiques, l'un à base de potasse, l'autre à base de chlorure de zinc, qui fussent susceptibles d'être portés très profondément dans les tissus sans être altérés dans leur forme, M. Robiquet est parvenu, après de longs tâtonnemens, à résoudre ce problème. Rien n'est plus facile maintenant, dit-il, que d'unir la gutta-percha au chlorure de zinc et à la potasse caustique. On obtient ainsi une pâte parfaitement malléable, que l'on peut mouler en cylindres comme le nitrate d'argent, en plaques comme la pâte de Canquoin, en pastilles comme la pierre à cautères. Ces combinaisons ont la souplesse de la gutta-percha et ne se déforment pas, quelque prolongé que soit leur séjour au sein des tissus. On peut se les représenter comme une éponge, retenant dans ses pores la matière caustique et pouvant bien la défendre contre l'action hygrométrique de l'air, mais n'étant plus capable de la retenir lorsqu'intervient la force de capillarité des tissus organiques vivans.

L'auteur propose également une modification dans la préparation du caustique Filhos. Tout en conservant les proportions ordinaires de potasse et de chaux, il coule ce mélange dans des lingotières de fer forgé, la fusion s'opère ainsi à une température plus élevée et donne à la masse une homogénéité remarquable. Les cylindres, une fois refroidis, sont rapidement enveloppés de gutta-percha fondue. (Comm. MM. Velpeau, Depaul et Boudet.)

— M. Piorry, au nom d'une commission composée de MM. Bouillaud, Bousquet et Piorry, rapporteur, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Bayle neveu, relatif à un *signe général des altérations du sang dans les maladies, et aux signes particuliers pour chacune de ces altérations.*

Les altérations du sang, étudiées par un grand nombre d'auteurs, sont aussi évidentes que les lésions des organes solides. De l'ensemble des travaux dont elles ont été l'objet est résulté un faisceau d'observations qui a éclairé un grand nombre des points de la médecine pratique. Ces documens ont fait voir que les phénomènes rapportés aux maladies générales, aux diathèses, aux cachexies, aux épidémies de causes toxiques, aux influences générales des virus sur l'organisation se rapportent presque toujours à des altérations, à des modifications survenues dans le sang ou au mélange avec ce liquide de substances plus ou moins délétères.

M. le docteur Bayle paraît aussi y rapporter les affections dites générales. Ce médecin a recherché, d'une part, s'il n'y avait pas un signe qui fût susceptible de faire reconnaître qu'il existe une anomémie, et de l'autre, si l'on pouvait saisir des signes spéciaux propres à chacune des altérations du sang isolément considérées. Or, M. le docteur Bayle, qui porte si dignement le nom de son oncle, a cru trouver ces signes dans les éruptions qui se déclarent à la peau et dans les changemens de coloration que le tégument peut offrir. A l'occasion de certaines de ces éruptions, M. Bayle fait après Sydenham l'apologie de la nature médicatrice, de l'expulsion par les phlegmasies et les sécrétions qui leur sont consécutives de la matière morbifique, etc.

Nous ne suivrons pas l'auteur sur ce terrain, car les divers membres de la commission chargés par vous d'examiner le mémoire de M. Bayle pourraient différer d'opinion sur ce sujet, et les détails dans lesquels nous entrerions feraient peut être revivre la discussion sur le vitalisme, ce qui donnerait lieu sans doute à de spirituels discours; mais ce qui avancerait fort peu la véritable science.

Il est inévitable que les éruptions de causes internes dont la peau est le siége soient les conséquences d'altérations du sang, ou si l'on veut, de certaines substances venues du dehors ou provenues de l'organisme lui-même et qui portent sur le tégument leur effet toxique. Le nom de Toxémie dermitogénique exprime parfaitement cette idée et porte à admettre en fait que toute dermite de cause interne est le signe de quelque altération du sang qui l'a précédée. Les médecins de toutes les opinions sont à peu près d'accord sur ce fait, et M. Bayle n'a fait qu'admettre ici une proposition juste et tout à fait d'accord avec l'observation.

Les colorations variées que la peau présente dans beaucoup de cas sont évidemment des résultats des teintes que le sang donne aux tégumens. Le derme exsangue est d'une couleur jaunâtre et terne, il offre un certain degré de transparence; la plénitude de ses vaisseaux produit la nuance rosée ou la rougeur. Y a-t-il hypoxémie ? la teinte devient violacée, violette et noirâtre. Le sang, comme l'a signalé le premier votre rapporteur, a-t-il respiré les gaz qui s'élèvent du charbon qui s'allume ? alors il donne aux tégumens une coloration rouge toute spéciale; les globules du sang séjournent-ils dans les vaisseaux par suite de la perte du sérum ? alors le derme est fortement teint de noir violet; les globules sont-ils étendus de trop d'eau ? le tégument devient jaunâtre ou grisâtre; et comme il arrive dans les affections physiques et cancéreuses confirmées que le sang, dont la quantité est du reste assez faible, contient beaucoup de sérum, dans de tels cas la peau est décolorée. Bien entendu que les teintes variées et spéciales sont encore en rapport avec les diverses espèces de lésions dont il s'agit, de telle sorte qu'un praticien exercé reconnaît parfois un cancer ou des tubercules par les apparences que présente la peau. Le liquide formé par la rate malade donne aussi au derme une coloration spéciale, et il en est ainsi de la pénétration du pus faite chroniquement dans l'appareil respiratoire. Il est inutile de rappeler enfin que le principe colorant jaune de la bile donne à la peau la teinte propre à la cholémie.

Le rapporteur de votre commission a cité tous ces faits et un assez grand nombre d'autres du même genre, dans le troisième volume de son *Traité de médecine pratique* (Anomémies). M. Bayle leur attribue un rôle de premier ordre dans le diagnostic des altérations du sang. Il est bien positif que la seule inspection est ici d'une très grande importance, et, à coup sûr, il est tout aussi utile, pour reconnaître l'hydrémie, de tenir compte de la pâleur spéciale des tégumens que du bruit de souffle des vaisseaux. Mais les colorations de la peau ne sont que l'un des signes des altérations du sang, et, partout où celui-ci traverse des tissus transparens, il traduit, par les nuances qu'il présente, les modifications qu'il a subies : aux sclérotiques, sur les membranes muqueuses labiales, buccales, linguales, et, dans l'opinion de votre rapporteur, c'est principalement sous ce rapport que l'examen de la langue, de la bouche et des lèvres peut être utile.

Certes, l'inspection de la peau donne, sur les altérations du sang, des renseignemens moins précis que l'examen direct de ce liquide. Les signes des anomémies sont donc déduits de l'ensemble des caractères que tous les moyens de diagnose précédens apprennent à connaître, et ce serait un tort de vouloir placer seulement dans le tégument les signes principaux des altérations du sang. Telle n'a pas été, sans doute, l'intention de M. Bayle, pas plus qu'il n'a pensé être le premier à signaler l'importance de l'inspection du tégument dans le diagnostic des anomémies. Ce qu'il a désiré, c'est de jeter un coup d'œil d'ensemble sur les caractères présentés par la peau et qui déjà étaient bien connus, pour en déduire des réflexions utiles.

Du reste, les deux circonstances dont M. Bayle fait mention, comme signes d'anomémie, c'est-à-dire les éruptions et les colorations, n'ont aucune similitude et se rapportent à des phénomènes si différens que les considérations diagnostiques qui se rapporteraient aux unes ne seraient en rien applicables aux autres; la peau, sous le rapport des éruptions, n'éclaire pas plus la séméiotique que les phlegmasies des membranes muqueuses des synoviales, des organes parenchymateux qui se manifestent en même temps qu'elles, et l'on peut dire, en dépassant de beaucoup les propositions de M. Bayle, que toute affection aiguë et même chronique, qui se manifeste à la fois dans divers organes avec des caractères identiques, est le résultat de quelque anomémie. Telles sont les réflexions qu'a fait naître dans l'esprit de votre commission le travail de M. le docteur Bayle, qui termine par cette proposition : « La peau est le miroir du sang, » nous la modifierons de cette façon : l'inspection de la peau, des membranes muqueuses extérieures, l'exploration des organes profonds, l'analyse et la pondération, l'étude microscopique du sang et de ses divers élémens, l'appréciation des modifications organiques et fonctionnelles, sont les moyens de reconnaître les altérations du sang et d'en spécifier les caractères.

Nous vous proposons, Messieurs, de remercier M. Bayle de sa communication, et de renvoyer son travail au comité de publication. — (Adopté.)

— M. Labourdette lit un mémoire intitulé : *Du passage de l'iode par assimilation digestive dans le lait de quelques mammifères*, par MM. Labourdette et Dumesnil. Voici le résumé succinct de ce travail :

L'iode et l'iodure de potassium, administrés à l'état de pureté, produisent rapidement des accidens qui forcent à en suspendre l'emploi. A titre de correctifs ou d'adjuvans, le chlorure de sodium et le nitrate de potasse à haute dose, l'alun ou l'extrait de ratanhia, quand on veut obtenir un effet astringent; le sulfate de soude ou de magnésie, lorsqu'il s'agit d'obtenir un effet contraire; l'albumine fraîche mêlée au bol alimentaire, sont autant de moyens qui font, jusqu'à un certain point, tolérer les iodiques par l'économie animale. Néanmoins, M. Labourdette, par des expériences faites sur lui-même, a pu se convaincre des inconvéniens qu'entraîne l'usage prolongé de l'iode et de l'iodure de potassium. Ayant essayé d'administrer ces substances à des vaches, dans le but d'obtenir un lait iodé, il a vu les animaux périr dans le marasme. Désireux, toutefois, d'arriver à un résultat qui promettait une importante ressource à la thérapeutique, il a étudié, avec M. Dumesnil, les conditions dans lesquelles l'iode et l'iodure mélangés au bol alimentaire sont le mieux supportés par les bêtes laitières. Après de nombreux essais, ces médecins sont arrivés à régler la dose de l'iode sur la quantité de lait sécrété en 24 heures : au-dessous de six litres, la solution iodurée était à 3 gram. seulement; on l'augmentait de 2 gram. par trois litres de lait fournis en plus. Assez souvent, les vaches (les chèvres sont moins difficiles) refusent la pitance additionnée de cette solution. Il faut les soumettre à un véritable entraînement. Quand l'iode leur est administré dans ces conditions, on observe d'abord que la sécrétion lactée augmente d'un cinquième ou d'un dixième, (cela tient probablement au surcroît de pitance dont on accompagne la dose médicamenteuse); bientôt la sécrétion revient au degré antérieur et tend même à diminuer. Le lait ainsi obtenu ne saurait être assimilé au lait simplement additionné d'iode. Ses propriétés physiques sont notablement différentes; de même ses réactions avec le chlore, l'amidon, les sels de plomb, d'argent, de palladium. Il contient au maximum 257 milligrammes de composé iodique par litre; les 25/100es seulement du médicament sont éliminés par la sécrétion mammaire; l'urine, les fecès renferment des quantités considérables d'iode. — Quant aux effets thérapeutiques du lait médicamenteux dont il s'agit, ils sont des plus remarquables : sans action sur la peau et les membranes muqueuses, il exerce une action tonique et reconstituante dont les auteurs ont eu des preuves nombreuses et qui leur fait voir dans cette substance un excellent anti-scrofuleux. Ce lait chloro-iodurée, dit M. Labourdette en terminant, semble destiné à l'emporter sur le lait chloruré que M. Amédée Latour a employé avec quelque succès dans le traitement de la phthisie pulmonaire. (Commissaires : MM. Paul Dubois, H. Bouley et Lecanu.)

La séance est levée.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'Union Médicale.

Toulon, le 1er mai 1856.

Monsieur le rédacteur,

Dans votre numéro du 29 avril dernier, vous avez publié un article de M. le docteur Perrin, tendant à me faire dire des naïvetés dont je suis nécessairement incapable après quinze années de service comme chirurgien de la marine.

« Permettez-moi, vous dit M. le docteur Perrin, de m'étonner, avec » beaucoup d'autres confrères sans doute, de l'admiration un peu tar- » dive de M. le docteur Gallerand pour une substance dont les pro- » priétés prophylactiques et thérapeutiques dans l'affection scorbutique » sont connues de tout le monde depuis bien longtemps, et en particu- » lier des chirurgiens de la marine. »

Ma réponse est bien facile; car ma pensée a été incomprise et mutilée.

Le but que je me suis proposé, en faisant connaître les faits dont j'ai été témoin, n'est pas d'annoncer au monde la découverte d'un antiscorbutique, comme M. le docteur Perrin semble le croire, sans songer qu'il refuse ainsi, à l'un de ses confrères, les plus vulgaires connaissances. J'ai cherché tout simplement à établir qu'on pouvait donner le jus de citron à un nombreux équipage, pendant une longue campagne, et dans des pays qui n'en produisent pas, comme dans la mer Blanche, par exemple.

Voici, d'ailleurs, ce que j'ai dit textuellement dans mon rapport, après avoir indiqué le mode de préparation et d'administration du suc de citron dans la marine anglaise :

« Je savais depuis longtemps que les citrons et les oranges sont des » antiscorbutiques tout puissans, j'ai assez navigué pour en être con- » vaincu; mais je n'avais, je l'avoue, aucune idée d'une institution éta- » blie sur une aussi large base et garantie par des règlemens pleins de » vigueur. »

Vous voyez, Monsieur le rédacteur, que l'étonnement de M. le docteur Perrin, au sujet de mon admiration tardive, est tout à fait dépourvue de fondement. J'ai parlé d'une institution plutôt que d'un médicament, sans cela j'aurais peut-être cité Kramer et Lind. Mais il y a des choses que l'on n'ignore pas : j'en appelle au bon sens de tous mes collègues et même aux connaissances thérapeutiques de M. le docteur Perrin, auquel je fais la courtoisie d'en accorder plus qu'il ne m'en suppose.

Je vous serai particulièrement obligé, Monsieur le rédacteur, si vous pouvez donner place à cette rectification dans un de vos plus prochains numéros.

Agréez, etc. Dr E. Gallerand.

Pougues, le 1er mai 1856.

Monsieur et très honoré confrère,

J'allais vous écrire et vous remercier des encouragemens que vous avez bien voulu donner à notre Natade, comme vous l'appelez, Natade qui s'est peu compromise par ses avances au public et qui jusqu'à ce jour a peu fait parler d'elle; au lieu de cela, je suis obligé de répondre à une réclamation bien grave et bien inattendue de mon confrère et collègue M. Caillat, qui m'accuse d'*avoir dénaturé le sens et le texte de l'observation* qu'il a publiée (Union Médicale, 4 mars 1856).

Je n'ai cité aucun passage de cette observation et ne peux, par conséquent, en avoir dénaturé le texte. Si je l'avais fait, je m'empresserais de le reconnaître, attendu que c'eût été par erreur, ce qui peut arriver à tout le monde, ce qui arrive précisément aujourd'hui à M. Caillat qui m'accuse, en reproduisant dans sa lettre une phrase de mon travail, « L'erratum placé en tête de la seconde partie de la note, dit M. Caillat, » et qui supprime ces mots : *la portion plus large située au-dessous*, » ne donne à la vérité historique du fait, qu'une *demi-satisfaction.* » Mon confrère se trompe et a mal lu l'erratum dont il parle. Je ne supprime rien et n'ai rien à supprimer, surtout dans le but que m'assigne M. Caillat. Voici le texte de cet erratum : « *au lieu de :* la portion plus » large située au-dessous, *lisez :* la portion plus large située au-dessus. » Le but de cet erratum, comme vous voyez, est de rectifier une erreur typographique grave : *au-dessous*, au lieu de : au-dessus, erreur qui changeait la signification de la phrase, et a peut-être contribué à faire naître dans l'esprit de mon collègue de Bourbon, l'idée que je dénaturais son observation.

Quant au sens d'une observation, on ne le dénature pas, en ne partageant pas la manière de voir de celui qui la publie; une fois imprimée, elle est du domaine public, chacun a le droit d'y chercher ce que nous cherchons tous, la vérité, et M. Caillat a mauvaise grâce de n'être pas satisfait de ce que je trouve dans son observation et au point de vue de la doctrine que je soutiens, autre chose que ce qu'il y trouve au point de vue d'une particularité qui l'intéresse. M. Caillat pense que le rétrécissement de l'uretère, signalé par M. Gigon, à peu près au milieu de la longueur de ce canal, explique parfaitement comment, chez son malade, un gravier gros comme une noisette enchâssée pendant 17 jours dans ce rétrécissement, a pu disparaître subitement d'un jour à l'autre sans que le malade s'en aperçoive, et cela parce que ce gravier tombe de la partie la plus étroite du canal dans les portions plus larges qui sont au-dessous; M. Caillat a raison, et je le dis dans ma note. Mais je trouve à mon tour que si le rétrécissement du canal permet de comprendre la disparition subite du calcul et sa chute instantanée vers la vessie, il est loin de pouvoir expliquer son arrivée également subite des parties plus élevées situées au-dessus du rétrécissement, et qui sont beaucoup plus larges que ce rétrécissement et même que les portions situées au-dessous. A ce sujet, j'ai dit que je ne pouvais pas comprendre, en ne tenant compte que de la forme du canal « comment le » gravier qui avait séjourné pendant 17 jours dans la portion la plus » étroite du canal, n'avait provoqué aucune crise, alors qu'il en pro- » voquait, et de terribles, quand il occupait la portion plus large, » située *au-dessus* du col de M. Gigon, ou la portion plus large encore » que les anatomistes appellent l'infundibulum. » M. Caillat me dit que je suis dans l'erreur, « que la présence du gravier *en quelque point que* » *ce soit* de l'uretère, soit au-dessus, soit au niveau, soit enfin au-des- » sous de la portion la plus étroite de ce canal, *n'a jamais déterminé*, » chez le malade, de crise terrible ou non terrible. » J'accorde, en effet, qu'il n'y a pas eu de crise alors que le gravier était au niveau du rétrécissement, et c'est là ce que je trouve très intéressant, au point de vue de la théorie que je défends; j'accorde qu'il n'y en ait point eu lorsque le gravier est descendu au-dessous de ce point, mais quand il se trouvait dans les voies urinaires, au-dessus de ce col, il a déterminé des crises violentes et très violentes. En effet, le calcul tombe au niveau du rétrécissement, le 22 mars 1858. Avant cette époque il devait se trouver, ou dans la partie élargie du canal qui est au-dessus du col, ou dans l'infundibulum ou dans un des bassinets; et bien avant cette époque, M. Caillat nous dit que le malade éprouvait des douleurs « d'une » violence telle, qu'elles lui arrachaient des cris, le forçaient à se tordre » dans son lit, ou à se rouler par terre. » Que pendant son séjour à l'hospice, c'est-à-dire peu de temps avant que le gravier tombât dans la partie rétrécie du canal, alors qu'il en était à *trois travers de doigt*, comme semblait l'indiquer la douleur fixe du flanc, il eut « deux accès de coliques violentes. » Il me semble que ce langage établit bien l'existence de coliques néphrétiques et que je n'ai rien exagéré en les qualifiant de terribles.

J'espère que ces lignes suffiront pour me justifier à vos yeux du reproche que M. Caillat m'adresse de rechef en terminant sa lettre, d'avoir inexactement reproduit et faussement interprété son observation; j'espère aussi que mon confrère regrettera de m'avoir prêté une intention qui était bien loin de ma pensée et qui est toujours bien loin de mes habitudes.

Veuillez agréer, etc. Dr de Crozant.

Hôpital Saint-Louis. — M. le docteur Al. Cazenave a commencé ses leçons sur les maladies de la peau, à l'hôpital St-Louis, hier, mercredi 7 mai, et les continuera le mercredi de chaque semaine.

A 8 heures la visite des salles. — A 9 heures la leçon à l'amphithéâtre.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 57. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 10 Mai 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. CLINIQUE MÉDICALE : Du rétrécissement de l'orifice iléo-cœcal. — II. Étranglement interne par renversement et torsion du cœcum et du colon ascendant. — III. PHYSIQUE MÉDICALE : De quelques nouvelles propriétés différentielles des courans d'induction de premier et de second ordres. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie des sciences). Séance du 28 Avril : Application du compteur à gaz à la mesure de l'air respiré. — *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Discussion sur une observation d'étranglement interne par renversement et torsion du cœcum et du colon ascendant. — Discussion sur un cas de rétrécissement de l'orifice iléo-cœcal. — Nouveau moyen pour guérir les ulcérations et crevasses du sein chez les nourrices. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Les eaux de Saint-Galmier.

CLINIQUE MÉDICALE.

DU RÉTRÉCISSEMENT DE L'ORIFICE ILÉO-COECAL ;

Note lue à la Société médicale des hôpitaux de Paris,

Par le docteur Hip. BOURDON, médecin de l'hôpital Laribboisière.

Les affections qui intéressent le tube digestif dans une certaine longueur et qui ont un caractère aigu sont, en général, d'un diagnostic assez facile; mais si la maladie a pour siége un point limité des viscères intestinaux et si elle a une marche chronique, il arrive souvent qu'elle passe inaperçue et qu'elle n'est soumise à l'observation du médecin que quand, par ses progrès ou par son extension, elle a produit des accidens sérieux ou quand elle s'est compliquée d'une autre maladie. Alors les symptômes nouveaux et graves peuvent masquer les phénomènes anciens, et empêcher ainsi de remonter à la connaissance de la maladie primitive.

Cette difficulté se rencontre, le plus souvent, dans les cas d'étranglement interne, de perforation, de péritonite ou d'hémorrhagie, qui viennent si fréquemment et d'une manière si inattendue, compliquer une affection en apparence des plus légères, ne se traduisant quelquefois par aucun symptôme tant soit peu remarquable.

Parmi ces affections primitives, nous citerons les rétrécissemens de l'intestin, les maladies du cœcum et celles de l'appendice vermiculaire. A l'égard de ces dernières, M. le professeur Albers de Bonn, dans son mémoire *sur la typhlite* (1) reconnaît à tel point la difficulté du diagnostic, qu'il ne craint pas de dire que, le plus souvent, les affections du cœcum ne sont reconnues que sur le cadavre.

Une malade de notre service ayant présenté un ensemble de phénomènes qui nous paraît permettre de diagnostiquer un rétrécissement de l'orifice iléo-cœcal et probablement un rétrécissement affectant un autre point du tube digestif, nous avons pensé qu'il pouvait être utile d'appeler sur ce fait l'attention de la Société. L'observation qui y a rapport présente encore ceci de remarquable que, contrairement à ce que nous voyons d'ordinaire en pareil cas, nous avons assisté à toutes les phases de la maladie : d'abord, simple rétrécissement intestinal ; ensuite, occlusion complète du tube digestif et ses accidens; enfin, perforation de l'intestin et péritonite sur-aiguë promptement mortelle.

Une femme de 32 ans, couturière, entre à l'hôpital Laribboisière, salle Sainte-Mathilde, n° 13, le 30 juillet 1855. Elle est d'une bonne santé habituelle ; seulement, depuis huit ou dix mois, elle éprouve, dans l'abdomen, des souffrances qu'elle caractérise ainsi : tous les huit jours ou environ, elle est prise subitement de douleurs à l'épigastre et surtout à l'ombilic, s'irradiant vers les lombes et s'accompagnant d'un sentiment de constriction. Elles disparaissent brusquement après cinq minutes de durée, pour reparaître quelques minutes après. Ces crises douloureuses se succèdent ainsi sous forme de coliques, avec de courts intervalles de repos, pendant six à douze heures, puis le calme revient et il ne reste plus qu'un sentiment de gêne et quelques borborygmes dans le ventre.

Les accès reviennent ordinairement pendant huit ou dix jours consécutifs, non à des heures fixes, plus souvent néanmoins la nuit que le jour, sans coïncidence apparente avec les digestions, sans relation appréciable avec les selles; ils sont plus fréquens à l'époque des règles.

La malade crache souvent, le matin, des liquides âcres, elle a un appétit déréglé, même dans ses jours d'accès, et elle a du goût pour les boissons excitantes ; toutefois, elle digère bien toute sorte d'alimens, elle va régulièrement et sans difficultés à la selle, sans jamais avoir de diarrhée, ni constipation ; jamais de fièvre, mais quelques palpitations et souvent des points de névralgie sus-orbitaires, avec battemens dans les tempes.

Cet état a persisté jusqu'à il y a trois mois, sans augmentation ; à cette époque, les douleurs, revenant toujours par crise, s'étendirent à tout le ventre et amenèrent fréquemment, dès les premiers jours de leur apparition, des vomissemens d'alimens et de bile qui soulageaient momentanément. C'est alors qu'on s'aperçut que, pendant la durée des accès et quelquefois un peu dans leur intervalle, il se formait, à la région iliaque droite, une sorte de nœud saillant, douloureux, qui durait quelques secondes, pour disparaître ensuite, tout d'un coup, pendant que du gargouillement se produisait. Le ventre est, en outre, devenu habituellement plus gros qu'au début de la maladie, plus tendu et plus sensible.

Il y a trois semaines, la malade a pris pendant quinze jours des pilules purgatives qui ont entretenu de la diarrhée et ont produit un peu de salivation ; depuis lors, c'est-à-dire depuis huit jours, en ayant cessé l'usage, elle ne va plus à la selle ; l'abdomen s'est encore plus développé, est devenu plus douloureux ; elle a mauvaise bouche, a perdu l'appétit ; elle vomit souvent, et les nausées sont incessantes ; les coliques continuelles et plus intenses encore qu'autrefois.

État le 1er août, à la visite du matin : Constitution moyenne ; tempérament nerveux ; pas d'amaigrissement ni d'affaiblissement notables; face non altérée ; céphalalgie, insomnie, rêves pénibles ; pouls peu fréquent ; quelques frissons vers le soir ; peau moite ; haleine aigre ; bouche amère ; langue blanche ; gencives rouges sur les bords ; peu de soif; pas d'appétit ; nausées et vomissemens bilieux qui ne soulagent pas toujours; abdomen uniformément ballonné, donnant un son clair à la percussion, sensible à une pression légère partout, mais surtout dans les régions inférieures droites; là, le simple toucher du ventre éveille presque à volonté des tranchées, et détermine la formation d'une tumeur sonore, du volume d'un œuf, fort douloureuse, et qu'on sent se dissiper sous la main, en même temps qu'on a la sensation de gargouillement à son niveau. Pas de selles depuis cinq jours. Urines peu abondantes et rougeâtres. L'utérus ne présente rien d'anormal, si ce n'est un peu d'antéflexion.

L'absence de diarrhée et de trouble habituel des digestions éloignant la pensée d'une inflammation ou d'une lésion organique du tube intestinal, nous nous arrêtons à l'idée d'une entéralgie, et nous nous expliquons les derniers accidens par une constipation opiniâtre. Ce qui nous fait encore pencher pour une affection purement dynamique de l'intestin, c'est d'abord la constitution éminemment nerveuse de la malade, et, de plus, cette circonstance qu'elle est sujette aux névralgies faciales et aux palpitations. En conséquence, nous prescrivons : tisane d'orge miellée ; calomel, 0,40 ; trois pilules de jusquiame, 0,05, et d'ox. de zinc, 0,15 ; frictions sur le ventre avec la pommade belladonée et opiacée ; deux bouillons et deux potages.

2 août. Un peu de frisson hier soir ; peu de fièvre; deux ou trois selles liquides ; il y a du soulagement; les douleurs de ventre sont moins fréquentes et moins intenses. — Même traitement.

3. Même état. Pas de selle. La malade demande à manger. — Id. Lav. huileux. Une portion d'alimens.

4. La malade a plus souffert ; le lavement huileux n'a pas produit de garde-robe. — Cinq pil. jusquiame et ox. de zinc; lav. miel mercurial, 50 grammes.

5. Le lavement a produit peu de résultat, et la malade lui attribue l'augmentation des douleurs dont elle se plaint. — Frictions calmantes ; idem.

6. Même état. On constate une résistance plus forte au niveau de la fosse iliaque droite ; mais le ballonnement ne permet pas de limiter le point tuméfié ; la percussion ne fait constater qu'une matité faible, plutôt relative qu'absolue. — Bain ; frictions calmantes ; cataplasme ; deux quarts de lavement émollient.

7. Pas de changement, si ce n'est que la malade a vomi des haricots verts parfaitement reconnaissables qu'elle avait mangés trois jours avant. Même constipation ; aucun gaz n'est rendu par l'anus. La pensée qu'on

(1) *Journal l'Expérience*, 1839, n° 113.

Feuilleton.

LES EAUX DE SAINT-GALMIER.

C'est le bon Dieu qui a créé les eaux de Saint-Galmier, mais c'est un homme intelligent — M. Badoit — qui les a pour ainsi dire découvertes, et ce sont deux hommes d'esprit, deux médecins — MM. Munaret et Diday — qui en ont fait la fortune. Je voudrais contribuer à cette fortune, car je suis jaloux que les habitans des bassins de la Loire et du Rhône jouissent presque seuls du privilége de boire ces délicieuses eaux. Et comme ils y vont, nos bons compatriotes lyonnais ! Une seule source, la source Badoit, qui fournit à un embouteillage de 7,000 bouteilles par jour, suffit tout au plus à la consommation lyonnaise. Lyon, St-Étienne, Montbrison, raffolent de cette eau. Dans son enthousiasme un peu lyrique, notre excellent et spirituel confrère Diday la compare au vin d'Ai, sur lequel il lui trouve même des avantages. Mais je dois dire que notre non moins bon et spirituel confrère Munaret trouve la comparaison et la préférence un tant soit peu outrées, et j'ai idée que l'opinion générale sera pour lui. Toujours est-il que, partout où pénètrent ces eaux, elles entrent aussitôt dans la consommation générale ; l'Avignonais, la Provence, le Languedoc, Genève, toute la Suisse, une grande partie de l'Italie s'en abreuvent déjà, et M. Badoit en expédie jusqu'aux Antilles et aux États-Unis. Et cependant, nous autres Parisiens, la connaissons à peine. Nous continuons à faire un déplorable et niais usage de ces affreuses boissons factices à l'égard desquelles je partage, par exemple, l'éloquente indignation de M. Diday. Car, braves Parisiens, ce gaz acide carbonique qu'à grand renfort de machines Thilorier, on emprisonne dans des parois de grès ou de verre, aussitôt que le bouchon saute ou que s'ouvre le syphon, il part, il bouillonne, il s'exhale, et que reste-t-il dans vos verres ? Une eau nauséeuse, lourde et plâtrée qui gâte votre vin, qui n'est pas déjà trop bon ; de l'eau qui, trop souvent, ne vient pas même de la Seine.

L'eau de Saint-Galmier est une eau de Seltz naturelle, telle qu'elle vient sourdre de la roche, telle que le bon Dieu sait la fabriquer dans ses mystérieux procédés chimiques dont n'approcheront jamais nos grossières manipulations de laboratoire. Le gaz acide carbonique s'y trouve à l'état de combinaison et non de compression. C'est une eau très limpide, d'une saveur acidule, franche, fort agréable. Son analyse la plus récente, faite par M. O. Henry, lui donne près de 3 grammes d'acide carbonique par litre, de nombreux bi-carbonates alcalins et terreux et une certaine proportion de nitrate de magnésie dont la présence semble expliquer ce fait si remarquable que les habitans de Saint-Galmier n'ont jamais compté parmi eux un seul calculeux. Ce fait est attesté par le docteur Ladevèze, dont la famille exerce la médecine à Saint-Galmier, de père en fils, depuis près de deux siècles.

L'eau minérale de Saint-Galmier est employée comme médicament et comme boisson hygiénique.

Comme emploi thérapeutique, ces eaux peuvent être prises à la source ou partout ailleurs, car le transport n'en altère en aucune façon les propriétés.

A la source, les eaux de Saint-Galmier voient tous les jours augmenter le nombre des buveurs. C'est que ces eaux sont réellement efficaces. M. le docteur Ladevèze, qui a une grande autorité sur ce point, et que j'aime à citer, leur reconnaît une action puissante. J'approuve fort que, contrairement à quelques hydrologues enthousiastes de leurs sources, le médecin-inspecteur de St-Galmier n'en fasse pas une panacée universelle. « Ces eaux, dit-il, ne conviennent pas à toutes les maladies, à tous les tempéramens ; elles doivent être rigoureusement défendues aux personnes éminemment nerveuses et irritables, et aux malades qui sont frappés de phthisie pulmonaire ou de phlegmasies aiguës. » M. Ladevèze les recommande surtout dans le traitement des inflammations si nombreuses, si fréquentes de l'estomac et des intestins, lorsque la maladie n'a pas atteint encore ou a franchi la période aiguë. Selon M. Munaret, qui s'appuie aussi sur l'opinion de M. Ladevèze, les vomissemens spasmodiques, la boulimie, le pica, le pyrosis, la dyspepsie, la diarrhée sans réaction, toutes ces manières d'être de la gastro-entérite chronique, réclament l'usage rationnel de la même eau et guérissent avec un *merveilleux succès*, en leur donnant pour adjuvant l'exercice et un régime convenable. M. Munaret atteste aussi la guérison par l'eau de Saint-Galmier de nombreux malades atteints de gravelle et de catarrhe de la vessie. Notre confrère conseille encore aux dames de nos villes, qui abusent de la civilisation — c'est son expression diplomatique — et qui sont en proie à la chlorose, à la leucorrhée, aux dérangemens menstruels, une longue visite aux malades de la Loise, en langue vulgaire, aux sources de Saint-Galmier. Certaines dermatoses sont liées à quelque inflammation latente du tube digestif. Bob et sirop dépuratifs, sulfureux et alcalins, tout échouera, le mal augmentera même, si vous n'éteignez le feu intérieur, dit M. Munaret, dans des flots d'eau de St-Galmier.

Voici l'opinion d'un praticien éminent de Lyon, du respectable M. Viricel qui prescrivait beaucoup et depuis longtemps les eaux de Saint-Galmier.

« Dans toutes les maladies où il y a faiblesse des parenchymes, d'organes, je leur ai vu faire des MIRACLES ; dans toutes celles qui dépendent d'une turgescence des vaisseaux du bas-ventre, elles produisent des effets non moins satisfaisans. Elles ne sauraient convenir dans les cas d'accélération de la circulation générale, d'éréthisme des organes pulmonaires et chez les malades dont le sang possède une force de cohésion très grande, comme les goutteux. »

Ces vieux praticiens se servaient quelquefois d'un langage qui exprimait très bien pour eux des idées pathologiques auxquelles nous ne nous attachons peut-être pas assez, nous à qui la sévérité anatomique interdit toute métaphore. Faiblesse des parenchymes, turgescence des vaisseaux, éréthisme des organes, force de cohésion du sang, tout cela est de l'hébreu médical pour notre génération, mais n'en exprime pas moins, sous un langage figuré, des faits très réels et très dignes de considération.

Si je faisais un prospectus, je ne manquerais pas de décrire la beauté du site de Saint-Galmier, le pittoresque de ses environs, la fraîcheur de ses ombrages, la pureté de son air, le confortable de ses hôtels et les divers attraits que cet heureux chef-lieu de canton doit offrir aux malades. Mais je n'ai pas encore visité ces bienfaisantes sources, et je m'en rapporte entièrement aux riantes et gracieuses descriptions faites par MM. Ladevèze, Munaret, Diday et autres écrivains, qui assurent que St-Galmier ne le cède sous aucun rapport à aucun établissement hydrologique indigène ou étranger. D'ailleurs, dans cet article, j'ai beaucoup moins

avait d'un arrêt dans le cours des matières est désormais confirmée. — Glace ; pas de pilules ; frictions calmantes ; cataplasme ; lavement ; boissons froides.

Dans la journée, au niveau de la fosse iliaque droite, une douleur très vive et déchirante a été ressentie brusquement ; aussitôt après, anxiété inexprimable, frissons violens ; depuis lors, le ventre est très ballonné, tendu et tellement sensible, qu'il ne supporte pas la moindre pression. Face grippée ; prostration extrême ; dyspnée considérable ; pouls à 128, petit, filiforme.

8. Les boissons sont toutes vomies ; pas de vomissemens stercoraux ; hoquet ; face très altérée ; yeux excavés ; voix éteinte ; ventre aussi ballonné et aussi douloureux ; constipation persistante ; pouls à 136, à peine appréciable ; refroidissement des extrémités. — Glace ; calomel, 0,40 ; fric. mercur. bellad. sur le ventre ; diète.

Morte à minuit.

Autopsie faite le 10, à dix heures du matin.

Ventre extrêmement ballonné : la peau présente une teinte verte. Les parois abdominales sont fixées aux intestins par des adhérences fibrineuses. Toute la surface du péritoine pariétal et viscéral offre une coloration légèrement rouge-violacée et une couche mince de matière fibrineuse, qui détermine les adhérences dont nous avons parlé et soudent les intestins les uns aux autres ; pas d'épanchement dans la cavité péritonéale.

L'intestin grêle, dans toute sa longueur, est extrêmement dilaté ; il a un diamètre double de celui du gros intestin, c'est-à-dire le volume du bras d'un adulte ; ses parois ont subi une hypertrophie très notable ; ses valvules conniventes sont presque complétement effacées ; à sa partie supérieure et moyenne, on ne trouve pas d'arborisations rouges ni d'autres traces évidentes d'inflammation, mais, tout à fait à la fin de l'iléon et sur la valvule de Bauhin, la muqueuse a une coloration d'un rouge vif, uniforme ; les parois de l'intestin, considérées dans leur ensemble, sont épaissies, friables, et leur coupe offre une apparence grisâtre, lardacée, comme si elles étaient infiltrées de matière plastique. La valvule présente la même altération, et son orifice, considérablement rétréci, laisse à peine passer le petit doigt ; au niveau de son insertion, on rencontre une perforation qui semble formée par une déchirure de l'intestin, dans une étendue d'un centimètre environ.

Dans la dernière portion de l'iléon et immédiatement sur la valvule, se trouve une masse extrêmement considérable de noyaux de cerises et de pepins de groseilles. Tous ces corps étrangers réunis feraient presque la valeur d'un litre. Le reste de l'intestin grêle est baigné par un liquide jaunâtre, sans consistance et presque sans odeur.

Le cœcum, qui renferme des matières fécales de consistance ferme et ne contenant pas de noyaux, présente une altération tout à fait analogue à celle de la fin de l'iléon ; l'appendice vermiculaire a des parois épaisses et sa cavité est dilatée au point de permettre l'introduction du doigt.

Le colon est sain ; il a un diamètre tout à fait ordinaire et il contient des matières stercorales dans toute sa longueur, sans interruption.

Les autres organes n'ont pas été examinés.

Dans ce fait, il y a, suivant nous, trois périodes à considérer ; à la première se rapporte la maladie du cœcum et le rétrécissement de l'orifice iléo-cœcal ; à la seconde, l'occlusion intestinale produite par l'accumulation des corps étrangers au niveau du point rétréci, et, à la troisième, la perforation intestinale, laquelle a été, en définitive, la cause de la mort.

Tout ce qui a trait à la deuxième et à la troisième période de la maladie ne présente rien de bien remarquable : un rétrécissement existait et donnait lieu, par intervalles seulement, à des symptômes particuliers, sur lesquels nous ne reviendrons pas ; des corps étrangers viennent s'entasser en quantité considérable au-dessus de la valvule altérée et produisent une occlusion complète avec tous ses accidens ; alors, les parois intestinales, enflammées au contact de ces corps irritans, cèdent à la distension, se perforent, et il en résulte une péritonite très promptement mortelle. On trouve dans la science, et notamment dans un mémoire de Schutzenberger (1), un certain nombre de faits dans lesquels les choses se sont passées presque identiquement de la même manière ; ici, donc, nous n'avons pas de remarques importantes à faire.

Le point que nous voulons plus particulièrement étudier est celui qui a rapport au rétrécissement de l'intestin, cette question nous paraissant de beaucoup la plus intéressante.

Les auteurs sont unanimes pour dire que si plusieurs symptômes, enchaînés d'une certaine manière, permettent de reconnaître ou au moins de soupçonner l'existence de cette lésion, il n'est pas, en général, possible d'indiquer son siége plus ou moins précis. A peine accordent-ils qu'on puisse s'assurer, à l'aide de la douche ascendante proposée par M. Piorry, que le rétrécissement existe dans le gros intestin ou qu'il remonte à l'intestin grêle. Les phénomènes particuliers observés chez notre malade nous paraissent propres à éclairer ce diagnostic, en supposant toutefois que, recherchés dans des cas analogues, on les rencontre désormais le plus habituellement.

Cette tumeur, sonore et douloureuse au toucher, se formant entre l'ombilic et la fosse iliaque droite, accompagnée de vomissemens et de coliques, et se dissipant spontanément ou par la pression, en même temps que du gargouillement se fait entendre, s'explique très bien par un rétrécissement de l'orifice iléo-cœcal, et nous paraît ne pas pouvoir se rapporter à une autre cause.

Voici très probablement de quelle manière les phénomènes se produisaient : la valvule de Bauhin, par le fait d'une inflammation chronique, s'étant très notablement épaissie, son orifice s'est peu à peu rétréci. Dans ces conditions anormales, lorsque, par une accumulation de matières intestinales, l'occlusion devenait complète, le mouvement péristaltique de l'intestin, visible du reste à travers les parois abdominales, faisant descendre les gaz, ceux-ci s'accumulaient au-dessus du rétrécissement ; d'où formation d'une saillie dans le point indiqué et constamment le même. Après un temps plus ou moins long, les matières parvenant à franchir l'obstacle, les gaz s'échappaient avec elles en produisant le bruit caractéristique ; alors la tumeur disparaissait, les coliques et les vomissemens cessaient, et tout rentrait dans l'ordre, jusqu'à ce qu'une nouvelle occlusion plus ou moins complète vint à se produire.

Ce qui se passait dans ce cas nous paraît analogue à ce qu'on observe dans l'engouement d'une hernie irréductible, lorsque, par le taxis, on rétablit le cours des matières accumulées dans l'anse intestinale ; il y a là, en effet, également un point rétréci ou plutôt resserré au niveau de l'ouverture herniaire, et un obstacle momentané au passage des matières solides et gazeuses. Il n'est pas jusqu'au bruit de gargouillement qui ne se produise dans les deux cas, lorsque l'obstacle vient à céder.

Nous avons cherché dans les auteurs si quelque phénomène semblable avait été observé, et nous n'y avons rien trouvé d'analogue. Dans la quatrième observation du mémoire de M. Mélier (2), qui ressemble beaucoup à la nôtre, au point de vue des lésions anatomiques, il n'est question que de constipation, de météorisme et des autres symptômes d'un étranglement interne. Le malade était sujet depuis deux ans environ à des coliques sourdes, mais qui n'avaient jamais été assez violentes pour nécessiter l'emploi d'aucun moyen thérapeutique. La mort survint par la perforation de l'appendice vermiculaire. A l'autopsie, on trouva l'épaississement et l'induration de la valvule iléo-cœcale, et par suite, l'occlusion de l'intestin.

Dans cette même séance, M. Hervez de Chégoin a cité deux cas semblables, dans l'un desquels l'autopsie a été pratiquée. Les deux seuls phénomènes qui aient frappé l'attention de notre très honoré collègue, sont la constipation opiniâtre et un ballonnement très considérable.

Les symptômes dont nous nous occupons et que nous considérons comme plus ou moins caractéristiques, pourraient peut-être se montrer dans le rétrécissement qui reconnaît pour cause le spasme de l'intestin, mais alors, la tumeur, au lieu de se former toujours dans la même région du ventre, se montrerait tantôt dans un point tantôt dans un autre, puisque, d'après les descriptions que nous connaissons de cette maladie, d'ailleurs excessivement rare, le spasme, loin d'occuper constamment la même portion du tube digestif, se montre successivement sur plusieurs points, en changeant très souvent de siége. De plus, dans ce cas, contrairement à ce qu'on voit dans le rétrécissement que nous appellerons organique, la douleur abdominale, selon Copland, est toujours plus ou moins diminuée par la pression.

Maintenant, est-ce à dire que les signes diagnostiques, que nous croyons propres à faire reconnaître le rétrécissement intestinal et son siége, puissent également éclairer sur la nature de la lésion organique qui le produit ? Évidemment, non.

Pour trouver la solution de cette importante question, il faut la chercher dans d'autres circonstances, les unes inhérentes au malade, les autres propres à la maladie elle-même. Ainsi, lorsqu'on constatera habituellement au niveau du point soupçonné rétréci une tumeur solide plus ou moins considérable, le sujet n'étant plus très jeune, présentant le teint cachectique, ayant rendu du sang ou des matières saneuses par les selles, on diagnostiquera un cancer de l'intestin. Si le malade a une diarrhée ancienne et rebelle à tous les traitemens, et s'il est tuberculeux, on pourra s'arrêter à l'idée d'une cicatrice ayant diminué le calibre de l'intestin. Corbin a, en effet, établi que c'est surtout dans l'altération tuberculeuse que le froncement de l'intestin est fréquent lors de la cicatrisation.

Enfin nous dirons, pour terminer, que si les symptômes primitifs ont été cause de la typhlite, et si, d'après les signes que nous avons indiqués, le siége du rétrécissement paraît être vers la fosse iliaque droite, comme chez notre malade, on devra croire à une altération de la valvule iléo-cœcale, ayant amené un resserrement plus ou moins considérable de son orifice.

(1) *Archives médicales de Strasbourg*, 1836.
(2) *Journal général de médecine*, 1827.

CLINIQUE MÉDICALE.

ÉTRANGLEMENT INTERNE PAR RENVERSEMENT ET TORSION DU CŒCUM ET DU COLON ASCENDANT ;

Observation lue à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur MOUTARD-MARTIN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Thirriger (Marguerite), âgée de 59 ans, couturière, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Cécile, 34, le 2 décembre 1855. Cette femme, bien portante habituellement, est cependant très sujette à la constipation, et elle reste quelquefois pendant sept ou huit jours sans aller à la garde-robe.

Le 3 décembre, elle présentait, depuis huit jours, des symptômes

---

pour but d'attirer des malades à Saint-Galmier, que d'attirer les eaux de Saint-Galmier à Paris. C'est là mon intention, je le déclare tout net, et cela, tout net aussi je le confesse, par pur égoïsme. J'adore les eaux de Saint-Galmier ; elles ont fait un bien infini à mon pauvre intestin, mon tyran, et si je leur donnais à Paris un grand nombre de clients nouveaux, peut-être que M. Badoit, leur propriétaire, trouverait le moyen, lui qui a vaincu de bien plus graves difficultés, d'obtenir pour leur transport des conditions moins rudes que celles que lui imposent aujourd'hui les compagnies de chemins de fer. Partant nous les boirions à Paris à meilleur compte, et je suis forcé de n'être pas tout à fait indifférent à la réalisation de cette éventualité.

C'est donc avec connaissance de cause et par gratitude que je parle des eaux de Saint-Galmier ; par gratitude en partie double même, car une personne qui me tient de près et qui a pour tyran un bien triste estomac, digère comme un charme sous l'influence des eaux de Saint-Galmier (source Badoit, la seule dont j'aie fait usage et que j'aie prescrite, cela soit dit sans préjudice pour les autres sources que je ne connais pas).

Voilà ce que je sais de l'usage médical des eaux de Saint-Galmier. Comme emploi hygiénique, nos bons confrères lyonnais nous fournissent des renseignemens nombreux et précieux.

Écoutons A. Dupasquier, ce médecin chimiste, cet hydrologue distingué trop tôt enlevé à la science.

« L'eau minérale de St-Galmier, dit-il, mise en bouteille telle qu'elle coule à la source et sans aucune addition artificielle, est une excellente boisson, propre à entretenir les forces digestives pendant les temps de chaleur. Beaucoup de personnes qui ne peuvent supporter l'eau gazeuse, font usage d'eau de St-Galmier sans en éprouver la moindre incommodité ; c'est aussi pour cette raison que plusieurs médecins la prescrivent de préférence à l'eau de Seltz, dans les maladies où celle-ci est recommandée. »

Voulez-vous de la prose si accentuée de M. Munaret :

« L'eau de St-Galmier, dit notre charmant confrère, c'est l'amie la plus dévouée à cette dixième Muse qui préside aux jouissances du goût et qu'on a nommée GASTÉRÉA. Notre estomac est mou, paresseux, débile pendant les ardeurs de l'été, l'eau de St-Galmier, par sa fraîcheur inaltérable, par la coquetterie de son principe gazeux, le rafraîchit, le caresse et lui rend son activité première. Votre estomac est las, par excès de gentillesse ; cette eau le corrobore, en favorisant sa contractilité ; elle vous rend apte à dîner comme si vous n'aviez pas déjeuné, et à souper même, comme si vous n'aviez pas dîné... Votre estomac est malade, impotent, d'une façon chronique, à désespérer la médecine ; la même eau le console et le prépare, avec quelques précautions, à un régime de plus en plus analeptique et réparateur. Enfin, ce pauvre estomac, affranchi des sangsues et de l'eau de gomme, entre en convalescence ; c'est encore l'eau de St-Galmier qui tempère ses ardeurs trop prématurées et conjure les rechutes. »

L'eau de Saint-Galmier, ajoute M. Munaret, fera le tour du monde. — Je le lui souhaite de bon cœur pourvu qu'il nous en reste assez, à nous Parisiens.

Voulez-vous entendre notre spirituel confrère Diday ?

« L'eau de Saint-Galmier, dit-il, c'est l'aimable compagne des hommes d'étude, l'utile alliée des entéralgiques, l'amie intime de toute belle atteinte de vapeurs ou menacée de couperose, celle à qui les gastronomes doivent l'ineffable bienfait d'un repas de plus par jour, d'une indigestion de moins par repas, *l'eau de Seltz française*, pour la nommer de son vrai nom. »

Écoutons encore ce charmant écrivain opposant à ces vilaines eaux fabriquées par le commerce, l'eau des sources naturelles de Saint-Galmier :

« Tranquille dans sa force, sûre de ses effets, l'eau de Saint-Galmier ne dépense pas en jactancieux bouillonnemens son bienfaisant pouvoir. *Agir à temps*, est le secret de plus d'une puissance ; c'est aussi le sien. Le gaz s'exhale peu à peu, sans distendre l'estomac ; il se dégage pendant la durée entière du travail de la digestion. Cette stimulation légère, agaçante, continue, s'étend à toute la surface, pénètre les moindres plicatures, s'exerce dans les follicules comme sur les villosités ; souvent, en un mot, la tonalité du viscère à un surcroît d'activité, qui, en aucun cas, n'a de danger, puisqu'il n'est que l'augmentation de l'action organique normale. Contractilité, sécrétion, sensibilité, tout s'exagère momentanément, dans de justes limites que jamais on a vu dépassées. C'est l'état physiologique à son plus haut degré ; mais ce n'est ni plus ni pis. »

Et ailleurs :

« La digestion est assurée. Tout en stimulant l'appareil d'assimilation, le gaz lui fournit les moyens de remplir sa mission jusqu'au bout. Providentielle influence ! sujet inépuisable de méditation pour les professeurs de gastrosophie transcendante, que cette double action, successive dans les temps, corrélative à elle-même, et proportionnée dans ses effets ; ne se donnant, — pour user d'un mot vulgaire, — que l'ouvrage qu'elle peut mener à bien ; montrant enfin, par cette juste pondération, toute sa différence avec les apéritifs factices qui ne prêtent aux organes qu'une vigueur passagère dont on ne saurait ni abuser, ni même user sans péril. Sous ce rapport, Saint-Galmier défie hardiment toute concurrence, puisque, réalisant le vœu de Désaugiers, il peut, même chez les plus experts membres de nos caveaux modernes,

Remplir l'estomac vide,
Vider l'estomac plein. »

Décidément, pour ouvrir la veine poétique, les eaux de St-Galmier valent les eaux d'Hippocrène.

Que pourrais-je ajouter à ces brillans éloges sinon que d'en proclamer prosaïquement la justesse et la justice ? A peine connue à Paris, l'eau de St-Galmier se vend cependant ailleurs à un nombre de bouteilles qu'aucune eau minérale n'a jamais atteint. On parle de plus de deux millions de bouteilles exportées annuellement de St-Galmier. Il faut bien croire qu'un tel succès est fondé sur des avantages réels.

Nos compatriotes du Rhône et de la Loire ne sont pas gens à se passionner ainsi pour de l'eau claire. Aussi, n'ai-je qu'une crainte, c'est que cette bienfaisante source ne coule bientôt plus que pour eux, et que la Naïade de la Coise (M. Munaret), blessée du dédain des Parisiens, ne nous abandonne tristement aux déceptions de l'eau de Seltz factice, et aux mystifications du siphon, cette amusette des béotiens de Paris.

Monsieur Badoit, protégez-nous !
Monsieur Badoit, fléchissez le courroux de votre nymphe !

AMÉDÉE LATOUR.

très prononcés d'embarras gastrique, malaise général, céphalalgie frontale, courbature, amertume de la bouche, langue très saburrale, borborygmes, constipation, ventre légèrement tendu et douloureux dans toute son étendue. Pouls normal. (Ipécacuanha, 1 gramme ; émétique, 0,10.)

Vomissemens, mais pas de selles ; le malaise diminue cependant.

Jusqu'au 8, nous administrons successivement de l'eau de Sedlitz, de l'huile de ricin, des lavemens purgatifs, mais toujours sans succès.

Le ventre est devenu volumineux, très distendu par des gaz, qui font voir toutes les circonvolutions intestinales à travers les parois abdominales. Il est médiocrement douloureux à la pression, mais surtout dans la fosse iliaque droite où existe un peu de rénitence diffuse. (Scammonée, 0,50 ; huile de croton, deux gouttes en dix pilules ; une toutes les heures jusqu'à évacuations.)

9. La malade a eu une selle peu abondante, mais cependant elle se trouve soulagée, le ventre reste ballonné. (Lavement avec 60 grammes de miel de mercuriale ; cataplasme.)

10. Ventre tendu et douloureux, météorisme considérable, nausées, pas de selles. (Scammonée, 0,50 ; huile de croton, trois gouttes en dix pilules ; lavement purgatif.)

11. Tous les accidens ont continué, vomissemens à odeur stercorale. (Glace ; mêmes pilules ; potion de Rivière ; lavement purgatif.)

12. Vomissemens stercoraux abondans, coliques violentes, altération profonde des traits. (Glace sur le ventre, glace à l'intérieur ; potion de Rivière ; lavement ainsi composé : sirop de nerprun, 40 grammes ; sulfate de soude, 45 grammes ; eau, 300 grammes.)

13. Dans la nuit, selle très abondante, mais état général plus mauvais ; face grippée et pouls à peine perceptible. (Cataplasmes sur le ventre ; lavement.)

Mort à six heures du soir.

Autopsie. — Le ventre ayant été ouvert, on trouve toute la masse intestinale violacée, couverte de fausses membranes, plus abondantes dans le voisinage de la fosse iliaque droite que partout ailleurs ; peu de liquide séro-purulent ayant une teinte légèrement jaunâtre.

Tout l'intestin grêle est distendu par une énorme quantité de liquides ; à droite, surtout, on voit une poche du volume et de la forme d'un estomac fortement distendu ; cette poche qui, comme l'estomac, présentait une grande et une petite courbure et deux orifices, descendait jusque dans le petit bassin. Après avoir rejeté de côté la masse de l'intestin grêle pour examiner plus facilement cette poche, nous reconnûmes qu'elle était constituée par le cœcum énormément distendu, et présentant une disposition anatomique toute particulière qui avait permis le changement de position que nous allons décrire, et qui avait été cause de l'obstacle au cours des matières fécales.

Le cœcum était de toutes parts entouré par le péritoine, qui ne présentait à son niveau pas même un mésentère ; le cœcum était entièrement libre, et on aurait pu passer le poing entre la fosse iliaque et lui. Par suite de la liberté que lui laissait cette disposition anatomique, le cœcum avait subi un double changement d position fort remarquable : il s'était renversé d'abord de bas en haut, de telle sorte que sa partie inférieure était devenue supérieure, et réciproquement ; l'orifice iléo-cœcal était situé à la partie supérieure de la poche au lieu d'être à sa partie inférieure ; puis, après ce mouvement de bascule de bas en haut, il s'était opéré un renversement suivant son axe du flanc vers la ligne médiane ; de sorte que les deux bouts de l'intestin, dont l'un se rend au cœcum et l'autre en émerge, avaient subi une torsion plus prononcée sur le gros intestin que sur l'intestin grêle, à cause de sa moindre mobilité. Cette torsion, qui n'obturait pas complétement le calibre de l'intestin grêle, permettait l'entrée des liquides stercoraux dans le cœcum ; tandis qu'au contraire, sur le gros intestin, la torsion était suffisante pour empêcher l'issue des matières fécales du cœcum dans le colon.

En étudiant cette disposition du cœcum, nous découvrîmes une petite perforation qui avait déterminé un léger épanchement de liquides stercoraux, épanchement limité par des fausses membranes très épaisses et qui, certainement, avait été le point de départ de la péritonite générale qui existait.

Nous trouvâmes la muqueuse de l'intestin grêle fortement injectée et de couleur violacée. Quant à celle du cœcum, elle présentait la même coloration, mais elle était parsemée de centaines de petits points gangréneux, ronds, grisâtres, ayant deux ou trois millimètres environ de diamètre, intéressant tantôt la muqueuse seule, tantôt la muqueuse et une partie des membranes sous-jacentes ; et c'est un de ces points qui a été cause de la perforation que nous avons signalée.

Les autres organes nous ont tous paru sains.

En résumé, nous avons eu affaire à un étranglement interne, causé par une torsion du gros intestin, qui, elle-même, était déterminée par un déplacement particulier du cœcum. Ce déplacement du cœcum était devenu possible par suite d'une disposition anatomique qui le laissait complètement libre d'adhérences, soit immédiates, soit médiates avec la fosse iliaque, et lui permettait des déplacemens que l'intestin grêle lui-même ne pourrait subir malgré sa mobilité.

PHYSIQUE MÉDICALE.

Extrait du rapport de M. Bouvier, sur la note présentée à l'Académie de médecine, par M. Duchenne de Boulogne, intitulée :

DE QUELQUES PROPRIÉTÉS DIFFÉRENTIELLES DES COURANS D'INDUCTION DE PREMIER ET DE SECOND ORDRES.

J'ai fait remarquer, en décrivant les appareils de M. E. Bernard et de MM. Legendre et Morin, que l'un et l'autre, à l'instar des appareils de M. Duchenne, donnaient le moyen de recueillir à volonté le courant induit du premier fil, du fil inducteur, ou le courant induit du second fil, du fil fin, de celui qui, ne communiquant pas par ses extrémités avec la pile, ne devient électrique que par induction pure, c'est-à-dire par l'influence du courant du premier fil au moment de l'établissement et de la rupture du courant.

J'ai rappelé, à cette occasion, que la principale différence physiologique qui distingue, d'après les recherches de M. Duchenne, les courans induits produits par les deux fils au moment de la rupture du circuit est l'action beaucoup plus prononcée de l'un sur la propriété contractile des muscles et de l'autre sur la sensibilité cutanée. C'est là un fait déjà mis hors de doute en 1851, par le rapport de M. Soubeiran, bien qu'il ait été contesté depuis par des savans français et étrangers.

La note adressée à l'Académie par M. le docteur Duchenne, le 18 mars dernier, a pour objet de faire connaître de nouveaux caractères différentiels des courans d'induction de *premier* et de *second* ordres.

Un mot d'abord sur ces dénominations.

Il est arrivé à l'égard des faits d'induction électrique ce qui arrive dans beaucoup d'autres circonstances : la nomenclature s'est formée successivement en raison de la marche progressive de la science. La première découverte de M. Faraday apprenait seulement aux physiciens qu'un fil fin, enroulé sur un premier fil parcouru par un courant, devenait lui-même le siége d'un courant instantané, quand on fermait ou que l'on ouvrait le circuit formé par ce premier fil. On eut dès lors les expressions de *courant induit*, — c'est celui du fil fin, — et de *courant inducteur*, — c'est celui qui vient de la pile. Mais il se trouva ensuite que les spires du fil inducteur lui-même agissaient les unes sur les autres, de telle sorte qu'il s'y développait aussi un courant spécial induit au moment de la clôture ou de l'ouverture du circuit. On désigna ce courant distinct de celui qui provient de la pile, quoique se produisant dans le même lieu, par le nom d'*extra-courant*. Puis on découvrit que des hélices séparées, superposées à une première spirale que traverse le courant d'une pile, s'induisaient l'une l'autre, et que l'on avait ainsi une suite de courans secondaires induits. Il fallut distinguer ces courans par des noms particuliers. MM. Henry de Princeton, Becquerel, Abric, De La Rive, Pouillet, etc., adoptèrent ceux de *courans d'induction du premier ordre, du troisième, du quatrième, du cinquième ordre*, etc., pour les courans de la deuxième hélice, de la troisième, de la quatrième, etc. Mais, par une contradiction singulière, ils conservèrent le nom d'*extra-courant*, déjà usuel, pour le courant induit de la première spirale, ou hélice, et ils appelèrent *courant du premier ordre* le courant de la pile, le premier courant inducteur. Ils reconnurent d'ailleurs que l'extra-courant, produit, comme l'on dit, par l'induction du courant inducteur sur lui-même, se comportait à tous égards comme les autres courans induits, auxquels il devait être assimilé. M. le docteur Duchenne a jugé, en conséquence, plus rationnel de donner à cet *extra-courant*, à ce premier courant induit, le nom de *courant d'induction du premier ordre*, d'après le principe même de la nomenclature établie par les physiciens que j'ai cités. Voilà comment nous trouvons des courans induits de premier et de second ordre dans nos appareils faradiques, dont les deux fils jouent le même rôle que la première et la deuxième des spirales, ou hélices superposées, dont il vient d'être question.

Les nouvelles observations de M. Duchenne lui ont fait voir qu'indépendamment de l'inégalité de leur action sur la sensibilité de la peau et sur celle de la rétine, ces deux sortes de courans, qu'ils proviennent d'appareils magnéto-faradiques ou volta-faradiques, diffèrent encore par les caractères suivans :

1° Un courant du premier ordre et un courant du second ordre, qui paraissent d'une égale intensité en ce qu'ils déterminent des commotions semblables, ne sont pas doués au même degré du pouvoir de traverser les mauvais conducteurs, tels que l'eau distillée, placés dans le circuit. En se servant du tube à eau, on trouve que le courant du premier ordre cesse d'être perçu à travers une épaisseur de liquide beaucoup moindre que celle qui est nécessaire pour arrêter le passage du courant du deuxième ordre. La différence est d'autant plus sensible que les courans sont plus forts. Ainsi, dans une expérience faite par M. Duchenne avec un appareil très puissant, le courant du premier ordre n'était pas perçu à travers huit centimètres d'eau, tandis que le courant du second ordre l'était encore à travers trente centimètres.

Si l'on rapporte à ce qu'on nomme *tension* cette faculté qu'a l'électricité de vaincre la résistance d'un mauvais conducteur, le courant du second ordre posséderait, à égalité de force excito-motrice, une tension beaucoup plus grande que le courant du premier ordre.

Existe-t-il quelque relation entre cette propriété des courans induits du deuxième ordre et celle que nous leur avons déjà reconnue avec M. Duchenne, d'agir plus fortement sur la peau et sur la rétine ? Je ne sais si, dans l'état actuel de la science, il serait possible de répondre à cette question.

2° Les deux espèces de courans, appliqués sur la peau au moyen d'excitateurs humides, après qu'on a eu le soin, comme dans le cas précédent, de régler au même degré leur force apparente, pénètre dans les tissus à des profondeurs inégales. Le courant du premier ordre ne dépasse pas les muscles plus superficiels, quand le courant du deuxième ordre va exciter des contractions jusque dans le plan opposé du membre, si celui-ci est peu épais, comme à l'avant-bras, par exemple.

Cette différence d'action des deux courans semble n'être qu'une conséquence de celle dont il a été question tout à l'heure ou de leur différence de *tension*.

3° La sensibilité des muscles est plus vivement excitée par le courant du premier ordre que par celui du second, lorsque l'un et l'autre sont portés directement sur le tissu musculaire à travers la peau convenablement humectée.

4° Au contraire, le courant du second ordre est celui qui provoque les contractions les plus énergiques dans les muscles plus rapprochés du tronc que les points par lesquels il est introduit. Ainsi, en tenant un excitateur dans chaque main, on éprouve de plus fortes secousses dans les membres supérieurs avec le courant du second ordre.

M. Duchenne, attribuant, dans ce cas, à l'action réflexe de la moelle provoquée par l'électrisation des nerfs sensitifs les contractions qui se manifestent au-dessus des points excités, en conclut que le courant du deuxième ordre agit plus fortement que l'autre sur le centre nerveux.

Il ne nous semble pas démontré que la moelle épinière doive nécessairement intervenir pour donner lieu aux contractions dont il s'agit ; car le choc électrique qui se propage le long du membre ne doit pas moins se faire sentir aux nerfs moteurs qu'aux nerfs sensitifs, et l'excitation directe des premiers suffit pour déterminer la contraction des muscles qu'ils animent. Mais le fait n'en subsiste pas moins, quelque interprétation qu'on lui donne.

Votre rapporteur a pu constater tous les phénomènes exposés dans la note de M. le docteur Duchenne, en étudiant, suivant la méthode qu'il indique, les propriétés des deux ordres de courans dans les appareils de M. Bernard et de MM. Legendre et Morin, ainsi que dans un nouvel appareil magnéto-électrique à deux courans, construit par MM. Breton, depuis que M. Duchenne a démontré la possibilité d'obtenir les deux ordres de courans dans les appareils à aimant, comme dans les appareils à pile. Cet appareil de MM. Breton est sous les yeux de l'Académie.

On retrouve des différences analogues à celles que je viens de signaler, lorsque l'on compare les appareils qui ne possèdent que le courant du premier ordre à ceux qui ne fournissent que le courant du deuxième, ou qui réunissent à la fois l'un et l'autre. Il faut seulement tenir compte, dans ces expériences, de quelques particularités que peuvent présenter les appareils, telles que la présence d'un trembleur élastique à vibrations, la rapidité plus ou moins grande des battemens, etc., parce que ces circonstances influent également sur les propriétés physiologiques des courans.

Les différences de longueur et de section des deux fils superposés dans les bobines d'induction ne nous paraissent pas pouvoir rendre compte, à elles seules, des phénomènes que nous venons de rappeler. On sait, à la vérité, que la longueur et le diamètre du fil d'induction influent sur la force des commotions, sur l'éclat des étincelles, l'intensité des effets calorifiques et chimiques, la tension des courans, etc. On a reconnu que cette influence est opposée à l'égard de plusieurs de ces propriétés ; que, par exemple, un fil très long et fin, qui donne des commotions beaucoup plus fortes qu'un fil plus gros et plus court, est, au contraire, bien moins propre que celui-ci à dégager de la chaleur et à aimanter l'acier. Mais on ne découvre pas de relation bien manifeste entre ces différences qui se lient aux dimensions des fils et la plupart de celles qui sont signalées par M. le docteur Duchenne. D'ailleurs notre laborieux confrère s'est assuré, par des expériences variées, qu'en changeant les proportions des deux fils, on retrouve encore les caractères si tranchés qui différencient leurs deux courans. J'ai moi-même constaté que le courant du second ordre de l'appareil magnéto-électrique à deux courans de MM. Breton agit plus fortement sur la sensibilité cutanée que le courant unique du premier ordre de leur appareil ordinaire, bien que le fil qui fournit le premier de ces courans ait le même diamètre et soit de beaucoup plus court que le fil qui fournit le second, ce qui est le contraire de ce qui existe dans les bobines à double fil d'induction. Cependant il reste peut-être à faire ici plus exactement la part de l'influence des dimensions des fils, et il est à désirer que M. Duchenne complète sur ce point ses intéressantes recherches.

Il est évident que ces faits ne sont pas indifférens pour la pratique. Déjà M. Duchenne avait déduit de ses premières observations sur les propriétés des deux ordres de courans induits le précepte important de se servir du courant du premier ordre pour l'électrisation des muscles de la face, et de celui du second ordre pour exciter la rétine, ainsi que pour agir sur la peau dans les anesthésies graves ou lorsqu'on veut déterminer une forte révulsion cutanée. Il résulte de ses nouvelles remarques, que le courant du deuxième ordre doit être également préféré lorsque l'électricité doit pénétrer dans des masses musculaires profondes, lorsqu'il importe de provoquer des contractions énergiques sans exciter trop vivement la sensibilité musculaire, comme chez les enfans, ou dans les paralysies de cause cérébrale. Le courant du premier ordre conviendra particulièrement pour les muscles minces et superficiels, et surtout lorsqu'il est indiqué de dissiper la torpeur des muscles par une vive excitation de leur sensibilité, comme dans la paralysie et l'atrophie locales.

Les recherches du genre de celles dont nous venons de vous entretenir ont un véritable intérêt d'actualité. De divers côtés, on revient aujourd'hui à l'étude et à l'application de l'électricité thérapeutique ; mais on est encore trop généralement habitué à ne la considérer que sous un seul point de vue, à n'y voir qu'un agent stimulant plus ou moins douloureux. L'un de nos collègues les plus éclairés des hôpitaux de Paris, M. le docteur Becquerel, dans d'intéressantes leçons sur l'électricité médicale, appelait dernièrement l'attention sur l'action *hyposthénisante*, et non plus excitante, des courans continus appliqués aux nerfs affectés de névralgie (1). C'est qu'en effet, les mille nuances de l'électrisation thérapeutique jouissent de propriétés très diverses, quelquefois opposées. Il en est du principe de l'électricité comme du principe de la chaleur. L'eau tiède est un relâchant, un émollient, un calmant ; le fer rouge, un stimulant des plus énergiques. De même, ces chatouillemens, ces frémissemens, ces vibrations intérieures, sur lesquelles j'ai insisté à dessein, en parlant plus haut de quelques appareils électro-médicaux, exercent une action toute autre que les commotions musculaires, que les sensations cutanées de déchirement, de brûlure, des électrisations plus intenses. Cette faradisation modérée, *tiède*, si je puis m'exprimer ainsi, produit des sensations douces, souvent agréables ; elle peut agir comme un sédatif dans certaines affections nerveuses, comme un tonique doux dans d'autres circonstances, et se montrer d'autant plus efficace, qu'on peut l'appliquer à des organes très sensibles, dans une grande étendue du corps ou même sur toute la surface des tégumens. Il importe évidement, sous ce rapport, de tenir grand compte tout à la fois du mode d'application et du dosage de l'électricité, ainsi que des propriétés électives dépendant de la source qui la fournit, et en particulier des propriétés différentielles des courans des deux ordres, ou, si l'on veut, de la première et de la deuxième induction, qui font l'objet de la communication de M. le docteur Duchenne.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 Avril 1856. — Présidence de M. Dumas.

Application du compteur à gaz à la mesure de l'air respiré.

M. Isid. Geoffroy St-Hilaire communique à l'Académie un mémoire dans lequel M. Bonnet, de Lyon, correspondant de l'Institut, fait

(1) *Gazette des hôpitaux* du 17 avril 1856.

connaître l'application qu'il a faite, de concert avec M. Pomiès, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, du compteur à gaz à la mesure de l'air respiré.

On sait que toutes les compagnies d'éclairage au gaz emploient un instrument désigné sous le nom de compteur, qui permet, à l'aide d'aiguilles marchant sur des cadrans, de reconnaître par une inspection rapide, quelle est la quantité de gaz qui traverse un tuyau. Indépendamment de ces compteurs destinés à l'usage ordinaire et mesurant les litres, les décalitres et les hectolitres, etc., il en est qui ont un cadran sur lequel on peut reconnaître jusqu'au passage d'un soixantième de litre d'air. Ces compteurs, dits à expérience, sont ceux que MM. Bonnet et Pomiès ont eu l'idée d'appliquer aux études physiologiques et médicales.

Un compteur de ce genre, convenablement rempli d'eau et muni d'un tube avec une embouchure, permet de reconnaître en un instant la quantité d'air que l'on y fait pénétrer par une série d'inspirations, quelque faibles qu'elles soient. Pendant qu'on souffle dans le tube, les aiguilles marchent simultanément sur le cadran qui marque les litres et sur celui qui indique les soixantièmes de litre ; elles s'arrêtent dès que cesse l'impulsion et permettent de juger immédiatement de la quantité d'air qui est sortie de la poitrine.

C'est en se servant du compteur à gaz pour mesurer l'air énergiquement expiré après une ampliation du thorax, aussi complète que possible, qu'on peut le mieux reconnaître qu'elle est la différence que présentent, sous le rapport de la capacité pulmonaire, des individus bien portans, de taille et d'âge variés ; c'est par la même méthode qu'on peut le mieux apprécier les changemens que la maladie entraîne dans l'amplitude de la poitrine.

Dans les applications que M. Bonnet a faites du compteur à gaz à l'homme sain, il a été conduit à reconnaître la justesse des observations d'Hutchinson sur le rapport de la capacité pulmonaire avec la taille et l'âge. D'après ces observations traduites en mesures françaises et exprimées en nombres ronds, on peut dire que, de 20 à 35 ans, le maximum de la capacité pulmonaire est, pour une petite taille, de 3 litres, pour une taille moyenne, de 3 litres 1/2, pour une grande taille, de 4 litres. Si le sujet dépasse 35 ans, il faut retrancher du chiffre obtenu d'après la seule considération de la taille, autant de fois 33 millilitres que le nombre de ses années s'élève au-dessus de 35.

Soit que l'on juge de la respiration normale par un calcul de ce genre, soit qu'on l'ait mesurée préalablement dans l'état de santé, ce qui est préférable, on peut déterminer le changement que la maladie a apporté dans la quantité d'air mise en circulation.

L'ensemble des mesures prises avec des gazomètres ou avec des compteurs et appréciées d'après ces principes, permet d'établir qu'il n'est pas une seule altération du poumon qui ne diminue la capacité respiratoire ; cette diminution, qui oscille ordinairement entre le tiers et les deux tiers de l'état normal, descend beaucoup plus bas quand les lésions qui ont oblitéré les vésicules sont graves et étendues ; ainsi, dans la phthisie avancée, dans la pneumonie, dans le catarrhe vésiculaire, dans l'emphysème, les plus fortes expirations ne peuvent s'élever au-dessus d'un litre. Ainsi, lorsqu'on expérimente sur une série d'individus sachant dilater et puis resserrer leur poitrine aussi complétement que possible, on peut, en tenant les yeux fixés sur les cadrans du compteur, juger, d'après le seul mouvement des aiguilles, quels sont ceux dont les poumons ont conservé leur intégrité et ceux chez lesquels des lésions pulmonaires entravent la circulation de l'air.

L'abaissement de la capacité respiratoire ne permet pas sans doute de distinguer les lésions diverses qui le produisent, mais il aide à juger de la gravité de la maladie et du degré auquel est conservée la fonction respiratoire.

La diminution de l'air, mis en circulation, fournirait aussi des élémens précieux, si l'on voulait déterminer dans l'état morbide la quantité d'oxygène absorbé et celle de vapeur d'eau et d'acide carbonique exhalés.

La spirométrie peut aussi servir à l'appréciation des méthodes thérapeutiques. C'est même dans l'intention de reconnaître la valeur d'un appareil de mouvement, destiné à augmenter la souplesse des côtes et agrandir l'amplitude de la poitrine, que M. Bonnet a été conduit à rechercher des méthodes précises et commodes pour juger de la quantité d'air inspiré et expiré. L'exactitude et la facilité que le compteur à gaz donne à de semblables mensurations, engageront sans doute les cliniciens à faire usage de cet instrument, et la spirométrie, qui a été l'objet de beaux travaux en Angleterre et en Allemagne, ne tardera pas à se répandre en France.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 26 Mars 1856. — Présidence de M. Rostan.

Sommaire. — Correspondance. — Élection d'un membre correspondant. — Observation d'*étranglement interne par renversement et torsion du cæcum et du colon ascendant*, par M. Moutard-Martin. Discussion : MM. Hervez de Chégoin, Bouchut, Thirial, Barth, Cahen, Legendre, Woillez. — *Du rétrécissement de l'orifice iléo-cæcal*, par M. H. Bourdon. Discussion : M. Hervez de Chégoin. — *Nouveau moyen pour guérir les ulcérations et crevasses du sein chez les nourrices*, par M. Legroux.

La correspondance comprend : 1° l'envoi des derniers numéros du journal de M. Lucas-Championnière ; 2° les *Bulletins de médecine et de pharmacie du département de la Haute-Vienne*.

— L'ordre du jour appelle l'élection de M. Salathé, médecin à Mulhouse, comme membre correspondant. M. Salathé ayant obtenu l'unanimité des suffrages, est proclamé membre correspondant.

— M. Moutard-Martin lit une observation d'*étranglement interne par renversement et torsion du cæcum et du colon ascendant*. — (Voir plus haut, article *Clinique médicale*.)

M. Hervez de Chégoin : Je demanderai à M. Moutard-Martin s'il a examiné avec soin la valvule iléo-cœcale ; je fais cette demande parce que, sur un malade que j'ai été à même d'observer et qui présentait tous les signes d'un étranglement interne, j'ai trouvé la valvule iléo-cœcale considérablement rétrécie, le rétrécissement était produit par de petites glandes développées entre les lames de la valvule. Depuis lors, j'ai vu un enfant de 12 ans qui est resté plusieurs mois sans aller à la selle. Au bout d'un certain temps, le ventre se relâcha ; dix-huit mois après, les mêmes accidens reparurent. Les symptômes étaient tellement semblables, que j'ai pensé que la lésion était la même.

M. Moutard-Martin : Je répondrai à M. Hervez de Chégoin que dans le fait que j'ai observé, la valvule examinée ne présentait aucune lésion. L'orifice était dilaté.

M. Bouchut : Je voudrais savoir si M. Moutard-Martin a recherché et trouvé dans la science des cas analogues au sien. S'il n'en a pas trouvé, je me demande si le fait ne serait pas susceptible d'une autre interprétation. Ne pourrait-on pas admettre que cette torsion, au lieu d'avoir été primitive, ait été consécutive à l'emploi répété des drastiques, qui peuvent, on le sait, amener des mouvemens péristaltiques considérables, et consécutivement l'occlusion intestinale. J'appelle l'attention de M. Martin sur cette explication.

M. Moutard-Martin : Je n'ai pas fait de recherches pour savoir s'il existe, dans la science, des cas analogues. Mais je suis porté à penser que la torsion de l'intestin a été la cause première des accidens. Sans cela, je ne saurais à quoi attribuer la constipation observée au début chez le malade et l'inefficacité de l'eau de Sedlitz. Ensuite, je crois que M. Bouchut admettra avec moi qu'il exsitait là une disposition toute spéciale du cœcum, disposition telle, que l'on peut très bien admettre que, sous l'influence des purgatifs, ce mouvement de torsion de l'intestin se soit produit, et que, conséquemment, ce soit là la cause première de l'obstacle au cours de matières. En dernier lieu, je n'admets pas le raisonnement de M. Bouchut : s'il n'y a pas de cas analogues dans la science, ce sont les purgatifs qui sont la cause des accidens. Il faut cependant bien, en général, qu'il y ait un premier fait, et ce premier fait n'a pu être précédé d'autres analogues.

M. Bouchut : Je ne nie pas le fait ; je dis seulement que s'il est nouveau, il faut l'examiner avec plus d'attention.

M. Thirial : L'objection que vient de faire M. Bouchut me paraît fondée. L'eau de Sedlitz purge, dit M. Moutard-Martin ; oui, mais à condition que cette eau de Sédlitz ne déterminera pas de torsion de l'intestin. J'ai observé un cas semblable, et quoique l'autopsie n'ait pas été faite, je ne doute pas qu'il n'y ait eu torsion de l'intestin à la suite de l'administration des purgatifs.

M. Barth : Il y a ici deux questions : une question d'anatomie pathologique et une question de clinique. Relativement à la première, on peut dire que les variétés anatomiques de l'étranglement sont considérables. J'en ai vu pour ma part un très grand nombre. J'en ai rencontré une qui mérite d'être signalée. Un malade se présente à nous avec les signes d'un obstacle au cours des matières fécales. Il existait de la sonorité par tout le ventre, plus marquée toutefois au devant du foie, phénomène dont j'avais eu de la peine à me rendre compte. Le malade succomba, et à l'autopsie nous constatâmes que le ligament suspenseur du foie était troué, qu'une anse d'intestin grêle s'était engagée dans l'ouverture accidentelle, et avait été considérablement distendue au-dessus du point rétréci. — Relativement à la deuxième question, question clinique et pronostique, je dirai que les exemples de guérison ne sont pas rares. Entre autres exemples remarquables, je citerai celui de M. G... B..., libraire, qui fut atteint à deux reprises différentes d'occlusion intestinale grave, suivie de guérison. — On a soulevé la question de savoir quelle est l'influence des purgatifs. Je suis peu disposé à admettre que les purgatifs aient eu le résultat signalé par M. Thirial ; et je crois pouvoir rassurer sa conscience sur la cause de la mort chez le malade qu'il a observé.

M. Legendre rapporte le fait suivant de torsion d'intestin : Un jeune homme, garçon jardinier, est pris subitement, à la halle, de coliques excessivement vives, avec absence de garde-robes et tendance au vomissement. Il succombe rapidement. A l'autopsie, on constate une torsion des intestins ayant déterminé la dilatation des parties supérieures et une péritonite consécutive. Il n'y avait pas de bride ni aucune autre lésion.

M. Cahen fait observer qu'il existe dans la science des faits semblables, ou du moins que cela est généralement admis.

M. Woillez cite M. Rokitansky comme un des auteurs qui mettent la torsion de l'intestin au nombre des causes de l'étranglement interne.

— M. Bourdon lit une note *sur le rétrécissement de l'orifice iléo-cæcal*. — (Voir plus haut, article *Clinique médicale*.)

M. Hervez de Chégoin : J'aurais désiré que M. Bourdon insistât sur les chances favorables et défavorables que présente cette affection. Elle est souvent mortelle, mais dans d'autres circonstances, ainsi que je l'ai observé, elle est susceptible de guérison. En réfléchissant à la position du cœcum, une idée m'est venue. J'ai pensé qu'on pourrait arriver au siége du mal par la fosse iliaque, d'autant plus que le cœcum, lorsqu'il est dilaté, se rapproche de la paroi abdominale, et qu'une opération, qui ne présenterait pas de grandes difficultés, aurait chance de remédier à l'étranglement interne.

M. Bourdon : Dans la note que j'ai communiquée à la Société, je n'ai pas parlé du traitement, j'ai eu seulement pour but d'appeler l'attention sur des signes diagnostics que je n'ai pas trouvé mentionnés dans les auteurs, et qui me paraissent presque pathognomoniques du rétrécissement iléo-cœcal. Je répondrai maintenant à M. Hervez de Chégoin que l'opération qu'il propose ne me semble pas aussi simple qu'il veut bien l'admettre, attendu que la dilatation ne porte pas sur le cœcum, mais seulement sur l'extrémité inférieure de l'intestin grêle, de telle sorte que le cœcum est pour ainsi dire caché sous les anses intestinales dilatées et nécessairement assez difficile à atteindre par une opération qui, elle-même, n'est pas exempte de dangers.

— M. Legroux fait la communication suivante :

J'ai l'honneur d'appeler votre attention sur un moyen thérapeutique bien modeste et bien simple, mais d'une application fréquente et d'un succès constant dans une toute petite maladie qui, néanmoins, a parfois d'assez fâcheuses conséquences. Il s'agit des *ulcérations et crevasses du mamelon chez les nourrices*.

Vous savez quels obstacles apporte à l'allaitement ce petit accident, combien il est douloureux pour la mère ; au point que, souvent, il lui devient impossible de supporter la succion de l'enfant. Le mamelon, excorié à son sommet, fendillé à sa base, partiellement détaché, et même complétement détaché, devient souvent le point de départ d'une inflammation qui envahit une partie ou la totalité du sein.

La plupart des moyens conseillés en pareil cas, surtout lorsqu'il existe des crevasses, n'apportent qu'un soulagement momentané, dont les effets sont annulés chaque fois que l'enfant est approché du sein.

Pour obvier à ces inconvéniens, l'idée m'est venue d'envelopper le mamelon d'un épiderme artificiel, sur lequel se passerait l'effort de succion. La baudruche m'a paru très propre à remplir cette indication. Seulement il fallait l'agglutiner à l'aide d'une substance insoluble dans la salive, le lait, la transpiration cutanée. Le collodion, rendu élastique par l'addition de 50 centigrammes d'huile de ricin et 1 gramme 50 centigrammes de térébenthine par 30 grammes, nous a rendu ce service.

A l'aide d'un pinceau, on étale au pourtour du mamelon une couche mince de cette substance, dans un rayon de quelques centimètres. On applique par dessus une pièce de baudruche percée de quelques trous d'épingle, au niveau du mamelon, pour laisser passer le lait. On évite d'étendre le collodion sur le mamelon, qui en serait très douloureusement impressionné.

La vaporisation rapide de l'éther amène une prompte dessiccation du collodion et l'agglutination presque immédiate de la baudruche. Le mamelon se trouve ainsi plus ou moins affaissé par la baudruche qui le recouvre et qui se tend en se desséchant.

Lorsque l'on veut approcher l'enfant du sein, on mouille avec de l'eau sucrée le bout du mamelon. La baudruche qui le recouvre devient molle et souple, se prête à l'ampliation de ce petit organe, tout en préservant les ulcères et crevasses contre les efforts de la succion. L'allaitement se fait alors avec une extrême facilité, avec peu de douleurs. Et dans l'espace de quelques jours, les ulcères et crevasses sont guéris.

S'il arrive que, pendant une succion active, la baudruche se crève, on la remplace. Il y a des femmes qui n'apportent que mauvaise volonté dans l'allaitement de leurs enfans, elles mettent aussi de la résistance à l'emploi du moyen, pour n'être pas contraintes de remplir leur devoir de mères. Mais, avec de la surveillance, on parvient presque toujours à le leur faire supporter et à atteindre le but. Quant aux autres, elles se trouvent immédiatement délivrées des cruelles souffrances que leur causait l'allaitement, et peuvent allaiter leurs enfans comme si elles n'avaient éprouvé aucun accident du côté du sein.

On peut dire qu'avec ce moyen, il n'y a plus d'ulcères ou crevasses du mamelon.

Là ne paraissent pas devoir s'arrêter les services que l'on peut en attendre.

Récemment, sur une femme dont l'affection du mamelon avait provoqué une tuméfaction phlegmoneuse de la partie inférieure du sein, la baudruche, appliquée sur le mamelon, et prolongée sur toute la partie phlegmonée, permit à la mère de livrer son sein à l'enfant, et le dégorgement inflammatoire s'opéra dans l'espace de deux à trois jours. Sans doute, l'élimination du lait a dû contribuer à la résolution. Mais l'imperméabilité de l'enveloppe ne paraît pas devoir lui être étrangère. Car sur une autre femme, le sein droit, privé de mamelon, ne put être dégorgé par la succion, il devint le siége d'un engorgement considérable, avec douleur et dureté. Je le fis envelopper de baudruche, et dans l'espace de deux à trois jours, il s'est dégorgé.

Le secrétaire, Dr Hérard.

COURRIER.

Mardi dernier, 6 mai, une triste et touchante cérémonie réunissait dans l'église de Vincennes tous les officiers de la garnison.

Les médecins-majors et aides-majors des différentes armes faisaient célébrer un service funèbre pour honorer la mémoire de leur collègue, le docteur Puel (Jean-André-Marie-Odilon), médecin-major des hôpitaux d'Orient, mort le 2 avril dernier, victime de l'épidémie qui frappe si cruellement notre armée et prélève sur le corps de santé militaire un si large tribut.

A peine âgé de 38 ans, lauréat dans tous ses concours, doué d'une belle intelligence, déjà un praticien distingué, il vient de tomber sur le champ de bataille du médecin militaire !... Un souffle mortel et empoisonné, plus sûr qu'un boulet de canon, l'a brisé au milieu de sa carrière !... Honneur à sa mémoire !... Secours et protection à sa veuve et deux orphelins qu'il laisse sans fortune ! ! !...

— Par un décret impérial du 7 mai 1856, rendu sur le rapport de l'amiral ministre secrétaire d'État au département de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans le corps des officiers de santé de la marine, à la suite des concours ouverts dans les ports, savoir :

Au grade de médecin professeur,

Le chirurgien principal : Marroin (Auguste-Charles-Thomas).

Au grade de chirurgien de 1re classe,

Les chirurgiens de 2e classe : Fullier, Rault, Pellarin, Muller, Le Guillou, Romain, Duplouy, Pellegrin, Barthélemy, Maire.

Au grade de chirurgien de 2e classe,

Les chirurgiens de 3e classe : Senelle, Meunier, Dérnas, Luzel, Normand, Bourel-Roncière, Fournier, Péron, Beauchef, Thomas, Jacolot, De Rochas, Berg, Mattei, Delmas, Toye, Laure, Cauvin, Bonnet, Guérault, Champagne, Girault, Ricque.

Au grade de chirurgien de 3e classe,

Les chirurgiens auxiliaires et élèves : Veillon, Turc, Manpiou, Roche, Bonifanti, Franc, Le Gris, Beauchef, Tousseux, De Saint-Julien, Sablé, Méry, Mathis, Thaly, Chabbert, Douillé, Carpentin, De Corsi, Cassien, Poitou-Duplessy, Bellissen, Denoix, Le Bourch-Lopès, Marion, Mac-Auliffe.

— M. le docteur Orfila, agrégé en exercice, commencera le jeudi 15 mai, à trois heures, dans l'amphithéâtre de chimie de l'École de médecine, et continuera les jeudis et samedis suivans, à la même heure, une série de leçons *sur l'empoisonnement en général et sur l'empoisonnement par l'arsenic*.

Pour toutes les nouvelles, Amédée Latour.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 58. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 13 Mai 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Pathologie : De l'affinité qui existe entre les différens exanthèmes. — II. Revue générale : La cautérisation répétée substituée à l'usage de la mèche dans le traitement des abcès. — Guérison d'un cas de farcin chronique chez l'homme. — Résultats des expériences officielles faites sur le traitement des maladies cancéreuses, par la méthode du docteur Landolfi. — III. Académies, sociétés savantes et associations. *Société d'hydrologie médicale de Paris* : Sur la composition de certains dépôts qu'abandonnent les eaux de Lixenil. — Question des prix. — Questions mises à l'étude pour la session de 1856-1857. — IV. Courrier. — V. Examen des ex-voto découverts dans le département de la Côte-d'Or, aux sources de la Seine, de la Dwi et de la Cave.

PATHOLOGIE.

DE L'AFFINITÉ QUI EXISTE ENTRE LES DIFFÉRENS EXANTHÈMES ;

Par le docteur Lecadre,
Médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre.

I.

Lorsqu'une affection interne prend le caractère épidémique, elle absorbe en quelque sorte toutes les autres maladies, c'est-à-dire que toute autre affection, sinon est effacée, du moins revêt, d'une manière plus ou moins intense, quelques-uns des caractères de l'épidémie régnante. Le contraire a lieu pour les affections éruptives. Une constitution exanthématique apparaît; la rougeole ou la scarlatine prédominent, et puis, en même temps, concordent des miliaires, des varicelles, des urticaires, des érysipèles, des zosters. La variole même obéit à cette espèce de loi. Prédomine-t-elle ? elle devient confluente, grave, mais non exclusive, elle concentre toute l'attention de l'observateur. Mais que ce dernier cherche bien et autour de lui, il découvrira là une varicelle, ici un urticaire, à droite une scarlatine, à gauche une rougeole, un érysipèle, un zona. Est-ce l'affection morbillaire ou scarlatineuse qui règne épidémiquement ? Dans le cortége des autres exanthèmes qui viennent se grouper autour, on rencontrera quelques cas de variole, le plus souvent discrète.

En parcourant les ouvrages de quelques-uns de nos épidémiographes célèbres, on trouve la confirmation de cette assertion. Dans la fièvre d'été observée par Stoll, en 1777, ce judicieux observateur remarqua des varioles, des scarlatines, des rougeoles. Il donne même l'histoire de malades chez lesquels, en même temps, il y eut rougeole, miliaire et éruption scarlatineuse. Plus de cent ans auparavant, Sydenham écrivait : « Comme » les rougeoles épidémiques de 1670 amenèrent des petites » véroles noires, de même les rougeoles de 1674, qui n'étaient » pas moins épidémiques, en amenèrent aussi de semblables. » Dans la belle description de l'épidémie de Louviers, arrivée en 1770, que nous a laissée Lepecq de la Clôture, plusieurs formes différentes d'éruption furent constatées soit sur le même malade, soit sur divers individus. Dans les relations des épidémies soit de rougeole, soit de scarlatine, soigneusement recueillies et consignées, chaque année, dans un rapport général présenté par l'Académie impériale de médecine, aux affections morbillaires, on voit souvent se joindre des scarlatines ou autres éruptions, *et vice versâ*.

De septembre à décembre 1854, apparut au Havre une *fièvre exanthémateuse épidémique*, comme auraient dit les médecins du siècle dernier. Cette sorte de fièvre, dont j'ai donné la description dans un rapport général sur les épidémies qui ont régné au Havre en 1854, que j'adressai à l'Académie impériale de médecine, et qui fut jugé favorablement par un homme bien compétent, M. le docteur Barth, se traduisit en rougeoles d'abord, qui furent les éruptions les plus abondantes, en scarlatines, dont plusieurs eurent une issue funeste, en urticaires, en érysipèles et en zonas. Depuis le commencement de mars de cette année, nous traversons la même influence épidémique. Comme en 1854, les rougeoles sont les plus nombreuses. Elles apparaissent principalement chez les enfans de 2 à 12 ans; parcourent généralement leurs périodes d'une manière satisfaisante, exemptes de complications.

Avant le développement de ces rougeoles, avait paru une multitude de varicelles sans conséquence, et quelques cas très espacés de varioles discrètes. J'ai même observé une varioloïde bien franche chez un individu qui avait été vacciné. En même temps que les rougeoles, ont eu lieu des miliaires en assez bon nombre, et des scarlatines, la plupart chez des individus de 15 à 25 ans. Comme toujours, ces dernières affections ont montré beaucoup plus de gravité et une plus grande persistance que les rougeoles. Puis, sont venus se joindre des érysipèles, dont la généralité a pris la face pour siége. Et enfin, ont apparu des zonas sans gravité, mais remarquables par leur durée, par les douleurs qu'ils occasionnaient, et qui ne s'effaçaient qu'avec lenteur après leur disparition. En 1854, pareillement, au cortége des affections exanthématiques, il fallut ajouter la présence du zona. Si j'insiste sur ce fait, qui prouve que le zona a subi, à ces deux époques différentes, comme la rougeole, comme la scarlatine, comme l'érysipèle, etc., l'influence épidémique, c'est que le zona, comme ces autres maladies, ne sont pas de la classe des exanthèmes aigus.

D'où vient donc que deux judicieux esprits, dont plus que personne j'apprécie le zèle laborieux et l'éminent savoir, aient tout dernièrement avancé, l'un, que le zona est *une névralgie catarrhale qui a pour crise un herpès* ; l'autre, que cette affection est *une manifestation toujours secondaire, subordonnée à l'existence d'une névralgie, de nature rhumatismale ou dyspeptique*? Je laisse à M. le professeur Delioux et à M. Jules Parrot le soin de soutenir la divergence d'opinions qui existe entre eux. La lucidité dont ils ont fait preuve dans la polémique qui s'est établie à ce sujet, prouve qu'ils n'ont ni l'un ni l'autre besoin d'un tiers pour soutenir leur système. Qu'il me suffise de dire que mes études épidémiographiques ne me permettent pas d'admettre leurs définitions. En cela, je suis d'accord avec le savant Valleix, de si regrettable mémoire; avec MM. Rayer et Bassereau, qui n'ont point dit que le zona fût une névralgie ou dépendant d'une névralgie, mais seulement que les douleurs vives que, dans certains cas, le zona de la poitrine laissait *après lui*, étaient de nature névralgique (Rayer, Bassereau); Valleix se bornait à exprimer qu'*il lui était impossible de dire si ces douleurs sont toujours de nature névralgique*.

Loin de moi la pensée de confondre le zona, comme le faisaient certains anciens auteurs, avec l'érysipèle. Mais je dirai que tous les caractères de l'exanthème existent aussi bien dans le zona que dans l'érysipèle, la varicelle, etc. Comme les autres exanthèmes, seulement à un moindre degré, le zona est précédé de fièvre, d'un état saburral très prononcé, qui cèdent généralement lorsque l'éruption paraît. Le même phénomène a lieu pour la varicelle, pour la variole et pour la rougeole bénignes. Le zona est, en outre, susceptible de revêtir le caractère épidémique. Pour moi donc, il est placé sur la limite qui sépare les exanthèmes (1) des autres espèces d'affections cutanées qui ne sont précédées ou accompagnées d'aucun état fébrile. Sa place nosologique est dans la classe des maladies de la peau et non dans celle des névralgies. Je sais que le zona laisse après lui une très vive sensibilité à la région des tégumens qu'il soulevait. Mais cette douleur est-elle véritablement névralgique?

J'imiterai ici la sage réserve du docteur Valleix, qui n'a point osé se prononcer, et je répéterai ce que j'ai écrit ailleurs (2) : « Ne vaut-il pas mieux attribuer cette grande sen- » sibilité tégumentaire au renouvellement de l'épiderme, à » cette vive excitation des papilles de la peau, résultat de toute

(1) Dans ce travail, contrairement à la division généralement adoptée par nos dermatologistes les plus distingués, je désigne sous le nom d'exanthème toutes les éruptions aiguës qui, avant leur apparition, sont précédées d'une fièvre incubatoire. Je ne me suis point laissé guider par la forme de la maladie, mais par son caractère d'acuité.

(2) *Essai sur la névralgie intercostale*. Baillière, 1855, in-8°.

Feuilleton.

EXAMEN DES EX-VOTO DÉCOUVERTS DANS LE DÉPARTEMENT DE LA CÔTE-D'OR, AUX SOURCES DE LA SEINE, DE LA DWI ET DE LA CAVE (1) ;

Par le docteur Charles Rouhier,
Médecin à Grancey-le-Château, et membre de la commission archéologique de la Côte-d'Or.

La seconde source dont il sera question est celle de la Dwi ; elle jaillit, près du passage d'une voie romaine, sur le territoire de la commune de Terrefondrée (canton de Recey-sur-Ource).

Le propriétaire du sol où cette eau coule voulut, en 1844, en changer le cours, et découvrit, pendant ce travail, des restes de constructions, des colonnes, des statues, une médaille de la famille Clodia portant l'effigie d'Apollon, plusieurs autres d'Auguste, des jambes, des pieds votifs et un fragment d'inscription, où je crois avoir lu les dernières lettres de la formule V. S. L. M. (*Votum solvit libenter meritò*), formule indiquant que les malades s'étaient acquittés de bon gré de leur vœu, et n'avaient fait en cela que remplir un devoir imposé par le recouvrement de leur santé. Je sauvai une partie de ces débris de la destruction qui les menaçait en les recueillant avec l'aide de mon frère, médecin de Recey, et donnai, en 1845 et 1848, connaissance de ces faits à la commission archéologique de la Côte-d'Or.

Les résultats de cette exploration, pratiquée sur une petite étendue de terrain, sont fort incomplets, et, ne pouvant fournir de plus amples détails sur la source de la Dwi, j'aborderai immédiatement l'histoire de celle de la Cave, située à un kilomètre et demi du village d'Essarois (canton de Recey), et à huit environ de Terrefondrée.

Mme la comtesse de Chastenay y fit entreprendre, en 1848, des travaux de recherches que je suivis avec assiduité et signalai cette même année à la commission archéologique. M. Mignard, aujourd'hui secrétaire de cette compagnie, en a fait connaître les résultats dans un mémoire plein d'intérêt publié en 1851, et dont voici l'analyse.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 8 mai 1856.

Les ruines d'un temple dédié à Apollon (*Deo apollini*), celles de plusieurs autres constructions, des aqueducs, des statues, des inscriptions votives, des ex-voto, une foule d'objets curieux, ont été retrouvés et tirés du sol.

Ce lieu, à en juger par ces débris, par ceux qu'on rencontre dans le village d'Essarois et par l'étendue d'une antique nécropole située à une petite distance, devait être important, populeux et très fréquenté; il était traversé par la voie romaine venant de la Dwi. La découverte de médailles et de monumens divers (sépultures, statues en bois d'un travail grossier et informe) de l'époque gauloise, a prouvé à M. Mignard qu'on avait déjà recours aux eaux de la Cave avant l'occupation romaine. Les monnaies recueillies au milieu des ruines, font descendre au IVme siècle de l'ère chrétienne la destruction des édifices élevés en son honneur; elle est attribuée aux barbares.

On retrouve à cette source à peu près la même série d'ex-voto qu'à celle de la Seine, et en aussi grand nombre; des pieds, des jambes, des cuisses, des mains, des bras, des yeux, des seins, des bustes et des troncs appartenant aux deux sexes; quelques nouveau-nés emmaillottés y représentent les maladies du premier âge. Mme de Chastenay en a fait don au musée de Châtillon-sur-Seine.

La pierre, les feuilles de bronze, le verre, ont servi à la fabrication de ces ex-voto; les uns se recommandent sous le rapport artistique; les autres sont au contraire d'un travail fort imparfait. On y voit représentés des individus de tout rang, de toute condition, de tout âge. Les dons qu'ils offraient à Apollon consistaient surtout en fruits et en oiseaux; on lui sacrifiait des sangliers, ainsi que l'indique la découverte d'une grande quantité d'ossemens provenant de ces animaux.

L'abattement et la tristesse que les maladies chroniques impriment sur le visage de ceux qu'elles tourmentent sont peints sur plusieurs figures de la Cave. Il en est dont les yeux sont fermés; les paupières en sont complétement rapprochées. Cette occlusion fait songer à la photophobie, symptôme si commun dans les maladies des yeux et surtout dans la kératite.

Les reins, les extrémités inférieures et supérieures n'offrent rien de particulier; parmi ces dernières se trouve l'ex-voto d'un seul doigt.

L'abdomen de quelques torses de femmes est très proéminent.

Plusieurs statues, dont le corps est tronqué à la naissance des cuisses et de la poitrine, font songer aux maladies des diverses parties contenues dans la cavité abdominale, plus spécialement peut-être à celles des organes digestifs.

Les ex-voto qui se rapportent aux maladies des organes génitaux sont assez nombreux; plusieurs pénis nous frappent par leur développement; quelques scrotums sont volumineux; d'autres nous offrent des bosselures.

Maintenant, le moment est venu de se demander quelle est la valeur médicale des sources auxquelles nos pères accordaient une si grande confiance, et qui toutes sont froides.

En commençant par la Seine, je rappellerai, mais uniquement pour montrer qu'on ne peut tirer, *à priori*, aucune conclusion raisonnable de la comparaison que je vais faire, je rappellerai, dis-je, que des monumens semblables à ceux qu'elle nous présente se rencontrent dans un grand nombre de sources en renom de nos jours, sources dont les premiers établissemens, détruits à la chute de l'Empire romain (1), se sont plus tard relevés de leurs ruines. Ainsi, les eaux de St-Cascian, en Toscane (les mêmes, dit-on, que celles de Clusium, dont parle Horace),

(1) Les anciens passent pour avoir fait usage des eaux minérales en boisson, en bains et comme remède topique; ils connaissaient la douche, bien qu'on ait avancé le contraire. Horace, dans sa quinzième épître, cite d'abord les eaux sulfureuses de Baïes, vantées contre les affections nerveuses, puis celles de Clusium, où l'on voyait des malades assez hardis pour exposer aux douches leur tête et leur estomac (qui caput et stomachum *supponere fontibus* audent Clusinis). Certaines eaux minérales, après avoir joui d'une grande faveur, finissaient, alors comme maintenant, par céder à d'autres le privilége de la mode qu'elles avaient possédé pendant un temps plus ou moins long. Cette épître nous apprend que les habitans de Baïes étaient chagrins et jaloux de ce qu'on délaissait leurs sources pour celles de Clusium. Elle nous prouve encore que les anciens ont cherché la santé non seulement dans l'emploi de l'eau chargée de principes minéralisateurs, mais aussi dans le mode d'administration de l'eau pure, qu'ils ont fait, en un mot, de la médecine hydrothérapique. Horace y raconte, en effet, à son ami Vala, que Musa le traite suivant cette méthode, en lui faisant prendre des bains froids au milieu de l'hiver. Mécontens sans doute de ce que le poète les préférait à leurs eaux minérales, dont Musa ne trouvait pas chez lui l'indication, les habitans de Baïes le regardaient de mauvais œil. Cette médecine, disons-le en passant, ne fut point abandonnée pendant le Moyen-Age; on lit dans le recueil de poésies grecques inédites, publié par M. Piccolos, une pièce de Léon VI, empereur d'Orient, où un malade refuse de se soumettre à ce traitement, qui l'effraie.

» affection exanthématique? Cette extrême sensibilité de la » peau, on la voit survenir après la variole, après la scarla- » tine, après l'érysipèle. Alors, elle n'est point circonscrite » comme à la suite du zona, elle est étendue à toute la peau. » M. le professeur Piorry cite le cas d'un malade chez lequel, » à la suite d'un zona, des cicatrices anciennes de vésicatoires, » de cautères, sont devenues excessivement douloureuses. » Lorsque la bouche a été dépouillée par la diphthérite, l'épi- » thélium nouveau est d'une sensibilité extraordinaire; il » suffit de l'ingestion d'une boisson légèrement acide pour » déterminer des douleurs vives. Tous ces exemples prouvent » donc qu'à la suite d'affections diverses, les tégumens peu- » vent devenir douloureux, sans que, pour cela, il y ait né- » vralgie. Si c'était d'ailleurs une névralgie intercostale que le » zona laissât derrière lui, pourquoi cet affaiblissement de la » douleur au fur et à mesure qu'on s'éloigne du zoster, et cette » disparition complète dans un temps qu'on peut presque » prédire à l'avance? »

Le zona, tenant une place dans le cadre des affections exanthémateuses dont je veux prouver l'affinité, je devais, par des observations, discuter ce qui me paraît être sa véritable nature, contre des opinions qui, quoique nouvelles, sont néanmoins dignes d'une grande attention, provenant d'hommes éminemment sérieux. Je me hâte cependant de rentrer dans mon sujet.

II.

Les diverses affections exanthémateuses peuvent donc se présenter toutes à peu près dans le même temps, chacune avec la physionomie qui lui est propre. Il faut donc nécessairement qu'elles obéissent toutes à la même influence. Or, cette influence ne peut provenir que de la constitution atmosphérique. Est-il possible de déterminer au juste la constitution atmosphérique qui provoque les exanthèmes. Il serait à craindre que la règle générale, qu'on voudrait imposer à cet égard, fut promptement contredite par des faits exceptionnels. Généralement, cependant, la production de plusieurs exanthèmes aigus est déterminée par les vents froids, incisifs, venant du nord. C'est, le plus souvent, aux mois de décembre, de janvier, lorsque le froid est très vif, aux mois de mars, d'avril et quelquefois de mai, lorsque surviennent, dans notre climat, ces grands vents de nord-est, arides et desséchans, qui ne nous manquent presque jamais à cette époque de l'année, que nous arrivent les rougeoles, les scarlatines, les érysipèles dont les épidémies ont souvent une longue durée. La variole ne semble pas obéir à la même influence : elle se développe de préférence avec la constitution humide de l'air. Aussi, des éruptions cutanées, est elle celle qui s'affranchit davantage de cette affinité qui est l'objet de nos recherches. Avec une constitution mixte de l'air, moitié froide moitié humide, apparaissent les varicelles. Quant à l'herpès zoster isolé, il semble appartenir à toutes les saisons. Mais, se rapprochant par les symptômes de début, principalement de l'érysipèle, c'est sous l'influence qui produit cette maladie qu'on le voit surtout paraître.

III.

Lorsque règne une constitution exanthématique épidémique, qui, est atteint d'une rougeole, qui, d'une scarlatine, qui, d'une miliaire, qui, d'une varicelle, qui, d'un érysipèle, etc. Peut-on trouver dans l'âge des individus, dans leur degré de force, dans leur énergie vitale, dans le tempérament qui leur est propre, l'application d'un pareil phénomène. Sans contredit, on peut dire que la rougeole appartient de préférence à l'enfance, la scarlatine à la jeunesse, l'érysipèle et le zona à l'âge mûr, la variole et la varicelle à tous les âges, principalement cependant à l'enfance et à la jeunesse. Mais la nature ne s'asservit pas toujours à des lois aussi exactes. Les affections morbillaires et scarlatineuses semblent être le lot des tempéramens sanguins ; les miliaires, les varicelles et les varioles des tempéramens lymphatiques; l'urticaire, l'érysipèle et le zona des constitutions à prédominance gastro-hépatique. Il s'en faut de beaucoup que ces sortes de préférences soient toujours aussi marquées. Ainsi, dans les épidémies exanthématiques, sans trop savoir pourquoi, on voit tel enfant être atteint de la scarlatine, quand son frère ou sa sœur, couchés à côté, sont affectés de la rougeole ; la variole attaquer deux ou trois individus de la famille, et respecter un quatrième qui en est quitte pour une varicelle; un urticaire, à la suite d'un trouble dans la digestion, envahir un individu, quand la même cause chez un autre donnera lieu au développement d'un érysipèle et plus rarement d'un zona.

Quoi qu'il en soit, toujours les rougeoles, et, en certaines circonstances, les miliaires, les varioles et les varicelles resteront les plus communes ; puis viendront les scarlatines et les érysipèles. Les éruptions qui se montreront les plus rares, seront l'urticaire et le zona.

IV.

Les observateurs ont quelquefois vu simultanément chez le même individu (j'en ai cité plus haut des exemples tirés d'anciens auteurs) la varicelle, l'urticaire et la rougeole ou la scarlatine. Aucun exemple que je connaisse de simultanéité de variole avec l'une de ces autres éruptions. Même exception pour l'érysipèle et le zona. Mais ce qui est plus fréquent que la simultanéité des éruptions, c'est leur succession chez le même individu. Il arrive bien souvent que successivement la même personne, affectée d'abord d'une varicelle, est atteinte plus tard d'une rougeole, puis d'une scarlatine, qui se remplacent l'une par l'autre à des intervalles peu éloignées. Après la varicelle, vient quelquefois la varioloïde et même la variole. Car il s'agit bien de discerner la varicelle de la variole. Bien des parens confondent l'une et l'autre maladies, pensant qu'après une varicelle, l'enfant n'est plus apte à contracter la variole, et qu'ils peuvent se dispenser de le faire vacciner. Erreur qui peut devenir bien funeste, puisque la varicelle, quelque confluente qu'elle soit, ne préserve jamais de la variole, et que l'inoculation du vaccin réussit fort bien après une varicelle, et n'est presque jamais suivi de succès, après une variole véritable. A l'érysipèle, peut succéder le zona, et j'ai recueilli l'observation d'une femme âgée de 45 ans, époque de la vie où les érysipèles sont les plus fréquens, affectée d'un érysipèle à la face, et quinze jours après la convalescence confirmée, d'un herpès zoster.

V.

Une chose bizarre est la différence qui existe entre ces divers exanthèmes dans leur disposition à se reproduire. De tous les exanthèmes, la scarlatine est celui qui se reproduit le moins facilement ; il est rare d'observer deux fois la scarlatine dans la vie d'un individu. Puis vient la variole. On rencontre néanmoins des sujets qui ont eu deux fois la variole dans le cours de leur existence. J'ai eu l'occasion d'observer un homme jeune encore, âgé de 35 ans, qui était atteint de la variole pour la troisième fois. La première avait été discrète et n'avait laissé aucune trace; la deuxième avait été confluente et avait donné lieu à des cicatrices profondes, ce qui n'empêcha point la troisième d'être très confluente et de mettre la vie du malade en danger. La miliaire et la rougeole ont plus de tendance à revenir que les espèces varioliques; mais, en se reproduisant, elles éprouvent généralement une modification avantageuse et n'offrent point le même caractère confluent. Souvent la rougeole devient simple roséole. L'urticaire revient quelquefois fort souvent. L'ingestion de certains mollusques, de certains poissons, de certaines viandes fumées la déterminent chez quelques individus. Les indigestions, chez certains sujets, se compliquent toujours de l'urticaire. Une application de sangsues, un bain froid en sont une des causes fréquentes. L'érysipèle est également susceptible de se reproduire, et, d'autant plus aisément, qu'on en a été déjà affecté plusieurs fois. Chez les femmes, à l'époque de la cessation des menstrues, les érysipèles se renouvellent souvent à des intervalles très rapprochés. Le zona même ne revient pas, si l'on veut, avec la même facilité, et pourtant on le voit attaquer de préférence les personnes qui déjà en ont été atteintes.

VI.

Mais, par une bizarrerie non moins singulière, les exanthèmes qui ont le plus de facilité à se reproduire, sont justement ceux qui sont les moins fréquens, ceux qui ont le moins de disposition à régner épidémiquement. Ainsi, bien des personnes n'ont jamais éprouvé dans leur vie les atteintes de l'urticaire, ni de l'érysipèle, ni du zona. Peu, au contraire, échappent à la rougeole, à la varicelle, et ne seraient point exposés à la variole, sans les bienfaits de la vaccine. Une heureuse exception existe pour la scarlatine et la miliaire, auxquelles beaucoup d'individus échappent, et qui jouissent du bénéfice de se reproduire très difficilement, surtout la scarlatine. Mais ajoutons que, par une triste compensation, les grandes épidémies de ces deux dernières maladies sont les plus graves et les plus meurtrières.

VII.

Cette affinité dont nous venons de faire un sujet d'étude ne s'exerce pas seulement entre les différens exanthèmes aigus, elle s'étend jusqu'aux autres affections du système cutané. Ainsi, que voyons-nous succéder aux érysipèles, aux rougeoles, aux miliaires, aux scarlatines, aux varioles surtout? des impétigos, des eczémas impétigodes, des ecthymas même souvent très résistans, dont le siége est souvent la figure, le pourtour des yeux, les environs de l'oreille. Chaque exanthème aigu semble avoir même sa préférence. A l'érysipèle ne succède ordinairement que le simple eczéma. A la scarlatine, à la rougeole, à la miliaire souvent l'impétigo, et surtout l'eczéma impétigode. A la variole, trop souvent ces mêmes affections, et, de plus, l'ecthyma, le rupia même.

Peut-être aussi devrais-je noter ici la naissance des furoncles, si commune dans la convalescence des exanthèmes aigus, et qui, quoique sortant du cadre généralement adopté des affections dermoïdes, n'en indiquent pas moins la corrélation, l'affinité qui existent entre les affections qui ont pour siége la peau et ses annexes. Aujourd'hui, je me suis borné aux seuls exanthèmes aigus. Un autre travail plus difficile et plus étendu serait de passer en revue tous les points d'affinité qui existent entre les diverses sortes de dermatoses, ce que j'entreprendrai peut-être un jour.

étaient autrefois consacrées à Apollon et à Esculape ; celles de Méhadia, en Hongrie, l'étaient à Hercule et à Vénus ; celles de Bath, en Angleterre, nous offrent des autels, des statues et des inscriptions de l'époque romaine. Je me contenterai, pour l'étranger, de ces citations qu'il serait facile de multiplier, et, pour la France, de mentionner Bagnères-de-Bigorre, dont la fontaine était dédiée *deo agoni*, Bagnères-de-Luchon, où l'on a trouvé soixante-deux autels votifs ; Plombières, où on lit une inscription en l'honneur de Neptune; Bourbon-Lancy et Bourbonne-les-Bains ; des restes d'édifices, une salle voûtée où l'eau jaillissait ; plusieurs autres petites chambres, des autels, des instrumens de sacrifices, des statues, des inscriptions, découverts au lieu où surgissent les eaux de cette dernière ville, ont prouvé qu'en ce point, sous la domination romaine, s'élevait un temple en l'honneur des divinités qui y présidaient. Si on lit sur un autel votif de la Seine l'inscription suivante :

DEAE SEQ
FL FLAVIV
PRO SAL
. . . . VNA
NEP SVI
EX VOTO

Deæ sequanæ Flavius Flavii filius pro salute et fortunâ nepotis sui; accomplissement du vœu fait à la déesse Seine par Flavius (ou Flavianus), fils de Flavius, pour la santé et le destin de son petit-fils ; si, dis-je, on lit une telle inscription aux sources de la Seine, on voit aussi à Bourbonne, sur un même autel, gravée celle-ci qui a la plus grande similitude avec elle :

BORVONI. TA
MONAE. C. IA
TINIVS. RO
MANVS. IN
G. PRO SALVT
E. COCCILLAE
FIL. EX VOTO

accomplissement du vœu fait à Borvo et à Damon (1) par Caius Iomanus ingenuus pour la santé de sa fille Coccilla.

Une autre inscription votive de Bourbonne est dédiée à Apollon (deo Apolini), dont nous trouvons également la statue à la source de la Seine.

Ces rapprochemens et les vœux déposés dans son temple pourraient faire penser qu'elle possède une vertu particulière ; mais M. Baudot ne lui en trouve aucune et ne voit dans ces objets que des monumens de charlatanisme et de superstition. M. Cailletet de Châtillon, ancien élève de l'École des mines, n'a constaté dans l'eau de la Dwi que du carbonate de chaux et une quantité excessivement minime d'alumine. Le résultat de l'analyse de cette source ne nous donne pas, au point de vue chimique, l'explication des qualités qu'on lui accordait et ne nous permet pas de lui en reconnaître d'autre que celle de l'eau pure.

Arrivons à la noble source de la Cave, comme la désigne une inscription votive découverte par hasard depuis les fouilles de 1848 (*nobilibus fontibus*, etc.). Elle prend naissance dans le bois qui porte son nom, sur le flanc d'une colline, à 80 mètres du temple construit sur son passage. Après avoir parcouru assez tranquillement la moitié environ de ce trajet à l'air libre et dans des aqueducs en pierre, dont les uns se voient encore et les autres sont çà et là enfouis dans le sable, elle arrive à la lisière du bois et tombe presque verticalement en achevant de descendre le côteau, où elle a creusé deux ravins profonds (2). Son eau contient de l'acide carbonique, et, à la faveur d'un excès de ce gaz, une notable proportion de carbonate de chaux y est tenue en dissolution. Cet acide ne se dégage qu'en petite quantité jusqu'au lieu de la cascade, et le dépôt de carbonate de chaux qui en est la suite est, par cela même, presque insignifiant depuis le point d'origine du ruisseau jusqu'à la lisière du bois. Mais la chute actuelle favorise considérablement le dégagement du gaz, et, comme conséquence, la précipitation du sel qui, en raison de cette disposition, est très abondante de nos jours dans les ravins dont j'ai parlé. A l'époque où la source est fréquentée, cette petite cataracte n'existait pas telle qu'elle est maintenant ; l'eau arrivant aux édifices par une pente plus douce, perdait, dans son trajet, moins de gaz et de sel.

M. Cailletet y a reconnu, indépendamment de ces deux substances, la présence de l'alumine et de l'oxyde de fer. Cette analyse me donne lieu de penser que la source de la Cave ne devait pas être entièrement dépourvue de vertus médicinales (je suis, sur ce point, un peu moins sévère que M. Mignard).

Il serait possible, en effet, en la rangeant dans la classe des eaux minérales acidules gazeuses, de justifier, par la présence de l'acide carbonique, quelques uns des succès qu'on lui attribuait dans diverses affections chroniques. Le fer qu'elle contient lui communiquait, en outre, dans des cas donnés, des propriétés particulières.

M. Mignard, après lui M. le docteur Bourrée de Châtillon-sur-Seine, ont reconnu, parmi les ruines, des vestiges de thermes. Ce fait, démontré d'une manière irrécusable, prouve que l'eau de la Cave, employée sous forme de bains tièdes, bains chauds et de vapeur, possédait encore une action indépendante de sa composition chimique, action dont la seule influence suffisait pour opérer de fréquentes guérisons.

La force médicatrice de la nature, dont le rôle est de tendre continuellement à se débarrasser de ce qui trouble l'équilibre dans le jeu de nos organes, devait aussi, dans bon nombre de circonstances, faire tous les frais de la cure. La nature est, sans contredit, le premier et le plus grand des médecins, et la foi robuste que les malades avaient en la vertu de l'eau de la Cave lui venait puissamment en aide; en rassurant leur moral, elle mettait leur physique dans les conditions les plus favorables à son rétablissement.

Telles sont les diverses manières dont j'explique les résultats attribués à cette source.

Son analyse m'a autorisé à ne pas lui refuser toute propriété médicinale ; mais je la considère simplement comme une eau minérale de second ou de troisième ordre et dont les destinées ne sauraient, de nos jours, être que des plus humbles ; le temps de la vogue et de la célébrité est passé pour elle sans espoir de retour.

(1) Divinités qui présidaient aux eaux de Bourbonne.

(2) Les ruines se rencontrent au pied du coteau ; on a trouvé à la source même une tête et un buste de femme, et un peu plus bas, dans le lit du ruisseau, la partie inférieure d'un tronc, une cuisse et des pavés.

REVUE GÉNÉRALE.

LA CAUTÉRISATION RÉPÉTÉE SUBSTITUÉE A L'USAGE DE LA MÈCHE DANS LE TRAITEMENT DES ABCÈS.

Les passages suivans d'un travail de M. E. Pineau, interne du service de M. Nonat, indique suffisamment les modifications que ce médecin a fait subir au traitement des abcès, et les avantages qu'il retire de cette modification :

« Après l'ouverture d'un abcès, il est d'usage d'introduire dans sa cavité une mèche de charpie ou de coton, destinée à s'opposer au rapprochement des bords de l'orifice de la plaie, et à faciliter l'écoulement du pus dans l'intervalle des pansemens.

» Cette pratique est loin de remplir le but qu'on se propose ; le plus souvent, au contraire, elle a un résultat tout opposé; elle empêche le pus de s'écouler librement au dehors ; et par la stagnation de ce produit morbide dans la cavité du foyer, elle maintient les parois de celui-ci éloignées, devient ainsi un obstacle à la cicatrisation, et peut, par la suite, déterminer des accidens généraux de la plus haute gravité.

» Frappé des inconvéniens et des dangers que je viens de mentionner, M. Nonat, depuis longues années, remplace dans le traitement des abcès la mèche par la cautérisation répétée des bords de la plaie, et, par ce moyen des plus simples et des plus rationnels, il maintient continuellement l'ouverture béante, de sorte que le pus s'écoule facilement et à mesure qu'il se forme.

» Voici en quoi consiste le procédé de M. Nonat : ouverture suffisamment large et à la partie la plus déclive de la collection purulente; pression méthodique pour évacuer le pus; le jour de l'opération, introduction de quelques brins de charpie entre les lèvres de la plaie pour empêcher leur agglutination; le lendemain, cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent des bords de l'ouverture, ou des parois du canal qui conduit au foyer si celui ci est profond; répétition de la cautérisation tous les deux ou trois jours ; cataplasmes émolliens d'abord, pansemens simples ensuite.

» Comme on le voit, cette méthode est d'une exécution facile et remplit parfaitement toutes les indications ; en effet, elle maintient continuellement l'ouverture élargie, puisque, à mesure que les bords se rapprochent, se cicatrisent, elle les détruit sans laisser dans la plaie de corps étranger; dès lors, le pus, trouvant une issue facile, s'écoule librement et à mesure qu'il se forme, et, ne séjournant plus dans le foyer, il permet aux parois de celui-ci de se rapprocher, et, par conséquent, à la cicatrice de se faire. Il est vraiment surprenant de voir avec quelle rapidité se guérissent par ce moyen des abcès qui, par leur étendue et leur profondeur, semblaient devoir être très graves.

» Le procédé de M. Nonat est applicable à tous les abcès superficiels ou profonds ; mais, pour ces derniers, il faut avoir bien soin de cautériser non seulement l'ouverture extérieure, mais aussi toute la longueur du canal jusqu'au foyer; on en conçoit facilement la raison. Une autre précaution à prendre, c'est de ne pas laisser trop longtemps le crayon de nitrate d'argent en contact avec les parties que l'on veut cautériser, car, dans ce cas, l'eschare qui se détache, étant volumineuse, obstrue l'ouverture, et produit le même inconvénient que la mèche en s'opposant à la libre sortie du pus : la cautérisation doit donc être légère.

» La douleur causée par la cautérisation est insignifiante ; elle est bien moindre que celle que fait éprouver l'introduction d'une mèche.

» Les affections dans lesquelles j'ai vu ce procédé employé sont les suivantes : panaris, phlegmons de la paume de la main, abcès du sein, des ligamens larges, des fesses, de la marge de l'anus, des muscles, fistules stercorales, etc., etc. » — (In *Gaz. des hôpit.*, n° 53, 1856.)

GUÉRISON D'UN CAS DE FARCIN CHRONIQUE CHEZ L'HOMME.

Hâtons-nous de reproduire une observation communiquée à la Société de médecine de Lyon, par M. Cazin, de Boulogne-sur-Mer, membre correspondant, et qui a été publiée par décision de cette Société :

Lefèvre, loueur de voitures, âgé de 38 ans, tempérament lymphatico-sanguin, taille moyenne, cheveux châtains, jouissant habituellement d'une bonne santé, se fit, le 3 décembre 1854, une petite écorchure entre l'ongle et l'extrémité du pouce de la main gauche, en débouchant l'égout d'une écurie où se trouvaient des chevaux morveux qu'il soignait lui-même depuis quelque temps. Cet égout, dans lequel il avait trempé la main, était rempli de l'urine de ces animaux.

Dès le 5 au matin, Lefèvre éprouva des frissons suivis de chaleur et de fièvre. En même temps le pouce blessé devint douloureux, s'enflamma, se tuméfia, prit une teinte rouge-brun qui s'étendit bientôt le long des vaisseaux radiaux jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras. La suppuration s'établit dans la petite plaie et autour de l'ongle qu'elle détacha.

Deux ou trois jours après (le 6 ou le 7), une tumeur du volume d'un œuf de pigeon se montra au point où se terminait, à l'avant-bras, la traînée phlegmasique de la peau. Cette tumeur offrait déjà de la fluctuation. On en remit l'ouverture au lendemain. La fièvre continuait; elle était accompagné d'anorexie, de soif, de nausées, d'irritation gastrique.

Le lendemain (le 8 ou le 9), l'abcès que l'on se proposait d'ouvrir avait disparu; mais une douleur assez vive s'était fait sentir pendant la nuit dans tout le pied gauche, que l'on trouva enflé jusqu'au dessus des malléoles, et offrant sur le dos une rougeur érysipélateuse très prononcée. M. le docteur *** qui avait été appelé au début de la maladie, fit appliquer quinze sangsues sur cette dernière partie, les piqûres saignèrent abondamment; l'inflammation et la douleur se calmèrent. On mit des cataplasmes émolliens.

Au bout de trois ou quatre jours (vers le 12 ou le 13), la tumeur présentait de la fluctuation dans une assez grande étendue sur le dos du pied. M. le docteur *** l'ouvrit largement et donna issue à une grande quantité de pus sanguinolent, épais, semblable à de la lie de vin. La fièvre diminua considérablement, et le malade put goûter quelques instans de repos; cependant l'appétit était presque nul, et les symptômes d'irritation gastrique persistaient. La suppuration était abondante et fétide. Vers la fin du mois, on s'aperçut qu'une nouvelle collection purulente, du volume d'un petit œuf de poule, s'était formée sans travail inflammatoire sensible, à la partie inférieure et interne de la jambe droite. Ouverte à l'instant même, il en sortit un caillot de sang noir et du pus semblable à celui de l'abcès du pied, mais plus fluide. La plaie se cicatrisa en quelques jours. Plusieurs autres abcès peu volumineux se formèrent successivement sur diverses régions du corps ; ils furent ou se terminèrent par délitescence.

La plaie résultant de l'abcès situé sur le dos du pied gauche continua de suppurer, s'étendit en largeur et en profondeur, et devint bientôt un ulcère fétide et de mauvais caractère. Le pied lui-même était resté tuméfié, œdémateux, rouge-cuivré sur le dos et surtout autour de la plaie. La fièvre diminua peu à peu; mais le malade, qui tenait constamment le lit, maigrissait et s'affaiblissait de plus en plus.

Tels sont les renseignemens que j'ai pu recueillir sur les six premières six semaines de la maladie de Lefèvre, auquel M. le docteur *** prescrivit, pour tout traitement, des boissons délayantes ou acidulées, l'eau d'orge ou de gruau, le bouillon de veau, et plus tard celui de bœuf avec des fécules ; à l'extérieur, des cataplasmes émolliens, des lotions d'eau de javelle étendue dans l'eau tiède, sur l'ulcère du pied.

Appelé le 17 janvier 1855, je trouve le malade dans l'état suivant : amaigrissement considérable, face cachectique, infiltrée, teint plombé, yeux ternes; pouls faible, à 78 pulsations, non fébrile; peau sèche, aride, rarement chaude; langue épaisse, couverte d'un enduit blanchâtre; inappétence, constipation souvent opiniâtre, point de soif, sommeil pénible, souvent interrompu; accablement moral, découragement causé par la perte, dans l'espace d'un an, de seize chevaux atteints de morve ou de farcin, et surtout par la crainte de laisser dans la misère sa femme et ses enfans.

Sur le dos du pied gauche se trouve un ulcère profond, traversant presque de part en part cette partie, entre le troisième et le quatrième os métatarsien, ayant 5 centimètres de longueur sur 3 de largeur, et se terminant en entonnoir vers la plante du pied. Les bords de cet ulcère sont taillés à pic, un peu renversés, indurés comme dans le chancre vénérien; le fond est mamelonné, recouvert, dans des sillons irréguliers, d'une couche blanchâtre, membraniforme, épaisse. La suppuration abondante, souvent sanieuse, exhale une odeur *sui generis* rendue insupportable par le réduit obscur et non aéré dans lequel Lefèvre est constamment couché, et qui forme un véritable foyer d'infection.

Après avoir fait placer le malade dans une chambre spacieuse, je prescris le traitement suivant :

1° Frictions sur tout le corps avec une flanelle imbibée d'eau de savon tiède et d'eau-de-vie camphrée à parties égales;

2° Prendre chaque soir deux des pilules ainsi composées :

Aloès	4 grammes.
Sulfate de quinine. . .	1 gram. 50 centig.
Extrait de jusquiame. .	1 gramme.
Extrait de genièvre . .	q. s.

M. f. pilul. n° 30.

3° Une cuillerée à café le matin, à midi et le soir, de la solution suivante :

Iodure de potassium. .	12 grammes.
Eau distillée.	180 grammes.

4° Infusion de houblon mêlée avec un peu de vin de Bordeaux pour boisson ;

5° Pansement de l'ulcère avec un plumasseau chargé d'onguent napolitain, et frictions journalières avec le même onguent sur toute la partie tuméfiée du pied ; lotions à chaque pansement, comme par le passé, avec l'eau de javelle étendue dans l'eau tiède ;

6° Régime analeptique proportionné à l'appétit et aux forces digestives.

Après huit jours de traitement, le malade se trouve un peu mieux ; le pouls est moins faible, le sommeil plus calme et plus prolongé. La constipation est facilement combattue à l'aide des pilules, lesquelles produisent chaque jour une selle copieuse et presque toujours concrète. Mais l'iodure de potassium ne pouvant être supporté à cause des nausées, des douleurs d'estomac, et des efforts de vomissemens qu'il occasionne, est remplacé par l'huile de foie de morue, que le malade prend d'abord à la dose de deux cuillerées à bouche par jour, ensuite de trois et de quatre, en augmentant graduellement.

L'ulcère est promptement modifié par l'action de l'onguent mercuriel; ses bords s'affaissent, s'aplatissent et présentent l'aspect d'une plaie ordinaire ; mais la suppuration est toujours fétide, la détersion s'opère lentement, le gonflement œdémateux persiste. J'y oppose une fomentation composée d'infusion de fleurs de sureau et d'acétate de plomb liquide. J'introduis au fond de l'ulcère un plumasseau recouvert de l'onguent de styrax, saupoudré d'un mélange de poudre de quinquina, d'hydrochlorate d'ammoniaque et de camphre. Je continue l'application de l'onguent mercuriel sur les bords et à la surface. Ces pansemens produisent un bon effet. Le malade affirme n'avoir jamais eu d'affection vénérienne. L'état d'émaciation ou de débilité éloigne, d'ailleurs, toute idée de traitement général par le mercure.

Les choses se passent ainsi jusqu'au 25 février, avec une amélioration progressive telle, que le malade ayant repris des forces, peut rester levé six à huit heures par jour. Cependant le 1er mars, un nouvel abcès survient à la partie interne de l'avant-bras droit, et ne présente pas plus de douleur qu'un abcès par congestion. Ouvert aussitôt, il donne issue à un pus séreux et sanguinolent. La plaie ne suppure que quatre ou cinq jours,

Vers le 20 mars, un engorgement dur se manifeste au mollet gauche, dont il envahit toute l'étendue en moins de huit jours. Cette tumeur, presque indolente, devient bientôt de la même couleur que celle du pied, semble faire corps avec les muscles, et présente, après une quinzaine de jours, sur divers points, des tubercules qui s'ouvrent spontanément, fournissent un pus roussâtre mêlé de sang, restant ouverts avec un décollement circulaire de la peau, et continuent de suppurer.

Du reste, l'état général du malade est beaucoup plus satisfaisant. Ses forces et son embonpoint reviennent rapidement ; il continue l'usage de l'huile de foie de morue à dose de cinq ou six cuillerées par jour, et celui des pilules quand la constipation l'y oblige.

Nous sommes arrivés à la mi-juin ; l'ulcère du pied, amené peu à peu à l'état de plaie simple, est presque guéri, et la tuméfaction de cette partie, étant tout à fait dissipée, Lefèvre prend un peu d'exercice, mais il ne peut encore supporter la moindre fatigue sans éprouver un grand malaise. La tumeur du mollet ne présentant aucune amélioration, vient attester la persistance de l'affection farcineuse chronique, ce qui m'engage à tenter l'emploi de l'aconit.

Le 24 juin, je prescris 10 cent. d'extrait alcoolique de cette plante en 4 pilules à prendre dans la journée. Dès le lendemain, je porte la dosé à 12 centig. Aucun effet physiologique appréciable n'ayant lieu, je fais prendre le quatrième jour 15 centig., toujours en quatre pilules. La nuit suivante, une moiteur générale s'établit et dure environ quatre heures. Le malade fait observer que, dans le cours de la maladie, il n'a jamais éprouvé cette *détente* de la peau; le remède est continué à la même dose et produit le même effet jusqu'au 5 juillet, époque à laquelle la dose d'extrait est portée à 18 centig. par jour. Dès lors, la sueur commence vers minuit et dure jusqu'au matin. La même dose, continuée chaque jour, produit toujours le même effet. Aucun inconvénient, d'ailleurs, ne se fait remarquer sous le rapport de l'action toxique de l'aconit. La tumeur du mollet, examinée le 15 juillet, paraît moins rouge et moins dure, mais non moins volumineuse.

Du 15 juillet au 1er septembre, la tumeur est beaucoup moins colorée, diminuée d'un tiers environ, et ramollie. Les petites plaies ne paraissent entretenues que par le décollement de la peau, au-dessous de laquelle je promène le nitrate d'argent pour en favoriser l'adhérence.

Les sueurs nocturnes ayant un peu diminué, et le malade ne s'en trouvant nullement affaibli, je donne l'extrait à la dose de 24 centigr., en cinq pilules, dont l'une est prise dans la nuit. Il y a le lendemain un peu d'obscurcissement dans la vue et quelques vertiges. On continue néanmoins à la même dose du 1er septembre au 20 du même mois, et cet effet ne se reproduit que faiblement pendant trois ou quatre jours. Dans cet espace de temps, la tumeur s'est réduite au quart de son volume primitif, sa couleur rouge cuivre a presque entièrement disparu, et les petites plaies de sa surface se sont cicatrisées.

Malgré l'usage du médicament, jusqu'au 20 octobre, et la continuation des sueurs, même pendant le jour, le noyau central de l'engorgement n'a subi aucun changement. Je conseille le badigeonnage avec la teinture d'iode. Ce dernier moyen, continué pendant un mois, en le suspendant de temps en temps, quand l'effet en est trop actif, amène la résolution complète de la tumeur. Lefèvre a repris ses occupations ordinaires, et paraît tout à fait rétabli. Cette guérison, qui date de cinq mois, ne s'est point démentie.

Les faits relatés dans cette observation n'ont pas besoin de commentaires.

La Société en appréciera l'importance. Je dois seulement appeler son attention sur les résultats obtenus en dernier par l'emploi de l'aconit. — (In *Gaz. méd. de Lyon*, 1856.)

RÉSULTATS DES EXPÉRIENCES OFFICIELLES FAITES SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES CANCÉREUSES, PAR LA MÉTHODE DU DOCTEUR LANDOLFI.

On sait que cette méthode, qui a fait beaucoup de bruit, a dû être officiellement expérimentée à l'hospice de la Salpêtrière par une commission instituée *ad hoc*. Cette commission vient de présenter son rapport. Elle était composée de MM. les docteurs Broca, Cazalis, Furnari, Manec, Mounier, et Moissenet, rapporteur. Voici les conclusions de ce rapport :

1° La méthode de M. Landolfi se compose d'un traitement interne et d'un traitement local.

2° Le traitement interne, qui consiste dans l'administration du chlorure de brome à l'intérieur, n'a pas la moindre valeur thérapeutique spéciale contre le cancer.

3° Le traitement local consiste dans l'application du caustique suivant :

Chlorure de brome. . . .	3
Chlorure de zinc.	3
Chlorure d'antimoine. . .	1
Poudre de réglisse	1

4° Parmi les trois élémens dont se compose ce caustique, il en est deux, le chlorure de zinc et le chlorure d'antimoine, qui sont déjà connus depuis longtemps et employés comme caustiques. Ces deux chlorures, combinés en même proportion que dans le caustique de Canquoin, sont la seule partie réellement active de la préparation de M. Landolfi.

5° Le chlorure de brome n'agit dans ce mélange qu'en soulevant l'épiderme et en livrant le derme dénudé à l'action des deux autres chlorures, résultat de minime importance, que produit tout aussi bien une application vésicante quelconque faite immédiatement avant l'usage de la pâte Canquoin.

6° La préparation employée par M. Landolfi n'est donc que le caustique Canquoin déguisé, masqué par un corps coloré et odorant, conservant inaltérée son action cautérisante, mais ayant perdu sa précieuse propriété d'agir sur les tissus avec une précision mathématique. Le chlorure de brome ne fait que gâter le mélange en le rendant fusible, beaucoup plus difficile à manier et beaucoup plus infidèle dans ses résultats.

7° Le caustique Canquoin modifié par M. Landolfi ne met les malades sur lesquels il est appliqué, ni à l'abri des érysipèles, ni à l'abri de l'hémorrhagie consécutive. Il n'est plus permis, par conséquent, de prétendre qu'il soit exempt de dangers.

8° Ce caustique, infiniment plus douloureux que la plupart des autres, éveille des souffrances très vives, qui durent en général pendant six à

huit heures, et qui peuvent se prolonger pendant plus de vingt-quatre heures. L'opium et les autres narcotiques sont impuissans à calmer ces douleurs dont la durée est beaucoup trop longue pour qu'on puisse seulement songer à soumettre les malades aux inhalations anesthésiques.

9° Le mode d'application adopté par M. Landolfi est entièrement vicieux et en opposition avec toutes les règles de l'art. Au lieu de chercher à détruire les tumeurs cancéreuses en une seule fois, M. Landolfi les attaque par des applications partielles et successives. C'est la conséquence naturelle de la composition d'un caustique dont la sphère d'action n'est pas exactement calculable et dont le maniement exige des tâtonnemens continuels.

10° Ces applications successives, répétées jusqu'à quinze et vingt-deux fois sur cetains malades, provoquent une somme de douleurs supérieure à tout ce qu'on connaît jusqu'ici.

11° Elles donnent au traitement une durée indéterminée et retardent infiniment la cicatrisation.

12° L'irritation incessante qu'elles provoquent semble de nature à favoriser les récidives, ainsi que l'expérience ne l'a que trop démontré, et ainsi que le savent tous ceux qui possèdent les plus saines notions de la chirurgie traditionnelle.

13° Enfin, la méthode curative du cancer appliquée par l'inventeur lui-même *sur neuf* cancers du sein et sur *trois* cancroïdes, a donné les résultats suivans : parmi les *neuf* cancers du sein, nous comptons *deux* décès ; *quatre* aggravations notables ; *trois* cicatrisations avec repullulations immédiates ; par conséquent, *aucune guérison*.

Sur trois cancroïdes, *une seule guérison ; une cicatrisation* suivie de repullulation, enfin, *une exacerbation* qui nécessite l'amputation du membre.

En résumé, la méthode de M. Landolfi n'est applicable qu'à une partie des cancers réputés chirurgicaux ; elle est plus douloureuse et plus incertaine que plusieurs autres méthodes de cautérisation ; elle est inférieure, en particulier, à la méthode de M. le docteur Canquoin, dont elle n'est que la copie infidèle et altérée ; elle peut, comme tous les autres traitemens, réussir à détruire certaines tumeurs et à conduire les malades jusqu'à la cicatrisation ; mais elle est tout à fait impuissante à conjurer les récidives qu'elle semble plutôt provoquer. Et loin de constituer un progrès, elle n'est qu'une illusion de plus à ajouter à celles dont l'histoire du cancer offre de si nombreux exemples (1). — (In *Gaz. hebdom.*, 9 mai 1856.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Suite de la séance du 17 Mars 1856. — Présidence de M. Patissier, vice-président.

M. O. Henry fils lit une note *sur la composition de certains dépôts qu'abandonnent les eaux minérales de Luxeuil* (Haute-Saône).

Les eaux de Luxeuil présentent une particularité très remarquable et qui n'a pas encore été expliquée ; ce sont des dépôts noirs ou brun-noirâtres qu'elles forment dans les bassins où elles sont recueillies, pour les usages de leurs diverses applications médicales. Tout en restant limpides et parfaitement transparentes, comme au moment où elles y arrivent, elles laissent déposer un abondant précipité brun-foncé qu'on est forcé d'enlever pour nettoyer ces bassins, et qui se reproduit à l'air avec une grande rapidité.

Ces dépôts ont été déjà l'objet de l'étude de quelques chimistes, et principalement de M. Braconnot, de Nancy. Sur l'invitation de M. Chapelain, médecin-inspecteur de l'établissement thermal, M. O. Henry fils les a soumis à une nouvelle analyse.

Ces dépôts proviennent de quatre sources différentes.

Les trois premiers renferment une quantité considérable de manganèse, un peu de fer, de la silice, une matière organique ou acide crénique, et des traces d'arsenic. Dans le quatrième, au contraire, il n'y a presque plus de manganèse, mais beaucoup de fer et davantage d'arsenic.

A quel état le manganèse se trouve-t-il dans les eaux de Luxeuil ? C'est là un point sur lequel il est difficile de se prononcer quant à présent. Serait-il à l'état de *bicarbonate* comme dans les eaux de Chatenois analysées par MM. Chevallier et Schauefflèle (2) et les eaux en arrivant dans les bassins perdent-elles leur acide carbonique en totalité ou en partie ? Il n'est pas probable qu'il en soit ainsi, car dans les mémoires publiés jusqu'à ce jour sur les eaux de Luxeuil (3), il n'est pas un auteur qui ait fait mention de cet acide. Est-ce à l'état de sulfate de même qu'à Cransac et à Auteuil comme l'a signalé M. O. Henry père (4) dans les différentes analyses qu'il a entreprises à ces sources ? ou bien encore à l'état de combinaison avec la silice et la baryte (silicate de manganèse et manganate de baryte) ? Il serait difficile de l'affirmer. La très minime proportion d'acide crénique signalée éloigne aussi de la pensée l'idée qu'on puisse avoir affaire à du crénate de manganèse comme cela a lieu avec le fer dans certaines eaux, à Forges, en Normandie par exemple (5)

Toutes ces questions qui intéressent à un si haut point la géologie des eaux minérales, ne sauraient être résolues que sur les lieux mêmes. Il y aurait à suivre près des sources, une série de phénomènes intéressans : dégagement des gaz, soit à la température ordinaire, soit par une concentration artificielle ; étude des terrains où paraît se minéraliser l'eau ; action de divers agens sur l'eau elle-même prise en masse, etc.

Selon M. Braconnot, la présence du manganèse et de la baryte dans les eaux thermales de Luxeuil, doit provenir de leur passage à travers un minerai qui en est formé. En 1832 le même chimiste trouva en effet du manganèse dans une mine de fer découverte à Luxeuil par les soins de M. le docteur Jacquot. Il existe en outre près de Saint-Diez (Vosges), une mine de manganèse que Vauquelin (6) analysa jadis ; mais dans laquelle il ne constata pas la présence de la baryte. Enfin, le département de la Haute-Saône renferme des minerais de manganèse dont M. Ébelmen (7) a fait l'analyse.

Quoi qu'il en soit, et bien que la localité où se trouve ce minerai soit à l'autre extrémité du département, ne serait-il pas possible que l'eau de Luxeuil puisât ses propriétés dans un semblable minerai ?

Quant à la nature médicale de l'eau de Luxeuil, on pourrait en rapporter une bonne part au manganèse, car, dans un grand nombre d'affections où le fer se montre si utile, ce métal semble jouer aussi un rôle fort important comme il ressort des travaux entrepris dans ces dernières années, sur le même sujet, tant en France qu'à l'étranger.

M. Chevallier fait remarquer, à l'occasion de ce travail, que la plupart des sels de fer, provenant des eaux minérales contiennent du manganèse ; seulement on ne précise pas encore de procédé prompt et facile pour les séparer. Il est donc à présumer que beaucoup d'eaux minérales réputées ferrugineuses, sont en même temps manganésiennes.

Séance du 7 Avril 1856. — Présidence de M. Mélier.

La correspondance manuscrite comprend : une lettre de son Excellence M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, annonçant que la subvention accordée à la Société, est élevée à 400 francs ; une lettre de M. Herpin, faisant connaître que M. le docteur Domenget, de Chambéry, propriétaire des *eaux de Challes* (*Savoie*), *sulfurées, chloro-magnésiques-bromo iodurées*, met à la disposition de la Société tel nombre de bouteilles qu'elle jugerait convenable, de ces eaux minérales, pour en faire un sujet d'expérimentation dans les hôpitaux de Paris. M. le docteur Hérard est prié de vouloir bien se charger de suivre ces expériences ; un travail de M. le docteur Ch. Racle sur les *eaux minérales de Saint-Honoré* (*Nièvre*). Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. François, Leconte et H. Bourdon.

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ :

Étude sur Amélie-les-bains, au point de vue du traitement des maladies chroniques des voies respiratoires, par M. Ernest Génieys.

Lettres médicales sur Vichy, par M. Durand Fardel.

M. Schauefflèle fait une proposition relative à l'institution d'un *conseil de famille*, auquel seraient renvoyées toutes les questions relatives aux intérêts professionnels et moraux, qui pourraient s'élever dans la Société.

Cette proposition est appuyée et renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Cazin, Guéneau de Mussy, de Puisaye, Richelot et Schauefflèle.

— M. Moutard-Martin lit le résumé de la discussion *sur le traitement des paralysies par les eaux minérales*. (Ce résumé sera inséré dans les *Annales*.)

— M. O. Henry fils lit un rapport sur un mémoire de M. le docteur Duriaw, intitulé : *De l'action physiologique des bains*. (Ce rapport sera inséré dans les *Annales*.)

Séance du 21 Avril 1856. — Présidence de M. Mélier.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de remercîmens de M. le docteur Bailly, de Bains, nommé membre correspondant dans une des dernières séances.

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ :

Eaux minérales et thermales de Neyrac (*Ardèche*), par M. Dalmas.

Observations et recherches sur l'oblitération de la veine porte, et sur le rapport de cette lésion avec le volume du foie et la sécrétion de la bile, par M. le professeur E. Gintrac, de Bordeaux.

QUESTION DE PRIX.

La Société d'hydrologie médicale de Paris met au concours la question suivante :

Des vapeurs qui proviennent des eaux minérales ou qui en sont obtenues artificiellement, au point de vue chimique et thérapeutique, et du mode d'installation des appareils et des salles d'inhalation (1).

Le prix sera de la valeur de 500 francs.

Les mémoires, écrits en français ou en toute autre langue, seront adressés, sous la forme académique, c'est-à-dire accompagnés d'un pli cacheté renfermant le nom de l'auteur, avant le 31 décembre 1857, au siége de la Société, quai Malaquais, n° 3.

Les membres *titulaires* et *honoraires* sont seuls exclus du concours.

QUESTIONS MISES A L'ÉTUDE POUR LA SESSION DE 1856-1857.

Première question. — *Examen critique des diverses méthodes et procédés d'analyses chimiques appliqués à l'étude des eaux minérales.*

Essai d'une classification chimique des eaux minérales.

En mettant ce sujet d'études à son ordre du jour, la Société d'hydrologie désire provoquer une discussion approfondie sur plusieurs questions encore controversées, et aussi une comparaison entre les nombreux moyens employés jusqu'ici pour arriver à la détermination de la constitution chimique des eaux minérales.

Pour atteindre ce but, il conviendrait d'examiner séparément :

1° La valeur, les avantages et les inconvéniens des diverses méthodes générales d'analyse ; étant considéré comme méthode générale, un ensemble de procédés, solidaires les uns des autres, conduisant à la séparation et au dosage de chacun des principes solides ou gazeux contenus dans une eau minérale.

2° La valeur et le degré d'exactitude des procédés particuliers suivis dans la détermination qualitative ou quantitative de certains principes plus ordinairement recherchés dans les eaux, à cause de leurs propriétés thérapeutiques particulières.

3° La valeur scientifique des inductions ou déductions théoriques, sur lesquelles on s'est appuyé pour établir la composition saline des eaux, d'où ressort conséquemment la question suivante : la classification chimique des eaux minérales est-elle actuellement possible ?

Deuxième question. — *Origine et nature des champignons qui se développent dans les galeries que parcourent les eaux thermales et principalement les eaux sulfureuses.*

Frichs et Aug. de Candolle ont décrit, sous le nom de *Clavaria thermalis*, un champignon qui se développe dans les galeries qui conduisent les eaux minérales thermales. Parmi les localités où ce champignon a été trouvé, il faut signaler les galeries de Luchon et celles des bains de Pause à Cauterets. D'après les observations de M. Montagne, de l'Académie des sciences (*Bulletin de la Société de botanique de France*, séance du 11 avril 1856), ce champignon appartient au groupe des *Hymenomicetes* et serait une monstruosité d'une ou plusieurs *clavaires*. Il serait donc très important de rechercher :

1° Quelles sont les circonstances dans lesquelles ce phénomène tératologique se produit ?

2° S'il se manifeste sur une seule espèce de champignon ou sur plusieurs ?

3° Si ce champignon est particulier aux eaux minérales sulfureuses ou si on le trouve dans d'autres localités ?

4° Enfin, les clavaires se développant le plus souvent dans les forêts de pins et de sapins, il serait intéressant de rechercher si les sporules de ce cryptogame n'auraient pas été apportées avec des fragmens de ces bois, ou si l'on doit leur attribuer une autre origine ?

Nous croyons devoir recommander aux personnes qui auraient l'occasion de trouver ces champignons et qui, faute d'instrumens, ne pourraient pas en faire l'étude, de les conserver dans l'alcool *immédiatement* après leur récolte, car ils s'altèrent rapidement au contact de l'air. Les bocaux dans lesquels ils auront été conservés devront être adressés au siége de la Société.

Troisième question. — *Du traitement des maladies syphilitiques par les eaux minérales* (1).

Quatrième question. — *Les eaux sulfureuses, ferrugineuses, alcalines, possèdent-elles des propriétés curatives autres que celles du soufre, du fer, du bicarbonate de soude ?*

Cinquième question. — *Traitement du rhumatisme par les eaux minérales* (2).

— M. Richelot lit un rapport sur la proposition de M. Schauefflèle ayant pour objet la *création d'un conseil de famille* au sein de la Société d'hydrologie de Paris, au nom d'une commission composée de MM. Schauefflèle, Guéneau de Mussy, de Puisaye, Cazin et Richelot, rapporteur.

La Société adopte, sur la proposition de la commission, l'article suivant, qui devra prendre place à la fin du titre II du règlement :

« Indépendamment du bureau, il existe un conseil de famille composé de quatre membres élus de la même manière que les autres » fonctionnaires de la Société et renouvelés par moitié chaque année, » et du président, qui en fait partie de droit.

» Le *conseil de famille* a pour attribution de juger les actes qui » seraient de nature à compromettre la dignité de la Société et les » différends qui pourraient s'élever entre deux ou plusieurs de ses » membres.

» Le *conseil de famille* s'assemble sur la convocation du président.

» Toute plainte portée contre un membre de la Société doit être » adressée au président, par les soins duquel elle est déférée au *conseil* » *de famille*.

» Les peines qui peuvent être prononcées ou proposées par le *conseil* » *de famille* sont les suivantes : il avertit, il inflige le blâme, il pro- » pose l'exclusion. L'exclusion ne peut être prononcée que par la » Société, après convocation spéciale, au scrutin secret, à la majorité » des deux tiers des membres présens. »

Il est procédé, au scrutin de liste, à l'élection des membres du *conseil de famille*. Sont nommés :

MM. H. Bourdon,
Moutard-Martin,
De Puisaye,
Schauefflèle.

— M. Otterbourg lit un rapport sur un ouvrage intitulé : *Les eaux minérales de Zaizon, de Borszek, Aropatak et Bassen* (*Transylvanie*), par le docteur de Greissing. Vienne, 1855. (Ce rapport sera inséré dans les *Annales*.)

M. Otterbourg, également chargé d'un rapport sur l'ouvrage suivant : *Introduction dans la balnéologie*, par Lersch, Erlangen, 1855, annonce qu'il fera de l'analyse de cet important ouvrage l'objet d'une communication particulière dans la prochaine session.

— M. H. Bourdon lit un rapport sur un mémoire du docteur V. Racle, *sur les eaux minérales de Saint-Honoré* (*Nièvre*). Ce rapport sera inséré dans les *Annales*.)

Après la lecture de ce rapport, et quelques observations échangées au sujet du traitement de la phthisie par les eaux sulfureuses et des doses auxquelles les eaux minérales peuvent être tolérées, M. le Président prononce la clôture de la session.

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

COURRIER.

La Faculté de médecine de Montpellier vient d'être invitée par M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, à lui présenter des listes de candidats pour les chaires de *Chimie médicale* et d'*Opérations et appareils* vacantes dans ladite Faculté. MM. les docteurs en médecine qui désirent être portés candidats sont invités à adresser leur demande, avec les pièces à l'appui, au secrétariat de ladite Faculté, au plus tard le 24 mai courant, avant midi.

A cette occasion, nous croyons utile de rappeler les conditions exigées des candidats, d'après le dernier décret sur la matière.

Décret du 21 août 1854. — *Article 6.* « Pour être nommé professeur dans une Faculté, il faut être âgé de 30 ans au moins, être docteur dans l'ordre de cette Faculté, et avoir fait, pendant deux ans au moins, soit un cours dans un établissement de l'État, soit un cours particulier dûment autorisé, analogue à ceux qui sont professés dans les Facultés. »

Article 7. — « Peuvent être également nommés professeurs dans les Facultés, les membres de l'Institut qui ont fait, pendant six mois au moins, un cours dans les conditions de l'article précédent. »

On lit en outre dans la *Circulaire ministérielle adressée aux recteurs, portant modification du statut sur l'agrégation des Facultés*, en date du 13 février 1856 :

« Par la force des choses, l'agrégation devient donc le véritable mode de recrutement des professeurs, tandis que, avant 1852, un agrégé n'avait pas plus de droits à une chaire vacante qu'un simple docteur ; tous deux y concouraient au même titre, et les chances du combat pouvaient ne pas tourner toujours en faveur du premier. Le gouvernement, qui a un intérêt évident à faire les meilleurs choix possibles, doit naturellement chercher les futurs professeurs parmi les agrégés..... Les agrégés, d'après l'ancienne législation, n'avaient aucun droit même éventuel aux chaires vacantes ; l'agrégation était constituée de telle sorte qu'elle n'était pas la route la plus directe pour le professorat..... L'agrégation est tout autre chose aujourd'hui. Ce n'est plus qu'un noviciat, un véritable apprentissage du professorat.... Le concours donne aux talens ignorés l'occasion de se produire ; c'est un moyen d'en favoriser le développement et de préparer, pour le professorat, une pépinière qui se renouvellera sans cesse... » (*Revue de l'instruction publique*, n° 47, 21 février 1856.)

— On lit dans le *Progrès d'Ypres*, le fait suivant :

« Une fatale coïncidence s'est fait remarquer dans le décès de quatre personnes atteintes de petite vérole. Il y a trois à quatre semaines, une partie de carte se trouvait installée au cabaret la *Bascule*, hors la porte de Menin, quand, tout à coup, un enfant atteint de la petite vérole et délirant par suite d'un fort accès de fièvre, fait irruption dans la salle où se trouvait le public. Nos quatre joueurs sont saisis de voir ce petit malheureux. Celui-ci est remis au lit dont il s'est échappé. Le premier moment passé, nos joueurs ne songent plus à cette aventure ; mais quelques jours après, un d'entre eux gagne la petite vérole et meurt ; un second se trouve atteint de la même maladie, qui a également une fin fatale. Le troisième est frappé à son tour et éprouve le même sort que les précédens. Enfin, le quatrième joueur aux cartes vient de mourir hier dans la soirée.

» L'événement paraît aussi triste que singulier, et fait le sujet de nombreux commentaires du public. »

— Le docteur Calvo vient d'être nommé médecin de l'Opéra, en remplacement du docteur Vidal (de Cassis), par arrêté du ministre d'État.

Pour toutes les nouvelles, Amédée Latour.

---

(1) On trouve aussi à la fin du rapport de la commission, l'analyse de plusieurs documens relatifs au même sujet. Ce sont : 1° un mémoire de M. de Bruno ; 2° un opuscule de M. Winterger (de Vienne) ; un mémoire de M. Valentini (de Berlin), et un rapport de la commission médico-chirurgicale de Vienne.

(2) *Recherches sur l'arsenic dans les eaux de Chatenois, Bussang*, etc. (*Journ. de chir. méd.*, 1847).

(3) Longchamp, 1833, *Annales de chim. et de phys.*, t. LXII, p. 138. — Braconnot, *loc. cit.*, 1838 et 1851 ; *Jour. de pharm.*, t. XXIV, p. 229. — *Annuaire des eaux de la France*, 1841-54, p. 640.

(4) O. Henry et Poumarède, *Analyse des eaux de Cransac*, broch. in-8, 1840. — O. Henry, *Sur les eaux ferro-magnésiennes de Cransac* (*Jour. de pharm.*, 1850, t. XVII, 3e série, p. 161) ; *Nouvelles expériences sur les eaux de Cransac* (*Jour de pharm.*, 1851, t. XX, 3e série, p. 317) ; *Eaux minérales ferrugineuses d'Auteuil* (*Journ. de pharm*, 3e série, t. XX, p. 23).

(5) O. Henry, *Analyse de l'eau ferrugineuse de Forges* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. X).

(6) *Journ. univer. des sciences méd.*, t. XV.

(7) *Annales des mines*, 3e série, t. XIX, p. 155.

(1) Bien que la Société n'entende pas soumettre à un programme particulier les travaux qui pourront lui être adressés sur ce sujet, elle doit renvoyer au tome 1er de ses *Annales*, page 186, chez Germer-Baillière, libraire-éditeur, rue de l'École-de-Médecine, 17, où l'on trouvera quelques développemens sur les divers points de vue qui lui avaient paru devoir spécialement appeler l'attention des observateurs.

(1) Voyez, pour l'*argument* de cette question, le tome 1er des *Annales*, p 186.

(2) Voyez, pour l'*argument* de ces questions, le tome 1er des *Annales*, pages 45 et 46.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 59. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 15 Mai 1[8]56

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'AB
Rue du Faubourg-Montm...
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. HÉMATOLOGIE : De l'analyse quantitative des principes constituans du sang. — III. BIBLIOTHÈQUE : Etude statistique sur l'aliénation mentale dans le département du Bas-Rhin. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie des sciences). Séance du 5 mai : Rapport physiologique entre les lobes optiques et l'organe de la vue. — (Académie de médecine). Séance du 13 mai : Correspondance. — Sur l'altération des vaisseaux capillaires, qui est une des causes de leur rupture dans les apoplexie. — Rapport sur un appareil à lever les malades sans les toucher. — Tableau statistique du service médical du chemin de fer de Paris à Lyon. — Présentations. — V. RÉCLAMATION : Lettre de M. le docteur J. Caillat. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

PARIS, LE 14 MAI 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

M. Ch. Robin, l'un des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique, a lu un mémoire sur une altération non décrite des vaisseaux capillaires, et qui consiste en leur dégénérescence graisseuse. C'est une nouvelle conquête du microscope dans l'histologie pathologique. M. Robin qui, dans ce genre de recherches, est expert parmi les experts, a décrit avec son exactitude habituelle cette nouvelle altération, qui peut, d'après lui, donner la clé de plusieurs phénomènes pathologiques, dont la source ou la cause organique restait encore cachée.

Après cette lecture, M. Robinet a procédé à une nouvelle exécution en masse de remèdes secrets et nouveaux. Pour cet habile rapporteur, le fond a beau rester le même pour l'insignifiance et le ridicule, il sait le revêtir d'une forme toujours spirituelle et qui n'en exclut pas la sévère raison.

M. Bégin a fait un rapport très intéressant sur un lit proposé par M. Gros, ancien sous-officier d'artillerie, et au moyen duquel on peut, sans toucher au malade, changer la couche et la maintenir toujours propre. Bien des essais ont été tentés dans ce but ; celui de M. Gros a paru au savant rapporteur, l'avoir atteint mieux que tout autre. Son appareil est simple, facile à manier, commode, en ce qu'il peut se placer partout et se déplacer, quand il n'est plus utile, sans devenir un meuble encombrant dans les petits logemens, et enfin en ce qu'il est d'un prix accessible aux fortunes médiocres. Sur la proposition de M. Moreau, les avantages que présente cet appareil seront signalés par l'Académie aux ministres de l'agriculture et du commerce, de l'intérieur, de la guerre et de la marine, afin que le lit de M. Gros puisse être introduit dans les divers services hospitaliers.

M. Devilliers, médecin en chef du chemin de fer de Lyon, a soumis à l'examen de l'Académie un travail de statistique médicale et hygiénique sur les maladies et les accidens qu'il a observés, l'année dernière, sur le nombreux personnel des employés de cette ligne. M. Gimelle a fait un rapport sur ce travail, et, avec le bon esprit qui le distingue, il a fait valoir ce que des travaux de ce genre, entrepris par des observateurs aussi sérieux que M. Devilliers, peuvent apporter d'élémens précieux à l'hygiène et à la pathologie. A l'occasion de ce rapport, M. Cloquet a présenté des réflexions judicieuses sur l'apparition momentanée des fièvres intermittentes dans des localités où elles étaient rares, et qui sont occasionnées par les grands mouvemens de terre nécessités par l'établissement des voies ferrées. Un résultat plus grave et plus persistant résulte, sur quelques points, des travaux des chemins de fer, et l'on en peut voir de nombreux exemples sur le parcours du chemin de Lyon ; c'est l'existence de flaques d'eau qui se convertissent bientôt en de petits marais de chaque côté de la voie ferrée. Les ingénieurs ont déjà tenté de grands efforts pour obtenir l'écoulement des eaux auxquelles la voie forme un barrage. Ils parviendront certainement à trouver un moyen de supprimer cet inconvénient sérieux.

M. Depaul a présenté un nouveau-né affecté d'une monstruosité assez rare, c'est un cyclope ; cet enfant ne présentait que des rudimens du nez et de la bouche, et n'a pas pu respirer. Les résultats de la discussion anatomique, qui en sera faite par M. Depaul, seront présentés à l'Académie.

M. Maisonneuve a clos la séance par la présentation d'un malade sur lequel, il y a quatre semaines, il a enlevé la totalité du maxillaire inférieur pour une tumeur fibreuse développée dans le corps de l'os. La cicatrisation est complète, la phonation, la déglutition ne sont pas altérées ; et au moyen d'un dentier artificiel, on espère que ce malade pourra recouvrer en partie la fonction de la mastication.

Amédée LATOUR.

HÉMATOLOGIE.

DE L'ANALYSE QUANTITATIVE DES PRINCIPES CONSTITUANS DU SANG (1) ;

Par M. le docteur Max. PARCHAPPE, inspecteur général de 1re classe des établissemens d'aliénés.

(Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 29 avril 1856.)

PROPORTIONS DE L'EAU ET DES MATÉRIAUX SOLIDES DANS LE SANG ET DANS LES PRINCIPALES PARTIES CONSTITUANTES DU SANG.

La détermination des proportions de l'eau et des matériaux solides dans le sang et dans ses principales parties constituantes, peut varier suivant le procédé employé pour dessécher le sang, et suivant le degré de la dessiccation qui peut être poussée jusqu'à la décomposition. Des variations dépendantes de cette cause, peuvent seules expliquer les différences considérables qui séparent les résultats obtenus par les divers observateurs cités dans les ouvrages de Haller et de Burdach.

Généralement, les déterminations modernes ont été obtenues par une méthode exacte et conduisant à des résultats comparables, la dessiccation à l'étuve à une température inférieure ou égale à 100 degrés, poussée jusqu'à ce que le produit cesse de perdre quelque chose par la continuation de l'évaporation.

Il y a lieu de remarquer, d'une manière générale, que les différences dans les déterminations peuvent aussi être dues aux différences réelles que présente physiologiquement le sang dans les divers individus, suivant des conditions indépendantes de tout état morbide actuel, conditions dont il n'a pas toujours été tenu compte et qui se rapportent à l'âge, au sexe, à la constitution, à la nature de l'alimentation, etc.

PROPORTIONS DE L'EAU DANS LA TOTALITÉ DU SANG.

La proportion moyenne de l'eau dans la totalité du sang a été évaluée, par divers observateurs, ainsi qu'il suit :

Par MM. Prevost et Dumas	790,0
Par M. Lecanu, moyenne de 10 observations	790,3
Par MM. Becquerel et Rodier, moyenne de 22 observations d'individus sains	781,6
J'ai obtenu comme moyenne, de 19 observations d'hommes et de femmes atteints de simple indisposition.	777,0

La différence dans les proportions de l'eau, suivant le sexe, a été constatée ainsi qu'il suit :

	Chez l'homme.	Chez la femme.
Par M. Lecanu, moyenne	791,9	821,7
Par MM. Becquerel et Rodier	780,0	791,0
Par Nasse, moyenne de 18 observations, comprenant 9 hom. et 9 fem. à l'état sain	752,0	787,0
Mes 19 observations, comprenant 12 hom. et 7 fem. atteints d'indisposition légère, ont fourni en moyenne	767,0	793,0

Les variations individuelles, sans distinction de sexe, se sont trouvées comprises :

Dans les 10 observations de M. Lecanu,	entre	805,2 et 778,6
Dans les 18 observations de Nasse,	entre	833,0 et 732,0
Dans mes 19 observations,	entre	812,0 et 750,0

PROPORTION DE L'EAU DANS LE SÉRUM.

La moyenne de l'eau dans le sérum a été évaluée :

Par MM. Prevost et Dumas	à 900,0
Par M. Lecanu	à 909,3

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er Mai.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,
professeur de pathologie et de thérapeutique générales,
Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Humorisme galénique : les quatre humeurs. Le sang ; hématologie de l'antiquité ; la bile, ses espèces ; l'atrabile, son rôle dans l'économie. — Dynamisme galénique. — Comment Galien comprend la nature des forces et leur rôle dans l'organisme. — Division des forces en vitale, naturelle, animale. — Des esprits ou agens des forces. — Analyse du traité *De facultatibus naturalibus*. — Résumé de l'anatomie et de la physiologie de Galien.

XXII (1).

Physiologie de Galien (suite).

Physiologie des humeurs ; de l'humorisme galénique. — Jusqu'ici, dans l'analyse que nous avons faite des ouvrages de Galien, il n'a été question que de l'anatomie et de la physiologie des solides. Nous n'avons rien dit des humeurs, et cependant on sait quel rôle important le médecin de Pergame fait jouer aux liquides dans l'état de santé comme dans la maladie. Le moment est venu d'exposer, sur ce point, les idées de ce médecin célèbre. Ce qui va suivre est extrait en majeure partie du *Traité de la bile noire, de atra bile*, les autres ouvrages attribués à Galien, sur les humeurs, paraissent apocryphes.

L'auteur commence par établir l'existence d'une humeur principale génératrice de toutes les autres. Cette humeur principale est le sang d'où proviennent, par ordre d'importance, la bile jaune, la bile noire, la pituite, l'urine, la sueur, la matière de la transpiration insensible, puis enfin ce qu'il appelle les *fuligino*sités.

D'après Galien, le sang résulte de l'action du foie sur les alimens, et, par conséquent, il varie : 1° suivant l'état d'intégrité ou d'altération de l'action hépatique ; 2° suivant la quantité des alimens.

Le sang, dit Galien, présente à considérer deux parties principales, l'une qui contient les matériaux nutritifs et qui sert à la réparation des organes, l'autre qui est formée par les matériaux des sécrétions et des excrétions, matériaux qui se séparent du sang proprement dit, les uns, purement excrémentitiels, tels que la sueur, l'urine, les fuligino*sités*, véritable *caput mortuum*, ne devant plus servir à rien ; les autres, tels que la bile jaune, l'atrabile, etc., destinés à remplir encore, avant leur expulsion définitive, des fonctions importantes. De la rétention anormale de ces humeurs dans le sang résultent tantôt des nuances de l'état physiologique ou les divers tempéramens, tantôt des états morbides. L'humeur prédominante imprime son cachet soit à la constitution, soit à la maladie dont elle est la cause.

Le sang se distingue des autres humeurs par la propriété qu'il a de se concréter, de former un *coagulum*, quand il est sorti des vaisseaux. Tantôt la masse entière se solidifie ; d'autres fois, autour du caillot, on trouve une certaine quantité d'eau qui est l'eau du sang. Cette eau, proportionnelle aux boissons dont elle provient, se sépare du sang sous trois formes principales : l'urine, la sueur, la transpiration insensible.

La couleur du sang varie du rouge vif au rouge jaunâtre ou noirâtre. Galien tire de cette différence de coloration la preuve de l'existence, dans ce liquide, d'un suc jaune, la bile, et d'un suc noir, la bile noire ou atrabile. Plusieurs circonstances peuvent modifier plus ou moins la coloration normale du sang, telles sont : le tempérament, la température extérieure, la nature des alimens, certaines maladies, les fièvres ardentes, par exemple. A l'appui de cette dernière opinion, Galien cite une maladie épidémique, dans laquelle il avait observé des vomissemens noirs et des déjections de même couleur, des pustules noires à la surface de la peau.

La consistance du sang varie comme sa couleur ; tantôt ténu, tantôt épais, il peut aller jusqu'à présenter la consistance de la poix liquide.

De l'étude du sang Galien passe à celle des humeurs qui en proviennent. Il s'occupe plus particulièrement de la bile et de l'atrabile. On peut, suivant l'auteur, distinguer plusieurs espèces de bile qui diffèrent entre elles, soit par leur consistance, soit par leur coloration, ce sont : la bile jaune, la bile verte ou porracée, la bile pâle, la bile rouge, la bile érugineuse ou couleur de rouille, la bile aqueuse et la bile *vitelline*, c'est-à-dire qui a la consistance du blanc d'œuf.

L'atrabile, liquide imaginaire, n'est pas de la création de Galien. Son origine remonte à Hippocrate. Le père de la médecine, ayant remarqué dans le parenchyme de la rate ce liquide noir auquel les modernes ont donné le nom de *boue splénique*, imagina que la rate soutirait du sang ce liquide, tout comme le foie en soutire la bile. La rate devint donc le pendant du foie, et c'est de là que le suc des cellules spléniques reçut le nom de bile noire ou atrabile. La matière des vomissemens noirs n'étant autre chose que ce même liquide déversé dans l'estomac par les vaisseaux courts.

Dans son livre *De atra bile*, Galien donne une analyse des innombrables travaux auxquels ce suc imaginaire avait donné lieu. Toute l'antiquité médicale a vécu sur cette croyance, à l'exception cependant de l'école solidiste ou méthodique, dont Érasistrate fut le précurseur. Voici, du reste, quelles sont, d'après Galien, les propriétés de cette humeur. Sa saveur est âcre et son odeur pénétrante ; elle corrode les parties avec lesquelles elle est en contact. Elle a de la tendance à se porter vers la peau ou vers la membrane muqueuse digestive, et donne naissance, par son accumulation sur divers points, à certaines maladies, telles que l'anthrax, le cancer, les varices, les ulcères, la manie mélancolique, la dysenterie, à laquelle la présence de l'atrabile communique, suivant Hippocrate, une très grande gravité. Galien dit avoir également observé des épidémies produites par la bile noire, ce qui était démontré par les pustules noires de la peau, les vomissemens et les selles de même couleur.

Parmi les causes qui font prédominer l'atrabile dans l'économie, il faut compter, suivant Galien : les tempéramens secs et chauds, les saisons et les climats de même nature, les chagrins, les fatigues, les veilles prolongées, les alimens épais et trop secs, et enfin les maladies de la rate, organe chargé de soutirer du sang le suc mélancolique,

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 Janvier, 7, 10 Février, 8 et 15 Avril 1856.

Par MM. Becquerel et Rodier, moy. de 22 analy. à	908,0
Par M. Lehman. . . . . à	902,9
Mes 19 analyses m'ont fourni, pour les deux sexes.	898,4
Pour l'homme.	897,0
Pour la femme.	902,0
Et ont offert comme variations individuelles extrêmes	914,0
	888,0

PROPORTION DE L'EAU DANS LA FIBRINE.

D'après Berzelius, la fibrine perd par la dessiccation environ les trois quarts de son poids, ce qui donnerait pour la proportion de l'eau dans la fibrine, 750 sur 1000.

Je me suis assuré par l'expérience que la fibrine peut perdre, sans décomposition, par la dessiccation, 737 d'eau sur 1000 parties de fibrine, ce qui établit entre la fibrine sèche et la fibrine humide le rapport de 1 à 3,8.

La moyenne de 5 expériences m'a donné 706 d'eau sur 1000, et le rapport de 1 à 3,4.

PROPORTION DE L'EAU DANS LES GLOBULES.

M. Lehman a évalué cette proportion à 688,0, ce qui donne pour les globules secs, relativement aux globules humides, le rapport de 1 à 3,2.

Pour apprécier l'importance des erreurs d'évaluation de la quantité des globules qui sont nécessairement introduites dans les résultats par les méthodes généralement employées, j'appliquerai, à l'exemple proposé par MM. Becquerel et Rodier, comme type de leur méthode, les vues critiques que j'ai exposées.

Dans l'exemple proposé, on admet que 100 grammes de sang défibriné liquide ont fourni par la dessiccation 20 grammes de matériaux solides et 80 grammes d'eau ; et que 100 grammes de sérum ont fourni 10 grammes de matériaux solides et 90 grammes d'eau.

En s'appuyant sur l'hypothèse, « que toute l'eau contenue dans le sang fait partie du sérum et doit lui être attribué, » on obtient les matériaux solides du sérum du sang au moyen de la proportion suivante :

$$80 : x :: 90 : 10 \text{ ou } x = \frac{80 \times 10}{90} = 8 \text{ gr. } 8.$$

En soustrayant ces 8 grammes 8 de matériaux solides du sérum des 20 grammes fournis par le sang, on obtient 11 gram. 2, qui représentent le poids des globules.

En rapportant ces résultats à 1000, on obtient, en définitive, pour le sang, cette composition :

Eau.	800
Globules.	112
Matériaux solides du sérum.	88

Si en s'appuyant sur la vérité, savoir que l'eau du sang défibriné appartient non pas seulement au sérum mais aussi aux globules, on essaie de rectifier, avec les données même de l'exemple proposé, les erreurs qu'une hypothèse inexacte introduit dans les résultats, voici ce que l'on peut obtenir.

Les élémens de la méthode ne pouvant réellement conduire à une appréciation exacte de la quantité des globules, on se trouve réduit, dans cet essai de correction, à admettre, pour donnée approximative de la quantité des globules, le chiffre fourni par la méthode elle-même, bien que certainement inférieur au chiffre réel.

En prenant pour base de la correction cette détermination qui, dans l'exemple proposé, fixe à 11,2 sur 100 la quantité des globules, on peut estimer à 26,8 la quantité d'eau d'organisation à attribuer aux globules, suivant le rapport indiqué de 1 à 3,4.

Il y a donc lieu de retrancher cette eau des globules de l'eau du sang, pour obtenir la quantité réelle du sérum et la quantité proportionnelle de matériaux solides du sérum à retrancher du poids total des matériaux solides du sang défibriné.

La proportion à établir comme base du calcul, dans l'exemple proposé, doit être changée ainsi qu'il suit :

$$80 - 26{,}8 \text{ ou } 53{,}2 : x :: 90 : 10 \text{ ou } x = 5{,}9,$$

qui, retranchés de 20, poids total des matériaux solides fournis par le sang, donnent pour le poids des globules secs 14,1.

Et par cette rectification la composition du sang devient la suivante :

Eau.	800
Globules secs.	141
Matériaux solides du sérum.	59

Les données de MM. Dumas et Prevost sur la proportion relative des principes constituans du sang dans l'état physiologique, adoptées comme point de départ dans leurs importantes recherches par MM. Andral et Gavarret, sont les suivantes :

Globules secs.	127
Fibrine sèche.	3
Matériaux solides du sérum.	80
Parties solides du sang. . . .	210
Eau.	790
	1,000

Si l'on cherche à reconstruire le sang d'après les chiffres obtenus, en corrigeant les erreurs d'évaluation que la méthode employée a dû y introduire, voici les résultats qu'on obtient :

La fibrine sèche est à la fibrine humide dans le rapport de 1 à 3,4, 3 millièmes de fibrine sèche contiennent 7 millièmes 20 d'eau, et la fibrine sèche de l'analyse représente, dans le sang frais sur 1,000,

3 parties de fibrine sèche,
7,20 d'eau,

10,20 de fibrine humide.

D'après le chiffre 80 millièmes, attribué dans l'analyse aux matériaux solides du sérum, calculé sur le chiffre de 790 d'eau, en réduisant cette eau à 783 par la soustraction de l'eau de la fibrine, on arrive à reconnaître que la proportion des parties solides dans le sérum, qui a servi de base au calcul, a dû être de 102 sur 1,000.

Le chiffre des globules secs, 127, a été obtenu en retranchant du poids du caillot sec, 3 pour la fibrine, plus le poids qui a été attribué au sérum retenu par le caillot et représenté par la quantité d'eau évaporée. Or, si le caillot, indépendamment du sérum retenu, perd par l'évaporation une quantité d'eau équivalente à celle que perd la fibrine, en d'autres termes, si le rapport des globules secs aux globules frais est, comme pour la fibrine, 1 à 3,4, le chiffre 127 du résidu sec supposerait une évaporation de 304 d'eau propre aux globules et étrangère au sérum.

304 d'eau évaporée, considérée comme du sérum, donneraient à 102 de parties solides sur 1000, 31,08 de parties solides.

Ces 31 parties représentent la diminution artificielle que la méthode a dû introduire dans l'évaluation de la quantité des globules secs, dont le chiffre réel, restitué, devrait être 158 sur 1000.

Et le sang de l'analyse de MM. Dumas et Prevost, reconstruit dans ses parties réellement constituantes, donnerait les proportions suivantes :

	Parties solides sèches.	Eau d'organisation.	Parties constituantes dans le sang frais.
Globules secs.	127		
Diminution artificielle.	31		
Globules.	158	379,00	537,00
Fibrine.	3	7,20	10,20
Sérum	49	403,80	452,80
Plasma.	52	411,00	463,00
Sang.	210	790,00	1,000,00

Dès 1840, dans une première série de recherches, j'ai essayé d'échapper aux conditions d'erreur inhérentes aux méthodes adoptées, en subordonnant l'analyse quantitative des matériaux constituans du sang à une détermination aussi exacte que possible de la quantité proportionnelle des globules et du plasma dans le sang.

Dans chaque observation j'ai déterminé approximativement la proportion vraie du caillot au sérum par la méthode qui consiste à peser le caillot coupé par tranches et égoutté. Pour obtenir le poids des globules secs, j'ai soustrait du poids du sang desséché le poids des matériaux solides du sérum, calculé d'après la quantité réelle du sérum et d'après la proportion des matériaux solides constatée pour le sérum par. Le chiffre obtenu, diminué du poids de la fibrine sèche, représente d'une manière plus exacte que dans les méthodes généralement adoptées le poids réel des globules secs.

Voici les résultats de ces recherches dont les détails sont consignés dans les tableaux. (N°s 1, 2, 3 et 4.)

	Proportion des globules secs sur 1,000 de sang liquide.
Sang non couenneux provenant d'individus atteints d'indispositions légères :	
Moyenne de 12 observations d'hommes. . . .	181,0
Moyenne de 7 d° de femmes . . .	153,0
Sang non couenneux provenant d'individus atteints de maladies plus ou moins graves :	
Moyenne de 7 observations d'hommes	203,0
Moyenne de 7 d° de femmes. . . .	164,6
Sang couenneux :	
Moyenne de 6 observations d'hommes	183,4
Moyenne de 7 d° de femmes. . . .	155,6

PROPORTION DE LA FIBRINE DANS LE SANG.

Il est facile de déterminer avec rigueur la proportion de la fibrine dans la totalité du sang ; et c'est ce qu'ont fait avec beaucoup de soin un grand nombre d'observateurs. La science est aujourd'hui fort riche en observations de ce genre.

Malheureusement ces observations n'ont pas toute la valeur d'applications physiologiques et pathologiques qui leur a été attribuée. En effet, ce n'est pas la proportion de la fibrine à la totalité du sang qu'il est important de connaître pour apprécier exactement la nature du sang, c'est la proportion de la fibrine à la liqueur du sang, ou plasma.

La variabilité très grande de la proportion de l'élément du sang qui fournit la fibrine, s'exprime très sensiblement dans les résultats obtenus par les divers observateurs et rend très difficile, pour la fibrine de la totalité du sang, comme au reste pour toutes les autres parties de ce liquide si mobile, la fixation d'un chiffre normal.

PROPORTION DE LA FIBRINE SÈCHE DANS LA TOTALITÉ DU SANG :

Berzelius.	0,75 sur 1,000.
Lassaigne.	1,20
Fourcroy. . . .	de 1,50 à 4,50
Denis.	de 2,00 à 4,00
Letellier	de 1,60 à 4,50
Berthold. . . .	de 1,00 à 5,00
Lecanu.	de 1,08 à 5,78 moyenne, 2,90
Becq. et Rodier.	de 2,00 à 3,00 moyenne, 2,50

Voici les moyennes qui m'ont été fournies par 51 observations d'individus des deux sexes dans diverses conditions de santé.

	Hommes.	Maximum.	Minimum.	Moyenne.
Sang non couenneux :				
Condition voisine de l'état de santé. .	5 obs.	3,10	1,94	2,59
État de maladie plus ou moins grave.	8 obs.	5,90	1,70	4,02
Sang couenneux :				
Condition voisine de l'état de santé. .	1 obs.	»	»	3,20
État de maladie plus ou moins grave.	15 obs.	10,00	3,50	6,54
	29 obs.	10,00	1,70	5,05

La prédominance de la bile noire dans l'économie est, du reste, annoncée, entre autres signes, par la coloration brune ou noirâtre de la peau et par la couleur noire du sang.

Les maladies qui trouvent leur principe dans un excès d'humeur mélancolique, doivent être traitées par l'administration de l'ellébore, médicament dont l'influence se porte spécialement, suivant Galien, sur ce liquide, et en produit l'évacuation. Chacun sait que les anciens se servaient communément de l'ellébore pour purger les fous ; c'était un remède vulgaire dans cette maladie.

Des forces et du rôle qu'elles jouent dans l'économie. — Nous arrivons maintenant à un ordre de considérations plus sérieuses, plus importantes, car elles dominent à la fois la physiologie et la pathologie galéniques. Lorsque, dit Galien, on a étudié la composition des solides et des humeurs dans l'économie, le fonctionnement de cet assemblage d'humeurs et de solides, les actes de cette économie sortent-ils clairement de cette contemplation attentive ? Le mouvement de la vie, les phénomènes normaux ou moraux produits dans l'animal, naissent-ils de cette organisation matérielle, par l'énergie propre de celle-ci, par sa seule virtualité, ou bien à cette matière inerte et incapable de sortir par elle-même de son état d'inertie, l'auteur de la nature a-t-il surajouté un principe qui l'anime et la vivifie ? A cette question, la réponse de Galien n'est pas douteuse ; pour lui, la matière est chose essentiellement inerte ; dans la nature vivante comme dans la nature morte, dans tout l'univers, en un mot, elle est soumise à l'influence d'agens mystérieux et invisibles qui, sous le nom de *forces*, exercent sur elle une action incessante, sont le principe et la cause de tous les mouvemens et de toutes les modifications qui s'accomplissent en elle. L'univers offre un ensemble de phénomènes dirigés par des forces. Sans forces productrices, pas de phénomènes.

Ainsi, indépendamment des solides et des liquides organiques, simples rouages de la machine, existent des forces, facultés, puissances (tous ces mots sont synonymes), qui donnent le mouvement à ces rouages et la vie à cette machine. Les agens de ces forces sont ce que Galien appelle des *esprits* (pneûmata), sorte d'influx, émanés de sources diverses, principes intermédiaires entre les forces et la matière. Ces esprits se divisent en trois grandes classes : esprits *vitaux*, esprits *animaux*, esprits *naturels*, répondant à chacune des trois grandes forces sous l'empire desquelles se produisent les différens actes de l'économie vivante.

Force vitale. — Ainsi que nous l'avons déjà vu, Galien suppose que la matière séminale déposée dans la cavité utérine attire à elle le sang et l'air du corps de la mère. Une fois en possession de ces deux principes de vie, elle s'organise et en elle se développe alors une force, *force vitale*, représentée par la chaleur innée et dont l'agent est un esprit qui va se répandant partout avec le sang par le moyen des artères. Voilà comment Galien comprend cette force suprême et générale, régulatrice de tous les phénomènes vitaux de l'économie. Cette force se modifie suivant la spécialité des actes qu'elle est chargée d'accomplir et qui exigent une spécialité d'action. Cette action s'exerce au moyen d'un agent particulier, l'esprit *vital*, lequel se modifie aussi suivant la nature du phénomène dont il doit être l'instrument. Au cerveau, par exemple, où la nature a placé le siége des fonctions spéciales qui caractérisent essentiellement l'animalité, la force *vitale*, modifiée et transformée, prend le nom de force *animale*, et l'esprit *vital*, en vertu d'une élaboration particulière, se modifie à son tour et se transforme en esprit *animal*, pour devenir l'instrument des phénomènes spéciaux de l'intelligence, du sentiment et du mouvement.

Ailleurs, la force vitale se modifie encore pour produire des phénomènes, phénomènes de nutrition que Galien appelle *naturels*, parce qu'ils sont communs aux animaux et aux plantes. Elle prend alors le nom de force *naturelle*, et son agent est l'esprit *naturel*.

Les forces ou facultés animale et naturelle ne sont donc qu'une émanation de la force vitale, force générale et suprême qui domine toute l'économie vivante dont elle dirige les phénomènes, et les esprits animaux et naturels ne sont qu'une transformation des esprits vitaux modifiés et appropriés à des fonctions spéciales.

A l'étude de la faculté, ou plutôt des facultés *naturelles*, Galien a consacré un traité spécial, *De facultatibus naturalibus*, dont l'examen trouve ici tout naturellement sa place.

Les facultés naturelles, d'après Galien, sont au nombre de quatre : attractrice, rétentrice, altératrice, expultrice. La force *attractrice* est une faculté en vertu de laquelle chaque tissu ou solide vivant attire à lui les molécules du sang qui sont en rapport avec sa propre composition. Cette force préexiste à la formation du sang.

La molécule attirée dans le solide y est retenue en vertu d'une seconde force, force *rétentrice*, qui l'empêche de s'échapper, jusqu'à ce qu'elle ait subi l'action d'une troisième force, force *altératrice*, qui l'élabore, la modifie, la transforme. C'est par l'existence de cette force altératrice que Galien s'explique comment il se fait qu'au sein d'une trame organique partout identique à elle-même, la nutrition présente dans ses modes et ses produits de si grandes différences.

Enfin, la force *expultrice* est une quatrième force, en vertu de laquelle le solide vivant rejette, parmi les molécules organiques qu'il a reçues, celles qui ne sauraient lui convenir.

Telle est l'hypothèse par laquelle Galien comprend et explique l'acte de la nutrition, hypothèse bien plus large, sans contredit, que celle de la *sensibilité organique* dont Bichat s'est servi pour rendre raison de ce grand et mystérieux phénomène.

A côté de ces grandes forces existant dans tous les solides, Galien en suppose d'autres particulières, secondaires et accessoires, pour des actes également spéciaux, mais secondaires. A l'accomplissement de tout acte spécial, il prépose une faculté spéciale ; c'est ainsi qu'il crée une faculté *ossifique* pour la formation du tissu osseux, une faculté *pulsative* qui préside aux battemens du cœur, etc., etc.

Il y a donc dans l'économie, suivant Galien, une force générale qui tient sous sa dépendance toutes les autres forces, et qui préside au *consensus*, à l'harmonie de toutes les parties de l'organisme entre elles. De cette force générale émanent des forces particulières qui prennent différens noms, suivant la différence des actes auxquels la nature les a destinées.

Pour mettre à l'épreuve des faits sa théorie des facultés ou des forces, Galien place l'être vivant dans diverses circonstances ; il passe en revue

Femmes.	Maximum.	Minimum.	Moyenne.
Sang non couenneux :			
Condition voisine de l'état de santé. .	2 obs.	3,44	2,48	2,96
État de grossesse	10 obs.	6,60	2,70	3,98
État de maladie plus ou moin grave. .	2 obs.	5,96	3,70	4,83
Sang couenneux :				
État de grossesse	5 obs.	4,00	2,60	3,34
État de maladie plus ou moins grave .	3 obs.	10,70	7,30	8,46
	22 obs.	10,70	2,60	4,43

PROPORTION DE LA FIBRINE DANS LE PLASMA DU SANG.

La détermination de la fibrine au poids total du sang ne peut fournir des notions exactes ni sur la proportion relative des parties constituantes du sang dans chaque cas particulier, ni sur les différences de proportion entre ces parties constituantes dans les divers cas comparés.

La fibrine dans le sang n'appartient qu'au plasma, et ses différences de quantité dans le sang total dépendent à la fois et de la quantité du plasma et de la proportion pour laquelle la fibrine entre dans la composition du plasma.

La proportion de la fibrine dans le plasma demeurant la même, il suffit d'une variation dans la quantité relative du plasma et des globules, pour que la proportion de la fibrine varie dans le sang tout entier.

Supposons que la proportion normale de la fibrine dans le plasma du sang soit de six millièmes de fibrine sèche. Le sang qui serait composé en poids de 500 parties de globules humides et de 500 parties de plasma, donnerait à l'analyse trois millièmes de fibrine sèche pour le sang total. Le sang qui serait composé en poids de 250 parties de globules et de 750 parties de plasma, donnerait à l'analyse 4,5 de fibrine sèche. Le sang, qui serait composé en poids de 750 parties de globules humides et de 250 parties de plasma, donnerait à l'analyse 1,5 de fibrine sèche.

L'analyse quantitative, habituellement adoptée, ferait admettre entre ces trois sangs des différences considérables relativement à la proportion de la fibrine, tandis que, dans la réalité, ces trois sangs, parfaitement semblables chimiquement et physiologiquement, quant à la proportion de la fibrine, ne différeraient que par les proportions relatives des globules et du plasma.

La proportion de la fibrine dans le sang tout entier peut ne pas varier, lors même que cette proportion varie dans le plasma.

Par exemple, cette proportion pourrait être également de trois millièmes dans un sang qui, le plasma contenant six millièmes de fibrine sèche, serait composé de 500 parties de globules et de 500 parties de plasma, et dans un sang qui, le plasma contenant douze millièmes de fibrine sèche, serait composé de 750 parties de globules, et de 250 parties de plasma.

L'analyse quantitative, habituellement adoptée, conduirait à assimiler ces deux sangs relativement à la proportion de la fibrine, tandis que dans la réalité, il existerait entre eux, sous ce point de vue, chimiquement et physiologiquement une différence considérable.

Il demeure donc évident que toute détermination de quantité de fibrine contenue dans un poids de sang donné ne peut avoir de valeur comme indice de la nature de ce sang, en ce qui concerne la fibrine, que dans le cas où il est possible de rapporter cette quantité de fibrine à la quantité réelle du plasma dans ce sang.

La détermination préalable des proportions relatives des globules humides et du plasma dans le sang est donc la première condition de toute appréciation analytique et comparative des proportions de la fibrine dans le sang.

(La suite à un prochain numéro.)

BIBLIOTHÈQUE.

ÉTUDE STATISTIQUE SUR L'ALIÉNATION MENTALE DANS LE DÉPARTEMENT DU BAS-RHIN; par H. DAGONNET, médecin en chef de l'asile de Stéphansfeld, etc. — Strasbourg, 1855.

Une statistique médicale, exacte et consciencieuse, est toujours une œuvre aussi difficile et laborieuse, qu'éminemment utile lorsqu'elle est dirigée dans un esprit vraiment philosophique. Celle que M. Dagonnet vient de publier sur l'aliénation, dans le département du Bas-Rhin, nous paraît être un travail sérieux et réunir toutes les conditions d'une bonne statistique. Il y a fait entrer, non seulement tous les malades qui ont été placés dans l'asile de Stéphansfeld, pendant une période de 19 ans, mais encore tous ceux qui se trouvent actuellement en liberté, ou traités à domicile dans le département. Pour ces derniers il était fort difficile d'arriver à un relevé complet et parfaitement exact, aussi avoue-t-il qu'il n'a pu l'obtenir pour la ville de Strasbourg. Mais dans le reste du département, le concours des médecins cantonaux et des autorités locales lui a permis de donner à son travail un degré d'exactitude digne de toute confiance.

L'auteur accompagne cet exposé statistique de réflexions destinées à faire ressortir les enseignements qui en découlent, tant au point de vue de la pathologie mentale qu'à celui de l'hygiène publique. A ce dernier point de vue il insiste tout particulièrement et avec raison sur la nécessité de rendre plus générale l'admission des aliénés dans les asiles, dès le début de la maladie. De la statistique des malades traités à Stéphansfeld il ressort ce fait, bien connu d'ailleurs des aliénistes, que les chances de guérison sont d'autant plus grandes que les malades sont traités plus près du début et qu'elles diminuent très rapidement à mesure qu'ils s'en éloignent ; tellement qu'à Stéphansfeld, sur 100 aliénés traités dans le premier mois, il en est guéri 62, dans la deuxième, 49 ; une proportion de plus en plus faible dans les mois suivans, et après deux ans, 11 seulement. Or, les charges très lourdes que l'entretien des malades dans les asiles impose aux communes portent à retarder autant que possible leur placement, tant qu'ils ne sont pas dangereux et n'y amènent ensuite que des incurables destinés à vivre de longues années aux dépens de la charité publique. D'ailleurs, ce pénible impôt est fort inégalement réparti et pèse surtout lourdement sur les communes pauvres qui souvent ont plus d'aliénés à soutenir que les autres. Pour faire disparaître ce double inconvénient du placement des malades et de l'accumulation d'incurables dans les asiles, l'auteur propose de subvenir aux frais de traitement des aliénés par un impôt également réparti entre toutes les communes de France. Cette répartition serait plus équitable et les autorités locales auraient moins de répugnance à faire admettre les malades dans les asiles, dès le début de leur affection, c'est-à-dire à l'époque la plus favorable à la guérison. Sans s'arrêter sur les difficultés que l'application peut soulever, on ne peut que joindre ses vœux à ceux de l'auteur pour l'adoption d'une mesure qui tendrait à diminuer le nombre de ces malheureux incurables qui encombrent nos asiles.

Entrant ensuite dans le domaine de l'étude pathologique, M. Dagonnet établit la proportion des différentes formes d'aliénation dans le total des malades dont il a pu constater l'existence, tant à Stéphansfeld qu'en dehors de l'établissement, total qui s'élève à 850. On s'étonne de ne pas voir figurer la paralysie générale dans ce relevé, tandis qu'on y trouve l'idiotie et l'épilepsie. Certes, l'auteur ne l'a pas confondue avec les diverses formes d'aliénation qu'il énumère ; mais pourquoi l'avoir exclue de sa statistique. Au point de vue de l'hygiène publique surtout, on ne saurait séparer absolument la paralysie générale avec aliénation de la folie proprement dite. Le délire qui en marque la première période n'est pas moins actif, et les actes auxquels il porte les malheureux qui en sont atteints ne sont ni moins dangereux pour la société, ni moins compromettans pour eux-mêmes, en sorte que ces malades doivent être soumis, comme les autres fous, à la séquestration, et que le plus grand nombre des mesures que l'on prend à l'égard de ces derniers leur sont applicables. Et d'ailleurs, bien qu'on soit arrivé à faire de la paralysie générale une classe tout à fait à part, ce n'en est pas moins une classe des affections mentales, et il ne nous semble pas qu'on puisse se dispenser de comprendre cette maladie dans une statistique de l'aliénation.

Quoiqu'il en soit, M. Dagonnet a tiré de ses recherches statistiques sur l'étiologie quelques conclusions dignes d'intérêt, et, la plupart, confirmatives des opinions généralement reçues. Comme M. Baillarger, M. Moreau, M. Brierre, M. Parchappe, il a vu l'hérédité fournir une disposition très grande au développement de la maladie, car il a pu les constater d'une façon positive chez le cinquième de ses malades ; et comme le premier de ces auteurs, il trouve que cette prédisposition venait plus souvent du côté maternel.

Au nombre des prédispositions héréditaires, il place l'immoralité ; ayant remarqué, dit-il, qu'un assez bon nombre de ses malades de Stéphansfeld avait quelque parent au bagne. Nous ne croyons pas que cette conclusion présentée ainsi sans commentaire soit tout à fait exacte. Non, il n'est pas vrai que la folie soit une conséquence de l'immoralité, ou du moins ce n'en est jamais qu'une conséquence éloignée. Ce n'est pas parce qu'ils avaient un frère ou un cousin au bagne, que les malades de M. Dagonnet sont devenus fous, mais c'est sans doute parce qu'ils tenaient de l'hérédité commune une organisation intellectuelle imparfaite que ce malheureux frère ou cet infortuné cousin, manquant de l'énergie morale nécessaire pour résister à l'entraînement des passions humaines, ont été par elles jetés dans le bagne.

Il est un point d'étiologie sur lequel la statistique de M. Dagonnet est en désaccord avec les idées adoptées. Esquirol considère le célibat comme une prédisposition à la folie ; M. Dagonnet a trouvé, qu'au contraire, dans son département, cette maladie avait sévi moins sur les célibataires que sur les gens mariés ; mais c'est évidemment par une inadvertance de statistique. Car, il trouve parmi ses malades à peu près la même proportion de célibataires et de gens mariés qui se trouve dans la population du département du Bas-Rhin, « et, ajoute-t-il, « comme la folie est une véritable anomalie avant l'âge de 15 ans, si l'on retranchait du nombre des célibataires, les individus au-dessous de cet âge, le nombre des aliénés célibataires se réduirait singulièrement. » Ici, M. Dagonnet se trompe évidemment ; ce n'est pas le nombre des célibataires aliénés qui se trouvera réduit, mais celui des célibataires susceptibles de devenir aliénés, avec lesquels seulement on peut comparer les gens mariés, qui tous sont dans l'âge où l'aliénation est possible. Alors on trouvera la proportion de célibataires bien plus forte parmi la population aliénée que parmi la population susceptible de le devenir, ce qui confirme l'opinion d'Esquirol.

Le département du Bas-Rhin offrait des conditions favorables à l'étude de l'influence des cultes sur le développement de la folie. Car, on y compte, outre les catholiques, un grand nombre de juifs et de protestans. L'auteur a trouvé que la folie était plus fréquente chez les protestans, et surtout chez les juifs que chez les catholiques, et que chez eux aussi elle revêtait plus souvent la forme monomaniaque.

Certains cantons de ce département, situés sur les bords du Rhin et au confluent de petites rivières, sont bas, humides, marécageux et exposés à de fréquentes inondations. Là, on trouve l'idiotie et le crétinisme à l'état endémique, et ce qui montre bien l'influence fâcheuse de ces déplorables conditions hygiéniques, c'est que dans quelques-uns d'entre eux, comme Bischwiller, par exemple, des travaux d'assainissement ont déjà fait diminuer sensiblement le nombre des individus atteints.

Mais ce n'est pas seulement l'idiotie et le crétinisme qui semblent prendre naissance sous l'influence d'une habitation insalubre, aussi bien que de la misère et de la pauvreté auxquelles sont condamnés les malheureux habitans d'un sol improductif ; l'aliénation mentale, proprement dite, y est aussi plus fréquente que dans les parties élevées, sèches et fertiles du pays, comme le canton de Molsheim. Il est une partie de la montagne cependant où l'aliénation se présente souvent, c'est celle qui s'étend dans la forêt noire, et dont les habitans pauvres, misérables, isolés au milieu des bois, vivent à grand peine du produit de la fabrication du kirsch et dans un état presque demi-sauvage. Là ce ne sont pas les miasmes marécageux qui altèrent leur constitution, ce n'est pas l'air qui leur manque ; ce sont la misère, le dénûment, l'absence de toute communication avec les autres hommes, de toute civilisation, qui dégradent leur intelligence et les conduisent à la folie. Qu'on ne dise donc pas que la civilisation multiplie les causes d'aliénation ; si elle en crée de nouvelles par l'activité fiévreuse qu'elle imprime à l'esprit humain, par les mille passions qu'elle fait naître, elle peut en faire ainsi disparaître, comme on le voit, et de bien déplorables.

Amédée LATOUR.

---

les diverses fonctions de l'économie, montrant partout l'action de ces forces :

1° Dans la formation de l'être vivant pendant la gestation ;

2° Dans l'accroissement de l'embryon depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte ;

3° Dans le grand acte de la nutrition ;

4° Il applique sa théorie des facultés naturelles à la présence du sang dans le cœur, et aux modifications diverses que subit ce liquide, à l'arrivée de l'aliment dans l'estomac et à l'élaboration que cet organe fait éprouver à la matière alimentaire.

En lisant avec attention l'ouvrage spécial consacré au développement de cette théorie des forces, on voit qu'il y avait dans l'esprit de Galien, comme dans celui d'un grand nombre de médecins qui ont reproduit la même doctrine, quelque chose d'obscur relativement à la nature intime, à l'essence de ces forces, et que l'auteur est un peu embarrassé pour déterminer si elles doivent être considérées comme tout à fait indépendantes de l'organisation, ou bien, au contraire, comme liées à l'agencement moléculaire des parties. On trouve des passages favorables à ces deux manières de voir. Ici les forces sont une émanation de la puissance suprême, créatrice de toutes choses, principe de la vie dans les êtres organisés et du mouvement dans le monde inorganique ; là, elles sont un simple résultat, un produit de l'agencement moléculaire des organes, comme dans ce passage où il prétend que la force attractrice dépend de la constitution des parties au sein desquelles elle s'exerce ; ailleurs, ces forces sont innées, prennent naissance avec les premiers rudimens des organes, ont un développement parallèle à celui de l'embryon. Voilà des obscurités, des incertitudes auxquelles ce grand esprit n'a pas pu échapper, parce qu'elles tiennent à la nature même du sujet.

Les forces peuvent, suivant Galien, par une déviation, soit primitive, soit consécutive, de leur état normal, devenir causes de maladies. C'est ainsi qu'à la suite d'une acrimonie de l'estomac, ou de l'ingestion, dans ces organes, d'une trop grande quantité d'alimens, la force expultrice prématurément mise en jeu, rejette au dehors les matières alimentaires sous forme de flux diarrhéique ou lientérique, ou bien encore sous forme de vomissement, etc.

Par suite de l'altération des facultés retentrice et attractrice, certaines humeurs peuvent être altérées ou accumulées en divers points de l'économie, loin des lieux qui leur servent habituellement de réservoir. Telle est le principe de cette célèbre doctrine des fluxions créée par Hippocrate et largement développée par Galien. Le choléra résulte de l'accumulation de toutes les humeurs de l'économie dans l'intestin, par suite de l'exagération de la force attractrice de cette partie.

Toutes ces idées sur l'intervention des forces dans les phénomènes de l'économie vivante saine ou malade, n'appartiennent pas en propre à Galien. Longtemps avant lui, Hippocrate et les grands maîtres de l'antiquité les avaient émises. Le médecin de Pergame, il le dit lui-même, n'a pris la plume que pour défendre ces grandes doctrines et les tirer du profond oubli dans lequel l'indifférence et l'ignorance de ses contemporains les laissaient plongées. Il déclare que tout système médical est nécessairement frappé d'inertie, si, à la double considération des solides et des liquides, il ne joint pas celles des forces.

Dans un autre ouvrage, intitulé le *Médecin*, il déplore que les successeurs d'Hippocrate aient osé porter une main impie sur le bel édifice élevé par le père de la médecine, et l'aient démoli en brisant et séparant violemment les unes des autres ces trois pierres angulaires si bien cimentées. Il montre comment les différentes sectes qui se sont succédé ont détruit cette magnifique synthèse et considéré isolément l'un ou l'autre de ces élémens d'un système médical complet. Les uns, comme Érasistrate, Asclépiade et les méthodistes, n'ont tenu compte que des solides ; les autres, avec Praxagoras, Hérophile, etc., n'ont considéré que les humeurs ; d'autres enfin, comme Athénée et Archigène, ont tout fait disparaître devant les esprits ou les forces. Tous ces systèmes médicaux, dit Galien, sont sortis des débris de la grande doctrine créée par le génie d'Hippocrate. Ils sont tous incomplets et faux, et, pour avoir un système général et vrai, il faut relever de ses ruines le grand édifice hippocratique.

Dans deux discussions, hors d'œuvre qui termine le traité *De facultatibus naturalibus*, Galien prend à parti Érasistrate. Dans l'une, il défend contre le célèbre anatomiste d'Alexandrie, et démontre expérimentalement les véritables fonctions des reins ; dans l'autre il soutient, avec raison, contre le même auteur, que l'hydropisie ne dépend pas toujours d'une altération du foie, mais peut tenir aussi à une grande déperdition de sang. A ce propos, il reproche à Érasistrate de ne tenir aucun compte, dans l'explication des maladies, de la considération des humeurs.

Ici se termine l'examen des œuvres physiologiques de Galien. Les idées de l'auteur sur la composition et les fonctions de l'organisme peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

Les mêmes élémens constituent le monde organique et le monde inorganique — ces élémens entrent dans le corps avec les matériaux qui les contiennent. — Ces matériaux introduits dans le corps des animaux, s'y transforment, en vertu de forces spéciales, en un liquide particulier, le sang, qui renferme en lui tous les principes dont le corps est composé. Le sang contient les humeurs et les solides ; les solides présentent à considérer deux choses principales : 1° les parties *similaires* (tissus élémentaires) ; 2° les organes. Les solides et les humeurs participent des qualités des élémens qui dominent en eux. Les qualités élémentaires sont le chaud, le froid, le sec et l'humide. Enfin, en dehors des solides et des humeurs, existent les *forces* qui se développent parallèlement à l'organisation, sont le principe et la cause des actes organiques.

Voilà, esquissées à grands traits, l'anatomie et la physiologie de Galien. Passons maintenant à la pathologie.

(La suite du cours prochainement.)

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. RICORD, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc., etc., avec une *Introduction* par M. AMÉDÉE LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique, etc. — *Deuxième édition* revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — PRIX : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'École de médecine.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 Mai 1856. — Présidence de M. Binet.

Rapport physiologique entre les lobes optiques et l'organe de la vue.

M. C. Dareste communique à l'Académie une note sur l'encéphale de l'aptéryx.

La galerie d'anatomie comparée du Muséum, dit l'auteur, possède deux cerveaux d'aptéryx provenant de la mémorable expédition de Dumont d'Urville au pôle austral.

Ces cerveaux, qui n'ont pas été décrits, m'ont présenté une particularité fort remarquable. Les lobes optiques, organes dont la conformation et la position forment le trait le plus remarquable du type encéphalique des oiseaux, sont rudimentaires chez l'aptéryx, et à peine visibles à l'extérieur, tandis que dans toutes les autres espèces ils ont un très grand volume, et se présentent sous l'aspect de deux grosses éminences occupant les parties latérales et inférieures de l'encéphale.

Cette modification du type primitif, très remarquable dans une classe dont toutes les espèces sont liées entre elles par les affinités les plus intimes, trouve son application dans les conditions toutes spéciales des organes des sens dans l'aptéryx.

Cet oiseau, que nous ne connaissons encore que d'une manière très imparfaite, a, comme un certain nombre d'autres espèces de la même classe, des habitudes nocturnes, mais qui sont le résultat d'une disposition des organes des sens, très différente à beaucoup d'égards.

L'organe de la vue, très développé chez les oiseaux, est surtout considérable chez les oiseaux de nuit, les hiboux, les engoulevens, etc. Dans l'aptéryx, au contraire, l'œil est très petit, beaucoup plus que chez aucun autre oiseau, il est, de plus, moins complétement organisé.

Les expériences physiologiques de M. Flourens ont prouvé, depuis longtemps, qu'il existe chez les oiseaux une lésion physiologique entre les lobes optiques et l'organe de la vue, et que la vision est détruite par les lésions du lobe optique. Magendie a confirmé les résultats obtenus par M. Flourens, en montrant que l'atrophie du lobe optique se produit fréquemment après l'ablation de l'œil; que, par conséquent, ces deux organes ne sont pas uniquement liés par les fonctions qu'ils remplissent, et qu'il y a de plus, entre eux, une véritable relation anatomique, puisque la destruction de l'organe de la vue amène des altérations consécutives dans les lobes optiques.

La disposition anatomique que je signale dans l'aptéryx nous conduit, par une voie très différente, à un résultat semblable, et nous montre le même fait sous une autre forme.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 13 Mai 1856. — Présidence de M. Rossy.

La correspondance comprend :

Une série de brochures sur les eaux minérales, les boues médicales et les bains de mer de l'empire de Russie, contenant aussi un aperçu détaillé des eaux minérales de l'Europe, ainsi que la pathologie des maladies chroniques, par M. le docteur Gnoum, de Saint-Pétersbourg. (Comm. des eaux minérales.)

Le même auteur envoie un travail intitulé : *Les momens de l'opération de l'herniotomie radicale.*

— Un mémoire adressé à l'Académie, par M. le docteur J. de Arrastia, de la Havane. Ce mémoire a pour titre : *Pulvérisation de deux calculs vésicaux assez volumineux, en deux séances*, par le docteur Guillon; l'un, de 6 centimètres 1/2 de diamètre, était libre dans la vessie; l'autre, de 5 centimètres de diamètre, était enkysté. (Comm. MM. Bégin, Robert, Laugier, rapporteur.)

— Une lettre de M. Lisle, qui prie l'Académie de recevoir un paquet cacheté *sur le siége organique et le traitement de l'épilepsie.* (Accepté.)

— Une lettre de M. le docteur Billiet, de Genève, contenant l'exposé de ses recherches relativement à l'influence que la *consanguinité* exerce sur les produits du mariage. Cette lettre porte en substance : qu'il se fait à Genève un nombre considérable de mariages entre consanguins; que l'intention de l'auteur a été appelée depuis bien des années sur les conséquences fâcheuses qui résultent de ce fait pour la santé et même la vie des enfans. Ces conséquences sont : 1° l'absence de conception; 2° le retard de la conception; 3° la conception imparfaite (fausses-couches); 4° des produits incomplets (monstruosités); 5° des produits dont la constitution physique et morale est imparfaite; 6° des produits plus spécialement exposés aux maladies du système nerveux, et par ordre de fréquence : l'épilepsie, l'imbécillité ou l'idiotie, la surdi-mutité, la paralysie, des maladies cérébrales diverses; 7° des produits lymphatiques et prédisposés aux maladies qui relèvent de la diathèse scrofulo-tuberculeuse; 8° des produits qui meurent en bas-âge et dans une proportion plus forte que les enfans nés dans d'autres conditions; 9° des produits qui, s'ils franchissent la première enfance, sont moins aptes que d'autres à résister à la maladie et à la mort. — A ces règles, il y a des exceptions dues soit aux conditions de santé des ascendans, soit aux circonstances dynamiques dans lesquelles se trouvent les parens au moment du rapprochement des sexes. Ainsi : 1° rarement *tous* les enfans subissent la mauvaise influence; 2° dans une même famille, les uns sont frappés, les autres sont épargnés; 3° ceux qui sont atteints, ne le sont presque jamais de la même manière dans la même famille, c'est-à-dire que l'un est épileptique, tandis que l'autre est sourd-muet, etc.

(Le travail de M. Billiet, ainsi que le mémoire lu par M. Ménière et qui traite du même sujet, est renvoyé à une commission composée de MM. Michel Lévy, Depaul, Bousquet, rapporteur.)

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Amussat, un de ses membres, décédé le 13 mai.

M. Ch. Robin donne lecture d'un mémoire *sur une altération des vaisseaux capillaires qui est une des causes de leur rupture dans les apoplexies.* L'auteur résume ce travail dans les conclusions suivantes :

1° L'anatomie pathologique des vaisseaux capillaires chez les individus ayant eu des hémorrhagies cérébrales, fait découvrir une altération particulière constante des parois propres de ces conduits sanguins.

2° Cette altération commençant par les plus fins capillaires, s'étend graduellement aux conduits de plus en plus gros et spécialement aux artères, en progressant de la face interne vers la face externe des parois.

3° Cette altération, chez les apoplectiques, est de même ordre que celle que l'on observe dans les capillaires de tous les vieillards, et même déjà de beaucoup d'adultes; mais elle en constitue une phase plus avancée, devenant plus ou moins tôt, suivant les individus, la cause de la rupture des vaisseaux, d'épanchemens de sang, et par suite d'accidens morbides.

4° Lorsque ces accidens morbides se manifestent, l'altération existait déjà depuis plus ou moins longtemps, mais à un degré encore insuffisant pour faire perdre aux vaisseaux leur résistance naturelle.

5° Cette lésion consiste en une production de granulations ou gouttes graisseuses dans l'épaisseur des parois des conduits, de manière à remplacer graduellement une substance continue, homogène, transparente et tenace par un assemblage de petits corpuscules graisseux simplement contigus et offrant d'autant moins de résistance qu'ils sont accumulés en plus grand nombre.

6° L'étude anatomo-pathologique des vaisseaux dans l'apoplexie permet d'établir une liaison très nette et d'une haute portée pratique entre l'état normal des vaisseaux, leurs modifications graduelles à mesure des progrès de l'âge, atteignant plus ou moins tôt, suivant sa rapidité, cet état qui mérite le nom de lésion morbide. Or, la connaissance de cette gradation entre l'état normal et l'état pathologique est un des résultats constans de l'étude anatomo-pathologique de tous les tissus de l'économie, qui permet le mieux de rattacher le symptôme à la lésion correspondante.

(Renvoyé à la section d'anatomie pathologique.)

— M. Robinet lit une série de rapports défavorables sur divers remèdes secrets. (Adopté.)

A l'occasion de l'un de ces rapports relatif à un prétendu spécifique de l'épilepsie, MM. Moreau et Cloquet invitent M. le rapporteur à signaler au ministre ce que les manœuvres des *guérisseurs* ont d'illégal et de dangereux pour la santé publique.

— M. Bégin, en son nom et au nom de M. Jobert de Lamballe, lit un rapport sur un *appareil à lever les malades sans les toucher*, présenté à l'Académie par M. Gros, de Dijon, ancien sous-officier d'artillerie.

Voici les conclusions de ce rapport :

L'appareil de M. Gros, dont plusieurs élémens se retrouvent dans quelques autres antérieurement proposés, ne peut être vraisemblablement considéré comme la dernière expression du progrès de l'art; mais la simplicité de sa construction, son peu de volume, la facilité de sa manœuvre, la possibilité de l'employer partout à la manière du bâtonnet transversal suspendu à une corde, qui sert au malade à se soulever momentanément, et enfin la modicité de son prix, sont autant de conditions qui le recommandent à l'attention des praticiens et des administrateurs, et aux encouragemens de l'Académie. (Adopté.)

M. Larrey pense, comme M. Bégin, qu'il y a une véritable utilité à introduire dans les hôpitaux l'usage de ces lits destinés à faciliter le pansement des grands malades. Il a lui-même expérimenté à sa clinique au Val-de-Grâce l'appareil de M. Gros, de Dijon, et en a fait l'objet d'un rapport officiel. La combinaison des cadres mobiles et des poulies n'est sans doute pas une idée neuve, mais elle constitue un perfectionnement utile. Sur l'invitation de M. Mangin, chef de la direction du génie, ajoute M. Larrey, j'ai essayé également un autre lit mécanique construit par M. Gros, un homonyme du présentateur dont M. Bégin a apprécié l'appareil; cet autre mécanisme est fort ingénieux aussi. Mais l'un et l'autre ne trouveront pas aisément partout leur application; ce qui s'y opposera quelquefois, c'est la nécessité d'un point d'appui au plafond ou au ciel du lit.

M. Cloquet : Il serait facile de le prendre sur une potence ajoutée au lit.

M. Bégin : Le point sur lequel j'ai voulu insister particulièrement dans mon rapport, c'est qu'il y a utilité réelle à employer ces appareils qui permettent de panser certains malades sans leur faire subir des déplacemens douloureux. Obéissant à l'esprit de routine, on continue à se contenter du lit ordinaire : les pansemens sont incomplets, la couche du malade devient parfois un véritable foyer putride que dissimule mal une propreté apparente. C'est là une condition d'insalubrité dont il est facile de prévoir l'influence sur des malades agglomérés en grand nombre. Évidemment, elle aggrave leur situation et augmente les chances de mort.

M. Robinet : Dans une occasion récente, j'ai pu me convaincre de la nécessité qu'il y aurait de posséder dans chaque salle de chirurgie au moins un des appareils dont M. Bégin vient de signaler les avantages. L'administration des hôpitaux ne semble pas les apprécier à leur juste valeur, et je proposerais, comme une mesure d'une grande utilité, que l'Académie fît part au ministre des considérations développées dans le rappport de M. Bégin.

M. Moreau ajoute à cette proposition celle de communiquer le même rapport aux ministères de l'intérieur, de la guerre et de la marine.

Ces propositions sont mises aux voix et adoptées.

— M. Gimelle, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Hervez de Chégoin, lit un rapport sur un travail de M. Devilliers ayant pour titre : *Tableau statistique du service médical du chemin de fer de Paris à Lyon, accompagné d'observations relatives à ce tableau.* L'auteur a particulièrement insisté sur les fièvres intermittentes dont la production se rattache aux divers travaux qui s'exécutent sur la ligne de ce chemin de fer.

Conclusions du rapport : remercier M. Devilliers de sa communication; déposer son mémoire aux archives. (Adopté.)

M. Cloquet entre dans quelques détails relativement à deux points indiqués d'ailleurs dans le travail de M. le d[r] Devilliers, et qui intéressent au plus haut point l'hygiène. Les travaux qui s'exécutent sur le parcours des chemins de fer deviennent une cause de maladie et particulièrement de fièvres intermittentes : 1° en remuant les terres; c'est là un inconvénient passager, qui ne dure que le temps nécessaire à la construction de la ligne; 2° en créant des sortes de marais d'eaux stagnantes. Ce dernier inconvénient est permanent; diverses mesures ont déjà été prises pour y obvier, mais il en reste encore à prendre; il faudrait que l'une des clauses arrêtées au moment de la cession d'une ligne fût l'obligation par les entrepreneurs de donner écoulement aux eaux accumulées.

— M. Depaul présente le cadavre d'un enfant nouveau-né chez lequel on remarque une des variétés de la *cyclopie*. Les deux frontaux ne constituent qu'une seule pièce osseuse. L'orbite unique, médian, renferme un globe oculaire, dont on voit la sclérotique et la cornée; on rencontre les vestiges de quatre paupières. Le nez manque. La bouche, rudimentaire, est réduite à un orifice étroit. D'ailleurs, aucun autre vice apparent de conformation. — M. Depaul fera connaître, dans la prochaine séance, les particularités qu'il aura constatées par la dissection de ce sujet.

— M. Maisonneuve présente un jeune homme auquel il a pratiqué la résection totale du maxillaire inférieur. La difformité est très légère; la déglutition et la parole nullement gênées. La langue n'a présenté ni immédiatement après l'opération, ni depuis, la moindre tendance à se renverser en arrière. Comme le périoste a été conservé en entier, on peut espérer qu'en s'épaississant, en s'ossifiant peut-être, il fournira aux muscles masticateurs, également ménagés, un point d'appui solide. Un dentiste américain se propose de construire, pour ce malade, un dentier artificiel.

M. Maisonneuve montre ensuite l'os maxillaire réséqué. On remarque une raréfaction considérable, surtout dans l'une de ses moitiés. Les lamelles osseuses semblent avoir été écartées par la production morbide qui y était logée. Cette production était purement fibreuse; la récidive ne semble donc nullement à craindre. (Nous publierons l'observation de ce malade dans notre prochain numéro.)

La séance est levée.

RÉCLAMATION.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai signalé à M. de Crozant deux erreurs commises par lui; *erreurs involontaires, sans doute*, avais-je dit en tête de ma réclamation. Je lui reprochais :

1° De ne faire trouver, dans l'existence de col de l'uretère, l'*explication* de la colique néphrétique;

2° D'avoir avancé, contrairement à mon récit, que les crises éprouvées par mon malade avaient été déterminées par la présence du gravier *dans l'uretère.*

La lettre du médecin de Pougues, insérée dans le dernier numéro de l'Union Médicale (8 mai), prouve combien mes plaintes étaient fondées. En effet, M. de Crozant, dans sa réponse, ne relève pas mon premier reproche; c'est en reconnaître la légitimité. En second lieu, il admet aujourd'hui que le calcul pouvait bien être dans *un des bassinets* (et il aurait pu ajouter : ou dans un des calices), *non dans l'uretère* par conséquent, quand il a provoqué d'assez fortes douleurs.

Je ne conteste pas à M. de Crozant le droit d'interpréter mon observation dans le sens de ses théories, mais qu'il veuille bien, à son tour, m'accorder celui de réclamer, quand les opinions et les faits qu'il me prête ne sont pas les miens.

Daignez agréer, etc.

J. Caillat,
Insp-adj. des eaux de Bourbon-l'Archambault.

Paris, le 9 mai 1856.

COURRIER.

MORT DE M. AMUSSAT.

Nous avons la douleur d'annoncer une nouvelle et cruelle perte que vient de subir la science et la profession médicales en la personne de notre célèbre confrère M. Amussat, mort hier, mardi, à une heure du matin, à sa maison de campagne de Passy, après quelques jours seulement de maladie.

M. Amussat, l'un des praticiens les plus répandus de la capitale, était membre de l'Académie impériale de médecine, chevalier de la Légion d'honneur, membre correspondant ou associé d'un grand nombre d'Académies et Sociétés savantes. Ses travaux en physiologie et en chirurgie sont nombreux et importans. Quoiqu'il ne se soit arrêté dans ses occupations que quelques jours avant sa mort, sa santé paraissait très affaiblie depuis quelque temps; mais, réfractaire aux observations et aux prières de sa famille et de ses amis, M. Amussat a persévéré jusqu'au bout dans cette vie d'activité épuisante du médecin occupé.

— L'Empereur a décidé, le 19 mars 1856, que les élèves stagiaires de l'École impériale et spéciale de médecine et de pharmacie militaires auraient droit à une gratification de première mise d'équipement, fixée à 500 fr.

L'allocation en sera fractionnée en deux portions de 250 fr. chacune, payables, la première, lors de l'admission de l'ayant-droit à ladite École, et la seconde à l'époque de sa nomination effective au grade de médecin ou de pharmacien aide-major de 2e classe. (*Monit. de l'Armée.*)

— Le conseil d'hygiène publique et de salubrité de la ville de Paris a nommé, dans sa séance du 10 de ce mois, M. Jobert de Lamballe, membre adjoint, en remplacement de M. Combes, nommé membre titulaire.

— M. le docteur Robert, membre de l'Académie de médecine, chirurgien de l'hôpital Beaujon, vient d'être nommé professeur titulaire de la chaire d'anatomie de l'École des Beaux-Arts, en remplacement de M. Émery, décédé. M. Robert était depuis plusieurs années le suppléant de M. Émery.

Errata. — Dans notre numéro du 10 mai, quelques fautes typographiques, qu'il importe de rectifier, se sont glissées dans le rapport de M. Bouvier sur la note de M. Duchenne :

Page 231, 3me colonne, 29me ligne, *au lieu de :* Abric, *lisez :* Abria. — Id., id., 30me ligne, *au lieu de :* premier ordre, *lisez :* deuxième ordre. — Id., id., 75me ligne, *au lieu de :* pénètre, *lisez :* pénètrent. — Id., id., 77me ligne, *au lieu de :* les muscles plus superficiels, *lisez :* les muscles les plus superficiels.

Pour toutes les nouvelles, Amédée Latour.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 60. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 17 Mai 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur AMÉDÉE LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. HYDROTHÉRAPIE : Des indications et des contre-indications de l'hydrothérapie. — II. HÉMATOLOGIE : De l'analyse quantitative des principes constituans du sang. — III. CHIRURGIE : Ablation totale de la mâchoire inférieure. — IV. PATHOLOGIE : De la nature de l'ictère typhoïde. — V. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale d'émulation de Paris* : Cas d'empoisonnement par les préparations de plomb. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Amussat.

HYDROTHÉRAPIE.

DES INDICATIONS ET DES CONTRE-INDICATIONS DE L'HYDROTHÉRAPIE ;

Par le docteur LUBANSKI, directeur de l'Établissement hydrothérapique du château de Longchêne, près Lyon.

« Il faut généraliser le plus possible les maladies, et » individualiser le plus possible les malades. »
(XIXe Aphorisme de HUFELAND.)

A voir ce que l'on écrit et à entendre ce qui se dit journellement sur l'opportunité et le mode d'application du traitement hydrothérapique, on demeure convaincu que ce traitement est loin d'être suffisamment connu des praticiens. La méthode hydrothérapique a été acceptée, on en reconnaît l'utilité, mais le degré de cette utilité est encore le sujet d'une controverse qui n'est pas sur le point de s'éteindre, parce qu'il y a beaucoup d'exagération dans les opinions opposées qui l'entretiennent.

Ce débat prend sa source dans une appréciation vicieuse du caractère général de l'hydrothérapie, qui, pour quelques médecins hydrothérapistes eux-mêmes, n'est qu'une méthode de perturbation ou tout au plus de révulsion périphérique. Il prend sa source aussi dans la manière d'étudier cette médication, et dans la préoccupation trop générale encore, due au système de la localisation des états morbides. Cela fait que les médecins, qui, de près ou de loin, examinent la valeur de l'hydrothérapie, cherchent à résoudre des questions mal posées et partant insolubles ; savoir : *Quelles sont les maladies dans lesquelles l'hydrothérapie peut réussir ? Quelles sont celles dans lesquelles elle est inutile ou nuisible? Quels sont les agens hydrothérapiques appliquables contre la gastralgie ? Quels sont ceux qui guérissent le rhumatisme, qui agissent plus spécialement sur une maladie donnée*, etc. Cette manière de procéder est éminemment contraire au bon sens pathologique quand il s'agit de maladies chroniques, elle est particulièrement en désaccord avec les vrais principes de l'hydriatrie ; car celle-ci ne peut, en aucune façon, se diviser ni s'adresser à un organe en particulier. Son action, d'abord et avant tout, est une action générale, et si ce n'est pas dans l'état général des malades qu'on cherche l'opportunité de ses applications, on peut être certain que la question des indications et des contre-indications attendra longtemps sa solution. Et il ne pourra pas en être autrement, parce que les faits affirmatifs et les faits négatifs se présentant sans cesse dans le même cadre des maladies, la clinique tombera forcément dans un dédale de contradictions dont aucun calcul statistique ne saura la faire sortir.

Pour éviter cet écueil, en hydrothérapie plus que partout ailleurs, il ne faut point individualiser les maladies, mais les malades, ainsi que l'a conseillé Hufeland, ainsi que l'ont recommandé tous les hommes qui ont véritablement compris la pathologie des maladies chroniques. Pour comprendre à sa juste valeur l'utilité de l'hydrothérapie, il faut étudier les traits généraux de cette méthode, les modifications qu'elle produit dans l'ensemble de l'économie, les transformations qu'elle opère dans l'organisme entier, les mouvemens qu'elle imprime à toutes les fonctions, et l'influence qu'elle exerce sur tous les actes de la vitalité. Il ne s'en suit pas cependant, que l'affection spéciale de chaque malade doive être absolument négligée et oubliée, que, dans l'application du traitement hydrothérapique, il ne faille en tenir compte d'aucune façon. Non. Mais il faut se garder d'en faire une question principale, et surtout il faut éviter d'en faire une condition de l'opportunité de ce traitement.

Je crois avoir inauguré, pour ce qui me concerne, le mode des recherches qui, seules, conviennent à l'hydrothérapie, dans ma publication de 1845, en l'étudiant spécialement au point de vue de son influence sur le sang. J'ai poursuivi le même genre d'investigations dans les *Études pratiques*, par mes expériences sur la sueur. Je n'ai point abandonné cette voie depuis ; l'*Examen physiologique de l'hydrothérapie*, et l'*Hydrothérapie comme méthode révulsive*, qui ont paru en 1851 et 1853, en fournissent le témoignage. Aujourd'hui, comme au début de ma carrière, après douze années de travail et d'observation assidue, je conserve la conviction que l'hydrothérapie ne pourra être comprise que par l'étude de son influence générale sur l'organisme, et que ses indications et ses contre-indications ne pourront être établies, qu'en ayant égard bien plus aux conditions individuelles des malades qu'aux conditions propres aux divers états morbides.

C'est en partant de ce point de vue, que je viens essayer aujourd'hui de résoudre la question des indications, et j'y arriverai, je l'espère, en prenant pour base une juste appréciation du rôle physiologique de la méthode qui m'occupe.

Quelle que soit la combinaison des divers moyens de l'hydriatrie, quel que soit leur mode d'application, les effets directs qu'ils produisent sont constamment les mêmes. Leur intensité peut varier, leur nature ne change point. Ces effets se traduisent par la perte plus ou moins considérable du calorique, et sa reproduction aux dépens de l'organisme ; par l'appel des liquides du centre à la périphérie ; et enfin par l'accroissement dans l'énergie des fonctions de la peau, depuis la simple excitation jusqu'à la transpiration la plus abondante.

Ces phénomènes n'existent pas isolément d'une manière absolue ; mais on peut, en variant le mode d'application des agens hydrothérapiques, donner la prééminence à l'un d'eux, et produire ainsi des modifications générales qui permettent de diviser l'hydrothérapie en méthodes reconstitutive, révulsive et dépurative. Je ne parle point des effets réfrigérans que l'application permanente du froid peut produire ; leur rôle est très important, à la vérité, dans le traitement des maladies aiguës, mais on ne recherche ces effets qu'accidentellement dans les affections chroniques, et ce sont les seules dont j'ai à m'occuper en ce moment.

La dépense du calorique, l'afflux des liquides du centre à la périphérie, et l'excitation des fonctions de la peau, forment donc un véritable trépied hydrothérapique, d'où découlent toutes les modifications physiologiques que cette méthode est susceptible de produire, et sur lequel reposent toutes les indications thérapeutiques auxquelles elle peut répondre.

Il serait donc superflu, dans l'état actuel des théories physiologiques généralement acceptées touchant la calorification, de reprendre ici *ab ovo*, tout ce qui se rapporte au mécanisme de cet important acte de la vitalité. Tout le monde admet que la chaleur animale est le résultat de la combustion de la substance organique par l'oxygène qui, dans l'acte de la respiration, pénètre dans le sang, et avec lui dans la trame de nos tissus. Tout le monde sait que le système nerveux, sous l'empire duquel sont placées la respiration, la circulation et la mutation de la matière organique, condition essentielle de la combustion, en est le modificateur fort important. Personne n'ignore non plus, que c'est l'alimentation qui est chargée de pourvoir à la perte incessante que nous fait éprouver l'action de l'agent comburant, et que, partant, elle est intimement liée aussi avec la calorification ; de même que les excrétions qui maintiennent l'équilibre dans la température produite. Ainsi

Feuilleton.

AMUSSAT.

Encore un nouveau deuil pour la famille médicale. Amussat meurt à 59 ans (il était né en 1797, à St-Maixent, département des Deux-Sèvres), après avoir payé un large tribut à la science, qu'il a toujours aimée, à l'art, qu'il a enrichi d'inventions précieuses et d'applications utiles. Je n'écris ici ni un éloge funèbre, ni même une notice nécrologique. Je ne saurais m'astreindre à la solennité de l'éloge, et des élémens essentiels me feraient défaut pour la notice. Ce sont quelques simples lignes consacrées à la mémoire du confrère distingué, qui fut un de mes premiers maîtres et qui m'honora toujours d'une bonne et solide amitié.

La célébrité commença de bonne heure pour Amussat. Il n'était encore qu'élève en médecine que ses cours particuliers de physiologie expérimentale et de médecine opératoire, avaient popularisé son nom. Ses cours, en effet, eurent un prodigieux succès. Il les accompagna de quelques publications qui eurent un grand retentissement et qui attirèrent sur le jeune Amussat l'attention du monde savant. Il a eu l'honneur insigne, et qui ne s'est jamais renouvelé depuis, d'avoir été appelé à faire partie de l'Académie de médecine, quoi qu'il n'eût pas encore reçu le titre de docteur. Sa nomination à cette compagnie savante date de 1823, et fut pour ainsi dire acclamée après la lecture de son beau mémoire intitulé : *Recherches sur l'appareil biliaire*, dans lesquelles il démontra l'existence d'une valvule spiroïde du col de la vésicule biliaire, qui, agissant à la façon de la vis d'Archimède, expliquerait pourquoi la bile peut remonter contre son propre poids dans ce réservoir. Le fait anatomique est resté ; l'explication physiologique, admise par les uns, est contestée par les autres. C'est le sort commun à peu près de toutes les explications.

La première publication d'Amussat remonte à 1822, et ce premier travail fit alors, et a fait depuis beaucoup de bruit. Il s'agissait d'une simple note *sur la possibilité de sonder l'urètre de l'homme avec une sonde tout à fait droite*. Cette démonstration a-t-elle eu sur la découverte de la lithotritie l'influence qu'Amussat a été naturellement porté à lui attribuer et que lui ont attribuée, d'ailleurs, des historiens respectables et autorisés ? J'ai garde de me prononcer sur ce point délicat. Toujours est-il que l'historien impartial ne peut s'empêcher de signaler cette coïncidence au moins singulière : démonstration par Amussat de la possibilité du cathétérisme rectiligne ; premières opérations de lithotritie faites avec des instrumens droits.

Avec les divers mémoires et travaux qu'Amussat a disséminés, soit dans les Académies, soit dans la presse, il eût pu faire un grand et bel ouvrage de chirurgie qui lui eût assuré peut-être plus de durée. L'activité de son esprit s'est portée, en effet, sur les points nombreux et les plus importans de la médecine externe. Les hernies, les hémorrhagies, les maladies des voies urinaires, les sutures intestinales, l'anus artificiel, les maladies de la matrice, l'introduction accidentelle de l'air dans les veines, etc., etc., sont les sujets sur lesquels Amussat a principalement exercé la sagacité de son esprit, et qu'il a souvent éclairés d'une vive lumière. C'est là un beau bagage scientifique qu'Amussat a eu le tort de ne pas colliger et d'éparpiller dans de minces brochures. Les livres déjà durent fort peu par cette immense production qui court ; mais les brochures n'ont que l'existence d'un jour, et deviennent après ce jour le désespoir des érudits et des bibliographes. Les mémoires d'Amussat sur la torsion des artères et sur l'introduction de l'air dans les veines ont été splendidement récompensés par l'Académie des sciences qui, plusieurs fois, l'a porté avec distinction sur les listes de présentation aux fauteuils vacans dans la section de médecine et de chirurgie.

Le rôle d'Amussat, à l'Académie de médecine, n'a pas été sans éclat. Il a pris notamment une grande part aux célèbres discussions sur la taille et la lithotritie, où il lutta presque seul contre la chirurgie dite encyclopédique, commandée, on sait avec quel art, quelle habileté et quelle influence, par M. Velpeau qui fit des prodiges de stratégie oratoire dans cette discussion mémorable, mais qui trouva dans Amussat un adversaire digne de lui, c'est tout dire ; sur l'introduction de l'air dans les veines, où il eut l'honneur de ramener à ses idées un illustre dissident, M. Cruveilhier, qui fit le loyal et noble aveu de sa conversion devant les expériences décisives d'Amussat ; sur l'emploi du chloroforme, discussion dans laquelle Amussat introduisit encore l'élément expérimental pour démontrer l'influence directe et rapide sur le sang de l'agent anesthésique.

Sans être doué de qualités oratoires brillantes, Amussat disait avec clarté et netteté ce qu'il avait à dire, il ne manquait ni d'élan ni de spontanéité, quelquefois il rencontrait des traits heureux, il parlait surtout avec une chaleur de conviction qui élevait le discours à une température convenable.

Amussat n'était ni chirurgien d'hôpital, ni chargé d'aucun enseignement officiel, ces deux grands élémens de la clientèle, et cependant Amussat était arrivé à une des plus belles pratiques chirurgicales de Paris. C'est là une exception rare, une sorte de phénomène dont on n'avait peut-être pas vu d'exemple depuis J.-L. Petit, car on sait que les grandes positions dans la pratique sont le privilége à peu près exclusif des professeurs et des chirurgiens d'hôpitaux. C'est qu'Amussat possédait les grandes qualités du praticien, et qu'à défaut des titres et des honneurs officiels qui imposent toujours au public, il lui montrait les soins, l'attention, le désir ardent de soulager et de guérir, la recherche minutieuse et qui plaît tant aux malades des moyens d'y parvenir, une sensibilité vraie pour leurs souffrances, une charité ingénieuse pour les adoucir. Amussat était un praticien par excellence. Aussi était-il un consultant très recherché. Ses conseils étaient heureux, imprévus, d'une sagacité rare, d'une ressource inespérée. Récamier, qui se connaissait en homme de ressources, lui confiait toute sa chirurgie. Ils ont obtenu l'un et l'autre, l'un avec l'autre, des succès éclatans, et dans des cas où l'art semblait avoir épuisé tous ses moyens d'action.

Opérateur brillant et habile, parce qu'il était profond anatomiste, Amussat a eu cependant la gloire et le courage que je dois signaler, d'être un chirurgien conservateur et *naturiste*. L'opération, l'ablation, l'excision, la résection et le reste, n'étaient pour lui qu'une ressource ultime à laquelle il n'arrivait qu'après les tentatives les plus variées et les plus désespérées. Aussi que de malades lui doivent la conservation

donc la respiration, la circulation, l'innervation, la nutrition, les sécrétions, tout concourt à la manifestation de ce phénomène, qui est ainsi l'expression finale de la plupart des fonctions.

Toucher à la calorification c'est donc toucher en quelque sorte au ressort de l'existence et faire retentir le mouvement qu'on lui imprime du côté des fonctions les plus importantes de l'économie. Placer l'organisme dans la nécessité de produire une plus grande dose de chaleur en l'exposant à des pertes réitérées du calorique, c'est d'abord accélérer la consommation de la matière organique, et, par cela même, activer le mouvement de décomposition ; c'est stimuler la respiration et l'oxygénation du sang qui en est la conséquence; c'est exciter la circulation et la mutation de la matière dans les dernières divisions des capillaires; c'est éveiller le besoin de réparation; et, enfin, impressionner indirectement l'innervation. C'est, en un mot, agir à l'aide d'un levier, d'une puissance sans égale, puisqu'il est à même de remuer l'organisation toute entière.

Il n'y a rien d'exagéré dans les paroles qui précèdent; et certes, quiconque, en observant de près les effets du traitement hydrothérapique, a cherché à s'en rendre compte, acceptera parfaitement la filiation des phénomènes, telle que nous venons de la présenter. En effet, tout le monde a annoncé, comme effets constans de l'hydrothérapie, l'accroissement des forces de la vie et l'éveil d'une énergie inaccoutumée du côté de toutes les fonctions. Tout le monde ne les a pas compris, il est vrai ; et si, pour quelques-uns, c'était le résultat mystérieux d'une action vivifiante de l'eau, *remède universel*, et pour d'autres un *coup de fouet* passager de la perturbation nerveuse, pour nous et pour tous ceux qui, dans l'étude des phénomènes thérapeutiques, prennent la physiologie pour base, est la conséquence inévitable de la soustraction de la chaleur animale, de sa reproduction, et partant, de la régénération organique générale.

La science a calculé, avec une rigoureuse exactitude, ce que chaque degré de chaleur perdue et reproduite fait perdre à l'économie de sa propre substance. En tenant compte de ces calculs, on doit affirmer que, dans le cours d'un traitement hydrothérapique, la consommation de la matière organique est fort considérable, et qu'elle ne serait pas sans inconvéniens si l'économie ne se trouvait pas en état de réparer ses dépenses par une alimentation réparatrice. C'est cet accord, cette proportion différente pour chaque malade, entre les facultés d'assimilation et le mouvement de décomposition, que le médecin hydrothérapiste doit surveiller avec la plus grande attention dans la direction du traitement. C'est dans l'appréciation de cette proposition que gît le talent de l'application, talent que l'expérience seule peut donner, et que les appareils les plus complets et l'eau la plus froide ne sauraient remplacer. Lorsque l'application du traitement est convenable, le double mouvement d'élimination et d'assimilation s'opère sans secousse ni danger, et le renouvellement organique, se produisant dans les liquides d'abord, ne tarde pas à s'étendre du côté de nos tissus, en opérant une véritable régénération de l'individu.

Dire ce qui précède, c'est déjà faire pressentir les innombrables indications que la méthode hydrothérapique reconstitutive peut remplir dans les maladies chroniques. Et quel est le médecin qui, en face de cette régénération organique, n'a pas déjà eu présent à l'esprit ces nombreux états diathésiques qui tiennent à une composition vicieuse de nos liquides ; ce cortége infini des maux de tout genre qui dépendent d'une disproportion entre les divers élémens de l'organisme ; ces affections sans nombre et sans noms qui reconnaissent pour cause la débilité congéniale ou la détermination acquise, soit par les mauvaises conditions hygiéniques, soit par les maladies antérieures, ou l'abus de certains médicamens. Et comment nommer ici, d'une manière spéciale, les états morbides dont il vient d'être question? Parler de l'anémie, de la leucémie, de la cachexie strumeuse ou paludéenne, de la chlorose ou de l'infection saturnine ou mercurielle, c'est dire à la fois trop et pas assez. Car l'opportunité, l'indication du traitement ne peut point être basée sur ces affections, dans lesquelles il peut réussir ou échouer, selon l'état général des individus qui en sont atteints.

En effet, pour obtenir la rénovation organique dont nous venons de parler, il faut la présence de certaines conditions, sans lesquelles elle ne peut point s'accomplir. L'accélération imprimée à la production de la chaleur éveille dans l'économie une série d'actes auxquels les organes sont obligés de répondre. Une dose plus grande d'oxygène doit être absorbée, la circulation doit le porter vers les divers points de l'économie, il faut donc que les voies respiratoires et l'appareil de la circulation se trouvent en état de suffire à ce surcroît d'activité. Or, lorsqu'un commencement de lésion anatomique du poumon, du cœur ou de gros vaisseaux, commande pour ces organes le repos, ce serait commettre une grave erreur que de soumettre le malade à un traitement dans lequel ce repos est impossible. Aussi, depuis que l'hydrothérapie existe, les conditions que je viens d'énumérer ont-elles été considérées comme des contre-indications à son emploi. Et, si dans ces derniers temps, les tentatives faites par un de nos confrères dans le traitement hydrothérapique de la phthisie pulmonaire, ont pu présenter un semblant de succès, ce résultat ne nous semble pas suffisant pour réformer à cet égard la règle généralement acceptée.

Toutefois, en fait de contre-indications concernant les affections des voies de l'air, il faut en excepter celles qui dépendent simplement d'une altération des fonctions de la peau ; beaucoup de maladies réputées bronchites chroniques ou catarrhes pulmonaires ne connaissent point d'autres causes; il faut distinguer également celles qui tiennent à une altération de nos liquides et le nombre en est aussi fort considérable. De même, lorsqu'il est question de maladies du centre de la circulation, il ne faut point comprendre dans cette exclusion les troubles fonctionnels dépendant d'un vice d'innervation et d'un défaut dans la densité du sang. Car toutes ces circonstances, loin de former un obstacle à l'emploi de l'hydrothérapie, se trouvent au contraire fort heureusement modifiées par son usage.

(La suite à un prochain numéro.)

HÉMATOLOGIE.

DE L'ANALYSE QUANTITATIVE DES PRINCIPES CONSTITUANS DU SANG (1) ;

Par M. le docteur Max. Parchappe, inspecteur général de 1re classe des établissemens d'aliénés.

(Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 29 avril 1856.)

Voici le résultat des recherches que j'ai faites pour obtenir, dans un certain nombre de cas déterminés, la proportion réelle de la fibrine au plasma.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 1er et 15 Mai.

APPRÉCIATION DE LA PROPORTION DU PLASMA PAR LA MÉTHODE DE LA DÉTERMINATION DU POIDS DU CAILLOT COUPÉ PAR TRANCHES ET ÉGOUTTÉ PENDANT VINGT-QUATRE HEURES.

Sang d'homme.		Proport. du plasma.	Proport. de la fibrine dans le sang.	Proport. de la fibrine dans le plasma.
Condition voisine de l'état de santé.	obs. 7,	350	3,03	8,65
État de maladie apyrét. et chroniq.	obs. 41,	500	1,94	3,88
	obs. 44,	330	4,22	6.29
	Moyenne			5,08
État de maladie pyrétique et aiguë.	obs. 42,	500	4,20	8,40
	obs. 43,	483	4,98	10,31
	Moyenne			9,35
Sang de femme.				
Condition voisine de l'état de santé.	obs. 8,	488	3,44	7,05
	obs. 9,	500	2,48	4,96
	Moyenne			6,00
État de grossesse	obs. 48,	390	3,77	9,66
État de maladie pyrétique et aiguë.	obs. 45,	343	10,73	31,18
	obs. 46,	330	3,71	10,12
	obs. 47,	669	7,37	11,01
	Moyenne			17,43

APPRÉCIATION DE LA PROPORTION DU PLASMA PAR LA MÉTHODE DE LA MENSURATION DU VOLUME DES GLOBULES SPONTANÉMENT SÉPARÉS DANS LE SANG DÉFIBRINÉ.

Sang d'homme.				
Condition voisine de l'état de santé.	obs. 2,	314	1,94	6,17
	obs. 4,	388	2,01	5,18
	obs. 7,	348	3,03	8,70
	Moyenne			6,68
État de maladie pyrétique et aiguë.	obs. 5,	382	3,83	10,02
	obs. 3,	322	8,40	26,08
	Moyenne			18,05
Sang de femme.				
État de maladie pyrétique et aiguë.	obs. 1,	423	5,96	14,09

D'après ces résultats, je serais porté à fixer, approximativement, entre 6 et 7 millièmes la proportion de la fibrine dans le plasma du sang voisin de l'état physiologique, et à admettre que le plasma contient normalement un peu plus de fibrine chez l'homme que chez la femme.

PROPORTION DE L'ALBUMINE ET DES AUTRES MATÉRIAUX PROVENANT DU SÉRUM, DANS LA TOTALITÉ DU SANG.

C'est d'après la quantité réelle du plasma, nécessairement moindre que la quantité de l'eau abandonnée par l'évaporation du sang tout entier, et d'après la proportion des matériaux solides du sérum, que la quantité des matériaux solides provenant du sérum peut être exactement calculée et que leur proportion réelle dans le sang peut être rigoureusement déterminée.

MM. Becquerel et Rodier ont reconnu la réalité et la portée des erreurs que comporte et rend inévitables la détermination, d'après les méthodes adoptées, de la proportion de l'albumine et des matières extractives et salines provenant du sérum, relativement à la masse totale du sang.

Ils ont fait remarquer « que tous ou à peu près tous les expérimentateurs ont renoncé à tirer la moindre conclusion des résultats de l'analyse relatifs aux parties solides du sérum. »

Ils ont conclu avec beaucoup de raison de leurs judicieuses réflexions sur ce point « que, si l'on veut connaître les influences générales qui

---

de leurs membres! Que de fois ne l'ai-je pas poussé à publier des faits éclatans dont j'ai été le témoin, et dans lesquels les blessures et les mutilations les plus graves qui, pour tous les consultans, exigeaient l'amputation immédiate, ont parfaitement guéri sans opération et grâce à son énergique insistance. Mais que de patience et de soins attentifs auprès de ses malades! Les irrigations continues ont fait des merveilles entre ses mains. Le taxis prolongé et méthodiquement institué a rendu maintes fois inutile l'opération redoutable et par d'autres déclarée urgente de la kélotomie. Ces résultats heureux que j'ai vus souvent, grâce à l'obligeance d'Amussat et à la connaissance qu'il avait de l'impression qu'ils produisaient sur moi, je devais les consigner ici, parce qu'ils sont, à mes yeux, les véritables titres de ce chirurgien à une célébrité légitime et aux justes regrets que sa mort nous inspire.

Amussat était un esprit chercheur, curieux des choses utiles, inventif et prompt à improviser des ressources quand celles de l'art faisaient défaut. Il avait à lui des procédés de pansement, des bandages particuliers, des moyens d'application d'appareils d'une ingéniosité rare et qui seraient rapidement entrés dans la pratique générale si Amussat les eût produits dans une clinique officielle. Ils deviendront l'héritage de quelques-uns de ses élèves, et plus légitimement de celui de son fils, qui se prépare à porter avec honneur un nom cher à la science et à l'humanité.

Me voilà naturellement porté, après avoir parlé du savant et du praticien, à dire quelques mots de l'homme que nous avons perdu, homme excellent, toujours prêt à obliger, d'une amitié chaude et sûre, charitable et aumônieux, bienveillant et tolérant, encourageant la jeunesse et le travail, qui trouvèrent toujours en lui un protecteur et un appui. Qui n'a pas pénétré dans l'intérieur d'Amussat ne sait pas à quel point il portait l'amour, le culte, le respect de la famille ; il ne sait pas non plus quelles pures et douces jouissances l'homme le plus absorbé par les exigences professionnelles peut trouver au foyer domestique. Quelle tristesse, quelle douleur, quel vide l'absence d'Amussat va produire dans cette famille si belle et si unie! Quelle inéluctable affliction pour le vieux père d'Amussat, vieillard nonagénaire, qu'Amussat entourait des soins les plus tendres, et qui, dans ce moment encore, abusé par de pieux mensonges, ignore l'affreuse nouvelle de la mort de son fils!

Dieu me garde d'oublier les chaudes sympathies d'Amussat pour toutes les questions, pour toutes les manifestations qui touchaient aux intérêts professionnels. C'était ce qu'on pouvait appeler un heureux de ce monde et de notre profession, mais son bonheur ne le rendait pas égoïste, et parce qu'il ne souffrait pas, il ne niait pas les souffrances confraternelles. Que de bonnes œuvres dont le secret s'ensevelit dans son tombeau! Un des premiers, il adhéra au congrès médical, un des premiers, il fit partie de l'Association de prévoyance, un des premiers, il encouragea notre cher et honoré confrère Dumont (de Monteux), dans sa pieuse idée de la fondation d'une maison de retraite pour les médecins vieux et infirmes.

Amussat était aimé de ses confrères, et chéri de ses malades. On l'a bien vu tout à l'heure à l'empressement de la foule attristée qui assistait à ses obsèques. La vaste église de Saint-Germain-des-Prés était littéralement remplie de médecins, d'amis, d'hommes du monde. L'Académie de médecine y était représentée par une députation nombreuse, à la tête de laquelle marchaient son président et son secrétaire perpétuel. Le deuil était conduit par M. Amussat fils.

Après la cérémonie religieuse, le corps a été porté au cimetière de l'Est. C'est M. Larrey qui a prononcé le discours sur la tombe d'Amussat, au nom de l'Académie.

Je parlais de bonheur, de célébrité, de succès; hélas! tout cela cache un piége; on ne l'obtient qu'en usant sa vie, on meurt quand on croit le tenir. Ainsi vient de finir notre bon et cher ami. De quoi est-il mort? se demandait-on de toutes parts. Eh mon Dieu! il est mort d'épuisement. Dans cette vie dévorante de praticien répandu, les ressorts de la vie se détendent tous les jours un peu; arrive un moment où, à l'occasion du plus léger phénomène pathogénique, l'organisme tout entier, n'ayant plus ni réaction ni forces, s'affaisse et se prostre, tout se détraque et s'écroule.

Amussat est une nouvelle victime du travail et du dévouement.

Amédée Latour.

COURRIER.

Par suite du décès de M. Vidal (de Cassis), M. Cullerier est nommé chirurgien de l'hôpital du Midi.

M. Morel-Lavallée, déjà chirurgien de Lourcine, prend le service laissé vacant par M. Cullerier dans cet hôpital; M. Jarjavay est nommé chirurgien de Lourcine, et M. Giraldès, chirurgien de l'hospice des Enfans-Trouvés.

— La mort récente du docteur Valleti, qui s'était rendu à Sassari (Piémont) pour traiter les cholériques, et à la famille duquel il n'a été accordé que 200 fr. d'indemnité, a été l'objet d'une pétition présentée à la chambre des députés de Turin par un de ses membres, M. le docteur Bottero. Plusieurs orateurs distingués ont pris la parole pour appuyer cette pétition. Ils ont établi que la loi qui accorde des pensions aux veuves et aux ayant-droit des militaires morts en activité de service devrait être, avec toute justice, appliquée aux familles des médecins qui succombent dans l'exercice de leurs professions pendant une épidémie. La pétition a été prise en grande considération, et il y sera fait droit lorsqu'on discutera le budget des pensions.

— M. le docteur Duchesne-Duparc ouvrira son cours public sur les maladies de la peau, mardi prochain 20 mai, à sa clinique de la rue Larrey, n° 8, près l'École de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivans, à 11 heures précises du matin.

Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

ERRATA. — Dans notre numéro du mardi 13 mai, deux erreurs typographiques se sont glissées dans la publication du mémoire de M. Lecadre. Ainsi, page 233, 2me colonne, 41me ligne, *on lit :* ne sont pas, *au lieu de :* ne sort pas. — Page 234, 1re colonne, 58me ligne, *on lit :* l'application, *il faudrait lire :* l'explication.

Traité pratique des maladies des yeux, par W. Mackenzie, chirurgien-oculiste de S. M. B., professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow, chirurgien de l'hôpital ophthalmique de la même ville ; traduit de l'anglais avec notes et additions, par S. Landois, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, et G. Richelot, docteur en médecine. — Un fort vol. in-8°.

semblent présider en quelque sorte à la composition du sérum et aux variations de ses parties solides, ce n'est qu'en comparant ce liquide à lui-même, et en rapportant constamment les résultats à 1,000 qu'on pourra obtenir des nombres susceptibles d'être comparés les uns aux autres. »

Si MM. Becquerel et Rodier avaient étendu jusqu'à la fibrine et aux globules, ces vues si pleines d'exactitude et de portée, il auraient rendu parfaitement inutile la publication, encore opportune bien que si tardive, de vues et de recherches dont j'ai exposé les principes et les principaux résultats, il y a déjà un grand nombre d'années, dans mes leçons de physiologie.

La méthode généralement adoptée pour l'analyse quantitative du sang a introduit dans les résultats en ce qui concerne la proportion de l'albumine et des autres principes solides du sérum dans le sang, des erreurs similaires et corrélatives à celles que j'ai indiquées, en ce qui concerne la proportion des globules.

L'évaluation de l'albumine et des matériaux solides du sérum dans la totalité du sang, a été fictivement obtenue dans ces analyses, au moyen d'un calcul consistant à déterminer le chiffre de ces principes d'après la quantité de l'eau évaporée et d'après la proportion des matériaux solides du sérum.

Evidemment dans cette évaluation on augmente artificiellement la proportion de l'albumine et des autres principes du sérum dans le sang, d'un chiffre égal à celui que le calcul donne pour la quantité des matériaux solides proportionnelle à l'eau d'évaporation des globules.

Cette quantité fictive dont on augmente ainsi la proportion de l'albumine et des principes du sérum dans le sang est précisément égale à la quantité non moins fictive dont on a diminué la proportion des globules.

Pour une évaluation exacte de la proportion de l'albumine et des principes du sérum dans le sang, il serait nécessaire de prendre comme point de départ une détermination préalable de la proportion des globules et du plasma.

Les principales analyses ont donné, pour la proportion de l'albumine et des matières extractives et salines provenant du sérum dans le sang, les résultats suivans :

	sur 1,000 parties de sang.		
	Albumine.	Matières extractives et salines.	Parties solides provenant du sérum.
Dumas et Provost.	69,0	11,0	80,0
Lecanu	67,8	10,9	78,7
Denis.	60,0	23,1	83,1
Nasse	74,0	12,5	86,5
Becquerel et Rodier.	70,0	10,0	80,0

Si l'on cherche à corriger l'erreur nécessairement introduite par la méthode dans les résultats, à propos des chiffres moyens obtenus par MM. Dumas et Prevost, comme j'ai essayé de le faire précédemment pour le chiffre des globules, on sera conduit à diminuer la proportion des matériaux albumineux extractifs et salins du sang de 31 millièmes et à ramener, par conséquent, le chiffre de cette proportion de 80 à 49 millièmes, savoir : 42 millièmes 26 d'albumine et 6 millièmes 74 de matières extractives et salines.

D'après mes expériences de 1840, dans lesquelles j'ai cherché à éviter cette erreur d'évaluation en calculant la proportion des matériaux solides du sérum, d'après la quantité réelle du sérum, déterminée par la méthode de la pesée du caillot égoutté, la proportion des matières solides provenant du sérum, relativement à la totalité du sang, a été en moyenne :

Chez 12 hommes. . . . 48 sur 1,000 de sang.
Chez 7 femmes. . . . 50 d° d°.

RÉSUMÉ.

De toute cette discussion, il résulte que l'analyse quantitative des matériaux composans du sang n'offre un véritable intérêt au point de vue des applications physiologiques et pathologiques, et ne peut être considérée comme exacte, même au point de vue chimique, que, lorsque s'appuyant sur la détermination de la quantité réelle des deux parties constituantes du sang, les globules et le plasma, elle évalue les proportions des matériaux composans, en rapportant ces matériaux, non pas à la masse totale du sang, mais bien à celle des deux parties constituantes du sang, à laquelle ces matériaux appartiennent réellement. Pour avoir négligé cette base essentielle de toute analyse rationnelle du sang, les méthodes habituellement employées ont introduit dans les résultats des inexactitudes et des erreurs qui ont vicié les faits d'analyse de manière à diminuer sensiblement leur valeur intrinsèque comme expression de la nature propre à chaque sang et plus sensiblement encore leur valeur comparative.

Ainsi dans chaque analyse et pour chaque espèce de sang, ces méthodes, en diminuant artificiellement la quantité des globules et en augmentant dans le même rapport la quantité des matières albumineuses, extractives et salines provenant du sérum, altèrent la proportion réelle des principes constituans du sang, et donnent une idée inexacte de sa composition.

En négligeant de rapporter la quantité absolue de la fibrine à la partie du sang qui la contient exclusivement, ces méthodes ne fournissent pas la solution de la véritable question d'analyse quantitative, à savoir quelle est la proportion de la fibrine au plasma. Et en rapportant la quantité absolue de la fibrine à la masse du sang, elles font concevoir une idée fausse de la composition du plasma.

Ces altérations artificielles des proportions réelles des matériaux composans du sang dans chaque résultat analytique, sont certes de nature à infirmer d'une manière positive la valeur des déductions qu'on a pu faire sortir de ces faits comparés entre eux.

Mais cette valeur comparative est encore diminuée en ce que l'importance des erreurs et des inexactitudes, introduites dans chaque fait, varie d'un fait à l'autre en raison même de l'inégalité du rapport de quantité réelle entre les globules et le plasma.

D'après les résultats d'analyse quantitative des matériaux du sang, qui ont été publiés par divers expérimentateurs, et qui s'éloignent peu de ceux que MM. Dumas et Prevost ont obtenu, et que MM. Andral et Gavarret ont pris pour point de départ dans leurs études physiologiques et pathologiques, on devrait concevoir le sang moyen de l'état de santé comme constitué ainsi qu'il suit, en ce qui touche la proportion de ses principaux matériaux.

Le sang serait composé sur 1000 parties de 790 parties d'eau et de 210 parties de substances solides.

La somme des substances solides se répartirait de cette manière :

Globules.		127
Fibrine		3
Albumine du sérum.	69	80
Matières extractives et salines. . . .	11	
		210

En d'autres termes :

Eau	790
Matériaux solides des globules.	127
Matériaux solides du plasma.	83
	1,000

En admettant que les globules secs soient aux globules humides dans le rapport de 1 à 3,4, cette analyse attribuerait au sang moyen pour proportions, en poids, de ses parties constituantes, 431 de globules, 569 de plasma.

La reconstruction du sang moyen de MM. Dumas et Prevost, dans ses parties constituantes réelles, d'après les données mêmes de la méthode employée, donnerait les résultats suivans :

Globules secs, 127 + 31, chiffre de la quantité fictive de matériaux solides du sérum attribués à l'eau d'organisation des globules		158
Fibrine		3
Albumine du sérum.	42,26	49
Matières extractives et salines.	6,74	
		210

En d'autres termes :

Eau	790
Matériaux solides des globules	158
Matériaux solides du plasma	52

Et la proportion des globules humides au plasma, dans ce sang, donnerait 537 pour les globules, 463 pour le plasma.

Les expériences que j'ai faites d'après la méthode ordinaire, modifiée au moyen de la détermination de la quantité relative des globules humides et du plasma, par le poids du caillot coupé par tranches et égoutté, donnent les résultats suivans :

Moyenne de 12 analyses.

Sang d'homme.	
Eau du sang	768
Matériaux solides du sang, desséchés.	232
Proportion des globules frais et de la fibrine évalués par le poids du caillot égoutté	529
Proportion du sérum.	471
Proportion de l'albumine et des matières extractives et salines dans le sérum.	103

RÉPARTITION PROPORTIONNELLE DANS LA TOTALITÉ DU SANG, DE SES PRINCIPES COMPOSANS, D'APRÈS LES RÉSULTATS DES ANALYSES.

	Eau.	Matériaux solides desséchés.
Globules secs, diminués de 3 millièmes pour la proportion moyenne de la fibrine sèche dans le sang.	181,0	» 181
Eau d'organisation des globules diminuée de 7,2 pour l'eau de la fibrine. . .	340,8	340,8 »
Quantité des globules humides	521,8	
Fibrine sèche.	3,0	» 3
Eau d'évaporation	7,2	7,2 »
Albumine, matières extractives et salines, sèches	48,0	» 48
Eau d'évaporation du sérum et de ces matériaux.	420,0	420,0 »
Quantité du plasma.	478,2	
Proportion de l'eau et des matériaux solides secs dans la totalité du sang.	768,0	232

521,8 de globules humides, d'après la proportion de 3,4 à 1, n'auraient dû produire que 153,4 de globules secs.

Moyenne de 7 analyses.

Sang de femme.	sur 1,000
Eau du sang	794
Matériaux solides du sang, desséchés.	206
Proportion des globules et de la fibrine humides évaluée par le poids du caillot égoutté.	490
Proportion du sérum.	510
Proportion de l'albumine et des matières extractives et salines desséchées, dans le sérum.	98

RÉPARTITION PROPORTIONNELLE.

	Eau.	Matériaux solides desséchés.
Globules secs, diminués de 3 millièmes de fibrine sèche	153,0	» 153
Eau d'organisation des globules diminuée de 7,2 pour l'eau de la fibrine . . .	329,8	329,8 »
Quantité des globules humides.	482,8	
Fibrine sèche.	3,0	» 3
Eau d'évaporation	7,2	7,2 »
Albumine, matières extractives et salines	50,0	» 50
Eau d'évaporation du sérum et de ses matériaux.	457,0	457,0 »
Quantité du plasma.	517,2	
Proportion de l'eau et des matières solides desséchées dans la totalité du sang.	794,0	206

482,8 de globules humides, d'après la proportion de 3,4 à 1, n'auraient dû produire que 142 de globules secs.

Ces résultats ont été plutôt confirmés qu'infirmés par ceux que j'ai obtenus dans une série de recherches entreprises de 1845 à 1848, au moyen de la méthode de détermination directe du rapport des globules au plasma par leur séparation spontanée dans le sang défibriné, méthode pour le perfectionnement de laquelle le temps d'abord et depuis les occasions m'ont manqué.

Ils conduisent à faire admettre que, dans le sang à l'état physiologique, la quantité des globules humides est en poids à peu près égale à la quantité du plasma, plus considérable chez l'homme dans le rapport de 520 à 480, plus faible chez la femme dans le rapport de 483 à 517.

La proportion des globules secs, d'après cette détermination de la quantité relative des globules humides et du plasma, devrait être estimée à 153 chez l'homme et à 142 chez la femme, si les globules secs sont aux globules humides dans le rapport de 1 à 3,4.

Les résultats des analyses ont fourni, en moyenne, 181 pour le sang d'homme, 153 pour le sang de femme.

La quantité de la fibrine dans le plasma serait, d'après mes expériences, pour le sang voisin de l'état physiologique, dans le rapport de 6 à 8 sur 1,000.

La proportion des matières albumineuses, extractives et salines provenant du sérum, dans la totalité du sang, serait de 48,5 chez l'homme, de 50 chez la femme.

Mais tous ces résultats n'ont, en définitive, qu'une valeur approximative.

Pour arriver à une détermination rigoureuse de la composition du sang et pour obtenir des faits qui puissent être considérés comme une source pure d'inductions comparatives exactes, il est indispensable de recourir à une méthode d'analyse qui prenne pour point de départ la détermination de la quantité réelle des globules humides et du plasma. C'est la démonstration de cette nécessité que j'ai eue surtout pour but en publiant des travaux qui, en tant qu'ils sont propres à mettre cette nécessité en évidence, n'ont pas perdu tout intérêt malgré leur ancienneté.

Jusqu'à ce qu'on ait pu réussir à peser exactement les globules humides, non altérés et complétement séparés du plasma, les méthodes d'évaluation par la détermination du poids du caillot, ou du volume des globules, auront une valeur provisoire, et devront servir à éviter ou à corriger les erreurs qui dérivent nécessairement des méthodes d'évaluation fondées sur le principe erroné qui assimile au sérum l'eau cédée par la totalité du sang au moyen de la dessiccation.

Les déterminations fournies par mes expériences doivent être absolument trop fortes en ce qui concerne la quantité proportionnelle des globules, et trop faibles en ce qui concerne la quantité proportionnelle des matériaux albumineux, extractifs et salins provenant du sérum. Car la méthode qui consiste à évaluer la proportion des globules par le poids du caillot, bien que coupé par tranches et égoutté pendant vingt-quatre heures, attribue à tort aux globules humides la portion indéterminable de sérum qui demeure encore retenue par le caillot même après cette filtration.

Mais je crois que l'erreur introduite par cette imperfection de la méthode dans les résultats doit être considérée comme assez faible; et il est certain qu'en tous cas elle est beaucoup moins considérable que celle qui résulte, dans les méthodes ordinaires, de l'assimilation de toute l'eau des globules humides à du sérum.

D'autre part, la méthode, malgré son imperfection réelle pour une détermination absolue de la quantité des globules dans chaque sang en particulier, a l'avantage, à mon avis, incontestable, de rendre les faits comparables, la section des caillots par tranches et leur égouttement sur un filtre pendant une même période de temps, ayant pour résultat de supprimer autant que possible dans les divers caillots l'inégalité qu'ils présentent naturellement quant à la proportion de sérum par eux retenue au moment de la coagulation.

Les vues et les résultats exposés dans ce mémoire, tout en appelant l'introduction d'une méthode plus exacte dans les nouvelles recherches qui seront faites sur les proportions relatives des principes composans du sang, sont dès à présent de nature à jeter quelque lumière sur quelques points encore obscurs de l'histoire physiologique et pathologique du sang, et notamment sur les proportions de la fibrine dans l'état de santé et de maladie.

Les applications qui peuvent en être faites aux résultats jusqu'alors obtenus par le concours de tant de savans expérimentateurs, seront l'objet d'un second mémoire, si, comme je l'espère, l'Académie ne juge pas indigne de son attention ces recherches sur un sujet si difficile et si important.

CHIRURGIE.

ABLATION TOTALE DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE ;

Observation présentée à l'Académie des sciences, le 12 mai 1856,

Par M. le docteur Maisonneuve, chirurgien de l'hôpital de la Pitié.

M. Maisonneuve présente à l'Académie un jeune homme auquel il a pratiqué, le 15 avril dernier, l'ablation totale de la mâchoire inférieure pour une énorme tumeur fibreuse développée dans l'intérieur de ces os.

Outre l'intérêt que cette opération hardie présente par elle-même, puisque c'est la première fois qu'elle est pratiquée dans les hôpitaux de Paris, elle est encore remarquable par la promptitude merveilleuse de la guérison, par la perfection du résultat et surtout par le bonheur avec

lequel l'habile opérateur a pu conserver complétement le périoste, de sorte qu'il ne serait pas impossible, ainsi qu'il résulte des beaux travaux de M. Flourens, que l'os ne vînt à se reproduire. Voici les détails de cette opération :

Tramat (Jérôme), âgé de 33 ans, vint à l'hôpital de la Pitié, le 11 avril 1856, consulter M. Maisonneuve, pour être traité d'une affection grave de la mâchoire inférieure. Cette affection, dont le malade faisait remonter l'origine à plus de huit ans, avait débuté par le côté droit de la mâchoire. Elle se manifesta d'abord par un gonflement diffus sur le trajet du corps de l'os; puis les gencives se tuméfièrent; les dents, repoussées de bas en haut, devinrent vacillantes et finirent par tomber. A leur place, on vit paraître une tumeur dure, comme fibreuse, qui envahit peu à peu l'intérieur de la bouche, pendant que, de son côté, l'os continuait à grossir et formait relief à l'extérieur. Tout cela s'accomplissait lentement et sans douleur, de sorte que le malade ne s'en préoccupait que médiocrement. C'est seulement depuis dix-huit mois que la gêne de la déglutition et de la parole, jointe à la difformité hideuse de son visage, l'engagèrent à se soumettre à un traitement régulier. Pendant un an environ, il fut soumis à l'usage de préparations mercurielles, iodurées, sulfureuses, etc., sans que la marche du mal fût en rien modifiée. C'est alors que, sur les conseils des médecins de son pays, il se décida à venir à Paris consulter les maîtres de l'art. Tous furent d'avis que l'existence était gravement menacée et qu'une opération seule pouvait offrir au malade des chances de salut.

La maladie envahissait alors la presque totalité de l'os maxillaire; seulement, elle avait à droite un développement beaucoup plus considérable. De ce côté, son relief extérieur égalait au moins le volume du poing. A l'intérieur, elle refoulait la langue et le voile du palais, et remplissait la plus grande partie de la cavité buccale. Du côté gauche, elle était beaucoup moins saillante; mais il était facile de reconnaître qu'elle s'étendait jusqu'à la base de la branche verticale de l'os.

Dans tous ses points, la tumeur était ferme et résistante; à l'extérieur, elle avait la dureté osseuse, tandis que dans l'intérieur de la bouche, elle donnait plutôt la sensation du tissu fibreux. Sa face gingivale, entièrement dépouillée de dents molaires, offrait un sillon profond dans lequel s'engageait l'arcade dentaire. En avant, au contraire, et à gauche, les dents étaient complètes et seulement un peu déviées de leur direction normale. Les tégumens muqueux et cutanés n'offraient aucune altération, ils glissaient facilement sur la tumeur. Aucun engorgement n'existait du côté des ganglions, et la santé générale était excellente.

Tel était l'état des choses, lorsque le 15 avril, M. Maisonneuve procéda à l'opération.

Le malade étant soumis au chloroforme, M. Maisonneuve incisa verticalement la lèvre inférieure sur la ligne médiane, et, continuant l'incision horizontalement du côté droit, il divisa profondément les parties molles jusqu'au devant du masséter. Dans un deuxième temps, il divisa l'os maxillaire sur la ligne médiane, au moyen de la scie à chaîne; puis, avec le bout du doigt et l'extrémité mousse de ciseaux courbes, il détacha les parties molles tant à l'extérieur qu'à l'intérieur, en ayant soin d'enlever en même temps le périoste; ce temps fut long et laborieux, à cause du volume de la tumeur et de la saillie qu'elle faisait du côté de l'arrière gorge.

Dans un quatrième temps, M. Maisonneuve fit basculer l'os pour amener en avant l'apophyse coronoïde; mais celui-ci, devenu trop fragile par suite de la distension de ses fibres, se brisa au-dessous de l'apophyse. M. Maisonneuve, saisissant alors celle-ci avec un davier, l'attira en avant, divisa le tendon du crotaphite et du ptérygoïdien externe avec des ciseaux courbes, et termina cette première partie de l'opération en extrayant le condyle.

Le plus difficile était fait; l'autre portion du maxillaire, bien qu'altérée profondément, était loin d'offrir la même tuméfaction. Aussi l'habile opérateur ne crut-il pas nécessaire d'inciser les parties molles extérieures. Après avoir divisé la muqueuse gingivale en dedans et en dehors de l'arcade dentaire, il énucléa l'os de son périoste, divisa d'un coup de bistouri le nerf mentonnier; puis, quant au masséter et au ptérygoïdien interne, il les déchira près de leur insertion, avec le bout du doigt indicateur. Faisant ensuite basculer l'os pour attirer en avant l'apophyse coronoïde, il divisa, avec des ciseaux courbes, le tendon du temporal et celui du ptérygoïdien externe, et, par un brusque mouvement d'arrachement, il termina l'opération.

L'extirpation de la moitié latérale droite avait exigé trois ligatures, celle de la moitié gauche n'en réclama aucune. Quelques bourdonnets de charpie furent seulement introduits dans l'espèce de cul-de-sac correspondant au condyle, puis on procéda au rapprochement des parties.

Par excès de prudence, et bien que la langue n'eût aucune tendance à se porter en arrière, M. Maisonneuve crut devoir passer un fil à la base du frein, puis il rapprocha les deux moitiés de la lèvre, ainsi que les deux bords de la plaie horizontale du côté droit, avec des points de suture entortillée, sur lesquels on fixa le fil qui retenait la langue.

Immédiatement après le pansement, le malade put avaler sans trop de peine quelques gorgées d'eau et de vin sucrés; cependant, on crut devoir opérer l'alimentation pendant les deux premiers jours avec la sonde œsophagienne.

Les suites de cette grave opération furent d'une simplicité inespérée. C'est à peine si le malade eut la fièvre traumatique; la réunion de la plaie extérieure se fit par première intention dans les neuf-dixièmes de son étendue. Dès le deuxième jour, on put retirer les bourdonnets de charpie de l'intérieur; le quatrième jour, on enleva les épingles; dès lors, la guérison parut assurée, et en effet, elle ne s'est point démentie.

Aujourd'hui, quatre semaines seulement se sont écoulées depuis l'opération, et la guérison est tellement parfaite, qu'on a vraiment peine à croire à tout ce qui s'est passé; le visage, de monstrueux qu'il était, est devenu régulier et même gracieux; l'œil le plus exercé a peine à y retrouver les traces d'une légère cicatrice. Les mouvemens de la bouche sont conservés intacts. La langue a recouvré tous ses mouvemens; la parole est nette et facile; la déglutition s'opère sans obstacle, et déjà même, à la place de l'os maxillaire, on voit qu'il se développe un tissu dense et résistant, qui, grâce à l'entière conservation du périoste, pourrait bien, plus tard, subir la transformation osseuse.

Description de la pièce anatomique. — La pièce anatomique représente la mâchoire inférieure tout entière, complétement dépouillée de son périoste. On y remarque aux condyles, aux angles et à l'apophyse coronoïde des portions de fibres musculaires appartenant aux masséters, aux deux ptérygoïdiens et aux crotaphites.

Du côté droit, cet os forme une tumeur du volume du poing, constituée par la présence d'une production fibreuse qui s'est développée dans son intérieur, et en a écarté les fibres au point de les réduire à une couche mince et transparente. Du côté gauche, l'altération est moins avancée; cependant l'os a triplé de volume, et la production fibreuse s'est creusée, dans toute l'étendue de la portion horizontale, un long canal de 2 à 3 centimètres de diamètre.

Le tissu de la production morbide est essentiellement fibreux, sans aucun mélange de corpuscules cancéreux, épithéliaux ou fibro-plastiques.



(Fig. 1.)



(Fig. 2.)

Figure 1re. — Maxillaire inférieur entier. *AC* tumeur; *B* dent molaire; *DF* coque osseuse de la tumeur; *E* boursouflure sur le maxillaire gauche; *G* dent canine droite déplacée.

Figure 2me. — Côté droit du maxillaire scié dans sa longueur; *AA* coque osseuse; *B* jetées osseuses pénétrant la tumeur; *C* tumeur fibreuse coupée en deux.



(Fig. 3.)


(Fig. 4.)

Figure 3me. — Côté gauche du maxillaire scié dans sa longueur; *A* coque osseuse; *B* jetées osseuses pénétrant la tumeur; *C* coupe de la tumeur.

Figure 4me. — Portrait au daguerréotype du malade, trois semaines après l'opération.

PATHOLOGIE.

DE LA NATURE DE L'ICTÈRE TYPHOÏDE;

Par le professeur Lebert.

L'école de Vienne regarde cette maladie comme une atrophie du foie, et lui donne le nom d'atrophie aiguë jaune du foie. Elle a tort. Il est vrai que cette altération pathologique se rencontre souvent et doit avoir de l'influence; mais les cas où elle manque ne sont pas rares. Elle fait défaut surtout dans la marche rapide de la maladie; plus celle-ci est intense et détermine tôt la mort, plus aussi on a de chances à ne pas trouver l'atrophie du foie. Elle peut même manquer lorsque la mort n'arrive que dans la deuxième ou troisième semaine. Il est donc impossible qu'elle soit le point de départ de la maladie. D'ailleurs, cette atrophie viendrait on ne sait d'où, ni comment; on ne découvre aucune des causes capables d'amener ce résultat. La destruction partielle des cellules hépatiques, admise par Hanfield-Jones, Budd et d'autres, n'est ni aussi étendue qu'on se plaît à le dire, ni aussi significative, car M. le professeur Lebert l'a rencontrée dans différentes affections du foie, sans atrophie et sans les symptômes de l'ictère typhoïde. Néanmoins, cette lésion ne doit pas être négligée. La diminution du volume du foie, ainsi que la destruction des cellules hépatiques, ne sont que des résultats, des conséquences d'une autre altération plus profonde, et proviennent, en dernière analyse, d'un ralentissement considérable des fonctions du foie, par suite d'une diminution ou d'une suspension de la sécrétion biliaire.

Cette maladie a beaucoup de ressemblance avec la fièvre jaune, et certains cas présentent une analogie complète avec cette dernière. Cependant, on ne peut la lui assimiler; car il manque la cause miasmatique spéciale et l'extension épidémique ordinaire de la fièvre jaune; de plus, il n'y a que des cas choisis qui offrent cette similitude; tandis que l'ictère typhoïde présente toutes les nuances de transition à l'ictère bénin et à la maladie grave traînée en longueur, formes qui manquent complétement à la fièvre jaune.

L'ictère typhoïde a un point commun avec le typhus ictérique et la fièvre typhoïde bilieuse; c'est l'altération de la sécrétion biliaire manifestée par l'ictère. Mais ces trois maladies ont d'autres ressemblances profondes qui les séparent l'une de l'autre.

Il est donc le plus probable, pour M. Lebert, que cette maladie se range dans les intoxications du sang, à côté de l'urémie, par exemple. C'est une cholémie dont on pourrait rechercher la cause par analogie, dans la rétention, dans le sang, et peut-être dans la décomposition des matériaux qui forment la bile. Comme cette explication n'est encore qu'à l'état d'hypothèse non encore démontrée directement, M. Lebert préfère, aux termes d'ictère toxique, toxémique, cholétaxique, etc., celui d'ictère typhoïde, qui ne préjuge rien de la nature de la maladie, et n'indique que les phénomènes saillans.

Il faudrait des expériences précises pour tirer au clair ce sujet: M. Lebert avait commencé à les faire, lorsque des travaux analogues ont été publiés par Dusch. Voici les résultats annoncés par cet observateur. 1° Le sang et l'urine des ictériques ne contient que parfois, outre la matière colorante de la bile, des quantités de sels à acides biliaires, sensibles à nos réactifs. 2° La bile de bœuf et probablement celle de l'homme et d'autres animaux a la propriété de dissoudre les globules du sang, du pus et les cellules hépatiques. 3° Elle doit ce pouvoir au glycocholate et au taurocholate (cholate) de soude. 4° La bile de bœuf filtrée, injectée dans les veines d'un lapin, détermine d'ordinaire une mort instantanée, avec des accidens tétaniques. A l'autopsie on trouve des déchirures des capillaires pulmonaires. 5° Des dissolutions de glycocholate et de taurocholate de soude ont la même action; seulement le premier ne produit pas de ces déchirures dans le poumon. 6° On peut injecter dans les veines d'un chien des quantités assez considérables de bile de bœuf filtrée et de glycocholate de soude, sans faire naître des accidens notables. 7° L'injection d'une dissolution de taurocholate de soude, au contraire, entraîne la mort avec des phénomènes d'asphyxie et avec des déchirures du poumon. 8° Des solutions de taurine, injectées dans les veines de chiens et de lapins, sont innocentes. 9° On ne peut encore dire si les sels à acides biliaires, contenus dans le sang d'ictériques, sont capables de faire naître des symptômes cérébraux. 10° Les symptômes cérébraux, observés dans certains cas d'ictère aigu mortel, coïncident souvent, mais pas toujours, avec l'atrophie jaune du foie. 11° Celle-ci, quand elle existe, résulte de l'imbibition de cet organe par la bile, qui dissout les cellules hépatiques. 12° L'atrophie aiguë jaune naît très probablement d'une paralysie des canaux biliaires et des vaisseaux lymphatiques du foie. — (*Archiv. f. path. anat. phys. u. Klin. med.*, t. VIII, nos 2 et 3.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS.

Séante à la Faculté de médecine.

Séance du 2 Février 1856. — Présidence de M. Herpin (de Genève).

M. Barth a vu récemment un cas d'empoisonnement par les préparations de plomb, qui présente quelques particularités intéressantes :

Le malade n'avait travaillé le plomb que pendant deux mois; il était, il est vrai, occupé à mettre en tonneaux les pains de céruse, et, conséquemment, plongé sans cesse, pendant son travail, dans un nuage de poussière plombique.

La maladie avait débuté d'emblée par la forme dite encéphalopathie saturnine; le sujet était plongé dans une espèce de coma, ce qui fait qu'on ne put tirer de lui aucun renseignement; on ne sait pas encore s'il avait été soumis à quelques mesures préventives. On obtint un mieux temporaire au moyen des purgatifs, révulsifs, bains sulfureux et savonneux; mais bientôt, et sans être complétement sorti de son état de stupeur, le malade succomba.

A l'autopsie, on trouva la surface du cerveau généralement pâle, les circonvolutions tassées, aplaties, la substance grise décolorée, sans autres lésions. A l'analyse, le pharmacien de l'hôpital a trouvé du plomb dans la substance cérébrale.

On doit surtout remarquer ici la rapidité de l'intoxication, sa gravité, eu égard au peu de temps pendant lequel le malade avait été soumis aux émanations plombiques. Du reste, il y a un an ou dix-huit mois, un cas semblable s'était déjà présenté dans le même hôpital.

M. Barth conclut de ces faits que, comme individus, comme membres du corps médical, nous devons tous lutter contre l'emploi du plomb.

M. Larrey, après avoir fait ressortir les avantages de la substitution du zinc au plomb dans les usages industriels, ajoute qu'en médecine même, cette substitution est souvent très heureuse; c'est ainsi que M. Barruel a préparé un sparadrap au zinc qui dispose beaucoup moins que l'ancien aux petites inflammations de la peau.

M. Herpin fait honneur à M. Noël Guéneau de Mussy de cette idée de préparer un diachylum au zinc, et raconte comment elle lui est venue :

Un cautère qu'il portait au cou, en même temps qu'il prenait les Eaux-Bonnes, ne pouvait être pansé avec le diachylum ordinaire, sans qu'il en résultât une coloration noire fort désagréable de la nuque. C'est pour obvier à cet inconvénient qu'il fit préparer un sparadrap au zinc.

M. Mandl demande à M. Barth par quel procédé on rechercha le plomb dans le cerveau du malade dont il communique l'observation. A-t-on traité la substance par le lavage ou l'incinération? Cette question a de l'importance, en ce qu'il faudrait établir si le plomb était contenu dans le sang ou dans la pulpe cérébrale même.

M. Barth, ne s'attendant pas à parler de ce malade à la Société, ne s'est point enquis de ces détails; il croit cependant que le plomb devait être contenu dans la substance cérébrale elle-même.

Séance du 1er Mars 1856.

M. Herpin fait part à la Société du résultat de ses recherches sur l'emploi du chlorate de potasse dans les stomatites, soit ulcéreuses ou ulcéro-membraneuses, soit mercurielles. M. Blache et quelques autres médecins des hôpitaux, qui ont expérimenté ce traitement, en ont obtenu de si bons résultats, que le chlorate de potasse serait presque le spécifique de la stomatite mercurielle. La dose est de 4 à 10 et même 12 grammes dans les vingt-quatre heures. On peut s'élever à cette dose sans observer d'effets physiologiques. Les effets thérapeutiques ne s'en produisent pas moins. La guérison a lieu ordinairement en trois ou quatre jours. Un confrère de province a écrit à M. Herpin qu'il en a obtenu d'excellens effets.

M. le Secrétaire général rend compte de l'état des rapports de la Société médicale d'émulation avec les Sociétés et les auteurs qui lui adressent leurs travaux; il est prié d'entretenir ces rapports.

Le secrétaire général, Dr J. Fournet.

Précis des maladies du foie et du pancréas; par V.-A. Faucounau-Dufresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies du département de la Seine, lauréat de l'Académie impériale de médecine et de l'Institut de France, membre de la Société de médecine de Paris et d'autres Sociétés savantes; chevalier de la Légion d'honneur.

Librairie centrale de Napoléon Chaix et comp., éditeurs, rue Bergère, 20, 1856. Un volume de 500 pages, format anglais, élégamment cartonné, 5 fr.; dans les départemens, *franco*, 6 fr. 50 c.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 61. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 20 Mai 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départements
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. HYDROTHÉRAPIE : Des indications et des contre-indications de l'hydrothérapie. — II. REVUE GÉNÉRALE : Méthode Seutin dans les hernies. — Cétalisation du chloroforme. — Chlorate de potasse contre la stomatite mercurielle. — Formule de l'eau balsamique de Vienne. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Cancer encéphaloïde du rein, d'un volume énorme, développé chez un enfant de trois ans et demi. — Sur le son tympanique dans la pneumonie du sommet. Discussion. — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON : Influence hygiénique et morale de l'instruction.

HYDROTHÉRAPIE.

DES INDICATIONS ET DES CONTRE-INDICATIONS DE L'HYDROTHÉRAPIE (1) ;

Par le docteur LUBANSKI, directeur de l'Établissement hydrothérapique du château de Longchêne, près Lyon.

La rénovation organique ne pouvant pas avoir lieu sans que l'alimentation vienne réparer incessamment la déperdition, il va sans dire que toute affection des premières voies, qui formerait un obstacle absolu à une alimentation suffisante, constituerait par cela même une contre-indication à l'emploi de l'hydrothérapie. Mais c'est ici surtout qu'il faut prendre à la lettre le mot d'*obstacle absolu*, car la plupart des troubles de la digestion cèdent promptement sous l'influence du traitement hydriatrique. J'en ai vu beaucoup dont les symptômes offraient toute la gravité d'une affection organique, et dont l'hydrothérapie a complètement triomphé.

Enfin, la première condition de l'influence régénératrice que doit exercer l'application de la méthode reconstitutive de l'hydriatrie, étant la *réaction*, c'est-à-dire, la réparation, la reproduction de la chaleur enlevée, on conçoit que toute circonstance qui, directement ou indirectement, s'opposerait à cette réparation, qui empêcherait la réaction, formerait, par cela même, une contre-indication à l'emploi du traitement. Outre les conditions dont nous venons de parler et qui dépendent de l'état particulier de la respiration, de la circulation et de la digestion, il faut encore noter ici les anorexies complètes du mouvement. L'exercice musculaire est un auxiliaire fort important de la réaction, et, lorsqu'il est impossible, celle-ci est infiniment plus difficile à obtenir. Mais j'entends par l'exercice, non seulement la locomotion, mais tout mouvement où la contractilité musculaire est mise en jeu. Aussi, ai-je parlé tout à l'heure des anorexies complètes. La contre-indication n'existe plus lorsqu'il s'agit de paraplégies incomplètes qu'on observe si souvent dans les congestions chroniques de la moelle épinière dans quelques cas d'anémie, dans les affections hystériques et quelquefois dans les maladies des organes génito-uri-

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 mai 1856.

naires. Ici le mouvement est difficile mais possible, la contractilité musculaire n'est pas entièrement perdue ; les frictions et le massage viennent, d'ailleurs, y suppléer et aider à la réaction. Quoi qu'il en soit, outre toutes les circonstances qui précèdent, il est des cas où la calorification s'accomplit avec une difficulté extrême. Nous avons vu des malades chez lesquels, malgré l'intégrité de tous les organes, le calorique soustrait se reproduisait avec beaucoup de peine, ou, s'il se reproduisait, c'était par des efforts tellement violens et avec un trouble général si manifeste, qu'évidemment l'application du traitement hydrothérapique offrait chez eux plus d'inconvéniens que d'avantages.

Les cas de ce genre forment, à la vérité, une très rare exception, surtout dans un traitement convenablement dirigé et lorsque l'énergie des moyens est rigoureusement proportionnée à la force individuelle de chaque malade, lorsque la progression est suivie pour ce qui concerne le choix et la durée des applications, ainsi qu'à l'égard de la température de l'eau employée. Toutefois, je le répète, ces dispositions réfractaires existent. A quoi tiennent-elles ? Je l'ignore. Mais je puis affirmer que, loin de tenir à un état de force ou de faiblesse générale, elles semblent plutôt être l'apanage de certains tempéramens nerveux excessivement prononcés. Évidemment le système nerveux, et peut-être un état spécial de l'électricité organique, y jouent un grand rôle. Mais, s'en prendre à ce genre de causes, c'est reculer la difficulté sans la résoudre.

Nous nous arrêtons là dans cette esquisse générale des indications et contre-indications de l'hydrothérapie, en tant que méthode reconstitutive. Il nous reste à examiner la même question sous deux points de vue encore : au point de vue de la révulsion et à celui de la dépuration que cette méthode est susceptible de produire. En parlant des effets directs que les divers moyens hydriatriques produisent, nous avons indiqué comme résultat constant et indispensable de la réaction, l'afflux des liquides vers la périphérie. La turgescence et la coloration de la peau en donnent la preuve, et la répétition fréquente de ces phénomènes opère, du côté de la peau, un état de fluxion permanent qui constitue une puissante diversion, une révulsion périphérique des plus remarquables. L'influence curative de cette diversion est journellement constatée dans ce vaste groupe d'états morbides dans lesquels les congestions d'organes profonds forment l'élément principal ou accessoire de la maladie.

Lorsqu'on étudie avec quelque suite les affections chroniques, on acquiert la conviction que la congestion complique la plupart du temps la situation des malades. Les preuves anatomiques confirment à chaque autopsie la vérité de cette assertion. L'injection sanguine des divers organes, dont les fonctions ont été troublées pendant la vie, est presque constamment notée. Souvent cet état congestif constitue la seule modification que l'examen cadavérique permet de découvrir. Et qu'y a-t-il d'étonnant qu'il en soit ainsi, lorsqu'on sait que tant de causes diverses peuvent la faire naître et entretenir. La composition anormale de nos liquides, l'état de la circulation et de la nutrition organique, les divers troubles de l'innervation dénaturant l'activité des nerfs moteurs des vaisseaux capillaires, et accélérant ainsi ou ralentissant la progression des liquides dans ces vaisseaux, les obstacles mécaniques venant du dehors ou dépendant de l'état particulier de différens organes ; tout peut contribuer à produire la congestion qui, selon l'importance du siége qu'elle occupe, peut se traduire par des symptômes fort variés. Du côté du cerveau et de la moelle épinière, elle peut simuler des affections organiques les plus sérieuses ; au cœur, au poumon, dans les viscères du bas-ventre, elle peut donner lieu à des phénomènes de la plus grande gravité, et dont le diagnostic est parfois fort difficile. La révulsion est alors la base de toute méthode curative, et celle produite par l'hydrothérapie est une des plus salutaires dont la thérapeutique puisse disposer. Cette révulsion, en effet, s'opère du côté de la peau, point d'élection pour toutes les révulsions de longue durée, selon les principes établis ; élection légitimée par la situation extérieure de cette membrane, par la grande quantité de sang qu'elle peut recevoir, par l'impunité avec laquelle on peut l'y appeler et maintenir, et enfin par l'antagonisme naturel qui existe entre la périphérie et le centre. Toute la question serait donc de savoir si l'appel des liquides vers la surface, fait par les agens hydriatriques, est suffisant, si la révulsion ainsi produite offre plus ou moins d'avantages que celle qui peut se faire par d'autres agens révulsifs. Nous sommes autorisés à l'affirmer en face des résultats journaliers de la pratique. D'ailleurs, le grand avantage de l'hydrothérapie, c'est que les mêmes moyens qui affecteront la révulsion agissent comme dépuratifs en excitant l'exhalation cutanée, et comme reconstitutifs par la soustraction du calorique. Il en résulte des effets préventifs et curatifs à la fois qui assurent le rétablissement des malades. Nous avons étudié cette question avec les détails qu'elle comporte dans notre mémoire *sur la méthode révulsive*, nous ne pouvons

Feuilleton.

STATISTIQUE MÉDICALE.

INFLUENCE HYGIÉNIQUE ET MORALE DE L'INSTRUCTION.

« Toute question de morale est une question d'hygiène. »
DIDEROT.

L'UNION MÉDICALE a publié, dans le numéro du 24 avril dernier, un article de *statistique médicale* extrait d'un ouvrage de M. le docteur Lisle. Cet article, qui promet un livre intéressant, renferme cependant des assertions graves par leur portée, mais qui, heureusement, ont besoin d'être modifiées pour être exactes.

Il est dit dès le début de l'article :

Qu'il a été incontestablement démontré par M. Guerry que les crimes sont d'autant plus fréquens, dans chaque département, que l'instruction y est plus répandue ;

Que le suicide s'accroît également avec l'instruction ; ce qui proteste avec une « grande énergie contre la direction qui a été donnée à l'enseignement sous le règne de Louis-Philippe, etc. (1). »

Quelle que soit la pensée intime de l'auteur, la conclusion que la plupart des lecteurs tireront de ses paroles, c'est que, d'après la statistique, les crimes augmentent avec l'instruction !

Cette croyance, contraire à la vérité, serait funeste à plus d'un titre. Pour les uns, elle servirait d'appui à de funestes tendances ; pour le plus grand nombre, elle tendrait à mettre en doute ou la valeur de l'instruction comme élément d'hygiène et de civilisation, ou la valeur de la méthode statistique.

Il importe donc, je crois, de ne pas laisser les lecteurs dans ce pénible dilemme, et cela nous sera facile, même sans sortir des considérations d'hygiène et de physiologie sociale, les seules qu'il nous soit permis d'agiter ici.

(1) Nous remarquerons, par esprit d'équité, que les résultats précités, déjà trouvés tous deux par M. A.-M. Guerry, sur des documens antérieurs à 1830 ne peuvent, en conséquence, être rapportés à l'action de ce gouvernement.

En effet, la statistique elle-même est en mesure, aujourd'hui, de démontrer que non seulement l'instruction, si heureusement progressive en France, n'a pas augmenté le nombre des crimes, mais que, au contraire, les criminels se recrutent, relativement, en plus grand nombre dans les classes illettrées que dans celles des lettrées.

Enfin, nous pouvons démontrer aussi que la plupart des autres élémens de l'hygiène suivent les progrès de l'instruction.

I. L'INSTRUCTION EST UN ÉLÉMENT DE MORALISATION.

Les crimes diminuent avec l'instruction. — L'ouvrage de M. A.-M. Guerry, sur lequel s'appuie le docteur Lisle, est trop ancien pour servir à apprécier sainement l'influence de l'instruction, puisqu'il n'a pour base qu'une seule et courte période fournie par les trois dernières années de la Restauration. Le rapport fait à l'Académie des sciences sur cet ouvrage, en lui donnant des éloges mérités, en a signalé le défaut, ou, pour mieux dire, en a pressenti l'insuffisance :

« Il résulte (de cette partie de l'ouvrage de M. Guerry) que l'instruction n'exerce, *quant à présent*, aucune influence sensible sur le nombre des crimes commis : conclusion qui semblerait infirmer une opinion généralement admise, *mais qui pourra elle-même être infirmée plus tard par de nouvelles observations.* » (Guerry, p. IX.)

En effet, par le temps où il écrivait, cet estimable auteur était hors d'état d'apprécier les effets de l'impulsion plus vigoureuse donnée à l'instruction primaire depuis 1830 ; et le résultat de cette impulsion est venu prouver combien était sage la réserve du rapport académique ; car « de nouvelles observations sont venues infirmer » une conclusion anticipée ; et ces nouvelles observations nous sont fournies par un récent et très bon travail que le ministère de la justice a publié en 1850, avec un résumé des vingt-cinq années antérieures, qui nous met à même d'apprécier le mouvement moral de la France dans une assez longue période (1825-1850). Ce travail fait le plus grand honneur à M. Arondeau, chef de bureau, par les soins duquel il a été exécuté, et au ministre Abbatucci, qui en a ordonné la publication. C'est ce relevé officiel que M. A. Guillard a compulsé pour établir dans son remarquable ouvrage (1) le progrès moral de la France depuis 1825 ; et c'est dans ce dernier travail que nous allons nous-même prendre à pleines mains.

Nous voyons d'abord que, de 1825 à 1845, la population s'est accrue de 0,102 (10 p. 100), et que le nombre des faits répressibles jugés depuis ces vingt années n'a pas augmenté dans cette proportion : il ne s'est accru, accusés et prévenus, que de 0,094 (9 p. 100) ; et encore cet accroissement est dû *tout entier* aux préventions, car les accusations ont diminué loin d'avoir augmenté ; et dans la période 1841-1845, le nombre des crimes dénoncés *est moindre* qu'en 1826-1830.

Voilà un premier témoignage juridique du progrès général de la moralité, progrès parallèle à celui de l'instruction en France ; les hommes s'instruisent, ils s'améliorent.

Voyons si les détails confirment ce premier aperçu.

Le nombre des Français (conscrits) ne sachant ni lire ni écrire a diminué *régulièrement* depuis la période 1826-30 jusqu'à celle de 1846-50. Il a diminué de 25 p. 100. Si donc l'instruction est sans effet sur la moralité, le changement de rapport qui a eu lieu entre le nombre des citoyens lettrés et des citoyens illettrés, doit se retrouver entre le nombre des accusés lettrés et des accusés illettrés. Or, au lieu de diminuer de 25 p. 100, le nombre des accusés illettrés n'a diminué que de 16 p. 100. Ainsi, ces derniers se soustraient moins que les autres aux suggestions perverses. Ce fait important ressort d'une manière plus éclatante encore du tableau suivant emprunté à M. Guillard :

France.	1826-30.	1846-50.
Habitans adultes (15 ans et au delà)	22,200,000	25,700,000
— illettrés	13,820,000	9,300,000
— lettrés	8,380,000	16,400,000
Accusés (moyenne annuelle)	7,130	7,430
— illettrés	4,350	3,780
— lettrés	2,780	3,650
Un accusé illettré sur	3,180 hab.	2,460 hab.
— lettré sur	3,020 hab.	4,500 hab.
Accroissement proportionnel des accusés illettrés		+ 0,228
Diminution proportionnelle des accusés lettrés		— 0,490

(1) *Démographie comparée*, page 233 et suivantes.

qu'y renvoyer nos lecteurs. Le seul point de vue sous lequel nous ayons à l'envisager ici, est celui des indications et des contre-indications qu'elle présente. Les premières ressortent déjà de ce qui précède; quant aux secondes, elles sont fort rares. Quelques affections de la peau, que tout contact d'eau froide exaspère, sont à peu près les seules qui forment un obstacle à l'application du traitement dans le but de la révulsion. De plus, il est des organisations particulières, organisations dans lesquelles les capillaires des tégumens paraissent si peu développés, qu'aucun moyen hydrothérapique ne peut les congestionner suffisamment. Il va sans dire que, dans ces cas exceptionnels, les révulsifs ordinaires doivent avoir la préférence. Souvent j'ai eu à me louer de les avoir associés à l'hydrothérapie.

Un des effets de l'hydrothérapie, avons-nous dit, effet non moins puissant que ceux qui viennent de nous occuper, est son action sur la peau. Il ne s'agit plus ici de la simple congestion de cette membrane, mais bien de l'influence que la fluxion périphérique doit inévitablement exercer sur l'exhalation cutanée, et de l'abondante transpiration que certains agens de l'hydriatrie peuvent produire.

Nous croyons émettre une opinion à l'abri de toute contestation en disant que, depuis que l'hydrothérapie est connue, l'attention des médecins s'est portée, plus que cela n'a eu lieu autrefois, vers le rôle que joue la peau au point de vue de la pathologie et de la thérapeutique. On a reconnu à combien de désordres peut conduire la suppression des fonctions de cette membrane, à combien d'états morbides peut remédier le retour à l'état normal de cette fonction. Aussi, dans l'opinion générale des praticiens, c'est à son action sur la peau que l'hydrothérapie est surtout redevable des résultats qu'elle produit. Sans nous associer d'une façon absolue à cette manière de voir, nous convenons qu'une grande partie des succès hydrothérapiques est réellement due à l'énergie qu'elle imprime aux fonctions des tégumens. Il est difficile de penser autrement lorsqu'on étudie attentivement l'influence du traitement hydriatrique. Par quelle étrange circonstance alors, quelques-uns de nos confrères en hydrothérapie rejettent-ils d'une façon à peu près générale l'emploi du maillot, et par quelle bizarre confusion le remplacent-ils si souvent par l'usage des étuves, dont l'action est tout à fait différente?

Quiconque a observé et comparé les résultats de ces deux moyens sudorifiques ne peut point rester dans le doute à cet égard. En effet, déjà le choix entre deux moyens, quelque semblables que puissent paraître leurs résultats définitifs, ne peut pas être indifférent, lorsqu'un d'eux produit un trouble marqué dans les différentes fonctions, tandis que l'autre laisse ces fonctions dans le repos le plus complet. Dans la transpiration produite par l'élévation de la température du corps, soit à l'aide d'une lampe à esprit de vin, soit à l'aide d'un courant d'air chaud, la circulation est tellement troublée, et l'afflux des liquides vers les parties supérieures est tellement manifeste, que ceux même qui préconisent ce procédé de sudation signalent la syncope parmi les épisodes très fréquens de l'usage de ce moyen. Rien de pareil n'arrive quand on emploie le maillot hydrothérapique, dont le seul inconvénient, la durée, se réduit en définitive à une dépense de temps et de patience de la part du malade et du médecin. Mais à part cela, la transpiration provoquée par l'étuve et celle obtenue par le maillot sont-elles les mêmes? Les partisans de l'étuve n'ont pas cherché à le constater. Or, nous croyons que de même que dans l'emploi de différens purgatifs, le produit de l'élimination diffère quant à sa nature, de même que quelques diurétiques ne produisent qu'une plus abondante excrétion d'eau sans augmenter la quantité de matières solides contenues dans l'urine; de même les divers moyens de faire transpirer ont, sous ce point de vue, des résultats différens. Edwards, cité par Muller dans son *Traité de physiologie*, établit parfaitement cette distinction.

Il résulte de ces expériences qu'il y a une grande différence entre ce qui dépend de l'action vitale de la peau, et ce qui tient simplement à l'évaporation physique. Le produit de celle-ci, dit-il, est de l'eau presque pure, tandis que la transpiration organique entraîne des matières animales. Et n'est-ce pas une simple évaporation physique que cette diaphorèse instantanée qui s'établit dans un milieu sec et chaud? La peau exhale-t-elle alors les gaz qui doivent s'en échapper, élimine-t-elle la dose suffisante des sels et des matières animales? Approchez-en seulement un papier à réactif et vous vous convaincrez déjà du contraire; et vous conclurez que la sudation à la lampe, moyen très commode sans contredit, doit être réservée comme une ressource exceptionnelle lorsqu'il s'agit d'obtenir des effets dépuratifs par la sueur.

Vouloir énumérer toutes les indications dans lesquelles l'emploi de l'hydrothérapie, en tant que méthode sudorifique, doit trouver son application, c'est toucher à la pathologie de presque toutes les affections chroniques. Sans parler ici de la peau comme organe d'hématose, ni comme régulateur de la calorification destinée à maintenir l'équilibre dans la production du calorique vital, envisageons-la en sa qualité d'un des principaux émonctoires de l'économie, et voyons quel peut être, à ce seul point de vue, son rôle dans la pathologie et la thérapeutique.

(*La fin au prochain numéro.*)

REVUE GÉNÉRALE.

MÉTHODE SEUTIN DANS LES HERNIES.

On pourrait appeler cette méthode débridement sous-cutané sans instrument tranchant; au lieu de se servir, comme M. J. Guérin, d'un instrument tranchant pour diviser l'aponévrose et les piliers du canal herniaire, M. Seutin les distend progressivement et les déchire à travers la peau avec le doigt.

Voici comment procède M. Seutin : Le malade est couché sur le dos et placé dans une position convenable, le bassin beaucoup plus haut que les épaules, afin que la masse intestinale puisse tirailler par son poids sur la partie herniée. Les genoux sont fléchis, et le corps est légèrement incliné du côté opposé à celui où l'accident s'est produit. Le chirurgien s'assure que la hernie, habituellement réductible, ne peut être restituée dans ses rapports normaux par le taxis modéré et continu. Il cherche ensuite avec le doigt indicateur d'une main l'ouverture qui a donné passage à l'intestin, en prenant la peau d'assez bas et la refoulant, afin de ne pas être arrêté par sa résistance. Il introduit l'extrémité du doigt entre le viscère et l'orifice herniaire (anneau fibreux ou éraillure aponévrotique qui produit l'étranglement). Pour y parvenir, il a soin de déprimer avec la pulpe de ce doigt, l'intestin ou l'épiploon, de manière à pouvoir pénétrer lentement entre la partie herniée et l'anneau. Ce temps de l'opération demande de la persévérance, car, au premier abord, il semble impossible d'y parvenir. Alors on recourbe l'indicateur en crochet, et on exerce sur l'anneau une traction suffisante pour en rompre quelques fibres. Cette rupture est annoncée par un craquement très sensible au doigt, parfois même à l'oreille. Lorsque l'on ne parvient pas à obtenir ce craquement significatif des fibres, on leur fait subir une extension continue et forcée, qui, en les distendant au delà de leur ressort d'élasticité naturelle, suffit généralement pour déterminer la cessation de l'étranglement. Cette manière d'agir est surtout applicable au ligament de Gimbernat, plus difficile à accrocher et à déchirer que le pourtour de l'anneau inguinal. Le temps de l'opération exige quelquefois le déploiement d'une force considérable et fatigue le doigt indicateur assez fortement. Dans la hernie inguinale, ce n'est pas sur le ligament de Poupart que doit avoir lieu la traction avec le doigt; celle-ci doit être exercée de dedans en dehors et de bas en haut. C'est dans les hernies crurales, qui semblent, en raison des élémens qui les constituent, devoir se prêter moins à cette manœuvre, que l'auteur a le plus souvent employé sa méthode.

Si l'étroitesse de l'orifice qui a livré passage à la hernie, offrait un obstacle sérieux à l'introduction du doigt — ce qui n'a généralement pas lieu — M. Seutin conseille une petite incision à la peau, pour y faire passer le manche d'une spatule ou tout autre instrument à extrémité mousse et arrondie, qui offre assez de résistance pour déchirer les fibres aponévrotiques.

En généralisant trop, comme on le fait ordinairement pour les moyens thérapeutiques, on perd les meilleures choses. M. le professeur Seutin n'est pas tombé dans ce défaut; aussi convient-il qu'il y a des exceptions à l'application de sa méthode, et qu'il faudra, dans quelques cas, recourir à la kélotomie (étranglement dans le cas d'adhérences anciennes qui rendent l'introduction du doigt impossible, ou bien encore, quand il y a lieu à présumer une gangrène de l'intestin).

Plusieurs objections ont été faites à la méthode de M. Seutin. Celui-ci, désirant éclairer les praticiens sur leur valeur, les passe toutes en revue. Les a-t-il toutes détruites avec un égal bonheur? Nos lecteurs en jugeront.

Que pourrait-on attendre de ce procédé de réduction des hernies dans le cas d'étranglement par le collet du sac? Voici la réponse de M. Seutin : Ou bien le sac est récent, et alors son collet n'est pas encore épaissi et n'est pas susceptible de déterminer un étranglement; ou bien il est ancien, et alors il adhère lui-même à l'anneau et aux parties situées en dehors de lui, et il faudrait détruire ces adhérences pour qu'il pût entrer. Ce fait ne se rencontre que dans les hernies anciennes et irréductibles, et alors la kélotomie est indispensable. M. Seutin ne nie pas pourtant que, même en dehors de cette circonstance, la rentrée en bloc et l'étranglement interne ne soient possibles; mais ce sont des faits très rares, dont on ne doit pas tenir compte, surtout en présence des nombreux insuccès de l'opération sanglante. Du reste, cette même objection a été faite au taxis modéré et continu; pourtant l'application de celui-ci lui a donné les plus beaux résultats, et jamais, par son emploi, il n'a vu survenir cette rentrée en bloc dont on cherche à faire un épouvantail. Ce qui n'a pas lieu par le taxis, n'aura pas lieu davantage par la méthode proposée.

La rupture des fibres aponévrotiques est-elle toujours possible? M. Seutin répond que ceci est un fait d'expérience que chacun peut constater sur le cadavre. — Mais le résultat de la violence proposée s'obtient-il aussi aisément sur le vivant?

Ne pourrait-on pas, par les efforts du doigt, blesser, contondre l'intestin? Ce danger n'est pas à craindre, d'après l'auteur, quand on opère méthodiquement. En effet, le doigt est coiffé

Ainsi, sous la Restauration, il y avait un accusé lettré sur 3,000 habitans, et, au moment où expire le gouvernement de 1830, il n'y en a plus qu'un sur 4,500.

Le mouvement est inverse pour les accusés illettrés; c'est de plus en plus parmi eux que les coupables se recrutent.

Il apparaît donc clairement ici que, bien loin qu'on puisse accuser l'instruction d'augmenter le nombre des crimes, c'est à ses progrès qu'on doit de le voir diminuer, puisque c'est exclusivement parmi les lettrés qu'il diminue. Il augmente, au contraire, chez les illettrés. La civilisation, qui est le progrès des élus, est funeste à ceux qui restent en arrière!

Ces importans résultats prouvent que, si un certain nombre des départemens les plus instruits fournissent beaucoup de prévenus, cette coïncidence a sa source dans d'autres causes, qu'une analyse statistique plus complète fait apercevoir. C'est ainsi que l'agglomération des populations facilite en même temps et l'instruction et les délits; il y a une cause déterminante, commune aux deux effets, il n'y a pas, entre eux, relation de cause à effet.

Telle encore une grande accumulation de richesse, une plus âpre concurrence, une plus grande activité dans les passions....., etc. Ces instincts plus vifs de bien-être qui sont le propre de certaines races et de toutes les grandes villes, ont pour résultat général d'augmenter l'ardeur du travail et celle que la majorité apporte à s'instruire; mais un petit nombre, *se recrutant de plus en plus chez les déshérités*, sont poussés au crime par les mêmes passions, et peut-être encore plus souvent par le désespoir d'une lutte inégale, etc.

Quoi qu'il en soit, il est avéré que, dans les départemens instruits et criminels, c'est un même concours de circonstances qui en même temps facilite l'instruction du plus grand nombre, surexcite les passions et multiplie ainsi tous les phénomènes de l'activité sociale, travail, richesse, joie, mais aussi peine, misère, crimes, suicides. Il y a peu de doute que, s'il y avait une statistique des actes de dévouement, de vertu, ces mêmes localités en seraient encore le théâtre plus fréquent, et que ces actes de vertu se rencontreraient surtout parmi les lettrés, comme la statistique nous montre les fauteurs du vice se recruter surtout dans la classe opposée.

C'est ainsi qu'une statistique plus complète rectifie, comme l'avait prévu l'Institut, les inductions fautives d'un premier aperçu reposant sur des documens insuffisans. Elle rétablit du même coup l'accord entre la science et le sens intime.

II. L'INSTRUCTION EST UN DES ÉLÉMENS LES PLUS IMPORTANS DE L'HYGIÈNE GÉNÉRALE.

La vie moyenne s'accroît avec l'instruction. — Après avoir prouvé que l'instruction est un préservatif des tendances coupables, nous allons en peu de mots prouver qu'elle est aussi un élément hygiénique concourant à la prolongation de la vie.

L'ignorance a-t-elle une action sur la vie humaine?

Bossuet avait déjà cru pouvoir en prophétiser la fatale influence : « L'ignorance, dit le philosophe chrétien, est la plus dangereuse des « maladies de l'âme, et la source de toutes les autres. » On voit qu'il était loin des opinions du docteur Lisle, qui ne craint pas d'écrire : « La sainte ignorance...., etc. »

Nous croyons que le médecin aliéniste, l'œil fixé sur sa spécialité, a perdu de vue l'influence générale que l'instruction exerce sur l'hygiène. Il a vu le grain de sable qui trouble le cerveau de son client, et n'a point aperçu le monument que l'humanité s'élève par la culture intellectuelle, monument qui crée, complète et conserve la civilisation.

Je ne sais quel ancien raconte qu'il existait au centre de l'Afrique une race dont les paupières, fermées et adhérentes par leur bord, condamnaient l'œil à un repos presque absolu. En conséquence, ce peuple aveugle était préservé des ophthalmies qui affligent les autres Africains; le strabisme ne déparait jamais les familles; enfin l'organe de la vue, sommeillant dans une sainte ignorance de ses brillantes facultés, était du même coup à l'abri des maux auxquels l'expose l'exercice.

Que Jupin, dans sa sollicitude, eût envoyé un habile oculiste à ce peuple tâtonnant, aurait-il trouvé des ingrats pour accuser le dieu et son ministre, sous prétexte qu'en ouvrant leurs yeux à la lumière, on les a ouverts aussi à de nouvelles affections morbides? Je le crains, quand je vois des Français suspecter l'instruction d'être nuisible aux peuples!

Pourquoi s'étonner d'abord que les départemens qui sont les foyers de l'activité humaine, où l'instruction, le commerce, l'industrie, où le travail intellectuel, en un mot, est à son apogée, soient aussi ceux où les affections cérébrales aiguës soient le plus fréquentes? C'est le contraire qui pourrait surprendre : à mesure que l'homme s'éloigne de la vie bestiale à laquelle le servage et l'ignorance l'avaient plié, pour s'élever à la vie intellectuelle, il change aussi la nature des affections auxquelles il était sujet. Ce mouvement est intéressant à suivre, et la statistique est l'instrument dont il faut se servir pour le faire avec succès : le livre de M. Lisle en fournit la preuve. Mais il faut se garder de tirer une conclusion d'ensemble d'un fait de détail tel que le suicide. Le grand résultat que l'hygiène doit à l'instruction, c'est de faire peu à peu pénétrer ses préceptes jusque dans la cabane, c'est de soustraire de plus en plus la santé aux routines funestes de l'ignorance. Quiconque a fréquenté nos campagnes, y a observé les préjugés nombreux qui s'emparent de l'homme dès sa naissance, qui repoussent de son berceau les conseils de la science et les salutaires pratiques de l'hygiène pour le livrer à des coutumes morbifères et barbares ou à des superstitions stupides. Mais dans les lieux où l'instruction vient éclairer l'hygiène, son influence se traduit par une vie moyenne plus longue. C'est ce qui ressort avec netteté des tableaux suivans (1) :

(1) La vie moyenne est empruntée à M. Guillard, *loc. cit.*, les chiffres des lettrés au docteur Lisle. Les mouvemens d'émigration et d'immigration, ainsi que l'influence industrielle, obligent d'omettre les départemens très manufacturiers, Seine, Nord, Alsace, Rhône.

par la peau et le tissu cellulaire qui amortissent son action sur les viscères. On n'introduit pas le doigt brusquement et sans précaution; d'une main, on tire sur l'anse d'intestin pour la tendre légèrement. Le doigt indicateur est porté sur la tumeur, de manière que sa pulpe corresponde à l'intestin hernié et son ongle à l'anneau. Le chirurgien déprime légèrement la partie herniée, en faisant appuyer par un aide sur ce doigt, qui se fatiguerait bientôt. Quand il sent que l'impression est assez profonde et que l'ongle peut déjà pénétrer sous l'anneau, il redouble d'efforts de compression, en recommandant à l'aide de le seconder; puis le doigt est courbé en crochet, la surface de l'ongle tournée vers l'intestin, la pulpe vers l'orifice fibreux. De cette façon, aucune partie ne peut s'introduire entre celui-ci et le doigt, d'autant plus que le doigt le sentirait. La contusion et les blessures de l'intestin ne peuvent donc pas arriver.

La déchirure des fibres aponévrotiques n'aggrave-t-elle pas l'infirmité première, et n'empêche-t-elle pas la guérison radicale dans le cas où elle aurait pu avoir lieu? — D'abord, dit M. Seutin, la guérison radicale est un fait tout exceptionnel, qui, par conséquent, ne doit pas être pris en considération dans la généralité des cas. Elle n'arrive que dans les hernies récentes et chez les sujets jeunes et maigres, chez lesquels une nutrition active et un développement adipeux abondant viennent rétrécir les anneaux, et former en quelque sorte bouchon au devant d'eux. Ce n'est généralement pas dans ces circonstances que l'on observe l'étranglement, et quand il existe et qu'il résiste à un taxis convenablement pratiqué, il ne reste plus qu'à opter entre la méthode et celle de la kélotomie. Or, celle-ci a aussi pour résultat l'élargissement de l'anneau débridé; c'est la même chose que pour la méthode en question, sauf les accidens; le choix ne peut rester un instant douteux. Du reste, ajoute l'auteur, l'élargissement de l'anneau a un grand avantage : c'est de rendre la reproduction de l'étranglement beaucoup plus difficile, presque impossible même; c'est de rendre la réduction facile dans les cas où la hernie s'engouerait. Cet avantage est, d'après lui, tellement capital, que chez les sujets chez lesquels il réussit par le simple taxis, il a adopté, en principe, de dilater ou d'érailler l'anneau, afin de rendre désormais les chances d'accidens nulles ou à peu près. Il ne s'abstient de le faire que chez les sujets jeunes, maigres, à hernies récentes et anneaux étroits, afin de permettre la guérison radicale, si elle doit arriver. Tous ceux qu'il a opérés par l'éraillement de l'anneau ont toujours pu parvenir à réduire facilement leur hernie; aucun, jusqu'à présent, n'a éprouvé les inconvéniens d'un nouvel étranglement, malgré qu'ils ne cessent de se livrer à de rudes travaux. Les bandages dont ils se servaient avant d'avoir subi cette opération, retiennent aussi leur hernie. — (In *Annales méd. de la Flandre occid.*, 1856.)

— A la suite de ces considérations, et comme nouvel exemple de succès de l'emploi de cette méthode, nous reproduirons l'observation suivante publiée par M. le docteur Crocq :

Mme X....., âgée de 63 ans, de tempérament lymphatico-nerveux, maigre, habituellement bien portante, a depuis 25 à 30 ans une hernie crurale du côté droit, habituellement contenue par un bandage convenable. En décembre 1855, il lui arriva que, ayant ôté son bandage, sa hernie sortit, et qu'elle ne put plus la faire rentrer. Cela eut lieu le matin de bonne heure. Elle se mit au lit, et essaya vainement elle-même d'opérer la réduction. Le soir, à 8 heures, elle me fit appeler; il y avait des coliques et des nausées; il n'y avait pas eu de selles pendant la journée. Je trouvai à l'aine une tumeur du volume d'un œuf de poule, dure, marronnée. Je plaçai la malade convenablement, le bassin et les cuisses étant soulevés par des oreillers, et j'essayai de réduire en exerçant méthodiquement le taxis prolongé. Je parvins à faire rentrer quelques gaz, et à procurer ainsi une diminution, fort peu sensible du reste, dans le volume de la tumeur. Après un quart-d'heure de tentatives, je cessai, et je fis appliquer des compresses froides. Au bout d'une demi-heure, je repris les manœuvres du taxis, et les continuai de nouveau pendant un quart-d'heure, mais sans résultat. Alors je résolus d'employer la nouvelle méthode de M. Seutin. L'index passé au côté interne de la tumeur me permit facilement, vu le peu d'abondance du tissu adipeux, d'arriver jusque sur le ligament de Gimbernat. Je le sentis dur, tendu, et je jugeai qu'il mettait obstacle à la rentrée des parties herniées. Du reste, il m'eût été impossible d'introduire le doigt dans l'anneau. Je me bornai donc à appuyer fortement et d'une manière continue sur ce ligament, ce qu'on peut faire impunément, puisque aucun organe important ne se trouve placé entre lui et le doigt. Peu à peu je sentis la résistance céder; mon doigt semblait vouloir avancer, et si j'avais voulu, j'aurais pu le faire passer par l'anneau. Pensant que cette dilatation pouvait suffire, je pratiquai le taxis, et incontinent, sans efforts, sans difficulté, l'intestin rentra. A sa suite, je pus introduire facilement le doigt par l'anneau, sans rencontrer le rebord tranchant du ligament de Gimbernat. Une once d'huile de ricin provoqua deux selles, et le lendemain, Mme X..... ne ressentait plus rien.

Ce procédé, basé sur l'extensibilité du tissu aponévrotique, est applicable avec avantage à tous les cas dans lesquels la pression du doigt peut atteindre la membrane dont la tension produit l'étranglement. — (In *Journal de méd., de chir. et de pharmacol. de Bruxelles*, mai 1856.)

GÉLATINISATION DU CHLOROFORME.

M. Ruspini, qui a répété avec succès l'expérience de M. Grimault, sur la gélatinisation de l'éther, s'est demandé si on ne pourrait pas obtenir un produit analogue avec le plus puissant des anesthésiques, le chloroforme, et le résultat a été conforme à ses prévisions. En agitant en vase clos, et presque dans les mêmes proportions que pour la gélatinisation de l'éther, l'albumine de l'œuf et le chloroforme (4 de la première pour 1,10 du second), il y a d'abord eu de l'écume avec de grosses bulles d'air; puis le mélange est devenu entièrement opaque et s'est solidifié, conservant à un haut degré l'odeur de chloroforme.

Les deux gélatines d'éther et de chloroforme présentent d'assez grandes différences : la première est demi-transparente et rappelle, par tous ses caractères, le collodion quand il a perdu une portion de l'éther et qu'il est devenu dense; la gélatine de chloroforme est, au contraire, complétement opaque, blanche et en partie grumeleuse.

Dans le désir de s'assurer dans quel état de combinaison se trouvent les deux anesthésiques avec l'albumine, M. Ruspini a versé 16 grammes d'éther gélatinisé dans un flacon bouché à l'émeri et par-dessus 40 grammes d'eau distillée froide; puis le mélange a été agité pendant quelques minutes. Une même quantité de chloroforme gélatinisé a été soumise au même traitement. Aussitôt qu'on a cessé d'agiter, on a pu s'assurer que l'éther gélatinisé se montrait toujours à la surface du liquide sous forme gélatineuse, tandis que le second, obéissant aux lois de la pesanteur, le chloroforme étant plus lourd que l'eau, restait au fond du liquide. En revanche, l'une et l'autre gélatine avaient beaucoup diminué de volume, et l'eau séparée par la filtration du mélange en vase clos exhalait, pour l'un comme pour l'autre, une odeur d'éther et de chloroforme des plus fortes, qui augmentait encore en poursuivant le lavage des deux gélatines avec de l'eau distillée.

Ce qu'il avait même de remarquable, c'est que, par suite de l'action de l'albumine, les deux anesthésiques, si faiblement solubles dans l'eau, surtout le chloroforme, avaient acquis la propriété de s'y dissoudre parfaitement : les deux solutions, bien que saturées de chloroforme et d'éther, n'offraient pas plus à la superficie qu'au fond du vase trace d'éther ou de chloroforme, comme si les deux anesthésiques eussent été émulsionnés par l'albumine.

Les solutions aquo-albumineuses d'éther et de chloroforme moussaient par l'agitation; chauffées jusqu'à l'ébullition, elles laissent évaporer les deux anesthésiques.

Sous l'action de la chaleur, l'albumine se séparait de la solution éthérée en grumeaux qui flottaient à la surface et blanchissaient la superficie du liquide, tandis que, dans la solution aqueuse de chloroforme, l'albumine restait au fond du vase de porcelaine en se coagulant, ce qui tenait sans doute au mode d'action de l'albumine sur l'éther qui en avait distendu les molécules, tandis que le chloroforme les avaient resserrées en les coagulant. — (In *Bulletin général de thérap.*, 15 mai 1856.)

FORMULE DE L'EAU LAXATIVE DE VIENNE.

M. le professeur Schützenberger, de Strasbourg, vante beaucoup l'emploi de cette préparation dans le traitement des maladies de Bright récentes :

Feuilles de séné.	15 grammes.
Raisins de Corinthe. . . .	15 grammes.
Racine de polypode. . . .	1 gramme.
Semences de coriandre . .	0,50 centigrammes.
Bitartrate de potasse . . .	2 grammes.
Infusez dans :	
Eau bouillante.	q. s.
Dans :	
Colature.	100 grammes.
Faites dissoudre :	
Manne.	30 grammes.

L'effet de cette eau est d'attirer vers la muqueuse intestinale la sérosité qui infiltre les tissus et gêne les fonctions des organes. — (In *Bulletin général de thérap.*, 15 mai 1856.)

CHLORATE DE POTASSE CONTRE LA STOMATITE MERCURIELLE.

C'est à M. le docteur Herpin, de Genève, que l'on doit d'avoir appelé l'attention des praticiens sur cette médication, dont les avantages se confirment de toutes parts.

Le chlorate peut être prescrit sous deux formes : en solution ou en poudre.

Dans le premier cas, on peut formuler ainsi :

Chlorate de potasse.	2 à 4	grammes.
Sirop de limon ou de framboise.	30	—
Eau simple	150	—

Si l'on veut augmenter la dose du sel, il convient, pour éviter sur la bouche une impression désagréable, d'augmenter le véhicule dans la même proportion.

Le moyen le plus simple, chez les adultes, est de prescrire des poudres de 1 gram., à prendre de quatre en quatre heures, ou plus ou moins fréquemment, dissoute dans un demi-verre de limonade ordinaire ou dans toute autre boisson.

On réussit d'autant plus promptement, qu'on attaque la stomatite à une époque plus rapprochée de son origine. C'est à l'ordinaire une médication de quatre ou cinq jours, lorsqu'on

---

LES DIX DÉPARTEMENS LES PLUS IGNORANS.			LES DIX DÉPARTEMENS LES PLUS INSTRUITS.		
NOMS.	Comb. savent lire et écrire sur 100 habit.	Vie moyenne.	NOMS.	Comb. savent lire et écrire sur 100 habit.	Vie moyenne.
Allier.	19	31,0	Haute-Marne . .	90	41,2
Haute-Vienne. . .	22	27,8	Doubs.	90	35,0
Indre.	23	30,8	Meuse.	89	37,0
Corrèze.	23	30,8	Jura.	88	36,0
Cher.	26	27,8	Vosges.	88	35,3
Finistère	29	27,7	Haute-Saône. . .	84	34,7
Nièvre	29	30,0	Meurthe.	83	34,3
Dordogne.	29	34,5	Côte-d'Or. . . .	83	39,7
Côtes-du-Nord . .	31	31,6	Ardennes	82	37,0
Morbihan.	32	31,3	Moselle	82	33,0
Moyenne. . . .	26	30,3	Moyenne. . . .	86	36,3

Ainsi, la vie moyenne des dix départemens illettrés est de 30 ans; sur 100 adultes, 26 savent lire et écrire; la vie moyenne des dix départemens lettrés est de 36 ans; sur 100 adultes, 86 savent lire et écrire.

Ainsi les départemens les plus illettrés ont tous ou presque tous une vie moyenne moindre que les départemens lettrés. Une coïncidence si constante ne peut guère être fortuite. Faisons cependant une autre épreuve : prenons les dix départemens dont la vie moyenne est la plus longue, et comparons-les sous le point de vue de l'instruction aux dix dont la vie moyenne est la plus courte.

LES DIX DÉPARTEMENS OU LA VIE MOYENNE EST LA PLUS LONGUE.			LES DIX DÉPARTEMENS OU LA VIE MOYENNE EST LA PLUS COURTE.		
NOMS.	Vie Moyenne.	Sachant lire et écrire sur 100.	NOMS.	Vie Moyenne.	Sachant lire et écrire sur 100.
Orne.	49,7	60,0	Pyrénées-Orient.	27,5	42,0
Calvados	48,8	76,0	Finistère	27,7	29,0
Eure.	48,6	63,0	Cher	27,8	26,0
Lot-et-Garonne. .	48,2	45,0	Haute-Vienne . .	27,8	22,0
Gers.	46,0	50,0	Gard	29,2	64,0
Aube.	43,5	78,0	Vaucluse. . . .	29,5	53,0
Charente.	42,3	46,0	Ardèche.	29,7	44,0
Sarthe	42,5	47,0	Nièvre.	30,0	29,0
Manche.	42,6	75,0	Indre	30,8	23,0
Indre-et-Loire . .	42,0	35,0	Corrèze.	30,8	23,0
Moyenne. . . .	46,0	57,5	Moyenne. . . .	29,0	35,5

46 ans de vie moyenne : 57,5 sur 100 adultes savent lire et écrire. 29 ans de vie moyenne : 35,5 sur 100 adultes savent lire et écrire. On remarque ici quelques exceptions : trois départemens, Gard, Vaucluse, Ardèche, bien que relativement assez lettrés, ont cependant une vie moyenne fort courte, comme aussi ceux qui renferment les grands centres d'industrie, les deux Rhins, le Nord, la Seine, le Rhône. Ces exceptions nous enseignent que l'instruction n'est pas le seul élément de vitalité, mais l'ensemble des vingt départemens prouve encore que les plus lettrés ont la vie moyenne la plus longue.

Ainsi donc, l'instruction est un élément essentiel de l'hygiène publique. Qu'est-ce, au point de vue social, que quelques suicides, quand, sous l'influence de cette culture intellectuelle, la vie de chacun se trouve généralement prolongée?

Nul doute que la civilisation, à mesure qu'elle étendra la sphère de l'activité intellectuelle, à mesure qu'elle changera nos conditions d'existence, nul doute qu'elle ne change aussi le nombre ou au moins les rapports de nos maladies. Ce qui importe à la société, pour juger (au point de vue de l'hygiène seulement) la valeur de ces modifications, c'est que la vie humaine, dans son ensemble, n'en soit pas diminuée. Nous avons démontré, par des faits authentiques, qu'elle en est augmentée : il y a donc lieu de nous féliciter encore à ce point de vue des progrès de l'instruction publique en France, et de faire, au nom de l'hygiène comme au nom de la morale et de la dignité humaine, des vœux ardens pour leur continuation.

Dr BERTILLON,
Médecin de l'hospice de Montmorency.

Nous avons de nouvelles pertes à déplorer dans le corps de santé de l'armée; MM. les médecins-majors Goutt et Frette-d'Amicourt viennent de succomber au typhus en Crimée.

— M. le professeur Denonvilliers a commencé, le mardi 6 mai, à l'hôpital Saint-Louis, ses leçons de clinique chirurgicale; il les continuera les mardi et samedi de chaque semaine. La visite commence à sept heures et demie précises du matin; les leçons et les opérations se font à neuf heures.

— M. Bouvier, médecin de l'hôpital des Enfans malades, commencera des leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur, le vendredi, 23 mai, à neuf heures du matin, à l'hôpital des Enfans, et continuera ces leçons tous les vendredis à la même heure.

s'y prend dès l'invasion ; ce qui est chose facile, en se tenant sur ses gardes dans les traitemens hydrargyriques. Les premiers signes à saisir sont un léger bourrelet sur le bord libre des gencives, et l'odeur de ces parties perçue au moyen du doigt passé sur le bord alvéolaire. Il est bien, en commençant à administrer le mercure, de s'assurer à l'avance de l'état des gencives, comme terme de comparaison.

Quand la salivation est plus avancée, il faut des doses un peu plus fortes que celles que nous avons indiquées, et quelques jours de plus de traitement.

On peut s'arrêter quand la marche rétrograde est bien prononcée ; mais le mieux est de continuer la médication jusqu'à la disparition du dernier vestige de la stomatite.

La marche de la salivation mercurielle est si bien connue, il est si rare que ce mal s'arrête spontanément vers son début, l'action du chlorate est si prompte et si constante, qu'il n'est pas besoin, pour établir l'efficacité du remède, ni de faits nombreux ni d'analyses méthodiques. — (In *Répertoire de pharm.*, mai 1856.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 9 Avril 1856. — Présidence de M. Guéniard, vice-président.

Sommaire. — Observation de *cancer encéphaloïde du rein, d'un volume énorme, développé chez un enfant de trois ans et demi*, par M. Barthez. — Observation d'*hémorrhagie rachidienne*, par M. Ch. Bernard. — Note sur le *son tympanique dans la pneumonie du sommet*, par M. Legroux. Discussion : MM. Moutard-Martin, Thirial, H. Roger, Aran, Woillez, Legroux.

M. Ernest Barthez présente un *cancer encéphaloïde du rein, d'un volume énorme, développé chez un enfant de trois ans et demi*, recueilli dans son service, à l'hôpital Ste-Eugénie.

La tumeur, dit M. Barthez, que j'ai l'honneur de présenter à la Société, et que j'ai tenu à lui faire voir en son entier, à cause de son volume exceptionnel, a été extraite de l'abdomen d'un enfant de 3 ans 1/2. Son volume absolu est très considérable, car on peut l'évaluer à la grosseur de deux têtes d'adulte. Son volume relatif est plus remarquable encore ; car la taille de l'enfant étant de 86 centimètres, la circonférence de l'abdomen était de 80 ; le poids total du corps étant de 16 kilogrammes 1/2, celui de la tumeur était de 4 kilog. 1/2.

Voici d'ailleurs l'observation telle qu'elle a été recueillie par M. Giberl, interne de mon service.

Cette petite fille, qui avait été bien portante jusqu'à l'âge de près de 3 ans, devint malade il y a neuf mois. A cette époque, la mère s'aperçoit que le ventre de sa fille est plus gros que de coutume, et plus à droite qu'à gauche. Le volume du ventre, à partir de ce moment, s'accroît progressivement et lentement.

Au bout de quatre à cinq mois, l'enfant enfle tout à coup de tout le corps. Cette enflure générale disparaît au bout de quelques jours, et le volume du ventre seul persiste.

Quelque temps après, l'enfant urine deux fois du sang que la mère compare au sang des règles. Depuis, il n'en a plus été rendu.

Au cinquième mois, la maladie s'est aggravée : avec un développement énorme et une grande dureté du ventre, sont survenus des troubles généraux, des vomissemens, de la diarrhée assez fréquente, de la fièvre le soir, de l'amaigrissement et de la pâleur de la face. Cependant l'appétit a toujours été conservé.

Le 2 février, lors de l'entrée à l'hôpital, l'enfant est dans l'état suivant :

Thorax très amaigri. Saillie de toutes les côtes et dépression de la peau dans chaque espace intercostal. Les battemens du cœur, très précipités, soulèvent le thorax au niveau des 3me, 4me et 5me côtes.

L'*abdomen* commence à proéminer au niveau de l'appendice xyphoïde, et grossit uniformément et considérablement, de telle sorte que le thorax, surmontant cette énorme boule, donne au tronc entier la figure d'un cône à large base, dont le thorax forme le sommet.

Les dimensions du thorax et de l'abdomen, à diverses hauteurs, sont les suivantes :

	Diamètre vertical.		Mêmes mesures chez un enfant de même taille.	
Des clavicules au pubis par l'ombilic. .	45	centim.	50	centim.
Diamètres transversaux.				
Au 2me espace intercostal.	48	»	44	»
Au 7me id.	57	»	48	»
Dernière fausse côte.	78	»	49	»
Un peu au-dessous.	80	»	»	»
A l'ombilic.	70	»	49	»
Taille de l'enfant.	86	»	86	»

Le point le plus proéminent est situé à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Lorsque l'enfant est sur son séant, un plan tiré parallèlement à la face antérieure du ventre tombe un peu au-dessous de la partie moyenne de la cuisse.

La forme globuleuse de l'abdomen n'est pas bornée à la partie antérieure. Elle se continue jusqu'aux lombes et à la colonne vertébrale, de telle sorte que, vue par derrière, la petite malade présente aussi une énorme tumeur arrondie.

La *peau* est lisse, luisante, très blanche, et laisse voir, par transparence, une assez grande quantité de veines sous-cutanées très développées.

Par le toucher et le palper, on constate la distension extrême de l'abdomen, à tel point qu'il serait impossible de faire un pli à la peau.

Partout le doigt rencontre une assez grande résistance, mais qui n'est pas égale en tout point.

Il est possible à gauche de déprimer la peau sans rencontrer de résistance autre que celle qui dépend de la distension. Mais à mesure que l'on s'avance vers l'hypocondre et le flanc droits, le doigt perçoit une résistance profonde beaucoup plus grande.

En outre, à la partie supérieure de l'abdomen au-dessus des fausses côtes gauches, et surtout à l'épigastre on a la sensation d'une couche de liquide déplacée pour arriver à un corps plus solide et résistant.

Cette sensation est surtout très nette un peu au-dessus et à droite de l'ombilic.

Il n'y a nulle part la sensation du flot de liquide.

Par la percussion, on perçoit une matité absolue dans presque toute l'étendue de l'abdomen avec résistance au doigt très prononcée. Mais à gauche, dans toute la hauteur, et en arrière dans le flanc, il existe une sonorité toute intestinale, et, en ce point, par la palpation, on peut déplacer quelques anses d'intestin.

En percutant l'enfant en arrière, toute la région lombaire droite est très mate, celle de gauche est très sonore.

Les membres abdominaux et thoraciques sont extrêmement amaigris, grêles et faibles.

Dyspnée. Respiration irrégulière, exclusivement costale. 48 respirations par minutes.

Pouls petit, très fréquent. 160 pulsations.

Appétit assez bien conservé.

Diarrhée jaune, médiocrement abondante.

Urines involontaires.

Le 10 février, l'on constate un bruit de frottement dans une grande étendue de l'abdomen, surtout à la partie supérieure. On le constate pendant quelques jours, puis il disparaît, et l'on ne retrouve plus cette couche superficielle de liquide comme auparavant.

Le 22 février. Développement assez rapide d'une bosselure dans l'hypochondre et le flanc droits. Cette bosselure paraît assez fluctuante. Elle fait un relief sur le reste de l'abdomen.

26 février. Ponction de cette bosselure avec une aiguille trocart exploratrice. Elle pénètre de plusieurs pouces dans l'épaisseur de la tumeur et paraît fichée dans un corps solide. Il ne sort pas une seule goutte de liquide par le trocart, mais, par la petite piqûre, une goutte de liquide très visqueux, d'un jaune-rougeâtre.

L'amaigrissement et la diminution des forces font sans cesse des progrès, et la mort a lieu le 9 mars.

Autopsie. — L'abdomen est ouvert avec précaution ; les parois abdominales se relèvent avec facilité et n'ont contracté aucune adhérence avec la tumeur.

Celle-ci apparaît sous la forme d'une énorme boule remplissant tout l'abdomen.

Sur elle et à gauche, rampent le cœcum et le colon lombaire gauches transportés peu à peu en ce point par le développement de la tumeur.

Dans le flanc gauche et en arrière, se retrouvent les intestins et l'estomac.

Le foie est refoulé très haut dans l'hypochondre droit et n'a contracté aucune adhérence avec la tumeur.

La dissection de cette masse en est très facile. Elle n'est unie aux parties voisines que par du tissu cellulaire lâche. C'est une véritable énucléation. Deux organes seulement lui adhèrent d'une manière plus intime ; ce sont le pancréas en arrière, en haut et à gauche, la veine porte plus à droite. L'aorte et la veine cave ne lui étaient pas adhérentes.

Enlevée de l'abdomen, la tumeur présente un volume égal au moins à deux têtes d'adulte ; elle pèse 9 livres, l'enfant n'en pesant que 33.

Sa forme est presque sphérique, un peu triangulaire, le sommet du triangle étant situé dans le flanc gauche.

Elle n'est pas parfaitement unie partout ; quelques bosselures étendues en surface, ne faisant qu'un relief peu considérable, se remarquent en avant et à gauche, et un autre plus sensible à la partie inférieure.

La coloration est rougeâtre ; beaucoup de petits vaisseaux rampent à sa surface.

En arrière et à droite, vers le point, que l'on peut appeler le sommet de la tumeur, et logé dans une dépression, se voit la face postérieure du rein droit reconnaissable à sa forme et à sa coloration. Par continuité, les bords du rein se joignent à la tumeur.

Du rein on voit partir l'uretère, la veine et l'artère rénales qui sont étalés les uns à côté des autres sur la tumeur, et comme enclavés dans sa substance, bien qu'à la dissection on les enlève facilement sans entamer la tumeur.

La tumeur en entier est très fluctuante. Elle se laisse facilement déprimer par le doigt, mais le point déprimé revient de suite à ses dimensions.

Cette élasticité est générale. Une large coupe pratiquée sur la partie médiane laisse écouler une quantité assez considérable d'un liquide visqueux, coulant comme du sirop, gluant aux doigts, brunâtre. Ce liquide s'écoule de petites cavités creusées dans l'épaisseur d'une masse considérable de matière cérébriforme qui constitue le reste de la tumeur. Cette matière cérébriforme est blanche, molle, sans consistance, s'écrasant facilement sous le doigt. Elle est enveloppée et comme enkystée par une membrane peu épaisse, blanche, peu résistante, dont nous avons décrit la face externe, dont la face interne est intimement unie avec la substance encéphaloïde.

Le centre de la tumeur est occupé par un noyau sanguin, du volume des deux poings, se présentant sous l'aspect d'une masse de sang noir coagulé, mêlé intimement avec la substance cérébroïde sur sa circonférence.

En ce point, on croirait avoir un cerveau ramolli à la suite d'une hémorrhagie.

Quant au rein lui-même, il a subi les transformations suivantes : L'artère est perméable jusqu'à son entrée dans le hile. Là elle se termine en cul-de-sac. Son calibre, normal jusque-là, devient capillaire.

La veine se termine également en cul-de-sac à son entrée dans le rein.

L'uretère, de volume normal, est fermé par une membrane fine, molle, très blanche ; perméable dans toute son étendue, il aboutit au bassinet qui est large, plus étendu qu'à l'état sain. Les calices au nombre de cinq à six seulement se terminent en cul-de-sac ; il est impossible de retrouver aucun vestige de papille rénale.

Le bassinet et les calices, comme l'uretère, sont blancs, lisses, humides à leur face interne.

Les substances tubuleuse et corticale ne sont pas reconnaissables. Elles sont transformées en une substance, blanc-jaunâtre, dure, résistante, ressemblant à de la chair lavée et fortement tassée.

Le parenchyme du rein ainsi transformé envoie des prolongemens pédiculés dans la tumeur. Insensiblement ces prolongemens changent d'aspect et de structure et se confondent enfin avec la matière cérébroïde. Ils sont entourés d'une membrane fibreuse qui paraît être la capsule propre du rein.

— M. Ch. Bernard lit une observation d'*hémorrhagie rachidienne*, suivie de réflexions. (Nous publierons cette observation dans un prochain numéro.)

— M. Legroux fait la communication suivante :

Messieurs, vous vous rappellez que, grâce à notre honoré collègue, M. H. Roger, qui a appelé notre attention sur les travaux de Skoda, la résonnance tympanique sous-claviculaire a acquis de la célébrité, comme *signe* des épanchemens pleuraux.

Ce même phénomène existe également dans la pneumonie. Déjà, plusieurs fois, il avait appelé mon attention ; mais, imbu de l'idée qu'il appartenait à la pleurésie, je le croyais illusoire. Plusieurs cas récens de pneumonie, observés dans mon service, m'ont démontré jusqu'à l'évidence qu'il appartenait aussi réellement à cette maladie. M. Trousseau, dont j'ai appelé l'attention sur un de ces malades, m'a dit avoir fait la même observation, et en avoir fait l'objet de réflexions cliniques.

Les malades sur lesquels j'ai constaté ce phénomène étaient affectés de pneumonie de la partie supérieure et postérieure à tous les degrés.

Le son anormal, exagéré et vraiment tympanique, avait son siége, d'abord, dans le second espace intercostal, mais il s'étendait les jours suivans et il a fini, chez quelques malades, par envahir la région sus-mammaire jusqu'à la clavicule ; chez un malade, il a pris le caractère du bruit de pot fêlé. Il s'affaiblit quand la résolution s'opère, et finit par disparaître.

Quelle est la cause de ce phénomène ?

Voici une explication toute rationnelle, à laquelle, cependant, je n'attache que le mérite dû à une hypothèse.

Dans la percussion du sommet de la poitrine, à l'état sain, les vibrations produites par le choc sont atténuées par l'élasticité de l'air qui dilate les vésicules pulmonaires. Quand, au contraire, la partie postérieure du poumon est hépatisée, les vibrations sont arrêtées et répercutées, comme un écho, par le tissu induré. Cette théorie, si elle était acceptée, serait applicable aux cas d'épanchemens pleuraux, accompagnés de résonnance tympanique.

Quoi qu'il en soit de cette explication, il ressort du fait que je viens de signaler, que la *résonnance tympanique* n'est pas plus un signe de pleurésie que de pneumonie ; que, dans l'un comme dans l'autre cas, elle n'est qu'un épiphénomène.

M. Moutard-Martin : J'avais demandé, il y a quelque temps, la parole pour faire à la Société une communication tout à fait semblable à celle de M. Legroux. J'avais observé un jeune homme qui, étant atteint d'une pneumonie qui occupait toute la hauteur du poumon gauche, présentait à la partie antérieure de la poitrine un son tympanique des plus manifestes. M. Aran, à qui j'ai fait voir ce fait, l'a parfaitement constaté. Ce son tympanique a disparu à mesure que la pneumonie s'est dissipée ; cependant il a persisté encore à un moindre degré pendant un certain temps. Dans ce moment encore, j'ai dans mon service un homme qui présente exactement le même phénomène.

M. Thirial : Il y a sept à huit ans, j'ai eu l'occasion d'observer le fait dont il est question, avant même que M. Skoda l'eût mentionné dans son ouvrage. Un jeune homme, à la suite d'un refroidissement, fut pris d'une pneumonie des mieux caractérisées. Entre autres symptômes, je notai une sonorité tympanique des plus évidentes qui me parut alors fort difficile à expliquer.

M. H. Roger : Dans les recherches auxquelles je me suis livré, recherches auxquelles faisait tout à l'heure allusion M. Legroux, et qui sont relatives à la sonorité tympanique du thorax au-dessus du niveau du liquide, je n'ai voulu m'occuper que d'une seule maladie, la pleurésie. Je pensais qu'il fallait simplifier la question et que c'était le seul moyen de faire accepter par les médecins français des faits qui pouvaient paraître au premier abord inadmissibles : mais je dois ajouter que la sonorité tympanique est indiquée par Skoda, comme se rencontrant également dans beaucoup d'autres affections pulmonaires et, en particulier, dans la pneumonie. Seulement, il faut savoir que Skoda ne consacre pas dans son ouvrage de grands développemens à chacun de ces faits ; souvent une phrase, un mot suffiront à sa pensée. Cet ouvrage substantiel est un précis, surtout pour la percussion : il est le résumé de recherches cliniques ou expérimentales faites devant ses élèves ; les choses étant pour lui et pour ses auditeurs connues et démontrées, il supprime dans son livre les preuves, les pièces justificatives de ses propositions. C'est qui rend la lecture de son ouvrage si difficile ; c'est pour cette raison que voulant propager la notion de l'existence d'un son tympanique du thorax dans plusieurs maladies des voies respiratoires et dans la pleurésie, surtout, où elle est le plus fréquente, le plus évidente, j'ai dû faire, pour ainsi dire sans guide, des expériences cliniques personnelles, afin de retrouver complète la découverte dont Skoda ne donne que les linéamens.

M. Woillez : Je rappellerai que déjà une pareille discussion a été soulevée au sein de la Société. A cette occasion, il a été question de la pneumonie. En Angleterre, depuis très longtemps, Williams, peut-être avant Skoda, avait parlé du son clair de la pneumonie. J'ai lu à la Société une observation de leucocythémie, dans laquelle la rate, hypertrophiée, refoulait le poumon de manière à diminuer son volume de moitié. Il y avait, dans ce cas, un son tympanique. J'ai parlé aussi d'un cas de compression du poumon par une tumeur anévrysmatique de l'aorte. Enfin, de même que Skoda, j'ai constaté le son tympanique dans certaines congestions pulmonaires. C'est au niveau des parties saines que s'entend cette modification du son. J'ai fait observer que, dans tous les cas où le son tympanique est perçu, il y a l'une ou l'autre de ces conditions : diminution de la capacité thoracique, ou augmentation du volume du poumon.

M. Aran : J'ai peu de chose à ajouter à ce qui vient d'être dit. C'est bien à Skoda qu'il faut attribuer le signe dont il est question en ce moment ; je dis signe, et cependant j'ai quelques scrupules ; car c'est un moyen qui trompe le médecin plus qu'il ne l'éclaire. Ce qui importe, c'est que le médecin connaisse le fait pour qu'il ne tombe pas dans l'erreur. J'ai constaté que ce phénomène est très commun. La progression du son tympanique m'a paru remarquable ; il marche en quelque sorte devant la matité. Il m'a semblé aussi que ce son appartient plutôt au premier qu'au deuxième degré de la pneumonie.

M. Legroux : En vous faisant cette communication, j'ignorais ou j'avais perdu de vue les faits de cette nature signalés par Skoda, à la découverte, à Dieu ne plaise ! desquels que je veuille porter atteinte.

Mais j'avais conservé, avec beaucoup d'entre vous, de la discussion qui a eu lieu ici sur ce sujet, l'impression que la *résonnance tympanique* était un signe précieux des épanchemens pleuraux. C'est, en effet, la signification que M. Roger lui-même s'est efforcé de lui donner. C'est cette valeur séméiologique, usurpée à mon avis, que j'ai voulu attaquer. Je m'attendais bien, en vous faisant cette communication, à entendre émettre des faits analogues ; j'ai invoqué le témoignage de M. Trousseau ; je suis heureux d'apprendre que MM. Moutard-Martin, Woillez et Aran, aient fait des observations semblables. Je dois dire cependant que les miennes portent exclusivement sur la pneumonie du sommet en arrière ; que je n'ai pas constaté les phénomènes dans la pneumonie de la base, et, surtout, que je n'ai pas été assez heureux pour suivre, comme l'a fait notre collègue, M. Aran, la progression ascensionnelle de cette résonnance, dans une pneumonie ascendante. Il y a, sous ce rapport, de nouvelles observations à faire (1).

Le secrétaire, Dr Hérard.

M. le docteur Duchesne-Duparc ouvre son cours public sur les maladies de la peau, aujourd'hui mardi 20 mai, à sa clinique de la rue Larrey, n° 8, près l'École de médecine, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivans, à 11 heures précises du matin.

Chaque leçon sera précédée de l'examen des malades.

---

(1) Depuis que j'ai fait cette communication à la Société des hôpitaux, j'ai eu deux fois l'occasion de rechercher par l'autopsie la cause du phénomène.

La première fois, sur un malade entré à l'hôpital au douzième jour d'une pneumonie non *traitée*, et passée au troisième degré ; il existait chez lui un emphysème du bord antérieur du poumon, au devant de l'hépatisation. Cette circonstance explique, en partie, la résonnance exagérée. La formation de l'emphysème n'a-t-elle pas été l'effet de l'expansion forcée de la partie du poumon restée perméable, pendant l'inspiration ; l'air attiré dans les bronches n'ayant plus alors qu'un petit nombre de cellules à remplir, et y pénétrant avec la force d'attraction destinée à le répandre dans les cellules devenues imperméables. En admettant que l'effort d'inspiration soit limité par la pneumonie, on conçoit difficilement que l'air ne distende pas outre mesure le petit nombre de cellules restées libres.

La seconde autopsie a été faite sur le malade qui nous avait offert la résonnance de pot fêlé ; il existait chez lui une pleurésie gauche, une péricardite suppurée ; une pneumonie droite, avec granulations tuberculeuses ; cicatrices au sommet du poumon ; induration inflammatoire et granuleuse de tout le lobe supérieur, moins une petite portion du bord antérieur, restée perméable, sans cavernes toutefois. La théorie de la *répercussion du bruit* était ici applicable. Le son de pot fêlé, en l'absence de caverne, s'explique par la secousse transmise aux grosses bronches entourées de tissu induré, et la brusque expansion de l'air, et sa rentrée non moins brusque.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 62. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 22 Mai 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. HÉMATOLOGIE : De l'analyse quantitative des principes constituans du sang. — III. CLINIQUE MÉDICALE : Observation d'hémorrhagie rachidienne, suivie de réflexions. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie des sciences). Séance du 12 mai : Faculté assimilatrice des différens corps gras. — De l'acide arsénieux dans les congestions apoplectiques. — (Académie de médecine). Séance du 20 mai : Correspondance. — Lectures. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

PARIS, LE 21 MAI 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les séances académiques ne nous fournissent, aujourd'hui, aucun sujet de réflexions. La communication faite à l'Académie de médecine, par M. Larrey, du discours qu'au nom de la compagnie il a prononcé sur la tombe d'Amussat, a été très applaudi. M. Parchappe a continué, sans pouvoir la terminer, sa lecture sur l'hématologie, et M. le docteur Deschamps a lu un mémoire sur le tissu pigmental et ses métamorphoses. Ce sont là des travaux que, après une simple audition, il est impossible d'apprécier.

Nous n'avions voulu ni reproduire ni indiquer, dans notre dernier compte rendu de l'Académie de médecine, un rapport de M. Robinet sur un traitement secret du choléra proposé par un médecin de Paris qui, par erreur, a été qualifié du titre de docteur. Nous avions soupçonné cette erreur, sachant qu'il y a Paris deux médecins dont l'un, très honorable et très distingué confrère, est depuis longtemps connu par des travaux estimables et un enseignement libre très suivi, et dont l'autre est officier de santé. C'est sur la demande de ce dernier qu'a été fait le rapport de M. Robinet, et c'est à lui que s'appliquent par conséquent les appréciations sévères, mais justes, de l'honorable rapporteur. La réclamation très légitime du docteur sera publiée dans le *Bulletin*, et renvoyée à M. le ministre de l'agriculture et du commerce.

Amédée LATOUR.

HÉMATOLOGIE.

DE L'ANALYSE QUANTITATIVE DES PRINCIPES CONSTITUANS DU SANG (1) ;

DEUXIÈME MÉMOIRE

Lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 20 Mai 1856,

Par M. le docteur Mat. PARCHAPPE, inspecteur général de 1re classe des établissemens d'aliénés.

Dans un premier mémoire, j'ai cherché à démontrer la nécessité de prendre pour base de l'analyse quantitative des principes constituans du sang, la détermination préalable de la véritable proportion des globules au plasma ; et j'ai justifié cette nécessité par l'exemple de la fibrine, en faisant voir que l'analyse quantitative ne peut parvenir à des résultats exacts, comparables et vraiment applicables à la solution des problèmes physiologiques et pathologiques qu'à la condition de rapporter la quantité de la fibrine non pas à la totalité du sang, mais bien à l'élément du sang qui fournit exclusivement la fibrine, c'est-à-dire au plasma. Ces deux vues principales qui ont dirigé mes recherches analytiques sur la constitution du sang, sont subordonnées, dans ma pensée, à une vue plus générale, qui me paraît devoir dominer toutes les études physiologiques et pathologiques dont le sang peut être utilement l'objet, et qui peut être ainsi formulée :

Tous nos moyens de reconnaître le sang par l'observation et l'expérimentation anatomique, physiologique et pathologique, en recourant ou non aux instrumens et aux méthodes de la physique et de la chimie, doivent avoir pour but et pour résultat de saisir, autant que possible, la nature du sang dans ses véritables conditions, c'est-à-dire dans les conditions de la vie.

Le sang qu'il s'agit de connaître, soit dans l'état physiologique, soit dans l'état pathologique, ce n'est pas le sang mort, ce n'est pas le sang coagulé, décomposé physiquement ou chimiquement, c'est le sang vivant, le sang qui a la vie et qui la donne.

Or, le sang vivant, c'est du plasma dans lequel et avec lequel se meuvent des globules.

Le rôle du sang dans les phénomènes physiologiques et pathologiques doit sans doute être attribué, en général et en définitive, au sang tout entier; mais dès que l'on veut atteindre les particularités des phénomènes, il est facile de reconnaître, avec une entière certitude, que ce rôle général du sang se subdivise et se répartit en fait et pour des parts fort différentes et fort inégales dans le sang considéré en totalité entre les diverses espèces de sang, et dans chaque espèce de sang entre les deux élémens composans essentiels, les globules et le plasma.

Et d'abord, ce n'est pas toute espèce de sang qui offre l'intérêt le plus général dans les phénomènes physiologiques et pathologiques.

Le rôle vraiment général, le rôle essentiel du sang dans l'accomplissement de ces phénomènes, c'est le rôle du sang artériel, seul apte à entretenir la vie dans les organes et à fournir les élémens de la consommation de matière que suppose tout déploiement de force.

Ce qu'il serait surtout important de connaître, c'est le sang artériel. C'est dans le sang artériel que doivent se trouver, et qu'il serait important de saisir, les conditions physiologiques et pathologiques des phénomènes.

Or, c'est précisément le sang artériel qui est le moins exactement connu, soit dans l'état de santé, soit surtout dans l'état de maladie.

A peine si les différences caractéristiques qui séparent le sang artériel du sang veineux ont-elles été déterminées avec quelque exactitude et quelque étendue.

Tout l'effort des études s'est porté sur le sang veineux et principalement sur le sang veineux des vaisseaux du bras.

Mais il est incontestablement établi que des différences considérables existent, se produisent et peuvent se produire physiologiquement et pathologiquement dans le sang veineux suivant les organes et les divers états des organes d'où il provient.

Le sang de la veine porte diffère du sang des veines hépatiques, et le sang des veines du bras diffère de ces trois autres espèces de sang veineux.

Et pourtant les considérations de l'hématologie pathologique sont constamment empruntées à des appréciations de l'état du sang veineux, et à l'état d'une partie du sang veineux, le sang des membres.

Il n'est pas douteux qu'il n'y ait entre le sang veineux du bras et le sang général, c'est-à-dire le sang artériel, une relation étroite de composition qui permette, jusqu'à un certain point, de juger l'un par l'autre.

Néanmoins, il est indispensable de ne pas perdre de vue que le sang veineux ne prend part aux phénomènes pathologiques généralisés qu'en tant que les matériaux qu'il contient, quels qu'ils puissent être, ne sont pas ramenés par le travail de l'hématose, soit dans le foie, soit dans le poumon, à l'état de sang artériel normal, et que la réalisation des phénomènes morbides, en tant qu'ils peuvent dépendre des qualités du sang, est de fait et actuellement imputable à l'état dans lequel se trouve le sang, au moment où il est appelé à concourir activement aux fonctions essentielles de la vie, c'est-à-dire au moment où il parvient dans les organes sous la forme de sang artériel.

Ainsi, dans les recherches d'analyse quantitative des principes du sang, et surtout dans les applications des résultats de ces recherches à la physiologie et à la pathologie, il est indispensable de tenir grand compte de l'espèce de sang sur laquelle les recherches ont porté, de n'admettre qu'avec toutes les réserves nécessaires l'assimilation de composition qui se trouve faite du sang veineux des membres au sang artériel, toutes les fois qu'on considère le sang tiré d'une veine du bras comme représentant l'état général du sang; et, de plus, il serait très désirable que les efforts ultérieurs de la science se portassent principalement sur l'étude du sang artériel.

Il n'est pas possible de douter que, dans le double mouvement qui représente, par rapport à l'extérieur, l'entrée et la sortie des matériaux non gazeux du sang, le plasma ne soit l'intermédiaire nécessaire de l'action et la forme obligée du produit de l'action.

C'est le plasma du sang qui fournit la matière des sécrétions, qui reçoit et s'incorpore la matière des absorptions.

Le plasma n'est sans doute pas étranger au mouvement d'entrée et de sortie des gaz, qui doivent le traverser pour arriver jusqu'aux globules.

Mais les globules rouges du sang prennent certainement la plus grande part dans les faits d'échange d'oxygène et d'acide carbonique.

Mais, qu'il s'agisse d'un sang d'espèce quelconque, et à plus forte raison s'il s'agit du sang considéré en général, en tant qu'agent essen-

(1) Pour le premier mémoire, voir l'UNION MÉDICALE des 1er, 15 et 17 Mai 1856.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Préliminaires à la pathologie galénique. — De la santé, de la maladie, des crases et des intempéries. — Examen de quelques ouvrages d'hygiène : des conditions nécessaires à la conservation de la santé et de celles qui produisent la maladie. — Hygiène des jeunes enfans; sages conseils de Galien; curieux détails sur l'éducation physique des enfans à Rome. — Études sur les diverses substances alimentaires et leur influence sur l'organisme. — Effets de l'alimentation insuffisante.

XXIII (1).

Préliminaires à la pathologie de Galien.

Avant d'aborder la pathologie de Galien, il nous paraît indispensable d'exposer les idées de l'auteur sur la santé, sur les conditions nécessaires pour l'entretenir, et sur les influences qui agissent pour la troubler. Ces idées, dont l'exposition servira de préliminaire utile à l'étude de la pathologie galénique, sont disséminées dans un certain nombre d'ouvrages ayant pour titre : *De temperamentis* (περὶ κρασεῶν), *De optima corporis constitutione*, *De bono corporis habitu*, *De sanitate tuenda*, *De probis pravisque alimentis*, etc. Ces ouvrages étant, en grande partie, la répétition les uns des autres, seront analysés en bloc, pour éviter des redites fastidieuses ; cependant, nous insisterons plus particulièrement sur le *De temperamentis* et le *De sanitate tuenda*, à cause de leur importance et de leur supériorité.

Qu'est-ce que la santé? C'est, dit Galien, un état de l'économie qui résulte du parfait mélange, dans les parties similaires et dans les humeurs, des quatre qualités élémentaires. C'est là ce que Galien appelle l'εὐκρασία, *temperies*, le *tempérament* par excellence. Ce tempérament n'existe pas dans la nature, il est idéal. Mais ce degré de perfection n'est pas indispensable à l'existence de l'état de santé. Celle-ci peut se maintenir bien que le mélange des humeurs et l'agencement moléculaire des solides ne soient pas parfaits. Il existe, en effet, un grand nombre de modifications de ce tempérament idéal, de cet εὐκρασία, dont les principales, parfaitement compatibles avec l'état de santé, forment les divers tempéramens, les *crases*, comme dit Galien. Chaque tempérament ou crase particulière, résulte de la prédominance, dans l'économie, de l'une des quatre humeurs principales : sang, bile jaune, bile noire, pituite. Il n'est pas question, dans Galien, du tempérament nerveux, le plus réel, le plus incontestable des tempéramens. Préoccupé du rôle des humeurs dans l'économie, il ne voit qu'elles ; à peine fait-il mention des solides, et il oublie complètement la considération des forces, lui qui naguère élevait une protestation si éloquente contre les médecins, successeurs d'Hippocrate, qui avaient osé porter une main sacrilége sur l'édifice bâti par le père de la médecine, et l'avaient démoli en disjoignant violemment les trois pierres angulaires sur lesquelles il reposait, à savoir : les humeurs, les solides et les forces! tant est grande l'influence qu'exerce même sur les plus fermes esprits, la puissance des idées préconçues.

Ainsi, pour Galien, la juste proportion, le parfait mélange des humeurs entre elles constituent l'idéal de la santé, la crase par excellence.

Cette perfection n'existe pas dans la nature, nulle part on ne trouve cet équilibre, partout on voit varier ce mélange et cette proportion des humeurs, de telle sorte que l'une ou l'autre prédomine et imprime un cachet particulier à la constitution. Des conditions variables, du mélange et de la proportion des humeurs, dans des limites compatibles avec l'état de santé, résulte ce que Galien appelle les *crases*, et ce que, dans notre langage moderne, nous nommons les *tempéramens*. Chaque individu possède son tempérament particulier, variable aux diverses époques de la vie, dans l'enfance, la jeunesse, l'âge adulte, la vieillesse. Chaque partie, chaque organe a aussi sa crase, son tempérament, c'est à dire sa qualité prédominante dont le médecin doit tenir compte.

Si l'imperfection du mélange des humeurs va plus loin, si la déviation du type idéal, de l'εὐκρασία, sort des limites précédemment indiquées, il y a *dyscrasie*, *intempérie*, la santé cesse, et la maladie commence. La maladie est donc, pour Galien, une déviation du parfait mélange des humeurs, hors des limites compatibles avec l'exercice normal et régulier des fonctions.

Voilà l'origine de cette *dyscrasie* ou *intempérie*, qui joue un si grand rôle dans la pathogénie galénique. Il y a huit intempéries, quatre simples, correspondant aux quatre qualités élémentaires ; la sèche, l'humide, la chaude et la froide; quatre composées, résultant du mélange de deux intempéries simples : l'humide et chaude, l'humide et froide, la sèche et chaude, la sèche et froide, tristes hypothèses, auxquelles Galien consacre les deux tiers du περὶ κρασεῶν !

Dans le *De optima corporis constitutione* et le *De bono corporis habitu*, l'auteur revenant à l'εὐκρασία ou état d'équilibre des humeurs, lui donne pour attribut l'énergie de résistance à l'action des causes morbides. Il cherche à démontrer l'influence exclusive de ces causes sur des individus dont l'économie est, pour ainsi dire, toute imprégnée de sucs mauvais ou intempérés. Ces causes se divisent d'ailleurs en deux catégories : 1° causes intérieures, 2° causes extérieures.

Au premier rang des causes intérieures des maladies, Galien place le défaut de mélange convenable des humeurs. Ce vice de proportion peut tenir soit à l'absorption de mauvais sucs provenant d'alimens trop abondans ou de mauvaise qualité, soit à la rétention, dans le sang, de matériaux hétérogènes qui devaient être éliminés. Cette dernière cause est, pour Galien, la source d'innombrables maladies.

L'air, par ses conditions diverses de température, de sécheresse, d'humidité, par ses altérations variées, par les miasmes dont il peut être le véhicule, est une des causes extérieures qui exercent la plus grande influence sur l'état de santé.

Dans le *De sanitate tuenda*, sorte de traité d'hygiène, Galien développe les mêmes considérations. Il insiste sur les conditions de la santé,

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 Janvier, 7, 19 Février, 8, 15 Avril et 15 Mai 1856.

tiel dans les phénomènes de la vie, il y a principalement à tenir compte, dans l'étude du sang, des élémens de composition qui ont, dans les phénomènes, le rôle principal.

Or, le rôle essentiel du sang se décompose, d'une manière très distincte, entre les deux élémens composans du sang, les globules et le plasma.

Il apparaît, tout d'abord, que le rôle des globules et le rôle du plasma diffèrent fondamentalement.

Les globules ne peuvent, dans les voies circulatoires, parvenir, au moins ordinairement, partout où pénètre le plasma.

Sauf ce rôle d'agens intermédiaires principaux de l'absorption de l'oxygène, qui les a fait si ingénieusement désigner par M. Dumas dans le sang artériel sous le nom pittoresque de porteurs d'oxygène, les globules paraissent se restreindre dans une action intérieure de formation du sang lui-même. Car il est douteux que les globules concourent directement et immédiatement aux formations nutritives dont le plasma serait encore, comme pour les formations sécrétoires, l'intermédiaire essentiel.

Il se fait sans aucun doute, du plasma aux globules, dans le sein même du sang, un travail de modification réciproque qui est lié à toutes les fonctions de la vie, et notamment au travail final de la formation incessante du sang artériel normal, condition *sine qua non* de l'entretien de la vie.

Mais ce travail intime, auquel concourent probablement la rate et les ganglions lymphatiques, n'est encore que bien imparfaitement connu.

Ces considérations sommaires sur la différence des rôles physiologiques et pathologiques qui appartiennent et doivent appartenir aux deux élémens composans du sang vivant sont de nature, je pense, à justifier l'importance que j'attribue à la distinction fondamentale des globules et du plasma dans les analyses quantitatives du sang.

L'application de cette vue aux résultats obtenus au moyen des diverses méthodes d'analyse quantitative, est-elle dès à présent susceptible de concourir utilement à l'élucidation des questions physiologiques et pathologiques qui se rattachent à l'histoire du sang?

Je le crois, et je vais essayer de le prouver.

Les résultats d'analyse quantitative du sang ont été appliqués non seulement à la détermination de l'état du sang dans diverses maladies, mais encore à la définition de plusieurs espèces morbides, considérées comme essentiellement constituées par une altération du sang.

Sous ce double point de vue, les opinions reçues, d'après les résultats obtenus, doivent être modifiées et rectifiées par une conception plus exacte de la nature du sang, en ce qui se rapporte aux proportions quantitatives de ses élémens.

Il est juste d'abord de reconnaître, comme je l'ai fait dans mon premier mémoire, que tous les résultats d'analyse quantitative qui portent sur la composition du sérum et sur les proportions de ses élémens constituans, rapportés au sérum lui-même, sont le produit d'une méthode parfaitement légitime, et sont susceptibles d'être immédiatement considérés comme représentant exactement l'état vrai du plasma du sang dans toutes les diverses circonstances où ces résultats ont été obtenus.

Je partage entièrement à ce sujet les opinions si judicieusement motivées de MM. Becquerel et Rodier, et je regarde comme définitivement acquis à la science et comme immédiatement susceptibles d'applications utiles, les résultats d'analyse quantitative du sérum dus à leurs importantes recherches et à toutes celles qui ont été instituées d'après la même méthode.

J'ai suffisamment démontré, dans mon premier mémoire, que les déterminations obtenues dans les cas particuliers pour la proportion des globules et de la fibrine, par les méthodes généralement usitées, manquent d'exactitude.

Je ne reviendrai pas sur ce point.

Mais j'insisterai sur la portée des vues critiques que j'ai exposées, en ce qui se rapporte aux applications pathologiques.

Une première question d'appréciation quantitative de l'état du sang est celle qui se rapporte à la quantité de la totalité du sang.

L'augmentation ou la diminution de la quantité totale du sang, peut exister et peut être conçue comme constituant une condition morbide ou même une maladie.

L'augmentation absolue ou relative de la masse du sang a été admise comme un état morbide, dès les plus anciens temps, sous le nom de pléthore.

Il est difficile de ne pas admettre, comme fait et comme condition morbide, un état opposé, consistant dans la diminution absolue de la masse du sang, au moins pour le moment qui suit une déperdition naturelle, morbide ou artificielle tant soit peu considérable du sang.

L'analyse quantitative du sang par un procédé quelconque ne peut évidemment rien pour la détermination de ces deux états auxquels conviendraient et auxquels sont quelquefois appliquées les appellations polyémie et hypoémie ou anémie.

Mais en cherchant à se rendre compte des symptômes variés de la pléthore dans leurs rapports avec l'état observable du sang, les anciens ava ent distingué une pléthore dépendante de l'augmentation de la quantité du sang, *plethora*, d'une pléthore dépendante de l'augmentation de la quantité des globules.

L'analyse quantitative du sang avait le droit de se saisir de cette question et aurait le pouvoir de la résoudre, si ses procédés de détermination de la quantité des globules étaient suffisamment rigoureux.

En s'appuyant sur ses analyses, M. Andral s'est trouvé conduit à attribuer exclusivement la pléthore et l'anémie à l'augmentation et à la diminution de la quantité des globules.

D'un autre côté, MM. Becquerel et Rodier ont parfaitement établi que les symptômes pléthoriques peuvent coïncider avec des proportions quelconques de globules.

Il me paraît incontestable qu'il y a lieu de distinguer l'augmentation et la diminution de la masse du sang de l'augmentation et de la diminution de la quantité des globules dans le sang; et j'en conclurai que s'il faut adopter des mots dérivés du grec pour désigner ces états du sang, le mots polyémie et hypoémie ou anémie, qui conviennent aux uns, ne peuvent convenir aux autres, et ne peuvent être employés indifféremment pour désigner les uns et les autres, sans que se produise la plus fâcheuse confusion dans la pathologie.

On a admis qu'une altération du sang peut consister dans l'augmentation de la quantité de l'eau, et on a donné à cet état le nom d'hydroémie.

Il est, en effet, parfaitement incontestable que la quantité de l'eau, rapportée au sang tout entier, varie considérablement, et qu'elle peut se montrer dans l'état pathologique, évidemment au-dessus et au-dessous de la moyenne attribuée à l'état physiologique.

Mais quelle peut être la signification utile de ce fait s'il n'est pas rapporté, dans son existence, à ses véritables conditions.

Toutes les autres circonstances étant, d'ailleurs, égales, la variation dans la proportion des globules entraîne nécessairement une variation correspondante dans la proportion de l'eau, rapportée au sang tout entier, puisque le plasma contient beaucoup plus d'eau que n'en contiennent les globules.

Il y a donc des cas où l'augmentation de l'eau, rapportée au sang tout entier, ne signifie pas autre chose, si ce n'est que la quantité des globules est augmentée.

Ces cas ne méritent certainement pas d'être désignés sous le nom d'hydroémie.

Pour que le sang puisse être considéré comme réellement altéré par rapport aux proportions de l'eau, il faut que les proportions normales de l'eau soient altérées non pas relativement au sang tout entier, mais bien relativement à la composition des globules ou du plasma.

Dans les cas où l'analyse a constaté que le sérum contient d'eau une proportion plus grande que celle qui est jugée appartenir au sérum normal, on peut admettre qu'il y a altération quantitative de l'un des élémens composans du sang, le plasma, et si l'on veut donner le nom d'hydroémie à cet état, il faut qu'il soit bien entendu que la prédominance de l'eau existe dans le plasma. On sera conduit à admettre un é at opposé du sang dans les cas où la proportion de l'eau est diminuée dans le sérum, état qui existe et qui n'a pas reçu de nom.

On ne pouvait tenir aucun compte de la possibilité d'une altération en plus ou en moins de la quantité de l'eau qui entre dans la composition des globules, puisqu'on avait pris l'habitude d'attribuer cette eau au sérum.

Les modifications de forme, de volume et de densité qu'il est possible d'imprimer aux globules en dehors des vaisseaux par diverses actions physiques et chimiques, au moyen de l'endosmose, ne permettent guère de douter que des actions analogues ne puissent se produire et ne se produisent, en effet, dans ces mêmes globules vivans et circulans au sein du plasma.

L'analyse quantitative, qui pourrait s'appuyer sur la détermination préalable des globules et du plasma, permettrait d'obtenir sur ces variations possibles de l'eau dans les globules, des données exactes. En effet, un sang étant donné, à propos duquel on connaîtrait la proportion vraie des globules et du plasma, la proportion de l'eau dans le plasma et la proportion de l'eau dans le sang tout entier, il suffirait de retrancher du poids proportionnel des matériaux solides dans le sang tout entier, le poids proportionnel des matériaux solides dans le plasma, pour obtenir le poids proportionnel des matériaux solides dans les globules.

On arriverait ainsi à constater si, en fait, l'eau peut varier de quantité dans les globules, et si le sang peut offrir, en ce qui se rapporte à cet élément, une altération d'augmentation ou de diminution de l'eau, analogue à celle qui existe sans aucun doute en ce qui se rapporte au plasma.

Je ne pousserai pas plus loin d'une manière générale cette appréciation critique de l'état de l'hématologie pathologique, au point de vue de l'idée principale qui me paraît devoir dominer l'étude analytique du sang, et que j'ai définie, en ce qui touche l'analyse quantitative, par le principe de la subordination de toute appréciation de quantité des élémens du sang à la détermination préalable de la proportion des globules et du plasma.

Les exemples que j'ai cités me paraissent avoir suffisamment précisé la portée que j'attribue à l'application de ce principe.

Si je n'insiste pas sur les exemples qui pourraient être empruntés aux résultats d'analyse quantitative relatifs aux globules, c'est que ces résultats sont précisément ceux dont la valeur est, à mon avis, la moins sûre : l'état de nos connaissances sur les altérations des globules est bien peu avancé. Nous ne savons rien des variations que peut présenter la composition des globules par rapport aux proportions de l'eau, de l'hématine, de l'albumine, des sels.

Les données qui nous ont été fournies par l'analyse quantitative sur les proportions des globules rouges dans le sang manquent généralement de rigueur.

Et le microscope ne nous a guère donné, jusqu'à ce jour, sous ce point de vue, que la leucémie, c'est-à-dire, sinon une espèce morbide nouvelle, au moins une détermination nouvelle d'altération exactement définie du sang, caractérisée par l'augmentation de la quantité des globules incolores.

Après avoir essayé de satisfaire à ce qui me paraissait être le désir de l'Académie, en facilitant, par quelques développemens et par quelques exemples la discussion générale des vues et des résultats exposés dans mon premier mémoire, je me propose d'appeler, d'une manière plus particulière, l'attention de l'Académie et aussi la discussion sur un point de l'histoire du sang, qui me paraît plus avancé que les autres, sur la question spéciale de la valeur et de la signification des résultats obtenus par l'analyse quantitative du sang, relativement à la fibrine.

Et c'est par cette transition que je me trouve ramené à continuer l'exposition des résultats de mes recherches sur le sang, qu'il entrait dans mes intentions de faire successivement connaître à l'Académie.

Mais je crains de fatiguer la bienveillante attention qui m'est prêtée, et je n'aborderai immédiatement la question de la fibrine que si l'Académie le désire ou le juge convenable.

(La suite à un prochain numéro.)

---

du *bonus habitus*, et sur les influences diverses qui peuvent modifier cet état.

L'âge, en faisant varier le rapport qui existe entre les liquides et les solides du corps, depuis l'état de souplesse extrême de l'enfant qui vient de naître jusqu'à cette rigidité sénile incompatible avec la vie, l'âge, dit Galien, exerce une action puissante sur les conditions de la santé.

L'état de santé varie aussi suivant la crase des organes, de sorte qu'il n'existe pas de type de santé, mais une infinité d'espèces diverses comme les constitutions anatomiques des parties, car, ajoute Galien, et il revient avec insistance sur cette idée, toute modification dans les fonctions suppose une modification corrélative dans l'état des organes.

S'occupant ensuite de poser les limites qui séparent l'état de santé de l'état de maladie : tant que, dit-il, l'exercice des fonctions n'est pas troublé d'une manière notable et durable, il n'y a pas maladie. On ne peut pas appeler de ce nom un dérangement léger et passager des actions fonctionnelles. De même si un organe présente une altération dans son état anatomique, on ne peut pas prononcer qu'il y a maladie tant que cette altération ne se traduit pas par un trouble fonctionnel. Encore faut-il distinguer, à ce point de vue, ce qui est naturel, dans chaque individu, de ce qui ne l'est pas. Certaines conditions individuelles peuvent, en effet, modifier telle ou telle fonction sans que la santé en souffre. Il en est de même des modifications fonctionnelles imprimées à l'économie par diverses circonstances telles que l'âge, le sexe, le climat, etc. Il faut donc connaître les mille nuances qu'une foule de causes peuvent établir dans les conditions de la santé, et ne pas prononcer qu'il y a maladie, d'après de légères déviations fonctionnelles.

Galien développe ensuite divers préceptes relatifs à l'hygiène de l'homme aux différens âges; il s'occupe surtout de l'hygiène des enfans.

« Je me propose, dit-il, de donner les préceptes que l'homme doit suivre aux diverses époques de la vie pour conserver sa santé, afin que, libre de soucis du côté de son corps, il donne tous ses soins à la culture de son esprit. Heureux, s'écrie-t-il ensuite, heureux l'enfant qui a été soumis de bonne heure aux règles de l'hygiène et d'une bonne éducation physique; là est la source des bonnes mœurs! »

A la suite de ce préambule, on lit avec intérêt un certain nombre de détails curieux relatifs aux premiers soins dont les Romains entouraient leurs nouveau-nés. Galien recommande de saupoudrer de sel le corps de l'enfant immédiatement après sa naissance, dans le but de donner à la peau plus de fermeté, plus de résistance, et d'atténuer ainsi la vivacité de l'impression de l'air extérieur. On plonge ensuite le nou veau-né dans un bain tiède, au sortir duquel on l'enveloppe chaudement et on l'allaite. Galien insiste beaucoup sur l'utilité, la nécessité de l'allaitement par la mère, car, dit-il, après s'être nourri, dans l'utérus, du sang maternel, l'enfant ne peut trouver au dehors un aliment plus convenable que le lait de sa mère, produit de ce même sang transformé.

L'auteur entre ensuite dans de longs développemens touchant l'éducation physique et l'éducation morale de l'enfant. Il ne veut pas que l'une soit trop vivement poussée au préjudice de l'autre, mais que l'on maintienne entre les deux un équilibre convenable; il demande que l'excitation morale ne soit pas portée au delà de justes limites, car, dit-il, en cela l'excès, comme le défaut, finit par produire un arrêt de développement intellectuel. Il faut donc savoir garder une juste mesure. Il en est de l'excitation physique comme de l'excitation morale, l'excès et le défaut sont également préjudiciables à la santé de l'enfant.

Quant à la nourrice, que ce soit la mère ou une personne étrangère, parmi les qualités essentielles que l'on doit rechercher en elle, il faut compter un bon état moral. En outre, on lui prescrira un bon régime de vie, un exercice modéré, enfin tout ce qui peut contribuer aux bonnes qualités du sang, et par conséquent du lait. L'allaitement pur durera jusqu'à l'époque de l'apparition des premières dents. Alors seulement l'enfant pourra prendre, concurremment avec le lait de sa nourrice, du pain et de la viande, dont on suspendra l'usage dès que l'on verra survenir quelques accidens, ou bien si le nourrisson témoignait de la répugnance pour ce nouveau régime. On en userait de même, en pareille circonstance, pour un enfant complétement sevré; il faudrait le remettre au sein de sa nourrice, si la délicatesse de son estomac ne pouvait tolérer d'autre aliment.

Quant à l'exercice, il est indispensable au maintien de la santé de l'enfant et au développement de ses organes; mais avant de lui permettre de s'y livrer, il faut laisser écouler un certain intervalle après son repas, afin de permettre à l'estomac d'extraire du lait les sucs nutritifs que contient cet aliment.

L'auteur s'élève avec force contre l'habitude de faire prendre du vin aux enfans, et contre l'usage où l'on était à Rome de les soumettre aux affusions et aux immersions d'eau froide, sources de graves dangers pour ces êtres frêles et délicats. Des accidens nerveux très graves, des convulsions, des toux opiniâtres, des orthopnées, ou bien l'étiolement et le marasme, telles sont les conséquences prochaines ou éloignées de cette funeste pratique. Laissons, dit-il, ces coutumes barbares aux sauvages habitans de la Germanie; elles ne sauraient convenir aux enfans de Rome nés et élevés au sein des délices. L'auteur conseille des bains quotidiens d'eau tiède, pour conserver à la peau sa souplesse et sa perméabilité. Il blâme également, et avec beaucoup d'énergie, les violens exercices gymnastiques auxquels les Romains soumettaient leurs enfans. Au lieu de les fortifier, dit-il, on les épuise et on les tue. La meilleure gymnastique, pour les enfans, c'est de les abandonner à eux-mêmes sur un sable sec et fin, dans des conditions de lumière et de chaleur tempérées. Un exercice modéré favorise le développement des forces, auquel nuit un exercice trop violent.

Galien interdit aux enfans l'usage du vin, boisson également nuisible à leur corps et à leur âme. Ils ne doivent boire que de l'eau. A ce sujet, Galien examine les qualités des diverses eaux potables, et indique celles qui doivent être choisies de préférence. Il termine par l'indication des conditions de l'air respirable. Tous ces préceptes sont applicables aux enfans pendant la période qui s'étend de la naissance à la septième année. A partir de cette époque, le genre de vie se modifie, pour chacun, suivant la carrière qu'il aura à parcourir, suivant qu'il sera riche ou pauvre, artisan ou lettré, campagnard ou citadin. Galien donne à l'homme placé dans ces diverses conditions sociales, des préceptes d'hy-

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATION D'HÉMORRHAGIE RACHIDIENNE, SUIVIE DE RÉFLEXIONS;

Lue à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur Ch. BERNARD, médecin du Bureau central.

Les exemples d'hémorrhagie rachidienne, consignés dans les auteurs sont assez rares, et offrent encore assez de difficulté au point de vue du diagnostic, pour qu'il soit en quelque sorte du devoir de tout médecin de publier ceux qui se présentent à son observation. Tel est le principal motif qui nous engage à entretenir la Société d'un cas qui a passé récemment sous nos yeux, à l'hôpital de la Charité, dans le service dont nous sommes chargé. Ce fait offre d'ailleurs des particularités fort intéressantes, tant sous le rapport de la marche, que sous celui des symptômes et des lésions et qui nous donneront occasion de le rapprocher des cas déjà signalés.

Exposons d'abord l'histoire de notre malade.

On apporte à la Charité, dans le service de M. Andral, que nous remplaçons actuellement, le 27 février au soir, une femme sans connaissance et sur laquelle, jusqu'au moment de sa mort, il ne nous fut fourni que des renseignemens vagues et erronés. Outre la perte de sentiment on constata, le soir même, de la raideur et un certain renversement du cou en arrière, la conservation du mouvement dans les membres, une abolition presque complète de la sensibilité, de la dilatation des pupilles et un état tout au moins normal de la circulation, qui paraissait même un peu ralentie. Pendant la nuit, la malade resta dans le même état, laissa échapper ses urines et poussa, de temps en temps, des cris assez aigus.

Le 28 février, à neuf heures du matin, la position de cette femme n'avait pas subi de changement notable. Dans le décubitus dorsal, les yeux ouverts et les pupilles assez largement dilatées, elle ne semblait avoir aucune conscience de ce qui l'environnait et ne répondit pas, bien entendu, aux questions que nous lui adressâmes. Elle remuait spontanément les membres, qui n'offraient pas de traces de raideur, de contracture, ni de paralysie; quand on soulevait les bras, la malade les laissait tomber assez doucement. La raideur et le renversement du cou, observés la veille au soir, avaient disparu. La mâchoire inférieure était agitée de mouvemens très fréquens d'abaissement et d'élévation. Quant à la sensibilité cutanée, elle était évidemment très émoussée, sinon abolie; un pincement fort et énergique était presque toujours suivi, au bout d'un instant fort court, d'un de ces cris que poussait très souvent cette femme et qui ressemblaient assez bien à ceux que poussent les hystériques. Le pouls, lent comme la veille, battait 66 à 70 fois par minute et ne présentait ni force, ni résistance; la température de la peau était normale; il n'y avait pas de fièvre. La langue était molle et humide. La respiration était également normale. Enfin, l'état général de cette femme, qui était jeune, elle avait 24 ans, et exerçait la profession de domestique, indiquait une bonne santé habituelle et annonçait, ainsi que les renseignemens qui nous étaient indirectement donnés, que la maladie était récente.

En présence d'accidens semblables et chez un pareil sujet, nous nous trouvâmes dans l'impossibilité de porter un diagnostic précis. Nous songeâmes bien, tout d'abord, à quelque affection cérébrale et nullement à une complication grave du côté de la moelle. La raideur et le renversement du cou, constaté la veille et qui avaient déjà disparu le lendemain matin, nous firent penser à une méningite cérébro-spinale. Mais l'état du pouls, normal sous le rapport de la fréquence et du volume, de la peau et de la langue, ainsi que l'apparence de la malade, nous engagèrent à abandonner à peu près complètement cette première idée et à admettre l'existence probable d'accidens hystériques. En effet, cette perte de connaissance prolongée, ces petits cris poussés par la malade, l'intégrité des mouvemens en même temps que le bon état général, devaient, croyons-nous, faire pencher vers cette hypothèse, que nous avons eu le tort d'accueillir un peu trop facilement, au double point de vue du diagnostic et du traitement.

Deux affusions froides furent administrées et produisirent, immédiatement après, quelque soulagement.

Le soir, l'état était à peu près le même, plus grave seulement, et une raideur, en quelque sorte tétanique, de tout le dos, et qui empêcha de faire asseoir la malade pour l'ausculter, était survenue et s'accompagnait d'une extension forcée et d'une contracture des membres. Le pouls était encore plus lent que le matin.

La malade succomba le 29 février, à cinq heures du matin, sans avoir rien offert qui ait spécialement attiré l'attention.

Avant de rapporter les résultats de l'autopsie, nous allons rappeler les renseignemens qui nous ont été fournis par la personne chez laquelle cette fille était domestique depuis trois ans. Elle demeurait rue d'Alger et logeait dans une pièce au rez-de-chaussée. Sa santé était bonne; elle se plaignait seulement de maux de tête et d'étourdissemens; elle était, selon l'expression consacrée, gênée par le sang. Elle avait eu un enfant à la fin de 1853, et, depuis lors, elle avait toujours été assez bien réglée. Le sang paraissait d'ordinaire vers la fin du mois et s'était montré, comme cela devait être, le 25 février.

Cette fille se plaignait, depuis quatre ou cinq jours au moins, d'un malaise général, consistant en une courbature, de la céphalalgie, une sensation de barre à l'épigastre et de l'inappétence, quand, le 26 février, elle se coucha sans rien indiquer de plus. Le lendemain matin, le 27, c'est-à-dire quarante-huit heures à peine avant la mort, sa maîtresse, qui couche au-dessus d'elle dans une petite soupente et qui n'avait rien entendu la nuit, la trouva, le matin, sans connaissance, les membres et les mâchoires agitées de mouvemens convulsifs et presque continuels, les yeux ouverts, les pupilles dilatées, état dans lequel elle est restée jusqu'au moment de son admission à l'hôpital, qui eut lieu le soir même.

L'*autopsie*, faite vingt-huit heures après la mort, nous a montré des lésions multiples, tout à fait inattendues et paraissant se rapporter à la même disposition générale. Le corps n'a pas subi une émaciation considérable; il indique la force et la santé, au milieu de laquelle cette fille a été frappée. Procédons maintenant par ordre dans l'examen des lésions anatomiques.

Rachis. — L'enlèvement de l'arc postérieur des vertèbres laisse voir une grande quantité de sang noir et fluide infiltrant les parties molles du dos et remplissant le canal rachidien dans toute sa longueur. Le sang se trouve épanché, d'une part, entre les surfaces osseuses et la dure-mère, de l'autre dans le tissu sous-arachnoïdien postérieur, entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde; c'est dans cette partie que le sang se trouve en plus grande quantité, et enfin dans la cavité même de l'arachnoïde. Dans cette dernière, on ne rencontre que peu de liquide sanguin; il se trouve principalement réuni sous forme d'un petit caillot, mince, allongé à la région dorsale et sur la face antérieure de la moelle. Toute la surface du cordon médullaire présente son aspect ordinaire; il n'y a pas trace d'injection anormale, ni d'épanchement sous la membrane propre. Quant à la substance médullaire, dont il est toujours difficile d'apprécier la consistance, elle paraît également saine, pas plus injectée que d'habitude, peut-être un peu ramolli à la région cervicale.

Crâne. — Ici, nous trouvons une congestion générale très prononcée, tant à la surface des méninges que dans l'épaisseur de la substance cérébrale, qui, d'ailleurs, n'offre ni foyer hémorrhagique, ni ramollissement. Le sang qui remplit le cerveau est noir et épais. Et de la substance blanche, au lieu de voir sortir des gouttelettes d'un sang rouge et vermeil, on voit sourdre un sang noir et veineux.

Thorax. — Les deux poumons sont gorgés d'une quantité considérable de sang noir qui n'est pas épanché, mais bien infiltré dans les mailles du parenchyme. — Le cœur a son volume normal, ne renferme pas de caillots, mais contient une certaine quantité de sang, en tout semblable à celui dont nous avons déjà signalé partout l'abondance.

Abdomen. — Ce qui tout d'abord attire l'attention, c'est l'existence, dans l'épaisseur des différens replis du péritoine, mais surtout dans le mésentère et dans le grand épiploon, et vers le bord libre ou intestinal, de petites taches noires, d'un volume variant d'un grain de semoule à une forte lentille. Ces taches sont formées par du sang noir épanché dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et constituaient de petites hémorrhagies multiples. Cette disposition est d'autant plus singulière, que le reste de la surface du péritoine, tant pariétale que viscérale, n'offre aucune injection anormale, et qu'on serait en droit d'attendre d'après la présence de ces taches ecchymotiques. La surface interne des intestins, depuis l'estomac jusqu'au rectum, ne présente non plus aucune lésion à signaler et pas de coloration morbide.

Les reins, le foie et la rate sont gorgés d'un sang noir et visqueux, qui donne à tous ces organes une coloration très foncée.

Du col de l'utérus, qui est assez largement entr'ouvert, s'échappe une assez grande quantité d'un sang noirâtre et liquide, qui paraît provenir de la surface de l'utérus, dont les parois sont fortement injectées. Mais, particularité encore fort importante à signaler, les ovaires sont petits, et c'est en vain qu'on cherche à leur surface les traces soit d'une vésicule très développée et sur le point de se rompre, soit de la rupture d'une des vésicules ovariennes ou de la cicatrice récente d'une ulcération de l'organe. En un mot, les ovaires se présentent à nous comme ils s'offrent en dehors et même assez loin de la période menstruelle.

Résumons en quelques mots l'histoire de cette malade : fille de 24 ans, d'un tempérament sanguin, d'une forte constitution, sujette aux maux de tête et aux étourdissemens, prise, après cinq ou six jours de malaise, de perte de connaissance avec mouvemens convulsifs légers de tout le corps pendant quelques heures, ayant présenté un peu de raideur et de renversement du cou, n'ayant offert une contracture, en quelque sorte tétanique générale, que douze à quinze heures avant la mort, n'ayant eu ni paralysie ni contracture persistante des membres, poussant presque continuellement de petits cris aigus, morte après quarante-huit heures de maladie. Comme lésions anatomiques, on trouve une congestion générale de tous les organes par un sang noir, visqueux, en quelque sorte asphyxique et qui est portée à son maximum d'intensité dans le canal rachidien, où le sang est épanché sous l'arachnoïde et dans sa cavité, dans le cerveau, qui offre une congestion très considérable, dans les poumons gorgés eux-mêmes d'un sang noirâtre et dans les replis du péritoine, où existent de petites hémorrhagies multiples.

Si, pendant le peu de temps que cette fille a vécu, le diagnostic a été douteux et erroné, l'autopsie, contrairement à ce qui s'observe encore assez souvent, a dissipé toutes les incertitudes et a permis de fixer la nature et le siége du mal : congestion cérébrale et hémorrhagie rachidienne. C'est à la réunion de ces deux lésions qu'il faut probablement attribuer la promptitude avec laquelle la mort a eu lieu, quoique la lésion rachidienne fût assez grave à elle seule pour amener une terminaison si rapidement funeste.

Mais, en commençant, nous avons rappelé que l'hémorrhagie rachidienne était une maladie rare et dont il existait fort peu de cas dans la science. En effet, c'est à peine si on en rencontre quelques-uns épars dans les ouvrages ou les mémoires spécialement consacrés à l'étude des affections cérébrales ou médullaires. Ils ont été réunis dans une très bonne thèse soutenue récemment par M. Boscredon et qui porte pour titre : *De l'hémorrhagie méningée spinale*. Ces faits sont au nombre de 11 seulement, si on en exclut le cas rapporté d'une façon si concise et si obscure par Duverney, en 1688, et ont été fournis par Chevallier, Fallot, Leprestre, Thore, Stroud, Bigot, Boudet, Abercrombie, Laënnec, Ollivier d'Angers et Boscredon lui-même. Dans tous ces cas qui, naturellement,

---

giène marqués au coin de la sagesse et du bon sens.

Pour établir les conditions nécessaires à la conservation de la santé, il faut, suivant Galien, considérer quatre choses :

1° Ce que l'homme prend, ce qui entre dans son corps (*ingesta*);

2° Ce qu'il perd, ce qui sort de son corps (*excreta*);

3° Ce qu'il fait, au triple point de vue physique, intellectuel et moral, c'est-à-dire les diverses manières dont il exerce ses organes : ses muscles, ses sens, ses organes génitaux; les diverses manières dont il cultive son intelligence, dont il se livre à ses penchans, à ses passions (*acta*);

4° Les influences extérieures qui agissent sur lui ; l'air, l'eau, etc. (*circumfusa*). L'auteur examine les différens états ou qualités de l'air, qualités de chaud, de froid, de sécheresse, d'humidité; état de repos, de mouvement (*courans*), de pureté, de contamination (*miasmes*), causes d'un très grand nombre de maladies. Il insiste beaucoup sur l'influence des bains chauds, tempérés et froids.

Galien renferme ainsi dans le cercle de ces quatre grandes divisions toutes les influences qui peuvent agir sur le corps de l'homme, et qui, suivant leurs conditions bonnes ou mauvaises, tantôt conservent la santé, tantôt produisent la maladie.

Du reste, toutes ces influences peuvent agir sur le corps de deux manières générales, soit en modifiant sa quantité, soit en modifiant sa qualité.

La question des alimens, de leurs qualités et de leur action sur l'économie animale est longuement traitée dans le *De sanitate tuenda*, et surtout dans le *De probis pravis que alimentorum succis* (περι ευχυμιας και κακοχυμιας). Beaucoup de médecins illustres, dit Galien, se sont occupés de ce sujet important, mais la plupart en ont traité *à priori*, au lieu de s'appuyer, comme Dioclès, sur l'observation et l'expérience, seul moyen d'arriver à des résultats vrais et satisfaisans.

Dans l'état naturel, dit Galien, les alimens soumis dans le tube intestinal, à l'action des forces digestives, fournissent des sucs qui, entraînés par le mouvement d'absorption, vont partout le corps servir à la nutrition des organes et, partant, au maintien de l'intégrité des fonctions. Mais ces alimens, indispensables à l'entretien de la vie et de la santé, peuvent cependant devenir causes de maladies et cela par deux mécanismes bien différens. Tantôt c'est l'aliment lui-même qui, par son état d'altération, ne présente à l'absorption que de mauvais sucs, principe de trouble et de dérangement dans l'économie; tantôt l'aliment est de bonne qualité, mais, par suite d'un mauvais état des voies digestives ou d'un état anormal des forces naturelles, l'élaboration ne se fait pas ou se fait mal, et il en résulte également des sucs mauvais, viciés, altérés. Les uns trop ténus, trop faibles, traversent trop facilement, trop rapidement les organes; les autres trop épais, trop visqueux s'y arrêtent et y séjournent trop longtemps; les uns et les autres deviennent ainsi causes de diverses maladies.

L'auteur entre ensuite dans les détails et passe en revue les diverses espèces d'alimens sur lesquels il émet des considérations quelquefois justes, souvent fausses et futiles.

Le *lait* se compose, d'après Galien, de trois parties distinctes : 1° une partie ténue ou séreuse; 2° une partie épaisse ou caséeuse; 3° une partie grasse ou huileuse. C'est aux variations dans les proportions relatives de ces parties que le lait doit ses qualités diverses.

De l'étude comparative du lait dans les divers animaux, Galien conclut que la partie séreuse est plus abondante dans le lait d'ânesse et de chameau; la partie caséeuse dans celui de la brebis, la partie grasse dans celui de la vache. Le lait de chèvre tient le milieu entre tous les autres par sa composition.

Quant à l'influence du lait sur l'organisme, Galien déclare que cet aliment ne convient pas aux individus secs, cacochymes, atteints de diathèse strumeuse. Il ajoute que la diète lactée, à laquelle les médecins anciens soumettaient les individus atteints d'*ulcères* du poumon, ne convient que dans la période de début de la maladie, avant que les ulcères soient devenus larges et calleux.

A propos des alimens tirés du règne animal, Galien passe en revue tous les animaux de la création : poissons, coquillages; oiseaux; quadrupèdes. Il insiste sur l'étude comparative des qualités alibiles des diverses parties de ces derniers; cerveau, cœur, poumons, foie, rate, reins, testicules, muscles, tendons, ligamens, aponévroses, etc. Vient ensuite un long chapitre sur les œufs.

Les alimens tirés du règne végétal, légumes, fruits, etc., sont aussi l'objet d'une étude minutieuse de la part de Galien.

La question des qualités des boissons, des eaux, des vins, et de leur influence sur l'organisme est traitée d'une manière approfondie et sérieuse.

L'auteur insiste beaucoup sur les modifications et les élaborations diverses que les alimens subissent dans les différentes parties de l'organisme : dans la bouche, où ils sont broyés et insalivés; dans l'estomac, qui les change en chyme; dans le foie, qui les transforme en sang; dans les veines, où ils se mêlent à la masse du liquide nourricier; enfin dans l'intimité même des tissus, où se fait l'assimilation de l'aliment, dernier terme de son élaboration.

Au début de l'ouvrage est jetée la relation d'une affreuse disette qui désola une contrée de l'Asie, et dans laquelle Galien eut la triste occasion d'observer les effets de l'alimentation insuffisante sur une grande masse d'individus. Parmi ces effets, l'auteur note la production de diverses affections gangréneuses et de l'hydropisie générale. Ce dernier fait se retrouve dans toutes les relations d'épidémies semblables observées à diverses époques; dans la description du siége de Jérusalem, par l'historien Josèphe; dans celle d'une épidémie qui sévit en France, vers le IIIme ou IVme siècle, par Grégoire (de Tours); dans la relation, faite par M. le docteur Gaspard (*Journal de physiologie expérimentale*), d'une famine qui sévit, en 1816, dans les départemens du midi de la France. Partout l'hydropisie est notée comme un phénomène général et constant de l'alimentation insuffisante prolongée.

En voilà assez sur les préliminaires à l'examen de la pathologie galénique; entrons maintenant en plein dans cette étude importante.

(La suite du cours prochainement.)

Par arrêté de M. le préfet de la Seine, M. le docteur Josat est nommé inspecteur-suppléant de la vérification des décès, en remplacement de M. Dewulf, qui remplace lui-même M. Sandras, décédé.

sous beaucoup de rapports, ont énormément varié entre eux, il y a eu cependant certaines lésions et certains symptômes communs. La maladie a frappé tous les âges de la vie; ainsi, nous voyons deux enfans de 6 à 7 jours, des sujets de 14, 15 et 20 ans, de 33, 43 et 48, de 76 et 87 ans. Dans 9 cas au moins sur 11, il y a eu une contracture générale ou bornée, permanente ou temporaire et qui a porté principalement sur les muscles du cou, dont elle a le plus souvent déterminé le renversement en arrière et sur les membres. 7 fois des secousses convulsives ou mouvemens cloniques ont été signalés. La douleur du cou, du dos, des lombes n'a été notée que 5 fois, et une seule on a mentionné des cris fréquens poussés par le malade. La paralysie a été observée dans 4 cas; dans 2, c'était la seule lésion de la motilité. Quant à la sensibilité générale, il en est rarement question; cependant, dans plusieurs observations, on indique qu'elle était émoussée sur tout le corps ou sur quelque partie seulement. Nous regrettons également qu'on n'ait pas plus fréquemment parlé de l'état du pouls et de la respiration. De la respiration, il en est fait mention 6 fois; elle était presque toujours gênée et précipitée; le pouls, on ne le note que 8 fois. Dans tous ces cas, la circulation n'a pas offert les mêmes particularités; cependant, dans presque tous, les pulsations ont été fréquentes, petites et plus ou moins irrégulières. La durée, dans les cas aigus, a varié de 2 jours à 14. Chez l'enfant de 6 jours, elle n'a été que de quelques heures; chez 2 autres sujets, l'épanchement sanguin s'étant résorbé, la vie à pu se prolonger 1 an, tandis que, chez le malade de Laënnec, le sang épanché dans le canal rachidien provenant de la rupture d'un anévrysme de l'aorte thoracique, la mort a été presque instantanée. On ne sait rien des causes.

Quant au siége précis de l'hémorrhagie, voici ce que nous avons à dire : 7 fois le sang était épanché entre la dure-mère et les vertèbres, une fois seulement dans toute la longueur du rachis. Dans les autres cas, l'hémorrhagie avait pour siége l'espace sous-arachnoïdien. Dans un seul, celui de M. Ollivier d'Angers, comme dans le nôtre, avec lequel il n'a pas d'autre analogie, le sang était épanché dans toute la longueur de la colonne, entre la pie-mère et l'arachnoïde, sous forme d'ecchymoses, et dans la cavité de l'arachnoïde en petite quantité et sous forme liquide. Quant à l'aspect et à la consistance du sang, il était tantôt liquide et vermeil, tantôt épais, coagulé et noirâtre. Quatre fois seulement des altérations anciennes ou récentes ont été notées du côté de l'encéphale.

Nous avons cru intéressant, à propos du fait que nous avons recueilli, de rapporter le peu qu'on savait sur une maladie encore si obscure dans son diagnostic, si rapide dans sa marche, si funeste dans sa terminaison.

Cela dit, nous ferons remarquer que notre cas a présenté la plupart des symptômes signalés dans le plus grand nombre des observations d'hémorrhagie rachidienne, mais que ces symptômes, étant communs à d'autres états morbides, ne pourraient constituer les signes de l'affection dont nous parlons que si un certain nombre de fois ils avaient été trouvés réunis. Telle a été la cause de notre erreur. Dans notre observation, comme dans la plupart des autres, il y a bien eu des mouvemens convulsifs, de la contracture d'abord bornée au cou, puis généralisée, et des cris très fréquens. C'était, comme on le voit, bien peu de chose pour caractériser une affection aussi obscure. Le pouls et la respiration, au lieu d'être accélérés, offraient une fréquence normale. Quant à la perte de connaissance et à l'abolition presque complète de la sensibilité, on ne pouvait la rapporter qu'à un état nerveux ou à une affection cérébrale.

Mais, outre la lésion rachidienne, n'oublions pas de noter la congestion générale, la présence d'un sang noir et visqueux dans la plupart des organes. Cet état général, cette altération du sang étaient-ils la cause de l'hémorrhagie rachidienne et de la congestion cérébrale, ou au contraire n'en étaient-ils que le résultat? Sans vouloir résoudre cette difficile question, je me bornerai à faire remarquer que la respiration a été constamment calme, et que, pendant la vie, la malade n'a pas offert les signes de l'asphyxie.

En terminant, nous appellerons l'attention sur l'hémorrhagie utérine, qui, d'après un témoignage sérieux, aurait paru deux jours avant la maladie et à l'époque ordinaire de l'éruption menstruelle. Mais, après la mort, on n'a observé du côté des ovaires aucune des lésions qui accompagnent ce travail physiologique. On est donc en droit de ne pas attribuer cette hémorrhagie à la menstruation, mais de la considérer comme le résultat d'une congestion utérine.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 12 Mai 1856. — Présidence de M. Isid. Geoffroy St-Hilaire.

M. le ministre de l'instruction publique transmet deux mémoires de M. Billiard, médecin à Corbigny (Nièvre), mémoires ayant pour titre : l'un *Théorie de la phthisie*, l'autre *Découverte des sources de l'ozone organique*, suite du mémoire sur la cause secondaire du choléra.

Ces deux mémoires sont renvoyés à l'examen de la section de médecine et chirurgie, déjà saisie du mémoire sur le choléra.

Faculté assimilatrice des différens corps gras.

M. Berthé adresse, sous ce titre, un mémoire qu'il résume en ces termes :

Les belles expériences de MM. Dumas, Persoz, Liebig, Boussingault et autres savans ont fait connaître l'utilité des corps gras dans la nutrition comme alimens respiratoires. Celles de M. Claude Bernard nous ont appris quels agens la nature mettait en œuvre pour digérer ces corps et les rendre propres à l'assimilation.

Mais tous les corps gras ne possèdent pas au même degré la faculté d'être assimilés : les uns se digèrent avec une facilité presque inépuisable; pour d'autres, au contraire, l'organisme arrive promptement à un état qu'on pourrait considérer comme voisin de la saturation, de sorte qu'après un temps déterminé on retrouve, dans les excrémens, une proportion de corps gras sensiblement égale à celle qui a été ingérée. Y a-t-il des règles qui régissent cette propriété assimilatrice? C'est ce que je me suis proposé d'éclairer en entreprenant les recherches exposées dans le présent mémoire.

Les corps gras que j'ai soumis à l'essai sont, outre le beurre, les huiles d'amande, d'œillette, d'olive, de baleine, l'huile de foie de morue dite anglaise, l'huile de foie de morue lavée ou décolorée par les alcalis et le charbon, l'huile de foie de morue brune pure; toutes ces huiles furent successivement administrées à un même homme bien portant et soumis à un régime régulier depuis la dose de 30 grammes jusqu'à 60 chaque jour.

Par une détermination exacte de la quantité d'huile contenue chaque jour dans les fèces, je suis arrivé à reconnaître que la moyenne de jours nécessaires pour arriver à une saturation complète, c'est-à-dire au moment où la presque totalité du corps gras se retrouve dans les excrémens, est de douze jours pour les huiles d'œillette, d'olive, d'amande; d'un mois environ pour le beurre, les huiles de baleine, de foie de morue anglaise, décolorées ou lavées, et qu'enfin un mois d'administration d'huile de foie de morue brune et pure est insuffisant pour qu'il soit possible de constater une augmentation appréciable de matière grasse dans les excrémens. D'où je conclus que les corps gras peuvent être divisés en trois classes basées sur leurs propriétés assimilatrices.

Première classe. Corps difficilement assimilable. — Huile d'œillette, d'olive, d'amande et probablement toutes les huiles végétales.

Deuxième classe. Corps assimilables. — Beurre, huile de baleine, de morue blanche, de morue décolorée ou lavée et probablement toutes les graisses animales.

Troisième classe. Corps très assimilables. — Huile de foie de morue brune et pure. (Commissaires : MM. Chevreul et Cl. Bernard.)

De l'acide arsénieux dans les congestions apoplectiques.

M. Lamarre-Picquot adresse sur ce sujet un mémoire qu'il résume dans les propositions suivantes :

La disposition à l'apoplexie dépend communément d'un accroissement outre mesure des globules du sang. L'acide arsénieux paraît avoir pour premier effet de rendre le sang moins riche en globules et moins plastique, et il offre en effet, dans toutes les congestions de forme apoplectique, un agent thérapeutique des plus précieux.

Il est indispensable, avant de commencer une médication arsenicale, chez des sujets prédisposés aux affections apoplectiques, de constater l'état de richesse du sang ou de son altération; car, dans la supposition où ce fluide serait pauvre en globules, l'usage de l'acide arsénieux, essentiellement hyposthénisant, accroîtrait cette condition anormale.

L'action de l'acide arsénieux se liant d'une manière intime avec le résultat des digestions, on est conduit à en faire usage au moment des repas, afin d'en faciliter la tolérance et l'assimilation.

Il est nécessaire d'en prolonger l'usage au delà du terme de la guérison, afin d'avoir plus de chances de durée. Dans le cas de récidive des affections apoplectiques, alors qu'il s'agit d'imprimer une modification profonde à l'économie, il y a nécessité absolue de continuer le traitement pendant longtemps, car cette modification, se liant aux actes de l'assimilation, ne peut devenir stable qu'à la longue.

La médication arsenicale a pour résultat pratique de diminuer les conséquences fâcheuses des congestions cérébrales, quand, par la marche seule des années, les individus sont prédisposés à l'apoplexie par une constitution à prédominance sanguine.

La dose de l'acide arsénieux de ½ milligrammes à 1 centigramme par jour a été généralement suffisante dans le traitement des affections apoplectiques. (Commissaires : MM. Andral et Balard.)

Emploi thérapeutique du chlorate de potasse.

M. Isambert prie l'Académie de vouloir bien admettre parmi les pièces de concours pour les prix de médecine et de chirurgie un opuscule qu'il vient de publier *sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse, spécialement dans les affections diphthériques.* (Commission des prix de médecine et de chirurgie.)

Choléra.

M. Baleguer adresse de Cawnpore (Bengale) plusieurs opuscules qu'il a publiés dans l'Inde relativement à l'origine du *choléra asiatique* et du mode de traitement auquel il a recours contre cette maladie. (Renvoi à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale du concours pour le prix du legs Bréant.)

— M. Leclerc fait hommage à l'Académie de la deuxième édition de son opuscule intitulé : *De la médication curative du choléra asiatique.*

Cette seconde édition, dit l'auteur, est augmentée d'observations fournies par divers médecins, et qui démontrent l'efficacité de la médication par la belladone.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 20 Mai 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Un exemplaire de la carte géologique de la France, accompagné des deux premiers volumes du texte explicatif.

— Un rapport de M. le docteur Bipoll, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Montastruc (arrondissement de Toulouse).

— Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné en 1853 dans les départemens de la Seine-Inférieure, de la Charente, de l'Ille-et-Vilaine, de l'Aube.

(Commission des épidémies.)

— Les rapports de M. le docteur Bernard, sur le service médical des eaux minérales d'Uriage (Isère); de M. le docteur Isarié, sur le service des Eaux-Chaudes (Basses-Pyrénées); de M. le docteur Sebille, sur les eaux de Plombières (Vosges), pendant l'année 1854.

— Une demande à l'effet d'obtenir l'autorisation d'exploiter une source minérale située à Ardes (Puy-de-Dôme).

(Commission des eaux minérales.)

— Une lettre de M. Renault, chirurgien de l'asile des aliénés du département de l'Orne, annonçant qu'il vient de découvrir le *cow-pox* dans le département où il réside. Il envoie en même temps deux plaques de virus.

— Les tableaux des vaccinations pratiquées, pendant l'année 1855, dans les départemens du Jura et des Vosges.

(Commission de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes :

Une lettre de MM. Chevallier et Ossian Henry, membres de l'Académie, qui réclament la priorité de l'idée émise dans le travail de MM. Labourdette et Dumesnil sur le *passage de l'iode dans le lait de quelques mammifères par assimilation digestive.* Ils joignent à cette lettre une brochure publiée en 1839, et qui renferme des considérations sur le passage dans le lait de diverses substances, et notamment de l'iodure de potassium, sur les conditions dans lesquelles l'expérimentateur doit se placer pour faire arriver cette substance dans le lait, et enfin des déductions qu'on en peut tirer au point de vue thérapeutique.

(Renvoyée à la commission chargée d'examiner le travail de MM. Labourdette et Dumesnil.)

— Un mémoire de M. Guillaume Delenda (de Santorini), intitulé : *Parallèle entre les observations consignées dans les écrits d'Hippocrate et celles qu'on recueille de nos jours en Grèce.* (Comm. MM. Louis, Bousquet, Gibert.)

— Un deuxième mémoire du même auteur, ayant pour titre : *Monographie clinique des chagrins.* (M. Baillarger, rapporteur.)

— Un *tableau statistique indiquant l'état sanitaire du personnel du chemin de fer de Paris à Lyon et ses embranchemens, pendant l'année* 1855, et un mémoire intitulé : *Observations médicales* au sujet du tableau statistique, par M. le docteur Devilliers. (Comm. MM. Hervez de Chégoin et Gimelle.)

— Un paquet cacheté adressé par M. Duchesne, contenant des considérations relatives à l'influence des chemins de fer sur la santé de la population; un autre adressé par M. Perez, de Nice, et renfermant la description d'une main mécanique. (Accepté.)

— Une lettre adressée par M. le docteur Edmond Langlebert, à M. le Président de l'Académie. Cette lettre, datée du 20 mai, est ainsi conçue :

Monsieur le Président,

Je vous prie de faire connaître à l'Académie que je suis complétement étranger à l'invention d'un traitement clandestin du choléra, que M. le rapporteur de la commission des remèdes secrets a qualifié, dans la séance du 13 mai, en des termes justement sévères. L'auteur de ce prétendu traitement est un nommé Adolphe Langlebert, officier de santé, se disant docteur, et désigné comme tel dans le rapport de la commission. Comme je suis à Paris le seul docteur en médecine portant ce nom, les personnes qui ne me connaissent qu'imparfaitement ont pu croire qu'il s'agissait de moi. Ce n'est pas, d'ailleurs, la première fois que j'ai à souffrir de cette fâcheuse similitude de nom et de profession. Jusqu'à présent, je n'ai pas réclamé, mais dans cette circonstance, je crois qu'il est de mon devoir, dans l'intérêt de ma dignité et pour l'honneur même du corps médical, de demander qu'une rectification soit faite au rapport, et, s'il y a lieu, au procès-verbal de la séance où cette pièce a été lue.

Agréez, etc. Edmond Langlebert,
Docteur en médecine.

M. Robinet demande la parole pour une rectification :

L'auteur de la proposition transmise par le ministre à l'Académie, d'expérimenter dans les hôpitaux un remède secret anti-cholérique, avait signé sa lettre de manière à me donner le change sur sa qualité de docteur. Je conviens qu'en étudiant sa signature de très près, je n'y ai pas trouvé cette qualité clairement indiquée, mais il y avait là un art qui m'a trompé, et je suis d'autant plus excusable d'être tombé dans l'erreur à ce sujet, que les employés du ministère, malgré leur longue expérience, y avaient été pris comme moi.

Pour éviter à l'avenir toute confusion entre M. le docteur Edmond Langlebert et M. Adolphe Langlebert, officier de santé, je propose de communiquer à M. le ministre la lettre de réclamation dont M. le secrétaire perpétuel vient de donner lecture à l'Académie. (Adopté.)

— M. Boullay, membre de l'Académie, lui fait hommage de 70 volumes et de 34 brochures. M. le Président remercie M. Boullay, au nom de l'Académie.

M. Ségalas demande qu'à l'exemple de ce qui a été décidé pour le travail lu dans la dernière séance par M. Bégin, l'Académie donne communication à M. le ministre des travaux publics du rapport présenté par M. Gimelle. Ce rapport est relatif à un mémoire de M. Devil iers, sur l'influence que les travaux des chemins de fer exercent sur la santé des populations.

M. Chevallier propose d'ajouter à ce rapport et de communiquer également au ministre les considérations présentées par M. Cloquet. (Adopté.)

— M. le Président annonce à l'Académie qu'elle vient de faire une nouvelle perte en la personne de M. le docteur Poncet, membre correspondant à Feurs.

— Sur l'invitation de M. le Président, M. Larrey donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, vendredi dernier, sur la tombe d'Amussat.

Cette lecture est accueillie par des applaudissemens unanimes.

— M. Parchappe lit un deuxième mémoire *sur l'analyse quantitative des principes constituans du sang.* — (Voir plus haut, article : *Hématologie.*)

— M. Michel-Hyacinthe Deschamps donne lecture d'un travail intitulé : *Recherches du tissu pigmental et de ses métamorphoses.*

L'auteur admet l'existence d'une membrane distincte entre l'épiderme et le derme, et décrit cette couche intermédiaire sous le nom de tissu pigmental. C'est dans ce tissu qu'on trouve les cellules pigmentaires, soit combinées avec celles qui constituent le tissu lui-même, soit libres et formant, dans ce dernier cas, une couche granuleuse continue. Après avoir étudié dans la race blanche la constitution anatomique du tissu pigmental, décrivant successivement les aspects des teintes normales, accidentelles et pathologiques, l'auteur passe à l'examen de la peau des nègres et d'autres races colorées; enfin il termine par l'exposé des particularités que le même tissu pigmental offre dans différentes espèces zoologiques. (Comm. MM. Cruveilhier, Barth et Robert, rapporteur.)

La séance est levée.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 63. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 24 Mai 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. HYGIÈNE PUBLIQUE : Note sur l'influence de la consanguinité sur les produits du mariage. — II. HYDROTHÉRAPIE : Des indications et des contre-indications de l'hydrothérapie. — III. THÉRAPEUTIQUE : Du traitement des adénites cervicales par l'électricité localisée. — IV. PHYSIOLOGIE : De la couleur des cicatrices sur les nègres. — V. FEUILLETON : Causeries.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

NOTE SUR L'INFLUENCE DE LA CONSANGUINITÉ SUR LES PRODUITS DU MARIAGE.

Par le docteur RILLIET, médecin en chef de l'hôpital de Genève.

Depuis plusieurs années, je m'occupe de recherches relatives à l'influence exercée sur la santé des rejetons par les alliances entre proches parens.

L'idée de ce travail m'a été suggérée par le nombre relativement considérable des mariages entre consanguins qui ont lieu à Genève, et par la position favorable dans laquelle j'ai été placé pour recueillir des faits parfaitement authentiques.

C'est à ces recherches que faisait allusion le paragraphe suivant inséré dans le *Traité clinique et pratique des maladies des enfans*, que j'ai publié en collaboration avec mon ami le docteur Barthez (tome I, p. 7, 2me édit., 1853) :

« Ce n'est pas seulement sur l'hérédité proprement dite » directe ou collatérale que l'homme de l'art doit être éclairé, » mais aussi sur l'âge des parens au moment de la conception, » et plus encore sur les liens de parenté qui les unissent. Un » jour peut-être nous aurons le loisir de traiter cette dernière » question dans toute son étendue. Qu'il nous suffise de poser » ici en principe que, dans la grande majorité des cas, les » alliances entre proches parens sont funestes. Nous en voyons » tous les jours des résultats si fâcheux, que nous comprenons » les motifs des législateurs religieux qui les avaient prohibées.

» Les maladies engendrées sous cette influence sont :

» 1° Pour quelques enfans, un défaut de vitalité qui les fait » périr avant terme, ou en bas-âge.

» 2° Pour d'autres plus nombreux encore, des maladies du » système nerveux, et en première ligne, l'épilepsie et l'idio» tie; pour d'autres, mais en plus petit nombre, la scrofule et » toutes ses conséquences.

» Les enfans nés dans les conditions dont nous venons de » parler, ne subissent pas tous la funeste influence de leur » origine ; mais le nombre en est assez grand pour nous en» gager à appeler sur ce point délicat l'attention des méde» cins et celle des parens. »

Pour être mené à bonne fin, le travail que j'ai entrepris demande beaucoup de temps et des observations multiples et répétées. Il est hérissé de difficultés de toute espèce, et compliqué comme tous les sujets qui, de près ou de loin, se rattachent à la solution de l'une des questions les plus ardues de l'étiologie pathologique : l'hérédité. Je suis déjà arrivé à quelques résultats, et j'en entrevois d'autres, sinon plus importans, du moins plus nombreux. Mais je suis décidé à ne publier l'ensemble de mes recherches que lorsque j'aurai pu les appuyer sur des preuves irrécusables. Cependant, je veux dès aujourd'hui prendre acte de quelques propositions qui ne sont que la reproduction ou les corollaires de celles que je viens de rappeler.

PROPOSITIONS RELATIVES A L'INFLUENCE EXERCÉE SUR LES PRODUITS PAR LA CONSANGUINITÉ DANS LE MARIAGE.

L'abaissement de la force vitale, conséquence des alliances entre proches parens, se traduit par des résultats variés dans leur fréquence, leur forme et leur degré. En voici l'énumération d'après un ordre logique, mais qui n'est pas celui de leur fréquence relative :

1° Absence de conception ;
2° Retard de la conception ;
3° Conception imparfaite (fausses-couches) ;
4° Produits incomplets (monstruosités) ;
5° Produits dont la constitution physique et morale est imparfaite ;
6° Produits plus spécialement exposés aux maladies du système nerveux et par ordre de fréquence :
L'épilepsie,
L'imbécillité ou l'idiotie,
La surdi-mutité,
La paralysie,
Des maladies cérébrales diverses ;
7° Produits lymphatiques et prédisposés aux maladies qui relèvent de la diathèse scrofulo-tuberculeuse ;
8° Produits qui meurent en bas-âge et dans une proportion plus forte que les enfans nés sous d'autres conditions ;
9° Produits qui, s'ils franchissent la première enfance, sont moins aptes que d'autres à résister à la maladie et à la mort.

La santé de la famille des conjoints, et la santé des conjoints eux-mêmes exerce une influence très réelle sur le degré et le mode d'abaissement de la force vitale chez les produits. Il est probable que c'est aux conditions de santé des ascendans, ainsi qu'aux circonstances dynamiques dans lesquelles se trouvent les parens au moment du rapprochement des sexes, que sont dues toutes les déviations aux lois précédentes. Ainsi il est incontestable :

1° Que dans une même famille *tous* les enfans peuvent échapper à l'action de la consanguinité, mais le fait est très rare ;

2° Que dans une famille, les uns sont frappés, les autres sont épargnés ;

3° Que ceux qui sont atteints, ne le sont presque jamais *tous* de la même manière. Ainsi, ils ne sont pas *tous* épileptiques, *tous* sourds-muets, *tous* paralysés, *tous* scrofuleux ; mais ils sont diversement influencés soit pour le fond, soit pour la forme, soit pour le degré. Par exemple, l'on pourra observer dans une famille, un épileptique, un imbécile, un enfant seulement retardé au point de vue physique et moral et un enfant qui succombera rapidement à une maladie à laquelle tout autre eût résisté. Dans une autre famille, on verra deux idiots ou imbéciles et deux enfans en apparence bien portans ; dans une troisième, un enfant atteint d'une paralysie congénitale, accompagnée d'accidens épileptiformes, tandis que les autres enfans ne sont que lymphatiques, etc. Si certaines familles paraissent en tout ou en partie échapper à l'action de la consanguinité, il est à craindre que l'influence funeste de cette cause, en épargnant la première génération, ne se fasse sentir sur les suivantes, et que le résultat définitif de ces alliances ne soit l'anéantissement de la famille.

Quoique personne ne puisse revendiquer la priorité d'une idée dont on a peine à retrouver l'origine, tant elle est ancienne, il n'est pas sans intérêt de rappeler en peu de mots quelle a été l'opinion des législateurs, des philosophes et des théologiens sur la consanguinité dans le mariage.

D'après les lois de Moïse, les mariages entre parens étaient interdits jusqu'au 3me degré. A Sparte et à Athènes, si les mariages entre parens du deuxième degré étaient permis par la législation, Socrate s'élevait déjà, par des motifs tirés de la physiologie, contre une coutume qu'il regardait comme nuisible à la saine propagation de l'espèce.

Les lois romaines interdisaient les mariages entre tous les

Feuilleton.

CAUSERIES.

M. le président Bussy a indiqué, mardi dernier, à l'Académie de médecine, un fait trop vrai et qui a été l'occasion d'un reproche poli : la mort fait tous les jours des vides dans nos rangs, a-t-il dit ; et cependant les sections ne se hâtent pas de faire leurs rapports sur les candidatures aux places déclarées vacantes. Ce blâme sous forme académique sera-t-il entendu ? Il devrait l'être. Depuis le temps que deux places ont été déclarées vacantes, l'une dans la section d'anatomie pathologique, l'autre dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle, on a peine à s'expliquer que ces sections n'aient pas encore présenté leur rapport. On attendait, mardi dernier, le rapport de la section d'anatomie pathologique ; il n'a pas été fait. Un journal avait annoncé que ce rapport était prêt et avait même annoncé, en la blâmant, l'exclusion sur la liste de présentation d'un candidat dont les études et les recherches sur l'anatomie microscopique sont justement appréciées. Ce journal a été fort blâmé à son tour ; d'abord parce que le fait ne serait pas exact, la section n'ayant pas encore arrêté sa liste ; ensuite parce que l'article, disait-on, était rédigé de manière à paraître vouloir exercer une double pression sur la section et sur l'Académie. Ce dernier reproche, en vérité, nous touchera fort peu si nous étions l'auteur de l'article blâmé. Sans vouloir jouer sur le mot, nous dirons cependant que c'est précisément le rôle et le devoir de la Presse de chercher à exercer une pression sur les déterminations académiques et autres, et si cette pression s'exerce dans le sens de la justice et de la vérité, on doit la remercier et l'encourager au lieu de la blâmer.

Hélas ! les journaux, quoi qu'on en dise, ne peuvent ou ne veulent pas assez souvent exercer cette pression qu'on leur reproche. J'ai idée que les choses n'en iraient pas plus mal si nous pouvions ou si nous voulions, nous autres journalistes, intervenir à temps et à propos. Il est plus facile, plus commode et moins compromettant pour un académicien de déposer un mauvais vote dans l'urne très secrète du scrutin, qu'à nous, journalistes, d'émettre, au soleil de la publicité, une opinion favorable sur une candidature médiocre. Quelle différence dans la responsabilité ! Un vote peut toujours se nier, et l'on sait qu'invariablement il arrive, à chaque élection académique, que tous les candidats auraient dû être nommés, tant ils retrouvent après coup de voix en leur faveur. Quant au candidat élu, son étonnement est au comble de n'avoir pas obtenu l'unanimité, chaque académicien lui assure, en effet, qu'il a voté pour lui. C'est le miracle de la multiplication des votes. Le journaliste, lui, a publié son article, et son article subsiste, il est indéniable, il en est responsable devant l'opinion publique qui se retirerait immédiatement de lui s'il avait prêté sa plume et sa publicité à une candidature repoussée par l'opinion publique. Si, au contraire, il a loyalement, avec intelligence et discernement, patronné une candidature légitime, personne ne lui tient compte, on le blâme, au contraire, de son courage à braver les inimitiés et la rancune de tous les autres candidats, de leurs amis, des ennemis de celui qu'il protége. Et vous trouveriez que le journaliste ne paie pas assez cher son droit et ses velléités beaucoup trop rares d'intervention dans les élections académiques ! Certes, vous êtes exigeans, vous qui blâmez à tort et à travers, vous qui, sans crainte et sans responsabilité, pouvez voter dans l'ombre protectrice du scrutin secret, tandis que le journaliste découvre hardiment sa poitrine et publie son vote à plusieurs milliers d'exemplaires.

L'essentiel, pour que la Presse ne perde ni sa considération, ni son autorité, c'est qu'elle soit exacte dans le récit des faits et juste dans ses réclamations. Elle a tant d'intérêt à cela que ce ne peut être jamais qu'involontairement et quand elle est trompée elle-même qu'elle manque à ces conditions d'exactitude et de justice. Dans la circonstance actuelle, il paraît que le journal dont je parlais tout à l'heure a été inexactement renseigné. La section d'anatomie pathologique n'a pas encore voté sa liste de présentation, partant elle n'a pu faire l'exclusion qui a été signalée. J'ose ajouter que cette exclusion ne semble pas possible. Il s'agit, en effet, d'un savant aussi consciencieux que modeste, de M. Ch. Robin, dont les travaux en histologie microscopique jouissent d'un si grand crédit, que son nom, pour une vacance académique de ce genre, n'est pas de ceux qu'il soit possible de dédaigner ou d'oublier. Je crois me rapprocher davantage de la réalité de la situation en disant que la section éprouve un certain embarras dans la classification des candidats, et de M. Robin en particulier. Cet embarras peut se comprendre et même se justifier. La partie de la science à laquelle M. Robin a surtout sacrifié jusqu'ici est encore si jeune que tout le monde n'en comprend pas les affférences avec la pathologie proprement dite. Pour un assez grand nombre de médecins, l'histologie pathologique n'est encore qu'une branche de l'histoire naturelle médicale, de sorte que, dans la section, il est possible qu'on soit dans une espèce de doute pour placer M. Ch. Robin, soit parmi les naturalistes, soit parmi les pathologistes. Les tentatives d'intervention de l'histologie pathologique à l'Académie n'ont pas rencontré, on s'en souvient, une faveur générale ; d'assez nombreuses préventions règnent à cet égard dans cette compagnie savante ; je ne les excuse ni ne les blâme, j'en constate simplement l'existence et je me demande si elles n'auront pas leur influence sur la détermination qui pourra être prise relativement à la candidature de M. Robin.

Si cette influence allait, ce que, je le répète, je ne crois pas possible, jusqu'à l'exclusion de M. Robin de la liste de présentation, je n'hésiterais pas à dire que cette mesure serait plus qu'injuste, elle serait illogique. Une place étant vacante dans la section d'anatomie pathologique, aucun candidat n'apporte des titres plus nombreux et plus spéciaux que M. Robin à cette place. C'est même, il le faut reconnaître, la seule candidature franchement et directement afférente à la place vacante. Toutes les autres, sans en excepter même celle de M. Parchappe, dont le grand travail d'hématologie se rapproche le plus du but de la compétition actuelle, seraient — comme elles l'ont été déjà — aussi bien justifiées dans les autres sections de la pathologie interne que dans celle de l'anatomie pathologique. Cette section n'aurait, en effet, sa raison de subsister, que si elle était exclusivement composée de savans du genre de M. Robin. Partout ailleurs je vois des pathologistes plus ou moins célèbres, des médecins praticiens à renommée différente, mais, nulle part, je n'aperçois des anatomo-pathologistes purs, excepté dans les régions fréquentées par M. Robin, où le microscope, la pipette et le verre à réactifs ont remplacé la pince et le scalpel. L'anatomie générale, l'anatomie pathologique ont changé de direction, de procédés, d'instrumens ; nous ne connaissions de tout cela, dit la jeune école, que les plus grossiers élémens ; vainement la vieille école — suprême inconséquence — résiste à l'envahissement de l'histologie pathologique ; elle sera vaincue,

parens jusqu'au troisième degré, et même, quoique avec moins de fixité, jusqu'au quatrième (cousins germains). L'église catholique, qui trouva ce dernier usage établi, chercha peu à peu à le réformer. Saint Augustin (*Cité de Dieu*, xvi. 16) déclare que l'opinion est opposée à des alliances entre parens aussi rapprochés; Grégoire-le-Grand s'efforce également de les proscrire; et il en donne un motif tout semblable à celui qu'invoquait Socrate : « Experimento didicimus ex tali conjugio » sobolem succrescere non posse. » (*Epist. lev.* xii, 31.) Le concile de Trente, confirmant les prescriptions antérieures de l'Église, a fixé sur ce point la législation canonique (sessio xxiv. v), et il interdit d'une manière absolue, entre simples particuliers, les mariages au second degré (c'est-à-dire au quatrième en droit civil).

Dans les pays protestans, la législation n'étend pas en général au delà du second degré l'interdiction du mariage entre parens, et il est en conséquence plus facile d'observer dans les sociétés où la fidélité conjugale s'allie à la faculté de contracter des unions entre parens rapprochés, les effets qu'entraînent après eux les mariages de ce genre.

C'est ce qui m'a donné l'occasion de porter sur ce sujet une attention particulière, et de pouvoir réunir, pour l'étudier, des faits variés et nombreux.

HYDROTHÉRAPIE.

DES INDICATIONS ET DES CONTRE-INDICATIONS DE L'HYDROTHÉRAPIE (1);

Par le docteur Lubanski, directeur de l'Établissement hydrothérapique du château de Longchêne, près Lyon.

Et d'abord, la peau est-elle destinée à éliminer des principes spéciaux? Nous ne le croyons point. Tous les élémens d'excrétion ont été trouvés dans les différens produits excrémentitiels. Toutes les excrétions s'entr'aident donc et se suppléent au besoin. Il en résulte que si l'une d'elles diminue ou s'arrête, les organes chargés de l'accomplissement des autres reçoivent un surcroît d'activité, et ce fait devient frappant dans les suppressions brusques de la transpiration, cause si fréquente des maladies des voies de l'air, des organes génito-urinaires et du tube digestif. Ce surcroît d'activité, se faisant lentement, progressivement, devient également cause de modifications pathologiques du côté des appareils excréteurs que nous venons de nommer. Que d'affections des organes de la respiration, que de maladies des organes de la digestion, des reins et de la vessie, qui naissent par suite du ralentissement des fonctions de la peau, et combien de ces affections ne cèdent-elles à l'emploi de l'hydrothérapie et sous l'influence du retour de ces fonctions à leur état normal.

Mais outre cette question de désordres locaux, il en existe une plus grave, celle qui se rattache au trouble général de l'économie, par suite du défaut d'élimination des principes, dont la présence dans l'économie ne doit pas se prolonger. Les excrétions supplémentaires ne suffisent pas à maintenir l'intégrité du mouvement d'élimination, quand l'action d'un émonctoire aussi important que celui de la peau se supprime pendant longtemps. Une partie des principes destinés à être expulsés reste dans l'économie, il en résulte une altération des liquides qui influent par une stimulation anormale sur le système nerveux, et donnent lieu à des désordres d'innervation, qui dénaturent par leur composition viciée le renouvellement moléculaire de nos tissus et y produisent les affections les plus variées. Entre autres buts de l'exhalation cutanée, elle débarrasse l'économie de l'excès des acides; sa réaction éminemment acide en est la preuve évidente. Or, si les acides ne sont pas suffisamment éliminés, le sang n'a plus l'alcalinité suffisante pour opérer les réactions indispensables à l'assimilation des produits de la digestion. Des combinaisons pathologiques se forment et se traduisent au dehors, selon les dispositions individuelles et les conditions d'existence particulières à chaque malade, ici par l'excès d'acide urique dans les urines, là par le dépôt de matières calcaires aux articulations, ailleurs par l'élimination du sucre, de l'albumine, de l'albuminose, avec tout le cortége des phénomènes qui, en pathologie, s'expriment par les noms d'affections rhumatismales, goutteuses, calculeuses, glucosuriques, albuminuriques, etc. Nommer ces affections, parler de l'influence du sang sur l'innervation, indiquer le rôle que jouent les fonctions de la peau au point de vue pathogénique qui nous occupe, et annoncer l'influence qu'exerce l'hydrothérapie sur le rétablissement de ces fonctions, c'est établir déjà des indications dont l'énumération serait impossible tant leur nombre est considérable.

Et qu'on n'oublie point, en lisant les lignes qui précèdent, que notre théorie est faite *à posteriori*, que les résultats pratiques que l'hydrothérapie obtient depuis plus de vingt ans lui donnent une autorité incontestable, et qu'elle n'est, en effet, qu'une synthèse physiologique de faits cliniques suffisamment nombreux.

En parlant de faits cliniques, nous ne devons pas oublier une question pratique très importante, qui trouve ici une place toute naturelle, c'est que, dans certains cas du genre de ceux qui viennent de nous occuper, nous avons appelé à notre aide l'emploi des médicamens. En nous appuyant sur le rôle thérapeutique de la transpiration, nous nous sommes servi parfois des alcalins pour influer directement sur la composition des liquides pendant que l'hydrothérapie et le régime tendaient à les ramener hygiéniquement à leur état normal. Les eaux alcalines naturelles nous ont rendu ainsi de très grands services. Et nous nous sommes convaincu que leur adjonction au traitement hydrothérapique a le grand mérite d'en abréger la durée. C'est dès le début du traitement qu'il faut recourir aux alcalins, sous quelque forme qu'on les emploie; c'est dès le début aussi, dès que la peau est suffisamment préparée, qu'il faut chercher à provoquer d'abondantes transpirations, dont on doit avoir soin de surveiller attentivement la nature, car, dès que leur réaction acide cesse, elles sont sans profit pour l'économie, deviennent plus difficiles à obtenir, et sont suivies de fatigue et de malaise. C'est le moment de s'arrêter pour insister sur la méthode reconstitutive, sauf à y revenir après un temps de repos, si l'état général des malades le réclame.

Nous ne pouvons pas abandonner ce sujet sans dire un mot de l'emploi combiné de l'hydrothérapie et des médicamens. L'hydrothérapie crée, nous dit-on, une tolérance toute spéciale dans les organisations réfractaires à l'usage des agens médicamenteux. Il y a dans cette assertion de la vérité et de l'exagération. L'exagération vient de ce que la plupart des agens pharmaceutiques n'ont rien à faire avec l'hydrothérapie; que leur emploi n'a pas été du tout ou au moins pas suffisamment essayé. Nous doutons fort, par exemple, qu'on arrive jamais à combiner utilement le traitement hydriatrique avec l'emploi de sels mercuriels. Et nous pouvons affirmer pour le moins, que ceci est une question d'avenir, et qu'on a tort de l'annoncer comme une question résolue. Si on veut être dans le vrai, on doit restreindre le nombre de médicamens qui peuvent et doivent être alliés à l'hydrothérapie. Nous avons déjà parlé des alcalins, nous y joindrons, à d'autres titres, les préparations iodées et ferrugineuses.

Il ne nous appartient pas, dans cet écrit, d'aborder la question de l'opportunité de cette alliance avec tous les détails que comporterait l'importance du sujet. Il nous suffira de dire que, si ces préparations pharmaceutiques sont en général parfaitement supportées, même par les malades qui, auparavant, ne pouvaient pas en faire usage, la raison de cette tolérance git sans doute dans les modifications que l'hydrothérapie a pu déjà produire dans l'organisme, et que, par conséquent, l'emploi des médicamens doit être précédé par quelques semaines de traitement. L'iode et le fer, quelle que soit leur préparation, n'agissent que s'ils sont absorbés, et ils ne sont absorbés qu'en formant chimiquement des combinaisons spéciales sous l'influence des humeurs intra-viscérales. La composition de ces humeurs étant souvent altérée chez les malades, il se produit dans l'estomac et les intestins de fausses réactions à l'égard de médicamens qui sont ingérés; il se forme des sels insolubles, qui ne peuvent pas pénétrer par endosmose dans la circulation, et qui, par leur séjour dans le tube digestif, exercent une action topique irritante. L'hydrothérapie, en modifiant la composition de nos liquides, rend au suc gastrique, aux sucs intestinaux et au sang lui-même une composition plus normale, facilite l'absorption des médicamens et augmente, par conséquent, leur tolérance et leurs effets. Mais, encore une fois, pour qu'il en soit ainsi, il faut différer l'usage des médicamens jusqu'à ce que l'hydrothérapie ait produit les modifications humorales que nous venons de signaler.

C'est pour n'avoir pas compris ce précepte que quelques-uns de nos confrères débutent d'emblée par le traitement combiné, que quelques autres cherchent à préparer leurs malades à l'hydrothérapie par une médication pharmaceutique préalable dans le but d'abréger pour eux la durée du traitement. En agissant ainsi, on manque, le plus souvent, le but qu'on se propose d'atteindre. Nous concevons, à la rigueur, la préparation à l'hydrothérapie à l'aide de quelques purgatifs qui déblayent les premières voies et préviennent la diarrhée, résultat assez fréquent d'un début du traitement; nous la concevons encore par l'usage des moyens qui agissent directement sur la peau, tels que les frictions, les bains simples ou minéraux, certaines eaux thermales qui impressionnent vivement les tégumens. Mais l'emploi d'autres agens, qu'il nous est souvent arrivé d'avoir vu mettre en œuvre, peut bien avoir des intentions très louables, mais a pour le moins l'inconvénient de faire perdre leur temps aux malades.

Nous venons de toucher tout à l'heure à la question des eaux minérales et de dire un mot de leur alliance avec l'hydrothérapie. Cette question me paraît devoir préoccuper sérieusement les hydrologistes, et, pour notre compte, nous entrevoyons un grand avenir thérapeutique pour les affections chroniques dans cette réunion. Nous la concevons de deux ma-

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 17 et 20 mai 1856.

---

prédiction facile, car l'organicisme, comme principe et comme méthode, a besoin de subir cette expérience nouvelle pour se convaincre de l'insuffisance de son principe et de l'impuissance de sa méthode. Mais de grâce, ne contrariez pas l'expérience, favorisez-la, au contraire, afin qu'elle soit plutôt finie, et ne rejetez pas, par pure négation, qui ne vous est pas permise, à vous, organiciens, ne rejetez pas de vos listes de présentation des hommes qui, comme M. Robin, tentent cette expérience avec talent, avec loyauté et conviction.

J'ai un autre espoir, et l'occasion est trop opportune pour que je ne l'exprime pas ici, c'est que M. Parchappe ne sera pas cette fois repoussé de la liste de présentation comme il l'a été par la même section dans la dernière élection. On parle de pression exercée par les journaux, certes jamais pression n'eût été plus légitime, si elle eût empêché la section de commettre alors cette grave injustice envers ce savant pathologiste et aliéniste; et si je me croyais le pouvoir de faire qu'elle ne se renouvelât point, je crierais de toutes mes forces à la section : Prenez garde!... Mais ce serait prêcher des convertis, et certainement la section ne fera pas cette nouvelle injure à l'un de ses plus éminens correspondans qui expose en ce moment devant l'Académie le résultat de ses longues et laborieuses recherches sur l'hématologie. Vous verrez au contraire que, frappée des conditions que présente ce candidat par son âge, par sa position, par le nombre et l'importance de ses travaux, la section lui assignera un des rangs les plus avancés dans sa liste de présentation.

Une autre compétition s'agite dans les régions de l'enseignement. La Faculté de médecine de Paris est appelée à désigner à M. le ministre de l'instruction publique trois candidats pour la chaire d'anatomie, vacante par le *transférement* — je ne peux m'habituer à cette appellation officielle — de M. Denonvilliers à l'une des chaires de pathologie chirurgicale. Les compétiteurs sont nombreux, la place est belle, ne vous étonnez donc pas si la compétition est vive, ardente et même passionnée. Si j'en ai le temps, j'en pourrai dire quelques mots la semaine prochaine, car c'est assez de candidatures pour cette fois-ci.

Je dois annoncer une nouvelle qui, pour être tardive, n'en sera pas moins bien accueillie, je l'espère. Un des vœux du Congrès, son vœu pieux de voir ériger une statue à Bichat dans l'enceinte de la Faculté de médecine, ce vœu sera accompli plus prochainement que je n'aurais osé le croire il y a quelques mois, quand nous apprîmes la mort si regrettable et si imprévue de David (d'Angers). Certes, ce n'est pas la faute de la commission si ce vœu du Congrès n'a pas été plutôt réalisé. Cette pauvre commission a été cruellement frappée par la mort. Elle a perdu, en dix ans, son président, M. Roux, Miquel, Cherest, son statuaire, son architecte; elle a traversé les temps les plus agités, où l'esprit de David (d'Angers) était ailleurs qu'aux paisibles travaux de son atelier. Enfin, dans les quelques mois de calme qui se sont écoulés avant la mort de David, cet artiste éminent a pu finir à peu près le modèle de sa statue, et depuis sa mort, un de ses plus chers et des plus célèbres élèves, M. Toussaint, a donné la dernière main à l'œuvre de son maître; la statue est prête enfin à être livrée au fondeur. La commission, les débris de cette commission, a été appelée ces jours passés à visiter le modèle dans l'atelier même de David; elle l'a accepté après s'être reconstituée par la nomination de son président, M. Paul Dubois, en chargeant M. Toussaint de remplacer M. David, en confiant à M. Eck le coulage en bronze de la statue, et en priant M. de Gisors, architecte de la Faculté, de vouloir bien remplacer M. Leclerc que la mort nous a enlevé. Les choses vont maintenant marcher avec toute la rapidité possible. Mais la fonte de la statue exige au moins six mois de temps. Six mois! Cela nous conduit en plein hiver, et sous notre ciel inclément, la commission, qui veut donner à cette fête tout l'éclat qu'elle pourra, a pensé qu'il valait mieux remettre la cérémonie de l'inauguration à la fin du printemps de 1857. C'était le meilleur parti à prendre.

J'ai dit l'impression douloureuse et générale produite par la mort d'Amussat. M. le professeur Jules Cloquet a bien voulu m'en communiquer un témoignage touchant en m'adressant les vers suivans composés par un jeune ami et client du confrère que nous avons perdu.

SUR LA TOMBE D'AMUSSAT.

Pour conjurer les maux, secourir la misère,
Avant de remonter au séjour des élus,
Un cœur d'ange un moment a battu sur la terre;
Hélas! il ne bat plus.

A de rudes travaux, ardent, infatigable,
Tandis qu'il demandait des secrets pour guérir,
Nous, qui devons le jour à sa main secourable,
Nous l'avons vu mourir.

Pour lui, tous ces secrets qu'il aimait à répandre,
N'étaient que des trésors pour mieux faire amassés.....
Mais Dieu tend une palme à cette âme si tendre
En disant : « c'est assez :

« Viens; de tant de bienfaits jamais la récompense
« Ne se rencontrerait au monde où je t'ai mis,
« Viens, et je tarirai par ton bonheur immense
« Les pleurs de tes amis. »

Les yeux au doux regard à ces mots se fermèrent;
La voix qui consolait, doucement se plaignit,...
Du génie expirant les lueurs s'éclipsèrent,
Le flambeau s'éteignit.

Puis on vit éperdus à cette heure dernière
Ces trois sœurs, ces enfans qu'il avait tant chéris,
Et ce vieillard navré, redemandant un père,
Quand il cherchait son fils.

Pour honorer celui qui nous servit d'exemple,
On l'a conduit au champ de son dernier sommeil
En déployant pour lui sous les lambris d'un temple
Un pompeux appareil;

Mais la foule a fait mieux dans ce moment suprême;
Car, près de ce cercueil qu'elle avait entouré,
Jeune et vieux, riche et pauvre, émules, rivaux même,
Tout le monde a pleuré.

Ferdinand de Lapointe.

17 Mai 1856.

Heureuse la mémoire qui inspire de tels sentimens!

Amédée Latour.

nières, sur place, ce qui a déjà été réalisé dans quelques eaux minérales d'Allemagne, comme à Kissingen par exemple; ou par l'alternance de deux moyens, à intervalles rapprochés, et leur emploi dans les localités spéciales, ce que plusieurs de nos malades ont essayé avec succès. C'est avec les eaux alcalines et ferrugineuses froides que l'alliance simultanée nous paraît la plus convenable, tandis que l'alternance doit être réservée pour les eaux thermales.

Pour ne point quitter ce qui concerne l'usage des médicamens, disons, enfin, que leur absorption par la peau, à l'aide du maillot dans le drap mouillé, a paru, à un de nos confrères, offrir à l'hydrothérapie un avenir riche en bons résultats. Nous serions flattés de voir fructifier cette idée, que nous avons les premiers mis en avant il y a neuf ans, et que Mathias Mayor, de Lausanne, a fait connaître depuis, dans une publication populaire, le *Bain sans baignoire*. Mais les essais que nous avons faits dans cette voie nous font craindre que ce moyen ne donne beaucoup moins qu'il promet.

Il résulte d'ailleurs des recherches expérimentales de M. Frédéric Duriau, que si la peau absorbe l'eau jusqu'à la température de 32 à 33° centigrades, elle n'absorbe aucun médicament. Les expériences faites avec l'iodure de potassium, le carbonate de potasse, le cyano-ferrure de potassium, le sel marin, le nitrate de potasse, la belladone, la digitale, ont constamment fourni des résultats négatifs.

Pour compléter ce qui concerne les indications hydrothérapiques, ajoutons que les résultats de cette méthode nous engagent à la conseiller dans quelques affections réputées incurables. Cette proposition, qui peut paraître paradoxale, cesse cependant de l'être si on l'explique. Nous voulons parler de quelques affections organiques dont il n'est pas permis d'espérer la guérison, mais dans lesquelles l'hydrothérapie, en relevant les forces de la vitalité, peut prolonger de beaucoup l'existence des malades. Nous devons y ajouter certaines maladies susceptibles d'être opérées, telles que les cancers, par exemple. Le traitement dépuratif de l'hydrothérapie, régulièrement suivi avant et après l'opération, a donné, dans des cas de cette nature, des résultats très satisfaisans à nos habiles opérateurs de Lyon.

Je termine sans avoir épuisé l'importante question d'indications que j'ai prise pour sujet de ce travail. Je ne m'en dissimule pas l'imperfection, mais j'ose espérer cependant qu'il pourra être de quelque utilité à mes confrères, en leur démontrant que, dans l'étude de l'hydriatrie, ainsi que dans le diagnostic fait en vue de son application, il faut se préoccuper surtout et avant tout de la constitution des malades, et des modifications que cette méthode thérapeutique produit dans l'ensemble de l'organisme.

PHYSIOLOGIE.

DE LA COULEUR DES CICATRICES SUR LES NÈGRES.

Monsieur le rédacteur,

On a beaucoup étudié, comme vous le savez, les cicatrices des plaies des individus appartenant à la race blanche. On n'a pas eu l'occasion de s'occuper aussi fréquemment de celles que présentent les nègres. Les auteurs qui ont porté leur examen sur cette question ne sont pas tous d'accord sur la coloration qu'elles revêtent chez ces derniers.

Ainsi, notre illustre Bichat professe que les cicatrices sont également blanches dans tous les peuples (1).

Boyle et Camper avaient émis la même opinion.

Labat apprend que les cicatrices laissées par de fortes brûlures sont blanches chez les nègres (2).

De nos jours, M. le professeur Cruveilhier pense encore que les cicatrices des noirs ne se colorent point (3).

D'autres auteurs ont partagé un sentiment contraire.

Suivant Pechlin et Gordon, les cicatrices sont blanches dans les premiers momens de leur formation, mais noircissent plus tard.

Les cicatrices de la peau, dit J.-J. Virey, ne reprennent jamais la couleur foncée du reste du corps. Elles demeurent grises, ainsi que la place des vésicatoires (4).

Gauthier a vu, chez un nègre, après l'application d'un vésicatoire, que la surface du derme dénudé était rouge sans pigment; mais, dès le lendemain matin, il parut un point noir auteur de chaque follicule pileux.

Marx fait remarquer aussi qu'un endroit de la peau, qu'il avait dépouillé de son mucus de Malpighi par le moyen d'un épispastique, recouvra bientôt sa couleur noire.

Chez les nègres, dit S. Cooper, qui ont eu des vésicatoires, ou qui ont été blessés, il s'écoule un temps considérable avant que la cicatrice prenne une teinte foncée. Hunter a vu un vieux nègre qui, depuis sa jeunesse, portait à la jambe une cicatrice qui était encore blanche. Souvent, cependant, les cicatrices chez les nègres sont même plus noires que les autres parties de la peau (5).

Cette dissidence d'opinions nous a engagé à faire quelques recherches sur la teinte que prennent les cicatrices des noirs, soit à la suite de solutions de continuité produites par des causes diverses, soit à la suite de l'application d'un vésicatoire. Nous avons porté notre étude sur des Malgaches embarqués sur le brick de guerre le *Victor*, pendant une longue et pénible campagne dans les mers de l'Inde. Ces hommes, d'un caractère docile, habitent notre colonie de Ste-Marie (6), appartiennent à la tribu des Betsimisarak, chassée, il y a déjà quelques années, de l'île de Madagascar par les Ovas, sont embarqués pendant deux ans sur les navires de guerre, et affectés à des travaux que n'exécuteraient pas impunément nos marins français sous le ciel brûlant des tropiques.

Elles prouvent que les cicatrices se colorent, contrairement à l'opinion de Boyle, de Camper, de Bichat, de M. Cruveilhier; qu'elles ne sont jamais nettement blanches, même après de grandes déperditions de substance; qu'elles se colorent graduellement, et qu'en général elles finissent par acquérir, après un temps variable, une teinte tantôt moins foncée, tantôt plus noire que celle de la peau environnante.

Ce sont ces observations, Monsieur le rédacteur, que je vous offre et vous prie d'insérer dans votre estimable journal, si toutefois elles présentent quelque intérêt, et si vous les jugez dignes de fixer votre attention.

BÉGUIN,
Chirurgien-major de la frégate à vapeur l'*Asmodée*.

NOM des MALGACHES.	GENRE ET DATE de la BLESSURE.	RÉGION DU CORPS occupée PAR LA CICATRICE.	COLORATION.
Douma	Cicatrices de pustules de vaccine, très anciennes.	Bras gauche	Plus noire que la peau environnante.
Douma	Cicatrices anciennes, semblant provenir d'une affection pustuleuse.	Face antérieure et externe de la jambe gauche.	Quelques-unes sont moins foncées que les tégumens voisins, d'autres sont plus noires.
Douma	Cicatrice longitudinale, avec perte de substance, produite par la chute d'une forte pièce de bois. Neuf ans d'existence.	Partie inférieure de la région antérieure de la cuisse gauche.	Un peu moins noire que la peau du reste du corps.
Sagau	Trois cicatrices d'un an de date, provenant de plaies contuses profondes, produites par la chute de pierres.	Face antérieure de la jambe gauche.	Moins noires que les parties environnantes. — La cicatrice la plus inférieure offre deux plaques plus noires que le reste de la cicatrice.
Senga	Plusieurs cicatrices peu étendues, provenant de plaies déterminées par des fragmens de bois, de date ancienne, mal précisée.	Partie antérieure de la jambe droite.	Moins noires que la peau.
Senga	Une cicatrice survenue à la suite d'un violent coup de hache, de date ancienne.	Région externe de la jambe droite.	Comme dans l'observation précédente.
Tsiratsi	Cicatrices survenues à la suite de l'application de ventouses scarifiées, d'une année d'existence.	Situées, les unes au côté gauche de la poitrine, les autres à la région lombaire gauche.	Couleur cuivrée, moins foncée que les parties environnantes.
Tsiratsi	Cicatrice survenue à la suite d'une plaie légère causée par l'amure de la grande voile. Un an de date.	Au-dessous de la crête tibiale antérieure de la jambe droite.	Plus noire que la peau voisine.
Tiratsi	Cicatrice profonde, étendue, survenue à la suite de plaie contuse. Quatre ans d'existence.	Région externe de la jambe droite.	Moins noire que le reste de la peau, parcourue par des lignes plus foncées en couleur.
Téli	Légère cicatrice résultant d'une écorchure, examinée deux mois après.	Face dors. de la main gauche, dans l'intervalle des 4me et 5me métacarpiens.	Très noire.
Téli	Cicatrice transversale, provenant d'une plaie contuse. Un an de date.	Face antérieure de la jambe gauche.	D'un jaune cuivré, moins noire que les tégumens.
Téli	Cicatrice ancienne, produite à la suite d'une plaie par instrument tranchant.	Joue gauche	Différence à peine appréciable entre sa coloration et celle de la peau voisine.
Tsimazanou	Cicatrice de panaris survenue au mois de septembre 1854. L'inflammation a été combattue par des débridemens profonds.	Annulaire de la main droite.	L'épiderme se forme rapidement, et prend en peu de jours une teinte brune. Il reste un point central qui n'est pas envahi par le pigment, mais au bout de trois mois et demi, à partir de la guérison, toute la cicatrice est devenue un peu plus noire que le reste de la peau.
Tsandalara	Cicatrice de brûlure au 3me degré, examinée trois mois après la guérison.	Tiers supérieur de la face postérieure de l'avant-bras droit.	Toute la cicatrice n'est pas envahie par le pigment. On y voit des points plus noirs que la peau, et des points d'un blanc rosé.
Tsandalara	Écorchure, dont la surface ressemble à celle d'un vésicatoire, quand l'épiderme a été enlevé.	Région postérieure du bras.	Quarante-huit heures après l'accident, formation d'une pellicule plus noire que la peau; cette fausse membrane finit par tomber au bout de douze jours. Après sa chute, la peau se présente rouge, et, six jours après, on voit plusieurs points envahis par le pigment. On observe de petits espaces d'une couleur rosée dans l'endroit qui a été le plus lésé.
Tsarmandea	Cicatrice de plaie légère produite par un instrument tranchant, déchirée plusieurs fois par des causes extérieures.	Face antérieure de la jambe gauche.	Presque blanche. Observons ici, avec quelques-uns de nos collègues, que les cicatrices qui, comme celle dont il est question ici, sont soumises à l'action de violences extérieures répétées, finissent par ne plus se colorer.
Vita	Cicatrices provenant de l'application de ventouses scarifiées. Un mois de date.	Région antérieure de la poitrine.	Les incisions superficielles, comme celles qui ont intéressé la peau plus profondément, sont moins noires que les tégumens.
Vita	Vésicatoire, examiné quinze jours après son application. Huit jours de suppuration.	Bras gauche	La coloration de la surface occupée par le vésicatoire est plus noire que la peau qui l'environne dans la plus grande partie de son étendue.
Vita	Vésicatoire, examiné un mois, puis trois mois après son application. Vingt jours de suppuration.	Région antérieure de la poitrine.	Un mois après l'application, le vésicatoire offre des lignes irrégulières qui circonscrivent des espaces d'une coloration moins noire. — Trois mois après, sa surface est plus noire que le reste des tégumens.
Tsandalara	Vésicatoire de 6 centimètres de diamètre.	Partie antérieure de la poitrine.	L'épiderme est enlevé au bout de vingt-quatre heures. La surface est d'abord d'un rouge peu vif, puis d'un rouge de brique, et se couvre d'une fausse membrane qui se colore en noir d'une manière très rapide. Après avoir enlevé cette fausse membrane, au bout de quarante-huit heures, il n'y a pas encore formation de pigment; mais, à la fin du cinquième jour, la plus grande partie du vésicatoire est plus noire que la peau voisine, au septième jour, l'envahissement est général.
Tsimazanou	Vésicatoire de même étendue que le précédent.	Région latérale de la poitrine.	Pendant trois jours, la surface paraît d'un rouge-brun; au quatrième, elle est d'un rouge-noir et offre une fausse membrane que l'on enlève facilement. Au-dessous d'elle, on ne trouve que quelques plaques d'une teinte noire disséminée. Ailleurs, la surface est d'un rouge-rose. Au bout d'un mois, tout est plus noir que le reste de la peau.

(1) *Anatomie générale*, t. IV, p. 657.
(2) *Voyage aux îles de l'Amérique*, t. II, c. 14.
(3) *Essai sur l'anatomie pathologique*, t. I, p. 505.
(4) *Dictionnaire en 60 volumes*, article NÈGRE, p. 392.
(5) *Dictionnaire de chirurgie*, t. I, p. 383.
(6) Longitude Est 48° 13', — Latitude 17° 5'. — Hémisphère Sud.

THÉRAPEUTIQUE.

DU TRAITEMENT DES ADÉNITES CERVICALES PAR L'ÉLECTRICITÉ LOCALISÉE;

Par M. le docteur BOULU, médecin par quartier de l'Empereur.

(Extrait du Rapport de M. BOUVIER sur les Mémoires présentés à l'Académie impériale de médecine par l'auteur.)

Jusqu'ici, nous ne vous avons presque entretenus que de physique médicale, que d'instrumens d'électrisation thérapeutique. Le travail de M. le docteur Boulu nous amène à considérer les effets curatifs de cette électrisation, et spécialement à apprécier son efficacité dans les engorgemens ganglionnaires.

On voit journellement l'adénite chronique disparaître complétement, soit par l'effet du temps et des seuls efforts de la nature, soit sous l'influence d'une médication tonique ou spécifique; mais il est des cas de ce genre qui résistent à tous les moyens et qui n'offrent d'autre ressource que l'extirpation des tumeurs, quand elle peut être pratiquée. M. le docteur Boulu espère réduire le nombre de ces cas rebelles, au moyen de ses procédés d'électrisation localisée, qu'il croit toutefois inefficaces dans les transformations fibreuse et squirrheuse des glandes lymphatiques et chez les sujets essentiellement scrofuleux, lorsqu'il y a lieu de soupçonner l'existence d'une diathèse tuberculeuse.

Dès les premiers temps de l'emploi de l'électricité en médecine, on a songé à l'appliquer à la résolution des tumeurs, et en particulier de celles qui constituent les ganglions, et qui toutes étaient appelées du nom d'*écrouelles*. « J'ai essayé, dit Dehaën, si l'électricité réussirait pour guérir les scrofules du cou. Pendant huit mois, j'ai donné à deux jeunes filles des chocs avec la *machine* sur les parties affectées, mais sans succès. » Dehaën se demande si le mal était trop invétéré. « Tentavi an » experimentum electricitatis succederet in curandis colli strumis scro- » phulisque... Binas puellas per octo menses constanter ad *machinam* » adplicui, ictu ad affecta loca determinato, sed frustra fuit. An mala » inveterata nimis (1). »

D'autres praticiens furent plus heureux. Mauduyt, dans un travail justement estimé, après avoir rappelé les succès vaguement exprimés de Jallabert et de Cavallo, rapporte l'histoire de deux guérisons qu'il a obtenues au moyen de l'électricité. L'un de ces cas est surtout remarquable. Un soldat, traité inutilement depuis dix-huit mois pour un engorgement général des glandes du cou, dont plusieurs étaient fort grosses, fut présenté à Vicq-d'Azyr, à Mauduyt et à d'autres médecins réunis. L'électricité, employée d'abord seule, dissipa ces symptômes en assez peu de temps; ce qui fut constaté par la Société royale de médecine. Mais tout reparut au bout de six semaines. Les accidens cédèrent de nouveau en moitié moins de temps que la première fois, à l'administration de l'électricité, à laquelle on joignit des remèdes intérieurs. Un an après, la guérison ne s'était pas démentie (2).

Sigaud La Fond cite des observations analogues d'Adams et de Lowets. Il pense, comme Mauduyt, qu'il convient de faire concourir avec l'électricité les remèdes internes. Il a traité lui-même plus de douze malades, et présente, comme exemples des résultats obtenus, deux faits détaillés. On y voit des engorgemens des ganglions cervicaux réfractaires aux traitemens usuels céder en quelques mois lorsqu'on leur eût associé l'électrisation (3).

Plusieurs praticiens de nos jours ont eu occasion, en pareille circonstance, de recourir au même moyen. Récamier l'avait plusieurs fois mis en usage, et l'un de ses élèves, M. le docteur Jules Massé, annonçait, en 1850, avoir guéri ou amélioré un grand nombre de tumeurs ganglionnaires par l'influence des courans électriques (4). M. le docteur Duchenne de Boulogne citait, en 1851, deux cas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires traités sans succès par les pommades iodurées et amendés rapidement sous l'influence de l'excitation électro-cutanée (5).

C'est dans cette voie que M. le docteur Boulu est entré à son tour en 1853. Les modifications qu'il a apportées aux procédés ordinaires ont spécialement pour but de faire pénétrer l'excitation électrique dans l'épaisseur de la tumeur ganglionnaire, d'agir à la fois sur toute sa surface, de la cerner à sa circonférence, de manière à l'isoler des parties voisines et à borner, autant que possible, l'action des courans aux tissus malades.

A cet effet, M. Boulu se sert d'excitateurs d'une disposition particulière, qu'il varie suivant les cas, et dont il a confié la fabrication à l'habileté connue de MM. Breton frères. Habituellement ce sont deux demi-disques métalliques à surface granulée ou garnie de pointes mousses, supportés par une plaque d'ivoire, de manière à ne pas se toucher, et recevant chacun un des fils conducteurs. La plaque étant fortement appuyée sur la tumeur, à l'aide d'un manche qui y est adapté, le circuit se trouve complété par la peau et les organes sous-cutanés, et le courant passe d'un des demi-disques à l'autre. Chacune de leurs aspérités ou pointes fait alors éprouver une sensation plus ou moins vive, comparable à celle qu'elle produirait si elle était appliquée seule, mais beaucoup moindre et plus facile à supporter parce que le courant est ici divisé et s'affaiblit en raison du nombre des pointes qu'il traverse. Ce contact multiple verse donc, dans un même instant, sur toute l'étendue de la tumeur, l'électricité qu'on y porterait en promenant successivement un excitateur sur différens points de sa surface. Il faut seulement, pour en introduire la même quantité dans chaque point, prolonger davantage le contact ou puiser à une source plus forte.

Quand le volume de la tumeur l'exige, M. Boulu emploie une plaque plus large dont le disque, partagé en quatre, reçoit quatre fils produits par la bifurcation des réophores, et conduisant ce qu'on appelle des *courans dérivés*, c'est-à-dire qui proviennent de la division du courant primitif. Cette complication nous paraît peu utile. Un disque de même diamètre, partagé en deux moitiés seulement, comme dans les petites plaques, donne le même résultat et n'est pas moins supportable, parce qu'un courant simple se répand aussi bien qu'un courant divisé dans toute l'étendue de la plaque, et que l'effet du premier n'est pas moins disséminé que celui du second.

Quelquefois une action mécanique est ajoutée à l'influence de l'électricité. C'est tantôt un rouleau ou cylindre granulé qui, promené sur la tumeur, l'échauffe en la pénétrant de ses aspérités et de ses courans; tantôt une ou deux mollettes dentées qui la sillonnent en tous sens, ou une double rondache, sorte de *diviseur*, destiné à séparer les ganglions en s'enfonçant dans leurs intervalles; ailleurs c'est une pince à coquilles et à vis de pression pour saisir les ganglions par leurs bords et les comprimer au besoin, de manière à combiner les effets de l'écrasement avec ceux de l'excitateur électrique. Dans quelques cas, c'est un poinçon en olive fortement pressé sur le milieu de la tumeur où il donne la sensation d'un bouton de feu, tandis qu'un cercle plat et granulé fixe le ganglion en agissant sur sa circonférence.

M. le docteur Boulu s'est encore servi d'une ventouse électrique traversée par les conducteurs, afin d'attirer la tumeur au dehors et de faire passer plus sûrement le courant dans sa substance propre.

C'est là, en effet, un des résultats les plus difficiles à obtenir. Pour peu que la tumeur soit considérable, pour peu qu'elle soit écartée des tégumens par d'autres tissus, l'électricité portée simplement à sa surface borne presque son action à la peau qui la recouvre, ou, si elle traverse cette membrane, se perd dans les fibres musculaires, dans les filets nerveux sous-cutanés. Nous ne saurions affirmer que, même par les nouveaux procédés de M. Boulu, on atteigne avec certitude le tissu propre des glandes malades. Il faudrait des excitateurs humides pour être sûr de conduire l'électricité plus profondément; mais, même dans ce cas, elle pourrait être détournée par des organes, meilleurs conducteurs que les ganglions lymphatiques et pénétrer fort peu ceux-ci. Il vaut mieux, dans le doute, ne pas se priver de l'influence avantageuse de l'excitation électro-cutanée produite par les excitateurs secs, tout en s'efforçant de faire entrer les courans aussi avant que possible. C'est ce qu'a fait M. Boulu, qui se contente ordinairement, dans l'application de ses procédés, du peu d'humidité provenant de la transpiration assez promptement provoquée par l'action de l'appareil.

La source qui fournit l'électricité, dans le traitement de M. le docteur Boulu, est l'appareil magnéto-faradique à rotation de MM. Breton. Il ne diffère de celui qui est sous les yeux de l'Académie qu'en ce qu'il ne possède que le courant du premier ordre. Nous ne reviendrons pas sur l'appréciation de ses propriétés, qui vous a été présentée par notre honorable collègue, M. le professeur Soubeiran (1), ni sur ce que nous avons déjà dit des désavantages de cet ordre d'appareils. Nous avons constaté que celui qu'emploie M. Boulu agit moins fortement que le petit appareil à pile de MM. Legendre et Morin; que les courans du deuxième ordre que celui-ci possède excitent beaucoup plus vivement la sensibilité de la peau que le courant unique de l'appareil rotatoire dont se sert M. Boulu. Cet appareil lui a paru jusqu'ici suffisant pour les indications spéciales qu'il avait à remplir; mais nous pensons qu'il peut se présenter des circonstances dans lesquelles un appareil à pile ou un appareil à aimant donnant le courant du second ordre devrait être préféré.

Afin d'augmenter les effets de l'électricité dans les adénites qui résistent aux procédés mentionnés plus haut, M. Boulu propose l'introduction des courans au sein de la tumeur au moyen de sétons électriques, qu'on n'est pas obligé de placer de nouveau chaque jour, comme les aiguilles de Sarlandière pour l'électro-puncture. M. Boulu ajoute qu'on peut étendre avec avantage l'emploi de ce moyen au traitement du goître, de certaines tumeurs du sein, de certains anévrysmes, etc.

Déjà, en 1854, M. Middeldorpff avait employé des sétons galvaniques, dans une vue analogue, pour porter l'action calorifique de la pile dans des trajets fistuleux, au sein de tumeurs vasculaires, et pour y déterminer un travail inflammatoire. Il rapporte avoir réduit, à deux reprises, par ce moyen, le volume d'une tumeur sanguine caverneuse très considérable, située à l'angle de la mâchoire inférieure (2).

Le séton de M. Boulu a néanmoins un but un peu différent, étant destiné à transmettre une simple excitation électrique et non à produire une cautérisation.

Ce séton se compose de deux fils de platine parallèles ou même d'un seul interrompu, dans son milieu, par de l'ivoire; ou bien d'une petite chaîne d'argent, d'or ou de platine, semblable à celles dont je me sers comme de sétons d'*attente* après l'emploi du séton révulsif. Seulement, ici le milieu de la chaîne est en ivoire, afin que les chairs se trouvent forcément comprises dans le circuit.

M. Boulu a, de plus, cherché à épargner aux malades la douleur assez vive causée par l'électrisation de la peau aux bords des orifices d'entrée et de sortie du séton. Il renferme en partie, à cet effet, les fils ou la chaîne métallique dans de petites sondes *dites* de gomme élastique. M. Pétrequin avait déjà imaginé, dans le même but, de recouvrir d'une couche de caoutchouc le haut des aiguilles à électro-puncture; mais M. Duchenne de Boulogne s'est assuré que cet enduit, humecté et ramolli dans les tissus, n'arrêtait pas l'électricité, et que la sensation cutanée était à peu près la même qu'avec les aiguilles ordinaires. En sera-t-il autrement avec les sondes isolantes de M. le docteur Boulu? C'est à l'expérience qu'il appartient de prononcer sur ce point.

En tous cas, rien n'est plus facile que de placer ces petits sétons électriques. M. Boulu emploie pour cela les aiguilles droites ou courbes, à pince, dont je me suis servi pour le séton révulsif.

Au moyen de ces sétons métalliques, on pourra, dit notre honorable confrère, rendre à volonté le courant permanent dans l'intervalle des séances, en faisant communiquer les extrémités du séton avec les deux pôles de la mixture galvanique de MM. Breton, appliquée sur la peau.

Les succès de l'électro-puncture, dans quelques cas d'engorgemens ganglionnaires et de goître doivent faire espérer des résultats analogues de l'emploi du séton électrique. Ce procédé pourra, en outre, être avantageux en agissant à la manière du séton ordinaire, auquel plusieurs praticiens ont déjà reconnu quelque utilité pour la résolution de ce genre de tumeur. Il faudra seulement surveiller l'action de ce moyen, afin de prévenir une inflammation trop vive par suite de l'irritation électrique réunie à la présence continuelle d'un corps étranger.

M. le docteur Boulu rapporte plusieurs observations à l'appui de ses procédés d'électrisation localisée. Nous allons en donner un court extrait :

OBS. I. — Homme âgé de 32 ans, d'une constitution robuste. Tumeur lymphatique de la grosseur d'une orange sur la parotide gauche, survenue depuis plus de deux ans, à la suite de douleurs rhumatismales; ganglions voisins tuméfiés. Pendant deux ans, emploi inutile des amers, des fondans, des pommades iodurées, des bains médicamenteux. Le malade, qui habitait Lyon, vient à Paris et se confie aux soins de M. Boulu, en juillet 1853. Électrisation de toute la surface de la tumeur pendant quinze à vingt minutes chaque jour. Au bout de quinze jours, elle a perdu de sa dureté; quinze jours plus tard, son volume avait diminué et les ganglions qui l'entouraient avaient disparu. Guérison complète au bout de deux mois.

OBS. II. — Homme âgé de 17 ans. Tumeur lymphatique, du volume d'un œuf, sur la parotide gauche, ayant succédé à un petit engorgement ganglionnaire qui s'est manifesté à la suite de la variole, dix ans auparavant. Préparations iodurées à l'intérieur et à l'extérieur pendant un an; vin antiscorbutique, purgatifs. Puis, dans le service de M. Jobert, à l'Hôtel-Dieu, pommade au nitrate d'argent pendant six semaines; frictions iodurées, vin de gentiane, etc. Point de changement. A compter du 20 mars 1854, électrisation journalière avec les plaques de M. Boulu. Guérison en trois mois. Ce fait s'est passé sous les yeux de notre collègue, M. le professeur Jobert. J'ai revu le malade seize mois après, la tumeur ne s'était pas reproduite.

OBS. III. — Fille âgée de 17 ans, non réglée, d'une constitution scrofuleuse. Depuis deux ans environ, chapelets des ganglions aux deux régions parotidiennes; deux glandes plus volumineuses sous le menton, l'une d'elles est en suppuration. Traitement ioduré infructueux pendant plus d'un an. Après deux mois d'électrisation, les ganglions sous-maxillaires ont diminué de volume, la plaie s'est cicatrisée. Néanmoins, la diathèse scrofuleuse paraît trop développée pour qu'on puisse espérer une guérison complète.

OBS. IV. — Homme âgé de 25 ans. Depuis six ans, gros ganglion induré à l'angle de la mâchoire; petits engorgemens ganglionnaires cervicaux plus récens. Pas de changement après plus d'un mois de traitement ioduré. L'électricité a fait disparaître en un mois les petits ganglions du cou; mais la tumeur sous-maxillaire a résisté à trois mois d'électrisation.

OBS. V. — Fille âgée de 17 ans, bien réglée. Trois ganglions hypertrophiés, situés aux angles maxillaires et au-dessous de l'oreille gauche; le plus volumineux, qui existe depuis quatre ans, a 6 centimètres dans son plus grand diamètre. Ils paraissent l'effet de la carie dentaire. Pendant plusieurs années, usage de préparations amères, ferrugineuses, iodurées, etc., sans autre résultat qu'une amélioration passagère, chaque année, à la suite des bains de mer. Disparition complète des deux plus petites glandes en trois mois d'électrisation. Au bout de neuf mois, la plus grosse est réduite au volume d'une olive.

OBS. VI. — Femme âgée de 21 ans, assez bien réglée. Depuis deux ans, engorgemens ganglionnaires considérables sur les deux côtés du cou, de l'oreille, à la clavicule, mesurant 12 centimètres en hauteur sur 8 de largeur, plus prononcés du côté gauche, ce qui avait fini par incliner la tête sur l'épaule droite. Cette affection s'était développée à la suite d'une couche, à l'occasion d'une gingivite chronique accompagnée d'odontalgie. La présence de ces tumeurs déterminait de vives douleurs de tête et d'oreilles, de l'insomnie, une agitation presque continuelle, la gêne de la déglutition, et par momens des accès de suffocation. On avait employé sans succès les amers, les ferrugineux et l'iode. Après deux mois de séjour à l'hôpital Beaujon, où notre collègue, M. Robert, n'obtint qu'un soulagement momentané par une application de sangsues et des frictions mercurielles, M. Boulu eut recours à l'électrisation. En quinze séances, diminution sensible des tumeurs du cou, redressement de la tête, cessation des accidens généraux, déglutition et respiration libres; une tumeur analogue, qui existait dans l'aisselle droite, avait disparu. Au bout de deux mois, la diminution était de plus de moitié, et la malade put reprendre son travail interrompu depuis longtemps. Malheureusement, le traitement fut forcément suspendu; il fallait, pour le compléter, extraire deux dents cariées qui paraissaient entretenir la maladie, et cette femme s'y refusa obstinément. La céphalalgie, l'impossibilité de se livrer à un travail suivi, ont reparu depuis peu, et la malade vient d'être admise de nouveau dans le service de M. Robert, quatre mois après la cessation du traitement électrique.

Deux malades que nous avons adressées à M. le docteur Boulu, en janvier dernier, ont éprouvé, au bout d'un mois, une amélioration notable, quoique l'affection date de dix ans chez l'une d'elles.

En résumé, ces faits nous paraissent de nature à encourager les nouveaux essais de l'auteur et ceux de nos confrères qui seraient tentés de l'imiter.

Les effets de l'électricité sont d'ailleurs, dans ce cas, tout à fait comparables à ceux des autres genres d'excitation qui font la base de la thérapeutique des engorgemens ganglionnaires chroniques. Sous l'influence des courans et de la douleur qu'ils provoquent, la peau s'échauffe, rougit, devient moite, et une excitation analogue est sans doute produite dans le tissu glandulaire, dont la circulation est activée, dont le mouvement de décomposition ou d'absorption interstitielle tend à s'accroître. Il y a bien quelque chose de singulier, au premier abord, dans cet acte atrophique d'un agent considéré, avec raison, comme le meilleur moyen de favoriser, au contraire, le phénomène de nutrition ou de production de la fibre musculaire; mais cette contradiction apparente disparaîtra si l'on tient compte de la différence des organes et des états morbides soumis à l'électrisation, ainsi que du mode suivant lequel celle-ci est pratiquée dans l'un et l'autre cas.

D'après les observations de M. le docteur Boulu, l'électricité a plus de prise sur la tumeur, dès que les ganglions viennent à être isolés les uns des autres, que leur enveloppe est rompue, que leur tissu est divisé et en quelque sorte réduit en grumeaux, soit par les premiers effets du traitement électrique, soit par la pression et l'écrasement mécaniques employés comme adjuvans de l'électrisation. Aussi le succès est-il plus assuré quand la tumeur est superficielle, d'un petit volume, mobile, peu consistante, et qu'elle offre un point d'appui solide. Suivant notre confrère, la facilité plus grande de la guérison dans les engorgemens de date récente devrait engager les praticiens à recourir à ce moyen de bonne heure, au lieu de perdre un temps précieux par l'emploi exclusif de remèdes moins actifs.

(1) Dehaën, *Ratio medendi*, t. II, pars IV, cap. VIII, p. 205.
(2) Mauduyt, *Mémoire et obs. sur l'électricité*, p. 86, 1784.
(3) Sigaud La Fond, de l'*Électricité médicale*, p. 550, 1803.
(4) *Journal des connaiss. méd.-chir*, n° du 17 août 1850.
(5) *Archives gén. de méd.*, février et mars 1851.

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XVI.
(2) *De la galvanocaustique*, par Middeldorpff, dans *Arch. génér. de méd.*, numéros d'août, octobre et décembre 1855, cxl. par M. Axenfeld.

Recherches sur le traitement des maladies des voies urinaires considérées spécialement chez les hommes âgés et sur celui des rétrécissemens de l'urètre, suivies d'un essai sur la gravelle et la pierre, principalement sur la lithotritie, l'extraction des fragmens, et sur celle des autres corps étrangers, ouvrage complémentaire des précédentes recherches de l'auteur; par le docteur Aug. MERCIER. Un fort volume in-8. — Prix : 7 fr. 50 c.

A Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 64. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 27 Mai 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : La rage. — II. PATHOLOGIE : Note sur un cas de pharyngorrhée ou sialorrhée pharyngienne à forme intermittente et de nature rhumatismale, guéri par le sulfate de quinine. — III. REVUE GÉNÉRALE : Du traitement de la couperose par l'iodure de chlorure mercureux. — Nouveaux faits relatifs à l'emploi thérapeutique de l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée. — IV. INTÉRÊTS PROFESSIONNELS : Adhésion de l'Association médicale de Toulouse. V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

PARIS, LE 26 MAI 1856.

LA RAGE.

La plupart des journaux politiques ont annoncé, et tous les journaux de médecine ont répété que le gouvernement *venait* de prescrire une enquête générale sur la rage en France. Ce fait ainsi rapporté manque d'exactitude. L'enquête dont il est question est ouverte depuis plusieurs années ; elle est permanente. L'initiative en a été prise en 1850 par M. Dumas, pendant qu'il occupait le ministère de l'agriculture et du commerce. Depuis cette époque elle n'a pas cessé d'être poursuivie ; tous les ans les préfets adressent les documens sur ce sujet à M. le ministre de l'agriculture et du commerce, et ces documens, transmis au Comité consultatif d'hygiène publique institué près de son ministère, y deviennent l'objet d'un rapport annuel fait par M. Tardieu, qui a publié les deux premiers, ceux concernant les années 1850, 1851 et 1852, dans son *Dictionnaire d'hygiène*. Les résultats de cette enquête deviennent de jour en jour plus importans et plus précieux. L'administration possède déjà et possédera plus encore dans quelques années une masse de faits et de documens sans analogues jusqu'ici, et dont le dépouillement et l'analyse confiés à l'esprit judicieux qui en est chargé, peuvent faire espérer des résultats utiles. Cette enquête se poursuit, disons-nous ; ce n'est pas tout, elle se complète et se perfectionne tous les ans. C'est ce que prouvent les circulaires successives adressées aux préfets par M. le ministre de l'agriculture et du commerce, et dans lesquelles, sur les avis du Comité consultatif d'hygiène publique, sont prescrites les modifications dont l'expérience fait reconnaître l'utilité. C'est probablement l'envoi récent de la dernière de ces circulaires, où quelques nouvelles mesures ont été indiquées aux préfets, qui a donné le change aux journaux sur le fait qu'ils ont annoncé.

En attendant les résultats que l'on peut espérer de ces efforts collectifs pour atténuer, pour éteindre, pour prévenir l'affreuse affection de la rage, il ne faut pas négliger les tentatives individuelles qui ont le même but. Signalons, dans cette voie, un petit livre bien fait, résumé succinct et exact de l'état de la science sur ce sujet important, et publié par M. le d[r] J. Le Cœur, professeur à l'École de médecine de Caen (1). Ce petit travail se recommande encore par d'autres conditions. L'auteur y expose des vues particulières, y donne des conseils qui s'éloignent beaucoup de ceux qui sont généralement suivis, et y indique des mesures à prendre qui sont en opposition complète avec les mesures officiellement prescrites. Sous ce rapport, les idées de M. Le Cœur doivent au moins être signalées.

Un mot, un seul mot de revendication. Notre honorable confrère de Caen a-t-il lu le feuilleton de l'UNION MÉDICALE du 28 avril 1855 ? A-t-il pensé que les mêmes idées qu'il expose sous une forme grave et sérieuse, ne méritaient aucune considération, aucune citation, pour avoir été produites sous la forme légère et sans prétention d'une causerie ? La question est posée, ce n'est pas à nous qu'il convient d'y répondre.

Quoi qu'il en soit, et nous avons hâte de le dire, les opinions de M. Le Cœur, qui sont aussi les nôtres, ne sont encore pour nous que de simples opinions, c'est-à-dire des vues de l'esprit, auxquelles manque la sanction des faits et de l'expérience. Nous croyons, comme lui, qu'il est temps de rechercher si le musèlement des chiens, en s'opposant à la grande fonction éliminatrice qui, chez ces animaux, s'opère par la langue ; si leur enchaînement au logis, qui les condamne aux plus cruelles privations ; si le défaut d'exonération de tout genre et les besoins les plus accentués en certaines saisons ; si, en un mot, toutes les mesures de police et de sécurité prises contre la rage des chiens ne vont pas à l'encontre du but qu'on se propose ; oui, nous croyons qu'il ne faut pas dédaigner ces idées, qu'il importe de les étudier et de les expérimenter ; mais nous n'oserions les faire servir de base à un projet d'hygiène susceptible d'application, et nous nous garderions bien de conseiller cette application immédiate à l'autorité administrative. Tout cela est encore du domaine de la spéculation pure. Si, d'un côté, et à l'appui de ces opinions, il est possible d'invoquer le grand fait pour lequel les voyageurs sont univoques, de l'absence de la rage dans tout l'Orient, où les chiens vivent en liberté et en promiscuité complète ; d'un autre côté, l'observation répond que la rage se développe spontanément aussi sur d'autres espèces du genre chien, le loup, le renard, qui vivent dans ces mêmes conditions de liberté et de promiscuité. Ce fait nous paraît immense ; il nous a souvent dérangé dans les idées que, comme M. Le Cœur, nous caressions avec amour ; et il prouve que les causes de la rage spontanée, chez les carnivores du genre chien dans nos climats, sont complexes et doivent être recherchées ailleurs que dans la privation de certaines fonctions physiologiques. Du reste, M. Le Cœur a cherché à appuyer sa doctrine sur des considérations, sur des résultats d'observation et d'expérience qui méritent de fixer l'attention des savans et de l'administration ; l'opuscule de cet honorable confrère doit être lu, il fait réfléchir, il intéresse ; c'est peut-être un commencement d'explication de cette horrible énigme pathologique, la rage.

Une théorie de cette maladie plus neuve, plus complète, plus séduisante encore, nous a été indiquée, ces jours passés, par un honorable confrère dont la famille médicale connaît les généreux efforts en faveur des améliorations professionnelles, par M. le docteur Loreau. Cette théorie n'est encore, il est vrai, et il faut le dire tout de suite, qu'une autre vue de l'esprit ; elle ne repose que sur des considérations analogiques ; il lui manque l'étude, l'observation, l'expérience, la démonstration ; toutes ces garanties, M. Loreau s'occupe de les donner à ses idées, et Dieu veuille qu'il y parvienne ; mais enfin, telle qu'elle est, telle du moins que nos souvenirs nous la rappellent après une simple conversation, elle mérite que nous la signalions.

Pour M. Loreau, la rage spontanée est une conséquence de la privation absolue de l'acte génésique et se développe lorsque l'animal qui en est atteint, a été amené par diverses causes, et, en première ligne, par l'ingestion abusive du phosphore, à l'aphrodisie la plus excessive.

La rage spontanée est le funeste monopole des carnivores du genre chien ; et de quelques espèces du genre *felis*. Les herbivores ne sont sujets qu'à la rage communiquée ou à la rage mue. La rage spontanée est particulière aux chiens appartenant à l'homme civilisé. Les chiens des contrées sauvages, barbares ou soumises au régime patriarchal sont indemnes de la rage spontanée. Pourquoi ? c'est que là les chiens vaguent en liberté. Or, la liberté pour le chien c'est la faculté de suivre ses instincts, ses penchans, de satisfaire ses passions impérieuses.

En civilisation, l'homme donne aux chiens une vie anormale et factice, une vie d'esclavage qui se traduit par la muselière et la chaîne, le chenil ou le boudoir, l'abandon dans l'enchaînement, ou l'excès de caresses dans le salon, une alimentation tantôt insuffisante, tantôt trop succulente, mais toujours chargée, par les os dont il est avide, du terrible poison

(1) *Études sur la rage*, etc. In-12, Caen, 1856.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

professeur de pathologie et de thérapeutique générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Idée générale sur les œuvres pathologiques de Galien : absence d'exposition dogmatique. — Analyse du *De constitutione artis medicæ*. — Analyse de l'*Ars medica* : vogue de ce livre au Moyen-Age ; son exposition méthodique ; son objet. — Génie de Galien dans l'observation ; ses étranges aberrations dans les théories.

XXIV (1).

Pathologie de Galien.

Les idées de Galien sur les maladies, leur nature, leurs causes, leurs symptômes, leur traitement, n'ont pas été réunies par lui en un corps de doctrine. Dans Galien, pas de nosologie, pas de classification, pas d'exposition générale des maladies. Au fur et à mesure que les questions médicales se présentent à son esprit, il les traite à sa manière, en y jetant des flots d'idées. Ses œuvres pathologiques peuvent être considérées comme autant de petits traités dans lesquels il discute des questions isolées, la plupart relatives à la pathologie générale. On y trouve peu de descriptions particulières, encore sont-elles presque toujours incomplètes et tracées à grands traits. Galien n'est pas un peintre des maladies à la façon d'Arétée ou de Cælius-Aurelianus, c'est un philosophe qui se pose des problèmes touchant la nature et les causes des maladies, se tenant presque toujours dans les questions générales et ne descendant dans les détails que dans le but d'y puiser des preuves pour la solution de ces questions et de ces problèmes. Il faut donc prendre un à un les ouvrages de Galien relatifs à la pathologie, y chercher ses idées éparses çà et là, les en extraire, les réunir, les coordonner, et faire sortir de cet ensemble l'exposition dogmatique du système médical de l'auteur. Œuvre laborieuse, difficile, et dont les contradictions que l'on rencontre assez fréquemment en chemin n'aplanissent pas les difficultés.

Voici d'abord une idée générale des sujets que l'auteur traite dans les divers ouvrages que nous allons passer en revue.

Dans l'un, Galien s'occupe de déterminer les caractères de la maladie, les signes qui la constituent ; dans un autre, il agite la question des causes des maladies et de leur mode d'action ; il traite longuement de leurs causes prochaines et de la part qu'il faut faire dans la détermination de ces causes 1° aux facultés ou forces, 2° à la composition des humeurs, 3° à l'état des élémens et des qualités élémentaires, 4° à la constitution des solides, tissus élémentaires ou organes. Viennent ensuite plusieurs traités où l'auteur expose de nombreuses études sur les symptômes, distinguant avec soin les symptômes des signes, et montrant comment les premiers peuvent se transformer dans les autres ; ailleurs, ce sont des considérations sur les types morbides et la manière de les comprendre, sur la marche et la durée des maladies qu'il divise en aiguës et en chroniques, sur les crises et les jours critiques.

Dans un petit nombre d'écrits, Galien, sortant, pour ainsi dire, du cercle habituel de ses méditations, les questions générales, aborde quelques sujets particuliers. Ainsi on a de lui un traité *des fièvres*, sorte de pyrétologie compliquée et obscure, un traité de l'inflammation ou *phlegmon*, enfin le traité *De locis affectis*, que Haller regarde comme l'œuvre médicale la plus importante de Galien, et où celui-ci considère les maladies au point de vue de leur siége, de leur localisation.

Commençons maintenant la revue de ces divers ouvrages. Nous trouvons d'abord le *De constitutione artis medicæ*, dans lequel l'auteur, parcourant successivement les diverses branches des sciences médicales, montre que la médecine, si elle veut avoir une base solide, doit s'appuyer sur l'anatomie et la physiologie, car, dit-il, pour bien apprécier la constitution des organes à l'état de maladie, il faut préalablement bien connaître la constitution de ces mêmes organes à l'état sain.

La santé existe lorsqu'il y a équilibre et harmonie soit dans les élémens, soit dans les humeurs, soit dans les parties similaires, soit dans les organes, soit enfin dans les forces qui régissent l'ensemble de l'organisation.

La maladie se produit lorsque l'équilibre est détruit et l'harmonie troublée.

La thérapeutique a pour but de ramener à l'état naturel tout ce qui en est dévié. La maladie étant un état contre-nature, la nature ou l'art doivent intervenir en agissant par des moyens contraires à la maladie, d'où l'axiôme célèbre : *contraria contrariis curantur*.

A ce propos, l'auteur présente de bonnes considérations sur les divers modes de guérison des maladies, soit que cette guérison provienne des simples efforts de la nature, soit qu'elle résulte de l'intervention de l'art. Il montre comment, dans un grand nombre de cas, le médecin ne doit agir que pour seconder les efforts de la nature, en suivant la direction indiquée par elle.

L'auteur expose ensuite une bonne méthode pour étudier les symptômes des maladies. Prenons pour exemple l'inflammation de la plèvre : il montre comment, par l'examen attentif des symptômes locaux, par l'analyse des caractères de la douleur, par l'appréciation de son siége et de son étendue, par la considération des troubles fonctionnels, de la gêne de la respiration, de la toux, des caractères de l'expectoration, du mode de décubitus adopté par le malade, on peut, en joignant à cet ensemble de symptômes les phénomènes tirés de l'état général, arriver à déterminer la nature de la maladie, son siége, et, jusqu'à un certain point, son étendue.

Il établit une distinction entre les symptômes. Les uns, dit-il, suivent nécessairement la maladie, lui sont propres, la caractérisent ; les autres ne sont pas constans et peuvent d'ailleurs se montrer dans plusieurs maladies différentes. Les premiers sont dits pathognomoniques, exemple, les crachats rouillés de la pneumonie.

Toutes ces considérations excellentes et irréprochables sont mêlées malheureusement d'hypothèses futiles, touchant le rôle des humeurs et l'influence qu'elles exercent sur les maladies.

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 Janvier, 7, 10 Février, 8, 15 Avril, 15 et 22 Mai 1856.

qui développe chez lui la fureur satyrisiaque, le phosphore.

M. Loreau trouve une certaine analogie entre les phénomènes de la rage et les phénomènes présentés par les individus soumis par état à l'action continue du phosphore. Dans les deux cas, excitation génésiaque, tristesse, abattement, taciturnité, recherche de l'obscurité, la lumière produisant une impression d'étonnement, d'inquiétude et de gêne; soudain, et sans cause apparente, vive surexcitation succédant à la torpeur, œil brillant et largement ouvert, mouvemens saccadés, convulsifs se produisant sans motifs; puis engorgement et gonflement des mâchoires, *salivation*; ajoutez à ce tableau l'horreur de l'eau, la fureur, et la bave écumante et vous aurez celui de la rage.

La contrainte morale, cette immorale précaution de Malthus, telle est, pour M. Loreau la cause efficiente de la rage spontanée chez les chiens, animaux d'une lascivité qui a produit l'expression de cynisme, lascivité augmentée chez eux par l'alimentation incendiaire du phosphore des os.

Partout dans nos contrées, fait observer M. Loreau, le nombre des mâles, chez les chiens, excède énormément celui des femelles. Or, il partage cette opinion — *quod est demonstrandum* — que la rage spontanée ne se développe que chez les mâles. D'où cette conséquence qu'il a traduite en conseil donné à l'administration : il ne faut imposer que les mâles, ou les imposer plus fort que les femelles; vous en diminuerez ainsi le nombre, vous rétablirez une certaine proportion entre les mâles et les femelles, vous n'aurez que des mâles de belle espèce, des étalons types qui ne perpétueront que de belles races, et vous diminuerez ainsi l'effroyable danger de la propagation de la rage.

Toujours guidé par l'analogie, et voyant les chiens avaler d'instinct de l'herbe et surtout du chiendent, qui les purgent et les font vomir, se guidant sur l'action rapide des diurétiques, et en particulier de l'azotate de potasse, M. Loreau n'hésiterait pas à prescrire ce sel pour débarrasser l'économie par une sécrétion abondante et une excrétion rapide du liquide urinaire, qui contient une si notable quantité de phosphore et de phosphate.

Enfin, M. Loreau conseille aux expérimentateurs l'emploi de l'aconitine dans le traitement de la rage, qu'il suppose devoir favorablement influencer la maladie.

Comme on le voit, la théorie de M. Loreau est en même temps étiologique, préventive et curative.

Étiologique : obstacle à l'accomplissement des fonctions les plus impérieuses de l'animalité; esclavage, alimentation phosphorée (1);

Préventive : liberté rendue à l'espèce, exonération facile de tous les besoins naturels; impôt sur les mâles;

Curative : emploi du sel de nitre pour faciliter l'excrétion du poison par les urines et de l'aconitine pour agir sur l'essence de la maladie.

Telle est la doctrine de notre honorable confrère, doctrine, nous sommes obligé de le répéter encore, toute d'intuition, que les faits seuls de l'expérience peuvent confirmer ou détruire, mais contre laquelle, par cela seul qu'elle n'est encore qu'une idée, une vue, une aspiration généreuse de l'esprit, nous ne voulons opposer ni prévention ni répugnance.

(1) Pour s'éviter toute réclamation sur ce dernier point, nous engageons M. Loreau à s'enquérir des opinions de Le Camus, citées par le *Dictionnaire des sciences médicales*, et par M. Le Cœur sur la nature phosphorée du virus rabique.

La terrible question de la rage est si obscure et si mystérieuse, qu'on ne peut espérer son éclaircissement que de deux manières : ou par un heureux hasard, une de ces rares et fortuites rencontres empiriques dont l'histoire de l'art nous fournit quelques célèbres exemples, quinquina, mercure, vaccin; ou par l'intuition de quelque esprit inspiré qui se passionne pour l'idée qui l'obsède, et qui, de l'état d'idée, la fasse passer à l'état de fait.

Ne dédaignons rien; écoutons, observons, expérimentons.

Amédée Latour.

PATHOLOGIE.

NOTE SUR UN CAS DE PHARYNGORRHÉE OU SIALORRHÉE PHARYNGIENNE A FORME INTERMITTENTE ET DE NATURE RHUMATISMALE, GUÉRI PAR LE SULFATE DE QUININE;

Par le docteur Hervieux.

Les cas de sialorrhée simple, non mercurielle, sont assez rares. Il n'en existe guère plus de trente à quarante cas dans la science. Voici d'ailleurs ce qui résulte des recherches bibliographiques que je viens de faire sur ce sujet.

Les femmes y sont plus sujettes que les hommes dans la proportion de 3 à 1. Cette affection peut se manifester dans des conditions très diverses. L'hystérie, les émotions morales, l'ingestion des boissons froides et acides, les odeurs fortes, la névralgie trifaciale, ont été rangées parmi les causes susceptibles de produire la sialorrhée dite idiopathique.

Les anciens auteurs et même quelques modernes, citent des cas assez nombreux de sialorrhée critique.

Forestus et Bohnius ont vu la fièvre double tierce et la fièvre quarte se terminer par salivation. Sydenham avance que la dysenterie se termine fréquemment de la même manière. Hoffmann a fait la même observation dans des cas de goutte. J. Frank a cité le cas d'une pneumonie jugée par un flux salivaire. M. Otto, de Copenhague, a observé quelquefois un flux de salive à la fin de la fièvre typhoïde, dans les terminaisons heureuses. M. Trousseau a vu la salivation se montrer après la disparition d'une leucorrhée; M. Graves, après la disparition d'un œdème. M. Tanquerel des Planches rappelle, dans un travail intéressant sur ce sujet (*Journal de médecine*, juin et juillet 1844), qu'on a vu survenir la salivation chez quelques sujets pléthoriques comme phénomène supplémentaire d'une hémorrhagie; que la grossesse, ainsi que la suppression des menstrues ont été considérées comme pouvant produire cette affection; que la salivation a coïncidé avec certaines affections du foie et du pancréas.

Les limites de ce petit travail ne me permettent pas d'aborder la critique de tous ces faits. Mon intention n'est pas de faire ici une histoire complète de la sialorrhée. J'ai voulu seulement, par ces citations, faire entrevoir l'état de la science sur ce point intéressant de l'histoire des flux.

Le fait dont j'ai été témoin, et que je vais rapporter, n'est pas exempt de toute obscurité. Mais les circonstances remarquables dont il s'est accompagné, la forme sous laquelle s'est présentée cette sialorrhée, son siége anatomique parfaitement limité au pharynx, sa nature très probablement rhumatismale, sa guérison presque subite par le sulfate de quinine au moment de la plus grande intensité du flux, toutes ces circonstances, dis-je, m'ont paru extrêmement curieuses et dignes de fixer un instant l'attention des praticiens.

M. X..., âgé de 35 ans environ, a déjà eu deux attaques de rhumatisme articulaire, l'une en 1842, assez légère, l'autre en 1847, très intense, et dont il ne s'est bien rétabli qu'au bout de dix mois. Il n'aurait jamais eu la vérole, et ne présente d'ailleurs aucune trace de cette maladie. Jamais non plus il n'aurait pris de mercure sous une forme quelconque.

Vers la mi-avril 1856, il fut pris, comme cela lui arrive assez souvent, de douleurs rhumatismales, siégeant particulièrement dans les épaules et les muscles du cou, douleurs qui ne l'empêchaient d'ailleurs en rien de se livrer à ses occupations. Ces douleurs disparurent subitement le 23 avril dernier.

Dans la soirée du même jour, deux heures après son repas, le malade éprouva une sensation d'âcreté à la gorge, sensation qui fut suivie de l'abondante expuition d'un liquide tout à fait analogue à la salive. Point de toux, point de fièvre concomitante, point de malaise général; un crachement continuel, voilà tout.

Ce ptyalisme, dont le malade croyait à chaque instant qu'il allait être débarrassé, dura une partie de la nuit; et ce ne fut que vaincu par la fatigue, que M. X... s'endormit vers deux heures, pour se réveiller à neuf heures du matin.

Quand j'arrivai près du malade, toute salivation avait cessé. J'examinai avec soin la bouche et le fond de la gorge. La muqueuse de toutes ces parties se présentait avec l'aspect le plus normal; aucune altération de couleur, de volume, de consistance, etc. Je puis d'autant mieux affirmer ici l'intégrité des muqueuses buccale, gingivale et pharyngienne que le malade se prêtait admirablement à mon examen, et que la vue pouvait plonger avec la plus grande facilité jusqu'au fond du pharynx, qui était, comme tout l'intérieur de la bouche, parfaitement sain. En constatant ainsi l'absence de tout phénomène anormal et notamment de la salivation, je crus l'incident vidé et je me bornai à prescrire un gargarisme boracique et des pédiluves sinapisés.

Le soir, reproduction exacte de la scène de la veille, c'est-à-dire, sensation d'embarras et de chatouillement vers l'isthme du gosier, laquelle sollicite les contractions du pharynx et une expuition incessante, ou du moins qui se répète jusqu'à deux et trois fois par minute, et cela pendant quatre heures sans aucune interruption, soit, depuis dix heures du soir jusqu'à deux heures du matin. Le malade s'endort comme la veille épuisé de fatigue.

Le malade ayant craché dans une cuvette, je pus constater, le lendemain, 25 avril, l'énorme quantité de liquide (une livre et demie environ) qui avait été rejetée par l'expuition. J'en recueillis une partie que je me proposai de soumettre à l'analyse chimique et microscopique. J'en ferai connaître plus loin la composition. J'examinai de nouveau avec le plus grand soin la bouche et le pharynx. La bouche était parfaitement intacte dans toutes ses parties. Il en était de même de la paroi postérieure du pharynx. Mais les piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais présentaient une couleur d'un rose vif, qui tranchait assez manifestement sur la teinte d'un rose plus pâle des parties environnantes. De plus, l'amygdale gauche faisait une légère saillie à la partie supérieure de la loge amygdalienne. L'autre amygdale était complétement effacée Par momens le malade crachait encore, mais non plus avec cette continuité fatigoante qui caractérisait les accès nocturnes. Même état apyrétique; toutes les autres fonctions et tous les organes dans l'état normal.

Prévoyant un nouvel accès, et désireux d'en étudier les phénomènes, je me trouvai le soir près du malade à l'heure présumée de l'apparition du flux salivaire. Mon attente ne fut pas trompée, et voici ce que j'observai.

Le malade rejetait à des intervalles variant de dix secondes à une minute un liquide mousseux, très finement aéré, d'un blanc de neige, et qui ne contenait, en apparence du moins, aucune trace de mucopus. Ce liquide ne s'écoulait point en bavant, comme cela s'observe dans la sialorrhée buccale; il ne remplissait point la bouche de manière à ce que le trop-plein tombât en glissant sur la lèvre inférieure. C'était toujours après un effort d'expuition, après une contraction des muscles du pharynx, contraction qui se traduisait sur la figure du ma-

---

Examen de l'*Ars medica* (Ἰατρικὴ τέχνη). — Ce traité est une des plus importantes œuvres médicales de Galien. Il a joui d'une telle vogue, au Moyen-Age, que, dans la célèbre École de Salerne, tout candidat à la licence était tenu d'en expliquer ou d'en commenter publiquement quelques passages. En voici d'abord le plan général. Après avoir exposé ce qu'est la médecine, défini la santé, la maladie, l'auteur traite des signes qui caractérisent ces deux états de l'organisme. Il expose d'abord les signes de la santé considérée d'une manière générale. Il indique ensuite les signes qui, suivant lui, révèlent l'état de santé de chaque organe en particulier. Après quoi il passe aux signes des maladies, et montre également que chaque partie traduit son état de souffrance par des phénomènes spéciaux. Ainsi, dans cet ouvrage, la séméiologie se divise en deux parties distinctes : 1° séméiologie de la santé; 2° séméiologie des maladies. L'auteur termine par des considérations sur le pronostic et la thérapeutique. Reprenons maintenant chacun de ces points.

A cette question, qu'est-ce que la médecine? Galien répond : La médecine est la science qui s'occupe de la santé et de la maladie; d'où il suit que le médecin doit étudier deux choses bien distinctes : le corps à l'état de santé, le corps à l'état de maladie; les signes de la santé, les signes de la maladie; les causes de la santé, les causes de la maladie; les moyens de conserver la santé; les moyens de guérir les maladies; enfin, il doit étudier également les symptômes de la convalescence.

Il y a là une exposition méthodique qui devait frapper les esprits à une époque où la méthode manquait complétement dans les livres.

L'auteur considère d'abord le corps à l'état sain, et indique quelles sont les conditions de la santé; puis il considère le corps à l'état de maladie, et, au nombre des considérations de cet état, il place : 1° l'intempérie des parties similaires (tissus élémentaires); 2° les altérations des organes.

L'intempérie peut exister dans toutes les parties du corps à la fois, ou seulement dans quelques-unes de ces parties, ou bien encore dans une seule partie ou un seul organe. Quelques fois l'intempérie n'existe qu'en germe, et alors ce n'est pas une maladie, mais une disposition morbide.

Les *signes* par lesquels se révèlent les différens états du corps, soit en santé, soit en maladie, sont de trois sortes : 1° Les signes *diagnostiques*, indiquant l'état présent; 2° les signes *pronostiques*, annonçant l'état futur; 3° les signes *anamnestiques*, rappelant l'état passé. Pour que le médecin soit parfaitement maître du terrain, il faut qu'il ait toujours présens à l'esprit ces trois ordres de signes, et qu'il possède assez de lumières pour savoir les découvrir et en bien apprécier la signification et la portée.

Chacun de ces trois ordres se subdivise en : 1° signes de la santé; 2° signes de la maladie; 3° signes de l'état neutre.

A. *Signes diagnostiques de l'état de santé.* — Ce sont ceux du *bonus habitus*, état dont nous avons précédemment exposé les caractères. Après les avoir indiqués d'une manière générale, il entre dans les détails et cherche à déterminer les signes des différentes manières d'être, constitutions, affections, diathèses (1) (tous ces mots sont synonymes), des différens organes. Ces recherches le conduisent à ranger les diverses parties du corps dans quatre classes, dont la première comprend les organes dominateurs de tous les autres qui régissent l'organisme, *qui habent principatum* : le cerveau, le cœur, le foie et les testicules. De l'état de chacun de ces quatre organes résultent, suivant Galien, des manières d'être, des diathèses *générales*, c'est-à-dire exerçant leur influence sur l'économie tout entière.

La deuxième classe se compose des organes qui reconnaissent directement l'influence des précédens, sous l'empire desquels ils sont placés. Ainsi, les nerfs et la moelle épinière obéissent au cerveau, les artères au cœur, les veines au foie, les canaux séminifères au testicule.

La troisième classe comprend des organes qui, non seulement, ne gouvernent aucune partie, mais encore ne peuvent servir d'agens aux organes dominateurs. Tels sont l'estomac, les intestins, la rate, les reins, diverses membranes, les os, les muscles, les tendons, les ligamens. L'estomac, auquel Galien attribue ailleurs tant d'importance, est rangé à côté des os et des ligamens! Quelle contradiction!

Enfin la quatrième classe est formée de parties qui ne possèdent d'autre faculté que celle de se produire, tels sont les poils, les cheveux, les ongles, etc.

Après cette classification des organes au point de vue de leur subordination et de leur dépendance, Galien s'occupe d'établir des signes à l'aide desquels on peut reconnaître, suivant lui, les manières d'être ou les diathèses de chacun d'eux.

La constitution du *cerveau* est révélé par un grand nombre de signes, dont un des principaux se tire de la conformation du crâne. Galien insiste sur ce caractère, institué d'après le rapport admis entre la boîte crânienne et l'organe qu'elle contient. Une petite tête, dit-il, est l'indice d'une conformation vicieuse du cerveau; mais une grosse tête n'indique pas une bonne constitution de cet organe. Il ne suffit pas, en effet, pour que cette constitution soit bonne, que l'encéphale soit volumineux, il faut de plus qu'il ait été fait d'une bonne matière. Certains états ou certaines qualités de cette matière peuvent encore, suivant lui, se lier à l'existence de certaines facultés intellectuelles ou morales. Ainsi, la *finesse d'esprit* répond à la délicatesse de la pulpe cérébrale; la *subtilité* à une matière déliée; la *lenteur de l'intelligence* est due à l'épaississement de cette substance; la *faculté d'appréciation* à l'aptitude du cerveau à prendre facilement différentes formes; la *mémoire* à ce que la masse cérébrale possède une certaine fermeté ou stabilité; la *mobilité dans les opinions* à la mobilité de l'encéphale, etc., etc. — Les qualités des cheveux doivent également être prises en grande considération au point de vue du développement intellectuel et moral.

Il est encore des signes qui permettent de distinguer si un cerveau est chaud ou froid, sec ou humide, ces signes sont tirés des différences de coloration de la peau, de la face, des cheveux, des yeux, etc. Voilà certes un vrai roman, et qui ne rachète pas par l'intérêt l'absence totale de vérité.

Il en est de même du cœur. Respiration large et accélérée, pouls fréquent et développé, caractère actif, audacieux, téméraire, bouillant

(1) Dans Galien, les mots *affection*, *diathèse*, s'appliquent aussi bien à l'état de santé qu'à l'état de maladie. Ils expriment tantôt des états généraux ou de tout le corps, tantôt des états particuliers ou des divers organes, du poumon, du foie, etc.

lade par une grimace particulière, que le produit de la sécrétion anormale était rejeté.

J'engageai le malade à suspendre le plus longtemps qu'il lui serait possible ces efforts d'expuition. Il resta environ deux minutes et demie sans cracher, mais au bout de ce temps, la sensation de plénitude et de gêne dont la gorge devint le siége fut telle, qu'il ne put résister au besoin de contracter ses muscles pharyngiens pour expulser le liquide qui paraissait obstruer l'isthme du gosier.

J'examinai alors la gorge à la lumière, pour tâcher de reconnaître, s'il était possible, le lieu précis où se faisait la sécrétion. Or, comme le malade laissait voir parfaitement sa cavité pharyngienne, je m'assurai à plusieurs reprises que le liquide se produisait sous la forme d'une pluie transparente, incolore, qui s'écoulait le long des piliers et de la luette, et tombait même parfois directement en gouttes allongées et filantes sur la base de la langue.

Je ne puis savoir quelle part pouvaient prendre les amygdales à cette sécrétion, parce que toutes les deux étaient cachées dans leur fosse respective, à l'exception pourtant d'une très petite portion de la tonsille gauche qu'on voyait poindre au niveau du lieu de jonction des piliers antérieurs et postérieurs de ce côté. Ainsi, toutes les parties qui constituent l'isthme du gosier étaient littéralement et d'une manière continue inondées de liquide, tandis que rien de semblable ne s'observait ni sur la paroi postérieure du pharynx qu'on voyait à merveille, ni sur les divers points de la cavité buccale.

Cet examen fait, je prescrivis au malade une pilule d'opium, dans l'espoir qu'en lui procurant quelque sommeil, je suspendrais plus tôt que de coutume la sécrétion anormale.

Je fus complétement déçu dans mon espérance. Le malade éprouva bien de la pesanteur de tête et une tendance assez prononcée à l'assoupissement. Mais la sécrétion persistant avec la même activité, il fut impossible à M. X... de s'endormir avant trois heures du matin, c'est-à-dire une heure plus tard que la veille.

Le lendemain, 26 avril, ayant examiné de nouveau la gorge, je la trouvai dans l'état suivant :

La luette était pendante et très notablement allongée ; sa surface, ainsi que celle des piliers antérieurs et postérieurs était d'un rouge cramoisi et comme hérissée de petites papilles qui donnaient à ces parties l'aspect d'une surface tégumentaire fraîchement dépouillée de son épiderme. Du reste, en cet état des choses, la sécrétion salivaire diurne n'était guère plus considérable qu'à l'état normal. Dans l'espoir de produire une perturbation énergique en modifiant directement les organes qui paraissaient être le siége du flux salivaire, j'eus recours à l'emploi de la cautérisation avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent à 5 grammes pour 30 grammes d'eau distillée.

Une anxiété pharyngienne très prononcée et une suractivité de la sialorrhée, phénomènes qui durèrent environ une heure (cela se passait à deux heures après midi) furent la conséquence de cette médication. Le flux nocturne n'en reparut pas moins et dura depuis dix heures du soir jusqu'à six heures du matin.

La progression croissante de la maladie était donc évidente et les moyens employés jusque-là étaient restés sans effet sur la marche des accidens. Les piliers du voile du palais et la luette présentaient encore la teinte rouge-vif dont j'ai déjà parlé. C'est alors que réfléchissant à la forme intermittente de la maladie, et convaincu d'une autre part de sa nature rhumatismale, je songeai à employer le sulfate de quinine. Il fut prescrit à la dose de 60 centigrammes en trois paquets. Le premier fut pris à 6 heures du soir, le deuxième à 7 heures, le troisième à 8. Nous étions arrivés au 27 avril, cinquième jour de l'affection.

Il y eut vers onze heures du soir quelques efforts d'expuition ; mais après quelques crachemens, le malade s'endormit d'un sommeil tranquille et ne se réveilla que le lendemain matin à huit heures.

Le flux salivaire n'a pas reparu depuis ce moment. J'ai revu plusieurs fois le malade. La guérison s'est parfaitement maintenue jusqu'à ce jour.

En parcourant les observations rapportées par les différens auteurs que j'ai cités au commencement de ce travail, je n'ai trouvé qu'un seul fait qui eût quelque analogie avec celui que je viens d'exposer. Ce fait est dû à M. Graves ; il est publié dans le *Journal des sciences médicales et pharmaceutiques de Dublin*, année 1832.

Il s'agit, dans ce cas, d'une femme qui, à la suite d'une leucorrhée abondante, fut prise d'une anasarque, puis d'accidens gastralgiques qui firent place à une sialorrhée très intense. Dans l'espace de vingt-quatre heures, la malade crachait plus d'une pinte et demie de liquide ; *c'était une mucosité blanchâtre et visqueuse, qui était sécrétée par la muqueuse de l'isthme du gosier et de la paroi postérieure du pharynx*, d'où elle était amenée dans la bouche par un effort renouvelé toutes les deux ou trois minutes, presque sans interruption le jour et la nuit. *Les organes salivaires n'entraient pour rien dans la maladie* et ne sécrétaient pas plus qu'à l'état normal. Le pharynx était d'une couleur pâle et n'offrait aucune trace d'inflammation. Ce ptyalisme a été guéri par l'opium administré à la dose de 5 centigrammes, de quatre heures en quatre heures.

Qu'on me permette, maintenant, de revenir sur les circonstances les plus saillantes de l'observation qui m'est propre.

1° Est-ce à une sialorrhée que nous avions affaire? Rien n'est moins douteux. Car 200 grammes du liquide excrété ayant été remis à M. le docteur Ducom, l'honorable pharmacien en chef de Lariboisière nous a appris que ce liquide, débarrassé par le repos d'une certaine quantité de mucosités qui s'y trouvaient mélangées, puis filtré, a présenté les principales propriétés de la salive, savoir, la propriété de transformer l'amidon en sucre et la présence d'une quantité considérable de sulfocyanure de potassium, lequel donne, comme on sait, avec les sels de fer, une coloration d'un rouge vif.

L'examen microscopique, fait également par M. Ducom, a montré que les matières dont ce liquide s'est débarrassé par le repos et au moyen du filtre, n'étaient autre chose que du muco-pus. Ce muco-pus venait probablement des fosses nasales, que le malade déblayait en partie à chaque effort d'expuition.

2° Quel était le siége anatomique de la sécrétion? S'il est permis d'en croire ici toutes les apparences, je dirai qu'il faut le placer à l'isthme du gosier. En effet, toute la cavité buccale était dans l'état le plus normal ; les gencives étaient intactes ; les glandes salivaires, également intactes, ne fournissaient pas plus de liquide qu'à l'ordinaire ; tandis qu'au moment du flux, on voyait distinctement les piliers antérieurs et postérieurs du voile du palais inondés de salive. De plus, j'ai dit que ces organes qui, le premier jour, présentaient leur coloration habituelle, prirent, à mesure que la maladie faisait des progrès, une teinte d'un rouge de plus en plus foncé, en même temps qu'ils se hérissaient de petites granulations papillaires. La paroi postérieure du pharynx ne paraissait participer nullement à la sécrétion.

Enfin je ferai remarquer que, quand le malade cherchait à suspendre volontairement ses efforts d'expuition, il éprouvait dans la gorge un sentiment d'embarras et de plénitude qui l'obligeait bientôt à contracter les muscles pharyngiens et à rejeter en crachant le produit de la sécrétion.

Ajoutons, en dernier lieu, que le liquide ne s'écoulait jamais en bavant, comme dans la sialorrhée buccale proprement dite.

3° La forme intermittente, ou, si l'on veut, les exacerbations nocturnes de la salivation, doivent également fixer notre attention. Il est remarquable de voir que les accès se produisaient toujours au moment où le malade venait de se mettre au lit, c'est-à-dire de dix à onze heures du soir, pour durer quatre, cinq, six et même sept heures sans interruption, jusqu'au moment où le sommeil arrivait par l'excès de la fatigue.

Ces accès appartiennent-ils à la ligne paludéenne ou à la ligne rhumatismale? C'est une question dont la solution est bien difficile. Cependant, si je prends en considération les antécédens du malade, les deux attaques de rhumatisme articulaire aigu qu'il a présentées, les douleurs qui se sont manifestées dans le cou et les épaules quelques jours avant l'apparition du flux, et la manière assez subite dont ces douleurs ont fait place au ptyalisme ; si, d'une autre part, nous prenons garde que les exacerbations nocturnes constituent un caractère bien connu des affections rhumatismales, nous serons porté à ranger le cas que nous avons décrit parmi les manifestations si variées, si bizarres de cette grande maladie qu'on appelle le rhumatisme.

4° Le succès remarquable qu'a obtenu le sulfate de quinine dans cette affection ne juge nullement la question que nous venons d'agiter. Ce médicament a-t-il agi comme antipériodique ou comme antirhumatismal? N'aurait-il pas réussi à ce double titre? Je l'ignore; mais ce que je sais et ce qui doit frapper les cliniciens dans cette curieuse observation, c'est qu'il a réussi, et ce succès me paraît franc, incontestable et du meilleur aloi. En effet, les gargarismes et les sinapismes avaient échoué, l'opium avait échoué, la cautérisation avec le nitrate d'argent à haute dose avait échoué, et la maladie, suivant en dépit de tous ces moyens une marche ascendante, était arrivée à un degré d'intensité qu'elle n'avait pas encore atteint lorsque le sulfate de quinine fut employé. L'effet en fut aussi prompt que décisif, puisque, à dater du moment où il fut administré, les accidens n'ont plus reparu.

REVUE GÉNÉRALE.

DU TRAITEMENT DE LA COUPEROSE PAR L'IODURE DE CHLORURE MERCUREUX.

Nous avions plusieurs fois appelé l'attention des praticiens sur ce sujet, en publiant les observations et les réflexions de M. le docteur Rochard sur les bons effets du traitement de la couperose par l'iodure de chlorure mercureux. Nous sommes heureux de voir que les encouragemens que nous avons donnés à ces tentatives étaient mérités, et que les succès annoncés par M. Rochard se répètent en d'autres mains. Un témoignage éminent nous arrive en faveur de cette médication, c'est celui de M. le professeur Nélaton qui, dans une de ses dernières leçons cliniques, leçon qui nous est communiquée par M. Jules Rouyer, s'est exprimé en ces termes :

Vous avez pu voir depuis quelque temps, dans nos salles, une femme atteinte d'une affection un peu en dehors de celles que nous sommes habituellement appelés à traiter : cette femme est entrée ici pour se soumettre à un traitement que je crois utile, et j'appelle votre attention sur ce sujet, parce que vous serez consultés plus tard pour des cas de ce genre.

Il s'agit d'un acné qui présentait les caractères pustuleux et tuberculeux, avec érythème (*acne rosacea*). Cette affection n'est pas grave, mais cause une difformité choquante qui pousse les personnes, et surtout les femmes qui en sont atteintes, à rechercher tous les traitemens possibles, à s'y sou-

---

et emporté ; grand développement du système pileux de la poitrine, intensité de la chaleur générale, tels sont les signes qui révèlent un cœur chaud. Les signes inverses, savoir : pouls lent et peu développé, respiration petite et rare, caractère timide, irrésolu, enclin à la paresse, poitrine glabre, annoncent un individu à cœur froid. D'autres signes indiquent si le cœur est sec ou humide, ou bien encore s'il est froid et sec, froid et humide, chaud et sec, chaud et humide.

Même répétition pour le foie et les testicules, pour les organes des trois autres classes ; enfin, pour le corps tout entier. Que de choses futiles, absurdes, ridicules ! Qu'il est triste de voir cette belle intelligence égarée dans un tel labyrinthe de théories et d'hypothèses !

b. Signes diagnostiques de l'état de maladie. — Deux cas peuvent se présenter : ou la maladie aura son siége dans les parties extérieures, ou elle existera dans une partie intérieure. Dans le premier cas, la maladie se reconnaît facilement au changement des qualités naturelles de la partie, qualités de consistance, de température, de couleur, de volume, de figure, de situation, de rapports.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque la maladie a son siége dans une partie interne, le diagnostic est plus difficile, quelquefois même impossible. Il s'établit cependant à l'aide de signes tirés de sources diverses. 1° du trouble des fonctions de la partie malade, 2° des changemens survenus dans les matières naturellement excrétées et séparées de cette partie ; 3° des sensations anormales dont elle devient le siége et dont la principale est la douleur et ses variétés ; 4° enfin les maladies de certaines parties internes peuvent être révélées par l'existence d'une tumeur anormale. Tous ces signes peuvent exister à la fois, ou bien la série est incomplète par l'absence d'un ou de plusieurs signes.

L'auteur reprend ensuite, un à un, ces divers ordres de signes, et les soumet à une savante analyse, afin d'en tirer des inductions propres à donner au diagnostic plus de sûreté et de précision.

Il étudie les caractères de la tumeur contre nature, les phénomènes ou modifications qu'elle présente dans son évolution, et les transformations diverses qu'elle peut subir ;

Les caractères de la douleur, ses variétés, sont également passés en revue avec indication de leur signification et de leur portée ;

Quant au trouble fonctionnel, il varie, la fonction pouvant être diminuée ou pervertie, ou abolie. Il est rare qu'elle soit exagérée ; telle est l'opinion de Galien et de M. Andral.

Les *matières excrétées* sont de deux sortes : 1° les excrétions anormales, qui peuvent être modifiées dans leur quantité ou leur qualité ; 2° les parties détruites par l'influence de la maladie, et qui doivent être séparées du reste de l'organisme et rejetées au dehors.

Voilà pour les signes diagnostiques de la santé et de la maladie. Ces données générales, Galien les applique au diagnostic des maladies des divers organes : du cerveau, du cœur, du foie, de l'estomac, des poumons, etc.

c. Signes pronostiques. — Galien les divise en deux classes : 1° signes qui annoncent l'imminence d'une maladie ; 2° signes qui, dans le cours d'une maladie confirmée, en font prévoir les événemens futurs.

1° Les signes de la première catégorie ne sont pas, dit Galien, propres à certaines maladies en particulier, et l'on ne peut en tirer aucun caractère de nature à faire prévoir l'espèce de maladie qui va se déclarer. Au nombre de ces signes pronostiques, il note les troubles par augmentation, ou diminution, ou perversion de l'appétit, l'altération de la soif moins fréquente que celle de la faim, la fréquence ou la rareté des excrétions, dont les qualités sont plus ou moins modifiées ; les troubles du sommeil, l'augmentation de la sensibilité aux variations de la température, le calme ou l'effervescence des désirs vénériens. La transpiration cutanée est abolie ou bien la peau se couvre d'une sueur abondante, les mouvemens sont lents, pénibles, difficiles ; le corps est courbaturé et la fatigue spontanée. Les règles avancent ou retardent, les flux hémorrhoïdaux cessent ou coulent avec plus d'abondance, la peau est tour à tour brûlante ou glacée, la face rouge ou pâle ; l'intelligence perd de sa vivacité, les sens deviennent plus ou moins obtus. Il note encore, dans le *De constitutione artis medicæ*, parmi les prodrômes des maladies, la céphalalgie, la pesanteur aux hypochondres, l'affaiblissement des forces et l'amaigrissement. — En voilà assez pour faire comprendre jusqu'où Galien portait le génie de l'observation.

Les signes prodromiques peuvent manquer dans un certain nombre de cas, alors que la cause morbide existe dans l'économie où elle accomplit son œuvre mystérieuse, la rage en offre un exemple frappant.

Du reste, ces signes n'ont de valeur qu'autant qu'ils sont réunis en certain nombre ; un signe isolé n'a pas de valeur.

2° Les signes pronostiques de la deuxième catégorie, c'est-à-dire ceux qui, dans une maladie confirmée, peuvent en faire prévoir les événemens futurs, se tirent de la manière d'être des différentes fonctions et principalement de l'état du pouls. Cette partie de l'ouvrage que nous analysons n'est, à vrai dire, que le commentaire du traité d'Hippocrate sur le pronostic.

Voyons maintenant ce que Galien a écrit sur les causes de la santé et sur celles de la maladie.

Les mêmes causes peuvent produire des effets tout différens sur l'organisme, entretenir la santé ou engendrer la maladie, suivant diverses circonstances telles que : l'intensité plus ou moins grande de l'action de ces causes, les dispositions individuelles variables, des circonstances diverses placées en dehors, soit des causes, soit de l'individu. Ainsi, l'air atmosphérique peut entretenir la santé ou produire la maladie suivant qu'il est sec ou humide, pur ou chargé de miasmes, etc.

Il en est de même suivant qu'ils sont exagérés, insuffisans ou modérés, du mouvement et du repos, du sommeil et de la veille, des alimens et des boissons, des excrétions diverses, des différentes passions de l'âme, etc., etc.

Arrivant enfin à l'hygiène et à la thérapeutique, c'est-à-dire aux moyens de conserver la santé et de guérir la maladie, Galien commence par poser les deux axiômes suivans :

Pour entretenir la santé, il faut traiter les semblables par les semblables ;

Pour guérir la maladie, il faut traiter les contraires par les contraires.

Dans le traitement des maladies, ajoute Galien, le médecin doit souvent se borner à aider la nature, car souvent c'est la nature qui guérit.

Voilà, en résumé, ce que contient le *Traité de l'art médical*.

(La suite au cours prochainement.)

mettre, mais le plus souvent sans résultat favorable. Cette affection est ordinairement incurable, d'après ceux qui s'occupent spécialement des maladies de la peau; telle est du moins l'opinion exprimée par les auteurs compétens, MM. Cazenave, Devergie, etc.

Cependant, il est une nouvelle méthode de traitement que vous avez pu connaître par plusieurs articles de journaux, et notamment du *Moniteur des hôpitaux;* elle est due à M. le docteur Rochard.

Le médicament employé est l'iodure de chlorure mercureux, préparation qui a été découverte par M. Boutigny, d'Évreux; on l'obtient par la réaction d'un équivalent d'iode sur deux équivalens de calomel.

Avec le sel ainsi obtenu, on fait une pommade selon la formule suivante :

Iodure de chlorure mercureux.	0 gr,75
Axonge.	60 grammes.

On applique simplement cette pommade sur le mal; ou mieux, on fait une légère friction avec le doigt pour faire bien pénétrer la pommade dans les anfractuosités de la peau.

Au moment de cette application et quelques instans après, il y a une sensation de douleur assez vive, mais cependant supportable, et qui n'est pas assez forte pour décourager les malades et les détourner de ce mode de traitement. Il survient ensuite un peu de chaleur, une légère tuméfaction, et on voit se produire une exsudation qui se concrète; c'est ce que M. Rochard désigne si exactement sous le nom de *poussée* vers la peau.

Le lendemain, on fait une deuxième application de la même manière, et de même le troisième et le quatrième jour. On laisse ensuite reposer le malade pendant une dixaine de jours, puis on fait une nouvelle série d'applications de pommade. Ce traitement peut être nécessaire pendant plusieurs mois.

Lorsqu'on examine les croûtes grisâtres qui se forment à la suite des applications, on voit que non seulement elles adhèrent à la peau, mais encore qu'elles pénètrent dans chaque follicule sébacé; il y a une sorte de prolongement en cheville qui pénètre dans l'épaisseur du derme. On peut constater encore, par un examen attentif, que les portions de peau intermédiaires aux follicules ne sont pas altérées et que l'épiderme reste intact.

Les saillies d'apparence pustuleuse qui constituent le mal et qui sont indurées, colorées en violet ou rouge foncé, perdent peu à peu leur coloration; elles pâlissent, diminuent de volume, puis s'affaissent et disparaissent entièrement.

J'ai déjà eu plusieurs fois occasion de constater les bons effets de ce traitement, et c'est parce qu'il s'agit d'une chose sérieuse que je le signale ici à votre attention.

Je me rappelle particulièrement l'avoir vu employer ici chez une femme qui était entrée pour une affection du sein, et qui fut traitée en même temps des deux maladies dont elle était atteinte. Au bout de deux mois, elle était parfaitement guérie. Comme je désirais savoir si ce résultat favorable se maintiendrait, je priai cette femme de revenir de temps en temps nous voir à la consultation; elle revint, en effet, plusieurs fois, et nous avons pu constater que la guérison s'était maintenue.

Que se produit-il? Quelle est l'action de la préparation employée? Il semble que l'iodure de chlorure mercureux agit d'une manière toute spéciale sur les follicules sébacés, qu'il borne ses effets exclusivement sur cet élément de la peau. Il y a là une action particulière qui amène au goulot de ce follicule la matière sébacée qui est accumulée dans sa cavité.

Vous pourrez étudier toutes ces particularités sur la malade qui se trouve actuellement dans notre service, et j'espère que vous pourrez voir un résultat favorable.

On pourrait se demander s'il n'y a pas lieu de craindre la répercussion de la maladie guérie sur un autre organe, sous une autre forme. Il faudrait d'abord s'entendre sur le mot répercussion, et quand on serait arrivé à ce premier résultat, savoir si la chose a été observée. Ainsi on parle de répercussion d'eczéma, d'ulcères de la jambe, guéris, desséchés sur le poumon; on observe alors une pneumonie à la suite de ce dessèchement de l'ulcère, dit-on; mais quand on observe avec soin, et j'ai pu constater ce fait plusieurs fois, c'est la pneumonie qui amène le dessèchement de l'ulcère, et non celui-ci dont le dessèchement cause la pneumonie. J'ai vu un certain nombre de faits de ce genre, et je pense que beaucoup d'autres sont de même nature.

NOUVEAUX FAITS RELATIFS A L'EMPLOI THÉRAPEUTIQUE DE L'HYDROFERROCYANATE DE POTASSE ET D'URÉE.

Les faits suivans sont extraits d'une communication qui nous a été adressée par M. le docteur Baud, de Contrexéville, relativement à la médication dont, d'après l'invitation de l'Académie de médecine, il poursuit l'étude, et prouvent, dit-il, que, pour n'être pas un *alter ego* du sulfate de quinine, l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée n'en reste pas moins, à son avis, un antipériodique de premier ordre.

1° Firmin Boulanger, de Contrexéville, a séjourné pendant quatre ans en Algérie en qualité de zouave. Le récit qu'il m'a fait de sa triste odyssée se compose presque uniquement d'intermittables contractations paludéennes, de moins en moins influencées par l'usage presque habituel d'énormes doses de sulfate de quinine. Au mois d'août 1854, il fut renvoyé en France en congé de convalescence. De Marseille à Contrexéville, il fut repris d'accès fébriles dont l'intensité alla croissant de telle sorte que, le lendemain même de son arrivée, il fut soumis à des accidents paroxystiques d'une gravité extrême avec délire furieux, céphalalgie violente, contracture des membres, puis coma, résolution, refroidissement général, dépression et ralentissement alarmant des mouvemens du cœur. Le pronostic était grave, l'indication évidente, et je ne pouvais guère songer à saturer de nouveau de quinine ce sujet sursaturé déjà. Dès que j'eus ranimé la circulation par de larges sinapismes, par des cordiaux, par des lavemens saturés de chlorure de sodium, je me hâtai de prescrire l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée à la dose de cinq pilules (1 gramme) répétée de quatre en quatre heures. Le lendemain, un nouvel accès eut lieu, mais sans aucun des épiphénomènes de la veille; le troisième jour, un léger sentiment de froid fut suivi de sueurs abondantes. Après cinq jours de cette médication, il n'existait plus trace de fièvre, seulement Boulanger resta près d'un mois à la suite sous l'influence de phénomènes évidemment dus à l'usage excessif du sulfate de quinine : douleurs gravatives à la partie postérieure de la tête, affaiblissement des fonctions intellectuelles, surdité, etc.

2° Mme F..., habitant Paris, a fait, au mois de janvier 1856, pour la troisième fois depuis deux ans, une fausse couche, due sans doute à une ulcération de la lèvre antérieure du museau de tanche; dès le lendemain, elle a été soumise à des phénomènes fébriles d'une forme et d'une intensité disproportionnées avec l'accident qui paraît en être le point de départ. Les symptômes ne tardent pas à revêtir des apparences typhoïques manifestes : le pouls est dur, vibrant et en quelque sorte convulsif; la peau est aride, terreuse; le ventre est météorisé avec gargouillement dans la fosse iliaque droite; l'écoulement vaginal s'est supprimé dès le second jour; les urines sont rares, cessent même de couler pendant des journées entières; les selles, liquides, peu abondantes, sont poisseuses, noirâtres, fétides; la langue est rétractée, fuligineuse; il y a du délire vague, de la tristesse, de la jactitation, de l'insomnie. Le traitement des premiers jours consista en purgations salines presque quotidiennes, en embrocations d'huile de camomille camphrée sur l'abdomen, en lavemens chlorurés, en boissons acidules, et au sixième jour, j'eus la certitude que tous les matins, de dix heures à midi, la malade éprouvait un certain degré de rémission, qui lui permettait de rester calme dans un état du somnolence voisin du sommeil; cet indice me suffit; je prescrivis les pilules d'hydroferrocyanate de potasse et d'urée à la dose de cinq, à neuf heures du matin, cinq à deux heures de l'après-midi. L'effet de cette médication fut prompt et décisif dès la seconde journée; l'état de rémission passagère devint l'état habituel sans plus d'exacerbations; la fièvre continua, mais simple et bénigne; le délire et la stupeur firent place à un état de quiétude et même de gaîté; la malade put reposer une grande partie de la nuit et tolérer le bouillon de veau et l'eau vineuse. Au vingt-quatrième jour la convalescence fut complète et parfaite.

3° M. X., ancien officier supérieur, âgé de 68 ans, est goutteux depuis trente ans environ. Grâce sans doute à l'abus de la médication alcaline, il offre, à son arrivée à Contrexéville, tous les caractères de la goutte adynamique des jambes : ses jambes œdémateuses le soutiennent à peine; sa figure, œdématiée est pâle et terreuse; son œil terne et vitreux a presque complètement perdu ses fonctions; il vomit les alimens et surtout les boissons; des douleurs gravatives permanentes, ayant pour siége la région frontale, attristent, inquiètent ce malade et jettent une certaine perturbation dans ses fonctions intellectuelles. Ces douleurs et ces désordres encéphaliques prennent tous les matins à peu près à la même heure un accroissement paroxystique évident. Cette circonstance suffisait à me déterminer, quelles que fussent mes craintes au sujet de l'état intracrânien : je prescrivis douze pilules d'hydroferrocyanate dans les vingt-quatre heures, six le soir à l'heure du coucher, six le matin au réveil. En moins de cinq jours, ce sujet fut délivré des perturbations encéphaliques que j'ai indiquées; l'estomac reprit ses fonctions; l'eau minérale put être tolérée. Quand M. X. a quitté l'établissement thermal, il était le plus valide de tous les goutteux qui le fréquentent.

4° Un capitaine en retraite, jeune encore et énergiquement charpenté, est torturé depuis des années par les longs excès d'un asthme d'une violence peu commune. Quand je l'ai vu pour la première fois, il était depuis six semaines en proie à ces tortures asphyxiques. Les signes sthétoscopiques non moins que les symptômes révélaient un emphysème fort étendu des deux poumons. Tous les matins, à peu près à la même heure, le malade était surpris, sur le fauteuil où il était contraint de passer la nuit, par une violente exacerbation de ces symptômes asphyxiques, accompagnée d'atroces douleurs du sommet de la poitrine, de l'épaule et du membre thoracique du côté gauche. Le cœur et les gros vaisseaux, attentivement explorés, ne m'offrirent nul indice d'affection organique. Non moins à titre d'affection spasmodique que d'épiphénomène névralgique discontinu, cet état pathologique me parut devoir être avantageusement modifié sinon organiquement guéri par l'usage de l'hydroferrocyanate de potasse et d'urée. Le succès dépassa mon attente : non seulement le malade fut débarrassé de ses douleurs névralgiques et de ses exacerbations asphyxiques, mais encore il récupéra un calme qui lui était inconnu depuis longtemps et put, bonheur vivement senti surtout, se coucher et dormir toute la nuit. Un mois plus tard, il repartait pour Nancy, mieux portant relativement qu'il ne l'avait été depuis bien des années.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

Voici une nouvelle adhésion des Associations des départemens à la résolution prise par l'Association de prévoyance de la Seine pour soutenir le recours en cassation de M. le docteur Andreux de Bar-le-Duc :

Toulouse, le 18 Mai 1856.

A MONSIEUR LE DOCTEUR CABANELLAS,

Secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine.

Monsieur et très honoré confrère,

Nous avons l'honneur de vous transmettre l'adhésion de l'Association médicale de Toulouse à la résolution prise par l'Association des médecins de la Seine de former opposition au jugement rendu contre la demande du docteur Andreux de Bar-le-Duc.

L'Association médicale de Toulouse est heureuse de prêter son appui à l'Association de la Seine, pour la défense d'une cause aussi importante et qui intéresse tout le corps médical dont l'indépendance et les droits sont sans cesse menacés, et souvent compromis.

Nous regrettons qu'un retard involontaire ne nous permette pas de joindre à l'adhésion spontanée de l'Association l'offre d'une participation pécuniaire que rend inutile la décision prise à ce sujet par la commission générale de Paris.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de notre profonde considération.

GUITARD, Secrétaire général. — LAFORGUE, Président.

Pour copie conforme, G. CABANELLAS.

COURRIER.

Se plaindra-t-on encore de l'intervention officieuse de la Presse dans les candidatures académiques? Ne regrettera-t-on pas plutôt que ses appréciations soient aussi rares et n'évitent pas plus souvent aux sections chargées de faire les listes de présentation les désagrémens qu'elles se préparent, faute, sans doute, d'avertissement?

La section de thérapeutique et d'histoire naturelle de l'Académie de médecine semble avoir cherché comme à plaisir à soulever contre elle les plus légitimes réclamations.

D'abord elle doit demain présenter deux listes, l'une pour la thérapeutique, l'autre pour l'histoire naturelle, et cela, après ce qui s'est passé lors de la dernière candidature dans la section de physique et de chimie, où l'Académie se prononça énergiquement pour une seule liste; et cela, quand M. Moquin-Tandon, d'une part, et M. Trousseau de l'autre, ont déclaré, ont écrit qu'ils ne voulaient pas se porter en compétition l'un contre l'autre. De quel droit la section maintient-elle cette compétition que les compétiteurs refusent et repoussent?

Mais ce n'est pas tout : la section a donc fait deux listes.

Première liste. — Thérapeutique.

En 1re ligne, M. Bayle,
En 2me ligne, M. Trousseau,
En 3me ligne, MM. Pidoux et Durand-Fardel, *ex æquo.*

On est vraiment curieux de connaître les membres d'une section qui a pu dresser une liste aussi intelligente. Nous nous en sommes enquis. Ils étaient six, nous pourrions dire leurs noms, nous pourrions même indiquer leurs votes, car les comités secrets sont des secrets de comédie. Cependant nous ne dévoilerons ni les noms ni les votes. Contentons-nous de dire comment ces votes se sont répartis :

M. Bayle. . . . . 5 voix.
M. Trousseau. . . . 2 voix.
Un billet blanc.

On peut se demander d'abord, et l'Académie demandera, sans doute, si trois voix sur six votans forment une majorité réelle. On peut se demander encore ce que signifie un billet blanc devant les honorables candidatures présentes? Que ne peut-on pas se demander devant un pareil vote?

Seconde liste. — Naturalistes.

En 1re ligne, M. Moquin-Tandon,
En 2me ligne, M. Gubler.

Ces candidats ont obtenu l'unanimité des votans de la section.

Si nous sommes bien informé, cette présentation soulèvera demain, en comité secret, une vive opposition. Il y a de quoi.

Amédée LATOUR.

— Le banquet annuel des internes et anciens internes des hôpitaux de Paris aura lieu le 12 juin 1856, à 7 heures du soir, à l'hôtel du Louvre, rue de Rivoli.

Le prix de la souscription est de 15 francs.

Les souscriptions sont reçues chez MM. les commissaires :

A Lariboisière, M. Binet; aux Enfans-Malades, M. Parrot; à la Charité, M. Garreau; à l'Hôtel-Dieu, MM. Gombault et Wieland; à Beaujon, M. Devers; à Lourcine, M. Londe; à la Pitié, M. Marey; à Bicêtre, M. Ball.

La souscription sera close le 10 juin.

MM. les souscripteurs sont priés d'envoyer leur adhésion, ou un mandat sur la poste.

Traité pratique et raisonné d'hydrothérapie. Recherches cliniques sur l'application de cette médication au traitement des congestions chroniques du foie, de la rate, de l'utérus, des poumons et du cœur; des névralgies et des rhumatismes musculaires; de la chlorose et de l'anémie; de la fièvre intermittente, des déplacemens de la matrice, de l'hystérie; des ankyloses, des tumeurs blanches, de la goutte; des maladies de la moelle, des affections chroniques du tube digestif, des pertes séminales, etc.; par Louis FLEURY, médecin de l'Empereur, médecin en chef de l'Établissement hydrothérapique de Bellevue, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc., etc., l'un des auteurs du *Compendium de médecine pratique*. Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée. Un volume in-8, avec planches lithographiées. Prix : Figures noires, 8 fr.; figures coloriées, 10 fr.

Étude de la circulation chez l'homme et les animaux, par le docteur JOIRE, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'asile d'aliénés de Lommelet (Lille). In-8. — Prix : 1 fr. 50 c.

Ces deux publications se trouvent chez Labé, éditeur, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine, 23.

Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg, tome IIe, in-8, Strasbourg, 1855. — Prix : 5 fr. 50 c.

A Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

La Turquie médicale au point de vue des **Armées expéditionnaires et des Voyageurs**; Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, par Joseph REYNAL, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ex-médecin major de l'hôpital impérial de la marine militaire, et chirurgien en chef de l'hôpital de Yeni-Kouié de Constantinople, suivi d'un **Vocabulaire scientifique et militaire**.—Broch. in-8 de 80 pages. — Prix : 2 fr.

Aux bureaux de l'*Union Médicale*, rue du Faubourg-Montmartre, 56, et chez les principaux libraires.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 65. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 29 Mai 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. CLINIQUE MÉDICALE : Sur des vers lombricoïdes, rencontrés dans les canaux biliaires. — III. CLINIQUE CHIRURGICALE : De l'application de l'autoplastie au traitement des cicatrices vicieuses. — IV. CHIRURGIE : De l'amputation dans le sphacèle des extrémités. — V. HYGIÈNE DU MALADE : Sur l'emploi des lits médico-chirurgicaux. — VI. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 27 mai : Correspondance. — Rapport au nom de la commission de vaccine. — VII. COURRIER. — VIII. FEUILLETON : Recherches historiques sur l'épilepsie.

PARIS, LE 28 MAI 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine n'a tenu qu'une très courte séance publique, car à trois heures et demie, après la lecture d'une note par M. Bousquet, sur le résultat d'inoculations pratiquées avec la matière provenant des eaux aux jambes d'un cheval, le comité secret a été prononcé.

Dans ce comité, qui n'a pas été assez secret pour que ce qui s'y est passé ne soit pas à peu près complétement arrivé jusqu'à nous, le rapporteur de la section commençait à peine la lecture de son rapport, lorsqu'il a été interrompu par M. Velpeau, qui a demandé la présentation d'une liste unique. Après une discussion très vive et très longue, l'Académie s'est ajournée à la prochaine séance, avec invitation à la section de ne présenter qu'une liste unique, soit en thérapeutique, soit en histoire naturelle médicale.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Lettre à Monsieur le docteur FAUCONNEAU-DUFRESNE,

SUR DES VERS LOMBRICOIDES, RENCONTRÉS DANS LES CANAUX BILIAIRES ;

Par le professeur FORGET, de Strasbourg.

Cher et savant confrère,

En publiant votre intéressant *Précis des maladies du foie* (1), où vous avez eu le bon esprit de vous restreindre aux enseignemens essentiellement pratiques, vous nous faites espérer la publication ultérieure d'un grand ouvrage où seront utilisés les nombreux matériaux recueillis sur cet objet de vos incessans travaux depuis longues années. Il n'est donc pas trop tard pour vous apporter ce tribut minime. Les exemples de vers lombrics dans les voies biliaires ne sont pas très nombreux, dites-vous (page 278) ; néanmoins, vous en rappelez une quinzaine de cas. Le suivant serait donc le seizième :

Pneumonie ; — stomatite pultacée ; — abcès du foie, vers lombricoïdes dans les voies biliaires.

(Observation recueillie par M. FRITZ, aide de clinique.)

Une femme de 65 ans, couturière, est apportée à la clinique le 7 avril 1855. On ne peut en tirer que des renseignemens très incomplets. Elle se dit malade depuis quinze jours ; elle a éprouvé de la fièvre, avec toux, dyspnée, vomissemens, bouche douloureuse. Elle a pris pour tout remède une potion dont elle ignore la composition.

Nous constatons : prostration, état semi-comateux, narines pulvérulentes ; dyspnée, toux modérée, un crachat rouillé ; poitrine sonore en avant ; en arrière et à droite, dans toute la hauteur du thorax, matité, souffle tubaire, bronchophonie. Toutes les parois buccales sont recouvertes d'une matière blanchâtre, pultacée ; déglutition difficile, douloureuse, soif vive. Vomissemens glaireux et bilieux ; épigastre douloureux à la pression, point de diarrhée.

Pouls à 90, petit et mou ; point de chaleur à la peau.

(Vésicatoire à la partie postérieure droite du thorax. — Émulsion d'amandes. — Bouillon.

Le 8. Nuit agitée. Orthopnée, crachats rouillés ; état de la veille.

(Potion avec tartre stibié 20 centigr., eau 120 gram., sirop diacode 15 gram. — Bouillon.)

Le soir, réaction assez vive. L'émétique est toléré, sauf un peu de nausées et de hoquets.

Le 9. Même état que la veille. Enduit pultacé, très abondant, soif vive, une selle. (Potion stibiée. Vésicatoire au sternum). La prostration augmente (sinapisme aux jambes, vin de Malaga par petites cuillerées. — Bouillon.

Le 10. Prostration, coma, bouche fuligineuse, pouls presque insensible. Une selle involontaire. (Bouillon et vin de Malaga.) Mort à cinq heures du soir, trois jours après l'entrée.

Nécropsie, deux jours après la mort.

Cavité crânienne : Engorgement veineux de l'encéphale, un peu de sérosité sous-arachnoïdienne.

Cavité thoracique : Hépatisation grise de toute la moitié postérieure du poumon droit. Vive rougeur de toute la muqueuse respiratoire. Bronches pleines de mucus sanguinolent. Point de pseudo-membranes, ni de cylindres fibrineux.

Cavité abdominale : Rien de particulier dans le tube digestif, sauf quelques rougeurs disséminées.

Le *foie* est de volumé et d'aspect normal. Le canal cholédoque est occupé par un ascaride lombricoïde dont une extrémité fait saillie dans le duodénum, tandis que l'autre parvient jusque dans la division gauche du canal hépatique. Ce ver, qui remplit exactement les conduits biliaires, offre une longueur de plus de 20 centimètres ; il est frais, consistant, non sensiblement altéré. En suivant avec la sonde cannelée et le scalpel, la division droite du canal hépatique, on arrive dans une cavité anfractueuse, du volume d'une noix, contenant du pus blanchâtre et un ver lombricoïde pelotonné, d'environ 8 centimètres de longueur. Ce ver est mou, flétri, comme macéré et mort depuis longtemps. La cavité qui le contient paraît être une dilatation du conduit hépatique, autour de cette cavité, mais sans communication avec elle, on rencontre, dans le tissu du lobe gauche du foie, une dixaine d'abcès ou kystes purulens, de diverses grandeurs, depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'un marron, contenant une matière grumeleuse colorée par la bile, et tapissée de pseudo-membranes épaisses et consistantes, autour desquelles le tissu du foie est d'un rouge foncé. La matière contenue, examinée au microscope par un habile anatomiste et micrographe, le docteur Morel, ne présente pas de globules de pus et paraît formée de granulations amorphes, de globules graisseux et de quelques cellules ovalaires, jaunâtres, granulées au centre, et libres à la circonférence.

Nous n'avons vu chez ce sujet, pendant la vie, qu'une *pneumonie typhoïde au troisième degré*. Nous laissons de côté les considérations, intéressantes pourtant, que pourrait suggérer cette pneumonie avec son cortége typhoïde et sa diphthérite ultime, pour arriver à l'objet spécial de cette communication.

Ici, comme dans tous les faits recueillis jusqu'à ce jour, la lésion hépatique s'est offerte escortée de symptômes vagues, dont aucun ne pouvait servir à préciser la nature du mal. D'autant moins qu'à la maladie principale, à la pneumonie et à la diphthérite, pouvaient rationnellement être rapportés les symptômes circonscrits à la région gastro-hépatique (douleur, vomissemens). Je crois même que, dans aucun cas, on ne saurait arriver à diagnostiquer pendant la vie la présence des vers dans les canaux biliaires, car les symptômes qu'ils peuvent provoquer sont ceux de la souffrance du foie par une cause quelconque. Une seule circonstance pourrait éveiller les soupçons : ce serait l'évacuation de vers lombricoïdes par les voies naturelles, et encore cet accident n'aurait-il que la valeur positive d'une simple complication, et ce serait sortir des limites de la probabilité que d'en déduire l'introduction de ces parasites dans les voies biliaires, même en présence des symptômes hépatiques les mieux dessinés. Jamais si rare éventualité ne viendra s'offrir à l'esprit du praticien.

Soif vive, vomissemens, douleur épigastrique, tels sont les seuls symptômes qui, de très loin encore, pouvaient, dans le cas actuel, être rattachés à l'affection du foie. Remarquez qu'il n'y avait point d'ictère. C'est en cela que notre observation diffère de celle de Broussais, où, comme ici, « un ver était

(1) *Précis des maladies du foie et du pancréas*. Un vol. in-12, Paris, 1856.

Feuilleton.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR L'ÉPILEPSIE ;

Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 29 Avril 1856 (1),

Par M. le docteur JOSAT.

Messieurs,

D'autres affections que l'épilepsie sont susceptibles de recherches analogues à celles dont elle est ici spécialement l'objet.

L'accueil que vous ferez à cette communication, s'il est en sa faveur, ne manquera pas d'encourager puissamment à poursuivre un genre de travail qui fait une lacune regrettable dans l'histoire de notre art.

Ces recherches n'ont pas pour but, comme on pourrait le croire, de satisfaire une stérile curiosité. Un mobile pareil n'eût jamais été capable de me faire surmonter les difficultés que j'ai rencontrées pour conduire à bien ce travail, tout incomplet qu'il est.

J'ai lu, à peu de choses près, tout ce qui a été écrit sur l'épilepsie. J'ai été frappé du nombre, presque prodigieux, de dénominations qu'elle a reçues. Certainement, il n'y a pas une maladie qui ait une nomenclature approchant même de celle de l'épilepsie. La cause en est, à mon avis, que la nature de cette maladie n'a jamais été bien connue, et aussi à ce que chaque école, chaque secte et chaque système dominant, semble avoir voulu donner à cette maladie un *nom* en corrélation avec ses dogmes ou ses doctrines.

Sous ce dernier point de vue, rien n'est curieux comme l'histoire de ces nombreuses dénominations qui, en réalité, font toute l'histoire de l'épilepsie.

Mais à côté de cette satisfaction accordée à la curiosité, se place une question pratique que nous tenons surtout à faire prévaloir. Rien, en effet, ne doit être négligé de ce qui peut contribuer, ne fût-ce qu'à atténuer un mal trop souvent incurable et qui paraît être de tous les temps, de tous les pays, de toutes les conditions et même de tous les âges.

Eh bien ! on verra, je l'espère, que la pathologie, comme la thérapeutique de l'épilepsie, peuvent tirer quelque parti de sa nomenclature aussi compliquée que bizarre, en apparence du moins. On verra que chaque nom nouveau, en se substituant à un plus ancien avec la prétention de mieux *dire*, qu'on me passe le mot, n'a traduit en réalité qu'un autre phénomène de la maladie ; au point qu'il semble que cette nomenclature si chargée, forme un tableau presque exact des phénomènes qui constituent une *grande attaque* épileptique.

Autant que je l'ai pu, je me suis conformé à l'ordre des temps.

MAL D'HERCULE.

Or, en remontant les siècles, le premier nom que je trouve imposé à l'épilepsie, est celui de *mal d'Hercule* (*morbus herculeus*). Les recherches auxquelles je me suis livré à son sujet, m'ont conduit à des résultats pleins d'intérêt.

C'est dans Hippocrate (1) que je le trouve employé pour la première fois. Aristote l'a employé après lui. Plus tard, je le retrouve dans Arétée. J'ai cherché, après beaucoup d'autres, à expliquer l'origine de cette dénomination. Je reste convaincu que l'épilepsie a été nommée *mal d'Hercule* parce que, à cette époque reculée, l'opinion la plus accréditée était que ce demi-dieu en avait été atteint.

Voici mes preuves :

Un jour qu'il offrait un sacrifice à Jupiter, il s'*arrête tout à coup, ses yeux roulent d'une manière affreuse et se remplissent de sang*, L'ÉCUME *coule sur sa barbe, son sourire est convulsif et forcé, il se dépouille, il se bat en l'air* (2).

On le croit revenu à lui-même, quand, tout à coup, il prend ses armes, poursuit son père, ses enfans, tout le monde, et tue enfin sa femme et ses enfans. Il allait tuer son père lui-même, quand Pallas survient, l'arrête et le terrasse.

Bientôt il est plongé dans un sommeil profond.

A son réveil, voyant autour de soi tous ces cadavres, il est foudroyé en quelque sorte par cette vue, et plus encore en apprenant qu'il est l'un des auteur de ce carnage.

C'est alors qu'il veut se donner la mort. Son repentir est affreux. Thésée, son ami, lui persuade que ce serait une lâcheté. Il consent à vivre et se retire à Athènes.

Je n'invente rien. Tout ceci est tiré d'Euripide et de Sénèque.

Est-il possible de mieux caractériser une attaque épileptique ?...

Il n'y a pas jusqu'à cette fureur après coup, en quelque sorte, qui ne se retrouve chez les épileptiques.

« La fureur des épileptiques éclate après l'accès, dit Esquirol ; elle » est dangereuse, elle est aveugle, rien ne peut la dompter, ni l'appa- » reil de la force, ni l'ascendant moral. Elle est si redoutable et si » redoutée que j'ai vu dans un hospice du Midi tous les épileptiques » enchaînés chaque soir sur leur lit, à cause de la crainte qu'ils inspi- » raient. Un jeune homme de 26 ans devenait furieux après chaque » accès épileptique. Ses parens auraient été ses premières victimes, » s'ils se fussent trouvés sous sa main. Revenu à lui, il tombait dans » une profonde mélancolie, et se serait délivré de la vie sans la surveil- » lance incessante dont il était l'objet. » (1)

Il semble, en vérité, que le récit d'Esquirol soit calqué sur Euripide et Sénèque.

Mais ce n'est pas tout. Les nombreux mythologues que j'ai consultés, m'ont fourni bien d'autres détails, qui tous viennent corroborer mon opinion.

Écoutez plutôt :

« Hercule était éminemment nerveux, violent et emporté. Un jour il va consulter l'oracle de Delphes. La prêtresse lui fait savoir que le dieu

(1) Commissaires : MM. Baillarger, Bricheteau et Roche.

(1) *De morb. mul.*, lib. I, p. 157.
(2) Athénée, lib. x.

(1) J'ai vu, dit Van Swieten, quatre hommes des plus robustes, suffire à peine à contenir une jeune épileptique. (Comm. in Boerh. *Aphor.* 1071.)

» engagé dans le canal cholédoque, tandis qu'un autre avait » pénétré dans le foie lui-même. » (Page 279.) Mais il y avait jaunisse. Pourquoi cette différence? le voici : Dans notre cas, le ver, situé profondément, était pelotonné dans une cavité circonscrite, de manière à ne pas gêner notablement le cours de la bile, et l'autre ver, celui qui occupait le canal cholédoque et qui devait produire l'ictère, était frais encore, ce qui indique qu'il n'avait pénétré dans le canal que peu de temps avant la mort, sinon après; de sorte que la jaunisse n'avait pas eu le temps de se produire.

Laënnec et MM. Cruveilhier et Tonnelet ont trouvé dans le foie de petites cavités que les vers s'y étaient pratiquées (p 281); il en est de même dans notre cas, où le ver, profondément situé, occupait une cavité faisant suite au conduit hépatique.

M. Tonnelet a trouvé trois foyers purulens dans le foie; nous en avons trouvé un plus grand nombre qui, non plus, ne communiquaient point avec les canaux biliaires : c'étaient des abcès bien circonscrits, tapissés de pseudo-membranes, contenant un liquide puriforme, jaunâtre, groupés autour de la cavité occupée par le ver, laquelle contenait aussi du pus, mais non coloré par la bile, et pouvant s'écouler par le conduit hépatique. Cette cavité *vermineuse* me paraît être le point de départ de l'inflammation d'où sont résultés les autres abcès. Au premier aspect, on pouvait prendre ceux-ci pour des abcès métastatiques; mais ils en différaient par leur situation profonde, leur groupement, la fluidité du liquide contenu. D'ailleurs, il n'y avait dans l'économie d'autre foyer purulent que la pneumonie suppurée, qui, plus récente que ces abcès, n'avait pu les produire. L'ancienneté de ces abcès, attestée par les kystes pseudo-membraneux, pourrait les faire supposer antérieurs à la présence du ver; mais celui-ci, réduit en putrilage, occupant une cavité non moins ancienne que les kystes purulens, peut raisonnablement passer pour avoir produit ces derniers.

Ici se présente une difficulté : c'est celle résultant de l'examen microscopique. Un habile observateur n'a pas trouvé, dans ces abcès, les élémens du pus.... Eh bien! peu m'importe, à moi clinicien, car toutes les circonstances du fait déposent en faveur des abcès. Tels sont, en effet, les inconvéniens du microscope encore si mal assuré dans ses déterminations : s'il concorde avec l'observation clinique, c'est fort bien, le diagnostic reçoit une sanction de plus; mais si, par aventure, il contrecarre la clinique, voilà l'obscurité, la confusion qui commençent; car le microscope a la prétention de traiter avec la clinique de puissance à puissance. Voilà précisément ce que nous lui refusons, et nous ne craignons pas de dire, en paraphrasant une grave sentence : « Entre la clinique qui dit oui et le microscope qui dit non, c'est la clinique qu'il faut croire. » Où en serions-nous, je le demande, si nous, cliniciens, eussions consenti à ne voir le cancer que là où le microscope signalait sa fameuse cellule? Rappelons-nous les allures tyranniques affectées par cette cellule, il n'y a pas dix ans! Accueillons donc le microscope à titre de renseignement, de moyen accessoire de diagnostic, mais non comme arbitre absolu.

Nous ignorons depuis quand existaient ces altérations du foie; mais il nous paraît avéré qu'elles ont précédé la pneumonie, bien que la malade ne fît dater ses souffrances que depuis quinze jours. Du reste, on ne saurait saisir aucune relation entre ces deux maladies.

Que dire du traitement d'une affection dont le diagnostic est toujours posthume? Supposons que, par une heureuse inspiration, la réalité du fait nous soit révélée; en serons-nous bien plus avancés? Nous serons en présence de deux élémens : des vers dans les canaux biliaires, et, comme conséquence, une inflammation du foie. Pensez-vous que les *vermifuges*, purgatifs ou autres, chasseront ces vers de leur profonde retraite ou bien que les *vermicides* iront les y atteindre? Cela n'est pas probable. Il ne s'agit d'ailleurs que de chasser les vers; les tuer sur place laisserait subsister la cause. Nous en sommes donc réduits, après avoir débarrassé l'intestin des vers qu'il peut contenir encore, à combattre simplement l'inflammation du foie, comme si elle résultait de toute autre cause; si ce n'est qu'ici la cause est de celles qui sont inamovibles : *hæret lateri*. Donc, il n'y a guère à s'affliger de l'impuissance du diagnostic.

Quelques mots encore sur l'action des vers intestinaux. C'est une des singularités de notre science que l'incertitude qui règne encore sur le degré de puissance morbigène de ces parasites si communs, qu'on observe tous les jours depuis l'origine de l'art! Tandis que certains auteurs les considèrent comme une cause formelle des maladies les plus variées et les plus formidables, d'autres les envisagent à peu près comme de simples corps étrangers sans action spéciale; tandis que les uns leur accordent la puissance de ronger, de perforer les tissus, d'autres les croient complétement innocens sous ce rapport. Un observateur laborieux, de regrettable mémoire, Mondière, de Loudun, publiait, il a quelque vingt ans, dans la *Gazette des hôpitaux*, une série d'articles très intéressans où, de par les faits, les vers étaient représentés comme pouvant susciter à peu près toutes les maladies les plus graves du cadre nosologique, et, d'autre part, un praticien non moins estimable, le docteur Bergeret, d'Arbois, vient de publier un petit livre (1) où toute cette fantasmagorie s'évanouit au souffle de l'observation attentive et du simple bon sens. Nous croyons, nous, de par notre propre expérience, qu'on a beaucoup exagéré les méfaits de la vermination; que, dans la grande majorité des cas, les vers sont très inoffensifs, et que, lorsqu'ils coïncident avec de graves accidens, ils n'agissent que comme adjuvans de certaines diathèses dont la cause formelle est ailleurs (2). Quant à détruire les tissus par morsure ou térébration, je les en crois incapables : ils s'insinuent subtilement dans toutes les voies ouvertes, mais ils ne s'en frayent aucune, du moins traumatiquement. S'ils passent dans le péritoine, c'est par une perforation intestinale qu'ils rencontrent, mais qu'ils n'ont pas faite. Et, pour rentrer dans l'espèce, c'est en provoquant par leur seule présence la suppuration des points où ils séjournent, qu'ils semblent se creuser des cavités dans le foie. C'est par ce seul mécanisme, probablement, que dans les faits de M. Ph. Boyer, ces animaux avaient *transpercé* le foie (page 281). C'est ainsi que, dans notre fait, le ver, situé profondément, occupait une cavité simulant un grand élargissement du canal hépatique; supposez cette cavité voisine de la superficie, et voilà le foie perforé!

Ce n'est point ici le lieu de produire les preuves cliniques de mes opinions à l'endroit de l'affection vermineuse. Ces opinions, je le crains bien, sentiront quelque peu l'hérésie, à une époque où le mysticisme et le merveilleux sont si chaudement accueillis. Mais c'est à vous que je m'adresse, cher et savant confrère, à vous esprit calme et modéré, qui déclinez sagement l'arbitrage absolu des problèmes ardus, et qui pensez, vous aussi, que « le doute est un doux oreiller pour une tête bien faite. »

Agréez, etc.

Professeur Forget.

(1) *Des maladies de l'enfance*. Un vol. in-12, Paris, 1855.

(2) Un exemple entre mille. Appelé ces jours derniers dans une famille où régnait la grippe, je prescrivis à un enfant de 5 ans un laxatif qui fit rendre un grand ver lombricoïde. Sur cette indication, j'ordonnai les tablettes de santonine, qui restèrent sans effet. Mais la mère ayant, par pure curiosité, donné de ces tablettes à un autre de ses enfans, âgé de 8 ans, celui-ci rendit une *masse énorme* de grands vers lombricoïdes dont rien, chez lui, ne faisait soupçonner la présence.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

DE L'APPLICATION DE L'AUTOPLASTIE AU TRAITEMENT DES CICATRICES VICIEUSES;

Communication faite à l'Académie des sciences, dans la séance du 19 mai 1856,

Par le professeur Sédillot, de Strasbourg.

Le remarquable mémoire dont M. le professeur Jobert de Lamballe a donné lecture à l'Académie des sciences, dans la séance du 10 mars 1856, sur l'application de l'anaplastie aux brides cicatricielles, nous a rappelé quelques faits de notre pratique pleinement confirmatifs des avantages de cette méthode. Les procédés que nous avons adoptés depuis plusieurs années ne sont pas entièrement semblables à celui de notre célèbre confrère, et nous signalerons particulièrement trois points sur lesquels nous ne saurions nous rallier à son opinion. Ainsi nous hésitons à admettre l'espèce de greffe du lambeau anaplastique dans l'épaisseur du tissu cicatriciel que semble indiquer M. Jobert. Nous ne croyons pas nécessaire la section du pédicule du lambeau. Enfin, nous doutons de la facilité de la réunion immédiate entre les bords du lambeau et ceux de la cicatrice.

La première condition de succès pour le redressement des parties, dont la forme et la mobilité sont compromises par la rétraction du tissu inodulaire, est sans contredit, à nos yeux, la division complète de ce tissu jusqu'aux couches normales subjacentes, qui deviennent la base et le point d'appui du lambeau. Si toute l'épaisseur du tissu inodulaire n'est pas intéressée, les difformités persistent invinciblement, et l'on reconnaît la nécessité non seulement de diviser la bride, mais encore de la séparer dans beaucoup de cas par la dissection des tissus sains plus profondément situés. C'est une corde inextensible que l'on sectionne, et il faut la couper en totalité si l'on veut en faire disparaître les effets. Nous remarquerons, en outre, que la réunion du lambeau au seul tissu inodulaire, si elle était obtenue, présenterait de bien faibles élémens de vascularité, et que l'on aurait certainement à redouter la gangrène du lambeau après la section du pédicule. Nous concluons de ces considérations que le lambeau anaplastique doit être largement mis en rapport avec des tissus sains, et que c'est le seul moyen de remédier aux difformités, de donner une base suffisante au lambeau, dont l'allongement et l'expansion deviennent possibles, et d'en assurer la vitalité.

M. Jobert est partisan de la section du pédicule du lambeau, et il en a exposé les avantages dans ce passage :

« Aucun changement appréciable ne se manifeste avant la section du » pédicule; mais lorsqu'elle a été pratiquée, la bride s'étale, la difformité disparaît, les tiraillemens cessent, et la partie inclinée se redresse » et reprend son attitude. »

Il nous paraît impossible que la section du pédicule ait l'influence que signale M. Jobert, si du moins nous avons bien compris le sens de sa phrase. En intercalant un lambeau de tégumens sains entre les deux bords d'une cicatrice du cou transversalement divisée, l'allongement du lambeau s'opère dans le sens vertical, et ne saurait être empêché par le pédicule, qui se trouve placé latéralement et en dehors de la sphère d'action de la cicatrice. Nous ne voyons pas l'utilité de l'incision du pédicule, et nous le conservons intact dans toutes nos opérations anaplastiques, relevant des méthodes française et indienne. Avec la précaution de faire partir de la perte de substance à combler le bord correspondant du lambeau auquel on imprime une légère torsion de 25 degrés

---

n'est pas disposé à lui répondre. Hercule, dit le mythologue, qui n'était pas patient, s'emporte, renverse et met en mille pièces le trépied sacré.

» Une autre fois, il jette son instrument de musique à la tête de Linus, son maître, qui lui faisait des réprimandes, et le tue du coup (1). »

A l'âge de 25 ans, les Furies s'emparent de lui, dit la fable, et, dans un accès, il tue tous les enfans qu'il avait eus de Mégare, l'une de ses femmes.

Nouvel accès peu de temps après, quand Eurythe lui refuse sa fille. C'est pendant ou après cet accès qu'il tue Iphitus, le frère d'une de ses femmes.

C'est encore à la suite d'un accès évidemment épileptique, qu'il commit chez Œnée, roi de Calydon, ce meurtre qui lui causa des remords si cuisans, qu'il voulut attenter de nouveau à ses jours.

On raconte que se trouvant un jour fort incommodé des rayons du soleil, il entra en fureur contre cet astre et lui décocha une de ses flèches.

Ce héros, dit encore la fable, était d'un tel emportement, que pour l'expliquer, et peut-être pour le justifier, on a prétendu que par ordre de Junon, qui, comme on sait, avait ses raisons pour ne pas l'aimer, une Euménide était spécialement chargée de troubler ses sens jusqu'à la fureur (2).

Ces accès de fureur, dit un auteur, étaient une suite du mal caduc auquel il était sujet. On le faisait revenir à lui en lui faisant sentir une caille. Ce qui fait dire à Galien que c'est là un remède utile à ce mal (3).

Prenons maintenant son portrait, sur l'Hercule Farnèse, toutefois, et non sur l'Hercule du Belvédère. Le premier, en effet, représente l'homme, tandis que le second représente le dieu.

Voyez donc cette tête : les cheveux en sont courts, dressés et ramassés sur le front. Le front lui-même est bas, charnu et crispé. Les yeux se gonflent et s'arrondissent.

(1) Ellen.

(2) *Encyclop. méth.*, article Hercule.

(3) *Idem*, même article.

Voilà bien certainement les principaux caractères de ce qu'on pourrait appeler la *constitution épileptique*.

Il n'est pas jusqu'à cette force prodigieuse, apanage presque divin d'Hercule, qui ne vienne apporter un argument nouveau en faveur de l'opinion que nous défendons (1).

Un des traits particuliers de l'épilepsie cérébrale, est la vigueur de la constitution, qui est quelquefois pour ainsi dire athlétique, jusqu'à ce qu'elle ait été épuisée par la fréquence des attaques et l'ancienneté de la maladie.

Moi-même j'ai donné des soins à une jeune épileptique de 22 ans, dont la constitution, ruinée alors par quatorze années de la maladie, avait été telle, au dire des parens, qu'à l'âge de 12 ans, elle pesait 66 kilog., et soulevait des fardeaux que son frère, vigoureux garçon de 21 ans, avait toutes les peines du monde à déplacer.

Hercule était donc un type d'épilepsie et surtout de l'épilepsie dite cérébrale. Donc les termes *morbus herculeus* résumaient dans l'antiquité les phénomènes les plus constans de la maladie, et Hippocrate et Aristote, en les acceptant, n'ont pas fait, comme on l'a prétendu, une puérile concession aux préjugés populaires de leur temps.

J'ajoute que quand un médecin de la valeur d'Arétée, à une époque où de pareils préjugés n'auraient pu avoir aucun empire, donne asile (2) dans son œuvre immortelle sur l'épilepsie, à une dénomination comme celle qui nous occupe en ce moment, il faut admettre qu'il lui a reconnu une signification capable de satisfaire aux besoins de la science qu'il a cultivée avec si grande distinction.

Tout s'accorde donc pour confirmer mon opinion, que les termes *morbus Herculeus*, imposés anciennement à l'épilepsie, prennent leur origine dans la maladie même attribuée en quelque sorte typiquement à ce héros demi-fabuleux.

Cette opinion, je ne dois pas le taire, a des contradicteurs, et même des contradicteurs de grande importance.

Pour eux, toutes les preuves que je viens d'accumuler avec tant d'efforts, ne sont qu'une allégorie signifiant qu'aux yeux des anciens, l'épilepsie était une maladie aussi indomptable que le héros lui-même avait été invincible. Qui est-ce qui pense ainsi?... Galien (1), Alex. de Tralles, Basile (Valentin) (2), et d'autres encore (3). Leur autorité avait d'abord fait impression sur moi, je l'avoue; mais mon opinion s'est bien vite formée à la suite de mes recherches, et ce n'est pas ma faute si elle s'écarte de celle de ces auteurs illustres.

Qu'on me permette de signaler l'espèce de contradiction dans laquelle ils sont tombés.

Tandis que leur interprétation est pleine de découragement, au point de vue du traitement de l'épilepsie, ils ne font aucune difficulté d'admettre l'opinion, généralement adoptée de leur temps (ceci s'adresse surtout à Galien), qu'Hercule, au moyen de l'ellébore, avait opéré sur lui-même la cure d'une frénésie épileptique. N'ai-je pas déjà dit que ce même Galien recommandait la caille contre l'épilepsie, se fondant sur ce qu'on en avait fait usage dans un des accès auxquels Hercule était si fréquemment sujet?

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Il était *quarré* dans sa taille, dit Callimaque, *nerveux*, noir; avait les yeux bleuâtres, et les cheveux fort négligés.

C'était aussi un grand mangeur et buvait à proportion. Un seul trait prouve l'un et l'autre. Pendant l'expédition des Argonautes, on fut obligé de le mettre à terre, parce qu'il consommait tous les vivres de l'équipage.

(2) Il l'emploie à peu près exclusivement, ou au moins de prédilection.

(1) *Comment. in Hip. epid.*, lib. VI, p. 523.

(2) Lib. I, ch. 18, p. 62.

(3) Portal ne se prononce dans aucun sens. M. Delasiauve lui prête une opinion qui n'en est pas une. Portal, dit-il, s'est imaginé que le nom de maladie herculéenne était dû à ce que les personnes grasses et obèses sont particulièrement exposées à l'épilepsie. Or, Portal, que j'ai en ce moment sous les yeux, ne dit rien de pareil, et, en tous cas, il ne fait qu'exposer les opinions d'autrui, sans donner la sienne.

Quant à M. Delasiauve lui-même, il admet comme plus rationnelle (*sic*) l'opinion qui rapporte l'expression *mal d'Hercule* à ce que la maladie était réputée invincible, comme le héros de la fable.

environ pour l'amener à sa nouvelle situation, le pédicule est uni à la plaie, et s'y confond tellement qu'il n'est bientôt plus reconnaissable et qu'il n'y a pas de motif de le diviser. Cette manière d'agir abrége et simplifie l'opération et en rend le succès plus assuré, puisqu'on n'a plus à redouter la gangrène du lambeau par suite de la section du pédicule, quelle que soit, d'ailleurs, la rareté de ce redoutable accident.

Enfin, et c'est là notre troisième point de dissidence, M. Jobert annonce « que le greffe animale se réunit aussi bien au tissu cicatriciel » divisé qu'aux autres tissus, et que c'est un fait remarquable que ce » travail ne donne lieu à aucun accès d'inflammation, et qu'il se main- » tient dans de justes limites. » Notre expérience est en désaccord absolu avec cette opinion, et nous avons toujours observé la fonte ulcérative de la plus grande portion du tissu inodulaire au contact du lambeau dans toutes nos anaplasties de ce genre. De là pour nous le précepte d'éviter de multiplier les points de suture, et de n'en appliquer que le nombre indispensable pour maintenir pendant quelque temps le lambeau étalé dans la plaie et en éviter le retrait et l'enroulement spontanés. Une très légère compression centrale faite au moyen de linges ployés en plusieurs doubles et trempés dans l'eau froide est aussi d'un utile secours.

L'ulcération des bords de la cicatrice nous paraît si constante, que nous n'avions pas craint de l'annoncer sur un des malades opérés à la clinique, dont nous donnerons l'histoire, et nous avions appelé l'attention des élèves sur ce phénomène, en signalant le peu de crainte qu'il en fallait concevoir, attendu que le tissu inodulaire se reforme alors avec la même rapidité qu'il s'est détruit. Si M. Jobert n'a pas fait les mêmes remarques, nous devons l'attribuer à des conditions toutes spéciales qui n'ont pas été suffisamment révélées et qui réclament de nouvelles recherches.

Obs. I. — *Cicatrice du cou produite par brûlure, avec flexion de la tête sur la poitrine. — Heureuse application de l'autoplastie.*

(Observation recueillie par M. Picard, interne.)

Fix (Charles), mégissier, âgé de 42 ans, fut admis à la clinique le 12 décembre 1855. Cet homme a eu dans sa jeunesse toutes les portions droites et médianes de la poitrine, du cou et de la tête profondément brûlées. Une bride cicatricielle, large et saillante, maintient la tête fléchie, et le maximum de l'écartement entre le bord supérieur du sternum et le menton est de 10 centim. La face est complétement asymétrique, par défaut de développement du côté droit; l'oreille est en partie détruite et réduite à une espèce de moignon; les mouvements du bras droit ne sont pas gênés, malgré la présence d'une large cicatrice étendue sur toute l'épaisseur de ce côté.

Le malade se plaint d'une aggravation notable de la flexion de la tête, qui l'empêche depuis quelques mois de se livrer à ses occupations habituelles, et il en attribue justement la cause à une ulcération du tissu inodulaire survenue au bord supérieur du sternum, dont un point nécrosé est détaché et mobile au milieu d'une ulcération cicatricielle.

M. Sédillot essaie, le 18 décembre, la section sous-cutanée de la partie profonde de la bride, et obtient, par ce moyen, un allongement immédiat de 2 centimètres; mais cette amélioration avoit déjà disparu au bout de vingt-quatre heures, et la difformité était revenue au même degré.

Le 20 décembre, M. Sédillot, voulant un résultat décisif et permanent, taille sur la partie gauche du cou, dans un point où la peau était restée intacte, un lambeau vertical de 25 millimètres de hauteur sur 40 millimètres de largeur, dont la base était inférieure et le sommet tourné vers le menton. De l'extrémité droite de cette base, M. Sédillot fit partir une incision transversale qui intéressa toute l'épaisseur d'avant en arrière de la cicatrice, dont les lèvres furent disséquées en haut et en bas, de manière à présenter un écartement assez grand pour y loger le lambeau renversé de haut en bas et de gauche à droite. Quelques points de suture en réunirent le sommet et les bords au tissu cicatriciel correspondant. Des fomentations froides furent appliquées, et un appareil amidonné, tel que M. Sédillot en fait usage pour les plaies du cou, immobilisa la tête.

Le 24, le lambeau, dont la face saignante et profonde est déjà adhérente, offre l'état le plus satisfaisant; mais il semble isolé au milieu d'une vaste ulcération circulaire de plus de 1 centimètre de diamètre. On continue le pansement à plat.

Le 7 janvier 1856, des bourgeons charnus de bonne nature réunissent les bords du lambeau au tissu cicatriciel environnant.

Le 15 du même mois, la cicatrisation est achevée. Le lambeau est souple, uni, sans tension; le pédicule à peine apparent, les mouvements de la tête beaucoup plus libres, et le malade quitte l'hôpital. Nous avons revu l'opéré deux mois plus tard, et il continuait à se féliciter des heureux résultats de son traitement.

Obs. II. — *Destruction de la paupière inférieure droite par une cicatrice étendue au nez, à la joue et à une partie de la tempe du même côté. — Ectropion consécutif porté au plus haut degré, avec larmoiement et sensibilité morbide de l'œil. — Blépharoplastie par intercalation de deux lambeaux tégumentaires dans l'intervalle du tissu inodulaire profondément divisé. — Guérison définitive.*

(Observation recueillie par M. Heer, interne.)

C..., âgé de 24 ans environ, vint réclamer, au commencement de 1854, les soins de M. Sédillot pour un ectropion de la paupière inférieure droite qui l'incommodait depuis son enfance, et était la conséquence d'une brûlure très étendue de la face. La chaleur, le froid, la lumière, le vent et la poussière provoquaient de la douleur, du larmoiement et des inflammations douloureuses de l'œil, dont le segment inférieur restant découvert était à peine protégé par l'abaissement momentané de la paupière supérieure.

Le tissu cicatriciel couvrait toute la joue, depuis le nez et la lèvre supérieure jusqu'aux rares cils encore adhérents au bord de la paupière, dont le revêtement tégumentaire n'existait plus. Après plusieurs tentatives infructueuses, dont M. Sédillot a consigné les détails dans son *Traité de médecine opératoire*, ce professeur entreprit la restauration de la paupière inférieure par un large lambeau emprunté au front et à la tempe, et interposé dans l'intervalle du tissu inodulaire profondément divisé et renversé en haut et en bas par la dissection. La mortification partielle de l'extrémité du lambeau, qui était fort long, exigea la formation d'un second lambeau pris sur le front au côté interne du sourcil, et l'on réunit par la suture les bouts des deux lambeaux l'un à l'autre. Le tissu inodulaire environnant s'ulcéra, puis se reproduisit, et la paupière inférieure, restaurée et soutenue de chaque côté par la disposition des lambeaux, permit la libre et parfaite occlusion de l'œil.

Depuis deux ans, je n'avais plus entendu parler de ce malade, lorsqu'il vint me voir il y a quelques semaines, et je profitai de l'occasion pour le faire photographier (1). Les lambeaux sont un peu arrondis et saillans, et pourraient être rendus plus réguliers par l'ablation de quelques légers plis; mais comme le malade est très satisfait du rétablissement de sa paupière et de la disparition de toute gêne et de toute faiblesse dans l'exercice de la vision, il ne s'est pas montré disposé à subir aucun essai de perfectionnement, et nous ne l'en avons pas blâmé.

Quelques personnes, trompées par le titre de *blépharoplastie* donné à cette observation, hésiteront peut-être à y voir un exemple d'allongement d'une cicatrice par l'intercalat on d'un lambeau tégumentaire; mais si le but poursuivi est réellement une perforation palpébrale, on reconnaîtra cependant que le procédé est exactement le même que dans notre première opération, et que les seules modifications qu'on y rencontre se rapportent à la hauteur plus grande du siége du pédicule. Nous nous étions conformé, en cette circonstance, à un principe général dont nous avons depuis longtemps démontré l'importance, et qui consiste à toujours placer l'origine ou le point de départ des lambeaux anaplastiques du côté opposé au bord libre des organes que l'on se propose de reconstituer. C'est une règle invariable pour les paupières et les lèvres, et nous y avons conformé nos procédés.

Nous pourrions citer d'autres cas plus ou moins analogues aux précédens, et celui, entre autres, d'un soldat de la garnison de Strasbourg, dont le bras, fléchi par une bride cicatricielle du pli du coude, ne pouvait être étendu. Ce malade, dont la blessure eut un certain retentissement à cette époque, qui remonte au moins à quatre ou cinq ans, fut l'objet d'une consultation de tous les médecins militaires, et je proposai l'interculation du lambeau anaplastique entre les bords du tissu inodulaire transversalement divisé. Cette opération ne fut pas pratiquée, et M. le docteur Sergent, alors chirurgien-major d'un régiment d'artillerie, se chargea de donner des soins au malade qu'une simple incision de la bride cicatricielle ne parvint pas à guérir. Dans une autre circonstance, nous eûmes recours au même procédé pour faciliter le redressement du pouce, fléchi d'une manière gênante par une bride inodulaire, résultant, je crois, d'une plaie avec perte de substance et suppuration prolongée.

Je partage, comme on le voit, l'avis de M. Jobert sur la haute valeur de l'application de l'autoplastie au traitement des brides cicatricielles, et l'on peut espérer que nos légères objections feront surgir des faits assez nombreux pour éclairer le petit nombre des propositions sur lesquelles nous ne nous sommes pas complétement rallié aux idées de notre célèbre confrère.

(1) Cette image photographiée a été mise sous les yeux de l'Académie.

CHIRURGIE.

DE L'AMPUTATION DANS LE SPHACÈLE DES EXTRÉMITÉS;

Par le docteur Henry Mu-set (de Sainte-Terre), ancien interne des hôpitaux de Paris, etc.

Quand un membre est sphacélé, faut-il *toujours* amputer? Telle est la question *trop générale* que s'est posée M. le docteur Bardinet de Limoges, et qu'il a résolue par la négative. Un des membres les plus distingués de la Société médicale d'émulation, M. Am. Forget, a critiqué cette manière de voir, que M. Bertet de Cercoux a depuis confirmée par une note insérée dans l'Union Médicale du 22 avril dernier.

Aujourd'hui, je réclame à mon tour les honneurs de la publicité pour un fait de ma pratique, dont l'histoire ne sera pas, je l'espère, sans utilité et sans intérêt pour la science, et qui prouve, à l'encontre de l'opinion de M. Bardinet, combien l'intervention de l'art a été puissante et heureuse dans un cas de sphacèle de la jambe.

C'était au mois d'avril 1852 : mon père me conduisit près d'un malade auquel il donnait depuis longtemps des soins pour un sphacèle du membre inférieur droit. — Voici ce que mon examen m'apprit :

Depuis vingt ans, ce malade s'était plaint, à diverses époques, d'une violente névralgie sciatique du côté droit. Vers 1850, il remarqua pour la première fois, qu'une eau fine se faisait jour au-dessous de l'ongle du deuxième orteil et dans l'espace d'un mois, la phalangette tomba en mortification. Mon père l'amputa et reconnut que la tête articulaire de la phalangine correspondante était érodée. Deux mois après, tout le pied était sphacélé. A cette époque et depuis, plusieurs confrères de la localité et de Bordeaux appelés en consultation, émirent l'avis suivant : *gangrène sénile par ossification artérielle. Pas d'amputation possible. Traitement expectant. Mort probable.* Tous pensaient que le sphacèle se reproduirait au moignon si on osait y porter le bistouri; enfin, trois mois après l'envahissement de la totalité du pied, la gangrène se limita à quatre travers de doigt au-dessus des malléoles, et les choses en étaient là, quand je vis pour la première fois le malade.

C'était un homme de 58 ans, de taille élevée, d'une constitution jadis robuste, et qui aujourd'hui offrait le tableau d'une santé profondément altérée. Maigre, pâle, miné par une fièvre hectique et une diarrhée abondante, sans appétit et sans sommeil, il était depuis près d'un an alité. Son pied se fondait en suppuration et se désarticulait pièce à pièce. Au-dessus de ces parties mortifiées, se dessinait, comme je l'ai dit plus haut, le cercle éliminatoire, avec tous les caractères d'une franche inflammation. Du reste, le membre ne présentait ni trace d'œdème ni d'anasarque, et l'artère fémorale était saine. Je fis part au malade de ma pensée sur la nature de son affection, dont pour moi la cause devait plutôt être rattachée à une altération du système nerveux du membre qu'à une altération des vaisseaux et lui proposai l'amputation. Il fut alors décidé qu'une nouvelle consultation aurait lieu avec M. Rey, de Bordeaux, praticien distingué, à l'expérience et au savoir duquel j'étais d'autant plus disposé à mettre ma confiance, qu'il avait été mon premier maître en médecine. Un jour de réunion fut arrêté, et dans le mois de mai 1852, MM. Rey, Dutowski, mon père et moi, nous nous trouvâmes auprès de notre malade. On décida de nouveau que l'amputation devait être ajournée, qu'il fallait s'en remettre presque entièrement aux soins de la nature, parcequ'aux chances de mort dépendantes de l'opération, on devait ajouter celle que l'ossification probable des artères amènerait en rendant les ligatures impossibles, et, partant, en exposant le malade à des hémorrhagies consécutives, ossification qui menaçait de reproduire la gangrène au moignon. Mon avis fut diamétralement opposé à cette manière de voir, et, plus bas, j'en dirai les motifs.

Les choses en restaient là depuis un mois, lorsque mon malade voyant tous les jours sa santé générale s'affaiblir, ses forces s'épuiser, ses espérances s'évanouir, me demanda, avec la résignation du martyr, si l'amputation pouvait encore être pratiquée. Plus convaincu que jamais de son opportunité et de sa nécessité, il fut convenu que j'y procéderais le 28 juin 1852. Ce jour-là, avec l'aide de mon père, je pratiquai donc l'amputation de la jambe par la méthode circulaire, à quelques centimètres au-dessous du lieu d'élection, et à dix centimètres environ au-dessus du sillon éliminatoire. Pendant et après la manœuvre je n'eus à redouter aucun accident, et au bout de quarante jours, mon malade entra en pleine voie de guérison. A partir de cette époque, il a repris sa santé habituelle, son embonpoint accoutumé, et aujourd'hui, il vit heureux près de sa famille.

Telle est l'observation remarquable sur laquelle je demande à m'arrêter.

D'après les conclusions de son mémoire, je ne doute pas que M. le docteur Bardinet n'eût été de l'avis de mes confrères, qui tous ont repoussé l'amputation comme dangereuse ou tout au moins comme inutile. Le beau résultat que j'ai obtenu a donné raison à la conduite opposée.

Ce résultat a-t-il été plus cruellement acheté par l'opération que si on eût laissé à la nature le soin de tout faire? Je ne le crois pas. Représentons-nous, en effet, ce malheureux aux prises depuis si longtemps avec une affection qui avait déjà si profondément attaqué la santé générale, dont les forces s'anéantissaient chaque jour sous l'influence de l'énorme quantité de suppuration qui s'élaborait dans ce membre sphacélé, et après, demandons-nous si on pouvait rationnellement compter sur l'espoir d'une heureuse élimination spontanée? Sans doute l'histoire rapporte des cas où l'élimination a eu lieu, témoin le moignon si régulièrement arrondi, cité dans la note de M. Bertet, mais mon malade, dans les conditions où il se trouvait, aurait-il eu la force de lutter jusqu'au bout contre les cruelles et incertaines chances de ce travail réparateur? Des fusées purulentes, un érysipèle, d'autres complications, enfin, ne pouvaient-elles pas venir aggraver l'état actuel? Telles étaient mes craintes et c'est pourquoi j'ai voulu devancer la lente besogne de la nature.

Ma conduite a-t-elle été rationnelle ou bien a-t-elle été inspirée par une heureuse témérité? J'avoue qu'en présence de mes confrères, tous d'un sentiment opposé au mien, en présence surtout de M. Rey, qui, élève de Montpellier, avait une foi si grande en la force curatrice, il me fallait, pour ne pas hésiter, être soutenu par une conviction bien arrêtée. Mais, l'existence du cercle éliminatoire, ses limites si bien tranchées, sa profondeur, sa date déjà ancienne, tout semblait m'annoncer que la nature elle-même implorait les secours de l'art. J'étais, en outre, persuadé que c'était agir sainement en pathologie physiologique que de chercher à réglementer, en quelque sorte, le cours des forces vitales sur lesquelles mes confrères avaient fondé tout l'avenir du malade. Au lieu, en effet, de les laisser s'épuiser dans l'élimination d'un corps devenu étranger à l'organisme, n'était-il pas plus naturel de les utiliser non seulement à cicatriser une plaie unie, située au milieu de tissus sains, mais encore à déverser toutes leurs ressources sur la santé générale?

Quant à l'ossification des artères, cause du sphacèle, selon mes confrères, c'était encore une question résolue pour moi, puisque, d'une part, les caractères signalés par les auteurs, en pareil cas, me paraissaient manquer, et que, d'une autre, en admettant cette ossification, la gangrène, à mon avis, ne se serait pas circonscrite d'une manière si nette et si durable. L'amputation a prouvé que mes prévisions étaient fondées, puisque les ligatures ont tenu et qu'aucune hémorrhagie consécutive n'est survenue.

Dira-t-on que ce fait est exceptionnel? Sans doute, j'ai vu à Bicêtre, à la Charité, à l'Hôtel-Dieu, pendant mon internat, l'amputation être suivie de mort dans des cas de gangrène des extrémités; mais, dans aucun d'eux, le sillon éliminatoire ne m'avait paru si nettement arrêté au moment de l'opération. Aussi cette expérience me porte-t-elle à établir deux règles de conduite, selon que la gangrène est proprement dite spontanée, ou selon qu'elle est le résultat d'un accident, comme d'une fracture, d'un écrasement, etc. Autant je serais hardi dans le premier cas, bien entendu après la délimitation franche du sphacèle, autant je serais timide et réservé dans le second. Les rôles sont ici changés; tandis que dans la gangrène spontanée ou sénile, les forces sont languissantes et s'épuisent à démolir au lieu de construire, dans l'autre variété que j'appellerai volontiers gangrène aiguë, les forces vitales sont au con-

traire dans leur pleine activité, la nature ayant été en quelque sorte surprise au milieu de sa santé ; d'où cette réaction puissante qui émerveille l'œil du chirurgien par les miracles qu'elle produit.

En résumé, les propositions suivantes me semblent découler de tout ce que nous venons de dire :

1° L'amputation peut être pratiquée avec succès dans la gangrène spontanée des extrémités ;

2° On agira d'autant plus sûrement, que le sphacèle sera mieux et depuis plus longtemps limité ;

3° L'ossification des artères, cause fréquente, suivant Dupuytren, de la gangrène spontanée, peut n'y être pour rien, comme dans le cas que nous avons raconté, et cette croyance sera d'autant plus acceptable, qu'on aura affaire à une gangrène plus anciennement bornée ;

4° Autant il me paraît indiqué de venir, dans ces derniers cas, en aide à la nature par l'opération, autant il est rationnel de temporiser ou même de s'abstenir dans les cas de gangrène aiguë.

HYGIÈNE DU MALADE.

SUR L'EMPLOI DES LITS MÉDICO-CHIRURGICAUX.

Alençon, le 20 Mai 1856.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire dans votre compte rendu de la séance de l'Académie de médecine du 13 courant, des considérations pleines d'intérêt sur l'emploi des lits médico-chirurgicaux.

Puisque les princes de la science fixent en ce moment leur attention sur ce sujet important, permettez-moi de profiter de l'occasion pour livrer à la publicité le tribut de mon expérience en cette matière, car depuis cinq ans déjà, j'emploie dans ma pratique un lit médico-chirurgical à l'aide duquel j'obtiens des résultats qui méritent, ce me semble, d'être connus.

Je ne veux point faire ici la critique du lit de M. Gros, dont on fait l'éloge, mais il est notoirement d'une instabilité effrayante pour les malades, et, la nécessité qu'il impose de prendre un point d'appui au plafond, au ciel du lit ou à une potence, le rend inapplicable dans une foule de circonstances.

Celui que j'emploie et qui résulte de la simple combinaison de deux cadres, dont l'un (le cadre *élévateur*) est immobile et sert d'appui à l'autre (le cadre *tuteur*), qui est identifié avec le malade et se meut avec lui, est d'une stabilité à toute épreuve, et il n'a besoin, pour fonctionner, que d'être déposé sur un lit de grandeur ordinaire. Le matelas est son unique point d'appui, et il ne demande aucun travail d'installation. Pour donner une idée du parti que l'on en peut tirer dans la pratique, permettez-moi de rapporter l'observation suivante :

Le 28 juin 1854, on m'appelle auprès du jeune Lendemaine, âgé de 16 ans, qui vient, me dit-on, d'avoir la jambe droite écrasée par la roue de la voiture qu'il conduisait au village de St-Patère, à deux kilomètres d'Alençon.

Je mets sur l'épaule de l'homme qui vient me chercher le cadre tuteur, et je charge mon domestique de transporter le cadre élévateur à la ferme où le malade doit être transporté, et de le placer dans le lit où l'on doit lui donner des soins. Arrivé sur le théâtre de l'accident, je trouve le malade étendu par terre. Il y a fracture sus-malléolaire des deux os de la jambe. Le fragment tibial a perforé les tégumens et fait au dehors une saillie de 2 centimètres environ. La jambe est courbée à angle droit au niveau de la fracture.

J'assujettis d'abord le membre fracturé et le tronc du blessé sur le cadre tuteur qui, constituant au besoin un véritable brancard, permet de transporter le blessé sans lui communiquer, pour ainsi dire, aucun ébranlement douloureux. On le dépose ainsi dans son lit et sur le cadre élévateur disposé à l'avance pour le recevoir.

La réduction paraissant devoir offrir de grandes difficultés, je commence par faire la résection du fragment tibial dans l'étendue d'un centimètre et demi à peu près, l'extension et la contre-extension étant ensuite exercées avec une grande force, les fragmens osseux reprennent leur situation naturelle, et la réduction est bientôt complète et parfaite. Le pied et le bassin étant fixés au cadre, la plaie est pansée simplement ; un bandage de Scultet, deux courtes attelles latérales et deux épais coussins mollement rapprochés, complètent l'appareil.

Le 30 juin, je visite la plaie avec autant de facilité que s'il n'y avait pas eu fracture : elle est très belle.

Le 1er juillet, id.

Le malade se trouvant parfaitement, je m'abstiens de lever l'appareil les quatre jours suivans.

Enfin le 6 juin, huitième jour de l'accident, Lendemaine est pris de fièvre.

Le 7, je lève l'appareil : une escarrhe de la largeur d'une pièce de cinq francs a envahi la plaie ; la peau environnante a l'aspect et la teinte d'un érysipèle de mauvais caractère. Le pouls est fréquent ; il y a des envies de vomir, etc., etc.

Une cautérisation énergique au fer rouge, l'emploi du quinquina et des toniques arrêtent tous les accidens. L'appareil de Scultet et les attelles sont mis de côté ; le membre est débarrassé de toute enveloppe, et la plaie, saupoudrée de quinquina, est couverte d'un simple cataplasme, que la garde-malade est chargée de renouveler matin et soir. Au bout de quelques jours, un pansement simple est substitué au cataplasme. La garde-malade en reste exclusivement chargée, sans que le chirurgien ait *littéralement* besoin de mettre la main à l'appareil depuis le 8 juillet jusqu'au 5 août.

Les soins à donner au malade sont très simples. Ainsi, a-t-il un besoin à satisfaire ? quelques tours de manivelle suffisent pour l'élever doucement et sans secousse à une hauteur suffisante. Éprouve-t-il quelque engourdissement, quelque démangeaison sur les surfaces par lesquelles se fait la transmission du poids de son corps ? rien n'est plus facile que d'exposer aussitôt à l'air ces mêmes surfaces, en faisant passer le poids du corps sur des surfaces voisines.

Le 5 août, on vient m'annoncer que le malade veut absolument se lever. Je me rends donc auprès de lui, et, à mon grand étonnement, je le trouve descendu du lit et debout, se disposant à faire usage de son membre. Le cal était solide ; toutefois, et par surcroît de précaution, j'applique un bandage inamovible qu'il garde douze jours, et d'où il sort guéri sans la moindre trace de difformité.

Ainsi qu'on vient de le voir, les avantages principaux que procure l'emploi du lit en question sont :

1° De découvrir et d'exposer à l'air à volonté *le dessous* des malades, en les détachant des surfaces sur lesquelles ils reposent, de pouvoir les tenir ainsi dans un état de propreté parfaite, et même de panser au besoin les plaies ou les escarrhes de ces régions.

2° D'assurer, en cas de fracture, l'immobilité complète des fragmens après la réduction.

3° De pouvoir, sans danger, laisser la peau de la cuisse ou de la jambe fracturée exposée à l'air et aux yeux du chirurgien. Il suffit que le bassin et le pied soient solidement assujettis sur le cadre tuteur, pour que l'immobilité des fragmens osseux soit assurée.

4° De permettre d'appliquer les appareils et d'opérer la réduction des fractures sur le théâtre même des accidens, ce qui évite aux blessés les souffrances et les dangers du transport, avantage considérable, principalement sur les champs de bataille.

La méthode dont il s'agit consiste essentiellement à fixer, sans l'intermédiaire d'un matelas, le corps humain, et plus particulièrement le bassin et les membres inférieurs, sur un cadre représentant un fond de lit sanglé. Ce cadre fait, pour ainsi dire, les fonctions de *tuteur*, par rapport aux os du bassin et des membres inférieurs, en les réduisant à une immobilité réciproque. Il fournit en même temps les points d'appui nécessaires pour agir régulièrement sur eux et pour soulever et transporter le malade à volonté.

Mais, dira-t-on, comment fixer un homme vivant sur un fond de lit sanglé ? C'était là, en effet, que se trouvait toute la difficulté. On y est parvenu, toutefois, à l'aide d'un procédé semblable à celui qui nous rend tolérables nos rapports de tous les instans avec le sol, c'est-à-dire en se servant du cadre pour changer à volonté les points d'appui du malade.

Ceci n'est point de la pure théorie ; depuis cinq ans je ne cesse d'employer cette méthode dans ma pratique, à la grande satisfaction des malades qui ont besoin de ce genre de soins. Au moment de l'exposition universelle, un membre de la commission départementale, qui avait été témoin des résultats obtenus, me fit demander mon appareil pour le mettre sous les yeux de ses collègues. Il fut accueilli avec empressement, et l'on remarqua surtout la facilité qu'il donnait de découvrir et d'exposer à l'air le *dessous* des malades. De tous les lits médico-chirurgicaux exposés au palais de l'industrie, il a été le seul qui ait obtenu une récompense (mention honorable).

Enfin, M. le docteur Demarquay l'a fait transporter à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Denonvilliers. Je l'ai fait fonctionner un instant sous les yeux de ce professeur, qui l'a approuvé sans réserve et a bien voulu me permettre de m'autoriser de son approbation.

Tels sont, Monsieur le rédacteur, les détails que j'ai cru de mon devoir de porter à la connaissance de mes confrères, pour qu'à l'occasion ils puissent servir au soulagement d'une classe trop nombreuse de malades.

Agréez, etc. Dr H. Damoiseau.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 27 Mai 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Le compte rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Tarn en 1855.

— Les rapports des médecins des épidémies pour l'arrondissement de Coutances, sur une épidémie de rougeole et de scarlatine qui a régné dans cet arrondissement.

— Le rapport de M. de la Montagne, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Neufchâteau, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Bollainville en mars et en avril 1856.

(Commission des épidémies.)

— L'état des vaccinations pratiquées, en 1855, dans le département de la Haute-Vienne. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle comprend les envois suivans :

Une lettre de M. le docteur G. di Martino, de Naples, sur l'*otomiosie*, ou rapetissement du pavillon de l'oreille, dans les cas où cette partie présente un développement anormal. (Comm. MM. Poiseuille et Jobert.)

— Une note ayant pour titre : *Quelques détails au sujet de la variole manifestée en ce moment dans la commune de Casterasouzet*, par M. Laporêt, médecin à Lavit (Tarn-et-Garonne.) (Comm. de vaccine.)

— Un mémoire *sur la fièvre jaune*, par M. le docteur Dutrouleau, premier médecin en chef de la marine. (Comm. MM. Louis, Gérardin.)

— Un mémoire pharmaceutique sur la *pepsine associée au fer réduit par l'hydrogène et à l'iodure de fer, sous forme de pilules*, par M. Hogg, pharmacien à Paris. (Renvoyé à la commission nommée pour examiner le travail de M. le docteur Corvisart sur la pepsine.)

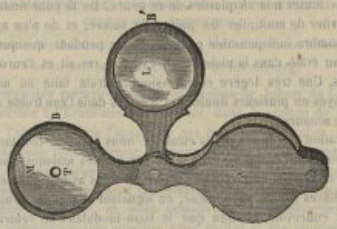
— Un mémoire ayant pour auteur M. Marc d'Espine, de Genève, et intitulé : *De l'entière ignorance où l'on se trouve sur le rôle que jouent dans la mortalité de la France les divers accidens des diverses maladies, même les plus faciles à reconnaître*, etc. (Com. MM. Guérard et Bégin.)

— Une note sur une observation de kystes libres dans les cavités du cœur, par M. Jules Dunois, d'Abbeville. (Comm. MM. Cruveilhier et Barth.)

— Un mémoire de M. Sales-Girons, intitulé : *Étude médicale sur les inhalations respiratoires d'eaux minérales, à propos de la chambre de respiration instituée à l'établissement des eaux sulfureuses de Pierrefonds-les-Bains.* (Oise.) (Comm. MM. Pâtissier et Henry.)

— Une lettre de M. le docteur Castorani, contenant la description d'un nouvel *ophthalmoscope*, construit sur ses indications par M. Henri Soleil, opticien.

Cet instrument, très simple, très portatif et d'un prix modique, ressemble entièrement à une loupe à herboriser, comme cela se voit dans la figure. *A.* Manche. *BB.* Monture. *M.* Miroir concave ordinaire de 20 centimètres de rayon et de 32 millimètres de diamètre. *T.* Trou central par lequel on regarde. *L.* Lentille biconvexe de 55 millim. de foyer. Lorsque l'instrument est fermé, il offre 8 centimètres de longueur, 4 de largeur et 18 millim. d'épaisseur. Pour se servir de la lentille biconvexe, on doit la chasser de la place qu'elle occupe, en la poussant d'avant en arrière avec les deux pouces. Alors on la saisit entre l'index et le pouce de la main gauche ; on la place au devant de l'œil, pendant qu'avec le médius de la même main on élève la paupière supérieure.



— M. Beau, médecin de l'hôpital Cochin, annonce à l'Académie qu'il vient d'employer avec un grand succès le sulfate de quinine à haute dose (1 gram.) contre la fièvre puerpérale, dans son service de femmes en couche. On commence le traitement par l'emploi d'un émétique, et puis on donne le sulfate de quinine en potion, comme cela se pratique dans le rhumatisme articulaire, d'après la méthode de M. Briquet. On observe que l'ivresse *quinique* déterminée dans la fièvre puerpérale est très considérable, donnant lieu à beaucoup de torpeur et de surdité. A la faveur de cette ivresse, la fièvre tombe, les douleurs abdominales disparaissent, et la malade se trouve rapidement mieux.

Le sulfate de quinine, ajoute M. Beau, ne réussit pas toujours dans la fièvre puerpérale. Une des circonstances fâcheuses qui viennent empêcher son action est le vomissement assez fréquent dans cette maladie, qui fait rejeter le médicament, et s'oppose, par conséquent, à son absorption. Aussi, dans ce cas, n'observe-t-on pas l'ivresse quinique, condition indispensable de l'efficacité du sulfate de quinine dans cette maladie.

M. Beau se réserve de communiquer plus tard à l'Académie tous les détails de cette maladie.

M. Bousquet, au nom de la commission de vaccine, lit un rapport sur une communication de M. Manoury, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Chartres, et M. Pichot, médecin à la Loupe. Il s'agit d'une *inoculation fortuite d'eaux aux jambes du cheval à l'homme*. Le nommé *Brissot*, maréchal-ferrant, avait aux mains une éruption dont la nature vaccinale était évidente, et qui s'était développée en l'absence de tout contact avec le cow-pox ; d'une autre part, cet homme se rappelait parfaitement avoir pansé peu de temps auparavant un cheval atteint d'*eaux aux jambes*. Or, le contenu de ces pustules fut inoculé avec un plein succès, et l'éruption vaccinale ainsi obtenue, fournit de nouveau du pus inoculable. Ce fait vient donc à l'appui de cette idée sur laquelle Jenner a tant insisté, bien qu'il n'ait pu en donner la preuve, à savoir que le cow-pox ne se développerait pas spontanément chez la vache, mais lui serait transmis par le cheval. D'une autre part, ce même fait contredit une autre idée théorique de Jenner, celle qui considère le virus des eaux aux jambes comme n'étant transmissible à l'homme qu'après une élaboration intermédiaire dans le cow-pox de la vache.

La séance est levée à trois heures et demie ; l'Académie se forme en comité secret.

COURRIER.

Institut médical de Valence. — L'Institut de Valence (Espagne) a décerné, le 31 mars dernier, les prix mis aux concours pour 1856.

Une médaille d'or, et le titre d'associé de mérite (1er prix) ont été décernés à M. M.-A. Marquez, pharmacien à Coutances, pour son mémoire sur les alcaloïdes, et le titre d'associé de mérite à M. C.-J.-F. Carron du Villards, pour son mémoire sur la choroïdite.

Voici le programme du concours pour 1857 :

Question de médecine. — Déterminer au moyen de signes rationnels et physiques, mais d'une manière certaine, la présence des tubercules pulmonaires dans tous les états de leur existence et le tempérament qui y prédispose ; faire connaître les moyens thérapeutiques les plus sûrs pour éviter leur formation, et pour guérir leurs funestes conséquences lorsqu'ils se sont déjà déclarés dans l'économie.

Question de chirurgie. — Histoire clinique et anatomique des tumeurs. Faire connaître l'analogie, identité et différence qui peuvent exister entre le cancer et les tumeurs épidermiques papillaires, les fibres plastiques et épithéliums.

Question de pharmacie. — Faire connaître la manière d'obtenir artificiellement quelques-uns des alcaloïdes végétaux qui sont employés en thérapeutique.

Question des sciences naturelles. — Étude chimique du pain comme aliment, et les changemens qu'éprouvent ses principes immédiats dans l'organisation animale.

Deux prix sont proposés pour la solution de chacune de ces questions. L'Institut offre, pour le premier, une médaille d'or frappée au nom du lauréat, en outre, le titre de membre de mérite de l'Institut ; pour le second le titre de membre de mérite de l'Institut.

Les mémoires, écrits en espagnol, latin, français, portugais, anglais ou italien doivent être envoyés *franco*, dans les formes académiques, au docteur don Juan M. Velasquez, secrétaire de la correspondance, *calle de Caballeros*, n° 43, à Valence, avant le 1er décembre 1856.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 66. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 31 Mai 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. HYGIÈNE PUBLIQUE : Accidens que développe chez les ouvriers en caoutchouc l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur. — II. SYPHILIOGRAPHIE : Du chancre au point de vue de la diathèse syphilitique. — III. PATHOLOGIE : Ascarides lombricoïdes dans l'intestin, ayant déterminé la mort. — IV. CLINIQUE ÉTRANGÈRE : Pneumonie catarrhale double et successive, suivie d'une pleurésie diaphragmatique, après laquelle engouement sous-maxillaire, qui a amené la mort. — V. BIBLIOTHÈQUE : Traité de toxicologie. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Causeries.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

ACCIDENS QUE DÉVELOPPE CHEZ LES OUVRIERS EN CAOUTCHOUC L'INHALATION DU SULFURE DE CARBONE EN VAPEUR ;

Par M. le docteur A. DELPECH, médecin des hôpitaux de Paris.

Nous extrayons le chapitre suivant du mémoire que M. le docteur Delpech va publier sur ce sujet, et qu'il veut bien nous communiquer en épreuves.

I. — DESCRIPTION GÉNÉRALE.

Pour bien faire comprendre la série des accidens qui se développent sous l'influence des vapeurs de sulfure de carbone, je prendrai pour type l'observation la plus complète que j'aie recueillie ; elle me servira de base pour étudier ensuite dans leur essence ces singuliers phénomènes. Elle en donnera une idée d'autant meilleure, que les effets principaux de l'inhalation de ces vapeurs ont été constans, et que les différences observées portent seulement sur des détails dont la plupart n'ont qu'une importance secondaire.

OBSERVATION. — Victor Delacroix, âgé maintenant de 27 ans, n'a jamais eu de maladie grave. Il était d'une constitution moyenne, assez vigoureux, et d'une santé parfaite, lorsque, dans l'année 1853, il abandonna sa profession de cordonnier pour travailler le caoutchouc. Ce travail consiste à dissoudre la gomme élastique dans du sulfure de carbone, pour souder des plaques ou réparer des objets altérés, et surtout des chaussures déchirées. Dans la chambre où il passe sa journée, une grande quantité de sulfure de carbone existe constamment en vapeur.

Pendant trois mois, il ne ressentit que de violens maux de tête ; mais, à cette époque, il fut pris de courbature générale, de vertiges intenses, et sa vue s'affaiblit à ce point, qu'au bout de quelques heures de travail il était obligé de cesser. L'ouïe fut prise à son tour, et la surdité devint telle, en moins de huit jours, qu'il fallait crier à ses oreilles pour se faire entendre. Elle se dissipa, d'ailleurs, et disparut spontanément au bout d'un certain temps. Sa mémoire subit un affaiblissement assez considérable pour qu'il oubliât, à chaque instant, où il avait placé les outils dont il venait de se servir. Son caractère était devenu très mobile : tantôt il avait des accès de gaieté exagérée, tantôt il s'emportait à l'occasion des causes les plus futiles, et, dans des accès de rage inexpliquée, il brisait ce qui se trouvait auprès de lui.

Il était tourmenté par des insomnies fréquentes, il s'endormait difficilement, et se réveillait tout à coup sous l'influence de rêves pénibles ou de soubresauts nerveux. Des frissons suivis de chaleur et de sueurs profuses se mêlaient à ces agitations. Même pendant la journée, un froid glacial s'emparait de Delacroix pendant des heures entières, et le laissait dans un état de courbature aussi grand, dit-il, que s'il eût été frappé ou qu'il eût fait une marche forcée.

Les digestions s'étaient altérées dès le principe ; Delacroix éprouvait des coliques vives, des indigestions fréquentes, des nausées et des vomissemens verdâtres répétés plusieurs fois chaque jour. Une diarrhée passagère avec selles fétides alternait avec de la constipation. L'inappétence était constante, la bouche pâteuse, mauvaise, l'expuition fréquente. Ses forces déclinèrent rapidement, il pouvait à peine marcher et ne travaillait plus qu'assis. Il ne marchait qu'en se soutenant sur une canne, et pour monter un escalier il était obligé de s'arrêter à chaque étage. Cet affaiblissement portait sur les membres supérieurs comme sur les membres inférieurs. Il s'y joignit, dans l'origine, des espèces de crampes ou de contractures passagères siégeant dans les muscles extenseurs des mains, et qui empêchaient complétement, pour un temps toujours assez court d'ailleurs, les mouvemens de flexion des doigts.

Les désirs vénériens et les érections étaient abolis. Cette impuissance était assez absolue pour que sa femme, déjà malade d'ailleurs, mît en avant ce motif pour le quitter.

Cette femme, quand elle avait séjourné quelque temps dans la chambre où se faisait le travail, était prise, comme Delacroix, de céphalalgie et de faiblesse musculaire. Elle arriva même à un état général analogue à celui de son mari, mais beaucoup moins grave, du moins au dire de celui-ci.

Disons, en passant, que le jeune enfant de Delacroix, amené de la campagne, fut, après trois jours passés dans l'atelier, pris d'une espèce de délire furieux. Il se jeta sur son père pour le mordre. Rien, chez cet enfant, ne put expliquer ce fait, si ce n'est l'action du milieu dans lequel il était plongé.

C'est au mois de mars 1854 que Delacroix, à bout de forces, se décida à abandonner son travail, et qu'il entra à Bicêtre, dans le service temporaire dont j'étais chargé.

Les accidens signalés plus haut persistaient ; le malade était considérablement amaigri, très pâle, son haleine exhalait l'odeur du sulfure de carbone. Il ne marchait qu'appuyé sur un bâton ; ses membres étaient le siége de douleurs vives, ils étaient fort diminués de volume. L'amoindrissement portait surtout sur les masses musculaires. Delacroix se présentait comme les individus atteints de paralysie saturnine, les mains en pronation et pendantes, en raison d'une faiblesse plus marquée des extenseurs. Les fléchisseurs, cependant, étaient eux-mêmes affaiblis. La contraction musculaire était inefficace, tremblotante, la main ne pouvait serrer avec quelque énergie ; lorsque le bras était étendu pendant quelques secondes, les muscles étaient pris d'un tremblement fibrillaire très marqué.

La sensibilité était conservée aussi bien d'ailleurs que la contractilité électrique des masses musculaires. On n'a pas constaté, pendant le court séjour de Delacroix à l'hôpital que son intelligence fût altérée. Elle était seulement un peu vague.

L'examen des vaisseaux du cou faisait constater l'existence d'un bruit de souffle très prononcé, intermittent, ce que laissaient prévoir la faiblesse et la décoloration générales.

Les autres organes ont paru sans altération, et bien que Delacroix eût fréquemment de légères secousses de toux, l'examen du thorax ne donna aucun résultat.

L'électricité, les bains sulfureux, le fer, la noix vomique, furent les moyens employés pendant les quelques jours que le malade passa à Bicêtre ; mais il demanda bientôt à sortir, et bien qu'il fût déjà notablement mieux et que la faiblesse musculaire eût diminué, on ne put tirer aucune conséquence formelle de l'efficacité du traitement. L'état cachectique ne s'était pas encore amélioré sensiblement.

Delacroix alla passer quelque temps à la campagne ; il cessa donc de travailler au caoutchouc, et se soumit à un régime tonique. Il remarquait que la chaleur et la lumière solaires dissipaient les douleurs qu'il éprouvait dans les membres. Placé dans des conditions meilleures, il arriva à un état très favorable, et qui se maintint pendant l'automne et le commencement de l'hiver. Je le revis au mois de janvier, et je fus frappé, bien qu'il recommençât à éprouver des accidens nouveaux après avoir repris incomplétement son travail, de l'amélioration de sa santé.

La paralysie musculaire avait disparu à peu près complétement, l'impuissance avait persisté au contraire d'une manière presque absolue, et la maigreur, l'anémie, étaient encore bien prononcées. Déjà, d'ailleurs, des douleurs de tête reparaissaient, et souvent Delacroix, pris de vertige, était obligé de quitter brusquement l'atelier et de marcher au hasard, presque sans avoir conscience de ce qu'il faisait. Cependant, en travaillant peu, il put rester assez longtemps dans un état stationnaire ; mais enfin l'exagération de ces accidens le força à abandonner encore une profession à laquelle il revient toujours, parce qu'elle demande peu de fatigue et qu'elle lui procure un large salaire.

Il est à remarquer que, bien que ses facultés intellectuelles ne présentent en ce moment aucun dérangement grave, il était pris, pendant l'hiver dernier, au dire de ceux qui l'entourent, de terreurs qu'aucun motif ne venait justifier.

Feuilleton.

CAUSERIES.

— Je vous admire... Non, je vous plains... Ce n'est pas encore cela : je vous blâme de vous mêler de choses aussi difficiles, aussi délicates, aussi compromettantes que les candidatures de tout genre, et surtout que les candidatures académiques. Je ne sais pas ce que vous avez à gagner à cela, mais je vois bien ce que vous avez à y perdre. Que ne restez-vous tranquille spectateur de ces luttes ? Que ne vous bornez-vous à en annoncer le résultat ?

C'est de cette façon que je fus abordé, mardi dernier, par un de mes amis, en entrant dans la salle des Pas-Perdus — qu'il serait plus juste et plus de couleur locale d'appeler désormais salle des voix perdues.

— Sachez, continua-t-il, que votre article de ce matin a mis le feu aux poudres. Voyez ! vous êtes le point de mire de toutes les colères des académiciens de la section de thérapeutique et des candidats favorisés par la section. Quel coup d'œil menaçant vient de vous lancer cet académicien qui entre ! Et ce candidat appuyé sur le socle de la statue d'Esculape, regardez ! il vous poignarde du regard... Je ne comprends pas, en vérité, que de gaîté de cœur on se place dans une position aussi scabreuse. Que vous importe, après tout, et qu'importe au monde médical, à la science, à l'humanité, que ce soit M. tel plutôt que M. tel qui entre à l'Académie. L'animation inusitée de céans ne me préjuge rien de bon, et vous feriez bien, croyez-moi, d'aller voir si l'inexorable pluie qui nous inonde a causé de grands dégâts sur vos rosiers.

— Permettez, mon cher ami, commençais-je à répondre ; votre admiration, non, votre commisération, non, votre blâme serait très légitime s'il s'adressait à . . . . . .

Mais, en ce moment, la sonnette de M. le Président venait d'annoncer le comité secret ; le flot des assistans faisait irruption dans la salle d'attente ; mon ami, mon cher ami crut sans doute à quelque explosion de colère contre moi, et très affectueusement il s'esquiva, sans vouloir en entendre plus long de ma réponse.

Je demande la permission de lui transmettre mes petites réflexions par la voie de cette *causerie* ; peut-être parviendront-elles encore à une autre adresse qu'à celle de mon cher et prudent ami.

Cela est parfaitement juste : au point de vue purement personnel et égotiste, c'est un grand tort de se mêler aux querelles, aux ambitions, aux passions humaines ; il existe de très vieux proverbes sur ce sujet. Que de gens dont la suprême sagesse consiste précisément à éviter avec soin tout sujet de collision, à se retirer juste au moment opportun, à décliner toute intervention et tout arbitrage, à vivre enfin quiétement dans le milieu le plus agité. Ces heureux privilégiés de la prudence comprennent, en général, fort peu les exigences de la Presse, ils tremblent à l'idée d'être obligés d'écrire dans un journal, et pour éviter toute tentation à cet égard, ils se privent volontiers d'en lire et surtout d'y souscrire. Ces natures qui regorgent de bon sens, constamment occupés à mitonner les conditions du repos de l'esprit et du calme du cœur, seraient, il est vrai, de fort piètres journalistes ; ils ont bien raison de les craindre, de les fuir et de les morigéner au besoin.

Jamais je ne ferai comprendre à ces esprits doublés et chevillés de prudence, que c'est fort heureux de pouvoir vivre ainsi, et que si j'eusse été maître de choisir ma destinée, je m'en serais aussi fait une bien rembourrée de petits et commodes proverbes, et bien matelassée contre les agitations extérieures. Mais il s'agit de savoir si le public auquel un journal a l'honneur de s'adresser, se contenterait toujours de cette quiétude, si c'est là le rôle, le devoir, la mission du journaliste de laisser passer les événemens de ce monde sans émotion, sans appréciation, sans s'enquérir de leur moralité, de leur justice, de leurs conséquences, sans y chercher, enfin, un enseignement, soit pour inciter le bien, soit pour éviter le mal.

S'il existe des esprits assez malheureux pour lesquels la thèse générale ainsi posée ne soit pas résolue, je les plains, mais je ne me charge pas de faire leur éducation à cet égard. J'arrive tout de suite à la question particulière, à la candidature ouverte à l'Académie de médecine dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale. J'ai eu raison, très raison de m'en mêler ; l'événement du comité secret l'a prouvé. Non pas assurément que j'attribue le résultat à mon article ; non, ce résultat je l'avais prévu et presque indiqué d'avance, car je savais que les membres les plus éminens de la compagnie, ceux à la voix desquels la compagnie se rallie presque toujours, avaient manifesté le même étonnement, la même douleur de la décision de la section, et se proposaient de la combattre.

Cela devait être, et il eût été très affligeant que cela ne fût pas. Qui donc à Paris, en France, à l'étranger, ne peut pas être profondément surpris qu'une section académique se soit rencontrée pour placer M. le professeur Trousseau en seconde ligne dans une candidature de thérapeutique ? Est-il donc indifférent de voir faire ainsi bon marché de nos gloires nationales ? Et que dirait-on à l'étranger si, en apprenant la décision de la section, on n'y apprenait pas en même temps la vive et profonde réaction de l'Académie et de l'opinion publique ? Cette réaction a donc été juste et légitime ; le vote de la section reprend ainsi son véritable caractère ; c'est l'opinion de trois membres, dont le jugement est certainement consciencieux, mais qui se trouve en désaccord avec l'opinion générale et le jugement commun. En cet état de choses, que la section persiste ou non dans son premier vote, cela devient indifférent ; l'Académie, pas plus que la Presse, n'a entendu faire violence aux convictions des trois membres de la section ; tout au plus a-t-elle voulu leur donner un avertissement dont ils tiendront ou ne tiendront pas compte ; c'est leur affaire devant leur conscience et l'appréciation publique.

Maintenant on nous dit : Pour ne pas se déjuger, la section va déclarer la vacance dans la sous-section d'histoire naturelle médicale. Très bien ! La section en a le droit ; c'est même, à vrai dire, le seul moyen de se tirer d'une position assez embarrassante. La nomination très assurée de M. Moquin-Tandon ne rencontrera certes aucune opposition. Elle aura même un avantage très désirable et que je n'ai pas besoin d'indiquer plus explicitement. Présentez, nommez donc l'honorable professeur de botanique, si cette nomination, convenable de tous points, met un terme au gachis que la Presse a eu la douleur d'être obligée de signaler, et ce que faisant, elle a rempli son devoir et sa mission.

Amédée LATOUR.

II. — Étude des symptômes.

L'observation qui précède donne d'une manière assez générale le tableau des résultats de l'action sur l'organisme du sulfure de carbone en vapeur, mais des différences se sont manifestées dans les cas divers que j'ai recueillis; il faut donc étudier séparément chacun des symptômes, pour en faire une histoire aussi complète que possible.

Je ferai cette étude par série d'appareils anatomo-physiologiques, sans tenir compte de l'ordre d'apparition des phénomènes; j'examinerai successivement les troubles de l'intelligence, de la sensibilité générale et spéciale, de la génération, de la motilité, de la digestion, de la circulation, des organes respiratoires et sécréteurs.

1° *Troubles intellectuels.* — L'intelligence a été plus ou moins sérieusement modifiée chez tous les malades; une altération profonde de la mémoire en a été le trouble le plus constant et le plus prononcé. Les ouvriers oubliaient ce qu'ils avaient à faire, et commettaient, au grand détriment de la fabrication, d'importantes erreurs dans les détails dont ils étaient chargés. A chaque instant, ils cherchaient les outils qu'ils venaient de placer près d'eux, ils éprouvaient dans les idées un grand vague, et ne pouvaient fixer avec suite leur attention sur un point. Deux d'entre eux, conservant la netteté habituelle de leurs idées, ne pouvaient trouver les mots pour les exprimer. « Les mots ne sortent pas, » disait le malade de l'observation VII.

Quelques-uns étaient devenus violens, d'une extrême irritabilité. Ils entraient en colère au moindre sujet, ils frappaient ceux qui les entouraient, et brisaient les objets placés dans leur voisinage. « J'étais devenu très méchant, » me disait Potier, observation V, en me racontant les détails de sa maladie. La femme B..., observation VIII, s'irritait sans raison contre ses enfans.

Cette influence fut surtout manifeste chez Delacroix aîné et chez son fils.

L'insomnie, une agitation plus ou moins vive, quelquefois extrême, des rêves fatigans, des réveils en sursaut, furent notés chez presque tous les malades.

Pendant le jour, au contraire, ils étaient abattus, sans énergie, et, soit par suite de la fatigue due à l'insomnie, soit plutôt sous l'influence des vapeurs de sulfure, ils éprouvaient une propension marquée au sommeil.

2° *La sensibilité générale* n'a pas subi de troubles très graves; cependant c'est à peu près constamment par de la lourdeur de tête, par une céphalalgie plus ou moins vive, quelquefois très intense et compressive, par une sensation de vertige portée au degré le plus prononcé, que la maladie a débuté. M. Bouchardat a fait cette remarque, que la céphalalgie, occupant en général le sommet de la tête, se présentait sous deux formes : tantôt passagère et durant deux ou trois heures seulement, tantôt persistant avec ténacité.

Des douleurs occupant les membres, et assez analogues à celles du rhumatisme chronique, un sentiment de fourmillement, de picotement général, ont été signalés dans plusieurs observations.

Je n'ai jamais pu constater d'anesthésie bien formelle. M. Bouchardat a noté, au contraire, une légère diminution dans la sensibilité des bras et des mains. L'analgésie était évidente chez Potier, observation V, qui affirme n'avoir jamais perdu le toucher ni la parfaite sensation de résistance du sol. On pouvait cependant pincer les bras et les jambes, et y enfoncer des épingles sans déterminer de douleur. Chez Chevin, au contraire, il y eut un degré marqué d'hyperesthésie : le moindre choc déterminait de vives souffrances.

3° *Les organes des sens spéciaux* furent chez plusieurs ouvriers profondément influencés. La vue s'affaiblit à un haut degré, sans que rien dans les milieux de l'œil expliquât cette altération. La pupille conserva de la mobilité, bien qu'elle fût généralement dilatée. Un brouillard épais semblait aux malades s'interposer entre l'œil et les objets qu'ils n'apercevaient plus que d'une manière confuse. L'affaiblissement de la vue fut tel chez les Delacroix, qu'ils ne reconnaissaient plus une personne ni les meubles mêmes d'un bout de la chambre à l'autre; et que Delacroix jeune, il y a quelques jours encore, ne pouvait écrire une lettre, et qu'il était obligé de la dicter. Delacroix aîné, à Bicêtre, ne lisait que les plus gros caractères du cahier de visite, base habituelle de ces expériences comparatives.

L'ouïe fut passagèrement atteinte chez plusieurs ouvriers; chez Delacroix aîné, la surdité fut absolue, mais elle ne persista chez aucun à un degré considérable.

J'ai constaté, du côté de l'odorat et du goût, ce seul fait, que l'odeur du sulfure de carbone poursuivait les malades, à ce point que leurs alimens, que le tabac qu'ils fumaient et tous les objets odorans leur en paraissaient imprégnés.

4° *Les fonctions génératrices* ont toujours été influencées de la manière la plus fâcheuse; à l'exception d'un seul, qui prétendit que ses facultés génitales étaient surexcitées (obs. V, Potier), tous les malades reconnurent qu'elles avaient subi chez eux un remarquable amoindrissement. Les désirs vénériens avaient complétement disparu, les érections spontanées étaient nulles; elles ne pouvaient être réveillées que par les excitations les plus directes et les plus vives. Le coït était à peu près impossible.

Or, il faut remarquer qu'il s'agit ici d'hommes jeunes, vigoureusement constitués, ce qui rend ce fait plus remarquable encore. C'est là peut-être un des caractères les plus nets et les plus tranchés de l'intoxication par les vapeurs du sulfure de carbone, et la seule exception à cette règle que j'aie rencontrée ne me laisse pas sans quelques doutes. En l'admettant même comme réelle, peut-être si les accidens avaient persisté plus longtemps, cette excitation aurait-elle fait place à l'impuissance, de même que chez Delacroix aîné, une contracture légère avait précédé la paralysie.

Ces singulières modifications de la sensibilité génitale ont été observées chez la femme comme chez l'homme. Dans l'observation VIII, on voit, chez une ouvrière soumise à d'abondantes vapeurs de sulfure de carbone, les désirs vénériens s'éteindre et le coït ne plus déterminer que des sensations très amoindries et presque nulles.

Deux questions se présentent, que l'avenir permettra peut-être d'élucider : le sperme offre-t-il ses caractères normaux et des spermatozoïdes mobiles chez les hommes? la fécondation s'opère-t-elle chez les femmes dans un état prononcé d'intoxication? Les expériences sur les animaux mettront probablement sur la voie de la solution de ces questions.

5° *Les altérations de la motilité* n'ont pas présenté un moindre intérêt. L'excitation a été observée trois fois, et toujours dans le principe des accidens. Elle s'est manifestée chez un des malades par des crampes fréquentes et douloureuses des membres, chez le second, par des contractions involontaires, un véritable tic de la paupière supérieure, chez le troisième, par une sorte de contracture passagère des extenseurs des doigts, qui permettait difficilement leur flexion.

J'ai observé, mais moins généralement que M. Bouchardat ne paraît l'avoir fait, une roideur marquée des doigts et du membre thoracique en général. L'observation VII en est un exemple, mais le malade était placé dans des conditions spéciales, et, dans un autre travail, j'aurai à rechercher si ce phénomène, que M. Bouchardat est disposé à attribuer à l'action directe du sulfure de carbone liquide, ne doit pas être rapporté à une cause différente. Chez tous les malades, d'ailleurs, la faiblesse musculaire s'est rapidement prononcée.

C'est aux membres inférieurs que les ouvriers se sont dès l'abord aperçus de son existence. L'un d'eux, lorsqu'il avait été quelque temps assis pour travailler, ne pouvait plus se lever de sa chaise. Tous fléchissaient sur leurs jambes, et cette faiblesse, jointe aux étourdissemens, à l'obscurcissement de la vue, leur donnait une marche chancelante, comme celle de l'ivresse. Delacroix jeune même tombait dans la rue et ne pouvait se relever. Tous montaient et descendaient difficilement les escaliers.

Les membres supérieurs participaient à cet affaiblissement. Les malades ne pouvaient serrer avec énergie la main qu'on leur présentait. Ils laissaient rapidement échapper un corps d'un poids peu considérable, un livre, par exemple, qu'on leur disait de tenir quelques instans, le bras étendu; la contraction musculaire était tremblotante, et l'on constatait dans les muscles des palpitations fibrillaires. Lorsque je vis pour la première fois Delacroix aîné, il présentait une paralysie des extenseurs des doigts et des supinateurs tellement prédominante, que je recherchai avec le plus grand soin si l'intoxication saturnine ne jouait pas un rôle dans tous ces accidens. C'est le seul, du reste, qui ait offert ce caractère de localisation plus spéciale à un degré aussi marqué. On en trouve cependant quelques traces dans l'observation VII.

Le tremblement général observé chez Delacroix jeune n'est pas aussi constant à beaucoup près dans l'intoxication par le sulfure de carbone que dans certaines séries analogues de phénomènes dus à d'autres causes; cependant il y a chez tous les malades une certaine hésitation dans les mouvemens qui s'en rapproche; elle m'a paru plutôt due à la faiblesse qu'à un état convulsif de forme chronique, comme on l'observe dans d'autres intoxications.

La paralysie musculaire a été portée à son plus haut degré dans l'observation V. Les jambes ployaient tout à coup sous le poids du corps, le malade s'affaissait et ne pouvait se relever; on le portait aux bains, où il était incapable de se rendre lui-même. Les mains, quoique très affaiblies, étaient cependant moins profondément paralysées.

Un degré prononcé d'atrophie musculaire se joignait à cette extrême faiblesse. Les bras et les avant-bras surtout étaient, chez Delacroix aîné, réduits à un très petit volume; à l'avant-bras, l'espace interosseux s'était creusé, laissant prédominer les saillies osseuses, surtout vers l'extension. L'atrophie des muscles de l'éminence thénar avait considérablement réduit l'épaisseur des masses charnues du premier espace interosseux, et donné à la main cette forme particulière que l'on observe dans l'atrophie musculaire progressive.

La contractilité électrique était conservée chez ceux des malades que j'ai examinés à ce point de vue.

6° *Troubles digestifs.* — C'est, en général, par de légers dérangemens des organes de la digestion que les accidens ont débuté. L'anorexie a été constante et portée jusqu'au dégoût le plus grand des alimens, qui semblaient imprégnés de la saveur du sulfure. L'appétit reparaissait chez quelques-uns des ouvriers, lorsqu'ils avaient passé plusieurs heures à l'air libre. Les nausées, non moins constantes, n'ont pas été portées chez tous les malades jusqu'au vomissement. La plupart cependant en ont été atteints. Ces vomissemens revenaient à des époques variées; chez quelques-uns, c'était pendant le travail et hors du temps des repas. Ils étaient alors verdâtres et bilieux, non alimentaires; chez d'autres (obs. I et VI), ils se montraient après le déjeuner du matin, et revenaient rarement dans la journée. Ils étaient constitués par les alimens que le malade venait de prendre.

Les vomissemens s'accompagnaient, en général, d'un malaise extrême, de sueurs froides, et laissaient les malades dans l'accablement le plus profond.

Il n'y a eu de salivation proprement dite chez aucun d'eux; quelques-uns cependant avaient fréquemment, et peut-être sous l'influence du dégoût, la bouche pleine de salive, qu'ils crachaient continuellement.

Des coliques, quelquefois très vives, se sont habituellement montrées chez les ouvriers; elles ne s'accompagnaient d'une manière constante, ni de constipation, ni de diarrhée. Ainsi, Delacroix aîné était pris constamment de tous les signes d'une indigestion complète, avec vomissemens et diarrhée, tandis que Sterling était habituellement constipé et ne rendait que des excrémens durs, secs et noirâtres. Potier affirme n'avoir éprouvé ni coliques, ni diarrhée, ni constipation. A l'exception de l'anorexie, des nausées et des vomissemens, il n'y a donc rien d'absolument constant dans l'expression des troubles digestifs, qui cependant existent toujours.

M. Bouchardat insiste sur l'existence constante des coliques; ce symptôme l'a surtout intéressé, préoccupé qu'il était de savoir si une cause saturnine ne présidait pas à leur développement. Les autres accidens observés l'ont amené à repousser complétement la possibilité de cette influence.

Les matières fécales présentent très souvent l'odeur prononcée du sulfure de carbone; quelques malades se plaignaient d'être tourmentés par des gaz intestinaux abondans et d'une odeur fétide.

7° *Respiration.* — Je n'ai noté rien de bien saillant du côté des organes respirateurs; l'haleine offre généralement l'odeur du sulfure. Il y a ordinairement un peu d'essoufflement après la marche; la respiration est courte, mais je n'ai trouvé que deux fois, à l'auscultation, des caractères à signaler. Chez Delacroix jeune, la respiration était comme tremblotante; chez Potier, le bruit expirateur est sensiblement prolongé, ce qui semble dû à un certain degré d'emphysème, dont l'origine ne peut pas être, d'une manière certaine, rapportée à l'intoxication qu'il a subie.

8° *Circulation.* — Le cœur a paru sain chez tous les malades; plusieurs ont éprouvé des palpitations simples à des époques variées de leur maladie. Chez ceux qui étaient dans un état cachectique, on a constaté dans les vaisseaux du cou des bruits de souffle plus ou moins intenses, qui résultaient évidemment de l'état du sang.

Je n'ai pas observé de mouvement fébrile constant. Chez quelques malades, de véritables accès de fièvre, avec frissons subits et accélération du pouls, se montraient, et surtout pendant la nuit.

M. Bouchardat les regarde comme très habituels et reparaissant ordinairement à la suite du travail.

J'ai noté une fois une grande lenteur du pouls (52 pulsations, obs. VII); mais en l'absence d'autres faits, je ne puis tirer de cette remarque isolée aucune conclusion.

9° *Sécrétions. — Urines.* — Les urines n'ont pas été étudiées assez fréquemment dans la période d'état de la maladie. Cependant, elles ont été examinées chez Delacroix jeune, encore très malade, mais travaillant peu. Elles ne présentaient rien de particulier, qu'une coloration rouge-brun par les alcalis caustiques (chaux, potasse). A d'autres époques, on y retrouverait peut-être des traces de sulfure, dont elles prennent l'odeur, ou seulement encore des sulfates ou des carbonates abondans dus à la dissociation et à l'oxydation de ses élémens.

L'observation VII, récemment recueillie, semble justifier ces prévisions, aussi bien d'ailleurs que les expériences faites sur les animaux. La coloration par les caustiques était peu intense chez le malade qui en est l'objet, mais l'urine contenait en abondance des carbonates et des sulfates.

Plusieurs des malades observés éprouvaient, pendant la miction, un sentiment de cuisson assez vif, dû peut-être, si leurs affirmations sur l'odeur de l'urine à cette époque sont exactes, à la présence du sulfure en nature.

Cela est d'autant plus probable, que ce liquide gardait encore, lors de mon examen, une odeur très forte et très analogue à celle du sulfure de carbone.

La présence de sels très abondans peut encore expliquer suffisamment l'irritation légère qu'elles produisent sur la muqueuse urétrale.

10° *Cachexie.* — Sous l'influence des conditions dans lesquelles ils sont placés et des altérations survenues dans leur nutrition, les ouvriers tombent dans une cachexie plus ou moins profonde; ils sont pâles, leur peau est mate et un peu terreuse, leurs muqueuses décolorées. Enfin, des bruits de souffle vasculaires complètent les caractères d'une anémie qui ne présente rien de spécial, et dont la description ne doit pas prendre ici des proportions plus étendues.

Le plus ordinairement, toutefois, cette cachexie se compli-

que de la persistance complète ou partielle des accidens dus à l'intoxication dont elle est la suite. La faiblesse générale, l'anaphrodisie, une sensation de vague dans l'esprit, sont les phénomènes qui l'accompagnent le plus fréquemment.

SYPHILIOGRAPHIE.

DU CHANCRE AU POINT DE VUE DE LA DIATHÈSE SYPHILITIQUE ;

Par le docteur Henry Musset, de Ste-Terre (Gironde), ancien interne de l'hôpital des Vénériens de Paris, etc.

(Suite. — Voir les numéros des 31 Mai, 19 Juin, 7, 21 Juillet, 1er Septembre, 9 Octobre et 6 Décembre 1855.)

On ne rencontre ordinairement à la fois qu'un seul chancre induré; dans les cas contraires, le nombre en est toujours restreint. D'après ce qu'il m'a été permis d'observer, il affecte certains siéges, ou plutôt certaines parties de l'économie semblent lui être prédisposées, comme le fourreau, la base du gland, et surtout les lèvres, qui m'ont toujours fourni les plus nombreux exemples de l'induration spécifique.

De tous les ulcères primitifs, le chancre induré est celui qui, par ses caractères extérieurs, semble être le moins grave. Ainsi, il est généralement d'une étendue peu considérable; sa surface fournit une suppuration très peu abondante; il existe sans douleurs, sans cortége inflammatoire, et arrive en quelques jours à une cicatrisation complète. Il glisse pour ainsi dire sur les surfaces malades. Ces caractères, en apparence bénins, ajoutés à sa forme arrondie, circonscrite, donnent bien souvent à penser à ceux qui en sont porteurs, qu'ils n'ont affaire qu'à un simple bouton, auquel ils ne doivent opposer aucun traitement. Or, comme son existence est éphémère, il arrive, et les exemples se comptent par des chiffres énormes, qu'il passe inaperçu, et que ce n'est qu'à l'occasion des accidens ultérieurs dont il a été le point de départ, que l'art est invoqué. De là des confusions sans nombre, des erreurs grossières dans l'étiologie de la syphilis; de là les vérole constitutionnelles primitives de MM. Cazenave, Gibert, etc.

Mais si le chancre induré est celui des accidens primitifs de la syphilis qui disparaît le plus promptement, c'est bien encore celui qui subit le plus tôt des transformations qui le rendent méconnaissable, en l'assimilant comme forme, comme type, à des accidens dont il est fatalement, dans un temps que nous préciserons plus tard, la source *obligée*. Ainsi, tantôt il ressemble à la plaque muqueuse, surtout dans les siéges exposés au frottement, tantôt au tubercule muqueux, principalement à sa période de réparation, ou bien à l'*ulcus elevatum* des Anglais. Si le praticien n'est pas averti de ces modifications nouvelles, il peut, dans ces cas, croire à des symptômes constitutionnels d'emblée. Mais, comme nous l'avons déjà dit et démontré, l'induration des ganglions les plus voisins de l'accident dont il s'agit, saura le mettre promptement sur la voie de son diagnostic.

Chose remarquable, qui mérite d'être signalée au point de vue de la spécialisation du chancre qui nous occupe! je n'ai jamais trouvé de chancre spécifiquement induré à côté d'autres qui ne l'étaient pas.

Une autre particularité bien saisissante et qui semble être la conséquence de la remarque que nous venons de faire, est celle-ci : Toutes les fois qu'il m'a été possible de remonter au point de départ, toujours j'ai trouvé parité de forme et de nature entre le chancre, source de la contagion, et le chancre contracté. En d'autres termes, le chancre induré m'a toujours paru donner lieu au chancre induré. Cette règle, toutefois, ne m'a pas semblé être particulière, mais bien la même pour tous les ulcères primitifs. Ainsi qu'on a pu le remarquer dans quelques-unes des observations précitées, où l'inoculation a été faite, il y a toujours eu identité entre l'ulcère produit par la lancette et celui qui avait été le résultat de la contagion dite physiologique. Entre autres exemples, je me rappelle deux jeunes gens qui furent admis à l'hôpital du Midi pour y être traités de chancres au nombre de trois, qu'ils portaient l'un et l'autre sur le fourreau. Ces chancres étaient spécifiquement indurés et provenaient tous de la même source et de la même date.

Sans admettre la contagion des accidens secondaires comme fait expérimentalement démontré, j'ai cependant été frappé de ce phénomène curieux, que tous les individus sur lesquels on avait puisé le pus inoculable, avaient eu précédemment des chancres indurés et se trouvaient, au moment de l'expérience, en voie de syphilis.

Dans ces derniers temps, deux anciens internes de l'hôpital du Midi, les docteurs Bassereau et Clerc, ont cherché aussi à établir la thèse en question et à prouver que les chancres se transmettaient comme espèces pathologiques distinctes. Si nous avions à émettre notre opinion sur ce sujet, nous n'hésiterions pas à embrasser celle de ces deux savans confrères, en nous fondant sur les deux grands faits suivans : 1° Toutes les fois qu'une inoculation a été faite sous nos yeux, avec résultat positif, toujours il y a eu parité de forme, de nature, entre le chancre inoculé et celui qui avait servi à l'inoculation; 2° quand on a transmis la syphilis par inoculation, toujours le pus a été puisé sur des individus vérolés et non sur des sujets n'ayant eu que des chancres simples. L'école de M. Ricord soutient, il est vrai, que la variété des chancres dépend de la variété des dispositions organiques des personnes infectées, et non de la différence des virus. Que de malades, en effet, qui n'ont jamais eu que des chancres simples, tandis que d'autres, à la première contagion, ont été affligés d'un chancre induré! Évidemment, ici, la prédisposition doit être invoquée; mais comment expliquer le fait suivant : Un individu est porteur d'un chancre simple ou phagédénique. Si vous venez à inoculer à un autre sujet l'une de ces deux variétés de l'ulcère primitif, vous êtes sûr de reproduire un chancre simple ou phagédénique, suivant la source où vous aurez pris le pus.

A ce propos, je ne puis me défendre, en demandant toutefois grâce aux lecteurs de l'Union Médicale de signaler, en passant, une des fallacieuses promesses de la syphilisation, sur laquelle j'ose appeler l'attention de M. Flourens, dont le nom, si légitimement cher à la science, l'est peut-être trop aux syphilisateurs (1). Ces derniers avaient en effet pour but de prévenir la syphilis, en inoculant à ceux qui en étaient infectés, du pus spécifique pris à des chancres qui, le plus généralement, étaient simples ou phagédéniques. Ils pensaient ainsi faire passer au galop, à travers la diathèse, les victimes de leurs illusions. Mais puisqu'il est démontré que les chancres simples ou phagédéniques, quel que soit leur nombre, leur gravité, leur durée, ne conduisent pas à la syphilis, nous pouvons aisément nous expliquer pourquoi les prétendus syphilisés ne montraient à aucune époque des inoculations qui leur étaient pratiquées les symptômes de la vérole constitutionnelle. J'ajoute que le chancre induré étant la première étape de la syphilis, et perdant ses propriétés inoculables dans le cours de son premier septenaire, il s'ensuit qu'il est très rare, presque exceptionnel, de le reproduire artificiellement. Etrange déception! Vous voulez abattre un principe, et vos expériences ne servent qu'à l'accréditer.

Le fait de la reproduction des chancres comme espèces, ne saurait nous conduire à admettre, avec Carmichaël, Baumès, etc., l'existence de virus, de demi-virus, de quart de virus, et surtout que la forme des accidens généraux peut être prévue d'après la forme de l'accident local. Nous croyons avec M. Ricord qu'il n'y a qu'un seul virus, source unique de la maladie vénérienne, et nous ajoutons que ce virus, éprouvé en quelque sorte par la fermentation de l'organisme, revêt dans ses manifestations des formes particulières, devenues désormais inséparables de son existence.

Le chancre induré ne récidive jamais; et comme il est l'unique source de la syphilis, il en résulte qu'un même sujet ne peut être deux fois atteint de vérole constitutionnelle. Ce point de doctrine, qui appartient tout entier à M. Ricord, a été diversement interprété, souvent même complétement défiguré. Ainsi on lui a fait dire que l'individu déjà atteint d'un chancre induré était désormais indemne de toute contagion. Laissons là ce contre-sens clinique, et arrivons à la vérification du grand fait qui nous occupe. Pour cela, il est de toute nécessité d'invoquer l'appui de l'observation, qui, vérifiée sur un chiffre de 300 cas de syphilis constitutionnelles, recueillis par moi dans les salles de l'hôpital du Midi, et sur un nombre tout aussi considérable de malades traités à la consultation publique, ne m'a jamais fourni un seul exemple de récidive du chancre induré.

Cependant mon ancien collègue et savant ami, le docteur Follin, a été plus heureux que moi. En effet, il lui a suffi de suppléer quinze jours M. Vidal, pour précisément mettre la main sur un fait contradictoire. Il en est de même de M. Bouley, qui, de passage à Lourcine, a rencontré un fait sur lequel nous reviendrons plus loin, et qui, selon lui, démontre à la fois : 1° l'inoculabilité de l'accident secondaire; 2° la répétition de la syphilis constitutionnelle chez une même malade; c'est-à-dire *la ruine de deux dogmes de l'évangile syphilitique*. Comment ne pas envier cette bonne fortune que tant d'autres ont jusqu'à ce jour inutilement cherchée! Mais puisque mon ancien condisciple s'est appuyé, dans son observation, du diagnostic de M. Puche, dont l'honnêteté scientifique n'est mise en doute par personne, à mon tour j'invoquerais le témoignage de cet honorable maître, si je ne me rappelais que M. Ricord a déjà eu recours aux lumières de son digne collègue, qui, d'après son aveu, sur 1,200 observations de chancres indurés suivis de syphilis, n'a trouvé que le seul cas qu'il a fourni à M. Follin. Or, je le demande, cette seule observation pouvait-elle autoriser mon savant ami à dire qu'*il faut de nouveau procéder par l'examen au rétablissement de la vérité, là où les doctrines ont jeté l'erreur* (2). Quant à moi, je ne connais, dans le domaine de la médecine et de la chirurgie, aucun fait passé pour tous à l'état de croyance, qui soit entouré de plus de documens authentiques.

Mais voyons s'il n'existe pas des causes capables d'induire en erreur les partisans de la doctrine opposée à la nôtre. L'induration du chancre est essentiellement persistante. Or, ne peut-elle pas devenir le siége d'un nouvel ulcère primitif? Dans ce cas, un examen léger peut faire croire à une récidive de chancre induré, tandis qu'il n'y a, en définitive, qu'une récidive de contagion. Les faits de ce genre se rencontrent dans la pratique; et pour ma part, pendant mon internat, j'en ai constaté une dizaine d'exemples. La contagion peut encore avoir lieu sur une plaque muqueuse, sur une végétation, sur un tubercule muqueux, etc. Or, nous savons quelle analogie existe entre ces divers accidens et le chancre induré. Ici donc, le diagnostic a des écueils à éviter.

La seule et unique démonstration qu'un esprit rigoureux puisse accepter, c'est la répétition chez un même malade de la série des accidens généraux de la syphilis. Quant à moi, j'affirme n'en avoir jamais rencontré un seul exemple. Sans doute, j'ai constaté bien des fois de nouveaux accidens survenant pendant ou après d'autres symptômes syphilitiques; mais c'étaient tout autant de récidives, conséquences d'un chancre induré persistant. Quiconque s'est livré à l'étude des maladies vénériennes, doit savoir combien elles ont de tendance à renaître, malgré les traitemens méthodiques les mieux appliqués. Si on ne tenait pas compte de cette vérité clinique, on serait conduit à des interprétations erronées. Ainsi, un individu, en pleins accidens secondaires, contracte un nouveau chancre : doit-on faire dépendre de ce dernier, plutôt que du premier qui a été la source des accidens généraux déjà établis, les symptômes nouveaux qui apparaissent, et doit-on croire, avec la vieille école, qu'une nouvelle syphilis est venue s'enter sur l'ancienne? En vérité, une semblable opinion ne nous paraît pas soutenable, après ce que nous avons appris de l'histoire des diathèses, de celles surtout qui, comme la syphilis, ont pour caractère essentiel une désespérante persistance.

Cependant M. Bouley a fait consigner dans le numéro d'octobre 1851 des *Annales des maladies de la peau*, une observation qui, au dire de M. Vidal, démontre d'une manière irrécusable le fait de la répétition de la syphilis chez un même individu. Il s'agissait d'une femme qui en était aux accidens tertiaires; on lui appliqua un vésicatoire qu'on pansa pendant trois jours avec de la charpie imbibée du muco-pus pris sur des condylômes. — Apparition de deux papules lenticulaires cuivrées le 17me jour. — Le 48me jour de l'inoculation, gomme sous-cutanée au mollet et deux taches d'un rouge foncé au devant du genou gauche. . . . . .

Que cette observation soit présentée comme prouvant l'inoculabilité de l'accident secondaire, c'est ce que je n'ai pas à examiner ici; mais qu'elle démontre l'existence d'une nouvelle syphilis chez la malade qui en est l'objet, c'est ce qui ne me paraît pas acceptable. Est-ce la *gomme du mollet* survenue *le 48me jour* de la prétendue inoculation? Mais qu'est-ce qui prouve que cette gomme n'était pas une nouvelle expression de la diathèse précédemment établie, d'autant plus que la malade était exposée à des doses vraiment homœopathiques d'iodure de potassium, comme 25 centigrammes par jour? Suivant nous, la tumeur gommeuse, accident essentiellement tertiaire, ne survient jamais dans le cours des premiers mois de l'infection, mais bien toujours après un laps de temps qui n'est pas moindre d'un an. Donc, pour le cas qui nous occupe, elle doit être rattachée à la syphilis déjà acquise. Sont-ce les *deux taches d'un rouge foncé apparues devant le genou vingt-deux jours après l'expérience*? Nous le répétons encore : en supposant qu'elles fussent syphilitiques, nous ne voyons pas qu'on dût les faire dépendre plutôt de l'inoculation du bras que de la diathèse préexistante; et nous ajoutons qu'il ne nous est jamais arrivé de constater des accidens, même secondaires, à une époque si rapprochée du jour de la contagion. Est-ce l'*ecthyma du bras reconnu par MM. Cazenave et Cullerier*? Oui, sans doute, l'ecthyma appartient aux accidens secondaires; mais a-t-on tenu compte, dans l'appréciation de sa configuration graphique, de l'effet, sur une peau dénudée, d'un vésicatoire et d'une charpie imbibée de pus irritant. Par conséquent, si l'action immédiate de ces deux agens a pu dénaturer la forme primitive de l'élément syphilitique auquel ils ont donné lieu, on ne peut pas légitimement conclure, de par ce dernier, à une syphilis qui se double, puisqu'en supposant que cet accident se fût manifesté sur une autre partie du corps, il est présumable qu'il aurait revêtu une autre forme, *celle de la gomme du mollet*, par exemple.

Nous repoussons donc cette observation comme démontrant la répétition de la diathèse syphilitique. Si, en effet, la syphilis se doublait, les cas en seraient trop fréquens, vu la quantité de malades qui en sont atteints chaque jour, pour que le contraire de ce nous avançons ne fût pas de la première évidence; de plus, si, au dire de M. Vidal, tout chancre est cause ou effet de la syphilis, pourquoi les personnes déjà affectées de ces diathèses, de nouveau contagionnées, ne présentent-elles pas la récidive de la série des accidens qu'elles ont déjà offerts? En résumé, nous n'admettrons chez un même sujet la répétition de la vérole constitutionnelle que lorsqu'on nous aura fourni des observations qui nous présenteront tout l'imposant cortége de la syphilis, recommençant sa route à travers l'organisme.

(La suite prochainement.)

(1) Dans la séance du 13 août 1855 de l'Académie des sciences, M. Flourens a présenté un travail de MM. Boeck et Danielssen, contenant, entre autres détails, l'histoire d'une syphilide tuberculeuse, rebelle pendant plusieurs années à l'emploi du mercure, et guérie par la syphilisation.

(2) Voir l'Union Médicale du 29 décembre 1853.

PATHOLOGIE.

ASCARIDES LOMBRICOIDES DANS L'INTESTIN, AYANT DÉTERMINÉ LA MORT.

Cercoux, le 19 Mai 1856.

Monsieur le rédacteur,

L'observation intéressante que vient de vous fournir M. Halma-Grand, me remet en mémoire le fait suivant, auquel je vous

prie d'accorder l'hospitalité de votre excellent journal si, toutefois, vous le jugez digne de cette faveur.

Je voulais réserver ce fait pour un travail que je médite sur les inconvéniens de la présence des vers dans l'intestin; mais sa place me semble marquée à côté de celui que vous venez de publier.

Voici ce fait :

Je fus appelé, le 22 juin 1847, à pratiquer l'autopsie d'un enfant de 10 ans, le fils du nommé Brard, du village de Gadebourg, commune de Clérac, mort presque subitement. Cet enfant, au dire de ses parens, aurait reçu, la veille de sa mort, d'un de ses cousins, plusieurs coups de pieds dans le ventre. Ces prétendus coups de pied auraient été reçus le dimanche, et l'enfant succomba le lundi dans la matinée.

Le jeune Brard ne s'était nullement plaint le dimanche et dormit toute la nuit du dimanche au lundi. Le lundi matin, sa mère l'entendit se plaindre, pousser un cri; elle accourut, il agonisait, et mourut presque immédiatement, sans avoir reçu d'autres secours que quelques cuillerées d'huile qu'on lui fit avaler de force.

On pensa alors aux coups que l'enfant était censé avoir reçus.

L'autopsie ne révéla la trace d'aucunes contusions, mais, en revanche, elle fit voir, dans la dernière portion de l'iléon et dans une étendue de 20 centimètres environ, l'existence de lombrics au nombre de douze. Ces annélides parasites étaient, pour la plupart, roulés en boules, dont une, composée de trois de ces entozoaires, était plus volumineuse que le calibre de l'intestin n'était large, et, par conséquent, l'avait fortement distendu.

Quelques-uns de ces vers étaient d'une grosseur et d'une longueur vraiment remarquables. L'un d'eux avait au moins 30 centimètres de longueur, et était d'une grosseur supérieure à celle d'une forte plume d'oie. Ces vers avaient amené une telle irritation de l'intestin qu'une véritable hémorrhagie avait eu lieu dans le point qu'ils occupaient. Une certaine quantité de sang, parfaitement reconnaissable, se trouvait épanché autour d'eux.

Je conclus alors que l'enfant Brard était mort d'une affection vermineuse, et que la présence des ascarides lombricoïdes trouvés dans l'intestin, expliquait suffisamment cette funeste terminaison. Telle est encore aujourd'hui ma manière de voir.

Je n'ajouterai, pour le moment, aucune réflexion à ce fait, assez intéressant, d'ailleurs, par lui-même, me réservant d'y revenir plus tard.

Agréez, etc. Dr Bertet.

CLINIQUE ÉTRANGÈRE.

PNEUMONIE CATARRHALE DOUBLE ET SUCCESSIVE, SUIVIE D'UNE PLEURÉSIE DIAPHRAGMATIQUE, APRÈS LAQUELLE ENGORGEMENT SOUS-MAXILLAIRE, QUI A AMENÉ LA MORT.

Il s'agit d'une femme de 76 ans, un peu voûtée; elle devait quitter Genève pour venir soigner sa sœur, malade d'une pneumonie, à Coppet (bourg à dix kilomètres de Genève).

8 mars 1855. Le 7 mars, elle est prise de diarrhée dans la nuit, à une heure; elle ressent une douleur dans le côté droit; elle a de la fièvre; elle se couche; elle veillait auprès de sa sœur malade.

Voici dans quel état je la trouve le matin :

Douleur dans le côté droit; crachats rares, épais, visqueux, adhérens au fond du vase; quelques stries rouges; il y a dans le vase un liquide plus clair, résultant probablement des renvois qu'elle a fréquemment. Tête lourde; bouche sèche, pâteuse. Pouls dur, à 90; peau chaude.

A l'auscultation et à la percussion, rien d'appréciable.

Traitement : Potion émétisée.

Eau.	180 grammes.
Tartre stibié	0 gr,20

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures.

Cinq heures et demie du soir. Elle a pris la potion : vomissemens amers de couleur noire-verdâtre; quelques selles liquides; deux ou trois crachats nummulaires, visqueux, de couleur sucre d'orge, avec teinte rosée assez légère. Douleur de côté moindre; pouls à 80, moins dur que ce matin. Céphalalgie assez forte; pesanteur dans les yeux.

A l'auscultation et à la percussion, aucun signe.

Traitement : Elle continue la potion émétisée par cuillerées à soupe toutes les deux heures; julep gommeux simple.

9 mars. Crachats plus abondans, peu sanglans; ils ne sont plus nummulaires; ils forment une masse plus ou moins visqueuse, liquide, se laissant déplacer par l'inclinaison du vase qui les contient. Pouls à 90, assez souple; chaleur modérée. Douleur de côté presque nulle. Céphalalgie. A l'auscultation, un peu de sibilance à droite; pas de ronchus crépitans ni de souffle. Pas de vomissemens; selles liquides.

Traitement : Elle continue la potion; une cuillerée toutes les trois heures. Looch simple. Tisane de tilleul. Diète.

10 mars. La journée du 9 a été assez bonne.

Dans la nuit, elle a eu davantage la fièvre; elle ne croit pas avoir pris froid.

Expectoration abondante; au fond du vase, matière visqueuse, grisâtre comme les matières du 9 au matin. Au-dessus, liquide plus clair, dans lequel nagent beaucoup de crachats sanglans, d'un rose vif; ils se délaient dans le liquide plus clair qui les contient.

La malade *accuse de la douleur dans le côté gauche, la douleur droite a disparu.* Le 9, c'était uniquement le côté droit dont elle se plaignait. Douleur aiguë à gauche, descendant jusque dans l'hypochondre; respiration plus gênée. Douleur de tête plus intense. Pouls à 100. A l'auscultation, rien de précis; à droite, en bas, souffles (?); retentissement de la voix (?).

Réflexion : Il y a une inflammation nouvelle.

Traitement : Large sinapisme sur le côté gauche. Saignée de 6 onces (le sang coule en bavant).

Le soir, crachats sanglans, d'un rouge vif, plus visqueux que le matin; respiration plus courte; la douleur de côté est beaucoup diminuée, presque nulle. A l'auscultation à gauche, en bas, du côté de l'aisselle, quelques ronchus mal déterminés; respiration bruyante; mon père trouve du souffle en un point; pouls à 100; peau sèche, chaude; soif.

Traitement : Potion émétisée toutes les deux heures.

11 mars. Crachats très sanglans, visqueux, la douleur de côté existe surtout en avant, sous la mamelle; pouls à 100. A l'auscultation, *rien de précis;* respiration partout perçue.

Traitement : Saignée de 8 onces. Elle continue la potion stibiée.

A trois heures de l'après-midi. Elle a été agitée; douleur de côté assez vive; malaise, oppression assez grande. Peau sèche, chaude. Pouls à 100.

Traitement : Lavement d'eau de mauve et guimauve; pour ôter le mauvais goût de la bouche, gargarisme (eau, miel, le tout vinaigré).

10 heures du soir. Une selle après le lavement. Urines assez abondantes (elles étaient rares); pouls à 96, irrégulier.

La malade ne prendra rien cette nuit.

12 mars. Au milieu de la nuit, douleur de côté très vive, qui arrache des cris à la malade; la malade est assise, oppressée, accusant une douleur dans le côté gauche, qui envahit l'hypochondre gauche et une partie de l'abdomen; pouls à 100; la peau n'est pas très chaude. A l'auscultation, rien de nouveau; crachats *moins colorés; teinte rose claire,* ils sont aérés.

Traitement : Large sinapisme sur le côté douloureux; cataplasme; potion émétisée (0,20).

A une heure et demie. La douleur est un peu calmée; cependant, le matin, accès de douleurs; oppression très grande. La malade dit que la douleur est descendue dans les reins. Pouls à 100; crachats nullement rouillés; ils ont la teinte sucre d'orge; quelques-uns sont grisâtres (ils tendent évidemment à la résolution). L'expectoration est très laborieuse.

Traitement : Potion; une cuillerée toutes les trois heures.

12 au soir (avec mon père). Oppression extrême; respiration douloureuse; piquées parfois très vives qui la réveillent lorsqu'elle est assoupie; douleur dans l'hypochondre gauche qui descend jusque dans le flanc; rénitence au niveau du rebord des fausses-côtes.

Diagnostic : *Pleurésie diaphragmatique.*

Traitement : Huit sangsues sous la mamelle gauche, un peu au-dessous du rebord des fausses-côtes.

13 mars. Pouls à 104; le 12, il était à 102. Les sangsues ont pris; les piqûres ont donné passablement de sang. — Vésicatoire.

13 au soir. Elle sommeillait, la tête inclinée en avant. Respiration rapide, mais régulière; pas de ronchus; bouche fermée; pouls à 104.

Traitement : Potion calmante.

Eau.	150 grammes.
Eau distillée d'amandes amères . .	15 grammes.
Laudanum.	5 gouttes.

Pas de potion émétisée.

14. Pouls à 108; le mouvement fébrile serait donc plutôt augmenté; le vésicatoire n'a pas encore soulevé l'épiderme. (La malade distingue très bien les deux douleurs, celle du vésicatoire et la douleur plus profonde.) Les urines sont peu chargées.

Traitement : Potion émétisée gommée (émét. 0,20).

15. Le matin, un peu de mieux. — Dans la journée, douleur abdominale fort vive. Cat. émollient abdom. Encore la potion émétisée.

Au soir, langue très blanche; pouls à 108; beaucoup d'oppression; cat. abdom.; lavement émollient; potion calmante.

16. Pouls à 104; inspirations plus larges, plus profondes, moins fréquentes, moins douloureuses; douleur abdominale calmée; langue blanche; bouche sèche.

Traitement : Potion calmante. Plus de potion émétisée. Un peu de mieux.

17 mars, au matin. Pouls à 76; moiteur de la peau; douleur de côté beaucoup moindre; 30 respirations par minute; toux; expectoration plus facile; crachats blancs; langue plus nette; quelques selles dans la nuit.

17 au soir. Pouls à 90; souffle en arrière, à gauche, avec quelques râles; à droite, râles sous-crépitans.

18 mars. Beaucoup mieux. Pouls à 75; figure animée; elle sourit. Toujours souffle à gauche, en arrière (partie moyenne); respiration normale au-dessous.

Traitement : Sirop de groseilles; bouillon de gruau; pâte de lichen.

19 au soir. On vient me chercher pour une douleur à la gorge. Je n'y vais que le lendemain. Douleur vive dans le côté droit de la mâchoire; gonflement sous-maxillaire; difficulté pour avaler, pour parler. La malade se fait comprendre par signes. — Six sangsues sur la région tuméfiée.

Le surlendemain au soir, la malade succombait asphyxiée (probablement d'un œdème du larynx).

Réflexions. — Je remarque que l'inflammation a de la tendance à se déplacer; d'abord, *fluxion du poumon droit,* puis, *fluxion du poumon gauche,* suivie d'une *pleurésie diaphragmatique.*

La fluxion pulmonaire, (fluxion, c'est le mot, il n'y a pas eu hépatisation prononcée; les crachats étaient roses, ou de couleur sucre d'orge; ils n'ont pas revêtu la couleur brique foncée, à plus forte raison pas celle jus de pruneaux), la fluxion pulmonaire, à droite, se démontre par la douleur dans le côté droit; celle du poumon gauche, par la douleur du côté gauche qui a remplacé celle de droite. Avec l'apparition de la douleur gauche, disparition de la douleur droite, redoublement de fièvre; de 90, le pouls s'élève à 100; crachats d'un rose vif, qui succèdent à des matières grisâtres.

La pleurésie diaphragmatique est rendue évidente par les symptômes suivans :

Douleur vive, arrachant des cris à la malade, occupant l'hypochondre gauche. Elle envahit une partie de l'abdomen; elle se fait sentir jusque dans la *région des reins.*

La malade est presque assise sur son lit, la tête inclinée en avant; une goutte de liquide introduite dans l'estomac, détermine parfois une vive douleur.

La respiration est considérablement gênée; à chaque inspiration, grimace produite par la douleur.

Rénitence au niveau de l'insertion du diaphragme.

Signes négatifs à l'auscultation et à la percussion. Nous avons trois inflammations successives suivis d'une quatrième qui emporte la malade.

Cette affection se rapproche du genre des inflammations rhumatiques, par sa marche ambulante, par sa disposition à s'éteindre dans un organe avant de passer à un autre; on pense involontairement à la marche du rhumatisme articulaire aigu; c'est pourquoi le mot fluxion convient mieux que celui d'hépatisation. L'inflammation pulmonaire est centrale; au début et dans le cours de la phlegmasie, il n'y a que des signes négatifs fournis par l'auscultation et la percussion; ce n'est qu'à la fin qu'on perçoit quelques ronchus, un souffle douteux. Les phénomènes généraux étaient amendés, et on pouvait croire à une guérison inespérée. Dr J.-L. Mercier,

A Chouilly, près Genève (Suisse).

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ DE TOXICOLOGIE;

Toxicologie générale, 1 vol. in-8°. Toxicologie spéciale, 2 vol. in-8°. Par L.-P. Galtier, D.-M. P., professeur de pharmacologie, de matière médicale, de thérapeutique et de toxicologie. — Paris, Chamerot, libraire-éditeur, 1855.

La toxicologie n'est pas une des branches les moins importantes de la science médicale, mais elle est malheureusement celle que négligent le plus volontiers la plupart des médecins. On s'habitue à voir les expertises médico-légales remises entre les mains d'hommes spéciaux, et l'on oublie que tous les jours on peut, dans sa pratique, trouver l'application des enseignemens de la toxicologie. Y a-t-il rien de plus déplorable que la facilité avec laquelle des empoisonnemens passent inaperçus?

On frémit de penser que la fille Légade ait pu faire périr successivement 45 personnes, sans qu'aucun de ces empoisonnemens ait été reconnu? Au point de vue même de la pratique, il ne suffit pas au médecin de reconnaître un empoisonnement, il lui faut encore, pour porter des secours vraiment efficaces, savoir distinguer la nature de la substance toxique, et cela promptement, sans retard, car la vie de son malade en dépend.

Il n'est personne assurément qui n'ait été frappé de l'extrême importance des connaissances toxicologiques. Si leur étude est néanmoins si généralement négligée, cela tient sans doute aux nombreuses difficultés qu'elle présente, pour ceux surtout qui ne peuvent l'approfondir.

Un grand nombre de questions sont encore pendantes ou résolues en sens divers par les auteurs; chaque jour la science avance, de nouveaux faits viennent contredire ou compléter les opinions précédemment émises; les livres écrits il y a quelques années ne sont déjà plus au courant des progrès accomplis, et le médecin, embarrassé, flotte, hésitant entre des assertions contradictoires qu'il ne peut vérifier par lui-même.

C'est donc un livre éminemment utile qu'un traité de toxicologie consciencieusement écrit, où les faits acquis à la science sont exposés avec ordre et clarté, et dans lequel on peut trouver une appréciation impartiale et sage des travaux contradictoires.

M. Galtier s'était préparé à la publication de cet ouvrage par un long enseignement, dans lequel il a puisé à la fois une connaissance exacte et pratique de la matière et l'habitude d'une exposition claire et facile à suivre. Il n'a point écrit dans le but de défendre quelques opinions personnelles, mais dans celui, bien plus utile au lecteur, d'exposer complétement, clairement et aussi impartialement que possible l'état actuel de la science.

Il a divisé son ouvrage en deux parties, l'une formant un traité distinct de toxicologie générale, l'autre constituant une histoire complète et détaillée des empoisonnemens et des falsifications des alimens.

M. Galtier a adopté pour la toxicologie générale un plan d'exposition qui lui a permis de présenter avec un ordre parfait et de la façon la plus complète l'ensemble des notions qui se rapportent à l'étude des empoisonnemens et qui en fait un abrégé très complet de toxicologie. Sous les titres de Physiologie, Étiologie, Pathologie, Thérapeutique, Classification et Diagnostic toxicologique, il passe successivement en revue, dans autant de chapitres séparés, tout ce que l'on sait de plus précis sur l'absorption des poisons, leur séjour dans l'économie et leur élimination, sur les lésions qu'ils y produisent et les symptômes par lesquels ces désordres se décèlent, sur les moyens de les découvrir et de les reconnaître, et sur les moyens de traitement qu'on peut leur opposer. Il y a ajouté un essai de classification destiné à rendre plus facile l'étude des poisons, et un chapitre fort intéressant sur les empoisonnemens complexes, où plusieurs substances toxiques ont été prises à la fois.

Enfin, dans les deux derniers chapitres, il a réuni et passé en revue, avec des exemples puisés dans les fastes de la justice criminelle, toutes les questions que peuvent soulever les affaires d'empoisonnement, questions auxquelles les experts sont souvent appelés à répondre devant les tribunaux.

Dans les deux volumes de toxicologie spéciale, chaque espèce d'empoisonnement est traitée à part et avec tous les développemens que le sujet comporte. Rien n'a donc été épargné par l'auteur pour faire de son ouvrage un traité aussi complet que possible et pour qu'il puisse être également utile à ceux qui voudront approfondir la science toxicologique, aussi bien qu'à ceux qui y chercheront quelques renseignemens sur un sujet spécial. Amédée Latour.

Le Prince Impérial a été vacciné lundi. C'est sur le fils de M. le docteur Conneau, premier médecin de l'Empereur, que le vaccin a été pris. L'opération a parfaitement réussi. La santé de S. A. I. est toujours excellente.

— Par un décret impérial en date du 26 mai, M. Fonssagrives, médecin-professeur, a été nommé au grade de second médecin en chef de la marine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 67. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 3 Juin 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital Lariboisière, service de M. H. Bourdon) : De la péritonite, sans perforation intestinale, dans la fièvre typhoïde. — II. HÉMATOLOGIE : De l'analyse quantitative des principes constituans du sang. — III. REVUE GÉNÉRALE : De l'emploi de la belladone dans l'empoisonnement par l'opium. — Bronchite chronique traitée par le tartre stibié à haute dose. — Nouvelle préparation d'iode dans le traitement de la syphilis ; saccharure iodé. — Sirop bortié. — Conditions favorables et défavorables à l'administration du seigle ergoté. — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON : Recherches historiques sur l'épilepsie.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital Lariboisière. — Service de M. Hip. BOURDON.

DE LA PÉRITONITE, SANS PERFORATION INTESTINALE, DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE.

Il y a quelques années, M. Thirial présenta, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, un mémoire sur la péritonite survenant comme complication dans certaines maladies aiguës, et pouvant simuler la perforation de l'intestin (1). Sur les quatre faits que contenait ce travail très intéressant, trois avaient été observés dans le cours de la fièvre typhoïde, et tous trois avaient été l'occasion d'une erreur de diagnostic. Le début brusque et la marche suraiguë de la péritonite avaient fait croire à une perforation intestinale ; et cependant, à l'autopsie, les recherches les plus minutieuses n'avaient pas permis d'en découvrir la moindre trace.

Déjà, en 1845, un cas d'ascite avec douleur abdominale, hoquet et nausées, observée chez un malade atteint de fièvre typhoïde, m'avait fait penser que, dans cette affection, le péritoine pouvait devenir le siége d'une phlegmasie indépendante de toute perforation intestinale ; j'expliquai alors cette maladie intercurrente par l'extension de l'inflammation de la muqueuse de l'intestin à sa tunique séreuse.

Tout dernièrement, un exemple de péritonite suraiguë survenue dans la même affection, et tout à fait à son début, vint me prouver que cette complication pouvait se montrer non seulement sans perforation, mais même sans ulcération et sans inflammation de l'intestin, ce qui, du reste, avait été également observé dans les deuxième et quatrième faits du mémoire de M. Thirial.

Citons d'abord l'observation la plus récente, nous rapporterons ensuite l'exemple de péritonite subaiguë avec ascite.

Fièvre typhoïde ; péritonite aiguë ; autopsie ; pas de perforation intestinale.

Une jeune fille de 19 ans, domestique, entre, le 3 décembre 1855, à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Eugénie, n° 26. D'une bonne santé habituelle, elle se sentait indisposée depuis le 27 novembre, ayant éprouvé depuis cette époque de la céphalalgie, quelques épistaxis, du brisement des forces, du dévoiement ; elle ne s'était pas couchée encore et le 30, au terme ordinaire, apparut l'écoulement menstruel.

Le 1er décembre, au milieu de ses occupations journalières, elle est prise de frisson violent, auquel se joint une douleur abdominale assez vive ; en même temps, l'écoulement menstruel cesse et la diarrhée s'arrête. Le 2, mêmes symptômes, et de plus, vomissemens.

A son entrée, le 3 décembre au soir, on constate l'état suivant : le facies est bon, la peau chaude et sèche ; le pouls, dur, assez développé, bat 144 fois à la minute ; la langue, humide, présente un enduit blanc, épais ; il y a des nausées et des vomissemens de matières vertes, porracées ; le ventre, médiocrement tendu, est très douloureux, spontanément et surtout à la pression, dans toute son étendue, mais principalement vers les fosses iliaques. On ne sent aucune tumeur par la palpation ; le toucher vaginal n'indique rien d'anormal. La malade a toujours été bien réglée, et n'a eu ni enfant ni fausse couche. Il y a un peu de céphalalgie, mais pas de stupeur ; la malade répond très bien aux questions qu'on lui adresse.

Le 4, à la visite, même état du pouls ; les vomissemens continuent ; le ventre, toujours très douloureux, n'est pas sensiblement plus volumineux, plus météorisé ; pas de selle. L'auscultation ne fournit aucun signe morbide. (Eau de Seltz ; calomel, 0,10 en dix doses ; frictions mercurielles sur le ventre ; cataplasmes ; saignée qui ne donne presque pas de sang.)

Le soir, la malade est très abattue, quoique l'intelligence reste très nette ; la peau, sèche, n'est pas très chaude ; le pouls, toujours à 144, est moins développé que la veille ; les vomissemens continuent et sont maintenant plus muqueux que bilieux ; la respiration est fréquente et anxieuse. (12 sangsues sur l'hypogastre.)

Le 5, la face est pâle, grippée, un peu cyanosée, ainsi que les mains ; la peau froide ; le pouls a disparu complétement ; langue humide, mais froide, les vomituritions continuent ; le ventre est dans le même état, pas plus ballonné ; pas de selles ; l'anxiété est extrême, la respiration très fréquente ; la malade est affaissée, mais elle conserve ses facultés intellectuelles intactes et répond aux questions (potion cordiale). Mort à une heure de l'après-midi.

Autopsie le 7, au matin. L'abdomen est très peu météorisé ; l'incision de ses parois, faite avec précaution, fait voir qu'il n'y avait aucun gaz renfermé dans la cavité abdominale. Le péritoine contient près d'un demi-litre de pus disséminé ; il présente en outre, presque partout des fausses membranes et de l'injection.

L'intestin examiné en place, puis rempli d'eau, ne donne issue à ce liquide par aucune solution de continuité ; ouvert, on trouve : les follicules isolés, développés, sous forme de grains blanchâtres ; les plaques de Peyer sont saillantes, tuméfiées ; leurs follicules nettement accusés ; mais il n'existe aucune ulcération dans toute l'étendue de l'intestin grêle ; la muqueuse est pâle et ne présente aucune injection, même autour des plaques.

Le gros intestin n'offre rien à noter, non plus que l'appendice cœcal.

Les ganglions mésentériques présentent une légère injection.

L'estomac n'offre pas d'altérations.

La rate, peu volumineuse, est flétrie et assez consistante.

L'utérus présente la disposition qui est normale chez les ruminans ; il est *bicorne*, sain du reste.

Les ovaires sont notablement injectés.

Les autres organes contenus dans l'abdomen n'offrent pas de lésions.

Thorax. — Le cœur, peu dilaté, contient un sang noir, liquide et des caillots fibrineux, blanchâtres, aux orifices artériels.

Les poumons, presque dépourvus d'adhérences, sont d'un rouge vineux foncé ; la coupe donne issue, par la pression, à beaucoup de sang qui paraît occuper principalement les branches veineuses de moyen calibre ; les sommets ne contiennent aucun produit morbide.

Encéphale. — Pas examiné.

Dans ce fait, nous voyons apparaître les symptômes de la péritonite dès le cinquième jour de la fièvre typhoïde, alors que les lésions intestinales commençaient à peine à se développer, sans qu'il existât une inflammation évidente de la muqueuse du tube digestif, sans qu'aucune cause étrangère, aucun traitement irrationnel pussent être accusés d'avoir produit ce terrible accident.

Est-il permis de croire que la cessation subite de l'écoulement menstruel, après 24 heures seulement de durée, ait été pour quelque chose dans le développement de la péritonite ? Nous ne le croyons pas, quoique les ovaires, à l'autopsie, aient été trouvés injectés. La cessation des règles nous semble avoir été bien plutôt l'effet que la cause de la phlegmasie intercurrente. Ce phénomène, d'ailleurs, ne se montre-t-il pas très souvent dans le cours des maladies aiguës, sans amener un semblable résultat ?

En l'absence de toute cause déterminante appréciable, on est bien obligé d'admettre que cette péritonite s'est développée spontanément, au même titre que la pneumonie, la pleurésie et l'érysipèle qui compliquent si fréquemment la fièvre typhoïde.

Passons maintenant à la deuxième observation :

Fièvre typhoïde ; péritonite avec épanchement ; guérison.

Un jeune homme de 18 ans, palefrenier, entre, le 15 novembre 1855, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, n° 25 (service du professeur Fouquier).

(1) UNION MÉDICALE, juillet 1853.

Feuilleton.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR L'ÉPILEPSIE ;

Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 29 Avril 1856,

Par M. le docteur JOSAT.

(Suite. — Voir le numéro du 29 Mai 1856.)

MAL DES COMICES.

La dénomination dont l'historique se place tout naturellement après celle qui vient de nous occuper, en nous conformant à l'ordre des temps, est celle de *morbus comitialis* que les Romains semblent avoir imposée à l'épilepsie dès les temps les plus reculés de leur République.

Un érudit trouverait certainement, dans l'histoire de cette dénomination, tous les élémens d'un tableau de mœurs chez les Romains, dans lequel il ferait entrer avec grand intérêt leurs pratiques religieuses, l'esprit de leurs lois, leur administration et jusqu'à leur tactique de guerre.

Je n'en ai ni les moyens, ni l'ambition, et je m'en tiendrai rigoureusement aux recherches qui se rattachent à mon sujet.

Je ferai remarquer dès à présent, de peur de l'oublier plus tard, que les développemens qui ont trait à la dénomination *morbus comitialis*, contiennent pour ainsi dire en germe une autre dénomination donnée à l'épilepsie, *morbus sacer*, dont nous aurons à nous occuper en son temps.

Cela dit, je commence.

Les *comices*, chez les Romains, étaient, comme chacun le sait, les assemblées dans lesquelles on élisait les magistrats (1).

On n'a pas d'idée du nombre et de la nature des formalités auxquelles étaient astreintes les réunions de ces assemblées, encore moins peut-être, des conditions à remplir pour légitimer leurs résultats. Ainsi, par exemple, on n'assemblait point de comices les jours de fêtes, les jours de foire, ni les jours malheureux, lorsque les Augures déclaraient ne pouvoir commencer ou continuer leurs observations. Venait-il à tonner, à grêler, à pleuvoir même, les comices se séparaient sans retard. *Jove tonante, fulgurante, comitia populi habere nefas est.*

Mais de tous les incidens fâcheux susceptibles d'entacher, *labes horrenda*, de souiller en quelque sorte, les comices, il n'en existait point de plus redoutable et de plus redouté, qu'une attaque d'épilepsie éclatant en pleine assemblée.

C'est pourquoi, un des assistans venait-il à être terrassé par ce mal affreux, sur le champ les comices étaient rompus. On voyait la multitude s'écouler dans un morne silence, et la ville entière se trouvait plongée dans une sorte de stupeur. Les affaires traitées restaient en suspens, et les élections comme non-avenues.

Le hasard à fait tomber sous ma main quelques vers de Serenus Sammonicus (1) qui peignent assez bien l'effroi qu'inspirait aux Romains le spectacle d'un accès épileptique survenant pendant une réunion des comices.

Est subiti species morbi, cui nomen ab illo est,
Quod fieri nobis suffragia justa recusat.
Scepè etenim membris aeri languore caducis
Concilium populi labes horrenda diremit.

« Il y a un mal qui frappe subitement, et qui, précisément, tire son » nom de ce qu'il est cause que les suffrages le plus justement acquis, » peuvent nous être refusés. C'est lui, c'est ce mal affreux, qui rompt » l'assemblée du peuple en lui imprimant une tache hideuse. »

Il y a un passage, bien plus explicite encore, dans Festus. Je ne le citerai point à cause de son étendue (1). C'est Caton qui parle et fait connaître l'origine des termes *morbus comitialis*.

J'ai dit que l'effet immédiat d'un accès épileptique sur les comices réunis était leur dissolution, leurs délibérations frappées de nullité et les élections invalidées. J'ajoute que de nouveaux comices ne pouvaient s'assembler qu'après avoir pris l'avis des Augures, purifié avec solennité le lieu des réunions, sacrifié à Jupiter en courroux, et, enfin, l'histoire atteste que le peuple portait rarement ses suffrages sur les magistrats qui s'en trouvaient déjà en possession au moment du sinistre événement. Il était encore bien plus rare de voir les mêmes candidats les rechercher.

On rencontre, dans les historiens et dans les auteurs latins, nombre d'allusions à des événemens de ce genre pour expliquer une défaite, une famine ou une épidémie (2).

Tel était donc, en un mot, l'effroi qu'inspirait aux Romains la vue d'une attaque d'épilepsie en pleins comices, qu'ils annulaient tout ce qui venait d'y être résolu, n'acceptaient aucun des candidats sur les rangs pendant ces fatals comices, et ne consentaient à se réunir de nouveau qu'après l'exécution rigoureuse de toutes les solennités religieuses imposées par les lois dans les cas de ce genre.

Telle est l'histoire exacte de ce fameux *morbus comitialis*, que l'on retrouve dans les siècles qui ont suivi, jusqu'à nos jours, tantôt en faveur, tantôt délaissé au gré des novateurs en renom.

Cette dénomination, comme on le voit, rappelle et la soudaineté de l'attaque, et les phénomènes vraiment effrayans qu'elle présente, et jusqu'à sa nature mystérieuse.

Pour ce peuple plus superstitieux encore que religieux, un épilepti-

(1) Et dans un sens plus général et plus vrai, les comices avaient pour objet les affaires de l'État.

(1) On connaît sous ce nom deux médecins latins, père et fils, qui vivaient à la fin du IIe et au commencement du IIIe siècle après J.-C. Le père, Q. Serenus Sammonicus ou Samonicus, avait formé, à ce qu'on prétend, une bibliothèque de 62,000 volumes ; il fut tué dans un festin par ordre de Caracalla. Le fils jouit de la faveur des Gordiens, auxquels il légua même la bibliothèque de son père.

On a, sous le nom de Samonicus, un poème, *De medicinâ*, mais on ne sait s'il est du père ou du fils.

(1) Festus, écrivain latin, vivait vers la fin du IIIe ou au commencement du IVe siècle après J.-C. Il ne reste que des fragmens de ses œuvres.

(2) La défaite de Thrasymène, peut-être celle de Cannes ; les famines, les pestes qui désolèrent Rome à plusieurs reprises ; les révoltes si nombreuses des plébéiens contre les patriciens, qui mirent si souvent la République près de sa ruine, furent attribuées au courroux des dieux manifesté de plusieurs manières — des attaques épileptiques en pleins comices, par exemple. (*Voyez* Vertot, Montesquieu et d'autres.)

Il est habituellement d'une bonne santé; seulement, l'année dernière, il a eu de fréquens maux de tête.

Il habite Paris depuis cinq mois.

Il y a huit jours, sans cause connue, il a été pris de céphalalgie, de faiblesse générale, de malaise, d'inappétence, de frissons alternant avec de la chaleur, de diarrhée, d'une toux légère.

Il y a trois jours, la fièvre étant devenue continue, le malade s'est alité.

Depuis hier, douleur vive et gonflement du ventre; de plus, hoquet fréquent.

Il n'a été fait aucun traitement.

A son entrée, le malade est dans l'état suivant : constitution délicate, tempérament lymphatique; céphalalgie générale, étourdissemens, éblouissemens, faiblesse, un peu de stupeur, face colorée, pas grippée.

Pouls à 80, petit, dépressible, mais régulier; peau chaude, légèrement moite.

Un peu de toux; l'auscultation et la percussion ne fournissent aucun signe morbide du côté des poumons et du cœur.

Langue un peu rouge à la pointe, couverte d'un enduit visqueux; couche légère de matière pultacée sur les gencives; bouche mauvaise, inappétence, soif, pas de nausées ni de vomissemens, pas de hoquet aujourd'hui, ventre développé, tendu, douloureux à la pression dans toute son étendue; la percussion donne un son mat et la sensation du flot dans les parties déclives; la matité se déplace lorsqu'on change la position du malade; pas de gargouillement appréciable, pas de selle aujourd'hui (hier il y a eu une selle molle pour la première fois).

Il n'y a pas eu d'urines rendues depuis ce matin, c'est-à-dire depuis environ douze heures. (Application de 18 sangsues sur le ventre.)

Le lendemain 16, à la visite, même état. (Saignée de 250 grammes qui n'est pas couenneuse.)

Le 17, pouls à 84, petit, régulier; quelques nausées; pas de selles; ventre peu sensible, aussi développé, aussi tendu; langue sèche au centre, rouge à la pointe. (Eau de Seltz, cataplasme, diète.)

Le 18, pouls toujours à 84; peau chaude et sèche; même état du ventre; l'*épanchement péritonéal* ne diminue pas; deux selles liquides; urines rendues comme en santé; *taches rosées lenticulaires* sur la poitrine et sur le ventre.

Le 19, pouls à 72; peau fraîche; langue humide; pas de selles; nouvelles taches rosées.

Le 20, pouls à 68; une selle liquide.

Le 22, pouls à 72; le ventre est indolent, mais l'épanchement est aussi abondant; une selle molle.

Le 23, même état. (Frictions mercurielles sur le ventre; deux bouillons.)

Le 24, pas de changement. (Deux soupes, deux portions de lait.)

Le malade sort sur sa demande le 4 décembre. L'épanchement péritonéal n'est pas complétement résorbé.

La marche subaiguë de la péritonite, sa tendance à la guérison, et surtout cette circonstance que, lors de son invasion, la fièvre typhoïde n'était encore qu'à son septième jour, prouvent assez, selon nous, qu'elle ne reconnaissait pas pour cause une perforation intestinale. Maintenant, peut-on l'expliquer par la lésion plus que probable des plaques de Peyer, dont l'inflammation se serait étendue à la tunique séreuse de l'intestin et de là à tout le péritoine, ainsi que je le crus à l'époque où j'observais ce fait? Ce qui est arrivé dans le cas précédent et dans deux faits de M. Thirial, nous force à rester au moins dans le doute sur le point de départ de l'inflammation péritonéale. Nous n'avons pas pu, il est vrai, suivre ce malade jusqu'à la guérison complète; mais la cessation de la fièvre et la disparition de la douleur abdominale nous permettent de croire que la maladie a eu une heureuse issue.

Conclusions. — Ces deux faits, joints aux trois observations de M. Thirial et aux deux faits contenus dans l'ouvrage de MM. Petit et Serres, et que nous considérons comme analogues, prouvent que la péritonite simple peut survenir dans le cours de la fièvre typhoïde au même titre que les autres phlegmasies que l'on observe si fréquemment dans cette maladie.

De plus, comme il n'existe pas de signe pathognomonique pour diagnostiquer, d'une manière certaine, une perforation intestinale, ces faits donnent à penser que, très probablement, plusieurs des observations, citées comme exemples de perforation guérie, se rapportent à des péritonites simples, c'est-à-dire sans solution de continuité de l'intestin.

Ces conclusions sont, du reste, celles qu'a déjà tirées M. Thirial des faits qui ont servi de texte à son mémoire.

HÉMATOLOGIE.

DE L'ANALYSE QUANTITATIVE DES PRINCIPES CONSTITUANS DU SANG [1];

DEUXIÈME MÉMOIRE

Lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 20 Mai 1856,

Par M. le docteur Max. Parchappe, inspecteur général de 1re classe des établissemens d'aliénés.

DES PROPORTIONS DE LA FIBRINE ET DE LA COAGULATION DU SANG.

L'histoire physiologique et pathologique de la fibrine est l'une des parties les plus importantes de l'hématologie.

La fibrine est l'agent essentiel de la coagulation du sang, de la formation de la couenne, et, par conséquent, elle a une part principale comme cause influente dans ces divers états de volume, de forme, de consistance, de couleur, de proportions relatives du caillot et du sérum offerts à l'observation par le sang coagulé après sa sortie des vaisseaux, états dont il a été indispensable, aux époques antérieures de la science, et dont il est encore aujourd'hui utile de tirer des inductions pour l'appréciation des altérations pathologiques du sang et des indications thérapeutiques.

En s'appuyant sur ces données de l'observation immédiate et directe, la pathologie a été dès longtemps conduite à attribuer à la matière de la couenne du sang, ou à la fibrine, dans les diverses maladies, et notamment dans les maladies inflammatoires, un rôle important, que les analyses quantitatives modernes ont confirmé en le précisant.

La vérification de la valeur des observations fournies par l'inspection du sang, au moyen des connaissances empruntées à l'analyse quantitative demeurera un but important à atteindre pour le praticien, jusqu'à l'époque où on aura trouvé une méthode d'appréciation des qualités du sang plus sûre que la simple inspection du sang coagulé, moins difficile et moins longue que l'analyse chimique.

C'est pour obtenir un type normal d'observation physiologique, auquel passent être utilement rapportées les observations d'inspection du sang coagulé dans l'état de maladie que, dans mes recherches sur le sang, je me suis d'abord attaché à obtenir comme résultat préliminaire une description aussi exacte que possible des phénomènes de la coagulation normale du sang veineux du bras au contact de l'air.

Description des phénomènes offerts par le sang extrait de la veine du bras pendant sa coagulation au contact de l'air atmosphérique.

Le sang qui sort de la veine est chaud, liquide, et a une couleur rouge foncé.

Il conserve pendant quelques instans ces propriétés dans le vase où il est reçu.

1° *Formation d'écume.* — Pendant l'écoulement du sang, il se forme une mousse qui vient se réunir à la surface du liquide, après qu'une partie des bulles d'air qui la constitue a penché plus ou moins profondément dans la masse du liquide. Cette mousse, dont les bulles ont un volume variable, persiste pour la plus grande partie à la surface du sang pendant un temps assez long.

Je n'ai jamais vu de bulles se former hors du temps où le sang coulait, et j'ai constamment remarqué que le nombre et le volume des bulles étaient en raison de la rapidité du jet de sang, de son volume, et de l'intensité de son choc avec le liquide du vase. Parmi les bulles formées pendant l'écoulement du sang, plusieurs crèvent avant que le sang soit pris en masse, et disparaissent sans laisser de trace. Parmi celles qui persistent, souvent de petites bulles se réunissent pour en former de plus grosses. Toutes celles qui, ayant persisté jusqu'à la solidification du sang crèvent ensuite, laissent à la surface du caillot des traces de leur préexistence.

Lorsque l'on observe la coagulation du sang dans des vases à parois transparentes, on peut s'assurer que des bulles, formées pendant l'écoulement du sang, peuvent s'arrêter le long des parois du vase dans la masse du liquide au-dessous de son niveau, et y rester emprisonnées.

La mousse qui surnage le sang retient des globules sanguins et a une couleur rouge qui s'avive rapidement, et qui tranche fortement avec la couleur de la surface du sang encore très foncée.

La durée de la formation d'écume est égale à la durée de l'écoulement du sang par un jet rapide.

Le mouvement de retour à la surface des bulles d'air qui ont pénétré la masse du liquide est ordinairement instantané. Il peut être exceptionnellement retardé ou même empêché par l'adhérence aux parois du vase.

2° *Formation de vapeur.* — Pendant que le sang coule de la veine, le jet liquide qui en sort par arcade et le liquide reçu dans le vase laissent s'exhaler une vapeur visible quand l'air est froid, et susceptible d'être recueillie en gouttelettes aqueuses par sa condensation sur un corps froid.

La vapeur exhalée du sang est surtout appréciable quand il est encore liquide et très chaud.

La durée de la formation de vapeur visible est subordonnée à celle du refroidissement du sang.

La formation de vapeur invisible doit continuer pendant toute la durée du contact du sang liquide ou humide avec l'air atmosphérique.

3° *Refroidissement.* — La température du sang, égale à celle du corps au moment où il sort de la veine, diminue graduellement jusqu'à ce qu'elle ait atteint celle de l'air ambiant.

La durée du refroidissement est assez lente pour que plus d'une heure s'écoule avant que le sang ait pris la température de l'air ambiant.

4° *Solidification du sang.* — Presque immédiatement après qu'il a été reçu dans un vase, le sang devient moins liquide, il s'épaissit graduellement jusqu'à ce que soit arrivé le moment où il se prend en une masse analogue, pour l'aspect et la consistance, à de la gelée de groseille très cuite.

A ce moment, le sang a cessé d'être fluide, il adhère au vase que l'on peut incliner fortement sans que la masse du sang se déplace. A ce moment aussi est achevée la première période de la coagulation du sang, la période de solidification.

C'est alors qu'on peut s'assurer que les bulles d'air qui constituent l'écume du sang, préexistaient à la coagulation, car ces bulles sphériques sont comme enchassées dans la couche superficielle de la masse sanguine, qui, lorsque les bulles crèvent, offre là où elles existaient des cavités persistantes représentant des segmens de sphère.

Cet état du sang, pris en masse solide, persiste sans changement appréciable pendant un certain temps.

5° *Décomposition du sang solidifié en caillot et sérum.* — Après ce temps commencent à se manifester des phénomènes caractéristiques de la seconde période de la coagulation, la séparation de la masse solidifiée en deux parties : une liquide, le sérum, une solide, le caillot.

Cette séparation s'opère graduellement et lentement, par suite d'un travail intestin dont la cause essentielle est le retrait du caillot, et dont les effets se manifestent de la manière suivante.

Dans les cavités correspondantes aux bulles d'air, on voit sourdre un

[1] Pour le premier mémoire, voir l'Union Médicale des 1er, 15 et 17 Mai 1856, et pour le deuxième mémoire, le numéro du 22 Mai 1856.

---

que était un instrument céleste, et dans une attaque d'épilepsie éclatait pour lui la volonté des dieux. Malheur aux mortels qui ne l'auraient point respectée.

Quant aux infortunés dont la maladie était l'objet d'un si grand effroi, au dire de Tissot, ils devenaient un sujet de terreur et d'exécration publique. On les séquestrait impitoyablement, et leurs familles étaient considérées comme frappées par la colère des dieux, en punition de quelque forfait.

J'ai annoncé, je crois, au début de cet exposé historique, sur l'origine des termes *morbus comitialis*, que l'on y trouverait celle des expressions *morbus sacer* et *morbus divinus*, donnés presque à la même époque à l'épilepsie. J'aurais dû ajouter, si cela avait pu échapper, qu'elle se retrouve également dans l'ensemble des développemens dont le *mal d'Hercule* avait précédemment été l'objet (1).

N'était-il pas tout naturel, en effet, qu'un mal aussi mystérieux que subit, qui semblait avoir fait éclater ses paroxysmes sur un fils même de Jupiter, dont on considérait les attaques comme des avertissemens célestes, qu'un mal pareil, dis-je, reçut les noms de *mal sacré* et *mal divin*. Voyons plus particulièrement son histoire.

MALADIE SACRÉE; — MALADIE DIVINE.

(*Morbus sacer*; — *Morbus divinus.*)

Hippocrate a le premier consacré ces expressions, et par une contradiction bien singulière, ce grand homme les emploie tout en combattant les préjugés populaires qui leur avaient donné naissance.

Tous les auteurs s'accordent avec lui pour rapporter aux croyances religieuses l'origine de cette double dénomination imposée à l'épilepsie.

On l'a nommée ainsi, dit Cullen, parce que le vulgaire la croyait l'effet de quelque punition divine.

Les symptômes en sont tellement extraordinaires, dit Esquirol, tellement au-dessus de toute explication physiologique, les causes organiques en sont tellement inconnues, que les anciens ont cru qu'elle dépendait du courroux des Dieux. Ceci n'est pas tout-à-fait exact, puisque je faisais remarquer à l'instant même qu'Hippocrate avait combattu cette croyance.

Mais ce qui a accrédité ces expressions, ce qui a contribué à leur faire traverser les siècles pour arriver jusqu'au nôtre, et être encore usitées par quelques praticiens de nos jours, c'est l'autorité de l'Hippocrate latin, de celui qu'on a surnommé le Cicéron de la médecine, de Celse en un mot, qui, dans son ouvrage immortel sur la médecine (1), affecte l'emploi presque exclusif de ces mêmes expressions, nonobstant Hippocrate, son maître et son modèle.

Quand je dis que Celse les emploie presque exclusivement, je m'éloigne du vrai. Il y a une autre dénomination qu'il emploie presque également, dont il paraît être le père, c'est son *morbus major*.

J'en parle ici incidemment, avec l'intention de n'y plus revenir, attendu qu'il ne m'a pas été possible de remonter à son origine, ou du moins de trouver une étymologie qui offrit quelque intérêt. *Morbus major* (grand mal). Grand mal parce qu'il foudroie; grand mal parce qu'il ne ressemble à aucun autre, *major*; grand mal parce qu'il fait intervenir les Dieux quand il éclate, que sais-je? Cette expression ouvre le champ à toutes les interprétations que l'on voudra.

Je reprends :

Notons que tous ou presque tous les anciens auteurs qui ont employé les dénominations de *morbus sacer*, *morbus divinus*, ne l'ont jamais fait à l'exclusion de toute autre. Ainsi, on rencontre dans leurs œuvres les expressions *morbus herculeus*, *morbus comitialis*, *morbus sonticus* (mal funeste), *morbus major*, presque aussi souvent. Certainement, il y a une raison à cela. La voici peut-être.

On a dit que les Sibylles rendaient leurs oracles au milieu des convulsions épileptiformes, et qu'il était vraisemblable que les expressions *morbus sacer* et *morbus divinus* fussent sorties de cette circonstance plus religieuse qu'historique. C'est là un de ces aperçus que la critique ne peut atteindre. Ce n'est pas de cela qu'il s'agit. Il y a peut-être quelque chose de mieux à dire.

Les anciens n'étaient pas certainement sans avoir distingué, comme nous, des degrés dans l'épilepsie. Pour eux, comme pour nous, il y avait les grandes et les petites attaques, sinon dans l'expression, au moins dans le fait, et probablement dans l'un et l'autre. Cette interprétation de ma part repose sur un grand nombre de passages dont la valeur, en ce sens, ressort bien plus de la place qu'ils occupent dans l'ouvrage dont ils font partie, que d'une signification absolument précise.

Si on l'admet, et qu'on lise à ce point de vue et sans parti pris les auteurs anciens, on reconnaîtra, je n'en doute point, qu'ils n'ont pas employé indifféremment ces diverses expressions, et que, le plus souvent, les expressions de *mal d'Hercule*, *mal des comices*, s'appliquent aux grandes attaques épileptiques, quand les autres paraissent désigner des degrés inférieurs de la maladie (1).

Telle est mon opinion; discutable sans aucun doute, mais susceptible, par la discussion même, de répandre de la lumière sur une question restée jusqu'à ce jour dans une obscurité complète.

A mesure que nous avançons dans cette revue, les ténèbres semblent se dissiper, et nous ne sommes plus si éloignés de l'époque promise au début de ce travail, où toute dénomination imposée à l'épilepsie doit devenir un drapeau d'école, l'expression d'un dogme ou la signification d'une doctrine.

(*La suite à un prochain numéro.*)

Traité pratique des maladies des yeux, par W. Mackenzie, chirurgien-oculiste de S. M. B., professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow, chirurgien de l'hôpital ophthalmique de la même ville; traduit de l'anglais avec notes et additions, par S. Laugier, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, et G. Richelot, docteur en médecine. — Un fort vol. in-8°.

(1) Celse les remet en mémoire que, dans le Midi, on désigne les grandes attaques par la dénomination de *mal de St-Jean*; et les petites par *mal de St-Gilles*. Et on s'adresse à l'un ou à l'autre de ces deux saints, selon qu'on est *grand* ou *petit* épileptique.

(1) Ceci est seul exact, puisque Hippocrate avait accepté les expressions *morbus sacer*, en les censurant toutefois; et Platon celles de *morbus divinus*.

(1) *De re medicâ* ou *De re medicinâ*. Il a eu soixante éditions.

liquide transparent qui remplit ces cavités, et s'épanche en les débordant à la surface du caillot, si les bulles n'existent plus, qui remplace l'air des bulles et vient former des sphères liquides dépassant le niveau du caillot, entourées par les fines et transparentes pellicules qui servaient d'enveloppe à l'air. Il arrive un moment où ces enveloppes se brisent, et laissent épancher le liquide à la surface du caillot. Toutes ces gouttelettes se réunissent et viennent former à la surface de la masse solide des flaques, puis une couche de liquide.

En même temps du sérum apparaît entre les bords de la masse solide et les parois du vase.

Les bords de la masse solide se détachent successivement des parois du vase, le sérum s'interpose, et vient former à la surface une couche de liquide, ou se réunir à celle qui provient de l'exsudation de la surface.

Le caillot peut s'isoler complétement des bords du vase. Dans ce cas, il est entouré par le sérum, dans lequel sa face supérieure plonge plus ou moins, tandis que sa face inférieure repose sur le fond du vase.

Si le sérum est relativement abondant, après la séparation complète, il peut arriver que le caillot nage dans le sérum, et que sa face inférieure soit comme les autres en contact avec ce liquide.

Souvent il arrive que le caillot demeure adhérent aux parois du vase dans une plus ou moins grande étendue. Les adhérences du caillot avec les parois du vase ont lieu par des points de son pourtour qui se sont desséchés au moment de la solidification. Lorsque le retrait de la masse solide tend à la séparer des parois du vase pour laisser place au sérum exprimé, ces points adhérans s'allongent sous forme de brides. Ces brides se montrent surtout dans les parties où de l'écume s'est accumulée, et se rompent successivement.

Il y a un moment où le caillot n'est plus retenu que par le point de son pourtour où ces brides étaient le plus nombreuses. Lorsque le retrait du caillot est considérable, toutes les brides peuvent se rompre, et alors le caillot s'isole complétement. Mais très souvent il arrive que plusieurs brides le retiennent adhérant par une partie plus ou moins étendue de son pourtour. Dans ce cas, la partie du caillot voisine des adhérences est, par sa surface, au niveau du sérum ou même au-dessus de ce niveau.

Lorsque le retrait de la masse solide est peu considérable, tous les points d'adhérence persistent sans s'allonger sous forme de brides, et il n'apparaît à la surface du caillot que la petite quantité de sérum qui s'y est formée. Il peut même se faire qu'il n'apparaisse pas du tout de sérum à cette surface, et que la masse sanguine persiste à l'état solide, le sérum restant emprisonné en elle.

En même temps que le sérum se sépare de la masse solide du sang, la partie qui persiste à l'état solide, éprouve une modification dans son volume par suite du retrait des parties qui la constituent.

Ce retrait s'opère graduellement dans tous les sens et d'une manière uniforme, car le caillot conserve la forme du vase dans lequel il a pris l'empreinte de cette forme au moment de la solidification du sang.

La quantité dont le volume du caillot diminue est variable et difficile à déterminer.

Cette quantité est généralement assez considérable, puisque le volume primitif du caillot est égal à celui de tout le sang pris en masse, et que le volume définitif du caillot, après la séparation complète du sérum, peut n'être que la moitié, le tiers, le quart, et même une moindre fraction du volume total du sang. Mais cette quantité peut aussi être très faible et même être nulle dans les cas où la séparation du sérum ne s'effectue pas.

Dans une expérience, le volume du sang chaud et liquide étant 1000, après 8 minutes, le volume du sang solidifié était 990, et le volume du caillot a été successivement après 33 minutes, 918; après 2 heures, 35,775; après 24 heures, 714.

Dans une autre expérience, le volume du caillot était, après vingt-quatre heures, représenté par 600 sur 1000.

Dans les recherches que j'ai faites pour mesurer avec exactitude les changemens successifs de volume qui expriment le retrait du caillot, je me suis assuré que le volume de la masse du sang ne change pas au moment même où il se solidifie, et que la légère diminution de volume qu'il éprouve pendant la première heure représente le résultat de la double influence du refroidissement et de l'évaporation.

Le caillot est constitué par un réseau de tissu filamenteux gris, la fibrine emprisonnant un liquide épais et rouge, le cruor composé de globules mêlés à une quantité variable de sérum.

Il éprouve dans sa formation au contact de l'air atmosphérique des altérations de couleur qui ont pour résultat de permettre d'y distinguer deux portions, une superficielle, d'une couleur plus claire, qui est due à l'action de l'air, et qui sera l'objet d'une description spéciale, une profonde, d'une couleur plus foncée, dont les changemens de couleur sont liés au travail de la coagulation.

La portion non avivée du caillot a une couleur rouge d'une teinte noirâtre, plus foncée que celle du sang liquide au sortir de la veine; elle est moins dense, plus humide que la couche avivée.

Si l'on cherche à la diviser avec les doigts, on trouve qu'elle se déchire dans tous les sens. Quelquefois elle se sépare plus facilement, suivant le sens horizontal, dans les caillots en forme de disques larges et un peu épais.

Cette portion du caillot éprouve des changemens successifs. Au moment de la coagulation, elle a une couleur rouge brun, elle est très molle, très facile à écraser, et, lorsqu'on la presse, elle abandonne un liquide abondant d'une teinte rouge claire. A mesure que la séparation du sérum s'effectue, la couleur du caillot devient plus foncée, plus noire; sa consistance augmente; il devient moins humide, et le liquide qui s'en échappe en petite quantité, par la pression, a une teinte rouge plus sombre.

Le sérum est un liquide limpide, jaune verdâtre, visqueux, légèrement odorant, de saveur salée, alcalin, coagulable par la chaleur.

Le sérum qui entoure le caillot et qui surnage, est limpide. Mais le plus habituellement il se forme par précipité au fond du vase une couche mince de globules, qui prend une couleur d'un rouge vif partout où elle est librement en contact avec le sérum, et qui garde une couleur rouge foncé là où elle est recouverte par le bord inférieur du caillot.

Pour peu qu'on remue le vase, le caillot cède des globules au sérum qui se trouble et se colore en rouge. Aussi est-il impossible d'obtenir pure et limpide, par décantation, toute la quantité du sérum qui s'est séparée.

6° *Durée de la coagulation proprement dite.* — Le temps que le sang veineux exposé à l'air emploie pour se coaguler est très variable.

Les déterminations qui ont été données par les divers observateurs sont sensiblement différentes, ce qui tient sans doute à la variabilité même du phénomène, mais aussi à ce que tous n'ont pas pris pour terme de leurs observations le même moment de la coagulation.

Nasse, qui a mis beaucoup de rigueur dans ses observations, a admis quatre temps successifs dans la coagulation, et a déterminé la durée de chacun de ces temps ainsi qu'il suit :

Le premier temps est celui où il se forme à la surface du sang une pellicule que le doigt peut toucher sans entraîner une goutte liquide en se séparant de cette surface :

D. 1 minute 3/4 à 5 minutes. — Moyenne, 3 minutes.

Le deuxième temps est celui où l'on peut séparer du vase le bord du caillot au moyen d'une lame de couteau :

D. 4 min. à 7 min. — Moyenne, 5 min. 15 secondes.

Le troisième temps est celui où la masse du sang se prend en gelée et acquiert une consistance telle, que le doigt ne peut être agité dans le caillot sans mouvoir sa masse :

D. 4 min. à 12, habituellement 5 à 10. — Moy., 8 min. 5 secondes.

Le quatrième temps est celui où le caillot ferme se meut en totalité, quand on le pousse avec le doigt :

D. 7 min. à 13, au plus 16. — Moyenne, 10.

Les observations de Nasse portent sur 20 cas, 10 hommes et 10 femmes, et ont fourni les moyennes suivantes :

	Hommes.	Femmes.
1er temps.	3m,45	2m,50
2me temps.	5m,52	5m,12
3me temps.	9m,5	7m,40
4me temps.	11m,45	9m,5

Il admet, en conséquence de ces faits, que le sang des femmes se coagule plus rapidement que le sang des hommes.

Dans les recherches que j'ai faites sur la durée de la période de la coagulation du sang, à laquelle j'ai donné le nom de solidification du sang, j'ai pris pour premier terme de cette durée le moment où le sang a cessé de couler, et pour dernier terme celui où le vase étant incliné, le sang, au lieu de couler à la manière d'un liquide, tend à se déplacer en totalité à la manière d'un corps solide.

Ce second terme me paraît d'une détermination facile et suffisamment rigoureuse. Le premier, plus facile encore à fixer, est loin de fournir une donnée exacte.

Mais l'époque du commencement de la saignée serait encore plus défectueux. Peut-être vaudrait-il mieux prendre pour commencement de la durée la moitié de l'intervalle de temps pendant lequel le sang a coulé.

J'ai constaté avec rigueur le moment de la solidification du sang dans 28 cas de coagulation à l'air libre de sang veineux non couenneux.

Voici les résultats que j'ai obtenus :

HOMMES.

	Age.	État de l'individu.	Durée de la coagulation.	Nature du vase.
Obs.	35,	Rhumatisme apyrétique local .	5m, »	vase plat.
Obs.	38, 50.	Étourdissemens.	7m, »	d°.
Obs.	81, 43.	Hypertrophie du cœur	9m, »	d°.
Obs.	91, 68.	Asthme.	17m, »	d°.
Obs.	37, 40.	Pneumonie légère.	5m,30	d°.
Obs.	59, ».	Pneumonie légère.	7m, »	d°.
Obs.	84, 35.	Érysipèle de la face pyrétiq.	5m, »	d°.
			9m, »	capsule.
			10m, »	éprouvette.
			75m,30	
		Moyenne	8m,46	

FEMMES.

Obs.	79, 21.	Grossesse de 4 mois.	3m, »	vase plat.
Obs.	80, 33.	Grossesse de 4 mois.	14m, »	d°.
Obs.	78, 26.	Grossesse de 4 mois 1/2. . .	10m, »	d°.
Obs.	73, ».	Grossesse de 5 mois.	8m, »	d°.
Obs.	48, 24.	Grossesse de 5 mois 1/2. . .	8m, »	d°.
Obs.	76, 24.	Grossesse de 5 mois 1/2. . .	14m, »	d°.
Obs.	82, 27.	Grossesse de 6 mois.	6m, »	d°.
Obs.	86, ».	Grossesse de 6 mois.	15m, »	d°.
Obs.	89, 28.	Grossesse de 6 mois.	11m, »	d°.
Obs.	98, 28.	Grossesse de 6 mois.	8m,50	d°.
Obs.	100, 25.	Grossesse de 6 mois.	21m, »	d°.
Obs.	60, 29.	Grossesse de 6 mois.	10m, »	d°.
Obs.	75, ».	Grossesse de 7 mois.	4m, »	d°.
Obs.	54, 27.	Grossesse d'époque indéterm.	10m, »	d°.
Obs.	57, 31.	Grossesse d°.	12m, »	d°.
Obs.	53, 30.	Métrite chronique.	25m, »	d°.
Obs.	1, 35.	Scorbut apyrétique.	10m, »	d°.
Obs.	41, 50.	Ictère apyrétique.	20m, »	d°.
			14m, »	éprouvette.
			225m,30	
		Moyenne	11m,45	

Moyenne pour les deux sexes. . 10m,38

L'époque à laquelle commence la séparation du sérum est très variable.

Cette séparation a commencé, chez l'homme :

Dans l'observation 35, après 30 minutes.
Dans l'observation 84, après 65 minutes dans le vase plat.
après 57 d° dans la capsule.
après 55 d° dans l'éprouvette.

Chez la femme :

Dans l'observation 48, après 22 minutes.
Dans l'observation 89, après 36 minutes.
Dans l'observation 41, après 30 d° dans le vase plat.
après 25 d° dans l'éprouvette.

Dans l'observation 76, il n'y avait, après vingt-quatre heures, que quelques gouttes de sérum au-dessus du caillot. Dans quelques cas, notamment dans les observations 28, 37, 52 et 70, la séparation du sérum ne s'était en aucune sorte effectuée après vingt-quatre heures, ni même après quarante-huit et soixante-douze heures.

7° *Avivement de la couleur à la surface du sang et du caillot.* — En même temps que le sang, au sortir des vaisseaux, s'épaissit, la teinte de sa surface change.

L'écume prend une couleur rouge vermeil, le pourtour du liquide se colore d'un rouge vif; des teintes d'un rouge plus clair se forment à la surface du sang en divers points, se réunissent, et, au moment où la solidification est effectuée, la surface de la masse du sang a pris ou ne tarde pas à prendre une teinte uniforme d'un rouge plus vif que celle qui appartient au sang veineux liquide.

Cet avivement de la surface du sang se retrouve et continue à se produire à la surface du caillot.

Il résulte de là que, considéré par rapport à sa couleur, le caillot peut être divisé en deux parties, une superficielle, d'un rouge plus clair, une profonde, d'un rouge plus sombre.

La disposition relative de ces deux portions du caillot, offre les particularités suivantes, dont la description se rapporte principalement au caillot observé après vingt-quatre heures.

Constamment la surface du sang veineux, coagulé au contact de l'air, est constituée par une couche plus pâle que le reste du caillot.

A sa surface, cette couche est d'un rouge vermeil; dans son intérieur, elle a une teinte rosée. Sa couleur, plus vive et plus claire, tranche nettement sur la couleur plus sombre et plus foncée de la partie sous-jacente.

Cette couche, que j'appellerai couche avivée, a une texture dense; elle est plus ferme, plus cohérente et moins humide que le reste du caillot.

Elle est continue à la portion sous-jacente, dont elle ne peut être séparée et dont elle ne se distingue que par les différences physiques qui viennent d'être indiquées.

Son épaisseur uniforme, dans toute l'étendue de la surface du caillot, varie en raison du temps qui s'est écoulé entre le moment de la saignée et celui de l'observation.

Lorsque le caillot est libre de toute adhérence au vase à son pourtour et qu'il flotte dans le sérum qui le baigne de toutes parts, la couche avivée se réfléchit sur la face inférieure du caillot.

Lorsque le caillot appuie sur le fond du vase par sa face inférieure, la couche avivée, réfléchie, s'arrête sur cette face à la limite de la partie qui touche le vase.

La couche réfléchie a le même aspect et la même couleur d'un rouge plus vif et plus pâle, seulement elle est beaucoup plus mince, et elle s'amincit de plus en plus à mesure qu'on l'observe plus loin du pourtour du caillot. Toute la partie centrale du caillot qui repose sur le fond du vase est complétement dépourvue de couche avivée, et a une couleur rouge noir.

Lorsque le caillot adhère par ses bords aux parois du vase, la couche avivée s'arrête au limbe du disque formé par le caillot, et ne se réfléchit pas sur sa face inférieure. S'il n'adhère que par une partie de ses bords, la couche réfléchie manque là où il y a adhérence, et au contraire existe là où le bord du disque est libre et baigne dans le sérum.

La modification de la couleur du caillot à sa surface est successive.

Au moment de la solidification du sang, cette surface a déjà une couleur rouge plus claire et plus vermeille, que la surface du sang encore liquide avait successivement prise. Un quart d'heure après la coagulation, la couche avivée a près d'un millimètre d'épaisseur. Vingt-quatre heures après la coagulation, l'épaisseur de la couche a atteint 3 millimètres (1). Je l'ai trouvée de 6 millimètres après soixante-douze heures.

Lorsque la quantité du sang recueillie est telle que le caillot n'ait pas une épaisseur plus grande que 3 millimètres, après vingt-quatre heures, le caillot offre dans toute son épaisseur les caractères assignés à la couche avivée, et ne contient pas de partie noire.

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE GÉNÉRALE.

DE L'EMPLOI DE LA BELLADONE DANS L'EMPOISONNEMENT PAR L'OPIUM.

Depuis quelque temps déjà, on a signalé cette espèce d'antagonisme qui existe entre l'action de l'opium et celle des solanées ou des ombellifères narcotiques, antagonisme qui se traduit physiologiquement par l'action exercée sur la pupille que le premier resserre et que les autres dilatent. Il y avait donc lieu de penser que l'emploi de la belladone pouvait être utile dans le coma produit par les opiacés, par conséquent dans l'empoisonnement proprement dit par l'opium. M. Anderson l'a, en effet, constaté chez une personne qui avait pris en trente-six heures deux onces de la solution de muriate de morphine, et qui, à la suite, était tombée dans un coma profond, avec respiration stertoreuse et très lente, contraction extrême des pupilles, lenteur et faiblesse extrême du pouls. L'administration de 24 grammes de teinture de belladone, donnés avec prudence et par doses filantes, ramena le malade, en quatre heures et demie, à l'état suivant : plus de coma, de 22 à 25 respirations par minute, dilatation considérable des pupilles, 120 pulsations par minute, assez fortes, etc. Dans un autre cas, chez une femme de 50 ans, qui avait pris en quelques heures 20 grammes de laudanum, et qui était tombée

(1) Mesurée après vingt-quatre heures sur 18 cas, l'épaisseur de la couche a été 10 fois de 3 millimètres, 8 fois un peu plus ou un peu moins grande.

dans le coma, avec respiration stertoreuse, contraction extrême des pupilles, faiblesse du pouls et refroidissement extrême des extrémités, M. Anderson prescrivit 30 grammes de teinture de belladone dans 90 grammes d'eau, et dans la demi-heure suivante, 8 autres grammes de teinture. Une heure et demie après, les premières modifications se montraient dans les dimensions de la pupille, respiration plus fréquente et pouls plus fort. Trois heures après, toute trace d'empoisonnement avait disparu.

Nous reconnaissons tout ce qu'il y a d'intéressant dans ces espèces d'antagonismes; nous pensons néanmoins qu'il conviendrait peut-être d'apporter un peu plus de prudence dans l'administration de ces fortes doses de belladone. Ajoutons cependant, et ceci semble donner raison à M. Anderson, que des potions hypnotiques avec la morphine, la jusquiame, la belladone, sont restées quelquefois sans effet. Il y a donc là aussi quelque chose qui ne doit pas être perdu pour la pratique, et qui doit détourner les médecins de l'idée d'associer ainsi des narcotiques d'une espèce aussi différente. — (In *Edinb. medical Journal* et *Bull. gén. de thérap.*, 30 mai 1856.)

BRONCHITE CHRONIQUE TRAITÉE PAR LE TARTRE STIBIÉ A HAUTE DOSE.

L'émétique à haute dose trouve un emploi très efficace et exempt d'inconvéniens dans les cas de bronchite chronique, avec expectoration abondante et puriforme, à condition toutefois que le parenchyme pulmonaire n'offre aucune lésion grave, et que les organes digestifs ne soient point le siége de phlegmasie. Des faits recueillis à la clinique de l'hôpital St-André de Bordeaux, attestent cette vérité thérapeutique, et il serait facile d'en citer un grand nombre. En voici un exemple :

Pierre E..., âgé de 50 ans, de Bordeaux, d'une constitution moyenne, a, depuis plusieurs mois, une bronchite qui offre une grande ténacité. Le 10 avril il entre à l'hôpital (service de M. Gintrac, salle 16, lit 14) : sa santé ne paraît pas altérée, la peau a une température normale, le pouls donne 64-70 pulsations, la toux est fréquente, suivie d'une expectoration très abondante, épaisse, jaunâtre, puriforme. Aucune douleur, même lors des grandes inspirations, ne se fait sentir dans la poitrine. La respiration n'est nullement gênée, la poitrine résonne bien dans toute son étendue; le bruit respiratoire, normal au sommet de chaque poumon, est masqué vers la base par des râles sibilans et muqueux; les organes digestifs ne présentent pas de trace d'irritation. Une infusion pectorale, un looch avec de l'extrait thébaïque et le kermès minéral, ne produisent aucun effet avantageux. — 16. (Tartre stibié 0,30 dans un véhicule de 120,0; tisane, soupe.) — 17. Vomissemens et diarrhée, nul amendement des symptômes. (Même potion.) — 18. Point de vomissemens, mais plusieurs selles, toux moindre, expectoration non modifiée. — 19 et 20. (Potion avec tartre stibié 0,40.) Tolérance du médicament, lequel ne détermine aucune sensation pénible, ni chatouillement à la gorge, ni chaleur à l'épigastre; absence de fièvre, toux moins fréquente, expectoration moins abondante et moins épaisse. — 21, 22 et 23. (Tartre stibié 0,50 chaque jour.) Il est parfaitement supporté. Sous son influence, les crachats diminuent beaucoup de quantité, ils perdent leur consistance, deviennent muqueux. — Le 27, ils sont rares et aqueux. — Le 2 mars, la guérison est confirmée.

Est-ce comme contre-stimulant, est-ce comme combattant une diathèse que le tartre stibié a agi? ou bien n'est-ce tout simplement qu'en opérant une révulsion active, spéciale, profonde, sur une surface large et animée d'une vitalité énergique? Quelle que soit la théorie que l'on adopte, on ne peut s'empêcher de reconnaître les effets remarquables du tartre stibié à haute dose dans la bronchite chronique. Dès le troisième jour de son administration, la toux est amoindrie, l'expectoration diminue d'abord de quantité, puis elle change de nature et cesse complétement pour ne pas reparaître. L'association de l'opium n'est ni nécessaire, ni utile. Avec ou sans addition, le tartre stibié provoque, dès les premières doses, des vomissemens et de la diarrhée; mais la tolérance s'établit et les fonctions digestives ne sont plus troublées. Les malades peuvent même, sans en être incommodés, prendre une certaine quantité d'alimens pendant qu'ils sont soumis à la médication stibiée. Enfin, il est à noter que le tartre stibié est aussi bien toléré quand la maladie contre laquelle il est dirigé est dissipée, que quand elle est dans toute sa vigueur. Cette remarque ne diminue-t-elle pas la valeur de l'explication donnée par Rasori, relativement à l'action de l'émétique dans la pneumonie? — (In *Journal de médecine de Bordeaux*, mai 1856.)

NOUVELLE PRÉPARATION D'IODE DANS LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS; SACCHARURE IODÉ.

L'action médicative de l'iode à l'état métalloïde est plus durable, suivant M. Fantonetti, que celle de l'iodure potassique, qui s'élimine si promptement par les urines; il était donc nécessaire, suivant ce médecin, d'avoir une formule pharmaceutique qui, tout en donnant une préparation inaltérable, livrât un remède agréable au goût et n'exposant à aucune conséquence fâcheuse. La teinture d'iode, à cause de la réaction chimique qui engendre de l'acide iodhydrique d'où résulte la séparation d'une portion d'iode, n'atteint pas ce but. M. Fantonetti croit que le procédé suivant est appelé à réaliser le *desideratum*.

Mettez 5 centigrammes d'iode dans un mortier de verre ou de porcelaine; versez dessus 9 à 10 gouttes d'alcool, et triturez jusqu'à dissolution complète. Ajoutez 12 grammes d'abord, puis 25 autres grammes de sucre raffiné, que vous broyez assez longtemps pour opérer un mélange intime.

Le tout est divisé en 15 parties égales, dont on fera prendre au malade 3, 4 et même 5 parties dans les 24 heures. Cette préparation n'est pas inaltérable, car l'iode se volatilise à la température ordinaire; il importe donc de n'en pas préparer une plus grande quantité à la fois, mais on se trouve à l'abri de la formation d'acide iodhydrique.

On peut mélanger le saccharure ci-dessus avec du miel et du chocolat, et créer des préparations qui sont acceptées plus facilement par les malades difficiles.

L'auteur recommande sa préparation surtout dans les cas où le traitement mercuriel est mal supporté par les malades; le saccharure d'iode est agréable et dépourvu, dit-il, de tout inconvénient. — (In *Bull. gén. de thérap.*, 30 mai 1856.)

SIROP BORATÉ.

Dans les cas de catarrhe laryngé, M. Trousseau préfère l'emploi de ce sirop à l'usage des gargarismes. Voici sa formule :

Borax.	15 grammes.
Sirop de sucre.	300 grammes.

M. S. A. à prendre par cuillerée à café, sept, huit ou dix fois par jour, en ayant soin de ne pas boire immédiatement, afin de prolonger le contact du sel avec la muqueuse affectée. — (In *Bull. gén. de thérap.*, 30 mai 1856.)

CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES A L'ADMINISTRATION DU SEIGLE ERGOTÉ.

Dans un mémoire intéressant, intitulé : *Études sur le seigle ergoté*, M. le docteur Ch. Dubreuilh de Bordeaux, a exposé de la manière suivante ce point délicat de pratique :

L'engouement des médecins qui veulent aujourd'hui l'employer (le seigle ergoté) dans toutes les affections, ne serait-il pas cause que l'on se méfie de ses propriétés et que cet agent précieux trouve des détracteurs qui le repoussent dans tous les accouchemens? Il ne s'agit pas d'être partisans déclarés, mais éclairés, du seigle ergoté; car les partisans les plus sincères de l'ergot, d'accord quant à ses propriétés obstétricales, ne le sont pas quant aux principes de son application aux cas particuliers. Les uns le restreignent rigoureusement à certaines règles, que bientôt ils transgressent, ou que d'autres prétendent pouvoir impunément dépasser. Le schisme commence lorsqu'il s'agit de rechercher les conditions favorables ou contraires à son application, et de formuler des préceptes pour servir de règle aux accoucheurs. « Délicate comme tout ce qui concerne la pratique de l'art, dit M. Danyau (Rapport à l'Académie de médecine), l'application de ces principes exige, sous peine d'insuccès, une grande sûreté de diagnostic et la vigilance la plus exacte. Si le seigle ergoté n'était jamais prescrit qu'à propos, si ses effets étaient toujours attentivement surveillés; si, prenant conseil des modifications de la circulation fœtale, on savait ou pouvait toujours terminer à temps l'accouchement avec le forceps dans le cas d'insuffisance et de danger pour l'enfant, on n'aurait point à déplorer les résultats qui, à diverses époques, ont été signalés en Amérique et en Angleterre, et qui le sont aujourd'hui chez nous. »

Nous avons fait tous nos efforts pour signaler les circonstances variées dans lesquelles le seigle ergoté avait été employé sous le rapport obstétrical, mais nous sommes loin de le représenter comme une panacée contre tous les obstacles de l'accouchement. Pour prescrire le seigle ergoté avec avantage, il faut être certain de l'inertie de la matrice, ne pas soupçonner un état inflammatoire ou une disposition à une maladie de l'utérus; il faut qu'il n'y ait pas de tendance manifeste à l'hémorrhagie, pas d'excès d'irritation, que le col soit souple et dilatable, que les douleurs soient très éloignées, que l'accouchement soit possible par les voies naturelles, que l'enfant soit dans une bonne position, que l'irritation générale ne soit pas très grande, qu'il n'y ait aucune tendance à une irritation de l'estomac, que le peu d'action de la matrice tienne à son manque d'excitabilité, que la tête soit avancée dans le détroit supérieur, et même dans l'excavation. Pour ce qui a rapport à la poche des eaux, ce que les uns considèrent comme contre-indication ne l'est pas pour d'autres, et souvent, même, ceux qui ont établi les contre-indications en préceptes sont les premiers à les transgresser. Pour nous, nous avons administré le seigle ergoté, avant et après la rupture des membranes amniotiques, et avons réussi; il y a un grand nombre de faits semblables. Les raisons qu'en donne le docteur Duparcque sont excellentes : « Il nous semble, dit cet auteur, qu'il y aurait moins de danger, soit pour la mère, soit pour l'enfant, de l'action de l'utérus, lorsque les membranes sont intactes que quand elles sont rompues et les eaux écoulées. Dans le premier cas, en supposant que les contractions utérines soient sans résultat expulsif, comme l'œuf humain oppose une résistance partout égale à la pression qu'exercent sur lui les parois utérines, il ne peut y avoir menace de rupture; tandis qu'après l'écoulement des eaux, les parties saillantes de l'enfant rendent cette résistance inégale, en même temps que la compression qui porte sur des points circonscrits de l'utérus; y exerce des violences qui prédisposent aux ruptures. D'un autre côté, la compression ressentie par le fœtus, étant transmise par les eaux qui la généralisent, doit être moins dangereuse pour lui que celle qui pèse sur certaines parties seulement.

Relativement aux différentes circonstances de présentation du fœtus, de volume de celui-ci, de diamètre du bassin, on ne peut établir aucune règle générale. Le seigle ergoté devra être administré seulement lorsque l'on pourra parvenir au but en provoquant des contractions énergiques de l'utérus. Il serait non seulement insuffisant, mais très dangereux, dans les cas de vice du bassin, de mauvaise conformation des organes génitaux, de cicatrices d'ulcères du col, où l'on aurait à craindre un épuisement extrême, des accidens graves et pour la mère et pour l'enfant.

Pour ce qui est des applications particulières, elles se refusent presque absolument à toute règle absolue, à tout principe positif. Ainsi, une position vicieuse, et par conséquent contre-indicative d'après les préceptes établis, peut ne pas mettre obstacle à son administration. Nous avons eu l'occasion de parler, dans le cours du mémoire dont j'ai extrait ces articles, de quelques présentations, de certaines adhérences du placenta, de cas d'éclampsie puerpérale, et de quelques autres circonstances qui en nécessitent exceptionnellement l'emploi. N'a-t-on pas aussi établi en précepte de n'administrer ce médicament que quand il existait déjà une dilatation suffisante de l'orifice utérin? Or, dans un grand nombre de cas où on n'a pas tenu compte de cette condition, le succès n'en a pas été moins certain et sans accident.

Nous l'avons recommandé dans les hémorrhagies, avant, pendant et surtout après l'accouchement, car alors on n'a plus rien à craindre de ses effets sur l'enfant; mais en face d'une hémorrhagie foudroyante, quelle qu'en soit la cause, où quelques minutes suffisent pour voir succomber une femme, comme nous en avons été témoin dans plusieurs circonstances, devons-nous attendre l'effet de ce remède? Dans le cas d'une malade qui présente un placenta greffé sur le col utérin, une convulsion, l'éclampsie, une perte après quelques heures de délivrance, une syncope, une rupture du cordon ombilical, enfin une hémorrhagie foudroyante, pouvons-nous attendre la préparation d'une poudre, d'une potion qui ne se trouve pas sous nos mains, dont il faut quelquefois attendre l'effet désiré une demi-heure? Non, sans doute; dans de pareilles circonstances, l'expectative des effets du seigle ergoté serait synonyme de continuation de l'hémorrhagie, qui aurait pour terminaison la mort, après quelques minutes d'attente inutile. Il convient alors, si la dilatation peut le permettre, d'introduire la main, ou bien de faciliter cette dilatation, afin de favoriser la version; en un mot, de terminer le plus promptement possible l'accouchement.

N'y aurait-il pas encore de l'imprudence à attendre l'effet du seigle ergoté, dans cette hémorrhagie désignée par Peu sous le nom de *perte interne*? Quand on la soupçonne, on doit porter le plus promptement possible la main dans l'utérus, entraîner les nombreux caillots qui s'y trouvent, exciter l'utérus, employer les réfrigérans, tenter aussi la compression de l'aorte abdominale, qui a eu de nos jours les plus beaux résultats.

Pour prescrire le seigle ergoté, lorsqu'il n'existe pas de dangers immédiats, il faut aussi avoir épuisé la patience que mérite la souffrance; celle-ci étant soutenue par la confiance que doit inspirer le médecin, et celui-ci étant rassuré par le courage des malades, il arrive très souvent qu'on peut éloigner l'usage de ce médicament parfois dangereux. Que de mal, en effet, l'inexpérience, une exploration superficielle, l'impatience, et quelquefois aussi une trop longue attente, ne peuvent-elles pas produire!

Un accoucheur éclairé, en prescrivant le seigle ergoté, avec les conditions que nous avons signalées plus haut, convertira en un agent de salut et de vie une substance qui peut être un agent de mort. Si l'on ne faisait pas en effet un étrange abus du seigle ergoté, — surtout les sages-femmes, — on ne discréditerait pas un moyen précieux lorsqu'il est employé avec mesure et dans les seuls cas qui en requièrent l'emploi. Pendant le travail, lorsque les contractions sont insuffisantes et nulles, on doit, avant d'y avoir recours, épuiser les frictions utérines, la marche, le toucher, et c'est surtout lorsque le travail sera peu avancé et qu'il y a inertie, qu'il faudra insister sur ces moyens; car ce médicament a pour effet presque habituel de déterminer des contractions constantes, non séparées par des intervalles de calme pendant lesquels la circulation utérine est modifiée quelquefois si profondément, que l'hématose fœtale ne peut plus se faire, et que le fœtus succombe lorsque le seigle ergoté est donné à une époque plus rapprochée du commencement du travail; l'enfant sera exposé aux conséquences de cette gêne de la circulation, jusqu'à ce qu'il soit possible de lui porter un secours efficace. Malheureusement, le témoignage des faits atteste des erreurs fréquentes et les plus douloureux revers. — (In *Union médicale de la Gironde*, mai 1856.)

COURRIER.

Nous apprenons, ce soir, que la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicales s'est de nouveau réunie.

Elle ne présentera qu'*une seule liste*, conformément aux désirs de l'Académie, mais une liste de thérapeutique.

L'ordre incroyable qu'elle avait adopté est maintenu !

En 1re ligne, M. Bayle;
En 2me ligne, M. Trousseau;
En 3me ligne, *ex æquo*, MM. Pidoux et Durand-Fardel.

La candidature de M. Moquin-Tandon n'est qu'ajournée, comme il l'avait lui-même demandé.

— M. Olozaga, ambassadeur d'Espagne, vient d'écrire à la Société d'acclimatation que la reine d'Espagne met à sa disposition une paire de kanguroos pour les acclimater en France. Ces animaux, originaires de l'Australie, réussissent parfaitement en Europe. Ils fournissent une viande excellente, un poil très estimé pour faire des tissus, et une peau employée utilement pour la chamoiserie et la cordonnerie.

Les kanguroos se sont très bien multipliés en Espagne, en Sicile, en France et en Angleterre. Le Muséum d'histoire naturelle en a élevé plusieurs; ils pourront donc augmenter chez nous le nombre des animaux alimentaires et industriels.

— S. M. le roi de Wurtemberg vient de conférer à M. le docteur Constantin James la croix de chevalier de l'ordre de Frédérick.

Pour toutes les nouvelles, Amédée Latour.

De l'hydrothérapie comme moyen abortif des fièvres typhoïdes. Mémoire auquel la Société de médecine du Gard (Nîmes) a accordé une mention honorable au concours de 1854; par M. le docteur E.-T.-L. **Diemer**, médecin aux bains d'Aix-la-Chapelle. Brochure in-8 de 128 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.
Paris, 1856, Victor Masson, libraire.

Recherches statistiques sur les causes et les effets de la cécité, par le docteur G. **Dumont**, médecin en chef de l'hospice impérial des Quinze-Vingts, inspecteur des établissemens d'eaux minérales du département de la Seine, chevalier de la Légion d'honneur. Grand in-8. — Prix : 4 fr.
Paris, 1856, Labé, libraire.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 68. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 5 Juin 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 59.
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital Beaujon, service de M. Bérier) : Hémorrhagie méningée, sous-arachnoïdienne. — III. (Hôpital de la Charité, clinique de M. le professeur Piorry) : Des hernies. — IV. PHYSIOLOGIE : Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les fonctions des muscles du pied. — V. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie des sciences). Séance du 19 mai : Appareil de l'adaptation de l'œil chez les oiseaux, les principaux mammifères et l'homme. — Sources de l'ozone atmosphérique. — Influence de l'ozone atmosphérique sur l'état sanitaire d'un pays. — (Académie de médecine). Séance du 3 Juin : Correspondance. — Rapport au nom de la commission des eaux minérales. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Recherches historiques sur l'épilepsie.

PARIS, LE 4 JUIN 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance encore presque entièrement absorbée par un comité secret, qui a commencé immédiatement après la lecture d'un rapport fait par M. Guérard, sur un travail de M. Durand-Fardel, intitulé : *Plan d'un cours sur les eaux minérales.* Pas un seul mot n'est arrivé jusqu'à nous de ce rapport, que, par dédommagement, nous nous empresserons de lire dans le *Bulletin*.

Le comité secret a été consacré à la lecture et à la discussion du rapport de la section de thérapeutique et d'histoire naturelle sur les candidatures à la place vacante dans cette section.

Ainsi que nous l'avions annoncé, la section a renoncé à la double liste et s'est décidée à présenter une liste unique en thérapeutique. Elle a persisté dans son classement des candidats. La discussion a été très vive et très agitée ; M. Velpeau y a encore joué le principal rôle, et, de toutes parts, il nous revient que l'illustre chirurgien a produit la plus grande impression sur l'assemblée. La section a eu le droit de faire son classement comme elle l'a entendu, mais l'Académie a le droit souverain du vote, et tout fait présumer que ce vote fera triompher la candidature de M. Trousseau.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital Beaujon. — Service de M. BÉRIER.

HÉMORRHAGIE MÉNINGÉE, SOUS-ARACHNOIDIENNE.

L'histoire des hémorrhagies méningées si complète au point de vue anatomo-pathologique (depuis les remarquables travaux de M. Lélut et de M. Baillarger, dont les conclusions ont été confirmées par les recherches plus récentes de Boudet, de M. Legendre, de MM. Rilliet et Barthez, de Prus, etc.) présente, au point de vue de la symptomatologie et du diagnostic, une incertitude désespérante pour le clinicien. Nous n'avons rien appris de positif à ce sujet depuis 1819, époque à laquelle M. Serres (*Annuaire méd.-chir. des hôp. civils*) a, pour la première fois, fait remarquer que les épanchemens méningés (sanguins ou autres) agissent seulement par compression, ne peuvent, comme les lésions matérielles de la pulpe cérébrale, desquelles résulte une rupture des fibres nerveuses, déterminer des paralysies durables de la sensibilité ou du mouvement et sont caractérisés par de la contracture ou du coma. Encore, cette proposition importante, qui eût permis d'établir une ligne de démarcation très tranchée entre les deux grandes classes de maladies encéphaliques : 1° celles qui affectent la substance cérébrale elle-même ; 2° celles qui atteignent seulement ses enveloppes, n'est-elle pas absolue, puisque M. Flourens a pu obtenir de la paralysie en produisant rapidement un épanchement sanguin dans l'intérieur du crâne par une plaie artérielle. Ceci explique la difficulté que nous éprouvons quand il s'agit de diagnostiquer une hémorrhagie méningée, au moins chez l'adulte, et l'impossibilité presque insurmontable qui nous empêche de différencier symptomatiquement l'une de l'autre les deux variétés anatomiques de cette affection. On sait, en effet, que le sang de l'hémorrhagie méningée est le plus souvent épanché dans la cavité de l'arachnoïde, et M. Baillarger nous a enseigné qu'il ne se trouve jamais entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde. Mais il peut quelquefois être accumulé au dehors de la cavité séreuse, et il est alors situé dans l'espace sous-arachnoïdien, entre le feuillet viscéral de l'arachnoïde et la pie-mère. M. Prus (*Mém. sur les deux maladies connues sous le nom d'apoplexie méningée*, Mém. de l'Acad. de méd., t. XI, 1845) a rapporté 6 cas de cette dernière variété, dont il a pu trouver 24 exemples mentionnés dans la science. Le plus souvent, c'est-à-dire 15 fois sur 24, cette hémorrhagie a été rapide et due à la rupture d'un gros vaisseau artériel ou veineux. Dans les autres, aucun vaisseau important n'ayant été trouvé lésé, on a pensé que l'hémorrhagie avait eu lieu *par exhalation*. Acceptons cette dénomination, quoique, pour nous, l'exhalation ne soit pas autre chose que le résultat d'une lésion vasculaire, affectant non plus les gros troncs, mais les capillaires, et rapprochons des faits relatés par Prus le suivant, que nous avons eu l'occasion d'observer cette année.

OBSERVATION. — D..., culottière, âgée de 52 ans, avait eu, depuis son enfance, des attaques d'épilepsie parfaitement caractérisées, avec cri initial, perte complète de connaissance, écume parfois sanguinolente à la bouche, stertor, convulsion ; puis fatigue, accablement considérable après l'attaque. Depuis vingt-cinq ans qu'elle vivait en concubinage avec un marchand de vin, dont l'échoppe est située près d'une barrière, elle faisait un abus excessif de vin et de liqueurs fortes, ne se contentant pas de ce qu'elle parvenait à dérober au comptoir ou à la cave, et dépensant en spiritueux tout l'argent qu'elle pouvait se procurer. L'ivresse était chez elle chose habituelle, et ces excès influaient sur les attaques épileptiques en les rendant plus fréquentes. C'est ainsi qu'après s'être enivrée plusieurs jours de suite, elle a eu jusqu'à deux accès d'épilepsie par semaine, tandis que, si on parvenait à l'empêcher de boire, elle restait quelquefois plusieurs mois sans en éprouver. Elle était d'un caractère excessivement irritable et colère, elle avait peu de suite dans les idées ; sa plus grande préoccupation était de rechercher les moyens de satisfaire sa passion pour les boissons alcooliques. Depuis quelque temps même, il lui était arrivé, indépendamment de ses colères et de ses divagations habituelles, de se livrer à des actes d'aliénation mentale, sur lesquels nous aurons à revenir.

Pour compléter ce qui concerne les antécédens, disons que, n'ayant jamais eu d'enfans ni de fausses couches, elle n'était plus réglée depuis une douzaine d'années, mais qu'autrefois sa menstruation était régulière et n'avait jamais été assez abondante pour présenter les caractères d'une véritable métrorrhagie.

Depuis le commencement de cette année, elle s'enivrait encore plus fréquemment, et ses accès épileptiques, sans être plus rapprochés, étaient plus violens et avaient une durée plus longue. C'est depuis cette époque qu'il lui est arrivé de délirer, alors même qu'elle était ou qu'elle paraissait être à jeun. Ainsi, un jour, elle se jette, en fureur, sur une personne qui entre chez le marchand de vin et qu'elle ne connaît même pas ; une autre fois c'est une de ses amies qu'elle veut frapper. Enfin, un matin, elle sort en chemise, et se livre, au milieu de la rue, à des actes extravagans. Depuis quelque temps, elle avait en location un terrain qu'elle cultivait elle-même, et dans lequel elle passait la plus grande partie de la journée, exposée aux intempéries de la saison, et surtout aux brusques changemens de température qui ont signalé le commencement de ce mois (avril 1856). Le soleil, la pluie, le froid, ne l'empêchaient pas de continuer son jardinage. On l'a même plusieurs fois surprise se roulant à terre, au milieu de son jardin, par la pluie. Sa santé générale, habituellement bonne, semblait altérée depuis plusieurs semaines. Bien qu'elle ne se plaignît pas de céphalalgie, elle avait la face rouge, vultueuse, elle n'avait pas d'appétit, et vomissait fréquemment après ses repas. Il y a environ une quinzaine de jours, ces vomissemens sont devenus plus opiniâtres et se sont montrés même dans l'intervalle des repas, surtout le matin ; ils étaient bilieux ; en même temps, il y avait de la constipation qui durait depuis dix jours ; enfin, il était survenu des douleurs dans les membres, surtout dans les articulations des genoux, des deux côtés, mais principalement à gauche ; de ce dernier côté, les douleurs retentissaient jusque dans la hanche, et la marche en était gênée.

Feuilleton.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR L'ÉPILEPSIE ;

Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 29 Avril 1856,

Par M. le docteur JOSAT.

(Suite. — Voir les numéros des 29 Mai et 3 Juin 1856.)

MORBUS LUNATICUS ET ASTRALIS ; — MAL LUNATIQUE ET ASTRAL.

Par exemple, celle qui tombe sous ma plume en ce moment, tout en se présentant dans son ordre chronologique ; le *morbus lunaticus et astralis*, mal lunatique ou astral des auteurs sacrés et de l'école cabalistique.

J'ai eu l'idée de séparer ces deux dénominations et de consacrer une sorte de notice historique à chacune : puis, en méditant sur les documens que j'ai pu recueillir, j'ai vu qu'ils pouvaient très bien fournir les élémens d'une histoire commune à toutes deux.

Toutefois, il doit rester établi que la dénomination de *morbus astralis*, a été l'expression privilégiée de l'école cabalistique ou astrologique.

Je dois placer ici une observation que j'ai peut-être eu tort de ne pas placer plus tôt.

Toutes ces expressions *morbus Herculeus, comitialis, astralis, lunaticus*, etc., celle même d'épilepsie, sont pour ainsi dire contemporaines, il ne faut pas qu'on s'y trompe, on les trouve dans tous les auteurs anciens, et, sous ce rapport, il n'y a pas en réalité de série chronologique. Celle que nous établissons dans ce travail n'est qu'une exigence de méthode et rien de plus.

Ce que je me suis proposé, c'est d'établir bien positivement qu'à certaines époques de l'histoire de la médecine, telle ou telle dénomination imposée avec une espèce de préférence, par une école ou une secte, à l'épilepsie, est devenue une sorte de mot d'ordre dans cette école ou dans cette secte. On le verra surtout pour la médecine astrologique et pour la médecine théurgique ou théosophique.

Ces réflexions m'amènent tout naturellement à répéter ce que chacun sait de reste, que l'expression *morbus lunaticus* a pris naissance dans l'ancienne Égypte. Nulle part, en effet, on a cru davantage aux influences lunaires.

D'après les Égyptiens, la lune exerçait un empire souverain sur les vents, et pompait les eaux croupissantes. De là ses influences malfaisantes, influences qui augmentaient d'énergie à mesure qu'elle approchait de son *plein*. On l'accusait tout spécialement de causer la frénésie (1).

Cet astre, probablement parce qu'il ne paraît que la nuit, leur inspirait une crainte et une frayeur inouïes. Ses influences étaient extrêmement redoutées, et c'est de là que l'on fait venir les conjurations des anciens magiciens de Thessalie, celles des femmes de Crotone, et tous les sortiléges enfin et les superstitions de divers genres qui, de l'Égypte, se répandirent partout anciennement, pour reparaître à une époque peu éloignée de la nôtre.

Cette croyance à l'influence de la lune sur un certain nombre de maladies, se perd en réalité dans l'obscurité des siècles. L'Isis des Égyptiens paraît avoir symbolisé cette influence *morbifère* vraie ou prétendue de l'astre des nuits. Il est certain, en effet, qu'on mettait sur le compte de cette divinité malfaisante une foule de maladies et particulièrement l'épilepsie.

C'est donc tout au moins jusqu'aux Égyptiens qu'il faut faire remonter la croyance aux influences de la lune sur les maladies en général, et l'épilepsie tout particulièrement. C'est aussi de l'Égypte qu'est partie cette opinion pour se répandre chez tous les autres peuples de l'antiquité, car il est certain qu'on la retrouve partout.

Les Grecs, après les Égyptiens, personnifièrent aussi la lune sous le nom d'Hécate et lui attribuèrent les mêmes influences malfaisantes. Les maux les plus hideux étaient de son fait, et l'épilepsie en première ligne.

Les Romains non seulement acceptèrent toutes les opinions des Grecs au sujet des propriétés morbifères de l'astre des nuits, ils allèrent encore jusqu'à étendre ses influences sur les végétaux, et à établir une sorte de sympathie entre la maladie influencée et la plante qui devait la combattre.

Mais qu'est-ce que cela, mon Dieu, en face de toutes les extravagances que nous avons à dérouler ?

Nous allons voir le XVIme siècle porter bien autrement loin que les Égyptiens, les Grecs et les Romains, les attributions pathogéniques des astres et de la lune spécialement. Non seulement les écoles de ce siècle, qu'on a appelé justement le siècle enthousiaste par excellence, rapporteront à la lune, comme à sa cause, l'épilepsie, mais elles feront dépendre des phases de cet astre la fréquence des accès, leur intensité et jusqu'aux mille formes qu'ils offrent dans leur manifestation.

J'entre en matière :

Jamais, dit Lieutard, on n'entendit parler autant d'influences astrales que dans le XVIme siècle.

On a attribué à une circonstance assez singulière, l'introduction de l'astrologie dans la médecine, et l'immense ascendant qu'elle eut dans toute l'Europe pendant la moitié de ce siècle.

Valentin Trutiger (1), médecin de Wittemberg, affirmait avoir remarqué que la ville de Brandebourg avait été ravagée par des maladies pestilentielles, toutes les fois que Saturne et Mars s'étaient montrés dans le signe du Capricorne et dans celui du Cancer. Il annonça une peste pour 1564 et 1566, d'après la conjonction de Saturne et de Jupiter dans le signe du Cancer. Cette prédiction se réalisa, et dès lors la médecine astrologique fut à l'*apogée*.

Mais voici le grand médecin entre les Allemands, comme disent les vieilles chroniques, celui qu'on a appelé le Luther de la médecine, Paracelse enfin.

Il bouleversa toute la science, inventa les élémens chimiques et fit reparaître toutes les absurdités théosophiques et théurgiques (2).

Pour lui, tout vit dans la nature. Les étoiles sont des hommes comme

(1) *Encyclop. méth.*, art. LUNE.

(1) Moehsen, p. 418.
(2) Sprengel.

La malade se traitait en mâchant et en prisant du camphre. Mais, ne renonçant pas à ses excès, elle s'enivra et eut une violente attaque d'épilepsie il y a environ quinze jours. Elle continua à travailler dans son jardin jusqu'au 18 avril. Elle n'avait pas de tremblement des membres. Jamais elle n'a eu de paralysie, soit complète, soit incomplète.

Après être restée, comme je viens de le dire, dans son jardin toute la journée du 18, bien qu'elle fût déjà très souffrante, elle passa une nuit assez inquiète et agitée. Vers une heure du matin, on l'entendit pousser un cri qui ne fut pas suivi d'attaque, et, après s'être réveillée en sursaut, elle se rendormit tout en étant fort agitée. Le 19, au matin, elle se leva, mais ne put rester longtemps debout; et à peine s'était-elle remise au lit, qu'elle eut une attaque comme celles que l'on était habitué à lui voir; aussi se contenta-t-on de veiller à ce qu'elle ne put pas se blesser pendant ses mouvemens convulsifs. Lorsqu'on vit que cet accès, qui avait commencé à sept heures du matin, se prolongeait d'une façon insolite et avec des redoublemens, sans que la malade reprît connaissance, on songea à appeler un médecin qui lui fit administrer un peu de sirop d'éther, et se décida à la faire transporter à l'hôpital Beaujon à trois heures du soir. Elle fut couchée salle Ste-Monique, n° 319. Notre collègue, M. Aubrée, qui était de garde, lui pratiqua une saignée du bras de 500 grammes, et lui fit appliquer des sinapismes aux membres inférieurs. Lorsque nous la vîmes, deux ou trois heures environ après la saignée, elle était dans le décubitus dorsal, la face très congestionnée, les lèvres couvertes d'une mousse blanche fine, qui était agitée à chaque mouvement d'inspiration et surtout d'expiration, en produisant un bruit perceptible à distance. Les membres, par instant immobiles, étaient, toutes les trois ou quatre minutes, le siége de convulsions toniques, ils se raidissaient, la respiration devenait plus gênée, les dents se serraient. Ces attaques répétées se succédèrent sans interruption pendant toute la nuit, pour ne se calmer que le matin.

A la visite du 20, nous trouvâmes cette femme toujours immobile, mais sans convulsions; la face était moins rouge; il n'y avait plus de mousse. L'intelligence, sans être complète, semblait devoir revenir peu à peu. Ainsi il nous fut possible d'attirer l'attention de la malade, car elle tournait les yeux du côté de la personne qui lui parlait; et une fois, mais une seule fois, elle répondit par un monosyllabe à une des questions qu'on lui adressait. Il y avait une obtusion de la sensibilité et de la motilité, analogue à celle que nous venons de noter du côté de l'intelligence; quelques mouvemens lents prouvaient qu'elle ressentait la douleur lorsqu'on la pinçait vivement; il y avait un peu de résistance lorsqu'on essayait de faire mouvoir ses membres; mais cette résistance pouvait se surmonter assez facilement pour qu'il n'y eut pas lieu de la croire due à une contracture. Du reste, ces phénomènes ne nous ont pas paru avoir plus d'intensité à droite qu'à gauche.

Dans la journée, le coma augmente; on peut encore la faire boire; mais il faut, pour la réveiller, la secouer assez vivement. Le soir, elle a une nouvelle attaque convulsive, à la suite de laquelle elle meurt à six heures.

Autopsie le 22, à dix heures du matin. Temps sec et frais. — Pas de trace de putréfaction. Un peu de congestion aux mollets et aux cuisses, dans les points où ont séjourné les sinapismes. Genou gauche plus volumineux que le droit. Les deux articulations fémoro-tibiales contiennent plus de synovie qu'à l'état normal, mais la gauche en renferme environ le double que la droite. La synoviale est injectée et tomenteuse. Poumons, cœur, tube digestif, reins, à l'état normal. Foie gras. Rate molle, se déchirant facilement. Utérus contenant des corps fibreux.

Encéphale. — Un peu d'injection de la dure-mère. Sang noir dans les sinus. Il s'écoule, au moment où l'on enlève la voûte crânienne, une certaine quantité de sérosité qui paraît venir de la cavité arachnoïdienne, et qui n'est pas mélangée de sang. On aperçoit, par transparence à travers le feuillet viscéral de l'arachnoïde, des collections sanguinolentes étalées en couches minces sur la surface des circonvolutions. Ces couches existent sur la convexité de chacun des hémisphères cérébraux, plus épaisses à droite qu'à gauche. On les retrouve également sur les faces postérieure et supérieure du cervelet, où elles sont encore plus marquées que sur l'hémisphère droit; leur coloration est celle du sang veineux. A travers cette couche de sang, on aperçoit encore, par transparence, la substance cérébrale sur la convexité du cerveau; mais elle ne s'aperçoit plus sur la face supérieure, ni sur les parties latérales de la scissure médiane du cervelet, où l'on ne voit que la coloration sanguine. Ce sang n'est pas coagulé, il est fluide; et en pressant sur les points où il se trouve accumulé, on peut le déplacer et le faire voyager sur les circonvolutions et dans les anfractuosités entre la pie-mère et l'arachnoïde. Dans les ventricules cérébraux, on trouve de la sérosité mélangée à du sang, et présentant une coloration analogue à celle du liquide épanché entre les méninges pie-mère et arachnoïde. Cette sérosité sanguinolente ne se retrouve pas dans le ventricule cérébelleux. En aucun point, les membranes ne sont épaissies ni adhérentes à la substance nerveuse. En aucun point, on ne trouve d'altération du tissu cérébral, ni ramollissement, ni foyer hémorrhagique; il n'y a même pas cette coloration piquetée qui se rencontre si fréquemment quand l'agonie a été lente.

Il y a, dans l'observation qu'on vient de lire, une complication importante que nous devons signaler tout d'abord : c'est l'épilepsie. Évidemment elle ne peut être ici considérée comme un effet de l'hémorrhagie méningée; plutôt en serait-elle une cause prédisposante. Les accès épileptiformes ou les contractures n'ont, du reste, jamais été notés dans aucune des six observations rapportées par Prus. Ils ont existé seulement dans quelques cas d'hémorrhagie par rupture artérielle. Ainsi: dans un fait observé par Magendie, il y a eu des *mouvemens violens et convulsifs*; dans un autre, dû à Boudet, il y a eu de la *contracture*; enfin, M. Huguier m'a dit avoir trouvé une hémorrhagie méningée provenant de la rupture d'un anévrysme de l'artère basilaire, chez un sujet qui avait succombé *pendant une attaque d'épilepsie*.

Le phénomène principal, le seul qui, suivant Prus, se soit retrouvé chez tous les malades, c'est le *coma*, qui a été aussi très remarquable chez le sujet de notre observation. Mais on ne peut songer à faire un signe pathognomonique de ce symptôme, qui se retrouve dans presque toutes les affections encéphaliques. Devrait-on attacher plus d'importance à cet état d'*affaissement* particulier sur lequel Prus insiste à propros de sa troisième observation, et qu'il fait remarquer avoir existé également chez les sujets des observations 1re et 2me? Mais cet affaissement ne se retrouve plus dans l'observation 4me, où il s'agit d'une femme prise, à la suite d'un repas indigeste, de vomissemens, pendant lesquels le coma survient subitement; ni dans la 5me, où l'hémorrhagie s'est produite chez un sujet qui avait déjà été plusieurs fois affecté de méningite; bien moins encore dans la 6me, dans laquelle la mort eut lieu subitement et sans aucun symptôme précurseur. Du reste, il n'est pas bien manifeste dans notre observation, car il y avait plutôt du rhumatisme et de la courbature, suite de fatigues exagérées et d'une exposition prolongée aux intempéries de l'atmosphère, qu'un affaissement spécial.

Outre le coma et l'*absence de paralysie*, nous trouvons encore, dans ce cas, une des particularités sur lesquelles Prus a longuement insisté, c'est la *terminaison rapide* de la maladie, qui, suivant lui, établit une différence très appréciable entre les deux formes de l'hémorrhagie méningée. Ce qui constituerait cette différence, c'est que l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne peut durer un mois et plus, tandis que l'hémorrhagie extra-arachnoïdienne ne s'est jamais prolongée au delà de huit jours; cette durée extrême de huit jours n'ayant même été observée qu'une seule fois, dans un des faits empruntés à Morgagni. Dans ceux de Prus, la mort a eu lieu après une durée moyenne de quarante-huit heures à dater du moment où l'on a pu constater l'existence des premiers symptômes qui ont attiré l'attention du côté des organes encéphaliques. Une fois (obs. 4me) la maladie a duré deux heures; dans un autre cas (obs. 6me), la mort a été instantanée, et, à ce sujet, l'auteur fait remarquer que l'hémorrhagie méningée peut, bien plus que l'hémorrhagie cérébrale, mériter la dénomination d'apoplexie foudroyante. Chez notre malade, la mort a été également très prompte, puisqu'elle est survenue au bout de trente-six heures. Ce peu de durée de la maladie expliquerait l'absence de coagulation du sang épanché et surtout l'absence des fausses membranes qui, d'habitude, se développent autour des foyers sanguins. Mais dans les cas où la durée a été plus longue, même dans celui de Morgagni, où la mort n'a eu lieu que le neuvième jour, on n'a pas trouvé ces fausses membranes qui, dans les hémorrhagies intra-arachnoïdiennes, sont déjà formées du quatrième au cinquième jour. Prus fait soigneusement ressortir cette circonstance qui sert de base principale à son diagnostic différentiel. En effet, le mouvement phlegmasique, en vertu duquel se forment les fausses membranes autour du caillot dans l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne, devra déterminer des *phénomènes fébriles* qui ne se rencontreront pas dans l'autre forme. De plus, cette opération curative, dont le but est d'abord de limiter le caillot, puis de le résorber, peut dépasser les bornes d'un travail réparateur, et devenir le point de départ d'une inflammation qui se propagera à toute la séreuse, en provoquant une recrudescence de la *fièvre* et l'apparition du *délire*, symptômes que l'on ne sera jamais exposé à rencontrer si l'hémorrhagie est extra-arachnoïdienne. Ce sont là des signes importans dont la valeur ne saurait être appréciée par nous, et pour la confirmation desquels un fait isolé comme le nôtre ne peut suffire, car ils auraient besoin d'être appuyés sur une étude comparative d'un nombre d'observations plus considérable que celui dont on peut actuellement disposer.

Je terminerai ces considérations, déjà trop longues, en faisant remarquer que, jusqu'à présent, l'étiologie de cette affection est des plus obscures. Suivant Boudet, l'influence d'une saison serait incontestable, et le *printemps* serait l'époque de l'année la plus favorable à son développement. Suivant M. Legendre, l'influence de la *colère* ne saurait être révoquée en doute, car son effet fut immédiat chez un de ses malades. Ces deux causes, les seules que nous devions admettre, se sont trouvées réunies chez la femme dont nous venons de rapporter l'histoire. Elle a été atteinte au printemps, après s'être exposée pendant plusieurs jours à de brusques variations de température; et la colère était chez elle chose habituelle. L'*ivresse* à laquelle elle était adonnée, et l'*épilepsie* dont elle était depuis si longtemps affectée, sont deux circonstances accessoires dont l'action vient trop directement s'ajouter à celle des deux causes déjà mentionnées, pour qu'il soit permis de les passer sous silence.

Dr T. Gallard,
Interne.

Hôpital de la Charité. — Clinique de M. le professeur Piorry.

DES HERNIES.

En se fondant sur des faits nombreux, et particulièrement sur certains cas dans lesquels des malades, ayant une peau très amincie, ont été guéris de hernies en portant un bandage, et *surtout en prenant de l'embonpoint*, M. Piorry a pensé qu'il ne serait pas impossible d'obtenir la guérison radicale des

---

nous; elles souffrent les mêmes maladies, t nos maux ne sont que la copie de ceux qu'elles éprouvent. D'où il suit qu'en comparant le *macrocosme* avec le *microcosme* on peut toujours reconnaître l'origine des maladies.

Entre elles apparaît l'épilepsie comme maladie *cardinale*. C'est la maladie astrale par excellence. Elle est, pour employer les expressions de Paracelse lui-même, le tremblement de terre du microcosme, le microcosme en révolution, et de cette révolution résulte l'effervescence de l'esprit vital ou l'épilepsie (1).

Cet enthousiaste brûle Avicenne et Galien, est tout aussi irrespectueux pour Hippocrate, affecte un profond mépris pour toutes les universités, se proclame le seul *génie* médical de l'Allemagne, et lance la médecine astrologique sur l'Europe.

Elle l'envahit bientôt. Les plus grands hommes lui paient tribut. Jusqu'à notre grand Paré que l'on voit raconter avec une bonne foi et une candeur exemplaires l'histoire d'une épilepsie qu'il juge tout à fait à la façon de Paracelse.

Le fait est établi: les premiers médecins, les savans les plus célèbres au XVIme siècle, sont tous plus ou moins astrologues, et conséquemment prétendent expliquer tous les changemens du corps humain par les constellations.

Leur prépondérance devient même telle, qu'ils inondent pour ainsi dire l'Europe de calendriers médico-astrologiques sur lesquels on voit chaque constellation placée en correspondance avec une maladie et son remède. Ceci me rappelle le bon Éraste se plaignant de ne jamais pouvoir saigner ou purger à la cour du comte de Henneberg sans consulter le calendrier.

Ainsi donc, pour l'école cabalistique, toutes les maladies dépendent des astres.

Mais entre toutes, l'épilepsie fut de suite jugée admirablement propre à servir les projets de cette théosophie menteuse.

En effet, ses causes ignorées, sa nature plus obscure encore, ses accès prompts comme la foudre, ses symptômes effrayans, son pronostic obscur, sa guérison rarement radicale, mais si souvent apparente; tout se trouvait réuni pour faire de cette terrible affection le piége où devait venir se prendre la crédulité des peuples.

Elle fut donc proclamée par les adeptes la maladie astrale par dessus toutes; maladie astrale cardinale, pour parler la langue de Séverin et de Cardan. Son nom même devint comme le frontispice de l'école, et on ne parla plus que des *lunatiques* et de leurs guérisons.

Le nombre en devint prodigieux; et cette triste affection que les familles de nos jours désirent tant dérober à la connaissance du public, était alors, d'après les auteurs, un mal que la jactance des médecins astrologues avait presque mis à la mode, tant la certitude où l'on se croyait de la guérison avait amoindri les proportions de la maladie.

Veux-je dire par là qu'il n'y a que mensonge et fourberie dans cette médecine astrologique qui a étouffé le sens commun pendant plus d'un demi-siècle?... Non. Il y a à faire trois parts, celle du charlatanisme, celle de l'engouement et celle de la vérité.

La dernière n'est que trop mince. L'équité n'en veut pas moins qu'on l'établisse.

Nier absolument l'influence des astres en général, serait déjà fort hasardé; mais refuser à la lune particulièrement une part, si minime qu'elle soit, dans les modifications que subissent les maladies pendant leurs cours, serait plus que téméraire.

Ce serait s'inscrire en faux contre des opinions respectables et rejeter des faits présentant tout au moins une coïncidence bien remarquable avec les modifications apparentes par lesquelles passe la lune (1).

Et pour ne parler que de l'épilepsie, je pourrais citer plus de vingt auteurs, et des plus recommandables, qui signalent cette concordance des accès avec les phases du satellite de la terre.

J'ai eu momentanément sous les yeux un vieil auteur dont je recommanderais volontiers la lecture à quiconque repousserait quand même l'opinion des influences lunaires (1). L'épilepsie, envisagée comme maladie astrale y est traitée de main de maître, et sauf des erreurs qui tiennent aux préjugés de l'époque, il y a dans l'ouvrage des aperçus d'une haute portée.

(*La suite à un prochain numéro.*)

(1) *Voyez* Severin, c. 12, p. 149, et Paracelse lui-même, lib. 1, p. 487 et p. 598.

(1) Plus je consulte l'histoire sur cette question, plus je suis frappé de l'adhésion presque universelle des auteurs les plus recommandables à certaines doctrines de la médecine astrologique :

On a révoqué en doute, pendant un certain temps, l'influence de la lune sur notre globe. Les fables grossières et absurdes dont on avait surchargé cette matière, avaient justement couvert de ridicule l'opinion des anciens philosophes qui admettaient cette influence; mais depuis qu'on a observé avec exactitude, on a découvert que les animaux et les végétaux éprouvent réellement des modifications plus ou moins sensibles, selon les divers degrés d'actions qu'exercent les astres, et spécialement la lune sur notre atmosphère, et que le retour de certaines maladies coïncidait avec les diverses phases de cet astre. (Tourtelle, *Elem. d'hyg.*, t. I, p. 211.)

La lune a la plus grande influence, par sa lumière, sur les animaux et les végétaux. Si elle agit sur eux par son calorique, ce ne peut être que très faiblement, car ses rayons reçus sur un miroir ardent, ne produisent aucun changement sensible sur le thermomètre placé au foyer. (*Idem*, p. 214.)

On sait que la lumière lunaire brunit et altère le teint; et il est certain que le plus grand accroissement des plantes se fait pendant la nuit, comme l'observe Bernardin de Saint-Pierre. Il y a même plusieurs végétaux qui ne fleurissent qu'aux rayons de cet astre.

Des classes nombreuses d'insectes, d'oiseaux, de quadrupèdes et de poissons règlent leurs amours, leurs chasses et leurs voyages sur les différentes phases de cette planète. (*Idem.*)

Les observations barométriques prouvent que l'air devient plus ou moins pesant, selon que la lune est périgée ou apogée.

Il est constant, d'après l'examen d'un journal de quarante huit années, que les hauteurs moyennes du baromètre sont plus grandes lorsque la lune est apogée, que quand elle est périgée. (*Idem*, p. 217.)

Toutdo a fait, comme on sait, une table lunaire, de laquelle il résulterait que, sur 1,106 nouvelles lunes, il y a eu 950 changemens de temps. Il en conclut, avec raison, l'influence de cet astre sur la santé et la vie des hommes. Il va jusqu'à lui attribuer les morts subites et la fréquence des décès chez les vieillards pendant les pleines lunes.

(1) Eosco, médecin italien de je ne sais quel pape. — *De usu et abusu astrologiæ in arte medicâ*, 1564. Ouvrage presque introuvable.

hernies par l'ablation d'une portion de peau faite aux dépens des tégumens abdominaux. De cette manière, on détermine une tension très prononcée de cette membrane au niveau de la hernie.

Avant de songer à proposer cette opération, M. Piorry s'est assuré de l'efficacité de ce moyen par une manœuvre qui conduit au même résultat. Il a fortement saisi le tégument de l'abdomen, à quelques centimètres en dedans de l'anneau inguinal qui donnait passage à la hernie; il a ensuite tiré la peau en dedans, de manière à établir au devant de l'anneau une tension assez forte. Or, dans ces cas, au moment où l'on venait de pratiquer cette manœuvre, il est constamment arrivé que la hernie sortait avec moins de facilité, et, quand celle-ci était peu considérable, le malade pouvait tousser ou se moucher impunément, sans déterminer de nouveau la sortie des anses intestinales.

Un fait de ce genre vient de se présenter salle St-Charles, n° 13. Il s'agit d'une hernie assez volumineuse contenant évidemment des anses d'intestin. Les tégumens étaient amincis, ridés, flasques, et sans aucune résistance; le moindre effort de la respiration expulsait de l'abdomen une tumeur plus grosse qu'un œuf. La peau ayant été saisie, comme il vient d'être dit plus haut, M. Piorry la porta vers la ligne blanche en la tiraillant, et obtint ainsi une certaine tension au niveau de l'anneau. On fit tousser et respirer le malade; la hernie sortit à peine; et quand la tension de la peau fut portée à son plus haut point, il n'y eut plus d'apparence extérieure de hernie; l'anneau inguinal dilaté permettait pourtant l'introduction de trois doigts.

Les applications de ce fait sont d'une extrême importance; elles conduiront à avoir recours à des moyens de ce genre pour maintenir la hernie, ou, du moins, pour favoriser l'action des moyens contentifs. Dans une opération de hernie étranglée, on devra faire la section de la peau en dehors de la hernie, de façon à tendre le tégument en y rapportant le lambeau de peau; de même on enlèvera une portion de peau quand on ne cherchera qu'à en augmenter la tension.

Ce n'est pas, du reste, le seul cas où l'excision d'une portion du tégument soit d'une grande utilité pour la curation des parties situées au-dessous. Dans les varices où la peau est flasque, il suffit de faire un pli à cette membrane pour que sa rigidité vienne suppléer à la distension des vaisseaux. De même certains cas d'ectropion consécutifs à la rétraction d'une cicatrice, disparaissent lorsqu'on enlève un lambeau qui, permettant la tension du tégument, contrebalance l'action de la cicatrice vicieuse.

Dr F. Duriau.

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES ÉLECTRO-PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES SUR LES FONCTIONS DES MUSCLES DU PIED;

Communiquées à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 3 Juin 1856,

Par le docteur Duchenne de Boulogne.

Six muscles sont spécialement destinés à mouvoir le pied sur la jambe; ce sont le triceps sural (jumeaux et soléaire), le long péronier latéral, le jambier antérieur, le long extenseur des orteils, le jambier postérieur et le court péronier latéral.

Les deux premiers produisent l'extension du pied, les deux suivans la flexion, et les deux derniers ses mouvemens latéraux, indépendamment de la flexion et de l'extension.

Il n'existe pas de muscle qui produise directement l'extension ou l'abduction, c'est-à-dire indépendamment de l'adduction ou de l'abduction et de la torsion du pied en dedans ou en dehors, ces mouvemens d'extension ou de flexion directes ne peuvent être obtenus que par des combinaisons musculaires. Ainsi le triceps sural est extenseur adducteur, et le long péronier latéral extenseur abducteur, et de leur action combinée, résulte l'extension directe; le jambier antérieur est fléchisseur adducteur, et l'extenseur commun des orteils fléchisseur, abducteur, et en se contractant, ces deux muscles fléchissent directement le pied.

Il serait rationnel de tirer la dénomination des muscles moteurs du pied de la fonction pour laquelle ils ont été créés; c'est cette dénomination que j'ai adoptée pour rendre plus simple et plus claire l'étude physiologique qui fait l'objet de ces recherches.

EXTENSION DU PIED.

Électro-physiologie. — I. L'extenseur adducteur (triceps sural, jumeaux et soléaire) étend avec une grande puissance l'arrière-pied et la moitié externe de l'avant-pied. Il n'exerce aucune action sur la moitié interne de l'avant pied.

Après avoir produit le maximum d'extension du pied dans son articulation tibio tarsienne, il lui imprime un mouvement de pivot sur l'axe de la jambe, de manière que sa pointe est portée en dedans et le talon en dehors, et en même temps il le fait tourner sur son axe antéro-postérieur en abaissant davantage son bord externe, tandis que son bord interne s'élève. Il en résulte que la plante du pied regarde en dedans.

II. On peut diviser en deux temps les mouvemens articulaires qui ont lieu dans le tarse, sous l'influence de l'extenseur adducteur, savoir, un premier temps pour le mouvement de l'articulation tibio-tarsienne, et un second temps pour celui de l'articulation calcanéo-astragalienne.

III. Dans le premier temps le calcanéum, en s'étendant, fait mouvoir l'astragale dans sa mortaise et entraîne puissamment dans le mouvement d'extension qui en résulte le cuboïde et les deux derniers métatarsiens, comme s'ils ne formaient qu'un seul os avec lui, parce qu'il leur est uni, par le ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, très solidement et de telle sorte que ces os ne peuvent se mouvoir de bas en haut que dans une étendue très limitée.

Mais comme il n'existe pas à la face plantaire de ligamens qui, pendant l'extension de l'arrière-pied, empêche la partie interne de l'avant-pied de remonter si une force agit sur elle en sens contraire de l'extension, le premier métatarsien, le premier cunéiforme et le scaphoïde cèdent à la plus légère résistance qui leur est opposée par le sol, malgré l'extension puissante exercée par le triceps sural sur les autres parties du pied.

IV. Le second temps commence au moment où l'astragale est arrivée aux dernières limites de son mouvement d'extension. A ce moment, le diamètre antéro-postérieur des surfaces de l'articulation calcanéo-astragalienne est oblique de bas en haut et d'avant en arrière. Il en résulte que, dans cette attitude d'extension de l'arrière-pied, la moindre traction exercée sur le tendon d'Achille fait glisser le calcanéum sur l'astragale.

Ce glissement ne peut se faire d'avant en arrière, parce que les ligamens qui unissent le calcanéum à l'astragale et au scaphoïde s'y opposent. Mais le calcanéum peut se mouvoir sur l'astragale, suivant la direction des facettes de l'articulation sous-astragalienne qui sont oblongues de dedans en dehors et d'avant en arrière. Ce glissement du calcanéum sur l'astragale produit un double mouvement de rotation, du calcanéum sur l'axe de la jambe et sur son axe antéro-postérieur. C'est ce double mouvement du calcanéum qui produit l'adduction du pied et son renversement en dehors sur son bord externe.

V. L'extenseur abducteur (long péronier latéral) abaisse le bord interne de l'avant-pied et creuse la voûte du pied, maintient solidement, à la manière d'un ligament, le premier métatarsien dans cet état d'abaissement, pendant que l'extenseur adducteur étend puissamment l'arrière-pied et la partie externe de l'avant-pied dans l'articulation tibio-tarsienne.

Ensuite, il imprime au pied un double mouvement de rotation, en vertu duquel ce dernier se porte dans l'abduction, pendant que son bord externe s'élève.

VI. L'abaissement du bord interne du pied par l'extenseur abducteur est le résultat d'une série de petits mouvemens articulaires successifs; ainsi, le premier métatarsien s'abaisse sur le premier cunéiforme, celui-ci sur le scaphoïde, et ce dernier sur l'astragale. La tête du premier métatarsien est alors abaissée, chez l'adulte, d'environ 1 centimètre 1/2 par le premier mouvement, et de 1 centimètre par le second, le dernier mouvement a moins d'étendue.

Au maximum d'action de l'extenseur abducteur, la tête du premier métatarsien se trouve placée sur un plan inférieur à la tête du second métatarsien.

Le mouvement du bord interne de l'avant-pied ayant lieu alors obliquement en bas et en dehors, il en résulte que la tête du premier métatarsien exécute une sorte de mouvement d'opposition et va recouvrir un peu la tête du second métatarsien.

Enfin, au plus haut degré de contraction de l'extenseur abducteur, les trois cunéiformes sont serrés les uns contre les autres par leur face inférieure, ce qui imprime à l'avant-pied une torsion qui se propage à tous les métatarsiens et diminue le diamètre transversal de l'avant pied.

Comme corollaire des faits exposés ci-dessus (V et VI), on peut formuler la proposition suivante: l'extenseur abducteur forme la voûte plantaire; son défaut d'action doit produire le pied plat, son excès d'action est nécessairement suivi du pied creux.

VII. Les mouvemens d'abduction du pied et d'élévation de son bord externe, produits par l'extenseur abducteur, résultent du glissement du calcanéum sur l'astragale en sens inverse de celui qui a lieu sous l'influence de l'extenseur adducteur.

Ce glissement est favorisé par les dispositions anatomiques des surfaces de l'articulation calcanéo-astragalienne; mais il ne pourrait se faire sans la fosse triangulaire profonde qui termine, en dehors, le sillon interosseux creusé sur la face supérieure du calcanéum. En effet, pendant que l'astragale se meut sur le calcanéum sous l'influence de la contraction de l'extenseur abducteur, la moitié externe du bord antérieur de la facette articulaire postérieure de l'astragale, s'enfonce dans cette fosse triangulaire, repoussant devant lui le ligament interosseux qui offre peu d'épaisseur.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

La pathologie confirme les faits électro-physiologiques exposés dans les propositions précédentes, et fait mieux ressortir le degré d'utilité individuelle des muscles extenseurs, non seulement pour l'exercice des mouvemens volontaires, mais aussi pour la conservation de son attitude et de sa conformation normale, comme on le verra dans les propositions suivantes.

VIII. L'extenseur adducteur (triceps sural) a-t-il perdu son action, le mouvement d'extension ne se fait plus dans l'articulation tibio-astragalienne qu'avec une grande faiblesse, et encore cette extension va-t-elle à peine au delà de l'angle droit, malgré la contraction énergique de l'extenseur abducteur et du long fléchisseur des orteils; ce qui prouve que l'extenseur adducteur est le seul muscle qui étende puissamment l'articulation tibio-tarsienne.

IX. Les sujets privés de l'extenseur adducteur contractent isolément et d'une manière exagérée l'extenseur abducteur. On voit alors la tête du premier métatarsien s'abaisser considérablement, la voûte plantaire se creuser davantage, et l'avant-pied se tordre sur l'arrière-pied, de manière que le bord externe s'élève, et que la pointe du pied regarde en dehors. En même temps le pied se porte dans l'abduction, et la malléole interne devient plus saillante.

Ces mouvemens pathologiques sont, on le voit, la reproduction exacte des phénomènes produits par la faradisation localisée de l'extenseur abducteur.

X. Chez les sujets dont l'extenseur adducteur est atrophié, le talon reste abaissé, c'est-à-dire que l'arrière-pied est dans l'attitude de la flexion (il se forme un talus). Mais l'action de l'extenseur abducteur s'exerçant d'une manière exagérée et continue, le bord interne de l'avant-pied s'infléchit sur l'arrière-pied, d'où résulte un pied creux dont le mécanisme n'a pas encore été compris.

Ce fait pathologique montre combien l'extenseur adducteur est nécessaire à la conformation normale du pied, et le genre de difformités qui résulte de son atrophie.

XI. Malgré l'absence de l'extenseur abducteur, l'extension de l'arrière-pied et de son bord externe se fait avec une grande puissance; mais alors le bord interne de l'avant-pied n'exécute pas ce mouvement avec force, car il cède à la moindre résistance qui lui est opposée pendant l'extension. En outre, le pied se place dans l'adduction, regarde en dedans. On reconnaît ici l'action propre de l'extenseur adducteur démontrée par l'électro-physiologie.

XII. Les sujets privés de leur extenseur abducteur ne peuvent appuyer solidement le premier métatarsien contre le sol pendant l'extension du pied; ils contractent alors instinctivement dans ce but les muscles qui meuvent le gros orteil, mais ils ne peuvent que fléchir la première phalange de cet orteil, sous laquelle on voit se former, dans ces cas, un durillon.

Ce fait prouve que l'extenseur abducteur est, physiologiquement, le seul extenseur du bord interne du pied.

XIII. La paralysie de l'extenseur abducteur est toujours suivie du pied plat, fait prévu par l'électro-physiologie.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 Mai 1856. — Présidence de M. Isid. Geoffroy St-Hilaire.

Nouvelle méthode opératoire de la cataracte par débridement.

M. Tavignot adresse un mémoire dans lequel il appelle l'attention de l'Académie sur une méthode opératoire de la cataracte par débridement, qu'il a déjà fait connaître dans le temps.

Appareil de l'adaptation de l'œil chez les oiseaux, les principaux mammifères et l'homme.

M. Cl. Bernard présente, au nom de M. le docteur Charles Robert, un mémoire ayant pour titre : *Recherches anatomiques et physiologiques sur les appareils érectiles. Appareil de l'adaptation de l'œil chez les oiseaux, les principaux mammifères et l'homme.*

Dans l'intérieur du globe oculaire, existe un appareil capable de produire, dans les milieux dioptriques, les modifications nécessaires à l'adaptation de la vue aux distances.

Cet appareil se compose de parties ou d'organes musculaires tendineux ou élastiques et vasculaires, produisant, par la combinaison de la contraction musculaire et de la tension des vaisseaux, l'acte complexe propre aux appareils érectiles.

La forme générale de l'appareil de l'adaptation est celle d'un sac qui, revêtu à l'extérieur par l'appareil de protection (sclérotique et cornée), enferme et contient dans sa cavité les milieux dioptriques et l'appareil de la sensation visuelle.

Simple dans les régions postérieure et moyenne du globe oculaire, où il est constitué par la choroïde et le corps ciliaire, ce sac se dédouble, au niveau de l'union de la cornée à la sclérotique, en deux lames : l'une, simplement élastique, la membrane de Descemet, qui s'accole intimement à la cornée; l'autre, musculaire et vasculaire, l'iris, complète *l'enveloppe active* du sphéroïde cristallo-vitré.

Faits nouveaux relatifs à la structure élémentaire et à la texture des différentes parties de l'appareil. — Au niveau du bord adhérent, ou *dos* des procès ciliaires, se montre une couche de faisceaux à direction transversale, obliquement entre-croisés : c'est la *couche à fibres circulaires du muscle ciliaire.*

Chez les oiseaux, cette couche est constituée en avant par des faisceaux striés en travers, et en arrière par des fibres régulières, arrondies, très réfringentes, analogues aux fibres du tissu jaune élastique, mais dans lesquelles on peut apercevoir quelquefois des stries transversales fines et régulières.

Chez les mammifères, la couche circulaire du muscle ciliaire est constituée par des faisceaux de fibrilles dartoïdes, lisses et munies de noyaux allongés, au milieu desquels courent des divisions plexiformes des nerfs ciliaires.

En dehors du *muscle ciliaire annulaire*, on voit sortir en quelque sorte, du stroma de la choroïde, au bord postérieur de la région ciliaire, les faisceaux du *muscle ciliaire radié.*

Chez les oiseaux, ces faisceaux, constitués par des fibres striées en travers, forment au moins deux plans musculaires : l'un, externe et postérieur, s'insère après un très court trajet au bord postérieur de l'anneau osseux de la sclérotique; l'autre, recouvert à son origine dans la choroïde par le précédent, se prolonge en avant jusqu'au bord antérieur de l'anneau osseux, où s'insère une partie de ses fibres, tandis que le reste s'attache au pourtour de la membrane de Descemet, véritable tendon élastique du plan antérieur du muscle ciliaire radié.

Ce muscle n'est autre chose que celui décrit par Crampton; mais Crampton et tous les anatomistes (entre autres Brück) qui ont décrit ce muscle après lui se sont trompés sur son origine et sa véritable signification.

Chez les mammifères, le muscle ciliaire radié, constitué par des faisceaux musculaires lisses dartoïdes, naît également du stroma de la choroïde, et se termine au niveau du sillon *kérato-sclérotical*, où il se continue en grande partie, sinon en totalité, avec la membrane de Descemet.

L'appareil musculaire de l'iris n'est que la continuation du plan profond (à fibres musculaires) du muscle ciliaire.

Chez les oiseaux, les faisceaux striés à direction transversale pénètrent obliquement dans l'iris, et, conservant, dans toute l'étendue de cette membrane, une direction généralement circulaire, ils s'entre-croisent tous plus ou moins obliquement.

J'ai constaté chez tous les mammifères que j'ai examinés (homme, carnassiers, ruminans, rongeurs), une disposition tout à fait analogue à celle de l'iris des oiseaux. Au bord antérieur du muscle ciliaire, les faisceaux de la couche profonde (annulaire) de ce muscle, continuant leur direction transversalement oblique, pénètrent dans l'iris, et là, couvrant la face externe de cette membrane et enlaçant les vaisseaux dans leurs mailles, ils s'entre-croisent plus ou moins régulièrement les uns avec les autres, coupent généralement sous un angle de 45 degrés la direction des rayons du cercle irien, atteignent le bord pupillaire, et semblent, après l'avoir franchi, former à la surface interne de l'iris l'anneau de fibres circulaires (sphincter de la pupille).

Un réseau admirable, formé surtout par les divisions et enroulemens

multiples des veines de la choroïde, occupe le quart postérieur environ de cette membrane, au pourtour de l'entrée du nerf optique. Quand ce réseau est rempli, l'épaisseur de la membrane en ce point est plus que doublée. Cette disposition a une complète analogie avec le réseau admirable choroïdien des poissons.

Les veines de l'iris sont tellement nombreuses que ces vaisseaux et les artères couvrent entièrement la surface de l'iris et semblent à l'œil nu ne laisser entre eux aucun intervalle.

Toutes ces veines se rendent aux *vasa vorticosa* par les procès ciliaires, les unes en se portant à la tête et au bord libre de ces plis, les autres en longeant le dos, ou les intervalles des procès ciliaires, avec lesquels toutes communiquent largement.

On voit d'après cela que tout le sang apporté à l'appareil vasculaire si riche de la choroïde et de l'iris par les artères ciliaires courtes, par les artères ciliaires longues, par les artères ciliaires antérieures, n'a d'autre voie de retour que les quatre troncs où aboutissent les *vasa vorticosa* de la choroïde, les veines ciliaires courtes, d'où résulte dans tout cet appareil une tension constante, nécessaire à l'exercice régulier de la vision.

Si nous considérons l'effet de la contraction des muscles de l'iris et de la choroïde sur le système vasculaire de ces membranes, nous sommes conduits aux conclusions suivantes :

Quand les fibres obliques de l'iris se contractent pour dilater la pupille, elles diminuent l'étendue absolue de la membrane, dont elles compriment et vident plus ou moins complétement les vaisseaux, les veines surtout.

Quand cette contraction a cessé, l'afflux brusque du sang dans les vaisseaux agit comme la détente d'un ressort élastique, distend la membrane irienne, et vient en aide pour produire le rétrécissement de la pupille au faible *sphincter* de cet orifice.

Dès les premiers momens de la contraction des faisceaux circulaires du muscle ciliaire, les veines de l'iris qui les traversent pour se rendre au *vasa vorticosa* se trouvent comprimées ; dès lors tout le sang qui revient de l'iris doit, pour se rendre aux troncs veineux de la choroïde, passer uniquement par les procès ciliaires, et, augmentant la tension de ces plis érectiles, les appliquer fortement aux bords de la lentille cristalline et à la région ciliaire du corps vitré.

Appareil en action. — Mettons maintenant en action muscles et vaisseaux, contraction et érection pour produire l'adaptation de la vue à courte distance par l'augmentation de courbure de la lentille cristalline et l'allongement de l'appareil dioptrique cristallo-vitré.

Le muscle ciliaire circulaire se contracte et comprime la couronne des procès ciliaires ; ceux-ci, distendus par le sang et communiquant tous ensemble, peuvent être considérés comme un anneau liquide élastique, qui transmet, en la régularisant, la contraction exercée par le muscle ciliaire aux bords de la lentille cristalline et à la zone ciliaire du corps vitré.

L'effet général de cette contraction annulaire, qui ne s'exerce que sur la partie antérieure du sphéroïde cristallo-vitré, serait un refoulement excentrique en arrière, surtout dans la région choroïdienne, d'une partie de la masse dioptrique, et l'effet serait presque nul pour l'augmentation de courbure du cristallin et l'allongement de l'axe de l'appareil ; mais ici intervient l'action du muscle ciliaire radié : la choroïde étant solidement fixée en arrière à la sclérotique, la contraction de ce muscle a pour effet de la tendre circulairement et de s'opposer par là au refoulement excentrique du corps vitré dans ce sens. En même temps, cette tension redresse la courbure de la partie antérieure de la choroïde, ce qui étend à une grande surface la compression circulaire des milieux dioptriques ; nécessairement alors la masse de ces milieux incompressibles tend à s'échapper en avant et en arrière, d'où allongement de l'axe et propulsion en avant de la face antérieure de la lentille cristalline, dont la courbure est augmentée par la compression circulaire de ses bords. Quant à l'iris, immédiatement appliqué sur le cristallin, comme le prouve sa convexité très prononcée chez la plupart des animaux, il est dans l'adaptation à la vue de près et à une lumière moyenne, contracté pour accommoder les dimensions du diaphragme à la courbure de la lentille : il peut même jouer un rôle important pour produire cette augmentation de courbure de la face antérieure de la lentille, car les milieux dioptriques, comprimés de toutes parts dans le sac irio-choroïdien, tendent naturellement à s'échapper, à faire hernie par l'orifice unique de ce sac, la pupille.

Érection des procès ciliaires, contraction du muscle ciliaire circulaire, du muscle ciliaire radié, tension de la choroïde, contraction de l'iris, voilà sans doute bien des phénomènes mis en jeu pour produire dans les milieux dioptriques les changemens si peu considérables que la physique avait depuis longtemps prévus, et dont elle a pu récemment constater l'existence (expériences de Kramer et d'Helmholtz, de Donders et Van Trigt). Mais c'est précisément parce que les élémens multiples entrent en action, que la part de chacun d'eux et les modifications qu'il subit sont pour ainsi dire inappréciables et ont si longtemps échappé à l'observation.

Les modifications que subissent pour l'adaptation la poche irio-choroïdienne et son contenu sont tout à fait analogues à celles d'un muscle qui se contracte : il n'y a ni augmentation ni diminution de masse, mais un simple changement de forme auquel se prête la sclérotique en arrière. Quant à la chambre antérieure, la saillie du cristallin dans sa partie moyenne est compensée par l'élargissement de la gouttière irio-cornéenne et l'écartement des parois du canal de Fontana. Enfin la tension augmentée des procès ciliaires peut trouver sa compensation dans la compression du réseau admirable choroïdien.

M. DE QUATREFAGES prend la parole, à l'occasion de cette communication, pour faire connaître à l'Académie un résultat remarquable ressortant des recherches de M. Dujardin sur la vision chez les insectes. D'après le professeur de Rennes, l'adaptation chez ces invertébrés est due à la présence d'un réseau de trachées qui se vide ou se gonfle, selon les besoins. Ce réseau trachéen remplirait donc des fonctions analogues à celles que l'auteur du mémoire présenté par M. Bernard attribue au réseau admirable choroïdien qu'il a découvert. Le sang chez les oiseaux et les mammifères, l'air chez les insectes, seraient ainsi employés pour obtenir un résultat semblable. M. Dujardin n'a pas encore publié ses recherches, mais M. de Quatrefages ne croit pas être indiscret en prenant ainsi date pour un confrère absent.

(Le mémoire de M. Charles Rouget est renvoyé à l'examen de MM. de Quatrefages et Cl. Bernard.)

Sources de l'ozone atmosphérique.

M. J. CLOQUET communique, au nom de M. SCOUTETTEN, une note concernant la découverte des sources de l'ozone atmosphérique.

Les recherches de M. Schœnbein, celles de MM. Marignac et de la Rive, et surtout l'important mémoire de MM. E. Fremy, et Edm. Becquerel, ont constaté que l'oxygène peut être électrisé positivement et constituer le corps nommé *ozone* par le premier de ces auteurs. Un grand nombre d'observateurs ont constaté la présence fréquente de l'ozone dans l'air atmosphérique ; mais la divergence de leurs opinions, l'absence de toute corrélation entre l'existence de l'ozone atmosphérique et d'autres phénomènes de la nature, ont rendu les recherches stériles et ont faiblement attiré l'attention des savans. C'est qu'en effet, on s'était borné à signaler un fait sans en indiquer la cause, sans en préciser l'importance.

Nous espérons avoir été plus heureux, dit l'auteur, en découvrant que l'ozone est formé :

1° Par l'électrisation de l'oxygène sécrété par les végétaux ;

2° Par l'électrisation de l'oxygène qui s'échappe de l'eau ;

3° Par l'électrisation de l'oxygène dégagé dans les actions chimiques ;

4° Par des phénomènes électriques réagissant sur l'oxygène de l'air atmosphérique.

Une série d'expériences variées et fréquemment répétées nous ont permis de constater :

1° Que les végétaux, ainsi que l'eau, fournissent constamment à l'atmosphère de l'ozone pendant le jour ;

2° Que ce phénomène cesse pendant la nuit ;

3° Qu'on le suspend pendant le jour en soustrayant l'eau ou les plantes à l'action de la lumière directe ; qu'il suffit pour cela de mettre un morceau de linge ou une feuille de papier sur la cloche ; qu'on le suspend encore en se bornant à mettre l'eau ou les plantes dans un appartement où elles ne recevraient que la lumière diffuse ;

4° Que l'ozone ne se produit pas lorsqu'on se sert d'eau distillée bouillie ; qu'il en est de même lorsqu'on y met des plantes introduites dans une cloche remplie de cette eau bouillie ; qu'on peut même se dispenser d'eau distillée, l'expérience réussissant également avec de l'eau ordinaire bouillie, et sur laquelle on jette ensuite une couche d'huile pour empêcher l'absorption de l'air atmosphérique ;

5° Que la formation de l'ozone a également lieu lorsque l'eau ou les plantes sont enfermées dans un ballon en verre, que l'on suspend loin du sol avec une corde en soie.

En ce qui touche les actions chimiques, nous sommes parvenu à démontrer, par des expériences rigoureuses, que l'oxygène naissant est de l'ozone, et que c'est aux propriétés que l'oxygène acquiert par l'électrisation positive qu'il doit se former des combinaisons impossibles avec l'oxygène pur. Enfin l'ozone se forme dans l'air atmosphérique sous l'influence des courans électriques continus et invisibles, ou par une succession d'étincelles plus ou moins fortes. Mais ces derniers faits avaient déjà été entrevus par plusieurs observateurs. Il découle de ces expériences des aperçus nouveaux, tout à fait inattendus, éclairant tout à coup des actes nombreux de la physiologie végétale et animale, expliquant un grand nombre de phénomènes météorologiques restés obscurs, ainsi que les réactions chimiques où l'oxygène joue le principal rôle.

Nous nous réservons de présenter ultérieurement les faits avec tous les développemens qu'ils nécessitent, et d'en tirer les conséquences qui en sont une suite naturelle. (Commissaires : MM. Becquerel, Regnault et Cloquet.)

Influence de l'ozone atmosphérique sur l'état sanitaire d'un pays.

M. WOLF, dans une lettre adressée de Zurich à M. Elie de Beaumont, expose les faits suivans :

Je viens de trouver, par le dépouillement que je viens de faire des observations de l'ozone à Berne, en 1855, quelques résultats que je crois assez intéressans pour en faire une communication nouvelle à l'Académie.

L'été de 1855 a été marqué à Berne par une dysenterie épidémique qui causa, aux mois d'août et de septembre, en moyenne, six à sept décès par jour, au lieu de deux et demi, moyenne ordinaire. En comparant avec ces faits les indications de l'ozonomètre, je viens de trouver les nombres suivans :

8,46 pour la réaction moyenne de tous les soixante-et-un jours des mois d'août et de septembre ;

9,55 pour la réaction moyenne des trente-et-un jours où il y avait au moins cinq décès par dysenterie ;

8,14 pour la réaction moyenne des quatorze jours avec trois à quatre décès par dysenterie ;

7,12 pour la réaction moyenne des seize jours restans.

Je dois en conclure que l'énergie de l'épidémie a augmenté et diminué avec la quantité de l'ozone.

Les observations ozonométriques faites à Saanen (village du canton de Berne, 450 mètres au-dessus de la capitale), depuis le mois d'août jusqu'à la fin de l'année, confirment mes conclusions. Les indications de l'ozonomètre à Saanen surpassaient en moyenne des cinq mois d'observations celles de Berne de 1 degré de l'échelle de Schœnbein ; mais, pour le mois d'août et de septembre, elles étaient, au contraire, plus faibles de 2 degrés ; et pendant la période du 6 au 10 septembre, dans laquelle moururent à Berne, en maximum, neuf personnes de dysenterie par jour, cette différence s'élevait jusqu'à 5 degrés.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 3 Juin 1856. — Présidence de M. BUSSY.

La correspondance officielle comprend :

Deux rapports de M. le docteur SALES-GIRONS, sur le service médical des eaux minérales de Pierrefonds (Oise), pendant les années 1853 et 1854.

— Deux rapports de MM. les docteurs BARRIÉ et CAMPARAN, sur le service médical des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon et d'Encausse pendant l'année 1854.

— Une demande d'autorisation d'exploiter une source minérale située à Crouzille, commune de Champignelles (Yonne).

(Commission des eaux minérales.)

— Un rapport de M. le docteur JACQUEL, sur une épidémie de choléra qui a régné dans plusieurs communes de l'arrondissement de Lure en 1855.

— Un rapport de M. le docteur MASSON (de Beaune), sur une *épidémie d'angine couenneuse* qui a régné dans la commune de Censerey en 1855 et 1856.

— Le rapport final de M. le docteur YVONNEAU, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Blois, sur une *épidémie de fièvre typhoïde* qui a régné dans la commune de Séris.

— Les comptes rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1855, dans les départemens de la Loire, du Bas-Rhin, des Basses-Alpes et du Gers en 1855.

(Commission des épidémies.)

— Le relevé des *vaccinations* pratiquées, en 1855, dans les départemens de l'Ariége, de Lot-et-Garonne et de la Charente-Inférieure. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes :

Un mémoire intitulé : *De la dysenterie et de son traitement au moyen du sulfate d'alumine et de potasse en lavement*, par M. le docteur HAMON, de Fresnay. (Comm. MM. Bally, Jolly et Piorry.)

— Deux paquets cachetés adressés l'un par M. le docteur DELEAU, et contenant l'énoncé d'un traitement par l'emploi du *perchlorure de fer* ; l'autre par M. le docteur CHURCHILL, et renfermant une note sur les causes, le traitement et la prophylaxie des *maladies tuberculeuses*. (Accepté.)

— M. le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE communique le résumé de ses *recherches électro-physiologiques et pathologiques sur le mouvement du pied*. Ce mémoire forme le premier chapitre du mémoire que l'auteur consacre à ce sujet. (Voir plus haut article *Physiologie*.) — (Comm. MM. Bérard et Bouvier, rapporteur.)

— M. GUÉRARD, au nom de la commission des eaux minéra'es, lit un rapport sur un mémoire de M. DURAND-FARDEL, intitulé : *Plan d'un cours sur les eaux minérales envisagées au point de vue de la thérapeutique*.

M. le rapporteur examine la classification des eaux minérales adoptée par l'auteur, et qui consiste à les partager en eaux *sulfurées, chlorurées, sulfatées*, dénominations génériques auxquelles doit être ajoutée l'épithète qualificative de *sodique, calcaire* ou *magnésique*, etc. Les eaux ferrugineuses constitueraient une classe à part ; il est regrettable, dit M. Guérard, que M. Durand-Fardel n'ait pas cru devoir admettre une classe d'eaux arsénicales, peut-être aussi d'eaux iodo-bromurées. M. le rapporteur discute ensuite ces deux principes que M. Durand-Fardel prend pour base de son enseignement. Le premier est la *spécialisation* des eaux, c'est-à-dire *la fixation de la série des applications qui leur sont propres, spéciales, et qui les indiquent d'une manière particulière dans un certain ordre d'états pathologiques*. Le deuxième principe peut s'énoncer de la manière suivante : *Le nombre des types chimiques et des applications médicales, auxquels peuvent être rapportées les eaux minérales, est fort restreint relativement à la multiplicité de ces eaux*. La commission propose d'adresser des remercimens à M. Durand-Fardel. (Adopté.)

A trois heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

COURRIER.

On lit dans la *Revue thérapeutique du Midi* :

« La Faculté de médecine s'est assemblée hier 29 mai, pour procéder à l'élection des candidats qui doivent être présentés au ministre pour la chaire d'opérations et appareils, vacante dans son sein. Les candidats inscrits, au nombre de sept, étaient, par ordre alphabétique : MM. Chrestien, professeur agrégé ; Courty, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques ; Dozous, docteur en médecine ; Goffres, professeur agrégé et médecin principal de première classe des armées ; Pons, docteur en médecine ; Quissac, professeur agrégé et conservateur des collections de la Faculté ; Serre (d'Uzès), docteur en médecine, membre correspondant de l'Académie.

» Le nombre des votans était de quinze. Au premier tour de scrutin, les voix se sont ainsi réparties : M. Courty, 8 voix ; M. Serre, 7 voix. — Au deuxième tour, M. Serre a eu 9 voix, M. Goffres 5, M. Quissac 1. — En conséquence, la liste de la Faculté est ainsi composée : 1° M. Courty ; 2° M. Serre.

» Quant à la chaire de chimie médicale, la Faculté a demandé au ministre l'autorisation de laisser ouverte la liste d'inscription des candidats jusqu'au 16 août ou au 15 novembre prochains. Si nous sommes bien informé, la Faculté, en prenant une semblable décision, a voulu laisser le temps de la réflexion aux médecins chimistes qui avaient hésité à produire leurs candidatures en présence de l'accueil favorable qui avait été fait à celle de M. le professeur Filhol, que des raisons particulières obligent à s'en désister et à rester à Toulouse. Cette décision, du reste, n'a rien de défavorable aux honorables candidats déjà inscrits, dont le mérite ne saurait être contesté.

— Par décret du 26 mai dernier, ont été nommés dans la l'ordre de la Légion d'honneur :

Officiers. — MM. les médecins principaux Colmant, Lustreman, Artigues, Maupin, et MM. les médecins-majors Rossignol, de Santi, Gerrier, Fieschhut, Laforêt.

Chevaliers. — MM. Pucelle, médecin aide-major de 2me classe au 6me de ligne ; Jourdeuil, médecin-major au 11me de ligne ; Colonna, médecin aide-major au 15me de ligne ; Boseront, médecin-major au 19me de ligne ; Remy, médecin aide-major au 21me de ligne ; Alix, médecin-major au 26me de ligne ; Arnaud, médecin-major au 31me de ligne ; Haicault, médecin-major au 35me de ligne ; Mulot, médecin aide-major au 49me de ligne ; Champenois, médecin-major au 57me de ligne ; Aron, médecin-major au 73me de ligne ; Viry, médecin-major au 80me de ligne ; Achte, médecin-major au 84me de ligne ; de Soto-Mayor, médecin aide-major au 85me de ligne ; Girma, médecin-major au 94me de ligne ; Coste, médecin aide-major au 96me de ligne ; Termonia, médecin aide-major au 98me de ligne ; Lespiau, médecin aide-major au 5me bataillon de chasseurs à pied ; Guiche, médecin aide-major au 1er de zouaves ; Berniez, médecin-major au 3me de zouaves ; Vezien, médecin aide-major au 1er de hussards ; Corbière, médecin aide-major au 2me de chasseurs d'Afrique ; Lamarque, médecin aide-major au 4me de chasseurs d'Afrique ; Perréon, médecin-major au 8me d'artillerie.

MM. les médecins majors Richepin, Petitgand, Dujardin, Maillefer, Lallemand, Barudel, Netter, Bonnard, Garnier, Jacquot, Leclerc, Wittich, Masse ; MM. les aides-majors Bedel, Baradou, Arondel Peigné, Maurel, Monnier, Lespiau, Pomonti, Gindre, Thiébaut, Navarre, Vizerie, Bernard, Bauchet, Bossard, Quenot, De Potor, Hennequin, Darmandieu, Lagreula, Vagney, Couderc, Raoul ; MM. les sous-aides-majors Chignon, Lassus, Krug ; MM. les pharmaciens Jacob, Reignier, Veret ; et M. Madineau, sergent infirmier-major.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 69. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 7 Juin 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. CLINIQUE CHIRURGICALE (Hôtel-Dieu de Lyon, service de M. Bonnet) : Fistule vésico-vaginale opérée avec succès, par la méthode de M. le professeur Jobert de Lamballe. — II. MALADIES DU SANG ET DE L'ESTOMAC : Observation de gastrorrhagie dépendant d'une double cause : d'une cause générale et d'une disposition locale ; énorme quantité de sang perdue ; promptitude du rétablissement. Réflexions incidentes. — III. PATHOLOGIE : Note sur un cas de ver lombric trouvé dans les voies biliaires, et sur un autre cas trouvé dans les voies aériennes. — IV. THÉRAPEUTIQUE : Du chlorate de potasse contre la salivation mercurielle. — V. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale d'émulation de Paris* : Discussion sur la gastrorrhagie. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Causeries.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôtel-Dieu de Lyon. — Service de M. le professeur BONNET, membre correspondant de l'Institut, etc.

FISTULE VÉSICO-VAGINALE OPÉRÉE AVEC SUCCÈS, PAR LA MÉTHODE DE M. LE PROFESSEUR JOBERT DE LAMBALLE ;

Observation communiquée par le docteur R. PHILIPEAUX.

L'incommodité et les douleurs qu'entraînent les fistules vésico-vaginales sont tellement grandes, et la marche naturelle de la cicatrisation est si impuissante à les guérir, que l'on a dû tenter les efforts les plus nombreux et les plus variés pour en obtenir la guérison.

Comme dans toutes les fistules qui donnent passage à un produit de secrétion accidentelle, les indications sont multiples. Il faut faciliter les écoulemens de l'urine par son conduit naturel, aviver l'ouverture fistuleuse, et en rapprocher les bords pour que ceux-ci contractent entre eux de solides adhérences.

Quelques auteurs n'ont compris qu'une seule de ces indications ; tels sont les chirurgiens qui se sont contentés de placer une sonde à demeure dans le canal de l'urètre ; ceux qui se bornent à aviver la fistule par la cautérisation ; ceux qui, à l'exemple de M. Lallemand, tendent à n'en pratiquer que le rapprochement au moyen d'érignes spéciales.

Les insuccès, si souvent constatés, de ces méthodes incomplètes n'ont pas lieu d'étonner ; mais il semblait que l'on devait être plus heureux, si après avoir avivé les bords de la fistule, on les rapprochait par des sutures et que l'on maintînt une sonde à demeure dans le canal de l'urètre. Il paraissait raisonnable d'espérer que cette combinaison de moyens donnerait des résultats favorables, bien que leur emploi isolé fût toujours insuffisant.

Cependant cette méthode, plus complète, en apparence, n'a pu procurer la guérison des fistules vésico-vaginales ; elle a été tentée sans succès, quoique avec des modifications nombreuses, par plusieurs chirurgiens, notamment par M. Roux.

A quoi tient cette impossibilité d'oblitérer les fistules vésico-vaginales, lors même que l'on remplit l'ensemble des indications que semble présenter leur cure ? Évidemment, à la difficulté d'accomplir avec précision, dans le fond du vagin, les divers temps du manuel opératoire, et lorsque la perte de substance est considérable, au défaut de tissu vivant et extensible que l'on pût attirer vers le centre de l'ouverture.

M. Jobert de Lamballe a fait disparaître en grande partie ces deux difficultés, et les perfectionnemens qu'il a apportés à la méthode déjà pratiquée de l'avivement et de la suture lui ont permis de guérir un grand nombre de fistules vésico-vaginales.

1° Il a diminué les difficultés de l'opération en abaissant la matrice, dont le col est saisi avec des pinces de Museux, et en perfectionnant les instrumens nombreux qui permettent de découvrir la fistule, d'en aviver les bords, et d'y passer les fils qui doivent les rapprocher.

2° Il a remédié au défaut de tissus extensibles, en séparant la vessie de la face antérieure de la matrice dans une hauteur de 2 centimètres à peu près, et en se ménageant ainsi une paroi postérieure, dont l'absence a sans doute fait échouer la plupart des anciennes opérations.

Les faits qui démontrent la possibilité de guérir les fistules vésico-vaginales les plus étendues, par la méthode de M. Jobert, sont aujourd'hui très nombreux. Ils sont consignés dans le *Traité d'autoplastie* de l'auteur, et les journaux de médecine en publient fréquemment de nouveaux exemples. Cependant des guérisons de ce genre ont été obtenues presque exclusivement par l'auteur de la méthode, et, par conséquent, il n'est pas sans intérêt d'en faire connaître les applications heureuses qui peuvent en avoir été faites dans d'autres services. Ces motifs m'engagent à publier l'observation suivante.

Fistule vésico-vaginale datant de sept mois ; perte de substance assez large pour admettre l'extrémité du doigt indicateur ; écoulement continuel de l'urine par le vagin ; opération par M. Bonnet, suivant la méthode de M. Jobert de Lamballe ; guérison.

Vers la fin de février 1851, une femme de 35 ans, d'une bonne constitution, vint dans le service de la clinique chirurgicale de Lyon pour s'y faire traiter d'une fistule vésico-vaginale. Cette infirmité datait de sept mois ; elle était consécutive à un accouchement dans lequel l'enfant se présentait par le bras, et où elle avait reçu les soins d'une accoucheuse inexpérimentée.

Quand la malade était couchée, elle pouvait garder son urine pendant cinq à dix minutes seulement, et l'écoulement en était si abondant, qu'il fallait changer plusieurs fois par jour les garnitures épaisses dont on recouvrait son lit. Quand elle était debout ou assise, elle ne pouvait pas garder une goutte de liquide dans la vessie ; celui-ci s'écoulait incessamment par le vagin et occasionnait tous ces désagrémens qu'entraîne une incontinence complète d'urine. Comme la perforation n'était pas très ancienne, et que des soins convenables de propreté avaient été mis en usage, la membrane muqueuse des organes génitaux et la peau des parties voisines étaient peu irritées ; l'urine paraissait avoir des qualités normales.

Une sonde introduite dans l'urètre s'engageait très aisément dans la fistule. Celle-ci était située immédiatement au devant du col de l'utérus, de manière à ne pas offrir de lèvre postérieure ; dans le reste de son pourtour, les bords étaient minces et tendus comme un tissu de cicatrice. On découvrait assez facilement la fistule avec le spéculum. Elle admettait facilement l'extrémité du doigt indicateur.

Pour compléter les renseignemens relatifs à cette malade, ajoutons qu'elle avait allaité son enfant jusque dans les derniers jours qui avaient précédé son entrée à l'Hôtel-Dieu ; que les règles n'étaient pas revenues, et que la santé générale était bonne. Elle désirait vivement être débarrassée de son infirmité, qui ne lui permettait ni de s'asseoir, ni de marcher, ni de rester couchée sans qu'elle laissât échapper un liquide infect et repoussant.

Malgré l'étendue de la perte de substance et la difficulté qui résultait de sa situation, immédiatement au devant du col de l'utérus, M. Bonnet se décida à tenter, pour la guérison de cette maladie, une application de la méthode si ingénieuse de M. Jobert de Lamballe.

L'opération fut pratiquée le 1er mars, suivant les préceptes et avec les instrumens de M. Jobert. La malade étant plongée dans le sommeil par les inhalations éthérées, et placée sur le bord d'un lit, on abaissa le col de l'utérus avec les pinces à érignes ; on parvint, sans beaucoup d'efforts à l'amener jusqu'à 3 centimètres environ de l'orifice extérieur de la vulve. L'opérateur procéda alors au décollement du col de l'utérus, détacha cet organe de la paroi supérieure du vagin dans une étendue de 2 centimètres, à l'aide d'un bistouri à lame courte, supportée par une longue tige ; des aides maintenaient le vagin entr'ouvert au moyen de trois spatules recourbées, placées sur les côtés et en arrière. L'avivement fut fait au moyen de longues pinces et de ciseaux courbes. Après avoir détaché ainsi un lambeau circulaire autour de l'ouverture qui se présentait comme l'orifice de la fistule, M. Bonnet reconnut, en portant le doigt dans celle-ci, qu'elle était placée plus haut et qu'il n'avait incisé qu'un repli de la muqueuse ramenée en avant par l'abaissement du col de l'utérus. Il porta alors ses ciseaux sur les bords mêmes de la fistule et les aviva aussi complétement que possible.

Après cette opération, l'ouverture était agrandie de telle sorte que trois doigts pouvaient y pénétrer. Il ne s'écoula qu'une très petite quantité de sang. Pour réunir cette large plaie, six anses de fil furent néces-

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Encore la section de thérapeutique. — Explications. — Désastres publics. — Efforts de l'homme pour vaincre la nature. — Le paillasson protecteur. — La bonne nature. — Candidatures à Montpellier.

On fait appel à mon impartialité ; ce n'est jamais en vain. On m'assure que j'ai été un peu vif, peut-être injuste, sans contredit passionné dans la question des candidatures pour la section de thérapeutique à l'Académie de médecine. J'ai là, sous les yeux, une lettre que je ne veux ni ne dois publier, puisqu'on me prie de la considérer comme personnelle, où l'on me dit tout cela et beaucoup d'autres choses encore. Mais si j'en dois taire la source, rien ne m'oblige à en cacher le but, et le but évident de cette lettre est une réclamation en faveur d'un candidat ; il ne faut pas de grands efforts pour deviner que le candidat en faveur de qui l'on réclame est M. le docteur Bayle.

M. Bayle subit les conséquences de la position que lui ont faite ses imprudens amis. Il a eu le malheur de se trouver en compétition avec un candidat dont la notoriété scientifique est évidemment plus considérable que la sienne. La section l'ayant placé au premier rang, tandis qu'elle n'accordait la seconde place qu'à M. Trousseau, M. Bayle a dû naturellement être discuté d'autant plus sévèrement, que la section le traitait avec plus de bienveillance. Il n'y a là ni vivacité, ni passion, ni injustice ; il y a une impression irrésistible, un mouvement de l'esprit général auquel il faut nécessairement céder, un cri spontané de l'opinion publique qu'il est impossible de ne pas entendre, et dont je n'ai été, pour mon compte, qu'un écho très affaibli. La section a surfait la valeur de M. Bayle, l'opinion publique a voulu la remettre à sa place ; voilà encore une fois tout le secret de cette petite émotion des jours derniers, et qui s'est traduite ici avec plus de réserve que de passion.

La passion ! hélas ! c'est ce qui nous manque à tous. Nous vivons depuis longtemps dans un milieu si tiède et si indifférent, nous nous sommes fait des habitudes de critique si quiètes et si molles, qu'à la plus petite étincelle nous crions à l'incendie et que, dans la Presse, une émotion légère est immédiatement qualifiée Passion. Voyez ! j'ai la hardiesse de trouver peu intelligent le classement de la section de thérapeutique ; passion. Je dis que l'Europe, l'Europe médicale s'entend, s'étonnerait si ce classement n'excitait pas une légitime réaction ; vivacité. J'ajoute que, malgré les avis qui lui ont été donnés, la section persiste dans son classement incroyable ; blessure. Et sur ce, appel très chaud à mes habitudes d'impartialité et de justice ; on compte sur moi pour guérir les blessures que j'ai faites.

Cela veut-il dire que l'on compte sur une rétractation plus ou moins déguisée, sur quelque palinodie plus ou moins habile ? On se trompe. Comme la section, je persiste dans mon vote, je persiste même dans l'expression que je lui ai donnée. Placez-vous au véritable point de vue de la critique dans cette circonstance, et vous vous ferez une idée plus juste de ses droits, de ses devoirs, du langage qu'elle doit tenir, de l'expression dont il faut qu'elle revête sa pensée. Dans toute candidature comme dans tout concours, l'appréciation est toujours comparative. Dire qu'entre M. Trousseau et M. Bayle, la section a fait un choix inintelligent en choisissant ce dernier pour la première place, ce n'est pas contester la valeur de M. Bayle, c'est l'apprécier comparativement à celle de M. Trousseau. Ici, ce n'est pas moi qui suis injuste, c'est la section qui commet, selon moi, et selon la voix publique, une injustice envers M. Trousseau. En disant que l'Europe médicale s'étonnerait qu'un tel classement fût accepté sans protestation, ce n'est pas amoindrir le mérite des travaux de M. Bayle, c'est le comparer au mérite des travaux de M. Trousseau. La section n'est pas, sur ce point, d'accord avec moi, qui suis d'accord avec les membres les plus éminens de l'Académie, avec l'opinion publique ; est-ce ma faute ? Et dois-je, parce que je respecte infiniment les convictions de la section, ne pas trouver ces convictions incroyables ?

Tout cela, répétons-le donc, n'est que de la comparaison. Parce que la section a meilleure opinion de la valeur scientifique de M. Bayle que de celle de M. Trousseau, cela ne diminue en rien la juste célébrité de M. Trousseau, conquise par ses grands et beaux travaux sur la dothinentérie, sur le croup, sur la variole, sur la plupart des maladies des enfans, par son enseignement éclatant, par son ouvrage de thérapeutique fait en collaboration avec M. Pidoux, et si populaire. De même que si l'Académie, comme je l'espère, vote pour M. Trousseau, M. Bayle ne perdra rien de l'estime dont jouissent ses recherches sur la paralysie générale des aliénés et ses nombreuses publications sur l'anatomie, la pathologie et la thérapeutique.

Laissons donc là toutes ces récriminations ; leur moindre inconvénient est leur stérilité. Il n'est pas vrai que j'attaque la candidature de M. Bayle, je ne fais que défendre celle de M. Trousseau. En le désignant le premier sur la liste, la section dit à l'Académie : Nommez M. Bayle ; c'est le droit de la section, et je ne le conteste pas. Mais c'est mon droit aussi, et je l'exerce à mes risques et périls, de dire à l'Académie : La section se trompe et s'égare, c'est M. Trousseau qui doit l'emporter ; et je crois, cela disant, n'être que le fidèle interprète des sentimens de la majorité.

Si ces courtes explications ne suffisent pas à mon correspondant, je le regrette, mais je ne saurais aujourd'hui en donner d'autres. L'événement, quel qu'il soit, ne les modifiera pas. Après avoir défendu ce que je crois être les droits de la justice, il ne m'en coûte pas de dire que je n'ai absolument aucun motif d'opposition personnelle à M. Bayle, très honorable et digne confrère, esprit distingué et laborieux, auteur d'ouvrages très estimables et dont les principes et la philosophie médicale, sur certains points, me plaisent beaucoup plus que sur certains autres l'empirisme un peu trop accentué de M. Trousseau.

J'ai presque à m'excuser de me préoccuper de candidatures et d'élections académiques en présence des grandes calamités publiques qui affligent notre pays. Que de désastres, mon Dieu ! Et que nous annoncent encore ces torrens de pluie qui, depuis vingt-quatre heures, au moment où j'écris ces lignes, n'ont pas un instant cessé de tomber ! Ce ne sera pas assez de ces victimes humaines englouties par les flots, de toutes ces habitations emportées, de toutes ces récoltes submergées, de tant d'espoirs perdus, de tant de ruines, faudra-t-il s'attendre encore

saires; trois furent placées d'arrière en avant, et trois latéralement. On se servit des aiguilles courbes et du porte-aiguilles de M. Jobert. Ce temps de l'opération présenta quelques difficultés, et il ne fut pas possible de donner aux fils une direction parfaitement symétrique. Chaque anse ayant été nouée séparément par un double nœud fait avec les doigts, les bords de la solution de continuité parurent convenablement rapprochés. Une injection de 30 centilitres d'eau tiède faite dans la vessie ne sortit pas par la fistule, et prouva que l'occlusion était complète. On plaça une sonde en gomme élastique de cinq millimètres dans la vessie, et on la laissa constamment débouchée.

Pendant les trois premiers jours, l'urine s'écoula complètement par la sonde, et la malade fut médiocrement fatiguée.

Le quatrième jour, une partie de l'urine passa par le vagin. Les produits séreux et sanguinolens qui s'échappaient par ce canal exhalèrent une odeur fétide; le ventre devint gonflé, douloureux, le pouls fréquent, et l'on put craindre le développement d'une péritonite.

Vers le neuvième jour, ces symptômes alarmans se dissipèrent; l'urine continuait toujours à couler en partie par le vagin; mais cet écoulement était bien inférieur à celui qui avait lieu avant l'opération; il n'en était guère que le sixième, à en juger par le nombre des garnitures que l'on avait besoin de changer pour maintenir la propreté.

Le seizième jour, la sonde fut enlevée. Dès cette époque, la malade commença à éprouver le besoin d'uriner, et le liquide qui s'accumulait dans la vessie put s'échapper par jets du canal de l'urètre.

Dès le vingt-et-unième jour, il ne s'écoula plus de liquide par le vagin que lorsque la miction était différée de plus de deux heures.

Le vingt-cinquième jour, la malade commença à se lever, et l'on remarqua avec satisfaction quelle pouvait marcher et s'asseoir sans que l'urine s'échappât.

Le 30 mars, trentième jour de l'opération, M. Bonnet quitta le service de la clinique chirurgicale. A cette époque, la malade pouvait marcher pendant plus d'une demi-heure sans que l'urine s'écoulât par le vagin.

On se rappelle qu'avant l'opération, l'urine tombait goutte à goutte sur le sol dès que la malade faisait quelques pas, et que ce liquide imbibait immédiatement les sièges sur lesquels elle se plaçait. Au lit, elle pouvait garder jusqu'à 32 centilitres d'urine. Cette quantité de liquide fut rejetée en une seule fois, dans la matinée du 30, par le canal de l'urètre.

Après le départ de M. Bonnet, la malade resta encore douze jours à l'Hôtel-Dieu. Pendant tout ce temps, elle ne perdit plus une seule goutte d'urine. Les garnitures, que l'on tirait complétement mouillées dix à douze fois par jour, cessèrent complétement d'être imbibées d'urine, et l'on n'eut pas besoin de les changer plus fréquemment qu'aux autres malades.

La guérison ainsi bien constatée, la malade put retourner dans son pays.

Les nouvelles que l'on en reçut pendant trois mois, furent aussi favorables que permettait de l'espérer l'état dans lequel elle était partie. Mais, d'après ce qu'elle nous a raconté, elle recommença à perdre une partie de son urine pendant les mois suivans. A ce retour partiel de son incommodité succéda une nouvelle occlusion de la fistule pendant les septième et huitième mois de l'opération. Ces incommodités, ces besoins fréquens d'uriner, et la crainte des tiraillemens que pouvaient exercer les fils, l'engagèrent à revenir à Lyon vers la fin de décembre 1851.

Craignant de déranger la cicatrisation commençante par un examen prématuré, et plus tard dérangé par son éloignement du service, M. Bonnet avait négligé d'enlever les fils qui avaient servi à opérer la suture. Ces fils étaient restés en partie; et lorsque, à la fin du neuvième mois, il pratiqua le toucher, il reconnut dans le vagin l'existence d'une pierre du volume de l'extrémité du pouce. De légères tractions suffirent pour amener celle-ci au dehors. On trouva dans son épaisseur l'anse de deux ligatures qui ne s'étaient pas détachées spontanément.

Cet accident fit regretter qu'à l'exemple de M. Jobert on n'eût pas enlevé les fils dans la seconde semaine de l'opération. Cependant les urines furent aussi bien conservées qu'auparavant, et la malade put rester une nuit entière en n'urinant qu'une seule fois, avantage qu'elle n'avait pas avant l'extraction de sa pierre vaginale. A en juger par la conservation parfaite de l'urine, on eût pu croire que le bas-fond de la vessie était complètement oblitéré. Il devait y rester cependant un léger pertuis impossible à reconnaître au moyen du doigt, mais que démontrait l'écoulement d'un peu d'urine par le vagin, lorsque l'on en déprimait la paroi postérieure au moyen de la valve exploratrice de M. Jobert. Quoi qu'il en soit, la guérison était complète dans tout ce qu'il y a d'essentiel, puisque la malade ne mouillait jamais des linges, ni au lit, ni lorsqu'elle était levée. Son état était même préférable à celui de quelques malades traitées par M. Jobert.

Ainsi, la *Gazette médicale* citait, en novembre 1851, trois opérations de M. Jobert, comme des exemples remarquables de réussite, et deux de ces malades, après un traitement de plus de six mois, deux opérations pour l'une, et trois opérations pour l'autre, ne gardaient pas complétement leur urine; il s'en écoulait encore un peu par le vagin.

Non seulement M. Jobert décolle la vessie de la face antérieure de la matrice, mais il fait des incisions à la muqueuse du vagin, en avant et sur les côtés de la fistule, afin de donner plus de laxité aux tissus qu'il veut réunir. Ces incisions peuvent entraîner une hémorrhagie, obligent de placer un tampon dans le vagin, et prédisposent à une décomposition putride qui doit nuire à la réunion immédiate. On a vu que la plupart de ces inconvéniens avaient été évités.

A partir du neuvième jour, M. Jobert examine fréquemment, quelquefois tous les deux jours, la plaie qu'il a réunie. Ces examens fréquens paraissent, à M. Bonnet, dangereux; mais, d'une autre part, l'inquiétude qu'ils lui inspiraient l'a conduit à laisser les fils plus longtemps qu'il n'aurait dû le faire.

Quoi qu'il en soit, après le succès qui vient d'être exposé, il est difficile de ne pas attendre d'heureux résultats de la méthode de M. Jobert dans les fistules vésico-vaginales. La perte de substance était dans des conditions difficiles à réparer, puisque l'ouverture, quoique avec des bords entièrement cicatrisés, avait à peu près deux centimètres de diamètre, qu'il n'existait aucune trace de paroi postérieure appartenant à la vessie, et que la sortie de l'urine était continuelle quand la malade était debout ou assise.

La guérison d'une infirmité aussi déplorable et dans des conditions aussi difficiles démontre, plus que toute espèce de raisonnement, que la méthode de M. Jobert de Lamballe est une véritable conquête de l'art, et il est à désirer que les applications s'en répandent de plus en plus dans la pratique.

Dr R. Philipeaux.

MALADIES DU SANG ET DE L'ESTOMAC.

OBSERVATION DE GASTRORRHAGIE DÉPENDANT D'UNE DOUBLE CAUSE : D'UNE CAUSE GÉNÉRALE ET D'UNE DISPOSITION LOCALE; ÉNORME QUANTITÉ DE SANG PERDUE; PROMPTITUDE DU RÉTABLISSEMENT. — RÉFLEXIONS INCIDENTES.

Communication faite à la Société médicale d'émulation, dans la séance du 5 avril 1856,

Par le docteur Fournet, secrétaire général.

Un jeune homme de 20 ans, de constitution grêle, de taille élancée, de tempérament nerveux, d'imagination vive, de figure longue, mince et pâle, est premier employé chez un armateur du Havre. Parti bien portant du Havre, il arrive à Paris le 7 décembre 1855.

Le 9 décembre, il déjeune avec quelques amis, se montre très bien disposé à tous égards, boit à peu près une bouteille de vin généreux (ce qui n'était pas pour lui un grand extraordinaire), digère parfaitement et arrive à l'heure du dîner sans être incommodé.

A six heures du soir, il se met à table; pendant qu'il prenait le potage, sans aucune cause incidente, sans aucun malaise précurseur, il tombe en syncope. Au grand air de la pièce voisine, il reprend ses sens, assiste au dîner sans y prendre part, retrouve toute sa gaîté, tout son bien-être habituel, chante et danse toute la soirée.

Il rentre à minuit chez M. de B..., dont il était l'hôte et l'ami, prend avec lui fort gaîment une tasse de thé, non comme moyen de dissiper aucun malaise d'estomac, ni aucun autre malaise, n'en éprouvant pas la moindre trace, mais par pur agrément. A minuit et demi, il se couche fort content et s'endort.

Une demi-heure après, vers une heure du matin, il est brusquement réveillé par des envies de vomir, et surpris aussitôt par des vomissemens répétés et abondans, au milieu d'une obscurité qui ne lui permet pas d'en reconnaître la nature. Il appelle; son ami accourt avec une lumière et trouve le lit, les tapis couverts de sang, et le malheureux jeune homme en proie à de nouveaux vomissemens qui accroissaient à chaque moment la masse énorme du sang répandu; à l'instant même il remplit presque entièrement un premier et bientôt un second vase de nuit de petite dimension.

Une petite demi-heure après environ, j'étais près du malade : en proie aux convulsions du vomissement et de la défaillance hémorrhagique, il se roulait dans le sang qui inondait son lit; ses mains, sa figure, ses cheveux en étaient couverts; sa voix et son regard éteints, sa pâleur mate; ses traits distendus étaient ceux d'un moribond; le pouls était à peine comme la débile et lente oscillation d'un fil relâché; les extrémités étaient froides.

Je reconnus une hématémèse. Je formulai une boisson de ratanhia aiguisée de 30 gouttes d'eau de Rabel; et en attendant qu'elle fût faite, je fis venir de la glace et mettre de larges et forts sinapismes aux bras et aux jambes. Le malade était à cette période hémorrhagique où il n'y a plus à penser à la saignée. La glace fut employée d'une manière continue : en glaçons dans la bouche, remplacés aussitôt que fondus, et en applications souvent renouvelées sur l'estomac. Le malade sortit peu à peu de l'état de terreur et d'épuisement où il était plongé; il avait fallu pour cela agir affectueusement et fortement sur son moral. Cet effet de calme et de confiance produit, il se soumit intelligemment au silence et à l'immobilité absolus.

Les vomissemens diminuèrent de fréquence et d'intensité, et je pus dès lors observer avec plus de détails les phénomènes. Chaque hématémèse était annoncée au malade par une convulsion de l'estomac, aux assistans par des soulèvemens de la région épigastrique, subitement convertis en affaissemens dans le moment de l'irruption du sang au dehors. Ainsi soulevée et affaissée alternativement dans un mode convulsif, la région épigastrique était douloureuse. Le sang sortait, par irruptions longues et saccadées, de la bouche béante, et comme précipité par une force intérieure et profonde. Il était en masses informes, dont quelques-unes égalaient le volume du poing, plus noir que rouge, sans spumosité, sans mélange d'alimens ni de mucosités. Les vomissemens renaissaient de l'état convulsif qui les accompagnait, c'est-à-dire que la con-

---

aux graves conséquences pour la santé des populations qu'entraînent presque toujours les inondations survenant dans la saison chaude? *Dût avertant!* Mais préparons-nous à subir peut-être de rudes épreuves. Le corps médical, malgré son profond découragement, est et sera toujours à la hauteur de sa grande et sublime mission. Déjà, des départemens inondés, nous arrivent des récits héroïques de dévouement et de charité où les noms de plusieurs de nos confrères figurent avec honneur. — Parviendra-t-on jamais à préserver l'humanité de ces grandes catastrophes? Pourquoi ne pas l'espérer quand on assiste au merveilleux spectacle de l'application des sciences aux arts, à l'industrie, à l'agriculture. Le génie de l'homme, qui a su diriger la foudre, arrivera certainement un jour à diriger la grêle et la pluie. Voici qu'il commence déjà à préserver nos vignes des gelées printannières si funestes, et qui, cette année encore, dans plusieurs vignobles de la Bourgogne, ont détruit l'espoir d'une récolte magnifique. On voit en ce moment, à l'exposition agricole, des modèles et des échantillons d'un appareil fort simple, peu coûteux, ayant à merveille, et ce printemps même, réalisé le but pour lequel il a été inventé dans le magnifique vignoble du domaine de Sillery, et qui est dû à l'esprit ingénieux et inventif de notre honorable et savant confrère M. Jules Guyot. C'est un simple paillasson, qui, étendu au-dessus du cep, le garantit contre l'influence si dangereuse du rayonnement dans les matinées froides et sereines du printemps. Mais ce simple paillasson, il faut lire dans la notice que M. Jules Guyot vient de publier à ce sujet, quels soins, quelle patience, quelle ingéniosité il a fallu pour en choisir et expérimenter les meilleurs matériaux, pour le tisser au meilleur compte et avec une machine des plus simples, pour l'appliquer, l'enlever, le diriger commodément et facilement; c'est tout un petit drame agricole des plus intéressans, et dont le dénouement heureux se traduira par des milliers de bouteilles de plus de cet excellent vin de Sillery *crémant*, si recherché par les gourmets. Bravo, Monsieur Jules Guyot! cette invention, je la préfère franchement à celle de quelque nauséeuse potion qui enrichit le *Codex*, déjà beaucoup trop riche.

Et mon Dieu! oui, il faut ainsi chaque jour, à chaque pas, pour chaque besoin de l'homme, de l'homme civilisé s'entend, modifier, refaire, atténuer l'œuvre de la *bonne* nature. La bonne nature! Parcourez donc les galeries de l'exposition actuelle, et vous n'y trouverez pas peut-être une seule œuvre naturelle, une seule dans le règne végétal ou animal que le génie de l'homme n'ait profondément modifiée, altérée, améliorée. Ceci me rappelle une page charmante, d'un livre charmant, d'un charmant esprit; je la copie sans façon :

« On parle trop de la puissance de la nature; cette puissance est en effet immense quand la nature travaille sur son terrain; mais sortez-la de ses attributions et demandez-lui de vous confectionner une pêche de Montreuil, elle vous avouera sans rougir sa maladresse et son incapacité. Tous les fruits supérieurs de nos jardins sont des fruits métis ou bâtards provenant de fabrique humaine et que la nature cherche vainement à copier. Il en est de même du mulard, du coquard et de la poularde, qui sont des moules de création humaine que la nature est complétement impuissante à tailler.

» C'est parce que les moules de la nature sont bornés et parce qu'ils peuvent se reproduire indéfiniment par le semis que ces moules ont si peu de valeur. C'est au contraire parce que les œuvres de l'homme sont enfantées par l'imagination, la science et le caprice, parce qu'elles portent le cachet de l'individualité et ne sont pas multipliables par la voie naturelle, que ces œuvres ont tant de prix. Les harmoniens, qui ont reculé les limites de l'art au delà de nos aspirations les plus idéales d'aujourd'hui, ont trouvé le secret de métisser et de chaponner dans l'œuf les coqs, les faisans, les becfigues, les sterlets, les saumons, les truites. Ils ont gagné à cela de doubler et de tripler la taille de ces espèces en perfectionnant leur saveur. Ce n'est pas la nature que l'on dit si puissante qui ferait de ces miracles. La nature ressemble aux enfans; elle adore les fruits aigres, et si on la laissait faire, elle détruirait en un quart de siècle tous les monumens de la sculpture, de la peinture et de l'architecture; elle remplacerait la rose double par la simple et la pêche par l'amande amère. Ce malheureux Jean-Jacques a formulé la plus sotte et la plus dangereuse de toutes les propositions quand il a dit que tout était bien, *sortant des mains de la nature.* » — A. Toussenel, *Le monde des oiseaux*, T. Ier, page 283.

Du monde des oiseaux, il faut que je revienne au monde médical, qui n'est pas tout à fait aussi gai que le pinson. N'êtes-vous pas étonnés de ce fait qui me frappe? Deux belles chaires de professeurs, assez grassement dotées, sont actuellement vacantes à la Faculté de Montpellier; une chaire de chirurgie et une chaire de chimie médicale. Pas un chirurgien, pas un chimiste de Paris ne s'est présenté. Et cependant, les chirurgiens et les médecins chimistes sont en surabondance à Paris, ils s'y heurtent, ils s'y froissent, ils s'y nuisent, ils s'y font une concurrence acharnée, désespérée, ils y cherchent un peu d'air, d'espace, de lumière, et pas un seul n'est tenté d'aller chercher la liberté, l'indépendance, la fortune, ou du moins une honorable aisance, sous le ciel du Midi, dans une Faculté toujours célèbre, dans un milieu moins encombré, avec des élémens de succès plus accessibles. Paris! *Italiam! Italiam!* quel charme fascinateur exerces-tu donc sur les intelligences jeunes et avides de gloire! Que je remplisse au moins un devoir. Pour la chaire d'opérations, il n'y faut plus penser; la Faculté a fait sa présentation, et l'on assure que son choix est le meilleur qu'elle pût faire, ce que je n'ai aucune raison de contester, quoiqu'elle ait mis au second rang un des hommes que je considère comme un des esprits les plus distingués de notre époque, M. le docteur Serre (d'Alais). Mais reste la chaire de chimie médicale. Un instant la Faculté de Montpellier a espéré que M. le professeur Filhol de Toulouse ambitionnerait cette chaire, et elle s'empressait de lui ouvrir ses rangs. Mais la ville de Toulouse n'a pas voulu perdre son éminent chimiste, elle l'a enchaîné au sol natal. Ce que voyant, la Faculté de Montpellier a demandé une prorogation du délai dans lequel elle doit faire sa présentation. La lice est donc encore ouverte. Si la compétition présumée de M. Filhol a pu éloigner quelques candidats de Paris, cette condition n'existe plus. Jeunes chimistes de Paris, il y a place pour vous à Montpellier.

Amédée Latour.

vulsion locale de l'*estomac* (muscle de la vie organique) renaissait de la convulsion générale du système musculaire de la vie animale. Un peu plus tard, quand cet état convulsif fut calmé, il nous fut facile de constater que le moindre mouvement du malade ou la simple action de parler, et surtout les exaltations de sensibilité et d'imagination qu'il avait peine à réprimer, renouvelaient de même les vomissemens :

Démonstration pathologique des intimes rapports qui unissent les deux systèmes musculaires distingués par Bichat, et de leur dépendance commune du système nerveux encéphalique, dépendance immédiate pour l'un, réflexe pour l'autre; indication à double titre, l'un direct, l'autre indirect, du traitement moral dont j'ai senti la nécessité dès l'abord et comme par instinct, avant de la reconnaître rationnellement. Le moindre ébranlement, ou musculaire ou nerveux, autour et même au loin d'un organe musculaire disposé à la convulsion, est donc une provocation dangereuse à cette convulsion. Le silence, l'immobilité, le repos des sens, le calme d'esprit, absolus, sont donc de première indication dans tous les cas analogues.

L'ensemble des moyens employés réussit parfaitement : les soulèvemens d'estomac, les vomissemens s'éloignèrent comme par un apaisement graduel; le malade reposa, sans dormir, et trouva dans le sentiment du mieux, comme il avait trouvé d'abord dans nos encouragemens, un point d'appui heureux pour son moral. Sa face, lavée du sang qui la souillait, perdit bientôt sa pâleur livide, se releva un peu dans ses traits, et même s'injecta de sang aux pommettes. C'était la réaction du système nerveux et du système sanguin : le pouls, en effet, convertit sa lente et débile oscillation filiforme, en battemens plus distincts et précipités, et la chaleur se rétablit dans tout le corps, comme la confiance dans l'esprit.

Le lendemain soir, 10 décembre, l'hématémèse avait cessé à peu près complétement, et les réactions nerveuse et sanguine, d'abord un peu fougueuses, un peu désordonnées, étaient devenues douces et régulières. Pour les maintenir telles, je résistai aux premiers désirs d'alimentation que témoigna le malade. La glace sous les diverses formes, le ratanhia aiguisé d'eau de Rabel furent continués, ainsi que le silence et l'immobilité absolus.

Avant même que je n'eusse apaisé le sentiment du besoin par aucune sustentation, la réparation se fit par le sommeil : ce bienfaisant ami reparut le 11 au matin, au milieu du repos général; s'empara dès lors du malade, le livra pendant des périodes de six, dix, quinze heures de suite, aux mystérieuses et maternelles opérations de la nature, ne le rendant au monde extérieur que pour des momens très courts d'abord, de plus en plus longs ensuite, et chaque fois merveilleusement réparé dans ses forces et relevé dans son moral.

L'art n'a eu qu'à seconder cette mystérieuse providence, sans cesse active au fond de nous-mêmes, par le repos absolu, par l'éloignement de toute excitation des sens, par l'apaisement de toute émotion de l'âme, enfin par la suspension complète de la vie de relation. Mais le surlendemain de l'hémorrhagie, 12 décembre, l'ordre étant suffisamment rétabli par la nature, dans les principales fonctions, je crus le moment venu d'aider ses efforts intimes par un commencement de sustentation.

Ce fut d'abord du bouillon de poulet, donné par simples cuillerées, pour ne pas risquer d'éveiller, par trop d'exigence, la disposition convulsive de l'estomac, qui couvait encore sous la sensibilité épigastrique; puis, du bouillon coupé; puis, un peu d'eau vineuse, un biscuit à la cuillère, un peu de gelée de viande, et successivement tous les autres degrés du régime des convalescens, encore plus soigneusement observés ici, par les raisons particulières à la circonstance.

Cette prudente lenteur était bien entendue, car le jeune malade ayant voulu, par un de ces coups d'indépendance prématurée, communs aux jeunes gens et aux convalescens, outrer un peu l'eau vineuse, de nouveaux accidens d'hématémèse l'en punirent, en l'obligeant à reprendre par la base cette gradation lente qui l'impatientait, mais dont la patiente et sage nature nous donne l'exemple et le modèle dans toutes ses formations et dans tous ses relèvemens de l'ordre physique, organique ou moral. Nous trouvons aussi dans un fait antérieur de l'histoire du même malade, la confirmation de cette règle de sage lenteur appliquée au régime de cette classe de convalescens : il y a quatre ans, à la suite d'une hématémèse beaucoup moins considérable et survenue dans une meilleure saison, la convalescence fut quatre fois plus longue, parce qu'on l'entrava, en prétendant la hâter, par une alimentation et des exercices prématurés.

J'avais eu soin d'aider cette reconstitution sanguine par la respiration d'un air pur et très oxygéné, en faisant mettre le malade dans une pièce suffisamment grande, bien ventilée, et en recommandant de ne la chauffer que modérément.

Ce n'est que dans les derniers jours qui ont précédé son départ que les selles du malade se sont teintes de cette couleur noire mélanique qui est la suite ordinaire de l'hématémèse; encore ce phénomène, très persistant et très prononcé dans une autre circonstance que je vais rapporter, a-t-il été ici très médiocre et très passager dans celle-ci.

La quantité du sang vomi par le malade était tellement considérable, que j'ai voulu la connaître d'une manière précise : le sang reçu dans les deux vases de nuit mesurait 3 litres 1/4; et c'est apprécier au minimum la quantité de sang répandue dans le lit et sur les tapis, que de l'évaluer à 1/4 de litre. C'est donc 3 litres 1/2, c'est-à-dire 3 kilog. 700 grammes à peu près de sang, que ce malade a perdu dans le temps d'une demi-heure à une heure.

C'est du 11 au 26 décembre, en dix-sept jours, que la nature et l'art, le sommeil, la sustentation, la respiration, troublés encore dans leur œuvre par une rechute, ont si bien réparé ce grave échec, que le malade a pu, le 26 décembre 1855, par un temps d'hiver, effectuer, sans imprudence et sans accident, son retour de Paris au Havre. Depuis lors, sa santé s'est rétablie et fortifiée de jour en jour, et il écrivait, il y a peu de temps encore : Je ne me suis jamais mieux porté. De maigre et fluet qu'il était, il est devenu fort et presque gras.

Mais M. P.,., et sa famille, rappelés par cet accident, le second du même genre depuis peu d'années, à une sage inquiétude de l'avenir, me demandèrent, avant de quitter Paris, les moyens de prévenir de nouvelles rechutes.

Je fus donc conduit à rechercher les causes et la nature de la maladie.

M. P... n'avait eu dans son enfance, et sa première jeunesse, que les épistaxis passagères et irrégulières auxquelles ces âges sont sujets; il n'avait jamais éprouvé aucun flux ni sanguin, ni d'aucune nature, par aucune des voies naturelles d'excrétion. Son hématémèse n'était donc pas supplémentaire.

Elle n'était pas non plus un fait héréditaire; il n'y en avait aucune trace chez ses ascendans. Il n'a reçu d'eux aucun vice constitutionnel appréciable.

L'examen le plus attentif de tout ce qui peut être relatif aux fonctions de l'estomac, dans l'ordinaire de la vie du malade; examen fait avec la préoccupation de chercher et de trouver la cause de l'hématémèse dans une affection organique de l'estomac, dans un commencement d'affection cancéreuse, ou dans une ulcération simple et une érosion des vaisseaux, avec le souvenir des beaux travaux de M. Cruveilhier sur ce sujet, cet examen, dis-je, n'a fourni à l'idée d'une altération organique aucune base sérieuse. On peut ajouter, aujourd'hui, que la progression rapide de la convalescence et l'état florissant de la santé actuelle, ne sont pas plus favorables à cette explication de l'hématémèse.

Mais M. P... a beaucoup abusé de sa virilité; il a une maîtresse ou des maîtresses; et son ardeur de jeunesse et d'imagination l'emporte près d'elles à des excès qui ont pâli sa face, étiré ses traits, énervé ses forces dans une exaltation romanesque et appauvri son sang dans des coïts ardens et épuisans. Son attitude instable, sa voix sans accent, ses traits mal affermis, ses écarts de sensibilité, son esprit sans équilibre, ses chairs molles et frémissantes, démontrent de toute part cette exaltation de la source nerveuse, cet appauvrissement de la source organique de la vie.

De plus, sans aucun autre signe de scorbut, il a tout l'appareil gengival de teinte brune et de consistance molle.

Il a évidemment contracté dans ces excès, et probablement dans la diminution de la fibrine et des globules rouges du sang, dans une augmentation proportionnelle de sa portion aqueuse, une *disposition générale* aux hémorrhagies.

Mais il n'est pas moins évident que la réalisation locale de cette prédisposition cachectique est appelée sur l'estomac par une *disposition locale*, que nous ne saurions définir d'une manière précise, mais qu'un double fait nous révèle et nous affirme suffisamment. Il y a quatre ans à peu près, se trouvant à Tours, il fut frappé, sans plus de raison suffisante que cette fois, du même accident, mais beaucoup moins considérable.

Le siége gastrique de l'hémorrhagie ne nous semble pas, en effet, pouvoir être mis en doute. Rarement trouve-t-on plus complétement réunis les signes propres de l'hématémèse : sang noir, poussé hors de la bouche par grosses masses informes et frangées, et par flots dont le flux convulsif correspond aux contractions et aux relâchemens de l'estomac, visibles et sensibles à la région épigastrique; selles mélaniques à quelques jours de distance. Rarement les signes de l'hémoptysie, que je rappelle ici pour le contraste, sont-ils plus complétement absens : sang rouge, rutilant, spumeux, dégorgé par expuition dans des mouvemens expiratoires, ou projeté par aspersion par la toux; caillots rapportant quelquefois la forme des bronches. D'ailleurs, l'examen de la poitrine et les antécédens de la fonction respiratoire, confirmaient pleinement cette négation. Le siége de l'hémorrhagie n'est donc pas douteux, c'est l'estomac.

Nous avons donc affaire à une gastrorrhagie, et cette gastrorrhagie, deux fois répétée, sans aucune provocation directe, ni diététique, ni traumatique, a sa source générale dans l'appauvrissement du sang, et sa source locale dans une disposition particulière, indéfinissable dans sa nature, appréciable seulement dans ses effets. Car chacun de nos organes, comme l'ensemble de notre organisme, a son individualité physiologique et morbide, son tempérament particulier; on a maintes fois, dans le cours de la vie, occasion de l'observer, pour peu qu'on réfléchisse sur la nature diverse des phénomènes.

De cette double source de la gastrorrhagie m'a paru naître une double indication : la reconstitution du sang, l'éloignement des causes locales.

J'ai conseillé, pour la reconstitution du sang, les moyens rationnels que tout le monde connaît : d'abord, bien entendu, la suppression des causes appauvrissantes, et surtout des abus vénériens; et j'ai cru devoir aller jusqu'à la suppression temporaire de l'usage, imitant en cela notre maître à tous, la nature, qui, en tout ordre de choses, punit l'abus par la privation momentanée. Depuis son accident, le malade s'est soumis à la continence absolue, il l'affirme dans ses lettres; et j'attribue surtout à cette circonstance la rapide prospérité de sa santé. J'ai conseillé ensuite les toniques reconstituans, le quinquina, le fer sous diverses formes, et les analeptiques.

La seconde indication, l'éloignement des causes locales, ne pouvait être satisfaite avec la même précision, les causes déterminantes locales des hématémèses de notre malade restant ignorées.

Ces causes locales, quelles qu'elles soient, se trouveraient écartées, il est vrai, dans une hygiène, bien tracée et bien suivie, de la fonction digestive; aussi n'ai-je pas manqué de tracer à notre malade, dans ses traits principaux, le plan de cette hygiène générale de l'estomac, et de le résumer dans ses deux grands caractères : la sobriété et la régularité, tous deux empruntés de ces deux grands caractères de la nature réparatrice, comme de la nature créatrice : l'ordre et la mesure.

Mais il est impossible à un homme, sollicité de toute part par la vie, et surtout à un jeune homme, de s'observer tout à la fois et constamment sur tant d'objets divers que comprennent ces deux principes. Aussi ai-je cherché à approcher de plus près la cause probable déterminante de la gastrorrhagie, pour la signaler plus particulièrement au malade. L'hématémèse de Paris s'est produite dans la nuit qui a suivi un déjeuner copieusement arrosé d'un vin généreux; et une rechute a eu lieu sous l'influence de l'eau vineuse trop chargée de vin. J'ai cru voir dans ces deux circonstances, dans l'excitabilité générale et locale du malade, dans l'action ordinaire des diffusibles sur le système nerveux et sur le système sanguin, une raison plausible de lui interdire pour quelque temps l'usage du vin pur, et surtout des vins chauds du midi et des liqueurs fortes.

M. P.,., ai-je dit, est premier employé chez un armateur du Havre. Les intérêts de sa maison devaient l'appeler dans des contrées commerciales où je me suis rappelé que la fièvre jaune est endémique. Je l'ai pressé de renoncer pour longtemps à des voyages, à des séjours dans ces contrées; craignant que l'hématémèse à laquelle il est prédisposé par deux raisons, et qui est, comme vous le savez, le symptôme à peu près constant de la fièvre jaune, ne trouvât de trop puissans auxiliaires dans les influences particulières de ces climats sur un estomac déjà prédisposé.

J'aurais négligé près de notre malade un point important de la pratique, et je négligerais ici un côté intéressant de la science qui ressort de ce fait, si je n'ajoutais que les gastrorrhagies de ce jeune malade, bien que dépendantes d'un appauvrissement général du sang, n'ont pas eu pour cela, au moins celle que j'ai pu observer, un caractère purement passif. Il a été évident qu'elle empruntait au tempérament nerveux du malade, exalté par une vie excessive de sentiment et d'imagination, un certain degré de caractère actif. Ce caractère actif se manifestait : 1° par le retour des vomissemens sanguins à chacune des exaltations passionnées qui, en face même de la mort, remplissaient son esprit de ses souvenirs d'amant; se manifestait 2° par l'apaisement de ces mêmes vomissemens sanguins, dans les intervalles d'apaisement de sa sensibilité affective et de son imagination romanesque. Ce caractère nerveux et actif de la gastrorrhagie de notre malade, fait de son observation la paraphrase fidèle et curieuse de l'observation de gastrorrhagie nerveuse, que cite M. Dalmas dans son excellent article du *Dictionnaire en 30 volumes*.

M. Dalmas croit, comme nous, que la gastrorrhagie peut être indépendante de toute altération organique appréciable de l'estomac, et dépendre uniquement, comme tant d'autres hémorrhagies des membranes muqueuses et séreuses, d'une simple exhalation sanguine locale, favorisée ou non par l'état général du malade.

J'ai cru devoir puiser, dans ce caractère nerveux, l'indication d'une hygiène morale que chacun de vous devine et que, par conséquent, je laisse sous-entendue.

On peut, ce me semble, légitimement espérer que ce malade, en se plaçant pendant longtemps dans les trois conditions fondamentales dont nous avons composé son régime de vie, se relèvera de la double disposition qui a causé ses gastrorrhagies, et arrivera ainsi à la cure radicale.

PATHOLOGIE.

NOTE SUR UN CAS DE VER LOMBRIC TROUVÉ DANS LES VOIES BILIAIRES, ET SUR UN AUTRE CAS TROUVÉ DANS LES VOIES AÉRIENNES.

Étampes, le 1er Juin 1856.

Monsieur et très honoré confrère,

La question des vers intestinaux, j'entends ici les lombrics, ne me paraît pas encore parfaitement et complétement appréciée à sa juste valeur, sous le rapport pathologique. La grande généralité des médecins actuels ne semblent les considérer que comme un simple épiphénomène dans la plupart des cas où nous sommes à même d'en rencontrer. Ne serait-ce pas parce qu'il est assez rare d'en observer une quantité notable dans les classes aisées de la société et dans les grandes villes, et aussi par une sorte de dédain qui nous ferait rejeter, comme indignes de la science, des opinions populaires évidemment exagérées? Quelle que soit notre manière de voir à ce sujet, toujours est-il que les mères des enfans de la campagne, et dans les classes ouvrières de nos petites villes, administrent à leurs enfans, dans presque tous leurs dérangemens, des antihelminthiques qui, le plus ordinairement, leur font rendre force vers, et souvent à leur grand soulagement. Ce qui paraît positif, c'est qu'une alimentation, dans laquelle entre beaucoup de crudités, et qui est composée de substances offrant peu d'élémens réparateurs sous un grand volume, est une des causes principales de dévoloppement de ces parasites. En causant un jour sur ce sujet avec M. le professeur Trousseau, il me dit que pendant qu'il était médecin à l'hôpital des Enfans, il avait eu peu l'occasion de voir des vers intestinaux en grande quan-

tité; tandis qu'il y a vingt-cinq à trente ans, ils y étaient excessivement communs, ce qui tendrait à prouver que l'alimentation et l'hygiène se sont améliorées dans notre capitale depuis un quart de siècle; car alors que j'étais élève dans cette maison, nous faisions peu d'autopsie sans en rencontrer. J'ai vu souvent des cadavres de jeunes sujets dont l'intestin, distendu outre mesure dans une grande étendue de son parcours, en contenait de pelotonnés jusqu'à trente, quarante et même cinquante, qui avaient déterminé des traces de phlogose fort intense, laquelle n'avait pas sans doute été étrangère à la mort. La direction des études médicales, alors où on ne voyait que gastro-entérites, faisait qu'on ne s'arrêtait qu'incidemment à cette complication, tout au plus pour la faire rentrer dans les causes de la maladie vers laquelle toute l'instruction médicale était dirigée.

Quoi qu'il en soit de ces quelques considérations, et sans vouloir entrer plus avant dans la question générale, permettez-moi de vous citer deux cas qui me semblent dignes d'intérêt; l'un vient s'ajouter à ceux recueillis dans la science par le savant auteur du *Précis des maladies du foie et du pancréas*, et le second consiste dans l'introduction d'un de ces animaux dans les voies aériennes, avec asphyxie et mort du jeune sujet.

Étant externe en 1828, dans le service de M. Jadelot, à l'hôpital des Enfans, j'avais observé, avec notre confrère Tonnellé, alors interne, les deux cas de vers intestinaux introduits dans les voies biliaires qu'on trouve rapportés dans l'intéressant ouvrage de M. Fauconneau-Dufresne.

En 1831, étant interne dans ce même hôpital, j'ai moi-même rencontré dans le foie d'un jeune garçon de l'âge de sept à huit ans, dont je n'ai pu jusqu'à présent retrouver l'observation dans mes notes, ce qui me met dans l'impossibilité de retracer les symptômes morbides qu'il a présentés, j'ai rencontré, dis-je, vers le milieu de la largeur et de l'épaisseur de la glande biliaire, un vers lombric de 5 à 6 centimètres de long, d'un blanc presque pur, rond et ferme, et ne paraissant mort que depuis fort peu de temps; il était enroulé sur lui-même, à la manière de ces petits cylindres d'extrait de réglisse et occupait une dilatation considérable des conduits excréteurs de la bile, communiquant évidemment avec ces canaux par des ouvertures très appréciables. Il n'y avait, dans cette espèce de poche, dont les parois étaient minces et nullement enflammées, aucun autre corps étranger que le vers lui-même: il semblait s'être développé dans ce point des conduits hépatiques, qu'il avait considérablement distendus en grossissant. Le reste de l'organe n'offrait rien d'anormal.

En mars 1831, étant de garde, la sœur de salle vint me réveiller au milieu de la nuit, me disant de me rendre au plus vite auprès d'un jeune enfant de quatre ans, admis pour une indisposition sans gravité apparente, qui venait d'être pris subitement de suffocation et lui semblait fort mal. Je m'empressai de me rendre auprès de ce petit garçon, mais à mon arrivée, je le trouvai mort. Je ne savais à quoi attribuer une terminaison aussi soudaine, et que rien chez l'enfant n'avait pu faire présager. A l'autopsie, je ne fus pas peu surpris de rencontrer un énorme ascaride lombricoïde de 18 centimètres de long et gros en proportion, qui, remontant dans l'œsophage, s'était engagé dans la glotte et avait amené l'asphyxie. Une moitié de ce ver était passé dans le larynx et la trachée, l'autre était encore dans l'œsophage; de sorte qu'il était à cheval sur la partie postérieure du premier de ces organes.

J'aurais voulu, Monsieur le rédacteur, joindre à ces deux faits des détails circonstanciés sur la maladie des jeunes enfans qui en font le sujet, mais il me faudrait de très longues recherches pour les retrouver, si encore j'y arrivais, et ils n'éclaireraient pas beaucoup la matière, car j'ai parfaitement souvenance que, dans ces deux cas, nous ne soupçonnions pas même l'affection vermineuse.

Veuillez agréer, etc. Dr Bourgeois.

THÉRAPEUTIQUE.

DU CHLORATE DE POTASSE CONTRE LA SALIVATION MERCURIELLE.

Nous avons fait connaître, dans l'un de nos précédens numéros, l'heureuse application que le docteur Herpin a fait à la salivation mercurielle du chlorate de potasse, déjà vanté par quelques médecins anglais dans la stomatite membraneuse. Nous avons dit que l'efficacité de ce remède dans la stomatite hydrargyrique se confirmait de toutes parts. Voici deux faits observés par M. Vidal (de Béziers), qui viennent corroborer cette assertion :

Observation I. — (Février 1856). Une femme de 30 ans était affectée d'une péritonite traumatique aiguë. Le traitement antiphlogistique avait été largement appliqué; l'état du pouls ne permettait pas de revenir aux émissions sanguines, et cependant la phlegmasie du péritoine résistait encore. J'eus recours au calomel à l'intérieur, à dose purgative, et aux frictions sur l'abdomen avec l'onguent napolitain. Cette médication produisit une détente favorable et amena la solution d'une maladie qui me donnait déjà de sérieuses inquiétudes. Mais, par contre, il se développa une stomatite des plus intenses avec une tuméfaction énorme de la langue, des lèvres et de toute la face; l'engorgement s'étendait aux glandes et ganglions sous-maxillaires. La malade était assise sur le lit, la tête penchée en avant, et la salive ruisselait de sa bouche; elle se plaignait, par signes, de souffrir de toute la tête, des oreilles surtout. Il y avait bien environ deux jours que quelques symptômes s'étaient manifestés du côté des gencives, mais c'est presque en une seule nuit que la stomatite avait acquis ce haut degré d'intensité. Ce même jour, je fis plusieurs cautérisations légères avec un collutoire de miel rosat et d'acide chlorhydrique.

Le lendemain matin, voyant le mal augmenter, je résolus d'essayer le *chlorate de potasse; j'en prescrivis 3 grammes dans 125 grammes de julep gommeux*. Le soir, *le julep fut réitéré, mais avec 4 gram. de chlorate*.

Le second jour du traitement, la stomatite restant stationnaire, *je donnai 5 grammes de chlorate dans le julep de la journée et 6 grammes dans celui de la nuit*.

Le troisième jour, il y avait un commencement d'amélioration, la malade parvenait, quoique avec peine, à articuler quelques mots; elle me dit que la potion de la nuit lui avait brûlé la bouche, tandis que les autres, les premières surtout, avaient été agréables à prendre. *Je descendis ce jour-là la dose de chlorate à 4 grammes; la nuit, même dose*.

Le quatrième jour du traitement, l'amélioration fut de plus en plus sensible. *3 grammes de chlorate le jour, autant la nuit*.

Le cinquième jour, la salivation était déjà réduite de plus de la moitié. *Même dose de chlorate que la veille*.

Le soir du sixième jour, la salivation était complétement tarie; *j'arrêtai l'emploi* du chlorate et donnai un gargarisme de guimauve et de tête de pavot.

Les jours suivans, la guérison s'est confirmée; mais je dois dire que, quoiqu'il n'y eût plus aucune trace de salivation, les gencives sont néanmoins restées tuméfiées et douloureuses; et la malade disait souffrir beaucoup dans les dents, les molaires surtout. Des applications du collutoire au miel rosat et à l'acide chlorhydrique ont amené, en peu de jours, la résolution de l'engorgement des gencives et la guérison de quelques aphtes qui étaient encore disséminés dans la bouche.

Cette stomatite avait rapidement acquis une très grande intensité; la salivation était déjà pleinement établie avant l'emploi du chlorate, et l'affection menaçait de devenir des plus graves. Aussi, enhardi d'ailleurs par l'innocuité de ce sel, je n'ai pas craint d'administrer des doses supérieures à celles qu'on donne, à l'ordinaire, dans cette affection. J'ai regretté seulement que la répugnance que le remède avait, à ces doses élevées, inspirée à ma malade, ne m'ait pas permis de persévérer davantage. Une plus grande dilution du sel, comme l'a indiqué M. Herpin, parera désormais à cet inconvénient.

Observation II. — (Avril 1856). Le haut degré de gravité qu'avait atteint la stomatite dans le cas précédent, était fort concluant en faveur de l'efficacité du chlorate; mais, dans l'intérêt de la patiente, j'avais regretté de n'avoir pas commencé plus vite cette médication, et je m'étais promis d'être, à l'avenir, sur mes gardes en semblable occasion. Dans un cas tout récent je n'ai eu qu'à me féciliter de cette détermination.

Il s'agissait d'une salivation survenue, après deux mois d'un traitement mercuriel, dans une maladie syphilitique. Attaquée vers son début, la stomatite a avorté sur le coup. Au bout de quatre jours, le traitement hydrargyrique a pu être repris. Le chlorate a été donné, concurremment, à la dose de 2 grammes pendant une quinzaine environ, et depuis dix jours que j'ai cessé l'emploi du sel potassique, tout en continuant le traitement spécifique, rien n'a reparu du côté de la bouche.

Mon expérience vient donc confirmer, après celle de plusieurs praticiens éminens, l'efficacité incontestable du chlorate de potasse dans la salivation mercurielle. M. le docteur Herpin a trouvé là une médication héroïque.

Vidal (de Béziers).

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS,

Séante à la Faculté de médecine.

Séance du 5 Avril 1856. — Présidence de M. Herpin (de Genève).

MALADIES DU SANG ET DE L'ESTOMAC.

M. le docteur Fournet fait une communication à la Société sous le titre suivant : *Observation de gastrorrhagie dépendant d'une double cause : d'une cause générale et d'une disposition locale; énorme quantité de sang perdue; promptitude du rétablissement; — réflexions incidentes.* — (Voir plus haut, travaux originaux.)

La discussion, ouverte sur la communication de M. Fournet, ne porte guère que sur la nature de l'hématémèse :

M. Herpin rappelle à ce propos les travaux de M. Cruveilhier qui tendent, dit-il, à établir que toute hématémèse a sa cause locale et directe dans une ulcération simple ou un cancer de l'estomac; il ajoute que sa propre expérience confirme cette conclusion, et que M. le docteur Duval exprime la même opinion dans sa thèse sur le même sujet; M. Herpin ajoute que le pronostic des hématémèses est rarement grave; il se rappelle encore les paroles d'un confrère qui lui disait, en consultation, qu'il n'avait vu mourir personne de gastrorrhagie. M. Herpin se résume en disant : qu'il regarde l'hématémèse comme dépendante de l'ulcération, tant qu'on n'a pas prouvé, *de visu*, qu'elle tient à une autre cause. L'absence de toute lésion appréciable de la fonction digestive ne lui paraît même pas une objection suffisante, parce qu'on voit quelquefois l'ulcération simple de l'estomac, constatée à l'autopsie, ne s'être révélée, pendant la vie, par aucun autre signe appréciable que l'hématémèse.

M. Barth, quoique disposé à admettre l'altération organique de l'estomac comme cause la plus fréquente de l'hématémèse, croit qu'elle peut tenir à d'autres causes. Il fait des réserves, en particulier, pour les hématémèses supplémentaires chez les femmes; de plus, il rapporte l'observation d'une jeune fille, placée dans le service de M. Chomel, qui mourut d'une gastrorrhagie incoercible. A l'autopsie, on trouva l'un des vaisseaux de l'estomac rompu, béant, sans ulcération. La cause de cette rupture resta complètement ignorée. Quand l'hématémèse est dû à l'ulcération simple, ajoute M. Barth, elle est en général peu considérable; la couleur du sang peut servir à différentier l'hématémèse de l'ulcération simple, de l'hématémèse du carcinôme: la teinte rouge sanguine est bien plus pure, en effet, dans le premier cas que dans le second.

M. Am. Forget émet l'opinion que l'hématémèse du malade de M. Fournet pourrait bien être due à la rupture mécanique de l'un des vaisseaux de l'estomac. L'énorme quantité du sang vomi, le rapide et facile rétablissement du malade tendent, dit-il, à le faire croire. Il admet plus volontiers cette cause mécanique, que la disposition générale aux hémorrhagies par la défibrination du sang, et la disposition locale, invoquées par M. Fournet.

M. Fournet répond :

A M. Herpin : Les travaux de la science sont successifs, en questions d'étiologie comme en toutes autres questions; on doit aux beaux travaux de M. Cruveilhier d'avoir ajouté l'ulcération simple de l'estomac aux autres causes déjà connues de la gastrorrhagie. Mais cette cause n'a malheureusement pas effacé les autres; vouloir que toute gastrorrhagie dépende de l'ulération simple, n'est-ce pas subir, sans s'en douter, cette disposition trop ordinaire de l'esprit humain, qui fait exagérer la cause nouvellement découverte jusqu'à voiler momentanément toutes les autres. Cela peut être bon, dans la marche générale de la science, pour faire ressortir et pour fixer le progrès accompli; mais cela ne saurait être heureux dans l'appréciation d'un fait particulier. Les faits généreux du même ordre peuvent diriger l'esprit dans l'observation et l'appréciation des faits particuliers; mais il n'appartient qu'à ces faits eux-mêmes et aux élémens qu'ils renferment de fixer le jugement. Or, j'ai pris soin de dire que l'étude la plus attentive des fonctions de l'estomac, chez le malade de cette observation, étude faite du point de vue des travaux de M. Cruveilhier, et par conséquent du point de vue de l'opinion qui attribue pour cause à la gastrorrhagie une altération organique de l'estomac, n'avait fourni aucune donnée sérieuse à cette opinion. Sur ce fait qu'on a observé des ulcérations simples de l'estomac sans symptômes saisissables, établir que, hors la preuve anatomique du contraire, toute hématémèse qui ne dépend pas d'un carcinôme, dépend d'une ulcération simple, n'est-ce pas trancher par l'*opinion* une question qui ne peut être résolue que par l'*observation*, ou qui, en l'absence d'élémens suffisans, doit au moins rester suspendue. Quelque faible que soit la proportion des autres causes de la gastrorrhagie par rapport à l'ulcération, il faut cependant bien savoir reconnaître telle de ces autres causes, ne serait-ce qu'à titre d'exception, quand tout concourt à la caractériser; surtout quand le cas où on la montre en action, est rapporté à ce titre exceptionnel; quand on l'a observé avec la préoccupation de se garantir de toute erreur; enfin, quand le fait a sa confirmation dans des faits analogues observés et jugés par des cliniciens distingués. Il n'y a, d'ailleurs, aucune raison spéciale à l'estomac, pour que les hémorrhagies par simple exsudation sanguine, qui se peuvent produire et se produisent journellement sur les membranes muqueuses, ne se puissent produire également sur la muqueuse gastrique. J'ai vu des femmes qui, pendant un certain temps, ont eu régulièrement leurs règles par l'estomac, comme d'autres par les poumons; il est cependant impossible, dans ces cas, d'admettre d'autre cause locale à l'hémorrhagie qu'une simple exhalation sanguine, déterminée par une modification passagère, et purement fonctionnelle, de la circulation.

A M. Forget : La rupture purement mécanique, c'est-à-dire non ulcéreuse de l'un des vaisseaux de l'estomac, n'est pas impossible assurément; M. Barth vient de vous en citer un cas. Mais cela reste une simple opinion, qui ne peut invoquer, chez le malade de notre observation, ni l'appui d'une cause traumatique, ni celui d'une cause chimique, car j'ai eu soin de constater que le malade n'avait éprouvé aucun accident extérieur, ni pris à son repas rien d'indigeste. Le caractère actif que donnait à son hémorrhagie l'excitation du système nerveux, joint à la défibrination du sang produite par les excès vénériens, suffit parfaitement à expliquer l'abondance de l'hémorrhagie; et quant à la facilité de la convalescence, et à la rapidité du rétablissement des forces, elles n'ont rien que de très naturel, chez un jeune homme de 20 ans, sous la double influence de la suppression complète des causes d'appauvrissement du sang, et d'une sustentation sagement conduite et généreuse. Les auteurs ont cité des faits plus remarquables encore de la rapide réparation du sang, à la suite des grandes hémorrhagies, sous l'influence d'un bon régime.

Soit qu'on raisonne, soit qu'on observe, ajoute M. Fournet, on se sent donc autorisé à conclure de nouveau que l'hématémèse de M. P... était le résultat d'une exhalation sanguine active favorisée par un état général d'appauvrissement du sang.

Le secrétaire général, Dr J. Fournet.

P. S. Au moment de l'impression de ce procès-verbal, commencement de juin 1856, de nouvelles lettres du malade confirment le plein rétablissement et l'état florissant de sa santé.

EN VENTE,

Aux bureaux de l'*Union Médicale* et chez tous les libraires de l'École de médecine,

LETTRES SUR LA SYPHILIS,

Adressées à M. le rédacteur en chef de l'Union Médicale,

Par Ph. RICORD,

Chirurgien de l'hôpital du Midi, chirurgien-consultant du Dispensaire de salubrité publique, membre de l'Académie impériale de médecine, de la Société de chirurgie et de diverses Académies et Sociétés savantes; officier de la Légion-d'Honneur, commandeur et chevalier de plusieurs autres ordres;

AVEC UNE INTRODUCTION,

PAR AMÉDÉE LATOUR,

Rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique.

Deuxième édition revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X, — N° 70. **DIXIÈME ANNÉE.** **Mardi 10 Juin 1856.**

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An...............	32 Fr.
6 Mois............	17
3 Mois............	9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris.*

ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. THÉRAPEUTIQUE : De l'emploi des gargarismes iodés et de la teinture d'iode dans le traitement de la diphthérite. — II. HÉMATOLOGIE : De l'analyse quantitative des principes constituans du sang. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale de Constantinople* : Formation du bureau de la Société. — Sur la question des affections typhiques. — IV. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Lettre à M. le docteur Munaret.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DES GARGARISMES IODÉS ET DE LA TEINTURE D'IODE DANS LE TRAITEMENT DE LA DIPHTHÉRITE.

Pont-à-Mousson, le 10 Mai 1856.

Monsieur et très honoré confrère,

La troisième et dernière observation de l'article si intéressant de M. le docteur Perron, d'Alexandrie (Égypte), *sur l'usage des gargarismes iodés*, publié dans l'UNION MÉDICALE du 1er mai dernier, m'engage à vous adresser quelques remarques sur ce moyen thérapeutique, que jusqu'alors j'avais cru trop commun et trop vulgarisé pour en occuper les nombreux lecteurs de votre excellent journal.

Mais comme votre savant correspondant d'Alexandrie dit : « je ne sache pas que la teinture d'iode ait déjà été appliquée avant le cas que j'indique, à la médication de la diphthérite localement ; » et comme, de plus, ce cas unique a offert quelques phénomènes qui pourraient jeter de l'hésitation dans les esprits moins hardis que celui qui en a été témoin et qui les rapporte, je crois ne pas être inutile, en signalant ce que j'ai observé, dans des cas sinon identiques, au moins fort analogues.

Toutefois, avant d'exposer ce que mon expérience personnelle m'a appris sur ce sujet, je vais laisser parler l'honorable docteur Perron :

« Je ferai, en terminant, une remarque : c'est qu'il me paraît que les muqueuses sont plus douloureusement ou plus vivement impressionnées que les séreuses par le contact de la teinture d'iode. La malade dont je parlais tout à l'heure éprouvait, par ce contact, une sensation de brûlure dans la bouche après chaque gargarisme. Une fois cette dame, sans le vouloir, avala un peu du gargarisme en le faisant agiter à l'arrière-bouche, en le promenant sur les gencives malades. Bien ce fut pour le pharynx; mais immédiatement après, se fit sentir dans tout le pharynx, dans l'œsophage et l'estomac, une vive sensation d'ustion, et il fallut boire une certaine quantité d'eau pour amortir, pour éteindre cette sensation. L'injection si heureuse qu'a opérée dans le péricarde le célèbre médecin de l'hôpital Saint-Antoine, à Paris, n'a pas, dit cette observation que l'UNION MÉDICALE a publiée, donné des sensations pénibles au malade. »

Or, je me suis fréquemment servi non seulement de gargarismes iodés, mais je passe souvent la teinture d'iode pure sur la muqueuse pharyngienne, sans avoir jamais vu cette pratique donner lieu à la moindre sensation douloureuse ou même pénible.

Mlle M..., 16 ans, à peine sortie, après un long traitement, d'un état chloro-anémique datant depuis plusieurs années, éprouvait tout à coup, pendant une quinzaine de jours, des malaises, des lassitudes, de la céphalalgie, de légers mouvemens fébriles à des heures indéterminées. Elle offrait, en un mot, quelques-uns des signes précurseurs d'une maladie grave imminente, ou d'un travail morbide actuel profond. Au milieu de ce vague, de cette incertitude, toujours si pleins d'anxiété, pour la famille, et d'embarras pour le médecin, une chose me frappa : c'était une certaine altération de la voix, donnant au timbre, habituellement net et sonore, quelque chose de sourd et de nasillard. J'examine aussitôt le gosier ; je trouve les amygdales légèrement hypertrophiées et tout le fond du pharynx recouvert d'une plaque de pus. Je la détache avec le crayon de nitrate d'argent. Le lendemain, je la retrouve aussi épaisse que la veille, et ainsi plusieurs jours de suite. Je fais faire des gargarismes aluminés ; j'insuffle de l'alun à l'aide de deux tuyaux de plume abouchés et passés à travers les narines, jusqu'à l'arrière-gorge ; le pus se reproduit toujours avec la même opiniâtreté, et en peu d'heures. Évidemment, cette sécrétion purulente venait d'un point du pharynx trop élevé, pour que le crayon ou l'alun pussent l'atteindre. Il s'agissait d'attaquer non pas le produit de la sécrétion, mais la portion ulcérée du pharynx qui la fournissait, et qui se trouvait hors de portée de la vue. Dans ce but, j'ai porté un pinceau à miniature, recourbé en crochet et trempé dans de la teinture d'iode pure, derrière le voile du palais, et aussi haut que possible. En le retirant, il entraîna un gros bouchon de pus [illegible] même petite opération, avec le même résultat. Une dizaine de ces cautérisations ont suffi pour effacer, sans retour, tout vestige du mal.

Le contact de la teinture d'iode n'a jamais provoqué, chez notre jeune malade, la moindre sensation pénible. Ce fait s'est passé il y a bientôt deux ans.

Actuellement, j'ai en traitement deux malades, dont l'un offre absolument les mêmes particularités : c'est une femme d'une cinquantaine d'années, qui vient deux fois par semaine se faire cautériser le pharynx. Le crayon de nitrate d'argent n'ayant pu atteindre l'ulcération située trop haut derrière le voile du palais, je la cautérise avec la teinture d'iode, qui me donne le même résultat que dans l'observation précédente. Le second cas a pour sujet un homme de 66 ans, portant sur toute la surface du pharynx de nombreuses granulations sécrétant une abondante matière visqueuse. Après de fréquentes cautérisations avec des substances diverses, je me suis fort bien trouvé, et le mieux, de la teinture d'iode, secondée par les gargarismes iodés. Ce malade, affecté, en outre, d'un tremblement musculaire général, ne peut se gargariser sans avaler quelques gouttes de son gargarisme. L'œsophage et l'estomac ne s'en trouvent pas plus incommodés que le pharynx lui-même.

Au moment où je clos cette relation, un jeune homme vient me consulter pour une syphilis tertiaire. Outre une éruption générale caractéristique, il présente des ulcérations du voile du palais et des condylômes autour de l'anus. Je touche aussitôt les uns et les autres avec la teinture d'iode. Il y a eu ici ceci de singulier : la cautérisation de la muqueuse pharyngienne n'a donné lieu à aucune sensation quelconque, tandis que celle des condylômes a provoqué de la douleur, d'ailleurs passagère.

Ai-je besoin d'ajouter, Monsieur le rédacteur, qu'en vous adressant ces quelques lignes, je suis loin de vouloir faire la plus légère allusion à une priorité quelconque. Mon intention est simplement de signaler les effets curatifs et physiologiques de la teinture d'iode portée sur la muqueuse pharyngienne.

Agréez, etc. Dr ZURKOUZKI.

A l'occasion des intéressantes observations que l'on vient de lire, nous croyons devoir présenter quelques réflexions. Rappelons d'abord que l'emploi de la teinture d'iode en applications topiques est indiqué à la fin du mémoire de M. Marchal de Calvi (*voyez* UNION MÉDICALE, 2 juin 1855, p. 263), comme ayant été proposé par M. le docteur Am. Forget, pour combattre la septicité dont s'accompagne la diphthérite. Nous devons ajouter que si l'observation de M. le docteur Perron, insérée dans le numéro du 1er mai 1856 de l'UNION MÉDICALE, se rapporte évidemment à une angine tonsillaire et pharyngienne diphthtéritique, il n'en est pas de même des observations de M. le docteur Zurkouzki, dont les deux premières ont trait à des pharyngites ulcéreuses et purulentes, et la troisième à une angine pharyngienne granuleuse, avec sécrétion d'une nature spéciale. Nous pourrions aussi examiner si la tolérance observée par ce dernier, et qui semble en contradiction avec les effets signalés par M. Perron, ne tient pas à la différence dans le mode d'emploi (gargarisme dans un cas, application directe et limitée au point malade dans l'autre).

Mais une question bien autrement importante nous paraît soulevée par les faits qui nous occupent, c'est celle du pronostic et du traitement de la diphthérite pharyngienne.

Dans le petit travail que nous avait suggéré l'observation de croup publiée par notre confrère et ami, le docteur Joret (*voir* l'UNION MÉDICALE des 21 et 24 juillet 1855, p. 346 et 350),

Feuilleton.

LETTRE A MONSIEUR LE DOCTEUR MUNARET,

Dans laquelle on cherche à établir que l'exactitude épistolaire, qui est une des ressources les plus précieuses de la médecine morale, fait partie des devoirs professionnels du médecin.

« Le silence est une persécution. » (PASCAL.)

Cher confrère et ami,

Lorsqu'on a séduit quelqu'un, qu'on se l'est attaché par de charmantes épîtres, par de gracieuses attentions, il n'est pas séant, il est cruel de l'abandonner tout à coup, comme on ferait d'une chose, objet, un instant, de nos caprices... Que vous m'ayez attiré dans votre giron par des ouvrages où la science le dispute à la verve, l'éloge le plus délicat à la satire la plus fine, et qu'ensuite vous m'accabliez de votre supériorité, de votre bonheur *coiffé*, comme le font la plupart de ceux qui prennent rang au-dessus de la foule ; à cela je n'ai rien à dire ; je fais partie du public, et vous ne me devez absolument rien. Mais si vous m'avez magnétisé par une correspondance rédigée exprès pour moi, et soutenue, pendant près de cinq années ; puis, que, tout à coup, sans cause connue, vous traitiez mon souvenir comme une *épave*, j'ai le droit de me plaindre et de vous accuser de félonie, ô chère *naïade* de Saint-Galmier!...

Afin de vous piquer plus au vif, j'ai eu l'idée de réclamer contre votre indifférence en sollicitant l'honneur de vous écrire par l'UNION MÉDICALE. De cette manière, vous ne pourrez prétexter contre l'infidélité de mon courrier, et vous serez soustrait à des épanchemens fastidieux, à des récriminations qui ne se tolèrent que dans la plus grande intimité. Mais de quels sujets vais-je vous entretenir? Je n'en manque pas : le tout est de choisir!... Vous répéterai-je, par exemple, ce que je marquais, il y a quelques mois, à l'un de nos maîtres en philosophie, — à l'auteur du *Traité de la science médicale*, — touchant la part que l'on doit faire au dogme, lorsqu'il s'agit de pratique et d'instrumentation? Vous entretiendrai-je de la défiance qu'il faudrait apporter, en général, au diagnostic, surtout aux arrêts pronostiques de tous les spécialistes? Cette tâche me tenterait, mais elle est brûlante et je la repousse ; ou bien, entrant de plain-pied dans le domaine clinique, vous apprendrai-je comme quoi j'ai conservé un membre que dix chirurgiens, à ma place, auraient très certainement abattu... Tenez, je vais traiter de l'obligation qu'il y a, pour nous, à répondre exactement aux malades qui sollicitent des secours moraux et quelque peu de miséricorde. Ce thème, qui en vaut bien un autre, s'accordera à merveille avec l'humeur provoquée par votre obstiné silence.

Vous savez, mon cher *Campagnard*, que, dans certaines maladies du système nerveux, les passions affectives se développent avec excès, comme en d'autres l'urine et la sécrétion bilieuse : proposition peu attrayante, car elle dépoétise singulièrement les attractions dont, en pareil cas, nous pouvons être le motif ; néanmoins, je ne recule point devant sa crudité. Eh bien ! que faut-il en conclure, si ce n'est que ce phénomène d'exagération est *un symptôme* neurique que nous devons calmer et pallier tout comme les symptômes qui font le tourment d'un calculeux, d'un podagre, de tous ceux, enfin, qui implorent notre assistance si souvent impuissante ou infime... Vous en convenez, n'est-ce pas? Bien d'autres en conviennent comme vous, ce qui prouve que, de la théorie à la pratique, il y a, la plupart du temps, une effrayante solution de continuité. C'est contre ce *péché* médical que je m'inscris et que proteste de toute la force de mes sensations qui, sous ce rapport, ont été, plus d'une fois, rudement humiliées !...

Notre devoir étant de soulager, par tous leurs bouts et sous toutes leurs faces, les malheureux qui se confient à nous, qu'ils soient à notre portée ou à distance, le principe est que nous sommes tenus d'employer, à leur profit, toutes les ressources qui sont à notre portée. Or, s'il nous est donné de diminuer leurs peines, soit par la parole, soit avec la plume, nous ne devons pas leur marchander notre langue, et pas davantage les adoucissemens du discours écrit. C'est là une abstention coupable ; c'est un manquement à la déontologie.

Eh mon Dieu ! une lettre n'est pas chose si pénible, ni si difficile à *bâcler*, pour qu'on se dispense d'en faire profiter ceux qui y aspirent avec ardeur, souvent avec anxiété.

Certes, s'il est une devise que doive prendre le médecin, c'est celle que portait au cœur la statue emblématique de l'amitié romaine : *de près et de loin* (*proximò et procul*) ; car nous devons être les *archétypes* de l'humanité ; car nous devons considérer tous nos malades comme des amis ; les traiter comme nos proches ; et, en leur nom, ne reculer, comme le vrai ministre de la communion chrétienne, devant aucune gêne ; bref, nous ne devons pas mettre au néant les œuvres de surérogation. Pour ne pas être en deçà du but, il faut viser à le dépasser. Essayer de tout, ne fuir devant aucun obstacle, telle est, en réalité, notre consigne. Avec ce mot d'ordre, je le sais, cher Munaret, on ne circule pas aisément dans les sentiers de la fortune ; on va plus droit et plus sûr dans ceux qui aboutissent au temple de la médiocrité, et quelquefois à un autre temple qui ressemble fort, par son porche et par ses fenêtres, à ce qu'on appelle un hôpital.... Cela est fâcheux, mais cela est... Et la seule conduite que nous ayons à tenir, c'est de ne pas mitonner l'idée de léguer nos lancettes à nos enfans, à moins que..., Lisez dans cette réticence tout ce qu'elle cache de raisons, de censure et de plaintes, et, en outre, repassez dans votre mémoire, — au risque de vous assombrir une fois de plus, — les effrayantes considérations de M. le docteur Sanderet, sur l'avenir réservé à notre antique et savante famille (1).

Je retourne à ma thèse qui est d'appuyer sur l'obligation où nous sommes tous, — ne serait-ce qu'à titre de gens bien élevés, — de ne pas laisser sans réponse les lettres qui nous sont adressées, de quelque part qu'elles nous adviennent, sauf le cas, cependant, où nous voulons rompre avec leur auteur. Cette conjoncture équivaut à un salut auquel, par des motifs tout à fait personnels, nous nous abstenons de satisfaire. Elle est, au propre, une grossièreté calculée. Autrement, nous n'avons pas d'excuses, et nous tombons dans une incivilité blâmable. Les hommes qui se rendent coupables de ce méfait, je les connais, je les ai analysés, et je sais que c'est tout bonnement parce que, perchés sur le très haut mérite qu'ils s'adjugent, ou que leur donnent les circonstances, ils dédaignent d'accorder quelques-unes de leurs précieuses minutes à des gens qui n'appartiennent qu'au demi-monde... Une preuve irréfragable de ce que j'avance, et qui m'est fournie par les person-

(1) UNION MÉDICALE, feuilleton du 6 mai 1856.

nous avions insisté sur ce fait que le croup, au lieu de résulter *constamment* de l'extension de l'affection diphthéritique de l'arrière-gorge au larynx, débutait souvent, *à Paris*, d'emblée par les voies aériennes; nous pourrions, aujourd'hui, renversant cette proposition, montrer par de nombreuses observations, que très souvent, *à Paris au moins*, la diphthérite tonsillaire et pharyngienne reste limitée à ces parties sans tendance à s'étendre au larynx. Sans remonter au delà de l'année courante, nous nous bornerons à rapporter succinctement deux cas qui présentent les garanties d'une rigoureuse observation, ayant été suivis par deux confrères aussi expérimentés qu'honorables.

Il y a trois mois, M. le docteur Cerise nous priait de l'accompagner dans une famille qui lui avait successivement présenté, chez trois de ses membres, deux demoiselles et un jeune homme, trois cas de pharyngite pseudo-membraneuse, avec ceci de remarquable, qu'ayant eu le courage de s'abstenir de toute médication topique et de se borner à combattre la tendance adynamique par l'usage du vin de quinquina associé à un régime tonique, il avait obtenu déjà la guérison des deux personnes les premières atteintes, et que le jeune homme, affecté le dernier, et arrivé au dix-septième jour de sa maladie, était presque entièrement guéri au point de vue général, tandis que l'affection locale, toujours circonscrite au pharynx, existait encore, quoique améliorée, à ce point que nous pûmes, avec une pince à dissection, enlever un lambeau de fausse membrane de 2 centimètres 1/2 de diamètre, de près de 2 millim. d'épaisseur, encore adhérente par un de ses bords à l'un des piliers du voile du palais, et que notre confrère a conservé comme pièce de conviction. Notons, en passant, que plusieurs lambeaux de fausses membranes, recueillis par notre confrère chez ces mêmes malades, placés et maintenus pendant deux à trois jours dans une solution concentrée de bicarbonate de soude restaient intactes, sans manifester trace de dissolution.

Le 24 avril dernier, nous étions appelé par notre savant confrère, M. le docteur Foissac, auprès d'un jeune enfant, petite fille de 4 ans, chez laquelle il avait constaté la présence de fausses membranes développées sur les amygdales. Après un vomitif, le calomel avait été administré à doses fractionnées, et les amygdales touchées avec le suc de citron. L'enfant, pâle et abattue, conservait de la gaîté; il n'y avait ni toux ni modification de la voix; le pouls avait de la fréquence (140), sans chaleur à la peau; les ganglions sous-maxillaires étaient engorgés, la langue uniformément blanche, avec un aspect villeux, qui lui donnait l'apparence du velours de coton; l'appétit était nul, sans soif. Pendant douze jours nous eûmes à combattre la diathèse diphthéritique persistante qui déterminait la [illegible] détachées sous l'influence des applications du suc de citron associé au sulfate simple d'alumine (1). Nous augmentâmes progressivement l'alimentation, malgré la fréquence du pouls, à mesure du retour de l'appétit; faisant prendre en même temps le sirop de quinquina préparé au vin de Bordeaux, et nous eûmes le bonheur de voir l'enfant entrer en franche convalescence et reprendre rapidement ses forces.

Quinze jours plus tard, la mère de cette jeune malade, Mme la comtesse de R..., présentait à son tour à M. le docteur Foissac une diphthérite pharyngienne, qui céda rapidement à la même médication.

Ces faits auraient, si nous ne nous trompons, une certaine importance, en prouvant que l'angine tonsillaire et pharyngienne *pseudo-membraneuse* n'a pas une marche fatalement envahissante et peut rester limitée à son siége primitif, malgré la persistance de la diathèse diphthéritique. Ils nous paraissent prouver également la possibilité d'éviter l'emploi des caustiques et l'utilité des agens topiques simplement modificateurs; enfin, ils tendraient à démontrer l'avantage d'une médication générale tonique et d'une alimentation progressive, et nous conduiraient, par induction, à nous défier des méthodes de traitement débilitantes.

Nous croyons devoir appeler l'attention de nos confrères sur le topique qui a réussi chez notre petite malade, et nous paraît présenter une heureuse idée. Le jus de citron plaît aux enfans, et son application au moyen d'un pinceau à lavis ne soulevant pas de répugnance, il sera toujours facile d'y mêler, d'une manière inostensible, quelques gouttes de solution saturée de sulfate simple d'alumine, dont la saveur âpre et acide est suffisamment masquée par celle du suc de citron.

Mais revenons à la teinture d'iode dont nous a éloigné cette trop longue digression. Un seul fait ne nous permet pas de nous prononcer sur la valeur de ce moyen dans l'angine diphthéritique, mais les applications aussi heureuses que variées qu'on fait journellement de la teinture d'iode comme modificateur des surfaces de sécrétion, purulente ou autre (1), autorisent à espérer que, dans ces cas encore, elle pourra fournir de bons résultats.

Dr Homolle.

(1) Il ne faut pas confondre ce sel avec l'alun (sulfate double d'alumine et de potasse), sa solubilité est beaucoup plus grande, deux parties d'eau pouvant en dissoudre trois, son action beaucoup plus énergique et même complétement différente.

(1) M. le docteur Saurel, de Montpellier, l'a employée dernièrement avec succès dans la pourriture d'hôpital.

(1) Pour le premier mémoire, voir l'Union Médicale des 1er, 15 et 17 Mai 1856, et pour le deuxième mémoire, les numéros des 22 Mai et 3 Juin 1856.

HÉMATOLOGIE.

DE L'ANALYSE QUANTITATIVE DES PRINCIPES CONSTITUANS DU SANG (1);

DEUXIÈME MÉMOIRE

Lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 20 Mai 1856,

Par M. le docteur Max. Parchappe, inspecteur général de 1re classe des établissemens d'aliénés.

8° *Formation d'acide carbonique.* — On a admis assez généralement, au nombre des phénomènes qui accompagnent la coagulation du sang, l'exhalation d'une certaine quantité d'acide carbonique. Il est certain que l'air, au contact du sang veineux, se charge d'acide carbonique. Mais il est permis de douter que cet acide carbonique soit le produit d'une simple exhalation.

1° C'est à tort que quelques observateurs ont attribué à l'exhalation de l'acide carbonique la formation des bulles gazeuses qui viennent crever à la surface du sang.

[illegible] qui se forment dans le sang, qui se portent à sa surface et y persistent sous forme d'écume, et qui se montrent quelquefois emprisonnées dans sa masse solidifiée, sont tout simplement des bulles d'air, résultat de la collision du sang avec l'air au moment où il coule, circonstance dans laquelle le sang, comme tout liquide visqueux, produit de l'écume.

2° L'air, au contact du sang veineux, se charge réellement d'acide carbonique.

Si l'on pose sur du sang reçu dans une cuvette au sortir de la veine, et pendant qu'il est encore liquide, une cloche de manière à circonscrire et à emprisonner au contact de l'air de la cloche une certaine portion du sang, les phénomènes habituels de la coagulation se produisent dans le sang au dedans et au dehors de la cloche. Après vingt-quatre heures, le sang de l'intérieur de la cloche est séparé en caillot et sérum. Les parties du caillot, qui ont été en contact avec l'air de la cloche, offrent la couche avivée.

L'air de la cloche, qui entretient la combustion d'une allumette enflammée, trouble l'eau de chaux et rougit faiblement la teinture de tournesol.

3° La quantité de l'acide carbonique, dont se charge l'air atmosphérique au contact du sang veineux, est considérable et varie en raison de la durée du contact.

Si l'on reçoit du sang au sortir de la veine dans une éprouvette ou un flacon, de manière à ce que le sang n'occupe qu'une portion de la capacité du vase, et si le vase étant bouché et exactement luté, on renverse le vase de manière à ce que le sang, pendant sa coagulation et pendant une durée déterminée, demeure au contact de l'air empoisonné dans le vase au-dessus de la surface du sang, on a le moyen de déterminer rigoureusement à l'aide de l'analyse de l'air la quantité de l'acide carbonique formé, en tenant compte de la durée du contact et de la quantité du sang.

Si l'on agit avec le même vase, on supprime les différences relatives à l'étendue de la surface.

Voici les résultats de quatre expériences.

Dans une éprouvette :

87 grammes 85 de sang veineux, après un contact de vingt-six heures avec 227 pouces cubes 26 d'air, ont fourni 11 pouces cubes 17 d'acide carbonique.

Dans la même éprouvette :

151 grammes 10 de sang veineux, après un contact de deux heures avec 168 pouces cubes 65 d'air, ont fourni 5 pouces cubes 36 d'acide carbonique.

Dans un flacon bouchant à l'émeri, d'un calibre plus que double, relativement à l'éprouvette :

79 grammes de sang veineux, après un contact de vingt-quatre heures avec 233 pouces cubes 50 d'air, ont fourni 12 pouces cubes 10 d'acide carbonique.

Dans le même flacon :

42 grammes de sang veineux, après un contact de deux heures un quart avec 247 pouces cubes 50 d'air, ont fourni 8 pouces cubes 80 d'acide carbonique.

Ces expériences démontrent que les différences dans la quantité de l'acide carbonique formé ont été principalement relatives à la durée du contact.

L'étendue de la surface de contact a exercé une influence notable pour augmenter la quantité de l'acide carbonique formé.

La quantité de la masse du sang paraît avoir été sans influence sensible sur la quantité de l'acide carbonique.

RELATIONS DES PHÉNOMÈNES PRINCIPAUX DE LA COAGULATION.

Les divers phénomènes qui se produisent spontanément dans le sang [illegible] de coagulation au contact de l'air et dont je viens de donner la description, se résument en trois faits principaux : la coagulation proprement dite du sang qui se divise en deux changemens successifs, sa solidification et sa séparation en solide et liquide, la formation d'une couche d'une couleur plus claire et plus vive à la surface du sang et du caillot, et la formation d'une notable quantité d'acide carbonique.

Voici les recherches que j'ai faites pour déterminer rigoureusement la part que prend l'air atmosphérique dans la production de ces phénomènes essentiels, et les résultats que j'ai obtenus :

1° La coagulation proprement dite du sang veineux est absolument indépendante de l'action de l'air.

Du sang veineux a été reçu, immédiatement au sortir de la veine, dans des flacons qui ont été remplis complétement, renversés et bouchés exactement, et dans des ballons remplis d'acide carbonique ou d'azote;

---

nages éminens qui me font l'honneur de correspondre avec moi, — moi si loin d'eux, — c'est que *jamais* MM. Rostan, Royard-Collard, Élie de Beaumont, Amédée Latour, Cerise, Édouard Auber, Saurel (de Montpellier), Vieillard, celui qui administre la Bibliothèque du Sénat, Alexis Godin et quelques autres, tant en Angleterre qu'en France, n'ont fait aucune difficulté d'échanger leurs pensées contre celles de votre ami du Mont-Saint-Michel. Lorsque j'ai eu à écrire à Béranger, à MM. Sainte-Beuve, Amédée Achard, Lamartine, Charles Lenormand, Guizot, Thiers, j'ai été gratifié par eux d'une réponse prompte et souvent étendue; conduite que n'ont pas tenue quelques célébrités moins célèbres, plus remplies d'elles-mêmes et connues comme moins éduquées, à l'endroit de leur origine... Mettez que l'énumération que je viens de faire soit vaniteuse, je ne m'en défends pas; mais je vous prie d'admettre tout simplement qu'elle est concluante.

Ainsi, vous voyez que si on a toujours le temps d'être poli, on doit savoir toujours prendre celui d'être bon, effet auquel ont droit de prétendre les affligés que je patronne.

Que je voudrais donc persuader, à vous et à tous nos confrères, combien se trouvent de ressources de traitement dans la transmission spirituelle! *Medicus sermone potens*, a dit Baglivi.

Si, comme votre serviteur, vous étiez médecin d'une vaste prison, — titre peu brillant mais très beau, je l'assure, — vous vous convaincriez qu'avec des paroles que le vent emporte, en partie, mais dont une autre partie reste gravée dans l'âme des patiens on produit des soulagemens ineffables! O cher Munaret! que j'ai vu, ici, de larmes s'arrêter et de cœurs s'épanouir sous l'influence de notre antique chaire abbatiale, sous celle des élans généreux, des abondances poétiques de l'inspecteur actuel de la maison centrale (a), sous celles, enfin, de mes improvisations au chevet des malades!

Encore une fois, tenez-vous pour assuré que la médecine morale est féconde en résultats et qu'elle n'est pas plus bornée dans ses ressources que ne l'est la médecine *culinaire* du *Codex*. Celle-ci, voyez comme elle se démène et comme elle change, non pas de siècle en siècle, mais d'année en année. Ce qui était hier une vérité est, aujourd'hui, un [illegible] leurre qui n'a profité un instant qu'à l'officine où on l'a manipulé. A côté des substances d'une constante valeur, combien y en a-t-il qui aient le droit bien avéré de faire partie d'une matière médicale collectionnée sous les auspices de la science et du sens commun?...

Quant à la sympathie, c'est-à-dire le traitement par action occulte et animique, il est un rite éternel contre lequel ne prévaudront, ni les découvertes illimitées de la chimie, ni les caprices de la mode. Depuis que l'homme existe et qu'il souffre, le langage de la pitié a été l'une de ses meilleures assistances et souvent il obtient plus d'adoucissement à ses maux par un coup-d'œil, par une pression de main, par une phrase, par une interjection charitables que par tous les ingrédiens que nous faisons bouillir, filtrer, concasser et moudre.

Demandez, par exemple, à notre confrère Cerise ce que son habileté a recueilli de la thérapeutique impalpable; demandez-le à MM. Cruveilhier, Michon, Nélaton, Perdrix, Lefebvre, tous ceux, enfin, qui tiennent, sous ce rapport, à la sainte école de Marc-Antoine Petit..... Et l'illustre chirurgien que nous venons de perdre, Amussat, dont j'ai suivi, de maisons en maisons, la charité ingénieuse autant qu'infatigable, que de reconnaissance ne s'est-il pas attiré avec sa voix faible, épuisée, mais pleine d'onction; Amédée Latour nous le dit dans le touchant éloge qu'il en a fait hier.

Cependant, ne me donnez pas le ridicule de rejeter les avantages que l'on retire de la pharmacologie; car je reconnais qu'il en est d'*inniables*; car je ne combats point une diathèse scorbutique ou vénérienne; je ne traite point une pneumonie et un *iléus* avec des oraisons et des missives. Je formule, je fonctionne parce que mon spiritualisme n'est pas un pur spiritualisme... Sans quoi, je me trouverais être l'analogue de ce meunier aberré qui, rapportant au vent seul les produits de son moulin, ne tenait compte ni des voiles, ni des roues, ni de la meule. Rajustons et raccommodons les engrenages de l'appareil humain, en même temps que nous dirigerons par de sages manœuvres le moteur impalpable et mystique qui le met en jeu. Alors, et seulement alors, nous ferons de la médecine au complet.

Avant de terminer cette épître, je vous communiquerai un fait pris entre mille que je possède. Ecoutez!

L'un de mes éloignés parens, riche propriétaire du Midi de la France, est affecté, depuis bien des années, d'une névropathie sans témoignages extérieurs. Souffrant davantage en 1853, il se détermina à faire le voyage de Paris, en vue d'obtenir, si ce n'est *un tout*, au moins une moitié, un quart, ne serait-ce même qu'un vingtième de guérison. Il s'adressa à deux hommes également distingués entre les praticiens du premier ordre. Il y eut, de leur part, une heureuse concordance, à l'endroit des prescriptions matérielles; mais le fâcheux, c'est qu'ils s'entendirent aussi sous le rapport moral. En effet, croyant encourager, remonter l'esprit du consultant, ils lui dirent, par euphémisme, qu'*il n'était pas malade*. M. X... me fit savoir ce résultat, et les termes dont il se servit, l'aspect sous lequel il l'envisagea, n'ont rien de flatteur pour les très honorables personnes qui l'avaient amené. Voici le résumé de sa diatribe :

« Insinuer à un malade qui vient de défiler un chapelet de douleurs qu'*il n'est pas malade*, c'est un non-sens; et donner, en même temps, à cet homme *non malade* une ordonnance de remèdes et de drogues est une dérision. »

Qu'avais-je à opposer à une semblable logique? Pas grand' chose, en vérité! Mais M. X... m'ayant communiqué, l'an dernier, qu'il était décidé à aller à Lyon, pour y *tâter* de M. le dr Gensoul, j'écrivis à notre savant confrère pour l'avertir de ce qui avait eu lieu, à Paris. M. Gensoul me remercia et des félicitations pour lui m'arrivèrent bientôt, comme expression de la reconnaissance que lui devait mon correspondant, lequel, se trouvant infiniment mieux a, depuis cette époque, repris confiance en Hippocrate.

Je n'allongerai pas davantage cette lettre, mon cher Munaret, mais, pour vous faire *bonne bouche*, pour abriter mon nom et mon dire sous une terminaison didactique autant qu'harmonieuse, je vous citerai ces paroles de notre douteux confrère Eugène Sue :

« Après le chagrin que cause l'oubli de certaines prévenances, il n'y a rien de plus douloureux, de plus humiliant pour le cœur, que de réclamer contre cet oubli. »

Extrait de *Mathilde*, et pour copie conforme,

Dr Dumont (de Monteux).

Au Mont-Saint-Michel, le 18 Mai 1856.

(1) M. Henri Cavel, ancien avocat.

du sang veineux provenant des mêmes saignées a été reçu dans des vases semblables mais au contact libre de l'air.

L'étude attentive des phénomènes qui se sont produits ne m'a permis de constater, entre le sang se coagulant au contact de l'air et le sang se coagulant hors du contact de l'air, dans l'acide carbonique et l'azote, aucune différence de quelque importance.

2° La formation de la couche avivée à la surface du sang et du caillot est le résultat de l'action de l'air sur le sang.

Le sang qui se coagule hors du contact de l'air dans des vases pleins et renversés, ou au contact de l'acide carbonique ou de l'azote dans des ballons exactement bouchés et lutés, demeure parfaitement homogène pour sa couleur dans toutes ses parties.

Le caillot tout entier dans le sang coagulé hors du contact de l'air garde les caractères assignés à la partie noire du caillot, dont la surface s'est avivée au contact de l'air.

Dans l'acide carbonique, le caillot s'est montré uniformément coloré en rouge très sombre à sa surface et dans son épaisseur.

Dans l'azote, qui avait sans doute retenu un peu d'oxygène, le caillot offrait à sa surface une teinte de rouge carmin dont l'épaisseur, après vingt-quatre heures, n'atteignait pas 1 millimètre, tandis que le sang de la même saignée, qui s'était librement coagulé au contact de l'air, offrait une couche avivée de 3 millimètres d'épaisseur.

Si après que, dans du sang coagulé au contact de l'air s'est formée la couche avivée, on soulève le bord du caillot et on le replie de manière à soustraire au contact de l'air et à superposer les deux parties de surface avivée et à exposer au contact de l'air la surface inférieure du caillot demeurée noire, au bout de vingt-quatre heures, on peut constater que l'avivement de couleur a disparu dans les surfaces repliées et s'est produit dans la surface inférieure exposée à l'air.

L'interposition du sérum n'est pas un obstacle absolu à l'action de l'air, ainsi que le prouve la formation de la couche avivée réfléchie dans les parties du caillot que baigne librement le sérum.

L'interposition d'une vessie humide n'est pas non plus un obstacle absolu à l'avivement de la surface du sang, ainsi que le prouvent les teintes d'un rouge vif que prend la surface du caillot, quand on a reçu et renfermé du sang, au sortir de la veine, dans une vessie.

Le desséchement rapide de la surface du caillot met obstacle à la formation de la couche avivée.

Si on verse de l'eau sur un caillot dont la surface est déjà avivée, non seulement l'avivement ne continue pas à s'étendre en profondeur, mais encore celui qui s'était produit s'efface.

3° La formation de l'acide carbonique est liée à la formation de la couche avivée, et à la condition du contact avec l'air atmosphérique.

La réalité de cette relation est prouvée par l'absence simultanée de la formation de couche avivée et de formation d'acide carbonique dans le sang se coagulant hors du contact de l'air, et par la proportionnalité correspondante de l'épaisseur de la couche avivée et de la quantité d'acide carbonique formé, en raison de la durée du contact, dans le sang se coagulant au contact de l'air.

La nature de cette relation ne peut être immédiatement déduite des expériences que j'ai jusqu'ici invoquées, et ne peut être, par exemple, attribuée, sans autres preuves, à l'oxydation du sang.

La coagulation du sang dans l'azote, non parfaitement pur il est vrai, m'a permis de constater, sans formation de couche avivée, le fait de la formation d'acide carbonique en proportions très notables.

La question de la nature de la formation de l'acide carbonique par le contact du sang veineux avec l'air, dont l'importance est réellement très grande au point de vue physiologique, doit être reprise et approfondie dans une autre série d'expériences.

DE LA COAGULATION DU SANG ARTÉRIEL.

L'étude que j'ai faite de la coagulation du sang artériel m'a conduit à préciser les différences principales qu'elle présente relativement à la coagulation du sang veineux.

La veine fémorale d'un chien est ouverte.

Le sang coule alternativement par jet et en bavant. Il s'épaissit dans le vase pendant que l'écoulement dure encore, et il se nuance à sa surface de teintes d'un rouge plus vif.

Après huit minutes, le sang est pris en une masse solide qui se déplace en totalité lorsqu'on incline le vase. Point de bulles ni d'écume.

L'artère fémorale du même chien est ouverte.

Le sang coule par un jet saccadé.

Il a une couleur rouge vermeille. Il s'épaissit légèrement dans le vase pendant l'écoulement et il ne se forme pas à sa surface de teintes d'un rouge plus vif.

Après cinq minutes, le sang est pris en une masse solide qui se déplace en totalité lorsqu'on incline le vase. Point de bulles ni d'écume.

Le sang veineux acquiert à sa surface une coloration rouge de plus en plus vive.

La nuance du sang artériel paraît s'aviver aussi un peu.

La différence de couleur entre les deux sangs tend à s'effacer graduellement. Toutefois, après une demi-heure, la couleur du sang artériel est encore sensiblement plus vermeille que celle du sang veineux.

Les deux caillots sont mous.

Après une demi-heure, il se forme, au pourtour du caillot artériel, un liquide séreux qui tend à se répandre à la surface du caillot.

Le même phénomène ne se manifeste dans le sang veineux qu'après trois quarts d'heure, et la formation liquide marche avec plus de lenteur.

Après vingt-quatre heures.

État du sang veineux.

Une petite quantité de sérum entoure le caillot et le baigne sur ses bords dans une très petite étendue. Les trois quarts de la surface du caillot sont immédiatement en contact avec l'air.

La face supérieure du caillot offre des nuances différentes de rouge plus et moins vif. C'est sur les bords du caillot que l'avivement est le plus prononcé.

La portion supérieure du caillot est constituée par une couche d'un rouge plus clair dans l'épaisseur de trois millimètres. La teinte plus claire se réfléchit au-dessous des bords et s'irradie par traînées en diverses directions au travers de la teinte noire qui appartient à la plus grande partie de la face inférieure.

A l'intérieur, le caillot a une couleur rouge-sombre.

Le sérum est trouble et a une teinte rouge-sombre.

État du sang artériel.

Une quantité plus considérable de sérum entoure le caillot et baigne les trois-quarts de sa surface, laissant au centre une portion de caillot immédiatement au contact de l'air.

La face supérieure du caillot offre des nuances différentes de rouge plus ou moins vif. Le rouge-sombre n'existe que vers le centre de cette face, là où elle n'est pas baignée par le sérum.

Il n'y a pas de couche avivée.

La face inférieure du caillot a une couleur d'un rouge-vif, ainsi que l'intérieur du caillot.

Le caillot semble avoir une structure lamelleuse dans le plan horizontal.

Le sérum est trouble, d'une couleur roug-vif.

L'étude répétée de la coagulation du sang artériel conduit à reconnaître comme différence constante, une coagulation plus rapide, un retrait plus rapide et plus prononcé du caillot, l'absence d'avivement à la surface du caillot, et l'homogénéité dans la consistance et dans la couleur de toutes ses parties.

La coagulation du sang artériel dans l'acide carbonique, comparée à la coagulation du même sang au contact de l'air, a fait ressortir les différences principales suivantes :

Au contact de l'air :

Coagulation après 1 minute ;

Coloration homogène d'un rouge vif;

Commencement de la séparation du sérum après 6 minutes ;

Après 24 heures, il est possible de constater dans le caillot une légère différence de la couleur plus foncée au centre du caillot, plus claire à la périphérie.

Au contact de l'acide carbonique :

Coloration foncée immédiate ;

Coagulation après 1 minute ;

Après 6 minutes point de séparation du sérum ;

La surface du caillot est d'un rouge noir.

Après 24 heures il n'y a pas eu de séparation de sérum.

Le caillot est d'une seule pièce, ferme, d'un rouge sombre à sa surface, sur ses bords et dans son intérieur.

La face qui pose sur le fond du vase a une couleur noirâtre encore plus foncée.

Le caillot est parfaitement homogène.

A la section, il laisse écouler un sérum épais d'un rouge sombre.

Je me suis assuré par l'expérience que le sang artériel, en se coagulant au contact de l'air, lui cède de l'acide carbonique.

191 grammes de sang artériel de chien, reçus dans un flacon, renversé et bouché exactement et laissés au contact de l'air contenu, 140 pouces cubes à 10° centig. de température et 0,76 de pression, ont fourni, après une durée dont je ne retrouve plus le chiffre exact, 4 pouces cubes 10 d'acide carbonique.

L'essai que j'ai fait du gaz resté au contact du sang coagulé dans l'acide carbonique, m'a conduit à penser que de l'oxygène avait été cédé par le sang artériel. Mais il n'a pas été fait d'analyse exacte qui ait rendu le fait incontestable et qui ait permis d'en apprécier l'importance.

—

Je n'ai pas eu l'occasion de vérifier les faits acquis à la science, relativement aux différences offertes par les espèces particulières de sang veineux fournies par la veine porte, les veines sus-hépatiques, la veine rénale.

Mais j'ai étudié les différences de la coagulation du sang veineux dans les cas de formation de couenne.

C'est par l'exposition des résultats obtenus que je continuerai ce travail et que je passerai à l'appréciation de l'influence des proportions variables de la fibrine sur la production des divers phénomènes de la coagulation soit dans l'état physiologique, soit dans l'état pathologique.

Ce n'est qu'après avoir épuisé le développement de mes études sur ce sujet que je pourrai utilement aborder la question du rôle de la fibrine dans les maladies.

Je serai toutefois en mesure de préciser, dans le cours de la discussion, plusieurs applications de mes vues sur les principes à suivre dans l'analyse quantitative du sang, à l'élucidation de plusieurs faits encore incomplétement ou inexactement connus et expliqués.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE CONSTANTINOPLE.

(Il n'échappera à aucun de nos lecteurs que la formation d'une Société de médecine à Constantinople, qui serait en tout temps un événement heureux pour la science, peut être considérée comme une bonne fortune dans les circonstances actuelles. Nous pouvons enfin espérer de connaître par les comptes rendus de cette Société, que l'Union Médicale publiera exactement, tous les faits du grand drame pathologique qui vient de se dérouler en Orient. Nous recevons les deux premiers procès-verbaux de cette Société, et nous nous empressons de les publier. — A. L.)

M. Pincoffs, de Dresde, médecin attaché aux hôpitaux anglais de Constantinople, a eu la pensée d'y former une Société de médecine. Il s'est adressé, à cet effet, aux médecins des armées alliées et aux médecins civils. Son appel a été entendu. Le 15 février 1856, une réunion nombreuse de médecins constituait la Société sous la présidence de M. l'inspecteur général Baudens. Cette première réunion fut employée à l'exposé du but de la Société et aux actes nécessaires à son installation. Une commission fut désignée pour préparer le projet de règlement qui la devait régir, et la question des affections typhiques fut mise à l'ordre du jour.

Dans sa seconde réunion, qui eut lieu le 1er mars, le projet de la commission fut discuté, et, après son adoption, la Société procéda à la nomination de son bureau définitif, qui fut formé de M. l'inspecteur général Baudens, président; de M. Linton, médecin en chef des hôpitaux militaires anglais, et de M. Fauvel, médecin sanitaire français, membre du Conseil de santé, professeur à l'École de médecine de Constantinople, vice-présidens; de M. Pincoffs, secrétaire général; de M. Leval, membre du Conseil de santé, secrétaire spécial; et de M. Morris, médecin de la légation de Prusse.

Le nombre des sociétaires s'accroît journellement. La Société compte aujourd'hui plus de quatre-vingts membres. Elle a demandé le patronage du gouvernement du Sultan et l'autorisation de prendre la qualification d'Impériale. La demande, adressée au ministre des affaires étrangères, Fuad-Pacha, vient d'être accordée.

Séance du 15 Mars 1856. — Présidence de M. Fauvel, vice-président.

Après la lecture du procès-verbal, qui est adopté, le Président accorde la parole à M. Cazalas, le premier inscrit pour traiter la question des affections typhiques.

Dans un mémoire dont il donne lecture, M. Cazalas, en reconnaissant que tous les hôpitaux militaires de Constantinople doivent recevoir de la Crimée des maladies de même nature, admet cependant que chaque établissement particulier doit exercer une influence spéciale sur ceux qui y séjournent. Il se propose, ajoute-t-il, de raconter ce qu'il a vu dans l'hôpital qu'il dirige, sans se préoccuper de ce qui s'est passé ailleurs, et il est persuadé que quand tous auront produit le résultat de leurs observations, on pourra déterminer le caractère des maladies actuellement régnantes.

M. Cazalas divise son travail en trois parties : dans la première, il expose ce qu'on doit entendre par typhus; dans la seconde, il donne les observations qu'il a faites dans son hôpital, et, dans la troisième, il présente ses conclusions.

Après avoir rappelé la définition du typhus telle que la donne Hildenbrand, et passé en revue les périodes et les symptômes qui, d'après cet auteur, caractérisent la maladie, il remarque que, depuis la publication de l'ouvrage de Hildenbrand, on a décrit comme typhus, non seulement des maladies auxquelles il faut donner ce nom, mais encore d'autres affections graves sans beaucoup d'analogie avec le typhus, ce qui a fait qu'aujourd'hui le mot typhus exprime plutôt un genre qu'une espèce, et qu'on est obligé d'ajouter le nom de l'auteur qui décrit ou de la localité où a régné l'épidémie, pour éviter la confusion.

Sans d'ailleurs contester l'existence du typhus soit en Crimée, soit dans les hôpitaux, il affirme que, pour son compte, il ne l'a pas rencontré d'une manière générale et il exprime la persuasion que les détails dans lesquels il va entrer, prouveront que les maladies actuelles ne sont généralement que des états typhiques ou typhoïdes greffés sur d'autres maladies, ou des affections typhoïdes se manifestant chez les individus préposés au service des malades.

Des symptômes passant à l'examen des causes, M. Cazalas admet que le typhus est dû à une intoxication miasmatique animale, résultant soit de la réunion d'individus, sains ou malades, dans un espace trop étroit, soit de la décomposition putride des détritus animaux. Il admet aussi la contagion. Pour lui, toutefois, la maladie ne se reproduit pas par le contact immédiat, mais par infection, c'est-à-dire par l'intermédiaire de l'air. Et encore ne croit-il pas que l'absorption de l'air infecté donne lieu directement à cet effet; les typhiques transmettent aux individus sains le germe qui les infecte peu à peu et les prépare à l'invasion de la maladie. Celle-ci pourtant ne se déclare pas toujours après l'infection, et dans les cas où elle se déclare, c'est par suite d'une cause déterminante. Les causes débilitantes et l'existence actuelle d'une maladie quelconque jouent le même rôle pour la production du typhus : ce sont les causes prédisposantes de la maladie qui trouve sa cause déterminante la plus commune dans une excitation trop forte et dans les brusques et profondes altérations de l'atmosphère.

M. Cazalas signale ensuite les divers auteurs qui ont étudié les caractères anatomiques du typhus. Il établit que si quelques-uns ont trouvé des lésions intestinales constantes, il en est qui ne les ont rencontrées qu'accidentellement et que MM. Pellicot et Fleury n'en ont pas observé du tout. Il remarque d'ailleurs que les auteurs modernes ont recherché si le typhus produit les lésions de la fièvre typhoïde et que, suivant la nature des observations qu'ils ont faites, ils ont conclu à l'identité ou à la non-identité des deux maladies. Quant à lui, il ne croit pas que le problème doive être circonscrit dans un seul phénomène d'anatomie pathologique. Il veut qu'on tienne compte simultanément des symptômes et des lésions. Appelant l'attention sur cette circonstance que dans les épidémies de fièvre typhoïde un certain nombre de cas affectent la forme du typhus et *vice versâ*, qu'une fièvre typhoïde peut ne pas laisser de traces après la mort, que la lésion intestinale existe assez souvent à la suite du typhus, que les deux maladies se déclarent quelquefois après que la lésion a parcouru toutes ses phases, que d'autres fois elle existe sans produire ni le typhus, ni la fièvre typhoïde, enfin que dans les diverses épidémies de ces deux affections, elle n'a pas été toujours constante; M. Cazalas admet que fièvre typhoïde et typhus sont dus à une même cause; qu'au fond les symptômes et la marche des deux maladies sont identiques; que, chez toutes les deux, l'incubation est plus ou moins longue, suivant l'activité de la cause morbifique et le degré de résistance de l'organisme. L'altération des solides et des fluides et l'éruption de l'iléon sont les premiers effets de l'intoxication. Celle-ci, pour une cause quelconque, se fait-elle lentement, l'éruption se fait avant l'invasion de la maladie qui prend la forme typhoïde. Le contraire arrive-t-il, la maladie se déclare dès le début de l'infection, avant l'éruption intestinale; l'invasion est brusque, la marche rapide : on a le typhus. M. Cazalas trouve de l'analogie entre ce qui se passe ici et ce qu'on observe dans les fièvres intermittentes; et, pour lui, la fièvre typhoïde la plus bénigne ne paraît être au typhus que ce que la fièvre intermittente la plus simple est à la fièvre pernicieuse. En conclusion, il croit que typhus et fièvre typhoïde sont une seule et même maladie, et, s'il y a différence, celle-ci tient moins au fonds qu'aux formes de l'affection. Venant au devant de l'objection que la fièvre typhoïde se manifeste même dans les maisons les plus salubres, et où il n'existe pas d'infection animale, de même qu'on voit la fièvre intermittente sans intoxication végétale, il répond que cette interprétation du double fait est toute gratuite, car,

partout, il y a dégagement de miasmes végétaux, et des exhalaisons animales plus ou moins prononcées se font même dans les maisons les plus salubres.

M. Cazalas, passant à la seconde partie de son travail, divise en deux catégories les malades objet de ses observations : ceux, de beaucoup les plus nombreux, qui viennent de la Crimée ; ceux qui, appartenant à l'hôpital, y ont contracté la maladie.

Il s'occupe d'abord des premiers, en exposant les conditions dans lesquelles ils se trouvent en premier lieu en Crimée, et ensuite à l'hôpital où ils sont reçus. En Crimée, il existe une série de causes débilitantes, d'où des diarrhées, des dysenteries, des fièvres intermittentes, et le scorbut qui domine surtout et imprime presque partout son cachet. A ces causes se joint le froid et le dégagement de miasmes morbifiques provenant de la décomposition de matières animales et végétales, dégagement insuffisant sans doute pour produire une épidémie de fièvre typhoïde ou de fièvres intermittentes, mais qui fait entrer cependant l'élément intermittent et typhoïde dans la composition des autres maladies. Quant au froid, il agit soit directement sur les organes déjà débilités, soit indirectement en empêchant les hommes de respirer l'air plus pur du dehors, si nécessaire pourtant à l'hématose déjà compromise par le scorbut. Avant donc d'être réellement malades, ils sont atteints de cachexie scorbutique, à laquelle se joignent l'élément intermittent et l'élément typhoïde. La maladie survient-elle enfin ? En raison des nécessités de la guerre, ils sont entassés dans des baraques déjà encombrées ou dans des tentes malsaines et imparfaitement chauffées, ils n'obtiennent pas tout ce qui peut leur être nécessaire, et, dans cet état forcé des choses, il n'y a plus à s'étonner si le typhus se déclare ou s'il vient aggraver toutes les autres affections. En arrivant à Constantinople, les malades changent de conditions, qui sont, relativement, bien plus convenables. Ici, M. Cazalas décrit l'hôpital dont il a la direction médicale, et qui, sauf la température qu'on ne peut suffisamment élever dans quelques parties, se trouve dans un état satisfaisant sous tous les rapports.

Depuis le mois de décembre, poursuit M. Cazalas, on avait déjà observé des états typhoïdes. En janvier, le nombre augmenta, et en février, sur 1,560 malades, ces états se montrèrent 196 fois. Presque tous les individus atteints étaient scorbutiques ; chez un grand nombre d'entre eux, au scorbut se joignaient d'autres affections. 22 malades ont succombé par suite directe de ces accidens. Le chiffre général des décès avait été de 167 ; la mortalité s'est donc accrue d'un septième par suite du typhus. Mais, dans à peu près la moitié de ces cas, la mort serait arrivée même sans la complication typhique ; il faut donc évaluer à un dix-ème ou à un douzième la part du typhus dans la mortalité. M. Cazalas rappelle, pour donner plus de valeur à ce calcul approximatif, que, en 1855, la mortalité avait été de 15 p. 100, tandis que, actuellement, elle n'est que de 10,70, bien que, dans cette année 1855, les états typhiques fussent moins nombreux et moins graves.

Énonçant le chiffre des attaques dans les diverses parties de l'établissement, il tire la conclusion que l'encombrement ni le défaut d'aération n'ont été pour rien dans la généralisation des états typhoïdes, puisque, malgré la diversité de conditions des différentes localités, les cas ont été plus nombreux dans les baraques en bois, où l'aération est même trop considérable. En remarquant, en outre, que la maladie ne s'est pas manifestée de proche en proche sur la ligne des lits, il trouve que la contagion directe n'a pas joué de rôle dans la propagation de l'affection. Il n'en a pas été de même des variations brusques et profondes de l'atmosphère, qui ont eu, suivant M. Cazalas, une influence très marquée, et qu'il confirme en exposant les oscillations du thermomètre pendant un certain temps, et en les rapprochant du chiffre des attaques pendant ce même temps.

Le mécanisme de la production des phénomènes dont il s'occupe paraît simple à M. Cazalas. Il le compare à ce qui se passe à la suite du choléra ou des fièvres pernicieuses. Quand le malade n'est pas rapidement emporté, on observe chez lui un état typhoïde. Chez les malades de la Crimée, le scorbut produit une altération profonde des fluides et une diminution de la force des tissus ; de là, des congestions passives exactement comme dans le choléra. Or, si on ne ménage pas la réaction, si elle est trop forte, l'hyperémie devient plus active, souvent inflammatoire, et cet état congestionnel des organes produit l'état typhoïde. Comme celui du choléra, le traitement du scorbut consiste principalement à éviter toutes les causes de réactions violentes. Et, en effet, quand, par une circonstance quelconque, celle-ci s'opère chez les scorbutiques de la Crimée avec une activité trop grande, on observe toute la série des phénomènes typhoïdes qui ont, avec ceux du choléra, la plus grande analogie. En somme, une nourriture trop abondante, trop substantielle ou trop stimulante, et les variations de la température, paraissent à M. Cazalas les causes déterminantes les plus puissantes des réactions trop violentes chez les scorbutiques, et par conséquent des phénomènes typhoïdes qui en sont la suite.

M. Cazalas donne ensuite le détail des lésions anatomiques qui ont été très variées, et conclut de cette partie de son travail en remarquant que les lésions des méninges ont été les seules à peu près constantes ; que l'injection de la pie-mère n'a peut-être jamais manqué ; que la cavité arachnoïdienne a toujours offert un liquide plus ou moins abondant, et que les lésions indépendantes des phénomènes typhiques, que le scalpel a pu faire découvrir, étaient l'effet de la maladie qui avait précédé l'invasion de ces phénomènes. En signalant dans le cours de sa description l'éruption propre au choléra, qui parfois a été rencontrée, M. Cazalas observe que cette lésion se voit non seulement sur ceux qui ont succombé à cette maladie, mais encore sur ceux qui, sans l'avoir contractée, se sont cependant trouvés pendant un certain temps soumis à son influence.

Dans les états morbides qu'il décrit, M. Cazalas admet cinq formes différentes. Tantôt le début est lent, mais continu : pesanteur de tête, céphalalgie, faiblesse, courbature, avec un mouvement fébrile sans intermittence. Bien plus souvent, ces symptômes offrent une intermittence véritable sans gravité apparente ; mais, après trois ou quatre accès, les symptômes acquièrent une grande intensité. D'autres fois, mais plus rarement, le convalescent est pris soudainement de tous les symptômes d'un typhus grave. Parfois on observe une céphalalgie violente, des douleurs cervicales ou lombaires, des mouvemens spasmodiques, la contraction des pupilles, le délire, avec mouvement fébrile continu. Quelquefois, enfin, la maladie se caractérise du jour au lendemain par un commencement de paralysie dans les mouvemens, les sentimens, l'intelligence, de l'hébétude, de la pesanteur de tête, sans céphalalgie, ou par une douleur très faible à la tête et par une dilatation des pupilles. La première forme s'observe chez les sujets dont la constitution est encore peu altérée et qui ont peu séjourné en Crimée. La marche est analogue à celle des fièvres gastriques et typhoïdes. Dans la seconde forme, qu'on trouve chez les sujets affectés de cachexie scorbutique, il y a des accès peu sérieux en apparence. Mais bientôt la maladie s'aggrave, et le malade meurt en quarante-huit et même vingt-quatre heures. Tantôt l'aggravation est continue jusqu'à la mort ; tantôt il y a une rémission, et si l'on parvient à prévenir un nouveau paroxysme, les phénomènes typhiques les plus graves se dissipent en peu de temps. Cet état n'est, pour l'auteur du mémoire, qu'une fièvre paludéenne à forme typhique, qui a pris le caractère pernicieux à cause de l'état cachectique du malade. Comme dans les congestions apoplectiques, dans la troisième forme on ne remarque pas de prodromes, et la marche est analogue à celle des maladies de ce genre. Le malade tantôt meurt rapidement, tantôt les symptômes se dissipent, et tantôt, enfin, les congestions actives se transforment en phlegmasie, avec laquelle apparaissent les symptômes du typhus. C'est chez les scorbutiques dont l'état n'est pas encore très avancé que cette forme apparaît. Dans la quatrième forme, qu'on trouve chez les hommes vigoureux, la période initiale et les symptômes sont ceux des méningites cérébrales ou cérébro-spinales continues ou rémittentes. Dans la dernière, enfin, l'invasion est celle de l'apoplexie séreuse ou sanguine des méninges, et elle se présente chez les sujets cachectiques et très épuisés.

A côté de ces états morbides, il est une foule de convalescens ou de malades qui éprouvent des rechutes ou des accidens nouveaux (points pleurétiques, congestions pulmonaires, hépatiques, spléniques, etc.). M. Cazalas pense que ces accidens sont dus aux mêmes causes déterminantes que les états qu'il a observés, et que, par conséquent, ils doivent être rapprochés de ce genre d'affections.

Les personnes préposées au service des hôpitaux fournissent, en ce moment, un grand nombre de malades et un chiffre élevé de décès, ce qui ne suffit pas, suivant M. Cazalas, pour démontrer l'existence d'une épidémie de typhus. Dans son hôpital, tous les médecins et l'aumônier ont été plus ou moins indisposés.

Les symptômes de l'embarras gastrique, avec céphalalgie rémittente ou intermittente, ont caractérisé cette indisposition. Toutes les sœurs de charité ont aussi été malades, une a succombé. Chez elles, les symptômes ont été ceux de la fièvre typhoïde ou de la fièvre gastrique rémittente ou intermittente. Quarante parmi les infirmiers ont été également atteints, trois sont morts. La maladie qui a indistinctement frappé et ceux qui sont attachés au service direct des malades et ceux qui appartiennent aux services détachés, a été caractérisée chez eux tantôt par les symptômes de la fièvre typhoïde grave, du typhus ou de la méningite, tantôt par ceux de la fièvre ou de l'embarras gastrique. Dans tous, la rémittence ou l'intermittence s'est montrée comme l'élément important de l'affection. Un travail excessif, l'encombrement dans leur casernement, l'inspiration des miasmes des malades, sont les causes auxquelles il faut, d'après M. Cazalas, attribuer la maladie des infirmiers. Il rappelle que des effets analogues à ceux qu'on remarque actuellement, s'observent toutes les fois que des conditions semblables se présentent, quelle que soit d'ailleurs la nature de la maladie régnante ; et il cite à l'appui de son opinion le fait de trois infirmiers qui, tombés malades pendant l'épidémie du choléra en 1855, ont présenté non les symptômes de cette épidémie, mais ceux de la fièvre typhoïde.

Le traitement adopté par M. Cazalas varie naturellement suivant les circonstances et la nature de la maladie qu'il doit combattre. S'agit-il de symptômes de fièvre gastrique ou de fièvre typhoïde, il met en usage les moyens habituellement dirigés contre ce genre d'affections. Est-ce une congestion cérébrale, il a recours aux émissions sanguines, etc. Quand les états morbides sont précédés ou accompagnés d'intermittence ou de rémittence, il croit indispensable la médication quinique. Dès qu'un accès se déclare, il administre un vomitif, et, quand le remède a opéré, il passe à une forte dose de sulfate de quinine. En se louant beaucoup de cette pratique, M. Cazalas insiste sur l'avantage du vomitif, lorsqu'on a le temps de le mettre en usage. Si cependant le temps fait défaut, il commence par l'antipériodique, et ne vient au vomitif que quand le sulfate de quinine a été absorbé. Un ou deux purgatifs complètent le traitement, sans préjudice des autres moyens que les symptômes continus peuvent réclamer.

La fièvre intermittente et rémittente surtout, est, d'après les observations de M. Cazalas, de beaucoup la plus fréquente, et dans presque tous les cas continus, l'intermittence vient jouer son rôle tantôt au début, tantôt au milieu, tantôt à la fin. Ici, il cite le fait de seize malades pris au hasard, et dont neuf furent soumis au sulfate de quinine. Chez ceux-ci, il n'y a pas eu d'exacerbation le lendemain, et leur état se trouva très sensiblement amendé. Chez les autres, au contraire, chez lesquels on ne fit que de l'expectation, l'état ne présenta aucune modification, et le paroxysme eut lieu avec une aggravation des symptômes cérébraux. M. Cazalas invoque les observations faites par M. Fauvel à Choumla et Yéni-Vasa, et où le sulfate de quinine eut un plein succès chez des malades de l'armée turque, qui, avec un état rémittent, présentaient des symptômes typhiques accompagnés d'ictère.

Venant à la troisième partie de son travail, M. Cazalas donne les conclusions suivantes :

1° Identiques au fond, le typhus et la fièvre typhoïde ne diffèrent que par la forme ;

2° Le typhus proprement dit, commun en Crimée et dans quelques hôpitaux de Constantinople, n'existe à l'hôpital de l'École que par cas isolés, qui ne diffèrent généralement pas de la fièvre typhoïde ordinaire ;

3° Les maladies qui se déclarent chez les convalescens de la Crimée, sont tantôt des fièvres gastriques, des fièvres typhoïdes ou typhus, tantôt une congestion cérébrale, une méningite, une hydrocéphale active ou passive, tantôt une affection rémittente ou intermittente ;

4° Ces maladies sont toutes compliquées de scorbut et très souvent de diarrhées chroniques ;

5° Ces diverses affections parcourent rarement leurs périodes sans complication de rémittence ou d'intermittence, et celles qui ont le caractère intermittent ou rémittent ont une grande tendance à la continuité ;

6° Toutes ces affections tendent également à prendre un caractère typhique ou typhoïde ;

7° Les états pathologiques résultant du mélange de tant d'élémens sont très complexes. Le scorbut est presque toujours le fond, et les élémens gastrique, intermittent et typhique entrent, le plus souvent, dans leur composition. Les élémens gastrique et intermittent sont les plus importans au point de vue thérapeutique ; s'ils sont combattus efficacement, l'élément typhique se dissipe promptement. Le scorbut, qui s'efface devant les accidens aigus et immédiatement plus graves, reparaît et persiste après leur disparition.

8° Ces états morbides ne sont, pour la plupart, ni le typhus, ni la fièvre typhoïde ; ce sont des accidens complexes dans lesquels le typhus n'a qu'un rôle secondaire, et déterminés chez les hommes cachectiques ou malades par des accès de fièvre ou des réactions trop violentes pour des organes affaiblis par le scorbut et une infection miasmatique animale ou végétale ;

9° Ces états n'ont qu'exceptionnellement un cours réglé et un symptôme constant, stupeur avec délire, comme le typhus ; alors ils offrent, en général, la forme et la marche de la fièvre typhoïde, et, à l'autopsie, la lésion qui caractérise cette maladie ;

10° Les causes prédisposantes pour la généralisation de ces états sont la cachexie scorbutique, l'infection miasmatique végéto-animale et le froid rigoureux. Les altérations de l'atmosphère, et surtout le passage subit d'un froid vif à une chaleur élevée, notamment chez des hommes soumis à une alimentation trop copieuse ou trop réparatrice, est la cause déterminante la plus ordinaire des réactions qui les précèdent ou les produisent ;

11° Les symptômes sont ceux de la fièvre gastrique, de la fièvre typhoïde, de la méningite, de la congestion cérébrale, de l'hydropisie des méninges, d'une fièvre pernicieuse, ou de plusieurs de ces affections, mais le signe du typhus, stupeur avec délire, manque dans la plupart des cas ;

12° La marche est aussi variable que les symptômes ;

13° Les lésions anatomiques varient comme les symptômes et la marche ; la lésion de la fièvre typhoïde manque quand l'invasion a été brusque et la mort rapide ; on la rencontre, au contraire, quand le cours a été celui de la fièvre typhoïde ou du typhus de Hildenbrand ;

14° Le traitement doit varier suivant la nature, la variété et la prédominance des élémens morbides, mais d'une manière générale, les évacuans, le sulfate de quinine et les calmans doivent en constituer la base ;

15° Les maladies dont sont frappées les personnes composant le personnel de l'établissement, ont la même nature que celles qui atteignent, dans des circonstances semblables, et abstraction faite des maladies régnantes, les médecins et les infirmiers, affaiblis par la continuité d'un service pénible et infectés d'exhalaisons végéto-animales de toute espèce.

La lecture du mémoire terminé, le Président exprime la pensée que la Société doit s'estimer heureuse de voir inaugurer ses travaux par une communication aussi importante que celle de M. Cazalas. M. Fauvel ajoute qu'il est porté à croire, cependant, que le mémoire donnera lieu à des débats, et il demande que ceux qui désirent y prendre part le déclarent, pour que la discussion soit ouverte.

Suivant M. Thomas, médecin en chef des hôpitaux de Constantinople, l'histoire de ce qui s'est passé à l'hôpital de l'École, diffère tellement de ce que l'on a observé dans les autres hôpitaux, que plus d'un médecin se trouvera dans la nécessité de faire connaître à son tour les faits dont il a été témoin ; mais, comme pour cela il faut une certaine préparation, il propose que la discussion soit renvoyée à la prochaine séance.

La proposition est acceptée.

Incidemment, M. Netter fait connaître à l'assemblée que, dans une infirmerie qui existe à St-Benoit, ont été reçus plusieurs malades atteints de l'affection qui règne actuellement dans les hôpitaux, et qu'on n'y a observé aucun cas de contagion. — La séance est levée.

Le secrétaire spécial, Leval.

RÉORGANISATION DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON.

Napoléon, par la grâce de Dieu, etc.

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

Art. 1er. L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon est réorganisée de la manière suivante, à partir du 1er janvier 1857 :

L'enseignement comprendra :

1° Anatomie et physiologie ;
2° Pathologie externe et médecine opératoire ;
3° Clinique externe ;
4° Pathologie interne ;
5° Clinique interne ;
6° Accouchemens, maladies des femmes et des enfans ;
7° Matière médicale et thérapeutique ;
8° Pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires seront confiées à huit professeurs titulaires.

Art. 2. Le nombre des professeurs adjoints, de ladite école, est fixé à trois, qui seront attachés :

A la chaire d'anatomie et physiologie ;
A la chaire de clinique externe ;
A la chaire de clinique interne.

Art. 3. Le nombre des professeurs suppléans est de quatre, qui seront attachés :

Aux chaires de médecine proprement dite ;
Aux chaires de chirurgie et d'accouchemens ;
A la chaire d'anatomie et physiologie ;
Aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Art. 4. Il est également attaché à l'école préparatoire de médecine et de pharmacie de Besançon :

Un chef des travaux anatomiques ;
Un prosecteur ;
Un préparateur de chimie et de toxicologie.

Art. 5. Notre ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait au palais des Tuileries, le 31 mai 1856.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes, H. Fortoul.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 71. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 12 Juin 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. TOXICOLOGIE : Empoisonnement avec des pains à cacheter. — III. HYDROPHOBIE : Observation d'hydrophobie rabique développée après une incubation de neuf mois. — IV. REVUE GÉNÉRALE : De l'action des acides végétaux sur le calomel. — De l'autoplastie périostique ; nouvelle méthode pour le traitement des pseudarthroses. — Génération des vers cestoïdes (tænias). — V. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 10 Juin : Correspondance. — Rapports sur des eaux minérales. — Élection. — Les eaux aux jambes. Discussion. — VI. FEUILLETON : Recherches historiques sur l'épilepsie.

PARIS, LE 11 JUIN 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'événement n'a pas trompé nos espérances : l'Académie a fait hier bonne et prompte justice, et dès le premier tour de scrutin, M. Trousseau a obtenu l'imposante et significative majorité de 54 voix contre 18, obtenues par son compétiteur, M. Bayle. Ce résultat nous dispense de toute réflexion ; nous ne sommes pas de ceux qui crient après la victoire : *Væ victis!* Disons seulement que cette victoire est honorable autant pour l'Académie que pour M. Trousseau. Nous avions dit que le vote de l'Académie devait être et serait une protestation contre le vote de la section ; on voit si nous nous sommes trompé.

Sans être au grand complet, l'Académie était cependant très nombreuse et surtout très brillante. Des membres qu'on y voit trop rarement, d'autres qu'on n'y voit jamais, sont venus prendre part à ce vote. Nous avons remarqué la présence de M. Dumas, de M. Andral, de M. Bérard, dont le retour a été salué par les plus sympathiques félicitations. C'est un beau succès pour M. Trousseau qui, au nombre, a réuni la qualité des suffrages.

Après cette élection, qui avait jeté une assez vive animation dans l'assemblée, une courte discussion s'est engagée entre M. Leblanc et M. Bousquet sur la propriété contagieuse et vaccinale des *eaux aux jambes* du cheval. M. Leblanc conteste cette propriété, et s'appuie sur l'immunité générale que l'on observe sur les équarrisseurs, sur les vétérinaires et les maréchaux ferrans qui sont en contact fréquent avec cette matière prétendue contagieuse. M. Bousquet n'affirme rien, mais il ne peut expliquer le fait dont il a été question dans la dernière séance, ou que par une supercherie de l'individu qui a présenté les pustules, ou que par une véritable inoculation du liquide des eaux aux jambes, inoculation qui a produit des pustules complétement analogues à celles que détermine le vaccin. C'est, du reste, une question assez obscure et même fort embarrassante, car si le fait observé à Chartres doit être admis comme incontestable, il en faudrait conclure que le virus vaccin peut avoir deux origines, une dans la vache et l'autre dans le cheval. L'attention est éveillée sur ce sujet, et la science aura sans doute bientôt à enregistrer des observations ou des expérimentations nouvelles.

Amédée LATOUR.

TOXICOLOGIE.

EMPOISONNEMENT AVEC DES PAINS A CACHETER.

Dôle, le 7 Juin 1856.

Monsieur et honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous donner connaissance d'un cas d'empoisonnement avec des pains à cacheter, qui vient d'avoir lieu à Dôle (Jura), et qu'il me paraît utile de livrer à la publicité, afin d'en prévenir la reproduction.

Le 31 mai dernier, à onze heures du soir, Mlle Alexandrine D..., âgée de 16 ans, demeurant à Dôle, fut prise de fortes douleurs abdominales et de convulsions continues. Un médecin fut appelé, et comme Mlle D... était chlorotique et partant d'une grande susceptibilité nerveuse, il lui fit administrer, tout naturellement, des antispasmodiques.

Le lendemain 1er juin, vers midi, la mère de cette jeune fille me voyant passer, vint me prier de la visiter, parce que, me dit-elle, elle avait une violente attaque de nerfs. A mon entrée je trouvai, en effet, la jeune D... en proie à des convulsions et à d'atroces douleurs. Plusieurs personnes, et surtout son frère, bon jeune homme, qui ne l'a pas quittée un instant, luttaient avec elle pour la maintenir dans son lit.

Le visage exprimait le plus profond abattement ; sa respiration était courte et laborieuse. Les maxillaires étaient fortement contractés et les lèvres étaient violacées. La pointe de la langue était rouge. Le globe oculaire était fixe et saillant, et la pupille était énormément dilatée.

Point d'écume à la bouche. Le visage n'était pas vultueux et le cou n'était pas gonflé.

Le pouls était tumultueux et marquait de 126 à 130 pulsations.

La peau du corps avait conservé sa coloration normale ; elle était chaude et sèche.

L'épigastre ne présentait aucune modification anormale, mais l'ombilic était très douloureux.

Le ventre, dur et fortement rétracté, laissait voir, en relief, les muscles abdominaux.

Quelques nausées. Pas de vomissemens ; encore moins de selles.

Les soubresauts de la malade étaient continus, et lorsque cette pauvre jeune fille parvenait à se dégager des mains des personnes qui la contenaient, elle s'incurvait sur elle-même ou se roulait, en poussant des cris plaintifs. La malade paraissait n'avoir nulle conscience de ce qui se passait autour d'elle.

Évidemment, il y avait là plus qu'une crise nerveuse, et l'idée d'un empoisonnement me vint de suite à la pensée. Je fis part de mes craintes à la famille, et nous nous livrâmes à quelques recherches. Bientôt nous découvrîmes une grande boîte de pains à cacheter de différentes couleurs, pains larges et épais, qui servent, je crois, à la préparation des fleurs artificielles. On me dit que la jeune D..., qui était atteinte de *pica*, en avait mangé, la veille, une grande quantité ; et, en effet, la boîte offrait un vide remarquable.

Il était certain, pour moi, que j'avais entre les mains la substance qui avait déterminé l'empoisonnement ; mais, hélas! je ne pouvais que constater la cause de l'empoisonnement et la signaler au médecin ordinaire de la famille. L'absorption du poison avait eu lieu depuis trop longtemps et en trop grande quantité ; aussi, malgré les soins qui lui furent prodigués, cette jeune fille succomba le 1er juin, à onze heures du soir.

L'autopsie, malheureusement, n'a pu être faite.

Je priai M. Lavy, professeur de chimie au collége impérial de Dôle, dont le savoir et l'habileté, en pareille matière, sont bien connus, de faire l'analyse de ces pains à cacheter, dans lesquels je soupçonnais la présence d'un sel de plomb d'après les symptômes que m'avait offerts cet empoisonnement. En effet, M. Lavy m'a dit aujourd'hui qu'il s'était assuré que les pains à cacheter *jaunes* renfermaient du chromate de plomb, et vous savez combien ce sel de plomb est actif, et la proscription absolue que la loi en fait dans la coloration des substances livrées au commerce.

Inutile de dire combien il serait à désirer que ces pains à cacheter fussent retirés du commerce, puisque la loi les proscrit, et qu'ils peuvent donner lieu à de si déplorables accidens.

Je vous livre ce fait tel qu'il s'est produit, en faisant des vœux pour qu'il ne se reproduise pas.

Agréez, etc.

Dr VERRON,
Directeur-médecin de l'asile public des aliénés du Jura, à Dôle, et membre correspondant de la Société médico-psychologique de Paris, etc.

Feuilleton.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR L'ÉPILEPSIE ;

Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 29 Avril 1856,

Par M. le docteur JOSAT.

(Suite. — Voir les numéros des 29 Mai, 3 et 5 Juin 1856.)

Plusieurs médecins, dit quelque part l'astronome de Lalande, m'ont paru persuadés que les accès et les paroxysmes épileptiques ne sont pas sans quelque correspondance avec les situations de la lune par rapport à l'équateur (1).

Le retour des paroxysmes épileptiques, dit Lieutaud, paraît souvent suivre exactement les lunaisons, et ce n'est pas sans raison que les anciens donnaient à cette maladie le nom de mal lunatique.

Quel est celui de nous, médecins, qui n'a pas eu occasion de faire le rapprochement de Lieutaud ?...

Il y a au moment où j'écris ces lignes, une jeune épileptique de 22 ans (2), qui éprouve, à l'époque de chaque pleine lune, une recrudescence de son mal telle, que les accès s'élèvent jusqu'au nombre de 18 ou 20 en vingt-quatre heures. C'est cette même jeune fille qui présente le cas au moins singulier d'être née à *sept* mois, d'être devenue épileptique à *sept* ans, de présenter les paroxysmes de sa maladie tous les *sept jours*, et enfin d'avoir un accès régulièrement à *sept* heures du matin de chaque jour. Certes, elle eût été un sujet de choix pour démontrer l'influence du nombre sept dans les écoles italiques et plus tard chez les cabalistes.

La question des influences lunaires, ou même celle des influences astrales sur les maladies de l'espèce humaine particulièrement, est donc loin d'être péremptoirement résolue. Mais quand un observateur judicieux et éclairé jugera à propos de la reprendre, je lui recommanderai de s'appliquer d'une manière toute spéciale à l'étude des faits que présentent les paroxysmes épileptiques ; il trouvera dans cette étude de précieux élémens de la solution qu'il cherche, et je ne mets pas un instant en doute que cet observateur ne confirme finalement à l'épilepsie la dénomination de *mal* lunatique que lui donna l'antiquité. Je passe au mal démoniaque, *morbus dæmoniacus*.

MAL DÉMONIAQUE ; — MORBUS DÆMONIACUS.

Les atomes de Démocrite, repris par Paracelse pour être transformés en substances spirituelles, devinrent bientôt des émanations de la divinité même, et celle-ci cause agissante immédiate de tous les phénomènes.

De là aux émanations démoniaques pour expliquer tous les phénomènes malfaisans, il n'y avait qu'un pas. Il fut franchi.

Les maladies furent rapportées aux influences démoniaques, et une sorte d'amalgame astrologique et théurgique donna naissance à cette funeste thaumaturgie médicale qui contribua tant à retenir l'essor de notre belle science pendant le XVIIe et la plus grande partie du XVIIIe siècle. C'est un triste aveu à faire : la plupart des médecins donnèrent dans cette thaumaturgie. A la faveur de cette adhésion au moins tacite de leur part, on ne vit jamais autant de sorciers et de possédés, et la croyance à l'influence des mauvais démons sur les maladies n'a jamais causé plus de mal qu'à cette époque.

L'histoire a consigné une singulière contradiction dans Luther, le réformateur. Tout en attribuant le plus grand nombre des maladies (l'épilepsie notamment) aux démons, au point de se mettre en fureur contre les médecins qui les rapportaient à des causes naturelles, il refusait toute influence aux astres, et avait même une répugnance invincible pour l'astrologie.

Comme l'avait fait la médecine astrologique, la thaumaturgie médicale prit, pour les mêmes raisons, l'épilepsie comme drapeau, et la décora du nom de maladie démoniaque, *morbus dæmoniacus*.

Celui qui paraît avoir le plus contribué à populariser cette dénomination imposée à l'épilepsie, est, sans contredit, Gassner (1). Il était lui-même épileptique, et soutenait que c'était par une étude attentive sur lui-même qu'il était arrivé à reconnaître que sa maladie ne dépendait pas d'une cause naturelle, mais avait une origine démoniaque. A l'entendre, il était en possession d'un moyen infaillible pour reconnaître l'origine naturelle ou démoniaque d'une maladie convulsive. Il prononçait une formule de conjuration avec accompagnement de signes de croix, afin, disait-il, de contraindre l'esprit démoniaque à provoquer les accès. Immédiatement il tourmentait les pauvres épileptiques de façon à provoquer une attaque. Le terme en était tout naturellement amené par l'épuisement des forces. Pour des assistans ignorans, c'était une guérison. Gassner triomphait alors et se vantait d'avoir guéri l'affection.

C'étaient là ces fameux *præcepta probatoria* qu'il parvint à faire entrer dans les formulaires exorcistes du temps.

Jamais, peut-être, médecin thaumaturge n'eut une vogue comme celle de Gassner. Les historiens disent qu'on l'appelait de tous les points de l'Allemagne. Partout où il s'arrêtait, accouraient les épileptiques et les convulsionnaires par milliers. Il les plongeait dans des convulsions effroyables ; et comme, pendant qu'il se livrait à ses momeries exorcistes, l'accès arrivait à son terme, c'était une guérison reconnue par des spectateurs aussi crédules qu'ignorans, et publiée aussitôt par des adeptes enthousiastes.

L'accès venait-il à reparaître, c'était le cas ordinaire, Gassner met-

(1) Il n'est point de maladie qu'on ait regardée comme plus dépendante du cours de la lune, à cause de sa périodicité, et cependant la coïncidence des accès avec les phases lunaires n'est pas aussi constante, ni aussi régulière qu'on pourrait le croire. Dans les grandes réunions d'épileptiques, je n'ai point observé que les accès fussent plus fréquens à certaines phases de la lune que dans d'autres. (Esquirol.)

Zimmermann parle d'un jeune épileptique dont les accidens coïncidaient constamment avec le premier quartier et le plein de la lune.

Les influences lunaires sur les maladies nerveuses en général, et l'épilepsie en particulier, ont été signalées par le père de la médecine.

Galien avait remarqué que les accès épileptiques avaient de grands rapports avec les différentes phases lunaires. (Tourtelle, *idem*, p. 221.)

Mead cite plusieurs exemples qui confirment l'observation de Galien.

Bertholon (*De l'électricité du corps humain*) a dressé des tables à l'occasion d'un maniaque, durant une année entière, qui prouvent évidemment combien les maladies nerveuses sont soumises au pouvoir de l'astre des nuits.

(2) Zoé Fontaine, 5, rue du Four-St-Honoré.

(1) Jean-Joseph, né en 1727, à Braz, en Suisse. Il a laissé un ouvrage sur la médecine démoniaque.

HYDROPHOBIE.

OBSERVATION D'HYDROPHOBIE RABIQUE DÉVELOPPÉE APRÈS UNE INCUBATION DE NEUF MOIS;

Par le docteur Léon Fraigniaud.

Dans ce moment où la presse médicale appelle l'attention des observateurs et recherche des documens nouveaux sur la rage, cette question d'un intérêt si général, je vous adresse la relation d'un fait qui vous paraîtra sans doute digne de la publicité de votre journal. Il s'agit d'un cas d'hydrophobie rabique, s'étant présenté avec les symptômes les mieux marqués, s'étant, comme toujours, terminé par une mort prompte, mais dont la longueur inaccoutumée d'incubation, qui fut de neuf mois, sera peut-être, pour quelques personnes, le côté vulnérable de mon observation. Il est, pour moi, le côté vraiment intéressant.

Le jeune Teyber, âgé de 5 ans, demeurant chez ses parens, rue Poulletier, 8 (Ile St-Louis), était dans les conditions les meilleures de santé et d'intelligence. Le 18 et le 19 mars dernier, sans aucun motif appréciable, il devint taciturne, sombre, sans appétit. Les parens s'en inquiétèrent peu et crurent à un malaise passager ou au commencement de quelque fièvre éruptive. Tout à coup, dans la nuit du 19 au 20 mars, l'enfant, qui s'était couché agité, se réveille en sursaut, sort de son lit, pousse des cris et donne à sa famille des appréhensions telles, qu'elle fit réveiller au plus vite un ami de la maison, pharmacien dans le voisinage, qui ne voulut rien administrer. Cette première crise, du reste, paraît avoir été de courte durée.

Dès sept heures du matin, on m'envoya chercher. Je trouvai l'enfant assis dans son lit, la figure pâle, les yeux démesurément ouverts, les pupilles dilatées, le regard fixe, feuilletant avec impatience un livre sans s'arrêter aux gravures, répondant brièvement à mes questions, montrant à ma demande sa langue qui est sèche, mais la tirant hors de la bouche et l'y rentrant d'une façon brusque, présentant enfin dans sa physionomie une expression étrange, que je n'avais jamais trouvée pareille au début d'une inflammation cérébrale. Le pouls est petit, mais fréquent, le front, la tête, les oreilles ne sont pas chauds, il y a même une décoloration de ces parties; les artères temporales se sentent à peine; on ne détermine aucune douleur en pressant au niveau des premières vertèbres cervicales; il y a de la constipation.

Ces symptômes me laissaient dans le doute sur la nature du mal que j'avais à combattre, mais tenant compte de l'état de surexcitation qui avait eu lieu sur la fin de la nuit, je crus devoir me conduire comme si j'avais affaire à une congestion cérébrale; je prescrivis quatre sangsues derrière chaque oreille, eau froide sur la tête, calomel, sinapisme et grand bain; je fis part, en même temps de mes craintes à la famille.

En revenant auprès du petit malade, le soir, vers six heures, les parens désolés m'annoncèrent que pas un mot de mes prescriptions n'avait pu être exécuté, l'enfant s'étant révolté chaque fois qu'on avait essayé de les mettre en pratique. Il avait passé la journée au milieu d'accès convulsifs, se reproduisant fréquemment, étendu à terre sur un tapis qu'il prenait quelquefois entre les dents, refusant de laisser approcher personne et de rien prendre, mais surtout ni sirops ni liquides. Je le trouvai non pas couché, mais assis à la tête du lit de son père, dans l'angle le plus éloigné de la lumière, la figure blême, les yeux hagards, brillans mais non congestionnés, ayant à chaque instant, avec un sanglot, une longue inspiration et se plaignant de quelque chose qui râclait dans sa gorge. Il tenait éloigné tout le monde, parce que, près de lui, disait-il, on l'étouffait, crachotait continuellement de la salive battue, écoutait les questions qu'on lui adressait et y répondait, cédait aux instances pour accepter de manger soit un biscuit, soit quelque autre aliment solide, mais n'en faisait rien, s'emportait pour refuser de boire, quoique ce fût à la timbale ou à la cuiller. En effet, si on allait près de lui avec un liquide, il se levait, fuyait avec horreur, et se serait jeté à terre si on eût insisté.

En présence de tels symptômes et surtout d'une hydrophobie si marquée, l'idée de rage me venant à l'esprit, j'interrogeai dans ce sens la famille. J'appris alors que, vers la fin de mai ou le commencement de juin 1855, l'enfant ayant poursuivi, dans la cour de la maison, un chat du voisinage, avait été mordu à la main droite, et que la mère avait eu même de la peine à faire lâcher prise à l'animal. Mes soupçons se confirmant, je fis prévoir à la famille des conséquences inévitables.

On apportait alors le bain que j'avais ordonné le matin, je ne m'opposai point à ce qu'on y mît l'enfant, mais prévoyant à cette occasion la possibilité de nouvelles complications, je priai le père de venir me rendre compte de ce qui se passerait. On eut une très grande difficulté à y faire entrer le petit malade et à l'y maintenir; des aspersions d'eau froide sur la tête ne purent être faites, l'enfant devenant intraitable en sentant l'eau couler sur lui. Puis il se calma, sa figure cependant se tint constamment éloignée de la surface du bain, et, chose bizarre et que je ne puis expliquer que par la crainte d'avoir de nouveau le liquide sous les yeux, on eut, à le retirer, presque les mêmes peines que pour l'y mettre.

Je retournai près de lui une troisième fois, à dix heures du soir, accompagné de M. Aran dont j'avais réclamé l'assistance. Le bain paraissait avoir produit un effet salutaire et nous trouvâmes l'enfant sur les genoux de sa mère, dans un état de calme qui, malheureusement, devait être de courte durée.

Peu à peu, en effet, l'agitation recommença, l'enfant, par des efforts violens, se ployait sur lui-même en avant pour se rejeter ensuite brusquement en arrière, étendait les jambes par des mouvemens saccadés, lançait des coups de pieds aux personnes qui approchaient, allait même jusqu'à menacer sa mère, qui essayait de le contenir, de la mordre si elle ne le laissait en liberté. En même temps, il crachotait toujours de la salive mousseuse et cherchait à déchirer avec ses dents la serviette dont on se servait pour essuyer sa figure.

Ces symptômes avaient même succédé si rapidement au calme relatif que nous avions trouvé à notre arrivée, que M. Aran croyant y voir la manifestation d'une contrariété ou d'un caprice, chez un enfant que nous savions du reste avoir été toujours gâté par ses parens, essaya de l'intimidation sans réussir à l'apaiser. La même aversion pour les liquides continua à se montrer; à l'approche de la timbale, sa tête se rejetait en arrière, ses dents se crispaient. A force de supplications, il consentit cependant à me laisser approcher de sa bouche une cuillerée pleine d'eau, s'en éloigna d'abord, puis, comme à la suite d'un effort sur sa répugnance, il se jeta sur elle, la serra fortement entre ses dents, conserva une minute à peine les quelques gouttes de liquide et les vomit avec de la salive tachée de sang. La physionomie avait toujours le même aspect de terreur; le sentiment de constriction à la gorge était pareil; la face pâle; le pouls fréquent et petit.

M. Aran ayant pressé sur la cicatrice de la morsure, y détermina une douleur vive qu'accusa l'enfant, tandis que les parties voisines parurent insensibles. On essaya vainement de lui faire aspirer du chloroforme: les vapeurs augmentèrent la suffocation et ne purent être continuées. Nous conseillâmes de remettre l'enfant au bain, espérant produire ainsi un nouveau calme. Il fallait le temps de le préparer. Une heure se passa encore dans la même agitation, puis une scène encore plus terrible que toutes les autres eut lieu, au dire des parens, quand on mit l'enfant dans l'eau, et il y mourut dans les convulsions, au bout de quelques instans.

Le lendemain, vers quatre heures du soir, seize heures par conséquent après la mort, tout le corps de cet enfant présentait une coloration lie-de-vin, excepté la figure, qui était seulement marbrée par plaques. Il y avait encore une chaleur très sensible aux parties supérieures; les membres n'étaient nullement raidis, mais une odeur déjà très prononcée indiquait que la décomposition s'accomplissait rapidement.

Pour être complet, je dirai qu'ayant cherché des renseignemens au sujet de l'animal, dont la morsure paraissait être la cause des accidens, j'ai appris que, dans la même journée où ce chat mordit le pauvre enfant, il s'était jeté furieux, et sans avoir été provoqué, sur le dos d'une vieille femme qui l'avait enveloppé dans son châle et porté à la rivière.

En examinant, après plus de deux mois, les détails de cette observation, dont j'avais conservé bonne note, en me rappelant le tableau si caractérisé de cette maladie, je deviens de plus en plus convaincu qu'elle doit porter le nom que je lui ai donné. Cette terrible affection est la seule, en effet, qui, commençant avec une intensité pareille, parcourt sa marche avec un cortége de symptômes aussi effrayans, et se termine d'une façon si rapidement fatale. J'ajouterai qu'il ne peut être fait aucune part à l'imagination frappée d'un jeune enfant, qui avait entièrement oublié, comme toute sa famille, l'accident qui devait lui être si funeste et auquel, du reste, on n'attacha aucune importance le jour même où il eut lieu.

Je crois donc qu'il s'agit ici d'un cas bien réel d'hydrophobie rabique, et que la possibilité d'une incubation de neuf mois, qui, à vrai dire, n'est point absolument contestée, peut et doit avoir une importance pratique, que je tiens à bien faire ressortir par cette observation. Il en résulte, en effet, qu'il n'y a aucune sécurité à avoir, même quand, après plusieurs mois, un individu mordu par un animal qu'on a eu lieu de croire enragé, n'a montré aucun des symptômes de la rage. Cette manière de voir conduit nécessairement à la séquestration absolue des animaux suspects; mais celle-ci, à son tour, d'après l'opinion, qui paraît très fondée, de MM. Le Cœur et Amédée Latour, ne serait-elle pas capable à elle seule de développer la rage? Il n'y a qu'une seule porte pour s'échapper de ce cercle fatal, et l'animal soupçonné devra toujours être sacrifié, dussent plusieurs innocens payer pour un coupable.

Je termine par cette question: Les symptômes que j'ai observés sur le cadavre, la persistance de la chaleur pendant seize heures après la mort, l'absence de rigidité cadavérique, l'infiltration sanguine générale, la rapidité de décomposition, sont-ils constans? J'appelle sur ces différens points la réponse des praticiens auxquels il sera donné d'observer des cas pareils, qui heureusement sont fort rares.

REVUE GÉNÉRALE.

DE L'ACTION DES ACIDES VÉGÉTAUX SUR LE CALOMEL.

Les médecins les plus éclairés, les chimistes les plus recommandables, les pharmaciens les plus prudens, sur la foi d'anciennes traditions, recommandent aux malades de ne faire usage d'aucune substance acide quand on leur a administré le chlorure mercureux (mercure doux). Cette question ayant été soulevée au sein de la Société de médecine de Gand, M. Bauwens fils, pharmacien de cette ville, s'est occupé, à la demande de quelques-uns des membres qui ont pris part à la discussion, de rechercher si les recommandations généralement faites étaient fondées. Voici le résultat des investigations auxquelles il s'est livré à ce sujet:

A la température ordinaire, comme à celle de 30 à 40° et plus même, le chlorure mercureux, en contact prolongé avec une solution concentrée d'acide tartrique ou citrique, ne donne, au moyen de l'éther sulfurique, pas la moindre trace de chlorure mercurique (sublimé corrosif).

Le calomel, qui est insoluble dans l'eau, l'alcool et l'éther, ne communique pas instantanément à la langue la saveur styptique des mercuriaux solubles; mais cette saveur se prononce à mesure que les sels haloïdes alcalins de la salive viennent en contact avec lui, par suite de la propriété que possèdent les sels alcalins de dissoudre les sels haloïdes

---

tait la récidive sur le compte des péchés et de l'incrédulité du malade.

On est vraiment attristé de rencontrer parmi les croyans aux jongleries de Gassner le vertueux et savant Lavater. Il n'est que trop commun, hélas! de trouver réunies l'érudition, la science même, à la crédulité la plus excessive.

Gassner n'est pas le premier qui ait donné le nom de maladie démoniaque à l'épilepsie.

Avant lui, Jean Westphal avait fait un gros livre (1) à l'occasion d'une jeune épileptique de Zttau, dans lequel les mots *morbus dæmoniacus* se retrouvent à chaque instant.

Westphal était membre de l'Académie des curieux de la nature; à ce titre, on pourrait dire qu'il a été le premier savant qui ait donné cette dénomination à l'épilepsie, quoique, à vrai dire, l'expression *morbus dæmoniacus* soit employée fréquemment dès le commencement du XVIIme siècle, mais sans application spéciale à l'épilepsie. Ainsi, par exemple, Wedel avait déjà appelé *morbus dæmoniacus* toute maladie dans laquelle les forces se trouvent exaltées outre mesure. Fréd. Hoffmann fut un peu plus précis en appelant *morbus dæmoniacus* tout état pathologique caractérisé par des phénomènes nerveux.

Il me paraît que, sans s'écarter de la vérité historique, il serait possible de rattacher cette dénomination à l'époque plus reculée de la foi à la sorcellerie et aux possessions. Dès lors, Westphal et ceux qui l'ont suivi, n'auraient fait, en quelque sorte, que consacrer scientifiquement une expression que l'usage avait déjà rendue populaire.

Quoi qu'il en soit, le mal démoniaque fait à peu près tous les frais de la thaumaturgie médicale. Depuis les prétendus miracles d'Apollonius de Tyane jusqu'aux convulsionnaires de Saint-Médard, les affections nerveuses, dont le *summum* d'intensité se résume dans une grande attaque épileptique, ont presque exclusivement défrayé les légendes thaumaturgiques.

Je crains d'avoir mis un peu de confusion dans tout ceci. Mes documens se sont trouvés mal enchaînés. J'espère tout réparer en disant: la dénomination *morbus dæmoniacus*, essayée en quelque sorte par les *Rose-Croix*, se glissa peu à peu dans la langue théosophique comme expression générique, devint plus tard particulière aux affections nerveuses, pour finir par signifier exclusivement l'épilepsie, et devenir enfin comme l'expression symbolique de toute la médecine thaumaturgique.

J'arrêterai ici ces recherches historiques sur l'épilepsie. Non pas que la nomenclature en soit épuisée; tant s'en faut. Mais parce que les dénominations dont il me resterait à parler n'offrent que peu ou point d'intérêt.

Les unes sont des locutions populaires recueillies par quelque auteur en renom qui les a ainsi tirées de l'oubli dans lequel elles fussent inévitablement tombées. Telles sont, par exemple, les *tombeurs* de Bretagne, accueillie par Esquirol. Le *mal des enfans*, acceptée par Sauvages.

D'autres ne paraissent être que des variantes inventées ou adoptées pour les nécessités du style: comme le *morbus sonticus* (mal grave ou funeste), d'Aulu-Gelle; le *morbus vividellus* et *morbus caducus*, de Paracelse.

D'autres, enfin, sont la traduction d'une circonstance ou d'un symptôme de la maladie: et à ce titre, méritent au moins une mention. Je citerai le *haut mal* (1), en usage dans la médecine empirique; le *mal de terre*, employée par la médecine navale.

Mais il en est une sur laquelle je demanderai la permission de m'arrêter quelques instans.

C'est une locution plutôt qu'une dénomination, une locution qui n'a appartenu, même pendant longtemps, qu'à la langue populaire. Je veux parler du *mal de Saint-Jean*, expression que Sauvages et la plupart des auteurs de ce temps-là ont consacrée sans en donner d'autre raison que sa vulgarité même.

Cette expression, pour désigner l'épilepsie, a eu cours pendant longtemps dans presque tout le Midi de l'Europe, elle est même encore en usage dans une grande partie de la France.

J'ai voulu essayer de fixer son origine. Je livre tout ce qu'il m'a été possible de recueillir à ce sujet. Libre à chacun d'en faire le cas qu'il voudra.

Voici d'abord l'exposé fidèle des interprétations qui ont été données. Je hasarderai ensuite mon opinion personnelle.

Les uns ont dit (1): l'épilepsie a reçu le nom de *mal Saint-Jean* par analogie avec la tête de saint Jean-Baptiste apportée à Hérode, au milieu d'une orgie, par la femme au caprice de laquelle il l'avait accordée.

D'autres prétendent que saint Jean était réputé guérir de cette maladie ceux qui s'adressaient à son intercession.

Pourquoi celle-là plutôt qu'une autre?...

Probablement, m'a dit un théologien distingué, parce qu'on a voulu que la puissance de l'intercession fût en rapport avec l'intensité et la résistance de la maladie.

Or, il est bon que vous sachiez, a-t-il ajouté, que saint Jean-Baptiste a, de tous temps, reçu de l'église un culte en quelque sorte hors ligne, puisqu'on célébrait, le jour de sa fête, trois messes comme à Noël. Peut-être, dit Portal, l'a-t-on appelée ainsi parce que le jour de la fête de ce saint est ordinairement l'un des plus chauds de l'année, vers le temps des moissons, époque où les accès d'épilepsie sont très communs.

En d'autres lieux, saint Jean-l'Évangéliste remplace saint Jean-Baptiste.

Il était, dit-on, épileptique lui-même.

Ceux qui parlent ainsi s'appuient sur certains passages de l'Apocalypse, dont l'interprétation en ce sens serait loin d'être dépourvue de vraisemblance, si on voulait tenir compte des commentaires de Jurieu et de Newton (2).

En ce cas, ce serait saint Jean-l'Évangéliste qui devrait être l'objet du culte des épileptiques.

Je n'ai pas la prétention de lever les doutes à ce sujet. Toutefois, j'avoue que je suis assez disposé à adopter l'opinion de Sauvages, et voici pourquoi. *(La fin prochainement.)*

(1) *Pathologia dæmoniaca*. In-4°, 1707.

(1) Sous le prétexte qu'il prend par la tête.

(1) Sauvages entre autres.

(2) V. les commentaires sur l'Apocalypse de ces deux hommes illustres. — V. aussi un livre ayant pour titre: *Les sept âges de l'Eglise*. (Paris, 1783, 2 volumes in-12.)

minéraux pour former des sels doubles.

C'est aux sels haloïdes, que le calomel rencontre dans l'économie, qu'il semble devoir ses propriétés anthelminthiques et purgatives. Ce qui vient à l'appui de cette opinion, c'est qu'une solution des plus faibles de sublimé corrosif ou de sel double de mercure possède la propriété de chasser les lombricoïdes de leurs réduits pour venir se débattre à la surface du sol. Les substances fécales et les urines normales ne possèdent pas cette propriété; mais les urines d'une personne ayant fait usage de ce médicament, acquièrent la même propriété.

Si de grandes doses de calomel agissent relativement moins que de petites, ceci tient à ce que, dans le premier cas, le sel mercuriel ne trouve pas, dans l'économie, la quantité nécessaire de sel alcalin pour se convertir entièrement en sel soluble; tandis que, dans le second cas, il existe assez de sels alcalins dans le canal intestinal pour dissoudre plus complétement le sel mercureux. C'est pourquoi les enfans, qui généralement ne font que peu usage de chlorure de sodium (sel de cuisine), supportent plus facilement le calomel que les adultes. Les médecins des villes maritimes, où les eaux sont généralement saumâtres, n'emploient que rarement le calomel; les médecins de la marine ont dû y renoncer complétement pour les marins, qui se nourrissent d'alimens salés.

L'acide chlorhydrique n'a pas la propriété de s'unir directement au calomel ou de faire passer celui-ci de l'état de proto à celui de deuto-chlorure, parce que l'affinité du chlore pour l'hydrogène (réduction du chlorure argentique au moyen de l'hydrogène naissant) surpasse son affinité pour le mercure. Toutefois, son emploi n'est pas à conseiller conjointement avec le chlorure mercureux, parce que, se combinant avec les substances alcalines qu'il trouve dans l'économie, il passe à l'état de chlorure dont nous avons expliqué plus haut l'action.

L'extrême facilité avec laquelle le chlorure mercureux est, sous l'influence de tant d'agens chimiques, transformé en sel soluble, exige, de la part du praticien, la plus grande prudence dans son emploi.

Le sublimé corrosif, en solution dans du sirop de sucre, n'a point laissé déposer de calomel au bout de vingt-quatre heures. Le même saccharolé n'avait pas, après quatre jours, perdu de sa limpidité, ni laissé déposer le moindre précipité, après avoir été exposé à une température variant de 30 à 60°. C'est seulement après quelque temps d'ébullition que le sirop a commencé à se troubler et à déposer du proto-chlorure. La solution saccharine, déjà plus ou moins décomposée par la carbonisation partielle du sucre, cédait encore du deuto-chlorure à l'éther sulfurique, ce qui prouve que le sucre, qui est assez généralement ajouté au calomel, est plutôt employé pour donner au médicament une saveur agréable, que pour convertir en proto-chlorure les traces de deuto-chlorure que le calomel pourrait renfermer, comme c'est l'opinion générale.

L'albumine animale, généralement recommandée pour neutraliser l'effet du deuto-chlorure de mercure, ne possède pas cette propriété autant qu'on pourrait le désirer. M. Orfila qui, le premier, a recommandé l'emploi de l'eau albumineuse dans l'empoisonnement par le sublimé, conseille d'en donner assez pour tout décomposer, et ne pas en donner trop, pour empêcher qu'un excès ne redissolve la combinaison peu soluble, que forme le chlorure mercurique avec l'albumine, et ne lui rende ainsi en partie sa propriété toxique.

Dans les empoisonnemens par les sels solubles de mercure, nous croyons qu'il convient de donner la préférence, comme antidote, aux substances que les fonctions digestives ne peuvent altérer, comme le proto-sulfure de fer hydraté, conseillé par M. Mialhe, le tannate de potasse, la limaille de fer même. — (In *Annales de la Société de médecine de Gand*, mai 1856.)

DE L'AUTOPLASTIE PÉRIOSTIQUE; — NOUVELLE MÉTHODE POUR LE TRAITEMENT DES PSEUDARTHROSES.

M. le professeur Nélaton a parlé à sa clinique d'une nouvelle manière de traiter les pseudarthroses. M. Jordan, chirurgien des hôpitaux de Manchester, est l'inventeur de cette méthode, et il a profité de son séjour à Paris pour proposer à M. Nélaton l'application de cette heureuse innovation. Déjà M. Jordan a pu en obtenir une guérison dans un cas désespéré, et traité en vain par beaucoup d'autres chirurgiens.

Voici en quelques lignes en quoi consiste cette méthode :

Premier temps. — On découvre l'os comme dans les cas où il s'agit de pratiquer la résection des deux fragmens non réunis. Quand on est arrivé sur les os, on fait une incision verticale sur le périoste, en commençant plus ou moins haut sur le corps de l'os, et on la termine vers la solution de continuité. On attaque ainsi indifféremment l'un et l'autre fragmens; on disséque le périoste de toute part, c'est-à-dire qu'on le sépare de l'os. Cette dissection doit être pratiquée avec le manche d'un scalpel et par petits coups; elle est un peu longue; mais il ne faut pas employer la lame d'un bistouri, parce qu'alors on coupe infailliblement une partie des vaisseaux du périoste, on perfore même souvent cette membrane nourricière, et l'on s'expose ainsi à manquer son but. Il ne faut pas oublier que lorsqu'il y a un travail pathologique dans un os, comme dans une pseudarthrose, le périoste est épaissi, plus turgide, plus vasculaire et plus facile à séparer de la substance osseuse. Après cette dissection, on a une espèce de manchette périostique, ouverte latéralement comme les manches de nos habits ou de nos chemises. Pour l'autre fragment, on se comporte de même, en ayant soin de pousser la dissection du périoste dans une moins grande étendue.

Deuxième temps. — On réséque les bouts des fragmens; et ici l'on emploie les mêmes instrumens que pour une résection ordinaire, la scie, la sonde de Blandin, le davier, etc. On doit, autant que possible, enlever toute la partie de l'os qui est recouverte de stalactites osseuses; et l'on sait que ces stalactites se trouvent précisément au point où le périoste a été détruit ou altéré par la cause vulnérante au moment de la fracture en général. On doit réséquer 1 centimètre 1/3 à 2 centimètres pour chaque fragment.

Troisième temps. — On invagine un des fragmens dans la manchette périostique que lui offre l'autre, et alors on fait un point de suture à l'extrémité libre de la manchette, et on dispose le périoste de telle façon que la solution de continuité de celui-ci ne corresponde pas à la solution de continuité des os. On rapproche ensuite les bords de l'incision des parties molles, on maintient le membre dans un appareil convenable, et le reste se passe comme dans les opérations ordinaires.

Dans le cas où l'on craindrait d'avoir un trop grand raccourcissement, ou bien si l'on ne pouvait se livrer à une dissection complète de tout le périoste, M. Jordan a encore proposé une autre conduite. Dans ce cas, on dénude l'os dans la moitié superficielle de sa circonférence, de sorte que l'on a deux oreillettes périostiques qui rappellent les oreillettes de la peau dans l'amputation de M. Lenoir; on dénude l'autre fragment sur une face opposée à celle du premier fragment, et si l'on éprouve trop de difficulté, on se contente de gratter le périoste dans une étendue en rapport avec la partie dénudée du premier fragment. Dans le deuxième temps, on coupe les deux fragmens en biseau, on a ainsi deux becs de flûte opposés l'un à l'autre; on les affronte et l'on coud le périoste tout autour. On voit qu'en définitive ce procédé donne le même résultat que le précédent; il doit peut-être donner plus de peine pour maintenir les fragmens dans un rapport intime.

Ce procédé ou plutôt cette méthode offre-t-elle quelque chose de nouveau? Les auteurs ont employé le frottement, les aiguilles, le séton, la ligature, la résection, l'abrasion ou le grattage des fragmens, et enfin la cautérisation. Nous ne voyons rien là qui rappelle la méthode de M. Jordan. White et d'autres chirurgiens ont bien parlé du grattage du périoste, mais ils n'ont pas formulé une idée nette sur ce point. Ont-ils indiqué ce que devenait ce périoste gratté? Non. Aussi nous pensons que M. Jordan a réellement fait une innovation heureuse et qui peut recevoir de nombreuses applications : c'est l'autoplastie appliquée au périoste.

Quand on pense que l'on voit souvent dans les hôpitaux des malades ayant des pseudarthroses subir un grand nombre d'opérations chirurgicales sans en tirer aucun profit, on doit accueillir avec reconnaissance une méthode qui se base sur les saines données de la physiologie et sur un fait clinique suivi de succès. Enfin, nous ne devons pas omettre de dire que M. le professeur Nélaton lui a donné son approbation, et que ce n'est qu'à son grand regret qu'il n'a pu l'employer sur le malade à propos duquel il a exposé à son auditoire la méthode de M. Jordan. — (In *Gaz. des hôp.*, nº 67, 1856.)

GÉNÉRATION DES VERS CESTOIDES (TÆNIAS).

L'article suivant résume avec clarté et précision les idées nouvelles sur cet intéressant sujet :

La question de la génération des vers intestinaux chez l'homme et chez les animaux a été entourée pendant très longtemps de beaucoup d'obscurité. La vieille hypothèse de la génération spontanée est aujourd'hui presque généralement abandonnée; grâce aux progrès des sciences naturelles, elle a fini par perdre tout crédit auprès des naturalistes.

Dans ces derniers temps, on a fait des observations intéressantes sur l'origine de quelques entozoaires, notamment des vers cestoïdes, et les résultats obtenus présentent un intérêt réel pour le médecin praticien.

Tous les médecins connaissent les vers aplatis et rubanés auxquels on donne le nom de *tænias*. On en observe chez l'homme deux variétés bien démontrées : le tænia lata ou botriocéphale, qui ne se rencontre pas en Belgique, et le solium ou cucurbitain, qui est propre à notre pays. D'après des observations faites tout récemment, il paraîtrait qu'une troisième espèce, le tænia mediocanellata, se rencontrerait aussi en Belgique.

La tête du cucurbitain est petite et munie de quatre suçoirs, avec une couronne formée de crochets pointus. Les anneaux sont aplatis; les plus rapprochés de la tête sont les plus jeunes, les moins développés et, par conséquent, les plus petits; plus un anneau est éloigné de la tête, plus il est ancien et plus il a acquis de développement et de grandeur. Les derniers anneaux peuvent se détacher, se contracter et produire ainsi des mouvemens. C'est pour cette raison qu'ils ont été décrits quelquefois comme une espèce particulière de vers.

Latéralement, à travers les anneaux s'étendent deux canaux qu'on regarde comme des tubes digestifs : ces canaux sont réunis dans chaque anneau par un vaisseau transversal. Les vaisseaux sanguins se continuent dans le sens de la longueur, à travers tous les anneaux. Les tænias sont hermaphrodites : chacun des nombreux anneaux possède des organes génitaux mâles et femelles, qui s'ouvrent chez le tænia solium sur le côté des anneaux : ces organes femelles sont remplis d'un très grand nombre d'œufs, qui sont pourvus d'une enveloppe calcaire, et peuvent ainsi, même sous l'influence de circonstances défavorables, conserver longtemps leur fécondité. — Plus les anneaux du tænia sont vieux, plus leur appareil génital est développé et rempli d'œufs fécondés. Dans quelques-uns de ceux-ci, on peut exceptionnellement déjà reconnaître l'embryon. Les anneaux mûrs se détachent isolément ou en chaînes entières; et c'est ainsi que par les excrémens se sèment des milliers de germes de tænia. Une grande partie d'entre eux périt, mais une autre partie arrive dans des conditions qui permettent son développement, avant que le germe, protégé qu'il est par l'enveloppe calcaire, ne soit détruit. L'embryon abandonne alors l'œuf, mais dans une forme tout à fait différente de celle du tænia ou d'une de ses parties. Cet embryon, sous forme de corpuscule microscopique, est armé de crochets pointus qui se meuvent dans tous les sens, et c'est cette disposition anatomique qui facilite singulièrement ses voyages, et surtout sa pénétration, à travers les tissus des animaux, dans lesquels les œufs de tænia ont été introduits. Arrivés, en forant et en creusant, dans l'un ou l'autre organe, une capsule ou kyste se forme autour d'eux. Là leur développement se prépare, et ils attendent l'occasion favorable pour arriver à un endroit qui réunisse toutes les conditions nécessaires à leur développement complet.

Ces embryons enkystés subissent des changemens remarquables. D'abord les crochets, avec lesquels l'embryon s'est foré le passage, tombent. Son corps représente alors une vésicule, qui grandit simultanément avec le kyste qui l'entoure. A l'intérieur du corps embryonnaire, s'élève un bourgeon, qui se transforme peu à peu en tête de la future larve. Ce bouton se garnit de suçoirs, le cou se dessine, s'allonge et les crochets apparaissent peu à peu. Enfin, la larve toute formée se renverse hors de sa vésicule. Ce sont ces larves de tænias, qui manquent d'appareils reproducteur et digestif spéciaux, que, jusque dans ces derniers temps, on a considéré comme formant un ordre à part et que l'on a décrits sous le nom de vers vésiculaires (cysticerques, échinocoques, cœnures).

Or, de nombreuses observations et expériences directes récentes ont prouvé :

1° Que les vers vésiculaires ne sont que des larves de tænia plus ou moins développées.

2° Que ce n'est que dans le canal digestif des animaux vertébrés que le tænia peut acquérir son développement parfait, ainsi que la faculté de se reproduire.

3° Que des œufs de tænia déposés dans le tube gastro-intestinal sont évacués et ne s'y développent jamais.

Ces expériences jettent un jour tout à fait nouveau sur le développement des vers cestoïdes et expliquent plusieurs phénomènes qui présentent un intérêt réel.

Les œufs microscopiques des tænias sont avalés avec les alimens ou les boissons par les animaux; se développent incomplétement dans le tube digestif et de là arrivent dans le tissu cellulaire des organes. La larve se forme, et la chair de l'hôte qui la loge est avalée par l'homme, dans le tube intestinal duquel se fait la transformation du ver vésiculaire en tænia complet. Lorsqu'une larve est parvenue dans le canal intestinal de l'homme, elle s'attache par ses suçoirs entre les villosités de la muqueuse de l'intestin grêle, y implante ses crochets, et bientôt son extrémité postérieure se prolonge en une vésicule oblongue. Au fur et à mesure que celle-ci s'allonge, il y apparaît des rides transversales, qui deviennent toujours plus profondes. C'est ainsi qu'il naît constamment de la larve, de nouveaux petits anneaux qui refoulent les plus anciens. Ceux-ci se développent dans la même proportion; ils grandissent, leurs organes génitaux se remplissent d'œufs, et, enfin, ils se détachent.

Le nombre des anneaux qu'une seule larve produit va quelquefois à un chiffre immense, mais on n'a pas encore établi combien de temps cette tête peut continuer le rôle producteur. — (In *Annales de la Société de médecine de Gand*, mai 1856.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 10 Juin 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Les comptes rendus des épidémies qui ont régné dans les départemens de l'Ardèche, de la Mayenne, de la Moselle, de la Marne, du Lot-et-Garonne et des Hautes-Alpes, en 1855.

— Un rapport final de M. le docteur Dehée, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Arras, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune d'Havrincourt en 1855 et 1856.

— Deux autres rapports du même médecin, sur une épidémie de rougeole qui a régné au commencement de l'année 1856 dans les communes de Simencourt et de Warlus.

— Un rapport de M. le docteur Danvin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint Pol, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné, en 1855-1856, dans la commune de Leparcq.

— Les rapports de MM. les docteurs Auzoux, Buissard, Chevallier, Biemont, Cavaroc, Tailhade, Loubier, Lafon, Marrotin, Bailly, Cornile, Boinot, Batbedat, Arrat-Balous et Massie, sur le service médical des eaux minérales de Cransac, La Motte-les-Bains, Chaudes-Aigues, Vic-sur-Lère, Capbern, Propiac, Trébas, St-Amand, Bains, Gosset, Préhacq, Gamarde, Saint-Loubouer et Espérons, de St-Pierre, Bibi, Bagnols, La Bagnère et Joannin, pendant l'année 1855. (Comm. des eaux minérales.)

— Les tableaux des vaccinations pratiquées, en 1855, dans les départemens de l'Orne et de la Gironde, et le rapport sur le concours de vaccine de l'année 1855 dans le département de la Gironde. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes :

Un mémoire de M. le docteur Monticelli, de Naples, intitulé : *Recherches théorico-pratiques sur le traitement des anévrysmes par l'injection de perchlorure de fer.* (Comm. déjà nommée.)

— Un mémoire de M. Chauveau, chef des travaux anatomiques à l'École vétérinaire de Lyon, *sur la question glycogénique.* (Comm. MM. Longet, Bussy, Bouley.)

— M. le docteur Smith, de New-York, soumet à l'examen de l'Académie plusieurs appareils électriques destinés à des applications médicales. (Comm. MM. Poiseuille, Soubeiran et Bouvier.)

— Une lettre de M. Adolphe Langlebert, officier de santé, qui s'efforce de justifier son prétendu spécifique anticholérique, dont cependant il n'indique pas la composition. (On se rappelle que la demande adressée par M. Adolphe Langlebert au ministre a été l'objet d'un blâme de la part de l'Académie, et que ce blâme a donné lieu à une réclamation de M. le docteur Edmond Langlebert.)



— M. L. Mathieu présente un appareil fumigatoire construit d'après les indications de M. le docteur Edmond Langlebert. Cet appareil destiné à simplifier et à vulgariser l'emploi des fumigations de cinabre dans le traitement des syphilides et autres maladies de la peau, se compose d'une chaudière à vapeur en cuivre, de forme annulaire, reposant sur un cylindre en fer-blanc au fond duquel est une forte lampe à alcool. La face de la chaudière porte quatre petits tubes pour le dégagement de la vapeur; au-dessus de son ouverture

centrale, est une petite capsule en tôle, dans laquelle on place le cinabre et que vient frapper directement la flamme alcoolique.

Pour faire usage de cet appareil, on verse de l'eau dans la chaudière et on allume la lampe à alcool qui est au-dessous. Lorsque la vapeur commence à se dégager par les tubes, on met dans la capsule 8 à 10 grammes de cinabre, et on place le tout entre les jambes du malade assis sur le bord d'une chaise et entouré d'une couverture de laine fixée autour du cou. La fumigation doit durer quinze à vingt minutes, après quoi le malade se met au lit en s'enveloppant de sa couverture encore chaude et tout imprégnée des vapeurs mercurielles et sulfureuses.

Ce procédé, dit M. Mathieu, remplit exactement toutes les conditions que réalisent les grands appareils fumigatoires ordinaires. Il a, sur ces derniers, l'avantage de permettre aux malades de faire chez eux, et d'une manière très commode, les fumigations qu'ils étaient obligés d'aller prendre dans les établissemens publics, et aux médecins de prescrire cette médication dans toutes les localités.

— M. GUÉRARD offre à l'Académie, de la part de M. GRASSI, la thèse inaugurale où cet auteur fait l'*étude comparative des deux systèmes de chauffage et de ventilation établis à l'hôpital Laribolsière*.

L'un de ces systèmes consiste à aspirer l'air vicié (méthode de M. Léon Duvoir); l'autre à injecter de l'air neuf (méthode de MM. Thomas, Laurence et Grouvelle); l'auteur donne la préférence à ce dernier système.

M. LE PRÉSIDENT annonce que le bureau, allant au devant du désir de l'Académie, a souscrit pour une somme de cinq cents francs en faveur des *inondés*.

M. Ossian HENRY donne lecture, au nom de la commission des eaux minérales, de différens rapports dont voici l'extrait :

1° *Eaux d'Usson* (Ariége). On connaît dans le bourg d'Usson deux sources d'eau minérale, toutes deux sulfureuses. Elles ont beaucoup d'analogie avec les eaux voisines de Carcanières et d'Escouloubre. Comme pour celles de la chaîne des Pyrénées, c'est le sulfure de sodium qui en est la base, associé au chlorure de sodium, aux silicates, carbonates et silicates alcalins et terreux, et quelques autres principes. La proportion de l'élément sulfureux s'est montrée variable, ce qu'il faut attribuer sans doute à un mode vicieux d'embouteillage et à l'altérabilité connue des eaux sulfureuses. La commission propose de répondre au ministre qu'une analyse de ces eaux devra être faite aux sources mêmes. (Adopté.)

2° *Eau de Vrécourt* (Vosges). Elle est fournie par un puits artésien débitant 22 litres à la minute. Elle est froide, limpide, sans odeur, d'une saveur à peine sensible, un peu alcalescente, toutefois sans action marquée sur le papier réactif. Elle contient du sulfate de soude, du chlorure de sodium, du bicarbonate de soude, des bicarbonates de chaux et de magnésie, de l'arsenic en quantité appréciable, etc.

Il y a entre cette eau et celle de Plombières une certaine analogie de composition. La commission est d'avis qu'avant d'accorder l'autorisation d'exploiter cette eau, il faut qu'un captage définitif en ait assuré l'aménagement et que des observations sérieuses aient établi nettement les propriétés médicales qu'on lui attribue. (Adopté.)

3° *Eaux d'Aurensan* (Gers). Il résulte des premiers essais faits dans le laboratoire de l'Académie de médecine, que l'eau des sources d'Aurensan a quelque analogie avec celle des sources voisines d'Aulus, de Capvern, d'Encausse. Elle est limpide, sans odeur ni saveur sensible, sa température est de 17° centigr. En raison de ses propriétés médicales reconnues et de la création de l'établissement qui s'y trouve, la commission propose de répondre qu'il y a lieu d'accorder l'autorisation. (Adopté.)

4° *Eau de la fontaine de Marina, près Saint-Dizier*. Cette eau est riche en fer; elle paraît renfermer du gaz sulfhydrique, mais en quantité insignifiante. On y trouve aussi des carbonates de chaux et de magnésie, des sulfates de soude, de chaux, de magnésie et de potasse, des traces de manganèse, de silice, de brome, d'iode et de cuivre. Avant qu'on n'accorde la concession demandée, la source devra être débarrassée de toutes matières étrangères. La commission propose de répondre qu'il y a lieu de surseoir à la demande de concession. (Adopté.)

L'Académie procède au vote pour la nomination d'un membre dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

M. le Secrétaire annuel donne lecture de la liste présentée par la section.

En première ligne, M. Bayle ;
En seconde ligne, M. Trousseau ;
En troisième ligne, *ex æquo*, MM. Durand-Fardel et Pidoux.

Le nombre des votans est de 74 ; — majorité absolue 38.

M. Trousseau obtient	54 voix.
M. Bayle	18
M. Durand-Fardel.	1
Billet blanc	1

En conséquence, M. Trousseau est élu membre de l'Académie, sauf l'approbation du gouvernement.

M. LEBLANC lit un travail dans lequel il présente plusieurs objections aux opinions émises par M. Bousquet dans l'avant-dernière séance. Il s'agit d'une communication de MM. les docteurs Manoury et Pichot, relative à un cas de vaccine produit, dit-on, par le contact du liquide des *eaux aux jambes* d'un cheval. Ce fait, dit M. Leblanc, est si insolite, qu'il ne faut négliger aucune des circonstances qui le constituent. M. Moreau a proposé de s'informer si le cheval ferré par le sujet inculé (le nommé Brisson) était bien atteint d'eaux aux jambes; il serait plus intéressant de connaître dans quel état se trouvait l'affection au moment précis où le maréchal a été en rapport avec le cheval; en effet, cette maladie présente des phases nombreuses; y en aurait-il une dans laquelle existerait la propriété de produire la vaccine? Est-ce ainsi qu'on devra expliquer la rareté de cette transmission? Mon expérience personnelle me permet de répondre par la négative.

Les eaux aux jambes, à aucune période de leur évolution, n'ont, selon moi, la propriété de produire la vaccine. Les expériences faites par M. Bousquet en ma présence en sont la preuve. Le liquide pris sur des chevaux dont la maladie était récente, n'a, dans aucun cas, produit d'éruption spéciale ni chez les enfans, ni chez les génisses, auxquels M. Bousquet a essayé de les inoculer. (Un infirmier qui pansait l'un des chevaux malades, eut au nez quelques boutons, mais nullement spécifiques, et tels que les palefreniers en ont souvent pour avoir soigné des chevaux atteints de maladies cutanées quelconques.)

Ce sont là les seules expériences d'*inoculation* directe; mais il existe des faits où la *contagion* accidentelle a été admise du cheval à l'homme. L'inoculation du cheval à la vache et au mouton a été faite un grand nombre de fois, elle a donné des résultats contradictoires : insuccès d'une part, et d'une autre, résultats qui semblent confirmatifs de l'idée de Jenner, à savoir que la vaccine se produit par l'inoculation des eaux aux jambes sur la vache.

Ainsi, Hurtrel d'Arboval a rappelé un fait analogue à celui de MM. Manoury et Pichot; mais il se demande si la vaccine ne provenait pas d'une autre source que des eaux aux jambes du cheval soigné par le malade. Je ferai la même objection à l'occasion du fait de Brissot; je remarque, de plus, que les pustules n'ont commencé à se développer sur les deux mains de Brissot que *douze jours* après le contact; cette incubation serait toute différente de celle de la vaccine. Puis Brissot a seulement ferré le cheval, la personne qui maintenait le pied pendant le ferrage était bien plus exposée. Que de fois j'ai vu des teneurs du pied avoir les mains, les poignets et les bras couverts du liquide d'eaux aux jambes, et cependant jamais je n'ai constaté de cas de contagion chez ces hommes, qui n'avaient probablement pas été tous vaccinés ou variolés.

A ces faits qui établissent la non contagion, j'ajouterai comme preuve auxiliaire, le raisonnement. Rien de plus dissemblable que les lésions, les symptômes, la marche et les causes des eaux aux jambes d'une part, de la vaccine d'autre part. Les eaux aux jambes ne sont pas contagieuses du cheval au cheval, comment le seraient-elles du cheval à la vache et à l'homme?

Je ne puis donc partager l'opinion de M. Bousquet sur la valeur du fait communiqué par MM. Manoury et Pichot. L'inoculation directe est évidemment le seul moyen de résoudre la question en litige. Que l'on essaie d'inoculer de l'homme au cheval, comme on l'a fait pour la morve; si l'on produit les eaux aux jambes chez un cheval en lui inoculant la vaccine, je croirai à la production de la vaccine par les eaux aux jambes. Or, on sait que, jusqu'à présent, l'inoculation de la vaccine au cheval n'a même pas produit la vaccine.

M. BOUSQUET : M. Leblanc, si je ne me trompe, a dit qu'il serait intéressant d'inoculer à la vache et à l'homme le liquide des eaux aux jambes pris sur le cheval même dont le contact a produit l'éruption vaccinale sur les mains du maréchal-ferrant Brissot. Je ferai remarquer que ce moyen, proposé par M. Moreau, ne saurait trouver ici son application. Si le liquide est inoculable, comme l'admettait Jenner, c'est seulement quand la maladie du cheval est aiguë, et, dans l'espèce, elle a passé à l'état chronique.

Les opinions de Jenner, relativement à toute cette question, n'ont pas toujours été les mêmes. On peut y suivre des phases diverses. D'abord, acceptant la tradition populaire, il dit seulement que le cow-pox préserve de la variole : grand partisan de l'inoculation, il avait observé que cette opération ne réussissait pas chez les trayeurs de vaches. Plus tard, il fut conduit à penser que le cow-pox ne se développait pas chez la vache primitivement, spontanément, mais qu'il résultait lui-même d'une transformation des *eaux aux jambes*.

On a essayé d'effectuer expérimentalement ce transport du cheval à la vache, on a échoué le plus souvent. Mais dans deux cas, exceptionnels sans doute, très rares, j'en conviens, on a réussi. Or, dans de semblables questions, les faits positifs ont une valeur infiniment supérieure à celle des faits négatifs.

En présence de M. Leblanc, j'ai vainement tenté d'inoculer à des enfans, à des génisses le liquide des *eaux aux jambes*. Sacco avait fait de même 27 inoculations à des enfans, 18 à des vaches, et il n'a rien obtenu. Cependant, le même auteur a cité le cas d'un palefrenier qui, après avoir pansé son cheval atteint d'eaux aux jambes, eut une éruption de vaccin, et cette observation a semblé à Sacco confirmative de l'opinion de Jenner. Coleman, dans des expériences analogues, a bien rarement réussi à produire l'inoculation, mais, enfin, il a réussi quelquefois. Ces faits s'ajoutent donc à celui du maréchal-ferrant Brissot, dont MM. Manoury et Pichot ont donné communication à l'Académie. Toutefois, l'observation de Brissot reste incomplète, en ce sens que le liquide des *eaux aux jambes* n'a pas été inoculé à la vache; si cette inoculation avait produit le cow-pox, la démonstration ne laisserait vraiment rien à désirer.

En effet, l'éruption que cet homme présentait aux mains avait les caractères de la *vaccine*, et fut reconnue comme telle par M. Pichot. Pour achever de le prouver, Brissot a été vacciné : il s'est montré réfractaire à cette nouvelle inoculation. — Restait pourtant à déterminer si c'est à la vaccine proprement dite ou à la variole qu'appartenait l'éruption de Brissot. L'aspect des pustules locales étant insuffisant pour trancher cette question, les inoculations ultérieures pouvaient seules en donner la solution, et elles l'ont donnée. 60 personnes ont été vaccinées par moi, les unes directement avec le liquide pris sur les mains de Brissot, les autres avec le liquide des pustules obtenues à la suite de cette première insertion; sur ces 60 personnes, pas une seule n'a présenté d'éruption générale. S'il se fût agi d'une variole, elle n'eût pas manqué de se généraliser au moins chez quelques-uns des sujets inoculés. L'éruption vue sur les mains de Brissot était donc bien de la vaccine.

Brissot n'a pas été en contact avec des vaches, sa profession ne l'exposait pas à ce contact. Il a ferré un cheval atteint d'*eaux aux jambes*. Peut-on se refuser à nier que ce soit là l'origine de l'éruption observée douze jours après sur les mains de cet homme?

Je l'ai dit, il n'est qu'une hypothèse qui puisse faire rejeter le fait de MM. Manoury et Pichot, et le frapper de nullité; mais cette hypothèse est bien invraisemblable : elle consisterait à admettre que Brissot s'est fait vacciner sur les mains pour induire les médecins en erreur!

M. LEBLANC : M. Bousquet se trompe s'il m'attribue l'opinion que les *eaux aux jambes* puissent fournir un liquide inoculable après quatre mois de durée. J'ai dit expressément que, dans cet état chronique de la maladie, il n'y avait rien à demander à l'inoculation.

Quant à l'observation de MM. Manoury et Pichot, elle présente une lacune regrettable. Brissot n'a été vu qu'une quinzaine de jours après le contact du cheval malade. Que s'est-il passé dans cet intervalle? On l'ignore. Brissot, *dit-on*, n'a pas été en contact avec des vaches; pourrait-on l'affirmer?

M. GIBERT : Tout à l'heure M. Bousquet, pour distinguer la vaccine de la variole, se fondait sur la localisation de la première, opposée à la généralisation de la seconde. Mais M. Bousquet connaît certainement des faits de *varioloïde* locale qui s'inocule et se transmet à l'état d'éruption toujours locale. Pour ma part, j'ai observé plus d'un cas de ce genre.

M. BOUSQUET : On ne saurait admettre que les pustules rencontrées sur les mains de Brissot fussent une *varioloïde*. Une varioloïde ne dure pas vingt, vingt-cinq jours; il n'y a donc d'hésitation possible qu'entre la variole ou la vaccine. Je sais bien que M. Guillou a observé des cas très nombreux, 5 à 600, de variole locale, partielle; c'est là, il faut en convenir, une exception des plus rares. En général, la varioloïde inoculée ne produit pas la varioloïde, mais bien la variole; elle ne conserve son caractère primitif que lorsqu'elle est transmise à des sujets vaccinés ou déjà variolés antérieurement; hors ces conditions spéciales, c'est une véritable éruption variolique qu'elle engendre et telle qu'on la trouve habituellement après l'inoculation, c'est-à-dire d'abord locale, puis généralisée.

M. BOULEY : L'inoculation, d'après M. Leblanc, serait le meilleur et le plus sûr moyen de juger la question de savoir si les *eaux aux jambes* sont transmissibles du cheval à la vache et à l'homme. Je ne crois pas que ce moyen ait une valeur aussi absolue, et que, les résultats négatifs, fussent-ils même constans, on puisse s'en autoriser pour nier l'existence d'un principe contagieux. Les exemples ne manquent pas de maladies contagieuses et que l'inoculation est néanmoins incapable de reproduire : la morve chronique est contagieuse, et sur cent inoculations que l'on essaie, il n'en est peut-être pas une qui réussit; la péripneumonie des bêtes à cornes est, certes, une maladie contagieuse au premier chef, et cependant, si vous prenez du liquide dans le poumon même, si vous l'inoculez, que produisez-vous? Une *tumeur* à laquelle on attribue le pouvoir de préserver des atteintes de la maladie, (et encore cela n'est-il pas bien prouvé), mais vous ne reproduisez pas une péripneumonie. L'insuccès de l'inoculation ne saurait donc prouver que les *eaux aux jambes* ne puissent pas être transportées du cheval aux animaux et à l'homme et se transformer en vaccine.

M. BOUSQUET : Les observations de M. Bouley me paraissent d'autant plus justes que l'inoculation, dans le cas qui nous occupe, doit avoir pour effet non le simple transport de la maladie, avec conservation de tous ses caractères propres, mais bien sa transformation en une affection nouvelle. C'est spécialement dans ce passage et dans cette transformation que l'inoculation réussit difficilement. La transmission même du cow-pox en fournit un exemple : inoculé à l'homme, il ne donne d'abord que des boutons chétifs, mal caractérisés; son transport d'un individu à un autre ne devient facile qu'après plusieurs inoculations successives, après une espèce de naturalisation chez l'homme.

M. LEBLANC : Si j'ai dit que l'inoculation était le moyen unique de juger la question de la contagion, mon expression a été au delà de ma pensée. Ce sur quoi j'insiste, c'est que j'ai observé une foule d'individus dont les mains et leurs avant-bras nus avaient reçu pendant dix et quinze minutes le liquide des eaux aux jambes et que chez aucun je n'ai vu se développer une éruption vaccinale.

M. BOUSQUET et M. BOULEY : C'est que ces individus étaient vaccinés ou qu'ils avaient eu la petite vérole.

M. LEBLANC : On ne saurait admettre que tous fussent dans ce cas. Quelques-uns sans doute n'étaient ni vaccinés ni variolés. En présence d'un si grand nombre de faits négatifs, je crois que l'observation de MM. Manoury et Pichot est insuffisante pour établir une règle générale.

M. BOUSQUET : Ce qu'il y a d'extraordinaire dans le fait de MM. Manoury et Pichot, la conclusion à laquelle cette observation et quelques autres me conduisent, c'est que les *eaux aux jambes* paraissent douées de la propriété d'engendrer la vaccine de deux façons, ou *directement* par la transmission du cheval à l'homme, ou *indirectement* du cheval à la vache, puis de celle-ci à l'homme.

La discussion est close.

NOTICE MÉDICALE sur les BAINS DE MER

De BIARRITZ (Basses-Pyrénées)

DU DOCTEUR R. AFFRE,

Médecin inspecteur de ces bains, lauréat de l'Académie impériale de médecine de Paris, Directeur des secours du Sauvetage, et membre correspondant de plusieurs Sociétés médicales.

TABLE DES CHAPITRES :

INTRODUCTION.
CHAP. Ier. Des caractères physiques et chimiques de l'eau de mer.
CHAP. IIe. Des divers moyens d'employer l'eau de mer.
CHAP. IIIe. Des règles à suivre dans l'emploi des bains de mer.
CHAP. IVe. Des plages de Biarritz.
CHAP. V^e. Des bains de mer chauds et des bains de sable marin.
CHAP. VIe. Des effets généraux des bains de mer froids.
CHAP. VIIe. Des effets thérapeutiques des bains de mer froids.
CHAP. VIIIe. Considérations sur les maladies de la peau guéries par les bains de mer, avec des observations de guérison.
CHAP. IXe. Des maladies des femmes guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
CHAP. X^e. De quelques causes de stérilité guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
CHAP. XIe. Des contre-indications des bains de mer froids avec des observations à l'appui.
CHAP. XIIe. Des accidens produits par l'abus ou la fausse application des bains de mer, avec des observations à l'appui.
Quelques mots sur la cause principale, sur les symptômes et le traitement du choléra, qui a sévi dans le département des *Basses-Pyrénées*.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*. — Prix : 2 fr.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 72. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 14 Juin 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Mesures hygiéniques pour prévenir les épidémies suite des inondations. — II. CLINIQUE MÉDICALE : Fièvre intermittente chez les enfans ; éclampsie. — III. THÉRAPEUTIQUE : Des effets de la teinture d'iode appliquée localement sur les muqueuses et sur les séreuses, au point de vue de la douleur. — IV. Sur la séance de l'Académie des sciences. — V. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale de Constantinople* : Sur la question des affections typhiques. — *Société médico-pratique* : Rapport sur l'opération césarienne. — VI. RÉCLAMATION : Lettre de M. le docteur Lisle.

PARIS, LE 13 JUIN 1856.

MESURES HYGIÉNIQUES POUR PRÉVENIR LES ÉPIDÉMIES SUITE DES INONDATIONS.

Les médecins qui habitent les localités où le fléau des inondations vient de porter ses ravages, se préoccupent, et à bon droit, des conséquences ultérieures que ces inondations peuvent avoir pour la santé publique. La température élevée qui leur succède sans transition, tout en favorisant heureusement le retrait des eaux, fait naître aussi d'autres dangers. Il ne faut pas s'en effrayer, mais il faut les prévoir, il faut surtout les prévenir, c'est-à-dire il faut agir.

Déjà la sollicitude de l'administration supérieure est à l'œuvre. Une instruction, demandée au Comité consultatif d'hygiène publique, et préparée par lui, est, en ce moment même, adressée aux préfets des départemens inondés. Dans plusieurs de ces départemens, l'administration locale a pris d'urgence les mesures les plus sages, avec le concours des Conseils d'hygiène et des Conseils d'agriculture. De cette rapidité et de cette simultanéité d'action, on peut espérer les plus favorables résultats pour amoindrir, si ce n'est pour conjurer complétement le péril de la situation actuelle.

Le corps médical est appelé à rendre et rendra certainement dans ces circonstances les plus grands services. Nos confrères ruraux surtout, qui sont placés plus ou moins loin des centres administratifs et là où les prescriptions de l'autorité peuvent arriver tardivement, prendront une utile et bienfaisante initiative en conseillant à leurs autorités locales, aux cultivateurs, à toute la population sur laquelle ils ont action et influence, des mesures qui, pour être efficaces, doivent être exécutées avec rapidité.

Nos confrères nous pardonneront de leur indiquer en peu de mots, et en nous inspirant des recommandations proposées par le Comité consultatif d'hygiène publique, les mesures que nous croyons les plus utiles et les plus urgentes.

Le plus grand danger de la situation vient de la décomposition des matières organiques que les eaux ont submergées ou qu'elles ont entraînées avec elles. Les prairies couvertes d'eaux, les champs ensemencés de céréales qui ont été inondés et dans lesquels reste encore une certaine quantité d'eau, sous l'influence de l'humidité et de la chaleur vont se convertir en véritables marais, d'où s'échapperont bientôt des effluves palustres.

La première mesure à conseiller est donc l'assainissement immédiat du sol. Pour cela, plusieurs moyens sont à employer. Le plus urgent de tous, est celui qui arrivera le plus rapidement possible au desséchement du sol par l'écoulement, l'étanchement, l'absorption des eaux. Se débarrasser à tout prix des eaux stagnantes et par les moyens appropriés aux cas particuliers déterminés par le plus ou moins de déclivité, par les affouillemens et attérissemens, par la nature du sol et du sous-sol, telle est donc la mesure la plus urgente.

Le sol est étanché ; si sur ce sol existent des cadavres d'animaux, des poissons morts, il faut conseiller leur enfouissement immédiat en les recouvrant de chaux vive.

Que faire des récoltes, foins, céréales, qui ont été inondées et qui sont plus ou moins altérées ?

Nos confrères ne devront pas hésiter à avertir les propriétaires et les cultivateurs que toutes ces matières végétales altérées peuvent devenir la source de maladies graves, s'ils ne prennent pas immédiatement certaines précautions. Les foins les plus complétement gâtés et souillés par les matières limoneuses, devront être enlevés, incinérés, ou jetés à la rivière si cela est possible. Ceux qui ont subi un degré moindre d'altération peuvent servir comme engrais. D'autres qui se trouvent dans des conditions meilleures encore, peuvent servir comme litière. Il faudra recommander, dans tous les cas, une grande prudence pour ne pas faire consommer par les animaux une herbe malsaine qui déterminerait bientôt une épizootie, nouveau malheur qui viendrait s'ajouter à tous ceux qui nous affligent.

Le sol, ainsi débarrassé des eaux et des matières animales et végétales en voie de décomposition putride, peut être encore, heureusement, sur plusieurs points qui n'ont pas été ensablés, ravinés, détruits par les torrens, utilisé pour de nouvelles récoltes. Rien n'est plus propre à l'assainissement du sol et de l'air qu'une végétation nouvelle. Les cultivateurs savent mieux que nous quelles semences ou quelles plantations ils peuvent faire à cette époque de l'année, et le médecin n'a à intervenir ici que pour recommander une grande rapidité dans l'exécution de toutes ces mesures.

Mais le médecin interviendra utilement dans les conseils à donner aux cultivateurs et aux ouvriers qui vont s'employer à remuer ces terres humides et plus ou moins imprégnées d'effluves délétères. Ces conseils pratiques, et dont l'expérience des travaux agricoles de l'Algérie ont démontré l'utilité, peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

Ne commencer le travail qu'après le lever du soleil, le terminer avec son coucher ;

Avant le travail, manger un morceau de pain et boire un verre de vin ;

N'employer à ce travail que des ouvriers robustes ;

Garantir, par des chaussures imperméables, les extrémités inférieures du contact des terres humides ;

Dans l'alimentation, faire usage de viande, de boissons fermentées, de café noir ;

Interrompre le travail plusieurs fois dans la journée ;

Ne pas se reposer sous le vent.

Nous savons bien, hélas ! que ces conseils ne pourront pas être universellement suivis, mais le médecin doit dire ce qu'il sait. Comme la nature, il disperse et jette un peu au hasard les graines et les germes dont une partie du moins trouve un sol propice et les conditions de végétation. Et d'ailleurs, dans les circonstances actuelles, l'administration, aidée par l'admirable élan de la charité publique, pourra certainement réaliser une certaine part des conseils donnés par l'expérience médicale.

Un autre point sur lequel l'intervention de nos confrères sera non moins utile est relatif à l'assainissement des maisons et habitations inondées.

Le premier conseil que ne manqueront pas de donner les médecins, sera de différer le retour dans ces maisons jusqu'à leur parfait assainissement.

Quant à cet assainissement lui-même, tous les médecins savent qu'il consiste dans le desséchement du sol et des murs, et que les moyens de le produire sont la ventilation, l'aération, l'insolation, les courans d'air par des cheminées d'appel ; qu'il faut gratter et blanchir les murs à la chaux, répandre sur le sol de la poudre de charbon, du sable ou toutes autres poudres absorbantes, mais non susceptibles de décomposition. Un moyen à peu près infaillible de desséchement et d'égouttement des habitations, est de pratiquer autour d'elles une rigole de 3 à 5 décimètres, sorte de drainage primitif, qui donne les meilleurs et les plus rapides résultats.

Tels sont succinctement rappelés et comme cela convient quand on a l'honneur de s'adresser à des médecins, c'est-à-dire à des hygiénistes, les principes qui doivent guider nos confrères dans la part qu'ils sont appelés à prendre pour amoindrir ou pour éloigner les malheurs publics. Nos confrères qui exercent loin d'une pharmacie, et les pharmaciens eux-mêmes, feront bien de s'approvisionner de sulfate de quinine et de quinquina, en prévision des fièvres marémateuses qui peuvent survenir. Ce serait bien le cas, pour nos habiles et charitables fabricans, d'aviser aux moyens de rendre au moins exceptionnellement ce précieux alcaloïde plus accessible aux classes pauvres, qui seront aussi les classes les plus éprouvées par les influences actuelles.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

FIÈVRE INTERMITTENTE CHEZ LES ENFANS ; — ÉCLAMPSIE ;

Observation recueillie par M. BLACHEZ, interne des hôpitaux de Paris.

Parmi les affections particulières à la première enfance, il en est peu qui soient aussi fréquentes que l'éclampsie, et cependant son étude présente encore bien des obscurités. La division admise par MM. Rilliet et Barthez, en convulsions idiopathiques ou sympathiques et convulsions symptomatiques, est aujourd'hui généralement adoptée. L'étude des faits tend chaque jour à limiter le cadre des convulsions dites essentielles ou idiopathiques en indiquant des causes qui avaient jusqu'ici échappé à l'attention des observateurs.

Tous les auteurs ont noté les modifications qu'apporte l'enfance aux différentes formes des maladies ; mais nous ne sachons pas qu'on ait jamais rapporté à la cachexie paludéenne les convulsions survenues chez les enfans. Quelques remarques sont nécessaires sur ce point.

A l'exception de M. Bouchut, tous les auteurs spéciaux se taisent sur la fièvre intermittente observée chez les enfans. M. Bouchut, dont l'attention s'est fixée pour la première fois sur ce point, en a recueilli 15 cas, dont 12 dans la pratique civile. Il décrit chez l'enfant les différens stades de la fièvre, qui ne diffère pas notablement de celle qu'on observe chez les adultes, note le gonflement de la rate, mais ne fait nulle mention des convulsions, soit comme complication, soit comme symptôme, soit comme forme particulière de la maladie.

M. Ebrard (UNION MÉDICALE, 1848), consacre un travail important à l'étude de la fièvre intermittente chez les jeunes enfans. Il note, en passant, quelques convulsions qu'il regarde comme accessoires des différens stades de la fièvre, mais auxquelles il ne donne qu'une importance tout à fait secondaire.

Les observations de M. Bouchut avaient fixé l'attention des médecins. M. Pitre-Aubanais a relaté des cas où des enfans de fiévreux venaient au monde avec des rates hypertrophiées ; et M. Jacquemier rapporte le fait curieux d'une jeune femme prise de fièvre intermittente pendant sa grossesse, et qui, pendant les accès, avant ou après le paroxysme, sentait son enfant s'agiter violemment. L'enfant vint au monde avec une rate volumineuse et présenta, pendant sept semaines, des accès qui coïncidaient avec ceux de la mère.

Tous ces faits démontrent parfaitement l'existence de la fièvre intermittente chez l'enfant ; mais celle-ci s'y est toujours montrée avec des caractères nettement tranchés. L'irrégularité de la maladie a été notée plusieurs fois ; mais cette irrégularité semblait porter plutôt sur le type de la fièvre que sur ses caractères. L'accès était toujours facile à reconnaître ; nulle part ne se trouve notée l'excessive prédominance du symptôme masquant complétement la physionomie habituelle de la maladie.

L'observation que nous citons, et qui a été recueillie dans la clientèle de M. le docteur Delpech, nous semble présenter à ce point de vue un certain degré d'intérêt. Peut-être même pourrait-elle jeter quelque jour sur des faits vivement attaqués par les auteurs les plus compétens et qui concernent la méningite tuberculeuse. On sait, en effet, que dans cette affection, le pronostic pour MM. Trousseau, Guersant, Blache, Rilliet et Barthez est inévitablement fatal, et l'on est étonné de voir des observateurs distingués prétendre avoir, dans certains cas, obtenu des succès plus ou moins décisifs. Il est vrai que la plupart de ces cas concernent des méningites à marche irrégulière, mal déterminée, et dont le diagnostic était hérissé de difficultés. MM. Rilliet et Barthez rapportent que M. H. Cloquet a obtenu des succès de l'emploi du quinquina dans des cas de méningite à forme dite rémittente, et que dans cette forme la médication quinique faisait la base de sa thérapeutique. Or, qu'est-ce que cette forme particulière dite rémittente dans une maladie qui emprunte à la rémittence même des symptômes un de ses caractères les plus constans ? Le rapprochement de ces faits avec celui dont nous présentons l'observation, ne nous paraît pas sans intérêt.

OBSERVATION. — A... (Arthur), âgé de 6 mois, est un enfant robuste, de la plus belle apparence, et qui n'a jamais eu de maladie grave.

Personne dans sa famille n'a été atteint de névroses de forme convulsive. Son père jouit d'une bonne santé. Il a un frère de 3 ans qui n'a jamais été malade et n'a jamais eu notamment de convulsions. La mère de cet enfant habitait pendant sa grossesse les environs de Beaugency. Deux mois avant son accouchement, elle contracta les fièvres qui sont endémiques dans ce pays. Le premier accès fut très grave et traité par le sulfate de quinine à haute dose (2 grammes). Les deux accès qui suivirent n'eurent pas la même gravité. Elle continua l'usage du sulfate de quinine pendant trois semaines. L'accouchement se fit très heureusement. L'enfant présentait les apparences de la meilleure santé, et fut nourri au sein par la mère.

Mme A..., habitant toujours le même pays, fut reprise, un mois après

l'accouchement, de nouveaux accès beaucoup moins graves que le premier, et qui cédèrent au sulfate de quinine.

Cinq mois après, ces accès reparurent. Mme A... vint alors à Paris. Sa santé, qui était excellente avant l'invasion des fièvres, était sérieusement atteinte. Elle avait perdu l'appétit et présentait le *facies* caractéristique. La fièvre venait tous les jours à cinq heures du soir et durait deux heures. La rate était médiocrement développée. Elle fut soumise à un traitement régulier par le sulfate de quinine, dont elle continua l'usage depuis ce moment, en cessant et reprenant le traitement à des intervalles de plus en plus éloignés, d'après la méthode de M. Bretonneau.

Aujourd'hui, la santé est revenue ; l'appétit est bon ; mais elle ressent de temps en temps de légers frissons à l'heure de la fièvre.

Elle continue le sulfate de quinine.

Elle a toujours nourri son enfant, qui venait parfaitement. Elle remarqua seulement que, depuis un mois, celui-ci présentait une grande sensibilité nerveuse, qu'il tressaillait du moindre bruit et devenait très irascible. Il prenait, du reste, parfaitement le sein. Elle ne s'en occupa pas davantage.

Le 28 avril, l'enfant avait paru, dans la journée, plus irritable que de coutume, lorsque, vers trois heures, il fut pris de convulsions. L'œil devint fixe, l'enfant se raidit, les avant-bras étaient fléchis et ramenés contre la poitrine, les mains violemment fermées. Les membres inférieurs ne semblaient pas prendre part à ces convulsions. La face se congestionnait légèrement, l'enfant était tout à fait insensible. Cet état durait de deux à trois minutes ; puis le visage reprenait sa coloration habituelle ; les bras se détendaient et le petit malade redevenait tranquille. Il eut six attaques de ce genre dans la journée. Dans l'intervalle, il ne semblait nullement souffrir et souriait même quand on le prenait dans les bras, ou bien il dormait d'un sommeil calme que venait interrompre une nouvelle convulsion. Le pouls, légèrement accéléré à chaque convulsion, reprenait son rhythme normal dans les intervalles. (Sinapismes prolongés sur les jambes. Purgatif, manne 8 gr.)

29 avril. Dix convulsions dans la nuit et dans la matinée. Leur violence ne paraît pas augmenter ; leur caractère est le même ; mais l'enfant est pâle ; dans l'intervalle des convulsions, il dort d'un sommeil agité par des soubresauts des membres supérieurs. Il prend peu volontiers le sein et ne le garde que quelques minutes. Le pouls est à 120 et moins fort que la veille. Des questions adressées à la mère font soupçonner une influence miasmatique. Rien, d'ailleurs, dans l'état de l'enfant ne ressemblait à un accès de fièvre intermittente. Il n'y avait donc pas de frissons ni de sueurs. La peau était parfaitement sèche. La rate ne dépassait pas les fausses côtes, et ne paraissait pas augmentée de volume. (Quinine brute 0 gr., 10. Continuer les sinapismes.)

Le soir, les convulsions sont plus violentes. (Deux vésicatoires aux cuisses.)

30 avril. Les convulsions ont persisté, et leur violence s'est accrue. Elles sont en même temps plus fréquentes et se reproduisent à peu près toutes les demi-heures. L'enfant est très affaibli, toujours somnolent. Il refuse le sein et, de temps en temps, pousse des cris plaintifs. L'œil est éteint ; la sclérotique et la partie inférieure de la cornée sont recouvertes d'un mucus jaunâtre.

L'enfant a vomi quelques cuillerées de lait. Le pouls est à 130, déprimé. Le ventre est indolent et souple. Les selles jaunes et bien liées. (Continuer la quinine. Deux sangsues aux malléoles. Potion avec teinture de belladone, une goutte.)

1er mai. Amélioration notable. Les sangsues ont beaucoup saigné. L'enfant est très pâle. Il n'y a eu que six convulsions. Elles ont perdu beaucoup de leur violence et ne consistent plus qu'en un peu de raideur, avec une légère congestion de la face. L'enfant a pris le sein plusieurs fois. Il n'est plus immobile sur son lit dans l'intervalle des convulsions, et paraît s'occuper de ce qui l'entoure. — (Continuer la quinine.)

2 mai. Le mieux a persisté. Les convulsions ont presque entièrement cessé et sont remplacées par des soubresauts des membres supérieurs, qui se sont cependant répétés dix à douze fois dans la journée. Le soir, à six heures, l'enfant a pris sa dose de quinine.

Vers 8 heures, il s'agite sur son lit, puis, tout à coup, est pris d'une convulsion générale très violente qui dure à peine une minute, et à laquelle succède un hoquet qui persiste jusqu'à 2 heures du matin. Ce hoquet s'accompagne d'un petit cri plaintif, et se répète vingt à trente fois par minute. Il coïncide avec une contraction brusque du diaphragme, qui ramène les côtes en dedans.

Vers dix heures, l'enfant paraît mourant. La face est pâle et plombée ; l'œil, enfoncé dans l'orbite, est fermé, et quand on entr'ouvre la paupière on trouve le globe oculaire revêtu d'un voile de mucus jaunâtre. La cornée est terne et desséchée. Le pouls est à 150, déprimé, à peine sensible. La respiration s'entend dans toute l'étendue de la poitrine, mais elle est très affaiblie.

Les extrémités sont froides. Le ventre est mou, souple, non distendu. L'enfant a été à la selle tous les jours depuis le début de la maladie. (Sinapismes à l'épigastre, lavement avec sulfate de quinine, 0,20 pour 45 grammes d'eau vinaigrée ; une cuillerée de potion belladonée toutes les demi-heures.)

Cet état a persisté jusqu'à deux heures du matin. A chaque instant l'enfant paraissait près de succomber. Il était froid, immobile, couché sur le dos. Quelquefois la respiration s'arrêtait et on le croyait mort, lorsque tout à coup le hoquet revenait. Le pouls était presque insensible. On continua de promener des sinapismes sur la poitrine et les membres inférieurs. Vers deux heures, le hoquet devint moins fréquent et cessa peu à peu. L'enfant resta plongé dans un sommeil profond. Le matin, vers huit heures, il était pâle, immobile ; mais la peau était réchauffée ; la respiration calme et régulière. Le pouls, plus sensible, donnait 130 pulsations. Le hoquet n'avait pas reparu. Aucune convulsion ni soubresaut ne s'étaient manifestés. La langue était blanche, un peu sèche, le ventre mou. (Continuer la potion ; le soir, lavement *ut suprà*.)

3, 4 mai. Le mieux a persisté. Il n'y a pas eu une seule convulsion ; seulement quelques légers soubresauts. Le pouls est à 110. L'enfant a pris le sein plusieurs fois. Il reste éveillé la moitié de la journée et ne paraît nullement souffrir. (Continuer le lavement le soir.)

5 mai. Une convulsion légère la veille au soir. L'enfant semble renaître. Il prend le sein avec appétit ; mais il s'agite beaucoup, et crie dès qu'on le met sur son lit. Il s'apaise quand on le prend dans les bras et s'endort alors tranquillement.

A partir de ce jour, les convulsions n'ont pas reparu. L'appétit est revenu ; la face se colore légèrement. Le pouls est à 110. Le sulfate de quinine a été continué en lavemens tous les jours jusqu'au 8 mai. Craignant de fatiguer le rectum, on avait voulu revenir à la quinine brute ; mais l'enfant l'avait vomie et avait été très agité dans la soirée. On reprit les lavemens qu'il gardait parfaitement et qui ne l'incommodaient nullement.

A partir du 8 mai, l'administration du sulfate de quinine fut réglée de la manière suivante : d'abord on laissa le malade reposer un jour : lavement le jour suivant, puis deux jours d'intervalle ; lavement ; puis trois jours d'intervalle et ainsi de suite jusqu'à huit jours d'intervalle. On cesse alors le médicament.

L'enfant revient parfaitement à la santé. Il prend le sein avec appétit. Aucun nouveau phénomène nerveux ne s'est manifesté.

La première question que l'on devait se faire, en présence de ces symptômes, était celle-ci : Les convulsions étaient-elles idiopathiques ou symptomatiques d'une altération de l'encéphale? L'absence de tout antécédent dans la famille de l'enfant, son âge, son état de santé antérieure éloignaient l'idée d'une méningite tuberculeuse au début. Notons, en outre, qu'il n'y avait pas de vomissemens, pas de cris indiquant une douleur vive, que le pouls était normal dans l'intervalle des convulsions. Sur 178 cas de méningite tuberculeuse recueillis par M. Guersant, la maladie ne s'est manifestée qu'une seule fois avant l'âge d'un an.

L'état du pouls, l'absence de vomissemens, la liberté du ventre, la marche par accès, le calme de l'enfant entre ces accès, démontraient également qu'on n'assistait pas au début d'une méningite.

C'était donc à une éclampsie idiopathique ou symptomatique qu'on avait affaire. L'époque de la dentition était encore un peu éloignée, et rien n'annonçait, chez l'enfant, une dentition prématurée. Il n'avait jamais rendu de vers. Aucun ascaride ne se montrait à l'anus.

Au premier abord, le peu de gravité de ces convulsions permettait de croire à une éclampsie idiopathique légère, qui devait céder facilement à l'influence des dérivatifs.

Mais la persistance des convulsions, l'état de faiblesse de l'enfant modifièrent ce pronostic trop favorable, et ce fut alors que les renseignemens donnés par la mère sur son état de santé antérieure firent soupçonner l'existence d'une affection paludéenne.

C'était probablement à une fièvre intermittente larvée, de forme convulsive, qu'on avait affaire. Notons, cependant, que l'enfant n'a jamais rien présenté qui pût être comparé à l'un des stades d'une fièvre intermittente. L'examen le plus attentif, la surveillance très intelligente de la mère ne nous ont permis de constater ni sueurs ni frissons. La rate n'était pas sensiblement hypertrophiée. La quinine brute fut d'abord prescrite et calma les accidens ; mais bientôt une rechute eut lieu, et ce fut au moment où tout faisait présager une fin prochaine que le sulfate de quinine en lavement, à la dose élevée de 0,20 centig. provoqua, contre tout espoir, une rapide guérison.

Nous n'insisterons pas plus longtemps sur cette observation, dont l'intérêt ne nous semble pas douteux, nous contentant, en terminant, d'appeler l'attention :

1° Sur cette forme non encore décrite chez les enfans, de la cachexie paludéenne ; 2° sur l'excessive gravité des symptômes ; 3° sur le résultat si concluant obtenu par le sulfate de quinine, et qui nous paraît lever tous les doutes sur la nature même de la maladie.

Quant à la question de savoir si l'influence miasmatique avait agi directement sur l'enfant ou s'était transmise par la mère, nous ne croyons pas que ce fait puisse l'élucider. L'enfant, en effet, se trouvait dans des circonstances telles, que l'un ou l'autre mode d'intoxication eût pu avoir lieu chez lui.

Les expériences si intéressantes qui se poursuivent actuellement sur la présence des médicamens ou de leurs principes actifs dans le lait des nourrices ou dans celui des animaux soumis à leur influence, nous a porté à examiner le lait de Mme A..., soumise depuis un mois à l'usage du sulfate de quinine.

Mme A..., après avoir pris pendant trois jours 8,75 de sulfate de quinine chaque soir, nous a donné environ 60 grammes de lait recueilli huit heures après la dernière prise. M. le docteur Gobley a bien voulu se charger d'examiner ce lait, et y a trouvé des traces très appréciables de sulfate de quinine à l'aide du réactif de M. Bouchardat (iodure de potassium ioduré). Il a constaté, en outre, que le lait avait perdu une partie de sa saveur sucrée.

THÉRAPEUTIQUE.

DES EFFETS DE LA TEINTURE D'IODE APPLIQUÉE LOCALEMENT SUR LES MUQUEUSES ET SUR LES SÉREUSES, AU POINT DE VUE DE LA DOULEUR.

Monsieur et très honoré confrère,

L'article que vient de publier M. le docteur Zurkouzki, dans le dernier numéro de l'UNION MÉDICALE (10 juin 1856), *sur l'emploi des gargarismes iodés et de la teinture d'iode dans le traitement de la diphthérite*, et les réflexions faites par notre excellent confrère M. Homolle à la suite de cette communication, me suggèrent quelques remarques que je vous prie d'accueillir, si vous les jugez dignes d'intéresser vos lecteurs. J'avais bien lu dans le numéro du 1er mai 1856, de l'UNION MÉDICALE, l'observation si intéressante de M. le docteur Perron, *sur l'usage des gargarismes iodés*, et j'avais vu que notre confrère considérait comme nouvelle et comme lui appartenant l'application topique de la teinture d'iode sur les muqueuses buccale et pharyngienne. J'avais également lu avec étonnement, cette proposition que les faits contredisent: *que les muqueuses sont plus douloureusement et plus vivement impressionnées que les séreuses par le contact de la teinture d'iode.*

Pensant que notre confrère, en raison de son éloignement de la France, pouvait bien ignorer les travaux qui ont été publiés sur les applications topiques de l'iode depuis plusieurs années, et aussi à cause de la répugnance que j'ai à toujours revenir sur des sujets dont j'ai déjà parlé tant de fois, j'avais laissé passer sans mot dire et la prétention et l'opinion de notre confrère d'Égypte, espérant que tôt ou tard quelques observateurs viendraient combattre l'opinion de M. Perron, à l'endroit du contact de la teinture d'iode sur les muqueuses, et réclamer, pour qui de droit, les badigeonnages de teinture d'iode ou les applications topiques de la teinture d'iode sur les muqueuses, et en particulier sur celles de la bouche, du pharynx, etc. Mais, chose singulière, il y a à peine quelques années que la puissance antiseptique de l'iode est signalée, démontrée, que déjà on a oublié les travaux de ceux qui l'ont fait connaître, pour la signaler comme un fait inconnu. Chacun écrit sur ce sujet, vante les avantages de ces applications topiques, mais tous se gardent bien de dire d'où lui vient l'idée qu'il a mise en pratique et quelle est sa véritable origine. Ainsi, le docteur Zurkouski déclare bien qu'il est loin de vouloir faire la plus légère allusion à une priorité quelconque, mais il s'empresse de signaler les effets curatifs et physiologiques de la teinture d'iode portée sur la muqueuse pharyngienne, etc., comme si ces faits n'avaient jamais été indiqués... D'un autre côté, parmi les réflexions que notre savant confrère, M. Homolle, fait à l'occasion de l'article (10 juin 1856) de M. le docteur Zurkouzky, il attribue, d'après M. Marchal (de Calvi), à M. le docteur Am. Forget, par mégarde sans aucun doute, l'emploi de la teinture d'iode contre la septicité de la diphthérite, et à M. Saurel, de Montpellier, l'idée de combattre la pourriture d'hôpital par les applications topiques de la teinture d'iode... J'en demande bien pardon à mes savans confrères, toutes ces idées ne sont pas neuves, elles sont même déjà vieilles, et s'ils avaient pris la peine de lire les articles que j'ai publiés dans divers journaux depuis 1840, sur les applications locales de la teinture d'iode, et en particulier ceux que j'ai publiés dans l'UNION MÉDICALE, années 1853 et 1854, ou bien s'ils avaient voulu consulter l'ouvrage que j'ai publié sur l'emploi des préparations iodées (1), ils auraient trouvé deux chapitres qui traitent de ces faits d'une manière toute particulière, l'un, *le troisième*, intitulé : *De l'action locale de l'iode sur nos tissus*, et en particulier sur les muqueuses enflammées, quelle que soit la nature de l'inflammation, spécifique ou non, etc. (pages 63 et suivantes), et le *onzième*, intitulé : *Des applications locales de la teinture d'iode sur les plaies, les ulcères dans les inflammations virulentes, contagieuses*, etc., pages 608 et suiv., 729, 745, etc. ; ils auraient trouvé que l'emploi de la teinture d'iode était connu dans diverses affections de la bouche et du pharynx, dans les affections gangréneuses, aphtheuses, ulcéreuses, granuleuses, syphilitiques, etc.

Quoi qu'il en soit, et puisque l'occasion s'en présente, permettez-moi, cher confrère, d'indiquer brièvement, et d'une manière générale, ce que l'observation m'a appris, et ce que j'ai eu soin d'indiquer depuis longtemps, relativement aux applications locales de teinture d'iode sur les muqueuses et sur les séreuses, au point de vue de la douleur. Mes observations sont tout à fait en contradiction avec celles de notre honoré confrère, M. le docteur Perron.

Le contact de la teinture d'iode sur les muqueuses n'est nullement douloureux ; ainsi on peut badigeonner presque à l'insu des malades les muqueuses pharyngienne, buccale, les amygdales, le col de l'utérus, le vagin, etc., sans provoquer aucune douleur, mais à la condition de ne pas laisser la teinture iodique toucher les orifices des cavités muqueuses, c'est-à-dire le point où se termine la muqueuse et où commence la peau, car la douleur est très vive et se prolonge assez longtemps, soit que l'on touche les lèvres, l'orifice anal ou les parties externes de la génération chez la femme. Dans ces cas, les malades ressentent une douleur aussi intense que lorsqu'on applique de la teinture d'iode sur la peau dépourvue de son épiderme ou sur une plaie récente. Il en est de même lorsqu'on touche la conjonctive oculaire ou palpébrale pour combattre certaines ophthalmies, les kératites, les granulations, etc. Il est donc important, lorsqu'on touche ces parties avec de la teinture d'iode, et si l'on veut éviter de la douleur à son malade, de ne toucher que la muqueuse, rien que la muqueuse, et d'empêcher la teinture d'iode de se répandre au delà des

(1) *Iodothérapie, ou de l'emploi médico-chirurgical de l'iode et de ses composés*, etc.

points que l'on veut soumettre au contact de l'iode. Il est bien entendu aussi que si l'on fait successivement plusieurs badigeonnages, il se passe pour les muqueuses ce qui a lieu pour la peau, c'est-à-dire que la desquamation ayant lieu, la douleur devient alors très vive après les badigeonnages suivans.

Pour ce qui est des séreuses, la teinture d'iode y détermine toujours des douleurs très vives, très cuisantes, et cela d'une manière subite, instantanée. Cependant cette douleur est de beaucoup moins vive sur les séreuses articulaires que sur le péritoine... La douleur si vive, qui nait du contact de la teinture iodique sur le péritoine, est même un signe certain, qui indique qu'on a commis une erreur de diagnostic et qu'on a pris une ascite pour une hydropisie de l'ovaire, attendu que, dans cette dernière affection, l'injection iodée n'est jamais douloureuse et qu'on peut être sûr, lorsque la douleur se manifeste subitement, qu'on a injecté de la teinture d'iode dans la cavité péritonéale et non dans la cavité d'un kyste; cette douleur est encore la preuve, lorsqu'elle survient avec moins d'intensité, lorsqu'on injecte un kyste de l'ovaire, qu'une certaine quantité a pénétré dans le péritoine, soit en faisant l'injection dans le kyste, soit en retirant les instrumens qui ont servi à faire cette injection. Cet accident, qui est arrivé déjà plusieurs fois, est toujours facile à éviter lorsqu'on se sert d'un appareil instrumental convenable et qu'on prend toutes les précautions indispensables pour bien pratiquer ces opérations.

Dr Boinet.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Séance du 2 Juin 1856.)

L'immense intérêt qui se rattache aux travaux de M. Serres sur l'embryogénie, et à la lettre de M. Baudens, relativement au typhus de l'armée d'Orient, nous a fait un devoir de donner de ces communications une exposition aussi complète que possible.

Embryogénie comparée. — *Note sur les développemens primitifs. Formation de l'œuf. Vésicule ovigène et germinative. Condition primordiale de la duplicité monstrueuse*; par M. Serres.

Le savant professeur rappelle que, dans des mémoires précédens, il a démontré que ni l'embryon, ni les organes n'étaient préformés dans l'œuf; qu'au contraire, les animaux se formaient de toutes pièces des élémens constitutifs de l'œuf, et que cette formation était assujettie à des règles dont la nature ne s'écartait jamais, même dans les écarts qu'on lui supposait dans le développement de la monstruosité.

Après avoir établi que tout ce qui a vie provient d'un œuf, reste à démontrer d'où vient l'œuf lui-même, quelle est son origine et quel est son mode propre de formation. C'est le follicule de Graaf qui est l'organe formateur de l'œuf, et en raison du rôle important qu'il remplit dans la génération des animaux, M. Serres lui a donné depuis longtemps le nom de *vésicule ovigène*.

Si l'on place sous le microscope des tranches minces coupées à la surface de l'ovaire des mammifères, on remarque, à un grossissement de 200 à 300 diamètres, une myriade de petits corps granuleux qui sont de plus en plus volumineux à mesure que l'on se rapproche de la surface extérieure de l'organe; sur cette surface extérieure, et au-dessous du péritoine, on voit, même à l'œil nu, dix ou douze de ces petits corps qui ont un aspect vésiculeux.

Ces petits corps sont la vésicule de Graaf à des divers degrés de développement ou de maturité. Le premier degré est constitué par l'état granuleux, le second représentera un follicule, et le troisième est l'état parfait de la vésicule.

Dans l'état granuleux, on ne distingue pas d'enveloppe membraneuse; cette enveloppe est, au contraire, très distincte chez le follicule, et d'une transparence qui rappelle celle des membranes séreuses. L'intérieur du follicule renferme un liquide de nature albumineuse et des globules particuliers ronds ou aplatis, dits globules prolifères huileux. Ces follicules se multiplient d'abord, puis un d'entre eux se dilate, s'éclaircit, assemble autour de lui d'autres globules et dessine nettement, au milieu de ces derniers, une petite vésicule incluse dans la grande; cette petite vésicule, de nouvelle formation, est la *vésicule germinative*.

La vésicule germinative n'apparaît donc dans la vésicule ovigène de Graaf, que lorsque les globules prolifères huileux se sont montrés: ceux-ci ne se montrent qu'après le liquide transparent qui remplit la vésicule ovigène, et cette dernière enfin n'est que la transformation du granule par lequel a débuté ce petit appareil.

Chez tous les vertébrés, mammifères, oiseaux, reptiles, poissons, le développement de la vésicule ovigène suit le même ordre: on observe les granules en premier lieu; en second lieu, les follicules avec leur liquide transparent; en troisième lieu, les globules prolifères à aspect huileux; et en quatrième lieu enfin, la vésicule germinative.

La vésicule germinative est donc le produit de la vésicule ovigène: elle prend naissance dans le fluide que renferme cette dernière vésicule, et, sitôt après sa naissance, elle devient le centre de formation autour duquel se développe le cumulus prolifère, le vitellus et la membrane propre, en un mot l'appareil d'où provient l'embryon après la fécondation.

Dans l'état ordinaire, il ne se développe, dans chaque vésicule ovigène, qu'une seule vésicule germinative; par conséquent, qu'un seul cumulus, qu'un seul jaune et qu'un embryon unique. Quelquefois, cependant, il s'en forme deux, trois et même quatre, très étroitement logés dans la même vésicule ovigène. Or, comme chaque vésicule germinative appelle autour d'elle son cumulus d'une part, et son vitellus de l'autre, il se forme ainsi des ovules doubles, triples ou quadruples, contenus toujours dans une vésicule ovigène unique.

On conçoit la confusion qui s'établirait parmi tous ces élémens organiques, si chacun ne se formait à part, ne s'attachait à la vésicule germinative dont il est le satellite, pour constituer d'abord son individualité propre. Mais on conçoit aussi qu'en raison de l'étroitesse de la loge où ils sont renfermés, ces ovules sont facilement amenés au contact les uns des autres, et, par ce contact, amenés à se pénétrer et à s'unir. *C'est là la condition physique et primordiale de la duplicité, de la triplicité et de la quadruplicité monstrueuses.*

Médecine. — *Typhus de Crimée.* — M. le docteur Baudens adresse au président de l'Académie, dans une lettre datée de Constantinople, des documens fort remarquables, desquels il résulterait que malgré beaucoup d'analogie dans les causes, les phases et les suites de la maladie, le typhus observé à l'armée d'Orient n'est point identique avec la fièvre typhoïde.

Le typhus est engendré par la misère, par l'accumulation, par l'encombrement dans les prisons, dans les navires, dans les hôpitaux; on pourrait le faire naître et mourir à volonté. Il n'en est pas de même de la fièvre typhoïde ni des maladies épidémiques, telles que le choléra, qui, quoi qu'on fasse, apparaissent fatalement et disparaissent sans qu'on sache pourquoi.

Le typhus se propage ensuite par infection et par contagion: la contagion encore mise en doute pour la fièvre typhoïde, n'est pas contestable pour le typhus.

La différence qu'il y a entre le typhus et les maladies épidémiques ordinaires, c'est que celles-ci n'ont qu'une durée passagère dépendante de l'action et de l'état atmosphérique, tandis que le typhus dure tant qu'on ne s'est pas rendu maître de l'infection.

Le typhus de Crimée a offert une marche moins uniforme et moins régulière que le typhus, d'ailleurs si bien décrit par Hildenbrand. Cette irrégularité tient à diverses causes, parmi lesquelles il faut noter en première ligne: le scorbut, la dysenterie, les fièvres intermittentes dues surtout aux marais de la vallée de la Tchernaïa.

Le plus souvent il ne présente point les prodromes, lassitude, insomnie, douleurs lombaires, horripilations, tension douloureuse de la tête, vertiges, si communs dans la fièvre typhoïde; il débute d'emblée par le frisson, la céphalalgie frontale, la stupeur, le délire calme ou furieux, la prostration des forces, un état catarrhal plus ou moins prononcé des yeux, des fosses nasales et des bronches, par une soif intense et même par un état saburral des voies digestives. La peau brûlante se couvre, après deux ou trois jours, d'une éruption exanthémateuse différente de celle de la fièvre typhoïde, et caractérisée par des groupes irréguliers de taches arrondies d'un rouge foncé sans relief, moins grandes qu'une lentille, ne disparaissant pas par la pression; ordinairement sans pétéchies, sans sudamina.

La continuité de la fièvre avec pouls de cent à cent trente pulsations, a été souvent interrompue par un, et plus rarement par deux paroxysmes réguliers en vingt-quatre heures, assez semblables à des accès de fièvre remittente, qui ont donné au typhus de Crimée un cachet particulier.

Le ventre est souple, sans douleur, sans météorisme, sans ce gargouillement dans la fosse iliaque droite si caractéristique de la fièvre typhoïde. La constipation a toujours remplacé le flux intestinal de la fièvre typhoïde, quand la dysenterie n'existait pas déjà avant l'invasion du typhus.

Après la période inflammatoire qui est de cinq à six jours, survient la période nerveuse, marquée par des phénomènes ataxiques ou adynamiques: elle ne dure que de quatre à cinq jours, et est peu prononcée quand la convalescence doit être franche.

La courte durée du typhus présente des caractères bien tranchés avec la longueur de la fièvre typhoïde. Souvent la mort est survenue le troisième jour, même le deuxième, et quelquefois le premier. Il était alors foudroyant, dans la force du mot. Rarement il a persisté au delà de douze à quinze jours, à moins de complications, telles que des congestions organiques de l'une des trois cavités splanchniques.

Le retour à la santé a presque toujours eu lieu dans les dix premiers jours. Le malade passait du trépas à la vie: le délire, la stupeur, tombaient tout d'un coup comme par magie, mais il restait encore des cauchemars très pénibles, de la surdité, un affaiblissement de la vue, et une perte plus ou moins complète de la mémoire. Toutefois, on ne remarque pas, comme dans la fièvre typhoïde, la chute des cheveux. Ces heureux changemens sont souvent précédés d'épistaxis, de sueurs, d'urines critiques et quelquefois de parotides.

La convalescence, si lente dans la fièvre typhoïde, marche rapidement dans le typhus, et les écarts de régime sont peu redoutables, ce qui s'explique par l'absence de plaques de lésion des follicules intestinaux et d'engorgement des glandes mésentériques dont la constance est l'un des principaux caractères de la fièvre typhoïde. On trouve la rate et le foie souvent gorgés de sang et ramollis: les poumons, quand il y a eu vers eux une congestion locale, sont engoués ou hépatisés; les lésions les plus constantes sont du côté du cerveau: forte injection sanguine des méninges, épanchement séreux, teinte opaline de l'arachnoïde et quelquefois avec plaques pseudo-membraneuses; substance cérébrale piquetée, ou ramollie, ou suppurée à la surface.

Traitement: Avant tout, de l'air pur sans cesse renouvelé. Respecter la période inflammatoire comme un effort suprême de la nature pour chasser au dehors le poison miasmatique par une poussée exanthématique à la peau; ne saigner que si le sujet est très fort, s'il y a menace d'apoplexie cérébrale; préférer le plus souvent à une saignée générale, dont il faut être très sobre, quelques sangsues aux apophyses mastoïdes ou quelques ventouses entre les épaules; recourir aux mêmes moyens quand la petitesse du pouls trahit l'oppression des forces vitales qui se relèvent après une déplétion sanguine modérée; couper les paroxysmes rémittens qui se présentent par quelques doses de sulfate de quinine pour rétablir la continuité de la fièvre qui tombe alors d'elle-même après quelques jours, quand elle n'est pas entretenue par une lésion organique accidentelle. Au début, un émético-cathartique est avantageux, quand surtout il existe de l'embarras gastro-intestinal; boissons mucilagineuses ou acidulées, et même eau vineuse. Dans la période nerveuse, recourir aux remèdes usités contre l'ataxie et l'adynamie. Dans ce dernier cas, les toniques, tels que le vin de Malaga et de Porto, ont eu un grand succès.

Tel est le traitement qui a donné les résultats les plus avantageux à l'armée d'Orient, et auquel se sont ralliés les praticiens les plus expérimentés.

Tératologie. — M. E. Gintrac communique une note sur un monstre exencéphalien du sexe masculin, né à terme à l'hôpital de la Maternité de Bordeaux, à la suite d'un accouchement laborieux.

Ce fœtus présentait une dépression considérable de la voûte du crâne, et une tumeur volumineuse, aplatie et allongée, sur le côté droit du cou, s'étendant sur le même côté du thorax, en soulevant le scapulum. L'examen anatomique a fait reconnaître que cette tumeur était due à la présence d'une partie du cerveau, dont les circonvolutions et la texture étaient parfaitement reconnaissables; l'autre portion de l'encéphale, l'hémisphère gauche du cerveau, avait conservé sa position normale. M. Gintrac donne à ce monstre d'un genre nouveau le nom de *pleurencéphale*.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE CONSTANTINOPLE.

Séance du 15 Mars 1856. — Présidence de M. Fauvel, vice-président.

La parole est accordée à M. Jacquot, inscrit le premier pour ouvrir la discussion à l'occasion de la lecture faite par M. Cazalas.

Après avoir tracé un rapide historique du typhus, cité les auteurs qui, dans des temps plus modernes, ont contribué le mieux à en bien déterminer les caractères et rappelé que bien des erreurs ont été occasionnées par l'opinion sur l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, opinion combattue par les faits plus récens et dont lui-même a fourni son contingent, M. Jacquot s'arrête sur la description de Hildenbrand pour établir qu'il n'existe pas un type de typhus, à prendre rigoureusement ce terme, que ce type ne saurait être, dans tous les cas, celui de Hildenbrand, et qu'on ne peut pas induire qu'une épidémie donnée n'est pas le typhus parce qu'elle ne ressemble pas au typhus tel qu'il est décrit par cet auteur.

Pour l'orateur, Hildenbrand, parti de l'idée préconçue que le typhus était une fièvre essentielle exanthématique, a dû lui assigner des lignes trop rigoureusement mathématiques pour que sa maladie fût possible, à prendre les choses trop à la lettre, tandis qu'au contraire en s'en tenant seulement à l'esprit, on peut retirer de son ouvrage d'utiles renseignemens. M. Jacquot appuie son opinion en faisant une récapitulation des périodes et des jours critiques, tels que les donne Hildenbrand, du traitement que cet auteur adopte et de la gravité qu'il attribue à la maladie, bien moindre de celle que l'on observe généralement et surtout dans le moment actuel. Jusque dans son typhus anormal, poursuit M. Jacquot, on trouve ces périodes si rigoureusement exactes qu'il suppose au typhus ordinaire et qui, cependant, sont ici encore moins admissibles. Il se prévaut, en outre, de cette circonstance, que Hildenbrand admet comme typhus toutes les grandes épidémies des années avant son époque, et qu'il range dans cette espèce de maladie la dysenterie, la peste d'Orient et peut-être la fièvre jaune. Dans tous les cas, ajoute M. Jacquot, si cette régularité existe en effet, ce ne peut être qu'exceptionnellement, et Hildenbrand a commis une faute en la donnant comme la règle.

Si le typhus n'affecte pas toujours des caractères rigoureusement les mêmes, y a-t-il donc multiplicité de formes dans les épidémies qui ont régné à différentes époques ou même contemporainement? L'orateur, en posant la question, répond par l'affirmative.

Négligeant les épidémies décrites comme typhus dans les trois derniers siècles, à cause des doutes qu'on peut élever sur leur nature, il s'arrête sur celles qui ont été décrites plus récemment, et qui, se manifestant à la même époque et dans des conditions pareilles, ont cependant offert de notables différences. M. Jacquot passe ici en revue les diverses épidémies de typhus décrites en Europe et en Amérique depuis les dernières années du premier Empire jusqu'à celle observée il y a un an par M. Forget à Strasbourg, et il soutient que, se ressemblant par le fond, toutes ces épidémies présentent entre elles de grandes différences sous le rapport de la forme par laquelle elles se traduisent.

M. Jacquot arrive ensuite à ce qui s'est passé ici même depuis deux

ans, et il exprime l'opinion que le typhus de 1855 a, avec celui qui existe actuellement, de notables dissemblances. Il appuie son affirmation par l'étude comparative des allures, des symptômes, du développement, du cours, etc., des deux épidémies; et en entrant dans d'assez longs détails sur ce parallèle, il en fait un nouvel argument en faveur de sa thèse. L'orateur va plus loin encore : en rappelant les noms des historiens de l'épidémie de 1855 (par ordre chronologique, M. Jacquot lui-même, M. Haspel, M. Mongrand, M. Garreau, M. Cazalas), et en signalant avec un certain détail les descriptions qu'ils en ont données, il fait voir qu'elle a présenté, elle aussi, des différences saillantes, différences, dit-il, qui seraient moindres sans doute, si un seul médecin, observant dans les divers établissemens, eût écrit, mais qui n'en ont pas moins incontestablement existé.

Ce qui le frappe le plus dans cette diversité, c'est l'anomalie présentée par le typhus dans un seul des quinze hôpitaux de Constantinople, ou plutôt dans un seul service, celui de M. Cazalas. Ici, M. Jacquot récapitule les principales observations de M. Cazalas, et y oppose les observations tout à fait différentes faites dans les autres établissemens, sous le rapport des caractères de l'épidémie, de la gravité, des causes de la contagion, du cours et de cet état palustre qu'il s'étonne de trouver à une pareille époque de l'année, et qui aurait même la faculté de se transmettre, puisque quarante infirmiers sur cent trente ou cent quarante ont contracté la maladie dans l'hôpital même de M. Cazalas. Reconnaissant toutefois que, sans être aussi extraordinairement exceptionnelles, des différences existent dans les divers hôpitaux, M. Jacquot aborde ce qui est relatif à l'anatomie pathologique et à la gravité de l'épidémie.

Pour le premier article, il cite les divers auteurs qui s'en sont occupés et les lésions qu'ils ont décrites, et il conclut en rappelant ce qu'il écrivait lui-même il y a un an, savoir : que les lésions du typhus n'ont rien de constant ni de caractéristique, et que c'est une affection *totius substantiæ*, sans localisation précise et forcée comme la fièvre typhoïde.

La gravité du typhus, ajoute-t-il, est également fort différente suivant les épidémies. Pour confirmer son opinion, il cite le chiffre de la mortalité que les auteurs en ont donné, comme aussi ce qui s'est passé dans son service, où la mortalité a été assez faible en janvier, et où, cependant, le mois suivant, on a compté deux décès sur sept malades. Il remarque, en outre, que la mortalité varie, non seulement dans les différens hôpitaux, mais dans les salles mêmes de chaque hôpital, et qu'elle diffère suivant les époques, l'état d'encombrement, etc.

Il conclut cette partie de son discours, en répétant ce qu'il a déjà eu occasion d'écrire, c'est-à-dire, que, de même que la fièvre intermittente produit du miasme palustre, se manifeste sous les formes et les types les plus divers, de même le typhus qui paraît dû à un miasme animal, est susceptible d'affecter, quoiqu'à un moindre degré, des formes remarquablement variées.

L'orateur en vient à la troisième partie de son discours, où il étudie les caractères de l'épidémie actuelle, et examine s'il s'agit effectivement du typhus.

Et d'abord, il établit que certains états pathologiques dépendant des conditions de l'armée, viennent compliquer l'épidémie, et jeter quelque obscurité sur le diagnostic. Mais, pour lui, si l'on veut en bien fixer le caractère, il la faut étudier sur les individus qu'elle trouve pour ainsi dire vierges de toutes ces influences, le personnel des hôpitaux, par exemple, et les infirmiers dont six cents ont déjà été atteints.

Cela posé, M. Jacquot s'occupe successivement :

De l'épidémicité dont l'évidence est, dit-il, criante, puisque l'armée entière et tous les hôpitaux sont aujourd'hui infectés;

De la transmissibilité qui est prouvée par les nombreuses victimes qu'a fournies le personnel des hôpitaux; par le fait que l'infection s'opère en dehors même des hôpitaux, pourvu qu'il y ait contact avec les malades, ou même avec leurs effets; par la propagation de la maladie qui, avant qu'elle ne se fût généralisée, se faisait de lit à lit d'abord et puis de salle en salle; par l'observation que, partout où l'encombrement existe ou que l'air ne circule pas, les cas sont plus nombreux;

Des périodes, deux le plus souvent, inflammatoire ou nerveuse, auxquelles il faut joindre une troisième, quoique plus rare, et qu'il caractérise par le nom de période torpide;

De la durée qui varie suivant la forme de la maladie de dix à vingt et un jours;

De la marche qui n'a rien de fatal, est de courte durée, et présente des irrégularités surprenantes en bien comme en mal;

Des crises se manifestant par des sueurs, de la diarrhée, des furoncles;

Du type qui n'offre que de simples exacerbations;

Des symptômes, sur lesquels M. Jacquot insiste en signalant tout particulièrement l'éruption exanthématique, dont il donne une description très détaillée;

Enfin, des lésions anatomiques, dont aucune n'est ni constante ni caractéristique, et qui varient suivant les épidémies, suivant les formes que revêt la maladie, suivant les localisations qu'elle affecte.

M. Jacquot traite après cet examen du diagnostic différentiel. Dans son opinion, l'épidémie régnante n'est ni une méningite, ni une encéphalite, ni une congestion cérébrale, ni une fièvre palustre, ni une fièvre typhoïde, ni enfin un mélange d'états typhiques venant compliquer d'autres maladies.

Il met en parallèle les symptômes par lesquels se traduisent ces diverses affections de l'épidémie actuelle, et il établit que ce n'est pas une affection cérébrale, les signes de ce genre de maladies étant essentiellement différens de ceux que l'on observe actuellement; ni une fièvre palustre, parce qu'elle atteint beaucoup de sujets sains, et que, chez eux, on ne peut expliquer l'atteinte par l'état cachectique, que l'épidémie règne à une époque de l'année où l'élément palustre n'a aucune activité, qu'il n'existe nulle part, ni en Crimée, ni à Constantinople, aucun vestige d'une endémo-épidémie palustre, qu'on ne trouve pas les caractères de cette espèce de maladie, et que la quinine reste sans effet; ni une fièvre typhoïde avec laquelle l'épidémie actuelle n'a aucune analogie, ni sous le rapport des causes, de la commune cahilité, de l'épidémicité, ni sous le rapport de l'individualité morbide tranchée dans l'un et l'autre cas, et qui ne permet pas que l'une de ces maladies se fonde dans l'autre, ni enfin sous aucun autre rapport. Il se fonde aussi sur ce fait qu'une atteinte de fièvre typhoïde ne préserve pas du typhus, tandis que, à de très rares exceptions près, le contraire s'observe dans la fièvre typhoïde. Quant aux états typhiques, M. Jacquot ne pense pas non plus qu'ils puissent expliquer ce qui se passe, parce que l'épidémie ne sévit que trop sur des individus parfaitement sains, et qu'elle a une trop grande constance dans sa physionomie pour qu'on puisse s'arrêter à cette hypothèse.

Qu'est-ce donc, se demande l'orateur, que cette épidémie, sinon le typhus, le grand typhus des armées, aussi vieux que les querelles des nations, qui s'attache aux bataillons de guerre comme à une proie prédestinée, qui donne le martyre aux médecins ensevelis sous le triomphe de leur dévouement, qui frappe les camarades, les amis, et qui, menaçant ceux qui leur survivent, laissera sans doute de grands enseignemens à la science, mais aussi de profondes douleurs à la famille et à la patrie.

M. Bonelli qui, devant bientôt quitter Constantinople, avait demandé un tour de faveur pour une communication sur les maladies qu'il a observées en Asie, l'obtient sur un vote de l'assemblée. Il lit en conséquence un mémoire sur le typhus d'Erzroum. Sans s'arrêter longuement sur les symptômes qui ont caractérisé l'épidémie, il lui reconnaît deux formes, et il insiste surtout sur le traitement, varié d'ailleurs, qu'il a adopté.

Le secrétaire spécial, Leval.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances des mois d'Avril et Mai 1856. — Présidence de M. le docteur Compérat.

La correspondance comprend :

1° Le *Compte rendu des travaux de la Société médicale du 1er arrondissement*, pendant l'année 1855; rapporteur, M. le docteur Plouviez;

2° Le *Recueil des procès verbaux des séances de la Société de médecine pratique*; rapporteur, M. le docteur Perrin.

3° Les deux premiers numéros (troisième série) du *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*; rapporteur, M. le docteur Plouviez;

4° Une lettre de M. le docteur Metz, chirurgien de l'hôpital d'Aix-la-Chapelle, qui sollicite le titre de membre correspondant, et qui envoie, à l'appui de sa candidature, une brochure imprimée en allemand, *sur l'opération césarienne, et l'application du froid après l'opération.*

M. le docteur Otterbourg, chargé par la Société de l'examen du mémoire de M. le docteur Metz a fait, dans la séance suivante, un rapport dont la publication, il faut l'espérer, aura pour heureux résultat d'arracher prochainement à la mort parmi nous, quelque malheureuse femme, jusqu'à présent victime presque obligée de cette affreuse opération, à Paris surtout. Voici ce rapport :

« Messieurs,

« L'opération césarienne, une des plus graves qu'on puisse pratiquer sur l'être vivant, compte si peu de succès, qu'on peut, d'un côté, facilement s'expliquer l'hésitation des hommes les plus éminens pour porter le bistouri sur la pauvre victime, et, d'autre part, la satisfaction qu'on éprouve au récit de la réussite d'une pareille tentative opératoire.

» Le mémoire que notre confrère d'Aix-la-Chapelle nous a fait l'honneur de nous adresser, contient l'histoire de huit cas d'opération césarienne, dont cinq lui sont propres et trois autres appartiennent à MM. Vossen, Kesselkraul et Messow.

» Une *seule* femme, parmi ces huit opérées, est morte le douzième jour de l'opération. Les enfans ont tous été conservés à la vie.

» L'opération fut pratiquée deux fois chez la même femme à trois années de distance, en 1841 et en 1844, avec un égal succès; la guérison fut complète après vingt jours.

» Le procédé opératoire de nos confrères ne diffère presque en rien de ce que nous faisons ordinairement : *incision* de la ligne blanche, de 13 à 16 centimètres d'étendue, ou modifiée selon la stature de la femme. Les indications ont été toujours telles que la science les a établies. *Étroitesse du bassin* : 2 pouces, 2 pouces 1/4 à 2 pouces 1/2.

» M. Metz procède, contrairement à ce que nous faisons à Paris, avant l'opération, *à la rupture des membranes*, pour éviter, selon lui, l'épanchement amniotique dans le péritoine,

» Nous croyons, pour notre part, qu'il est de la plus haute importance de *ne pas rompre les membranes*; l'œuf étant intact, la distension utérine sera d'une grande utilité pour l'opération. L'incision en deviendra plus *linéaire*, et le retrait de l'utérus, après l'écoulement récent des eaux, plus prompt.

» *Ici comme ailleurs, en toute bonne pratique obstétricale*, ajoute M. Otterbourg, j'ai toujours vu qu'il ne fallait pas trop se presser de rompre les poches, qu'il fallait les respecter *aussi longtemps que possible*; *souvent, au début de ma pratique, j'ai regretté de les avoir rompues, jamais, depuis lors, je n'ai eu à me repentir de les avoir laissées intactes.*

» Toujours préoccupé du danger que le contact de l'air atmosphérique pourrait produire, M. Metz procède avec la plus grande promptitude dans toutes les manœuvres de cette importante opération : c'est ainsi qu'il ne tarde pas d'enlever le placenta *aussitôt* que l'extraction de l'enfant est terminée.

» D'après la même considération, notre confrère, *s'il* rencontre cet organe fœtal sous l'incision utérine, *n'hésite* pas à le décoller dans toute sa circonférence et à l'extraire, tandis que d'autres chirurgiens pensent, et avec raison, pour le salut du produit, qu'il faudrait procéder ici comme dans le cas d'insertion du placenta sur le col et de version subséquente, *en opérant le décollement d'un côté seulement.*

» Le pansement après l'opération est exécuté, par M. Metz et ses collègues, de la manière la plus simple, par la suture répétée à 4 ou 5 lignes de distance, et au moyen des bandelettes de diachylon. Un sindon est placé à l'angle inférieur de la plaie. M. Metz insiste sur l'importance du libre cours des sécrétions par la plaie extérieure, et il conseille, en cas de stagnation, d'aider par une sonde, une sonde de femme par préférence, par une douce pression exercée sur les bords de la plaie, par le décubitus de la femme sur l'un ou l'autre côté, etc., au rétablissement de leur libre écoulement. Il rappelle la nécessité de veiller sur le maintien libre de l'ouverture de l'orifice utérin, pour faciliter l'écoulement de la sécrétion par la plaie interne, et il recommande, à cet effet, des injections faites avec précaution.

» Mais toutes ces différentes manières d'agir ne sont, pour M. Metz, qu'une question de second ordre; c'est surtout au traitement spécial qu'il emploie après l'opération, qu'il faut attribuer le grand succès dont il se réjouit à si juste titre; ce traitement consiste dans l'application méthodique et énergique du froid, jointe, toutefois, à une médication générale et usuelle, selon les indications qui se présentent.

» Voici le résumé du traitement que notre confrère a toujours employé :

» Application de compresses froides simples, aussitôt que l'opérée était reportée dans son lit préalablement réchauffé; lesquelles étaient remplacées après quelques heures par des applications de glace. Nous n'attendions jamais, dit M. Metz, avec ces applications glacées jusqu'au moment où le *pouls*, l'*irritabilité du système vasculaire*, la *sensibilité du ventre*, la *rougeur de la face*, etc., nous imposaient leur sévère avertissement.

» Des *lavemens froids*, des morceaux de *glace à l'intérieur*, venaient admirablement en aide à ces applications externes, et réagissaient d'avance contre ces manifestations si funestes du côté des organes digestifs.

» M. Metz conseille de ne pas abandonner cette manière d'agir, principalement dans les premiers jours qui suivent l'opération; d'en suspendre l'emploi, s'il y a lieu, pour quelques heures, selon l'effet plus ou moins favorable obtenu sur la malade, ou en cas de diarrhées ou de selles sanguinolentes.

» Dans cette dernière circonstance, les lavemens à la glace doivent être remplacés par des lavemens à l'amidon, à l'acétate de plomb, à l'opium, et au besoin par l'opium ou la jusquiame à l'intérieur.

» Le calomel, l'huile de ricin ont dû également quelquefois remplacer le lavement froid pour régulariser la défécation.

» Les fonctions puerpérales, la sécrétion laiteuse, les transpirations, les lochies furent surveillées avec la plus grande sollicitude, et M. Metz assure qu'aucune de ces importantes fonctions ne fut un seul moment troublée ou altérée par l'application prolongée et énergique du froid. En parcourant l'histoire de ces cas où le *froid*, en effet, joue le rôle le plus important du traitement, on voit pourtant avec satisfaction que M. Metz a su, avec prudence, s'éloigner quelquefois du moyen principal et employer, selon la complication, tantôt un traitement antiphlogistique par les émissions sanguines, tantôt une médication dérivative par les purgatifs.

» Et maintenant, Messieurs, en face d'aussi brillans succès, et surtout de succès aussi rares, devons-nous chercher la *seule* cause de la réussite dans l'application large et unique du principe réfrigérant? Nous ne le pensons pas. D'autres circonstances doivent contribuer dans une juste part à l'heureux résultat dont notre confrère d'Aix-la-Chapelle peut hautement se glorifier aujourd'hui. Telles sont : l'idiosyncrasie des *sujets* à *opérer*, la localité plus ou moins favorable où a lieu l'opération, l'époque plus ou moins avancée du travail, le degré plus ou moins prononcé d'épuisement de la femme, etc., etc.

» M. Metz, par ses beaux résultats dans la grande et importante affaire de l'opération césarienne, a préparé un nouveau triomphe à notre science et mérite nos suffrages les plus sincères.

» En conséquence, Messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer d'admettre M. le docteur Metz au nombre de vos membres correspondans, et de déposer très honorablement son mémoire dans vos archives. »

Avant de voter sur la conclusion du rapporteur, M. Perrin prend la parole et demande à M. Otterbourg si M. le docteur Metz, après l'extraction successive du produit et du placenta, a suivi, dans le pansement général, une particularité indiquée dans nos traités classiques d'accouchement, et spécialement dans celui de M. Chailly, et qui consiste à faire passer par la plaie utéro-abdominale une longue bandelette que l'on attire à l'extérieur par les organes génitaux, pour la nouer au devant du pubis. Il ne doute pas que l'introduction d'un pareil séton, d'un véritable séton de pachyderme, sous prétexte de faciliter l'écoulement des liquides tant par le vagin que par la plaie du ventre, ne soit une porte largement ouverte à une infection prompte et sûre de toute l'économie, et partant, à la mort.

M. le docteur Otterbourg répond que M. le docteur Metz a bien soin d'éviter l'emploi d'une pareille bandelette, dont l'introduction ne peut évidemment être qu'une cause d'irritation de plus pour un organe déjà assez menacé par tant de tentatives traumatiques.

La Société passe ensuite au vote, et, après dépouillement du scrutin secret, M. le docteur Metz est nommé membre correspondant de la Société.

Le secrétaire général, Dr Perrin.

RÉCLAMATION.

Nous avons reçu depuis plusieurs jours une réponse de M. le docteur Lisle à l'article de M. le docteur Bertillon, publié dans notre numéro du 20 mai dernier. Nous regrettons vivement de ne pouvoir publier cette réponse, dans laquelle M. Lisle traite spécialement une question que la législation sur la presse non cautionnée nous défend d'aborder. Dans cette réponse, d'ailleurs, M. Lisle explique et justifie des expressions critiquées par M. Bertillon, et qui, séparées de ce qui précède et de ce qui suit, ont pu tromper cet honorable confrère sur leur véritable signification. Notre impartialité nous fait un devoir de déclarer que, dans son ensemble et après les explications fournies par la réponse de M. Lisle, l'opinion de cet honorable médecin ne présente rien qui ne puisse être accepté par les partisans sincères du progrès et de la diffusion des lumières.

Amédée Latour.

Des anévrysmes et de leur traitement; par le docteur Paul Broca, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux, etc. Un très fort volume in-8 de 940 pages, avec des figures intercalées dans le texte. — Prix : 10 fr.

Paris, 1856, Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Traitement des maladies scrofuleuses et cancéreuses par les méthodes iatraleptiques du docteur Barrier, membre correspondant de l'Académie impériale de médecine, propriétaire de l'établissement thermal de Celles (Ardèche). Un vol. in-8. Paris, 1856, chez Ledoyen, libraire au Palais-Royal. — Prix : 4 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 73. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 17 Juin 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT : Rue du Faubourg-Montmartre, 56.

A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.

ET DANS LES DÉPARTEMENS : Chez les principaux Libraires. Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PATHOLOGIE : Forme péritonéale de la fièvre typhoïde. — II. CLINIQUE MÉDICALE : Broncho-pneumonie, suivie de phthisie aiguë et d'emphysème sous-cutané du côté gauche du thorax. — III. REVUE GÉNÉRALE : Inutilité d'un traitement actif dans l'hémorrhagie cérébrale. — Des accidens congestifs dus à la cessation brusque des hémorrhagies habituelles chez les sujets anémiques. — Du séton dans les maladies des yeux. — Observation de cauchemar intermittent. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Prix proposé par la Société médicale des hôpitaux, pour l'année 1858. — V. PRESSE MÉDICALE : Sur le croup. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Recherches historiques sur l'épilepsie. — Asile des idiots de l'État de New-York, à Syracuse.

PATHOLOGIE.

FORME PÉRITONÉALE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

A Monsieur le docteur H. BOURDON, *médecin de l'hôpital Lariboisière* (1).

Mon cher collègue,

Lorsqu'il y a quelques mois, un matin, en allant à Lariboisière, vous me fîtes part des cas de fièvre typhoïde péritonitique que vous aviez observés et qui confirmaient solidement ceux que l'histoire des fièvres graves doit à M. Thirial, je vous dis que l'an passé, il s'en était présenté un chez moi, et que je l'avais diagnostiqué tel avant la mort. Vous l'avez oublié. Permettez-moi de vous le rappeler en deux mots.

Garçon de 19 ans, n° 20, salle Saint-Henri. A son entrée, il présente plusieurs des symptômes généraux de la fièvre typhoïde ; il lui manque, toutefois, quelques-uns des signes qui mettent hors de doute l'existence de cette fièvre. Une chose, surtout, partage l'attention : c'est une douleur des lombes si vive, qu'elle grippe la face du malade, lui cambre tétaniquement le tronc, et porte en avant un abdomen dur, contracté et très sensible à la pression. Cela ressemblait à ces rhumatismes préabdominaux et lombaires qu'on a pu prendre d'autant plus facilement pour la péritonite, qu'ils s'accompagnent d'un météorisme très douloureux.

Ici, pourtant, je ne pouvais tomber dans cette erreur : le cas était trop grave ; et bien évidemment, tout le mal n'était pas où le malade croyait.

Chose bien remarquable ! ces accidens locaux à expression péritonitique très accusée, existaient depuis plusieurs jours, et avaient débuté très peu de temps après les symptômes encore indéterminés de la fièvre grave. Je les combattis de mon mieux. Ils s'apaisèrent un peu. Pendant ce temps-là, les phénomènes de la fièvre typhoïde se développèrent sans jamais se mettre au complet. J'annonçai une fièvre grave à forme péritonéale, écartant dès lors toute idée de perforation. Les raisons en sont trop évidentes : dispensez-moi de vous les déduire. Après avoir paru céder, les symptômes péritonitiques reprirent le dessus, et, marchant avec ceux de la fièvre typhoïde, emportèrent le malade. Tout cela dura environ trois semaines.

Séro-pus dans la cavité du péritoine, celui-ci fort rouge par grandes plaques ; anses intestinales mollement agglutinées sur plusieurs points ; pas de perforation, quoique cherchée avec tous les soins connus ; ganglions mésentériques engorgés et ramollis ; follicules nombreux de Peyer, quelques-uns de Brunner tuméfiés et plusieurs ulcérés superficiellement, sans que nulle part, la perte de substance s'étende jusqu'à la tunique séreuse, celle-ci n'étant pas plus enflammée au niveau des follicules ulcérés qu'ailleurs, et ne présentant là aucune adhérence. Je vous fais grâce des autres détails nécropsiques.

Ce fait m'en remet en mémoire un autre observé, il y a trois ans, à l'hôpital Sainte-Marguerite. C'était une jeune femme de 24 ans. Vers le dixième jour d'une fièvre typhoïde incontestable, se développa *peu à peu* une pneumatose énorme avec des vomissemens incoercibles et une sensibilité vive et superficielle du ventre à la pression. Le pouls resta typhoïde ; mais la face se décomposa et offrit une expression où la stupeur typhique et la souffrance abdominale combinées, dominaient alternativement. Le météorisme était si considérable et le ventre partout si excessivement tympanique, qu'on ne pouvait pas distinguer si du liquide était épanché dans les bas-côtés du péritoine. M. Thirial venait de publier ses observations. Je le conduisis près de ma malade qui, ce jour là, commençait, contre mon attente, à être moins mal. Il resta dans le doute, et pensa que des purgatifs étaient indiqués. Je suis désolé de ne pouvoir vous donner cette autopsie ; mais, après trois ou quatre jours et deux bouteilles d'eau de Sedlitz, la malade fut hors de danger. Elle a guéri. Retenue et observée pendant quelque temps pour voir si certains accidens, résultant d'adhérences intestinales, ne se déclareraient pas et ne viendraient pas confirmer l'idée que j'avais avancée d'une fièvre typhoïde à forme péritonéale, je la renvoyai, satisfait de n'avoir rien eu de semblable à constater. J'ai toujours conservé l'arrière-pensée que cette femme avait eu une phlegmasie diffuse, générale et très superficielle du péritoine, car cette phlegmasie peut exister, là comme ailleurs, à tous les degrés. Le fait de guérison que vous citez en est un exemple. Heureusement aussi, que dans la fièvre typhoïde, l'inflammation est plutôt érysipélateuse que suppurative. Les phlegmasies des séreuses y sont généralement et rares et peu graves. De plus, elles sont peu douloureuses et latentes, tous caractères des phlegmasies secondaires dans les pyrexies et les maladies générales. Je viens d'observer deux cas de fièvre typhoïde avec pleurésie latente, l'une *double*, l'autre simple. Tous deux (deux hommes, nos 2 et 20, salle St-Henri) ont guéri. Sans l'auscultation, ces pleurésies auraient passé inaperçues. Je ne veux pas leur comparer le danger de nos péritonites. Dans la fièvre typhoïde, le rapport de gravité de la péritonite à la pleurésie reste, toutes choses égales d'ailleurs, ce qu'il est en dehors de cette maladie générale. Je crois que la péritonite typhoïde (sans perforation) est moins grave qu'une égale quantité, et même qu'une moins grande quantité de péritonite idiopathique, si tant est que celle-ci existe dans la force du terme.

Les phlegmasies secondaires sont toujours, comme vous le savez très bien, moins dangereuses par elles-mêmes que les primitives. La durée quelquefois assez longue de nos péritonites typhoïdes, prouve assez qu'elles ont quelque chose du principe stupéfiant des fièvres graves.

Je sais que vous recherchez les exemples de phlegmasies séreuses dans le rhumatisme aigu, autres que celles de la poitrine et des articulations. Eh bien, puisqu'il s'agit entre nous aujourd'hui d'inflammation insolite de la séreuse abdominale dans des maladies générales à phlegmasies diffuses, je vous offre, en passant, un cas de péritonite rhumatismale qui, après huit jours d'affection caractéristique des jointures et de l'endocarde, a rempli le ventre de pus et emporté rapidement le malade. C'était un homme de 35 ans, un hercule, traiteur de barrière et buveur fameux.

On ne confondra plus la fièvre typhoïde péritonéale avec la péritonite par perforation. Ce serait impardonnable après le jour très net que M. Thirial a eu l'honneur de jeter sur cette nouvelle forme de la fièvre continue grave. La vérification que vous venez de commencer arrivera maintenant de tous côtés. D'ailleurs, j'incline à penser que celles de ces fièvres qui se terminent par perforation ont généralement une marche et une physionomie particulières. N'y avez-vous pas remarqué deux choses : 1° Qu'elles sont souvent obscures, incomplètes de symptômes, peu graves en apparence, insidieuses ? Qu'il n'est pas rare que la péritonite traumatique et foudroyante soit le premier fait qui révèle la nature de la maladie au médecin subitement éclairé ? 2° Que les lésions intestinales sont très peu étendues, bornées, par exemple, à un follicule de Brun-

(1) Voir le numéro du 3 juin 1856.

Feuilleton.

RECHERCHES HISTORIQUES SUR L'ÉPILEPSIE ;

Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 29 Avril 1856,

Par M. le docteur JOSAT.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 29 Mai, 3, 5 et 11 Juin 1856.)

Dans une grande attaque épileptique, la face présente à peu près constamment les caractères suivans :

« Les cheveux se hérissent, le front se crispe, les sourcils s'abaissent et se rapprochent ; les yeux, fortement injectés, s'élancent de leur orbite et roulent convulsivement ; la face se déforme par les contractions de ses muscles ; les commissures des lèvres s'humectent de bave salivaire. »

Or, ce tableau de main de maître, car il est d'Esquirol, ne remet-il pas involontairement sous nos yeux celui qui représente la tête de saint Jean-Baptiste apporté à Hérode dans le plat traditionnel ?... (1)

Il me paraît donc plus probable d'admettre que la dénomination de mal de saint Jean a été tirée de l'analogie réelle ou apparente entre les phénomènes qui éclatent sur la figure des épileptiques, au début des grandes attaques, et les traits qui se trouvent plus ou moins exprimés sur la face des suppliciés par la détroncation et encore plus par la pendaison. On m'objecte la pâleur de la tête de saint Jean.

Je réponds avec M. Trousseau : « Au moment où un épileptique tombe, il est d'une pâleur cadavérique. La face ne s'injecte que quelques secondes après. Ce fait, d'une importance capitale, avait échappé à Esquirol. »

Dans ce sens, cette dénomination se rattache jusqu'à un certain point au diagnostic de l'épilepsie ; et si on admettait que les épileptiques ont été placés sous l'invocation du saint pour unique traitement, on se retrouverait dans la thaumaturgie médicale, dont l'histoire occupe une si grande et en même temps si triste place dans celle de la médecine générale.

Maintenant je reprends pour finir :

Il résulte bien évidemment de cette revue historique sur l'épilepsie, que cette maladie, aussi ancienne que le monde, est aussi de tous les pays, de tous les âges et de toutes les conditions ; qu'elle n'a jamais été considérée comme absolument incurable ; que sa nature mystérieuse, ses symptômes (du moins les principaux) sans analogues dans les autres affections, ses éclats subits, ont de tout temps frappé l'imagination des hommes au point qu'ils en firent une maladie sacrée : qu'ils l'ont rapportée, tantôt à l'action immédiate de la divinité, tantôt aux influences de la lune et des astres, tantôt à l'intervention des mauvais génies, et qu'enfin on voit cette triste affection exploitée tour à tour par l'ignorance, l'ambition ou le fanatisme.

Fort bien, me dira-t-on peut-être, mais qu'ont à gagner à tout ceci et la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie ?...

J'ajouterai, si l'on veut, qu'ici est en effet la partie ingrate de ce travail, qui m'a si fort attaché d'ailleurs.

Voyons néanmoins.

Ces recherches nous ont appris que l'idée d'une constitution épileptique n'avait pas été étrangère aux anciens. S'ils ne l'ont pas élucidée, je ne sache pas que les modernes lui aient fait faire beaucoup de chemin depuis (1).

L'espèce de ténacité avec laquelle tous les peuples et dans tous les siècles, ont voulu soumettre l'épilepsie aux influences lunaires, ne semblerait-elle pas indiquer que ces influences doivent définitivement prendre place dans l'étiologie de cette maladie ?...

Si Portal, M. Leuret et M. Delasiauve regardent comme étant sans fondement la croyance à l'action lunaire ; en revanche, Morgagni, Tissot, Rivière, Mead et bien d'autres, déclarent que l'opinion des influences lunaires doit être prise en considération. Tout ceci prouve que cette question n'est point résolue.

Les effets transitoires ou permanens, consécutifs aux accès épileptiques répétés, généralement si mal analysés, n'ont pas échappé aux anciens, comme on a pu le remarquer dans cette revue.

J'effleure à peine, et je sens que, si l'on voulait approfondir, il jaillirait une source d'aperçus nouveaux qui seraient certainement très profitables à la science.

Par exemple, a-t-on jamais mieux jugé l'épilepsie que ne le fait le père de la médecine dans ce peu de mots :

(1) Si je ne craignais d'être taxé de visionnaire, je dirais bien autre chose.

Je dirais, par exemple, que les principaux traits du tableau d'Esquirol se retrouvent, jusqu'à un certain point, sur la face de Charlotte Corday, lorsque le valet du bourreau, saisissant la tête aux cheveux après la détroncation, la présente à la multitude assemblée.

Je n'ignore pas qu'on a mis la coloration des joues, la turgescence et la saillie des yeux, leur mouvement orbitaire, sur le compte de la pudeur offensée et de l'indignation excitée par une insulte posthume.

Mais c'est là du merveilleux et non pas de l'histoire, encore moins de la saine physiologie.

En effet, l'habillement vrai, et non celui de la fantaisie des artistes, de Charlotte, était de forme telle, que le fichu enlevé par le bourreau, n'a pu découvrir que le cou et très peu des épaules.

Au surplus, depuis sa captivité, la pudeur de l'héroïne avait passé par des épreuves bien autrement pénibles et qui, tout au moins, l'auraient préparée à cette dernière offense.

« On m'a donné deux gendarmes, écrivait-elle à Barbaroux, pour me préserver de l'ennui ; j'ai trouvé cela fort bien le jour, mais non la nuit. Je me suis plainte de cette indécence : le comité n'a pas jugé à propos d'y faire attention. Je crois, ajoute-t-elle, que c'est de l'invention de Chabot. Il n'y a qu'un capucin qui puisse avoir de ces idées-là. » — (*Lettre de Charlotte Corday à Barbaroux.*)

Quant au soufflet appliqué sur la face de Charlotte après la décollation, voici ce que je trouve dans Prudhomme :

« Le citoyen Samson, exécuteur des jugemens criminels de Paris, réclame contre l'article du n° 209, qui l'inculpe d'avoir, lui ou ses valets, souffleté la tête de Charlotte Corday après l'exécution. »

Tout mauvais cas est niable, je le sais. Toutefois, que l'on veuille bien ne pas perdre de vue qu'à l'époque où Samson s'en défend, cet acte était présenté comme un titre à la faveur populaire.

Malgré tout, qu'il en soit ainsi, je le veux bien : il resterait encore à démontrer la survivance des facultés et la persistance des fonctions animales après la décollation. Problème destiné probablement à n'être jamais résolu d'une manière péremptoire.

(1) Il y a plus, cette question de la *constitution épileptique* je la trouve, au moins ébauchée, dans presque tous les auteurs anciens, et à peine soupçonnée ou mentionnée dans les auteurs modernes.

ner ulcéré à fond, comme si elles perdaient en surface ce qu'elles gagnent en profondeur? On pourrait presque établir la *forme perforante* de la fièvre entéro-mésentérique, tant je lui trouve des caractères pathologiques et anatomiques singuliers qui me paraissent plus corrélatifs que groupés par le hasard. Comme les monstres, l'anomalie a ses lois.

Quoi qu'il en soit, vos observations viennent ranimer à propos l'attention sur un point intéressant de la clinique de nos fièvres graves et le confirmer.

Faut-il éditer une forme péritonéale de la fièvre typhoïde? A quoi bon? nous en avons déjà tant! Elles emportent le fond... Il est beaucoup plus philosophique de conclure que la fièvre typhoïde *péritonéale* n'a rien de commun avec la *perforante*; ou si vous voulez, qu'une péritonite peut survenir dans cette fièvre au même titre, ainsi que vous le dites justement, que la pneumonie bâtarde et l'érysipèle, et que malgré l'extrême gravité de cette phlegmasie typhoïde irrégulière, elle est susceptible de résolution et ne doit pas consterner le médecin comme la péritonite brutale de la perforation. L'époque ordinaire de leur apparition comparée, leur aspect, leur marche, etc., les différencient d'ailleurs suffisamment. Voilà ce qui me semble établi.

Cette péritonite irrégulière est-elle une complication et suppose-t-elle des élémens inflammatoires surajoutés; ou bien n'est-ce qu'une phlegmasie typhoïde de plus à côté de toutes celles qui pullulent ordinairement dans les fièvres graves? Elle est trop rare pour qu'on la regarde comme une des phlegmasies satellites de ces fièvres. Il est donc impossible de la comparer tout à fait à la pneumonie bâtarde, à la stomatite, etc. Quand elle se signale par des douleurs très vives, que ses caractères propres dominent tellement qu'ils égarent l'attention du praticien en la fixant toute entière, et que c'est la péritonite qui tue par elle-même, il est difficile de n'y voir qu'une phlegmasie congénère de la maladie générale et de n'admettre pas une complication. Ne voit-on pas tous les jours la pneumonie des fièvres continues sortir de sa nature typhoïde, accuser un élément inflammatoire prononcé, être plus lobaire que lobulaire, plus parenchymateuse que catarrhale, commander la saignée et lui fournir un sang couenneux? Il me paraît que la péritonite des fièvres graves, manifeste souvent une de ces dispositions. Plus obscure, plus secondaire et comme fondue dans la maladie générale, elle serait vraiment typhoïde et probablement plus curable. Les deux sortes d'élémens, l'inflammatoire et le putride, doivent s'y rencontrer dans toutes les proportions possibles.

Y a-t-il des conditions personnelles ou hygiéniques qui expliquent cette localisation péritonéale de l'inflammation? L'expérience le dira.

Tout à vous,

PIDOUX.

4 Juin 1856.

CLINIQUE MÉDICALE.

BRONCHO-PNEUMONIE, SUIVIE DE PHTHISIE AIGUE ET D'EMPHYSÈME SOUS-CUTANÉ DU COTÉ GAUCHE DU THORAX;

Observation lue à la Société médicale des hôpitaux, au nom de M. le professeur ROSTAN, par M. le d^r^ DE BEAUVAIS, chef de clinique.

Joseph Tinot, âgé de 32 ans, ouvrier en galoches, né à Lyon, entre à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, n° 8, le 6 mai 1856, dans le service de clinique de M. le professeur Rostan.

Cet homme, d'une taille moyenne, d'un médiocre embonpoint, d'apparence chétive, d'un tempérament lymphatico-sanguin, dit n'avoir jamais été malade. Enfant naturel, il ne peut donner aucun renseignement sur la santé de ses parens. A Paris depuis quelques années, il habite, la nuit seulement, une petite chambre, rue des Blancs-Manteaux; le jour, il travaille à l'atelier, dans lequel il a souffert un peu du froid et l'hiver. Son régime alimentaire est suffisant et convenable. Il n'a jamais fait d'excès. Depuis le 30 mars dernier, il accuse du malaise, il a commencé par ressentir une douleur sourde et continue dans la région sous-claviculaire droite, sans toux ni expectoration. Son appétit, ses forces, son courage ont diminué dès ce moment, et il s'est vu obligé de cesser la fabrication fatigante des galoches, pour s'occuper de la monture, beaucoup moins pénible. Quoique mal en train, dit-il, il continue son travail. A deux reprises, pour combattre l'inappétence, cet homme prend de l'huile de ricin et n'en obtient aucun résultat. Huit jours après, survient une diarrhée qui persiste pendant quinze jours. En même temps, il souffre dans la bouche, surtout lorsqu'il mange, probablement d'une stomatite légère. Cinq jours avant son entrée à l'hôpital, il est atteint, pour la première fois, d'une infiltration des membres inférieurs remontant jusqu'aux genoux, sans avoir éprouvé, antérieurement, de gêne pour respirer, ni de battemens de cœur appréciables. Le 5 mai, il est pris d'un frisson assez intense, de fièvre et de toux; il entre le lendemain à l'Hôtel-Dieu. Tels sont les seuls antécédens qu'il nous a été permis de tirer de cet homme qui s'exprime avec difficulté, et répond à nos questions sans en comprendre ni le sens ni la portée, malgré une interrogation renouvelée avec patience plusieurs jours de suite.

7 mai. En l'absence de M. Rostan, le malade est soumis à mon examen le premier jour. Son habitude extérieure me frappe. La face paraît bouffie, le teint est terreux et livide. L'expression du visage est anxieuse, sans stupeur. Décubitus dorsal.

Le thorax est soulevé par des mouvemens précipités et incomplets.

Les deux jambes sont infiltrées jusqu'à leur partie moyenne. Cet œdème est modéré, non douloureux. Les mollets sont rubéfiés par des sinapismes laissés trop longtemps.

Le malade se plaint surtout d'oppression et d'une toux fatigante accompagnées de douleurs vagues dans la poitrine.

J'examine avec soin l'appareil de la respiration.

La cage thoracique est bien conformée; elle paraît plutôt dilatée qu'affaissée. La percussion de la partie antérieure, sous les clavicules, donne un son assez franc et pur des deux côtés.

La partie postérieure du poumon droit donne, en bas, de la submatité. A gauche, même signe dans la fosse sous-épineuse.

L'auscultation fait percevoir des râles sibilans et des râles muqueux, surtout en arrière. A droite et à la base, il existe latéralement, dans la hauteur de trois travers de doigt, du râle sous-crépitant très fin, surtout dans l'inspiration.

A gauche, dans la fosse sous-épineuse, râles sous-crépitans plus gros.

La respiration est accélérée, un peu bruyante, la parole est pressée, la voix rentrée. Expectoration difficile d'une matière incolore, rare, muqueuse; assez aérée, non visqueuse.

Le pouls est à 96, modérément développé et résistant, régulier.

Rien de particulier au cœur si ce n'est l'éloignement des bruits. La matité de la région précordiale est normale.

Langue blanche, humide, soif modérée, rien à la gorge, inappétence, pas de douleur épigastrique, pas d'envies de vomir, selles régulières, ventre indolent, pas de gargouillement.

Céphalalgie légère, insomnie. Pas de prostration. Malaise général.

La peau est chaude et sèche, et ne présente aucune tache ni éruption.

Les urines sont normales, acides, non jumenteuses. Elles sont essayées sans résultat par l'acide nitrique et par la chaleur.

Je portai le diagnostic d'une bronchopneumonie.

Prescription : Saignée de 250 grammes. Gomme sucrée. Deux bouillons.

8 mai. M. le professeur Rostan confirme ce diagnostic et ordonne une application de ventouses sur le côté droit, de manière à tirer 250 grammes.

9 mai. Le malade est soulagé, quant à l'oppression, mais la toux persiste avec la fièvre. Nouvelle saignée de 250 grammes. Le sang tiré est riche et couenneux.

10 mai. Même état. Potion gommeuse avec 20 centigrammes de kermès.

11 mai. Un vésicatoire large est appliqué entre les deux épaules. Deux bouillons, un potage.

12 mai. Les râles ont diminué, mais sa toux est opiniâtre et rebelle. L'amaigrissement est rapide. L'œdème des jambes a disparu. Le malade demande avec instances à manger. Bouillons et potages.

13 mai. Un peu de diarrhée. Faiblesse. Nouvelle demande d'alimens. Julep Tolu diacodé. Deux potages, une demi-portion.

14 mai. *Ut suprà.* — 15 mai. Le malade veut sortir : on lui refuse l'exeat. Une portion.

15, 16, 17. État stationnaire. Un granule de digitaline.

18 mai. Le soir, vers quatre heures, après le repas, le malade est surpris, dans son lit, par un violent accès de suffocation. Il sent, dit-il, tout d'un coup le sang lui *remonter à la gorge*, je conserve à dessein cette expression. Il n'est pas pris d'un accès de toux; il ne vomit pas. Il perd connaissance quelques instans; en même temps il s'écoule une certaine quantité de salive écumeuse par la bouche entr'ouverte. La religieuse fait appliquer des sinapismes et donne un peu d'eau sucrée. Tout cesse, et la nuit se passe sans accident.

19 mai. Le malade accuse beaucoup de dyspnée. Sa respiration est fréquente; 44 inspirations par minute. La voix est affaiblie, saccadée. Aucune douleur, aucune sensation particulière éprouvée par le malade du côté de la poitrine. L'expectoration n'a pas changé de caractère.

Si l'on jette un coup d'œil sur la cage thoracique : en avant, on est frappé de la différence d'aspect des deux côtés. A gauche, les creux sous-claviculaire et sus-mammaire sont tendus, comme soulevés, sans changement de couleur à la peau. A droite, les espaces intercostaux sont apparens et déprimés. La ligne articulaire sternale est effacée, à gauche.

Si l'on porte la main sur cette région ainsi transformée, on éprouve immédiatement une sensation singulière, aussi nette que remarquable, d'une crépitation fine, régulière, comme si l'on écrasait de la poudre d'amidon entre ses doigts.

M. Rostan signale immédiatement tout ce qu'il y a d'imprévu et d'insolite dans cet accident nouveau, et constate cet emphysème sous-cutané dans le creux sus-sternal, à la région inférieure du cou, dans le creux sous-claviculaire dans l'aisselle, à la partie postérieure gauche et supérieure du thorax depuis la troisième vertèbre cervicale, jusqu'à la quatrième dorsale.

La percussion donne en avant, surtout vers le sternum, une sonorité exagérée. Elle est moindre en arrière, dans la fosse sous-épineuse. L'oreille, appliquée sur la poitrine, fait percevoir une crépitation sèche, en tout semblable au râle crépitant de la pneumonie. Mais si l'on s'appuie fort légèrement, on entend la respiration à travers cette couche d'air sous-jacente à la peau. L'inspiration est brève, rapide; l'expiration simule un bruit de roucoulement. Dans la fosse sous-épineuse gauche, on entend quelques râles sous-crépitans. A droite, la respiration est obscure dans les trois-quarts inférieurs; on retrouve encore latéralement quelques râles muqueux. L'auscultation de la voix produit comme un bourdonnement à l'oreille du côté gauche.

Dans la toux, on n'entend rien de particulier, ni sifflement, ni crépitation, ni gargouillement. L'emphysème n'augmente pas sous l'influence de la toux provoquée ou sollicitée par nous.

Le tube digestif ne présente rien de particulier, si ce n'est de la diarrhée. Pas de vomissemens, de régurgitations, ni de nausées.

Le pouls est plus petit, fréquent. L'intelligence est nette. Faiblesse générale.

Prescription : Repos absolu; julep diacodé; un granule digitaline; une portion. Un vésicatoire sur le côté gauche.

20 mai. Même état.

« Les épileptiques dont le mal a commencé dès l'enfance et s'est fortifié avec l'âge, guérissent plus difficilement; plus difficilement encore ceux qui le deviennent dans la fleur de l'âge, savoir, de 25 à 45 ans.

« Les moins curables de tous sont ceux que le mal prend tout à coup, sans qu'aucun signe l'annonce. »

Admirable jugement confirmé par l'expérience de tous les jours!...

Quant à la thérapeutique, je rirai tant qu'on voudra avec tout le monde de l'ellébore d'Hercule, de la caille de Galien, de l'eau d'hirondelle de je ne sais plus qui; je ferai bon marché des sympathies et des antipathies des médecins astrologues, des conjurations de Gassner et des jongleries de Séverin.

Mais, au milieu de toutes ces recettes, prétendues antiépileptiques, imaginées par la sottise, le charlatanisme ou la superstition, on rencontre çà et là quelques bons préceptes hygiéniques, et jusqu'à des remèdes que la thérapeutique de nos jours n'a pas jugés indignes de prendre place dans les meilleurs traités de matière médicale. C'est leur efficacité, du moins temporaire, qui nous explique l'immense réputation de guérisseur de l'épilepsie, qui précédait Paracelse dans ses pérégrinations médicales à travers la vaste Allemagne.

On sait, ou il est bon que l'on sache que certaines préparations opiacées ont été trouvées par Paracelse, et que quelques sels de zinc ont été employés par lui avec assez de succès dans l'épilepsie, pour qu'il ait pu passer pour le grand guérisseur de l'épilepsie, lorsque personne ne guérissait cette affection.

Pour remonter la chaîne des siècles; quelle admirable justesse d'observation dans ce précepte d'Hippocrate!... « Le médecin doit entreprendre la cure de l'épilepsie dès qu'il est bien au fait de la nature et de la cause du mal, lorsque le sujet est jeune et adonné au travail, *à moins d'aliénation.* »

Celse est le premier qui ait formellement recommandé de compter sur la révolution de la puberté comme guérison de l'épilepsie.

C'est lui aussi, je le crois du moins, qui recommande instamment la solitude, l'uniformité de température, la modération dans les exercices, la privation de vin, de plaisirs sexuels; l'éloignement des passions fortes, des soucis et des inquiétudes.

Il y joint quelques indications curatives dont l'application, opportunément faite, a plus d'une fois été suivie de succès durables.

La crainte de donner à ce travail des proportions outre mesure ne veut pas que je m'étende davantage.

Sans cela je grouperais ici, dès à présent, ce que j'ai l'intention de placer ailleurs, sur les émissions sanguines dans certaines conditions, les lotions sur certaines parties, les frictions sur d'autres, leur composition, leur mode d'administration; les révulsifs cutanés et intestinaux, leur action selon les temps, les âges et même les sexes. Tout cela perdu, en quelque sorte, à force d'être épars, deviendrait la base d'un traitement antiépileptique pris chez les anciens à l'usage des modernes.

Je n'en ai pas moins, je pense, rempli le programme posé en commençant, puisqu'on a vu par l'historique de chacune de ses dénominations, que l'épilepsie trouve en réalité sa symptomatologie, pour ce qui lui est essentiel du moins, dans sa nomenclature même; que la plupart de ses dénominations ont servi de symbole de doctrine ou de système, et qu'enfin l'étude et le traitement de l'épilepsie ont pu trouver encore de précieuses ressources dans un travail qui semblait n'être d'abord qu'une affaire de stérile érudition.

ASILE DES IDIOTS DE L'ÉTAT DE NEW-YORK, A SYRACUSE.

Le traitement des idiots étant une découverte absolument française — comme la science de faire parler les sourds-muets par Rodrigue Péreire, et de les faire s'exprimer du geste par l'abbé de l'Épée, comme l'instruction des aveugles à l'aide du tact par Haüy — nous devons nous réjouir de voir réussir ici la méthode de traitement et d'éducation que le docteur Ed. Seguin a appliquée le premier à Bicêtre avec tant d'éclat.

Les États-Unis comptent déjà plusieurs établissemens de ce genre. Massachusetts en a deux; Pensylvanie, un; Ohio, Kentucky et Connecticut ont pris des mesures législatives pour fonder les leurs, mais New-York a tout dépassé.

Sur une des hauteurs qui dominent Syracuse, une ferme a été achetée, un monument de 50,000 liv. sterl. a été élevé. On a déjà réuni plus de 90 idiots. Là, sous la direction de deux médecins, surveillés, soignés, amusés, instruits, occupés incessamment par un corps nombreux de nourrices, de gardiens, d'institutrices, de musiciens, de gymnastes et de jardiniers, les idiots apparaissent sous un aspect entièrement nouveau. Sortis de leur isolement, on les voit prendre, petit à petit, une part dans les joies et dans les intérêts de ce monde; ils s'associent à nos connaissances, à nos goûts, à nos travaux, dans la mesure de leur âge et de leurs forces; ils deviennent actifs et aimans, ils rentrent presque tous en peu d'années dans la famille humaine, dont un préjugé barbare les avait exclus. Riches ou pauvres, tous sont admis et traités également, c'est-à-dire fournis de moyens d'amusemens et d'instruction, tels que l'homme le plus riche ne peut les donner à son fils unique : New York fait impérialement ce qu'il fait.

Mais il serait injuste de ne pas dire aux efforts de qui de tels résultats sont dus. Le superintendant est un médecin qui a ouvert cet asile — privé d'abord — sans autre capital que son courage et le dévouement de sa femme. Le jeune couple a longtemps eu des idiots jusque dans sa chambre à coucher, avant d'être princièrement entretenus par l'État. Il est sorti victorieux de la lutte. Entouré maintenant d'institutrices aussi pleines de grâce que de talent, de jeunes filles gaies et actives qui soignent en chantant ces enfans repoussés naguère, le docteur H. B. Wilbur est arrivé à une position unique aux États-Unis, il est le chef de cette nouvelle branche de la science.

Il serait bien agréable de nommer toutes ces courageuses jeunes femmes, les miss Clarck, Loraing, Yong, Wood, fleurs de charité et d'enthousiasme, à côté desquelles l'idiotie a perdu toute sa laideur; mais si vous passez à Syracuse, vous les verrez toutes... n'oubliez pas non plus de demander à voir le groupe des plus jeunes et des plus infirmes idiots, tenu depuis cinq ans par Marie-Anne Connoy; votre admiration, comme la mienne, sera la récompense d'un dévouement bien rare. — (*Courrier des États-Unis.*)

21 mai. La faiblesse augmente. La diarrhée persiste.

22 mai. L'emphysème se concentre à la partie supérieure du thorax, et surtout à la région latérale et gauche du cou ; la crépitation est plus forte ; les bulles paraissent plus volumineuses.

23 mai. Un nouvel accès de suffocation a eu lieu. Le faciès du malade s'altère profondément. Le pouls devient naturel.

Prescription : Ut suprà. Eau vineuse. Cataplasmes sinapisés.

24 mai. La nuit a été très mauvaise, très agitée. Le malade est couché sur le côté droit. Il a conscience de son état grave. Il annonce que sa fin est prochaine. Son teint est livide. Sa respiration anxieuse et haute. La dyspnée est grande. La voix est affaiblie, comme sifflante. La toux pénible. L'emphysème n'a pas augmenté ; il semble remonter de plus en plus vers le cou, mais il reste toujours limité au côté gauche. Le malade succombe dans la nuit avec le delire.

Réflexions. — A quel genre d'emphysème avait-on affaire ici? Quel en était le mécanisme? Quelle en était la cause? Pourquoi cette marche si restreinte d'un seul côté? Comment avait-il pu se produire si rapidement, sans l'intervention d'une douleur vive, d'une dyspnée croissante, sans épanchement d'air dans la plèvre, sans gangrène pulmonaire, sans caverne préalable, comme l'a signalé M. Cruveilhier dans une observation remarquable, publiée le 14 mars 1856, dans la *Gazette hebdomadaire*. Dans quel point spécial, et comment s'était rompu le tissu pulmonaire? Telles étaient les questions soulevées par ce fait si intéressant, et insolubles d'une manière complétement satisfaisante. C'est ce que l'autopsie va nous révéler.

Autopsie le 26 mai, trente heures après la mort.

Peu de rigidité cadavérique. Les membres inférieurs sont couverts de suggillations veineuses, rougeâtres, très prononcées. Le ventre est un peu ballonné. La face est pâle. La région latérale gauche du cou est tuméfiée, crépitante, sous la pression de la main, comme pendant la vie. A la percussion, on obtient plus de sonorité à la région thoracique antérieure gauche qu'à droite.

Ouverture de la poitrine. — Elle est pratiquée avec le plus grand soin, de manière à laisser intacte les deux plèvres. Une première incision est faite transversalement au-dessous de l'appendice xiphoïde. Deux autres longitudinales circonscrivent le sternum que l'on relève sur le cou. Le médiastin antérieur est ainsi mis à nu. La première chose qui frappe les yeux, ce sont des bulles d'air qui se dessinent nettement sous la séreuse. On les déplace avec le doigt. Si, par des pressions ménagées, on ouvre les cavités pleurales, on constate que le poumon gauche remplit à peu près exactement sa loge. La main promenée tout autour, le trouve libre, sans épanchement. Du côté droit, au contraire, le poumon a contracté des adhérences solides au niveau de l'angle des deux premières côtes dorsales. Dans le reste de son étendue, il est libre aussi dans la cavité pleurale. Ceci constaté, on enlève par deux traits de scie, obliques et longitudinaux, de chaque côté du thorax, la portion des côtes qui recouvrent en avant les poumons. On ne découvre, par un examen minutieux, aucune trace d'inflammation ni de perforation des espaces intercostaux. Les poumons, le larynx, la trachée, l'œsophage, sont extraits ensemble avec le plus grand soin. Le médiastin postérieur contient aussi une notable quantité d'air qui crépite et se déplace par bulles sous le doigt, en remontant vers la racine du cou. La face antérieure de la trachée, sur son côté gauche principalement, offre ce même phénomène dans toute sa hauteur. On retrouve de l'air infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané du thorax, à gauche et en avant, en arrière dans la région de l'omoplate, au cou principalement et dans l'aisselle. Les poumons sont volumineux, d'une couleur bleuâtre ; ils ne s'affaissent pas sensiblement à l'ouverture de la poitrine. La plèvre pulmonaire est soulevée par une myriade de granulations miliaires blanchâtres. Mais, en aucun point, on ne voit de l'air épanché sous la séreuse. Je fais immédiatement plonger et retenir l'appareil pulmonaire tout entier sous l'eau, et l'on procède à l'insufflation. L'air s'échappe immédiatement en bouillonnant par le poumon droit, dans l'endroit où les adhérences solides ayant été rompues, ont, par suite, déterminé une solution de continuité artificielle. On le laisse flotter au-dessus du liquide. C'est alors qu'on voit manifestement l'air s'échapper par bulles assez grosses, mais moins précipitées, au niveau de la racine des bronches. Un examen attentif fait reconnaître une curieuse altération pathologique que je vais décrire.

Au-dessous de la bifurcation de la trachée, on rencontre une cavité de forme triangulaire, complétement vide et affaissée, de la grandeur d'une pièce de 5 francs ; bornée en avant, par une membrane fibreuse d'un gris-rougeâtre, qui s'insère sur la partie inférieure de la trachée par son sommet, par ses côtés, aux deux bronches, par sa base, à un gros ganglion, logé entre ces deux bronches, de couleur noirâtre, d'apparence et de consistance tuberculeuse. Cette paroi offre deux pertuis assez étroits, au niveau de la bronche gauche : c'est par là que l'air s'échappe pendant l'insufflation. Si on l'incise, on découvre deux ulcérations siégeant sur la face externe de la bronche droite, vers son milieu. L'une, supérieure, fort petite, arrondie, n'ayant compromis que le cerceau cartilagineux et laissé la muqueuse intacte ; l'autre, inférieure, de la grandeur d'une forte lentille, coupée à pic, communiquant largement avec la trachée.

Le larynx, la trachée, les bronches n'offrent à l'intérieur aucune trace d'inflammation. Une rougeur légère entoure la perforation bronchique. En arrière de la bifurcation de la trachée, il existe une lésion aussi rare que remarquable. L'œsophage, par sa face antérieure, adhère intimement au ganglion sub-bronchique que j'ai mentionné. Si l'on fend ce conduit à ce niveau, il apparaît une ulcération froncée, déprimée, presque de l'étendue d'une pièce de 20 centimes, sans rougeur, sans inflammation, pénétrant par un trajet fistuleux étroit, infundibuliforme, avec la partie antérieure et gauche de cette cavité accidentelle si singulièrement formée, aboutissant dans l'intervalle et à la naissance des deux grosses bronches.

Le tissu pulmonaire est œdématié, rempli dans tous ses points de granulations miliaires. Il n'y a pas de cavernes.

Le cœur est sain. Le péricarde contient une assez grande quantité de liquide citrin.

Le cerveau présente un peu de congestion et de ramollissement. Il ne nous a pas été permis d'examiner les organes de l'abdomen.

Interprétation et conclusions. — Sous quelle influence, dans quel ordre se sont produites ces diverses altérations? L'œsophage est-il le premier agent de cette désorganisation? Mais on ne trouve dans aucun point de son trajet d'autre signe d'ulcération ; il n'y a pas eu de trouble fonctionnel signalé pendant la vie.

Quant à la trachée, l'examen attentif des perforations témoigne par l'une d'elles, en voie de production, que le travail ulcératif s'est fait de dehors en dedans.

Reste le ganglion bronchique si connexe avec l'œsophage. Est-il permis de supposer qu'une portion s'est ramollie, enflammée, qu'un abcès enkysté s'est formé dans ce point, et a déterminé successivement l'ulcération de l'œsophage, dans lequel il paraît s'être vidé, puis la perforation plus tardive de la bronche droite? Je le crois. Par où sortait l'air épanché? D'un point rupturé, à gauche et en avant, de la paroi fibreuse de cette cavité, au niveau de la bronche correspondante.

Dans quel moment l'air s'infiltrait-il dans les médiastins antérieur et postérieur? Probablement dans l'expiration. Voici pourquoi : Au moment de l'inspiration, la trachée, les bronches descendent, s'allongent, les poumons se dilatent, et les parois, ainsi rapprochées de cette caverne, s'accolaient. Dans l'expiration, au contraire, la trachée remontant, l'œsophage restant fixé, la paroi fibreuse se trouvait soulevée, les pertuis ouverts ; l'air s'échappait alors lentement par bulles isolées, intermittentes, et gagnait ainsi le long du côté gauche de la trachée, la partie supérieure correspondante du thorax et du cou.

Dans les communications, au contraire, par rupture d'une caverne, comme dans le cas cité par M. Cruveilhier, c'est dans l'inspiration, on le conçoit, que l'emphysème se produit.

On le voit, ce cas est presque exceptionnel, impossible à prévoir et à diagnostiquer sûrement pendant la vie. Il est même difficile à interpréter rigoureusement à l'examen cadavérique. Quoi qu'il en soit, au point de vue d'anatomie pathologique, je l'ai cru digne d'être rapporté et soumis avec détails à la savante appréciation de la Société médicale des hôpitaux, même après l'exposé si net et si précis présenté verbalement par notre affectionné maître, M. le professeur Rostan.

REVUE GÉNÉRALE.

INUTILITÉ D'UN TRAITEMENT ACTIF DANS L'HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

Deux femmes sont entrées dans le service de M. Trousseau pour des hémiplégies consécutives à des hémorrhagies cérébrales récentes. En pareil cas, il est d'usage de pratiquer des saignées abondantes et d'administrer des purgatifs répétés. M. Trousseau est d'opinion que cette manière d'agir est beaucoup moins utile que préjudiciable aux malades. La saignée, suivant lui, n'est opportune qu'autant qu'on a devant soi des symptômes évidens de congestion avec ou sans hémorrhagie. Dans ce cas, une ou deux saignées, ainsi que des ligatures appliquées sur les membres, sont indiquées et peuvent donner de bons résultats. Mais une fois que la perte de connaissance ou l'étourdissement a cessé, si l'hémiplégie est constatée, à quoi bon les saignées et les purgatifs? A favoriser, dit-on, la résorption du caillot sanguin ; mais on oublie que cette résorption exige un temps fort long pour s'effectuer, quand le caillot est volumineux ; et l'expérience ne démontre pas que les émissions sanguines aient abrégé d'une manière sensible la durée de ce travail réparateur. Il est bien plus probable au contraire que, dans beaucoup de cas, et chez les vieillards surtout, elle tend à le ralentir en diminuant les forces du malade. Aussi M. Trousseau, loin d'affaiblir ses paralytiques, ne craint-il pas de les alimenter modérément à partir du huitième ou neuvième jour. Il les fait lever, s'asseoir et marcher dès qu'ils le peuvent, dans la conviction que tout ce qui accroît chez eux l'activité des fonctions nutritives ne peut qu'exercer une influence salutaire sur leur maladie.

Ce médecin reconnaît toutefois qu'en présence d'une hémiplégie récente produite par une hémorrhagie cérébrale, l'expectation serait difficilement acceptée dans la pratique civile. Les familles veulent qu'on fasse quelque chose ; il faut donc céder, jusqu'à un certain point, à leurs exigences, et il n'y a pas d'inconvénient à prescrire alors quelques ventouses à la nuque et de légers purgatifs.—(In *Journal de méd. et de chir. prat.*, juin 1856.)

DES ACCIDENS CONGESTIFS DUS A LA CESSATION BRUSQUE DES HÉMORRHAGIES HABITUELLES CHEZ LES SUJETS ANÉMIQUES.

Dans une de ses dernières leçons cliniques, M. Nélaton a appelé l'attention de son auditoire sur une circonstance particulière aux sujets qui sont en proie à des hémorrhagies répétées, et qu'il importe que les praticiens ne perdent pas de vue sous peine de s'exposer à des méprises fâcheuses et à des erreurs de pratique graves. Il s'agit de la pléthore relative qui suit la cessation brusque d'hémorrhagies habituelles et durant depuis longtemps. Voici à quelle occasion M. Nélaton a rappelé ce fait.

Une femme, âgée de 52 ans, est entrée récemment à la Clinique pour s'y faire traiter d'une affection utérine dont elle a éprouvé les premiers symptômes il y a environ deux ans. Elle éprouvait à cette époque des pertes utérines abondantes et des douleurs dans les reins. Elle alla consulter un chirurgien d'Auxerre, qui, ayant reconnu l'existence d'un polype très volumineux, lui proposa d'en faire l'extraction, ce qui fut fait. Au dire de la malade, la tumeur extraite pesait plus de 2 livres, ce qui est probablement exagéré. Il est certain que le volume du polype devait être très considérable, car le chirurgien fut obligé de le diviser en deux parties pour lui faire franchir l'orifice vulvaire. Après l'extraction de ce polype, la malade n'en continua pas moins à avoir encore de temps en temps des pertes ; seulement elles étaient moins abondantes et à des intervalles un peu plus éloignés. C'est dans cet état qu'elle est entrée à la Clinique.

L'une des premières questions que lui adressa M. Nélaton fut celle-ci : « Avez-vous des étourdissemens et des pertes de connaissance? » La portée de cette question est tout entière dans la connaissance de ce fait, que l'on voit souvent chez les sujets qui ont eu de nombreuses et abondantes hémorrhagies, et alors même qu'ils sont jetés dans un état d'anémie profonde, se manifester des accidens congestifs, le plus habituellement du côté du cerveau, lorsque ces hémorrhagies viennent à cesser d'une manière brusque et complète, accidens qui, dans quelques cas, ont été assez graves pour entraîner la mort. Nous en pourrions citer plusieurs exemples ; nous nous bornerons au suivant, que nous a cité M. Nélaton à cette occasion.

Il y a quatre ans environ, ce professeur fut appelé en consultation à Versailles, auprès d'une femme portant un polype intra-utérin, et qui était, depuis longtemps, en proie à des hémorrhagies répétées qui l'avaient jetée dans une profonde anémie. Son état de faiblesse était tel que sa vie semblait être immédiatement menacée, et qu'on jugea utile d'agir sur le champ. A l'aide des pinces de Museux, on put saisir et extraire avec assez de facilité un polype beaucoup plus volumineux qu'un œuf de poule, et qui adhérait par un pédicule rétréci au fond de l'utérus. Mais à peine ce polype venait-il d'être extrait, que l'on constata la présence d'une seconde tumeur semblable. Espérant que l'ablation du premier polype suffirait pour diminuer au moins les hémorrhagies, sinon pour y mettre un terme, et pour soustraire, par conséquent, la malade à un danger imminent, M. Nélaton se proposait d'en rester là ; mais, sur les instances des médecins assistans, il se décida, quoique à regret, à enlever la deuxième tumeur. Cette seconde opération présenta beaucoup plus de difficultés que la première. On reconnut plus tard qu'on avait eu affaire à un utérus bicorne, et que chacune des deux divisions de cet organe renfermait un polype. Néanmoins, aucun accident immédiat ne suivit cette opération laborieuse ; mais la malade succomba plus tard à tous les symptômes d'une congestion cérébrale, malgré, ou plutôt à cause de l'extrême degré d'anémie où elle avait été plongée par les hémorrhagies répétées qu'elle avait essuyées.

Quant à la malade de la Clinique qui a fait le sujet de cet épisode, elle a eu quelques étourdissemens et un peu de céphalalgie, mais à un léger degré. Le peu d'intensité de ces accidens s'explique dans ce cas par la raison que cette femme n'est pas encore complétement soustraite aux pertes sanguines, et que les hémorrhagies, bien que beaucoup plus modérées, continuent encore. Quant à la cause de la persistance de ces hémorrhagies, elle n'est autre que l'existence d'un nouveau polype que l'on peut constater très manifestement à travers les parois abdominales (plus facilement que par le toucher, à cause de l'élévation de l'utérus et de l'extrême étroitesse de l'orifice du col).

Autant qu'il est possible de s'en assurer dans ces conditions, il paraît s'agir ici d'un de ces corps fibreux qui, au lieu de s'engager dans la cavité utérine, tendent à se développer dans l'épaisseur même des parois de l'organe, et à faire saillie extérieurement à ces parois. Il n'y a, en conséquence, aucune opération à tenter en ce moment chez cette femme ; toute indication se borne à modérer les pertes et à surveiller les accidens qui pourraient en dépendre, jusqu'à ce que l'époque de la cessation de la ménopause arrivant, ces hémorrhagies cesseront d'elles-mêmes, et la tumeur se flétrira, ainsi que cela arrive dans le plus grand nombre des cas. — (In *Gazette des hôpit.*, n° 70, 1856.)

DU SÉTON DANS LES MALADIES DES YEUX.

La discussion récente à l'Académie de médecine sur ce sujet donne de l'opportunité au mémoire qu'un praticien très compétent, l'honorable M. Guépin, de Nantes, vient de publier sur ce sujet. L'étendue de ce travail ne nous permet que d'en reproduire ici les conclusions, qui sont d'ailleurs le fidèle résumé de la doctrine de l'auteur :

Le séton est chez l'homme, et bien plus encore chez les animaux, l'un des moyens les plus puissans que nous possédions de créer une fluxion dérivative et révulsive.

Il a été longtemps, pour les maladies oculaires, le dernier terme de *toute* série de médication, dans *toutes* les affections, quelles qu'elles fussent.

Les progrès accomplis en France, depuis 1820 jusqu'à la fondation des *Annales d'oculistique* (1838-1840), l'ont fait aban-

donner comme plus nuisible qu'utile dans les conjonctivites purulentes.

On ne l'emploie plus que très exceptionnellement dans les kérato-conjonctivites lymphatiques qui présentent des formes si variées et composent la masse des ophthalmies qui réclament les secours du médecin, parce que le traitement qui conduisait à y recourir a été remplacé par une méthode très supérieure et plus physiologique, qui permet de s'en passer plus de quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent.

Il rend des services trop réels dans la kératite postérieure, si souvent compliquée d'affections du grand cercle de l'iris et du corps ciliaire, pour qu'on l'abandonne dans les cas les plus rebelles, cas malheureusement trop nombreux.

La même affection chez les animaux, et elle est assez commune chez les chevaux élevés dans les marais, réclame beaucoup plus impérieusement encore l'emploi du séton.

Il nous a paru tout à fait inutile dans l'iritis aiguë et sans résultats appréciables dans l'iritis chronique.

S'il est avantageux chez les animaux, dans quelques cas spéciaux de cataracte, il peut toujours, en pareille circonstance, être remplacé chez l'homme par des moyens plus efficaces.

S'il est utile dans la choroïdite et les congestions choroïdiennes, cependant il est convenable de n'y pas recourir, puisque l'on possède des médications très supérieures.

Les nombreuses formes des amauroses ne nous ont paru réclamer l'emploi du séton que dans deux cas : 1° quand il y complication de maux de tête dont aucune autre médication ne peut triompher; 2° quand l'amaurose peut être attribuée à la suppression d'une fluxion habituelle, quelle qu'elle soit, ou quand une pareille suppression vient en augmenter les dangers.

Nous ne proscrivons pas le séton d'une manière *absolue* dans toutes les affections des parties étrangères au globe oculaire; mais nous constatons que jamais, à notre connaissance, le séton dit *dérivatif* n'a produit de bons résultats.

Telle est l'interprétation que nous donnons aux faits nombreux qui nous ont passé sous les yeux pendant une période de vingt-six ans, en recherchant la vérité pour elle-même, sans système *à priori*, sans préoccupation d'idées préconçues. — (In *Annales d'oculistique*, avril et mai 1856.)

OBSERVATION DE CAUCHEMAR INTERMITTENT.

M. le docteur Ferrez a publié dans la *Gazette médicale de Lyon* la curieuse observation d'un officier espagnol, qui vit se renouveler pour son propre compte le terrible épisode de la *Nonne sanglante*, dans lequel un malheureux halluciné voit chaque nuit un fantôme s'approcher de son lit, sent son haleine glacée et en reçoit les embrassemens. Ce qu'un écrivain célèbre a imaginé dans un roman, jadis fameux, a réellement eu lieu chez cet officier, dont les veilles trop prolongées et les peines morales avaient surexcité la sensibilité nerveuse.

Cet homme, d'une constitution athlétique, mais d'un tempérament nerveux très prononcé, avait vu sa fille, pour laquelle il éprouvait la plus vive tendresse, sur le point de mourir à la suite d'une hémorrhagie utérine qui se renouvela plusieurs fois et mit pendant longtemps ses jours en danger. Il passa près de quarante nuits sans sommeil. Chaque soir, à minuit, il arrivait au pied de son lit, s'y établissait, et aucune fatigue ne pouvait le distraire des soins affectueux qu'il prodiguait à sa chère malade. Enfin son dévouement fut récompensé; les accidens se calmèrent, et sa fille fut rendue à la santé. Exténué, pâle, amaigri autant par les tortures morales que par les fatigues corporelles, il voulut alors jouir d'un repos dont il avait tant besoin, mais il lui fut impossible de se livrer au sommeil, ou s'il s'endormait, chose bien singulière, à l'heure de minuit, il était pris d'un horrible cauchemar qui le mettait dans un tel état d'agitation et de souffrance que, s'il ne fût survenu plusieurs fois une hémorrhagie nasale, il serait très probablement mort d'apoplexie.

Ce fut en vain qu'il usa de mille moyens pour rappeler le sommeil, ou pour dissiper ces rêves qui l'obsédaient; loin de s'affaiblir, le cauchemar qui le poursuivait semblait au contraire prendre plus d'intensité, et il survenait du reste avec constance et précision à l'heure de minuit.

Ces accidens furent encore fort aggravés par une circonstance fortuite qui donna à son cauchemar habituel un caractère plus fâcheux. La convalescence de sa fille était déclarée, et depuis longtemps déjà on n'avait plus d'inquiétude sur sa santé, mais cette jeune femme perdait ses cheveux, et son père résolut d'en arrêter la chute en lui rasant la tête, ce qu'il fit lui-même sans prévoir les tristes conséquences que cette opération aurait pour lui. En effet, la nuit suivante, à l'heure ordinaire et pendant qu'il était plongé dans un profond sommeil, un point lumineux lui apparut au fond de sa chambre, tourna rapidement en l'entourant d'un cercle immense qui peu à peu se rétrécit, et bientôt il reconnut avec horreur que cet objet était la tête de sa fille fraîchement coupée et laissant échapper des flots de sang par la plaie du cou. Il veut courir pour étancher ce sang, mais une force invincible le retient cloué sur son lit; il veut crier, et la parole expire sur ses lèvres; enfin il s'éveille dans un tel état d'agitation et de douleur que, si une forte hémorrhagie nasale ne fût survenue, une attaque d'apoplexie semblait imminente.

De si vives souffrances eurent bientôt épuisé sa constitution; le malade s'amaigrit rapidement, et son état semblait assez alarmant, lorsqu'il vint consulter M. le docteur Ferrez. Il avait, du reste, caché avec soin à sa famille les illusions dont il était victime. M. Ferrez lui conseilla au contraire d'en informer les siens, afin de trouver dans leurs soins et leur affection un remède à ses maux. Il prescrivit ensuite différens moyens propres à calmer l'agitation à laquelle il était en proie, mais la tendresse filiale devait trouver un remède plus efficace que les prescriptions du médecin. Dès que la jeune femme fut instruite des accidens qu'éprouvait son père, elle le fit surveiller attentivement pendant son sommeil, et prit soin de l'éveiller avant minuit, heure fatale à laquelle commençaient les rêves pénibles. Par cette simple précaution, on prévint le retour du cauchemar, et peu à peu l'agitation, les maux de tête, les crampes se dissipèrent, et le malade se trouva entièrement débarrassé de l'insomnie et des rêves qui l'avaient si cruellement obsédé. — (In *Journal de méd. et de chir. prat.*, juin 1856.)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

PRIX PROPOSÉ PAR LA SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX, POUR L'ANNÉE 1858;

Rapport lu par M. Monneret, au nom de la commission composée de MM. Barth, Becquerel, H. Bourdon, Dechambre, Legendre, Marrotte, et Monneret rapporteur.

Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Barth, Becquerel, Bourdon, Dechambre, Legendre, Marotte et moi, de vous proposer un sujet de prix pour l'année 1858. Elle a bien voulu me confier le soin de vous faire connaître les motifs qui l'ont guidée dans le choix de la question qui vous sera proposée.

Quand il s'agit d'appeler l'attention de ceux qui travaillent sur quelques points obscurs et douteux de la médecine et de leur indiquer la direction plus spéciale qu'ils doivent donner à leurs recherches, on se trouve arrêté par des difficultés de plusieurs genres. En sacrifiant au goût dominant de l'époque, en s'attachant de préférence aux questions difficiles et nouvelles qui sont encore à l'étude, on court risque de trop demander et de n'obtenir que des travaux incomplets. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter les yeux sur les programmes des questions posées depuis vingt ans par les sociétés savantes. Elles ont été données dans le but de répondre aux préoccupations qui agitaient les esprits et de porter en avant la science : mais il est rare que ce but ait été atteint, à moins que le travail persévérant d'un grand nombre de médecins qui s'occupaient alors des mêmes études n'eût préparé la voie dans laquelle on voulait entrer. Il est difficile d'imposer et de faire réussir une pensée médicale si elle ne sort pas naturellement de l'ensemble des recherches qui constituent l'état actuel de la science. On ne peut pas tracer, par avance, et, en quelque sorte officiellement, la direction qu'il convient de suivre pour arriver à la découverte de quelques vérités essentielles. Il faut reconnaître que les sociétés savantes ne donnent pas l'impulsion aux sciences, qu'elles la reçoivent des travailleurs et que leur principal mérite consiste surtout à s'enquérir d'où lui vient ce mouvement, afin de lui obéir et de ne rien faire qui puisse l'arrêter.

En cherchant à se pénétrer de cette vérité, votre commission a pu se convaincre que les applications des sciences physiques et chimiques ont presque exclusivement attiré l'attention générale, et que la plus grande somme des travaux provient de cette source. Tout en prenant part à ceux qui ont paru depuis plusieurs années, et en reconnaissant qu'on leur doit des résultats positifs et d'une importance extrême, elle a pensé qu'elle devait choisir ailleurs le sujet du prix qui doit être décerné : elle a été le prendre dans cet ordre de faits qui se retrouvent, sans cesse, dans la pratique et auxquels se rattachent aussi des notions générales sur les maladies. La question qui lui a paru réunir ces deux conditions est la suivante :

DES CONGESTIONS SANGUINES DANS LES FIÈVRES.

Pour ne laisser aucun doute dans les esprits, et quoique les termes dans lesquels la question est énoncée ait aujourd'hui un sens rigoureux et le même pour tout le monde, elle croit devoir en déterminer plus nettement les limites par quelques développemens.

La congestion sanguine ne désigne pas autre chose que l'accroissement de quantité du sang dans une partie. Elle peut tenir à des causes très différentes, à l'inflammation, à la gêne mécanique que le sang éprouve dans son trajet à travers les capillaires, à l'altération de composition de ce fluide, à l'adynamie ou à tout autre trouble du solide. C'est aux compétiteurs qui entreront dans la lice, à nous dire, à quelles causes ils prétendent rapporter les congestions des pyrexies. Ils ne peuvent se dispenser d'étudier complétement la nature et la forme des lésions, les symptômes qui en révèlent l'existence, la part qu'y prennent les altérations générales du solide et des liquides, enfin les indications utiles que peut en tirer la thérapeutique.

Le mot fièvre représente une classe bien distincte de maladies générales qui se composent, pour le monde, des mêmes entités pathologiques. Les congestions sanguines doivent donc être exclusivement étudiées, dans les fièvres intermittentes de tous les types, dans les exanthèmes, tels que la variole, la rougeole, la scarlatine, et enfin dans le groupe des fièvres continues. Il nous suffit de mentionner le typhus, la fièvre typhoïde, les fièvres bilieuses, puerpérale, jaune, la peste.

Il n'entre pas dans la pensée des membres de votre commission d'empêcher les compétiteurs d'aller chercher les documens qui leur seront nécessaires dans d'autres parties de la médecine. Nous leur conseillons même de tenir compte de l'analogie rigoureuse qui existe, à certains points de vue, entre les fièvres et les maladies virulentes telles que la morve, le charbon, les empoisonnemens septiques, les affections hémorrhagiques et d'autres encore. Enfin, la pathologie comparée et les vivisections offriront aussi de précieuses ressources à celui qui saura les explorer.

L'histoire de la congestion des fièvres touche à la fois aux questions les plus usuelles, les plus pratiques, et à ce que la pathologie générale présente de plus difficile et de plus élevé. En effet, le médecin est, à chaque instant, mis en demeure de se prononcer sur la nature des congestions pulmonaires, hépatiques, cérébrales, etc., qu'il rencontre dans la fièvre typhoïde, les formes graves des exanthèmes, et dans la période ultime d'un très grand nombre d'affections pyrétiques. Il faut qu'il en ait une idée suffisamment exacte pour instituer convenablement la thérapeutique. Cependant, malgré la fréquence de ces congestions et les recherches dont elles ont été le sujet, il hésite dans un grand nombre de cas, il ne saurait affirmer que la congestion qu'il observe appartient plutôt à l'inflammation, qu'à l'hémorrhagie, aux hyperémies mécanique, adynamique ou d'une autre nature. Les compétiteurs s'attacheront à éclaircir ces points obscurs, et devront s'appuyer, surtout, sur la connaissance approfondie des altérations anatomiques et des causes locales et générales, au sein desquelles ils auront vu se former de pareilles congestions. Leur travail enfin aura produit le résultat le plus heureux qu'on puisse en attendre, si, de l'examen des faits particuliers, ressort une description synthétique de la congestion, et partant, quelques déductions importantes pour l'histoire de l'hyperémie en général (1).

PRESSE MÉDICALE.

SUR LE CROUP; par le docteur Wilson, d'Édimbourg. — Dans une série d'articles publiés dans le *Edimb. med. journal*, 1855, ce médecin traite des différens points de l'histoire du croup. Quoiqu'il y ait peu d'observations neuves dans cette publication, on y trouve cependant quelques points moins connus et très importans, qu'il est toujours utile de rappeler au praticien. La maladie n'éclate d'emblée que très rarement; le plus souvent elle est précédée d'une période plus ou moins longue, appelée faussement catarrhale. Cette dernière est souvent tellement légère, que ni les parens ni les médecins n'y font attention. Il est rare qu'on ne puisse constater une légère fièvre, pendant laquelle l'enfant peut très bien continuer à jouer, mais qui entraîne cependant passagèrement de la chaleur à la peau, de la lassitude et de la mauvaise humeur. S'il existe en même temps une légère toux, il faut être sur ses gardes et très réservé dans le pronostic. La toux est brève, sèche, peu fréquente; plus tard elle devient un peu rauque et prend subitement le caractère croupal. A de grands intervalles, la respiration devient légèrement sifflante, sans anxiété. Quand un enfant présente ces symptômes, le médecin devrait le voir plusieurs fois par jour et l'observer surtout pendant le sommeil. Le danger est plus imminent, quand on découvre les amygdales un peu rouges, gonflées, et surtout des traces d'exsudation sur elles ou sur le fond du pharynx. La rougeur et le gonflement ne manquent jamais, les fausses membranes ne sont pas constantes. La voix fournit encore un signe précieux; souvent elle est claire, mais elle a une tendance à sauter facilement d'un registre dans l'autre, et c'est surtout en faisant prononcer aux enfans un peu plus âgés, la lettre *o* d'une manière prolongée, qu'on s'aperçoit le mieux de cette variation.

Quand la maladie est déclarée, il devient souvent important de savoir si les poumons sont malades également. Outre les signes fournis par l'auscultation et la percussion, qui sont souvent impossibles à pratiquer et donnent des résultats douteux, M. Wilson en indique un autre très précieux, s'il se confirme : le degré d'enfoncement des espaces sus-claviculaires et intercostaux, surtout des premiers, pendant l'inspiration. Plus il est considérable, plus l'obstacle réside dans le larynx et plus les poumons sont libres. Malheureusement, il nous semble que la valeur de ce signe peut être contestée théoriquement. L'enfoncement des espaces sus-claviculaires prouve que le poumon ne se dilate pas sous les efforts de l'inspiration; si l'organe est perméable à l'air, mais si ce gaz ne peut s'y répandre par suite d'un obstacle à son passage dans le larynx ou dans les grosses bronches, l'air qui y est encore renfermé se dilate; sa tension ne fait plus alors contre-poids à la pression extérieure de l'atmosphère, et les parties molles de la cage thoracique forment un enfoncement. Mais qu'un poumon, ou une partie assez étendue des deux, se trouve compacte, incapable de se dilater, par une infiltration séreuse, plastique, etc., tout l'organe sera entraîné en bas, vers la cavité abdominale, par la contraction violente du diaphragme, et les creux sus-claviculaires se formeront encore.

D'après M. Wilson, les fausses membranes dans l'arrière-gorge ne sont pas constantes dans le sang, et il n'est pas nécessaire d'en découvrir dans les matières rendues par les vomissemens ou par l'expectoration, pour se prononcer sur l'existence du vrai croup. Ces fausses membranes sont même très rares. — (*Journal f. Kinderkrankh*, 1855, n°s 11 et 12.)

COURRIER.

Le *Journal de Constantinople* annonce que trois médecins viennent encore de succomber du typhus. Ces trois confrères sont MM. Sautier, Molinard et Desblancs. M. l'inspecteur Baudens, qui est revenu depuis peu de jours de Crimée à Constantinople, a prononcé sur la tombe de M. Desblancs quelques paroles empreintes d'une vive cordialité :

« L'histoire de notre digne et si regretté camarade, a-t-il dit en terminant, est celle des cinquante-neuf médecins *morts du typhus*, et qui l'ont précédé de quelques jours dans la tombe.

» L'armée leur conserve à tous un souvenir d'estime et de reconnaissance. Elle les a vus sous le feu de l'ennemi; elle les a suivis avec admiration auprès des soldats atteints de la cruelle maladie; elle sait que pas un médecin, dans cette solennelle épreuve, n'a failli.

» Jamais la médecine militaire n'a brillé d'un plus vif éclat; elle doit être fière, Messieurs, du rôle que sa destinée lui a fait.

» Monsieur Desblancs, votre nom va être inscrit le soixante-dix-neuvième sur cette pierre tumulaire. Il fermera, si Dieu le veut, le douloureux martyrologe des médecins de l'armée d'Orient. Mais cette pierre sera usée par le temps, que votre exemple et celui des amis que nous pleurons guidera encore les générations médicales dans la voie du devoir et de l'abnégation. »

(1) Ce prix sera de 1,200 francs.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 74. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 19 Juin 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. PATHOLOGIE : Recherches sur l'ischurie ; physiologie pathologique. — III. HYDROLOGIE : Notice médicale sur les eaux minérales de Pougues. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 17 Juin ; Correspondance. — Lectures. — Présentation d'un fœtus cyclope. — Rapport annuel de la commission de vaccine. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Arcachon.

PARIS, LE 18 JUIN 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Il devait y avoir comité secret à l'Académie de médecine ; la section d'anatomie pathologique avait annoncé son rapport sur les candidatures à la place vacante dans cette section ; l'assistance non académicienne avait même été congédiée, et les portes avaient été closes, lorsqu'on s'est aperçu que le rapporteur de la section était absent. Il a fallu alors rouvrir les portes, mais le public — nous en faisions partie — avait disparu ; de sorte que nous ne savons rien de la fin de cette séance qui avait eu un début intéressant.

Nous pourrions dire même que ce début aurait pu être plus intéressant encore si les exigences du comité secret attendu avaient permis à M. le docteur E. Chauffard, d'Avignon, de lire le mémoire étendu qu'il venait apporter à l'Académie sur le typhus qu'il a eu occasion d'observer dans l'hôpital d'Avignon, sur les militaires revenant de l'armée de Crimée. M. E. Chauffard s'est borné à déposer ce mémoire et à en lire seulement les conclusions. Nous publierons prochainement une analyse étendue de ce travail, et ce sera pour nous une occasion naturelle de rendre hommage au talent distingué du savant traducteur de Borsieri. — Le travail lu par M. Ménière, sur un point de l'anatomie pathologique du tube digestif, n'est pas susceptible d'analyse.

Un mot de la liste de présentation proposée par la section d'anatomie pathologique. Quoique cette section eût solennellement fait le serment de garder un secret inviolable, ce secret a été violé. Un journal a publié la liste suivante qui, d'après nos propres renseignemens, est exacte :

En 1re ligne.	MM. Beau.
En 2me —	Sestier.
En 3me —	Robin.
En 4me —	Ménière.
En 5me —	Barthez.
En 6me —	Roger.

Le public s'étonnerait à bon droit de ne pas voir le nom de M. Parchappe inscrit sur cette liste, si nous ne nous empressions de divulguer encore un autre petit secret des délibérations de la section.

Au premier tour de scrutin, sur cinq votans, M. Parchappe a réuni deux voix pour être placé le premier sur la liste de présentation. M. Parchappe n'ayant pas réuni la majorité pour cette première place, un des votans a déclaré en son nom que M. Parchappe se désistait de sa candidature.

En effet, dans le dépouillement de la correspondance d'hier, M. le secrétaire perpétuel a lu une lettre de M. Parchappe annonçant son désistement.

Telle est la signification de l'absence du nom de M. Parchappe de la liste de présentation. La section n'ayant pas voulu le porter le premier, M. Parchappe n'a pas voulu être porté le second.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

RECHERCHES SUR L'ISCHURIE ; — PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE ;

Par le docteur Claude GIGON,
Médecin des hôpitaux et des prisons de la ville d'Angoulême.

(2me PARTIE.)

Cupidus videndi.

Avant d'exposer les recherches qui font le sujet de ce second mémoire, je demande à faire une courte rectification sur une erreur qui s'est glissée dans mon précédent travail, erreur qui tient à l'omission d'un seul mot, et qui est le fait, soit de mon copiste, soit du typographe qui a composé l'article. Je suis bien sûr que cette erreur n'aura point échappé aux anatomistes de profession ; aussi m'empressé-je de la relever.

On lit dans le numéro du 21 février 1856 : « A droite l'uretère cotoie la veine cave dont il est séparé par un intervalle assez étendu. » Lisez : « dont il est séparé *en haut* par un intervalle, etc. »

En effet, au moment où l'uretère se détache du rein droit, il est séparé par un intervalle de plusieurs centimètres de la veine cave, et, s'il est vrai que souvent il en reste séparé dans toute son étendue, d'autres fois il forme avec ce vaisseau un angle aigu, puis il le cotoie accolé à sa partie externe ; quelquefois même il se place au-devant jusqu'au point où la veine se bifurque. Comme il s'agit ici d'opération chirurgicale, les rapports anatomiques ne sauraient être établis avec trop de précision, et, du reste, cette observation entraîne immédiatement une conséquence pratique que voici : Si l'opération de la taille de l'uretère devait être pratiquée, ce serait presque exclusivement sur l'uretère gauche, puisque ce canal est libre de tout rapport en dehors, point par lequel l'on peut pénétrer dans l'abdomen, et qu'en dedans, il est toujours séparé de l'aorte par un intervalle assez étendu, et qu'ainsi, en manœuvrant sur l'uretère, on n'est exposé à léser aucun organe important, tandis que du côté droit, on est souvent exposé à blesser la veine cave.

Depuis que j'ai publié le mémoire qui a été inséré dans ce journal (numéros des 14, 16 et 21 février 1856), j'ai maintes fois recommencé mes recherches sur l'uretère, et constamment mes nouvelles observations ont confirmé les premières. J'ai même fait ces recherches sur plusieurs animaux et notamment sur le chien. Chez cet animal, la forme cylindroïde de l'uretère est beaucoup plus prononcée que chez l'homme ; Cependant, on y trouve les rudimens des inégalités que nous avons signalées, et, surtout, vers le quart supérieur de ce canal, on trouve une partie plus rétrécie, qui évidemment correspond au col uretérique.

Pour faire ces différentes recherches, j'ai eu recours, ainsi que je l'ai dit, aux injections aqueuses qui me semblent préférables aux injections de suif, en raison de l'analogie ou de la similitude qui existe avec l'urine qui circule dans l'uretère. Or, j'ai toujours été frappé de la facilité avec laquelle le liquide de ces injections revient par *la veine rénale*, et consécutivement, par *la veine cave*. C'est ainsi que j'ai injecté successivement par l'orifice uretéro-vésical, de l'eau froide ou chaude, de l'huile essentielle de térébenthine, de l'urine, et constamment, je le répète, en poussant légèrement le piston de la seringue, j'ai vu revenir ces divers liquides par la veine cave, et jamais par l'artère rénale. Mais si on lie la veine émulgente et que l'on continue à pousser le piston de la seringue, bientôt le liquide s'infiltre dans le tissu cellulaire intrà-rénal, et, de proche en proche, gagne le tissu cellulaire sous-péritonéal qui entoure et le rein et l'uretère ; dans aucun cas, je n'ai constaté ni rupture ni solution de continuité aux parois des canaux injectés.

J'ai répété ces recherches en me servant du mercure coulant, et alors vraiment, on ne peut dire que l'on fait des injections, il suffit d'introduire du mercure dans l'uretère, à l'aide d'un petit entonnoir en verre, jusqu'à réplétion des bassinets et des calices ; et si l'on tient le rein en suspension par son canal excréteur, on voit bientôt, sans avoir pratiqué

Feuilleton.

ARCACHON.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Monsieur le rédacteur,

« Il est une circonstance qui paraît devoir favoriser, d'une manière » très avantageuse, l'action bienfaisante de l'air marin dans la phthisie, » c'est lorsqu'il peut être imprégné des vapeurs balsamiques résineuses ; » aussi, M. le docteur Bertrand, après le docteur Pâtissier, insiste-t-il, » pour les poitrines faibles, sur le conseil d'aller, chaque fois que le » temps le permet, passer quelques heures dans la forêt de sapins, voi» sine des thermes du Mont-Dore, pour y respirer les vapeurs résineuses.

» La présence des immenses forêts de pins qui bordent le Béarn au » nord et à l'ouest, dit le docteur Cazenave, ne contribue-t-elle pas à » donner à l'air qui arrive à Pau ses qualités en quelque sorte hypo» sthénisantes ?... Mêmes observations pour l'air de la mer, qui arrive » à Pise après avoir traversé une vaste forêt de pins.

» S'il en est ainsi, quels avantages ne doivent pas offrir, dans ces » cas, les bords du bassin d'Arcachon, où l'on peut vivre au milieu des » pins, tout en étant sur le bord de la mer ? »

Ces lignes, extraites d'un très intéressant travail du docteur Pouget, de Bordeaux, publié par l'UNION MÉDICALE, en février et mars 1855, ont dû me donner le désir de communiquer aux lecteurs de votre excellent journal, quelques notions descriptives sur ce pays dont le nom, j'en suis convaincu, ne tardera pas à être inscrit parmi les meilleures des stations médicales de France.

J'ai compté, Monsieur et bien honoré confrère, sur votre bienveillante hospitalité. Si elle me fait défaut, je saurai que je ne m'en étais pas rendu digne.

Entre l'embouchure de la Gironde et celle de l'Adour, l'Océan pénètre dans les terres par un large pertuis d'où il s'étale en formant une baie importante connue sous le nom de Bassin d'Arcachon. C'est tout ce qu'on en savait au loin il y a quelques années à peine ; c'est tout ce qu'en savent beaucoup de personnes encore, parce qu'une ville nouvelle a surgi au bord de ces eaux, sans que le bruit de son enfantement ait rencontré les graves échos de la presse quotidienne. Mais comme une création importante, utile, féconde en applications, ne reste pas longtemps inconnue, qu'elle fait *son chemin*, qu'elle se fait voir et se fait *entendre*, un journal d'Arcachon va bientôt, assurez-vous, faire son entrée dans le monde. Un journal ! Oui, Monsieur ; voilà déjà la virilité de cet enfant né d'hier !

Qui a fait ce miracle ? Quelques esprits perspicaces, le rail-way venu de Bordeaux pour transformer le désert ; mais avant et par dessus tout, une nature *nouvelle*, un climat exceptionnel, des eaux marines qui ne ressemblent à aucune autre, trésor inappréciable où la science, si je ne m'abuse, doit faire une ample moisson.

Ne pensez pas cependant, Monsieur, que dès aujourd'hui je veuille m'armer de la faucille. Non. L'heure n'est pas venue. Mon seul désir est de placer quelques jalons qui servent d'indice aux moissonneurs futurs, et d'abord de jeter le grain de semence sur une terre presque vierge.

Qu'était, en effet, cette contrée, pendant sa longue période d'incubation ? Deux mots vous le feront comprendre : une immense forêt de pins, et à ses pieds un superbe bassin d'eau de mer.

La forêt est une énigme ; longtemps elle exercera les esprits chercheurs. Le sol qu'elle couvre et que des siècles de végétation vivace, jamais interrompues, n'ont pu transformer entièrement, est du sable, de ce sable fin et blanc que la mer détache, roule, et rejette, dans sa perpétuelle agitation. Il forme des collines et d'étroits vallons. Le chêne, le houx, l'arboussier, l'aubépine, le phytolaca aux grappes de pourpre, y croissent en luxuriante quantité, sous la verdure éternelle du pin. Il y a là des arbres séculaires qui viendraient attester, si les annales authentiques ne faisaient pas remonter à une antiquité au delà de laquelle on perd toute trace d'histoire locale, le vieil âge de cette forêt renouvelée sans cesse par les seuls efforts de la nature. Ausone, le poète bordelais, que les satires de Juvénal n'empêchèrent pas d'arriver au Consulat, chante déjà les vins de Médoc et les Boïens qui récoltent la résine (*Boïos piceos*). Ces Boïens étaient nos ancêtres. Strabon dit aussi qu'ils avaient pour toute industrie la culture du millet et l'extraction de la résine. Voilà des parchemins ! Mais quelle est leur signification ?... Peut être que l'*Alma natura* fit naître de nos sables ce pin majestueux, comme, sans doute, elle couvrit de cèdres le Liban. Il est certain que nulle part le pin maritime n'acquiert un si complet développement et ne supporte avec moins de dommages les larges et profondes incisions que l'homme lui inflige pour s'enrichir de sa sève. Si ce bel arbre ne croît pas spontanément sur les dunes d'Arcachon, il faut convenir qu'il y trouve au plus haut degré les élémens de son existence. Et, après tout, où serait donc son berceau ; car il faut bien qu'il en ait un quelque part ? Ce qui a fait douter de cette origine, c'est la nécessité où l'on s'est trouvé, à la fin du siècle dernier, d'*inventer* l'ensemencement des sables par les pins afin d'arrêter l'envahissement redoutable des dunes qui, déjà, avaient englouti plusieurs villages. La nouveauté de l'invention a immortalisé deux renommées, Desbiey et Brémontier. Cela nous autorise à penser que les Gaulois ou les Boïens n'avaient eu qu'à profiter d'un bénéfice de la nature ; mais que, plus tard, une partie de la forêt, envahie elle-même, était devenue inefficace. Des troncs d'arbres carbonisés trouvés dans les profondeurs du sol confirment cette opinion.

Les dunes de sable blanc ont disparu sous l'immense forêt qui, d'Arcachon à Bayonne, offre à peine quelques lacunes. En même temps se sont dissipés les marais, autrefois resserrés entre elles. L'hygiène a ainsi bénéficié du travail de l'homme autant que la sécurité des habitans.

Nous dirons ailleurs ce qu'Arcachon a gagné à la transformation du sol. Des siècles avaient passé sur son bassin et ses arbres sans que l'activité humaine y eût exploité autre chose que la pêche productive pour alimenter Bordeaux et la culture du pin pour les besoins de l'industrie, lorsqu'un préfet de la Gironde, M. le baron d'Haussez, frappé d'admiration à la vue de ces lieux sauvages, inspira la fondation d'un

aucune pression et par l'effet du poids seul du métal, le mercure sourdre par la scissure rénale et par la veine émulgente.

J'ai également pratiqué les mêmes injections par la veine cave, et je les ai vues revenir par l'uretère, mais avec beaucoup plus de peine; et tandis qu'il suffit d'une petite seringue à anneaux avec une pression médiocre, pour faire passer le liquide de l'uretère dans la veine cave, le même instrument est souvent impuissant à faire passer le liquide de la veine dans l'uretère; il faut employer la grosse seringue en cuivre pourvue de manchons, et encore, lorsqu'on opère sur les organes de petits animaux, on n'y peut parvenir; ainsi, sur un rein de chat, j'ai poussé une injection par la veine rénale à l'aide de la grosse seringue en cuivre, les efforts que j'ai faits étaient tels que l'enveloppe de l'organe a crevé, l'eau s'échappait en jet par le pertuis, et pas une goutte n'est passée par l'uretère.

Ce fait important du passage des liquides de l'uretère dans la veine cave, ne me paraît point avoir été signalé par les anatomistes et les physiologistes, autant du moins que j'en puis juger par les auteurs que j'ai sous la main: ainsi il n'en est fait nulle mention, ni dans l'ouvrage de M. Cruveilhier, ni dans le *Traité de splanchnologie* de Huschke (*Ency. anat. allem.*, traduction de Jourdan), ni dans le *Man. de physiol.* de Muller (de Berlin), qui pourtant a donné une très belle monographie du rein. Il est à présumer que cette omission est due à ce que les injections n'ont pas été poussées par l'uretère seul, et aussi à ce qu'on n'avait pas employé des liquides convenables, mais bien des substances peu pénétrantes.

M. Cruveilhier dit en effet (tome II, page 702): « Quant à l'injection *poussée par l'uretère*, elle n'arrive pas dans les conduits urinifères, etc. » Huschke (*loco cit.* tome V., page 296): « Il résulterait de là, que *si l'on injectait par l'uretère*, on verrait plutôt le bassinet crever que la masse pénétrer dans les canalicules urinifères » Quant aux veines émulgentes ou à la veine cave, il n'en est pas question. Bourgery va plus loin; voici ses propres expressions: « Les injections pratiquées dans les vaisseaux sanguins et les conduits excréteurs du rein prouvent: 1° . . . . . 2° que l'injection poussée par la veine arrive dans les conduits urinifères, tandis que celle qui est poussée par l'uretère *ne reflue pas par la veine.* » Quand je lus ce passage si affirmatif de Bourgery, je craignis d'avoir fait erreur et je recommençai mes expériences qui me prouvèrent de nouveau que l'erreur n'était pas de mon côté; c'est donc après des injections diverses, pratiquées sur soixante reins au moins, non seulement d'hommes, mais aussi de chiens, de chats, de moutons, de lapins, que je puis appuyer ma démonstration.

Je ne me suis pas, au reste, contenté de ces résultats, j'ai institué une série d'expériences et de recherches qui m'ont permis de déterminer, avec une certaine rigueur, la puissance nécessaire pour faire passer les liquides de l'uretère dans la veine cave. Voici comment j'ai procédé.

J'ai adapté successivement les uretères des deux reins d'un jeune homme de 26 ans, mort la veille de fièvre typhoïde, sans avoir eu aucune rétention d'urine, au bout de la canule d'une seringue en cuivre, dont le corps de pompe a 30 centimètres de hauteur. J'ai rempli ce corps de pompe d'eau pure, et j'ai placé dans la veine rénale un petit tube de verre dans un cas, un tuyau de plume dans l'autre, j'ai lié le vaisseau sur ce tube, l'artère rénale est restée béante: aucune goutte de liquide n'est sortie par les tubes adaptés à la veine, bien que l'uretère se soit distendu, ainsi qu'une partie du rein.

J'ai alors vissé le couvercle sur le corps de pompe, et, dans l'ouverture circulaire où passe la tige du piston, j'ai adapté et luté un tube en verre de 5 millimètres de diamètre creux et divisé en centimètres, puis sur l'extrémité supérieure de ce tube, j'ai placé un petit entonnoir en verre, et j'ai versé doucement de l'eau, en suspendant pendant quelques minutes, de 10 en 10 centimètres, jusqu'à 50, puis au-dessus de 5 en 5 centimètres, et, dans un cas, lorsque la colonne d'eau a eu atteint 75, et dans l'autre cas 85 centimètres de hauteur (y compris la hauteur du corps de pompe), le liquide a commencé à couler doucement, goutte à goutte, par le tube placé dans la veine, après avoir considérablement distendu la partie du rein dans laquelle logent les bassinets, le surplus du rein n'ayant pas changé de volume; le liquide, dans les deux cas, a continué de couler jusqu'à ce que le niveau de la surface de la colonne d'eau se fût abaissée à la hauteur de 20 centimètres dans le corps de pompe: alors le liquide a cessé de couler, la pression n'étant plus sans doute suffisante.

Il suit donc de cette expérience qu'il faut la pression d'une colonne liquide de 0m,80 environ de hauteur, pour déterminer sur le cadavre la pénétration du liquide de l'uretère dans la veine rénale. Cette hauteur de pression ne paraît au reste nécessaire que pour la première pénétration, car, après ces premières expériences, j'ai rempli simplement le corps de pompe d'eau, et le liquide a recommencé à couler et s'est arrêté encore à la même hauteur. Comme j'ai ensuite répété ces expériences sur d'autres reins, j'ai vu quelquefois le liquide ne plus s'arrêter à 20 centimètres de hauteur, mais bien continuer à couler complétement comme dans un siphon.

Maintenant il est facile de calculer avec ces données le poids supporté dans ces expériences par la surface interne des bassinets et des calices au moment de la pénétration du liquide. On sait, en effet, d'après les principes de l'hydrostatique, que la pression supportée par le fond ou les parois d'un vase plein d'eau, *quelle qu'en soit la forme*, peut être mesurée par le poids d'une colonne d'eau ayant pour base cette surface, et pour hauteur le niveau de la colonne d'eau qui domine, *quelle qu'en soit la dimension*, forte ou faible.

La hauteur ici est connue, elle égale 0m,80, il ne s'agit plus que de déterminer la surface comprimée, c'est-à-dire celle des bassinets et des calices; cette surface est très anfractueuse, elle ne peut être mesurée rigoureusement; mais il est possible de faire une approximation qui indique à peu de chose près cette surface. Si, après avoir injecté le rein par l'uretère et avoir bien distendu les calices, on fait une section à ce rein sur une de ses faces, un peu au delà de l'infundibulum, on verra le bassinet dans toute son étendue, et alors on remarquera que le bassinet est constitué par un vaste sinus scaphoïdal, au fond duquel se voient les ouvertures des calices. Ce sinus scaphoïdal, mesuré sur quatre reins, m'a paru être de 7 centimètres dans son plus grand diamètre, et de 1 mètre seulement dans son diamètre transverse; ces dimensions sont encore plus évidentes, si on prend la précaution d'injecter de la cire fondue par l'uretère, et de laisser bien refroidir avant de pratiquer la section.

Il suit donc de ce qui précède, que la surface de la section du bassinet vers son milieu présente une dimension de 7 centimètres carrés, et alors la colonne tout entière, qui pèse ou presse sur cette surface, est égale à 7 + 80 ou à 560 centimètres cubes d'eau ou à 560 grammes.

On pourra objecter peut-être que ces faits de pénétration n'ont eu lieu jusqu'ici que sur des pièces anatomiques, et que la résistance vitale sur l'être vivant doit s'opposer à cette pénétration; j'avais prévu l'objection, je me suis mis immédiatement en mesure d'y répondre.

Sur un chien de taille moyenne, mesurant 0m,75 du museau à l'anus, j'ai lié l'uretère gauche et l'ai amené à l'extérieur par un procédé opératoire que j'indiquerai plus loin; et après avoir procédé à la section de cet uretère, j'ai pratiqué une injection par l'orifice du bout tenant au rein, à l'aide d'une seringue à anneau remplie d'une solution d'iodure de potassium; bientôt, et en poussant assez fortement le piston, j'ai vu revenir du liquide par la plaie, ce qui m'a prouvé que, comme sur le cadavre, le liquide pouvait infiltrer le tissu cellulaire *intrà* et *extrà* rénal; l'animal vivait encore anesthésié par le chloroforme; je l'ai immédiatement sacrifié, puis, ouvrant rapidement l'abdomen, j'ai placé une ligature sur la veine cave, au-dessus et au-dessous des reins, de manière à comprendre entre les deux ligatures une étendue de 10 centimètres environ; j'ai enlevé ensuite toutes ces parties.

La veine cave a été ouverte, le sang versé dans une capsule de porcelaine et mélangé d'une certaine quantité d'eau distillée; le tout a été placé dans un petit ballon de verre.

Un lambeau du tissu cellulaire placé autour du rein injecté a été enlevé, coupé à morceaux et placé dans un autre petit ballon, avec addition d'eau distillée.

Le liquide des deux ballons a été soumis à l'ébullition, filtré et soumis aux réactions de l'amidon et de l'acide nitrique; immédiatement il s'est produit un iodure d'amidon reconnaissable à sa couleur violette.

J'ai examiné les reins pour voir s'il existait quelque rupture aux canaux urinaires: je n'ai rien remarqué.

Ainsi, la possibilité de la pénétration des liquides de l'uretère dans la veine cave, sur le vivant comme sur le cadavre, est donc un fait expérimentalement établi.

Maintenant rappelons-nous que les expériences de M. Cruveilhier et de Huschke semblent prouver l'impossibilité de faire pénétrer les matières à injection de l'uretère dans les tubes de Bellini; j'ai voulu savoir quelles voies suivent ces matières pour passer de l'uretère dans la veine cave, *et vice versa*; voici comment j'ai procédé: Sur les reins d'un homme de 60 ans, mort de pneumonie dans un service de l'hôpital autre que le mien, mais dont les organes urinaires étaient parfaitement sains, j'ai poussé par l'uretère une injection composée de suif et de cire, additionnée d'un dixième, en poids, d'essence de térébenthine, à laquelle j'ai ajouté une forte proportion de bleu de Prusse en poudre impalpable; j'ai fait précéder cette injection d'une autre, préparée seulement avec l'essence de térébenthine, colorée aussi en bleu.

Le lendemain, lorsque le refroidissement était complet, j'ai constaté que l'injection faite par l'uretère était passée en partie dans la veine cave; celle de la veine n'était point passée dans l'uretère, bien qu'elle eût été poussée avec beaucoup plus de force et de persistance, et que le rein, ainsi injecté, fût beaucoup plus volumineux que l'autre.

Après les avoir fendus tous deux par leur bord convexe, j'ai constaté que, ni dans l'un ni dans l'autre, il n'y a eu pénétration dans les tubes urinifères ou de Bellini; on ne voit ni à l'œil nu, ni à la loupe, aucune trace bleue, même de l'es-

---

premier établissement de bains, il y a de cela plus de vingt cinq ans. Mais depuis une dizaine d'années seulement, et grâce au chemin de fer, la vie, le mouvement, toutes les jolies choses de notre civilisation se sont substituées au silence de la grève; des villas élégantes ont peuplé la solitude et la jeune cité est aujourd'hui, je vous l'assure, du plus gracieux aspect. Il le faut bien pour justifier les vertiges de la spéculation! Croiriez-vous, Monsieur, que ce sable, si dédaigné naguère, ne se *donne* pas maintenant à moins de cent mille francs l'hectare, près de la plage?

Il se peut donc que des eaux soient très courues sans que la mode ait presque prononcé leur nom. C'est peut-être merveille; mais bien des merveilles sont explicables, et celle-ci est du ressort de la médecine.

Car ce n'est pas le jeu, les plaisirs, le salon qui attirent les baigneurs sur notre plage, c'est le besoin d'air pur, de calme, de santé. Il faut bien qu'on le sache: on ne *s'amuse* pas à Arcachon. C'est l'anathème qu'on lui jette à la face; impossible de le repousser. Bon nombre de personnes pourtant, et des meilleures, trouvent une distraction suffisante dans les courses à cheval, la promenade en bateau, les excursions dans la forêt, et, pour les enfans, les ébats de toute la journée sur le sable imprégné des sels marins. Mais il est convenu que ce n'est pas ainsi que l'on s'amuse; passons condamnation aux yeux du monde. Devant le tribunal auquel s'adressent ces lignes, réjouissons-nous au contraire de ces heureuses conditions dont s'accommode mieux l'hygiène des malades et même celle de beaucoup de bien portans.

L'histoire pittoresque et pratique de cet établissement maritime comporterait bien quelques détails sur le grand nombre et les vertus des chevaux landais et des yoles du bassin. Mais la yole, conduite le plus souvent par de vigoureuses marinières, est moins confortable que la célèbre gondole dont M. E. Carrière nous a montré l'utilité, et si je vous dis que le cheval des landes est laid, petit, sobre et infatigable, vous savez le principal.

Je passe à la description, un peu aride, mais indispensable de la topographie et de la météorologie d'Arcachon, afin d'en établir nettement le climat.

Vous savez déjà, Monsieur le rédacteur, la nature sablonneuse du sol; c'est dire que sa perméabilité ne permet pas à l'eau de séjourner à la surface. Les baigneurs savent bien qu'une heure après la pluie tous les sentiers sont praticables. La végétation qu'on serait tenté, *à priori*, de considérer comme *très* médiocre, est loin de présenter le caractère rachitique de celle qui rampe sur le sable de la Lande; car il n'y a aucune exagération à affirmer que le pin maritime y devient superbe, et que la flore de son empire est riche et curieuse. A vous qui êtes l'ami des fleurs, Monsieur, Arcachon pourrait offrir la gracieuse Thymélée des Alpes, la Bruyère blanche (*Erica polytrichifolia*) et l'Arbousier, orgueil de nos forêts. Eh! quelle ne serait pas votre admiration de voir aux bords même de l'eau salée les mille bouquets de fleurs rares cultivés avec un soin intelligent par chaque propriétaire!

La civilisation industrieuse qui, sur le bois sauvage a incrusté la villa élégante, les châlets, les petits palais de la villégiature, qui a fait en peu d'années tout une ville sur une plage déserte, a fait aussi beaucoup pour l'efficacité des influences médicatrices que l'on recherche dans les établissemens maritimes. Car il y a, à n'en pas douter, dans ce contraste des choses de l'art et de la nature, une action heureuse sur la plupart des organisations, particulièrement des plus délicates. Quelle est-elle? quelle est sa force, sa mesure? Toutes questions qui sont à l'étude; plus tard, peut-être, et je l'espère, la science des rapports du physique et du moral sera assez avancée pour nous permettre des conclusions rigoureuses à cet égard.

Revenons à la topographie.

Le bassin d'Arcachon a quatre kilomètres environ d'ouverture entre le cap Ferret, où se trouve le phare et le pilote, puis il se renfle pour former une baie de vingt lieues de tour à peu près et d'un diamètre moyen de trois à quatre lieues. La plage des bains, sur le côté méridional du périmètre, s'étend selon une ligne oblique de quatre kilom., faisant face au N.-Est. Elle est formée de sable fin, humide, couvert par les deux marées quotidiennes, qui laissent à nu dans leur intervalle un espace de 100 à 150 mètres de large, légèrement incliné. Ce relai est le séjour habituel des enfans — et ils fourmillent, je vous assure, — qui transportent leurs jeux sur la plage, où ils jouissent, *intùs* et *in cute*, de l'influence marine. Le soleil, pendant ce temps, réchauffe le lit du flux prochain, et la température du bain en est augmentée de 3 à 4 degrés.

Il n'y a aucune différence importante entre la composition chimique de l'eau prise à l'Océan et celle du bassin (Fauré). Ce qui diffère surtout de l'un à l'autre, l'on ne saurait trop le répéter, c'est le bain, l'*altitude* des flots. Au moment du flux, le bassin offre à peine une légère ondulation, quand la pleine mer a ses fortes lames; par une tempête, il est agité sans cesser d'être praticable, et, en temps ordinaire, il est comparable à une vaste piscine protégée de toutes parts. Pas de percussion énergique, pas de douche, par conséquent; mais l'eau de mer calme, mollement ondulée, avec sa densité et sa composition minérale. Les effets qu'on doit en attendre sont donc d'un tout autre ordre que ceux qu'on trouve dans les bains de mer ordinaires. C'est aux médecins de se bien pénétrer de cette vérité pour en faire une juste application.

La longueur et l'exposition de la ville d'Arcachon sont exactement celles de la plage que nous venons de décrire. Elle se compose d'une seule rue, double rangée de maisons dont les unes forment la lisière de la forêt et les autres la bordure riante du lac salé. Cette disposition est d'autant plus avantageuse pour les baigneurs que tous se trouvent ainsi presque également dans l'atmosphère maritime et dans celle, non moins précieuse, des pins. On comprend déjà que cette double influence, dont le pouvoir incontestable n'est ni assez connu ni assez étudié, suffirait pour distinguer Arcachon des autres stations de bains de mer; mais il s'en faut que ce soit la seule.

(*La suite prochainement.*) Dr Hameau.

Traité pratique des maladies des yeux, par W. Mackenzie, chirurgien-oculiste de S. M. B., professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow, chirurgien de l'hôpital ophthalmique de la même ville; traduit de l'anglais avec notes et additions, par S. Laugier, professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris, et G. Richelot, docteur en médecine. — Un fort vol. in-8°.

sence de térébenthine; l'injection de suif faite par l'uretère a, en partie, aplati les mamelons saillans dans les calices; elle s'est en partie moulée sur eux, et l'on peut distinguer sur cette matière des points qui correspondent aux orifices des tubes de Bellini; mais encore une fois, rien n'a pénétré dans ces tubes, la substance mamelonnée et la substance tubuleuse ont conservé leur aspect rayonné, leur coloration rouge, tels qu'on les observe toujours à l'état normal.

L'injection faite à l'aide du mercure coulant par l'uretère, n'a pas non plus pénétré dans les conduits urinifères.

Après avoir ainsi confirmé sur ce point ce qu'ont déjà observé les anatomistes, j'ai examiné le résultat de l'injection sur chaque ordre de canaux.

L'injection de la veine permet de disséquer ce vaisseau et de le suivre facilement tout autour des petites masses formées par la substance tubuleuse, là elle forme un réseau très serré; ensuite, l'on peut suivre les veinules jusqu'aux calices et aux bassinets, dans l'épaisseur desquels elles rampent de manière à lui donner une coloration bleuâtre; ces filets veineux sont du reste très saillans et très visibles, en dedans des calices, à l'œil nu. Au fond de chaque calice, on trouve un peu d'essence de térébenthine bleue qui, évidemment, a transsudé par les ramifications des veinules de la muqueuse calicinale.

J'ai injecté la même veine avec du mercure, et j'ai vu immédiatement un réseau argenté envelopper les bassinets et les calices dans des mailles très serrées qui s'étendent jusqu'aux mamelons; je ne trouve pas ces vaisseaux figurés sur les dessins de Bourgery que j'ai en ce moment sous les yeux.

Si on change de sujet d'observation et que l'on suive l'injection faite dans l'uretère, on remarque la même coloration de la muqueuse des calices, puis on voit que l'injection a rempli les ramuscules veineux qui forment le réseau dont j'ai parlé plus haut, autour des calices et des masses de substances tubuleuses, et que, de proche en proche, elle a gagné la veine émulgente et la veine cave elle-même, sans les avoir emplies complétement. De plus, on constate qu'une partie de l'injection liquide d'essence de térébenthine colorée en bleu, transsudant à travers les membranes, s'est infiltrée dans le tissu cellulaire qui entoure les calices, de telle sorte que la paroi extérieure de ces mêmes calices est plus colorée en bleu que la paroi intérieure, et de telle sorte aussi que l'on peut prévoir que si l'on poussait fortement l'injection par l'uretère, elle pourrait infiltrer non seulement le tissu cellulaire intrà-rénal, mais aussi s'étendre à celui qui entoure le rein extérieurement.

Ainsi, des diverses expériences que je viens de rapporter, il semble donc résulter que la pénétration des liquides de l'uretère dans la veine cave a lieu par le réseau veineux qui entoure les calices, et que, dans certains cas, il est possible que la transsudation de ces liquides ait lieu dans le tissu cellulaire du rein, à travers les parois de la muqueuse calicinale, et peut-être aussi par le sillon qui sépare les mamelons des calices.

(La fin à un prochain numéro.)

HYDROLOGIE.

NOTICE MÉDICALE SUR LES EAUX MINÉRALES DE POUGUES (1).

Les eaux de Pougues peuvent produire des titres de noblesse. Les Romains, ces hydrophiles obstinés, ont laissé à Pougues des traces de l'aménagement intelligent qu'ils faisaient subir à toutes les sources. Plusieurs rois de France et autres grands personnages ont fréquenté ces thermes depuis longtemps célèbres et ont vanté l'efficacité de leurs eaux. « Mon » bien aimé Miron, dit un jour Henri III à son premier méde» cin, *je me sens tout envoussé* (ensorcelé). » — « Sire, répon» dit ce dernier, les sorciers qui rendent Votre Majesté malade » ne sont pas de ceux qui se servent de grimoires; je suis » aussi grand sorcier qu'eux, j'ai une eau merveilleuse qui » jaillit des sources de Pougues; buvez-en et vous guérirez. » Ce que fit le roi et s'en trouva bien. Son astucieuse mère Catherine vint aussi à Pougues, dont les eaux eurent sur sa santé une influence si favorable que, par reconnaissance — singulière gratitude — elle fit bâtir un couvent près de la principale source. Henri IV, qui était graveleux et goutteux, est allé trois fois prendre les eaux de Pougues. Il écrivait au landgrave de Hesse, le 5 juillet 1603 : « Afin que vous sachiez où » me trouver, je vous dirai que j'ai été assailli d'une espèce » de colique néphrétique et que j'achèverai demain de prendre » les eaux de Pougues, desquelles je vous assure que je me » trouve merveilleusement bien. » Les témoignages du Béarnais en faveur des eaux de Pougues sont nombreux dans sa correspondance. Louis XIII, Louis XIV sont aussi venus à Pougues, et ce dernier s'en trouva si satisfait, qu'il rendit un édit pour que le transport des eaux fût fidèlement accompli. La tradition a conservé aussi le souvenir d'un grand nombre de personnages célèbres qui ont été demander aux eaux de Pougues le rétablissement de leur santé. On en trouve l'énumération dans la notice, dont les détails qui précèdent sont extraits, et qui contient aussi des renseignemens historiques et littéraires pleins d'intérêt.

Cependant, l'antique célébrité des eaux de Pougues s'était un peu éclipsée devant celle des sources de Vichy. La mode, cette capricieuse déesse, avait un peu déplacé le flot des baigneurs et des buveurs. Mais une sorte de réaction s'opère à cette heure en faveur des eaux de Pougues, et cette réaction est légitime. Elle se fonde sur l'observation sérieuse et attentive des bons résultats de l'emploi de l'eau de Pougues dans un grand nombre d'affections morbides, que l'auteur de la notice passe en revue.

Un mot d'abord des propriétés physiques et chimiques des eaux de Pougues.

Pougues possède deux sources : la plus ancienne, dite de Saint-Léger, est destinée à la boisson; ses eaux, dont la captation va être rendue plus parfaite, sont très abondantes en tout temps de l'année; la deuxième, découverte en 1833, sert à l'administration des bains.

L'eau pour la boisson est froide et très gazeuse; sa température est de 12 degrés, sa pesanteur spécifique de 1003°,12; examinée à la source, elle paraît en ébullition; le bouillonnement est produit par le dégagement d'acide carbonique qui s'y rencontre en grande quantité; puisée dans un verre, elle est limpide, inodore, de saveur aigrelette, piquante, alcaline.

Autrefois ces eaux ont été analysées par Duclos, Geoffroy, Costel et Hassenfratz.

MM. Boullay et Henry ont entrepris, en 1837, une nouvelle analyse, et ont ainsi établi la composition de l'eau de Pougues, dans l'*Annuaire des eaux de la France*, publié en 1853 par ordre du ministre du commerce. (Suit le tableau de cette analyse que nous ne publions pas.)

En lisant cette analyse, on voit que l'eau de Pougues rentre dans la classe des acidules calcaires, et sa désignation de calcaire vient des bases prédominantes, qui sont la chaux et la magnésie. Toutefois, comme elle contient un carbonate de soude, elle se confond par ce côté avec les eaux minérales acidules alcalines, ainsi désignées parce que la base dominante est la soude. Nous pouvons donc comparer les eaux de Pougues avec quelques-unes des eaux alcalines le plus en réputation.

En ne considérant que le résultat général, qui représente la somme des principes minéralisateurs, on a :

Pougues.	St-Alban.	Contrexéville.	St-Galmier.	Bussang.
3,8349	2,600	2,187	1,886	1,486

D'où il suit que, parmi les eaux acidules, celles de Pougues occupent, au point de vue que nous envisageons, le rang le plus important.

Quant aux propriétés générales des eaux de Pougues, l'auteur de la notice fait remarquer, et cette remarque est importante, que l'usage des eaux alcalinisées par les carbonates de chaux et de magnésie, comme le sont les eaux de Pougues, peut être prolongé sans que l'on voie se manifester l'action débilitante qui accompagne l'administration prolongée des mêmes sels à base de soude et de potasse. L'importance de l'action débilitante de ces derniers a été signalée d'une façon particulière, comme méritant la plus grande attention, par MM. Magendie et Trousseau. Les eaux de Pougues ont pour privilége de se conduire au milieu de l'économie, comme le font les eaux alcalines, sans en avoir les inconvéniens. Pendant tout le temps que les malades la boivent, leur économie est saturée d'alcali, puisque l'urine qui, dans ce cas, peut être considérée comme l'indice de ce qui se passe dans l'organisme, se montre constamment alcaline. Mais cet état d'alcalinisation générale, dit la notice, n'a jamais eu de conséquence fâcheuse.

A la suite des bicarbonates à base de chaux, de magnésie ou de soude, l'auteur ajoute qu'il faut tenir grand compte de celui à base d'oxyde de fer. « C'est à la présence de ce sel, dit-il, et à sa réduction en sous-carbonate par la perte d'acide carbonique à l'air libre, qu'est due la coloration jaune rougeâtre du dépôt que laisse l'eau de Pougues en s'évaporant. Il va sans dire que ce fer joue, pendant l'administration des eaux à l'intérieur, le rôle thérapeutique qui en fait une des substances les plus importantes de la matière médicale, agit comme tonique, comme réparateur du sang appauvri, et aide à la fabrication des globules rouges; mais en raison de sa petite proportion, il exerce cette action dans des limites très restreintes, d'où il suit que les personnes, et certes elles ne sont pas rares, qui ne peuvent supporter l'ingestion de la plus petite quantité de fer sans éprouver les chaleurs, les douleurs d'estomac de la gastralgie, peuvent prendre cette substance dans les eaux de Pougues sans en éprouver aucune espèce d'accidens.

» Cette manière d'administrer le fer a permis à des médecins instruits de la composition et des bons effets de l'eau qui nous occupe, de guérir des chloroses, chloro-anémies (pâles couleurs) liées à des troubles des fonctions digestives, quand d'autres confrères avaient épuisé toute la série des ferrugineux et des toniques sans faire autre chose qu'exaspérer les douleurs d'entrailles de leurs malades. Cette petite quantité de fer ne peut en rien contrarier l'action des sels alcalins de façon à inquiéter les médecins qui désireraient surtout avoir recours à l'action de ces derniers. »

L'auteur fait cette remarque, qui nous paraît d'une grande justesse :

« Les principes qui rendent une eau minérale vont tous ensemble à travers l'économie, faisant le bien sur leur route, et la somme de ces actions médicatrices constitue la vertu spécifique de la source. Tout en cherchant à se rendre compte de l'action de chacun, il faut les laisser agir dans leur ensemble, comme on fait de l'albumine, de la fibrine, des fécules, des matières grasses et fermentées qui entrent dans la composition d'un repas complet. Ces substances prises ensemble agissent mieux qu'isolément, de même des principes dominans d'une eau minérale. »

L'auteur énumère ensuite les maladies diverses au traitement desquelles les eaux de Pougues peuvent être employées avec succès.

C'est d'abord la *dyspepsie* qui, dans son sens étymologique absolu, veut dire trouble de la digestion, et dont les formes peuvent être très variées. Celles que l'auteur indique cèdent très bien à l'usage de l'eau de Pougues.

Nous venons de voir comment la *chlorose* est favorablement influencée par l'action de ces eaux. L'auteur fait observer que souvent l'état anémique est lié à quelque altération des fonctions digestives, et qu'alors l'eau de Pougues remplit une double indication, en modifiant le mauvais état de l'estomac et en corroborant l'économie par la petite dose de fer qu'elle contient.

Les *maladies du foie* et *de la rate*, c'est-à-dire les engorgemens de ces organes, éprouvent pour leur résolution une action extrêmement puissante des eaux de Pougues. Il est démontré, par les expériences de M. Cl. Bernard, que la presque totalité des matériaux de la digestion traverse le *foie* pour arriver dans la circulation générale, puisque les vaisseaux chylifères ne donnent accès qu'aux matières grasses émulsionnées. Il n'est donc pas surprenant qu'une eau, qui devient pendant un mois et plus la boisson ordinaire, et par conséquent traverse à chaque instant la substance du foie, qu'elle baigne et imprègne, doive avoir une action immense sur les maladies de cet organe.

Le *diabète* a été souvent modifié, quelquefois guéri, dit la notice, par l'usage des eaux de Pougues. Est-ce par leurs propriétés alcalines ou seulement par un résultat fonctionnel de l'excitation générale qu'elles produisent, qu'est due leur influence sur cette maladie? L'auteur adopte cette dernière opinion. M. Mialhe pourra la contester et avec une apparence de raison; car il nous semble que sa théorie du diabète et sur le traitement alcalin qui lui convient, est plus fortifié qu'ébranlé par l'observation clinique de Pougues.

Le chapitre le plus intéressant de cette notice est celui qui est consacré à la *gravelle* et au *catarrhe de la vessie*. L'auteur a fait un large usage des excellens mémoires publiés dans l'UNION MÉDICALE par M. de Crozant, médecin-inspecteur des eaux de Pougues, mémoires dont le souvenir est assez présent à l'esprit de nos lecteurs pour que nous n'ayons pas besoin d'en faire ici l'analyse. Il en ressort que les eaux de Pougues qui, pendant une longue série de siècles, ont parfaitement guéri la gravelle et le catarrhe de la vessie, n'ont rien perdu de leur efficacité dans le traitement de ces maladies, malgré la mode qui a fait affluer ailleurs les malades séduits par une théorie chimique, dont M. de Crozant conteste la vérité et la valeur.

Suivent des considérations de tous points applicables à la *goutte*, dont les eaux de Pougues, mieux peut-être que d'autres eaux actuellement plus vantées, modifient la cause et les phénomènes symptomatiques.

Nous terminerons cette analyse par la reproduction d'un fragment d'un mémoire inédit de M. de Crozant, sur l'heureuse application faite par cet habile hydrologue de l'emploi des eaux de Pougues au traitement de la *scrofule* :

« Pendant les années 1847-1848 et 1849, la commission administrative de l'hospice de Nevers voulut bien consentir, sur la demande que nous lui en avions faite, à nous confier une quarantaine de malades scrofuleux qu'elle avait dans ses salles depuis longtemps; elle loua à cet effet un local pour trois ans, et y envoya ses malades passer une partie de la belle saison. Le résultat du séjour de ces malades à Pougues a été tel, que la commission s'est empressée de prolonger son bail et d'adresser à Son Exc. le ministre de l'agriculture une lettre dans laquelle elle priait M. le ministre de donner à ces faits intéressans toute la publicité qu'il jugerait convenable dans l'intérêt des malades atteints d'infirmités analogues. Son Exc. M. le ministre m'a plusieurs fois demandé la communication des faits qui servaient de base à la demande qui lui était adressée, et j'ai cru devoir la retarder, sachant que ces guérisons, pour être valables, doivent avoir la consécration du temps, et que l'Académie de médecine, consultée à ce sujet, ne pouvait reconnaître qu'à cette condition la réalité d'une guérison. J'ai attendu trois ans, et je puis aujourd'hui donner avec toute garantie les observations consignées dans ce mémoire. Les jeunes filles dont il est question ont, toutes ou à peu près, été placées dans les environs comme domestiques, filles de ferme, etc. Je les revois souvent et suis, par conséquent, parfaitement sûr des guérisons que j'ai annoncées : des 40 malades que l'hospice de Nevers m'a adressés pendant ces trois années, je ne me suis occupé, dans ce compte-rendu, que des 29 enfans scrofuleux, afin que ce travail fût plus simple et par conséquent plus expressif. Je parlerai ailleurs des 11 autres malades (gastralgies, chlorose, fièvre intermittente, obstructions), qui pourront figurer avec les autres malades qui fréquentent habituellement la fontaine de Pougues. J'ai cru devoir donner fort en abrégé l'histoire de ces malades : les symptômes de leur maladie n'offrent rien d'intéressant pour la science, le diagnostic qu'ils expriment ne présente aucun doute, et leur simple énonciation suffit pour indiquer la gravité du mal. J'ai eu soin de noter l'époque à laquelle la maladie avait commencé, les médications qui avaient été suivies et le nombre d'années que le malade a suivi les eaux. Depuis 1849, l'hospice a continué à nous envoyer des malades, et nous avons obtenu les mêmes résultats. Nous avons eu chaque année 10 ou 15 malades nouveaux dont

(1) In-8°, Paris, 1856, chez Victor Masson.

nous ne parlerons pas ici ; notre but étant seulement, pour répondre à la demande ministérielle, de légitimer par des faits la lettre du conseil d'administration, et de ne citer que des guérisons de longue date.

» Sur ces 29 scrofuleux, nous avons obtenu, au bout de trois ans, 18 guérisons complètes ; sur ces 18 guéris, il y en a eu 17 de placés. Une jeune fille (Jeanne Moreau, n° 9), une de nos remarquables guérisons, est restée à l'hospice à cause d'une dartre à la face. Sur les 11 malades qui ne figurent pas parmi les guérisons, 3 n'avaient passé qu'une saison (celle de 1849) ; elles ont obtenu depuis la guérison que promettait l'amélioration notable que j'ai signalée à leur départ (voir les nos 23, 26 27). Trois autres n'ont pu continuer le traitement, et ont dû retourner à Nevers : deux atteintes de phthisie, une de teigne. Des 5 qui restaient comme n'étant pas guéries, une jeune fille est morte phthisique, deux autres ont obtenu leur guérison deux ans après, et deux restent, l'une avec une carie des os du pied qui semble en voie de guérison, l'autre avec un chapelet de glandes au cou. Ces deux jeunes filles, tout en restant malades, ont pris beaucoup de force ; l'état général s'est considérablement amélioré ; la constitution scrofuleuse a complétement disparu. On voit donc que sur les 29 malades qui nous ont été confiés, nous en avons guéri 23. C'est un résultat que je crois digne d'être noté.

» Nous voyons, d'après le relevé, que ces 23 guérisons ont été obtenues : 2 après trois ans, 9 après deux ans, et 12 après un an ; c'est-à-dire que toutes nos guérisons ont eu lieu après un ou deux ans de traitement ; les deux seuls malades qui font exception à cette règle ont été malades pendant encore deux ou trois ans.

» Ces résultats remarquables sont-ils dus à une action spécifique des eaux de Pougues sur les scrofules ? Je ne le crois pas ; quelque puissante que soit cette action, je la crois indirecte ; elle a lieu sur l'estomac et les intestins, dont elle réveille les fonctions engourdies comme toutes celles de ces natures chétives, sur la peau dont la blancheur mate annonce l'étiolement et la souffrance ; elle ravive ainsi le travail des organes les plus essentiels à la vie, et permet aux véritables réparateurs de l'organisme, la nourriture, l'air, la lumière, de refaire ces constitutions délabrées. Il faut que les enfans scrofuleux soient soumis à une alimentation substantielle, à un air pur, aux bienfaits de la lumière solaire ; mais il faut, pour qu'ils profitent de ces immenses avantages, qu'ils aient bon appétit, qu'ils digèrent bien, que la peau remplisse bien ses fonctions. Tel est le but et le résultat du traitement que j'ai fait suivre aux malades qui m'ont été confiés.

» Une fois par jour le malade reçoit une immersion froide ou un bain froid. Tous reçoivent, avant le bain ou l'immersion, une douche froide de trois ou quatre minutes sur la partie malade. L'immersion est de deux ou trois minutes à 10 ou 12°. Le bain, un peu moins froid, se prolonge dix minutes, un quart d'heure ; on frotte les malades avec un linge très sec et un peu dur. Ils s'habillent et boivent en se promenant la quantité d'eau qui leur a été prescrite. Ils boivent ordinairement, le matin, trois, quatre ou cinq verres, le soir un. Il est facile de comprendre l'action de ce traitement sur les fonctions de l'organisme. Au bout de quatre à cinq jours, l'appétit se fait sentir et les forces du jeune malade semblent augmenter. Cette surexcitation est quelquefois assez énergique pour qu'il faille la modérer d'abord et veiller aux accidens qu'elle pourrait produire. Je commence ordinairement par laisser le malade user du bienfait qui résulte pour lui du changement d'air, du séjour à la campagne, d'une vie, d'une alimentation nouvelles. Cette action est constante, elle dure, en général, dix à quinze jours. Au bout de ce temps, au moment où l'appétit diminue, je commence le traitement en allant progressivement, en faisant boire le malade et ne le soumettant que quelques jours après aux bains, immersions, etc. Il faut aussi, avons-nous dit, veiller aux accidens qui peuvent se produire : la fièvre, le dérangement d'entrailles, etc., qui disparaissent par la suspension de la médication qui les a fait naître. J'insisterai sur la nécessité d'associer les purgatifs à ce traitement et de combattre ainsi un embarras saburral qui se manifeste assez souvent. Toutes les fois qu'un enfant est soumis à une alimentation abondante, il est urgent de le purger souvent, surtout lorsque, chez cet enfant, l'appétit et les forces digestives sont artificiellement entretenues. Tous les huit jours, ces enfans ont pris une tasse de café au séné, purgatif doux, commode à faire prendre aux enfans, et produisant trois ou quatre selles dans la matinée. Le lendemain de la purgation, le traitement ordinaire est repris.

» Pendant tout le temps qu'a duré la cure des malades, je n'ai employé aucune médication spéciale, je n'ai fait aucun traitement local. Les plaies, les glandes ont été complétement abandonnées à elles-mêmes. Je n'ai employé ni caustiques ni fondans, j'ai seulement excisé les portions de peau décollées afin d'éviter les cicatrices difformes, et fait panser avec du cérat. »

Nous nous sommes un peu étendu sur cette notice, parce qu'elle nous a séduit par la candeur et la bonne foi qui y règnent. Cette petite brochure est écrite avec talent ; il y a dans cet opuscule plus de bonne médecine hydrologique que dans plusieurs gros et prétentieux volumes, et aujourd'hui, où l'on met en relief les plus simples œuvres comme titre à l'admiration des contemporains et de la postérité, nous sommes étonné de la modestie de l'auteur qui, comme on le dit au théâtre, a désiré garder l'anonyme.

Amédée Latour.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 17 Juin 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. le docteur Lebret, sur le service médical des eaux de Balaruc pendant l'année 1854.

— Un rapport de M. le docteur Lenfant, sur le service médical des eaux de Sail-sous-Couzan (Loire) pendant l'année 1854.

(Commission des eaux minérales.)

— Les tableaux des vaccinations pratiquées pendant l'année 1855, dans les départemens de la Loire-Inférieure, de la Vendée, de la Haute-Marne. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivans :

M. Parchappe, membre correspondant de l'Académie, adresse à M. le Président une lettre ainsi conçue :

« Monsieur le Président,

» J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien informer l'Académie » impériale de médecine que, me contentant des témoignages de sym» pathie qui m'ont été donnés, soit au sein de la compagnie, soit même » dans la section d'anatomie pathologique, je renonce à ma candida» ture pour le titre de membre résidant.

» Veuillez agréer, etc. Parchappe. »

— Une note de M. Léon Dufour, membre correspondant de l'Académie, sur un cas de dysurie intermittente guérie par la quinine. (Com. MM. Bégin, Civiale.)

— Un mémoire sur l'emploi de l'acide arsénieux dans les congestions encéphaliques, à titre de moyen prophylactique et curatif, par M. le docteur Lamare Picquot. (M. Piorry, rapporteur.)

— Une note sur la teinture éthérée d'acétate de fer, par M. Hoffmann, pharmacien à Paris, qui sollicite le titre de membre correspondant, et adresse la liste de ses travaux à l'appui de sa candidature. (M. Chevallier, rapporteur.)

— Un mémoire de M. le docteur Bouffier, chirurgien de marine, *sur un point obscur de la génération*. Il s'agit de la cause du sexe des enfans. L'auteur la trouve dans l'alternance du sexe des germes à chaque menstruation. (M. Bousquet, rapporteur.)

— M. Larrey dépose sur le bureau un ouvrage intitulé : *Osservazioni sul colera-morbo*, par M. Gaetano Barracano, de Naples. (Com. du choléra.)

— MM. Mannoury et Pichot adressent à l'Académie quelques réflexions au sujet de la vaccine contractée par le maréchal-ferrant Brissot en ferrant un cheval atteint d'eaux aux jambes, et qui a été l'objet d'un rapport lu par M. Bousquet dans la dernière séance. « Ce que nous pouvons affirmer, disent les auteurs de la lettre, c'est que Brissot n'a voulu tromper personne, et nous qui le connaissons et qui avons pris tous les renseignemens sur son caractère, nous n'avons pas douté un instant de sa sincérité. » (M. Bousquet, rapporteur.)

M. Chauffard lit les conclusions d'un mémoire intitulé : *Du typhus épidémique et contagieux observé à l'hôpital d'Avignon.*

— M. Ménière donne lecture d'une *Note sur un point de l'anatomie pathologique du tube digestif.*

Dès 1825 l'auteur a remarqué que, dans certaines autopsies, on voyait l'intestin réuni en boule au devant du rachis, ne dépassant pas l'angle sacro-vertébral en bas et latéralement n'atteignant pas les flancs. Dans ces cas, il y a diminution de longueur du mésentère. Quelle est la cause du phénomène ? Des signes non équivoques de péritonite permettaient d'attribuer ce retrait à l'inflammation. Mais, de plus, l'iléon est raccourci. Sur 164 nécropsies, M. Ménière a trouvé 88 fois l'intestin comparé à la taille du sujet dans le rapport de 4 à 1 ; 46 fois dans le rapport de 3 à 1 ; 30 fois au-dessous de cette dernière proportion. Or, dans les cas de péritonite, l'intestin n'a pas offert plus de 2 fois, 2 fois 1/2 la longueur du corps. Il suit de là que le raccourcissement ne porte pas seulement sur le mésentère, mais encore sur le feuillet qui enveloppe l'iléon. Il existe en même temps un épaississement de toutes les tuniques intestinales et une augmentation en nombre des valvules conniventes qui s'étendent jusque vers la fin de l'iléon. On peut se convaincre que non seulement le péritoine est friable, mais que le tissu sous-jacent est profondément altéré ; et c'est cette dernière altération qui paraît être la principale cause de la rétraction des replis péritonéaux ; c'est la seule que l'on rencontre dans certains cas de péritonite très récente, où les signes de la phlegmasie séreuse sont peu marqués. La rétraction qui en résulte est quelquefois assez forte pour faire rentrer des hernies irréductibles. Toutes ces considérations se rapportent à la fois à la forme aiguë et chronique de l'inflammation séreuse. On peut rapprocher cet effet de la péritonite de ceux qu'on observe à la suite de phlegmasies de la plèvre, l'arachnoïde, etc. (Comm. MM. Grisolle et Barth.)

M. Depaul présente un fœtus *cyclope* qui lui a été envoyé pendant la séance même. Comme dans un premier exemple de cette monstruosité que M. Depaul a eu l'occasion de montrer à l'Académie, on aperçoit ici un œil unique, une bouche rudimentaire ; mais ce qui caractérise le fœtus qui fait l'objet de la communication actuelle, et ce qui le différencie du précédent, c'est la présence d'un prolongement nasal en forme de trompe.

M. Depaul énonce brièvement, en attendant qu'il les décrive dans leurs détails, les résultats de la dissection qu'il a faite du premier fœtus cyclope : le globe oculaire était simple, il n'existait qu'un seul nerf optique, un seul hémisphère cérébral, l'autre étant remplacé par un kyste séreux.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de la section d'anatomie pathologique sur les candidatures à la place vacante dans cette section ; mais en l'absence de M. Blache, rapporteur, la séance publique est reprise quelques instans après.

M. Bousquet donne lecture du rapport annuel de la commission de vaccine sur les travaux qui lui ont été adressés dans le courant de l'année 1855. L'analyse de tous ces matériaux n'a fait que confirmer M. Bousquet dans ses convictions relativement à l'utilité de la *revaccination*, méthode qui gagne tous les jours de nouveaux partisans. Il réfute l'opinion de ceux qui repoussent la vaccine sous prétexte qu'elle engendre la fièvre typhoïde ou la rend plus fréquente, opinion insoutenable quand on considère l'ancienneté de la fièvre typhoïde ; car, en dépit des variations que la nomenclature a subies sous l'influence des diverses théories, il n'est pas difficile de reconnaître cette fièvre dans les livres les plus anciens ; elle est contemporaine de la médecine même. Aux statistiques que l'on a accumulées pour étayer la thèse en question, M. le rapporteur oppose les travaux importans de M. le docteur Bertillon, de Montmorency. Le résumé des recherches de M. Bertillon est annexé au rapport de la commission.

M. Bousquet termine en invitant les médecins qui seront assez favorisés pour rencontrer le *cow-pox*, à adresser ce virus à l'Académie qui se fera un devoir de l'expérimenter.

M. Hervez de Chégoin présente quelques observations au sujet des variétés que l'éruption vaccinale offre chez certains individus ; il se demande si elle ne diffère pas aussi quant à son pouvoir préservateur contre la variole.

M. Bousquet ne pense pas qu'il en soit ainsi ; il admet, au contraire, que l'éruption elle-même n'est pour rien dans la préservation ; lorsque celle-là paraît, celle-ci existe déjà ; en d'autres termes, les boutons ne sont pas le point de départ, mais bien le résultat de l'infection vaccinale. Telle était l'opinion de Jenner qui ne faisait, comme on sait, que deux piqûres ou même une seule, et qui souvent arrêtait la marche des boutons deux ou trois jours après leur apparition. M. Bousquet a été conduit, par ses expériences, à partager cette manière de voir. Il lui est arrivé plus d'une fois, après avoir vacciné des enfans, de cautériser énergiquement les boutons aussitôt qu'ils commençaient à se développer, dans le but de les éteindre, d'enrayer leur évolution. Ces enfans n'en avaient pas moins le bénéfice d'une bonne vaccine, ils n'en étaient pas moins réfractaires aux atteintes de la variole ; et ce qui le prouve, c'est que de nouvelles inoculations de vaccin restaient chez eux sans aucun résultat.

Il me paraît très probable, dit M. Bousquet, que les autres virus se comportent, en général, comme la vaccine, et je suis porté à croire avec M. Vidal que si l'on voit apparaître le chancre dit primitif, l'infection syphilitique s'est déjà opérée.

Le rapport est mis aux voix et adopté.

La séance est levée.

COURRIER.

L'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires (Val-de-Grâce) a souscrit pour la somme de 557 fr. en faveur des inondés.

— M. le docteur Jules Guyot a obtenu la médaille d'or et un prix, à l'exposition agricole, pour sa machine à fabriquer les paillassons et pour l'application qu'il a faite de son système à la préservation de la vigne et des espaliers contre les gelées et autres accidens météorologiques.

— Voici l'état des souscriptions pour l'exécution en marbre du buste de Pinel :

MM. Pinel (neveu), 200 fr. ; Pinel (Scipion), 45 fr. ; Pinel (Charles), 100 fr. ; Pinel (petit-fils), 50 fr. ; Rostan, 100 fr. ; Falret, 100 fr. ; Voisin, 100 fr. ; Semelaigne, 20 fr. ; Delaye (à Toulouse), 50 fr. ; Brierre de Boismont, 50 fr. ; Moreau (de Tours), 50 fr. ; Mitivié, 50 fr. ; Larrey, 15 fr. ; Baillarger, 50 fr. ; Calmeil, 20 fr. ; Bédor, 5 fr.

La souscription ayant atteint le chiffre de 1,000 fr. peut être considérée comme close. A l'exception des versemens que doivent faire MM. Ferrus et Bricheteau il ne sera plus reçu d'autres fonds.

— Par décret du 12 juin, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Commandeur : M. Amic, premier médecin en chef de la marine à la Martinique.

Officiers : MM. Bonnafont, médecin pricipal à l'hôpital militaire du Roule ; Godard, médecin principal à l'hôpital militaire de Versailles ; Barallier, 2me médecin en chef de la marine.

Chevaliers : MM. Marit, Ducreux, Blot, Leclerc, Lassaigne, du Bodon, Cordier, Prudhomme, médecins-majors ;

M. Reboud, médecin aide-major ;

M. Drouet, chirurgien professeur de la marine ;

M. Legaudin, chirurgien principal de la marine ;

MM. Ollivier, Richer-Desforges, Isnard, Bourdel, Gouin, Ballot, chirurgiens de la marine.

M. Ferdinand Martin, chirurgien orthopédiste des maisons impériales Napoléon.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc., etc., avec une *Introduction* par M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique, etc. — *Deuxième édition* revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'École de médecine.

Les fascicules II et III du

Traité pratique des maladies de l'œil, par W. Mackensie, chirurgien-oculiste de S. M. B., professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow, chirurgien de l'hôpital ophthalmologique de la même ville. Quatrième édition traduite de l'anglais et augmentée de notes, par le docteur E. Warlomont, membre de l'Académie de médecine de Belgique, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, et A. Testelin, D.-M. P. — Deux volumes grand in-8, avec figures dans le texte.

Conditions de la publication. — Le *Traité des maladies de l'œil* sera publié en douze fascicules, qui formeront deux volumes grand in-8, chacun de 700 à 800 pages, avec figures intercalées dans le texte.

Les fascicules paraîtront de mois en mois à partir du 1er avril 1856.

Deux fascicules pourront paraître à la fois, réunis sous une même couverture, lorsque la division des matières l'exigera.

Prix de chaque fascicule : 2 fr. 50 c.

Les souscripteurs qui enverront un mandat de 30 francs, recevront l'ouvrage *franco* par la poste.

Paris, Victor Masson, libraire.

Mémoire sur l'ensilage rationnel, système nouveau pour conserver les grains d'après les données positives de la science et de la pratique, sans déchet, sans perte de qualité, sans travail et à moindres frais que dans tout autre système, par M. L. Doyère, ex-professeur à l'Institut agronomique, etc. In-8°, Paris, 1856, imprimerie de Paul Dupont.

Clinique hydrothérapique de Bellevue. — Recherches et observations sur les maladies chroniques, par Louis Fleury, professeur agrégé, etc. Congestion sanguine chronique du foie ; engorgement, obstruction du foie ; hypémanie, hypochondrie, nosomanie. In-8, Paris, 1855, Labé, libraire.

La Turquie médicale au point de vue des **Armées expéditionnaires et des Voyageurs** ; Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, par Joseph Beyran, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ex-médecin major de l'hôpital impérial de la marine militaire, et chirurgien en chef de l'hôpital de Yeni-Keuié de Constantinople, suivi d'un **Vocabulaire scientifique et militaire.**—Broch. in-8 de 80 pages. — Prix : 2 fr.

Aux bureaux de l'*Union Médicale*, rue du Faubourg-Montmartre, 56, et chez les principaux libraires.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 75. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 21 Juin 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Pathologie : Recherches sur l'ischurie ; physiologie pathologique. — II. Clinique chirurgicale : Du kyste sus-orbitaire congénital. — III. Hydrophobie : Observation d'hydrophobie, après quatre mois d'incubation, chez un ouvrier mordu en même temps que plusieurs de ses camarades, non encore envahis par la maladie. — IV. Thérapeutique : Un mot sur la fièvre intermittente éclamptique ou épileptique. — V. Académies, sociétés savantes et associations. (Académie des sciences.) Séance du 9 Juin : Embryogénie ; étiologie de la duplicité monstrueuse. — Observations ozonométriques faites autour de la caserne de Saint-Cloud. — Anesthésie du sens du goût. — VI. Proposition : Souscription pour un banquet à offrir aux médecins de l'armée d'Orient. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Causeries.

PATHOLOGIE.

RECHERCHES SUR L'ISCHURIE ; — PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE ;

Par le docteur Claude GIGON,
Médecin des hôpitaux et des prisons de la ville d'Angoulême.

(2e PARTIE.)

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

DÉDUCTIONS PATHOLOGIQUES.

On a vu par ce qui précède que les liquides refluent facilement de l'uretère dans la veine rénale et la veine cave ; ce phénomène m'a suggéré certaines idées qui ne me paraissent pas déplacées dans un mémoire où l'on traite de l'Ischurie.

Tous les médecins savent que lorsqu'une cause quelconque s'oppose à l'écoulement de l'urine, la vessie se développe, se distend outre mesure ; les uretères, les reins eux-mêmes, sont gorgés d'urine et prennent des dimensions considérables ; il y a un sentiment de tension au périnée et dans la région des reins, la fièvre s'allume. Le corps du malade, la sueur notamment, la salive quelquefois, exhalent une odeur urineuse et la scène se termine ordinairement par la mort ; c'est ce que l'on observe surtout dans les rétentions d'urine par suite d'obstacle insurmontable dans les canaux et le réservoir urinaires, quelle qu'en soit la cause, dans la paralysie, suite de lésion du cerveau et de la moelle épinière, dans la fièvre typhoïde, dans quelques cas de folie, etc. Pour expliquer ces phénomènes pathologiques graves, on a supposé que l'urine était résorbée dans la vessie et portée dans le torrent circulatoire ; cette explication ne me paraît pas admissible : la vessie est tapissée à l'intérieur d'une membrane muqueuse très forte, destinée à contenir constamment de l'urine, et non à la résorber ; autant de temps que la muqueuse est entière, sans lésion de continuité, je ne pense pas qu'il y ait absorption d'urine par cette voie, et l'on sera bien plus confirmé dans cette opinion, si on se rappelle que « dans la rétention d'urine qui dure depuis longtemps, la distension excessive des parois de la vessie, loin de les amincir, comme on serait porté à le penser, donne lieu *à leur épaississement*, et que la tunique interne *en est le siége principal*. » (Boyer, *Malad. chirurg.*)

Si, d'un autre côté, on se rappelle avec quelle facilité les liquides injectés dans l'uretère passent dans les veines rénales, si l'on se rappelle aussi que dans les rétentions d'urine, quelquefois ce liquide distend considérablement et la vessie, et l'uretère, et les reins eux-mêmes, tout comme dans l'injection artificielle, on concevra qu'une certaine quantité de ce liquide doit pénétrer dans les veines émulgentes, de là dans la veine cave, et enfin, dans la circulation générale, d'où découlent les symptômes d'infection urineuse. A nos yeux, la fièvre urineuse n'est donc pas produite par l'absorption vésicale, mais simplement *par le reflux mécanique de l'urine dans le tronc de la veine cave*.

Ce reflux urinaire aura lieu bien plutôt quand l'obstacle se trouve en deçà qu'au delà de la vessie. En effet, quand l'obstacle a lieu dans l'uretère, les fibres contractiles de ce canal, mécaniquement et directement irritées, peuvent se contracter sur la pierre, mais cette réaction est trop faible pour faire pénétrer l'urine dans les veines ; dans ces cas, l'uretère se laisse distendre outre mesure ; c'est alors qu'on l'a vu s'allonger, décrire des zigzags, comme l'intestin grêle avec lequel on l'a confondu de prime-abord, prendre même des dimensions supérieures à la vessie, au dire de Choppart et Desault ; c'est alors aussi qu'on voit le rein s'enflammer, suppurer, s'atrophier, ainsi que cela eut lieu dans le cas que nous avons publié.

Si, au contraire, l'urine s'accumule dans la vessie (celle-ci étant encore saine), cette poche musculeuse se contracte fortement sur l'urine, ce qui constitue le ténesme vésical, et pousse le liquide du côté des reins, une petite quantité pénètre dans les radicelles veineuses, et, de proche en proche, dans la veine cave, et comme cette pénétration a lieu par le réseau veineux péri-calicinal, la substance glanduleuse est peu troublée, le rein continue à sécréter, les tubes de Bellini distillent toujours l'urine qui remplace celle qui est poussée dans les veines, de telle sorte qu'il ne se fait aucune déplétion, aucun vide dans les voies urinaires, jusqu'au moment où l'art a donné issue à l'urine.

On objectera peut-être à cette explication que les faits ne sauraient se passer ainsi, attendu que les valvules uretéro-vésicales s'opposant au reflux de l'urine dans les uretères, aucune pression ne peut être exercée sur le rein par la contraction vésicale. Cette objection est vraie tant que l'uretère est vide ; alors, en effet, les injections poussées par la verge distendent et même crèvent la vessie sans pénétrer dans l'uretère ; mais du moment où les uretères sont distendus à leur tour par l'urine, comme l'afflux du liquide a lieu de haut en bas, les valvules uretéro-vésicales sont repoussées du côté de la vessie, et même dans certains cas complétement effacées, et comme alors il n'existe aucun vide dans les canaux urinaires, la contraction de la vessie ne peut plus abaisser les soupapes uretériques ; la contraction de la vessie se fait sentir sur toute la continuité de la colonne de liquide, et alors la pression exercée sur les bassinets et les calices doit être fort considérable. En effet, dans l'état normal, lorsque le besoin d'uriner est intense, la vessie a la puissance de lancer la colonne d'urine à plus d'un mètre de distance, sans presque aucun secours des muscles abdominaux et malgré l'obstacle qu'apporte au cours du liquide la courbure de l'urètre, c'est-à-dire que la pression exercée par la contraction de la vessie sur le liquide contenu dans la cavité est égale à la pression d'une colonne de liquide d'un mètre de hauteur ; certes, il n'y a rien d'exagéré à considérer la puissance contractile de la vessie comme étant double dans un ténesme vésical intense, c'est-à-dire la pression comme étant égale à celle d'une colonne liquide de 2 mètres.

Or, comme la vessie dans une rétention d'urine absolue est un vase clos ; en vertu du principe hydrostatique de Pascal, tous les points de sa surface interne éprouvent une pression égale ; donc, la surface interne des calices et des bassinets, qui communique librement avec la vessie dont il n'est qu'un annexe, éprouve aussi la même pression, c'est-à-dire qu'elle est égale à celle d'une colonne liquide de 2 mètres de hauteur ; or, comme nous avons démontré par nos expériences précédentes qu'il suffit de la pression d'une colonne liquide de 0m,80 au maximum pour déterminer le passage du liquide de l'uretère dans la veine cave, *à fortiori*, ce passage aura lieu sous l'influence de la contraction vésicale qui est bien supérieure, et quel que soit l'excès de résistance qu'oppose la puissance vitale, et quelle que soit la déperdition de force résultant de l'élasticité des vases.

Au reste, s'il est vrai que la contraction de la vessie facilite singulièrement la pénétration de l'urine dans les voies circulatoires, cependant elle n'est pas indispensable ; l'accumulation

Feuilleton.

CAUSERIES.

SOUS LES PRUNIERS.

Causons donc encore une fois de ce pauvre monde médical, si triste, si fâcheux, quelquefois si tourmenté, si éprouvé... Mais le temps est si doux, la brise si embaumée et si tiède, l'air si pur et si tranquille, qu'on se laisse aller à croire qu'ici expirent les passions qui nous agitent, là, derrière ces grands arbres, sous cette brume qui enveloppe la grande ville et qui la dérobe aux regards. O! reste un instant ensevelie sous ton voile brumeux, ville cruelle et charmante, toi qu'on peut fuir, mais qu'on ne peut oublier ; laisse-moi voir un peu le bleu du ciel, sentir sur leurs tiges le parfum des roses, entendre sur l'arbre l'oiseau qui chante... Non, non, dit le devoir inexorable ; écris, écris ta *causerie* du jour.

Écrivons donc.

Charmant oiseau, petit pinson, qui égaies le jardin de tes chants incessans, dis-moi pourquoi tu as suspendu ton nid aux branches un peu vagabondes de ce prunier, plutôt qu'à celles plus correctes et plus touffues de ton voisin, ce beau cerisier ? Pourquoi ? C'est que celui qui apprend tout aux bêtes sans maîtres, sans la prison du collége, sans la férule et les pensums, t'a appris que les cerises mûrissent plutôt que la prune Reine-Claude, et qu'il t'a dit : Ne place pas le berceau de tes enfans sur le cerisier perfide ; tes œufs seraient à peine éclos, qu'une main cruelle, en cueillant les cerises, enlèverait ton nid. La Reine-Claude, sous notre pâle soleil, ne mûrit pas avant le 15 août, et d'ici-là, tes petits auront des ailes, ils auront fui leur couche de duvet, et tu sauveras ta jeune famille. Et c'est ainsi qu'a fait mon gai pinson, ce baromètre empenné qui possède deux chants dans son répertoire, l'un pour annoncer le mauvais temps, l'autre pour chanter le soleil ; le premier, à l'approche des nuages, en mode mineur, court, mélancolique, et qui veut dire en bon français : *Pluie, pluie ! prenez vos parapluies !* *Pluie, pluie !* L'autre en mode majeur, quand le soleil perce la nue, sonore, éclatant et gai comme le franc éclat de rire de l'enfant. Charmant oiseau.....

Mais n'ai-je point promis une *causerie* sur le monde médical et non sur le monde des oiseaux ? Revenons donc au plus tôt à notre tâche hebdomadaire.

Voici un fait dans lequel la question du secret médical s'est présentée sous un point de vue tout à fait nouveau.

Un monsieur de Toulouse, dans une querelle avec sa servante, sa concubine, reçoit d'elle un coup de couteau dans l'abdomen. M. le docteur Ripoll est appelé. Le blessé, comprenant la gravité de son état, et voulant éviter, pour l'honneur de sa mémoire et pour sa famille, le mauvais effet que produirait la connaissance de la vérité, supplie son médecin de la dissimuler et de donner à sa mort un prétexte quelconque. Le malade succombe, et M. le docteur Ripoll se croyant lié par les recommandations d'un mourant, déclare que son client est mort d'une péritonite aiguë, suite d'un coup de pied de cheval reçu sur l'abdomen. Cependant, la justice, un moment égarée, fait une enquête, et la vérité se découvre. L'auteur du meurtre est cité devant les assises, et plus tard M. le docteur Ripoll est appelé devant le tribunal correctionnel, accusé de publication de fausses nouvelles, pour avoir dit que son client était mort d'une maladie causée par un coup de pied de cheval, alors qu'il savait que cette mort était le résultat d'un crime.

Grâce à l'habile et éloquente plaidoirie de Me Fourtanier, le tribunal a relaxé M. le docteur Ripoll.

Mais, je dois le dire, les débats de cette affaire, dont le compte rendu a été publié par les journaux de Toulouse, prouvent qu'il s'est agi moins de la question professionnelle du secret, que de l'interprétation de la loi relative à la publication de fausses nouvelles. Dans le jugement intervenu, il n'y a aucun considérant qui se rapporte à ce point de l'affaire, et la plaidoirie de Me Fourtanier a semblé vouloir glisser prudemment sur la question. Il m'a paru aussi que l'honorabilité de notre confrère inculpé, que ses antécédens et sa bonne renommée ont eu une grande influence sur le résultat de l'affaire. Il y aurait donc peut-être imprudence à considérer le jugement du tribunal de Toulouse comme donnant une sanction nouvelle, et, dans un cas nouveau, au devoir professionnel sur le secret. C'est l'occasion pour moi, et je la saisis avec empressement, de recommander à nos confrères la lecture de l'excellent rapport fait au Congrès médical sur cette question, par M. le docteur Bayle. Notre honorable confrère a marqué d'une main sûre la ligne où finit le devoir professionnel et où commence le devoir du citoyen.

Je ne sais si les ornithologistes ont déjà fait cette remarque, c'est que tous les oiseaux chanteurs de la même espèce chantent tous sur le même ton. Les oiseaux n'ont pas ce qu'on appelle des *registres*, ou plutôt, ils ont tous le même registre. Il n'y a chez eux ni ténors, ni barytons, ni basses, il n'y a qu'une tonalité toujours à l'unisson et toujours à la même octave. Écoutez deux rossignols, une volière de serins des Canaries, vous ne pourrez pas saisir une dissonance ou un accord. La phrase musicale est plus ou moins complète, mais, outre que c'est toujours la même, elle est aussi toujours *unissonne*. Les oiseaux ne connaissent pas l'*harmonie* musicale, qui est une invention de l'homme ; ils ne savent que la *mélodie*, qui est la musique de la nature. Les peuples primitifs sont comme les oiseaux, sous le rapport du chant. Ils possèdent une phrase unique, toujours chantée à l'unisson, et dont le rhythme seul change, se ralentit ou s'accélère selon les passions qu'ils veulent exprimer. J'ai connu un jeune nègre, acheté au Brésil, et qui de tous les airs que son maître avait voulu lui apprendre, n'avait pu retenir que l'air : *J'ai du bon tabac*, etc. Comme ce nègre avait d'ailleurs de la mémoire, il avait appris les paroles de plusieurs chansons, mais il les chantait toutes sur le même air : *J'ai du bon tabac*. Le linot, le serin, le merle, le sansonnet de nos cages ne sont pas, quoi qu'on en dise, plus avancés que ce nègre. Vous pouvez bien leur apprendre un air, mais deux c'est bien difficile. — Revenons vite au devoir.

Je rendais hommage tout à l'heure à un travail de M. Bayle, et je le faisais avec plaisir. Qu'il me permette maintenant de lui dire, qu'après le malheur d'avoir eu des amis imprudens à l'Académie, il en éprouve un autre, celui d'avoir un défenseur très malhabile dans la *Revue mé-*

de l'urine dans une vessie inerte, lorsque la sécrétion continue, peut déterminer une tension assez considérable pour amener ce résultat.

Les phénomènes de la fièvre urineuse ne sont pas les seuls qui se manifestent dans les rétentions d'urine. On remarque aussi que lorsque cette maladie atteint des proportions considérables, il se forme des infiltrations, des abcès urineux autour des reins, surtout du côté du hile, et qui s'étendent dans l'abdomen le long de l'uretère, jusque dans la fosse iliaque, et quelquefois même occasionnent la suppuration des reins. Il y a quelques années, j'observai un fait semblable dans mon service ; la pièce anatomique a été conservée au cabinet de l'hôpital d'Angoulême.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de ces abcès urineux les ont toujours considérés comme étant déterminés par une rupture de l'un des points des voies urinaires ; c'est l'opinion formellement exprimée par Desault dans ce passage : « Ces sortes de dépôts urineux *supposent toujours une crevasse* dans quelques-uns des conduits excréteurs de l'urine, soit dans les reins, soit dans les uretères, la vessie ou l'urètre. » (*Œuvres chirur.* tome III, page 278.) Desault se contente d'émettre cette opinion, qu'il n'appuie, au reste, sur aucune observation d'anatomie pathologique. Nous pensons, nous, contrairement à l'opinion de ce grand chirurgien, que dans l'immense majorité des cas, les faits ne se passent pas ainsi ; les expériences que nous avons rapportées démontrent que si les injections poussées par l'uretère reviennent facilement par la veine cave, elles reviennent aussi assez facilement infiltrer le tissu cellulaire intrà et extrà-rénal, sans déterminer aucune rupture des voies urinaires, soit en filtrant à travers la muqueuse très ténue des calices et des bassinets, soit en s'infiltrant dans les ouvertures et les interstices situés dans le sillon qui unit les calices à la substance mamelonnée ; c'est cette urine ainsi infiltrée qui détermine et occasionne les phlegmons ou abcès urineux.

Au reste, nous avons cru pouvoir instituer quelques expériences pour justifier cette manière de voir, et bien qu'elles n'aient pas complétement réussi, nous croyons devoir les rapporter :

Le 23 mars, sur un chien lévrier de grande taille, je liai la verge avec très grand soin, les urines furent complétement interceptées, d'abord ; le 25 au matin, la verge tuméfiée fait une saillie considérable, mais le fil s'est sans doute un peu relâché, car au moment où je fais placer l'animal sur la table de dissection, il rend une petite quantité d'urine par jet ; je lie la verge de nouveau dans un autre point ; l'animal est sacrifié.

A l'ouverture, nous trouvons la vessie très développée, mais les uretères ne le sont plus ; ils sont flasques et naturels le long de la colonne vertébrale. Néanmoins, au dessous du rein droit, il existe une infiltration urinaire qui s'étend au tissu cellulaire intrà-rénal, bien qu'aucune des parties membraneuses des calices et des bassinets ne soit rompue.

L'expérience m'ayant paru incomplète, en raison des urines qu'avait rendues l'animal dans les derniers instants de sa vie, je voulus recommencer l'expérience.

Pour cela, le 22 avril, un chien très grand est amené à l'amphithéâtre, je lie la verge en ayant soin de passer un fil ciré sous la peau du fourreau ou prépuce, à l'aide d'une aiguille à suture ; au-dessous je place une autre ligature très fortement serrée ; l'urine paraît d'abord suspendue complétement.

Le 24, l'animal est placé sur la table à dissection, mais trouvant la vessie peu tendue, je le laisse jusqu'au lendemain sur cette table, dont le dessus en cuivre poli permettra de constater l'écoulement de l'urine ; une nouvelle ligature est placée au bout de la verge.

Le lendemain 25, au matin, je remarque que malgré toutes ces précautions l'animal a uriné, la table porte des traces de sels cuivreux formés par le contact de l'urine ; ayant échoué dans ce projet de déterminer une rétention absolue d'urine, je me décide à pratiquer sur le vivant la section de l'uretère ou *l'urétérotemnie*. Pour faciliter les manœuvres opératoires, l'animal est soumis au chloroforme et tombe au bout de quelques secondes dans l'anesthésie complète.

Une incision de 8 centim. environ est pratiquée au flanc gauche, tout près de la masse des muscles sacro-lombaires ; lorsque la peau, le tissu cellulaire, les parois musculaires sont divisées, on arrive sur la couche de tissu cellulaire sous-péritonéal, le doigt indicateur gauche le décolle et va à la recherche de l'aorte, que l'on sent battre très distinctement et qu'il serait extrêmement facile de lier par cette voie si l'on voulait faire des expériences. Chez le chien, l'uretère est situé au-dessus et tout le long de l'aorte ; il n'en est séparé que par une petite couche de tissu cellulaire. Aussi, bien que sa petitesse, sa flaccidité empêchent de le distinguer au toucher, on le saisit très bien ; pour cela il suffit de faire glisser le bout d'une sonde cannelée, légèrement courbe, percée d'un œil, armé d'un fil, au-dessus de l'aorte, et de faire décrire avec la main droite une courbe en bas à la plaque ou extrémité libre de cet instrument ; on comprend ainsi dans l'anse du fil tout ce qui se trouve entre l'aorte et le péritoine, l'uretère s'y trouve toujours compris, les uretères sont même si rapprochés qu'il est facile de les saisir tous deux, ce que j'ai fait dans le cas actuel. Après avoir dénudé l'uretère gauche, j'ai pu l'amener à l'ouverture de l'incision à l'aide du fil que j'avais passé au-dessous, j'ai pratiqué la section de l'uretère ; je me proposais même d'essayer de laisser vivre l'animal avec une fistule urinaire, mais l'infirmier qui me servait d'aide ayant fait aspirer une nouvelle dose de chloroforme, pour continuer l'anesthésie qui était presque dissipée, l'animal s'éteignit subitement entre mes mains, par suite de l'empoisonnement chloroformique. L'autopsie pratiquée sur le champ, me prouva que la rétention d'urine n'avait pas été suffisante pour faire distendre les uretères ; le but que je poursuivais n'était donc pas atteint complétement. Trois fois j'ai échoué dans mes essais de produire la rétention d'urine absolue, ce que j'attribuai à la présence de l'os pénial dans la verge du chien, qui empêche de serrer complétement le canal de l'urètre ; pour vérifier ce doute, j'ai soumis à la coction prolongée un pénis de chien, et après avoir enlevé les parties molles, j'ai vu qu'il existe à la partie inférieure de l'os pénial une rainure très profonde qui loge le canal de l'urètre presque tout entier, et qui en rend la compression exacte à peu près impossible.

En terminant mon travail, je veux remercier MM. Caillat et Bourgeois de l'empressement qu'ils ont mis à publier des observations afférentes au sujet que j'ai traité dans mon précédent mémoire, et qui en sont comme la confirmation. Je ne dirai que quelques mots à propos des réflexions qui ont été suggérées à M. Bourgeois par le fait remarquable qu'il a inséré dans ce journal ; cet honorable confrère s'exprime ainsi : « Les cas semblables ou analogues à celui que je viens de citer doivent être fort rares, je ne me rappelle pas avoir jamais rien lu qui pût y ressembler, aussi je serais très heureux, si quelqu'un de mes confrères en possédait d'analogues, d'en avoir excité la publication.

M. Bourgeois veut parler ici des cas d'anurie double, lorsqu'il n'y a d'obstacles ou de maladie qu'à un seul rein ; or, ces faits sont fort anciennement connus dans la science. Dès 1653, le célèbre anatomiste Jean Riolan s'exprimait ainsi dans son *Manuel anatomique et pathologique* : « . . . . . De là vient la flétrissure du rein et foiblesse en son action, qui est suivie . . . . . d'une entière suppression d'icelle (l'urine), *non seulement* dedans le rein qui est malade, mais aussi *dans celuy de l'autre costé*, à cause de leur fraternité et union qu'ils ont ensemble et de l'employ commun ; la mauvaise vapeur ou la matière purulente, passant facilement de l'un à l'autre ; et cette incommodité s'appelle ischurie, etc. » page 206. Morgagni (*De sedibus et causis morborum*), dans sa quarante-unième lettre, a longuement examiné cette question. Il cite avec détail les paragraphes du *Sepulcretum* de Bonet, où l'on trouve des faits pour et contre ; cependant, ses recherches le portent à conclure que si, dans quelques cas, on voit la lésion d'un seul rein déterminer la suspension complète de la sécrétion urinaire, les cas où, au contraire, la sécrétion urinaire continue dans le rein non malade, sont infiniment plus nombreux.

Plus tard, ces faits paraissent être tombés dans l'oubli, car il n'en est plus parlé par Lafitte et Hévin (*Mém. de l'Acad. royale de chirurgie*), qui pourtant ont longuement disserté sur la néphrotomie et les calculs du rein et de l'uretère, ni dans les œuvres de Desault, ni enfin dans l'une des plus récentes compilations modernes, *Dictionnaire des Dictionnaires etc.* (de Fabre). Nous devons donc remercier M. Bourgeois d'avoir rappelé l'attention sur ce sujet.

Au reste, il est bon de rappeler à cette occasion que la suppression des urines n'est pas toujours le résultat d'obstacles mécaniques. On peut voir dans la *Gazette Médicale de Paris*, année 1835, page 85, le compte-rendu d'un mémoire sur l'*ischurie rénale* ; dans un cas il y eut suppression totale d'urine, bien que les voies urinaires fussent parfaitement libres, et *qu'un seul rein* fût *plus volumineux*, avec *traces récentes d'inflammation* ; dans un autre cas analogue, l'urine, dit l'auteur, était évacuée par la peau, sur laquelle on retrouvait des cristaux de muriate d'ammoniaque. Ce sujet paraît encore fort obscur, mais il semble pourtant en résulter que l'inflammation d'un seul rein peut occasionner la suspension d'action de l'autre : pour quelle cause ? nous n'en savons pas bien la raison, sinon que la simultanéité de lésion, les sympathies pathologiques se rencontrent souvent dans les organes pairs, comme pour les yeux, les testicules, ou bien encore, ainsi que le disait naïvement Riolan, parce que *la mauvaise vapeur* passe facilement de l'un à l'autre rein (1).

CLINIQUE CHIRURGICALE.

DU KYSTE SUS-ORBITAIRE CONGÉNITAL ;

Par le docteur L. Gaillard, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Poitiers.

J'ai observé plus de vingt fois une petite tumeur congénitale qui se montre au pourtour de l'orbite. N'ayant point trouvé dans les auteurs une indication suffisante de cette affection,

(1) J'ai lu également avec intérêt les réflexions de M. de Crozant *sur l'étiologie de la gravelle*, où certains passages de mon mémoire ont été rappelés et critiqués, il me semble assez mal à propos, puisque je n'avais point traité un tel sujet. J'aurais bien, moi aussi, des observations à présenter à l'encontre de celles de M. de Crozant ; je ne le ferai pourtant point ici, ne voulant pas allonger encore ce mémoire, déjà trop long, et terminer par un article de polémique.

---

dicale. Je viens de lire l'article en plusieurs pages que M. Sales-Girons a bien voulu me consacrer, et, en vérité, je ne me sens ni l'envie, ni la force de répondre à cet immense coq à-l'âne. On m'assure, et répéter cela sera toute ma vengeance, que M. Cayol, un polémiste sérieux celui-là, se dispose à quitter un journal qui ne répond plus à ses habitudes et à ses goûts scientifiques et littéraires. Cette détermination de M. Cayol ne me surprend pas.

Qui ne s'est demandé pourquoi la nature qui s'est montrée si prodigue envers le cygne, envers le paon, sous le rapport de la beauté, de la grâce, de la forme et de l'éclat des couleurs, a pu si complétement les déshériter sous le rapport du chant ? Et, chose singulière ! elle a donné à un animal immonde, qui inspire le dégoût ou l'effroi, elle a donné au crapaud, oui au crapaud, une voix charmante. Cette voix n'a qu'une note, il est vrai, mais rien de plus doux, de plus mélancolique que cette note, plainte ou appel d'amour que l'animal exhale dans les calmes et sereines nuits du printemps, et qui promet que cette belle nuit sera suivie d'un beau jour.

En finirai-je au moins de ces bucoliques ?

Le jour de l'élection de M. Trousseau à l'Académie de médecine, un académicien se lève au moment du vote, et dit assez haut pour que je l'entende, et peut-être afin que je l'entende : Je viens voter contre l'Europe. Cette exclamation était sans doute une allusion à ce que j'avais dit sur l'étonnement qu'éprouverait l'Europe médicale d'un échec de M. Trousseau. Je demande la permission de mettre sous les yeux de cet académicien l'article suivant publié par un des journaux de médecine les plus estimés de l'Europe, par la *Presse médicale Belge* :

« M. le professeur Trousseau vient d'être nommé membre de l'Académie impériale de médecine de Paris. M. Bayle, qui avait été placé en première ligne par la section de thérapeutique, n'a obtenu que 18 voix, tandis que M. Trousseau, qui avait été placé en seconde ligne par la même section, a obtenu 54 voix. L'Académie de Paris a, par ce vote, donné une leçon de justice et d'impartialité à ces hommes qui ne se laissent diriger dans leurs actions que par des étroites et mesquines questions de personnes, et ne savent pas reconnaître le talent et le mérite là où ils ne rencontrent pas un ami ou un serviteur. Il était de toute évidence que l'Europe médicale *eût été stupéfiée* si la nomination de M. Trousseau n'eût pas eu lieu, surtout dans la section de thérapeutique. Il y a des noms qui ne se discutent pas. »

Voici, par exemple, un des êtres les plus heureux de la création. Le voyez-vous mollement couché sur les pétales de cette belle rose *Nyphetos*. Comme son vert d'émeraude, verni d'or, tranche admirablement sur la mate blancheur de la corolle. Il est là dans sa couche nuptiale ; il vit du pollen des étamines qui échappent toujours, et quoi qu'on fasse, à l'hypertrophie des pétales ; il se désaltère de la rosée matinale ; il passe la saison des amours dans le parfum des roses. Heureux coléoptère, brillante *Cétoine dorée*, est-il vrai que ton corselet, ou tes élytres, ou tes antennes renferment le merveilleux antidote de la rage ? Cette opinion nous vient de la Russie. J'ai promis d'envoyer à Alfort une petite cargaison de cétoines dorées. Il faut tout essayer dans une maladie contre laquelle la thérapeutique est si fatalement impuissante. Mais comment feront nos savans vétérinaires pour administrer le médicament aux chiens enragés ? Je m'en rapporte sur ce point à leur ingéniosité expérimentale.

Mais, enfin, tout cela n'est pas encore de la chronique hebdomadaire et j'en ai promis.

Je lisais ces jours passés dans un mémoire inédit de Broussais, du grand Broussais, qu'il refusait le *moi*, la notion de la personnalité aux insectes. J'ai là sous les yeux un petit fait qui ne me paraît pas d'accord avec cette théorie philosophique. Un de ces gros insectes, que les ignorans comme moi appellent une *couturière*, et que les entomologistes doivent avoir affublé de quelque nom barbare, vient d'être mortellement piqué par une petite araignée de terre. Celle-ci, après s'être repue de son sang, a abandonné le cadavre qui gît à mes pieds. Une fourmi le rencontre, et voilà la pauvre bête qui s'épuise en vains efforts pour l'entraîner. Après plusieurs minutes de ce travail énorme, la fourmi se détache de sa proie trop pesante pour elle, et avec une rapidité extrême elle s'en va. Où ? J'ai eu la curiosité de vouloir le savoir. A plusieurs mètres de distance, elle rencontre une voie tracée sur le sable, avec talus de chaque côté ; c'est un des chemins de la fourmilière, et sur ce chemin courent et trottillent un grand nombre de fourmis, les unes allant à la picorée, les autres en revenant, qui avec un fétu de paille, qui avec des menues graines, plusieurs entre autres, les maraudeuses ! avec des graines de radis que j'ai semées la veille. Ma fourmi arrête tous les passans, et certainement elle leur parle. La plupart ne l'écoutent pas et filent leur chemin. Enfin elle parvient à faire trois recrues, elle se met à leur tête, et, comme une vraie patrouille de soldats, trois hommes et un caporal, elle les dirige sur le théâtre de l'événement. Nos quatre fourmis se mettent à l'œuvre. Ici, la vérité historique m'oblige à dire que pendant que les unes tirent par devant, les autres tirent par derrière, et que cette divergence de forces amenant l'équilibre, la besogne n'avance pas. Mais, hélas ! j'ai vu aussi des hommes tirant le char de l'État, les uns par devant, les autres par derrière, et vous savez ce qui advint. Toujours est-il, et c'est ce qu'il faut conclure de ce petit drame, que, contrairement à l'opinion de Broussais, ce n'est pas le pur instinct qui a pu produire cette complexité de raisonnemens, d'appréciations et d'actes qui ont amené le résultat que je viens de raconter.

Décidément, je quitte les pruniers.

Amédée Latour.

Le *Courrier de l'Isère* rapporte que M. le docteur Aragon (de Bourg-d'Oisans) a péri, le 29 mai, victime des inondations qui ravagent une partie de la France. M. Aragon, en revenant la nuit de visiter ses malades dans les montagnes, a été surpris par les eaux d'un torrent et entraîné par elles. Le 31 mai, son cadavre n'avait pas encore été retrouvé.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira son *cours de physiologie comparée* le mardi 24 juin 1856, à 11 heures précises, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Il traitera cette année de l'*ontologie* ou *étude des êtres*.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie.

j'ai cherché à fixer, d'après les faits qui me sont particuliers, sa nature et son traitement. Mes premières observations datent de loin; mais j'ai égaré une première série, et je me bornerai à donner l'histoire des derniers malades. Au reste, tous ces faits présentent une si complète analogie, qu'un seul pourrait tenir lieu de tous les autres.

Obs. I. — Périer, sergent au 23me de ligne, entre à l'Hôtel-Dieu le 17 mars 1854, porte une petite tumeur globuleuse, circonscrite, mobile, sans altération de la peau, du volume d'un pois rond, placée à l'angle externe de l'œil, au-dessous du sourcil. Cette tumeur a la résistance d'une poche remplie de matière pultacée. Ce jeune homme déclare qu'il a toujours eu cette tumeur. Elle ne l'incommode point. Il se refuse à toute opération.

Obs. II. — Mlle Louise P... de Villeneuve, âgée de 17 ans, est atteinte depuis sa naissance d'une tumeur placée entre le sourcil gauche et l'angle externe de la paupière. Cette tumeur, grosse comme une lentille au moment de la naissance, s'est graduellement accrue, toujours sans douleur; elle gêne les mouvemens de la paupière supérieure, et offre une difformité désagréable.

Le 21 juin 1852, entre la queue du sourcil qu'elle soulève et l'angle externe de l'œil qu'elle déprime, se trouve une tumeur arrondie du volume d'une petite noix, hémisphérique, régulière, égale, sans adhérence à la peau; elle offre la tension élastique d'un kyste.

Opération. — On incise largement, et suivant la courbe du sourcil on disèque, on enlève tout le kyste. On réunit avec deux épingles fines. Pour topique, eau fraîche.

La tumeur était placée sous le plan musculaire et immédiatement sur l'os; elle est enveloppée d'un tissu cellulaire dense, auquel elle adhère. La dissection de ce kyste, si voisin du globe de l'œil, est assez laborieuse. Néanmoins, on l'enlève sans l'ouvrir.

La tumeur a le volume d'un ovaire; elle est doublée partout d'une enveloppe cellulo-fibreuse; au-dessous de cette enveloppe, se trouve une membrane épaisse, comme albuginée, très résistante, aussi difficile à déchirer qu'à couper; du reste, souple et élastique, bien nacrée à sa surface intérieure. La matière contenue est pultacée, caséeuse, d'un blanc grisâtre, sans odeur; elle contient un grand nombre de poils fins, analogues à ceux du sourcil.

Les jours suivans, la malade va très bien. Le 23, on enlève les épingles. Le 27, la réunion est solide, sans accident.

Dans les autres opérations, nous avons le plus souvent réuni simplement avec des bandelettes de taffetas d'Angleterre.

Obs. III. — Mme X..., âgée de 35 ans, est atteinte depuis sa naissance d'une tumeur placée au grand angle de l'œil gauche. Cette tumeur s'accroît graduellement; elle a été incisée sans succès il y a vingt ans.

Le 23 novembre 1853, la tumeur est placée entre l'œil et le dos du nez, entre la tête du sourcil et l'aile du nez; elle a le volume d'une grosse amande couverte de sa coque; elle est ovoïde, régulière, globuleuse, très saillante, plus grosse en haut qu'en bas; elle a 3 centimètres de hauteur sur 2 de largeur. Elle est tendue, profondément fluctuante et adhérente aux organes sous-jacens, sans aucune mobilité; elle est indolente. La peau qui la recouvre est lisse, sans adhérence, un peu colorée au sommet. Cette tumeur ne gêne que par son volume.

Une incision ovale est faite de haut en bas; on disèque ses bords; on arrive à la tumeur qui est peu à peu isolée des parties sous-jacentes. Cette opération n'est pas sans difficulté, à cause de l'écoulement de sang et de l'adhérence du kyste avec une fossette ou dépression digitale qu'il s'est creusée à la surface des os. Cependant le kyste est complétement enlevé.

La tumeur est remplie de sérosité jaunâtre, formée à l'extérieur par une membrane fibreuse, à l'intérieur par une muqueuse nacrée.

La plaie a été réunie. La guérison a eu lieu.

Obs. IV. — Meneteau, âgée de 6 mois, est apportée à l'Hôtel-Dieu le 10 juillet 1851. Cette enfant porte depuis sa naissance, à la partie externe du bord supérieur de l'orbite du côté droit une tumeur ovoïde, élastique, indolente, sans aucune altération à la peau, profondément placée, peu mobile.

On incise la peau, on disèque, on enlève la tumeur en totalité; elle présente la forme d'un haricot blanc et adhère au périoste; c'est un kyste rempli d'une bouillie épaisse, sphacélée. L'enveloppe est fibreuse, doublée à l'intérieur d'une membrane muqueuse, lisse, résistante, très solide, difficile à déchirer.

La plaie a été réunie par première intention; cependant elle a suppuré. La petite malade est sortie guérie au bout d'une huitaine.

Obs. V. — X..., âgée de 17 ans, réglée depuis trois ans, d'un tempérament sanguin et d'une forte constitution, présente à l'angle externe de l'œil droit une tumeur molle, indolente, élastique, placée à environ 1 centimètre 1/2 de la commissure des paupières.

Cette tumeur, du volume d'un petit œuf coupé en deux, dont la face plane serait appliquée transversalement sur la tempe, envahit 1 centimètre environ du cuir chevelu voisin, et soulève légèrement la pointe du sourcil.

L'ablation est indispensable.

Une incision rectiligne, et n'intéressant que les tégumens, est pratiquée sur le grand diamètre de la tumeur.

Le kyste, disséqué avec le plus grand soin, sans être entamé, est extrêmement adhérent à la peau, à laquelle il est uni par un tissu cellulaire très serré. Celui qui le sépare de l'aponévrose du muscle temporal est un peu plus lâche.

Lorsque la tumeur est enlevée, on rapproche les tégumens, et la plaie se réunit par première intention.

Anatomie pathologique. — Le kyste, détaché, présente le volume d'un œuf de perdrix environ. Il est formé par une membrane extrêmement résistante. Après l'avoir incisée, on remarque qu'elle est composée de deux feuillets unis par du tissu cellulaire d'une densité modérée.

Le feuillet externe est fibreux. L'interne, qui a l'apparence d'une membrane muqueuse, ressemble tout à fait à celle qui tapisse la face interne du prépuce.

Quand on a débarrassé la cavité du kyste de la matière grisâtre et pultacée qu'elle renferme, on remarque sur la face interne de cette membrane muqueuse des plaques assez adhérentes, qu'un courant d'eau ne parvient pas à détacher. Leur forme est ovalaire, leur substance blanchâtre, concrète, formée apparemment par une portion de la matière sécrétée, dont les parties les plus liquides auraient été absorbées.

Ces plaques, qu'on détache assez facilement avec l'ongle, ressemblent à s'y méprendre aux plaques de matière sébacée, accumulée et concrétée depuis longtemps, qu'on rencontre sur le cadavre des gens malpropres, entre le prépuce et le gland. Leur épaisseur est de 1 à 2 millimètres.

Les parens de la malade dont il s'agit racontent que peu de temps après sa naissance, ils remarquèrent une petite *grosseur* à côté de l'œil de leur fille. Cette tumeur étant fort petite, et n'occasionnant aucune douleur à l'enfant; ils n'y avaient point fait attention. Elle a acquis graduellement le volume qu'elle présente aujourd'hui, et ce n'est qu'à cause de la difformité qu'il en résulte, qu'ils se sont décidés à la faire opérer.

Dr DE LA MARDIÈRE.

Obs. VI. — Célestine Marchand, âgée de 16 ans, est atteinte, depuis sa naissance, d'une tumeur placée sous la pointe du sourcil droit. Cette tumeur est arrondie, de la grosseur d'une petite noix, souple, élastique, indolente, profondément située sous le plan musculaire, adhérente au périoste de l'apophyse orbitaire externe; elle y a déprimé l'os et s'y est creusé une fossette qui peut recevoir le bout de l'indicateur.

Le 1er mai 1853, la tumeur est enlevée avec soin; la plaie réunie par première intention.

Le kyste est formé d'une membrane argentée très épaisse, tenace, doublée de tissu fibreux à l'extérieur.

La tumeur est remplie d'une matière pultacée grisâtre.

La guérison ne s'est pas fait attendre.

Obs. VII. — François Ouvrard, enfant de 3 mois, porte depuis sa naissance un kyste sus-orbitaire gros comme un haricot blanc.

Il a été opéré et guéri.

En résumé, une *tumeur congénitale* se montre assez souvent au pourtour de l'orbite. Les affections congénitales ne sont pas nombreuses. C'est une de plus qu'il faut ajouter à celles déjà connues.

Cette tumeur est un *kyste dermoïde*, formé à l'intérieur par une muqueuse résistante de couleur nacrée, doublée d'un tissu cellulaire fibreux. Ce kyste est situé au-dessous du plan musculaire et adhère au périoste. Lorsque le sujet avance en âge, la tumeur creuse une dépression digitiforme à la surface de l'os.

Le kyste sus-orbitaire congénital s'accroît peu à peu, sans prendre jamais un grand volume; il ne guérit pas spontanément. C'est une tumeur circonscrite, arrondie, indolente, molle, un peu fluctuante, sans altération de la peau.

Le traitement qui lui convient c'est l'extirpation complète. On incise largement la peau et les couches musculaires; on disèque la tumeur, on l'enlève. La guérison est prompte.

Nous avons vu dans trois circonstances des traitemens différens être employés sans succès. (Voyez obs. III.)

Obs. VIII. — M. X..., élève en pharmacie chez M. Grimaud, était atteint d'un kyste congénital de l'orbite. Cette tumeur avait été largement incisée et vidée par un chirurgien deux années avant; néanmoins, elle avait récidivé. Il fallut opérer l'ablation complète. Placée sous la queue du sourcil gauche, la tumeur avait fortement déprimé la surface de l'os.

Obs. IX. — D..., journalier, âgé de 40 ans, de Jouet, près Mirebeau, était atteint d'un kyste congénital placé sous la queue du sourcil, un peu en haut. Ce kyste, devenu volumineux, fut incisé par un médecin voisin, qui s'efforça de l'oblitérer par suppuration. Ce malade vint me voir. Il conservait depuis plusieurs semaines une ouverture fistuleuse. Des injections stimulantes variées n'eurent aucun résultat. Ce kyste s'étendait profondément vers la fosse temporale, et l'opération m'inspirait quelques craintes. Je me décidai à le traverser de part en part par un séton. La mèche resta trois mois; mais aucun travail de suppuration ne s'établit dans les parois de la tumeur. Lassé de ces essais infructueux, il fallut en venir à l'ablation. Une large incision pénétra dans le kyste, et mit à nu ses parois lisses et nacrées tout à fait intactes. Cette membrane, fort adhérente, fut enlevée par une dissection minutieuse. La guérison a été définitive.

HYDROPHOBIE.

OBSERVATION D'HYDROPHOBIE, APRÈS QUATRE MOIS D'INCUBATION, CHEZ UN OUVRIER MORDU EN MÊME TEMPS QUE PLUSIEURS DE SES CAMARADES, NON ENCORE ENVAHIS PAR LA MALADIE.

Le 15 octobre 1855, à cinq heures du matin, six ouvriers des forges furent assaillis par un chien de forte taille qui les mordit successivement dans la lutte. Ils se présentèrent tous chez moi, et l'aide-major d'un régiment de chasseurs, alors cantonné à Moyeuvre-Grande, qui me remplaçait dans ma clientèle pendant une courte absence, les rassura et se contenta de faire laver les plaies avec de l'eau ammoniacale. Je rentrai chez moi le soir même, et m'empressai de visiter tous les blessés: ils me parurent tranquilles sur les conséquences de l'accident; les plaies étaient, par elles-mêmes, sans gravité, de simples égratignures aux mains et aux jambes. Quatorze heures s'étaient écoulées depuis le moment des morsures, je ne crus plus opportun de cautériser; l'absorption du virus rabique, si virus il y avait, devait avoir eu lieu déjà. Je fis tout mon possible pour fortifier la sécurité des malades, et me promis cependant de les surveiller avec sollicitude.

Cependant quelques bruits se répandirent dans les ateliers et dans le village; un ouvrier refusa de continuer son travail près d'un des blessés; une femme refusa de coucher avec son mari; ce mari était Lavandier, forgeron, âgé de 28 ans, dont nous allons rapporter l'observation. Le maire crut devoir intervenir, et menaça les six victimes de les faire séquestrer pendant quarante jours, s'ils ne faisaient pas le pèlerinage à Saint-Hubert, réclamé par la superstition publique. Le pèlerinage eut lieu, et mes hommes revinrent guéris de par le saint, et rapportant de plus le pouvoir de donner répit de quarante jours à ceux qui, comme eux, auraient besoin de faire le pèlerinage.

Près de quatre mois se passèrent sans qu'il arrivât rien de nouveau; seulement j'avais remarqué que deux jeunes hommes conservaient de la tristesse et de l'inquiétude; je les abordais souvent et tâchais de distraire leur esprit de cette préoccupation; c'est le 14 février que je fus appelé près de Lavandier, et voici l'état dans lequel je le trouvai à neuf heures du matin :

14 au matin. Les égratignures de la main et de la jambe droites ne laissent plus de traces de leur existence; la nuit a été pénible, sans sommeil; le malade se plaint de douleurs lancinantes très vives dans tout le bras et l'épaule droits, s'irradiant dans les muscles pectoraux; céphalalgie par intervalles; vomissemens bilieux; langue saburrale; pouls petit, dur et concentré; la douleur du bras est comparée à la morsure de cinquante chiens. Je prescris l'émétique en lavage et des frictions avec un liniment chloroformé.

Soir. Soulagement dans les douleurs; les vomissemens ont été abondans; pas de selles; le pouls est toujours petit; on remarque dans l'expression de la physionomie quelque chose de hagard, quelques contractions isolées des muscles de la face; pas de trismus. — Lavement savonneux, frictions chloroformées.

15, matin. Les douleurs se sont fixées autour de l'articulation scapulo-humérale droite; le malade repousse les liquides qui lui occasionnent, lorsqu'il les approche de sa bouche, un sentiment de constriction de la gorge et d'étouffement; l'agitation des couvertures, de l'air autour de lui, produisent le même effet. — Lavement savonneux, gelée de groseille, lait caillé, orange.

Midi. Consultation dans laquelle on constate tous les symptômes précédens qui ne laissent aucun doute sur la gravité de l'affection; l'horreur des liquides se prononce davantage; le lait caillé, la gelée de groseille ont pu être supportés par petites quantités, en occasionnant toujours à leur aspect un mouvement de la tête en arrière; l'orange a été repoussée comme fournissant trop de jus. — Huit ventouses scarifiées autour de l'épaule; 25 milligrammes d'extrait de belladone toutes les heures.

Soir. Les douleurs de l'épaule sont calmées; l'intelligence est nette; cependant le visage exprime toujours la crainte; les douleurs se font sentir dans le bras gauche; des points dans la poitrine; le contact d'une main étrangère détermine des commotions semblables à celles de l'électricité; le dernier lavement ayant produit le même sentiment de répulsion que l'ingestion des liquides par la bouche, on continue le traitement, moins le lavement.

16, matin. Les hommes de garde rapportent que le malade s'est endormi, mais qu'au bout de quelques minutes, il s'est éveillé en se plaignant que les voisins lui soufflaient au visage, à travers les murs, pour lui ôter la respiration. Le pouls est moins agité, la soif moins vive, sans cependant pouvoir être satisfaite; le malade trempe sa cuiller dans le lait caillé, et la passe ensuite dans sa bouche pour la rafraîchir. Quoique la quantité de liquide adhérent soit très minime, lorsque la déglutition s'en opère, il y a toujours une sorte d'horripilation. Cependant la bouche est sèche; les papilles de la partie supérieure de la langue font saillie à sa surface qui est comme gaufrée. On ne voit toujours pas de pustules lyssiques sous la langue. Le malade ne pense pas à la morsure qu'il a éprouvée; il traite sa belle-mère d'imbécille, parce qu'elle vient maladroitement lui rapporter les bruits qui circulent dans le village, et que je fais tout mon possible pour étouffer dans l'intérêt des autres blessés, sur l'imagination desquels ils pourraient avoir une funeste influence.

Soir. L'agitation est extrême; le malade se plaint de la présence d'un animal dans sa gorge, et, pour le saisir, il introduit la main tout entière dans la bouche et les doigts jusque dans le pharynx; il arrive ainsi jusqu'à l'épiglotte, qu'il prend pour la tête de l'animal et qu'il voudrait arracher; il me supplie de le débarrasser de cette bête. L'amaigrissement fait des progrès effrayans; la force musculaire est extraordinairement développée; les sens sont arrivés à un degré extrême de finesse; il entend les moindres bruits; il me demande d'interdire aux hommes de garde l'usage du tabac et de l'eau-de-vie, dont l'odeur l'incommode; il ne veut plus faire usage du liniment chloroformé; le narcotisme ne se produit toujours pas.

17, matin. La nuit a été affreuse; le malade a voulu se jeter par la fenêtre, et quatre hommes vigoureux ont eu peine à le contenir; tous les symptômes s'aggravent; la bouche reste ouverte d'une grandeur effrayante; son intérieur est rouge, sanguinolent, desséché; la parole est difficile, les cris rauques; il montre toujours sa bête, et cependant conserve encore de l'espoir malgré mon impuissance qu'il accuse.

Soir. Le pouls est plus petit, plus concentré, mais le malade est toujours d'une force et d'une agilité surprenantes pour échapper à ses gardes. La mort arrive après trois heures d'un délire tranquille.

Pendant sa maladie, Lavandier n'a pas offert de traces de pustules sous la langue, n'a jamais eu de soupçons sur la nature de son mal, n'a jamais manifesté d'envies de mordre, n'a jamais eu d'accès bien tranchés; enfin, il y aurait eu quatre mois d'incubation. Aujourd'hui, 5 juin, les cinq autres malades n'ont rien éprouvé: Lavandier est-il mort de la rage? ou bien a-t-il été victime de l'hydrophobie rabiforme?

Dr CONSTANTIN.

Moyeuvre-Grande (Moselle), le 5 juin 1856.

THÉRAPEUTIQUE.

UN MOT SUR LA FIÈVRE INTERMITTENTE ÉCLAMPTIQUE OU ÉPILEPTIQUE.

Rambervillers, 16 Juin 1856.

Monsieur et très honoré confrère,

Je viens de lire, dans le numéro du 14 juin 1856 de l'UNION MÉDICALE, un travail intitulé : *Fièvre intermittente chez les enfans; éclampsie;* observation recueillie par M. Blachez, interne des hôpitaux de Paris.

M. Blachez dit ceci : « Tous les auteurs ont noté les modifications qu'apporte l'enfance aux différentes formes des maladies ; mais nous ne sachons pas qu'on ait jamais rapporté à la cachexie paludéenne les convulsions survenues chez les enfans.

» A l'exception de M. Bouchut, tous les auteurs spéciaux se taisent sur la fièvre intermittente des enfans. . . . . »

M. Blachez relate ensuite un cas de fièvre larvée à forme éclamptique, observé chez un enfant de six mois et guéri par le sulfate de quinine ; et il émet l'opinion que cette forme morbide n'a point encore été décrite.

Tout en rendant hommage au mérite de ce travail, je dirai que la fièvre intermittente éclamptique a été décrite.

Dans la *Revue thérapeutique du Midi*, année 1853, t. IVe, se trouve une note intitulée : *Quelques cas de névroses convulsives*, note à la fin de laquelle (page 238) j'ai relaté un cas de fièvre intermittente éclamptique produit chez un enfant de sept mois et guéri par le sulfate de quinine.

Dans le même journal, se trouve aussi (année 1855, t. VIIIe) un travail plus étendu, ayant pour titre : *Nouveaux cas de fièvre éclamptique ou convulsive*, et où l'on voit entre autres faits (page 175 et suivantes), deux cas ayant eu lieu simultanément chez des enfans de sept mois également, et guéris de même par le sel de quinine.

Dans les *Annales médicales de la Flandre occidentale* (années 1855-56, 13e et 15e livraisons), j'ai publié un troisième travail, une sorte de mémoire sur cette *fièvre intermittente éclamptique ou épileptique*. Ce mémoire, principalement relatif à la maladie observée chez l'adulte, se termine par la relation d'un cas de fièvre éclamptique offert par un enfant de quatorze mois, et dont, malgré une sorte de chronicité, la guérison a été on ne peut plus rapidement obtenue par la médication quinique.

Mes autres travaux sur nos pyrexies protéiques contiennent encore des observations relatives à la maladie en question, que j'ai envisagée sous divers aspects.

Comme nos autres pyrexies, dont les formes sont très nombreuses, la fièvre éclamptique peut se montrer isolément, ou, ce qui est plus commun, s'associer à d'autres expressions morbides : cholériques, délirantes, etc., alterner avec celles-ci. Comme ces autres pyrexies, elle a sa forme aiguë, sa forme suraiguë ou foudroyante, et sa forme chronique, également variable dans sa durée. Comme elle aussi, elle varie beaucoup sous le rapport du degré de l'élément fébrile, parfois latent, au point de faire croire à son absence complète. Alors, ainsi que je l'ai dit plus d'une fois, on peut croire que l'on a affaire à l'éclampsie ordinaire ou à l'épilepsie.

En certains temps, la fièvre éclamptiforme ou épileptiforme est prédominante, comme en certains temps aussi, les formes cholérique, délirante et autres sont prédominantes.

Dans les formes aiguës et suraiguës, je n'emploie guère, en fait d'antipériodiques, que les préparations de quinquina ; mais, dans les formes chroniques, les préparations arsénicales m'ont fourni des succès. Cela soit dit à titre de réparation, car ces derniers agens m'ont, pendant longtemps, inspiré de la méfiance.

Dr Liégey.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 Juin 1856. — Présidence de M. Isid. Geoffroy St-Hilaire.

Embryogénie. — Étiologie de la duplicité monstrueuse.

M. Serres lit, sur ce sujet, une note qui fait suite au mémoire qu'il a lu dans la précédente séance. Cette note est relative à l'ordre de formation de la vésicule ovigène et de la vésicule germinative, et à l'étiologie de la duplicité monstrueuse. L'auteur résume cette dernière partie de son travail par les corollaires suivans extraits de la théorie des formations et des déformations organiques appliquée à l'anatomie de Ritta-Christina et de la duplicité monstrueuse (1832), et qui sont relatifs à l'influence qu'exercent sur la duplicité monstrueuse la veine ombilicale qui représente le vitellus, et les artères du même nom qui représentent l'allantoïde.

« On voit la duplicité de la veine ombilicale produire la duplicité de tous les organismes du plan supérieur à l'ombilic, et l'unité des artères ne donne naissance qu'aux développemens ordinaires dans le plan inférieur.

» On voit, par contre, la duplicité des artères ombilicales doubler le plan inférieur, tandis que le supérieur reste simple, si simple est la veine ombilicale.

» On voit encore, dans la duplicité des veines ombilicales, l'une d'elles, l'antérieure, presque toujours plus volumineuse que la postérieure ; d'où résultera la prédominance du foie, du cœur, des poumons, du thorax, du col, de la tête situés en avant, et l'avortement plus ou moins marqué des mêmes parties situées en arrière.

» On voit, enfin, dans la duplicité des artères ombilicales, les antérieures plus prononcées ordinairement que les postérieures ; d'où résultera, si les bassins sont coalescens, la prédominance de l'antérieur sur le postérieur, la prédominance de la vessie et de l'utérus situés en avant sur l'utérus et la vessie placés en arrière. Tous ces rapports se suivent.

» Or, tous ces rapports ont une condition générale et commune dans la disposition primitive des placentas.

» Si les placentas sont libres, les deux embryons, indépendans l'un de l'autre, peuvent parcourir leurs évolutions respectives et venir à terme bien conformés. C'est le cas des jumeaux ordinaires.

» Ou bien, des deux embryons, le plus fort peut se développer aux dépens du plus faible ; c'est le cas si fréquent d'un enfant bien conformé, coexistant dans le même utérus avec un acéphale, et toujours avec un acéphale libre. Si, au contraire, les deux placentas sont confondus et coalescens, de cette coalescence résulte d'abord une communauté d'enveloppes, puis une communauté des deux cordons ombilicaux. Les deux embryons, isolés dans le principe, sont ainsi suspendus à une tige commune.

» Or, ainsi suspendus, on conçoit qu'il est encore possible que les deux enfans se développent régulièrement, et que, de ces enveloppes communes sortent des jumeaux bien conformés ; mais ils n'en sortent et ne peuvent en sortir qu'à une condition, celle d'être unis par leur ombilic.

» C'est le cas des jumeaux coalescens comme les deux Siamois (omphalo-dymes).

» On conçoit encore que, de deux embryons si voisins, le plus fort atrophie le plus faible, d'où résulte un enfant ordinaire et un acéphale, unis par l'ombilic, par l'intestin et des vaisseaux. C'est l'acéphalite parasite constituant les hétéradelphes.

» On conçoit, enfin, que cet acéphale resté parasite par privation de veine ombilicale, et venant à acquérir cette veine, rentre dans ses droits par cette acquisition ; il devient alors l'égal de son frère, et fournit la moitié de son contingent pour les organismes communs qui doivent les unir. Les deux enfans n'en forment plus qu'un seul. Ce sont les monstres doubles ou les hépato-dymes. Mais, d'après ce qui précède, ces deux enfans sont rarement complets ; le plus souvent il manque quelques parties à l'un et à l'autre ; l'un et l'autre considérés à part, sont des monstres par défaut, dont l'association donne naissance aux organismes communs qui les unissent et les confondent en ramenant leur dualité à l'unité. »

Observations ozonométriques faites autour de la caserne de Saint-Cloud.

M. Bérigny (de Versailles) lit un travail dans lequel il rend compte à l'Académie des observations ozonométriques qu'il a faites avec le papier Schœnbein autour de la caserne de Saint-Cloud (du 6 octobre au 5 novembre 1855).

Les observations ont été faites au premier et au troisième étage de la caserne, sur la cour et sur la façade regardant la Seine. Ce lieu d'expérimentation a été choisi parce que ce bâtiment présentait intérieurement et extérieurement des conditions d'un grand intérêt scientifique, à cause des différens états météorologiques qu'il offrait par ses expositions diverses, par l'état hygrométrique dépendant du cours de la Seine, et par l'agglomération d'hommes logés dans ce bâtiment.

Il résulte de ces observations :

1° Qu'il y a plus d'ozone le jour que la nuit, lorsque l'on opère sans tenir compte de l'exposition des papiers ozonométriques ;

2° Que l'on trouve, au contraire, plus d'ozone la nuit que le jour du côté de la Seine.

3° Qu'il y a, comme dans le premier cas, plus d'ozone le jour que la nuit du côté de la cour.

Si l'on examine les résultats que fournissent les expériences par rapport aux deux altitudes auxquelles les appareils étaient situés, on constate les suivans :

1° Qu'il y a moins d'ozone au premier qu'au troisième étage, lorsque l'on opère sans tenir compte de l'exposition des papiers ozonométriques ;

2° Que si, au contraire, on recherche les résultats fournis séparément du côté de la cour et du côté de la rivière au premier et au troisième étage, on trouve :

3° Qu'il y a dans les deux cas plus d'ozone au troisième qu'au premier étage.

Ici, comme dans tous les cas qui concernent l'altitude, on retrouve la même loi qui démontre que, plus on s'élève, plus on rencontre d'ozone.

Une preuve qui vient à l'appui de l'influence que l'ozone exerce sur la santé se trouve dans l'examen d'un état indiquant le nombre des malades survenus depuis le 12 septembre jusqu'au 31 octobre dernier. Cet état, établi de telle sorte qu'il indique la situation des malades par étage, fournit les résultats suivans sur 49 malades :

Pour le premier étage. . . .	21	
Pour le deuxième étage. . .	12	
Pour le troisième étage. . .	12	Total. . . . 49
Pour le quatrième étage. . .	4	

D'où il suit que le nombre de ces malades a été beaucoup plus fort au premier étage qu'au troisième.

L'auteur a voulu s'assurer si la marche de l'ozone, à Saint-Cloud, était la même que celle de Versailles. Il résulte de ce rapprochement que la marche de l'ozone, à très peu d'exceptions près, est exactement la même à Saint-Cloud qu'à Versailles. Ce fait est important, parce qu'il prouve que la présence de l'ozone subit la même loi que les autres phénomènes météorologiques, en s'exerçant également dans un certain rayon. (Commissaires : MM. Becquerel, Cl. Bernard et Jules Cloquet.)

Anesthésie du sens du goût.

M. Guyot adresse une note sur ce sujet, dont voici un extrait :

« La chirurgie fait un fréquent usage de la glace, de mélanges réfrigérans employés comme anesthésique local. Ces réfrigérans, qui abolissent la sensibilité à la douleur, sont-ils aussi propres à éteindre la sensibilité spéciale, celle du goût, par exemple ? *A priori*, on est porté à le croire ainsi ; mais aucune expérience, à notre connaissance du moins, ne l'a encore démontré. C'est le hasard qui nous a fait reconnaître qu'un morceau de glace, conservé dans la bouche, enlève presque complétement aux maqueuses linguale et buccale leur aptitude à percevoir les saveurs. C'est là un résultat qui peut, si nous ne nous trompons, avoir son application pratique.

» Ainsi, chacun sait que le colombo est doué d'une grande amertume. Or, au moyen de la glace conservée dans la bouche avant de prendre ce médicament et pendant qu'on en fait la déglutition, on ne sent que très peu son amertume, et il est probable qu'on ne la sentirait pas du tout si, au lieu de glace commune, on employait quelque mélange d'une température plus basse. »

— M. Bouniceau soumet au jugement de l'Académie la huitième partie de ses *Recherches sur le mode de propagation de la sangsue médicinale*. (Commission nommée.)

— M. Cadet envoie de Rome une nouvelle série de corrections relatives à ses précédentes communications sur le choléra-morbus et sur les entozoaires observés dans les déjections cholériques. (Commission du prix Bréant.)

— M. Piorry prie l'Académie d'admettre au concours pour les prix de médecine et de chirurgie son mémoire *sur l'organographisme*.

— M. Joire adresse, pour le même concours, un opuscule intitulé : *Études sur la circulation*.

PROPOSITION.

SOUSCRIPTION POUR UN BANQUET A OFFRIR AUX MÉDECINS DE L'ARMÉE D'ORIENT.

Nous avons reçu la lettre suivante, qui contient une proposition à laquelle nous adhérons de tout cœur :

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire les paroles pleines de cordialité et de généreuse énergie que M. Baudens a prononcées récemment sur la tombe du docteur Desblancs, mort du typhus à Constantinople. Je suis encore ému, lorsque, après cette lecture, je songe aux fatigues inouïes et aux dangers de toute espèce auxquels nos confrères ont été si constamment exposés pendant la guerre qui vient de finir. Je ne puis surtout me défendre d'un profond sentiment de tristesse en pensant au nombre considérable de ceux que le fer de l'ennemi, que le climat, que les maladies, plus terribles encore, ont moissonnés depuis trois ans. Une chose, sinon me console, du moins apporte quelque adoucissement à ma peine, c'est que, là-bas, chacun a fait son devoir et s'est couvert d'une gloire immortelle. Aussi, répéterai-je bien haut avec M. l'inspecteur Baudens : Jamais la médecine militaire n'a brillé d'un plus vif éclat. A juste titre, elle doit être heureuse du rôle que la destinée lui a fait.

Pour nous, praticiens de Paris, praticiens des départemens, qui représentons la médecine civile, nous devons être fiers de nos confrères de l'armée. En toutes circonstances, en effet, ils ont bien mérité de la profession. Ils ont montré une fois encore que, malgré l'injustice des hommes et celle de la société, chez le riche comme chez le pauvre, aussi bien dans la clientèle privée que sur les champs de bataille, le médecin reste toujours la plus haute personnification de la probité et du dévouement, et que jamais il ne reconnaît pour mobile de sa conduite que ces trois nobles mots : honneur, patrie, humanité.

Transporté d'enthousiasme pour tant d'actes éclatans d'abnégation et de courage, j'ai cru qu'il était de notre devoir, à nous médecins civils, de témoigner notre reconnaissance à nos confrères de l'armée.

Voici donc ce que je propose à cet effet :

C'est qu'au nom de la famille médicale française, les praticiens civils offrent un banquet à leurs confrères de Crimée aussitôt que ceux-ci seront de retour en France.

Je pense, Monsieur le rédacteur, que vous accueillerez favorablement cette idée, et qu'en conséquence vous voudrez bien faire imprimer ma lettre dans un des plus prochains numéros de votre journal. Je ne doute pas non plus que chacun de vos abonnés n'approuve avec satisfaction cette manière d'honorer ceux qui ont porté si haut la gloire de la médecine française.

Je propose, en outre, qu'en souvenir de ce banquet, des médailles soient offertes à chacun de nos dignes invités, avec cette inscription : Témoignage d'estime et de sympathie offert par la médecine civile aux médecins de l'armée d'Orient.

Veuillez agréer, etc.

Dr Maheux,
29, rue des Jeûneurs.

Paris, 16 Juin 1856.

Nous pensons que M. le docteur Maheux fera bien de convoquer immédiatement le corps médical de Paris, afin de constituer une commission d'initiative et d'exécution.

COURRIER.

Par décret impérial du 16 juin, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique et des cultes, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Donné, recteur de l'Académie de Montpellier ; Nélaton, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Bussy, président de l'Académie de médecine, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris ; Corvisart, docteur en médecine.

Au grade de chevalier : MM. Fiihol, professeur à la Faculté des sciences et à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse ; Oppermann, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg ; Gaillard, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Poitiers ; Philippe, professeur à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims ; Cazeaux, ancien agrégé de la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie impériale de médecine ; Briau, bibliothécaire de l'Académie impériale de médecine ; Debout docteur en médecine, directeur du *Bulletin de thérapeutique médicale*.

Qu'il nous soit permis, après l'indication de ces nominations, de faire surtout remarquer, en l'honneur de la Presse médicale, la nomination de notre honorable confrère, M. le docteur Debout, rédacteur en chef du *Bulletin de thérapeutique*.

— M. le docteur Mérier, directeur de l'asile départemental des aliénés de la Haute-Marne, à Saint-Dizier, vient d'être nommé médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Maréville (Meurthe), en remplacement de M. le docteur Morel qui passe à Rouen.

Pour toutes les nouvelles, Amédée Latour.

Traité de la Maladie vénérienne, par J. Hunter, traduit de l'anglais par le docteur G. Richelot, avec des notes et des additions par le docteur Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital des Vénériens, membre de l'Académie de médecine, etc. ; accompagnée de 9 planches. — 2e édition, revue, corrigée et augmentée. Paris, 1852. — Prix : 9 fr.
Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, rue Hautefeuille, 19.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 76. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 24 Juin 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, à *Paris*.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. CONSULTATION pour un cas de blépharoptose. — II. PATHOLOGIE : Examen de cette question : l'utérus est-il le siége de l'hystérie, et, à ce sujet, exemples d'hystérie chez la femme sans utérus, ou ayant un utérus à l'état rudimentaire, et cas d'hystérie complète chez l'homme. — III REVUE GÉNÉRALE : Moyen de remplacer le lait dans certains cas. — De l'emploi du brome et du bromure de potassium dans le traitement des affections pseudo-membraneuses. — Emploi du chlorate de potasse dans les affections diphthéritiques. — Observation de chorée violente guérie par l'immobilisation par l'emmaillottement. — IV. PRESSE MÉDICALE : Recherches statistiques sur la durée de la fièvre typhoïde dans les cas mortels. — V. FEUILLETON : Arcachon.

CONSULTATION

POUR UN CAS DE BLÉPHAROPTOSE.

Le Mans, 5 juin 1856.

Monsieur le rédacteur,

Je me permets de réclamer les savans conseils de votre Comité de rédaction pour une affection très rebelle, dont voici l'exposé :

Il y a deux mois environ, Mme V..., âgée de 42 ans, bien constituée, d'un tempérament sanguin, fut prise de douleurs très intenses à la région sourcilière gauche, et, à la suite des crises névralgiques, une blépharoptose complète survint du même côté. Un de mes confrères appelé, prescrivit la saignée du bras, les purgatifs salins, les pédiluves sinapisés, en un mot, toute une série de moyens appropriés. Mais Mme V... n'apercevant aucune amélioration dans son état, après un mois de traitement, prit la résolution de changer de médecin.

Je fus appelé près d'elle le 3 mai dernier ; voilà ce qui s'offrit à mon examen : chute complète de la paupière supérieure ; l'œil est porté en dehors sans que la malade puisse le ramener en dedans ; pupille médiocrement dilatée et peu mobile ; diplopie sans affaiblissement notable de la vue.

En présence de ces symptômes, on doit, je pense, diagnostiquer une paralysie de la 3me paire. En effet, la blépharoptose et le strabisme externe apprennent que la lésion porte sur les muscles releveur de la paupière supérieure gauche et droit interne, muscles animés précisément par le moteur oculaire commun.

Les vésicatoires volans, d'abord saupoudrés de morphine, puis de strychnine après la disparition entière des douleurs, la pommade de Gondret sur le cuir chevelu, les purgatifs répétés, les pédiluves irritans, l'exercice forcé de la paupière malade et du globe de l'œil, ont formé, pendant un mois le cortége de mes moyens curatifs, et tout cela sans résultat favorable.

Comme les auteurs sont très sobres de ressources dans cette affection, comme la thérapeutique de quelques-uns de mes confrères consultés est également peu riche, après tous les essais tentés jusqu'ici, et que Mme V... est obligée de gagner sa vie par un travail appliqué, je vous prie, Monsieur le rédacteur, de soumettre à votre Comité de rédaction cette simple observation, pour qu'il m'indique l'agent susceptible de conduire au succès.

J'aurais pu recourir à l'électro-puncture, mais les appareils électriques me font défaut. L'opération de Hunt est bien conseillée dans le but de remédier à la chute de la paupière supérieure, mais je craindrais de substituer une lagophthalmie à une blépharoptose ; d'un autre côté, en employant le procédé de Dieffenbach, je redouterais la production d'un entropion.

Veuillez me tirer d'embarras ; ma pauvre malade commande le plus grand intérêt.

Agréez, Monsieur le rédacteur, l'assurance de mes sentimens respectueux,

Dr Ad. LIZÉ,
Chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu.

P. S. J'oublie de vous dire qu'il ne s'est jamais rien manifesté d'extraordinaire du côté du cerveau.

RÉPONSE.

Il n'est pas un instant douteux que nous ayons affaire ici à une *paralysie complète du nerf de la troisième paire cérébrale* (nerf moteur oculaire commun), ainsi que l'a fort judicieusement diagnostiqué notre honorable confrère, M. le docteur Lizé.

Mais à quelle cause rattacher cette affection chez la malade pour laquelle nous sommes consulté aujourd'hui ?

Quel est le point de départ des phénomènes observés ?

La solution de cette double question est bien importante ; en effet, n'est-ce point sur elle que devra reposer tout l'échafaudage du traitement à instituer ultérieurement ?

L'étiologie n'est-elle pas la voie qui conduit le plus sûrement à cette étape à laquelle chaque maladie nous attend, et qu'on appelle la médecine des indications ?

Malheureusement, il existe dans le récit de notre honoré confrère, touchant l'étiologie de la maladie en question, une lacune bien regrettable : c'est l'absence *à peu près* complète de tout renseignement sur les antécédens et les prédispositions héréditaires ou acquises de la malade pour laquelle il réclame l'intervention de nos faibles lumières. Cette lacune, nous la regrettons d'autant plus, qu'en général, les causes de la paralysie de la 3me paire sont déjà fort obscures par elles-mêmes.

Dans cette conjoncture, devons-nous rester court et remettre à un autre temps, et jusqu'à plus ample informé, les conseils qui nous sont si instamment demandés ? Évidemment, non. Avec un confrère de la valeur de M. Lizé, il doit toujours être facile de s'entendre. Et puis, ne l'oublions pas, la malade attend.

Acceptons donc les choses dans l'état où elles sont, et voyons si, par le raisonnement, nous ne parviendrons pas à nous former une opinion au moins conjecturale sur l'origine de la grave maladie dont il s'agit.

Et d'abord, nous devons admettre que tout ce qui n'a pas été dit a dû être pensé par notre honorable confrère du Mans. Ainsi donc, il n'y a pas à douter un seul instant qu'avant de formuler aucune médication, il n'ait tenu rigoureusement compte de toutes les causes qui ont pu prendre une part, soit directe, soit indirecte au développement de cette affection. Telles que, par exemple : les affections cérébrales, depuis la simple congestion jusqu'aux épanchemens les plus variés en étendue ; depuis le ramollissement le plus superficiel jusqu'aux productions morbides les plus profondes ; et, parmi les plus éloignées et celles qui ne sont pas les moins fréquentes ; l'aménorrhée, la dysménorrhée, la répercussion d'une maladie cutanée ancienne, la suppression d'hémorrhoïdes fluentes, le développement anormal du ventricule gauche du cœur ; les coups, les chutes ou l'impression du froid sur certaines parties de la tête, ou, enfin, certaines habitudes, telles que l'abus des alcooliques, une vie trop sédentaire, le sommeil après les repas, etc., etc.

Ceci admis, nous nous retrouvons en présence des termes un peu discrets du récit de notre confrère. Cherchons cependant si, dans leur vague expression, nous ne trouverons pas les élémens d'une opinion sur laquelle nous puissions asseoir les bases d'une médication rationnelle.

Nous avons dit, en commençant, que la relation de notre confrère péchait par une absence *à peu près* complète de tout renseignement étiologique ; mais ce n'est pas sans intention, que nous avons cru devoir souligner l'adverbe restrictif dont nous nous sommes servi. En effet, en relisant avec beaucoup de soin cette relation, nous remarquons trois circonstances dont nous devons tenir grand compte. Ainsi M. Lizé « observe que » sa malade est d'*un tempérament sanguin*, qu'elle est obligée » de gagner sa vie *par un travail appliqué*, qu'en outre il ne » s'est jamais rien manifesté d'extraordinaire chez elle *du côté* » *du cerveau*, etc. »

Renversons l'ordre dans lequel ces trois assertions ont été énoncées, et faisons tout de suite la part de la dernière. Il est évident qu'il ne s'agit point ici d'une blépharoplégie reconnaissant pour cause une altération organique du cerveau ou de ses enveloppes, car celle-ci eût donné lieu préalablement à des symptômes qui ne se sont point présentés jusqu'à ce jour et qu'il n'eût pas été possible à M. Lizé de méconnaître.

Feuilleton.

ARCACHON (1).

« Par un phénomène qui commence vers la mi-juin jusqu'à la mi-» octobre, tous les matins, au lever du soleil, le vent vient du Nord, » N.-Est, Est ou S.-Est. Cette brise, qu'on appelle *brise de terre*, dure » jusqu'à deux heures après midi. Tout d'un coup, ce vent change subi-» tement, passe à l'Ouest, s'appelle *brise de mer*, et dure jusqu'au » coucher du soleil. Voilà ce qui arrive tous les jours, du moins dans » le beau temps. Le vent vient assez rarement du Sud ; il est, dans ce » cas, le prélude d'orages qui rafraîchissent l'atmosphère par les pluies » qui les accompagnent et les suivent. »

Ainsi s'exprime le docteur Pereyra, dans une notice sur les bains d'Arcachon ; et c'est le premier, je crois, qui ait attiré l'attention sur ce phénomène envisagé au point de vue médical. Le fait est constant ; on l'explique par la raréfaction de l'air au-dessus de l'eau devenue relativement plus chaude que l'atmosphère pendant la nuit, et par l'action inverse, quand le soleil a régné quelques heures au-dessus de l'horizon.

« La brise de terre est nécessairement aride, rare, et par là peu propre à l'hématose, quand elle a parcouru une longue étendue de terre ; » j'ajoute : et après les premières heures du matin, pendant lesquelles la fraîcheur inévitable des milieux atténue ces mauvaises conditions.

Nos ports de l'Océan sont exposés en plein à la *brise de mer*. Quand elle se lève, c'est comme une douche puissante qui met en jeu la réaction pulmonaire et lui imprime une nouvelle énergie. Le bain à la lame est une puissance analogue dont les effets s'ajoutent aux premiers, et c'est ainsi que se forme la vigoureuse constitution du marin. Nous observons ici très nettement ce phénomène parmi nos adolescens de 12 à 15 ans. Tant qu'ils ne quittent pas la Teste, Gujan ou l'un des abris qui se trouvent autour du bassin, ils se développent normalement, se portent bien, mais leur évolution n'a rien de remarquable. Qu'ils passent cinq à six mois au cap Ferret, sous la cabane du pêcheur, seul et frêle abri sur cette langue de sable, exposés à l'air, au vent, à la tempête, à l'eau, à la lame, et cela l'hiver comme l'été..... ces enfans seront devenus hommes ; on aura peine à les reconnaître. Je plaindrais ceux qu'une excellente constitution n'aurait pas rendu aptes à ce régime. Il faut être Spartiate pour vivre à Sparte. Quand on n'a pas ce bonheur, on cherche un ciel plus clément.

Pour nous les indications remplies par le climat d'Arcachon ou par celui des bords de l'Océan sont tout différentes. Ce ne sont pas les mêmes malades qu'on y traite. L'oubli de ce principe préparerait beaucoup de mécomptes.

Or, Arcachon échappe également par sa position à l'aridité des vents de terre et à la violence du vent de mer. Au premier, par l'étendue d'eau qu'il doit traverser pour arriver jusqu'à la plage, se chargeant toujours d'une certaine humidité ; au second, par l'abri que lui fait un angle avancé de la forêt, vers la chapelle d'Arcachon. Le vent de Nord-Ouest est le plus fatigant pour les baigneurs ; ils ne le faient d'une manière efficace qu'en passant dans le bois ou sous la galerie méridionale de leurs habitations. Toute la maison est, pour ce motif, disposée à deux façades munies de varangues, salon frais, salon tiède. Je suis bien convaincu que ce n'est pas par hasard, si les anciens palais de Venise sont ouverts précisément comme l'aurait voulu une savante hygiène. Un certain besoin de *tutò et jucundè* a poussé de tout temps le génie de l'homme.

Les vents du Sud, S.-Est, S.-Ouest n'arrivent pas à Arcachon ; la forêt et ses côteaux l'interceptent tout à fait. Lorsqu'ils règnent, la chaleur est insupportable ; il faut absolument vivre sur le sable, aux bords de l'eau. Là seulement on respire. On y trouve toujours l'air un peu humide et agité, ne serait-ce que par les courans que le flux et le reflux changent sans cesse. D'ailleurs, la brise tropicale ne dure pas longtemps dans nos climats. Un orage éclate et tout rentre dans l'ordre.

Le sol, la végétation, l'eau, l'orientation, les vents, la latitude, (44°,38') impriment à la température ambiante un caractère particulier sur lequel j'appelle votre attention. Nous avons ici des données positives, des chiffres. Voici le tableau qui résume les moyennes comparatives pour l'année dernière :

ANNÉES. — MOIS.	AIR. Forêt d'Arcachon.	AIR. Plage d'Arcachon.	AIR. Bordeaux.	EAU du chenal du bassin.
1855. Juin.	24°	18°	21°	16°
Juillet.	26°	22°	23°	21°
Août.	30°	25°	26°	21°
Septembre. . .	27°	20°	21°	20°
Octobre. . . .	26°	15°	21°	14°
Novembre. . .	11°	11°	7°	11°
Décembre. . .	11°	9°	7°	7°
1856. Janvier	12°	12°	10°	9°
Février	11°	13°	9°	9°
Mars.	15°	13°	13°	12°

(Toutes ces températures sont prises à midi, à l'ombre.)

En comparant d'après cela la température de Bordeaux et celle de la forêt d'Arcachon, on voit que, pendant les mois de juin, juillet et août, la différence en faveur de la forêt a été de 3 à 4° ; dans les mois de septembre et octobre, de 6° ; de 4° en novembre et décembre, et de 2° pendant le reste de l'hiver ; mais que la température moyenne de la forêt ne descend pas au-dessous de 11°. Le climat de Bordeaux est déjà fort doux. Rien d'étonnant que dans une forêt toujours verte et épaisse, à l'abri des intempéries, on trouve ces différences. Un fait plus curieux ressort de la comparaison des moyennes de la forêt avec celles de l'air sur la plage. Jusqu'au mois d'octobre, la température de la plage est inférieure à l'autre de 4°, 6° et jusqu'à 7°. Elle lui est sensiblement égale en novembre, décembre et janvier ; un peu supérieure en février. Mais la différence est bien plus nettement accusée par les relevés journaliers ; et il est à remarquer que toutes les fois qu'il n'y a pas de vent ou qu'il est faible, en hiver, la température de la plage a 2, 3°, et jusqu'à 6° de plus que celle de la forêt. On comprend, d'après cela, les ressources que peuvent tirer de semblables conditions la thérapeutique et l'hygiène des malades.

Cette esquisse suffira, je pense, pour donner aux médecins une idée du climat d'Arcachon. Nous en avons réuni les principaux élémens. Car il est inutile de parler de l'altitude, puisque nous sommes au bord même de la mer, sous cette pression atmosphérique dont Pravaz a montré l'importance ; des météores aqueux, puisqu'il est avéré qu'il pleut beaucoup moins près des côtes qu'à une distance plus éloignée, que la neige y est rare, que les orages sont passagers. Il est bien un autre élément sur lequel je voudrais pouvoir dire quelques mots, mais dont la science n'est pas encore faite, je veux dire l'état électrique ambiant dû à une incommensurable surface de végétation et à la présence de cette nappe d'eau alcaline où se passent tant d'actes vitaux, chimiques et physiques. Ce sujet a déjà préoccupé des esprits laborieux dont nous pourrions attendre d'utiles enseignemens.

Vous aurez remarqué, Monsieur le rédacteur, l'harmonie parfaite qui règne entre l'atmosphère et le bain d'Arcachon. De part et d'autre, une égalité, une douceur de température, qui sont la plus parfaite réalisation de la stabilité des climats maritimes. Voici encore un résumé comparatif des températures de la plage et de l'eau pendant l'été, pris dans les tables de l'année dernière. Une seule année ! Je ne me dissimule pas combien est regrettable l'exiguité de nos documens officiels. Mais de grâce, Monsieur, n'oubliez pas qu'Arcachon vient de naître !

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 19 Juin 1856.

Cette cause primordiale éliminée, nous arrivons à l'appréciation du rôle qu'ont pu jouer les deux autres dans le développement de la maladie en question : nous voulons parler du *tempérament sanguin* de la malade et des *conditions sédentaires* au milieu desquelles elle passe son existence ; *conditions si contraires à ce tempérament*. Eh bien, disons-le tout de suite, en nous renfermant toutefois dans les termes de la lettre de notre honorable confrère, nous pensons que c'est dans le concours de ces deux circonstances particulières que se trouve la cause première de la maladie dont s'agit. Peut-être pourrions-nous leur adjoindre une disposition rhumatismale possible, probable même, si nous tenons compte des phénomènes névralgiques sus-orbitaires qui ont précédé la manifestation de tout symptôme paralytique.

En un mot, pour nous, la paralysie dont cette dame est atteinte serait due à une légère apoplexie locale, circonscrite, c'est-à-dire à un faible épanchement sanguin ou séreux au point d'origine des nerfs de la 3me paire cérébrale ; et la névralgie initiale ne devrait être considérée ici que comme cause occasionnelle ou accidentelle des phénomènes paralytiques ultérieurs ; et s'il nous fallait appuyer notre manière de voir sur des raisons péremptoires, à notre avis au moins, nous invoquerions la brusquerie avec laquelle la maladie a débuté, et notre propre expérience dans un assez grand nombre de cas analogues à celui-ci.

Du reste, bien que notre honoré confrère ait cru devoir passer sous silence la manière dont il a interprété dès le début la forme essentielle de la maladie qu'il avait à combattre, il ne nous paraît pas que nous différions beaucoup d'opinion à cet égard, si nous prenons en considération la teneur du traitement formulé par lui.

Quoi qu'il en soit, voici ce que nous avons l'honneur de proposer :

1° A la période actuelle de la maladie, nous croyons qu'il faut être sobre d'évacuations sanguines générales, à moins d'indication nouvelle que M. Lizé seul sera à même d'apprécier. Nous préférerions de beaucoup les applications de sangsues en petit nombre, soit au siége ou aux aines, si les évacuations menstruelles sont peu abondantes, soit à la cloison du nez, et répétées tous les quinze jours au plus. Si c'est au siége ou aux aines, on n'en mettra pas plus de quatre ou cinq ; si c'est à la cloison du nez, deux seront suffisantes, à la condition d'en faire saigner les piqûres à l'aide de lotions d'eau tiède. Si la malade est trop faible et que les pertes de sang soient mal supportées, si légères qu'elles soient, on s'en abstiendra, et on les remplacera par l'application de ventouses sèches sur les omoplates et sur les membres inférieurs.

2° On ouvrira de nouvelles voies à l'absorption de nouvelles doses de *sulfate de strychnine*, par la vésication à l'aide de l'ammoniaque liquide, sur le front, les tempes, et *plus particulièrement sur les apophyses mastoïdes*. Ces vésications ne devront pas dépasser la grandeur d'un petit sou. Nous les préférons à celles qu'on obtient à l'aide de l'emplâtre épispastique ordinaire, en ce que, dans un temps donné, étant plus promptement établies, elles peuvent être plus souvent renouvelées ; qu'elles permettent de faire absorber par la malade une plus grande dose du médicament modificateur ci-dessus énoncé, et enfin, parce que la stimulation produite par l'ammoniaque est infiniment plus vigoureuse, partant plus sûre dans ses effets.

3° On saupoudrera, matin et soir, la surface dénudée avec la dose de poudre contenue dans un des paquets ci-après prescrits :

Pr. Sulfate de strychnine. . . . . 15 centigrammes.
Poudre fine de guimauve . . . 1 gramme.
Mêlez intimement et divisez en 30 paquets.

Après avoir appliqué ces doses pendant quelques jours, on les augmentera d'abord le matin ou le soir, et ensuite, matin et soir ; c'est-à-dire, qu'au lieu d'un seul paquet pour chaque pansement, on pourra en élever le nombre à trois, quatre, cinq ou six par jour, mais successivement, et suivant le plus ou moins d'impressionnabilité de la malade à l'action de ce puissant médicament.

Nous préférons le *sulfate de strychnine* à la strychnine employée sans succès jusqu'à ce jour, parce que, étant plus soluble, elle s'absorbe avec plus de facilité et qu'alors son action est beaucoup plus certaine.

4° On fera pratiquer des frictions, matin et soir, sur les parties de la base du crâne, libres de toute vésication, et sur la nuque, avec la pommade suivante à la dose d'une noisette pour chaque friction :

Pr. Sulfate de strychnine. . . . . 25 centigrammes.
Axonge récente . . . . . 50 grammes.
F. s. a. une pommade bien homogène.

5° Le sulfate de strychnine devra être également administré à l'intérieur, soit en pilules, soit en électuaire ou en potion, à la dose d'un quart ou d'un demi-centigramme dans les douze heures. Nous nous sommes très souvent bien trouvé de ce mode d'administration du sulfate de strychnine, seulement c'est un médicament fort actif et qui demande une très grande surveillance de la part du médecin traitant.

6° Si, pris à l'intérieur, ce précieux médicament déterminait des accidens du côté des voies digestives, on remplacerait ce mode d'administration par le suivant : on ferait *priser* deux ou trois pincées de la poudre ci-prescrite dans le courant de la journée, en ayant soin de recommander à la malade d'*expuer* les particules qui, dans une aspiration trop forte, parviendraient jusqu'au pharynx.

Pr. Sulfate de strychnine. . . . . 10 centigrammes.
Poudre de Muguet, ou poudre de St-Ange. . . . . 20 centigrammes.
Café torréfié réduit en poudre fine. . . . . 10 grammes.
Mêlez intimement.

7° On donnera tous les soirs, au moment du coucher, deux ou trois des pilules suivantes pour entretenir la liberté du ventre, en même temps qu'une dérivation intestinale douce et incessante :

Pr. Aloès succotrin. . . . . 2 grammes.
Scammonée . . . } ad. 1 gramme.
Résine de jalep . . }
Savon médicinal. . . . . q. s.
F. s. a. 20 pilules.

8° On fera prendre dans le courant de la journée, à cinq ou six heures d'intervalle, deux petites tasses à thé d'infusion d'*arnica montana*.

9° Régime doux. Exercice à pied après les repas. Usage modéré de l'œil sain.

Si, après quelque temps de l'emploi de ce traitement, la contractilité semblait revenir un peu dans les muscles frappés de paralysie, ce serait le *moment* de recourir de nouveau aux moyens orthophthalmiques connus.

Si, au contraire, celle-ci se faisait désirer, alors que la malade aurait suivi ce traitement pendant trois ou quatre mois *au moins*, on devrait recourir à l'électro-acupuncture ou à l'électricité suivant la méthode de notre savant confrère et ami, M. le docteur Duchenne de Boulogne. Cette dernière ressource ne comble pas toujours, il est vrai, l'espoir du malade et du médecin, cependant nous l'avons vu réussir quelquefois.

Nous proscrivons d'une *manière absolue* l'opération de Hunt et celle de Dieffenbach dans le cas dont s'agit, non pour les mêmes craintes que celles qui ont arrêté la main de notre honoré confrère, mais parce qu'en supposant qu'elles permissent aux voiles palpébraux de s'éloigner l'un de l'autre, elles ne rendraient pas au muscle droit interne la contractilité qui lui manque ; je dis plus : c'est qu'en mettant le globe dévié plus ou moins à découvert, elles ne feraient qu'augmenter la confusion de la vue. Nous félicitons donc notre savant confrère de ne l'avoir point pratiquée. Il faut réserver ces opérations pour le *ptosis simple réfractaire à toute autre médication*.

Un dernier mot. Nous ne sommes point étonné du peu d'avantages obtenus jusqu'à ce jour du traitement institué par les deux médecins aux mains desquels la malade s'est successivement confiée, non que ces médecins n'aient point envisagé la maladie en question sous son véritable jour, mais parce que le traitement appliqué par chacun d'eux isolément a dû manquer de cet ensemble, de cette harmonie de direction, si je puis m'exprimer ainsi, qui seule pouvait en faire espérer le succès. Et puis, il faut bien le dire, le début de la maladie en question ne date encore que de deux mois ; sans doute c'est beaucoup trop déjà au gré de la patiente, mais aux yeux du médecin qui sait combien cette affection est parfois rebelle, lorqu'elle n'est pas tout à fait réfractaire à l'action des agens thérapeutiques de toutes sortes dont il dispose, ce n'est point assez pour juger définitivement de la valeur d'un traitement, même parfaitement approprié. Nous engageons donc notre honorable confrère à apporter une grande persévérance dans l'administration de celui que nous venons de formuler, convaincu que, de son application plus ou moins rigoureuse et plus ou moins soutenue, dépendra l'issue plus ou moins favorable de la grave maladie contre laquelle il est dirigé.

Adopté par le Comité de rédaction de L'UNION MÉDICALE.

Dr COMPÉRAT,
Président de la Société médico-pratique de Paris, etc.

PATHOLOGIE.

EXAMEN DE CETTE QUESTION : L'UTÉRUS EST-IL LE SIÉGE DE L'HYSTÉRIE, ET, A CE SUJET, EXEMPLES D'HYSTÉRIE CHEZ LA FEMME SANS UTÉRUS, OU AYANT UN UTÉRUS A L'ÉTAT RUDIMENTAIRE, ET CAS D'HYSTÉRIE COMPLÈTE CHEZ L'HOMME ;

Par M. le docteur BRIQUET, médecin de l'hôpital de la Charité, à Paris.

Parmi les diverses classes de la société, il en est peu qui aient conservé moins de préjugés et moins de vieilles croyances, que celle des médecins. Avertis par l'excès de la crédulité de leurs pères, les médecins ont dû, pour ne plus retomber dans les mêmes fautes, s'habituer à ne plus consulter que les faits, à attacher beaucoup d'importance au témoignage de leurs sens, et à s'en fier à eux, bien plus qu'aux traditions. Aussi sont-ils, en général, peu disposés à jurer *in verba magistri*, et l'on pourrait même leur reprocher d'avoir une tendance trop grande à tomber dans l'extrême opposé. Néanmoins, malgré cette louable disposition des esprits, il subsiste encore, en mé-

	Air de la plage.	Eau du chenal.
Juin. . . .	De 13° à 16°, 8 fois.	— De 14° à 16°, 9 fois.
	De 16° à 20°, 8 fois.	De 16° à 18°, 11 fois.
	De 20° à 24°, 11 fois.	De 18° à 20°, 10 fois.
	De 24° à 28°, 3 fois.	
Juillet. . . .	De 18° à 22°, 13 fois.	— De 18° à 20°, 8 fois.
	De 22° à 26°, 15 fois.	De 20° à 23°, 25 fois.
	De 26° à 30°, 3 fois.	
Août	De 20° à 22°, 8 fois.	— De 20° à 22°, 21 fois.
	De 22° à 25°, 9 fois.	De 22° à 25°, 10 fois.
	De 25° à 28°, 14 fois.	
Septembre. .	De 18° à 20°, 7 fois.	— De 19° à 21°, 18 fois.
	De 20° à 22°, 8 fois.	De 21° à 23°, 12 fois.
	De 20° à 26°, 15 fois.	

Octobre a donné les mêmes résultats que juin pendant la première moitié, et lui a été inférieur pour la seconde. Je dois dire qu'il a été beau en 1855, et qu'il l'est généralement, tandis que par exception, pendant deux années, juin a été mauvais ; que, pour ce dernier, les chiffres que nous rapportons sont par conséquent au-dessous de la vérité normale. A cette réserve, j'en ajoute une plus importante : la température prise dans le chenal du bassin n'est pas du tout celle de l'eau au bord ; elle lui est inférieure de 2°, 3° et même 6° en été. En hiver, et par un temps couvert, ce serait le contraire. On le comprend aisément. Les chenaux, dont la profondeur est considérable, présentent aux rayons solaires une masse d'eau, mauvais conducteur, qui subit très peu leur influence. Au contraire, le flot qui, de la mer basse, s'étale graduellement jusqu'à la limite de la haute mer, parcourt, par petites ondes successives et lentes, une arène chauffée durant plusieurs heures par le soleil. C'est le bain des femmes, des enfans, des frileux et des malades. Le nageur gagne le chenal ; l'eau qu'il traverse pour rejoindre le bord lui paraît toujours tiède.

Ce que nous avons dit de la distinction établie entre le climat d'Arcachon et celui des bords de l'Océan, entre les indications diverses qui résultent de ces climats, nous pourrions donc le répéter avec la même justesse pour la différence profonde qui distingue les bains du bassin des bains de l'Océan.

Ceux-ci valent-ils moins ?... Dieu me garde de blasphémer ! Irait-on m'accuser de vouloir amoindrir la haute opinion que nous avons tous de leurs vertus... Assurément tel n'est pas mon désir, mais tant d'autres, et des plus autorisés, ont vidé la question que j'ai cru devoir, dans une simple et très incomplète notice, ne parler que des avantages propres à une localité qui mérite toute l'attention des médecins, par cela même qu'elle ne rentre dans aucun cadre connu en France.

Pour elle, la saison d'été commence en juin et se termine vers la fin d'octobre. C'est le temps pendant lequel — ainsi que l'attestent nos relevés thermométriques — on peut prendre le bain avec agrément. Le premier et le dernier mois sont, on le comprend, ceux qui rassemblent le moins de monde. Néanmoins, chaque année marque, sous ce rapport, un progrès. On commence à comprendre que les conditions d'Arcachon sont telles que la durée de la saison y est évidemment plus longue qu'ailleurs.

A l'égard de chaque famille, la saison des eaux n'est guère que d'un mois. C'est trop peu pour la plupart des malades traités aux bains de mer : enfans lymphatiques, personnes affectées de maladies chroniques, constitutions à refaire. Évidemment ce n'est que par la durée que peuvent agir utilement les modificateurs contenus dans l'air et les eaux.

Le nombre des baigneurs va à plus de 4,000, renouvelés chaque mois, pendant la belle saison. Je ne parle pas de ceux qu'un train de plaisir apporte par centaines le dimanche et rapporte le lundi. Ceux-là importent peu au sujet qui nous occupe.

Au mois de septembre 1855, il y a eu un surcroît d'habitans sur la plage, et une population un peu nouvelle. Au lieu de Bordelais, de Parisiens, de familles du nord, d'Anglais surtout, que l'on y voit d'habitude, c'était tout-à-coup une invasion — passez-moi le mot — d'Espagnols. Ils quittaient en hâte Saint-Jean-de-Luz et Bayonne, frappés par le choléra, et Biarritz où il n'y eut pas de malades, mais où la peur fut grande. Le choix d'Arcachon, en cette occurrence, était justifié d'abord par l'éloignement du foyer épidémique, puis par la renommée d'une indemnité remarquable. Qui ne connaît cette puissance de l'imagination ! Voici : en 1849, le choléra avait fait d'affreux ravages à Bordeaux et à la Teste, pendant les mois d'août et octobre. Une partie des habitans de la Teste émigra à Arcachon, et les Bordelais y accoururent en foule, malgré cela, pas un cas ne se déclara. Quelques années plus tard, Bordeaux, victime du même fléau, peupla Arcachon de tous ceux qui purent fuir ; même succès. La Teste, il est vrai, avait cette fois été épargnée. Disons que la ville de la Teste est séparée des bains d'Arcachon par une pointe de forêt d'une largeur moyenne d'un kilomètre.

Moins confians que le peuple, les médecins n'oseraient certes pas engager l'avenir sur ces simples faits. L'exemple de Lyon est là pour nous instruire ! Néanmoins, ils méritent d'être notés. Isolés, ils eussent peu attiré mon attention ; rapprochés de ceux que je constate tous les jours, ils m'intéressent davantage. Les maladies dont le germe se prend dans l'air sont très rares à Arcachon. Ainsi, la Teste est un pays salubre, quoiqu'on en ait dit et écrit ; les affections chroniques sont peu fréquentes ; on n'y voit guère ces affections aiguës graves qui peuplent les hôpitaux ; les épidémies de variole y sont d'une bénignité remarquable, si on les compare à celles d'une commune voisine, où fréquemment elles sévissent avec une effroyable intensité. La commune dont je parle est cependant sur un plateau un peu plus élevé, propre, aéré ; il n'y a pas de familles opulentes, la propriété est très fractionnée et le peuple jouit d'un assez grand bien-être ; mais, chez lui, les vaccinations ont toujours été négligées, tandis qu'à la Teste, dès la découverte du vaccin, presque tous les habitans l'ont reçu. J'ajoute que cette population de vaccinés, sur le sort de laquelle quelques-uns s'apitoient tant, connaît à peine la fièvre typhoïde, plus fréquente mais rare encore chez ses voisins les non-vaccinés ; que rien n'indique assurément qu'elle dégénère ; que la vie moyenne n'a pas cessé d'augmenter depuis le milieu du XVIIIme siècle jusqu'à l'heure où j'écris, comme l'attestent les tables dressées sur les registres de l'État civil. Mais il y a des fièvres intermittentes au printemps et à l'automne, fièvres peu graves, mais nombreuses, sujettes aux récidives et quelquefois très tenaces. En bien, ces miasmes même n'arrivent pas à Arcachon. L'interposition de la forêt me paraît expliquer suffisamment cette immunité. Les effluves des marais pontins ne sont-elles pas interceptées par les bois d'une étendue et d'une densité bien moindre probablement ?

J'aurais bien des choses à ajouter, Monsieur le rédacteur, beaucoup à développer, si je devais dire toute l'utilité, au point de vue médical, de la station maritime d'Arcachon. Mais je comprends que c'est assez occuper vos lecteurs et vous-même, Monsieur, d'un établissement auquel n'est pas encore acquis ce droit de domicile qui tient son privilége d'une longue expérience. Cependant, je ne quitte la plume qu'avec l'espoir que vous voudrez bien, un peu plus tard, me permettre de vous adresser une nouvelle note sur les *Indications des bains de mer d'Arcachon* et sur *ses hivers* ; j'allais dire son printemps continuel.

Agréez, Monsieur le rédacteur, mes sentimens d'estime, de confraternité et de reconnaissance.

Dr HAMEAU, à Arcachon.

Arcachon (Gironde), le 20 Mai 1856.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Flourens, membre de l'Institut, secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, ouvrira son *cours de physiologie comparée* le mardi 24 juin 1856, à 11 heures précises, et le continuera les mardi, jeudi et samedi de chaque semaine, à la même heure.

Il traitera cette année de l'*ontologie* ou *étude des êtres*.

Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre de géologie,

decine, certains préjugés, certaines vieilles croyances, auxquels ils sacrifient: *hodieque manent vestigia ruris.*

Parmi ces vieilles croyances, il en est une que j'ai plus spécialement en vue, et dont je veux constater la fausseté, c'est celle qui veut que la femme soit un être en quelque sorte gouverné par son utérus; et que l'hystérie soit une maladie provenant de ce que les besoins de cet organe n'ont pas reçu satisfaction suffisante, et dont le siége est dans ses tissus.

Je veux prouver que cette double proposition est une erreur complète, qu'elle est le résultat d'un véritable préjugé et pas autre chose.

Il y a grande importance à détruire ce vieux lambeau des antiques superstitions, car il a mis les médecins dans une voie très peu philosophique, et, surtout, il a influé sur la pathologie de l'hystérie de la manière la plus déplorable.

Sous l'empire de ce préjugé, les malheureuses femmes atteintes d'hystérie sont placées dans la position la plus humiliante, puisqu'aux yeux des médecins et à ceux des gens du monde, l'hystérie est une maladie honteuse; suivant l'expression du poète :

C'est Vénus toute entière à sa proie attachée.

Une femme n'ose avouer qu'elle est atteinte d'hystérie; le médecin lui-même, quand il reconnaît cette maladie, est obligé d'avoir recours à toutes sortes de circonlocutions pour ne pas effaroucher les familles en donnant trop crûment le résultat de son diagnostic. D'un autre côté, en considérant l'affection hystérique comme une réaction de l'utérus non satisfait, sur toute l'économie, on se trompe gravement sur la nature de la maladie, et l'on se trouve conduit à l'emploi de moyens prophylactiques plus propres à faire naître l'hystérie, qu'à la détruire, et à l'application d'une thérapeutique inefficace, dans laquelle le remède est le plus souvent mis à côté du mal.

Comment donc est née une croyance dont l'origine se perd dans la nuit des temps, qui a pour premiers propagateurs Hippocrate et Platon, pour soutiens toutes les générations médicales qui se sont succédé, et qui a encore cours parmi la grande majorité des médecins de l'époque actuelle.

On est disposé à penser qu'une opinion qui a pu se concilier une approbation si unanime repose sur des bases bien solides.

Hélas! en y voyant de près, on est malheureusement en droit de lui appliquer la fable des *Bâtons flottans* :

De loin, c'est quelque chose; et de près, ce n'est rien.

Cette opinion n'est qu'un reste du paganisme et des idées philosophiques des anciens; à ces époques reculées, les femmes n'étaient généralement considérées que comme les instrumens des plaisirs de l'homme ou comme un intermédiaire indispensable à la propagation et à la conservation de l'espèce. L'histoire ancienne ne nous le montre que sous ces deux points de vue. Femmes de plaisir, elles brillaient dans les villes en qualité de courtisanes et se faisaient suivre même par un Socrate. Respectables matrones, elles se renfermaient dans les devoirs obscurs du gynécée, s'occupant, comme on le dirait actuellement, de l'élève des enfans, et susceptibles, si c'eût été un temps d'exhibitions, d'être envoyées au concours des animaux reproducteurs.

Les femmes qui se plaçaient hors de ces deux conditions, étaient tellement rares, qu'on les célébrait dans des vers, et qu'on les honorait comme des héroïnes.

La philosophie s'est conformée sur leur sujet aux idées du temps. Néanmoins, Pythagore est le premier auteur dans lequel on puisse trouver des traces de cette doctrine. Ce sage de la Grèce, dont la philosophie, d'après ce que nous en a transmis la tradition, ne brille pas par la sévérité des principes, ni par la rigueur des déductions, considérait l'utérus comme un être particulier, logé dans un autre être, doué des facultés qui caractérisent l'animal, c'est-à-dire du sentiment et du mouvement spontanés, en un mot, comme un animal placé dans un autre animal. Telle était l'opinion d'Empédocle, dont Hippocrate fut le disciple.

Ces idées étaient tellement générales que le divin Platon les admettait dans sa philosophie et qu'il enchérissait encore sur les anciens. Usant du privilége de la divinité, il crée un univers à sa fantaisie; et, après avoir arrangé à sa guise l'origine de l'homme, selon lui, créature première et supérieure, il passe à celle de la femme et il dit : — « Les hommes lâches qui ont souvent été injustes, sont, suivant toute vraisemblance, changés en femmes dans une seconde naissance. » — Après avoir ainsi créé les deux sexes, les dieux, dit-il, firent en même temps le désir de la cohabitation; à cet effet, ils mirent dans l'homme un animal vivant; ils en mirent un autre dans les femmes. Après quelques mots sur l'animal des hommes, qui est indocile, fantasque, etc., etc., il arrive à celui des femmes. La matrice, dit-il, est un animal qui désire ardemment engendrer des enfans. Lorsqu'il reste longtemps stérile après la puberté, il a peine à le supporter, il s'indigne, il parcourt tout le corps, obturant les issues de l'air, arrêtant la respiration, jetant le corps dans des dangers extrêmes et occasionnant diverses maladies.

Voilà comment la philosophie ancienne considérait les femmes. Pour elle, cette moitié du genre humain n'était qu'un utérus servi par des organes. Comme, à ces époques reculées, les médecins appartenaient à la philosophie, ils ne manquèrent pas de porter dans l'étude des maladies, les théories systématiques dans lesquelles ils avaient été élevés. Aussi, pour Hippocrate, l'utérus était un animal sensible, locomotile, doué de la faculté de se mouvoir spontanément pour aller se porter dans les diverses régions du corps et s'attacher aux viscères, comme une sangsue, à l'effet d'en pomper l'humidité dont il était très avide. Susceptible d'être impressionné par les odeurs, il pouvait aller vers les bonnes et fuir les mauvaises. Mais ces mouvemens ne se faisaient pas sans troubler l'économie et sans provoquer de graves accidens.

Quels étaient ces accidens? Quand on ne pouvait lire Hippocrate qu'à travers les ennuis du grec ou d'un latin extrêmement peu attrayant, une sorte de prestige s'attachait aux oracles du père de la médecine. Mais, à présent qu'au moyen de l'excellente et méritoire traduction de M. Littré, on peut lire ces ouvrages en un français très courant, le voile mystérieux est tombé, et a laissé à nu (en fait d'hystérie) les erreurs les plus grossières et les plus incroyables.

Je suis obligé de donner quelques fragmens de la doctrine hippocratique, pour que le lecteur puisse en juger; mais qu'on ne s'effraie pas, je me bornerai à l'indispensable.

Le premier paragraphe contient la théorie d'Hippocrate, ou celle des écoles de son époque, sur l'hystérie. Je copie textuellement :

« Quand une femme à les vaisseaux plus vides que d'ordinaire, la matrice desséchée se déplace, elle se jette vers le foie organe plein et solide, pour y trouver de l'humidité, elle y adhère, et, de cette manière, elle intercepte la voie respiratoire qui est dans le ventre, et amène l'état hystérique. Si, par hasard, du phlegme descend de la tête aux hypochondres, la matrice, humectée par cette descente, quitte le foie, retourne à sa place en produisant une sorte de gargouillement, et l'état hystérique cesse parce que la matrice, ayant suffisamment pompé de l'humidité, est devenue pesante. »

Les paragraphes suivans sont destinés à expliquer la cause des divers accidens de l'hystérie :

« Quand la matrice ou les matrices (car il paraît que l'inspection de quelques animaux constituait tout ce qu'on savait alors sur l'anatomie de cet organe) se portent à la tête, celle-ci devient pesante, il survient de l'écume à la bouche, etc.

» Quant elles se fixent au cœur, elles provoquent de la suffocation, des vertiges, de l'anxiété, etc., et des tourbillons de vents terminent la crise.

» Quand elle va vers les hypochondres, il se produit des vomissemens âcres et brûlans, des douleurs gravatives à la tête et de la suffocation, mais quelquefois les accidens qui se produisent, ont plus d'intensité, le blanc des yeux se renverse, la face devient livide, la bouche se remplit d'eau, comme dans une attaque d'épilepsie. Il y a des vomissemens aqueux, de la cardialgie, de l'orthopnée, et si la matrice n'abandonne pas les hypochondres, la tête et la langue s'engourdissent, les dents se serrent, la parole se perd et la femme pourrait mourir étouffée. »

Je borne ici ma citation, elle doit, ce me semble, suffire à porter un jugement sur la doctrine. J'ajouterai seulement que, selon Hippocrate, la matrice pouvait aussi se porter aux côtes, s'enrouler au milieu des lombes, s'appuyer sur la vessie, ou gagner le haut des membres inférieurs, et son transport dans chacun de ces lieux y occasionnait des accidens nerveux spéciaux.

Le traitement découlait naturellement de ces données. Il fallait faire toutes les tentatives possibles pour détacher la matrice du lieu vers lequel elle s'était portée, et pour la remettre en place; et parmi ces moyens, les pressions et les tractions exercées par le médecin, les odeurs fétides pour faire fuir la matrice, et les odeurs agréables pour l'attirer, étaient les remèdes principaux.

Cette doctrine hippocratique sur l'hystérie a régné sans partage jusqu'à Galien, c'est-à-dire pendant près de six cents ans, et trouvait encore, en 1554, pour approbateur le célèbre Fernel. Elle avait, par conséquent, été admise pendant plus de deux mille ans.

Cette doctrine n'a plus besoin d'être réfutée : mais, tout en convenant que les explications d'Hippocrate sont erronées et que la matrice n'est pas susceptible de se porter d'elle-même de bas en haut, les partisans de l'hippocratisme prétendent que le fond de l'observation est exact, que le génie antique, si bon observateur, n'avait dû considérer l'hystérie comme une maladie de la matrice que parce qu'il avait constaté la part que prenait l'utérus dans les troubles qui se produisaient et qu'il ne s'était trompé que dans des interprétations de mécanisme.

Cette allégation ne peut être admise, car les accidens hystériques ne sont pas attribués, par Hippocrate, à l'utérus lui-même, ils le sont à la souffrance des parties qu'il vient comprimer. Supprimez cette compression, et tous les accidens doivent cesser. C'était là toute la thérapeutique d'Hippocrate.

Les symptômes hystériques étaient si peu regardés comme étant produits directement par la matrice, qu'on admettait qu'ils différaient suivant l'organe comprimé, et que, quand il ne se trouvait pas d'organe subissant de compression, il n'y avait plus d'accidens, quoique la matrice restât sèche.

Enfin, les hippocratistes avaient si peu en vue les maladies de l'utérus dans les affections hystériques, qu'il se trouve dans la collection des œuvres d'Hippocrate un livre tout entier sur les maladies des femmes, dans lequel sont traités tout au long, les abaissemens, obliquités, déplacemens, et les maladies de la matrice, et qu'en même temps le traitement, qui se faisait à grand renfort de canules, sondes, pessaires, éponges, sachets, etc., etc., se trouve bien tracé, et que, dans tous les accidens provoqués par ces maladies qui sont décrites presque comme on les décrirait aujourd'hui, il n'est pas le moins du monde question des accidens hystériques.

C'est donc fort gratuitement qu'on veut bien attribuer aux anciens l'honneur d'avoir constaté que dans l'hystérie l'utérus était malade. Le seul trouble qu'ils reconnaissaient dans cet organe, c'était de manquer de l'humide radical, et il est probable que cet humide radical était le sperme de l'homme.

Telle est la théorie antique dans toute sa simplicité, on pourrait dire dans toute sa crédule absurdité. Il est évident que, sans les idées préconçues venues de la philosophie de ces temps, on n'aurait jamais songé à prendre, comme on l'a fait, les ballonnemens de ventre, et les sensations de globe éprouvés par les hystériques, comme des indices de déplacement de la matrice.

La meilleure critique qu'on puisse faire de cette théorie, l'a été, il y a bien longtemps, par Galien. Hélas, dit-il, comment l'utérus, auquel on suppose tant d'intelligence, serait-il assez mal avisé de se donner tant de peines pour aller chercher de l'humidité dans la tête, dans le foie et dans les côtés où il y en a si peu, plutôt que de rester à sa place entre la vessie, le rectum et le vagin, où il pouvait en trouver au delà de sa suffisance.

J'ai grande idée que Rabelais, qui avait étudié à Montpellier, où florissaient dans toute leur pureté les doctrines hippocratiques, avait en vue ces doctrines, et les réfutait à sa manière, quand, parlant du tempérament de la femme, il dit que les parties génitales de celle-ci doivent être naturellement froides et humides, parce qu'en ce lieu se trouvent constamment de l'ombre et fréquemment du vent et de la pluie.

Tout absurde qu'était cette doctrine, elle n'en a pas moins régné sans contestation jusqu'au temps de Galien, qui fut son premier antagoniste. Versé dans l'anatomie, il ne fut pas difficile à cet auteur de prouver que l'utérus n'était pas libre de voyager de la tête aux pieds, comme on l'avait supposé.

Il avait également démontré, d'une manière péremptoire, que les milliers de tumeurs, hydropisies, kystes, grossesses, etc., qu'on voyait chez les femmes, comprimaient les viscères bien autrement que ne le pouvait faire un corps aussi petit que l'utérus, et que, cependant, ces compressions ne provoquaient pas les accidens hystériques. Mais comme il était entiché des idées de son époque, sa doctrine sur les femmes était comme celle des hommes de son temps, encore moins favorable à l'honneur du beau sexe, qu'à l'époque d'Hippocrate. Le père de la médecine admettait que l'utérus non satisfait avait de singulières fantaisies, mais enfin, pour lui, cet organe n'était pas décidément malade, il avait seulement des caprices.

Pour Galien, qui avait sa théorie humorale à faire valoir, l'utérus non satisfait était positivement malade, et voici les preuves qu'il en donne. Elles sont curieuses :

(La suite à un prochain numéro.)

REVUE GÉNÉRALE.

MOYEN DE REMPLACER LE LAIT DANS CERTAINS CAS.

On éprouve souvent la plus grande difficulté dans les grandes villes à se servir du lait pendant la saison des chaleurs. Aussitôt qu'il sent le feu, le caséum se sépare du petit-lait, et l'on a une substance impropre à la plupart des usages domestiques.

Que faire en pareil cas, si, par exemple, on élève un enfant au biberon et si on ne peut plus lui fournir du lait naturel? Il ne faut point songer ici au bicarbonate de soude; l'usage de ce sel deviendrait assurément nuisible. C'est précisément une circonstance de ce genre qui a fait chercher à M. le docteur Ch.-T. Guyot le moyen de remplacer le lait par un liquide qui en différât peu pour la composition chimique.

Lorsque le lait se caille, dit M. Guyot, on prend d'abord le petit-lait; et ainsi on conserve déjà des élémens essentiels, savoir le sucre de lait et des sels précieux pour le développement de l'enfant. Il faut ensuite chercher une matière protéique soluble, pour substituer à la caséine précipitée. Nous avons trouvé cette matière dans le jaune d'œuf: on connaît l'analogie de composition chimique de l'albumine et de la caséine. Cette dernière sera donc remplacée par une quantité de jaune d'œuf égale à la quantité normale du caséum et de beurre contenus dans le lait de femme. J'ajoute un jaune d'œuf, qui pèse en moyenne 14 ou 16 grammes, à 200 grammes environ de petit-lait. Il est mêlé cru, et lorsque le liquide est à une température d'environ 30 à 32 degrés. Un battage prolongé rend le mélange plus parfait et fait absorber, en outre, au liquide une certaine quantité d'air qui le rend plus digestif.

Puis, comme le lait de femme est plus riche en lactine que le lait de vache, on ajoutera encore un peu de sucre.

Ce lait artificiel n'est pas dépourvu de matière grasse; le beurre y est remplacé par l'huile d'œuf qui se trouve dans un état de division extrême et émulsionnée avec de l'albumine également très divisée.

Notre mélange renferme donc tous les élémens du lait; les substances ternaires et quaternaires, les alimens respiratoires comme les alimens plastiques.

J'ai donné plusieurs jours de ce lait, à l'exclusion de tout autre, à mon enfant âgée de cinq semaines. Elle le prend avec plaisir, le digère bien, et ne paraît nullement en souffrir. Il lui procure même des selles faciles, tandis que le lait ordinaire, même additionné d'eau, la tient dans un état de constipation fâcheux.

Loin de nous cependant la pensée de vouloir substituer l'artificiel au naturel; mais nous pensons qu'on pourra, dans certaines occasions, recourir utilement au moyen que nous avons employé.

Pourrait-on également l'adopter pour quelques usages thérapeutiques? C'est une question que l'expérience pourra résoudre. — (In *Rép. de pharm.*, juin 1856.)

DE L'EMPLOI DU BROME ET DU BROMURE DE POTASSIUM DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS PSEUDO-MEMBRANEUSES.

La thérapeutique fait de grands efforts pour instituer un traitement efficace des affections pseudo-membraneuses. Voici une nouvelle tentative faite par M. le docteur Ozanam. Nous la reproduisons, tout en regrettant la brièveté et la discrétion des détails :

Le bromure de potassium possédant le pouvoir fluidifiant de la potasse, et la faculté de désagrégation particulière au brome, doit arrêter et guérir les affections diphthéritiques.

Encouragé par ces résultats, j'essayai le brome au lit du malade, en commençant par les cas où tout autre remède avait échoué.

L'eau bromurée récemment préparée à la dose de 5 à 50 centigrammes par jour, dans une potion de 150 grammes, est la préparation la plus facile à administrer; elle doit être conservée à l'obscurité, pour éviter la formation de l'acide bromhydrique.

Le bromure de potassium agit très bien aux mêmes doses.

J'ai recueilli depuis six ans 14 observations, toutes couronnées de succès, savoir :

11 angines pseudo-membraneuses, dont 2 compliquées de scarlatine grave et de gangrène des amygdales;
2 croups;
1 Muguet confluent.

OBSERVATIONS.

I. — Enfant de 5 ans, angine très grave, pouls à 140; cautérisations insuffisantes avec le *nitrate d'argent et l'acide chlorhydrique;* le seizième jour, symptômes de croup; emploi du *brome*, guérison le vingt-et-unième jour.

II. — Jeune homme de 28 ans, angine maligne, pouls à 120; insuffisance des cautérisations avec le nitrate d'argent, suffocations et défaillances continuelles; emploi du *brome* le cinquième jour, amélioration le sixième jour, convalescence le quatorzième jour, plus tard, signes de paralysie générale, guérison.

III. — Fille de 9 ans, angine aiguë, pouls à 120; emploi du *brome* le deuxième jour, convalescence le cinquième jour.

IV. — Demoiselle de 14 ans, angine grave, délire, pouls à 130; emploi du *brome* le cinquième jour, amélioration le sixième, guérison le neuvième.

V. — Femme de 30 ans, angine légère prise par contage de la précédente; emploi du *brome* le deuxième jour, guérison le cinquième.

VI. — Femme de 30 ans, accouchement, manie puerpérale, angine couenneuse; emploi du *brome* le troisième jour, amélioration au bout de vingt-quatre heures, guérison le deuxième jour. (Communiqué par le docteur Jousset.)

VII. — Homme de 32 ans, angine couenneuse grave, défaillances et syncopes, gangrène partielle de la muqueuse buccale, pouls lent à 50; emploi du *brome* le troisième jour, guérison le neuvième.

VIII. — Homme de 38 ans, angine couenneuse légère; emploi du *bromure de potassium* le deuxième jour, guérison le cinquième.

IX. — Enfant de 5 ans, angine couenneuse légère; emploi du *bromure de potassium* le deuxième jour, guérison le cinquième.

X. — Jeune fille de 21 ans, scarlatine maligne, pouls à 130; gangrène des amygdales, angine couenneuse; emploi du *brome* le cinquième jour, guérison de l'angine le dix-huitième jour; endocardite, albuminurie, guérison.

XI. — Enfant de 5 ans, scarlatine grave, gangrène d'une amygdale, abcès énorme sous-maxillaire, angine couenneuse; emploi du *brome* le quatrième jour, disparition des fausses membranes le seizième jour, convalescence, guérison.

XII. — Enfant de 3 ans, croup, pouls à 125; insuffisance des cautérisations avec le *nitrate d'argent* au 1/3; emploi du *brome* le quatrième jour, amélioration le cinquième, convalescence le neuvième.

XIII. — Enfant de 7 ans, croup, pouls à 130; emploi immédiat du *brome*, guérison le troisième jour; l'enrouement persiste jusqu'au neuvième.

XIV. — Femme de 60 ans, très débile, pneumonie grave, muguet confluent; emploi du *brome* le quatorzième jour, guérison le dix-huitième.

En résumé, le brome et le bromure de potassium paraissent agir comme spécifiques dans les affections pseudo-membraneuses. Le brome agit comme désagrégeant, la potasse comme fluidifiant, mais, dans tous les cas, l'action curative paraît appartenir plus particulièrement au brome qui, donné seul, s'est montré parfaitement efficace. — (In *Journal des connais. méd.*, juin 1856.)

EMPLOI DU CHLORATE DE POTASSE DANS LES AFFECTIONS DIPHTHÉRITIQUES.

A côté des résultats obtenus par M. Ozanam, nous reproduirons le résumé général d'un excellent travail récemment publié par M. le docteur Isambert, intitulé : *Études chimiques, physiologiques et cliniques sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse*, etc.

Sur le système nerveux, comme sédatif. Cette action n'est pas marquée à l'état physiologique; elle paraît ressortir des faits pathologiques, surtout si les propriétés antinévralgiques de ce sel se vérifient.

Sur la circulation, comme sédatif. Action nulle à l'état physiologique, manifeste à l'état pathologique.

Sur la respiration : action nulle ou irritation légère des bronches ou du larynx, pouvant être la source d'une modification heureuse dans quelques maladies.

Sur les organes de la digestion en général, comme un excitant. Il modifie spécialement la vitalité de la bouche et des parties supérieures du tube digestif; il excite les fonctions de l'estomac; il paraît sans action sur les intestins. Il n'a donc pas l'action révulsive qu'on lui attribue.

Sur les fonctions de sécrétion, comme un excitant. Il excite très notablement la sécrétion salivaire, et paraît agir comme un substitutif utile dans la salivation mercurielle; sur la sécrétion biliaire comme un excitant léger, pouvant déterminer un léger flux de bile, bien qu'il ne s'élimine pas avec abondance par cette voie. Peut-être agit-il aussi comme sédatif contre l'élément nerveux ou inflammatoire de l'ictère.

Sur la sécrétion urinaire, comme un excitant assez énergique à haute dose; à faible dose, action peu marquée.

Sur les sécrétions des muqueuses, comme un excitant et un modificateur favorable.

Sur la peau : il s'élimine par cette voie, sans exciter la sécrétion de la sueur; il agit plus lentement sur les affections de la peau que sur celles des muqueuses.

Sur les fonctions d'absorption; il favoriserait la résorption interstitielle, s'il faut en croire Chaussier et Bertrand de Pont-du-Château.

En ce qui nous concerne plus particulièrement, et relativement à l'action de ce sel sur les muqueuses buccale, pharyngienne, laryngienne, nasale, nous serons sobre d'explications sur son mode interne d'action, parce que nous ne pourrions le faire sans recourir à des hypothèses. Nous dirons, toutefois, qu'il nous paraît modifier la vitalité de ces muqueuses en s'éliminant par la sécrétion muqueuse elle-même; son élimination abondante par la salive explique aussi son action spécifique sur la bouche.

Si l'on se rappelle les guérisons obtenues par M. Lasègue, en employant ce sel en simples collutoires ou gargarismes, qu'il ne faisait pas avaler, on serait tenté de ne voir, dans l'action du chlorate sur la bouche, qu'une action topique. Nous ne croyons pas qu'il en soit ainsi; les quantités relativement très faibles de chlorate qui existent dans la salive, surtout quand on ne l'emploie qu'à faible dose, ne sauraient être comparées aux solutions sursaturées qu'employait M. Lasègue. Une preuve que le chlorate de potasse, administré à l'intérieur, n'est pas uniquement un topique revenant par la sécrétion salivaire, c'est sa différence d'action sur la muqueuse des joues et des lèvres, et sur la muqueuse gingivale, douée d'une vitalité moins grande que la muqueuse du reste de la bouche; c'est surtout son peu d'efficacité contre les ulcérations simples, quand son action première est si grande pour déterger les ulcérations pseudo-membraneuses. Enfin, même en admettant que tel soit son mode d'action, il y aurait toujours avantage à l'employer à l'intérieur, son goût étant presque inappréciable dans une solution bien édulcorée (1).

Le chlorate a-t-il une action spécifique contre la cause générale de la diphthérite? C'est ce que les faits ne nous permettent pas d'affirmer.

Il n'a aucune action spécifique contre certaines maladies, telles que la syphilis contre laquelle on l'a longtemps employé.

Comme moyen topique, le chlorate se place à côté des irritans légers, du borate de soude, du sulfate de zinc, etc.; il favorise la cicatrisation des ulcères.

Comme moyen interne, il se rapproche des médicamens altérans. Ses analogues ne sont pas les carbonates alcalins, dont il diffère essentiellement par son action sur les urines; ce sont plutôt l'azotate de potasse et l'iodure de potassium, bien qu'il jouisse d'une activité moins grande.

Tels sont les résultats de notre étude consciencieuse. Sans doute bien des questions incidentes ne sont pas résolues, bien des expériences sont encore à tenter pour apprécier au juste le mode d'action et les indications thérapeutiques du chlorate de potasse. Nous espérons toutefois, par cet exposé des travaux publiés jusqu'à ce jour sur ce médicament trop peu connu, et par les résultats de nos propres observations physiologiques et cliniques, avoir réalisé un progrès que d'autres observateurs plus habiles sauront sans doute achever.

Nous faisons-nous illusion sur la valeur et l'utilité de ce médicament, et sommes-nous destinés à le voir, après une courte faveur, retomber dans l'oubli d'où viennent de le tirer les observateurs modernes?

Nous espérons qu'il n'en sera pas ainsi, parce que l'étude de ce médicament, débarrassée des théories hypothétiques qui l'avaient entraîné dans leur ruine, est entrée maintenant dans la voie de l'expérimentation positive.

Mode d'administration. — Le chlorate de potasse se donnera habituellement à la dose de 2 à 8 grammes par jour.

D'après ce qui précède, on voit qu'il n'y a aucun inconvénient à élever les doses de chlorate, et que quelques effets physiologiques semblent ne se produire qu'à dose élevée : la diurèse, la salivation abondante, l'action sur le larynx et sur les bronches; on peut aller jusqu'à 20 et 30 grammes. La seule difficulté que puisse présenter le chlorate de potasse dans son administration provient de son peu de solubilité.

La potion gommeuse ordinaire en dissout facilement 5 à 6 grammes à la température de 15 degrés; mais il ne faut pas se contenter de verser purement et simplement les cristaux de chlorate dans une potion gommeuse, car ils s'y dissoudraient à peine : on fera bien, comme le conseillent M. Bergeron et M. Vial, de faire dissoudre le sel dans l'eau, avec l'aide de la chaleur, avant d'ajouter les substances édulcorantes. A la dose de 4 grammes, cette potion n'a rien de désagréable, les enfans même la supportent facilement.

(1) Une expérience vient d'être faite dans le service de M. Blache pour constater l'action topique du chlorate. Un enfant de 8 ans, atteint depuis un mois d'une stomatite couenneuse, a été traité par le chlorate, en solution concentrée (5 p. 100) appliquée en collutoire six fois par jour. Au bout de trois jours, la muqueuse a commencé à se nettoyer; en huit jours, les fausses membranes sont presque complétement tombées; mais la guérison a marché moins rapidement que par l'administration du chlorate à l'intérieur. La muqueuse est restée rouge foncé après la chute des fausses membranes, le diamètre de la partie malade a diminué très lentement; la guérison n'a été complète qu'au quinzième jour. Du reste, j'ai retrouvé du chlorate dans l'urine, ce qui prouve qu'il y en a eu d'absorbé par la muqueuse buccale ou d'avalé par l'enfant.

Si l'on veut donner le chlorure à haute dose, il ne faut pas chercher à en dissoudre trop dans une seule potion; d'abord ce sel ne se dissoudrait pas sans l'aide de la chaleur, puis il cristalliserait immédiatement par le refroidissement. Il vaudrait mieux, dans ce cas, augmenter la quantité de véhicule, soit en ajoutant de l'eau à la potion, à mesure qu'on la vide, soit en faisant préparer plusieurs potions. Nous croyons que le chlorate, bien dissous et convenablement édulcoré, est plus facilement supporté par l'estomac que celui qui ne l'est pas. Quand le malade se dégoûte de la potion, on peut continuer l'administration du chlorate, en le dissolvant dans une grande quantité de tisane pour en masquer le goût. Chaussier recommandait, avec raison, d'administrer le chlorate au moment des repas, précepte important, surtout pour les hautes doses. Odier l'administrait dans une tasse de bouillon.

On peut également administrer le chlorate en poudre, pulvérisé et mêlé avec une quantité suffisante de sucre, comme le faisaient Herber et Schaeffer.

Enfin, le chlorate peut être prescrit en applications topiques :

En lotions, avec une solution de 5 grammes pour 100 d'eau, à la température de 15 degrés. Si l'on veut une solution plus concentrée, il faudra se servir d'une solution chaude, comme l'a fait M. Lasègue; à la température de 30 à 40 degrés, on dissoudra à peu près 15 pour 100 de ce sel.

En poudre, associé à l'amidon ou au sous-nitrate de bismuth; il paraît que cette application est douloureuse. — (In *Répert. de pharm.*, juin 1856.)

OBSERVATION DE CHORÉE VIOLENTE GUÉRIE PAR L'IMMOBILISATION PAR L'EMMAILLOTTEMENT.

Cette idée ingénieuse a été appliquée par M. le docteur Nicod, de Lyon, dans les circonstances suivantes :

Un jeune homme des montagnes du haut Bugey, rapporte l'auteur, était affligé depuis cinq semaines de mouvemens cloniques continuels fort incommodes, mais non douloureux. Il ne pouvait essayer de marcher, même soutenu par deux personnes, sans être lancé contre les meubles ou contre les murs. Les muscles du tronc et du cou étaient sans cesse convulsés; l'expression de la face était des plus singulières, et, ce qu'il y avait de pis, c'est qu'on ne pouvait alimenter le patient qu'avec une extrême adresse, en saisissant avec peine les quelques secondes de répos que la maladie lui laissait à de longs intervalles. Après un examen minutieux, M. Nicod ne put reconnaître aucune lésion organique qui rendît raison d'un état si fâcheux. Il s'arrêta à l'idée d'une chorée générale, et, partant de ce raisonnement que le désordre de l'influx nerveux qui constitue cette chorée est entretenu par l'habitude convulsive, il se mit en devoir de dompter cette habitude au moyen de l'artifice que voici.

M. Nicod plaça le malade sur son lit, étendu sur le dos. Il fit rapprocher les membres de la ligne médiane par des hommes vigoureux, et il emmaillotta le sujet des pieds aux épaules au moyen de fortes bandes; après quoi le corps *sursautait* en quelque sorte d'une seule pièce. De l'eau froide fut appliquée sur le front pour combattre la congestion céphalique, et, pour distraire le malade de son état de gêne, on lui frottait de temps en temps les tempes avec un linge humecté d'eau fraîche. Quand la face était trop colorée, on relâchait un peu les bandes supérieures; on les resserrait quand la circulation était régularisée. Après quarante-huit heures de cette situation, les mouvemens avaient perdu les trois quarts de leur violence. Le cinquième jour, ce jeune homme put manger seul et marcher en chancelant un peu, mais sans être soutenu. On employa alors les bains tièdes, devenus frais à la sortie de l'eau. Enfin, au bout de huit jours, la guérison était à peu près confirmée. La cure s'est soutenue entière, sauf quelques mouvemens cloniques qui se sont reproduits quelques mois après sous l'influence du froid, et qui ont cédé à l'emploi des bains tièdes. L'année suivante, car il y a déjà plusieurs années que l'observation de M. Nicod a été recueillie, il y eut encore un retour éphémère des accidens; mais depuis lors la chorée n'a plus reparu. — (In *Revue de thérap. médico-chirurg.*, juin 1856.)

RECHERCHES STATISTIQUES SUR LA DURÉE DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE DANS LES CAS MORTELS; par le docteur SEHMIEDER, de Leipzig.

— Ces recherches sont basées sur 63 cas observés à la clinique de Leipzig, 46 de M. Louis, 28 de M. Chomel, 51 de M. Vierordt, 18 de M. Frey, 80 de MM. Herrich et Papp. Voici les conclusions de ce travail :

La mort n'arrive que très rarement à la fin de la première semaine.

Les trois quarts des cas mortels se terminent entre le commencement de la seconde et la fin de la quatrième semaine.

La proportion diminue constamment de la 4e à la 7e semaine; la diminution est régulière, en ce sens, que chaque semaine suivante n'offre que la moitié de la précédente.

Entre la 8e et la 12e semaine on a observé à peu près 1/20e de la mortalité (10 sur 206).

La mortalité est à peu près la même dans la 2e, la 3e et la 4e semaine; chacune figure pour un quart.

En considérant ces semaines par moitiés, on trouve à peu près le même chiffre pour chacune de ces six moitiés.

La durée moyenne d'une fièvre typhoïde mortelle est de 23 jours.

La durée moyenne des cas terminés entre le 8e et le 28e jour, est de 18 jours.

Chaque jour de la 2e et de la 3e semaine présente à peu près la même mortalité.

La mortalité est surtout forte le 25e jour.

La durée moyenne de la maladie est moindre chez la femme que chez l'homme = 21,14 : 23,86.

Dans les cas mortels, avant la fin de la quatrième semaine, la durée est dans le rapport suivant avec l'âge : entre 15 et 20 ans, les malades meurent d'autant plus tôt qu'ils sont plus jeunes; ils résistent le plus longtemps entre 20 et 28 ans, et, passé cet âge, ils meurent de nouveau plus rapidement.

Plus le malade s'alite tôt, plus tôt aussi arrive la mort. Néanmoins, l'auteur observe lui-même que cette conclusion, quoique vraie d'une manière absolue, n'implique pas nécessairement cette relation, comme de cause à effet, parce que d'autres conditions, qu'on ne peut dégager, ont été en jeu en même temps; ainsi, les circonstances de l'âge, du sexe, etc.; les femmes et les enfans s'alitent plus tôt que les hommes. — (*Archiv f. physiol. heilkunde*, t. XIV, n° 3.)

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 77. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 26 Juin 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départemens

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

Le 1er Juillet prochain, L'UNION MÉDICALE *sera imprimée en caractères neufs.*

SOMMAIRE. — I. PATHOLOGIE : Examen de cette question : l'utérus est-il le siége de l'hystérie, et, à ce sujet, exemples d'hystérie chez la femme sans utérus, ou ayant un utérus à l'état rudimentaire, et cas d'hystérie complète chez l'homme. — II. THÉRAPEUTIQUE : Nouvelles observations confirmatives des propriétés fébrifuges de l'apiol. — III. PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE : Résumé d'un mémoire sur l'albuminurie. — IV. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. (Académie de médecine). Séance du 24 Juin : Correspondance. — Rapports sur des eaux minérales. — Lecture. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

PATHOLOGIE.

EXAMEN DE CETTE QUESTION : L'UTÉRUS EST-IL LE SIÉGE DE L'HYSTÉRIE, ET, A CE SUJET, EXEMPLES D'HYSTÉRIE CHEZ LA FEMME SANS UTÉRUS, OU AYANT UN UTÉRUS A L'ÉTAT RUDIMENTAIRE, ET CAS D'HYSTÉRIE COMPLÈTE CHEZ L'HOMME ;

Par M. le docteur BRIQUET, médecin de l'hôpital de la Charité, à Paris.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

1° L'hystérie, dit Galien, est très commune chez les femmes d'un âge moyen, et elle se voit surtout chez les veuves qui, auparavant, étaient bien menstruées, qui avaient eu des enfans, *atque virorum concubitu gaudebant* (assertions complétement fausses). Or, quoi de plus naturel, dit-il, que de supposer que la maladie leur est venue de ce que leur liquide séminal (lequel n'existe pas) et leur sang menstruel sont retenus dans l'utérus.

2° Les accidens les plus habituels de l'hystérie étant (ce qui est encore inexact) la suffocation et la syncope, qui s'accompagnent toujours d'un refroidissement du corps, ces accidens ne peuvent être produits que par le liquide séminal, dont la nature est froide et aqueuse.

3° Il est prouvé que la rétention du sperme chez l'homme provoque de graves accidens ; témoin un incident arrivé à Diogène le cynique. « Ille vir, alioqui omnium mortalium » quoad continentiam pertinet constantissimus, libidini tamen » indulgebat, non a copulata voluptate, veluti bono aliquo » allectus, sed ut noxiam quæ a retento semine provenire » solet, evitaret. Cùm meretrix adire pollicita, diutiùs cessa- » ret, ipse manu pudendis admota semen projecit, ac venien- » tem deinde mulierculam remisit, inquiens, manus hyme- » næum celebrando te prevenit. » Il paraît que beaucoup de fort honnêtes gens de ce temps étaient dans l'usage d'imiter la conduite du cynique dans les mêmes intentions d'hygiène prophylactique, que lui. A cette époque, avait-on quelque pesanteur de tête, quelque malaise irrégulier, c'était, si l'on s'en rapporte à Galien, la coutume d'attribuer cela au sperme, et la coutume aussi de recourir bien vite au remède, le tout pour la plus grande gloire de l'hygiène. Les jésuites, la morale élastique, et les confesseurs à manche large, ne sont pas, comme on le voit, de l'invention d'Ignace de Loyola.

Or, ce qui arrive aux hommes ne peut pas manquer d'arriver chez les femmes qui, selon Galien, *leur ressemblent tant*, et en voici la preuve :

« Quædam mulier, ex longo tempore vidua, quæ, per cæ- » tera mala, nervorum distensione vexata erat, ac dicente » obstetrice uterum esse retractum, remediis consuetis uti » decrevit ; quibus adhibitis, partim ob eorum calorem, par- » tim etiam quod inter curandum, manibus tractarentur partes » muliebres, oborta titillatione cum labore et voluptate, veluti » per coïtum usu venire solet, excrevit crassum plurimum- » que semen, atque a molestia sua liberata fuit mulier. »

4° Le sang menstruel retenu, quoique ayant moins de puissance morbifique que la nature séminale, et étant souvent non nuisible, l'est cependant quelquefois, et peut causer l'hystérie, même chez des femmes mariées.

Ainsi donc, pour Galien, la matrice est malade dans l'hystérie, mais sa maladie n'est que le résultat de la rétention du sperme ou du sang menstruel, c'est une affection spéciale qui n'existe pas chez les femmes ordinaires qui ont de véritables maladies ou de véritables déplacemens de l'utérus.

Telle est la théorie de Galien, et tels sont les raisonnemens futiles sur lesquels cet auteur se fonde pour faire de l'hystérie une maladie de lubricité.

Une réfutation de cette théorie me paraît aussi inutile pour celle de Galien que pour celle d'Hippocrate ; car ces argumens sont tous matériellement faux.

Comme Galien, fort prolixe sur les points qui intéressaient sa théorie, n'entre dans aucun détail sur les symptômes, sur la marche et sur le traitement de la maladie elle-même ; comme il ne donne aucun fait nouveau d'observation, tout porte à penser qu'il s'est borné à suivre la tradition reçue, se contentant de substituer ses explications à celles d'Hippocrate.

Il ressort évidemment de l'étude à laquelle je viens de me livrer, que la doctrine antique sur la nature de l'hystérie n'est fondée que sur des idées *à priori* de la philosophie païenne, et sur les erreurs les plus flagrantes de la part de la médecine. Rien, absolument rien ne constate que les auteurs antiques aient établi, à l'aide d'une véritable observation, que l'hystérie résultât d'un état pathologique de l'utérus.

Comme l'influence de l'utérus, quoique expliquée d'une autre manière, a continué à être invoquée, pour n'avoir plus à y revenir, je veux attaquer cette doctrine par un argument radical. Je veux prouver : 1° qu'on peut être femme, l'utérus manquant ; 2° que l'hystérie peut exister chez la femme sans utérus, ou ayant l'utérus à l'état rudimentaire, et chez l'homme lui-même qui, comme chacun le sait, n'a pas non plus d'utérus.

Hippocrate avait dit : *Mulier propter uterum condita est.* Van Helmont, avec l'assentiment général, reproduisait bien longtemps après la même idée, en écrivant : *Propter solum uterum mulier est id quod est.* Et enfin, de nos jours, M. Dubois (d'Amiens) a pu ajouter, sans trouver beaucoup de contradicteurs, que c'était, en effet, l'utérus qui constituait la femme pendant la période moyenne de la vie.

Je ne m'arrêterai point à faire remarquer que l'utérus, n'ayant qu'une très minime proportion de nerfs provenant du trisplanchnique, et une bien plus petite proportion encore de nerfs encéphaliques, ne possède guère, dans l'état normal, de moyens de réagir sur l'ensemble de l'organisme, et que, par conséquent, il est très éloigné d'avoir la puissance non seulement de le constituer, mais même de le modifier. Je me bornerai à constater, ce qui est admis par tous les anatomistes, que l'utérus est un simple organe de réception, une sorte de sac destiné à contenir le fœtus.

J'arrive à un argument plus direct. L'observation constate qu'il se rencontre assez fréquemment, pour que tous les anatomistes et presque tous les médecins des hôpitaux en aient vu, des femmes chez lesquelles l'utérus manquait complétement, sans qu'aucune autre partie vint suppléer à cette absence : ces femmes, néanmoins, présentaient tous les attributs physiques et moraux de la femme, la plupart remplissaient même complétement leurs obligations d'épouses. Engel a fait depuis longtemps la remarque que l'absence de l'utérus ne portait pas d'obstacle aux modifications qu'imprime la puberté, et n'empêchait pas les désirs vénériens d'exister. Colombus, Fromendus, Morgagni ont les premiers cité de ces cas, et tous les recueils d'anatomie en sont pleins.

J'ai moi-même eu l'occasion d'observer un de ces faits. Une femme de chambre de 24 ans vint succomber dans mes salles de la Charité à une fièvre typhoïde. C'était une grande et belle personne, blonde, la tête ornée d'une riche chevelure, les ma-

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,
professeur de pathologie et de thérapeutique générales,
Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Analyse du *De morborum differentiis*. Définition de la maladie : la doctrine galénique et l'organicisme moderne. Des maladies simples et des maladies composées. — Analyse du *De causis morborum*. Des causes prochaines des maladies : altération des humeurs, son mécanisme ; des diathèses et de leurs localisations. De la pléthore et de ses deux modes. Détermination des parties sensibles et des parties insensibles : Galien et Haller. — Du rôle des tolides et des forces dans la production des maladies. Des maladies générales et des maladies locales : Galien, Érasistrate, Broussais. — De la prédisposition et des causes procatarctiques.

XXV (1).

Pathologie de Galien (suite). — Analyse du traité *De morborum differentiis*.

Dans cet ouvrage, Galien s'occupe d'abord de définir la maladie ; il cherche ensuite à déterminer le nombre des maladies simples, primitives, qui sont les élémens des autres ; et termine enfin par la détermination des maladies secondaires, composées, résultant de la combinaison des maladies élémentaires.

L'idée que le médecin de Bergame se fait de la maladie n'est pas toujours identique ; elle varie plus ou moins dans ses différens ouvrages. Toutefois, dans le plus grand nombre de ses écrits, et particulièrement dans ceux qui passent, à juste titre, pour les plus sérieux et les plus importans, tel que le *De morborum differentiis*, on trouve, comme expression générale des idées de l'auteur, que la maladie consiste dans l'altération de l'état matériel de l'organisation.

En effet, l'auteur insiste particulièrement sur ce principe, que l'altération d'une fonction suppose une altération correspondante de la partie qui est chargée de l'accomplir. Pour Galien, ce trouble fonctionnel n'est pas la maladie, c'est le symptôme, la manifestation extérieure de la maladie ; quant à celle-ci, elle réside essentiellement dans l'altération de l'état matériel d'une partie quelconque du corps, solide ou liquide.

Mais, bien que l'altération fonctionnelle ne soit pas la maladie, cependant celle-ci n'existe, à vrai dire, que lorsqu'il y a lésion de fonction. Vainement une partie sera déviée de son état normal, si, de cette déviation, il ne résulte aucun trouble dans l'harmonie des fonctions, il n'y aura pas maladie. Ainsi, pour établir une bonne définition de la maladie, il faut faire entrer dans cette définition et la considération de l'altération matérielle et la considération du trouble fonctionnel.

Cependant, dit Galien, il est des cas où des troubles fonctionnels apparaissent sans qu'il soit possible de les rattacher à un dérangement de l'état matériel ; ce n'est pas, ajoute-t-il, que l'on soit en droit de nier l'existence de la lésion organique, il est possible que cette lésion existe, mais, présente ou absente, on ne la trouve pas ; que faire alors ? Il faut provisoirement et sous toutes réserves, faire de la lésion fonctionnelle une maladie, jusqu'à ce que les progrès de la science, résultat d'observations nouvelles, soient venus montrer la cause matérielle, jusqu'alors invisible et cachée.

Galien cite comme exemple de ces cas particuliers, la *fièvre*, qui, le plus souvent, liée à une lésion matérielle, et alors purement symptomatique, se montre quelquefois à l'état primitif, c'est-à-dire en l'absence de toute altération organique appréciable ;

Les *convulsions*, qui tantôt se présentent comme symptôme d'un phlegmon du cerveau, tantôt sans lésion matérielle apparente de la substance cérébrale ;

La *dyspepsie*, enfin, qui existe tantôt comme une lésion fonctionnelle consécutive à une altération matérielle de l'estomac, phlegmon, ulcère, etc. ; tantôt comme une action primitive et indépendante de toute déviation de l'état organique du ventricule.

Ainsi la dyspepsie, les convulsions, la fièvre, ordinairement symptômes d'altérations organiques diverses, peuvent, dans certains cas, être considérées comme des maladies primitives, jusqu'à ce que des observations nouvelles viennent à en démasquer la cause matérielle, car Galien pense que cette cause doit être rapportée à une lésion organique qui existe, quoiqu'elle ne soit pas appréciable par les moyens d'observation dont dispose la science de son temps. Ainsi, chose importante au point de vue de la vérité et de la stabilité de la doctrine organicienne, la médecine organiciste actuelle est la descendante directe de l'école galénique ; c'est du médecin de Pergame qu'elle a hérité l'idée qui la domine et la constitue ; elle ne fait que continuer et développer cette tradition antique.

Galien aborde ensuite la grande question de la détermination des maladies simples ou primitives et des maladies secondaires ou composées, et voici comment il cherche à la résoudre. Il y a, dit-il, autant de maladies simples que d'élémens et de qualités élémentaires ; car, ainsi que nous l'avons déjà établi, la santé résulte du mélange, en proportions convenables, des élémens et de leurs qualités ; la maladie naît de l'altération de ce mélange, de la rupture de cet équilibre. Donc, puisqu'il y a quatre élémens susceptibles de varier dans leurs proportions, et, partant, dans les rapports de leurs qualités entre elles, et que de la prédominance de l'une de ces qualités, quelle qu'elle soit, peut résulter la maladie, il s'ensuit qu'on doit arriver, en dernière analyse, à admettre quatre maladies principales ou intempéries, savoir : les intempéries de chaud, de froid, de sec et d'humide. Admirable déduction logique d'une malheureuse hypothèse !

Descendant ensuite dans les détails de l'observation des faits, Galien ne trouve plus ces maladies primitives que le raisonnement, fondé sur une hypothèse, lui a fait admettre, ou, du moins, s'il les trouve, c'est si rarement, qu'il faut convenir que très peu de maladies ont cette simplicité supposée, et que la plupart résultent de la combinaison des différens états primitifs. « La maladie, ajoute Galien, engendre la maladie ; une première en appelle une seconde, celle-ci une troisième, de telle sorte que si l'on descend un instant du point de vue théorique à l'observation des faits, on trouve que tout est complexe au lieu d'être simple. Tout se complique et tout s'enchaîne dans les phénomènes morbides, *raro morborum aliquid sincerum invenitur.* »

Voilà la substance du traité *De differentiis morborum*. Nous arrivons maintenant à l'exposition des idées de Galien sur la cause prochaine des maladies, idées que nous trouvons développées tout au long dans l'ouvrage qui a pour titre : *De causis morborum*, περὶ αἰτιῶν τῶν νοσημάτων.

Déjà, dans quelques autres ouvrages que nous avons parcourus, dans le *De sanitate tuenda*, dans l'*Ars medica*, nous avons vu Galien faire l'énumération et l'analyse des différentes causes des maladies : influences atmosphériques, alimens, boissons, passions, exercices de divers organes.

Lorsque l'une ou l'autre de ces causes, ou plusieurs à la fois, viennent à agir, qu'arrive-t-il ? Comment cet air, ces alimens, ces boissons, ces passions, etc., vont-ils déterminer dans la profondeur des organes les modifications d'où résulte la maladie ? Tel est le problème que l'auteur cherche à résoudre d'après les idées théoriques qu'il s'est faites de l'organisation humaine.

Sous l'influence de ces différentes causes, il survient une altération des humeurs et des solides du corps, altération primitive, immédiate dans les humeurs, secondaire et médiate dans les solides. Dans certains cas, cependant, mais c'est l'exception, la cause peut agir primitivement sur les solides, dont l'altération influence ultérieurement les humeurs. Ainsi, dans l'immense majorité des cas, c'est sur les humeurs que se porte d'abord l'action des causes morbides ; c'est dans leurs modifications qu'il faut chercher la cause prochaine des maladies.

Comment les humeurs s'altèrent-elles ? Plusieurs cas peuvent se pré-

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 Janvier, 7, 19 Février, 8, 15 Avril, 15, 22 et 27 Mai 1856.

melles bien développées, la peau fine et très blanche, pas de barbe, la voix douce, le larynx non saillant, les traits fins et doux et les membres arrondis d'une femme. A l'autopsie, on trouva que l'utérus manquait complétement. Le vagin, de 7 centimètres de hauteur, se terminait par un cul-de-sac très solide, lié à une sorte de tissu cellulaire condensé, qui n'avait en rien, ni la forme, ni la texture de l'utérus. Deux cordons fibreux latéraux, aboutissant à un rudiment d'ovaire à tissu grisâtre, venaient se rendre dans ce connectif. Le bassin était bien conformé, large comme il l'est chez les femmes. Le pubis était garni de poils disposés comme chez les femmes. Les grandes et petites lèvres, ainsi que le corps caverneux et le clitoris étaient médiocrement développés. D'après les renseignemens pris ensuite, il fut constaté que les habitudes et le caractère de cette personne étaient ceux de la femme, et qu'elle avait un amant auquel elle avait l'usage de tout permettre. Voilà donc la femme bien constituée, sans avoir d'utérus.

Bien plus, non seulement la femme peut exister avec tous les attributs du sexe féminin, malgré l'absence des principaux organes de la génération, mais encore l'hystérie a été vue chez des femmes privées d'utérus.

On trouve dans le *Traité de pathologie* de M. le professeur Grisolle l'observation suivante, que je ne puis, à raison de l'à-propos, m'empêcher de rapporter en entier :

En 1850, une fille de 22 ans vint mourir à l'hôpital Saint-Antoine après y avoir séjourné trois mois passés, pendant lesquels elle avait été tourmentée par les accès d'hystérie les plus violens, et avait offert tous les mois les signes de la congestion qui précède les règles, mais sans perdre de sang.

A l'autopsie, à laquelle assistèrent MM. Grisolle et Chassaignac, on ne trouva ni vagin ni utérus. Sur les parois de l'excavation pelvienne, il y avait deux corps qui semblaient se rapporter aux ovaires. La vulve était bien conformée et les mamelles avaient un volume considérable.

De mon côté, j'ai pris les observations de 60 malades qui avaient été atteintes de l'hystérie, la plupart avec véritables attaques convulsives, de l'âge de 5 à celui de 10 ans. Or, tout le monde sait que, jusqu'à cet âge, l'utérus est encore à l'état rudimentaire et ne peut avoir aucune influence sur l'économie.

J'arrive à l'hystérie chez l'homme.

Les auteurs des époques antiques de la médecine, plusieurs de ceux du Moyen-Age, et ceux de nos jours qui, à l'exemple des anciens, ont regardé l'utérus soit comme le siége, soit comme le point de départ de l'hystérie, ont nécessairement prétendu que cette maladie était l'apanage exclusif de la femme. L'un de ces derniers, Louyer Willermay, qui a fait sur l'hystérie un ouvrage digne, pour la crédulité et la véritable observation, des temps antiques, et qui a néanmoins, dans son temps, passé pour le catéchisme de l'hystérie, dit naïvement, qu'il est ridicule de songer à admettre l'hystérie chez l'homme qui n'a pas d'utérus, parce que ce serait commettre une faute contre l'étymologie.

Cette assurance dans la négation d'un fait très facile à éclaircir montre dans quel esprit, l'observation se pratiquait en médecine jusqu'à il y a bien peu de temps.

Mais ceux qui ne se sont pas bornés à adopter sans examen les croyances traditionnelles et qui ont voulu voir par eux-mêmes, ont reconnu l'existence de l'hystérie chez l'homme.

Charles Lepois, qui, le premier, écrivit que l'hystérie ne se rattachait pas invinciblement à l'utérus, avait vu cette maladie chez l'homme et avait dit : *hysterica symptomata omnia, viris cum mulieribus sunt communia*. Après lui, Willis, Highmore, Sydenham, Stahl, Dumoulin, Raulin, Lorry, Cheyne, Ridley, Tissot, Van Swieten, Ettmuller, Morgagni, Cullen, Maisonneuve, Gardien, Hellis, Georget, Colombat, Ollivier d'Angers, MM. Andral, Billod, Brachet, Gérard, Cerise, Conolly, Copland, Forget, Trotter, Trollier et Sandras avaient vu des hommes hystériques, ou admettaient la possibilité de cette maladie chez l'homme.

Cela n'a pas empêché des auteurs de ces derniers temps, et entre autres MM. Landouzy et Monneret, de repousser l'existence de l'hystérie chez l'homme, en prétendant que les faits rapportés par les auteurs que je viens de citer ne sont pas assez complets pour être probans, et que, pour admettre une pareille chose, il faudrait des observations plus complètes et plus précises.

La science possède actuellement de quoi lever leurs scrupules et faire juger définitivement la question; il existe maintenant des faits authentiques qui présentent non seulement les phénomènes universellement reconnus comme caractéristiques depuis longtemps, mais qui offrent d'autres phénomènes bien plus pathognomoniques encore, dont la connaissance date de peu de temps.

Premier fait. — Ernest Langlois, âgé de 25 ans, d'une bonne constitution, mais d'un tempérament nerveux, est fort impressionnable, a l'esprit fort romanesque, pleure facilement, et est toujours fort ému quand il va au spectacle.

A l'âge de 22 ans, ayant un jour reçu malgré lui, dans son logement, une femme avec laquelle il avait eu des relations intimes, il s'en suivit une très vive contestation qui lui causa beaucoup d'émotion. A l'instant même il eut une attaque convulsive, avec perte de connaissance, et pendant laquelle il fallut plusieurs personnes pour le retenir tant il s'agitait. L'attaque dura quinze à vingt minutes, et, quand la connaissance revint, il y eut des pleurs et des sanglots, puis de la céphalalgie et du brisement des membres pendant vingt-quatre heures. Le lendemain, il eut une sorte de paralysie presque complète du mouvement et du sentiment dans la moitié gauche du corps (signe pathognomonique au plus haut degré), qui dura plusieurs jours puis se dissipa complétement.

Trois ans après, il entre dans le service de M. le professeur Laugier, pour un kyste sanguin situé derrière l'oreille qui fut opéré par incision.

Un jour, on prescrit à ce malade un bain, qui est administré trop chaud, et, au sortir du bain, il eut une attaque de convulsions de forme hystérique avec strangulation considérable à la gorge et sans écume à la bouche. Le lendemain de cette attaque, on constata l'existence manifeste et fréquemment répétée de la boule hystérique montant de l'épigastre à la gorge et y causant la strangulation, le point douloureux au niveau des dernières vertèbres cervicales et des premières dorsales, l'engourdissement et le fourmillement des muscles du côté gauche. Le troisième jour, tout le côté gauche était hyperesthésié; le quatrième jour, l'hyperesthésie, s'était transformée, comme c'est le plus ordinaire, et une anesthésie du côté gauche telle, que tous les sens étaient abolis à gauche.

Les accidens durèrent quelques jours, puis allèrent graduellement en diminuant et ils étaient à peu près dissipés au bout de quinze jours.

Il n'est pas possible de mettre en doute l'existence de l'hystérie chez ce malade dont j'abrége l'histoire; ce fait a été observé par des personnes habituées à voir l'hystérie, et qui connaissent trop bien les accidens reconnus depuis un certain temps pour s'y tromper, par M. Bastien, interne distingué, qui en a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

Deuxième fait. — Tissier, âgé de 39 ans, peintre en bâtimens, homme petit, brun, assez musculeux, était habituellement de bonne santé. Il a été ouvrier, puis militaire en Afrique, où, malgré la fièvre intermittente et la dysenterie, il n'avait jamais eu d'accidens nerveux.

En juin 1848, lors de l'insurrection de Paris, il se trouvait dans les rangs des insurgés; tombé dans les mains de la garde mobile, il fut sur le point d'être fusillé, il échappa, mais pour être renfermé dans les souterrains de l'un des forts de Paris, puis envoyé sur les pontons. Au bout de huit à dix jours, à partir du début de ces événemens, il avait été si vivement préoccupé, qu'il fut pris pour la première fois d'une attaque convulsive. Cette attaque fut précédée de vertiges, puis d'un sentiment de compression à l'épigastre, puis d'une boule qui, partie de l'estomac, gagna la gorge où elle causa la strangulation, il y eut aussitôt perte de connaissance avec mouvemens convulsifs sans écume à la bouche, et, au réveil, survinrent des pleurs involontaires, des sanglots, puis une céphalalgie et un brisement des membres qui durèrent vingt-quatre heures.

Les attaques se succédèrent, et Tissier s'aperçut qu'il y avait une diminution notable dans la sensibilité de la peau, et dans la force des mouvemens des membres du côté gauche.

Cet homme fut apporté à la Charité, au moment où il venait d'avoir une de ses attaques, et, le lendemain, on peut observer les phénomènes suivans :

Anesthésie complète de la peau, de tout le côté gauche du corps, les piqûres et les pincemens ne sont pas sentis. Faiblesse notable de la puissance musculaire de tout ce côté. L'œil gauche voit trouble, la conjonctive de ce côté est complétement insensible au contact d'une épingle, l'ouïe, l'odorat et le goût sont complétement abolis à gauche, la sensibilité de tact, de l'oreille et des muqueuses nasale et buccale, est complétement détruite. Douleur habituelle à l'épigastre avec sensation habituelle de constriction. Sensation fréquente d'une sorte de boule qui, de l'épigastre, remonte à la gorge. Douleur habituelle très vive au rachis, au niveau des scapulums.

Pendant le séjour de cet homme à la Charité, il a eu plusieurs attaques, dont la nature hystérique fut constatée de la manière la plus positive.

Troisième fait. — Laroche (Émile), cuisinier, âgé de 29 ans, homme d'un tempérament lymphatico-nerveux, blond, à teint pâle, de force moyenne, et très impressionnable. Sa santé a été bonne jusqu'à l'âge de 12 ans. Mais, à cette époque, il est entré en apprentissage et a été maltraité et mal nourri. Il commença bientôt à présenter des signes de gastralgie hystérique, des douleurs vives à la région épigastrique, et des vomissemens des alimens aussitôt que ceux-ci avaient été ingérés. A 18 ans, il devint sujet à la spermatorrhée. Cette maladie a continué jusqu'à ce moment, quoiqu'il usât fréquemment du coït. Il devint peu à peu plus impressionnable qu'auparavant.

A l'âge de 24 ans, il vit périr dans ses bras un de ses amis atteint du choléra, ce qui l'émut beaucoup, et ce jour-là il eut sa première attaque convulsive. Pendant les trois mois qui suivirent, il y eut presque tous les jours de semblables attaques, puis, peu à peu, elles s'éloignèrent, et n'eurent plus lieu que tous les quatre à cinq jours. Il est entré à la Charité, en 1854, dans l'état suivant :

Anesthésie complète de la peau du côté gauche du corps, qui peut être piquée, pincée et tiraillée, sans que le malade en ait la conscience; perte de la sensibilité de tact, de la conjonctive, de la peau, de l'oreille, des muqueuses nasales et buccales du côté gauche; surdité, perte du goût et de l'odorat à gauche; douleur continue à l'épigastre; douleur au rachis entre les deux épaules et dans la portion de gouttière vertébrale gauche correspondante; douleur au niveau des dernières fausses côtes gauches; douleur vive au cordon testiculaire gauche; tube digestif à l'état normal; pas de forces.

Il a eu à l'hôpital, pendant le peu de temps qu'il y a séjourné, plusieurs attaques, ayant exactement les caractères sus-indiqués, et que je ne décris pas pour éviter les longueurs.

Chez un quatrième malade qui, en deux reprises, est resté près de six mois à la Charité, et qui ne fait qu'en sortir à ce moment, les phénomènes d'anesthésie, auxquels s'est jointe de la paralysie du côté gauche, avec des attaques convulsives et évidemment hystériques qui avaient lieu tous les huit à dix

---

senter : 1° L'altération frappe les humeurs en masse, ou le sang qui les renferme toutes. Ainsi la masse du sang augmente, *pléthore*; elle diminue, *anémie*. 2° L'altération se porte sur une humeur en particulier; si une humeur quelconque prédomine, il y aura exagération, dans l'économie, de la qualité prédominante que cette humeur possède. Par exemple, si c'est le sang qui prédomine, comme le propre du sang est d'être chaud, il y aura augmentation de la chaleur générale, etc., alors l'équilibre est rompu, il y a maladie. Il existe donc des maladies par excès de chaud, de froid, de sécheresse, d'humidité, suivant la prédominance de telle ou telle humeur.

En remontant à la qualité de l'humeur prédominante, on peut déterminer la diathèse du corps, car la prédominance d'une humeur quelconque est annoncée par un signe spécial.

Ainsi, Galien ne perd pas de vue son point de départ. Dans la définition de la maladie, il a établi que le trouble des fonctions implique l'altération de l'état matériel; de même, dans l'étude des causes prochaines des maladies, en admettant que la prédominance des humeurs produit les divers états morbides, il admet par là que les maladies résultent des altérations diverses de l'état matériel. Si la chaleur domine dans le corps, c'est parce qu'une humeur chaude est en excès, etc. Constamment Galien, par un remarquable enchaînement d'idées et une merveilleuse logique de déduction, rattache l'altération de l'état dynamique à l'altération de l'état organique.

Puisque toute maladie, sauf quelques cas exceptionnels, consiste dans une modification des humeurs de l'économie, comme ces humeurs circulent partout le corps avec le sang qui les contient, il s'en suit que toute maladie, à quelques exceptions près, est une maladie générale, c'est-à-dire retentissement dans l'ensemble de l'organisation, c'est-à-dire encore une maladie de la substance, *totius substantiæ*. L'humeur prédominante, sang, bile jaune, pituite, etc., se promène par tout le corps et partout porte le trouble, et cela d'une manière générale, sans affecter d'abord aucun organe en particulier. Cependant, tout en cheminant, cette humeur rencontre des solides dont toutes les facultés peuvent ne pas être, en ce moment, dans un équilibre parfait. Chez l'un, la force attractrice est en souffrance, chez l'autre, la force rétentrice, la force expultrice chez un troisième, de telle sorte que l'humeur sera, par ces organes, ou mal attirée, ou mal retenue, ou mal expulsée. Dès lors, il peut se faire qu'elle s'accumule dans certains organes et que, de cette accumulation, naissent, au milieu de la maladie générale, des affections locales qui, par leur nature, seront dépendantes de la maladie générale ou diathèse. Pour Galien, le plus souvent, les états locaux ne sont que des dépendances d'un état général, sont subordonnés à la diathèse qui les produit. Cette vérité, entrevue par Galien à travers le voile des théories et des hypothèses, est devenue de plus en plus éclatante à mesure qu'avec le temps elle s'est de plus en plus dégagée de ces ténèbres, dissipées au flambeau de l'observation moderne.

De ce qui précède, il résulte que, pour Galien, deux élémens président à la formation et à l'explication de presque toutes les maladies :

1° L'altération des humeurs produisant et expliquant les états généraux, les diathèses;

2° L'altération des forces ou facultés des divers organes produisant et expliquant les divers états locaux, ou les localisations des diathèses.

Voici comment Galien explique qu'il entend l'altération des facultés : « Les forces ou facultés, dit-il, ne sont autre chose que le produit des différens élémens et de leurs qualités. Donc la force ou faculté, cause efficiente des phénomènes, n'existe pas comme substance matérielle et altérable par elle-même, ses modifications ne sont que le reflet des modifications que les élémens et leurs qualités éprouvent dans leurs proportions normales. » Admirez encore une fois cette grande fermeté d'esprit de Galien et cet enchaînement logique de principes et de déductions !

La plupart des maladies sont donc produites, suivant Galien, par la prédominance des humeurs ou l'excès des qualités élémentaires. Parmi ces qualités celle qui, le plus souvent, domine dans l'économie et cause la maladie, c'est le chaud. Or, l'excès de chaud produit, comme état général, la fièvre; comme état local, le phlegmon, l'inflammation. Il suit de là que les maladies inflammatoires sont les plus communes.

Parmi les circonstances qui, en dehors de la prédominance d'une humeur chaude dans l'économie, peuvent augmenter la chaleur du corps, Galien cite : l'excès des mouvemens musculaires, l'action trop vive de la température extérieure, l'ingestion d'alimens trop chauds, les mouvemens désordonnés de certaines passions, telles que la colère, etc., enfin la propagation de l'excès de chaleur d'un organe à tout le corps. Pour expliquer cette dernière circonstance, Galien suppose que, de l'organe primitivement affecté, la chaleur se propage de proche en proche jusqu'au cœur, et ce n'est, d'après lui, que lorsque le cœur a reçu cet excès de chaleur, qu'elle se généralise dans tout le corps. C'est de la même manière que l'auteur comprend la production de la fièvre, dans toutes les maladies qui débutent par un excès de chaleur locale. Dans tous les cas, la chaleur doit passer par le cœur avant de se répandre dans l'ensemble de l'économie.

Suivant Galien, ainsi que nous l'avons déjà vu, la maladie peut reconnaître pour cause prochaine, non plus la prédominance d'une humeur en particulier, mais l'augmentation en masse de toutes les humeurs, état général qui, pour lui, constitue *la pléthore*. L'auteur distingue deux sortes de pléthore : 1° pléthore *ad vires*; 2° pléthore *ad vasa*, distinction reproduite depuis par beaucoup de modernes.

La pléthore *ad vires* existe dans les cas où, sans qu'il y ait trop de sang dans les vaisseaux, une partie présente tous les signes de l'état pléthorique, ce qui tient à une mauvaise administration de la part des *forces* qui président à la circulation des humeurs dans cette partie.

La pléthore *ad vasa* consiste dans l'augmentation absolue des humeurs contenues dans les vaisseaux.

Galien distingue aussi dans la pléthore deux choses : 1° un état général constitué par la plénitude de tout le système vasculaire, en vertu de la surabondance des humeurs : c'est notre pléthore actuelle; 2° divers états locaux caractérisés par la localisation de cette surabondance d'humeurs dans une ou plusieurs parties du corps, parties qui deviennent le siége de phénomènes pléthoriques : congestions, hémorrhagies, etc. La pléthore, dans les divers solides, est consécutive à l'état pléthorique général de l'économie, ou à la diathèse pléthorique.

Galien place ici une remarque intéressante. Il y a, dit-il, des organes qui n'ont pas la conscience de leur plénitude. Il en est d'autres qui la ressentent et en avertissent le cerveau. Il fait ensuite une énumération curieuse des parties sensibles et de celles qui ne le sont pas, préludant ainsi théoriquement à des études que Haller devait reproduire, bien des siècles après, le scalpel à la main.

La considération des humeurs comme principes et causes prochaines des maladies est sans doute la plus importante dans la pathogénie de Galien; mais, ainsi que nous l'avons déjà fait pressentir, elle n'est pas la seule. Une part beaucoup plus petite, il est vrai, doit être faite à deux autres ordres de causes, les solides et les forces.

Les *solides* peuvent, dans un certain nombre de cas, devenir causes de maladies. D'abord, au moment de la formation de l'être, sous l'empire d'une mauvaise direction des forces qui président à cette formation, ou d'un vice de la semence, la composition primitive des solides devient défectueuse, ou bien encore il se produit des altérations dans leur situation, leur forme, leur volume, leurs rapports; ces divers états sont réunis par Galien sous le titre de maladies *congéniales*.

Après la naissance, pendant tout le cours de la vie extra-utérine, les solides peuvent devenir le siége d'un grand nombre d'états morbides; mais, comme le plus souvent ces altérations des solides sont consécutives à une altération primitive des humeurs, il s'en suit que le cadre de ce deuxième ordre de maladies doit être extrêmement restreint.

Ce n'est pas tout; par la seule considération des humeurs et des solides, Galien ne pouvait se rendre compte de l'enchaînement des phénomènes de la maladie. Pour l'expliquer, il fait intervenir ces puissances, forces ou facultés, que possèdent tous les organes dont elles suivent le développement. De même que, dans l'état de santé, les quatre facultés ou forces attractrice, rétentrice, altératrice, expultrice, président à l'accomplissement de tous les phénomènes physiologiques qui se passent au sein de l'organisme, de même un certain nombre d'actes morbides ont pour point de départ l'altération de l'influence de quelqu'une de ces

jours, ont duré fort longtemps. Les attaques, qui ne revenaient plus que toutes les trois semaines, se sont peu à peu éloignées; et au moment de la sortie, il existait encore de la gastralgie hystérique qui avait été notablement atténuée par la galvanisation de la peau de l'épigastre.

J'ai les observations de deux autres hommes jeunes qui avaient des attaques caractéristiques d'hystérie, mais sans paralysie.

Enfin, j'ai eu dans mes salles un typographe du journal la *Presse*, lequel, à la suite de chagrins prolongés et d'émotions morales répétées, fut pris graduellement de tous les accidens pathognomoniques de l'hystérie, avec attaques convulsives. Après être resté plusieurs mois à l'hôpital dans un état d'épuisement extrême et de vives souffrances, il finit par s'épuiser et par mourir. A l'autopsie, on ne trouva dans ses centres nerveux, dans ses viscères principaux et dans ses organes génitaux, aucune lésion matérielle capable de rendre compte de la pénible série de souffrances que ce malheureux avait éprouvées.

Ainsi, voilà sept cas d'hystérie bien caractérisée, dont six ont été observés par moi, lesquels ne laissent plus aucun doute et prouvent que l'hystérie peut exister chez l'homme avec le cortége complet des accidens que cette maladie entraîne après elle.

On peut, ce me semble, d'après cet ensemble de preuves, avoir la certitude que l'utérus n'est pas, comme l'ont prétendu les anciens, le siége de l'hystérie.

Nous verrons en temps et lieu si la théorie plus large, qui veut que le terme utérus signifie l'ensemble des organes génitaux, sera plus heureuse; en attendant nous pouvons conclure que la femme peut être bien femme sans avoir ni utérus ni son équivalent, et que l'hystérie peut exister avec tous ses caractères chez des sujets qui n'ont pas d'utérus, ou qui l'ont à l'état rudimentaire.

THÉRAPEUTIQUE.

NOUVELLES OBSERVATIONS CONFIRMATIVES DES PROPRIÉTÉS FÉBRIFUGES DE L'APIOL.

La constitution médicale des premiers mois de cette année a été si variable, qu'il est à peu près impossible d'en esquisser la physionomie. A côté de nombreuses affections puerpérales, sont venus se grouper des érysipèles qui ont fâcheusement compliqué la plupart des grandes opérations chirurgicales, et parmi les fièvres continues et les angines de toutes sortes, on n'a pas été peu surpris d'observer plusieurs cas de fièvres intermittentes, dont quelques-uns ont été très graves. Nous n'entreprendrons pas de rechercher le lien étiologique qui a pu unir des maladies si diverses, nous voulons seulement appeler l'attention de nos confrères sur la nature des fièvres intermittentes que nous avons eues à traiter, et constater, une fois de plus, les bons effets que nous avons obtenus de l'emploi de l'apiol dans ce genre d'affections.

Ce n'est qu'exceptionnellement que l'on rencontre à Paris des fièvres intermittentes; et si, cette année, ces maladies ont affecté un caractère grave et même quelquefois pernicieux, les nombreuses démolitions opérées simultanément dans tous les quartiers, les bouleversemens de terrains qui s'ensuivent et la longue saison pluvieuse que nous venons de traverser, n'ont certainement pas été étrangers à leur développement. A l'hôpital de la Pitié, M. Gendrin a mis ces circonstances à profit pour essayer la médication arsenicale comparativement au sulfate de quinine, et il lui a été facile de démontrer, comme chacun de nous devait le présumer, que l'arséniate de soude, quoique possédant des propriétés fébrifuges incontestables, ne maîtrisait pas la fièvre aussi vite que la quinine; et comme il y avait impossibilité d'en élever les doses, à moins de s'exposer à des accidens redoutables, on devait rejeter cette médication dans tous les cas où il importait d'enrayer d'emblée des accès pernicieux.

Nous regrettons que notre savant confrère n'ait pas tenté aussi quelques essais avec l'apiol, il eût pu se convaincre, comme nous, que ce précieux succédané jouissait de tous les avantages de l'arséniate de soude sans en avoir les inconvéniens; que la sûreté de son action était tout aussi manifeste, et qu'on pouvait en élever la dose sans crainte de produire d'autres effets physiologiques que ceux que l'on observe habituellement après l'administration du sulfate de quinine.

A l'appui de ce que nous avançons, nous citerons les trois observations suivantes que nous avons recueillies dans notre pratique particulière. Nous avons eu le soin de n'administrer le fébrifuge qu'après une parfaite constatation de la fièvre, et alors que la succession des accès, chaque fois plus rapprochés, nous faisait craindre plus de gravité pour l'accès qui devait suivre. Cependant, si l'on nous objecte qu'il ne suffit pas d'attendre, comme nous l'avons fait, le troisième, le quatrième ou le cinquième accès, pour s'assurer de la ténacité d'une fièvre et de sa persistance probable, nous répondrons : il n'en est pas à la ville comme à l'hôpital, on ne peut pas rester spectateur tranquille d'un mal qui progresse devant une famille éplorée et un malade qui justement s'impatiente. D'ailleurs, si l'on veut tenir compte de la gravité des fièvres qui ont régné cet hiver à Paris, il sera facile de reconnaître que celles que nous rapportons plus loin, ne sont pas des fièvres éphémères, mais bien réellement des *fièvres à quinquina*, ainsi que les appelle M. le docteur Bretonneau.

OBSERVATION I. — *Fièvre intermittente tierce, devenue quarte, et guérie avec 3 grammes 50 centigrammes d'apiol.*

Mlle Caroline Joseph, brodeuse, âgée de 28 ans, demeurant rue de Mulhouse, n° 4, jouissant habituellement d'une bonne santé, fut prise, au mois de février dernier, quelques jours après l'opération d'un kyste mélicérique au côté gauche du maxillaire supérieur, d'un accès de fièvre caractérisé par ses trois stades : frisson, chaleur et sueur. Le lendemain, la fièvre manqua et le surlendemain, 25 février, elle reparut avec plus d'intensité que la veille. Le frisson a duré deux heures, puis est venue la chaleur qui a persisté toute l'après-midi avec une céphalalgie intense et une soif ardente, enfin la sueur s'est prolongée très avant dans la nuit.

Le 26, nous prescrivons 1 gramme d'apiol en 4 capsules; la fièvre ne vient pas.

Le 27, la fièvre manque également, mais le lendemain elle reparaît sous le type quarte, avec deux heures de retard sur l'accès précédent.

Le 29 février, 1 gramme d'apiol en 4 capsules. Pas de fièvre.

Le 1er mars, même prescription. Le 2 mars, l'accès de fièvre manque complétement. Nous continuons l'usage de l'apiol à la dose de 2 capsules par jour, en même temps que nous prescrivions une tisane de *quassia amara*, sucrée avec le sirop d'écorces d'oranges amères et la fièvre ne revient pas.

Depuis lors, Mlle Joseph a toujours joui d'une bonne santé.

OBSERVATION II. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie avec 3 grammes d'apiol.*

Mme Dupuis, blanchisseuse, demeurant rue des Fossés-Saint-Germain-l'Auxerrois, est âgée de 23 ans environ. Elle était atteinte, depuis plusieurs mois, d'une chloro-anémie des plus prononcées, lorsqu'elle fut prise d'une bronchite à la suite de laquelle elle ressentit un premier accès fébrile avec frisson initial, chaleur et sueur abondante. Le lendemain, 18 avril, la fièvre reparut à la même heure que la veille et avec la même intensité. Le 19 avril, la malade nous fit appeler au moment du troisième accès qui avait devancé de deux heures le précédent, il était midi lorsque survint le frisson, qui dura jusqu'à deux heures, la chaleur vint ensuite, et, après elle, une sueur abondante qui se prolongea durant la plus grande partie de la nuit.

Le 20 avril, à 6 heures du matin, nous ordonnons de prendre, coup sur coup, 4 capsules de 0,25 d'apiol; l'accès de fièvre du soir n'est caractérisé que par un mal de tête qui se montre à 3 heures de l'après-midi.

Le 21 avril, prescription : 4 capsules d'apiol. La fièvre manque complétement.

Le 22, 2 capsules; pas de fièvre.

Le 23, 2 capsules; la fièvre n'est pas revenue.

La malade continue l'usage d'une tisane amère; elle reprend le fer réduit par l'hydrogène à la dose de 0,20 par jour. Son appétit étant toujours capricieux, nous la purgeons et la soumettons ensuite à l'usage de l'eau de Bussang, et à un régime tonique.

OBSERVATION III. — *Fièvre intermittente quotidienne guérie pa 2 grammes d'apiol.*

M. Raine, commis marchand de drap, demeurant n° 30, rue des Bourdonnais, est âgé de 32 ans; c'est un homme petit, robuste, d'une bonne constitution, n'ayant jamais fait de maladie grave dans sa vie. Dans les premiers jours du mois de mai, il fut pris d'une fièvre intermittente quotidienne des mieux caractérisées. Il avait déjà eu trois accès lorsqu'il me fit appeler. Le quatrième accès devant revenir au bout de deux heures, je ne lui prescrivis pas l'apiol pour ce jour là, et la fièvre revint avec la même force.

Le 10, à 6 heures du matin, 4 capsules d'apiol de 0,25 chaque. Le malade ressent des rapports désagréables jusqu'au soir. La fièvre, qui devait reparaître dans l'après-midi, manque complétement.

Le 11, 2 capsules *ut suprà*. Pas de fièvre.

Le 12, 2 capsules *ut suprà*. Pas de fièvre.

A dater de cette époque, la fièvre n'a plus reparu, mais l'appétit ne revenant pas, et la langue demeurant saburrale, nous jugeâmes utile de donner un émético-cathartique qui produisit le meilleur effet. En tenant pendant quelques jours encore le malade aux amers, puis aux toniques, il se retablit entièrement, et aujourd'hui M. Raine est aussi bien portant qu'auparavant, il n'a plus eu d'accès de fièvre.

Ces quelques faits ne suffiraient pas, assurément, pour établir *à priori* la valeur antipériodique de l'apiol, mais si les lecteurs de l'UNION MÉDICALE veulent bien se rappeler le mémoire que nous avons publié, en février 1855, dans les colonnes de ce journal, en collaboration avec notre confrère et ami, le docteur Homolle, sur cet important sujet, ils trouveront dans les trois observations de guérison que nous venons de rapporter, une nouvelle preuve de l'efficacité de cet agent thérapeutique dans les fièvres intermittentes, et ne craindront pas d'y avoir recours chaque fois qu'ils se trouveront en présence d'une affection périodique n'offrant pas de caractères insidieux. Sans doute, et nous avons hâte de le répéter, le sulfate de quinine restera longtemps encore l'antipériodique par excellence, et on devra y recourir de préférence chaque fois qu'il s'agira de couper une fièvre intermittente pernicieuse dont l'accès prochain pourrait être fatal; mais il n'en est pas moins vrai que l'apiol agit avec la même sûreté; qu'il peut être administré avec le même avantage dans toutes les fièvres où il n'y a pas une très grande urgence à faire cesser un accès un jour plus tôt ou un jour plus tard, et que rien, dans son action physiologique, n'est de nature à mettre obstacle à son emploi théra-

---

facultés. Cette influence peut être augmentée, diminuée, pervertie. Sous l'empire de ces altérations, les humeurs diverses seront trop fortement ou trop faiblement *attirées*, trop fortement ou trop faiblement *retenues*, *élaborées* d'une manière vicieuse, ou incomplétement *expulsées*. De là résulte la production d'un certain nombre d'états morbides. Mais comme en définitive, suivant Galien, l'altération des forces suppose celle de l'état matériel des organes, cette troisième classe de maladies pourra rentrer dans la seconde constituée par les altérations des solides, et comme celles-ci, à leur tour, sont le plus souvent consécutives aux altérations des humeurs, il s'en suit que l'influence des deux dernières causes, faible et restreinte, est entièrement subordonnée à la première, à laquelle l'auteur fait la part la plus large et la plus générale.

Il n'en résulte pas moins cependant, chose capitale, que Galien, pour se rendre compte, d'une manière complète, de l'ensemble des états morbides et formuler une pathogénie générale, invoque à la fois la considération des liquides, des solides et des forces, toutes causes qui, en se combinant entre elles, produisent les états morbides si complexes que la nature offre tous les jours aux méditations profondes du médecin. En effet, s'il est possible, en théorie, d'isoler parfaitement l'une ou l'autre de ces influences, il n'en est pas de même dans la pratique, ou, pour mieux dire, dans la réalité, où il est rare que les influences de ces trois ordres de causes ne se réunissent et ne se confondent. Il y a donc très peu de maladies simples, la plupart sont des états complexes, dans la production desquels les solides, les liquides et les forces peuvent réclamer chacun plus ou moins, suivant les cas, une part légitime d'influence.

Maintenant, suivant la considération de l'action isolée ou plus ou moins combinée de ces trois ordres de causes, on pourra diviser, d'après Galien, l'ensemble des maladies en quatre catégories ou classes :

1° Les maladies générales, primitivement générales, résultant de l'altération des humeurs, soit dans leur quantité absolue, soit dans leurs proportions relatives. Toute maladie qui a un tel point de départ peut être considérée comme générale, puisque la cause réside dans l'économie tout entière. Cette classe comprend les maladies simplement générales, sans localisation particulière.

2° Maladies générales s'accompagnant de manifestations locales. Cette classe comprend les cas dans lesquels les humeurs sont encore le point de départ de la maladie, mais où, en même temps, il se fait un afflux, une attraction ou rétention anormales de l'humeur intempérée dans certains solides.

3° La troisième classe se compose de maladies qui, primitivement locales, conservent ce caractère pendant toute leur durée. Ce sont les maladies simplement locales qui ne se généralisent pas. Il en est ainsi dans un certain nombre d'altérations primitives des solides, et spécialement dans les altérations congéniales.

4° Enfin, dans une dernière classe, la maladie locale, à son point de départ, se généralise pendant son cours, se complique d'autres phénomènes qui la transforment en maladie générale; exemple, la fièvre qui se joint à un *phlegmon* de cause externe. Que la peau, par exemple, vienne à être brûlée, l'inflammation est d'abord purement locale; puis, au bout d'un certain temps, deux, trois, quatre jours, le cœur précipite ses battemens, le pouls devient plus fréquent, la température du corps s'élève; bref, la fièvre éclate. De proche en proche, l'excès de chaleur s'est prolongé du phlegmon externe au cœur par l'intermédiaire des vaisseaux, et a fini par envahir l'économie tout entière.

Il faut donc reconnaître quatre groupes principaux de maladies :

Il faut donc reconnaître quatre groupes principaux de maladies :

1° Les maladies primitivement générales et qui ne se localisent pas;

2° Les maladies primitivement générales qui se localisent consécutivement;

3° Les maladies primitivement locales qui ne se généralisent pas;

4° Les maladies primitivement locales qui se généralisent consécutivement.

Cette classification, adoptée par tous les bons esprits de l'école médicale contemporaine, n'est pas, sans doute, exposée dans Galien avec l'ordre, la méthode et la clarté que nous avons cherché à introduire dans cette analyse, mais elle ressort de la lecture attentive de ses ouvrages, dont il faut surtout s'attacher à saisir l'esprit.

Du reste, pendant ce temps où Galien écrivait les pages que nous venons d'analyser, pendant qu'il élaborait ces brillantes doctrines pathogéniques, on disputait, comme aujourd'hui, sur cette question des maladies générales et des maladies locales. A cette époque, l'école d'Érasistrate était encore debout; quelques médecins, se faisant gloire du nom d'Érasistratéens, refusaient d'admettre, comme causes de maladies, les altérations des humeurs. Toute fièvre, disaient-ils, a pour cause et et pour point de départ l'altération d'un solide et cette altération est, le plus souvent, une inflammation, un phlegmon. Ils niaient qu'il y eût des cas où la fièvre fût indépendante de l'altération des solides. Certes, en lisant les pages que Galien consacre à cette polémique, on se croit transporté tout à coup en plein XIXe siècle, à cette époque, éloignée de nous de vingt-cinq ou trente ans à peine, où Broussais proclamait, aux applaudissemens enthousiastes de la génération médicale d'alors, que toute maladie a son point de départ dans une altération particulière des solides, l'inflammation.

Galien refute cette doctrine des érasistratéens, et cela, il faut le dire, avec peu de courtoisie. « Il faut plaindre, s'écrie-t-il, l'entêtement et la stupidité de ces hommes si attachés à leurs opinions, qu'ils professent que mieux vaut trahir sa patrie que d'abandonner ses doctrines. »

Galien insiste beaucoup sur cette proposition que l'invasion d'une maladie suppose un état antécédent particulier, soit des solides, soit des humeurs, soit des forces, idée lumineuse qui lui fait beaucoup d'honneur. Cet état antécédent se transforme en maladie soit qu'il vienne à augmenter de lui-même par l'influence des causes internes, soit qu'il reçoive l'impulsion des causes externes. Si cet état antécédent n'existe pas, les causes externes sont impuissantes à produire la maladie. Ces causes extérieures, que Galien appelle *procatarctiques* : la chaleur, le froid, certains troubles de l'âme, ces causes extérieures, disons-nous, n'ébranlent que les corps invalides ou insalubres. Supposez un corps parfaitement sain, vainement l'air et ses intempéries, vainement les troubles viendront agir sur lui, ils n'auront pas de prise et la maladie ne se produira pas. Sur un certain nombre de personnes réunies dans une salle de spectacle, les unes contracteront la fièvre, les autres ne la contracteront pas, et cela en vertu de l'état antécédent des solides et des liquides différent chez les unes et chez les autres.

Il pourra se faire qu'une seule personne soit prise de fièvre, parce qu'elle seule y aura été disposée par l'état antécédent de son organisation. Aussi, dit Galien, ces causes ont-elles été appelées non pas *causes*, mais *occasion* des maladies. Pour mon compte, ajoute-t-il, je crois qu'elles doivent être appelées *causes*, en ajoutant l'épithète *occasionnelles* pour les distinguer des causes intérieures ou *efficientes*, car toutes les circonstances qui contribuent à la génération d'une chose, sont des causes. Ainsi, le but pour lequel une action a lieu est une des causes de cette action, c'est sa cause finale; la matière au sein de laquelle un phénomène se passe, est aussi une de ses causes, car, sans elle, le phénomène n'aurait pas lieu.

En somme, Galien distingue deux ordres de causes : 1° les causes *occasionnelles* qui ne produisent pas nécessairement la maladie, et qui, lorsqu'elles la déterminent, n'ont pas le pouvoir de la reproduire identique à elle-même, cette maladie variant de nature et de siége suivant la diathèse dans laquelle se trouve l'économie au moment de l'application de la cause; 2° les causes *efficientes*, ou causes internes des maladies, ayant leur siége dans les humeurs.

Toutes ces idées sur les causes des maladies sont consignées dans divers ouvrages de la collection galénique, entre autres, dans les suivans : *Des causes des maladies*, *Des causes procatarctiques*, *De la plénitude ou pléthore*, *De sanitate tuenda*, *Ars medica*, *De constitutione artis medicæ*, *De febribus*, *Methodus medendi*. On peut les consulter pour de plus amples détails.

(La suite au cours prochainement.)

peutique. C'est ce qui résulte de toutes les observations qui ont été faites jusqu'à ce jour.

Dr Joret.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

RÉSUMÉ DU MÉMOIRE SUR L'ALBUMINURIE,

Présenté à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 24 Juin 1856,

Par MM. Al. Becquerel et Max. Vernois.

Nous avons l'honneur de présenter à l'Académie un travail fort étendu sur l'albuminurie : nous demandons la permission de lui lire seulement le résumé de l'ensemble de ce mémoire.

Dans le travail dont il s'agit, nous avons un but multiple qui peut être ainsi établi :

1° Déterminer les principales espèces d'albuminurie.

2° Préciser la cause directe et positive du passage de l'albumine dans les urines.

3° Étudier les influences générales qui produisent la modification accidentelle ou permanente des reins, sous l'influence desquelles l'albumine apparaît dans les urines.

4° Démontrer l'importance des recherches précédentes dans le diagnostic, le pronostic et le traitement de cette maladie.

Tel est le plan que nous nous sommes tracé : nous allons essayer de montrer rapidement comment nous l'avons suivi, et à quelles conclusions nous sommes arrivés. Le mot *albuminurie*, d'après son étymologie même, indique qu'il s'agit de la présence de l'albumine au sein de l'urine.

L'albuminurie se présente sous trois variétés bien distinctes, qui sont les suivantes :

1° L'albuminurie est la conséquence de la présence du sang dans l'urine, et elle lui est uniquement due : des causes nombreuses peuvent produire ce résultat; nous ne nous en occuperons pas ici.

2° L'albuminurie est due au mélange du pus à l'urine, et seulement à cette circonstance. La considération de cette variété n'est pas encore le but de notre travail.

3° Enfin, l'albuminurie est le résultat d'une sécrétion anormale des reins, ou, si l'on veut, est un produit direct d'un état anatomique accidentel ou permanent de ces organes. C'est là l'albuminurie proprement dite, c'est à ce seul état qu'on doit véritablement en réserver le nom et c'est le seul que nous avons eu l'intention d'étudier dans ce travail.

De l'albuminurie proprement dite. — Comment se fait-il que l'on trouve de l'albumine au sein de l'urine ? Un premier fait est déjà acquis à la science, c'est que cette albumine se produit en même temps que l'urine, et, par conséquent, qu'elle est un produit de la sécrétion des reins. Mais comment se fait-il que l'albumine, qui provient évidemment du sang, traverse les reins et rien que les reins ? c'est là ce qu'on n'a pas encore pu expliquer d'une manière satisfaisante.

Les théories proposées à cet égard rentrent toutes dans les deux propositions que voici :

1° L'albumine passe à travers les reins parce que le liquide auquel elle est empruntée, c'est-à-dire le sang, est modifié, ou mieux encore, parce que ce principe immédiat lui-même a subi une modification quelconque qui lui permet de filtrer ainsi à travers la trame des reins.

2° L'albumine est le produit d'une lésion des tissus sécrétans, d'une modification quelconque, inconnue dans sa nature, ou bien parfaitement connue, *des reins*, qui ouvre la porte au passage de l'albumine, qui ne pouvait s'opérer dans d'autres circonstances.

Nous examinons successivement dans notre travail et avec de longs développemens ces deux hypothèses : nous pouvons cependant résumer nos idées et nos expériences à cet égard.

§ Ier. — L'albuminurie est due à une modification quelconque survenue soit dans le sang, soit dans l'albumine.

Les opinions émises à cet égard, se réduisent aux trois suivantes :

1° La modification de l'albumine du sang qui lui donne la faculté de filtrer à travers les reins, est toute moléculaire, elle est inconnue dans sa nature, et ce passage anormal est précisément le seul phénomène qui traduise au dehors cette modification morbide.

Peut-être en est-il ainsi. Mais si l'on admettait une pareille hypothèse, il n'y aurait plus de science possible. Les recherches chimiques et microscopiques ont acquis maintenant un degré de précision assez grand pour que, si l'on ne trouve, avec leur aide, aucune modification de l'albumine, on soit en droit d'établir et d'admettre qu'il n'en existe aucune. Professer une opinion contraire, serait se jeter inconsidérément dans le champ des plus vagues hypothèses.

2° L'albuminurie est due à la diminution de proportion de l'albumine du sang.

A cette hypothèse absolue on peut objecter les faits qui suivent :

a. La diminution de l'albumine du sang n'existe pas dans beaucoup de cas d'albuminurie.

b. La diminution de l'albumine du sang existe assez souvent sans qu'il y ait albuminurie.

c. La diminution de l'albumine du sang n'est, dans la très grande majorité des cas, qu'un phénomène consécutif, que la conséquence de l'albumine elle-même.

d. Quand la diminution de l'albumine du sang existe avant l'albuminurie, c'est qu'elle est le produit d'une autre cause plus générale qui détermine elle-même le passage de l'albumine dans les urines.

e. Enfin, on peut se demander pour quelle raison de l'albumine semblable à elle-même filtrerait plus facilement à travers les reins, quand elle est dans le sang, en proportion moindre, que quand elle y existe en quantité un peu plus considérable.

3° L'albuminurie est due à une modification moléculaire de l'albumine du sang parfaitement appréciable. Cette modification consisterait dans la transformation que M. Mialhe a dénommée, albumine amorphe ou caséiforme. Nous ne prétendons pas nier l'existence, dans certaines circonstances données, des trois espèces d'albumine de M. Mialhe : albumine normale, albumine amorphe ou caséiforme, albuminose. Elles ont été trop bien démontrées par le savant pharmacien, pour qu'on puisse récuser les faits principaux sur lesquels il s'appuie. Mais nous affirmons que ses idées et ses principes ne peuvent trouver d'application dans le sujet qui nous occupe. Nous démontrons en effet, dans notre mémoire, que :

L'albumine du sang normal;

L'albumine du sang des individus atteints de désalbuminisation du sang sans albuminurie ;

L'albumine du sang des individus atteints d'albuminurie avec ou sans désalbuminisation du sang ;

Enfin l'albumine recueillie dans les urines albumineuses (sans nous occuper des cas liés à la présence du sang et du pus dans ce liquide);

Est *partout identique;* qu'elle jouit des mêmes propriétés physiques et chimiques; enfin qu'on ne saurait expérimentalement signaler la plus légère différence entre *elles.*

Il résulte de là qu'on ne saurait admettre que la cause du passage de l'albumine du sang dans les urines est une modification moléculaire et physique survenue dans ce principe immédiat.

§ IIes. — L'albuminurie est due à une modification quelconque survenue dans l'organe sécréteur des urines, c'est-à-dire dans le rein.

Plusieurs opinions ont été émises à ce sujet : nous les examinerons successivement.

Suivant quelques médecins, l'albuminurie est le résultat d'une sécrétion anormale des reins produite par cet organe, qui, cependant, n'a subi aucune altération matérielle, qui, en un mot, est resté à l'état sain.

Aucun fait positif, aucun fait irrécusable ne démontre, jusqu'à présent, la réalité de cette opinion. Dans les cas qu'on invoque à son appui, on trouve invariablement l'état des reins indiqué de la manière suivante : reins hyperémiés, reins anémiés, reins à l'état normal ; et dans aucun d'eux l'examen microscopique n'a été fait, et, par conséquent, n'a été signalé. Or, nous chercherons à démontrer, dans un instant, que des reins congestionnés ou anémiés et jaunâtres peuvent correspondre à des lésions matérielles parfaitement appréciables au microscope. Quant aux reins signalés par ce seul mot, état normal, ce n'est plus une dénomination acceptable dans l'état actuel de la science. Étaient-ils rouges, décolorés, quelles étaient ses qualités physiques, et surtout quel était l'état microscopique de l'intimité du tissu ? Voici les seuls élémens d'un examen qui aurait de la valeur.

Suivant une autre opinion, l'albuminurie est *toujours* le résultat d'une modification quelconque survenue dans le tissu secréteur des reins. C'est, après toute réserve faite en faveur de quelques cas rares et exceptionnels où le sang *peut être* primitivement altéré, à cette opinion que nous nous rangeons, et notre mémoire est surtout destiné à en démontrer la réalité.

Nous allons, en effet, prouver qu'il y a toujours non seulement une lésion des reins, quand il existe une albuminurie, mais encore que cette lésion n'est pas toujours la même. Elle peut, en effet, se rattacher à deux catégories de faits bien distincts.

La première renferme les cas dans lesquels cette lésion est passagère, accidentelle, et parfaitement susceptible de guérison. Elle correspond aux cas nombreux d'albuminurie éphémère que l'on rencontre tous les jours.

La deuxième catégorie comprend les cas dans lesquels la lésion des reins est permanente, durable, et tout à fait au-dessus des ressources de l'art. Elle correspond à l'albuminurie chronique, sans retour possible à la santé, et embrasse tous les faits de maladie de Bright proprement dits.

Ces deux catégories de faits doivent être étudiées à part.

Lésions passagères et accidentelles des reins correspondant à l'albuminurie éphémère. — Ces lésions peuvent se résumer dans cette définition caractéristique : *desquamation épithéliale des* TUBULI *des reins.*

Cette desquamation épithéliale, résultat de l'infiltration granuleuse des cellules épithéliales qui tapissent les *tubuli*, peut s'effectuer de deux manières différentes,

Dans le premier mode, les cellules s'infiltrent peu à peu de granulations albuminoïdes salines et graisseuses. Ces granulations étouffent et atrophient le noyau, distendent la membrane cellulaire et la rompent; et finalement les granulations et les débris de la membrane cellulaire déchirée abandonnent les *tubuli* et passent dans les urines.

Dans le deuxième mode, les cellules infiltrées et distendues par les granulations ne se déchirent pas ; mais pressées, tassées les unes contre les autres, elles ne se séparent pas et tombent en masse, entraînant avec elle la gaîne épithéliale à la face interne de laquelle elles étaient attachées. Il en résulte des espèces de cylindres, dits cylindres granuleux, qu'on peut retrouver dans les urines, et qui ne sont autres que les gaînes épithéliales des *tubuli* remplies de cellules infiltrées de granules ou de granulations albuminoïdes.

Quel que soit le mode selon lequel la desquamation se soit opérée, le résultat anatomique et physiologique est le même. Les *tubuli*, privés de leurs cellules, qui sont les organes véritablement sécrétans des reins, laissent filtrer le sérum du sang en nature, au lieu de permettre seulement le passage de l'urine élaborée. C'est le sérum du sang qui, se mélangeant à l'urine normale sécrétée par les *tubuli* restés sains, introduit dans ce liquide l'albumine qu'on y rencontre.

Les urines albumineuses ne sont donc pas des urines normales, plus de l'albumine ; mais des urines normales, plus du sérum du sang.

Dans quelques cas, il y a, concurremment avec les phénomènes que nous avons relatés plus haut, *déchirure* de quelques-uns des vaisseaux capillaires du tissu inter ou sus-canaliculaire, et passage d'une certaine quantité de sang en nature dans les urines.

La desquamation épithéliale des *tubuli* est toujours la conséquence d'une hyperémie du tissu inter-canaliculaire et des glomérules de Malpighi. Aussi, chez l'immense majorité des sujets qui succombent avec une semblable desquamation et de l'albumine dans les urines, on trouve les reins tuméfiés, congestionnés et gorgés de sang. Quelquefois cette congestion a disparu, et la desquamation épithéliale existant toujours, on trouve les reins pâles, anémiés et avec une teinte jaune chamois clair. Il suit de là que toutes les fois qu'un individu succombe, ayant, à l'instant de sa mort, une certaine quantité d'albumine dans ses urines, sans maladie de Bright, on rencontre toujours les reins, soit rouges, congestionnés ou tuméfiés, soit pâles, anémiés et de couleur jaune chamois. Nous n'avons pas encore trouvé d'exception à cette règle.

La desquamation épithéliale des reins est, dans la grande majorité des cas, une lésion toute accidentelle et très susceptible de guérir. Dans quelques cas, cependant, elle est le premier degré des lésions permanentes et durables que nous allons étudier plus bas : on passe insensiblement des unes aux autres.

La desquamation épithéliale des *tubuli* reconnaissant toujours une hyperémie rénale pour point de départ, il s'en suit que toute cause de congestion de cette nature peut être considérée comme cause d'albuminurie passagère ou accidentelle.

Sous ce rapport, on peut rattacher à trois catégories distinctes les causes de l'hyperémie rénale que nous étudions ici :

1° L'hyperémie rénale est le résultat d'influences extérieures, résultat d'un vice hygiénique (refroidissement, humidité, etc., etc.). Cette forme constitue ce que l'on a coutume d'appeler maladie de Bright aiguë. Elle est souvent grave et conduit à des désordres sérieux.

2° L'hyperémie rénale est une congestion sanguine active. Elle est le résultat de maladies fébriles qui, par un mode inconnu dans sa nature, déterminent secondairement des congestions rénales. C'est ce qui arrive fréquemment, pendant ou après les fièvres typhoïdes, les fièvres éruptives, les fièvres intermittentes, le choléra, la tuberculisation, la plupart des phlegmasies.

3° L'hyperémie rénale est le résultat d'une congestion sanguine mécanique, liée à une gêne quelconque de la circulation. C'est dans cette classe qu'on range les hyperémies rénales qui s'observent à la suite des maladies du cœur, de l'emphysème pulmonaire, de la cirrhose du foie, de la grossesse, etc., etc.

(*La fin à un prochain numéro.*)

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 24 Juin 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

L'ampliation d'un décret qui confirme la nomination de M. Trousseau dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle médicale.

— L'état des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de la Haute-Saône.

— Le rapport de M. le docteur Pierrey, sur une épidémie de variole qui a régné en 1855 dans la commune de Saint-Sauveur, ainsi que le tableau des vaccinations pratiquées dans le canton de Luxeuil. (Com. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes :

M. le docteur Lucien Boyer adresse, au nom de M. Amussat père, une lettre par laquelle celui-ci, conformément aux volontés de feu Amussat, lègue à l'Académie une rente annuelle de 500 francs. Cette somme est destinée à la fondation d'un prix de chirurgie expérimentale, à décerner tous les deux ans.

— M. Jules Lépine, pharmacien de marine, adresse une note sur un nouveau médicament tonique et astringent, le *casuarina equisetifolia.* (Com. MM. Trousseau et Guibourt.)

— M. le docteur Regnault communique une note intitulée : *Recherche de la quinine dans la sueur après l'administration du sulfate de quinine.* L'auteur termine son travail par les lignes suivantes : « D'après une série d'expériences tentées sur 6 kilogrammes de sueur, il est permis de conclure que le liquide ne contient pas de quinine et que les glandes sudoripares ne jouent aucun rôle dans l'élimination de cet alcaloïde. Je n'ai pas craint de communiquer cette note à l'Académie parce que cette analyse a été faite avec des précautions minutieuses, et que la quantité considérable de sueur sur laquelle il m'a été possible d'opérer donnent à la recherche une garantie d'exactitude difficile à réaliser. De plus, à côté d'un résultat négatif, l'absence de quinine dans la sueur pendant la durée de l'absorption, apparaît une confirmation de la spécificité d'action des glandes sur les principes tenus en dissolution dans le sang. » (M. Caventou, rapporteur.)

— M. le docteur Anselmier prie l'Académie d'accepter un pli cacheté contenant des considérations *sur les calculs des voies urinaires.* (Accepté.)

— M. Mattei présente à l'Académie un forceps de son invention. Il accompagne cette présentation d'une lettre que le défaut d'espace nous empêche d'insérer.

— M. O. Henry, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture de deux rapports :

1° Sur une eau minérale découverte dans le domaine de Saux, commune de Décize (Nièvre) ; — la commission conclut qu'il n'y a pas lieu, quant à présent, d'accorder l'autorisation demandée, tant que des travaux sérieux n'auront pas permis de constater à la source même la composition chimique réelle de cette eau minérale.

2° Sur l'eau minérale alcalino-ferreuse de Chabetout, près Issoire (Puy-de-Dôme). La commission propose de répondre au ministre que tout milite pour que l'autorisation d'exploiter l'eau de cette source, au point de vue médical, soit accordée lorsque les travaux de captage auront été légalement exécutés par les hommes de l'art. (Adopté.)

— M. Vernois donne lecture en son nom et au nom de M. Becquerel du résumé d'un *mémoire sur l'albuminurie.* (V. plus haut article *Physiologie pathologique.*

A quatre heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

Dans sa séance du 16 juin courant, la Commission médicale d'Aix-les-Bains (Savoie), présidée par M. le docteur Veyra, vient de voter une somme de 100 fr. au profit des inondés de Lyon.

— Par décrets impériaux rendus sur la proposition du ministre de l'intérieur, ont été nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Officier : M. Denis, médecin en chef du dispensaire de salubrité de Paris.

Chevaliers : MM. Billard, chirurgien major de la garde nationale de Rouen ; Legendre, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie ; Masséna, médecin de l'hospice de Brives ; le docteur J. Mayer (de Strasbourg) ; Noël, chirurgien-major au 17e bataillon de la garde nationale de la Seine ; Dusseuil, pharmacien-major aux hôpitaux de la division d'occupation en Italie ; Capiomon, pharmacien-major à l'hôpital militaire de Boulogne.

— Par arrêté du 16 juin, M. Le Cœur, professeur titulaire de thérapeutique et de matière médicale à l'École de médecine de Caen, a été, sur sa demande, nommé professeur adjoint de clinique externe à la même École.

Par le même arrêté, M. Leclerc a été chargé du cours de thérapeutique et de matière médicale à ladite École.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 78. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 28 Juin 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départemens
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT :
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris.
ET DANS LES DÉPARTEMENS :
Chez les principaux Libraires.
Dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef ; tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

Le 1er Juillet prochain, L'UNION MÉDICALE *sera imprimée en caractères neufs.*

SOMMAIRE. — I. CLINIQUE MÉDICALE : Note sur deux cas d'erreurs de diagnostic inévitables ; tumeurs intra et extra-thoraciques prises pour des pleurésies. — II. Note sur quelques cas de tumeurs tumeurs intra-thoraciques offrant tous les signes de la pleurésie chronique. — III. ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Discussion sur un cas de sialorrhée pharyngienne. — Discussion sur des cas d'erreurs de diagnostic inévitables. — Sur le son tympanique dans la pneumonie. — Appareil galvano-magnétique. — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON : Causeries.

CLINIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR DEUX CAS D'ERREURS DE DIAGNOSTIC INÉVITABLES ; — TUMEURS INTRA ET EXTRA-THORACIQUES PRISES POUR DES PLEURÉSIES.

Lue à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur E. MOUTARD-MARTIN, médecin de l'hôpital St-Antoine.

Je n'ai pas la prétention de venir exposer à la Société des faits nouveaux, car j'ai la certitude qu'il n'est peut-être pas un d'entre nous qui n'en ait vu d'analogues, mais ces faits causent au médecin un tel étonnement, je dirai même un tel désappointement, que je crois utile de les citer quand ils se présentent à notre observation, et le but principal de ma communication est d'amener nos collègues à nous faire part des faits semblables qu'ils ont pu rencontrer; je veux parler d'*erreurs de diagnostic nécessaires, inévitables*.

Il n'est pas douteux pour moi que l'on n'ait commis de ces erreurs inévitables à propos de presque toutes les maladies, mais je me bornerai à fixer l'attention sur un seul point; sur le diagnostic de la pleurésie, dont on ne pourra pas nier que les symptômes soient bien caractéristiques, pour peu que l'épanchement soit suffisant et qu'il soit exempt de complications. C'est dans deux cas de ce genre, où tous les symptômes les plus caractéristiques de l'épanchement thoracique existaient, que l'autopsie nous a démontré l'absence d'épanchement et la présence de maladies toutes différentes qui avaient simulé l'épanchement. Notre collègue, M. Oulmont, a vu un certain nombre de cas de ce genre, il en a même publié un dans la *Revue médico-chirurgicale*, et nous serions heureux s'il pouvait nous communiquer quelques nouvelles observations.

Des deux faits qui nous sont propres, l'un est de date déjà ancienne, il a été recueilli, en 1850, à l'Hôtel-Dieu, l'autre est récent et il vient de se passer sous nos yeux à l'hôpital Saint-Antoine. Commençons par ce dernier, qui présente quelques particularités fort remarquables.

Kyste hydatique intra-pulmonaire simulant une pleurésie. — Suppuration, et expulsion du pus, simulant l'ouverture de l'épanchement dans les bronches, etc.

Meller, 28 ans, blanchisseur, vigoureux et bien constitué, bien portant habituellement, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 4 février 1856. Dans les derniers jours du mois de décembre 1855, après une marche rapide, il éprouva du refroidissement, puis des frissons répétés, puis enfin de la toux et un malaise qui persistèrent pendant tout le mois de janvier. Le 29 janvier, survint un crachement de sang abondant qui affaiblit le malade et l'effraya.

A son entrée à l'hôpital, le 4 février, il était pâle, un peu jaune, sans fièvre, conservant de l'appétit, digérant bien, n'accusant de douleur nulle part, mais se plaignant de faiblesse et d'accès fréquens d'une toux très fatigante et qui n'amenait pas d'autre expectoration que du mucus transparent et très aéré.

La poitrine, examinée avec soin, nous présenta les phénomènes suivans :

Résonnance parfaite des deux côtés en arrière; respiration complète, mélangée seulement de quelques râles muqueux disséminés des deux côtés.

En avant, résonnance complète à droite, exagérée au sommet gauche jusqu'à deux travers de doigts au-dessous de la clavicule ; à partir de ce point jusqu'à la base, matité complète, survenant brusquement et sans transition. Cette matité s'étendait, en avant, jusqu'à la ligne médiane, et sur le côté jusque sur une ligne qui serait descendue du bord de l'aisselle parallèlement à l'axe du corps. Le cœur est refoulé en bas et vers la ligne médiane.

Dans toute l'étendue occupée par la matité, il y a absence complète de respiration et de résonnance de la voix. Deux jours plus tard, dans le même point, nous entendîmes dans quelques grandes inspirations un souffle amphorique, très éloigné, à peine perceptible, et quelquefois un faible tintement métallique.

Voici quel fut notre diagnostic : *Bronchite générale datant de six semaines; pleurésie avec épanchement circonscrit par des fausses membranes et limité à la partie antérieure gauche*. On verra plus tard que, sur ce point, l'autopsie est venue nous donner raison.

Cinq jours après son entrée, le 9 février, le malade sortit de l'hôpital, mais nous le revîmes plusieurs fois à la consultation, sans que son état ait paru s'être modifié, et enfin, le 19 mars, nous le décidâmes à rentrer dans notre service.

Il fut trouvé dans l'état suivant : La matité de la partie antérieure gauche a complétement disparu, et le cœur a en partie repris sa position normale. La respiration est complète dans toute la partie antérieure précédemment occupée par la matité. En arrière, dilatation notable du côté gauche ; matité complète dans toute sa hauteur ; résonnance parfaite à droite. Absence de bruit respiratoire à gauche en arrière ; résonnance saccadée de la voix vers la partie moyenne, que je désigne sous le nom d'*égophonie mal caractérisée*.

La toux et l'expectoration présentent les mêmes caractères que précédemment ; absence de fièvre.

Le premier diagnostic fut ainsi modifié : *Épanchement abondant du côté gauche, causé probablement par la rupture des adhérences qui enkystaient l'épanchement primitivement constaté en avant, et le passage de l'épanchement limité dans la grande cavité pleurale*. Il fut bien entendu que cette rupture du kyste n'était qu'une supposition de ma part ; que les seuls faits incontestables étaient : 1° la disparition de l'épanchement diagnostiqué à la partie antérieure ; 2° la présence d'un épanchement dans la grande cavité pleurale, qui était libre primivement.

On verra par la suite qu'une partie du diagnostic était vraie, mais que l'autre partie était bien éloignée de la vérité.

25 mars. Œdème considérable des membres inférieurs ; fréquence du pouls, 104 pulsations. Pas de douleur, pas de frissons, pas de malaise augmenté. Rien d'anormal dans les urines.

Les jours suivans, l'anasarque fait de rapides progrès, et, dès le 27, l'œdème est général : le tronc, la face, les paupières, les membres supérieurs, tout est infiltré. L'appétit est conservé.

28. Sensibilité très vive dans tout le côté gauche de la poitrine. Faiblesse, agitation, inappétence, soif, 104 pulsations. Rien de changé dans la poitrine.

2 avril. Depuis la veille au soir, le malade tousse d'une manière incessante ; il a craché environ un litre de pus, et maintenant encore les crachats qu'il ramène avec effort sont franchement purulens. L'examen de la poitrine ne permet de reconnaître aucune modification dans les résultats fournis par la percussion et l'auscultation ; nous n'en concluons pas moins à l'*existence d'une communication entre les bronches et la cavité pleurale, qui a donné issue à l'épanchement, devenu purulent*.

Depuis le 3 avril jusqu'au 6, il y a des alternatives de calme et de toux, d'expectoration purulente et d'absence d'expectoration ; l'anasarque ne diminue pas ; les signes stéthoscopiques ne se modifient en rien ; la fièvre continue.

Le 6, dans l'après-midi, surviennent de nouvelles quintes de toux avec expectoration de pus très abondante ; agitation ; face vultueuse ;

Feuilleton.

CAUSERIES.

Sommaire. — Le corps médical devant les Sociétés de secours mutuels. — L'Association comme remède souverain. — Un paragraphe à l'adresse de l'Académie de médecine.

Nous deviserons aujourd'hui, si vous le permettez, de quelques sujets relatifs à nos intérêts professionnels. S'ils sont un peu négligés par les pouvoirs publics, c'est, avant tout, notre propre faute, car nous les négligeons énormément nous-mêmes. Il faut que nous soyons piqués au vif pour que nous entr'ouvrions l'épais manteau d'indifférence qui nous couvre. Mais alors, il est presque toujours trop tard, le mal est fait, il est invétéré ; il était possible de le prévenir, il devient extrêmement difficile de le guérir. Il y a bien longtemps, dès le principe, *principiis obsta*, j'ai signalé au corps médical le danger qui pouvait résulter pour la profession d'une certaine organisation, au point de vue de l'assistance médicale, des Sociétés de secours mutuels dont le gouvernement, et avec raison, encourage la formation et le développement partout. Je disais à nos confrères : Prenez garde ! usez de toute votre action et de votre influence pour que l'intervention du médecin dans ces Sociétés de secours ne devienne pas pour quelques-uns un privilége, un monopole au détriment de tous. Vous n'avez qu'un moyen d'éviter ce danger, c'est de vous associer vous-mêmes en Sociétés de secours. Quand vous serez associés, vous déciderez de quelle façon vous entendrez intervenir dans l'assistance médicale des Sociétés de secours, pour le plus grand bien général et au plus grand avantage professionnel. Vous vous donnerez ainsi un principe, une règle, un devoir qui vous lieront tous et qui vous feront tous participer aussi également que possible aux avantages ou aux inconvéniens de l'institution. Dans le cas contraire, tenez-vous pour avertis, que la plus grande partie de la pratique médicale va passer entre les mains de quelques-uns d'entre vous au détriment de tous les autres. Si c'est un avantage, il n'est pas juste qu'il soit monopolisé ; si c'est une charge, il est injuste qu'elle n'incombe qu'à quelques-uns.

Quelques-uns de nos confrères ont entendu ces conseils, les ont mis en pratique et s'en sont bien trouvés. Les organisateurs des Sociétés de secours mutuels ont écouté les observations ou les réclamations collectives de nos confrères associés, et au lieu de désigner tels ou tels médecins pour remplir les devoirs de l'assistance médicale, ils ont laissé les sociétaires libres de recourir aux lumières des médecins de leur choix.

Dans un plus grand nombre de localités il n'en a pas été ainsi. Les Sociétés de secours ont nommé elles-mêmes leurs médecins ; nos confrères ont laissé faire ; mais aujourd'hui, qu'une assez longue expérience leur a montré le danger de cet état de choses, ils se plaignent, ils réclament ; plaintes et réclamations, je le crains, un peu tardives, car il faut lutter contre les habitudes prises, un fonctionnement établi, des services rendus ; il faut entrer en guerre contre des confrères qui sont en possession d'un titre, et tout cela est véritablement fâcheux.

Parmi les plaintes et réclamations individuelles ou collectives qui me sont parvenues à ce sujet, je distinguerai, comme indiquant les griefs du corps médical avec précision et netteté, le mémoire sur l'organisation du service médical de la Société générale de secours mutuels d'Orléans, présenté à l'autorité municipale par le Comité médical du Loiret. Quoique ce mémoire ait été rédigé en vue de conditions locales particulières, il n'en est pas moins afférent à la question générale, et les motifs sur lesquels il repose peuvent être exposés à peu près partout.

C'est ce qui m'engage à les reproduire ici, du moins succinctement.

Le Comité expose d'abord que l'organisation actuelle du service médical de la Société dont il est question,

Blesse les intérêts du corps médical tout entier.

Est-il indispensable, en effet, est-il convenable même, de confier ce service à quelques médecins privilégiés auxquels on ne peut faire de bien qu'en faisant du mal à un plus grand nombre de confrères ? Il eût été plus conforme à l'équité et aux convenances, de laisser à chaque sociétaire la faculté de réclamer, en cas de besoin, les secours du médecin de son choix. Les Sociétés de secours en èvent aux médecins non désignés pour le service médical une grande partie de leurs ressources. Il faut tenir compte non seulement des sociétaires, mais encore des femmes, des enfans, car il est impossible d'être le médecin d'un chef de maison sans devenir bientôt celui de la famille entière.

Elle ôte aux jeunes médecins les moyens de se livrer à la pratique de leur art et de se former une clientèle.

« Comment, en effet, un jeune médecin pourrait-il parvenir à se mettre en relation avec des malades et à se créer une organisation semblable à celle que nous combattons, et si, ne pouvant aborder d'emblée les classes élevées, il trouve le passage également fermé du côté des classes moyennes et inférieures ? Car c'est en général par les classes inférieures que le médecin commence ; l'honneur et la reconnaissance se rencontrent dans toutes les conditions et à tous les degrés de la hiérarchie sociale, et l'on s'estime heureux lorsqu'on vit du fruit de son travail au milieu d'une population honnête et reconnaissante. »

Elle blesse les sociétaires dans leurs habitudes et dans leurs affections les plus douces.

« Pourquoi dire à ce brave ouvrier, à ce bon père de famille auquel vous ne voulez faire que du bien : mon ami, si vous tombez malade, vous n'enverrez plus chercher le médecin à qui vous avez donné votre confiance ; voici les noms de ceux parmi lesquels vous aurez désormais à choisir. Croyez-vous qu'il entende ce langage avec plaisir et que vous ne le blesserez pas dans ce qu'un honnête homme a de plus sensible, les affections du cœur ? Qu'a fait cet homme pour que vous lui fassiez cette peine ? Et qu'a fait son médecin pour que vous lui fassiez ce tort, et nous devrions dire aussi cette peine, car on n'est pas pendant dix, quinze ou vingt ans, le médecin, le confident, le conseiller d'une famille, sans devenir aussi son ami, et la scission que vous opérez ne peut manquer d'être également pénible des deux côtés. »

Tout cela est parfaitement vrai et juste, et, sous une forme simple et digne, ce mémoire de nos confrères d'Orléans résume très bien les griefs du corps médical contre l'organisation du service sanitaire dans les Sociétés de secours mutuels. Cette réclamation si juste dans le fond, si convenable et si modérée dans la forme, a-t-elle été ou sera-t-elle écoutée ? Je l'ignore, et je serai reconnaissant envers un des signataires de ce mémoire de vouloir bien me donner quelques renseignemens à cet égard.

Toujours est-il, nos confrères du Loiret en font l'expérience un peu tardive peut-être, mais enfin, mieux vaut tard que jamais, toujours est-

yeux injectés et saillans ; 120 pulsations ; dyspnée extrême. Vers neuf heures, se manifeste un peu de calme ; mais le malade s'affaiblit rapidement ; il prend une teinte asphyxique, et meurt brusquement à onze heures du soir.

D'après cet exposé des phénomènes présentés par le malade, était-il possible de porter un autre diagnostic que celui que nous avions formulé? Certainement, notre premier diagnostic : *pleurésie enkystée de la partie antérieure de la poitrine à gauche*, pouvait être contesté lors du premier séjour du malade à l'hôpital, malgré le début presque caractéristique de la maladie. Aussi, était-ce toujours avec un point de doute que j'émettais cette opinion. Lors de son retour à l'hôpital, le 19 mars, la disparition complète de la matité et la réapparition de la respiration dans les points où d'abord elle n'existait pas, donnaient déjà une grande valeur à mon premier diagnostic; et si nous ajoutons que nous trouvions en arrière tous les signes d'un épanchement abondant, cette coïncidence confirmait pour ainsi dire notre manière de voir; et, en effet, l'autopsie est venue nous montrer clairement la place qu'occupait cette pleurésie à la partie antérieure de la poitrine.

Mais l'épanchement que nous avions diagnostiqué à la partie postérieure, devions-nous nécessairement affirmer son existence? Oui, sans aucun doute. Sans tenir compte de l'assurance que nous avions d'avoir eu affaire primitivement à une pleurésie enkystée, et qui déjà donnait quelques probabilités à l'existence de l'épanchement actuel, quel est le malade, ayant à la fois de la matité dans toute la hauteur d'un des côtés de la poitrine, de l'absence de la respiration, de la dilatation de ce côté, de l'absence de vibration des parois pendant la phonation, pas de résonnance de la voix, de la dyspnée, de la toux et de l'expectoration transparente, incolore et aérée; quel est, dis-je, le malade présentant tous ces caractères, chez qui on ne diagnostiquerait pas un épanchement pleurétique abondant? Maintenant, au lieu du défaut de la résonnance de la voix, trouvez seulement, comme dans notre observation, une résonnance égophonique *mal caractérisée*, et votre diagnostic acquerra un degré de certitude de plus. Ajoutez-y l'expectoration subite de plus d'un litre de pus en quelques heures, et alors vous aurez l'assurance de l'existence d'un épanchement purulent qui s'est fait jour dans les bronches.

Nous allons voir que nous étions bien loin de la vérité.

Autopsie. — Je ne donnerai de détails que ceux qui nous intéressent au point de vue du diagnostic.

A la partie antérieure gauche de la poitrine, adhérences résistantes et anciennes disposées circulairement, et laissant libre sans adhérences une portion de la partie antérieure du poumon gauche, c'est dans ce point qu'avait existé de la matité et absence du bruit respiratoire, et certainement un épanchement circonscrit.

Tout le reste du poumon gauche est complétement adhérent à la paroi thoracique, il n'y a pas un atome d'épanchement. Le volume du poumon est énorme, et il donne la sensation d'une vaste poche à parois minces et complétement remplie de liquide. En cherchant à détacher les adhérences, la poche pulmonaire fut crevée et l'on vit s'échapper une énorme quantité de sang récemment coagulé ; au milieu des caillots, s'échappent cinq ou six débris d'hydatide, entre autres une portion de membrane hydatique demi-transparente, qui avait au moins deux fois la largeur de la main, tous ces débris paraissent appartenir à une même hydatide rompue. Pour enlever le poumon, il fut nécessaire d'emporter avec lui une portion du diaphragme, et voici l'état dans lequel nous l'avons trouvé : tout le poumon, à l'exception d'une petite partie de son bord antérieur, est réduit à l'état de poche dont les parois présentent, dans certains endroits, seulement 2 ou 3 millimètres d'épaisseur, dans d'autres endroits, de 1 centimètre à 1 centimètre 1/2; à la base surtout, dans la partie adhérante au diaphragme, on trouve une sorte de tissu fibreux, épais de 2 centimètres environ. L'intérieur de la cavité ayant été lavé et débarrassé du sang qu'elle contenait, est tapissé d'une substance jaunâtre, concrète, plus ou moins épaisse, s'écrasant sous le doigt, disposée en dépôts mamelonnés et qui, examinée au microscope par M. Follin, lui a paru être du pus concret. Au dessous de ce dépôt se trouve une membrane fibro-celluleuse dense, et parfaitement organisée, de 1/2 millimètre d'épaisseur, qui constitue l'enveloppe du kyste. Sur un des points de cette poche, nous trouvâmes un pertuis capable d'admettre l'extrémité du petit doigt et communiquant avec la première division de la bronche gauche. Sur cet orifice, se trouvait accolée une portion de la membrane hydatique dont nous avons parlé, et qui obturait complétement l'ouverture. Nous avons pu constater que le kyste hydatique s'était développé dans le lobe supérieur du poumon, qu'il avait refoulé de toutes parts le tissu pulmonaire, l'avait réduit à l'état fibreux, et que le lobe inférieur, entre autres, était réduit à l'épaisseur de 2 centimètres environ (1).

Si maintenant, en présence des lésions anatomiques constatées, nous recherchons ce qui a dû se passer, nous arrivons aux conclusions suivantes : au mois de décembre 1855, début d'une pleurésie circonscrite, reconnue au mois de février 1856. Présence probable d'une tumeur hydatique peu volumineuse dans le poumon gauche, ne décelant pas encore sa présence, résorption de l'épanchement séreux, développement extraordinairement rapide de la tumeur hydatique, qui, au 19 mars, remplit le poumon gauche, suppuration de la poche, perforation de la bronche gauche, vomique. Hémorrhagie foudroyante dans la cavité, rupture de l'hydatide en plusieurs fragmens, dont un vient obturer l'orifice, et empêche l'hémorrhagie de se faire jour dans les bronches.

Certainement, il y a bien loin des lésions trouvées sur le cadavre au diagnostic porté pendant la vie, mais était-il possible qu'il en fut autrement?

Je rapprocherai de ce fait le suivant que j'ai observé à l'Hôtel-Dieu en 1850.

Tumeur développée entre le rein et la capsule surrénale repoussant le diaphragme très haut dans la poitrine, et ayant donné tous les signes stéthoscopiques d'un épanchement pleurétique.

La nommée Ménager, âgée de 21 ans, mal portante depuis quelque temps, entre à l'Hôtel-Dieu le 5 juillet 1850.

Depuis quinze jours, ses malaises habituels ont augmenté et elle a perdu l'appétit.

Le 2 juillet, céphalalgie violente et fièvre.

Le 4, frissons répétés, douleur vive dans le côté droit de la poitrine, ayant son siége au-dessous du sein.

5 juillet, à la visite, 96 pulsations, anxiété, malaise général, courbature, langue blanche et collante, soif, inappétence, douleur vive dans le côté droit de la poitrine, oppression, pas de toux. Par la percussion, nous reconnaissons, en arrière et à droite, une matité complète dans la moitié inférieure de la cavité thoracique ; rien à gauche. Sa respiration est parfaitement normale à gauche, normale également dans la moitié supérieure droite, mais nulle ou presque nulle dans la moitié inférieure. Nous entendons dans la même étendue une égophonie parfaitement caractérisée (saignée 3 palettes).

Dans les jours suivans, l'état général s'améliore sensiblement, l'oppression diminue ; sous l'influence d'un vésicatoire, la douleur du côté disparaît presque complétement ; mais la matité, l'absence de la respiration et l'égophonie persistent dans la même étendue, l'appétit revient franchement.

21 juillet, fièvre, céphalalgie, malaise général, persistance de tous les symptômes thoraciques.

25. Apparition de pustules varioliques à la face. Le lendemain, il en existe quelques-unes disséminées sur la surface du corps. L'éruption suit une marche parfaitement régulière, et le 1er août, la dessiccation commence, mais la fièvre persiste.

3 août. Augmentation de la fièvre, 120 pulsations, prostration très grande, langue un peu sèche, retour du point de côté, douleurs articulaires très violentes. (Vésicatoire sur le côté.)

4. Érysipèle de la face, débutant sur l'aile gauche du nez, plaques très nombreuses d'érythème noueux sur les membres supérieurs et inférieurs, persistance des douleurs articulaires et de la fièvre ; 116 pulsations. Mêmes résultats stéthoscopiques.

5 août et jours suivans. L'érysipèle fait des progrès et envahit la face et une partie du cuir chevelu ; des plaques d'érythème noueux paraissent en grand nombre sur les membres ; les douleurs articulaires persistent, ainsi que la douleur de côté ; quelques pustules varioliques s'ulcèrent et suppurent. La langue devient fuligineuse ; la prostration, ou pour mieux dire, l'état typhoïde fait des progrès, et enfin la malade meurt le 8 août.

Il était certainement impossible de douter que l'on ne trouvât une pleurésie avec épanchement peut-être purulent. Tout indiquait la présence d'un liquide, la matité, l'absence de la respiration, l'égophonie ; et si l'on y joint le point côté, l'oppression, les frissons du début, il n'y a pas de doute à conserver. Voici ce que l'autopsie nous a fait voir.

Autopsie. — Rien dans la poitrine ; les poumons sont sains, libres d'adhérences ; et la plèvre contient de chaque côté environ 20 ou 30 grammes de sérosité claire et transparente.

Le foie est un peu dévié de sa position normale ; il descend plus bas que d'habitude, et il paraît avoir subi un mouvement de bascule, par lequel son bord postérieur serait devenu supérieur. Son tissu est sain.

Derrière le foie, nous découvrons une tumeur fluctuante située au-dessus du rein, passant derrière le foie, refoulant le diaphragme en haut, et lui faisant faire une voussure qui passait derrière le poumon droit en le comprimant, et remontait jusqu'au niveau de la 4me côte. Cette tumeur, contenant un liquide, était aplatie, et s'étalait sur une largeur de 12 centimètres environ sur la paroi postérieure du thorax, et présentait une épaisseur au plus de 4 à 5 centimètres ; nous la trouvons coiffée par la capsule surrénale, comme le rein l'est lui-même à l'état normal.

Cette tumeur, développée par conséquent entre le rein et la capsule surrénale, contient un liquide purulent ; ses parois fibreuses ont à peu près 2 millimètres d'épaisseur.

Nous ne trouvons aucune lésion dans les autres organes.

On comprend parfaitement, d'après ces résultats nécroscopiques, comment cette tumeur, aplatie entre la paroi thoracique et le poumon droit, et contenant un liquide qui probablement était primitivement séreux, pouvait donner lieu à tous les signes d'une pleurésie, matité, absence de respiration, égophonie ; son peu d'épaisseur faisait que le liquide contenu dans le kyste pouvait vibrer à peu près comme le liquide contenu dans la cavité pleurale en cas d'épanchement.

Je borne là les réflexions que suggèrent ces deux observations, et je me résume par cette conclusion qui peut paraître singulière et que je crois cependant avoir justifiée :

Il y a des cas où il est impossible de ne pas commettre d'er-

(1) La pièce anatomique a été présentée à la Société anatomique par M. Pillon, interne dans mon service.

---

il que, pour tous ces intérêts généraux professionnels, c'est l'association seule qui peut leur donner satisfaction.

C'est avec un plaisir bien vif et bien rare pour moi que j'ai vu ces jours passés toutes les idées que je ressasse depuis si longtemps dans les colonnes de ce journal et ailleurs, recevoir la sanction de l'éloquent et spirituel secrétaire général de l'Association de prévoyance des médecins du Rhône. Le compte rendu annuel de l'honorable et savant M. Diday est un travail de la plus haute portée et que l'Association du Rhône devrait faire tirer à part et répandre à des milliers d'exemplaires dans toute la famille médicale. J'avais d'abord formé le projet de le reproduire ici, mais son étendue m'a forcé à faire le sacrifice de cette bonne pensée, et quant à en citer des fragmens, je n'ai su quoi choisir dans cet admirable ensemble où tout se tient et s'enchaîne et où la beauté de la forme répond à l'élévation et à la solidité du fond. Je ne résiste pas cependant au plaisir de citer la péroraison de ce discours. M. Diday, dans un appel puissant et suprême, invite l'Association du Rhône à quitter les voies lentes et stériles des conseils officieux, pour entrer dans les voies décisives de l'action. Il pousse l'Association à rechercher, à poursuivre collectivement, au nom de l'intérêt public et professionnel, toutes les illégalités dont la Société et les médecins sont victimes dans l'exercice de notre art, et après avoir répondu aux objections que cette façon de considérer les devoirs de l'Association a déjà rencontrées, il termine par ces mots :

« Mais ma tâche, Messieurs, ne serait qu'incomplétement remplie si l'opinion opposée devait s'effacer, dans ma bouche, par égard pour de prétendues convenances. Vous l'entendrez donc ; car cette franchise est peut-être un devoir pour celui dont les fonctions arrivent aujourd'hui à leur terme. Après trois ans d'expérience, nous devons savoir, — je sais pour mon compte, — ce que valent les pressantes suppliques de ceux qui souffrent et les bienveillantes promesses qui leur répondent invariablement. Accompli entre l'autorité et nous avec une ponctualité religieuse, cet échange d'excellentes intentions gravitant éternellement dans la sphère officieuse, est, sans contredit, un précieux gage de la considération qu'inspire notre caractère. Mais, pour la répression, pour l'atténuation des jongleries illégales, qu'a-t-il produit?..... Ce qu'il nous faut, ce qu'il faut à tant d'honorables misères confraternelles, — ne l'oublions point, assoupis dans les chaises curules de la profession, — c'est l'action, enfin, substituée au conseil ; c'est la poursuite incessante, directe, acharnée, non pas des grands scandales qui éclatent de loin à loin, mais des contraventions vulgaires qui sont comme le pain quotidien du charlatanisme. Songeons-y mûrement, bien-aimés confrères ; et puisqu'un moyen est offert d'entrer dans cette voie, où le concours assuré de tout homme de bien rendrait, au prix d'un peu de fermeté, le triomphe si facile, ne nous préparons pas le remords d'avoir ménagé un seul jour de plus le cancer social dont nous connaissons désormais l'antidote. Quand le mal déborde, quand l'impuissance des remèdes usuels n'est que trop avérée, quand il en surgit un que le succès vient d'éprouver en cas tout pareil, refuser de le tenter, persister, de peur de se compromettre, dans la temporisation qui a laissé le fléau s'enraciner, ce serait oublier devant le péril de l'humanité entière, ce courage professionnel que les épidémies ont rendu populaire ; ce serait confesser que l'erreur inspire plus de force que la vérité ; ce serait, au nom du bien, céder publiquement la place au mal ; ce serait abdiquer..... Et vous ne le voulez pas ! Vous ne voulez pas vous rendre sans avoir combattu ! »

C'est admirablement bien dit, et je désire, sans l'espérer, que l'éloquente voix de M. Diday ait opéré de nombreuses conversions. Sans l'espérer, dis-je, car une longue expérience m'a appris que le corps médical ressemble un peu à la femme de Sganarelle. Il geint, il crie, il soupire, et lorsqu'on lui propose quelque moyen de se soustraire aux mauvais traitemens dont il est la victime, il objecte, il récrimine, il s'oppose, et s'il ne le dit pas il le pense, il aime mieux être battu. Il éprouve comme un sentiment d'impuissance qui paralyse ses forces. Il faut dire aussi et répéter sans cesse, que les plus coupables sont ceux qui restent « assoupis dans les chaises curules de la profession, » et qui non seulement, et contrairement à tous leurs devoirs, ne prennent aucune initiative envers leurs confrères qui souffrent, mais même, contre toute charité, n'ont qu'objections et moqueries contre de généreuses tentatives.

Je le répète encore, et cette fois appuyé sur les belles et nobles paroles du secrétaire général de l'Association du Rhône, c'est l'Association seule qui peut porter remède, non pas à tous, mais aux plus graves maux du corps médical. L'association, en effet, ne peut parer directement qu'aux inconvéniens et aux abus qui résultent de l'*illégalité* dans l'exercice de la médecine ; mais, n'est-ce déjà pas beaucoup que de pouvoir faire respecter et exécuter la loi, la loi qui est suffisamment armée, redisons-le aussi sans cesse, et qui ne fait défaut que parce qu'elle n'est pas appliquée. Mais l'Association agit aussi indirectement sur d'autres abus, sur ceux qui résultent des mœurs médicales qu'elle tend à améliorer, et cela, par la plus efficace et la plus douce des contraintes, par la persuasion de l'exemple.

L'association, en effet, l'association libre et spontanée, n'est pas le conseil de discipline que je repousserai toujours. Le médecin doit être librement et volontairement honnête ; c'est le sacrifice qui fait le mérite et je me méfie des vertus obligatoires et imposées.

Je terminerai cette *causerie* en reproduisant un paragraphe d'une lettre que je viens de recevoir d'un de mes honorables correspondans. Ce paragraphe est à l'adresse de l'Académie de médecine :

« Que voulez-vous qu'on fasse des mémoires, qu'on passe ses veilles, » après avoir battu la campagne pendant dix ou douze heures, pour faire » des mémoires que vos académiciens ne lisent même pas. Voyez plu- » tôt celui qu'a M. X... entre les mains. J'y annoncerais, j'y démon- » trerais l'existence d'une seconde Amérique, que le quiet académi- » cien serait le dernier à le savoir. C'est à dégoûter de toutes rela- » tions avec votre Académie, c'est même dégoûter du travail. Nous ne » sommes pas des saints Vincent-de-Paul, après tout, et nous avons les » mêmes raisons d'être connus des académiciens que ces derniers d'être » nommés. »

C'est un peu rude, mais c'est vrai. A bon entendeur, salut.

Amédée Latour.

P. S. Au moment où je vois l'épreuve de cet article, je reçois une lettre d'un honorable signataire du mémoire de nos confrères d'Orléans, ainsi qu'une lettre de M. le docteur Diday. L'une et l'autre de ces lettres m'engagent à faire précisément ce que je viens spontanément de tenter, c'est-à-dire d'appeler l'attention de nos lecteurs sur les deux œuvres également importantes dont j'ai cherché à donner une idée.

reurs de diagnostic, et où celui qui n'en aurait pas commis aurait agi purement au hasard, et sans tirer, des résultats de la percussion et de l'auscultation, les conclusions nécessaires, inévitables.

CLINIQUE MÉDICALE.

NOTE SUR QUELQUES CAS DE TUMEURS INTRA-THORACIQUES OFFRANT TOUS LES SIGNES DE LA PLEURÉSIE CHRONIQUE ;

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur OULMONT, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

La présence de tumeurs ou de productions solides dans la plèvre donne lieu à un ensemble de symptômes physiques et rationnels qui offrent la plus grande analogie avec ceux des épanchemens pleurétiques. Laënnec, qui n'avait pas observé de maladies de ce genre, renonce à leur assigner des caractères différentiels, et avoue que, à un certain degré, il est impossible de ne pas les confondre avec les épanchemens dans la plèvre. En lisant les observations de ce genre que possède la science, on est frappé d'un fait, c'est que la percussion et l'auscultation n'ont pu apporter aucun élément au diagnostic. Comme la science n'est pas plus avancée, sous ce rapport, que du temps de Laënnec, il n'est pas étonnant que des médecins, même parmi les plus éminens, aient quelquefois commis des erreurs de ce genre, que l'autopsie seule a pu dissiper.

J'ai eu occasion, il y a déjà plusieurs années, de recueillir quatre observations de productions solides intra et même extra-thoraciques, ayant simulé un épanchement pleurétique. L'une de ces observations n'est qu'une note accompagnée de deux planches, qui m'a été communiquée par M. Rayer. Comme ces diverses observations sont intéressantes à plus d'un titre, j'ai cru devoir les joindre à celles qu'a rapportées notre collègue M. Moutard-Martin, et les ranger avec lui sous l'indication commune d'*erreurs de diagnostic à peu près inévitables*.

La note que je dois à M. Rayer se rapporte à un homme qui vint à l'hôpital de la Charité. On trouva un développement considérable du côté gauche de la poitrine, avec matité et absence complète du bruit respiratoire. Il existait de la dyspnée, de la suffocation. Le cœur était refoulé à droite; le décubitus sur le côté droit était impossible. Il y avait une fièvre vive, avec redoublement le soir. Tous ces symptômes dataient d'un an et étaient survenus graduellement. M. Rayer crut à l'existence d'une pleurésie chronique, et son erreur ne fut dissipée que par l'autopsie. On trouva alors un énorme sac qui remplissait toute la cavité gauche de la poitrine et avait refoulé tout à fait au sommet le poumon, qui était maintenu par de solides adhérences. Ce sac, renfermé entièrement dans la cavité pleurale, était rempli de nombreux acéphalocystes, nageant dans une médiocre quantité de liquide. Les dessins que M. Rayer m'a communiqués, et que j'ai remis à M. Vigla, ne laissent pas de doute sur la réalité du fait.

La première observation que j'eus occasion de recueillir se rapporte à une tumeur anévrysmale, développée dans la cavité thoracique gauche, qu'elle remplissait en grande partie, et qui donna lieu à la plupart des signes d'un épanchement pleurétique. Voici, du reste, cette observation, que je rapporte succinctement :

Obs. I. — *Tumeur anévrysmale de l'aorte thoracique dans la cavité pleurale gauche simulant un épanchement pleurétique.*

Le nommé Jacquot, âgé de 46 ans, porteur d'eau, entra à l'hôpital de la Pitié, le 6 octobre 1843, et fut couché salle Saint-Paul, n° 7. Cet homme souffrait, depuis quatre ans, d'une grande oppression. Elle avait débuté en même temps qu'une douleur sourde dans le côté gauche, qui disparut au bout de six mois. Il survint en même temps des palpitations de cœur qui forcèrent bientôt le malade à changer de profession, parce qu'il ne lui était plus possible de monter des escaliers. La dyspnée et les palpitations augmentèrent d'intensité malgré sept saignées qui furent pratiquées à des intervalles variables.

Deux mois avant son entrée à l'hôpital, la dyspnée devint très considérable, le malade fut pris d'étourdissemens, et, le soir, les jambes s'enflaient. Bientôt un rhume augmenta encore tous ces phénomènes, le décubitus sur le côté droit devint impossible et le malade entra à l'hôpital.

A son entrée, la figure offrait cette teinte bleuâtre qu'on trouve chez les malades atteints d'une affection des organes de la circulation. Il y avait une toux assez fréquente; les crachats étaient muqueux, épais et verdâtres. Il n'y avait point de douleur à la poitrine, mais seulement une sensation de pesanteur du côté gauche. Le malade était toujours couché de ce côté : il survenait un accès de dyspnée violente quand il voulait se coucher sur le côté droit et même sur le dos. A l'inspection de la poitrine, on trouva le côté gauche un peu dilaté. Les battemens du cœur étaient sensibles dans le quatrième et cinquième espace intercostal gauche. Les espaces intercostaux n'offraient pas de saillie; il y avait au contraire un léger affaissement au niveau de l'hypochondre. A la percussion on constatait, à gauche, que la sonorité en avant ne dépassait pas la troisième côte. Au-dessous, il y avait une matité complète; en arrière, la matité s'étendait depuis la moitié de l'omoplate jusqu'à la base de la poitrine. Au-dessus, il y avait de la sonorité. Dans les parties sonores, on entendait la respiration vésiculaire fine; au niveau de la matité, la respiration cessait complétement de se faire entendre; la résonnance de la voix était nulle dans ces points; elle s'accompagnait d'une légère vibration des parois thoraciques.

Les battemens du cœur étaient superficiels et assez forts pour soulever la tête de l'observateur; ils étaient un peu intermittens. Il n'y avait pas de bruits anormaux ni de reflux veineux au cou. Les extrémités inférieures étaient légèrement infiltrées; pas de fièvre; le pouls était développé et assez résistant (70). On prescrivit une saignée et l'application d'un vésicatoire sur la poitrine.

La saignée ne produisit aucun soulagement. Et les jours suivans, les lèvres et les paupières restèrent bleuâtres; la dyspnée ne diminua point. Trois jours après son entrée à l'hôpital, le malade fut pris d'une hémoptysie abondante, précédée d'un violent accès de suffocation. La percussion et l'auscultation de la poitrine ne révélèrent aucun phénomène nouveau. La face resta pâle et livide. Le crachement de sang se répéta à plusieurs reprises et resta peu abondant. Le malade succomba subitement.

A l'ouverture de la poitrine, on trouva les deux poumons solidement maintenus en place par des adhérences. Celui du côté droit était dans l'état normal. A gauche, après avoir détruit les adhérences, on trouva le tissu pulmonaire sain jusque vers la quatrième côte; au-dessous de ce point, il existait une masse rougeâtre dense et dure qui occupait toute la partie inférieure de la cavité thoracique. Cette masse n'était autre chose qu'une tumeur arrondie, allongée longitudinalement, du volume d'une grosse tête d'enfant, offrant une hauteur de 17 centimètres, une largeur de 12 et une circonférence de 35 centimètres. Elle était séparée des cartilages et des côtes antérieurement par une lame de tissu pulmonaire très mince, flasque et vide d'air; en arrière et sur les côtés, elle était en contact avec la cavité thoracique. Elle était constituée par une série de couches concentriques, d'apparence fibreuse, d'une épaisseur irrégulière, de couleur rouge brunâtre de plus en plus foncée, à mesure qu'on arrivait au centre. Cette tumeur était formée par une dilatation de l'aorte siégeant au tiers inférieur de la portion pectorale de ce vaisseau. Au-dessus de la tumeur, l'aorte n'offrait pas de dilatation, au-dessous, le vaisseau était manifestement rétréci. La dilatation paraissait donc s'être faite brusquement, et on ne pouvait suivre la tunique externe de l'artère sur la tumeur que dans l'étendue de 4 à 5 centimètres. Les autres organes n'offraient rien à noter qui intéressât notre sujet.

Lorsque le malade est entré à l'hôpital, induit en erreur par les commémoratifs et les signes physiques, je crus, au premier abord, à l'existence d'un épanchement pleurétique. En effet, la douleur qu'avait ressentie le malade, la dyspnée, l'impossibilité du décubitus sur le côté droit, la matité, si exactement limitée en avant et en arrière de la poitrine, l'absence complète du bruit respiratoire dans tous les points où siégeait la matité, tous ces signes me paraissaient confirmer mon opinion. L'absence même d'égophonie, ou de retentissement de la voix me semblait naturelle dans une maladie qui devait remonter déjà assez loin. Mais en examinant plus attentivement le malade et en songeant ensuite à l'aspect insolite de la maladie que j'observais, je ne tardai pas à tomber dans le doute. Je ne pouvais concilier l'absence complète de la dilatation du côté gauche, la persistance de l'embonpoint, la dyspnée si vive pour une maladie qui paraissait limitée, avec une pleurésie qui devait, d'après les commémoratifs, remonter à quatre ans.

D'un autre côté, il n'existait pas de symptômes qui eussent pu me mettre sur la voix d'un diagnostic précis. Quand vint le crachement de sang, je crus un instant à la possibilité d'un anévrysme ouvert dans les bronches, mais le peu de durée et d'intensité ce ces crachemens, leur intermittence si opposée avec les phénomènes foudroyans de l'ouverture d'un anévrysme dans les bronches me firent abandonner cette opinion. L'autopsie est venu donner raison à cette dernière manière de voir, sans pourtant expliquer l'hémoptysie.

Dans l'observation qui va suivre, on crut encore à l'existence d'un épanchement, et même sans une circonstance fortuite, on eût pratiqué la thoracentèse. Et pourtant il n'existait dans la plèvre qu'une production solide, fort rare à la vérité, mais pas de traces d'épanchement. Cette observation a déjà été publiée (1); aussi la donnerai-je en quelques mots.

Obs. II. — *Dégénérescence cartilagineuse de la plèvre, avec abcès des parois thoraciques simulant un épanchement.*

Cordier, commis-libraire, âgé de 21 ans, entra à l'hôpital de la Charité le 21 janvier 1845. Neuf mois auparavant, il avait été pris d'un point très douloureux du côté droit de la poitrine, accompagné de toux et d'oppression. Depuis six mois, la toux avait persisté, et il y avait des sueurs nocturnes. Il y a un mois environ, il était survenu une tuméfaction assez considérable vers la mamelle droite, un peu en dehors, que la toux rendait très douloureuse. A l'entrée du malade à l'hôpital, on trouva vers la sixième côte droite, au-dessous du bord antérieur de l'aisselle, une tumeur du volume d'une noix, élastique, rénitente, mate à la percussion et fluctuante; elle ne diminuait ni ne disparaissait par la pression; elle était située sur la sixième côte et s'étendait en haut et en bas dans les espaces intercostaux voisins. A l'examen de la poitrine, on trouva à droite une matité qui s'étendait antérieurement depuis la clavicule et sur le côté jusqu'à la base de la poitrine. A l'auscultation, craquemens et souffle au sommet du poumon. Dans la portion latérale et axillaire, le bruit respiratoire était tout à fait nul dans un espace de 12 à 15 centimètres carrés, et la tumeur que nous avons décrite était au-dessus de sa limite supérieure. Pas de dilatation ni de déformation du thorax. La voix offrait dans toute l'étendue de la matité un caractère sourd et profond qui la rendait à peine distincte. La toux était fréquente, mais douloureuse, surtout vers la tumeur. La dyspnée était considérable. Il n'y avait pas de fièvre. L'état de ce malade s'aggravant pendant les jours suivans, on songea à la thoracentèse. M. Reybard, qui vint voir ce malade, voulut pratiquer cette opération; mais trouvant au niveau de la tumeur les tégumens trop amincis, et craignant de ne pouvoir empêcher l'introduction de l'air, il voulut faire la ponction en dehors de la tumeur. L'indication ne paraissant pas assez positive, on ajourna l'opération.

Le malade mourut le 28 avril.

A l'autopsie, on trouva dans la cavité thoracique droite les deux feuillets de la plèvre intimement réunis au moyen d'une couche dense, grisâtre, de l'épaisseur de 2 millim. qui devenait graduellement plus épaisse, au point d'acquérir un demi et même un centimètre. Cette couche, d'apparence pseudo-membraneuse, constituait une sorte de plastron ayant la forme d'un carré allongé de 11 centimètres de long sur 8 centimètres de large, et répondait à la partie latérale droite et inférieure du thorax depuis la cinquième côte jusqu'en bas. Ce plastron était formé à son centre, qui était la partie la plus épaisse, d'une substance opaque, blanchâtre, évidemment cartilagineuse, étendue entre les deux feuillets de la plèvre épaissie. Au-dessous de ce plastron, on trouvait une masse tuberculeuse de 7 centimètres de haut sur 5 de large, et d'une épaisseur de 2 à 4 centimètres. En dedans de cette masse était le poumon crépitant et parsemé de granulations miliaires. La tumeur de la paroi thoracique était due à un abcès développé vers le tiers moyen de la sixième côte. La surface de la côte, qui était en contact avec le pus, était blanchâtre, rugueuse et raboteuse.

Jusqu'à l'autopsie on avait cru, chez ce malade, à l'existence d'un épanchement partiel qui cherchait à se faire jour à l'extérieur au moyen de la tumeur située vers la cinquième côte. Il est rare, en effet, de trouver réunis un si grand nombre de symptômes à l'appui de cette opinion, et pourtant, si on eût pratiqué la thoracentèse, comme on a été sur le point de le faire, on n'eût pas trouvé de liquide. L'erreur qui a été commise dans cette circonstance, me semble tenir surtout à ce qu'on n'a pas suffisamment tenu compte de quelques symptômes particuliers, comme l'absence de voussure au niveau de la tumeur, et l'absence de dilatation du côté où on supposait l'épanchement. Mais il faut bien avouer que ces deux symptômes n'offrent pas des élémens de certitude suffisans pour qu'on y eût attaché une valeur décisive. On a cru jusqu'à la mort du malade que la tumeur fluctuante de la sixième côte était due à une communication qui s'était établie entre l'épanchement pleural et le tissu cellulaire sous-cutané; il me semble qu'on eût pu éviter cette erreur en tenant compte de la non réductibilité de cette tumeur. Suivant Valleix, en effet, la différence qui existe entre les abcès des parois thoraciques et ceux qui sont produits par le liquide pleural tient à ce que, dans ce dernier cas, la tumeur est réductible, tandis qu'elle ne l'est pas dans le premier.

Ce ne sont pas seulement les tumeurs ou productions intra-thoraciques qui peuvent simuler tous les symptômes des épanchemens, on les trouve quelquefois dans les cas de tumeurs extra-thoraciques, et j'ai recueilli une observation dans laquelle une hypertrophie considérable du foie fut prise, pendant quelque temps, pour une pleurésie. J'oserais à peine établir une similitude entre ces deux maladies, si je n'avais pour moi l'autorité d'un médecin éminent, M. Stokes de Dublin, qui a cherché à fixer leurs caractères différentiels. — Voici cette observation :

Obs. III. — *Symptômes locaux d'épanchement pleurétique dus à une maladie du foie.*

Jean Bouvet, 55 ans, jardinier, entra à la Charité, le 15 mars 1843, et fut couché salle Saint-Ferdinand, n° 22. Cet homme d'une constitution détériorée, a eu plusieurs maladies, la syphilis, une fièvre intermittente, qui dura six mois, et, enfin, une dysenterie qu'il contracta dans l'Inde, où il est resté huit ans. Il affirme n'avoir pas eu de maladie du foie, et néanmoins, il y a un an, il eut un ictère qui dura deux mois. Il y a six mois, il fut pris d'une douleur sourde et profonde dans le côté droit, qui disparut au bout de trois mois, mais en laissant un sentiment de gêne et de dyspnée qui s'accrut encore par suite d'une bronchite assez intense.

A son entrée à l'hôpital, je fus frappé de la teinte jaunâtre, livide de la face. Il y avait de la toux, de la dyspnée et une expectoration assez abondante de matières puriformes, épaisses. Le décubitus était indifférent, et, quel qu'il fût, la dyspnée n'en était que médiocrement accrue. Les deux côtés étaient symétriques. L'égalité de leur développement fut constatée par la mensuration. A la percussion, on trouva, à droite et en avant, de la sonorité jusqu'au niveau du mamelon; au-dessous, il y avait une matité complète jusqu'en bas, au rebord des fausses côtes. En arrière, la matité était absolue depuis l'angle inférieur de l'omoplate et même au-dessus, jusqu'à la partie inférieure, dans une hauteur de 8 à 10 centimètres. La limite supérieure de la matité suivait assez exactement une ligne circulaire et correspondait à peu près à la partie moyenne de la cavité thoracique droite. A l'auscultation, on trouva des râles sonores et sibilans dans le côté gauche et la partie supérieure du côté droit; mais, au niveau de la matité, le bruit respiratoire était nul jusqu'en bas, même sur les côtés de la colonne vertébrale. La voix résonnait normalement dans toute la poitrine, excepté au niveau de la matité, où la résonnance était nulle. Les battemens du cœur étaient perçus vers la quatrième côte du côté gauche, sans altération dans leur timbre ou leur rhythme. Pas de fièvre. Le pouls était faible et assez régulier.

Le malade resta à l'hôpital pendant deux mois. Dans cet espace de temps, il survint un ictère; il se fit un épanchement dans la cavité abdominale, et les extrémités inférieures s'infiltrèrent. Les signes du côté de la poitrine ne subirent aucune modification. Dans les derniers temps, la face s'était profondément altérée, et il était survenu une fièvre assez vive.

A l'*autopsie* on remarqua, après avoir enlevé le sternum, que la cavité thoracique droite était de près de moitié moins étendue en hauteur que la cavité gauche. Cette diminution de la capacité était due au refoulement du foie, dont le bord convexe atteignait le bord inférieur de la quatrième côte. Hormis ce rétrécissement, le poumon et la plèvre n'offraient aucune altération. Le poumon, diminué de volume, était fortement engoué dans son lobe inférieur. Le foie était considérablement augmenté de volume et de hauteur. En bas, il dépassait à peine le rebord des fausses côtes. Il avait une hauteur de 16 centimètres et une longueur de 25 centimètres; il recouvrait toute la partie gauche de l'estomac. Sa couleur était d'un gris blanchâtre; à travers la capsule d'enveloppe, on ne distinguait pas les granulations qui la constituent ordinairement. A l'incision, il criait sous le scalpel et se laissait déchirer sans offrir la structure grenue habituelle au tissu hépatique. A l'intérieur, sa couleur était gris-jaunâtre et son tissu ressemblait, en quelques points, à du tissu squirrheux, et, dans quelques autres, à du tissu hépatique infiltré de pus et qui aurait acquis une certaine compacité.

Le malade dont je viens de rapporter l'observation a offert un grand nombre des signes de l'épanchement pleurétique : sensation de pesanteur et même de douleur du côté malade, toux, dyspnée, matité en avant et en arrière dans toute la partie inférieure de la poitrine depuis la quatrième côte, absence du bruit respiratoire dans les mêmes points, etc. Il y manquait, il est vrai, les commémoratifs et les symptômes généraux; aussi, si l'idée d'une pleurésie entra un instant dans mon esprit, elle fut bientôt abandonnée quand survinrent l'ascite et l'œdème des extrémités inférieures. Ces phénomènes, joints à la circonstance que le malade avait fait un long séjour dans l'Inde où les maladies du foie sont si fréquentes, nous mirent bientôt sur la voie du diagnostic. M. Stokes, qui insiste beaucoup sur les rapports de l'engorgement considérable du foie avec la pleurésie, attache une grande importance aux caractères suivans : dans l'engorgement du foie, on ne trouve jamais, malgré la dilatation de l'hypochondre, la tension et le soulèvement des espaces intercostaux; ceux-ci sont enfoncés. Dans cette même maladie, quelle que soit l'étendue de la matité, jamais le cœur n'est refoulé à gauche, mais bien soulevé, et M. Stokes l'a vu trois fois repoussé jusqu'à la troisième côte. Je n'ai rien trouvé de semblable chez mon malade. Je ne crois pas, du reste, que ces caractères, aient la valeur que veut leur attribuer M. Stokes. Le refoulement du cœur en haut ne doit guère s'observer que dans les cas où la tumeur du foie est énorme ou quand le lobe gauche est déplacé.

(1) In *Revue méd.-chir. de Paris*, juin 1850.

L'absence de tension des espaces intercostaux peut être facilement dissimulée par de l'embonpoint ou l'œdème des parois thoraciques. J'attacherais une bien plus grande importance à deux phénomènes qui ont été notés chez mon malade. Ce sont d'abord les caractères de la matité. J'ai dit que, chez mon malade, les limites de celle-ci étaient exactement circulaires et horizontales, et l'on sait, d'après les recherches de MM. Piorry et Damoiseau, que, dans la pleurésie avec épanchement médiocre, la matité a toujours une limite supérieure arrondie ou elliptique. L'autre caractère, tout aussi important, c'est que, dans les épanchemens du côté droit, le foie est toujours plus ou moins refoulé dans l'abdomen et dépasse le rebord des fausses côtes. Or, rien de semblable n'existait chez mon malade.

La lésion du foie qui a été trouvée à l'autopsie était fort extraordinaire, c'était une dégénérescence dont M. Cruveilhier lui-même n'a pu dire la nature. Elle ressemblait assez bien à une infiltration purulente du tissu hépatique avec persistance de la compacité de l'organe.

ACADÉMIES, SOCIÉTÉS SAVANTES ET ASSOCIATIONS.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séances des 14 et 28 Mai 1856. — Présidence de M. Guérard.

Séance du 14 Mai.

Sommaire. — Lecture d'un mémoire *sur l'emploi des eaux de Vichy dans les cachexies à forme scorbutique et anémiques*, par M. Barthez (François). — Rapport par M. Monneret *sur le sujet du prix proposé pour 1858.* — Note sur un cas de *sialorrhée pharyngienne intermittente*, par M. Hervieux. Discussion : MM. Marrotte, Moutard-Martin. — Note *sur deux cas d'erreurs de diagnostic inévitables*, par M. Moutard-Martin. Discussion : MM. *Guérard*, Hérard.

M. Barthez (François) lit, dans la séance du 23 avril, un mémoire *sur l'emploi des eaux de Vichy dans les cachexies à forme scorbutique et anémique.* (Publié dans l'Union Médicale du 6 mai 1856.)

— M. Monneret lit, au nom d'une commission composée de MM. Barth, Bourdon, Becquerel, Dechambre, Legendre, Marrotte et lui, un rapport sur la question à mettre au concours pour le prix proposé par la Société pour l'année 1858. (Voir l'Union Médicale du 17 juin 1856.)

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Legroux, Béhier, Roger, Marrotte, Delasiauve, Becquerel et Monneret, la Société adopte le rapport, décide qu'il sera renvoyé à la commission pour qu'elle résume le programme de la question proposée, porte à 1,200 fr. la valeur du prix, et fixe le 31 décembre 1857, comme limite du dépôt des mémoires à adresser à la Société pour ce concours.

— M. Hervieux lit une *note sur un cas de sialorrhée pharyngienne à forme intermittente et de nature rhumatismale, guérie par le sulfate de quinine.*

Il s'agit d'un homme de 35 ans, ayant eu précédemment deux attaques de rhumatisme, et qui fut pris, en avril dernier, de douleurs dans les épaules et les muscles du cou. Ces douleurs étant subitement disparues au bout de quelques jours, il survint dans les vingt-quatre heures de cette disparition, sans aucune trace de fièvre, une abondante expuition d'un liquide analogue à de la salive, qui, apparue le soir, persista une partie de la nuit. Le lendemain et les jours suivans, vers le soir, la même expuition eut lieu, puis céda rapidement à l'usage du sulfate de quinine (1).

M. Marrotte : Le fait de M. le docteur Hervieux est intéressant; mais le titre de sialorrhée lui convient-il? On n'applique ce mot qu'à une hypersécrétion des glandes salivaires, et ici le liquide paraissait surtout sécrété par le pharynx. Dans des cas de cette espèce, le mot *flux* est la seule expression convenable, puisqu'il s'agit de la sécrétion d'une muqueuse. Je ne puis penser, en effet, que M. Hervieux admette qu'un autre organe que les glandes salivaires proprement dites produise de la salive. Le liquide recueilli contenait deux parties : de la salive et du muco-pus; de la salive a pu se mélanger au liquide fourni par le pharynx, aussi leur proportion relative est-elle importante à déterminer. Ou bien la salive provenait des glandes salivaires, ou bien il y a eu erreur : toute la question est là.

Il est dit, dans l'observation, que le malade s'endormait pendant son accès par le fait de la fatigue. C'est ce que l'on dit lorsque pareille chose survient dans les affections périodiques; mais le sommeil n'arrive que par la cessation de l'accès lui-même. En ne tenant pas compte de cette terminaison dans les affections périodiques, et en particulier dans les maladies rémittentes, telles que les névralgies, on peut méconnaître la périodicité.

M. Hervieux : Je ferais volontiers à M. Marrotte l'abandon du mot sialorrhée, si ce mot n'était pas l'expression d'un fait qui a été constaté par l'analyse chimique. Il résulte, en effet, de l'analyse dont M. Ducom a bien voulu se charger, que le liquide soumis à son observation, après avoir été débarrassé, par le repos et au moyen du filtre, d'une certaine quantité de mucosités qu'il tenait en suspension, présentait les principales propriétés de la salive. Il contenait une proportion notable de sulfo-cyanure de potassium, et, de plus, il jouissait de la propriété de transformer l'amidon en glucose. L'expression de sialorrhée se trouve donc parfaitement justifiée.

Quant au siége de la production du liquide, il se trouvait incontestablement à l'isthme du gosier, et je l'ai prouvé par l'énumération des circonstances suivantes :

1° On voyait distinctement, au moment de l'accès, les piliers antérieurs et postérieurs littéralement inondés par le produit de la sécrétion, tandis que rien de semblable ne s'apercevait sur aucun point de la cavité buccale.

2° C'était toujours par un effort d'expuition et après une contraction plus ou moins violente des muscles pharyngiens que le liquide était rejeté hors de la bouche; jamais il ne remplissait cette cavité, jamais il ne s'écoulait en bavant et comme par débordement, comme cela s'observe dans la sialorrhée buccale.

3° Le malade ne pouvait rester, au moment des accès, deux minutes entières, sans éprouver dans la gorge un sentiment de plénitude et de gêne, qui l'obligeait impérieusement à renouveler et ses contractions pharyngiennes et ses efforts d'expuition.

Maintenant, est-ce, en réalité, à la fatigue que le malade cédait en s'endormant, ou bien le sommeil ne venait-il, comme le dit M. Marrotte, que parce que l'accès était terminé? C'est une chose difficile à savoir. Je ferai remarquer que l'accès n'avait pas une période d'augment et de déclin, que les crachemens étaient aussi fréquens à la fin de l'accès qu'au commencement, et le malade assure même qu'aux trois-quarts endormi, il crachait encore par un mouvement automatique dans le vase placé auprès de lui.

M. Moutard-Martin appuie les observations de M. Marrotte. Les piliers du voile du palais ne peuvent, dit-il, sécréter de la salive; aussi, convenait-il d'examiner avec soin les glandes salivaires, ce que M. Hervieux paraît avoir négligé. Dans la sialorrhée, les glandes sublinguales, sous-maxillaires et parotidiennes sont habituellement tuméfiées et douloureuses au toucher, ce qui n'a pas été noté dans l'observation.

M. Hervieux : Il me sera très facile de donner à M. Moutard-Martin tous les éclaircissemens qu'il demande sur l'état des glandes salivaires, car je les ai explorées avec beaucoup de soin chez mon malade. J'ai déjà dit dans mon observation que toutes les parois de la bouche étaient intactes, et qu'on ne voyait sourdre sur aucun point de cette cavité le produit de la sécrétion anormale. J'ajouterai que le plancher buccal, que les régions parotidiennes et sous-maxillaires n'étaient le siége d'aucune tension, d'aucune dureté, d'aucune douleur, ni d'aucune rougeur qui pût laisser croire un instant que ces glandes entraient pour quelque chose dans le flux dont j'ai parlé. C'est là, certainement, une chose très singulière, quand on songe à la composition du liquide excrété, mais je n'ai pas la prétention de tout expliquer. J'expose les faits tels qu'ils se sont présentés à mon observation, voilà tout.

— M. Moutard-Martin lit une *note sur deux cas d'erreurs de diagnostic inévitables*, dans lesquels on a cru à l'existence de pleurésies avec épanchement, alors qu'il n'en existait pas. (Voir plus haut, article *Clinique médicale.*)

M. Hérard : J'ai eu l'occasion d'observer, et j'ai publié dans le journal l'Union Médicale, un bel exemple de kyste hydatique du poumon, qui, sans avoir été absolument diagnostiqué pendant la vie de la malade, a cependant présenté des caractères symptomatiques qui nous ont paru ne pas pouvoir se rapporter aux affections thoraciques habituelles. Cette hydatide avait pris la place du poumon gauche, dont il ne restait plus que le quart inférieur intact. Dans les trois-quarts supérieurs, le poumon atrophié par le développement excentrique de la tumeur, avait presque entièrement disparu, et il ne restait plus qu'une coque très mince, au centre de laquelle était l'hydatide, coque qui, dans certains points, en arrière et sur le côté, n'avait que quelques millimètres d'épaisseur. Pendant la vie, nous avions constaté une matité absolue dans les trois quarts supérieurs du thorax, en arrière et sur le côté. Dans le quart inférieur, le son était clair, tout à fait normal. A l'auscultation, dans les mêmes points où existait la matité, il y avait absence complète du murmure vésiculaire, sans souffle, sans râles, sans retentissement particulier de la voix. Évidemment, dans ce cas, il ne pouvait s'agir d'une induration du poumon, inflammatoire, tuberculeuse ou autre; car nous aurions perçu à l'auscultation quelques signes stéthoscopiques, tels que souffle, râles, craquemens, etc.; et nous avons dit qu'il y avait seulement absence totale du murmure respiratoire. La première idée qui devait se présenter à l'esprit, la plus probable était celle d'un épanchement pleurétique; mais le siége de cette pleurésie aurait eu, dans cette hypothèse, quelque chose de si anormal, qu'il était bien difficile de s'arrêter à ce diagnostic. Par exclusion donc, il était permis de penser qu'une tumeur avait refoulé, détruit le parenchyme pulmonaire, et l'autopsie démontra que cette tumeur était une hydatide solitaire.

M. Guérard : L'incertitude dans laquelle on se trouve de savoir si l'on a affaire à une pleurésie dans des cas semblables à ceux qui viennent d'être rapportés, est une raison d'avoir recours à une ponction qui aurait certainement éclairé le diagnostic. L'emploi du microscope aurait pu compléter l'examen du liquide en y faisant reconnaître la présence des échinocoques, dans les cas de tumeur hydatique.

M. Moutard-Martin ne pense pas que la ponction de la poitrine, au niveau de la matité, eût pu avoir les résultats que M. Guérard est disposé à admettre. La portion du poumon, hypertrophiée entre les parois thoraciques et le liquide, était trop amincie pour n'être pas traversée par le trocart, et alors la canule aurait donné issue à du pus qui aurait fait croire à une pleurésie purulente. Quant à l'observation de M. Hérard, elle ne me paraît pas présenter le même degré de difficulté que les nôtres. Il y avait, en effet, cette résonnance parfaite de la base de la poitrine, qui devait toujours inspirer des doutes sur la présence de la pleurésie.

Séance du 28 Mai 1856.

Sommaire. — Correspondance. — Note *sur des erreurs de diagnostic dans la pleurésie*, par M. Oulmont. Discussion : MM. Aran, Moutard-Martin. — Observation de *broncho-pneumonie, suivie de phthisie aiguë et d'emphysème sous-cutané du côté gauche du thorax*, par M. de Beauvais. — Nouvel appareil pour l'*électrisation médicale*, présenté par M. Aran.

M. le docteur Durand-Fardel écrit, à propos de la discussion qui a eu lieu dans la Société, sur le *son tympanique dans la pneumonie*, qu'il a signalé le fait, il y a déjà treize ans, dans son *Traité du ramollissement du cerveau*; il ne réclame point la priorité; il a voulu seulement ajouter aux communications faites à la Société sur ce sujet. Voici le passage relatif à cette question (*Traité du ramollissement*, etc., p. 445) :

« . . . . . Je ne dois pas manquer de signaler ici une circonstance très importante et propre à mettre sur la voie du développement d'une congestion ou d'une pneumonie hypostatique : c'est que, lorsque les parties déclives des poumons sont infiltrées d'une assez grande quantité de liquides pour que la respiration ne puisse s'y effectuer dans une certaine étendue, les parties antérieures de ces organes cherchent à suppléer à ce défaut de perméabilité; alors, non seulement la respiration y prend une activité inusitée, mais il s'y développe un véritable emphysème; non pas que j'aie constaté sur le cadavre de rupture des vésicules pulmonaires, mais une *dilatation extrême des cellules aériennes;* la respiration y devient alors puérile et très bruyante, le *son tympanique*; deux fois même j'ai constaté une saillie des espaces intercostaux. A l'autopsie, on trouva la partie antérieure des poumons blanche, presque exsangue, gonflée d'air, et faisant une saillie considérable dès que la poitrine fut ouverte.

» Ainsi, lorsqu'un individu placé dans les conditions qui nous préoccupent maintenant (conditions prédisposantes à la pneumonie hypostatique) présentera une sonorité et une activité de la respiration inusitée à la partie antérieure de la poitrine, on devra aussitôt soupçonner le développement d'une congestion ou d'une pneumonie hypostatique. Je ne saurais trop recommander cette circonstance à l'attention des observateurs, puisqu'elle permet d'obtenir, par l'examen des parties antérieures des poumons, des notions sur l'état des parties postérieures, qu'il est si souvent impossible et presque toujours difficile d'examiner directement. »

M. Roger (Henri) demande à rappeler, comme historien, que le fait indiqué par l'observateur français n'a qu'une ressemblance apparente avec ceux qui sont consignés dans l'ouvrage de Skoda. Le stéthoscopiste de Vienne a dit qu'il y avait dans la pneumonie à la période de congestion (comme dans d'autres maladies), un son tympanique *sur les points mêmes qui sont congestionnés*, et non pas dans d'autres régions éloignées. Ce son tympanique, il ne l'explique pas par l'emphysème pulmonaire coexistant comme le médecin français, mais par ce fait de physique médicale que lui a révélé la clinique : « Le tissu pulmonaire congestionné ou infiltré de sang ou de tubercules, contenant moins d'air qu'à l'état normal, mais encore perméable à l'air, donne un son tympanique. »

— M. Oulmont, à l'occasion du procès-verbal, communique des observations dans lesquelles des maladies de différente nature ont été prises, comme dans les faits rapportés par M. Moutard-Martin, pour des pleurésies. (Voir plus haut, article : *Clinique médicale.*)

M. Aran regarde comme très importantes les communications faites par MM. Moutard-Martin et Oulmont; il est bon que la connaissance de ces faits éveille l'attention sur les difficultés du diagnostic des épanchemens pleurétiques; cependant, si la percussion avait été pratiquée suivant certaines règles indiquées par M. Piorry, formulées plus nettement encore par un de ses élèves, M. Damoiseau, l'erreur aurait été presque impossible. Effectivement, en percutant la poitrine suivant certaines lignes longitudinales, on reconnaît que les épanchemens pleurétiques affectent toujours une disposition spéciale dans leurs limites supérieures, la matité existe toujours en arrière, suivant une ligne courbe à convexité supérieure et s'inclinant de plus en plus à la partie antérieure. Cette courbure est constante. Ainsi, dans le cas de M. Stokes, où il y avait engorgement du foie, la matité, au lieu de décrire une ligne oblique, devait être transversale, et cela devait suffire pour empêcher de diagnostiquer une pleurésie.

M. Oulmont : Les observations que j'ai rapportées ont été recueillies avant le travail de M. Damoiseau; mais, en outre, dans l'observation prise dans le service de M. Stokes, on a noté que l'épanchement était exactement circulaire, et cette matité circulaire avait fait un peu douter de l'existence d'une pleurésie.

M. Moutard-Martin trouve la règle posée par M. Aran beaucoup trop absolue, et il croit que dans les deux cas qu'il a rapportés, l'erreur de diagnostic était inévitable, malgré cette impossibilité presque absolue de commettre une erreur. En effet, dans l'un des deux cas, la matité remontait jusqu'au sommet de la poitrine, et alors il est impossible de trouver cette ligne courbe caractéristique. Dans l'autre, la ligne courbe existait, suivant les contours de la tumeur qui se prolongeait jusque sous l'aisselle. Il faut donc bien admettre quelques exceptions qui viendront toujours contrarier la règle posée par M. Aran.

— M. de Beauvais présente, au nom de M. Rostan, une pièce recueillie chez un individu qui présentait un emphysème du côté gauche du thorax, causé par perforation de dehors en dedans de la trachée et des grosses bronches, par des tubercules ganglionnaires. (Voir l'Union Médicale du 21 juin 1856.)

— M. Aran présente au nom de M. Déchargé, constructeur d'instrumens de physique un *appareil galvano-magnétique*, pour l'électrisation médicale, à deux courans, premier ordre et second ordre, avec solutions de continuité de vitesses différentes.

Cet appareil est composé : 1° d'une bobine en verre sur laquelle est enroulé un gros fil de cuivre recouvert et verni, destiné à recevoir le courant de la pile. Dans cette bobine, est un faisceau de fil de fer doux, sur lequel se meut un tube de cuivre divisé, servant à graduer ce courant de premier ordre. 2° D'une bobine mobile, c'est-à-dire couvrant plus ou moins la première, et sur laquelle est enroulé une grande longueur de fil de cuivre fin, recouvert et verni, qui, recevant un courant par induction, constitue le courant de *second ordre*; un tube de tirage et divisé, permet de couvrir plus ou moins le courant inducteur, et d'en graduer la tension. 3° Pour donner les vibrations vives est un électro-aimant double, sur lequel bat un ressort donnant des vitesses différentes quoique vives. 4° Pour donner des commotions plus ou moins répétées, dont le minimum est de deux par seconde, est établi un grand ressort plat horizontal et à torsion élevant ou abaissant à volonté un levier portant à son extrémité une lame de fer doux, attirée alternativement par un électro-aimant vertical.

L'appareil porte deux commutateurs pour distribuer le courant de sa pile à l'un ou à l'autre de ces systèmes. Le grand ressort donne à volonté et de vitesse différente des commotions de premier et second ordre, plus, des commotions de vibrations.

Cet appareil est réglé sur une pile Bunzen, c'est-à-dire *un élément*, et peut également fonctionner avec un couple Archereau, ou tout autre produisant la même intensité électrique.

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

COURRIER.

Nous avons reçu quelques adhésions à la proposition d'un banquet à offrir à nos confrères de l'armée d'Orient. On nous demande aussi quelques explications qu'il nous est impossible de donner en ce moment. Nous persistons à engager M. le docteur Maheux, afin d'arriver à la réalisation de son généreux projet d'une manière qui satisfasse tout le monde, à prier M. le doyen de la Faculté de médecine, qui certes ne refusera pas son concours, de convoquer le corps médical de Paris dans le grand amphithéâtre de l'École, à l'effet de désigner une commission d'exécution.

— Le 25 juin courant, la distribution annuelle des prix aux élèves sages-femmes de l'École d'accouchement de Paris a eu lieu, dans l'une des salles de l'établissement, sous la présidence de M. Davenne, directeur de l'administration générale de l'assistance publique.

M. le président a ouvert la séance par une allocution dans laquelle il a d'abord félicité les élèves du concours qui venait de finir, qui fera époque, a-t-il dit, dans les annales de l'École, et dont les résultats, si bien appréciés par leurs éminens professeurs, attestent une tendance et des progrès qui promettent à nos populations rurales que désormais les secours éclairés et dévoués de l'obstétrique ne leur feront plus défaut, et assurent à toutes les familles des sages-femmes honnêtes en même temps qu'habiles. « Car, a dit encore M. le président, des mœurs irréprochables, jointes à une intacte probité, sont, pour toute sage-femme qui tient à mériter la confiance publique, inséparables de l'habileté dans son art. »

Après cette allocution, à laquelle ont constamment répondu les vives sympathies de l'auditoire, M. le docteur Delpech, médecin de l'établissement, a pris la parole au nom du jury d'examen.

Dans son discours, qui n'a cessé de captiver l'attention, l'honorable docteur a commencé par joindre ses félicitations à celles de M. le président, et proclamé que dans les épreuves auxquelles les élèves avaient été soumises, aucune n'avait démérité; loin de là, elles avaient toutes été jugées dignes d'obtenir le diplôme, objet de leurs désirs et de leurs efforts. Il a constaté aussi avec bonheur que le niveau des études se tenait toujours à la même hauteur, et que les bonnes traditions continuaient à se perpétuer. Puis, après quelques conseils sur la meilleure manière de mettre à profit les enseignemens qu'elles avaient reçus, M. Delpech a entretenu les élèves des devoirs de la profession qu'elles allaient exercer, des services qu'elles seraient journellement appelées à rendre à la société. Il a terminé en insistant sur ce qu'il y a de noble et d'élevé dans la mission qui leur était confiée, et en les exhortant, si, ce qu'à Dieu ne plaise, au milieu des épreuves qui parfois les attendaient, elles se sentaient entraînées dans une voie où ne devrait pas les suivre l'approbation de leur conscience, à se rappeler cette devise qui devait toujours être la leur : « Fais ce que dois. »

Mlle Rességuier, dont M. le directeur avait signalé les remarquables succès dans les concours, est venue ensuite, au nom de ses compagnes, remercier et l'administration et leurs maîtres de leur avoir enseigné à marcher droit et ferme dans ce monde où les attendaient tant de devoirs à remplir et tant d'obstacles à surmonter. Elle a donné l'assurance que, grâce aux leçons et aux exemples qu'elles avaient reçus dans cette maison qu'elles allaient quitter, et dont elles garderaient un souvenir précieux et reconnaissant, elles se montreraient toujours et partout les dignes émules de leurs devancières, les dignes élèves de l'École d'accouchement de Paris.

Puis, M. le président a procédé à la distribution des récompenses aux élèves dont les noms ont été proclamés par le directeur de l'établissement.

Le premier prix d'accouchement, consistant en une médaille d'or, a été décerné à Mlle Rességuier (E.-L.), élève aux frais du département de Seine-et-Oise, qui a obtenu, en outre, cinq autres prix.

Les élèves qui ont été le plus souvent nommées après Mlle Rességuier, sont :

Mme Auboire, élève aux frais du département de l'Allier; Collin, élève aux frais du même département; Bregère, élève à ses frais; Bernhard, élève à ses frais; Meyruet, élève aux frais du département de l'Ardèche; Guillaume, élève à ses frais.

A la suite de cette distribution, M. le président a fait la remise à chacune des élèves sortantes d'un diplôme de sage-femme. — (*Moniteur.*)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

(1) Voyez pour les détails de cette observation l'Union Médicale du 27 mai 1856, où elle a été publiée par l'auteur après sa lecture à la Société médicale des hôpitaux.

Tome X. — N° 79. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 1er Juillet 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Consultation sur un cas de pied-bot varus double chez un enfant nouveau-né. — II. Clinique médicale (M. Trousseau) : Des pertes séminales et de leur rapport avec l'impuissance et quelques autres affections. — III. Physiologie pathologique : Résumé d'un mémoire sur l'albuminurie. — IV. Revue générale : Fait nouveau relatif au phénomène de la glycogénie. — Nouveau bandage herniaire. — Traitement palliatif des fistules vésico-vaginales. — Formules de collodion caustique. — V. Académies et sociétés savantes. *Société médicale de Constantinople* : Suite de la discussion sur le typhus. — VI. Rapport à l'Empereur, concernant un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire. — VII. Feuilleton : Coup d'œil historique et critique sur la médecine et la chirurgie françaises au XIXe siècle. — VIII. Courrier.

CONSULTATION

SUR UN CAS DE PIED-BOT VARUS DOUBLE CHEZ UN ENFANT NOUVEAU-NÉ.

Monsieur et honoré confrère,

Vous avez donné vos conseils à plusieurs de vos abonnés sur des questions embarrassantes : je viens vous prier d'être assez bon pour agir de la même manière à mon égard. Voici ce dont il s'agit : Une jeune dame de mes clientes, primipare, est accouchée, il y a huit jours, d'un enfant fort et bien portant, mais atteint d'un pied-bot double. Chaque pied est porté en dedans. Le côté interne du pied est relevé considérablement. Cependant, à l'aide de pressions et de manœuvres, on peut redresser les deux pieds, qui alors ne semblent plus difformes. Lorsque l'on cesse la compression les pieds reprennent leur position première.

Faut-il dès à présent essayer des bandages appropriés ou bien opérer la section des tendons? Faut-il, au contraire, attendre un âge plus avancé? Et, dans le cas où vous jugeriez convenable d'agir, soyez assez bon pour m'indiquer ceux de nos confrères qui se livrent de préférence à ce genre d'opérations.

Veuillez, je vous prie, recevoir à l'avance mes remercîments et l'expression de mon respect.

Dr G. BRUGIÈRE DE LAMOTTE.

Montluçon, le 7 Juin 1856.

M. le docteur Brugière de Lamotte nous a demandé notre avis sur ce qu'il conviendrait de faire à un enfant nouveau-né, affecté d'un double pied-bot varus, qu'il décrit en ces termes : « Chaque pied est porté en dedans, le côté interne du pied est relevé considérablement. Cependant, à l'aide de pressions et de manœuvres, on peut redresser les deux pieds, qui alors ne semblent plus difformes ; lorsque l'on cesse la compression, les pieds reprennent leur position première. »

D'après cette description, le pied-bot varus ne semble pas porté à son plus haut degré, il ne paraît pas compliqué de pied équin, ni de flexion des orteils ; et en nous en rapportant à ce qui a lieu en pareil cas, il y aurait simplement renversement de la partie antérieure des pieds par suite d'un mouvement de rotation du scaphoïde sur l'astragale ; en un mot, la maladie serait aussi simple que possible.

Nous n'avons pas trouvé, dans la lettre du docteur Brugière de Lamotte, de renseignements sur l'état des muscles et sur l'état probable des surfaces articulaires. Mais d'après l'âge du malade, et surtout d'après la facilité avec laquelle on ramène les pieds à leur direction normale, il est très vraisemblable que les articulations ne sont pas déformées, ou le sont assez peu pour reprendre facilement leur disposition naturelle, et que les muscles n'ont subi aucune altération de tissus, qu'ils ne présentent même pas de contracture sensible.

Dans cet état, les parties nous paraissent offrir les plus grandes chances de guérison par un traitement convenable.

Nous pensons que l'on ne doit pas, quant à présent, recourir à la ténotomie ; à part les raisons générales qui engagent à ne pratiquer sur des enfants aussi jeunes que les opérations que l'on ne peut pas remettre, il nous semble qu'il y a trop de chances de guérison par d'autres moyens, pour qu'on y renonce sans les avoir essayés. En supposant même que ces moyens échouent, il sera toujours temps d'opérer, et nous serions d'avis d'attendre le moment où l'enfant pourra commencer à marcher, et où le poids du corps tendrait à exagérer la déviation des pieds.

Nous conseillons donc de ramener les pieds à leur direction normale, et même de les porter légèrement en dehors, s'il est possible, puis de les maintenir dans cette position au moyen d'appareils convenables. On pourrait employer dans ce but des appareils mécaniques, mais ils auraient l'inconvénient de fatiguer les parties si délicates à cet âge, par des pressions que l'on ne pourrait pas faire varier de places ; il vaudrait donc mieux employer des bandages appropriés. Dans un cas analogue, nous avons placé en dehors de la jambe une attelle fixée comme l'atte le tibiale de Dupuytren, qui nous a servi à ramener le pied en dehors au moyen de tours de bande. Dans ce cas, les bandes de caoutchouc vulcanisé ont le grand avantage de produire une pression continue, pourvu qu'on ait soin de les serrer très peu.

On pourrait encore, à l'exemple de M. Nélaton, appliquer sur le côté du membre maintenu en position, des compresses imprégnées de plâtre, qui, en se durcissant, forment une gouttière dans laquelle on fixe, au moyen de bandes, la jambe et le pied, préalablement garnis de coton.

Notre confrère, du reste, trouvera facilement des bandages qui remplissent les indications ; nous ajouterons seulement que le traitement devant se prolonger, il sera bon de les varier, afin de changer, les points qui auront à supporter des pressions.

Adopté par le Comité de rédaction de l'Union Médicale.

Dr Desormeaux,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

CLINIQUE MÉDICALE.

DES PERTES SÉMINALES ET DE LEUR RAPPORT AVEC L'IMPUISSANCE ET QUELQUES AUTRES AFFECTIONS ;

Par M. Trousseau.

(La version que nous publions des leçons faites par M. Trousseau sur ce sujet a été revue par lui et peut donc être considérée comme l'expression des opinions du professeur.

Note du rédacteur en chef.)

On entend par pertes séminales des écoulements de semence qui ont lieu ou sans aucune provocation érotique ou sans provocation érotique *suffisante*. Ainsi, comme exemple, un individu a dans le gros intestin un bol excrémentitiel très volumineux, et fait des efforts très considérables pour le chasser au dehors et triompher de la résistance du sphincter. Le bol vient presser sur la prostate, sur les vésicules séminales ; la résistance du canal éjaculateur se trouve vaincue, et la semence se répand dans le canal de l'urètre en même temps que le bol excrémentitiel franchit le sphincter de l'anus. C'est là une perte séminale sans provocation érotique et produite par la pression sur les vésicules séminales ; tandis que dans l'état normal, même chez des hommes qui ont une constipation notable et sont contraints de faire de très grands efforts pour la vaincre, la semence ne s'échappe pas, la résistance, l'élasticité organique des canaux éjaculateurs étant suffisante pour résister à la pression du bol excrémentitiel.

Dans d'autres circonstances, un homme perd continuellement sa semence sans avoir fait d'effort ; chaque fois qu'il urine, soit avec le premier jet, soit avec le dernier, il voit sortir un liquide visqueux dans lequel le microscope permet de reconnaître des zoospermes, ou bien dans lequel l'odorat seul peut retrouver l'odeur spécifique du sperme. C'est là un autre exemple de flux séminal sans provocation érotique.

Voyons pour les pertes sans provocations érotiques suffisantes.

Pour que l'éjaculation ait lieu, il faut, dans l'état normal, des actes qui durent un certain temps ; les désirs, si vifs qu'ils soient, n'amènent pas l'éjaculation, même chez des personnes continentes ; si donc, le contact d'une femme, sa présence, certaines caresses lascives, suffisent pour provoquer l'éjaculation, celle-ci doit être

Feuilleton.

COUP D'ŒIL HISTORIQUE ET CRITIQUE SUR LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE FRANÇAISES AU XIXme SIÈCLE (1) ;

Par le docteur Michéa.

Sommaire. — Histoire de la médecine dans ses rapports avec l'histoire de la philosophie et celle du progrès des sciences naturelles. — Ce qu'étaient ces dernières et leurs méthodes, à la fin du XVIIIe siècle. — Année 1800. — Anatomie et physiologie. — Bichat, sa personne.

Les sciences naturelles se développent sans interruption dans le temps et dans l'espace ; elles ont la continuité pour loi de leurs progrès comme toutes les autres productions de l'intelligence humaine. Les faits, les idées, les découvertes, les doctrines se distribuent dans leur histoire de la même manière que les événements dans celle des nations. Aux phases de mouvement succèdent des périodes de somnolence. Le progrès n'obéit pas aux impulsions d'une force régulière, il s'effectue un peu à l'aventure, d'une façon capricieuse, par bonds et par sauts, pareil à un flambeau qui, sans jamais s'éteindre, tantôt augmente et tantôt ralentit son éclat. Parfois la nature semble si prodigue de grands hommes qu'une foule de découvertes surgissent presque en même temps, et d'autres fois elle en paraît si avare que de longs intervalles s'écoulent où l'esprit humain reste comme stationnaire.

L'histoire de la médecine n'est pas sans une certaine relation avec celle de la philosophie. Elles semblent souvent marcher toutes deux côte à côte. Les faits et les idées dont elles s'occupent, chacune dans sa sphère, coïncident presque toujours dans leur faveur ou dans leur disgrâce, dans leur triomphe ou dans leur chute. En matière de systèmes, la philosophie a bien des fois servi de guide et de modèle à la médecine. Chez les Grecs, dans l'école de Cos, Thessalus, Dracon et Polybe firent des emprunts considérables aux théories de Platon. L'empirisme de Philinus et de Sérapion dérive en ligne directe du scepticisme de Pyrrhon. A Rome, Asclépiade de Bithynie calque sa doctrine sur celle d'Épicure. Chez les modernes, Locke inspire Boerhaave et Frédéric Hoffmann, comme Stahl et Barthez reflètent Descartes.

Loin d'être nuisibles à l'évolution des produits de l'intelligence, les époques de guerre civile, de révolution ou de conquêtes peuvent lui imprimer une activité plus grande et plus féconde. Durant ces époques, s'il y a plus d'élévation dans l'éloquence, plus d'originalité dans les arts ou la poésie, il y a aussi plus de progrès, des progrès plus saillants dans les sciences. Aristote était le contemporain du plus grand conquérant de l'antiquité ; Galien vivait sous Marc-Aurèle, le vainqueur des Marcomans, des Iaziges et des Quades ; Harvey expérimentait en pleine guerre civile, pendant qu'il suivait Charles Ier dans sa fuite, pendant qu'à Londres sa maison et ses manuscrits se trouvaient livrés au pillage.

En reconstruisant l'enseignement de la médecine, la Convention nationale lui avait donné un caractère de force et de grandeur admirablement propre à en élargir les destinées. Non seulement la réunion des médecins et des chirurgiens en un seul et même ordre avait mis un terme aux vaines disputes de prééminence ; mais l'étude de l'anatomie rendue obligatoire pour les médecins (dans l'ancien régime elle ne l'était que pour les chirurgiens), les chaires de chimie, de physique, d'histoire naturelle créées dans les écoles de santé, avaient de plus ouvert à la médecine des chemins tout nouveaux.

Le progrès en physiologie normale et pathologique est toujours en raison directe de l'avancement des autres sciences naturelles, du nombre, de la délicatesse et de la précision de leurs méthodes. Les anciens, qui ne disposaient pas des moyens d'investigation fournis par la physique, la chimie et l'anatomie humaine, puisque ces sciences n'existaient pas chez eux, avaient, en fait de méthodes positives et non spéculatives, un horizon très borné. L'anatomie des mammifères les plus rapprochés de l'homme, voilà parmi les sciences accessoires la seule lumière qui servait à éclairer les doctrines, car il n'est pas permis de qualifier de méthode particulière les linéaments de physiologie expérimentale qu'on trouve signalés dans les œuvres de Galien.

Mais à partir de la Renaissance, on avait vu surgir successivement des méthodes et des instruments dont l'antiquité ne se formait aucune idée. Indépendamment de l'anatomie humaine mise, pour ainsi dire, au monde par Vésale au XVIme siècle, la méthode des vivisections avait été inventée dans la première moitié du XVIIme, et, dans la seconde moitié du même siècle, à cette méthode étaient venus s'ajouter le microscope, popularisé par Malpighi, Swammerdam, Leuwenhoeck, et l'anatomie comparée, science toute française, dont Claude Perrault et Duverney furent les premiers partisans. Enfin, au XVIIIme, Ruysch avait poussé au dernier degré de perfection la méthode de l'injection des vaisseaux, tandis que Morgagni constituait l'anatomie pathologique qui n'était qu'à l'état d'embryon à la fin du siècle précédent, du temps de Théophile Bonnet.

Les dernières années du XVIIIme siècle avaient été aussi mémorables dans le domaine des sciences naturelles que dans l'ordre des faits civils et politiques. Sans parler des découvertes dont la gloire est étrangère à notre patrie, du galvanisme qui avait fait son apparition dans la Péninsule Italique en 1791, et de la vaccine qui prit naissance en 1798 au delà de la Manche, chez nous, pendant que la plus grande révolution qui ait eu lieu dans le monde depuis la chute de l'empire romain, se produisait, pendant qu'on y décrétait l'abolition des priviléges, l'égalité devant la loi, la liberté religieuse, etc., Lavoisier, l'année même où tombait la Bastille, avait créé la chimie.

ANNÉE 1800.

Anatomie et physiologie. — Au moment où le XIXme siècle s'ouvrait, si l'anatomie descriptive était déjà une science presque finie, il n'en était pas de même des autres méthodes et des autres sciences qui, loin d'avoir épuisé leurs destinées, ne demandaient qu'à trouver l'emploi de leur sève pleine de richesse et d'abondance.

Dans l'année où le premier consul gagnait la bataille de Marengo, Kléber celle d'Héliopolis et Moreau celle de Hohenlinden (an VIII de la République), alors que Georges Cuvier publiait son *Anatomie comparée*, l'anatomie humaine et la physiologie subissaient une des plus grandes révolutions qu'elles eussent jamais éprouvées : Bichat mettait au jour son *Traité des membranes* et ses *Recherches sur la vie et la mort*.

(1) Quoique ce travail doive former un volume que l'éditeur destine à prendre rang dans la bibliothèque des médecins et des étudiants, l'auteur s'est réservé le droit de le publier préalablement tout entier dans un journal de médecine.

considérée comme une perte, parce qu'il n'y a pas eu là provocation érotique ***suffisante*** par l'intromission du pénis ou par des attouchements équivalents, au point de vue de l'excitation physique.

Un homme qui est resté pendant longtemps éloigné du commerce des femmes peut avoir des rêves pendant la nuit, et des éjaculations sans qu'il y ait aucune action physique exercée sur les organes génitaux; ici, l'éréthisme nerveux et l'imagination pendant le sommeil ont tout fait; ce qui nous porte à voir là une perte séminale sans excitation érotique suffisante. Que ces phénomènes se répètent rarement chez des hommes jeunes, chez des personnes continentes, tous les mois, tous les deux mois, il n'y a pas d'état maladif, mais c'en est un réel s'ils reviennent plusieurs fois par semaine, plusieurs fois par nuit, avec ou sans rêves érotiques.

Dans d'autres cas, un homme est près d'une femme : l'érection a lieu, et s'il veut introduire le pénis, l'éjaculation se produit avant que le rapprochement sexuel ait eu lieu complétement, et l'érection cesse aussitôt; c'est encore là une perte séminale involontaire dans l'acception rigoureuse et médicale du mot, parce qu'il n'y a pas eu provocation érotique ***suffisante***. L'intromission du pénis doit avoir lieu et durer un certain temps dans l'acte régulier, et toutes les fois que ces conditions n'ont pas lieu, il existe un état maladif, et, en même temps, il survient des pertes tout à fait involontaires.

Quelles sont les conséquences de ces pertes?

M. le professeur Lallemand, bien qu'ayant exagéré les conséquences des pertes, a néanmoins appelé, plus que personne, l'attention des médecins sur les accidents qui en résultent, et contribué à répandre les notions relatives aux maladies qui en sont la suite, telles que les névroses, les névropathies, les vésanies.

Vous connaissez tous l'aphorisme : ***omne animal per coitum triste;*** ce qui veut dire qu'après cet acte il existe de la fatigue, de l'abattement, et, s'il a été répété, le corps est affaibli, en même temps que les facultés morales fléchissent, et l'esprit jouit d'une énergie moins vive qu'auparavant. Une autre conséquence immédiate de l'éjaculation, c'est la cessation de l'érection, qui dure pendant un temps plus ou moins long, et constitue, quand il existe, ce que l'on a appelé la ***frigidité*** relative et passagère; mais, de là à une frigidité continue, ou à l'impuissance, ce qui est la même chose, il n'y a qu'un pas, et si les pertes séminales ont lieu d'une manière très fréquente, elles vont infailliblement amener cet état, alors même qu'elles n'auront pas été accompagnées du spasme cynique : on a, en effet, suivant nous, donné beaucoup trop d'importance au spasme cynique comme la cause de la frigidité qui suit l'acte vénérien. Je vais en citer un exemple.

Le spasme cynique est chez la femme tout aussi énergique, quelquefois plus énergique que chez l'homme, et cependant la femme peut être apte à recommencer l'acte vénérien et à l'accomplir d'une manière absolue, c'est-à-dire à éprouver le spasme cynique un nombre de fois très grand, et quelquefois illimité. Ce spasme n'est donc pas la cause principale d'épuisement, bien qu'il y contribue dans une certaine mesure, et ce n'est pas à lui, mais bien à la perte de la semence elle-même que doit être rapportée la frigidité. Aussi ne devons-nous pas être surpris de la voir survenir chez les hommes qui ont des pertes séminales fréquentes sans aucune espèce d'excitation.

De la frigidité à l'infécondité il semble qu'il n'y ait qu'un pas, il y a pourtant une immense distance. Au commencement du règne de Louis XIV une grande dame accusait son mari d'impuissance. Le congrès (***congressus judicius***) fut ordonné suivant les usages du temps. Les matrones déclarèrent l'époux incapable, et le divorce fut prononcé. Il se remaria et eut sept enfants. C'est qu'un individu impuissant peut être beaucoup plus fécond qu'il ne le voudrait. Il suffit qu'il y a des animalcules dans le sperme et introduction du pénis même dans l'état de flaccidité, pour que la fécondation ait lieu. Tandis que ceux qui ont le plus d'aptitude vénérienne, précisément parce qu'ils produisent chez la femme une excitation qui est peut-être un peu trop grande, n'ont souvent pas autant d'enfans que d'autres qui sont très peu puissans.

A la suite des pertes séminales involontaires, viennent les douleurs de tête avec vertige, un affaiblissement notable de la vue, de l'hypochondrie, et, dans un certain nombre de cas, les malades finissent par avoir des vésanies, c'est-à-dire des mélancolies hypochondriaques. Chez les mêmes individus surviennent quelquefois des paralysies, sans que l'autopsie en montre la cause dans les centres nerveux. En un mot, chez ceux qui ont des pertes séminales régulières, tous les troubles nerveux peuvent survenir, mais moins souvent, je le répète, que ne l'a dit Lallemand.

Afin d'arriver à une thérapeutique rationnelle de la spermatorrhée, nous allons d'abord en examiner le mécanisme.

Lorsqu'on se demande quel est l'organe sécréteur du sperme, il semble qu'il n'y ait pas deux réponses, et que tout le monde dise : c'est le testicule. Eh bien, non, ce n'est pas le testicule : dans le testicule se forment les spermatozoaires; mais le liquide dans lequel ils nagent est surtout sécrété par les glandes du canal déférent, par celles surtout des vésicules séminales, sans parler des lacunes de la prostate et des glandes de Cowper qui apportent aussi leur contingent. Si vous appliquez deux ligatures sur le canal déférent d'un bélier, et que vous coupiez ce conduit entre les deux points liés, la glande se trouvera bien isolée, et le produit de la sécrétion testiculaire n'a plus d'issue; cependant l'animal ne perd rien de sa salacité, et l'éjaculation reste, à peu de chose près, aussi abondante. Chez des individus qui ont eu ce que l'on appelle des orchites, il y a inflammation de l'épididyme, suivie souvent d'induration, et les canaux, qui sont les racines du canal déférent, peuvent s'oblitérer à tout jamais. Dans ces conditions, les désirs vénériens, l'aptitude restent les mêmes que par le passé; l'éjaculation se produit presque aussi complète et aussi abondante; seulement les individus sont inféconds, parce que dans le sperme éjaculé ne se retrouvent pas de zoospermes.

Les beaux travaux de M. Gosselin ont singulièrement éclairé cette question. Il a montré que, bien souvent, à la suite d'une double inflammation de l'épididyme, celui-ci restait induré, s'oblitérait, et toute communication se trouvait interrompue entre le testicule et le canal déférent. Vous voyez tout de suite pourquoi certains hommes jeunes, très solides, très vigoureux, sont parfaitement inféconds malgré leur puissance; c'est qu'ils ont eu dans leur jeunesse une double chaude-pisse tombée dans les bourses; vous les interrogez, vous touchez les bourses et vous y trouvez deux épididymes indurés.

Il semblerait que toute communication du testicule avec les vésicules étant interrompue, l'homme doit être un castrat. Ne vous y trompez pas. Le vieillard qui touche à la centaine et qui, depuis trente ou quarante ans, n'a eu ni érection ni éjaculation, conserve la barbe de l'homme, la voie grave et les formes anguleuses du mâle. Que si à cette époque on est obligé de lui pratiquer une double castration, bien que l'organe n'ait pas donné signe d'énergie depuis longues années, la barbe tombe ainsi que les poils qui recouvrent les membres, la voix prend le caractère sibilant de celle d'une vieille femme, les chairs deviennent molles et flasques; et ce testicule, inutile en apparence, sert encore à quelque chose, c'est à marquer la virilité.

L'influence de la conservation du testicule dans l'économie, bien qu'il ne puisse servir à la reproduction, est merveilleusement démontrée par cette expérience ancienne qui, naguère encore, a été répétée en Allemagne, avec un soin tout particulier et en s'entourant des circonstances les plus propres à en faire connaître la portée.

En arrachant les deux testicules d'un jeune coq et en les replaçant immédiatement dans la cavité abdominale, ils se greffent sur le péritoine, et, bien qu'ils soient séparés des organes de la génération, le jeune animal continue à croître avec les attributs du mâle. Ses ergots s'allongent, sa crête se développe, sa voix prend de l'éclat; et il reste le sultan de la basse-cour; il en exerce tous les droits avec la même fierté et la même énergie, seulement il n'a pas de postérité. Tandis que ses jeunes frères, dont les testicules ont été arrachés sans être remis dans le ventre, ont les formes, la voix, le caractère que nous connaissons aux chapons, et engraissant paisibles, sans désirs ni passions.

Lorsque nous avons une stomatite, les glandes salivaires, en même temps que les glandes propres à la membrane muqueuse buccale sécrètent très abondamment. Dans les irritations du col de la vessie, les glandes rénales, qui sont loin de là, sécrètent plus abondamment, on urine plus souvent et davantage. Dans beaucoup d'irritations de l'estomac et du duodénum ou de l'intestin grêle, les sécrétions du foie et du pancréas s'augmentent en même temps que celles de l'intestin; dans les irritations de la membrane muqueuse oculaire, il y a un écoulement abondant de larmes.

Vous comprenez cela de reste; ce sont des faits qui vous frappent. Eh bien, quand il existe une irritation du ***verumontanum***, de la membrane muqueuse prostatique et des conduits éjaculateurs, le même phénomène se produit, et il se fait dans l'appareil des glandes séminales une sécrétion exagérée, et il en résulte un flux de liquide spermatique très abondant. Telle est la théorie de M. Lallemand, qui pensait que les pertes séminales involontaires existaient presque toujours sous l'influence de l'irritation sub-aiguë ou chronique de la membrane muqueuse du ***verumontanum*** et des parties environnantes.

Des pertes involontaires peuvent avoir lieu sous l'influence d'une excitation spasmodique. Chez des enfants qui ont des incontinences nocturnes d'urine, on constate un fait qui a été signalé souvent par M. Bretonneau et par nous, c'est que le jet d'urine a plus de force, et pour user d'un terme vulgaire très expressif, ils pissent plus raide; ce qui revient à dire que la contractilité de la vessie est chez eux plus grande ordinairement que chez les autres enfants. Ils ont une incontinence d'urine; mais, chose curieuse! ils retiennent aussi facilement leurs urines que les autres pendant le jour. Que se passe-t-il donc? Il y a vers la vessie un éréthisme particulier analogue à celui qui se passe en même temps vers les organes génitaux; car si vous soulevez la couverture de ces enfants, vous les trouvez toujours en érection; il y a, permettez-moi l'expression, une érection du muscle vésical qui se contracte sur l'urine; et n'allez pas croire que l'incontinence ait lieu par l'accumulation de l'urine dans la vessie; pas le moins du monde : cette incontinence est un fait des premiers temps de la nuit, bien que vous ayez pris la précaution de faire pisser l'enfant avant de le coucher, ***deux***, trois heures après, et non pas huit ou dix, il a pissé au lit.

La même chose peut avoir lieu dans les vésicules séminales aux premiers temps du sommeil, car c'est en ces instants qu'ont lieu ordinairement les pertes séminales; l'individu éprouve dans les

---

En 1800, Xavier Bichat avait 28 ans. Né dans le département de l'Ain, qui faisait alors partie de la province de Bresse, à Thoirette; fils d'un médecin de cette petite localité, il avait été élevé successivement au collége de Nantua et au séminaire de Lyon. Il avait commencé dans cette dernière ville, en 1791, sous Marc-Antoine Petit, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, ses premières études médicales ou plutôt anatomiques; mais en 1793, après les horreurs du siége de Lyon, l'Hôtel-Dieu de cette ville ayant été incendié, il était venu à Paris, inclinant vers la chirurgie militaire, moins dangereuse à exercer alors que la chirurgie civile.

Tout enfant, dès l'âge de 7 à 8 ans, il avait manifesté beaucoup de disposition pour l'étude de l'anatomie. Il se plaisait à disséquer des chiens, des chats sous les yeux de son père; et un peu plus tard, quand il allait à la chasse ou à la pêche, son but principal était d'avoir d'autres animaux à ouvrir.

Il y avait alors dans la capitale un chirurgien d'une grande réputation, qui professait à l'Hôtel-Dieu, et dont le génie un peu inculte se révélait dans le front découvert, le maintien noble, les gestes animés, la diction expressive. Ce chirurgien, d'un caractère emporté, d'un ton brusque avec les élèves et les malades, insensible et rude à la surface, mais obligeant, juste, généreux au fond, esclave surtout de ses devoirs à l'hôpital et envers ses amis, c'était Desault qui avait beaucoup d'ennemis parmi ses confrères et quatre cents auditeurs chaque jour à son amphithéâtre. Objet de la haine de Chaumette qui cherchait depuis longtemps à se venger, dénoncé deux fois par lui à la municipalité qu'il dirigeait, sous le prétexte mensonger d'avoir refusé ses soins aux blessés du 10 août; arrêté le 28 mai, à dix heures du matin, à l'Hôtel-Dieu, en plein amphithéâtre; conduit par ordre du tribunal révolutionnaire dans les prisons du Luxembourg, Desault venait d'être relâché et commençait à reprendre ses leçons publiques quand Bichat alla se mêler en inconnu à la foule de ses auditeurs. Décidé à pratiquer son art aux armées, mais voulant perfectionner son éducation chirurgicale à l'école de Desault, Bichat, qui ne se doutait point des grandes qualités dont il portait le germe, avait changé de résolution, lorsque le 9 thermidor vint mettre un terme à la loi de sang qui décimait la France. Espérant plus de tranquillité pour la science et plus d'encouragement pour le travail, il avait commencé à sentir ses forces et à deviner leurs destinées. Une circonstance fortuite était venue le tirer tout à coup de la route obscure qu'il suivait et mettre en évidence les dons brillants qu'il avait en partage.

Il était d'usage dans l'enseignement de Desault, la première école de clinique externe qui ait existé en France et la mieux combinée qu'il y avait en Europe pour faire d'excellents praticiens, que les élèves se chargeassent de recueillir chacun à son tour la leçon du maître, et la rédigeassent sous forme d'extrait. On lisait cet extrait le lendemain après la leçon du jour, en présence du chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu. Un jour que Desault avait disserté sur la fracture de la clavicule et démontré l'utilité de son bandage, l'étudiant qui devait résumer la leçon se trouva absent. Bichat s'étant offert pour le remplacer, le chirurgien en second, Manoury, qui devait périr phthisique à 29 ans, et précéder son maître et son ami dans la tombe, Manoury fut frappé de la clarté, de la précision, de l'exactitude scrupuleuse du résumé fait par Bichat. Il s'empressa en conséquence de parler de cet élève à Desault qui, à son tour, devint impatient de le connaître. Dès le premier entretien particulier, Desault sut de suite à quoi s'en tenir sur la valeur de Bichat. A dater de ce moment, il l'avait pris en affection, se plaisant à le voir souvent à ses côtés, sous son toit, au milieu de ses amis et des membres de sa famille, et ayant même fini par lui offrir la table et le logement, en un mot, par le traiter en fils.

Plein de reconnaissance, animé d'un dévouement sans bornes, Bichat, pour acquitter sa dette de cœur, faisait les pansements de son maître à l'Hôtel-Dieu, voyait ses malades en ville, répondait aux nombreuses consultations qui affluaient de tous les points de la France, lisait les auteurs de chirurgie et préparait les matériaux d'érudition nécessaires pour ses cours.

Soit intuition des limites de l'esprit humain qui ne réussit guère en s'éparpillant, soit calcul pour garder l'amitié de Desault et prévenir entre eux tout prétexte de rivalité, Bichat avait cessé peu à peu de faire de la chirurgie l'objet spécial de ses recherches. C'était un moyen de flatter Desault qui, mécontent de n'avoir pas été consulté par le Comité d'instruction publique sur le plan introduit dans les études de l'École de santé, blâmait ouvertement l'esprit encyclopédique, et soutenait avec chaleur qu'unir, pratiquement parlant, la médecine et la chirurgie, c'était mettre l'homme de l'art en demeure de ne bien exercer ni l'une ni l'autre.

Après la mort de Desault, la belle conduite de Bichat ne s'était point démentie. Non seulement il s'était fait l'appui de la veuve et du fils de l'homme qui l'avait traité en père, mais il avait voulu encore contribuer de sa plume à consolider et à perpétuer la gloire chirurgicale de son maître. Dans ce but, il avait terminé le quatrième volume du *Journal de chirurgie* du célèbre professeur de l'Hôtel-Dieu, puis, dans quatre volumes intitulés : *Œuvres chirurgicales de Desault*, il avait recueilli, exposé et commenté les doctrines de son maître, qui, sans lui, auraient sans doute été perdues pour la postérité, car Desault, entièrement étranger au travail de cabinet, n'avait jamais rien écrit, sa thèse à part, qu'un mémoire lu à l'Académie de chirurgie,

Quoique Bichat eût publié dans le *Recueil de la Société médicale d'Émulation*, dont il était un des fondateurs, plusieurs mémoires empreints d'un cachet tout individuel, rien jusqu'alors ne faisait entrevoir chez lui un esprit éminent, une intelligence destinée à frayer de nouveaux chemins à la science. Cependant, pour tout lecteur attentif et quelque peu perspicace, deux écrits publiés dans le même recueil, le *Mémoire sur la membrane synoviale des articulations* et la *Dissertation sur les membranes et sur leurs rapports généraux d'organisation* décelaient en anatomie des horizons inattendus, et chez le jeune auteur une supériorité qui ne pouvait rester longtemps dans l'ombre.

En 1797, Bichat avait débuté dans la carrière de l'enseignement. Il avait fait d'abord un premier cours d'anatomie auquel il annexait des notions de physiologie et des expériences sur les animaux vivants. L'année suivante, peu de temps après une hémoptysie abondante occasionnée par l'exercice de la parole en public, il en avait fait un second. Mais ce ne fut qu'en 1800 que Bichat ouvrit des cours réguliers de physiologie, en y joignant des expériences sur les animaux.

(*La suite à un prochain numéro.*)

vésicules ce que l'enfant éprouve dans la vessie; elles se contractent à l'insu du malade, et chassent au dehors leur contenu. C'est là un autre mécanisme de la perte séminale.

Enfin, il y a une troisième forme analogue à l'incontinence diurne d'urine. Il y a des enfants et des adultes qui ne peuvent retenir leurs urines ni le jour ni la nuit, elles s'échappent constamment en bavant; la vessie et le sphincter sont inertes. Il se passe dans les vésicules séminales et les vaisseaux éjaculateurs exactement la même chose. Il existe des vésicules, mais surtout des canaux éjaculateurs inertes, qui laissent le sperme passer et s'écouler dans la cavité du canal de l'urètre à mesure qu'il se sécrète.

Il y a donc des pertes séminales essentiellement différentes dans leurs causes, dans leur mécanisme, et nous verrons que le traitement doit singulièrement varier suivant ces circonstances.

(La suite prochainement.) Dr ARCHAMBAULT.

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE.

RÉSUMÉ DU MÉMOIRE SUR L'ALBUMINURIE

Présenté à l'Académie de médecine, dans la séance du 24 Juin 1856 (1).

La symptomatologie de l'hyperémie des reins est subordonnée à l'influence que l'albuminurie exerce sur la composition du sang.

Sous ce rapport, trois cas peuvent se présenter:

1° L'albuminurie est peu considérable, fugace, passagère, et, par conséquent, l'hyperémie dont elle est le signe se trouve dans les mêmes conditions. C'est ce qui a lieu dans beaucoup de maladies aiguës fébriles, et dans un certain nombre d'affections qui congestionnent mécaniquement les reins. Dans ce cas, aucun symptôme d'un trouble fonctionnel n'existe, et la présence de l'albumine dans les urines est le seul signe de la congestion rénale.

2° L'albuminurie est plus abondante, plus persistante, plus durable, et par conséquent elle correspond à une hyperémie qui participe à ces conditions. Mais cette quantité n'est pas assez considérable pour altérer le sang et diminuer la proportion de son albumine. C'est là le cas des maladies de Bright aiguës dites latentes et sans hydropisies. En pareille circonstance, on peut assez longtemps ne pas constater de troubles fonctionnels. Dans d'autres cas, il survient des symptômes qui peuvent se montrer à des degrés très différents d'intensité et de gravité, et qui, par leur groupement, constituent les différentes formes latentes de la maladie de Bright aiguë. Ces symptômes sont surtout la douleur lombaire, la fièvre, les vomissements et des phénomènes d'excitation nerveuse, c'est-à-dire des convulsions, l'éclampsie, la somnolence, et quelquefois le coma.

3° Enfin, l'albuminurie est en quantité assez considérable pour désalbuminiser le sérum du sang. Nous étudierons tout à l'heure les conditions de ce phénomène.

Lésions permanentes et durables des reins (maladie de Bright chronique). — Les faits qui existent dans la science et spécialement les résultats auxquels ont conduit les travaux des médecins allemands, anglais et français et les nôtres propres, *démontrent* que toute albuminurie persistante et durable est le signe d'une lésion matérielle plus ou moins profonde du tissu des reins.

Cette lésion matérielle est la lésion caractéristique de la maladie de Bright proprement dite. Elle est maintenant bien connue : on a déterminé ses caractères, sa nature, son évolution. La première altération, la plus importante peut-être, est une infiltration graisseuse des reins. Cette infiltration graisseuse augmente la capacité des cellules, atrophie leur noyau, distend leur membrane propre, qu'elle ne tarde pas à rompre et à détruire.

La deuxième altération consiste dans une infiltration albuminoïde qui s'opère simultanément dans plusieurs points des divers éléments de la substance corticale des reins. Le dépôt de matières albuminoïdes se fait d'abord dans le tissu inter-canaliculaire, plus tard dans les glomérules de Malpighi et finalement dans les *tubuli* eux-mêmes privés de leurs cellules qui ont été détruites par l'infiltration graisseuse dont elles ont été primitivement le siége.

La troisième altération est caractérisée par l'infiltration ou plutôt par le dépôt, au milieu de cette matière albuminoïde, de granulations protéiques et salines, et surtout de nombreux globules de graisse.

La quatrième modification est déterminée par l'organisation fibro-cellulaire de cette substance albuminoïde. Les éléments protéiques, salins et graisseux qui infiltrent cette dernière matière, disparaissent peu à peu, et l'aspect amorphe du tissu est remplacé insensiblement par des fibres à noyau, des fibres simples et finalement par tous les éléments du tissu conjonctif.

Toutes ces altérations correspondent à des caractères anatomiques appréciables à l'œil nu, et qui comprennent les quatrième, cinquième et sixième formes de M. Rayer.

Faire leur histoire serait faire celle de la maladie de Bright proprement dite, ce que nous n'avons pas eu l'intention d'exposer ici. Nous dirons seulement que si, dans quelques cas rares, la perte d'albumine, que de telles lésions opèrent sur les urines, n'est pas assez forte pour appauvrir le sérum du sang, et produire des hydropisies, le contraire a lieu dans l'immense majorité des cas. C'est-à-dire que l'albuminurie déterminée par des lésions permanentes et durables désalbuminise peu à peu le sérum du sang et produit partout des infiltrations et des épanchements de sérosité.

Des altérations du sang dans les diverses espèces d'albuminurie. — Tel est le titre du deuxième chapitre de notre travail. Nous cherchons à y démontrer les trois propositions suivantes, qui toutes sont appuyées sur des analyses complètes du sang, faites soit dans la maladie de Bright aiguë (hyperémie des reins), soit dans des maladies de Bright chroniques.

1° Tout passage un peu considérable de l'albumine du sang dans les urines, ou bien tout passage de ce principe immédiat persistant pendant un certain temps, *produit* nécessairement la diminution de proportion de l'albumine du sang.

2° La diminution de proportion de l'albumine du sang, bien que légère, peut déterminer l'apparition d'une hydropisie, si cette diminution s'est opérée rapidement.

3° La diminution de proportion de l'albumine du sang a besoin d'être beaucoup plus considérable pour produire des hydropisies, quand cette diminution s'est opérée lentement, que quand elle a eu lieu rapidement.

Dans 20 cas de maladie de Bright aiguë, la moyenne générale de l'albumine contenue dans 1,000 grammes de sang, est en nombre rond de 60 grammes au lieu de 70 grammes, nombre moyen. C'est donc une différence de 10/1000mes, ce qui est beaucoup et ce qui explique parfaitement la production des hydropisies, quand surtout on tient compte de la rapidité avec laquelle cette déperdition a eu lieu.

Dans 24 cas de maladie de Bright chronique, la quantité moyenne d'albumine contenue dans 1,000 grammes de sérum de sang, est de 55 en nombre rond, au lieu de 70 dans l'état normal, et de 60 dans la maladie de Bright aiguë. Cette diminution est considérable.

Quel est le mécanisme de la production des hydropisies dans ces deux séries de faits? C'est ce que nous avons étudié et ce que nous avons cherché à démontrer, en nous appuyant sur cinq ordres de faits qui sont exposés avec développement dans notre travail.

La troisième partie de notre mémoire est destinée à étudier la composition des liquides qui constituent les hydropisies dans les diverses espèces d'albuminurie.

Elle est consacrée au développement et à la démonstration de la proposition suivante :

La composition des liquides constituant les hydropisies avec *albuminurie*, est en rapport avec la composition du sérum du sang des individus qui en sont atteints.

Il résulte en effet, de nos analyses, que la composition du sérum constituant les hydropisies symptomatiques des diverses espèces d'albuminurie, diffère notablement de celle des hydropisies symptomatiques d'un obstacle à la circulation (maladies du cœur, cirrhose du foie); ce liquide, dans le premier cas, est bien moins riche en albumine et en parties solides que dans le deuxième cas. L'eau, par conséquent, y est bien plus abondante.

Sur 1,000 parties de sérosité infiltrée ou épanchée, il y a eu 15 d'albumine dans le liquide du tissu cellulaire, 16 dans le liquide de l'abdomen, et 14 dans celui des plèvres. On voit que tous ces nombres diffèrent fort peu entre eux et que les différences sont assez insignifiantes pour qu'on n'en tienne pas compte. Admettons donc 15/1000mes pour moyenne au lieu de 28/1000 dans les hydropisies symptomatiques d'obstacles mécaniques à la circulation du sang.

La quatrième et dernière partie de notre travail est consacrée à la thérapeutique. Il était, en effet, important de démontrer que les principes que nous avions établis dans cette étude des diverses espèces d'albuminurie avaient une importance pratique très sérieuse. Nous avons donc cherché à montrer l'influence que ces notions pouvaient exercer sur le traitement des maladies dans le cours desquelles survenait l'albuminurie, et quelles étaient les indications qu'elle présentait dans les cas nombreux où ce phénomène morbide constituait toute la maladie.

Cette partie ne saurait être résumée.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 26 juin 1856.

REVUE GÉNÉRALE.

FAIT NOUVEAU RELATIF AU PHÉNOMÈNE DE LA GLYCOGÉNIE.

Un chimiste d'Oleggio, M. Giovanni Righini, fait connaître le fait suivant qu'il abandonne, et que nous abandonnerons comme lui, à l'interprétation des physiologistes :

« Je prends deux individus d'une très bonne constitution physique, et je les soumets à l'usage de l'iodure de fer aloétique (*sic*), en commençant par 1 décigramme de la substance et la portant à une dose qui représenterait, par jour, 1 gramme 1/2 du métalloïde. La composition se tolère sans aucun inconvénient; au contraire, les individus acquièrent une santé des plus florissantes, ils ont bon appétit, et ne sont sujets à aucun des accidents qui accompagnent d'ordinaire les ingestions de préparation iodée; je continue ce traitement pendant deux mois.

» Durant tout ce temps, les aliments que prennent les sujets soumis à l'expérience leur semblent sucrés, même le vin amer, qui, pour eux, est toujours très doux. La salive possède la même saveur; je la goûte, elle me paraît sucrée.

» Pour m'assurer de la présence de la glycose dans la salive des individus soumis à l'expérience, j'en recueillis une certaine quantité, et j'y ajoutais un peu de levûre de bière; je plaçai le mélange dans un matras de verre muni d'un tube recourbé qui se rendait dans un autre récipient rempli d'une dissolution saturée et limpide d'hydrate de chaux, la fermentation eut lieu; il se dégagea de l'acide carbonique, lequel, en traversant la dissolution, se combina à l'hydrate de chaux, et forma un carbonate précipité sous forme de paillettes.

» Cette expérience accusait, d'une manière certaine, la présence du sucre dans la salive.

» Un tel fait semble prouver que, dans le foie et dans le système de la veine porte, sous l'influence de l'iodure de fer aloétique, et par l'action de ce corps sur les aliments en digestion dans l'estomac, il peut se produire du sucre qui, par absorption, passerait dans les glandes salivaires.

» Je soumets simplement le phénomène aux physiologistes, tel que je l'ai étudié, laissant aux savants français le soin d'en tirer des conséquences qui pourront, si je ne me trompe, éclairer les théories soutenues avec tant de talent par les maîtres de la science. — (In la *Science*, 28 juin 1856.)

NOUVEAU BANDAGE HERNIAIRE.

Sur le rapport très favorable de M. le docteur Alph. Guérin, la Société de chirurgie a donné son approbation à un nouveau bandage herniaire proposé par M. Bourjeaurd, ex-chirurgien de marine. En voici la description telle qu'elle a été présentée par M. le rapporteur :

M. Bourjeaurd a imaginé de contenir les hernies au moyen d'un appareil composé d'une ceinture faite avec des bandelettes élastiques d'un demi-pouce de largeur, cousues ensemble, formant par leur réunion un tissu parfaitement uni, fin et solide, et disposées de manière à exercer une compression exacte sur tout l'abdomen, depuis le pubis jusqu'à la pointe du sternum. La force des bandelettes varie selon les cas et les sujets. On peut l'augmenter ou la diminuer à tous les degrés. L'abdomen est ainsi comme encaissé entre les parois d'une large et solide ceinture, qui soutient parfaitement bien les viscères, et joue le rôle d'une sorte de fascia supplémentaire.

A la partie inférieure de la ceinture, et sous elle, précisément aux points correspondant aux anneaux inguinaux, sont attachées deux pelotes creuses, élastiques, recouvertes en peau de chamois. Ces pelotes, remplies d'air, exercent sur les anneaux une douce compression, qui peut être à volonté augmentée ou diminuée en changeant, au moyen d'un petit tube garni d'une vis, la quantité d'air qu'elles contiennent.

Pour obvier au relâchement qu'éprouve tout bandage lorsque le malade s'assied, M. Bourjeaurd ajoute aux pelotes un tube élastique aboutissant à un réservoir d'air qui va s'attacher au bord postérieur et inférieur de la ceinture. De cette communication résulte une pression plus grande sur l'ouverture herniaire, lorsque le malade en s'asseyant laisse reposer le poids de son corps sur la pelote inférieure.

Presque tous les membres de la Société connaissent les bas en caoutchouc de M. Bourjeaurd, dont M. Gariel a été longtemps le représentant à Paris. Le tissu des ceintures herniaires est le même; leur force et le degré de la compression qu'elles doivent exercer est calculé d'après le volume de la hernie, la largeur de l'orifice herniaire, et aussi d'après les efforts auxquels le malade doit se livrer.

Pour que la pelote appuie suffisamment sur le point qu'elle doit comprimer, une bande de toile très forte ajoute à la résistance de la ceinture dans une étendue qui correspond à la largeur de la paroi abdominale antérieure. Cette bande, espèce de demi-sangle, permet au malade de relâcher sa ceinture après un repas copieux, et de la resserrer quand il doit se livrer à un exercice pénible.

On peut encore augmenter ou diminuer la pression de la pelote par l'addition ou la soustraction d'une certaine quantité d'air. — (In *Gaz. des hôp.*, 28 juin 1856.)

FORMULES DE COLLODION CAUSTIQUE.

Pour déterminer sur une ulcération une cautérisation circonscrite, pour détruire une verrue, une petite tumeur érectile, on a quelquefois besoin d'agir profondément, quoique localement. Dans ce cas, l'effet des acides liquides est plus cathérétique que caustique, et il est, en outre, sujet à se répandre au voisinage. L'action du nitrate d'argent, plus aisément isolable, est beaucoup trop superficielle. Le collodion, additionné de sublimé, rendra alors d'utiles services. Voici comment M. Macke s'en sert :

Collodion élastique.	30 grammes.
Bichlorure de mercure.	4 —

L'application s'en fait avec un petit pinceau en poil de vache, afin de bien limiter son cercle d'action aux parties affectées. L'escharre que cet agent détermine est d'une à deux lignes; elle se détache après trois à six jours. S'il survient une trop forte inflammation, on a recours aux émollients. Jamais on n'a observé, à la suite de l'emploi de ce topique, de phénomènes d'intoxication. — (In *Bulletin de thérap.*, et *Gaz. hebdom.*, nº 26.)

TRAITEMENT PALLIATIF DES FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

Deux moyens, répondant à deux buts distincts, ont été imaginés par M. Reybard pour diminuer ou faire cesser l'incommodité qui résulte de l'incontinence d'urine.

Le premier se propose de recevoir l'urine à mesure qu'elle passe de la vessie dans le vagin. C'est un urinal composé d'une éponge, d'une vessie de baudruche ou de caoutchouc vulcanisé, d'un tube, d'une seconde vessie et d'un second tube armé d'un robinet. L'éponge est placée dans le vagin, entourée de toutes parts par la vessie supérieure, excepté en avant, au niveau de la fistule.

L'urine qui traverse celle-ci s'infiltre dans l'éponge, passe de là dans la partie déclive de la vessie vaginale et dans le tube qui la fait communiquer avec la seconde vessie, placée complétement en dehors, dans laquelle s'accumule l'urine, mais que l'on vide à volonté en ouvrant le robinet adapté à la partie inférieure du tube terminal. Un bandage en T soutient et fixe le tout.

Dans le second procédé, plus spécialement applicable aux fistules étroites, on cherche à retenir l'urine dans la vessie en fermant l'ouverture fistuleuse. C'est un obturateur composé d'abord de deux petites plaques métalliques, garnies d'éponge et recouvertes de baudruche; en second lieu, de deux fils cirés très solides. Des deux plaques, l'une vésicale, c'est-à-dire appliquée sur l'orifice fistuleux du côté de la vessie, est la plus petite, large de 5 à 6 millimètres. L'autre, large de 1 à 2 centimètres, est appliquée à l'intérieur du vagin sur l'orifice de la fistule. Ces deux plaques se rapprochent et sont tenues solidement appliquées l'une contre l'autre au moyen d'un fil fixé au centre de la plaque vésicale, traversant le centre de la plaque vaginale et pouvant être arrêté de deux manières : soit en le doublant et en nouant les deux fils sur un petit rouleau de linge; soit en faisant préalablement sur ce fil un nœud à 8 ou 9 millimètres de la plaque vaginale, puis en faisant glisser une petite plaque de caoutchouc sur le fil qui la traverse au centre. Arrivé au nœud, il suffit de presser un peu pour le faire franchir par le caoutchouc, qui alors presse sur la plaque vaginale et ne peut revenir sur lui-même à cause du nœud qui résiste. Enfin, la plaque vaginale porte, sur un point de sa circonférence, un fil qui ressort par l'urètre et permet de la retirer au dehors pour renouveler l'appareil tous les huit à dix jours.

Pour le mettre en place, une sonde élastique, portée dans la ves-

sie et dans le vagin à travers la fistule, sert à faire passer du vagin dans la vessie le fil que l'on retire au dehors de l'urètre. Ce fil est fixé au centre de la plaque vésicale; et, retiré par le vagin, il entraîne cette plaque et l'applique sur la fistule du côté de la vessie. Puis le fil ayant été passé à travers le centre de la plaque vaginale, celle-ci est poussée avec le doigt sur la place qu'elle doit occuper, et fixée comme il vient d'être expliqué. Ajoutons que, pour faire traverser l'urètre par la plaque vésicale, celle-ci, dont le volume est très petit, est logée dans l'échancrure d'une grosse sonde un peu aplatie. — (In *Gazette médicale de Lyon*, 15 juin 1856, et *Gazette hebdomadaire*, nº 26.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE.

Séance du 12 avril 1856. — Présidence de M. Baudens.

La parole est accordée à M. Valette.

M. Valette débute en rappelant que M. Cazalas a argumenté de ses expériences sur le sulfate de quinine et des observations de M. Fauvel à Choumla pour soutenir que les états morbides, actuellement observés, ne sont que des fièvres paludéennes à formes typhiques. M. Valette estime que ces faits sont insuffisants pour donner raison à l'opinion de M. Cazalas. Pour qu'une épidémie palustre existe, il faut les conditions nécessaires au dégagement des miasmes paludéens : des marais, ou la mise en culture de terrains en friche. Ni l'une ni l'autre de ces conditions n'existe en Crimée. D'ailleurs, le printemps ou la fin de l'été sont l'époque d'activité de ces miasmes. Or, en 1855 comme en 1856, les états morbides, objet de la discussion, ont eu lieu dans le cœur de l'hiver, et en 1855, ils se sont dissipés avec le printemps, résultat qui arrivera probablement encore. Il y a de bonnes raisons pour qu'il en soit ainsi : la cause de l'épidémie, c'est l'entassement forcé pendant les rigueurs de l'hiver dans un espace trop étroit. Ce que M. Cazalas a donc considéré comme fièvre d'accès, n'est autre chose très probablement que le typhus avec des exacerbations vespérienne, puisqu'au point de vue de l'étiologie on s'explique aisement l'existence du typhus, tandis qu'il est très difficile d'établir celle des fièvres paludéennes, si l'on tient compte des causes qui les produisent et des conditions de l'armée.

M. Cazalas s'est fait un autre argument, poursuit M. Valette, des heureux effets du sulfate de quinine. Mais, s'étayant de l'autorité de MM. Trousseau et Pidoux, d'après lesquels les toniques névrosthéniques ont une haute utilité dans les états morbides qui offrent les caractères de la malignité, et établissant que l'épidémie actuelle présente ces caractères, M. Valette en induit qu'il n'y a pas lieu d'inférer l'existence des fièvres paludéennes des résultats obtenus par le sulfate de quinine, et il demande s'il ne peut pas tourner contre l'opinion de M. Cazalas le fait de Choumla dont il s'est appuyé, et dire que si les préparations quiniques ont guéri la maladie, c'était parce qu'il s'agissait d'un typhus marqué au sceau de la malignité.

En opposition avec M. Cazalas, quant à la nature de l'épidémie, M. Valette est d'accord avec lui, quant au traitement. Il pense que le sulfate de quinine en doit constituer la base; que le vomitif seconde les effets du sulfate, et qu'il ne faut exclure aucun des autres moyens dirigés d'ordinaire contre ce genre d'affections, et dont l'usage doit être subordonné aux exigences de chaque cas. Seulement, M. Valette ne croit pas, comme M. Cazalas, au danger du sulfate de quinine quand il n'y a ni rémittence ni intermittence. La malignité domine, il faut donc, dans tous les cas, employer le plus puissant des névrosthéniques. Quand les forces radicales sont dans un tel état de résolution qu'elles ne peuvent pas être immédiatement influencées par le sulfate de quinine, il est besoin de recourir aux stimulants diffusibles qu'il regrette de ne pas voir figurer dans le travail de M. Cazalas. Ceux-ci montent alors les forces radicales et les rendent aptes à ressentir l'action plus lente des névrosthéniques qu'on administre simultanement. Ici, M. Valette signale trois faits où l'on avait en vain, pendant quatre jours, fait usage du sulfate. Chez deux malades, M. Valette fit précéder l'administration de ce remède par celle de l'ether. Dès le lendemain, amélioration très marquée; tandis que l'état du troisième malade, qui ne prit que le sulfate, ne subit aucune modification. Le sulfate n'a pas toujours produit, avoue M. Valette, d'aussi bons effets, mais il demande quelle médication est constamment suivie du succès.

M. Valette trouve que M. Cazalas a trop multiplié les nuances dans sa description, tandis qu'il convient, au contraire, de réunir les diverses formes de l'épidémie par les liens de l'étiologie, pour en tracer ensuite un tableau qui serve à faire reconnaître l'espèce pathologique dans ses transformations. Quant à l'assertion de M. Cazalas, que la constitution d'une entité morbide sous le nom de typhus, commode pour le médecin, est dangereuse pour le malade, M. Valette est d'un avis opposé. La chose est, au contraire, avantageuse aux malades, car ce n'est qu'en faisant bien ressortir la malignité, qui est le fond de la maladie, qu'on peut induire le praticien encore inexpérimenté, à ne pas se laisser abuser par la variabilité des formes, à reconnaître le caractère de la maladie et à la combattre par les moyens appropriés. Ce n'est pas dans l'existence de deux ou trois phénomènes qu'il faut chercher le caractère de l'épidémie actuelle; et, lorsqu'il a donné au typhus un seul symptôme pathognomonique, Hildenbrand a commis une faute de philosophie médicale. Le typhus est une pyrexie, une affection *totius substantiæ*; son diagnostic ne s'établit que par un ensemble de signes, non d'après deux ou trois symptômes.

En terminant, M. Valette exprime le vœu que la Société laisse sa trace dans la science, en éclaircissant d'une manière complète la question du typhus. Suivant lui, elle y parviendrait si elle donnait un tableau complet de l'épidémie actuelle, en présentant les caractères qui la différencient des autres typhus, et si elle réussissait à résoudre la question de l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde. Pour le premier point, il voudrait que tous portassent le contingent de leurs observations. Il croit que M. Cazalas lui-même souscrirait à ce que les états morbides qu'il a décrits, fussent englobés sous le nom commun de typhus, puisque tout ce que l'on a décrit jusqu'à présent sous ce nom a été observé dans des armées se trouvant dans des conditions analogues avec celles de l'armée de Crimée. Autrement, et en admettant dans sa rigueur l'opinion de M. Cazalas, il faudrait nier que le typhus eût jamais été décrit. M. Valette ne nie pas toutefois qu'en la comparant aux épidémies dont on possède des descriptions, l'épidémie actuelle ne présente de notables différences. Il propose, par conséquent, de la nommer typhus de Crimée, dénomination plus vraie que celle de M. Cazalas, puisque la maladie vient de cette localité et n'a pas été produite dans les hôpitaux de Constantinople. Quant à la seconde proposition, « sa solution lui paraît » devoir ressortir de celle de la première, car, sans trop préjuger de » l'opinion de ses collègues, il croit pouvoir dire d'avance que sa réponse sera « contraire aux partisans de l'identité. » Déjà, ajoute M. Valette, M. Forget a donné une solution négative. Si ses opinions sont corroborées par le travail collectif qu'il propose, la Société aura glorieusement inauguré ses travaux.

M. Fauvel, cité plusieurs fois dans la discussion, demande la parole pour une rectification. L'interprétation que l'on a donnée aux faits de Choumla n'est pas celle qu'il leur donne pour son propre compte. Récapitulant en peu de mots les caractères de l'épidémie, et faisant ressortir la circonstance que tous les malades avaient séjourné deux mois sur les bords du Danube, M. Fauvel déclare que c'est en tenant compte de tout qu'il a été conduit à conseiller le sulfate de quinine. On doit noter que la maladie ne se manifesta qu'un certain temps après que les individus qui en étaient atteints eurent été soustraits à l'influence palustre. Mais il remarque que le fait n'est pas unique dans la science. Quoi qu'il en soit, dit-il en conclusion, la maladie de Choumla n'a pas été pour lui le typhus, comme on a semblé le croire, mais une fièvre paludéenne qui, dans certains cas, présentait des symptômes typhiques avec ictère.

M. Quessot, à l'occasion de ce qui a été dit sur les causes de l'épidémie, obtient la parole pour communiquer un fait qui lui paraît digne d'intérêt. Chargé du service d'une ambulance, il a assisté à la manifestation des premiers cas considérés dans le commencement comme des cas de fièvre typhoïde. Trois médecins contractèrent la maladie, l'un d'eux succomba. Tous les infirmiers la contractèrent également. Parmi les malades, très peu furent attaqués, parce qu'on ne les laissait séjourner dans l'ambulance que deux ou trois jours. L'ambulance occupait un espace rétréci où l'on avait aggloméré les tentes. Peu de temps après, la maladie se manifesta. Il était évident qu'elle était due à l'encombrement. L'ambulance ayant été déplacée et installée dans un espace moins étroit, la maladie cessa. Plus tard, on dut augmenter le nombre des tentes. La maladie reparut. M. l'inspecteur ayant eu connaissance du fait, on changea sur ses indications l'emplacement de l'ambulance qui se trouve maintenant sur un espace beaucoup plus étendu. On peut compter que la maladie ne tardera pas à disparaître encore.

La parole est accordée à M. Bryce.

M. Bryce rappelle que le typhus règne dans les principales villes de l'Angleterre. Il a eu par conséquent l'occasion de l'observer. Il a visité les hôpitaux militaires français de Constantinople. Il a examiné avec soin les malades, et en comparant ce qu'il a vu ici avec ce qu'il a vu dans son pays, aucun doute ne s'est élevé dans son esprit : l'épidémie régnante est bien le typhus. M. Bryce s'est également trouvé dans le cas d'observer la fièvre rémittente des pays chauds. Il soutient que ce que M. Cazalas a considéré comme une fièvre rémittente ne l'est pas. Sans doute, dit-il, le typhus et la fièvre rémittente ont, dans certains cas, plus d'un trait de ressemblance, mais cette dernière n'est pas contagieuse; personne ne l'a considérée comme telle; tandis qu'au contraire, aucun médecin ne met en doute la transmissibilité du typhus bien évidente dans l'épidémie actuelle.

M. Jacquot, dit M. Bryce, a donné de l'épidémie une bonne description. Mais M. Bryce n'admet pas ses divisions, car, pour lui, il pense que quand il s'agit de typhus, il est très difficile d'englober tous les cas dans le même cadre. Les symptômes qui se présentent sont trop différents pour cela, ou plutôt les organes affectés ne le sont pas constamment ni au même degré. De là des nuances infinies, qu'il est impossible de réunir dans une même description. Le typhus a pour ainsi dire une existence indépendante de toute lésion anatomique, et c'est là ce qui le différencie essentiellement de la fièvre typhoïde. Dans l'épidémie actuelle, on n'observe aucune constance dans les lésions anatomiques. Cette circonstance est une nouvelle démonstration de sa nature. Quant au traitement, M. Bryce opine qu'on ne saurait le fixer d'avance. D'abord il n'y a pas de traitement spécifique, et comme il n'existe pas de lésions d'organes constantes, il est impossible de se prononcer sur les remèdes dont on aura à user et qui doivent varier suivant les exigences de chaque cas particulier.

M. Jacquot remarque que les opinions qu'il a exprimées ne diffèrent pas de celles que M. Bryce a exprimées lui-même.

M. Pastureau pense que M. Jacquot a été trop loin dans ce qu'il a dit du traitement. Quelque diversité qu'on suppose dans les formes, il y a dans le typhus le fond de la maladie, puis viennent les complications. Le médecin a donc à attaquer d'abord le fond, qui est toujours le même, ensuite les complications, qui varient. Sous ce rapport, M. Pastureau partage l'opinion de M. Valette, et il adhère à sa pratique.

M. Jacquot soutient que, tout en admettant dans le typhus un fond de maladie, il n'en est pas moins vrai que les conditions des malades sont souvent tellement différentes, qu'il faut faire varier même le traitement dirigé contre ce fond. Il demande, par exemple, si ce traitement peut être le même pour un infirmier sain et fort, attaqué du typhus, et pour un soldat cachectique.

M. Jacquot saisit l'occasion de cette discussion pour exprimer son opinion sur le sulfate de quinine. Rappelant l'influence exercée par les doctrines de Broussais sur la thérapeutique, l'exclusion presque absolue, pendant le règne de ces doctrines, du quinquina, même dans les cas où il est le plus indiqué, enfin, la réaction qui s'est opérée depuis, M. Jacquot trouve que celle-ci a dépassé les limites et qu'aujourd'hui on fait des préparations quiniques un singulier abus. On le donne pour l'hypersthénie, on le donne pour l'hyposthénie, tantôt au commencement, tantôt à la fin, tantôt depuis le commencement jusqu'à la fin, et cela dans les maladies les plus diverses. Il se demande si l'expérience vient à l'appui d'une pareille pratique. On prétend que le sulfate de quinine est un tonique névrosthénique. Mais, suivant lui, le ranger dans cette classe de remèdes, c'est commettre une erreur signalée, car, en agissant ainsi, on oublie la distance qui sépare, dans l'ordre thérapeutique, le quinquina du sulfate de quinine, et on attribue à celui-ci les propriétés qui n'appartiennent qu'à l'autre. En conclusion, M. Jacquot est d'avis qu'actuellement on abuse du sulfate, et, pour lui, il en peut que condamner l'abus d'un remède qu'il ne peut pas considérer comme un tonique névrosthénique.

M. Valette soutient que le sulfate de quinine combat efficacement la malignité. Or, la malignité constitue le fond de la maladie actuelle, elle se présente du commencement à la fin, rien donc de surprenant qu'on emploie le sulfate de quinine pendant tout le cours de la maladie. M. Jacquot ne croit pas que le sulfate de quinine appartienne à la classe des toniques névrosthéniques. Mais on ne juge un remède que sur ses effets. Si le sulfate se montre efficace contre la malignité, pourquoi ne pas le placer dans la classe des remèdes qui ont une pareille action.

M. Jacquot maintient son opinion et refuse au sulfate de quinine la propriété que lui accorde M. Valette.

M. le Président fait connaître qu'en Crimée on donne le sulfate de quinine avec modération. Il a paru utile dans deux circonstances : lorsque la maladie suit une marche irrégulière; alors son usage régularise ce qu'il y a d'anormal et la maladie prend sa physionomie habituelle, et, en second lieu, quand les malades appartiennent au corps qui campe sur les bords de la Tchernaya, où, même en hiver, l'on observe des affections rémittentes ou intermittentes : dans ce cas, le sulfate de quinine produit manifestement de très bons effets.

M. C. Carathéodory a la parole.

Dans la discussion, M. Carathéodory a été frappé de la diversité bien tranchée d'opinion entre M. Cazalas et M. Jacquot sur le caractère de l'épidémie, tandis que les malades qui font l'objet des études des deux médecins, se trouvent dans les mêmes conditions, qu'on ne peut contester ni à l'un ni à l'autre l'esprit d'observation, et que tous les deux appartiennent à la même école. D'accord avec M. Jacquot sur le fond de la maladie, il trouve que cet observateur a été trop loin quand il a nié le caractère intermittent que lui a attribué M. Cazalas, et il cite à l'appui de son sentiment ces exacerbations vespériennes dont M. Jacquot lui-même a parlé.

Sauf deux ou trois localités de la banlieue, la fièvre intermittente, d'après M. Carathéodory, n'existe pas à Constantinople, ou plutôt on la rencontre très rarement, et, dans ce cas, les malades ont contracté la maladie dehors. Mais avec cette absence de la fièvre intermittente, il y a dans la constitution médicale de Constantinople un élément de périodicité qui vient compliquer la plupart des maladies, même celles qui présentent le caractère le plus franchement inflammatoire. Et ce qu'il y a de remarquable, c'est que le phénomène se manifeste le soir, en se traduisant ou par l'aggravation des symptômes de la maladie, ou par un sentiment d'angoisses très inquiétantes en apparence, ou par des hipothymies. Tout en combattant la maladie par les moyens convenables, les préparations quiniques administrées habituellement par la méthode endermique, font raison de cette complication.

Suivant M. Carathéodory, cette particularité du climat explique la différence d'opinion entre M. Cazalas et M. Jacquot, au moins quant au sulfate de quinine; voici comment : M. Cazalas a recueilli ses observations à l'hôpital de l'École, M. Jacquot à l'hôpital Medjidié (Péra). L'hôpital de l'École, formé en grande partie de baraques, se trouve, relativement à l'autre, dans de meilleures conditions. L'air y circule librement; trop librement peut-être. Là aussi le climat de Constantinople a dû faire sentir toute son influence. L'hôpital Medjidié, au contraire, est construit en pierre; la circulation de l'air ne se fait pas librement. Dès l'année passée, des affections putrides y ont régné, l'influence du miasme typhique y a dominé et a empêché ainsi celle du climat de Constantinople, et c'est pourquoi, dit en terminant M. Carathéodory, tandis que le sulfate de quinine a réussi à l'hôpital de l'École, il est resté sans action à l'hôpital Medjidié.

M. Thomas remarque qu'il y a plusieurs autres hôpitaux qui, comme à l'hôpital de l'École, sont essentiellement formés de baraques, et que cependant là aussi le sulfate de quinine est resté sans effet.

M. Fauvel déclare ne pas pouvoir accepter l'assertion de M. Carathéodory sur la rareté des fièvres intermittentes à Constantinople. Il invoque l'expérience des praticiens de la ville, et il soutient que les fièvres intermittentes sont, au contraire, fréquentes à Constantinople; seulement, elles n'ont pas la gravité qu'elles offrent dans certaines autres localités. Et, ajoute-t-il, ce qui prouve la réalité du fait, c'est cet élément périodique dont M. Carathéodory a pâtié, et qui ne peut être dû, dans tous les cas, qu'à la cause même qui produit les fièvres intermittentes.

Le secrétaire spécial, Leval.

RAPPORT A L'EMPEREUR, CONCERNANT UN CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS D'ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

Sire,

Votre Majesté n'ignore pas combien le corps de santé militaire a dû déployer d'efforts, d'activité et de dévouement pour suffire à la tâche immense qu'il a eue à remplir sur le champ de bataille de la Crimée et dans nos hôpitaux de l'Orient. Elle sait que je me suis appliqué sans relâche à entretenir l'effectif de ce corps, afin de satisfaire aux impérieuses nécessités qui se sont produites.

Les fréquents appels que j'ai adressés au personnel médical civil n'ont pu grossir suffisamment les rangs des médecins militaires, car le recrutement de ces précieux auxiliaires de l'armée combattante est l'œuvre du temps et le fruit de mesures préparées de longue main.

L'expérience de ces dernières années m'a raffermi dans cette conviction que l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires ne pourrait trouver d'éléments suffisants pour combler ses vides qu'autant que ces éléments auraient été réunis et disciplinés dans un établissement spécial, et j'ai trouvé une heureuse occasion de réaliser cette pensée dans les offres spontanées et bienveillantes de mon collègue le ministre de l'instruction publique, qui m'a proposé de charger la Faculté de médecine de Strasbourg de préparer pour le corps de santé militaire des candidats dont l'instruction présenterait toute garantie.

Des conférences se sont ouvertes à cet effet entre nos deux départements, et il est sorti de notre accord un projet de décret que j'ai l'honneur de soumettre à Votre Majesté, et qui me semble de nature à assurer, pour l'avenir, un recrutement régulier à la médecine militaire.

Ce projet de décret établit une relation intime entre cette Faculté et l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

A la première est exclusivement réservé le droit de dispenser à nos élèves une instruction solide et de leur conférer le grade de docteur.

A la seconde incombe la mission de diriger les études complémentaires et les applications au moyen desquelles l'élève militaire acquiert le grade d'aide-major, qui le classe enfin dans l'armée.

Les départements de l'instruction publique et de la guerre s'associent dans cet intérêt commun : le premier, en réglant les programmes et les cours de la Faculté de Strasbourg en vue des besoins de la médecine militaire, et en appliquant libéralement à l'éducation de nos élèves l'habileté reconnue du corps enseignant de cette Faculté, ses cliniques et ses riches collections; le second, en défrayant d'abord les élèves militaires de quelques dépenses obligatoires par une première mise de 250 francs, en pourvoyant ensuite, sur ses fonds, au paiement de tous leurs frais universitaires d'inscriptions et d'examens, évalués à 1,260 francs environ, et en s'assurant enfin le droit d'exercer un contrôle fructueux sur les études et sur la conduite d'élèves qui se placent sous sa dépendance par un engagement de service de dix ans.

L'École d'application de médecine et de pharmacie militaires se complète aussi, à cette occasion, par la constitution d'une chaire des maladies et épidémies des armées, et je propose enfin de mettre, par analogie, quant aux émoluments et aux prestations, la position des professeurs et du directeur de cette École en rapport complet avec ce qui a lieu dans les Écoles militaires.

Ces dispositions doivent, je l'espère, donner, pour l'avenir de la médecine militaire, une sécurité longtemps cherchée, et c'est dans cette confiance que je les soumets à l'approbation de Votre Majesté.

Le maréchal de France, ministre secrétaire d'État au département de la guerre, Vaillant.

(L'abondance des matières nous oblige à renvoyer le décret au prochain numéro.)

La Société médicale des hôpitaux de Paris vient de proposer pour sujet de prix à décerner en 1858 la question suivante : *Des congestions sanguines dans les fièvres.*

« Les congestions devront être étudiées dans les fièvres intermittentes de tous les types, dans les exanthèmes, tels que la variole, la rougeole, la scarlatine, et enfin dans le groupe des fièvres continues (le typhus, la fièvre typhoïde, les fièvres bilieuse, puerpérale, jaune, la peste), en tenant compte de l'analogie qui existe entre les fièvres et les maladies virulentes (morve, charbon, empoisonnements septiques, affections hémorrhagiques, etc.). Les compétiteurs auront à décrire les causes des congestions dans les pyrexies, la nature et la forme des lésions, les symptômes qui en révèlent l'existence, la part qu'y prennent les altérations générales des solides et des liquides, enfin les indications utiles que peut en tirer la thérapeutique. » (Voir Union Médicale, nº 73, juin 1856).

Ce prix sera de *quinze cents* francs. Les auteurs devront joindre à leur mémoire un *pli cacheté*, indiquant leurs nom et adresse, avec une épigraphe, répétée sur la première page du manuscrit. Le terme de rigueur pour la clôture du concours est le premier janvier 1858 : les mémoires devront être, en conséquence, parvenus au plus tard le 31 décembre 1857 à M. le docteur Henri Roger, secrétaire-général de la Société, 15, boulevard de la Madeleine.

Errata. — Dans le mémoire de M. Gigon, nº 74, il s'est glissé quelques erreurs qu'il importe de rétablir. Ainsi, page 298, 2me colonne, à la 53me ligne : « ce sinus scapoïdal, mesuré sur quatre reins, m'a paru être de 7 centimètres dans son plus grand diamètre, et de 1 *mètre* seulement dans son diamètre transverse. » Lisez m'a paru être de 7 centimètres dans son plus grand diamètre et de 1 *centimetre*, etc.

Même page, 3me colonne, 1re ligne, on lit : « ..... qui presse sur cette surface est égale à 7 + 80 ou 560 centimètres cubes d'eau. » Lisez : est égale à 7 × 80 ou à, etc.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 80. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 3 Juillet 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. THÉRAPEUTIQUE : Recherches et observations sur les maladies chroniques ; congestion sanguine chronique du foie ; engorgement, obstruction du foie ; lypémanie, hypochondrie, nosomanie. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES (Académie de médecine) Séance du 1er juillet : Correspondance. — Lecture. — Élection. — De la digestion et de l'absorption des matières grasses sans l'intervention du fluide pancréatique. — IV. ENSEIGNEMENT : Décret concernant un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire. V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

PARIS, LE 2 JUILLET 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Une élection et la lecture de deux mémoires, tel est le bilan de cette séance.

L'élection a eu lieu dans la section d'anatomie pathologique ; c'est M. le docteur Beau qui l'a emporté sur ses compétiteurs à une majorité de 40 voix sur 69 votants. Le succès de M. Beau n'était douteux pour personne, et il n'étonnera personne. M. Beau est un des esprits les plus distingués et les plus originaux de notre époque médicale qui ne se distingue guère par l'originalité, dont tous les travaux semblent sortir du même moule, et où on cherche à atteindre un certain niveau de connaissances au-dessus duquel on craint de s'élever, surtout dans l'interprétation des faits, les colonnes d'Hercule de la science médicale moderne. Chose singulière! M. Beau est certainement un des rares médecins de la génération actuelle qui ont subi le moins le joug de l'anatomie pathologique ; et c'est cependant par la section d'anatomie pathologique que M. Beau entre à l'Académie. Nouvelle preuve que cette section ne répond plus à aucun besoin sérieux de la science, et qu'elle n'est plus qu'un déversoir pour les candidats dont la véritable place est dans la pathologie médicale. Agrandissez donc les sections de pathologie proprement dite ; supprimez donc la section d'anatomie pathologique ; faites-la rentrer dans la section d'anatomie à laquelle vous donnerez un titre plus général, plus en rapport avec l'immensité de la science que l'anatomie représente aujourd'hui, et vous classerez plus logiquement les homme que vous recrutez, et vous ne priverez pas plus longtemps l'Académie du concours de savants aussi recommandables que M. Ch. Robin, qui n'a trouvé que 15 voix dans l'urne du scrutin. N'oublions pas surtout que votre Académie restera incomplète tout le temps qu'une section ne représentera pas dans son sein la philosophie, l'histoire et la littérature médicales.

Le mémoire lu par M. Heurteloup, sur la *section mousse*, est une de ces originalités chirurgicales qu'il est impossible d'apprécier sur une première audition d'idées et sur une première exhibition d'instruments. Nous nous bornerons donc à donner des extraits du travail de son ingénieux auteur, laissant à l'expérience l'appréciation de la méthode.

La communication faite par M. Colin est une nouvelle atteinte portée aux travaux de M. Cl. Bernard, non plus, cette fois, sur la glycogénie, mais sur la doctrine et sur les expériences de ce savant physiologiste relatives aux fonctions du suc pancréatique. Contrairement aux opinions de M. Bernard, M. Colin a voulu démontrer par des expériences que les matières grasses sont digérées et absorbées sans l'intervention du suc pancréatique, et que ces matières, pour leur absorption, pour leur proportion et pour leurs propriétés physiques et chimiques, restent absolument ce qu'elles sont dans leur état physiologique, alors que, par des procédés expérimentaux, le suc pancréatique est détourné de ses voies naturelles.

Encore un travail négatif. La théorie de M. Cl. Bernard est si séduisante, elle a été produite avec des preuves expérimentales qui semblent si sérieuses et si complètes, que M. Colin nous pardonnera de réserver toute appréciation de ses expériences contradictoires.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

Clinique hydrothérapique de Bellevue.

RECHERCHES ET OBSERVATIONS SUR LES MALADIES CHRONIQUES ; — CONGESTION SANGUINE CHRONIQUE DU FOIE ; — ENGORGEMENT, OBSTRUCTION DU FOIE ; — LYPÉMANIE, HYPOCHONDRIE, NOSOMANIE ;

Par M. Louis FLEURY.

Nous avons désiré nous charger de rendre compte de ce travail, parce qu'il contient des résultats thérapeutiques importants. L'hydrothérapie est une branche de la médecine pratique, très en vogue aujourd'hui, mais dont les effets ont besoin d'être étudiés et contrôlés.

M. Fleury nous paraît avoir raison en cherchant à réhabiliter la congestion sanguine chronique du foie du discrédit où elle était tombée parmi certains auteurs. Elle peut exister pendant très longtemps sans que des dégénérations y prennent naissance, bien qu'elle en soit souvent l'origine. Si elle peut amener le dépérissement et la mort, traitée convenablement elle peut aussi disparaître, après avoir donné quelquefois lieu à la plupart des symptôme, qui décèlent les dégénérations. En 1852, l'auteur avait déjà montré que cette affection était très commune, mais souvent méconnue, parce qu'on négligeait l'examen plessimétrique, et il avait fait apprécier, dans ces cas, les bons effets des douches froides.

Notre confrère ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'un individu qui avait succombé à une congestion sanguine du foie, nous commencerons par établir la lésion anatomique qu'il a constatée et décrite avec soin. Cet organe avait un volume considérable, à tel point qu'il remplissait presque toute la cavité abdominale ; il était d'une couleur violacée uniforme ; en le pressant entre les mains, on percevait une sensation de mollesse rappelant celle du second degré de la pneumonie ; largement incisé, le sang ruisselait à flots de toutes parts ; les ramifications des veines hépatiques, et surtout celles de la veine porte, étaient gorgées et distendues ; à la surface des incisions, on n'apercevait ni les granulations ni l'aspect granitique du foie, mais seulement une espèce de tissu rougeâtre, analogue au foyer apoplectique du poumon ; lorsqu'on déchirait le tissu jécoral, quelques granulations apparaissaient encore, mais peu saillantes et sans distinction possible de la double coloration ; un lavage prolongé faisait apparaître plus distinctement les granulations et montrait que la congestion sanguine y avait pénétré.

Après cette description, M. Fleury s'occupe du diagnostic. L'augmentation du volume du foie est reconnue par la percussion médiate et la mensuration ; selon lui, l'inspection et la palpation sont tout à fait insuffisantes ; la dermographie permet de mieux s'assurer de la diminution du volume de l'organe. Il fait remarquer l'importance qu'il y a à percuter le malade à jeun pour ne pas confondre le son hépatique avec les sons gastriques et intestinaux, à employer ce moyen non seulement dans la position couchée sur le dos et sur le côté gauche, mais encore debout, comme le voulait Portal, l'épine fléchie et un peu déviée à gauche. Viennent ensuite les indications fournies par la mensuration : l'auteur s'élève fortement contre les assertions de M. Cruveilhier, qui tendraient à établir que le rapport entre le foie de divers individus serait de 1 à 3, en l'absence de toute lésion morbide. On comprend, en effet, combien une telle opinion pourrait exposer les praticiens à de graves erreurs, et leur faire considérer de véritables congestions comme de simples gastralgies ou des dyspepsies. Aussi M. Fleury s'occupe-t-il avec le plus grand soin de déterminer les dimensions de l'organe hépatique.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS,

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

Professeur de pathologie et de thérapeutiques générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Symptômes des maladies. — Analyse de deux traités sur les symptômes. — A. Symptômes dépendant d'une lésion d'action de la vie animale : 1° Lésion de la sensibilité. — Des sens externes et des sens internes. — Du diagnostic par les songes ; activité de l'âme pendant le sommeil. — Du sens gastrique. — 2° Lésions des mouvements : convulsions, palpitations, tremblement, etc. ; toux ; vomissement, etc., mouvements intimes : belles considérations de Galien à ce sujet. — 3° Lésions de l'intelligence : du délire et de ses variétés. — B. Symptômes dépendants d'une lésion d'action de la vie naturelle : vue générale.

XXVI (1).

Pathologie de Galien (suite).

Des symptômes des maladies. — Après avoir indiqué ce qu'est la maladie et les diverses causes qui peuvent la produire, Galien s'occupe de l'exposition des phénomènes qui annoncent cet état et le font reconnaître, c'est-à-dire des symptômes. Deux ouvrages sont spécialement consacrés à cette exposition : le *De symptomatum differentiis* et le *De causis symptomatum*, ouvrage qui, contenant, à peu de chose près, les mêmes idées, doivent être réunis dans la même analyse.

Le premier s'ouvre par une discussion philologique ; l'auteur établit une distinction entre les mots διαθεσις, παθος, νοσος, l'un, διαθεσις, *affectio*, affection ou diathèse, s'applique indistinctement à l'état de santé comme à l'état de maladie, et indique un état général de l'économie ; l'autre, παθος, *passio*, passion, s'applique également aux diverses manières d'être de l'organisme sain ou malade, mais exprime une modification simplement locale ; le troisième enfin νοσος, *morbus*, *maladie*, est exclusivement employé pour désigner un état morbide soit local, soit général.

Galien établit ensuite qu'un symptôme peut et doit, dans certains cas, être considéré comme une maladie et traité en conséquence. Ainsi, dit-il, la fièvre et l'hydropisie qui, dans le plus grand nombre des cas, ne sont que des symptômes de lésions organiques diverses, peuvent, dans certaines circonstances, acquérir par elles-mêmes une importance telle, qu'elles doivent être regardées comme des maladies à part qu'il faut combattre par des moyens thérapeutiques spéciaux.

L'auteur forme deux catégories de symptômes ; les considérant comme des lésions d'actions, il les divise en : 1° lésions d'actions de la vie animale (vie de relation) ; 2° lésions d'actions de la vie naturelle (végétative ou de nutrition).

A. La première catégorie comprend trois divisions : 1° lésions du sentiment ; 2° lésions du mouvement ; 3° lésions de l'intelligence ou de ce que Galien appelle *les forces dirigeantes*.

1° *Lésion du sentiment.* — Suivant Galien, la sensibilité peut être diminuée, abolie, dépravée ou pervertie ; il n'admet pas de trouble par augmentation ou exagération du sentiment, la douleur est pour lui un phénomène morbide qui se substitue au phénomène normal de la sensation, mais qui n'est pas la conséquence de l'exaltation de ce dernier phénomène. M. Andral adopte cette manière de voir.

Les lésions de la sensibilité, à quelque espèce qu'elles appartiennent, doivent être d'abord étudiées sur les organes des sens, puis successivement sur tous les autres organes.

Les organes des sens, en effet, ne sont pas les seules parties où se déploient les phénomènes de la sensibilité ; chaque organe interne, dit Galien, a son sens particulier, plus ou moins vif, plus ou moins obtus, suivant la quantité de sang et d'air que l'organe reçoit. C'est surtout pendant le sommeil, dans l'état de repos des sens extérieurs, que cette sensibilité interne s'éveille et entre en activité. Parmi ces sens internes, les plus remarquables, d'après Galien, sont le sens *génital* et surtout le sens *gastrique* qui a son siége à l'orifice supérieur de l'estomac.

Lésions de la sensibilité, considérées dans les organes des sens. — Ces lésions peuvent avoir une triple origine, tantôt elles dépendent d'une altération de la partie fondamentale de l'organe, telle est l'altération de la vision dans les affections du *cristallin* (Galien regardait le cristallin comme la partie fondamentale de l'organe visuel), tantôt elles sont la conséquence de l'altération de quelque partie accessoire ; tantôt enfin elles ont leur cause dans l'altération de la puissance sentante, c'est-à-dire, en langage moderne, un état morbide des nerfs et du cerveau. D'où il résulte que, placé en présence d'une altération de l'un quelconque des sens spéciaux, le médecin doit en rechercher la cause : 1° dans la partie fondamentale de l'organe ; 2° dans la partie accessoire, si la partie fondamentale est saine ; 3° enfin dans les nerfs ou le cerveau en l'absence de toute lésion, soit de la partie fondamentale, soit de la partie accessoire.

Suivent des recherches intéressantes touchant les diverses sensations externes considérées en elles-mêmes, recherches qui indiquent dans l'auteur un esprit certainement fort ingénieux, mais tombant trop souvent dans les subtilités et le vide des hypothèses.

Ces qualités et ces défauts de l'esprit de Galien ressortent également des considérations auxquelles il se livre à propos des sensations internes. Après avoir établi, en principe, que ces sensations acquièrent pendant le sommeil, par suite du repos des sens externes, plus de netteté et de vivacité, il en conclut qu'il est possible de tirer des songes des signes importants, soit pour le diagnostic, soit pour le pronostic des maladies. L'auteur avait même composé sur ce sujet un petit livre (*libellus*), intitulé : *Du diagnostic et du pronostic d'après les songes*, et sur lequel nous allons incidemment jeter un rapide coup d'œil. Galien croyait aux rêves et il en tirait souvent des principes et des règles de conduite dans les affaires de la vie.

Souvent, dit-il, la nature d'un songe indique l'état dans lequel se trouve ou se trouvera prochainement le corps de l'individu qui le fait. Voyez-vous en songe un serpent de feu ou les rouges lueurs d'un incendie ? croyez à la surabondance du sang dans le corps et à l'imminence d'une hémorrhagie ; vous trouvez-vous dans les ténèbres ? c'est l'indice d'un excès de bile noire ; rêvez-vous que vous êtes trempé de pluie ? c'est le signe d'une surabondance d'humidité dans l'économie. Cependant, ajoute Galien, il ne faut pas trop se hâter de faire au diagnostic des maladies l'application des données d'un songe, et il importe de se rappeler que certaines circonstances telles que la nature des ali-

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 janvier, 7, 19 février, 8, 15 avril, 15, 22, 27 mai et 26 juin 1856.

Passant donc une revue critique des opinions émises à cet égard par MM. Cruveilhier, Piorry, Monneret et Conradi, il expose ensuite les siennes, résultat de recherches faites, avec une rigoureuse précision, sur 225 hommes adultes, à jeun, et chez lesquels le foie était à l'état physiologique. En voici le résumé : le diamètre vertical de la cavité thoracique, mesuré au niveau du mamelon, de la clavicule au rebord costal, varie de 28 à 34 centimètres; il existe un rapport direct, mais non régulier, entre l'étendue de ce diamètre et la taille du sujet, chez les hommes d'une stature ordinaire; ce rapport cesse de se montrer chez ceux dont la stature diffère notablement de la moyenne, chez ceux aussi qui sont mal conformés, mal proportionnés, ainsi que chez les scrofuleux et les rachitiques; jamais le foie, à l'état sain, ne s'élève à plus de 2 centimètres au-dessus du mamelon, et ne s'abaisse à plus de 4 au-dessous; il ne dépasse pas non plus le rebord costal et la ligne médiane de plus de 1 centimètre; en général, le diamètre mamelonnaire du foie est de 10 à 12 centimètres chez les adultes.

Dans les congestions sanguines, la glande hépatique acquiert un volume graduel et uniforme, et peut atteindre des proportions considérables, au point de descendre dans la fosse iliaque droite, d'envahir le flanc gauche et la plus grande partie de l'abdomen; dans la cirrhose, le volume diminue au lieu d'augmenter; dans le cancer, il y a le plus souvent des bosselures ou des inégalités; les abcès et les kystes donnent lieu à des déformations partielles. Malgré ces symptômes habituels, on a quelquefois de l'incertitude. Le traitement hydrothérapique devient alors, d'après M. Fleury, une pierre de touche très utile, car le volume du foie diminue notablement après chaque douche froide. Il y a souvent dans les congestions hépatiques des variations brusques, soit avant ou après les repas, soit lorsqu'un autre organe se congestionne; mais ce caractère cesse de se manifester lorsque la maladie est ancienne et produite surtout par une cause permanente; elle s'accompagne alors d'anémie, de débilitation nerveuse et d'affaiblissement dans la contractilité des vaisseaux capillaires. Notons encore que ces congestions ne produisent pas de douleurs; le malaise qui en résulte est rapporté à l'épigastre. Les vomissements et l'ictère sont exceptionnels. Parfois le diagnostic est incertain ou impossible; il est incertain, lorsque les malades présentent les symptômes des graves dégénérations du foie; il est impossible, lorsque la cavité péritonéale est distendue par un épanchement considérable; dans ces cas, M. Fleury assure avoir vu l'eau froide, en produisant une prompte amélioration, permettre d'établir la nature de l'affection.

Du diagnostic, l'auteur, dont nous analysons le travail, arrive aux causes de la congestion hépatique. Jamais il ne l'a rencontrée dégagée de gastralgie et d'anémie, ce qui s'explique par la liaison qui existe entre les fonctions digestives et celles du foie. L'observation lui a enseigné que la gastralgie ne produit pas directement la congestion, mais seulement en raison de la débilitation, de l'anémie que les troubles de la nutrition amènent parfois, au bout d'un temps plus ou moins long; que la gastralgie primitive, idiopathique, précède toujours de plusieurs mois au moins le développement de la congestion du foie; qu'après avoir été produite par la gastralgie et l'anémie, la congestion hépatique devient, à son tour, une cause de gastralgie et d'anémie; qu'il faut combattre la congestion hépatique et l'anémie en reconstituant le sang, en rétablissant l'équilibre de la circulation capillaire générale et l'intégrité des fonctions de nutrition et d'innervation; enfin, que les médicaments antigastralgiques proprement dits sont, à cet effet, complétement inefficaces, même contre la gastralgie. Parmi les agents capables de déterminer directement la congestion hépatique primitive, il faut noter l'abus des boissons alcooliques, du sucre, des aliments sucrés, des substances grasses, des condiments âcres; l'usage des vêtements trop étroits, les professions dans lesquelles le corps est fléchi en avant, les hypochondres comprimés, etc.; toutes les causes de débilitation générale, surtout les excès de coït, de masturbation, les pertes séminales involontaires, les émotions morales dépressives, les travaux intellectuels excessifs; les causes qui modifient les qualités du sang, comme l'alimentation insuffisante, les fatigues extrêmes, les sueurs des climats chauds; les cachexies paludéenne, saturnine, syphilitique et toutes les maladies qui produisent l'épuisement; ajoutons à ces causes les émissions de sang répétées, l'abus des purgatifs, des sudorifiques, des altérants, des perturbateurs, etc. La congestion sanguine hépatique se montre surtout de 20 à 40 ans; elle est plus fréquente chez les hommes.

D'après M. Fleury, les symptômes de la congestion sanguine chronique du foie peuvent être divisés en trois groupes principaux : ceux qui se rattachent à la gastralgie ou à la dyspepsie, ceux qui dépendent de l'anémie, et ceux qui sont le résultat de l'hyperémie hépatique. Les premiers sont constitués plutôt par une digestion laborieuse que douloureuse; c'est de la pesanteur, de la tension, des flatuosités, des régurgitations; la constipation est quelquefois opiniâtre; la langue est un peu jaunâtre, l'appétit capricieux; lorsque la maladie se prolonge, la nutrition subit de graves atteintes. Les symptômes anémiques existent souvent à un très haut degré; par suite de l'altération du sang et de la circulation capillaire générale, la coloration de la peau se rapproche de celle qui accompagne la cirrhose, mais elle est plus teintée de jaune et se montre surtout au niveau des pommettes et au pourtour de la bouche; la peau est sèche et rugueuse, constamment exempte de la plus légère moiteur. Les malades sont excessivement frileux, et à cette sensation de froid ne correspond pas un abaissement considérable de la température. Les pertes séminales, après avoir été une cause, deviennent un accompagnement fréquent de la congestion hépatique chronique; si elles sont primitives, elles peuvent être sténiques au début, mais, avec le temps, elles deviennent asthéniques et figurent parmi les causes les plus actives des progrès de l'anémie; elles sont rarement diurnes; en se renouvelant souvent, elles plongent le malade dans une prostration extrême. Les phénomènes cérébraux sont principalement caractérisés par l'affaiblissement des facultés intellectuelles et morales, l'hypochondrie, la mélancolie ou lypémanie, la nosomanie. — Les symptômes hépatiques sont l'ictère et l'état bilieux, l'ascite, les hémorrhoïdes, les hémorrhagies, l'hyperémie hépatique subinflammatoire et fébrile. Le véritable ictère, dans ces congestions, est rare et accidentel; il en est de même de l'état bilieux caractérisé par l'état saburral de la langue, des renvois amers, des régurgitations, des vomissements ou des selles de nature bilieuse. M. Fleury assure n'avoir jamais rencontré le moindre épanchement ascitique, tandis que, d'après M. Monneret, il serait commun; mais il est évident que les deux auteurs ne se sont pas entendus sur la nature des lésions. Comme M. Monneret, M. Fleury n'a pas trouvé plus de flux hémorrhoïdaires que chez les malades atteints d'autres affections. Les congestions du foie sont une cause d'hémorrhagies, et celles-ci peuvent avoir lieu par divers organes; la fréquence de ce fait annoncé par M. Monneret, n'est pas confirmée par M. Fleury; chez la femme, la congestion hépatique est, au contraire, une cause de diminution ou même de suppression des menstrues.

Enfin, l'hyperémie hépatique subinflammatoire et fébrile peut survenir sous l'influence d'une cause extérieure, d'un écart de régime ou d'une émotion morale.

La marche et la durée de la congestion hépatique varient suivant son ancienneté. Au début, on voit quelquefois des congestions considérables disparaître en peu de temps sous diverses influences; mais elles se reproduisent aussi avec la même facilité; elles peuvent se déplacer en se portant sur un autre organe. Lorsque l'hyperémie s'est reproduite un grand nombre de fois ou date de loin, qu'elle est liée à un état morbide général, elle peut persister pendant de nombreuses années, opposer une résistance absolue à tous les moyens et se terminer par la mort; M. Fleury dit avoir observé cinq fois cette fatale issue.

Quel est le traitement à opposer à cette maladie? Les émissions de sang diminuent momentanément le volume du foie; mais elles augmentent l'anémie, la prostration, les troubles digestifs; on voit les pertes séminales apparaître, l'amaigrissement faire des progrès. Les purgatifs ont les mêmes inconvénients, surtout le calomel. Plusieurs malades n'avaient retiré aucun profit de l'usage longtemps prolongé du soufre. Les vésicatoires, les cautères, appliqués sur la région hépatique ou sur les bras, ne font que favoriser l'affaiblissement progressif. Les ventouses sèches opèrent une révulsion plus efficace; l'auteur assure que, sous leur influence, le volume du foie diminue instantanément; mais cet effet n'est que passager, parce que la cause persiste; cette médication rend néanmoins d'utiles services pour modérer les accidents locaux. Parmi les eaux minérales, les ferrugineuses, aidées de voyages, d'un bon régime, paraissent le mieux réussir. Le meilleur traitement serait sans doute celui qui, en débarrassant l'organe du sang qui l'obstrue, agirait en même temps sur la composition de ce liquide et sur l'innervation, de manière à rétablir la nutrition, à régulariser la circulation et à rendre aux vaisseaux capillaires leur tonicité. On ne peut compter sur le fer, le quinquina, les toniques que dans certaines limites. L'exercice musculaire, la gymnastique, le séjour à la campagne, une alimentation bien dirigée, les bains froids de rivière ou de mer, doivent, suivant l'auteur, inspirer plus de confiance. Toutefois, ce traitement hygiénique, si facile en apparence, rencontre souvent des obstacles sérieux en raison de l'état du malade. Mais l'hydrothérapie, dans ces circonstances, a fait, d'après l'auteur, un grand nombre de cures.

En combinant l'action des douches froides générales avec celles des douches en colonne, il croit être parvenu à instituer ce traitement à la fois révulsif et reconstitutif. Chaque douche produit, toujours et instantanément, une diminution considérable dans le volume du foie; cette diminution de volume persiste pendant un temps d'autant plus long, que le traitement est plus avancé; quoique, dans l'intervalle des douches, l'organe augmente de nouveau sans atteindre toutefois ses dimensions précédentes, il finit par revenir à son état physiologique. Le même effet se produit sur la rate congestionnée.

Ce traitement a besoin d'être secondé par un régime sévère; il faut proscrire d'une manière absolue le vin et toutes les boissons alcooliques, réduire le plus possible l'usage des substances grasses, sucrées ou acides; on obtient ainsi une amélioration notable des troubles digestifs. L'émaciation qui caractérise souvent la congestion chronique du foie peut tenir à des causes différentes. Tantôt l'alimentation est insuffisante, soit par le défaut d'appétit, soit parce que, la digestion étant douloureuse, les malades craignent de manger, soit encore parce que les aliments sont expulsés par le vomissement

---

ments ingérés la veille, la nature des idées qui ont occupé l'esprit, etc., exercent sur les songes une influence considérable.

On a vu des personnes atteintes d'affections cachées, que rien ne pouvait encore faire prévoir, en recevoir, par des songes, une révélation anticipée. Un individu rêve qu'il a une jambe de pierre, et, quelques jours après, une de ses jambes est frappée de paralysie; un autre est noyé, en songe, dans une mare de sang, et le lendemain il a une hémorrhagie abondante; ceux qui, dans le cours d'une maladie, ont des sueurs critiques, rêvent souvent qu'ils sont plongés dans de l'eau chaude; ceux que la faim aiguillonne se voient assis, en songe, à une table abondamment servie; ceux qui souffrent les tortures de la soif, se désaltèrent avec délices aux bords d'une source d'eau vive; ceux, enfin, que tourmente la pléthore spermatique, ne rêvent que femmes et plaisirs vénériens. Tout cela vient de la vivacité que l'état de sommeil communique aux sensations internes. L'âme alors n'étant plus appelée au dehors par les mille impressions que les sens reçoivent des objets extérieurs, recueillie et retirée, pour ainsi dire, dans l'intimité du corps, se trouve placée dans des conditions plus favorables pour observer les phénomènes qui se passent dans la profondeur des parties, et pour entendre les cris des besoins et des souffrances de l'organisme.

Voilà ce que contient, en substance, le petit traité du *Diagnostic d'après les songes*, ouvrage mêlé de bon et de mauvais, de vérités et d'erreurs. Revenons maintenant à nos deux traités des symptômes. Nous en étions aux modifications de la sensibilité considérées dans les *sens internes*, pour parler le langage de Galien. L'auteur, avons-nous dit, admet dans l'estomac, un sens spécial, qui a son siége à l'orifice cardiaque de cet organe, et qui est supérieur en vivacité à tous les autres sens internes, c'est le sens gastrique, auquel Galien fait jouer un rôle très important en symptomatologie. L'influence de l'estomac sur l'économie est immense; c'est lui qui apprête les sucs nécessaires au sang, comme la langue, miroir de l'estomac, et liée à cet organe par un lien sympathique, apprête les sucs nécessaires au ventricule.

Les modifications de l'appétit traduisent les modifications que l'estomac a subies. La sensation de la faim est le cri que l'estomac pousse vers l'âme pour l'instruire des besoins du corps; elle est plus ou moins vive, suivant que ces besoins sont plus ou moins vifs eux-mêmes. Cependant, il est des cas dans lesquels la sensation de la faim n'est pas en rapport avec les besoins réels de l'économie, et c'est alors une sensation morbide. C'est ainsi que la présence, dans l'estomac, d'un *suc acide*, détermine une sensation de faim qui devient pénible et douloureuse si on ne la satisfait pas, et à l'apaisement de laquelle suffit une quantité d'aliments très minime et nullement en rapport avec l'intensité de la sensation. Ceci est de bonne observation. L'action du froid, ajoute Galien, augmente le sentiment de l'appétit et la chaleur le diminue.

De même que l'estomac partage et exprime les besoins et les souffrances des autres parties de l'organisme, de même les souffrances du ventricule retentissent au sein de parties souvent très différentes et très éloignées de cet organe. C'est ainsi qu'à l'occasion de certaines affections gastriques, le cerveau pourra se troubler, d'où l'explosion soit du délire, soit de la folie, soit des convulsions, soit du coma, soit de l'épilepsie, etc. D'autres fois, sans trouble cérébral, la tête sera le siége d'une douleur très vive, exclusivement liée à un mauvais état de l'esmac.

Le cœur par la syncope, les poumons par une toux sèche et fréquente prouveront également, dans certains cas, la part qu'ils prennent aux affections du ventricule en vertu de la sympathie, *lege consortii*, qui unit les principaux organes de l'économie au centre digestif.

Le sens gastrique, comme les autres sens, peut se pervertir, ce qui est manifesté par un goût dépravé pour les aliments de mauvaise qualité ou pour des substances non alimentaires. Galien attribue cette perversion du sens gastrique, qu'il nomme *pica*, au défaut d'élimination du résidu excrémentitiel de l'acte digestif. Les femmes y sont plus sujettes que les hommes, l'état de grossesse étant la cause la plus fréquente de cette affection. Voilà pour la perversion de la sensation de la faim; quant à l'exagération de la sensation de la soif, moins heureux dans l'explication qu'il en donne, Galien l'attribue soit au défaut d'humidité du corps, soit à la présence dans l'estomac de sucs bilieux et salés.

2° *Lésions des mouvements.* — Le mouvement peut être diminué, aboli, perverti. Galien n'a entrevu que vaguement les causes de la diminution ou de l'abolition de la motilité; il les considère dans le lieu même où existe la lésion fonctionnelle, dans les muscles, dans les nerfs, dans les vaisseaux de la partie où il suppose que des sucs épais obstruent les voies de la circulation des esprits.

C'est seulement au XVIme siècle, alors que l'anatomie pathologique est venue révéler les lésions cérébrales, que les rapports des lésions des centres nerveux avec les altérations de la motilité ont été démontrées. Cependant Galien, par une vue toute théorique rapporte, dans certains cas, la diminution ou l'abolition du mouvement à la formation d'une humeur blanchâtre qui obstrue *les ventricules du cerveau*. La paralysie peut être partielle ou générale et s'étendre non seulement aux membres, mais encore à la face, à la langue, au pharynx, au larynx, aux muscles respiratoires, au rectum, à la vessie, etc., enfin à tout le corps.

Les symptômes qui résultent de la dépravation ou perversion des mouvements sont les convulsions, les palpitations, le tremblement, le frisson, etc., etc. Galien rapporte les convulsions à deux ordres de causes, la *plénitude* et la *vacuité*, expressions auxquelles il suffit de substituer leurs synonymes, *pléthore* et *anémie*, pour les rendre parfaitement acceptables par la science moderne. En effet d'une part, tous les expérimentateurs ont noté l'apparition des convulsions chez les animaux que l'on fait périr d'hémorrhagie, et, d'autre part, l'observation clinique découvre des cas de convulsions survenant chez les enfants et qui ont pour cause soit une congestion cérébrale, soit une méningite.

Galien avait vu des cas dans lesquels les convulsions se présentent tantôt comme symptôme unique, tantôt accompagnées du délire et du coma. En présence de ces deux faits d'ordres différents, il se demande s'ils dépendent de la même cause? A cette question, sa réponse est négative : lorsque, dit-il, les convulsions surviennent sans déterminer le coma, c'est une preuve que le cerveau n'est pas en jeu et que l'origine du phénomène est dans la moelle épinière.

Les *palpitations* s'observent particulièrement, suivant Galien, au cœur et sur les muscles, on les rencontre aussi dans les artères des parties enflammées lorsque le sang s'y porte avec violence. Il les attribue à la présence du *pneuma* dans les parties qui en sont le siége.

Le *tremblement* reconnaît diverses causes : l'âge dont il est la conséquence naturelle, la période adynamique ou ataxique de certaines maladies, les émotions violentes de l'âme, les excès en tout genre, et particulièrement de boissons alcooliques *(délirium tremens)*; un refroidissement soudain, etc.

Le *frisson* est un tremblement spécial, qui se montre souvent au

u une diarrhée lientérique ; tantôt l'alimentation est suffisante ou même surabondante, mais il n'y a pas assimilation. Contre ces troubles si grands et si divers, l'hydrothérapie recherche des adjuvants dans la matière médicale : le sous-nitrate de bismuth rend des services contre la lienterie ; l'eau de Vichy, l'eau de chaux, la magnésie contre le pyrosis et les renvois acides ; de bons effets ont été obtenus par le vin de gentiane, la poudre nutrimentive de M. L. Corvisart, l'application de la glace, des vésicatoires volants.

Ce travail de M. Fleury, dont nous venons d'extraire la substance, est assurément le plus complet qui ait été publié sur les congestions du foie. Plus de vingt observations sont intercalées dans ses divisions et viennent à l'appui des doctrines émises par l'auteur. Nous avons déjà signalé ses nombreuses recherches sur les véritables dimensions du foie dans l'état normal, comparées à la stature des sujets ; notons aussi qu'il a introduit dans la clinique des maladies chroniques l'usage de la *balance*, en pesant avec soin ses malades avant, pendant et après le traitement ; il a même donné à ce sujet un tableau intéressant, dans lequel on tient compte de l'âge et de la taille des malades. M. Fleury croit avoir découvert l'une des causes organiques d'un état morbide très fréquent, très grave et très rebelle aux agents de la thérapeutique usuelle ; il pense aussi avoir mis les praticiens en mesure de lui opposer un traitement ayant une efficacité plus constante et plus sûre que celle des meilleurs spécifiques, et il attend avec confiance, du public médical, une ratification qui, jusqu'à présent, dit-il, ne lui a jamais fait défaut. Sans donner notre approbation à la forme un peu vive de son écrit et à l'exagération de certaines idées, nous le remercions, pour notre compte, de la publication de ces recherches que nous avons lues avec le plus grand intérêt et dont nous ferons certainement notre profit. Quoique la position particulière de l'auteur le porte naturellement à préférer l'hydrothérapie à tout autre médication, son mémoire, doué d'ailleurs d'une grande importance scientifique, ouvrira, comme il l'annonce, une nouvelle voie à la thérapeutique de beaucoup d'affections du foie.

Dr Fauconneau-Dufresne.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 1er Juillet 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

L'ampliation d'un arrêté en date du 25 juin, par lequel M. le docteur Depaul est nommé directeur-adjoint du service de la vaccine à l'Académie.

— Le rapport de M. le docteur A. Barrié, médecin-inspecteur-adjoint des eaux minérales de Bagnères-de-Luchon (Haute-Garonne) ; de M. le docteur Chevalier, médecin-inspecteur des eaux minérales de Provins (Seine-et-Marne) ; de M. le docteur Jaubert, médecin-inspecteur des eaux de Gréoux (Basses-Alpes), sur le service médical de ces divers établissements pendant l'année 1854. (Comm. des eaux minérales.)

— Un rapport sur une épidémie de diarrhée et de dysenterie qui a régné dans la colonie d'Oswald (près Strasbourg), en 1856, par M. le docteur Brouillet.

— Les rapports de M. le docteur Danvin, sur les épidémies qui ont régné en 1855 dans l'arrondissement de St-Pol (Pas-de-Calais) ; de M. le docteur Bazin, sur une épidémie de fièvre typhoïde à Groslay (Seine-et-Oise) ; de MM. Nivet, Calamy et Aiguilhon, sur les maladies épidémiques du département du Puy-de-Dôme ; enfin, le compte rendu des maladies épidémiques des départements de Loir-et-Cher et de la Meurthe, pendant l'année 1855. (Com. des épidémies.)

— Un rapport de M. Doré, sur une épidémie de choléra qui a régné en 1855 dans l'arrondissement de Saint-Gaudens (Haute-Garonne). (Com. du choléra.)

— Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Drôme et de l'Ille-et-Vilaine. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivants :

MM. Barthez et Roger écrivent à l'Académie pour se désister de leur candidature à la place vacante dans la section d'anatomie pathologique.

— M. Brachet (de Lyon) adresse à l'Académie une lettre dans laquelle il lui signale la conformité des résultats annoncés par MM. Becquerel et Vernois, avec ceux qu'il a publiés dans ses *Leçons cliniques* sur l'albuminurie et la maladie de Bright.

— Un mémoire de M. le docteur Prosper Hullin, intitulé : *De l'influence de la vaccine pour guérir certaines maladies.*

— Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans plusieurs communes du canton d'Ay (Marne), par M. le docteur L. Plouquet.

— Un mémoire sur la variole, la varioloïde et la vaccine, par M. Gaffé, de Saint-Valery-sur-Somme.

(Comm. de vaccine.)

— Un mémoire intitulé : *Essai sur l'origine de la syphilis en Europe et en Amérique*, par M. le docteur Mariano Padilla. (Comm. MM. Legneau et Ricord.)

— M. le Président annonce à l'Académie que MM. O. Bang, professeur à Copenhague, et Hoist, professeur à Christiania, membres correspondants de l'Académie, sont présents à la séance.

— M. Heurteloup lit un mémoire intitulé : *De la section mousse.* — (Comm. MM. Jobert et Bégin.) — (Nous publierons un extrait de ce mémoire dans un prochain numéro.)

L'Académie procède à la nomination d'un membre dans la section d'anatomie pathologique.

M. le Secrétaire annuel donne lecture de la liste de présentation arrêtée par la section.

En 1re ligne.	MM. Beau,
En 2me —	Sestier,
En 3me —	Robin,
En 4me —	Ménière,
En 5me —	Barthez,
En 6me —	Roger.

Nombre des votants, 69, — majorité absolue, 35.

M. Beau obtient.	40 suffrages.
M. Robin	15 —
M. Ménière	8 —
M. Sestier.	6 —

M. Beau, ayant réuni la majorité des voix, est nommé membre de l'Académie, sauf l'approbation du gouvernement.

M. Colin lit un mémoire intitulé : *De la digestion et de l'absorption des matières grasses sans l'intervention du fluide pancréatique.*

Par des expériences directes, précises, exécutées parallèlement à la fois sur des animaux dans les conditions ordinaires et sur d'autres dont le fluide pancréatique fut versé à l'extérieur, M. Colin s'est proposé de résoudre les trois questions suivantes :

1° Y a-t-il des graisses absorbées sans le concours du fluide sécrété par le pancréas ?

2° Dans l'affirmation, l'absorption de ces matières se fait-elle suivant les proportions normales ?

3° Les graisses absorbées dans ces conditions nouvelles ont-elles le même état, les mêmes propriétés physiques et chimiques que dans les conditions physiologiques habituelles ?

Il s'agissait, dit M. Colin, de faire couler pendant un temps assez long le suc pancréatique à l'extérieur et de voir ce qui arriverait au chyle par suite de ce déversement. Les grands herbivores se prêtaient le mieux à ces expériences : premièrement par la facilité avec laquelle on établit chez eux une fistule pancréatique ; deuxièmement, il est aisé d'ouvrir chez eux le canal thoracique en avant de la première côte et de recueillir le chyle ; troisièmement, d'après les quantités de chyle écoulées et les analyses de ce fluide, on peut établir un rapport entre la somme totale des matières grassés absorbées et la somme de celles qui se trouvent dans les aliments ; quatrièmement, il est possible chez les ruminants de prolonger beaucoup l'expérience.

J'ai pris d'abord deux vaches en bonne santé, de même âge et nourries toutes les deux de regain de luzerne depuis une quinzaine de jours. Sur la première, j'ai seulement inséré le tube métallique à l'extrémité antérieure du canal thoracique, de manière à recueillir du chyle normal pour le dosage des matières grasses. D'après les expériences faites par M. Lassaigne, ce chyle, recueilli au moment de la plus grande activité digestive, contenait pour 1,000 grammes près de 6 grammes de graisse ; celle-ci était jaunâtre et fusible entre + 30 et + 36° centig., neutre, entièrement saponifiable par la potasse caustique.

A la seconde vache, j'ai établi une fistule pancréatique, en évitant que la glande ne devînt le siége d'engorgement ou d'inflammation susceptible de réagir d'une manière fâcheuse sur l'état général du sujet. Cette fistule m'a fait voir de nouveau que la secrétion pancréatique est intermittente, qu'elle oscille suivant l'activité du travail digestif ; que le produit du pancréas jouit toujours, mais à un degré variable, de la propriété d'émulsionner et d'acidifier les graisses. Le quatrième jour (c'est-à-dire après un laps de temps plus que suffisant à l'élimination du suc pancréatique versé auparavant dans les voies digestives), j'ouvris le canal thoracique, et j'y fixai un tube d'argent. Immédiatement, et avant le repas, je recueillis un premier flacon de chyle ; un deuxième, quelques heures après le repas, avant que la rumination se fût établie ; enfin, dans la soirée, alors que l'animal, après avoir bien ruminé, se trouvait en pleine digestion, je recueillis un troisième flacon de chyle. Le chyle, pris à ces divers moments, avait l'aspect, la consistance, le degré de coagulabilité qui lui sont habituels. Son opalinité, sa teinte laiteuse, faisaient présumer qu'il devait contenir de la graisse. Effectivement, au microscope, outre les globules blancs, on y trouvait des granules graisseux ; et M. Lassaigne, par l'analyse chimique, constata dans les trois flacons les quantités suivantes de matière grasse : dans le premier, 3 g°,71 ; dans le second, 3 g°,31 ; dans le troisième (chyle pris pendant que la digestion était en pleine activité), 5 g°,07. Ce dernier chiffre est donc à peu près égal à celui donné par la vache servant de point de comparaison, et obtenu également lors de la plus grande activité digestive. Au point de vue de ses qualités, cette graisse présentait une identité complète chez ces deux animaux, c'est-à-dire qu'elle ait été absorbée avec ou sans le concours du fluide pancréatique.

Chez une troisième vache, en recueillant le chyle trois jours seulement après l'opération, je trouvai ce liquide légèrement jaunâtre, très coagulable, ayant un cachet plus ferme que sur les sujets dont j'ai déjà parlé. Du reste, il avait les autres caractères communs du chyle des ruminants ; le microscope y montrait des granulations graisseuses, et M. Lassaigne, dans le chyle pris au moment de la plus grande activité digestive, a trouvé, sur 1,000 grammes, 7 grammes 14 centig. de graisse (un peu plus que dans le chyle pris pour type), graisse neutre et saponifiable par la potasse caustique.

Même résultat chez une quatrième vache. Ainsi, lorsque le fluide pancréatique cesse d'arriver dans l'intestin et coule au dehors, le chyle ne diffère en rien de celui des animaux laissés dans les conditions normales.

Dans les deux cas le chyle présente le même aspect, le même degré de coagulabilité, les mêmes variations de la teinte du sérum, suivant le degré d'activité des fonctions digestives.

Dans l'un comme dans l'autre, ce fluide offre des granules graisseux toujours semblables.

Enfin, dans les deux, le chyle contient de la graisse et en égale proportion, pourvu que l'alimentation et l'activité du travail digestif soient iden-

---

début des affections fébriles et qui s'accompagne de refroidissement. Pour l'expliquer, l'auteur a recours à l'hypothèse de sucs visqueux et épais qui oppriment les forces. Une lutte s'établit, à la suite de laquelle les mauvais sucs sont expulsés hors de l'économie, au milieu de commotions et de secousses qui produisent le frisson. Celui-ci est donc un effort salutaire de la nature, opéré dans le but de rejeter à l'extérieur quelque humeur morbifique. Le frisson est ordinairement suivi de chaleur et de sueur ; dans quelques cas, cependant, il n'aboutit pas, la nature se débat en vain dans cette lutte contre l'humeur morbifique, le frisson persiste, devient extrêmement violent, un froid glacial envahit la peau, puis, le tremblement cessant tout à coup, le malade s'affaisse et meurt. Voilà le tableau fidèle de la fièvre pernicieuse algide des pays chauds. Dans ces cas, la nature impuissante ne peut réagir et succombe.

La *pandiculation* est un mouvement anormal qui, le plus souvent, précède le frisson ; c'est un diminutif du frisson au début. Galien se demande pourquoi on l'observe habituellement à l'état physiologique, au moment du réveil, mais il se borne à poser la question sans la résoudre.

Il existe d'autres mouvements anormaux partiels qui, suivant Galien, et cette fois il a raison, sont des effets salutaires de la nature pour expulser du corps les principes nuisibles ; tels sont :

La *toux* qui a pour but de débarrasser les bronches des mucosités qui les obstruent ;

L'*éternument* qui chasse les mucosités des fosses nasales ;

Le *hoquet* qui a le même but que la toux et l'éternument. Tous ces mouvements sont physiologiques, mais il en est d'autres qui sont morbides, tels que :

Le *vomissement* qui ne se manifeste pas seulement lorsqu'il s'agit d'expulser de l'estomac les principes nuisibles contenus dans cet organe, mais qui se produit aussi dans une foule d'autres circonstances où l'estomac n'est pas en cause, à l'occasion d'un trouble de l'économie ;

La *diarrhée*, mouvement anormal des fibres de l'intestin, et dont le but est de chasser hors de ce conduit les matières qui pourraient lui nuire. Tous ces mouvements anormaux, dit Galien, ramènent l'ordre par le désordre, sous la direction intelligente de la nature.

Poussant plus loin son analyse, Galien arrive à s'occuper d'autres mouvements plus intimes, trop négligés par les modernes, qui se passent dans la profondeur des organes, et dont le but est d'y faire cheminer les humeurs. Galien fait jouer un grand rôle, dans l'explication de ces phénomènes intimes, à l'action des forces attractrice et expultrice. Il admet deux sortes de mouvements intimes, les uns destinés à pousser les liquides nutritifs ou récrémentitiels depuis l'estomac jusque dans l'intérieur des parties, les autres chargés de prendre au sein des humeurs, dans le sang ou dans l'intimité des organes, les matériaux excrémentitiels destinés à être expulsés, et de les conduire aux divers lieux où doit se faire leur élimination. La régularité de ces mouvements est une condition indispensable à l'entretien de la santé. Leur dérangement donne naissance à des maladies de deux sortes, suivant la catégorie de mouvements sur laquelle il porte. De là des états morbides produits par arrêt de matières mal élaborées, par défaut de dépuration ou d'expulsion des sucs de mauvaise qualité ; de là des mouvements fluxionnaires dans certaines parties ; de là enfin absence ou développement incomplet des crises salutaires.

Parmi les causes de dérangement de ces mouvements intimes, il faut compter : 1° les altérations des forces attractrice, rétentrice, expultrice ; 2° le mauvais état, la viscosité ou la fluidité trop grande des liquides ; 3° la mauvaise disposition des solides, qui, tantôt trop denses, sont imperméables aux humeurs, tantôt trop lâches se laissent traverser par elles avec une excessive facilité ; 4° certaines influences extérieures tels que les divers états de l'atmosphère, etc. ; 5° les influences morales, les passions dont les unes poussent les liquides à la périphérie, et dont les autres les refoulent violemment vers le centre : d'où résultent deux sortes de mouvements, 1° d'expansion, 2° de concentration. Que d'idées? que de faits ? que d'aperçus vifs, ingénieux, brillants ? que de pénétration dans Galien qui n'avait cependant aucune idée de la circulation du sang ?

3° Les *troubles de l'intelligence* forment un troisième groupe de symptômes qui se rapportent aux lésions d'actions de la vie animale. Ces troubles peuvent porter sur trois facultés différentes : le raisonnement, l'imagination, la mémoire, qui peuvent être isolément ou toutes à la fois affaiblies, abolies, perverties. Galien n'admet pas de lésion par exagération des facultés intellectuelles. De même que les convulsions ne sont pas pour lui une exagération, une perversion du mouvement, de même le délire ou la démence ne sont pas une exagération, mais une perversion de l'intelligence.

Le *délire* se divise en délire sans fièvre et en délire avec fièvre. Le délire *sans fièvre*, quand il est de courte durée, n'a pas d'importance ; quand il dure, il constitue la *manie*.

Le *délire avec fièvre* comprend : 1° le délire *symptomatique*, c'est-à-dire qui se développe à l'occasion d'une maladie d'un organe autre que le cerveau, de l'estomac, par exemple (pour nous, ce serait plutôt le délire sympathique) ; 2° le délire *idiopathique*, dont le siége est dans le cerveau, c'est ce que Galien appelle le *phrénitis*, affection produite, suivant lui, par un *phlegmon* (inflammation !) du cerveau ou de ses membranes. Ce *phlegmon* est lui-même le résultat de l'accumulation d'une humeur chaude au sein de ces parties.

Voilà, en résumé, d'après Galien, quels sont les symptômes qui appartiennent aux lésions d'action de la vie animale ou de relation.

B. *Symptômes appartenant aux lésions d'action de la vie naturelle ou de nutrition.* — Les divers actes de la vie naturelle, comme ceux de la vie animale, peuvent être diminués, abolis, pervertis, rarement augmentés. Chacune des quatre facultés qui président aux fonctions des organes peut être affectée de trois façons différentes : ou elle ne s'exerce pas, ou elle s'exerce faiblement, ou son action est pervertie ; d'où il suit que chaque organe est susceptible de douze sortes d'altérations, se traduisant chacune par des symptômes particuliers.

Le trouble de l'action des facultés a son origine, soit dans l'altération du solide dans lequel on les considère, soit dans l'altération de leur propre essence.

Galien passe en revue, dans les différents organes de la vie de nutrition, les modifications diverses que peuvent subir les quatre facultés dont le créateur les a douées. Là, on trouve quelques faits intéressants et quelques bonnes vues, perdus dans un labyrinthe de théories et d'hypothèses.

Après cette vue générale sur les symptômes qui proviennent des lésions d'action de la vie naturelle, Galien passe aux détails et se livre à une étude particulière d'un certain nombre de symptômes dépendants du trouble des fonctions des divers organes de la vie de nutrition. Suivons-le dans cette étude.

(La suite au cours prochainement.)

liques. De plus, cette graisse est toujours neutre et également saponifiable.

Comme il résulte de mes expériences que la quantité de liquide versé par le canal thoracique dans le système veineux doit être, terme moyen, d'au moins 80 kilogrammes pour un bœuf de taille ordinaire, la masse de graisse contenue dans ce liquide s'élève de 300 à 400 grammes. Or, puisque, d'après M. Boussingault, la ration diurne d'un animal de l'espèce bovine, représentée par 12,500 grammes de fourrages secs, contient environ 500 grammes de matière grasse, les 4/5 de celle-ci peuvent être digérés et absorbés.

En résumé, sans l'intervention du fluide pancréatique, il est manifeste :

1° que les graisses sont digérées et absorbées ;

2° Que leur absorption s'effectue encore suivant les proportions normales ;

3° Que ces matières se trouvent alors identiques sous le rapport de leur état, de leurs propriétés physiques et chimiques à ce qu'ils sont dans les conditions physiologiques ordinaires.

ENSEIGNEMENT.

DÉCRET CONCERNANT UN CONCOURS POUR L'ADMISSION AUX EMPLOIS D'ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

NAPOLÉON,

Par la grâce de Dieu et la volonté nationale, empereur des Français,

A tous présents et à venir, salut :

Vu le décret du 23 mars 1852, relatif à l'organisation du corps de santé de l'armée de terre ;

Vu le décret du 13 novembre 1852, portant organisation de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires ;

Sur le rapport de notre ministre secrétaire d'État au département de la guerre,

Avons décrété et décrétons ce qui suit :

TITRE Ier.

RECRUTEMENT DES ÉLÈVES DESTINÉS AU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE.

Art. 1er. Il y aura tous les ans, à l'époque qui sera fixée par le ministre de la guerre, un concours pour l'admission aux emplois d'élève du service de santé militaire.

Art. 2. Les conditions d'admission à ce concours sont les suivantes :

Être né ou naturalisé Français ;

Avoir moins de 23 ans révolus au 1er janvier de l'année suivante ;

Avoir été reconnu apte à servir activement dans l'armée, aptitude qui sera justifiée par un certificat d'un médecin militaire du grade de major au moins ; elle pourra être vérifiée, au besoin, par l'inspecteur du service de santé qui présidera le concours d'admission ;

Être pourvu du diplôme de bachelier ès-sciences ;

Avoir huit inscriptions dans l'une des trois Facultés de médecine ou dans une École préparatoire de médecine, et avoir subi, avec la note *satisfait*, les deux examens de fin d'année.

Le concours a pour objet les matières qui sont enseignées pendant les deux premières années de scolarité médicale. Il se compose de trois épreuves : d'une question écrite, d'une interrogation sur divers points de la science, et d'une épreuve pratique ; le tout conformément à un programme publié à l'avance par le ministre de la guerre.

Les épreuves auront lieu devant un jury composé d'un inspecteur du service de santé militaire, président, et de deux officiers de santé militaires désignés par le ministre de la guerre.

TITRE II.

ENSEIGNEMENT PRÉPARATOIRE.

Cours.

Art. 3. Les élèves admis par ordre de mérite et d'après la liste dressée par le jury sus-mentionné sont tenus de souscrire un engagement de servir dans le corps de santé militaire pendant dix ans, à compter de l'achèvement de leurs études préparatoires et complémentaires, et sont alors commissionnés par le ministre de la guerre, en qualité d'élèves du service de santé militaire. Sur le vu de leur commission, ils sont inscrits au secrétariat de la Faculté de médecine de Strasbourg.

Art. 4. Casernés à l'hôpital militaire de Strasbourg, ils suivent les cours de la Faculté de médecine de ladite ville.

Art. 5. Les cours obligatoires seront pour eux les suivants, conformément à l'arrêté du ministre de l'instruction publique en date du 26 septembre 1837 :

Les trois cliniques (médecine, chirurgie, accouchements) ;

Pathologie médicale ou chirurgicale ;

Matière médicale et thérapeutique ;

Médecine opératoire ;

Anatomie pathologique ;

Cours d'accouchements ;

Médecine légale ;

Hygiène générale.

Art. 6. Les programmes de ces cours déterminent non seulement l'ensemble et le cadre méthodique des matières à traiter dans les limites de chaque enseignement semestriel ou annuel, mais le nombre des leçons et les matières qui seront traitées dans chaque leçon.

Art. 7. Les programmes rédigés par les professeurs et acceptés en assemblée de la Faculté, seront soumis par le ministre de l'instruction publique à une commission mixte composée de deux membres du conseil de santé désignés par le ministre de la guerre, du directeur de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires, du doyen de la Faculté de médecine de Paris, du doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg et de l'inspecteur général de l'ordre de la médecine, président.

Le ministre de l'instruction publique, sur le rapport motivé de cette commission, arrête définitivement lesdits programmes, dont il sera remis des exemplaires au conseil de santé et à la direction de l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires.

En cas d'empêchement d'un professeur, il sera suppléé par un agrégé désigné d'avance pour chaque spécialité de l'enseignement médical ; le suppléant se conformera, comme le professeur, au programme officiel de chaque leçon.

Art. 8. Au terme de leurs études, les élèves militaires seront admis à subir les épreuves pour le doctorat ; à cet effet, ils pourront, dès le mois d'août, se présenter aux examens prescrits, et il leur est accordé un délai de cinq mois, depuis le 1er août jusqu'au 31 décembre, pour y satisfaire, ainsi que pour soutenir leur thèse, leur passage à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires devant s'effectuer du 10 au 20 janvier suivant.

(Une section II et une section III sont consacrées à la surveillance, direction et contrôle de la Faculté et au régime disciplinaire.)

TITRE III.

ENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE A L'ÉCOLE IMPÉRIALE D'APPLICATION DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES.

Art. 18. Les élèves militaires reçus docteurs passent, avec le titre de médecin stagiaire, à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, sous la condition exprimée à l'article 13 (la note *satisfait*), et ils subissent, à leur arrivée à l'École, un examen de classement.

Ils sont rétribués à l'École sur le pied de 2,160 fr. par an, et reçoivent une première mise d'équipement fixée à 500 fr.

Art. 19. L'École d'application de la médecine militaire a pour but de les initier à l'exercice spécial de l'art dans l'armée, de compléter leur instruction pratique, de leur faire connaître les règlements, lois et décrets qui régissent l'armée dans ses rapports avec le service de santé.

L'enseignement de cette École comprend les chaires suivantes :

Clinique médicale ;

Clinique chirurgicale ;

Hygiène et médecine légale militaires ;

Maladies et épidémies des armées ;

Anatomie des régions ;

Médecine opératoire et appareils ;

Chimie appliquée à l'hygiène et aux expertises dans l'armée.

Art 20. Le personnel de l'École comprend :

1 inspecteur du service de santé, directeur ;

7 professeurs, dont un remplira les fonctions de sous-directeur ;

7 professeurs agrégés attachés à chacun des sept enseignements susmentionnés.

Les deux agrégés de cliniques médicale et chirurgicale rempliront les fonctions de chefs de ces deux cliniques ; l'agrégé d'anatomie remplira celles de chef des travaux anatomiques ; l'agrégé de chimie remplira celles de chef des travaux chimiques, et ainsi de suite.

Il y aura en outre :

1 bibliothécaire conservateur des collections ;

Des aides-majors surveillants en nombre suffisant ;

1 officier d'administration chargé, sous le contrôle de l'intendance militaire, de tout ce qui concerne la gestion administrative de l'École.

Les professeurs agrégés sont nommés au concours, d'après le programme rédigé par le conseil de santé ; la durée de l'agrégation est de quatre années.

Les professeurs, sauf le cas de première nomination, sont choisis parmi les professeurs agrégés anciens ou en exercice et nommés par le ministre de la guerre, sur deux listes présentées par l'École et par le conseil de santé des armées.

Le bibliothécaire conservateur des collections est nommé par le ministre et peut être pris dans la position de retraite.

Le directeur est nommé par décret, sur la proposition du ministre de la guerre.

Art. 21. Les officiers de santé attachés à l'École reçoivent la solde de leur grade, augmentée du supplément du tiers, alloué aux officiers de diverses armes employés dans les Écoles militaires.

L'inspecteur directeur de l'École reçoit les allocations spéciales attribuées aux généraux commandant les Écoles militaires.

Art. 22. Les docteurs admis à l'École d'application remplissent dans les salles d'hôpital les fonctions de sous-aide et d'aide-major, suivant leur numéro de classement.

Un règlement intérieur, arrêté par le ministre de la guerre, déterminera l'ordre des études et l'emploi du temps.

Art. 23. Les cours, excepté ceux de clinique, sont l'objet de programmes respectifs par leçons et autographiés après avoir reçu l'approbation du ministre.

Le directeur de l'École veille à ce que les professeurs s'y conforment exactement ; en cas d'empêchement, ceux-ci seront remplacés, programme en main, par les professeurs agrégés.

Les interrogations et les épreuves pratiques qui s'y rattachent ont lieu de deux en deux mois ; elles sont faites par les professeurs, et motivent des classements qui seront notifiés au conseil de santé.

Art. 24. Les stagiaires de l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, après un an de stage, sortent de cette École avec le titre d'aide-major de 2me classe, sous la condition de satisfaire à un examen de sortie dont le programme est arrêté par le ministre de la guerre.

Art. 25. L'École est placée sous l'autorité du directeur, auquel sont particulièrement dévolus la surveillance supérieure et disciplinaire du personnel employé dans l'École et le contrôle de toutes les parties de l'enseignement.

Art. 26. Les besoins de l'instruction s'étendant au service des malades et de l'amphithéâtre, le directeur provoquera les mesures administratives nécessaires pour la conciliation de ces besoins avec ceux du fonctionnement régulier de l'hôpital, et se concertera, à cet effet, avec l'intendant militaire de la 1re division.

Art. 27. Le directeur centralise tous les documents relatifs à l'appréciation du personnel de l'École, tels que rapports de cours, de classement, etc., et en fait la base de notes annuelles qu'il transmet au ministre.

Il a droit de proposition d'office pour l'avancement et pour la Légion d'honneur en faveur du personnel de l'École ; il transmet ces propositions au ministre, pour être soumises à la commission instituée par l'article 24 du décret du 23 mars 1852.

Art. 28. L'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires est inspectée par un inspecteur médical, d'après les mêmes règles que les autres Écoles ressortissant au ministère de la guerre.

Art. 29. Toutes dispositions antérieures contraires à la teneur du présent décret sont et demeurent abrogées.

Art. 30. Notre ministre secrétaire d'État au département de la guerre et notre ministre de l'instruction publique et des cultes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret.

Fait au palais de Saint-Cloud, le 12 juin 1856.

NAPOLÉON.

Par l'Empereur :

Le maréchal de France, ministre secrétaire d'État au département de la guerre,

VAILLANT.

COURRIER.

On nous communique une lettre adressée à un de nos honorables confrères de Paris, par M. le docteur Cahen, actuellement à Vichy. Quoique cette lettre ne soit pas destinée à l'impression, nous croyons devoir la publier pour faire cesser des bruits qui n'ont aucun fondement :

Vichy, le 29 Juin 1856.

Mon cher confrère,

Si l'on m'accusait d'avoir volé les tours Notre-Dame, disait le chancelier d'Aguesseau, je commencerais par prendre la fuite. Quelque absurdes que soient les bruits qui circulent ou que l'on fait circuler sur Vichy, je crois nécessaire de les réfuter, et puisque vous voulez bien m'en entretenir, sans y ajouter foi, c'est à vous que j'adresserai cette réfutation.

Je vois par la lettre que vous m'avez fait l'honneur de m'adresser, que Vichy aurait été inondé, les sources détruites, l'état sanitaire altéré, et qu'il régnerait ici à la fois des fièvres intermittentes pernicieuses, le typhus et la peste.

Oui, Vichy a été inondé, et quatre fois l'Allier est sorti de son lit. Mais si vous connaissez Vichy et la nature du fond de l'Allier, vous comprendrez facilement que ces inondations n'ont d'inconvénient que les dégâts qu'elles peuvent causer immédiatement. En effet, elles ne laissent après elles qu'un sable fin qui sèche avec une rapidité étonnante, si bien qu'on pouvait se rendre à pieds secs aux Célestins en marchant sur le sol qui venait d'être inondé, avant même que la rivière ne fût entièrement rentrée dans son lit. Il ne saurait donc être question de marais, de marécages produits par la stagnation des eaux, ni à plus forte raison des émanations paludéennes, des miasmes pestilentiels, des effluves qui en seraient la conséquence. Vous avez vu les bords de la mer couverts de plusieurs mètres d'eau à la marée montante, et secs comme les sables du désert quelques heures plus tard ; ainsi en est-il des bords de l'Allier.

Ce n'est pas à vous que je crois nécessaire de démontrer que les sources n'ont pas été détruites, mais puisqu'il se trouve des gens qui le croient, il faut bien leur en faire voir l'impossibilité.

Il y a à Vichy cinq sources chaudes : la Grande-Grille qui marque 32° ; le Puits-Chomel, 40° ; le Grand-Puits carré, 45° ; l'Hôpital, 32° ; Lucas, 38°. Or, comme la température est en rapport avec la profondeur des sources, on comprend qu'elles émanent de points situés tout à fait en dehors de ceux qui sont accessibles avec les eaux de la rivière. A cet argument logique, j'ajouterai cette preuve démonstrative : *la température de ces sources est exactement la même qu'avant l'inondation ;* et elle n'aurait pas manqué de s'abaisser s'il y avait eu mélange avec les eaux de l'Allier. Le même argument renversé me servira pour la source des Célestins : elle marque encore à présent 13°, et avec la température dont nous jouissons, elle aurait dû s'élever s'il y avait eu mélange avec l'eau courante. Cette source, d'ailleurs, est parfaitement captée dans un tube qu'elle s'est formé elle-même, et absolument impénétrable ; si bien que du moment où elle a été découvert, les nombreux buveurs qui en ont pris ont reconnu à l'Eau des Célestins son goût, sa température, ses qualités ordinaires. Si ces preuves ne suffisaient pas, je me contenterais de vous faire observer que les effets physiologiques des eaux sont absolument les mêmes cette année que toujours, et pour nous, médecins, et pour les malades, c'est tout ce qu'il faut. J'ai, en effet, bu et fait boire des eaux de toutes les sources, et la réaction alcaline de la sécrétion urinaire s'est immédiatement manifestée ; j'ai pris et fait prendre des bains, et le même résultat a été évident.

J'aborde à présent la grande question de l'état sanitaire : je vous affirme de nouveau qu'il est tout à fait satisfaisant ; mon affirmation vous suffirait, je le sais ; mais pour que vous puissiez convaincre les plus incrédules, voici le relevé statistique de la mortalité pendant le mois de juin :

1853,	10 décès,	dont 7	étrangers à la localité.	
1854,	10	—	4	—
1855,	4	—	2	—
1856,	5	—	2	—

Les décès de cette année sont en beaucoup trop petit nombre pour qu'on puisse y voir le résultat d'une influence épidémique ; néanmoins, j'ai tenu à être renseigné sur les causes de la mort, et voici ce qu'atteste le relevé officiel, signé du maire, et revêtu du cachet de la mairie, que je copie textuellement.

Tableau des décès en juin 1856.

1° Pinard, 54 ans, conducteur des ponts-et-chaussées au *Sénégal*, mort par suite d'une affection chronique du cerveau et de la moelle épinière ;

2° Giles, 46 ans, restaurateur, affection chronique du cœur ;

3° Puyravel, 55 ans, indigente, affection chronique des viscères abdominaux ;

4° Cazenaud, 14 jours ;

5° Deltrieux, 35 ans, sans profession, métro-péritonite (de Vichy).

Ces faits n'ont pas besoin de commentaires ; et il est vraiment déplorable que l'erreur ou la malveillance compromettent d'une manière aussi grave les thermes les plus justement estimés, l'avenir d'un pays, la santé de plusieurs milliers d'individus. Fort heureusement, quoi qu'on dise et qu'on fasse, Vichy continuera à verser la santé sur ses obscurs blasphémateurs.

Recevez, mon cher confrère, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

CAHEN.

— Dans la liste des personnes décorées à l'occasion du baptême du Prince impérial, le *Moniteur* a désigné et nous avons indiqué d'après lui M. J. Mayer, *docteur* à Strasbourg. M. J. Mayer n'appartient pas au corps médical ; il est *docteur en philosophie* d'une Université allemande.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FELIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 81. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 5 Juillet 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Toxicologie : Expériences sur l'action de la cantharidine, comparée à celle des cantharides. — II. Chirurgie : De la section mousse. — III. Académies et sociétés savantes (Académie des sciences). Séances des 16 et 23 Juin : Typhus. — Etude de l'œil sur le vivant. — Choléra. — Empoisonnement par la racine de l'atractylis gummifera. — *Société médicale d'émulation de Paris* : Examen du sang des scorbutiques. — Névropathie et épilepsie traumatique. — IV. Presse médicale allemande : Rapport sur le bandage plâtré du docteur Mathysen, fait à la Société impériale des médecins de Vienne. — De l'emploi du chloroforme dans la pratique obstétricale. — Résultat des opérations faites à Helsingfors, pendant le bombardement de Svéaborg. — Amputations faites à Svéaborg, et malades transportés ensuite à Helsingfors. V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causeries.

TOXICOLOGIE.

EXPÉRIENCES SUR L'ACTION DE LA CANTHARIDINE, COMPARÉE A CELLE DES CANTHARIDES ;

Par le professeur Schroff, de Vienne.

Cet observateur distingué a essayé sur des lapins et sur un homme ces deux agents, pour connaître la différence de leur action et leur énergie respective. Avant de donner le résumé de ces expériences, disons seulement qu'un centigramme de cantharidine avait déterminé un état des plus graves chez l'homme qui l'avait pris, contrairement aux assertions de M. Pullino qui en avait avalé lui-même 10 centig.

La cantharidine est évidemment le principe âcre des cantharides, au moyen duquel celles-ci déterminent de l'inflammation non seulement aux points de contact, à partir de la bouche jusque dans l'intestin, mais également dans les organes du système urinaire. Les parcelles de cantharidine, restant sur les lèvres et sur la langue, provoquent l'inflammation et la vésication bien plus rapidement que les cantharides ; il en est de même pour l'inflammation de l'œsophage, de l'estomac et du canal intestinal, des reins et de la vessie. Chez les animaux, on ne parvient pas toujours à enflammer tous les organes urinaires à la fois, parce que la mort arrive trop tôt ; l'essai fait sur l'homme avait déterminé cette lésion sans aucun doute, car les symptômes en étaient des plus caractéristiques et persistants. Dans aucun cas d'empoisonnement par les cantharides et la cantharidine, administrées à l'intérieur, l'inflammation n'a fait défaut, à l'exception peut-être de ceux dans lesquels une dose énorme avait été donnée. Dans les parties supérieures, quand le poison y séjourne un peu, il se forme des phlyctènes, et avec la cantharidine, même une ulcération des follicules. Dans l'estomac et les intestins, l'épithélium s'exfolie en masse ; une transsudation abondante a lieu ; de là des selles liquides copieuses. L'inflammation se borne aux couches superficielles de la muqueuse, et est caractérisée par l'injection capillaire, la stase et l'extravasation sanguines, l'imbibition des cellules de la couche des glandes pepsiques avec de la matière colorante du sang, altérée. Il n'a jamais existé d'ulcération, quoique M. Schroff ne veuille pas en nier la possibilité dans certaines circonstances. L'absorption de la cantharidine se fait tantôt plus vite, tantôt plus lentement ; son excrétion a lieu principalement par les reins, peut-être aussi par la muqueuse pulmonaire et intestinale. Bientôt il survient du ténesme vésical, d'abord indolore, puis douloureux, même avant la manifestation de douleurs rénales ; chez M. H..., celles-ci se sont montrées après quelques heures seulement, et l'inflammation occupait toute la longueur des voies urinaires, depuis les reins jusqu'à l'orifice externe de l'urètre. D'autres fois, au contraire, elle ne siége que dans l'un ou l'autre organe urinaire, sans montrer de prédilection pour aucun d'eux. L'inflammation reste superficielle ; dans les reins, on observe de l'hyperémie, de l'hémorrhagie capillaire, une légère exfoliation de l'épithélium, des canalicules urinaires, et plus tard des exsudations fibrineuses ; dans les bassinets, les uretères, la vessie et l'urètre, on trouve le détachement en masse de l'épithélium de la muqueuse : de l'hémorrhagie, des concrétions fibrineuses, du pus, de l'injection capillaire, de la tuméfaction. L'urine, fortement albumineuse, devient alcaline. Par la perte de l'épithélium, les terminaisons des nerfs sensitifs de ces organes se trouvent à nu, et sont soumises au contact irritant de l'urine et de la cantharidine ; de là ces violentes douleurs et le ténesme vésical et rectal. La sécrétion urinaire est diminuée, et paraît même complétement supprimée, quand l'action de la cantharidine est très intense.

Un gramme de cantharides avait tué un lapin en cinq heures ; 1 décig. de cantharidine seulement en sept à dix heures ; 2 décig. en trois heures. En partant de ces données, M. Schroff avait regardé la dose de 1 centig. comme innocente pour l'homme, et M. H... avait pris cette quantité. Le résultat en a décidé autrement ; les accidents survenus étaient excessivement graves et ont failli entraîner une catastrophe. M. Schroff prévoit l'objection, qu'un seul essai ne prouve rien, et que M. H... peut avoir une idiosyncrasie particulière pour la cantharidine. Il répond que cet expérimentateur n'est pas facilement influencé par les médicaments, et, dans beaucoup d'expériences, ses résultats avaient servi de contrôle à ceux obtenus par d'autres personnes, quand il était resté quelques doutes sur la nature et la provenance des symptômes observés. Il est donc inexpliquable pourquoi M. Pullino n'a obtenu que des phénomènes insignifiants avec une dose dix fois plus forte. (Était-ce de la cantharidine pure ?) Il est probable que la cantharidine a une action cinquante fois plus forte que les cantharides. Ces dernières renferment sans doute des quantités de cantharidine variables, d'après la grandeur, le sexe, l'âge de l'animal, et surtout d'après la manière dont on l'a tué et conservé. Si donc on voulait faire usage à l'intérieur de la cantharidine, ce qui serait un luxe inutile, il faudrait la donner à la dose de 1 à 2 milligrammes.

M. H... avait pris antérieurement 10 gouttes d'une teinture préparée avec 30 cantharides fraîchement récoltées en mai, tuées en les mettant dans une boîte de fer-blanc hermétiquement fermée et posée dans des cendres chaudes, et digérées, sans être séchées, pendant quinze jours, avec 30 grammes d'alcool du commerce. Cette dose avait rapidement déterminé des sensations voluptueuses avec érections. Rien de pareil n'avait été observé avec la cantharidine. On pourrait dire que, dans une situation aussi douloureuse que l'était celle de M. H... après la catharidine, toutes les idées et toutes les préoccupations sont concentrées sur l'état grave et ne permettent aucune dépression. Mais, avec la teinture de cantharides, les phénomènes érotiques s'étaient montrés de bonne heure, avant que les douleurs lombaires et abdominales ne se fussent manifestées, et les érections continuaient même encore, lorsque les douleurs étaient devenues violentes. Avec la cantharidine, les douleurs vives ne se sont déclarées que plusieurs heures après l'ingestion, et tout de même il n'y eut aucun phénomène érotique ni avant, ni pendant, quoiqu'il existât une inflammation vive de la vessie et de l'urètre.

Cette observation corrobore donc l'opinion de M. Bretonneau, qui nie également à la cantharidine l'action aphrodisiaque. Il n'est pas encore démontré dans quel principe elle réside ; *à priori*, ce serait plutôt dans le principe volatil que les cantharides possèdent surtout à l'époque de leur copulation, et qui leur donne l'odeur désagréable caractéristique. Werlhof parle déjà d'un garçon qui était pris de priapisme et de pollutions, par la seule odeur des cantharides (1).

CHIRURGIE.

DE LA SECTION MOUSSE ;

Mémoire lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 24 Juillet 1856,

Par M. le docteur Heurteloup.

Tout désordre dans l'économie s'exécute avec ordre ; il faut troubler cet ordre.

L'histoire des faits de plaies accidentelles opérées mécaniquement par d'autres agents que les lames tranchantes, met en lumière des phéno-

(1) Extrait du *Zeitschr. d. k. k. gesellsch d. aerz. f. zu Wien*, 1855, nos 7 et 8.

Feuilleton.

CAUSERIES.

Je ne sais si vous connaissez, et je ne sais plus moi-même où j'ai lu l'anecdote que voici :

Un paysan va trouver un avocat, et lui dit : Donnez-moi un conseil.

— Sur quelle affaire, mon ami ?

— Je n'ai pas d'affaire ; mais c'est égal, donnez-moi un conseil.

— Je ne demande pas mieux ; toujours est-il qu'il faut que je sache...

— Un homme comme vous sait toujours ce qu'il faut dire ; donnez-moi vite mon conseil.

L'avocat hésite, le paysan insiste, et si bien que l'homme de loi, impatienté, lui dit :

— Eh bien, mon ami, ne remettez pas au lendemain ce que vous pouvez faire la veille.

Le paysan donne son petit écu et s'en va ruminant le conseil. La journée était superbe. Si je rentrais mes gerbes ? se dit-il. Et aussitôt il court à la ferme, attelle ses bœufs, et se met en devoir de tout mettre à l'abri dans ses granges.

Bien lui en prit. Le soir, l'horizon se couvre de nuages noirs ; un affreux orage éclate ; des torrents d'eau ravinent les champs, entraînent les gerbes des voisins moins pressés ; tout est perdu ou altéré par l'eau ; et le lendemain, le paysan, en contemplant ces ravages et en voyant sa moisson bien à couvert sous ses granges, disait, en se frottant les mains :

Le conseil de l'avocat valait bien un petit écu.

Qui ne s'est donné mille fois à lui-même le conseil de l'avocat ? Les plus sages le suivent ; les imprudents l'écoutent, en sentent la justesse, mais n'en font pas leur profit. Je suis du nombre des imprudents, et voici un petit livre que j'ai sous les yeux qui me le prouve de rechef. J'ai eu vingt-fois l'intention de le faire ce petit livre, je l'ai même annoncé quelque part ; plusieurs fois je l'ai commencé, et puis, je me disais : A demain ! Et un de ces beaux demains, le livre s'est trouvé publié par un autre. C'est bien fait ! Que de conseils, que de petits écus j'ai perdus ainsi par ma faute !

Le petit ouvrage auquel je fais allusion est intitulé : *Annuaire des sciences médicales* (1) ; il a pour auteur M. le docteur Lorain, et il a été revu par M. Ch. Robin. Pour sa première année, il a paru un peu tard, les auteurs s'en excusent et promettent d'être plus prompts, plus opportuns l'année prochaine.

J'ai toujours pensé et je persiste à croire qu'un résumé bien fait, substantiel et concentré des principaux travaux et du mouvement scientifique de l'année, serait une œuvre utile et agréable à un très grand nombre de lecteurs. Ce qui se publie chaque année et dans les différents pays sur les diverses branches des sciences médicales est vraiment effrayant. Vouloir tout résumer, tout analyser dans un petit volume serait rappeler l'enfant de la légende, qui prétendait faire tenir toute l'eau de la mer dans un petit trou fait sur le sable du rivage. A peine s'il serait possible de tout indiquer, ce qui serait désirable au point de vue de la bibliographie et pour faciliter le travail aux hommes de recherches et d'érudition.

Il est donc nécessaire de faire un choix, et à moins d'adopter la forme de dictionnaire, il faut aussi classer et diviser les matières. Le choix fait par MM. Lorain et Robin est, en général, très intelligent. Pour ce qui concerne la France, ils ont résumé et quelquefois reproduit les travaux véritablement remarquables et utiles de l'année 1855. La littérature médicale étrangère n'y est pas très riche ; les auteurs auraient pu puiser plus amplement dans les journaux français qui analysent et résument la presse médicale allemande, anglaise, italienne, etc., si pour une première année ils eussent été empêchés de recourir aux sources mêmes. Tout fait croire et espérer que, pour les années suivantes, l'*Annuaire* sera plus complet et plus étendu.

Ceci me conduit à dire quelques mots du plan suivi par les auteurs. Je voudrais ce plan plus étendu, je me permets de le dire sans façon.

(1) Un volume in-18, Paris, 1856, chez Chamerot, libraire.

Puisque M. Lorain m'a coupé l'herbe sous les pieds, ainsi que cela se dit vulgairement, ce dont je n'ai aucune espèce de ressentiment, je le prie d'en être assuré, je prendrai la liberté de lui indiquer le plan que j'avais adopté et que j'aurais sans doute suivi, sauf les modifications que l'expérience aurait pu m'indiquer. Je n'ai pas la prétention de donner un conseil, j'indique seulement ce que j'aurais fait, et si M. Lorain y trouve quelque chose à prendre, j'en serai fier et honoré.

Le titre d'abord me paraissait répondre aux besoins divers du corps médical. J'avais adopté celui-ci que j'ai annoncé : *Annuaire historique, scientifique et pratique des sciences et institutions médicales*. Je ne me serais pas borné à reproduire le mouvement de la science et de l'art, j'aurais voulu indiquer aussi tout ce qui pouvait intéresser la profession, et mon travail, analytique et critique à la fois, aurait contenu tout ce que le médecin a intérêt à connaître et à retenir, au triple point de vue de la science, de l'art et de la déontologie. Aussi, avais-je divisé mon plan en cinq parties.

Dans la première partie, je m'occupais de *législation*, de *jurisprudence* et de *police médicales*. Je reproduisais, en les commentant, les lois, ordonnances et décrets survenus dans l'année, qui auraient changé ou modifié l'exercice de la médecine et de la pharmacie. Je rappelais les procès qui intéressent la pratique de l'art, et je donnais, en en indiquant les conséquences, les jugements et arrêts en matière professionnelle.

Dans la deuxième partie, je m'occupais de la *science* et de la *pratique*. J'y présentais une revue analytique des progrès faits dans l'année dans les diverses branches des sciences médicales, anatomie, physiologie, pathologie, thérapeutique, pharmacologie, obstétrique, hygiène, médecine légale, sans oublier la philosophie médicale, l'histoire et la littérature auxquelles j'aurais consacré un espace proportionné à leur importance.

Les *institutions médicales* auraient fait le sujet de ma troisième partie. J'aurais indiqué là les changements survenus dans les Facultés et Écoles civiles et militaires, soit dans leur fonctionnement, soit dans leur personnel ; dans les Académies et Sociétés médicales, dont j'aurais rappelé les principaux travaux et les plus importantes discussions ; je n'aurais pas oublié les Associations, mes chères Associations médicales, dont tous

mènes qui, jusque dans ces derniers temps, n'ont pas été étudiés dans un but pratique et ont été purement considérés comme des faits intéressants et curieux.

C'est pour concourir à l'étude de ces phénomènes que je communique à l'Académie ce court mémoire sur la *section mousse immédiate*. Je dis *immédiate* pour ne pas donner à entendre qu'il s'agit de cette *section mousse* qui s'opère avec lenteur et suppuration sous la pression d'un fil ou de deux corps opposés.

Si une partie d'un corps vivant ou qui a vécu, est fortement pressé entre deux pièces de métal dur, non tranchantes, affectant plus particulièrement la forme cylindrique et marchant l'une vers l'autre parallèlement, cette partie d'un corps vivant, ou qui a vécu, se trouve tranchée.

Cette section est d'autant plus prompte et d'autant plus nette, que les cylindres sont plus parfaits et plus identiques, que leur parallélisme est plus régulier et que la force qui les pousse l'un vers l'autre est plus considérable.

Si au lieu de faire marcher un cylindre vers un autre cylindre, on fait marcher un cylindre vers une surface plate, la section du corps mou s'opère aux dépens du tissu qui se trouve du côté du cylindre.

Si au lieu de faire marcher deux cylindres parfaits l'un vers l'autre, on aplatit l'un et l'autre de manière à ce qu'ils se touchent exactement par cette surface plate, que je suppose de 5 ou 6 millimètres de largeur, la section s'opère complétement si le tissu est mou; mais elle est incomplète si le tissu présente dans sa texture des fibres tenaces et résistantes.

Si entre deux cylindres marchant l'un vers l'autre avec toutes les conditions d'exactitude qui déterminent la section nette d'un tissu charnu, on place une feuille de papier très fin ou une feuille de métal très fine, telles que du papier Joseph ou une feuille de platine, la pression la plus grande exercée suffit à peine pour diviser ce papier Joseph ou cette feuille de platine.

Ce phénomène est encore plus évident si les cylindres sont aplatis à leur point de contact, et surtout si ce contact est empêché d'être complet par un corps très mince et très solide interposé.

Si la masse charnue interposée entre les cylindres est volumineuse, les cylindres entrent dans cette masse, en font la section, jusqu'à ce que le jeu de l'instrument soit arrêté par l'excès de la masse ou le volume du métal qui supporte le cylindre.

Mais si le cylindre est étroit, tel qu'un fil de fer cylindrique, ce fil de fer cylindrique entre dans le tissu, le pénètre, le divise, et si la force est assez grande, il en opère la section.

Si les cylindres agissent sur une partie charnue et revêtue des deux côtés d'une membrane muqueuse, ils s'avancent également dans le tissu, et après avoir marché une distance égale tous les deux, ils se rejoignent au milieu de la masse qui se trouve tranchée nettement et perpendiculairement.

Si les cylindres agissent sur une partie charnue et revêtue d'un côté d'une membrane muqueuse, et de l'autre de la peau, cette seconde enveloppe se trouve tranchée la dernière.

Si les cylindres agissent sur une partie, de manière à correspondre des deux côtés à la peau externe, les deux peaux sont rapprochées; la partie moyenne se trouve d'abord divisée; les deux tuniques sont pressées l'une sur l'autre; leurs parties les plus molles sont chassées par la pression; la partie fibreuse reste, s'aplatit, se lamine, se réduit à une ténuité extrême, en une sorte de parchemin; et enfin la partie laminée de l'une des peaux va se coller et presque se confondre et s'amalgamer avec celle de l'autre peau, de manière à former immédiatement entre ces deux peaux une suture assez résistante. Cette suture est d'autant plus large et plus solide que l'adhésion a été provoquée par des cylindres se touchant par une surface plus large, soit par le volume des cylindres, soit par l'aplatissement qui leur a été donné; je reparlerai plus en détail de cette section et de cette sorte de cicatrisation immédiate.

Enfin, si, entre deux parties charnues que l'on veut diviser du même coup, on place une feuille de platine ou de métal très mince, on n'agglutine pas les deux parties ainsi séparées par cette feuille de métal mince. Cette propriété est très importante pour conserver les ouvertures naturelles.

Plus la section mousse immédiate se fait lentement, mieux elle produit l'occlusion des vaisseaux rouges et blancs.

C'est l'action de ces corps non tranchants sur nos tissus que j'appelle la *section mousse immédiate*. Le mot *mousse*, bien qu'employé, n'est pas très français, mais il est nécessaire pour exprimer une idée et une chose nouvelles. Que l'Académie veuille donc bien m'en permettre l'usage.

Des instruments propres à pratiquer la section mousse immédiate. — Toute combinaison mécanique disposée pour rapprocher avec une force considérable deux pièces de métal mousses et continues, est propre à pratiquer la *section mousse*. Cependant il faut que ces combinaisons remplissent plusieurs conditions.

La première de ces conditions, c'est qu'il faut que l'instrument soit d'une puissance énorme pour que son action ne risque jamais de ne pas être complétée, soit par défaut de compression, soit par rupture de l'instrument.

La seconde est que malgré le grand développement en métal que nécessite cette grande force, l'instrument, quoique lourd, soit cependant assez prompt dans son action, léger dans son usage.

La troisième est que là où il faut un grand développement de force pour parfaire l'action, cette grande force soit développée sans l'interférence du chirurgien, qui alors, ayant sa pensée ailleurs qu'à développer sa force, ne s'occupe que de la direction des tissus à modifier.

La première de ces conditions demande donc beaucoup de métal employé à la construction des instruments; la seconde demande que ces instruments soient construits de manière à ce que leur action se développe facilement; et la troisième, qu'ils soient construits de manière à être mis en usage, sous la direction du chirurgien, par des aides forts et intelligents.

Ce sont ces conditions que j'ai voulu développer dans les instruments que je vous présente, et dont la puissance s'élève en proportion des résistances que le chirurgien s'attend à rencontrer, et dont les formes se prêtent à accomplir avec perfection l'acte que chacun d'eux est destiné à remplir.

Des sécateurs mousses en lignes parallèles. — En général, la *section mousse* doit être opérée en ligne droite, et le plus simple des instruments pour opérer cette section mousse droite est l'instrument que je vous présente. C'est une pince qui ressemble beaucoup à la tenaille du menuisier; seulement, au lieu d'être tranchants, ses mors sont arrondis sous la forme d'un cylindre. Les mors de cette pince représentent donc deux cylindres qui, se rapprochant parallèlement, se rencontrent suivant leur longueur aux points de tangente qui se trouvent à l'extrémité de leurs rayons parallèles. Lorsque les mors de cette pince se rapprochent, le corps interposé se trouve coupé aussitôt que les deux cylindres se touchent. Pour opérer ce rapprochement, une forte vis placée à l'extrémité des deux leviers de cette pince, rapproche ces deux leviers l'un de l'autre, de manière à donner aux leviers opposés qui forment les mors, une puissance très grande. Cette puissance est d'autant plus grande, que les leviers qui correspondent à la résistance sont courts comparativement à ceux où se trouve la puissance.

Avec cet instrument, on fait la section mousse sur tous les corps qui présentent peu de saillie. Cette saillie mousse s'opère en ligne droite, et, en général, n'a aucun besoin d'une ligature préliminaire de maintien.

Lorsque les parties à retrancher ont un certain développement, le moyen d'exécution prend nécessairement plus d'étendue, plus de force, afin de pouvoir disposer d'une puissance plus considérable. Ce moyen d'exécution est constitué par un instrument qui ressemble à celui qui est connu pour faire les filets des vis. Il est composé comme lui d'un cadre dans lequel se meuvent deux coussinets. Ces deux coussinets se rapprochent l'un de l'autre par deux vis très fortes, que font tourner deux aides, avec une puissance telle, que les deux coussinets taillés en cylindre à leur point de contact opèrent immédiatement si l'on veut une section mousse qui, tout en exécutant promptement la division du tissu, ferme complétement toutes les ouvertures des vaisseaux.

Si la courbe de ces cylindres est aplatie, toutes les parties molles sont condensées et ramenées à cet état de parchemin que j'appelle *suture immédiate*, suture que l'on peut assurer par des moyens accessoires.

On donne à ces coussinets cylindriques ou aplatis des formes variées, suivant la forme que l'on désire donner à la section mousse. Quelle que soit cette forme, l'action est toujours de la même promptitude, et la section mousse se faisant où les coussinets se rencontrent, la partie à couper se trouve divisée suivant la forme donnée à ces coussinets. Ainsi, que les coussinets soient disposés en *V*, ils coupent suivant cette forme, qu'ils soient disposés en demi-rond, ils coupent en demi-rond, etc.

De la section mousse circulaire ou plutôt semi-circulaire. — Il n'est personne qui ne connaisse la manière dont les denrées molles sont divisées dans les marchés. Chacun sait qu'un cylindre allongé et mince, connu vulgairement sous le nom de fil d'archal, sert à débiter ces denrées en faisant parcourir leurs masses par ce fil d'archal qui, pénétrant dans la masse, sépare ainsi une partie du tout. C'est également une fil de métal que j'emploie pour exécuter la *section mousse* circulaire ou semi-circulaire.

On conçoit que si une partie charnue est entourée de ce fil, si les deux chefs de ce fil métallique sont tirés en dedans d'une fente dont une pièce de métal est percée, la partie charnue qui est interposée entre l'anse du fil métallique et la plaque de métal, se trouve nécessairement coupée, si la traction est suffisante pour opérer ce genre de *section mousse*.

Eh bien, c'est ce programme que remplit l'instrument que je présente à l'Académie.

Cet instrument est composé d'une boîte en gouttière, longue de 30 centimètres, large de 2 centimètres, dans laquelle boîte marche un chariot, et dans lequel chariot vient se faire serrer, au moyen de deux fortes vis, les deux chefs du fil de métal qui doit opérer la section mousse.

A l'extrémité de cette longue boîte est une pièce de métal percée d'une fente, et dans laquelle les deux chefs du fil de fer viennent s'engager pour aller se faire fixer dans le chariot.

Une vis très forte, et mue par un levier fort long pour qu'il ait une action douce et puissante, s'attache au chariot, qu'elle entraîne avec elle en dedans de la fente, ou qu'elle repousse en dehors à volonté, et suivant le besoin. Cette vis, ayant une course de 23 centimètres, peut manœuvrer sur une anse de fil métallique de 46 centimètres, ce qui peut envelopper des masses charnues considérables. Ceci est le plus que l'instrument que vous voyez peut embrasser pour faire la *section mousse* circulaire ou demi-circulaire. Quant aux petits objets, l'instrument, quoique volumineux, exécute facilement la section mousse, même sur un cheveu, avec les conditions d'aplatissement et de fermeture des conduits, qui sont les attributs de cette section.

Quant à la manière d'appliquer l'instrument, elle est d'une simplicité que l'on comprendra facilement, si l'on considère que l'un des chefs du fil métallique étant taillé en pointe de trocart, il suffit d'enfiler avec ce chef la partie à diviser par la section mousse circulaire ou semi-circulaire. Mettant alors les deux chefs dans le petit appareil à pression qui se trouve dans le chariot, on tire le fils métallique et on divise les tissus par des tours successifs de la vis.

La *section mousse immédiate*, circulaire ou semi-circulaire au moyen d'un fil métallique cylindrique s'applique aux masses volumineuses charnues, dans lesquelles elle pénètre en étreignant les tissus et en les divisant par la traction préliminaire des fibres et ensuite par leur rupture après une certaine élongation, ce qui donne à ce genre de section mousse une grande analogie avec les plaies par arrachement; seulement elle n'a pas, comme ces dernières, de l'irrégularité et de l'imprévu.

La section mousse circulaire ou semi-circulaire n'a donc aucune analogie avec la section mousse par pièces ou cylindres parallèles et ne produit pas comme elles l'occlusion de la plaie par suture immédiate et artificielle et souvent la cicatrisation.

La *section mousse immédiate* n'étant, en résumé, que l'application à la division des tissus d'une force de compression portée au plus haut degré pour diviser les tissus par la comminution ou la rupture de leurs fibres, les instruments qui en permettent l'usage doivent avoir un grand développement qui pourra, au premier abord, paraître inusité, cependant je me décide à mettre sous les yeux de l'Académie ces instruments qui ont servi à mes expériences et à quelques applications chirurgicales. Ces instruments, qui peuvent être variés à l'infini dans leur forme, doi-

---

les ans j'aurais indiqué le mouvement, et dont j'aurais été si heureux de constater les progrès.

J'aurais consacré la quatrième partie à la *bibliographie*. Cette partie, sans avoir la prétention de la faire complète, ce qui me semble bien difficile, j'aurais cherché à la rendre aussi étendue que possible. Je l'aurais divisée en deux parties, bibliographie générale, livres, brochures, etc.; bibliographie de la Presse médicale. Quant à l'ordre à suivre ici, toute classification présentant nécessairement des lacunes et des difficultés souvent insurmontables, j'adopterais purement et simplement l'ordre alphabétique. Je crois qu'un travail de cette sorte, soigneusement fait, acquerrait, dans peu d'années, une véritable importance. On sait quelles difficultés les hommes d'étude éprouvent aujourd'hui dans leurs recherches; pour connaître les sources seulement il faut perdre un temps énorme, et ces difficultés et ces labeurs augmentent tous les jours au milieu de notre énorme production. Ce serait donc faire chose très utile que de commencer dès aujourd'hui à publier des *tables* bibliographiques afin de ne pas laisser s'augmenter les difficultés et les embarras qui attendent les travailleurs.

J'aurais voulu consacrer ma cinquième et dernière partie à la *nécrologie*. Il est salutaire de penser aux morts, a dit l'écriture. De courtes notices sur les médecins célèbres que la mort enlève tous les ans, sur tous ceux qui, à quelque titre que ce soit, ont honoré la science et la profession, compléteraient ce travail annuel dont la continuité assurerait le succès, et qui certainement acquerrait *vires eundo*.

Sans doute, il faudrait pour ce travail ainsi entendu un peu plus d'air et d'espace que l'éditeur, trop parcimonieux peut-être, n'en a accordé à M. Lorain. Dans les conditions qui lui ont été faites, l'auteur a tiré le meilleur parti possible des éléments qu'il avait sous la main. Cet essai doit être encouragé, et s'il est possible de mieux faire, M. Lorain réunit tout ce qu'il faut pour le tenter et pour l'accomplir.

Je signalerai, par exemple, comme témoignage de ce que peut M. Lorain, une appréciation intelligente et sage des thèses soutenues en 1855 dans les diverses Facultés de l'Empire, et surtout dans la Faculté de Paris. Cependant, je ne partage pas tout à fait sa satisfaction sur la tendance et la direction que traduisent tous ces sujets de thèses. Il y a beaucoup moins d'anatomie pathologique pure qu'il y a vingt ans, cela est vrai, et cela dénonce une diversion évidente de l'esprit médical. Mais on n'y aperçoit non plus aucune aspiration vers les recherches générales, vers l'histoire, vers la philosophie de la science, et je ne peux voir là qu'un triste indice, qu'un fâcheux retentissement de l'état actuel de l'enseignement dans nos Écoles. Et, chose singulière, Montpellier n'est pas plus riche que Paris dans cette manifestation, et M. Lorain fait observer avec raison, et confirme ce que j'ai dit souvent et depuis longtemps, que pour tout ce qui concerne la science médicale appliquée, il est impossible d'apercevoir ce qui distingue Paris de Montpellier.

Où donc l'élève prendrait-il aujourd'hui ces aspirations et ces tendances vers les recherches philosophiques et historiques? Y a-t-il l'ombre d'un enseignement de ce genre? A part les belles leçons de M. Andral, que nous sommes si heureux de pouvoir reproduire, mais qui ne sont qu'un incident dans le programme de son cours, où aperçoit-on une velléité d'un enseignement un peu élevé vers l'histoire et la philosophie? La seule chaire où cet enseignement peut se donner, la chaire de médecine au Collége de France, a été détournée de son but. J'en ai déjà, ici même, témoigné ma peine et mon regret. Aussi, jugez avec quelle joie j'ai lu ces jours passés les lignes suivantes de M. Littré, que j'emprunte au *Journal des Débats* du 28 juin dernier :

« Je ne regrette donc pas qu'elle appartienne — la chaire de médecine — à M. Cl. Bernard; mais ce que je regrette profondément, c'est que nulle part, dans le haut enseignement, il n'y ait une chaire d'histoire de la science, et que le Collége de France ait laissé périr en son sein toute tradition de ce genre. On est en droit de s'en plaindre non seulement au nom de chaque science particulière, mais au nom de la science générale et des études supérieures. Car tandis que dans l'histoire politique on voit moins clairement et l'on conteste même l'évolution des choses, cette évolution éclate irrésistiblement dans l'histoire des sciences; et là on trouve, dans une texture continue, cet enchaînement, cette filiation, ce progrès, qui désormais sont la base de toute philosophie. — E. Littré. »

Dieu me garde de rien ajouter à cette belle et éloquente protestation. On est heureux et fier de se rencontrer avec un esprit de la force de M. Littré.

Je parlais, samedi dernier, du rôle du médecin dans les Sociétés de secours mutuel. J'ai reçu, à cet égard, une lettre que son respectable signataire me permettra de reproduire ici. C'est un appui trop considérable pour la requête de nos honorables confrères d'Orléans pour que je ne m'empresse pas de le leur envoyer :

« Monsieur,

» Après avoir lu vos bonnes *Causeries* de samedi dernier, je n'ai pu m'empêcher de prendre la plume pour vous dire que le système du service médical par abonnement libre, qui a été adopté par la Société de secours mutuel du quartier du faubourg Saint-Denis, et auquel vous avez bien voulu accorder la publicité de l'Union Médicale, fonctionne depuis huit ans, à la grande satisfaction de tous les intéressés, savoir: des sociétaires dont il ne violente pas la confiance, des médecins auxquels il conserve des clients et des obligés, du conseil d'administration dont il soulage la responsabilité et auquel il attire chaque jour de nouveaux adhérents. Peut-être penserez-vous qu'il serait utile de faire connaître aux médecins d'Orléans un fait qui pourrait contribuer à déterminer l'autorité à faire droit à leur juste réclamation.

« Veuillez agréer, je vous prie, Monsieur, l'expression de mes sentiments de haute estime et de bien affectueux dévouement.

Vée.

» 10 Juin 1856. »

Voilà une expérience concluante et bien faite pour modifier les idées des administrations locales.

Amédée Latour.

Par décret du 16 juin, M. Alquié, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret du 1er juillet, une chaire spéciale de zoologie est créée à l'École supérieure de pharmacie de Paris. M. Valenciennes, membre de l'Institut, professeur au Muséum d'histoire naturelle, est nommé professeur titulaire de cette chaire.

vent avoir nécessairement ce caractère en raison de leur usage. Que l'Académie veuille bien ne pas perdre de vue que plus l'instrument propre à exécuter la *section mousse* est développé, plus il est d'un usage léger pour le chirurgien, car le développement permet de tirer la force nécessaire de la main des aides, et laisse au chirurgien toute la délicatesse de ses mains et toute la netteté de son jugement. J'ai déjà fait cette remarque, mais je la renouvelle ici pour l'usage de ceux qui, tout en souriant, ont de la difficulté à admettre que pour arriver au résultat il faut le moyen.

La *section mousse* a des buts et des résultats importants :

1° Elle produit souvent la cicatrisation immédiate ;

2° Elle ferme immédiatement les vaisseaux artériels et veineux, car elle n'est ordinairement suivie d'aucune hémorrhagie.

3° Elle ferme les vaisseaux lymphatiques, car après elle, la suppuration est presque nulle ;

4° Elle intercepte probablement cet *aura* sensitif qui apparaît souvent dans le nerf après la section par la lame tranchante.

Ces quatre conséquences principales de la *section mousse* sont certes d'une assez grande nouveauté et d'une assez grande importance pour qu'elles attirent à un haut degré l'attention du chirurgien sérieux : car si ces phénomènes sont patents lors de la division du tissu par d'autres moyens que l'incision ; si ces phénomènes sont reconnus depuis longtemps ; si l'inexorable nécessité veut que, dans des cas nombreux, on soit obligé de renoncer à l'incision ; si des faits comparatifs entre la section incisive et la section mousse dans les cas ordinaires viennent donner pleine raison à cette dernière ; enfin, si l'anesthésie vient aplanir toutes les difficultés qui naîtraient d'une douleur comparative plus grande, il est de toute évidence que la *section mousse* ne peut être accueillie avec indifférence là où le progrès de la science est désiré.

Qu'une dernière réflexion termine ce court mémoire.

Tout désordre dans l'économie s'exécute avec ordre, il faut troubler cet ordre.

La lame tranchante respecte cet ordre qui produit le désordre, puisqu'elle laisse béants les conduits qui laissent passer les fluides qui forment les solides vicieux.

La section mousse ferme ces conduits.

Qui donc pourrait raisonnablement ne pas étudier ce genre de section dans ses conséquences, ne pas se servir, dans les circonstances convenables, des moyens qui en permettent l'emploi, et ne pas reconnaître et appliquer à la section des tissus une philosophie qui conduit si souvent et avec succès à l'emploi de ces agents si connus et si appréciés sous le nom d'agents perturbateurs ?

Dans un mémoire subséquent, je prendrai la liberté d'entretenir l'Académie de l'une des formes de la *section mousse* qui amène la *section immédiate*, et quelquefois la *cicatrisation immédiate*.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 Juin 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Typhus.

M. Garcin communique une note sur des cas de typhus observés à l'hôpital de Neufchâteau (Vosges) chez des soldats revenant de Crimée. L'auteur y rapporte les faits qui suivent :

Le 64e régiment d'infanterie de ligne s'est embarqué à Balaclava le 29 avril. Après une traversée non interrompue, il est arrivé à Marseille le 10 mai, puis à Villefranche le 12 au moyen du chemin de fer, et enfin à pied, le 16, à Châlon-sur-Saône, où le débordement des eaux l'obligea à séjourner pendant quatre jours. Depuis le départ de Crimée jusqu'au 24 mai, aucun cas de typhus ne s'était déclaré ; mais à dater de ce jour, le colonel dut abandonner à chaque étape de nouveaux malades, et, en arrivant à Neufchâteau, l'hôpital en reçut neuf, chez qui l'on observait à un haut degré tous les caractères indiqués par la lettre de M. l'inspecteur Baudens. Un dixième soldat, du 62e de ligne, qui avait fait la traversée en même temps que le 64e, avait été admis par moi dès la veille, également affecté de typhus.

La maladie datait de un à trois jours lors de leur entrée à l'hôpital de Neufchâteau, le 28 mai. On observait chez tous les symptômes suivants : stupeur, céphalalgie intense, surdité, vertiges, prostration des forces (la plupart ne pouvaient se tenir debout), pouls fréquent et dépressible, peau brûlante, soif intense, voix éteinte (à peine s'ils pouvaient parler), état saburral très prononcé des voies digestives ; plus tard, langue sèche et noire ; pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite.

Dans quatre cas, la maladie avait débuté par des accès de fièvre intermittente, qui se sont renouvelés deux ou trois jours de suite avec frissons, chaleur et sueurs, et, dans deux autres, par un état catarrhal des voies respiratoires. Trois ont eu du délire, dont un furieux pendant quatre jours ; deux des épistaxis, et deux seulement quelques rares pétéchies ; trois ont éprouvé des douleurs abdominales et du dévoiement ; les autres étaient constipés.

J'avais donné tout d'abord à cette maladie le nom de typhus, ne pouvant la rattacher à un autre genre. Mais, deux jours après, la dernière colonne de ce régiment arriva à Neufchâteau (sans nous laisser de malades). Je priai M. le médecin aide-major de venir faire la visite avec moi, et il reconnut immédiatement le typhus de Crimée. En voyant ces militaires si gravement atteints, il me dit : « Vous serez bien heureux si vous n'en perdez que quatre ou cinq. » Ce pronostic ne s'est heureusement pas confirmé.

Dès le premier jour, je prescrivis à tous : eau de Sedlitz, à laquelle on dut revenir plusieurs fois chez la plupart des malades ; application d'eau fraîche sur la tête, incessamment renouvelée ; solution de sirop de groseilles et boissons mucilagineuses pour ceux qui étaient affectés de bronchites ; lavements et cataplasmes ; enfin, sinapismes et vésicatoires aux membres inférieurs, chez ceux qui avaient du délire ou un état comateux très prononcé. Je n'ai eu recours ni aux saignées ni aux sangsues ; la nature de la maladie et la dépression du pouls m'ont paru contre-indiquer ces moyens. Je pensais faire usage du sulfate de quinine, mais les purgatifs ont fait justice de l'intermittence qui s'était manifestée chez quatre malades.

Aucun de ces militaires n'a succombé, malgré l'intensité de cette affection ; ce qu'il faut attribuer surtout, je crois, à l'éloignement du foyer d'infection, à l'influence favorable de l'air natal, et aussi aux soins de tous les instants qui leur ont été prodigués par les sœurs de notre hôpital. La convalescence a marché rapidement. Du huitième au douzième jour, les yeux des malades se rouvrirent ; la figure reprit de l'expression, et la parole redevint facile ; puis l'appétit se prononça. Enfin, aujourd'hui, 13 juin, seize jours depuis l'entrée à l'hôpital, notre dernier malade a pu être levé pendant quelques heures, et j'espère pouvoir incessamment leur faire rejoindre leur régiment, en garnison à Phalsbourg. (Renvoi à l'examen des commissaires nommés pour le mémoire de M. Baudens : MM. Velpeau et J. Cloquet.)

Étude de l'œil sur le vivant.

M. Waller communique à l'Académie une description très succincte d'un procédé qui permet d'observer sur l'œil de l'animal vivant les images des objets lumineux qui se forment sur le fond du globe oculaire, et d'examiner dans les vaisseaux de l'iris, du corps et des procès ciliaires et dans la choroïde la circulation du sang sous le microscope.

Pour observer les images du fond de l'œil, dit l'auteur, je produis l'*exophthalmose* artificielle du globe de l'œil, ce qui se pratique aisément sur le lapin, le cochon d'Inde et sur le mulot en écartant fortement les paupières. Sur l'œil luxé, en présentant obliquement devant lui un objet lumineux on aperçoit aisément à travers la sclérotique son image renversée, dont les mouvements en sens opposé correspondent à ceux de l'objet extérieur. On reproduit à volonté sur le même animal cette expérience, qu'il est facile de varier de différentes manières pour apprécier les effets de l'éloignement sur l'intensité lumineuse de l'objet.

En maintenant l'œil dans un état immobile, il est très adapté pour toutes les expériences physico-physiologiques sur ces images.

L'auteur annonce qu'il communiquera plus tard les résultats détaillés des recherches qu'il a faites à l'aide de ce procédé.

— M. Cl. Bernard présente un mémoire imprimé de M. Denis (de Commercy) ayant pour titre : *Nouvelles études chimiques, physiologiques et médicales sur les albuminoïdes qui entrent comme principes immédiats dans la composition des solides et des fluides organiques tant animaux que végétaux.*

M. Bernard donne, de vive voix, une idée de ce travail, qui est destiné par l'auteur au concours pour les prix de médecine et de chirurgie.

— M. Poujade présente au concours pour le prix du legs Bréant un mémoire imprimé ayant pour titre : *Recherches théoriques et pratiques sur l'affection typhoïde intense, générale, dite choléra épidémique.* (Commission du legs Bréant.)

— L'Académie procède dans cette séance à la nomination de la commission chargée de l'examen des pièces admises au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de la fondation Montyon.

MM. Rayer, Velpeau, Andral, J. Cloquet, Cl. Bernard, Jobert (de Lamballe), Duméril et Flourens composent cette commission.

—

Séance du 23 Juin 1856.

Adaptation de l'œil.

M. Henry Muller adresse une réclamation de priorité à l'occasion d'une communication récente de M. Rouget sur l'appareil d'adaptation de l'œil. La réclamation de M. H. Muller porte principalement sur la description d'un muscle ciliaire annulaire donné comme un fait nouveau dans la note de M. Rouget, et découvert par lui en 1855, ainsi que le constate le compte rendu de la Société physio-médicale de Wurtzbourg, publié au mois d'avril dernier.

Choléra.

M. Ayre envoie de Hull (Angleterre) un opuscule imprimé destiné au concours pour le prix du legs Bréant.

Cet opuscule se compose :

1° D'une lettre en français adressée aux membres de la section de médecine et de chirurgie sur sa méthode de traitement du choléra par l'administration du calomel à petites doses répétées fréquemment pendant toute la période du collapsus ;

2° De documents relatifs aux résultats obtenus de cette méthode en diverses parties de la Grande-Bretagne et des États-Unis d'Amérique ;

3° D'un certain nombre d'observations prises sur des sujets de différents âges, depuis 18 mois jusqu'à 90 ans. (Renvoi à la section de médecine et de chirurgie constituée en commission spéciale pour le concours du prix Bréant.)

Empoisonnement par la racine de l'atractylis gummifera.

M. Bouros adresse l'addition suivante à une précédente communication sur des cas d'empoisonnement qu'on avait cru pouvoir attribuer à la racine de l'*atractylis gummifera*.

« M. Sartoris, pharmacien de la cour, homme très versé dans la connaissance de la Flore grecque, a été envoyé à l'île de Myconos pour y recueillir des renseignements exacts sur toutes les circonstances relatives à l'empoisonnement des trois enfants, et y faire des recherches botaniques sur les plantes qui poussent à l'endroit où cet accident avait eu lieu. Il résulte de ses informations que, outre les symptômes relatés par le médecin de la commune, les enfants avaient *tous* présenté du délire et des convulsions. Quant à la plante qui avait donné la mort à ces enfants, M. Sartoris, après un examen soigneux, a trouvé que, parmi les plantes reconnues comme toxiques, il ne pousse à l'endroit indiqué que la *mandragora vernalis* L. et l'*euphorbia paralias* L. Outre ces plantes vénéneuses, il y a trouvé une grande quantité d'*echinops viscosus*, ainsi que l'*atractylis gummifera* L.

» M. Sartoris pense que ni l'*atractilis gummifera* ni l'*euphorbia* n'ont été la cause de la mort : il n'est point possible de manger de l'euphorbia, et pour l'atractylis il croit qu'à l'époque où l'accident avait eu lieu elle n'avait encore poussé ou du moins n'était pas encore assez développée. On ne saurait donc soupçonner que l'échinops ou la mandragore. M. Sartoris a apporté de Myconos une grande quantité d'*echinops viscosus* ; j'en ai fait préparer un extrait aqueux et un extrait alcoolique ; on a administré à un jeune chien de fortes doses des deux extraits sans en obtenir des effets toxiques. Encouragé par ces expériences, un vétérinaire a avalé une cuillerée à bouche d'extrait aqueux sans éprouver le moindre dérangement.

» Il résulte de ces expériences que ce n'est pas probablement à l'atractylis, mais bien à la mandragore que l'on doit attribuer la mort des trois enfants, ce qui me paraît d'autant plus vraisemblable qu'à la suite de l'ingestion de la plante vénéneuse tous ces enfants avaient été pris de délire et de convulsions. »

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à la nomination de la commission appelée à juger les pièces adressées au concours pour le prix de physiologie expérimentale (fondation Montyon). Cette commission se compose de MM. Cl. Bernard, Flourens, Rayer, Serres et Milne-Edwards.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS,

Séante à la Faculté de médecine.

Séance du 3 Mai 1856. — Présidence de M. Herpin (de Genève).

Examen du sang des scorbutiques. — M. Mandl, à propos de l'observation d'hématémèse lue dans la dernière séance par M. Fournet, fait remarquer que l'on a dit que, dans les affections scorbutiques, les qualités normales du sang étaient altérées. Il a examiné du sang de scorbutiques, soit extrait des vaisseaux, soit pris dans les épanchements sous-cutanés ; le microscope ne lui a révélé aucune altération. Comment donc se fait-il que ce sang s'échappe des capillaires, et n'est-on pas porté à conclure qu'il peut bien y avoir plutôt lésion de ces vaisseaux, et qu'il y aurait de nouvelles recherches à faire dans cette direction ?

Nécropathie et épilepsie traumatiques. — M. Larrey communique à la Société quelques observations sur des phénomènes nerveux, liés à des accidents traumatiques, qu'il qualifie de névropathie traumatique et dans quelques cas d'épilepsie traumatique. C'est chez quelques blessés revenus de Crimée et entrés au Val-de-Grâce, que nombre de ces accidents ont pu être notés. Deux surtout méritent l'attention.

Un soldat reçut une balle, qui lui traversa l'avant-bras. Le radius fut lésé vers son extrémité inférieure et le nerf radial probablement intéressé. Il ne paraît pas qu'il soit resté de corps étranger dans la plaie ; une cicatrice un peu enfoncée se voit sur le lieu de la lésion ; la fracture est consolidée.

Rien dans les antécédents du malade ne peut avoir de rapport avec les accidents nerveux dont il va être question ; il faut éloigner aussi l'idée d'une maladie simulée ; toutes les mesures ont été prises pour se mettre en garde contre cette fraude : d'ailleurs aucun intérêt n'y porterait le malade.

Des accès, qui semblent se rapprocher, sont caractérisés par une sorte de congestion cérébrale ; la face est rouge, vultueuse ; les yeux convulsés, les dents serrées ; la bouche présente de l'écume. Il y a même une espèce d'*aura* partant de la cicatrice ; puis des fourmillements dans le bras blessé, souvent des crampes douloureusas dans le pouce du même côté. Ces crampes, le malade les amoindrit ou les fait cesser en se pressant le pouce et le secouant, et souvent même ainsi fait avorter l'attaque. Celles-ci durent cinq à six minutes, plus ou moins, et présentent quelques variétés de nuances.

Dans le second cas, c'était un soldat qui eut la crête iliaque gauche fracturée d'un coup de feu. La cicatrice est régulière, le blessé est dans d'excellentes conditions ; pas d'accidents analogues antérieurs, pas de contagion par incitation ; le malade précédent était sorti de l'hôpital quand celui-ci y est entré. Quelque temps après la guérison de la blessure, on vit apparaître des accidents épileptiformes comme chez le premier ; seulement, ils sont un peu plus accentués sous tous les rapports ; ils en diffèrent, en ce qu'ils ne semblent pas avoir leur point de départ, aussi évidemment, dans la cicatrice, sont plus subits et ne laissent pas au malade le temps d'avertir. La congestion de la face était ici vraiment effrayante.

M. Larrey a encore vu, chez deux ou trois autres blessés de Crimée, des phénomènes qui se rapprochent plus ou moins de ceux dont il vient d'être parlé. Entre autres, un général reçoit une balle à la région sous-claviculaire gauche ; cette balle, dans son trajet, établit un double séton et lèse le plexus brachial. Il y eut une douleur très vive, ressentie non dans le lieu de la plaie, mais dans une cicatrice de coupure faite avec un couteau au pouce de ce côté, trente-cinq ans auparavant. La douleur fut tellement violente en cet endroit, que, pendant plusieurs jours, elle fut la seule préoccupation du blessé et dans les changements de temps, dans certains mouvements, enfin dans une foule de conditions diverses, elle se fait ressentir bien plus vive dans la cicatrice du pouce que dans le siége de la dernière blessure.

Dans le premier cas rapporté, M. Larrey avait l'intention d'ouvrir la cicatrice et de rechercher s'il n'y avait pas quelque adhérence du nerf radial à celle-ci ; mais le malade quitta l'hôpital avant qu'on eût rien tenté.

Pour le second blessé, M. Herpin voulut l'aider de son expérience spéciale dans ce cas assez peu commun.

M. Herpin : On voit souvent l'épilepsie débuter par un point de la périphérie ; et il arrive aussi que cette sorte d'*aura* se manifeste dans l'intervalle des attaques, celles-ci manquant comme chez le malade de M. Larrey, qui, en se comprimant le pouce, voyait souvent l'attaque avorter. D'où l'origine de certains moyens préconisés contre l'épilepsie, tels que les ligatures, frictions, amputations même. Cependant rarement le départ de l'*aura* se rencontre dans une cicatrice, avec le fait de M. Larrey, M. Herpin n'en connaît qu'un autre exemple, qui est en voie de guérison, puisque le malade est resté quatorze mois sans avoir d'attaques.

M. Herpin ne peut encore bien apprécier le rôle que joue la lésion, la blessure, comme cause d'épilepsie. Est-elle cause essentielle, comme le serait une plaie du cerveau, ou bien est-elle seulement cause occasionnelle ? La question est ardue et complexe ; car on ne peut nier des faits comme ceux-ci : un ancien ulcère est guéri, il survient des attaques d'épilepsie qui disparaissent quand l'ulcère est rappelé ; l'amputation d'un membre d'où partait l'*aura* fut suivie de la guérison de l'épilepsie.

M. Herpin cite encore le fait d'un militaire conduit au feu pour la première fois, qui fut pris d'une attaque d'épilepsie au passage d'un ruisseau, devant un ennemi qui n'opposa aucune résistance. Ce militaire eut ensuite de nouvelles attaques sous l'influence d'hallucinations rappelant ce fait.

M. Herpin croit ces causes accidentelles ; elles peuvent n'arriver que plus ou moins tard, ou même pas du tout, et retardent conséquemment plus ou moins l'explosion du mal. Elles doivent même, quand il y a quelques circonstances menaçantes, comme l'hérédité, par exemple, être

prises en sérieuse considération pour la prophylaxie ; mais la cause réelle, déterminante, réside plus haut. C'est pourquoi il engage M. Larrey à ne point toucher à la cicatrice de son blessé et à employer énergiquement le traitement interne. M. Larrey ne peut s'empêcher d'accorder une influence plus radicale à la cause traumatique ; car on ne peut contester que le traumatisme ne produise des phénomènes nerveux très marqués, et qui sont évidemment sous la dépendance de la plaie, de la lésion.

M. Fournet, à cette occasion, soulève la question de l'influence réciproque du physique sur le moral. Il rappelle qu'un épileptique, qui était averti de ses accès par une *aura* partant d'un doigt, fut guéri à la suite de l'amputation qu'il se fit lui-même de ce doigt au moment où l'*aura* débutait. Dans ce cas, ne peut-on pas, avec quelque raison, attribuer à la lésion matérielle la suppression des attaques? Dans d'autres cas, l'influence morale est incontestable. En voici un exemple : Une épidémie d'épilepsie par contagion s'était produite à l'hôpital des Enfants ; à une certaine heure, un grand nombre d'enfants étaient pris d'attaque, et tous les jours le nombre d'enfants atteints augmentait. Un jour, à l'heure habituelle des accès, le médecin fit préparer dans une salle tout l'appareil formidable d'une opération sanglante. Couteaux, réchauds, fers rougis, draps ensanglantés, rien ne manquait, et, par dessus tout, menace d'opérer le premier qui tomberait en attaque. Le moyen réussit.

Voici encore un autre cas propre à M. Fournet, où une affection nerveuse de cause essentiellement morale fut guérie par l'influence d'une médication toute matérielle. Une dame, d'une classe élevée, d'aujourd'hui 40 ans, éprouva, à l'âge de 3 ou 4 ans, une grande frayeur, causée par l'imprudence de sa bonne qui, au milieu de la nuit, la réveilla subitement en lui présentant une hure de sanglier. A partir de ce moment, il se développa des accidents nerveux qui persistèrent jusqu'à 40 ans environ. Ces accidents étaient devenus périodiques, mais d'une périodicité annuelle et, chaque année, répondaient à l'heure où, enfant, la malade avait été effrayée : c'était entre minuit et une heure du matin. Ces accès étaient caractérisés, d'abord par un sentiment de malaise, puis d'étouffements, d'angoisses extrêmes, langueur, prostration : la vie semblait se retirer, le pouls diminuait et la malade, ainsi que les assistants, croyaient à chaque instant que la mort allait survenir.

M. Fournet avait été déjà témoin d'une de ces attaques ; pour prévenir celle qui était attendue l'année suivante, il eut soin d'abord de faire suivre à la malade un régime à la fois fortifiant et destiné à calmer le système nerveux ; puis, la veille du jour de l'accès, il administra une forte dose de sulfate de quinine associée à l'opium. Le ventre avait été tenu libre, condition avantageuse pour faciliter l'action des alcaloïdes végétaux. Un vésicatoire, pansé avec le sulfate de morphine, avait été appliqué à la région du cœur. L'accès arriva encore, mais bien moins violent que l'année précédente.

Un an plus tard, même médication : amélioration plus notable encore. Et enfin l'année d'ensuite, la troisième du traitement, la malade fut délivrée de sa singulière affection.

M. Herpin, revenant au point de départ de la discussion, sur les plaies par armes de guerre, raconte l'histoire d'un malade atteint d'une plaie d'arme à feu, où le trajet de la balle fut singulièrement modifié par la présence d'une petite médaille sur la poitrine du blessé. La balle ayant rencontré cette médaille, entra sous un des muscles grands pectoraux, à son bord externe ; sortit à son bord interne ; rentra sous le bord interne du pectoral de l'autre côté, pour sortir enfin à son bord externe ; la guérison eut lieu sans accidents.

M. Larrey dit qu'on ne tarirait pas, si l'on voulait relater les faits les plus curieux de trajets bizarres et presque inconcevables de projectiles de guerre. Il essaiera de présenter à la Société un résumé des cas chirurgicaux, et surtout de leurs suites, observés chez des militaires revenus de Crimée ; et l'hôpital du Val-de-Grâce a été, par suite de circonstances administratives, très bien placé pour en recueillir un grand nombre.

Le secrétaire des procès-verbaux, Dr Ch. Clairin.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

RAPPORT SUR LE BANDAGE PLATRÉ DU DOCTEUR MATHYSEN, FAIT A LA SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DES MÉDECINS DE VIENNE ;

Par le docteur Cessner.

La commission nommée pour examiner la valeur de ce bandage, l'a employé dans 92 cas, surtout de fractures, d'arthrites et de déviations. Les fractures, au nombre de 52, se décomposent en : 3 de la clavicule, 7 du bras, 1 de l'olécrâne, 2 de l'avant-bras, 1 du cubitus, 2 du radius, 1 d'une phalange digitale, 21 de la cuisse, 9 de la jambe, 4 du tibia, 1 du péroné. Parmi ces fractures, il y en avait 7 compliquées. Les inflammations articulaires étaient au nombre de 18. 5 contractures de genou, suites d'arthrite, furent traitées par ce bandage, après l'extension préalable. Il y avait en outre 15 cas de déviation d'articulations, dont 1 flexion permanente de l'avant-bras, par suite de rétraction d'une cicatrice résultant d'une brûlure, 1 genou valgus double, par paralysie, 11 pieds-bots simples et doubles, 1 pied plat, 1 relâchement du ligament deltoïdien (rotulien ?) du genou. Enfin, on l'a encore appliqué dans 1 cas d'inflammation des gaines tendineuses et dans 1 cas d'ulcères.

Voici les conclusions finales de ce rapport, très détaillé et très bien fait :

Le bandage plâtré est de la catégorie des bandages solides et permanents. Il a sur le bandage amidonné et les appareils analogues, les avantages suivants :

1° La solidification prompte et la grande solidité. Il convient, par là surtout, aux fractures qui réclament une contention rapide, comme lors du transport du malade à de grandes distances, chez les petits enfants, dont l'agitation et la mobilité sont souvent un obstacle à l'application d'autres sortes d'appareils ; enfin, quand il s'agit d'immobiliser rapidement une articulation, siége d'une inflammation chronique.

2° La contention est uniforme et solide, parce que le bandage, à l'état mou, s'adapte parfaitement aux inégalités de la surface du corps, et que, par la dessiccation, il ne s'élargit ni se rétrécit.

3° Dans les fractures avec raccourcissement, quand le rétablissement de la longueur normale n'exige pas beaucoup de force, il agit comme appareil extensif, si on l'applique avec les précautions voulues.

4° Quand il est fait avec des étoffes minces, son aspect est favorable à l'œil, et il permet parfois de reconnaître à l'extérieur l'état intérieur des parties, par exemple la disposition des fragments d'une fracture.

5° Son application se fait promptement, surtout avec des bandes roulées, imprégnées de plâtre et préparées à l'avance. Comme il se solidifie promptement, on n'a besoin de fixer le membre et de surveiller l'appareil que peu de temps, ce qui offre un avantage considérable sur le champ de bataille, par exemple.

6° Aucun liquide (eau, urine, pus, etc.) ne ramollit cet appareil et n'en altère les dimensions. Il en résulte qu'on peut faire des fomentations froides sur le bandage même ou sur le membre, directement au moyen d'une fenêtre. Cette propriété le rend indiqué surtout chez les petits enfants ; on a même pu baigner ces derniers régulièrement.

7° Le bandage plâtré peut être fenêtré aussi facilement que le bandage amidonné. Il a sur ce dernier l'avantage que les bords de l'ouverture, quoique se colorant par les liquides exhalés, ne se ramollissent pas et ne prennent pas de mauvaise odeur. Quand même le pus coule entre le bandage et le membre, il n'y a pas d'odeur et la peau n'est pas excoriée, par suite de l'absorption exercée par le plâtre.

8° A cause de sa grande solidité, il se prête surtout au pansement d'articulations contractées, après leur extension artificielle, et d'articulations relâchées.

9° Pour le traitement du pied-bot des petits enfants, il constitue un bon appareil peu cher et facile à trouver partout.

Les inconvénients que la commission a trouvés à ce bandage sont les suivants :

1° A épaisseur égale, il est plus lourd que le bandage amidonné ou dextriné. S'il est épais, il entrave les mouvements des membres, ce qui est fâcheux dans certaines circonstances.

2° Un appareil un peu épais, fait avec une bande roulée, est très difficile à couper, et si l'on y est parvenu, les bords de la section ne se laissent pas s'écarter facilement et suffisamment. Pour le rendre amovible, il faut le couper sur deux faces opposées.

3° Pour obvier à cet inconvénient, on peut en former primitivement deux valves ; mais cette application n'est pas très facile et exige une certaine dextérité. Les deux valves ne sont pas aussi élastiques que celles de l'appareil Seutin ; par les manipulations, leurs bords s'écaillent, et elles ne s'appliquent plus bien exactement.

4° Dans les fractures à raccourcissement considérable, lorsque la coaptation réclame une traction considérable et continue, la puissance d'extension de cet appareil n'est pas suffisante, et ceci d'autant moins qu'au moment de l'application, il existait déjà une certaine tuméfaction.

5° Le malade, le médecin et le lit ne sont guère moins sales avec l'appareil plâtré, qu'avec l'appareil amidonné ou dextriné.

6° L'enlevement d'un bandage entier, formé d'une pièce, est difficile et ne peut être fait sans secousses, qu'avec les plus grandes précautions. Il peut donc devenir dangereux dans certains cas.

7° Les matériaux qui ont servi une fois, ne peuvent plus guère être réemployés, ce qui diminue le bon marché de ce bandage. — (*Zeitschr. de k. k. gesellsch. d. aerz. te zu Wien*, 1855, nos 11 et 12.)

DE L'EMPLOI DU CHLOROFORME DANS LA PRATIQUE OBSTÉTRICALE ;

Par le professeur Scanzoni.

1° Dans les accouchements tout à fait normaux, il faut s'en abstenir. Les contractions de la matrice se modifient après une narcotisation complète, elles deviennent plus faibles et plus éloignées l'une de l'autre ; cependant, cet état n'est que passager. Pendant et après la cinquième période de l'accouchement, les hémorrhagies sont plus faciles. L'anesthésie exige des doses considérables de chloroforme, ce qui s'explique par la respiration de la femme moins profonde et souvent interrompue, par l'impressionnabilité moindre de tout le système nerveux, par les narcotiques en général, et peut-être par la qualité hydroémique du sang. Ces causes rendent aussi raison de l'innocuité de cet agent chez les femmes enceintes ; on n'a pas encore signalé de cas de mort.

2° Contre les accidents de la parturition. On peut l'employer : *a*. Dans les accouchements trop rapides. *b*. Contre les crampes, après l'emploi inutile des autres moyens, opium, saignée, etc. *c*. Contre les contractions spasmodiques de la matrice, surtout de l'orifice externe. Mais comme cet état s'accompagne souvent d'un relâchement du corps et du fond de l'organe, l'anesthésie ne doit jamais durer longtemps, une demi-heure tout au plus. Ces contractions, qui retardent l'impulsion du placenta, sont aisément enlevées, mais exigent des précautions à cause de la facilité de l'hémorrhagie. *d*. Contre les contractions tétaniques de la matrice. *e*. Contre l'apparition prématurée des contractions utérines ; ainsi pour arrêter un avortement imminent. *f*. Contre l'éclampsie. M. Scanzoni a employé les inhalations dans 8 cas de cette redoutable complication, et il regarde cette médication comme un des moyens les plus sûrs, quoique non infaillibles, pour retarder l'apparition des différents accès. Parfois la narcotisation était difficile à obtenir ; le meilleur moment pour la provoquer est l'apparition des premiers symptômes de l'accès. *g*. Contre les contractions très douloureuses. *h*. Après l'accouchement, contre les douleurs consécutives. Mais un cas observé par M. Scanzoni, commande la prudence. L'enfant ayant pris le sein de la mère trois heures après la chloroformisation, tomba dans un sommeil profond de huit heures de durée, et donna des inquiétudes pendant deux jours.

3° Le chloroforme est toujours indiqué quand on a à faire une opération obstétricale tant soit peu sérieuse. — (*Scanzoni, Beitraege z. geburtsk*, t. II, 1855, et *Monatschr. f. geburtsk*, 1855, déc.)

RÉSULTAT DES OPÉRATIONS FAITES A HELSINGFORS, PENDANT LE BOMBARDEMENT DE SVÉABORG ;

Par le professeur Hetfelder, chirurgien en chef de l'armée de Finlande.

Désarticulation coxo-fémorale, 2 fois ; mort. Amputation de la cuisse, 6 fois ; mort. Amputation de la jambe, 5 fois ; 1 guérison. Amputation dans l'articulation tibio-tarsienne et désarticulation de l'épaule sur le même malade, 1 fois ; mort. Amputation tarso-métatarsienne et amputation de la cuisse sur le même malade, 1 fois ; mort. Amputation tarso-métatarsienne, 1 fois ; mort. Amputation tibio-tarsienne, avec résection du péroné, 1 fois ; mort. Amputation du gros orteil, 1 fois ; guéri.

AMPUTATIONS FAITES A SVÉABORG, ET MALADES TRANSPORTÉS ENSUITE A HELSINGFORS ;

1 bras, mort ; 1 de l'avant-bras, guéri ; 1 des 2, 3, 4 métacarpiens, guéri ; 1 de la cuisse, mort ; 4 de la jambe, 1 guéri.

Le total des opérations faites à la suite du bombardement, est donc de 26 ; 20 ont été suivies de mort ; 6 de guérison. Cette proportion est loin d'être favorable ; elle s'explique par différentes causes, dont les principales sont : le volume considérable des projectiles, qui ont causé toujours une commotion violente des principaux organes, surtout des centres nerveux ; la constitution médicale nervoso-putride, qui s'était fait sentir chez la plupart des malades, déjà avant leur blessure, et avait déterminé un commencement de décomposition du sang. Dans ces conditions, il ne pouvait manquer que la plupart des blessés, opérés ou non, ne fussent la proie de la pourriture d'hôpital, de la pyémie et du délire nerveux, et ceci d'autant plus que chez bon nombre de ces blessés, des maladies, comme le scorbut, les fièvres intermittentes, etc., qui avaient existé déjà antérieurement, s'étaient manifestées de nouveau bientôt après le commencement de la suppuration.

Le chiffre total des blessés était de 198 ; 16 moururent pendant le transport ou bientôt après l'arrivée à l'hôpital, 38 dans le cours du traitement ; 49 furent guéris ; 70 furent transférés à l'hôpital de Thusby (blessures légères). Au 1er octobre, il en restait 25 à l'hôpital, qui tous marchaient vers une prochaine guérison. (*Deutsche Klinik*, 1855, n° 52.)

COURRIER.

Par décrets du 28 juin, rendus sur la proposition du ministre sécrétaire d'État au département de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, ont été promus ou nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : MM. Chevalier, membre du conseil de salubrité du département de la Seine depuis vingt-cinq ans ; Deval, ancien médecin des épidémies dans le département du Puy-de-Dôme.

Au grade de chevalier : MM. Mongin Montrol, médecin des épidémies à Langres ; Vosseur, docteur-médecin à Paris ; Chappotin de Saint-Laurent, docteur-médecin à Paris.

— Par suite du décès de M. Sandras, il a été opéré quelques mutations dans les hôpitaux : M. Nonat a passé de la Pitié à l'Hôtel-Dieu ; M. Bernutz passe de Lourcine à la Pitié, en remplacement de M. Nonat, et est remplacé lui-même par M. Bergeron, qui quitte le service des nourrices.

— Par arrêté du 25 juin, M. Xardel a été nommé professeur suppléant à l'École préparatoire de Nancy. Il sera attaché aux chaires de médecine proprement dite, et M. Granjean restera attaché aux chaires de chirurgie et d'accouchement.

— Par arrêté du même jour, M. Andrieu, professeur suppléant à l'École préparatoire d'Amiens, est autorisé à se faire suppléer par M. le docteur Le Noel dans son cours gratuit de zoologie.

— M. le docteur Karl Scherzer a donné devant la Société de botanique de Vienne des détails sur quelques plantes employées par les Indiens et dont il souhaite l'introduction en Europe. Il a appelé l'attention des membres de cette Société scientifique sur l'écorce du *copalchi*, qui est usitée chez les Indiens comme remède contre la fièvre. M. Guibourt, dans son *Histoire naturelle des drogues simples* (tome II), dit que quelques centaines de kilogrammes de cette écorce ont été exportées à Hambourg en 1827, comme quinquina. — La résine du *guaco* est employée par les Indiens dans les maladies de peau. M. Scherzer mentionne ensuite un arbrisseau à thé qui croît dans le voisinage d'Istlavacan, sur le plateau de Guatemala, à 2,000 mètres au-dessus du niveau de la mer. Cet arbuste a été découvert par le pasteur du lieu, Vicente Hernandez, etc., et nommé par M. Fenzl *lippia medica*. Une infusion de feuilles de cette plante guérit les maladies d'estomac et les douleurs de tête. La civilisation n'ayant pas encore introduit le thé chinois dans ces lointains parages, les habitants s'en servent à la place du produit de l'Empire Céleste.

Dans une famine qui eut lieu, il y a quelques années, dans le département d'Intigalpa, par suite de l'invasion d'un nombre infini de sauterelles, les Indiens eurent recours à la racine de l'*helmia esurientium*, qui, comme les autres tubercules des tropiques, a un goût farineux et agréable. Pendant plusieurs mois, ce fut leur unique aliment. Par malheur, cette plante ne pourrait s'acclimater en Europe, de même que la pomme de terre douce (*convolvulus batatas*) qui a pourtant réussi quelquefois dans le sud et dans l'ouest des États-Unis.

Un autre arbuste des plus intéressants est le *frailillo*, dont les Indiens se servent comme d'un laxatif très énergique. On le trouve aux environs de Dipilto, dans le Nicaragua. Les Indiens s'imaginent que ses qualités diverses — car c'est à la fois un vomitif et un purgatif — dépendent de la manière de cueillir les feuilles, dans le haut ou dans le bas de la plante.

Enfin, M. Scherzer a terminé son curieux mémoire par la description d'une plante de chétive apparence, donnant de jolies petites graines rouges, et que l'on rencontre fréquemment au Guatemala et à Honduras. Les indigènes l'appellent tantôt *guataca* et tantôt *comida de culebra* (nourriture de serpents). Lorsqu'en 1837 le choléra sévissait sur ce grand plateau, les habitants du village indien de Cantaranos (État d'Honduras), non loin de Tegucigalpa, faisaient boire aux malades une décoction de cette plante. Il paraît que la plupart des cas de choléra, dans cette localité, ont eu une heureuse issue. M. Fenzl croit reconnaître, dans l'échantillon soumis à la Société, une *rauwolfia tomentosa* ; ce qui rend un examen sérieux d'autant plus nécessaire, que les plantes de la famille des apocynées ont une vertu plutôt dissolvante qu'astringente.

Toutes les plantes, écorces d'arbres et graines, rapportées par M. Scherzer, vont être l'objet d'une analyse exacte de la part de deux chimistes distingués de Vienne (Autriche), et nous ne manquerons pas d'en faire connaître les résultats qui intéressent la science au plus haut degré. — (*Das Ausland* et *Moniteur univ.*)

Précis des maladies du foie et du pancréas ; par V.-A. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies du département de la Seine, lauréat de l'Académie impériale de médecine et de l'Institut de France, membre de la Société de médecine de Paris et d'autres Sociétés savantes, chevalier de la Légion d'honneur.

1856, librairie centrale de Napoléon Chaix et Cie, éditeurs, rue Bergère, 20, et aux bureaux de l'Union Médicale, 56, faubourg Montmartre. Un vol. de 500 pag., format anglais, élégamment cartonné, 5 fr. ; dans les départements, *franco*, 6 fr. 50 c.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. - Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 82. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 8 Juillet 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — II. REVUE GÉNÉRALE : Traitement de l'asphyxie. — Traitement des névralgies par le valérianate d'ammoniaque. — De l'action de l'huile de chènevis sur la sécrétion mammaire. — Moyen de reconnaître immédiatement l'iode dans les urines. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médico-pratique.* — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON : Coup d'œil historique et critique sur la médecine et la chirurgie françaises au XIXe siècle.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR,

Recueillies par M. RICHARD-MAISONNEUVE, interne du service.

Première Leçon.

Messieurs,

L'objet de notre réunion vous est déjà connu ; nous poursuivons l'étude clinique, commencée l'année dernière, des maladies chroniques de l'appareil locomoteur. Nous avions terminé la clinique de 1855 par la description du strabisme ; aujourd'hui, nous allons étudier le pied-bot.

ART. Ier. — DU PIED-BOT.

Nomenclature. — Malgré les grandes dissemblances qui séparent le pied et l'organe de la vision, on peut cependant établir un rapprochement entre eux, au point de vue des vices de direction qui frappent ces parties, et si l'on a nommé le strabisme *pied-bot de l'œil*, on pourrait, avec non moins de raison, appeler le pied-bot *strabisme du pied*.

Strabisme, en effet, vient de *στρέφω*, je tourne ; ce mot a la même origine, le même sens étymologique que *στροφή*, et Galien a dit *diastrophié* de la cuisse, pour désigner la courbure de ce membre.

Un auteur contemporain s'est servi du verbe *στρέφω* pour désigner la difformité du pied-bot, qu'il appelle *stréphopodie*, et à l'aide des particules *endo*, *exo*, *ano*, etc., il dénomme toutes les variétés.

On avait précédemment appelé le pied-bot *kyllopodie*, *kyllose*, d'après le langage des anciens, qui nommaient le dieu Vulcain *Kyllopode*, c'est-à-dire pied courbe, tortu. Hippocrate et Galien se sont servis du mot *kullosis* pour désigner la courbure des membres, et en particulier le pied-bot.

Pour nous, nous conserverons le vieux terme *pied-bot*, déjà en usage avant Ambroise Paré. Suivant certains étymologistes, pied-bot se dit pour pied-botté ; mais l'adjectif *bot* a un sens bien plus expressif ; il signifiait, dans l'ancien français, mousse, obtus, tronqué. Cet adjectif, qui a disparu de notre langue, se retrouve dans le hollandais *bot*, dans l'allemand *butt*, dans l'espagnol *boto*, mots qui ont le même sens. Son antiquité remonterait bien plus loin que celle des noms grecs ou latins, si l'on admet avec M. Louis Delâtre que ce mot *bot* nous est venu de l'Inde, de la langue des anciens brachmanes, que sa racine est le verbe sanscrit *badh*, frapper, blesser, d'où pied-bot, pied contrefait, difforme (1).

Définition. — Quoi qu'il en soit de ces étymologies, nous entendons aujourd'hui par pied-bot tout vice de direction permanent, toute déviation persistante des pieds.

Les déviations de ce genre résultent d'une inclinaison des axes des os du tarse, du métatarse et des orteils, inclinaison déterminée et maintenue par la disposition vicieuse des ligaments, des muscles et très souvent des os eux-mêmes.

Mouvements physiologiques du pied — Cette inclinaison a pour point de départ celle qui se produit dans les mouvements normaux des articulations du pied. Ces mouvements sont au nombre de quatre, l'extension, la flexion, l'adduction et l'abduction, auxquels il faut ajouter des mouvements intermédiaires qui résultent de l'association de la flexion et de l'extension avec l'adduction ou l'abduction ; en tout huit mouvements simples ou composés.

Des quatre mouvements simples, la flexion et l'extension seules se passent entre l'astragale et les os de la jambe ; dans les deux autres, adduction et abduction, l'astragale est immobile, et tout le pied pivote autour de la tête de cet os par un mécanisme assez compliqué, que j'ai décrit il y a déjà bien des années. Le siége des mouvements d'adduction et d'abduction réside donc exclusivement dans l'articulation astragalo-calcanienne et dans l'articulation médio-tarsienne. Quant aux mouvements associés, ils ont lieu à la fois dans ces jointures et dans l'articulation tibio-astragalienne.

Les puissances musculaires qui produisent ces divers mouvements n'ont pas toujours été exactement appréciées. Des recherches récentes de M. le docteur Duchenne de Boulogne ont rectifié à cet égard, sur plusieurs points, les idées généralement admises (2).

C'est d'après ces nouvelles observations, dont j'ai moi-même vérifié l'exactitude, que je vais résumer brièvement ce point de mécanique animale.

Six muscles sont les agents essentiels des huit mouvements indiqués précédemment ; ce sont : le triceps sural (jumeaux et soléaire), le long péronier latéral, le jambier antérieur, le long extenseur des orteils, le jambier postérieur et le court péronier latéral.

Les quatre premiers muscles, quand ils agissent seuls, ne produisent que des mouvements mixtes ou composés : le triceps sural est extenseur-adducteur ; le long péronier latéral, extenseur-abducteur ; le jambier antérieur, fléchisseur-adducteur ; le long extenseur commun des orteils, fléchisseur-abducteur.

L'extension directe résulte de l'action simultanée du triceps sural et du long péronier latéral ; la flexion directe, de l'action réunie du jambier antérieur et du long extenseur des orteils.

Le jambier postérieur produit l'adduction simple du pied ; il devient un peu extenseur quand le pied est fortement fléchi.

Le court péronier latéral ne produit de même que l'abduction directe, quand le pied a été préalablement amené à l'angle droit.

Chacun de ces deux muscles peut s'associer à ceux des quatre autres qui agissent dans le même sens, pour produire des mouvements composés.

Le péronier antérieur, quand il existe, concourt au mouvement de flexion-abduction avec le long extenseur des orteils, dont il n'est qu'un appendice.

Le long extenseur du gros orteil et le long fléchisseur commun des orteils ne secondent ou ne suppléent que dans des cas particuliers, le premier le fléchisseur-adducteur, le second l'extenseur-adducteur du pied.

Le long fléchisseur du gros orteil ne paraît concourir à l'extension-adduction que dans des cas pathologiques.

Je n'ai considéré jusqu'ici que les mouvements de totalité du pied. Je ne m'arrêterai pas aux mouvements partiels de sa moitié antérieure, tels que certains mouvements isolés de l'articulation médio-tarsienne, ceux des os cunéiformes, des os du métatarse, des phalanges, bien qu'il leur revienne une part d'influence dans les déformations du pied-bot. Mais je ne puis me dispenser de signaler une action du long péronier latéral, toute spéciale, méconnue de la plupart des anatomistes, très sommairement indiquée par Sœmmering, et décrite d'une manière plus précise par M. le docteur Duchenne. Cette action s'exerce sur le premier métatarsien ; le long péronier latéral abaisse avec force l'extrémité anté-

(1) L. Delâtre, *La langue française dans ses rapports avec le sanscrit*, t. I, p. 146, Paris, 1854, chez F. Didot.

(2) Voyez *Archives générales de médecine*, numéros de juin et juillet 1856.

Feuilleton.

COUP D'OEIL HISTORIQUE ET CRITIQUE SUR LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE FRANÇAISES AU XIXme SIÈCLE (1) ;

Par le docteur MICHÉA.

Sommaire. — Année 1800. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE : Bichat au physique et au moral. — Comment il professait. — Son *Traité des membranes* et comment il lui fut inspiré. — Les *Recherches sur la vie et la mort*. — Analyse et critique de ce travail. — Chaussier.

Bichat était d'une taille moyenne, sans embonpoint encore bien prononcé, mais disposé à en avoir. Son front, plus large que haut, était surmonté d'une chevelure brun-clair, légèrement ondulante ; et sa figure, légèrement marquée de petite vérole, ni belle ni laide, très mobile dans son expression, excitait la sympathie par son air de douceur et de quiétude.

Chez lui, l'amour du plaisir allait de pair avec le goût du travail, mais sans jamais lui nuire. C'est en sortant du spectacle, un de ses délassements favoris, notamment du théâtre de la Montansier, auquel il accordait la préférence, qu'il se mettait à écrire, passant la fin de la nuit à rattraper le temps qu'il avait perdu au commencement.

Quoique doux, affectueux, simple dans le ton et les manières, d'un commerce facile, Bichat avait une tendance marquée à tout effacer autour de lui et à tout absorber dans sa personne. Il ne savait point assez dissimuler le sentiment de sa supériorité, ou plutôt il cherchait trop à le cacher sous un masque de bonhomie très aisé à reconnaître. « J'irai loin, » disait-il un jour à Roux, avec une naïveté rien moins que modeste.

Professeur, il était très ordinaire. Sa parole se trouvait dénuée de toute éloquence, de toute harmonie, et souvent même elle manquait de facilité. Quand les mots lui faisaient défaut pour exprimer sa pensée, dans le but de les rencontrer plus vite et d'achever sa phrase interrompue, il se livrait à une sorte de tic assez désagréable : il portait les regards en haut et poussait un cri tout particulier. En revanche, il s'exprimait avec chaleur et l'accent d'une conviction profonde (1).

Les membranes synoviales, dont la découverte lui appartenait tout entière, le conduisirent à examiner les autres membranes connues avant lui. Afin de mieux déterminer leur structure et leurs fonctions, il les envisagea non plus en particulier dans tel ou tel organe, mais dans leur ensemble, les rapprochant les unes des autres par leurs caractères communs, abstraction faite de la place qu'elles occupaient au sein de l'économie. De là le *Traité des membranes* qui commença la réputation de son auteur, nommé dès lors médecin-adjoint de l'Hôtel-Dieu.

Avant Bichat, aucun ouvrage d'anatomie ne traitait isolément des membranes : on étudiait le péricarde avec le cœur, le péritoine avec les viscères abdominaux, la pie-mère avec le cerveau, la sclérotique avec l'œil, oubliant que plusieurs de ces membranes pouvaient se ressembler, avoir un tissu identique. La manière dont Pinel avait envisagé les phlegmasies inspira le *Traité des membranes*. Mais Pinel, en admettant l'idée si juste que des parties liées entre elles par leur structure devaient l'être aussi par leurs maladies, avait été moins heureux en voulant appliquer anatomiquement son principe, puisqu'il rapportait au même ordre de membranes le périoste, la dure-mère, les capsules ligamenteuses, etc., etc.

Bichat divisait les membranes en simples et en composées. Il rangeait parmi les membranes simples, les muqueuses, les séreuses, les fibreuses ; et parmi les composées, les fibro-séreuses, les séro-muqueuses, les fibro-muqueuses. Dans l'examen de chaque genre de membranes, il avait recours à une triple source d'investigations, les dissections, les expériences sur les animaux vivants, l'observation pathologique ; et les conclusions qu'il en tirait, ingénieuses et riches en vues nouvelles, s'appliquaient toujours à l'élucidation d'un problème de physiologie simple ou pathologique. Les vivisections lui avaient permis d'établir, relativement aux fonctions du foie et de l'estomac, que la bile cystique coule dans le duodénum d'une façon intermittente seulement pendant la durée de la digestion intestinale, que la bile hépatique coule au contraire d'une manière continue, que le foie sécrète plus abondamment la bile durant le temps de la digestion ; que, lors du passage des aliments dans le duodénum, la bile qui coulait en partie dans l'intestin et qui refluait en partie dans la vésicule du fiel, ne se porte plus que vers le duodénum.

Sous le titre de *membranes contre nature*, il comprenait les kystes et la membrane des cicatrices, dont il expliquait d'une nouvelle manière la formation progressive, en déduisant de cette théorie plusieurs considérations pratiques de la plus grande utilité.

Ce qu'il y avait surtout de glorieux pour Bichat dans ce premier écrit de longue haleine, c'était la découverte du feuillet adhérent de l'arachnoïde, qu'il distinguait de la pie-mère, qu'il mettait le premier au nombre des membranes séreuses, dont il démontrait le mode fonctionnel à l'aide d'expériences faites sur les chiens, et d'où il induisait le rôle essentiel que cette membrane joue dans les inflammations du cerveau.

Le *Traité des membranes*, auquel avait été ajouté le *Mémoire sur les synoviales*, n'était pas sans quelque défaut. Accueilli dès le principe avec faveur, considéré sur-le-champ comme un livre classique, il fut aussi critiqué avec amertume. Bichat publia ensuite ses *Recherches sur la vie et la mort*, préface et conclusion de tout son système.

La première partie des *Recherches sur la vie et la mort* était entièrement spéculative. Pleine de vastes aperçus et de conceptions profondes, elle était obscurcie par des paralogismes sans nombre, de fausses analogies, des rapprochements forcés, des explications illusoires de phénomènes inexplicables.

Dans cette première partie, l'auteur, après avoir cherché à définir la vie, la distinguait en deux modes, qu'il nommait vie *organique* et vie *animale*. Prendre et rejeter caractérisaient l'une, comme sentir et se mouvoir constituaient l'autre. La vie *organique* présidait à la digestion, à la circulation, à la respiration, à l'absorption, aux exhalations, aux sécrétions, à la nutrition. La vie *animale* commandait aux sensations, à l'intelligence, à la voix et à la locomotion. Ces deux vies différaient par des traits marqués. Dans la vie organique, il y avait irrégularité des formes, discordance d'action, continuité d'exercice, indépendance de l'habitude. Dans la vie animale, au contraire, il y avait symétrie des formes, harmonie d'actions, intermittence d'exercice, assujettissement à

(1) Suite. — Voir le numéro du 1er Juillet 1856.

(1) Pour plus amples détails sur la personne de Bichat, voir le bel *Éloge* prononcé en 1851 à la Faculté de médecine, par le professeur Roux, et le travail non moins remarquable de M. Hippolyte Larrey, inséré dans le *Plutarque français*.

rieure de cet os, et entraine en même temps en bas les os cunéiformes, le scaphoïde et même le cuboïde. Ce mouvement donne au pied plus de voussure dans son milieu, augmente en ce point la concavité plantaire et détache davantage l'espèce de talon antérieur formé par la saillie sous-métatarsienne du gros orteil. Nous verrons cette action du long péronier devenir la source de déformations particulières, soit en acquérant trop d'énergie, soit, au contraire, en s'affaiblissant au-dessous du rhythme normal.

Variétés du pied-bot. — Je viens de vous exposer brièvement les mouvements normaux du pied, et l'influence qu'il faut attribuer à chaque muscle dans ces actions simples ou composées. Vous comprenez maintenant que le sens de ces mouvements va déterminer les principales variétés du pied-bot.

D'abord, aux huit mouvements du pied correspondent huit déviations possibles, huit sortes de pieds-bots. Ce seront des déviations par extension, flexion, adduction, abduction, extension-adduction, extension-abduction, flexion-abduction, flexion-adduction.

Mais ce n'est pas tout ; car la nature n'est point enchaînée dans ses écarts par les règles de l'ordre physiologique. Ainsi, dans la flexion, dans l'extension normales, tout le pied suit le mouvement de l'astragale et du calcanéum; les orteils seuls se meuvent quelquefois dans une direction opposée. Mais, dans l'état pathologique, la rangée antérieure du tarse peut s'incliner en sens contraire du mouvement de la rangée astragalo-calcanienne; de là des déviations composées qui diffèrent des précédentes. De même, dans l'adduction et l'abduction physiologiques, le calcanéum et la rangée scaphoïdo-cuboïdienne se meuvent toujours, sinon dans la même étendue, du moins dans le même sens. Il peut arriver, au contraire, dans les déviations pathologiques, que ces os exécutent des mouvements opposés, que le calcanéum se porte dans l'abduction et l'avant-pied dans l'adduction, *et vice versâ*. Ce sont encore là des déviations tout à fait distinctes.

On pourrait donc, comme on le voit, établir douze ou quinze variétés de pieds-bots.

Mais, pour plus de simplicité, je rattacherai toutes ces variétés à quatre groupes, division consacrée par le temps.

Le premier groupe comprend tous les cas où la pointe du pied est tournée en dedans, c'est le *varus*; le deuxième groupe, tous les cas où la pointe du pied est tournée en dehors, c'est le *valgus*.

Varus a désigné d'abord, chez les Romains, toutes les difformités des pieds qui rendaient boiteux; plus tard, on réserva ce mot aux difformités qui dirigeaient la pointe du pied en dedans, en l'opposant à *valgus*, qui se disait de toute déviation des pieds en dehors. Cette phrase de Celse explique très bien cette différence: « Si in interiorem partem prolapsum est, crus longius altero, et *valgius* est : *extrà* enim pes ultimus spectat. Si in exteriorem, brevius, *varum*que fit, et pes *intus* inclinatur. » (*De re medicâ*, l. VIII, XX.) « Si la cuisse est luxée en dedans, le membre est plus long que l'autre, et il devient valgus; car le bout du pied se tourne en dehors. Quand la luxation est en dehors, le membre se raccourcit et devient varus; le pied s'incline en dedans. »

Ces expressions, *varus*, *valgus*, s'entendaient toutefois aussi bien des courbures des jambes, qui rapprochent ou écartent les pieds, que des pieds-bots eux-mêmes. C'est dans ce sens que Lucilius a dit dans une de ses satires :

> Compernem aut varum fuisse Amphitryonis acoitu
> Alcmenam, atque alias, Helenam ipsam denique, nolo
> Dicere. . . . . (Lucil., *Frag.*, l, 17, 1.)

« Dirai-je qu'Alcmène, la moitié d'Amphitryon, et d'autres, la belle Hélène elle-même, avaient les genoux cagneux ou les jambes courbes ? »

On trouve encore dans des écrits publiés à l'étranger les expressions de *genu varum* et *genu valgum*; mais en France, on n'applique aujourd'hui qu'au pied-bot les noms de varus et de valgus.

Dans le troisième groupe de pieds-bots, le pied, dans l'extension forcée, ne touche le sol que par les orteils ou l'extrémité des métatarsiens : c'est le *pes equinus*, *pied-équin*.

Dans le quatrième groupe, le pied est dans la flexion forcée; il touche le sol seulement par le talon : c'est le *talus*.

Cette division des pieds-bots en quatre classes se prête parfaitement d'ailleurs à la création de noms composés applicables aux déviations multiples. Ainsi nous dirons : *varus équin*, *équin valgus*, *varus-valgus*, *valgus-talus*, etc., en commençant toujours par le nom de la déviation la plus prononcée ou la plus importante, ou bien en les nommant d'arrière en avant, si elles sont d'égale valeur.

HISTOIRE PATHOLOGIQUE DES PIEDS-BOTS.

Elle comprend deux périodes : 1° la période de formation ou de déviation commençante; 2° la période de déviation confirmée.

PREMIÈRE PÉRIODE. — Elle peut être considérée dans le pied-bot *accidentel*, acquis, et dans le pied-bot *natif* ou *congénial*.

I. **Pied-bot accidentel.** — Nous assistons en quelque sorte à la formation du pied-bot, quand il se développe après la naissance. Son début diffère suivant la cause qui le produit; cette cause peut résider dans les os, les ligaments, les muscles, dans des tissus morbides.

A. Le pied-bot accidentel, de cause purement osseuse, est rare et toujours symptomatique. Il succède à la destruction partielle des os par la carie, par exemple; le rapprochement des os restés intacts incline nécessairement le pied du côté malade; les muscles ne se rétractent que consécutivement. On comprend qu'une tumeur osseuse pourrait produire le même effet en sens inverse.

B. Les ligaments peuvent se raccourcir dans des arthrites chroniques, dans le rhumatisme, la goutte, et dévier le squelette du pied en rapprochant leurs deux attaches. Mais on observe plus souvent l'allongement, le relâchement des ligaments du pied; il coïncide ordinairement avec la faiblesse des muscles.

C. Les ulcères, les plaies, surtout celles qui sont produites par les brûlures, donnent lieu à des productions nouvelles, remarquables, comme l'on sait, par leur force de rétraction graduelle, qui peut entraîner les os et déformer toutes les parties du squelette. Vous jugerez des difformités que le pied peut contracter sous l'influence de cette cause par le bel exemple de talus que je place sous vos yeux.

D. Le pied-bot primitivement musculaire est de beaucoup le plus commun. Ce pied-bot, de même que le strabisme, n'est qu'un fait particulier d'un phénomène très général, que nous retrouverons dans l'étiologie d'une foule de difformités du squelette; je veux parler de la rupture de l'équilibre musculaire par des causes pathologiques. Dès que cet équilibre est rompu, les muscles prédominants inclinent, dévient les parties auxquelles ils s'insèrent. C'est surtout depuis les recherches modernes sur la ténotomie et sur les paralysies que cette loi a été mieux connue. Cette myologie, dont l'étude vous a sans doute souvent causé bien des ennuis, devient ainsi une science du plus haut intérêt par ses nombreuses et utiles applications à la pathologie, à la thérapeutique. Gardons-nous pourtant de toute exagération, et n'allons pas conclure, sur la foi de certains systèmes, que presque toutes les difformités osseuses ont une origine musculaire. Nous verrons, en effet, qu'un grand nombre de ces difformités ont leur principe dans le système osseux lui-même.

Quoi qu'il en soit, le pied, plus peut-être que toute autre partie du corps, a besoin d'un parfait équilibre des puissances musculaires qui l'entourent. Vacillantes par elles-mêmes, ses articulations ne présentent au corps une base solide dans la station, qu'à la condition d'être également soutenues de tous côtés par les muscles. Or, une foule de causes peuvent détruire cet équilibre musculaire. Si vous maintenez longtemps les muscles d'un membre raccourcis ou allongés, l'équilibre est rompu dans les puissances musculaires, et il surviendra des déviations dans le sens des muscles raccourcis. C'est ce qu'on voit après l'immobilité qu'entraîne le traitement des fractures de jambe ; si l'on a laissé la pointe du pied s'abaisser et les extenseurs se raccourcir par l'effet de cette attitude, il se forme un pied-équin.

L'usage des béquilles trop élevées a quelquefois déterminé le même effet à la longue, en obligeant les malades à s'appuyer constamment sur la pointe des pieds.

Camper (1) assure que, quand les dames de son temps quittaient leurs chaussures à talons élevés, elles ressentaient de vives douleurs aux mollets, à cause du raccourcissement des muscles jumeaux et soléaire.

Le poids du corps, dans la station continuelle, surtout avec port de fardeaux et efforts musculaires, suffit quelquefois chez les jeunes apprentis de certaines professions pour allonger les muscles et les ligaments dans un sens, et amener une inclinaison des os dans le sens opposé. Cette cause agit encore bien plus efficacement si les os offrent des courbures rachitiques.

Un effort de la volonté, qui incline pendant longtemps le pied dans la même direction, peut finir par rompre l'équilibre musculaire et par produire un pied-bot. C'est ce qui arrive dans certaines claudications ; les sujets prennent l'habitude de marcher sur la pointe du pied, la flexion devient très bornée, un pied-équin se développe.

Brückner (2) a vu deux varus causés par des ulcérations superficielles au côté interne du pied, par suite de l'effort continuel des malades pour marcher sur son bord externe.

La contraction involontaire, incessante, de certains muscles dans beaucoup de maladies douloureuses du pied ou de la jambe, produit des effets analogues. C'est ainsi, par exemple, que, dans les abcès, les ulcères scrofuleux ou autres du mollet, l'action involontaire du triceps sural détermine souvent le pied-équin.

Mais la source la plus fréquente de ce genre de déviation des pieds, réside dans les affections des muscles eux-mêmes, soit qu'elles proviennent de leurs lésions propres, ou des lésions du système nerveux. Ces affections ont pour conséquence immédiate l'excitation de la contraction musculaire, ou l'affaiblissement, l'abolition de cette contraction. Dans les deux cas, si tous les muscles ne sont pas atteints ou s'ils le sont à des degrés différents, l'équilibre est rompu.

Une maladie assez fréquente dans cet hôpital, c'est la contracture des extrémités, qui se présente sous la forme aiguë ; les pieds sont portés dans une telle adduction qu'on croirait voir des pieds-bots varus. Quand les enfants guérissent, il ne reste ordinaire-

(1) *Diss. sur la meilleure forme des souliers*, 1781, p. 28.
(2) *Ueber*, etc., ou *Des causes et du traitement des pieds-bots*, p. 51, Gotha, 1796.

---

l'habitude. Dans la première vie, la sensibilité était sans conscience et la contractilité involontaire; dans la seconde, la sensibilité était consciente d'elle-même et la contractilité soumise à la volonté.

La définition de la vie, donnée par Bichat était mauvaise. Elle se réduisait à un cercle vicieux, et elle choquait le bon sens en plaçant une résistance dans un défaut d'action, en faisant de la mort quelque chose d'antérieur à l'existence.

La distinction des deux vies était un progrès sur l'ancienne division des fonctions en *animales*, *vitales* et *naturelles*, dont chaque classe se trouvait confondue faute de limites assez claires et assez précises. Mais ce dualisme, qui joue un si grand rôle dans la physiologie de Bichat, était une idée qui n'appartenait pas à cet auteur. Celui-ci n'avait fait que la rajeunir et la développer. D'ailleurs, sous quelque rapport qu'on l'envisageât, ce dualisme n'était presque qu'une illusion, car il reposait sur des rapprochements équivoques ou des différences arbitraires.

Il y avait erreur flagrante à soutenir que, dans la vie *organique*, la régularité des formes est toujours absente. La disposition symétrique des reins, des glandes salivaires, du grand sympathique, du système circulatoire lui-même, dans la plus grande partie de son étendue, donnait un démenti formel à l'assertion de Bichat. Comment oser faire appel à des variétés peu sensibles de distributions artérielles pour placer ce dernier système dans l'ordre de la vie organique quand les nerfs encéphaliques offrent les mêmes variétés ! Même inexactitude dans les autres différences. L'harmonie et la discordance des fonctions, l'influence de l'habitude ou la nullité de son action, l'intermittence ou la continuité appartiennent également aux deux vies. Bichat, si attentif à classer les fonctions d'après leur but, oubliait à chaque page, par une étrange inconséquence, le but des fonctions qu'il examinait. Il rangeait parmi les organes de la vie *animale* l'appareil musculaire qui fait passer le bol alimentaire de la bouche dans l'œsophage, et parmi ceux de la vie *organique* le mouvement en vertu duquel il chemine du cardia jusqu'à l'anus, comme si tous ces organes locomoteurs n'avaient pas une même fin, la nutrition.

Tout ce que disait Bichat sur le siége des passions, qu'il isolait de celui des facultés intellectuelles proprement dites, était plein d'extravagance. D'ailleurs, puisqu'il plaçait les passions dans les viscères, pourquoi, en parlant des organes de la génération, ne disait-il rien de l'amour, la passion la plus commune ?

Les différences des deux vies, par rapport aux forces vitales, n'étaient qu'un roman fort ingénieux où l'auteur s'abandonnait à tout l'essor de sa brillante imagination. Il supposait des propriétés vitales dont la preuve est impossible à fournir. La sensibilité organique, une sensibilité dont on n'a pas conscience, était un contre-sens. C'était de plus un double emploi. Même vice de raisonnement et même superfluité dans l'hypothèse de la contractilité insensible, comme si parmi les actes du système locomoteur il devait y avoir autant de propriétés différentes qu'il y a de causes d'excitation, comme si un muscle qui se contracte sous l'influence de la volonté n'obéissait pas à la même loi que le muscle qui se contracte sous l'influence du galvanisme. Et puis, qu'est-ce qu'une classification des fonctions où la génération se trouve éliminée ? Qu'est-ce qu'une terminologie où le mot animal est opposé au mot organique, comme si toutes les fonctions n'étaient pas exécutées par des organes ?

Sous ce dernier point de vue, Bichat faisait réellement rétrograder la physiologie en ramenant l'obscurité et la confusion là où Haller avait eu l'honneur d'apporter la lumière et d'introduire la précision.

Mais si la première partie du livre de Bichat était entièrement spéculative, il n'en était pas de même de la seconde, qui portait sur la mort. Là les recherches, basées non plus sur des hypothèses, mais sur des expériences, étaient un modèle d'exactitude et un type de bonne observation. Bichat, qui s'évertuait précédemment à entasser sophismes sur sophismes pour démontrer que la vie était double, ne s'attache plus ici, sans s'en apercevoir, qu'à renverser sa propre doctrine, qu'à découvrir les liens qui unissent étroitement toutes les parties de l'organisme, qu'à signaler les influences dont les actions s'associent et se confondent mutuellement.

Cependant, dans sa théorie du mécanisme de la mort, Bichat négligeait bien des faits qui auraient pu agrandir ou rectifier ses doctrines. Entièrement préoccupé du soin d'expliquer tous les cas de mort soudaine par l'interruption des fonctions du poumon, du cœur et du cerveau, il ne mentionnait aucun des faits qui prouvent qu'il est des organes à fonctions non continues, l'estomac, par exemple, dont les lésions peuvent produire la mort la plus rapide. Il y avait aussi des lacunes dans la théorie de la mort lente, naturelle ou accidentelle. Il rattachait aussi la mort trop aux organes, et pas assez aux systèmes.

Dans l'enseignement, non plus particulier, mais officiel, la physiologie était représentée à Paris par un homme dont l'esprit exact, méthodique, pénétrant, lumineux, était aussi vaste, aussi élevé, aussi profond, aussi synthétique peut-être que celui de Bichat, mais qui, par son activité pleine de caprices, par sa mobilité et par son impatience, ne pouvait pas aboutir à de bien grands résultats. Cet homme, c'était Chaussier, partisan de la doctrine de Bordeu, premier vulgarisateur à Paris du vitalisme organique. Il différait de Bichat par le défaut immense de trop éparpiller son savoir, d'embrasser et de cultiver trop de choses à la fois. Chimiste, anatomiste, physiologiste, médecin praticien, médecin légiste, chirurgien, il était tout, et il n'était rien. Capable de produire des ouvrages, qu'il promettait toujours, il se bornait à des aperçus, à des plans, à des esquisses.

Il était né à Dijon en 1746. Prosecteur de Sabatier, il avait été en anatomie le maître de Desault. D'abord professeur d'anatomie et de matière médicale dans sa ville natale, il était venu à Paris en 1794, désigné par Fourcroy pour s'occuper avec lui des moyens de rétablir l'enseignement de l'art de guérir. C'était lui qui avait rédigé le projet de décret présenté à la Convention nationale et adopté par elle, décret d'après lequel toutes les branches de la médecine, jusqu'alors séparées, se trouvaient réunies dans un seul enseignement ayant pour siége des écoles de santé, ainsi appelées parce que à cette époque les médecins, les chirurgiens et même les apothicaires étaient compris sous le nom générique d'officiers de santé. L'œuvre accomplie, il était retourné à Dijon reprendre son enseignement; mais il avait été bientôt rappelé à Paris pour y occuper à l'école de santé, non pas la chaire de médecine légale, qui lui devait sa création, mais celle d'anatomie et de physiologie.

(*La suite au prochain numéro.*)

Par arrêté du 12 juin, sont nommés officiers de l'instruction publique, MM. Parisot (Léon), professeur à l'École préparatoire de Nancy, et Thomas, professeur à l'École préparatoire de Tours.

ment rien de cette attitude. Mais ces contractures peuvent se présenter à l'état chronique et amener de véritables pieds-bots.

Mais c'est surtout la paralysie qui est la cause la plus fréquente de déviation des pieds, et c'est surtout par les paralysies qu'elles laissent à leur suite, que les maladies cérébrales et les convulsions de l'enfance sont une cause si fréquente de pied-bot. La marche de la maladie est, dans ce cas, presque uniforme. Un enfant est pris tout à coup, avec ou sans fièvre, d'une paralysie plus ou moins étendue; au bout d'un temps assez court, le mouvement reparaît peu à peu, mais inégalement; certains muscles demeurent plus faibles que d'autres, et le membre est entraîné dans le sens des plus forts.

Notons enfin, parmi les causes de la perte d'équilibre musculaire, l'atrophie graisseuse progressive. M. Broca (1) a montré plusieurs exemples très intéressants de pieds-bots provenant de cette cause.

Quelle que soit la cause du pied-bot accidentel, son mode de formation est toujours à peu près le même : ce n'est d'abord qu'une attitude comparable aux attitudes physiologiques, mais sans permanence, fugace; peu à peu elle se prononce davantage; les muscles cèdent encore, on peut ramener le pied à sa position naturelle, mais il faut déjà une force étrangère; enfin le raccourcissement est permanent, le pied ne peut plus être ramené immédiatement dans sa position naturelle, malgré la force qu'on emploie; c'est le pied-bot confirmé.

Je vais faire passer sous vos yeux plusieurs enfants atteints de paralysie incomplète, provenant du mal vertébral ou d'autres lésions, et qui offrent divers exemples de pieds équins en voie de formation.

Voici deux enfants de la salle St-Louis, paraplégiques par suite du mal vertébral; sur les deux, vous voyez un commencement de rétraction du triceps sural coïncidant avec une paralysie du jambier antérieur. La position du pied est celle de l'extension chez les deux enfants, mais on parvient aisément à le ramener dans la flexion; il suffit même pour cela, chez l'un d'eux, d'un effort peu considérable, parce que le muscle n'est encore que faiblement rétracté. C'est en quelque sorte un premier degré de cette lésion musculaire. Chez le second, le triceps sural résiste davantage, quoiqu'il finisse également par céder à l'effort des mains; c'est un deuxième degré de contracture. Vous remarquerez sur les deux malades une contraction énergique de l'extenseur du gros orteil, lorsqu'ils font effort pour fléchir le pied. Dans les cas de ce genre, ce muscle tend, en effet, à suppléer le jambier antérieur, privé de toute action.

Ces deux filles de la salle Sainte-Geneviève sont des cas analogues : le n° 5 offre une paralysie du jambier antérieur à droite et non à gauche; la contracture du triceps est légère, l'extenseur du gros orteil fait encore ici effort pour suppléer le jambier antérieur. Vous voyez le gros orteil se relever fortement en arrière chaque fois que l'on dit à l'enfant de fléchir le pied, quoiqu'il ne parvienne pas à exécuter ce mouvement.

Chez le n° 8, la rétraction est beaucoup plus prononcée du côté droit; on arrive avec peine à dépasser l'angle droit; il y aura bientôt pied-bot équin si la cause pathologique persiste; la paralysie des muscles antérieurs est générale.

Enfin, chez ces deux garçons de la salle St-Augustin, l'un atteint de paralysie générale, avec contractures multiples, l'autre de coxalgie, le triceps sural est affecté de la même manière que chez les précédents, quoique par des causes différentes; chez l'un, le foyer de la maladie est dans la moelle, sans affection vertébrale; chez l'autre, la tendance au pied-équin ne résulte que de l'effort volontaire pour soulever sur la pointe du pied le membre raccourci.

A côté des pieds-bots proprement dits, se trouvent certaines anomalies de conformation du pied qui ne gênent point la locomotion, et qu'on peut considérer comme des déviations arrêtées à leur début ou qui sont restées à leur première période. C'est à ce titre que je les décris ici. Je veux parler des pieds plats et des pieds creux.

Pied plat. — Dans le pied plat, la voussure tarso-métatarsienne est aplatie, les os sont en quelque sorte étalés; mais, en outre, on trouve souvent un changement de direction du pied. Le calcanéum est tourné en dehors, entraînant dans ce mouvement le scaphoïde et le cuboïde, qui, eux-mêmes, s'inclinent dans le même sens sur le calcanéum et l'astragale. C'est une abduction permanente, qui constitue un léger degré de valgus. Vous pouvez voir cette disposition sur le squelette que je vous présente. Ce pied a été recueilli à Rennes, et envoyé à la Société de chirurgie par M. Lacour (2). Avec quelques personnes, on peut appeler *pieds larges* les pieds plats de la première espèce, afin de les séparer nettement de ceux qui ont un si grand rapport avec le valgus.

Le pied plat est ordinairement congénital; quand il est accidentel, il dépend de l'allongement des ligaments, de l'affaiblissement musculaire, surtout de la diminution d'action du long péronier latéral. Je vous ai montré au commencement de cette leçon l'action qu'il fallait attribuer à ce muscle, qui est comme une sorte de ligament actif, maintenant en place la voussure plantaire.

Quand cette conformation a duré longtemps, elle laisse des traces profondes dans le squelette du pied. Ainsi, sur ce pied de M. Lacour, qui appartenait à un sujet âgé, la tête de l'astragale est déprimée du côté externe, ce qui change la direction de l'articulation astragalo-scaphoïdienne. M. Broca a vu le premier et le deuxième os cunéiformes fortement déviés en dehors.

L'anomalie qui constitue le pied plat n'a point d'inconvénient sensible pour la marche, quand ce n'est qu'un pied large, ou quand l'abduction n'est pas trop prononcée. Les sujets ont seulement parfois un peu moins de facilité à se soulever sur la pointe du pied, et l'on observe que, dans cette attitude, le pied porte très peu du côté interne, vis-à-vis la saillie sous-métatarsienne du gros orteil, parce que le long péronier agit avec moins de force que dans la conformation normale. Le pied plat nuit aux fonctions du membre lorsqu'il est trop prononcé; mais ce n'est plus alors une simple anomalie de conformation, c'est un véritable valgus.

Il importe de distinguer dans la pratique les pieds plats qui tendent à s'accroître, au point de devenir une difformité nuisible, de ceux dont il vient d'être question, et qui ne constituent qu'une simple variété de conformation, variété souvent héréditaire, comme les traits du visage, ainsi qu'on le savait déjà du temps des Romains, qui appelaient *scaurus* celui dont les malléoles saillantes dénotaient cette légère anomalie.

Voici sept enfants, trois filles et quatre garçons, qui sont des exemples de pieds plats à différents degrés, et qui, la plupart, paraissent être congénitaux.

Chez l'un, pourtant, le pied plat est évidemment l'effet d'une paraplégie incomplète dépendant du mal vertébral; le long péronier étant un des muscles les plus affaiblis, la voûte tarsienne s'affaisse sous le poids du corps, qui, dans tous les cas de cette espèce, tend par lui-même à abaisser le bord interne du pied et à renverser la plante légèrement en dehors.

Un effet analogue s'est produit chez une petite fille que vous avez sous les yeux, par la seule influence d'une faiblesse musculaire générale sans paralysie.

Chez presque tous ces enfants, la pointe du pied est plus ou moins portée en dehors; la saillie du coude-pied plus ou moins effacée; le talon se dévie aussi en dehors, et le tendon d'Achille décrit une légère courbe à concavité externe; la malléole interne est plus saillante que l'externe; le bord interne du pied est plus ou moins rapproché du sol.

Chez ce garçon, vous voyez ce bord interne toucher le sol dans toute sa longueur; il en est de même chez cette fille. Aucun des enfants que je vous présente n'accuse de souffrance dans la marche, et ces deux derniers peuvent fournir une course de plusieurs lieues sans douleur.

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1851.
(2) Voyez la *Gazette des hôpitaux*, numéro du 6 mai 1856.

REVUE GÉNÉRALE.

TRAITEMENT DE L'ASPHYXIE.

Un excellent mémoire de M. le docteur Faure se trouve très substantiellement résumé dans les propositions suivantes, que nous croyons devoir reproduire :

En résumé :

« L'asphyxie, quelle qu'en soit la cause, quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente, est UNE. Si les symptômes qui dépendent de la manière dont elle s'est produite, si ceux qui dépendent des lésions secondaires qu'elle a occasionnées, sont variables, ses caractères propres, c'est-à-dire ceux qui résultent de l'altération générale consécutive aux modifications du sang, par suite du défaut d'hématose, sont absolument invariables.

» Elle est la représentation la plus exacte de cet état auquel on a donné le nom d'hyposthénie : du commencement à la fin, ce n'est qu'un affaiblissement graduel des forces vitales. Ce sont les facultés intellectuelles qui subissent les premières atteintes, après ce sont les forces locomotrices, puis les fonctions organiques, et enfin les propriétés propres des tissus.

» De toutes les facultés, celle dont les différentes phases sont le plus faciles à suivre dans sa disparition, c'est la sensibilité. Elle s'éteint d'abord dans les extrémités des membres, puis on la voit diminuer progressivement; à un moment elle n'existe plus que dans une partie du corps très limitée, la pupille. Non seulement elle suit une marche progressive, en disparaissant de la surface du corps, mais on retrouve encore une gradation déterminée dans la décroissance des divers degrés de sa force. On constate facilement que ce sont d'abord les excitations mécaniques qui cessent d'agir sur elle, puis le froid, puis le fer rouge. Quand le fer rouge, appliqué sur le haut de la poitrine, ne produit plus aucun effet, la mort est certaine.

» Lorsque l'asphyxié peut être rappelé à la vie, on le voit reconquérir une à une, et dans un ordre inverse de celui de leur abandon, toutes les propriétés, toutes les fonctions et toutes les facultés. Jamais la locomotion ne se rétablit que tardivement, et les facultés intellectuelles et morales plus tardivement encore. La sensibilité, en particulier, redevient plus puissante dans le point où elle était limitée en dernier; puis elle augmente en étendue, et enfin elle gagne toute la surface du corps.

» Le fait fondamental de l'asphyxie est, en somme, l'abolition de l'excitabilité générale; et celui du retour à la vie est le réveil de cette propriété.

» On doit exclure du traitement tout ce qui peut, soit immédiatement, soit consécutivement, soustraire des forces à l'organisme. On ne prendra pas pour les effets d'une altération organique les perturbations qui peuvent se présenter : tendance au coma, convulsions, contractures, etc. Ces accidents, qui sont uniquement fonctionnels, dépendent de l'état asphyxique : ils se dissipent avec lui, ils ne réclament aucun traitement spécial. Enfin, on s'abstiendra surtout de la saignée. Il est bien entendu que ceci est dit pour l'état asphyxique seulement, ou pour les premières heures qui suivent, et non pour les accidents vraiment inflammatoires qui pourraient se développer ultérieurement.

» Le seul traitement qui convienne prend exclusivement ses éléments d'action parmi les excitants. Ceux-ci perdent ou augmentent en puissance en raison du mode selon lequel ils sont appliqués. De bas en haut, c'est-à-dire dans le sens de la paralysie, si puissants qu'ils soient d'ailleurs, leurs effets peuvent être nuls. Au contraire, malgré leur grande simplicité, ils ont une puissante efficacité si on les administre en commençant par en haut. Un noyé avait résisté pendant huit heures aux effort les plus énergiques portés sur toutes les parties de son corps; on le fit revenir en lui excitant légèrement l'arrière-gorge avec une plume.

» Des excitations légères peuvent suffire dans des cas très graves et mortels même, mais dans lesquels l'asphyxie ne dure que depuis peu de temps : il n'en est plus ainsi lorsque l'état de mort apparente s'est prolongé longtemps; car alors l'asphyxie a déterminé des désordres qui s'ajoutent à la cause première, pour rendre plus difficile encore le retour à la vie. Il faut alors agir avec persévérance et énergie, non seulement pour obtenir les premiers signes de retour, mais encore pour lutter contre cette tendance qu'a le sujet à retomber dans sa somnolence, et à s'éteindre en définitive aussitôt qu'on cesse de le solliciter.

» La première résistance devra être surmontée à l'aide des affusions froides ou des cautérisations, quelquefois par ces deux moyens employés simultanément. Les affusions atteindront toute l'étendue du corps; elles seront dirigées surtout vers la tête, de telle sorte toutefois qu'il ne pénètre pas d'eau dans la bouche, elles seront projetées avec force et à de courts intervalles. Si l'on est à proximité d'une fontaine dont le jet a une certaine puissance, on exposera au-dessous la nuque et le sommet de la tête du sujet pendant quatre ou cinq secondes, à diverses reprises.

» Pour les cautérisations, il suffira du premier objet capable d'être chauffé fortement : un morceau de fer, un charbon, une pipe ardente, etc. On pourra, pour se rendre compte de l'état du sujet, commencer par éprouver la sensibilité à partir des extrémités inférieures; mais il ne faudra jamais compter, pour le ranimer, que sur les applications pratiquées de haut en bas, à partir d'un point où la sensibilité existe encore. Le corps brûlant devra être appliqué très légèrement. On devra multiplier les applications, mais faire en sorte qu'elles n'aient pas plus de 3 millimètres en étendue, et qu'elles ne dépassent pas l'épiderme en profondeur. Aussitôt que l'on aura obtenu quelques signes de sensibilité, on étendra rapidement les cautérisations sur toute la surface du corps; on forcera le sujet à crier, à se défendre, à s'agiter. Lorsque la sensibilité sera revenue partout, on remplacera les cautérisations par la flagellation, soit avec les mains, soit avec des orties fraîches, soit avec des cordes, des lanières, des baguettes, etc.

» On ne devra donc laisser aucun intervalle dans le traitement, tant que l'asphyxié ne sera pas revenu complétement à lui; si, par une circonstance ou par une autre, il retombait dans son premier état, il faudrait reprendre les cautérisations.

» Enfin, une fois que l'asphyxié sera ranimé, bien loin de le laisser se reposer et s'endormir, on devra encore, pendant plusieurs heures, non seulement le surveiller, mais le tourmenter, le forcer de toutes les manières à prendre du mouvement, afin de surmonter cette tendance aux congestions hypostatiques qui est un des effets constants de l'asphyxie, et qui, selon toute apparence, est la cause déterminante de la mort, lorsqu'elle n'arrive que plusieurs heures après le retour à la vie. » — (In *Archiv. gén. de méd.*, juillet 1856).

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES PAR LE VALÉRIANATE D'AMMONIAQUE.

Le valérianate d'ammoniaque est un médicament nouveau qui résulte, ainsi que son nom l'indique, de l'association de l'acide valérianique à l'ammoniaque. M. le docteur Declat préconise, avec une grande chaleur de conviction, l'emploi de ce médicament dans le traitement des névralgies. Il cite deux cas de succès, dont un est surtout remarquable; nous le reproduisons ici :

OBSERVATION. — Mme la marquise de Fontanelle (cette dame nous a autorisé à citer son nom) est atteinte, depuis six ans, d'une névralgie faciale des plus cruelles. Cette douleur apparut la première fois à l'occasion de la sortie tardive d'une dent de sagesse. Cette dent, poussant dans une mauvaise direction, les docteurs A. Legrand et Jobert de Lamballe en ordonnèrent l'extraction.

La douleur était si violente que Mme de Fontanelle ne put ouvrir la bouche et qu'il fallut la chloroformer.

En présence des docteurs consultés, M. Evans fit avec une grande habileté cette extraction difficile. La dent enlevée, la névralgie persista. Tous les moyens ordinaires furent employés contre elle : à l'intérieur, sulfate de quinine, opium, belladone, sulfate de strychnine, fer, or, quinquina, etc.; à l'extérieur, bouillie d'opium, vésicatoires, morphine, solanées, chloroforme, collodion, aconitine, etc.

MM. les professeurs Sédillot et Velpeau virent la malade sans pouvoir lui procurer un soulagement. Le professeur Jobert de Lamballe proposa et obtint de faire des cautérisations au fer rouge sur le trajet du nerf maxillaire inférieur. Ce traitement, si effrayant pour une femme, diminua un peu l'acuité des douleurs sans les faire disparaître, et tout en souffrant moins, Mme de Fontanelle ne pouvait ni manger, ni parler; elle dut, pendant au moins six mois, avoir recours à des lavements nutritifs et à des bains toniques, pour entretenir sa santé et sa vie.

Les eaux de Plombières firent, pendant quelque temps, diminuer le nombre des douleurs; mais dès la seconde saison, l'action en fut au moins nulle; à la troisième, Mme de Fontanelle s'en trouva plus malade.

Elle en était là de ses souffrances, lorsque, le 19 décembre 1855, nous eûmes à lui donner nos soins.

L'amélioration produite par la première saison des eaux de Plombières nous détermina à faire usage de la liqueur de Fowler.

La malade se décida d'autant plus volontiers à ce moyen, qu'elle voulait mourir, disait-elle, plutôt que de devenir folle de souffrances. Une de ses amies, du reste, Mme de Balzac, lui avait écrit d'Allemagne, que l'usage de ce médicament était fréquent dans le pays qu'elle habitait, et qu'il avait, à sa connaissance, guéri plus d'une névralgie.

Du 19 au 22 décembre, douze gouttes le matin, douze gouttes à midi, douze gouttes le soir du mélange suivant :

Liqueur de Fowler . . . . . 1/2.
Eau de menthe. . . . . 3/4.

Le 22, il y a un peu d'amélioration, mais la langue devient rouge et l'estomac douloureux : Mme de Fontanelle ne consent pas à diminuer de suite la dose, parce que la légère amélioration qu'elle éprouve lui fait espérer un soulagement plus complet.

Le 24, il y a des vomissements, de la diarrhée, des crampes d'estomac, les douleurs recommencent; nous suspendons le médicament.

Le 3 janvier 1856, la douleur était insupportable, le désespoir s'emparait de ma cliente ; j'essayai le valérianate d'ammoniaque.

Une cuillerée à café prise le soir modifia la nuit et la rendit passable. Deux cuillerées le lendemain procurèrent du soulagement.

Le 6 janvier, la malade put sortir et causer.

Le 19, elle entr'ouvrait la bouche et commençait à manger.

Le 3 février. Mme de Fontanelle vint souriante au-devant de moi, et m'accueillit en me disant : « Docteur, j'ai pu aller dîner en ville, j'ai pu rire ; dans le monde on m'a prise pour un revenant. »

Nous élevâmes successivement la dose du médicament jusqu'à une cuillerée à dessert matin et soir; l'amélioration fut si grande que le visage reprit un tout autre aspect, et l'appétit revint avec l'espoir.

Enfin, le 6 mai, les douleurs ayant complétement cessé depuis plusieurs jours, nous suspendîmes l'usage du médicament. Plusieurs semaines se passèrent sans un seul élancement; mais à la première douleur, la marquise, effrayée, sauta sur son flacon et reprit du valérianate.

De temps en temps, il survient quelques élancements; mais chaque fois le valérianate les fait disparaître. L'amélioration continue, et rien dans l'avenir ne nous fait prévoir qu'il doive perdre de son efficacité dans les cas de récidive. (In *Bulletin de thérap.*)

DE L'ACTION DE L'HUILE DE CHÊNEVIS SUR LA SÉCRÉTION MAMMAIRE.

Encore un médicament nouveau, ou peut-être simplement oublié. M. le docteur Coutenot, de Besançon, préconise l'huile de chènevis, obtenue par expression, et appliquée chaude sur les seins, en fomentations, en onctions, en frictions, dans les cas où il importe de diminuer la sécrétion lactée chez les nourrices. L'auteur rapporte plusieurs observations dans lesquelles on voit l'action de ce topique se produire avec une rapidité qui tient du merveilleux. Nous citons le résumé de cette note, qui indiquerait que M. Coutenot a mis la main sur un de ces médicaments si chers à la médecine populaire, et parmi lesquels les *antilaiteux* jouissent d'un grand crédit. Voici les conclusions de M. Coutenot :

« 1° L'huile de chènevis nous a paru diminuer toujours, arrêter quelquefois, la sécrétion mammaire, remédier sûrement aux engorgements laiteux et pouvoir prévenir certains accidents inflammatoires consécutifs, sans avoir aucune prise sur ceux-ci lorsqu'ils se développent; cette action est prompte.

» 2° L'huile de chènevis doit être récente, obtenue par expression, sans odeur marquée à froid; il convient de l'employer chaude, en embrocations abondantes toutes les deux ou trois heures, les seins doivent ensuite être recouverts de ouate.

» 3° L'extrême prudence conseille de surveiller l'effet trop rapide sur la sécrétion et d'associer à son emploi un révulsif intestinal ou une dérivation sudorale à la peau. » — (In *Annales méd. de la Flandre occid.*, 17me livraison, 1856.)

MOYEN DE RECONNAITRE IMMÉDIATEMENT L'IODE DANS LES URINES.

On prend une vingtaine de grammes d'urine, dit M. Eymael, on y mêle un peu d'amidon en poudre, plus du chlorure de chaux liquide, qu'on ajoute goutte à goutte jusqu'à ce que la coloration bleue se manifeste. Il faut agiter le mélange, et n'ajouter une nouvelle goutte du chlorure que lorsque, après quelques secondes de contact, les premières n'ont pas donné la coloration désirée. La réaction est quasi-instantanée et se traduit par une teinte brune d'abord, puis bleue. Ces colorations sont d'autant plus intenses que l'urine contient une plus grande quantité d'iodure. Si l'urine était exceptionnellement neutre ou alcaline, on l'acidulerait préalablement par l'acide chlorhydrique. — (In *Arch. de méd. militaire.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de Mai 1856. — Présidence de M. le docteur Compérat.

Sommaire. — Maladies régnantes. — Cas de purpura hemorrhagica. — De la contagion du choléra. — De la curabilité de l'épilepsie. — Du chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle.

M. le docteur Otterbourg, après lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente, demande la parole pour entretenir l'assemblée de la constitution médicale régnante.

Il signale la fréquence de la variole et de la fièvre typhoïde, principalement chez les étrangers récemment arrivés à Paris, et spécialement parmi ceux qui viennent de petites villes. La variole est très commune chez les non revaccinés. Il signale en même temps la fréquence des congestions vers le cerveau et des accidents du côté de cet organe, comme complication des maladies aiguës actuelles, fièvre typhoïde, rougeole, scarlatine, etc. Chez un enfant de 2 ans travaillé par la dentition, il a vu des accidents de méningite se compliquer des symptômes apparents de l'œdème de la glotte, dyspnée, extinction de la voix, phénomènes d'asphyxie, absence de plaques diphthéritiques du côté de la gorge : il a cru pouvoir rattacher les accidens du côté du larynx à la perturbation apportée par l'état congestif du cerveau à l'action des nerfs laryngés. Le musc à l'intérieur, les vésicatoires autour du cou n'ayant rien amélioré dans l'état de cette dyspnée asphyxique, on administra, en désespoir de cause, un vomitif qui soulagea immédiatement, sans pouvoir toutefois empêcher la maladie cérébrale de continuer de s'aggraver, et d'entraîner la mort du malade quelques jours plus tard.

M. le docteur Homolle, depuis quelques années, a vu un grand nombre de varioles chez les revaccinés. Dans ces dix derniers mois, il en a eu trois cas dont deux mortels. Chez tous, la variole a été confluente. L'un des malades était une dame arrivée à huit mois et demi de sa grossesse. L'accouchement a eu lieu à cette époque. L'enfant, vacciné immédiatement après sa naissance, a été envoyé en nourrice, ce qui ne l'a pas empêché, huit jours plus tard, d'être pris d'une variole mortelle. La mère est morte également. Un autre malade était un jeune homme de 24 ans, et qui succomba dans la fièvre de suppuration. Pour prévenir la confluence et la suppuration des boutons de la face, le visage avait été badigeonné plusieurs jours de suite avec une solution alcoolique de benjoin, additionnée de 20 centig. de tannin. Enfin, chez le troisième sujet, qui a guéri, et qui était une jeune femme, la variole, quoique très grave et très confluente, a paru heureusement modifiée par l'usage de l'eau de quinquina vineuse à fortes doses, et alternant avec du bouillon. La malade prenait une telle proportion d'eau vineuse, qu'elle a ingéré sous cette forme jusqu'à un litre et demi de vin dans les vingt-quatre heures. Le visage a été enduit avec avantage de teinture de benjoin au tannin. Sans la médication tonique employée par notre confrère, la malade ne se serait vraisemblablement pas tirée de la fièvre de suppuration.

La sœur de la malade, et sa fille, âgée de 13 ans, ont été revaccinées par M. Homolle. Chez la fille, revaccinée au cinquième jour de l'éruption de la mère, l'évolution des boutons a été régulière. Chez la sœur, il n'y a eu qu'un faux vaccin.

M. le docteur Bonnassies rapporte à son tour l'observation suivante : Il s'agit d'une jeune fille, née dans l'Amérique du Sud, à Paris depuis l'âge de quinze ans, d'un tempérament lymphatique, ayant offert des adénites cervicales, accusant des flueurs blanches habituellement, peu réglée, pâle, et chez laquelle toutes les préparations ferrugineuses, ainsi que les eaux minérales de même nature ont été successivement employées avec assez peu de succès pour combattre une chloro-anémie rebelle dont cette malade était atteinte. Il y a trois semaines, elle était encore en plein traitement ferrugineux, quand apparurent sur toute l'habitude du corps des milliers de taches lie-de-vin, et survinrent en même temps des hémorrhagies à la surface des muqueuses nasale et buccale, en un mot tous les accidents d'un scorbut, ou mieux d'un purpura hemorrhagica parfaitement tranché. De tous les moyens employés par notre confrère, ce qui parut le mieux réussir, et avoir, en effet, donné un résultat très prompt, ce fut une tisane composée de 30 grammes de trèfle d'eau et de 30 grammes de racine de raifort, avec une bonne poignée d'oseille, le tout bouilli. L'usage de cette tisane fut secondé par l'emploi de gargarisme au jus de limons, additionné d'acide chlorhydrique. Ce qu'il y a de remarquable dans cette observation, c'est qu'une fois la guérison obtenue, la chlorose, qui avait toujours résisté, disparut elle-même à son tour.

M. Perrin signale les bons effets du chlorate de potasse dans un cas de stomatite mercurielle. Chez une dame de 30 ans, atteinte d'un phlegmon péri-utérin aigu, avec complication probable d'hématocèle, des frictions mercurielles abondamment pratiquées pendant plusieurs jours sur l'abdomen, et à la dose de 150 grammes par 24 heures, avaient amené une stomatite mercurielle très douloureuse, avec impossibilité d'ouvrir la bouche, d'avaler, de remuer la langue, de parler, et le tout compliqué d'une salivation abondante et infecte, qui privait la malade de sommeil. 2 grammes de chlorate de potasse furent prescrits dans une potion gommeuse ordinaire de 125 grammes, et ingérés par cuillerée à bouche toutes les heures. Dès le lendemain, il y avait une amélioration considérable : la malade pouvait ouvrir la bouche, et parler distinctement pour la première fois depuis deux jours (elle conversait à l'aide d'une ardoise). 4 grammes au lieu de 2 furent pris dans une deuxième potion. Après l'usage de cette deuxième potion, le mieux était tellement complet, qu'on n'eut pas besoin de continuer plus longtemps la médication, et la guérison se maintint.

Cette cure, ajoute M. Perrin, est extrêmement précieuse, en ce qu'elle tend à faire admettre que désormais nous aurons, grâce à M. Herpin de Genève, une médication héroïque à opposer à la stomatite mercurielle, maladie, il faut le dire, contre laquelle le praticien était resté complétement impuissant. Le chlorate de potasse a été, au reste, prescrit, il y a longtemps, en Angleterre, pour combattre la stomatite gangréneuse des enfants, et cela avec le plus grand succès. M. Sayle, médecin anglais, qui l'a vanté également contre l'ulcère phagédénique, expliquait son action curative en disant qu'il jouissait, sur la masse du sang, de propriétés essentiellement oxygénantes, en raison de la quantité énorme d'oxygène qu'il renfermait. C'est appuyé sur cette idée théorique que M. Perrin a été conduit à prescrire le chlorate de potasse à hautes doses, 2 à 8 grammes dans les vingt-quatre heures, dans les fièvres intermittentes anciennes, dans le but de reconstituer le sang appauvri. Mais le résultat fut malheureusement peu satisfaisant, ce qui prouve qu'en médecine et en thérapeutique surtout, il faut se garder de trop raisonner.

M. le docteur Plouviez donne une analyse écrite du compte-rendu des travaux de la Société médicale du 1er arrondissement, pendant l'année 1855. Sans aborder toutes les questions qui y sont traitées, il appelle l'attention de la Société sur les deux plus intéressantes d'entre elles, 1° la contagion du choléra; 2° l'épilepsie, et de son traitement.

1° *Contagion du choléra.* — « Témoin, dit M. le docteur Plouviez, des deux épidémies qui ont régné en 1832 et 1849, je vous demande, Messieurs, la permission de vous exposer ce que j'ai vu, c'est-à-dire, de faire l'historique des premiers cas de choléra dès le début de l'épidémie, vous laissant ensuite le soin de les interpréter comme bon vous semblera. Donc, je ne viens pas résoudre la question de la contagion, mais au contraire, donner des éléments qui prouvent de plus en plus son insolubilité pour le moment. En un mot, mes observations viennent justifier celles si dissemblables rapportées dans le compte-rendu.

» En 1832, le premier fait qui s'est montré à St-Omer, fut sur une fille forte, âgée de 28 ans, dont la vie était régulière, et qui depuis trois à quatre mois ne quittait ni le jour, ni la nuit, sa sœur, atteinte d'hydropisie abdominale. Le 2 mai, à 5 heures du matin, elle ressentit tout à coup du malaise, du dégoût, puis vinrent la diarrhée, des vomissements auxquels succédèrent des crampes, un refroidissement considérable, la cyanose, l'insensibilité du pouls, et elle mourut le lendemain (3 mai).

» La sœur, hydropique depuis 15 mois, âgée de 31 ans, fut prise à son tour de tous les symptômes du choléra le 8, et mourut le 9 mai.

» La maison qu'elles habitaient était très saine, parfaitement placée sur une hauteur, éloignée de lieux marécageux de 2 kilomètres au moins.

» A cette époque, le fléau existait à Calais depuis plusieurs mois. A St-Omer, on ne vit pas d'autres cas avant la fin de mai. Mais, le 7, il s'en présenta trois mortels à l'extrémité du faubourg, endroit humide, à 2 kilomètres de la ville. Comme il n'existait aucune autre cholérique ni dans St-Omer, ni hors de la ville, on ne peut pas dire que les personnes citées plus haut aient eu des communications suspectes. Les deux cholériques de la ville ne sortaient jamais, et de ceux du faubourg, l'un était aveugle et restait à la maison, tandis que les deux autres travaillaient comme jardiniers autour de leur habitation et n'avaient point communiqué avec aucun lieu suspect.

» D'après toutes mes recherches, je suis moralement sûr que ces premiers cas de choléra se sont déclarés spontanément, par suite d'une influence occulte, insaisissable. A partir de là, la maladie asiatique sévit avec violence, tantôt isolément, tantôt enlevant des familles entières, sans qu'il fût possible de la suivre dans son mode de propagation.

» Une remarque que j'ai faite, alors et dans la seconde épidémie, c'est l'apparition de symptômes précurseurs dans l'immense majorité des cas. Ce fait capital si vrai, n'est malheureusement pas encore accepté par la généralité des médecins.

» En 1848, à Lille, le premier cas se montra le 25 novembre, chez une femme de 42 ans, couturière en journée. Elle fut prise après le dîner d'une diarrhée excessive, le soir, de tout les symptômes du choléra, et elle mourut le 26, à 6 heures du matin. Depuis plusieurs mois, elle allait dans la même maison, et le soir elle rentrait chez elle pour ne plus sortir jusqu'au lendemain à 8 heures du matin. D'où lui venait cette maladie qui n'existait pas autour d'elle? Il est vrai que le 14 novembre, un premier cas avait été signalé au faubourg de la Bavre, à un kilomètre de la ville, sur un batelier venant de Dunkerque, où l'épidémie avait débuté le 20 octobre. Mais que peut-on conclure de là? Quel rapport peut-il y avoir entre des faits aussi isolés, se passant aussi loin les uns des autres, sans contact aucun? Maintenant, car il faut bien dire toute la vérité, j'ai aussi à vous citer une nourrice qui, arrivant de Paris avec un nourrisson, dans son village, a été prise du choléra, puis l'enfant, puis son entourage, puis les habitants, qui jusque-là avaient été préservés du fléau. Que conclure de là? Les mêmes faits se sont déjà présentés tant de fois, qu'on ne peut les nier aujourd'hui, ni en atténuer la portée. Ne sont-ce pas là de simples coïncidences? Par exemple, n'avons-nous pas vu quelquefois pendant une épidémie, des individus être atteints subitement le même jour, à la même heure, dans une ou plusieurs villes à la fois? Qui peut dire que le choléra n'allait pas se développer là ou une nourrice, ou un enfant paraissaient l'avoir porté?

» En somme, sans vouloir trop diminuer l'importance des faits cités plus haut, je dirai avec d'autres confrères que s'il en est qui militent en faveur de la contagion, d'autres lui sont contraires.

2° *Épilepsie.* — « Le compte-rendu contient deux nouvelles observations de guérison d'épilepsie par M. Herpin, au moyen de l'oxyde de zinc et du sulfate de cuivre ammoniacal. Vous comprenez trop, Messieurs, la valeur de pareilles cures pour que j'y insiste. Ces nouveaux succès prouvent une fois de plus, comme je l'ai dit ailleurs, la possibilité de guérir souvent cette affreuse maladie, que la plupart des médecins dédaignent de traiter, la considérant comme incurable. C'est une vérité que j'ai cherché encore à développer en 1853 au sein du congrès scientifique d'Arras, en l'appuyant de quelques observations heureuses. Enfin, si au lieu de ce scepticisme *à priori*, les médecins s'occupaient sérieusement du traitement de cette maladie, ils changeraient bientôt d'avis, ils verraient, au contraire, qu'avec de la patience et une thérapeutique sage, active, on peut obtenir de très beaux résultats. Rien de plus simple que les traitements conseillés contre elle; car il ne s'agit pas de remèdes secrets, mais de médicaments dont on connaît la portée et l'action, et dont on peut diriger facilement le mode d'administration. Oui, l'épilepsie est curable, quoique sa nature nous soit inconnue. En général, c'est une aberration du mode de sensibilité des centres nerveux, sans altération de texture organique appréciable, qui, sans la reproduction de la première cause, donne lieu à des secousses intermittentes convulsives; en d'autres termes, c'est une habitude vicieuse, maladive que prend l'organe cérébral. Bien que, par cette explication, nous ne fassions pas mieux connaître sa condition organique, elle nous suffit pour nous donner ce consolant espoir, qu'on peut la guérir comme on guérit les affections nerveuses, que nous ne connaissons pas davantage.

» Donc, pour nous, modifier avec des agents thérapeutiques spéciaux la sensibilité du système nerveux cérébro-spinal; maintenir constamment cette modification quelques jours avant les accès; fractionner, augmenter, diminuer les doses des remèdes selon les effets produits; les suspendre ou les reprendre à temps : telles sont les vues qui doivent guider le praticien pour bien combattre l'épilepsie. »

Relativement à la curabilité de l'épilepsie, une discussion s'engage entre plusieurs membres sur le degré de cette curabilité. Si tout le monde est d'accord pour reconnaître malheureusement que les guérisons ne sont souvent que temporaires, chacun, et M. Plouviez entre autres, cite un certain nombre de malades qui ont guéri radicalement. Cette maladie n'est donc pas absolument incurable. Voilà ce qu'il ne faut pas oublier, médecins et malades, afin que les uns et les autres puissent apporter dans son traitement la persévérance nécessaire, et sans laquelle il n'y a pas de succès possible.

Le secrétaire général, Dr Perrin.

BELLES ACTIONS CONFRATERNELLES.

La mort, si regrettable et si rapide de M. Amussat, l'a empêché d'écrire ses dernières dispositions. Mais, au milieu de sa famille, il s'était souvent entretenu de ses projets, de ses intentions, et sa famille, quoique exonérée de toute obligation à cet égard, a voulu pieusement exécuter toutes les intentions connues d'Amussat. Déjà son vieux et respectable père a annoncé à l'Académie de médecine, qu'il lui faisait don, au nom de son fils, d'une somme de 500 fr. de rentes, pour la fondation d'un prix bis-annuel. Aujourd'hui, M. le secrétaire-général de l'Association de prévoyance nous fait l'honneur de nous adresser la communication suivante, dont nous n'avons pas besoin de faire ressortir le caractère digne et simple.

A. L.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Mon bien cher confrère,

Je suis sûr de vous être agréable en vous priant, au nom de l'Association médicale de la Seine, de publier dans votre journal la lettre que M. Lucien Boyer a déposée hier soir sur le bureau de la commission générale.

Tout à vous,

G. Cabanellas.

A MONSIEUR LE PRÉSIDENT
de la Société de prévoyance des médecins du département de la Seine.

Monsieur le Président,

En exécution des intentions que mon fils avait manifestées de laisser un don à l'Association de prévoyance des médecins du département de la Seine, intentions que la rapidité de sa maladie ne lui a pas permis de réaliser lui-même, je viens, entouré de mes enfants, offrir la somme de 4,000 francs à l'utile Association qui a pour but de soutenir la dignité du corps médical et de soulager ses infortunes.

Veuillez agréer, Monsieur le président, l'hommage de tout mon respect,

Signé : Jacques-Nicolas Amussat.
Ancien chirurgien de l'hôpital de St-Maixent.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 83. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 10 Juillet 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;

DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,

Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. PATHOLOGIE : Résumé d'un mémoire sur le typhus observé au Val-de-Grâce, de janvier à mai 1856. — III. CLINIQUE MÉDICALE : Ulcères chroniques simples de l'estomac ; perforation ; péritonite consécutive ; mort. — IV. CHIRURGIE : Sur quelques-uns des accidents qui compliquent les fractures des côtes. — V. MATIÈRE MÉDICALE : Des principes actifs de la rhubarbe. — VI. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine) Séance du 8 juillet : Correspondance. — Lectures. — Présentation. — VII. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

PARIS, LE 9 JUILLET 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les anciens marquaient les jours heureux d'une petite pierre blanche. L'Académie a dû marquer de ce signe la séance d'hier, quoique — les méchants diraient autrement — elle ait été complétement occupée par des communications de savants étrangers à la compagnie. On peut dire, sans malice, que les travaux originaux, émanant des académiciens eux-mêmes, sont infiniment rares à l'Académie. Nos illustres confrères n'ont pas le temps de faire les rapports dont ils sont chargés, où trouveraient-ils celui d'élaborer un mémoire académique? Ils laissent ce soin aux travailleurs qui aspirent à la chaise ou chaire curule, dans laquelle, hélas! après l'avoir obtenue, il s'assoupiront à leur tour.

Deux de ces chaises curules ont été, hier, déclarées vacantes; l'une dans la section de pharmacie, l'autre dans la section de pathologie chirurgicale. Trois autres vacances existent encore, mais leur déclaration officielle viendra plus tard. Quelle belle occasion, si on voulait la saisir, de provoquer l'institution de la section nouvelle de philosophie, d'histoire et de littérature médicales! Mais, le voudra-t-on? On nous assure, et nous voudrions pouvoir le croire, que cette proposition, que depuis bien des années nous produisons dans toute circonstance opportune, commence à trouver faveur et bon accueil dans un certain nombre de membres de l'Académie. Ce que nous pouvons affirmer, c'est qu'en dehors de l'Académie, à Paris comme dans les départements et comme à l'étranger, notre humble voix a été entendue et a rencontré de nombreuses adhésions et de précieux encouragements.

M. le président a encore annoncé que, mardi prochain, l'Académie serait appelée à nommer une commission qui sera chargée de présenter une liste pour un certain nombre de membres associés nationaux.

Aucun rapport n'étant à l'ordre du jour, la parole a été donnée aux personnes inscrites pour faire des lectures et des présentations.

M. le docteur Briquet, médecin de la Charité, a lu un mémoire fort intéressant sur l'élimination des médicaments en général et du sulfate de quinine en particulier. C'est à l'exposition des recherches des voies d'élimination de cet alcaloïde que la lecture de M. Briquet a été surtout consacrée. Des faits d'un grand intérêt et qui peuvent avoir leur application dans la pratique, ressortent du mémoire de M. Briquet. Cet honorable confrère, après avoir vainement cherché dans le produit de toutes les sécrétions, dans la salive, dans les larmes, dans la sueur, dans l'exhalation pulmonaire, dans la bile, dans le mucus du tube digestif, les voies d'élimination du sulfate de quinine, ne les a trouvées que dans l'urine seule. C'est par le grand émonctoire rénal que l'économie se débarrasse de cet alcaloïde, et cela dans un temps et dans des proportions que M. Briquet a soigneusement indiqués, ce qui constitue la partie originale et neuve de ce mémoire. Phénomène curieux, on retrouve constamment, dans les urines, la moitié du sulfate de quinine ingérée par les voies digestives. Que devient l'autre moitié? M. Briquet a épuisé toutes les hypothèses raisonnables sans aboutir à une solution positive. Un élément lui a manqué d'ailleurs; les chimistes auxquels il s'est adressé, ayant reculé devant la recherche de l'alcaloïde dans les fecès. Si, comme on doit l'espérer, le mémoire de M. Briquet est livré à l'impression, nous nous étendrons davantage sur ce travail, dont une simple audition ne nous a pas permis de saisir tous les points importants.

M. Poggiale, pharmacien en chef du Val-de-Grâce, a lu une note sur une altération singulière du pain de munition préparé à Paris dans la nuit du 7 au 8 avril dernier. Cette altération était due à une production énorme d'infusoires développés pendant la fermentation provoquée par le levain.

A M. Poggiale a succédé M. le docteur Godelier, professeur de clinique médicale au Val-de-Grâce qui a lu le résumé d'un mémoire sur le typhus observé à Paris dans les premiers mois de l'année 1856. Le typhus à Paris! Ce titre doit surprendre un grand nombre de nos lecteurs qui ignorent qu'en effet un certain nombre de cas de typhus ont été observés au Val-de-Grâce, et deux ou trois cas même dans les hôpitaux civils. La Presse médicale a gardé le silence sur ces faits, elle a sagement agi. Il était raisonnable d'espérer que ces cas n'étaient qu'un retentissement lointain et affaibli de la cruelle épidémie de Crimée, et que, loin de son foyer, dans des conditions différentes de climat, de température et de toutes les autres circonstances hygiéniques, la maladie allait épuiser son action sur quelques individualités prédisposées. C'est ce qui est arrivé, non seulement à Paris, mais à Marseille, à Avignon, à Lyon, partout où ont été reçus des corps de troupes revenant d'Orient, et où la maladie, après avoir fait quelques nouvelles victimes, s'est éteinte sans retentissement, non seulement sur la population civile, mais même sur la population hospitalière, sur les médecins, les religieuses, les infirmiers, etc. Il faut néanmoins excepter de ce fait d'immunité ce qui s'est passé au lazaret de Marseille, où la propriété de transmission du typhus s'est montrée dans toute sa violence et a fait de nombreuses victimes parmi les médecins et les infirmiers.

C'est à la description de ces cas de typhus observés au Val-de-Grâce qu'est consacré le mémoire de M. le docteur Godelier. L'honorable professeur a tracé ce tableau de main de maître et il l'a encadré dans une bordure de réflexions judicieuses et élevées qui ont vivement captivé l'attention de l'assistance. M. Godelier a prouvé une fois de plus que les esprits véritablement distingués n'ont pas besoin de masses de faits pour produire des travaux utiles et qu'un petit nombre d'observations bien recueillies peut servir de thème à des considérations importantes. Nous sommes heureux de pouvoir placer ce travail remarquable sous les yeux de nos lecteurs.

M. le professeur Denonvilliers a terminé la séance par l'exhibition d'une malade sur laquelle il a pratiqué, avec bonheur, trois opérations délicates d'autoplastie pour remédier à un ectropion des deux paupières de l'œil gauche.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

RÉSUMÉ D'UN MÉMOIRE SUR LE TYPHUS OBSERVÉ AU VAL-DE-GRACE DE JANVIER A MAI 1856;

Lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 8 Juillet 1856,

Par le docteur Ch. GODELIER, professeur de clinique médicale à l'École impériale du Val-de-Grâce.

Aux mois de décembre et de janvier derniers, alors que les premiers régiments rappelés de Crimée touchaient le sol de la France, rien ne faisait soupçonner encore que des hommes, embarqués bien portants sur la mer Noire, débarqueraient avec le typhus.

Ces troupes, que les voies de fer ou des marches plus ou moins rapides éloignèrent aussitôt de Marseille, y laissèrent cependant quelques typhiques, en déposèrent quelques autres sur leur passage, et apportèrent enfin au lieu même de leur destination lointaine, des hommes chez lesquels la maladie devait se développer plus tardivement. C'est ainsi qu'un certain nombre de ces cas a pu se produire à Paris même.

Presque tous ont été fournis par le même régiment qui envoyait ses malades au Val-de-Grâce, où il m'a été donné de les recevoir pour la plupart à la clinique de cette école. C'est ainsi que, presque

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

Professeur de pathologie et de thérapeutiques générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Étude de certains symptômes en particulier : vomissement, déjections alvines, production de gaz. — Séméiotique des urines ; le diabète et la diathèse colliquative de Galien. — Symptomatologie des organes respiratoires, etc. Des signes au point de vue du pronostic ; petitesses d'un grand homme. — De la marche des maladies, durée, périodes, terminaisons ; saines idées de Galien à ce sujet. — Pourquoi l'on meurt quelquefois de maladie aiguë. Respect aux forces! Galien et Morgagni. — Des types des maladies. — Des crises et des jours critiques ; exclamation naïve de Galien.

XXVII (1).

Pathologie de Galien (suite).

SYMPTÔMES DÉPENDANTS D'UNE LÉSION D'ACTION DES ORGANES DE LA VIE NATURELLE.

Symptômes particuliers aux voies digestives : Il en est trois sur lesquels Galien s'arrête d'une manière toute spéciale, ce sont : le vomissement, les déjections alvines, la production des gaz intestinaux.

1° *Vomissement.* — Ce phénomène, dit Galien, peut provenir de deux origines différentes, et qu'il importe de bien distinguer. Tantôt, en effet, il a sa cause dans l'organe même qui en est le siége, tantôt il est lié à la lésion d'un organe plus ou moins éloigné : cerveau, intestins, péritoine, poumons, etc., lésion qui réagit sympathiquement sur le ventricule. Dans le premier cas, ce sont tantôt des matières alimentaires, tantôt des matières excrémentitielles qui causent le vomissement. Quand ce sont les matières alimentaires, trois cas peuvent arriver : ou les aliments étaient en trop grande quantité, ou leur qualité était mauvaise, ou la quantité et la qualité étant irréprochables, c'est l'élaboration qui ne s'est pas faite convenablement. Dans tous ces cas, les matières alimentaires sont rejetées comme des corps étrangers dont la présence irrite les parois de l'estomac. Parmi les matières *excrémentitielles*, que l'estomac rejette par le vomissement, les unes sont formées dans l'organe même, ce sont les pituites ou les sérosités (mucus), les autres sont introduites accidentellement dans l'estomac, c'est la bile. Quant au sang que l'on rencontre quelquefois dans les matières des vomissements, sa présence dans l'estomac ne donne pas toujours lieu à ce phénomène, car, dans certains cas, il subit l'élaboration gastrique et se transforme en chyle.

2° *Déjections alvines.* — Elles sont tantôt plus fréquentes, tantôt plus rares qu'à l'état normal. Elles sont plus fréquentes lorsque l'intestin est irrité par la présence de liquides âcres, lorsqu'on a ingéré dans l'estomac une grande quantité de substances grasses ou trop humides.

Elles sont plus rares par faiblesse de la faculté expultrice, par atonie des intestins ou des muscles abdominaux, par l'affaiblissement ou le défaut de sensibilité de la muqueuse intestinale, par défaut d'ingestion des aliments, par la paralysie de l'extrémité inférieure de l'intestin et des sphincters de l'anus.

3° *Production des gaz.* — Galien signale ici la tympanite, que l'on rencontre souvent, dit-il, chez les femmes atteintes d'affections utérines (tympanite hystérique) ; dans certaines lésions intestinales et dans d'autres états morbides où la production de gaz se présente comme un phénomène purement sympathique.

Symptômes fournis par les annexes du tube digestif : veines mésaraïques, foie, etc. — Les veines mésaraïques et le foie, comme l'a établi Galien, prennent dans l'intestin les matières alimentaires, pour continuer l'élaboration commencée par le tube digestif. Si les puissances naturelles du foie ont perdu de leur énergie, si, par exemple, sa faculté attractive est languissante, les veines mésaraïques n'attireront que faiblement les matériaux alimentaires ou bien ne les attireront plus du tout; quelquefois même il pourra se faire un courant en sens inverse, de manière que le liquide nutritif déjà introduit dans les veines mésaraïques reflue vers l'intestin au lieu de se porter au foie. Les matériaux alimentaires ainsi retenus dans l'intestin pourront s'altérer et donner naissance, d'une part, à des produits gazeux, d'autre part, à des produits liquides semblables (notez l'expression!), à de la *laxure de chair*. Ainsi, pour Galien, une altération du foie peut déterminer les principaux phénomènes de la dysenterie. Il est curieux de voir, à quatorze siècles de distance, un médecin de l'armée d'Afrique se rencontrer avec le médecin de Pergame et professer les mêmes idées que lui sur la pathogénie de la dysenterie.

Symptômes particuliers aux voies urinaires. — L'inspection de l'urine, d'après Galien, d'accord en cela avec les modernes, nous révèle, non seulement l'état des voies urinaires, mais encore et surtout l'état général de l'organisme. La sécrétion de l'urine peut être tantôt trop abondante, tantôt nulle. Il existe, dit Galien, un état général de l'économie, une diathèse, dans laquelle les sucs, au lieu de servir à la réparation du corps, se transforment en une matière non assimilable, et sont en conséquence éliminés par les voies naturelles. Les organes sont, pour ainsi dire, imbibés de mauvais sucs qui, rejetés par les urines, entraînent avec eux la substance même du corps. Les individus frappés de cette affection sont en proie à une diarrhée et à des sueurs abondantes, leur ventre et leurs membres se remplissent de sérosités, ils maigrissent rapidement et tombent dans le marasme, la colliquation et la mort, c'est la diathèse *colliquative* de Galien. Voilà ce que l'observation pure des phénomènes, sans le secours de l'anatomie pathologique, avait appris à Galien. Eh bien! de ces théories humorales, dissipées au flambeau de l'anatomie pathologique, tout n'a pas disparu, quelque chose est resté, et ce quelque chose est la théorie moderne du diabète. Dans cette maladie, en effet, une partie de la substance même du corps, un élément, un principe du sang, le glucose, est éliminé de l'économie et s'en échappe avec l'urine. Les individus qui en sont atteints succombent plus ou moins rapidement après avoir passé par tous les degrés du marasme. Sans doute il y a des cas de polyurie simple, sans glucosurie, et dans lesquels on observe également le marasme ; là, dira-t-on, rien n'est éliminé, qu'une

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 janvier, 7, 19 février, 8, 15 avril, 15, 22, 27 mai, 26 juin et 3 juillet 1856.

seul avec mes collègues de cet établissement, j'ai eu l'occasion très inattendue de voir à Paris, en 1856, le typhus qui s'y était montré à la fin des guerres de l'Empire et qui, disparaissant avec elles, n'y avait plus reparu depuis 1814.

Cette fois, du moins, son apparition n'aura été que très passagère. Au bout de quatre mois, il n'en restait plus de traces. C'est dans cet espace de temps que j'ai recueilli moi-même soixante et quelques observations qui font la base d'un travail dont je viens vous présenter le résumé.

Un événement médical si rare à Paris et d'une importance si considérable à la fois, à cause des questions de fait et de doctrine soulevées plutôt que résolues par les travaux publiés sur le typhus et la fièvre typhoïde depuis une vingtaine d'années, tant à l'étranger qu'en France, m'a paru digne de l'intérêt de votre savante compagnie et de la bienveillante attention que je la prie de m'accorder.

Vous savez que plusieurs régiments, revenant de Sébastopol, firent leur entrée à Paris, vers la fin de décembre, et dans les premiers jours de janvier, et j'ai dit, qu'à très peu d'exceptions près, tous les typhiques avaient été fournis par le même corps. — C'est le 50e régiment de ligne. Je me hâte d'ajouter qu'ils l'ont été presque uniquement par les deux premiers bataillons de ce régiment. Une préférence morbide aussi exclusive fait présumer d'une manière à peu près certaine, que cette fraction principale du corps a dû se trouver dans des circonstances spéciales.

L'aide-major qui l'accompagnait, M. le docteur Frison, l'un de nos jeunes médecins les plus capables, a bien voulu m'en envoyer un récit détaillé, que j'abrége autant que possible.

L'histoire médicale du 50e est, en résumé, celle de l'armée d'Orient. Le choléra, pendant et après l'expédition de la Dobrutscha, le scorbut, la fièvre typhoïde, les diarrhées aiguës et chroniques sur le plateau de la Chersonèse, puis les fièvres palustres, nées des bords de la Tshernaïa : tel est l'ensemble d'affections produites par des causes qui leur imprimaient souvent un cachet typhoïde, et laissaient du moins à leur suite une débilité réelle de l'organisme. Cependant, le vrai typhus était inconnu au 50e avant son embarquement pour la France. Je dirai même qu'à cette époque l'état sanitaire du régiment était de nature à éloigner toute crainte d'invasion typhique. Les 1,300 hommes dont il se composait (il avait versé ailleurs ses secrues), étaient la plupart d'anciens soldats endurcis au métier des armes. Presque tous, à l'exception de quelques convalescents de fièvre intermittente et de diarrhée chronique, jouissaient d'une bonne santé relative, et la joie du retour en France leur faisait oublier bien des fatigues.

Le 50e s'embarque à Kamiesh, le 13 novembre, sur deux navires à voiles américains. Les deux premiers bataillons, moins la compagnie de voltigeurs du 2e, prirent passage sur le *Monarque-des-Eaux*, — Cette compagnie et le 3e bataillon furent reçus à bord de l'*Edgard*, et effectuèrent leur traversée en trente jours, pendant lesquels ils n'eurent aucun cas de typhus.

Les passagers du *Monarque* devaient éprouver un sort bien différent. Ce navire de transport, y compris ses 45 marins d'équipage, portait 800 hommes. Il mit cinquante jours pour se rendre à Marseille.

Le *Monarque* est un peu plus grand qu'un vaisseau de guerre à deux ponts : mais cet avantage est plus que compensé par l'absence de sabords, dont l'ouverture, pendant le jour, eût favorisé considérablement l'aération du bâtiment.

Il est partagé en trois étages. — L'inférieur renfermant une grande quantité de matières putréfiables qui se décomposèrent et donnèrent lieu à un dégagement de gaz méphitiques, auquel il fallut remédier par un nettoyage général, courageusement exécuté par le soldat et par l'aspersion de chlorure de chaux liquide.

Le deuxième pont, réservé à la troupe, recevait l'asmosphère extérieure au moyen de plusieurs conduits verticaux, et ne communiquait largement qu'avec l'étage supérieur, où se déversait une grande partie des miasmes de la cale. C'est dans cet espace, occupé par près de 800 hommes que, dans sa précédente traversée de Marseille à Kamiesh, le *Monarque* avait logé 350 chevaux qui y avaient laissé des traces de leur séjour. En ce moment même, il avait fallu placer à l'une des extrémités de cet entre-pont, quatre chevaux et une demi-douzaine de bœufs. — C'était une écurie infecte. Dès qu'on y pénétrait, on était vivement impressionné par une odeur des plus nauséabondes. Telle est l'atmosphère saturée encore par les émanations de tant d'hommes entassés qu'il a fallu presque constamment respirer pendant cinquante jours. Que pouvaient les mesures hygiéniques en présence de ces détestables conditions si longtemps subies !

La troupe recevait deux rations de vin par jour, de la viande fraiche ou salée, du lard, du riz, du biscuit et du pain, mais les légumes frais firent toujours défaut. Le soldat finit par se dégoûter de la viande et du riz, et la préparation des aliments laissant beaucoup à désirer, il se nourrissait presque exclusivement de café et de biscuit, et son alimentation devint dès lors très insuffisante. Ajoutons encore le défaut d'exercice corporel, le mal de mer par les gros temps et l'ennui, l'ennui presque intolérable d'une situation qui semblait se prolonger indéfiniment.

C'est au milieu de ces conditions antihygiéniques si fatalement accumulées que le typhus prit naissance. Il se déclara le quinzième jour de la traversée, dans la rade de Milo. Jusqu'à ce moment, l'état sanitaire avait été très satisfaisant. Du 1er décembre au 25, jour de l'arrivée à Malte, 15 hommes furent atteints. Un seul mourut à bord, les autres furent laissés dans l'île.

En débarquant enfin à Marseille le 1er janvier, on dut envoyer 25 typhiques à l'hôpital de cette ville. Les bataillons en partent le 3 et font deux jours de suite leur étape à pied par une pluie battante; les soldats, trempés jusqu'aux os, montent dans les wagons du chemin de fer et arrivent encore mouillés et transis à Paris, le 5. Ils sont dirigés sur Bicêtre.

Ce refroidissement prolongé donna une violente impulsion à l'imminence morbide et ajouta à la maladie de la plupart des hommes atteints en janvier une complication particulière dont il faudra tenir compte.

L'origine du typhus du 50e est donc parfaitement évidente. Les conditions du long séjour au pied de Sébastopol avaient créé une prédisposition incontestable à son invasion; mais il n'est point à proprement parler d'origine crimeénne. Il est né sur le *Monarque* et du *Monarque* même, comme pour confirmer une fois de plus, par un exemple frappant, ces paroles de Pringle :

« Lorsqu'en quelque temps que ce soit, l'air est resserré et renfermé, il en résulte une fièvre d'une espèce particulière et souvent mortelle. J'ai remarqué la même sorte de fièvre dans des vaisseaux de transport trop chargés de monde et retenus longtemps en mer par des vents contraires, ou bien, lorsque dans des temps orageux, les hommes sont pressés les uns contre les autres et que les écoutilles sont fermées. »

Ce typhus, pour avoir pris naissance dans ces circonstances spéciales, s'est-il montré différent de celui que d'autres militaires ont contracté en Orient ou à Paris même au contact des passagers du *Monarque* ? S'il est permis de juger sur un petit nombre de cas, je me prononce pour la négative; mais la comparaison de ma relation avec celles qui nous viendront d'Orient et des villes du midi de la France permettra seule de résoudre cette question.

Du 7 janvier au 1er février, le 50e a envoyé 90 typhiques à l'hôpital, et 18 seulement du 1er au 20 février, date du dernier cas qu'il a fourni.

En tenant compte du chiffre quotidien des entrées, on voit décroître de plus en plus avec lui, à partir du 20 janvier, l'influence de l'affection puisée à bord du *Monarque*, mais ce qui est remarquable, c'est que le germe morbide ait sommeillé pendant plus de cinquante jours, chez certains individus après le débarquement, pour se manifester au bout d'un temps si long avec tous ses caractères spécifiques.

Le 3e bataillon de chasseurs à pied a présenté des exemples d'incubation au moins aussi prolongée. Tout exceptionnels qu'ils sont, ils montrent cependant que la cause morbifique peut conserver pendant plus de deux mois sa puissance d'action, loin des circonstances qui l'ont engendrée. Cette persistance du principe morbide dans l'économie et sa lente évolution n'avaient pas échappé à Pringle. Il ne semble pas, toutefois, lui avoir assigné d'aussi larges limites, mais Banerft, en Espagne, en 1809, a noté des cas survenus soixante-huit jours après l'infection.

Il est aujourd'hui parfaitement établi que les maladies contagieuses ne le sont pas partout et toujours au même degré, et que la communicabilité d'une même affection, le choléra, la fièvre typhoïde, par exemple, peut se montrer très évidente, ou douteuse, ou nulle, selon des conditions générales ou individuelles encore très imparfaitement connues et très difficiles à préciser. Cette mystérieuse variation d'activité du principe contagieux pourrait parfois faire nier qu'il existe encore, tandis qu'il est seulement endormi. La manière dont le typhus s'est comporté au Val-de-Grâce, offre, à cet égard, un enseignement des plus dignes d'intérêt.

Les typhiques reçus d'abord indistinctement dans les différents services de fiévreux, furent bientôt dirigés de préférence sur les salles de clinique. Là, pendant trois mois, mêlés en plus ou moins grand nombre aux autres malades, leur présence n'exerce sur aucun d'eux la moindre influence. Les fièvres typhoïdes marchèrent côte à côte des typhus sans se ressentir d'un tel voisinage. Ni les infirmiers, ni les jeunes médecins de l'école attachés à mes salles, ni ceux qui pratiquèrent les autopsies n'éprouvèrent le moindre effet du contact journalier des typhiques. Il en fut de même dans les autres services, de sorte qu'il semble que cette expérience était suffisamment prolongée pour permettre d'affirmer que le typhus qui exerçait en ce moment même de si cruels ravages en Orient et dans quelques villes du midi sur les infirmiers et les médecins, avait perdu en parvenant jusqu'à Paris, sa faculté de transmission. Rien ne s'opposait à cette conclusion, si ce n'est qu'en fait de contagion les faits négatifs ne sont jamais une preuve absolue.

En effet, tandis qu'à une seule exception près, qui ne devait se produire que plus tard, aucun des hommes qui entrèrent en contact avec les typhiques, au Val-de-Grâce, ne fut contaminé par eux; trois ou quatre sœurs de mon service contractèrent le typhus. L'une d'elles, la sœur Louise, qui succomba, le communiqua à la sœur Thérèse, attachée à la dépense, et qui n'avait jamais mis le pied dans les salles. La sœur Thérèse, à son tour, le transmit à l'une des sœurs qui la veillaient, de sorte que la maladie se montra aussi évidemment contagieuse à l'égard des femmes qu'elle avait paru non contagieuse à l'égard des hommes, et que je dus traiter les sœurs malades hors de la communauté.

A Bicêtre, le docteur Frison n'a vu que cinq cas se produire parmi les passagers de l'*Edgard*, après leur réunion avec les

---

quantité d'urine proportionnelle à la quantité des boissons ingérées; à quoi donc attribuer l'amaigrissement et le marasme? D'après un certain nombre d'analyses qui lui ont montré dans l'urine une quantité d'urée trop considérable, proportionnellement à la quantité du liquide, M. Andral est porté à penser que l'amaigrissement, dans la polyurie simple, tient à un excès d'élimination de l'urée, de telle sorte, dit le savant professeur, que même le diabète non sucré, pourrait rentrer dans la théorie de Galien, si des faits plus nombreux venaient donner aux probabilités issues de mes observations, une sanction absolue.

Dans d'autres cas, l'émission de l'urine, au lieu d'être trop abondante, peut diminuer ou même se supprimer entièrement. Cela peut tenir à deux conditions différentes : ou la vessie ne contient pas de liquide, et alors ce symptôme est l'indice soit d'une altération du sang, soit d'une altération de la puissance attractrice des reins; ou elle en contient, etc. Dans ce cas, le défaut de miction dépend, soit d'une faiblesse des fibres musculaires de la vessie, soit de la distension excessive de ce réservoir, soit de la présence d'un obstacle mécanique, calcul, caillots de sang, callosités, indurations, tubercules, existant au col de la vessie; soit d'un phlegmon de cet organe, soit enfin de la sécheresse produite par une fièvre ardente. Voilà de la saine observation.

Galien termine par quelques considérations sur la sueur, et les symptômes fournis par les organes génitaux, principalement sur ceux qui dépendent d'une affection de l'utérus, flux sanguin ou leucorrhéique. Voilà ce que contiennent, dans leur ensemble, le *de causis* et le *de differentiis symptomatum*.

Indépendamment de ces deux grands ouvrages de symptomatologie, Galien en a consacré d'autres à l'exposition et à l'étude de certains symptômes en particulier. Tel est le traité *du pouls*, déjà analysé; tel est encore celui où il s'occupe de la dyspnée et sur lequel nous allons jeter un coup d'œil rapide. Ce traité se compose de trois livres : le premier contient la description du phénomène, le second en expose les signes ou les caractères, le troisième en recherche les causes.

Le mouvement respiratoire, dit Galien, se divise en deux temps : l'inspiration et l'expiration. Il étudie les rapports que peuvent avoir entr'eux, soit les temps, soit les mouvements; or, de cette étude il conclut que la respiration peut être superficielle ou profonde, longue ou courte, fréquente ou rare, égale ou inégale. A propos de l'expiration, il formule l'aphorisme suivant : lorsque, dans une affection fébrile, l'air expiré est froid, le cas est mortel. A cette règle il admet des exceptions.

Après avoir étudié en eux-mêmes les phénomènes de la respiration et les modifications dont ils sont susceptibles, Galien les étudie dans leurs rapports avec le diagnostic, c'est-à-dire comme symptômes ou signes des maladies. Les troubles de l'acte respiratoire peuvent se présenter sous deux formes : la dyspnée et l'orthopnée; celle-ci, qui annonce une gêne extrême de la respiration, est ainsi nommée parce que le malade est obligé de s'asseoir pour respirer.

La cause des désordres respiratoires est rapportée par Galien à des circonstances variées. Elles résident, tantôt dans les voies respiratoires, tantôt en dehors d'elles. Dans le premier cas, c'est ou une lésion organique, tumeur, phlegmon, etc., d'une partie quelconque des voies de l'air, ou bien une altération dynamique des puissances inspiratrices et expiratrices. Dans le second cas, le trouble de la respiration est dû, soit à une cause extérieure, la raréfaction de l'air atmosphérique, soit à une cause interne : maladies des nerfs, du cerveau, des méninges; dans le délire, dit Galien, la respiration est rare et inégale; dans la fièvre, elle est accélérée; dans l'hystérie, elle est remarquable par son extrême irrégularité. Sauf ce dernier cas, toutes les maladies dans lesquelles on observe la gêne de la respiration doivent être réputées graves. C'est par l'embarras de cette fonction que la mort arrive le plus souvent dans les maladies aiguës, fébriles, qui ont une terminaison funeste.

Dans les ouvrages de symptomatologie que nous venons d'analyser, nous avons vu Galien considérer le symptôme au point de vue du diagnostic; dans d'autres écrits, tels que le *De prænotione ex pulsibus*, le *De prænotionibus*, les symptômes sont transformés en signes de pronostic.

Dans le premier, qui est composé de quatre livres, Galien donne des détails infinis sur les caractères très nombreux et très variés qu'il reconnaît au pouls et sur les conséquences que l'on peut en tirer, soit pour prédire l'issue heureuse ou malheureuse des maladies, soit pour annoncer certains événements qui peuvent survenir dans leur cours, et spécialement les critiques. Nous avons déjà émis notre opinion à l'endroit des études de Galien sur le pouls, elle n'a pas changé. L'imagination de l'auteur, beaucoup plus que l'observation réelle, nous paraît avoir présidé à ces études, véritable roman où, parmi des détails fantastiques, on voit cependant surgir quelques vérités importantes.

Le *De prænotionibus*, dédié à Épigène, est plus curieux qu'instructif. C'est à la fois un pompeux panégyrique en l'honneur de Galien et une violente diatribe contre ses ennemis, jaloux de ses talents et de ses succès. Il y a là un recueil d'histoires de maladies, la plupart observées sur des grands personnages de Rome, et dont la cure, toujours merveilleuse, est accompagnée de circonstances les plus propres à faire briller d'un vif éclat le génie médical de l'auteur. Au philosophe Eudème, malade d'une fièvre intermittente tierce, il prédit, d'après un caractère particulier du pouls, que sa fièvre se transformera en double tierce, et il l'empêche, en conséquence, de prendre la thériaque que le médecin ordinaire du philosophe était sur le point de lui administrer. L'événement vient justifier la prévision de Galien. A Boëtus, personnage consulaire, il annonce jour par jour, sans se tromper, tout ce qui doit lui arriver pendant une maladie dont il le traita, et Boëtus enchanté, prône partout le merveilleux talent de Galien, à qui il offre, en récompense de ses soins, une forte somme d'argent. Jaloux de ses triomphes et de sa renommée croissante, les médecins de Rome se liguent contre lui, ils vont même jusqu'à tramer un complot contre sa vie; aussi Galien s'écrie qu'il n'a plus qu'à prendre la fuite pour dérober sa tête à la fureur implacable de ses ennemis. Jetons un voile sur ces faiblesses d'un grand homme et passons à autre chose.

(La suite au cours prochainement.)

De la leucocythémie splénique, ou de l'hypertrophie de la rate avec altération du sang, consistant dans une augmentation considérable du nombre des globules blancs; par M. le docteur E. Vidal, ex-interne des hôpitaux, vice-secrétaire de la Société anatomique. In-8, Paris, 1856, Victor Masson.

passagers du *Monarque*, et la compagnie de voltigeurs du 2e bataillon a joui tout entière d'une immunité complète.

En revanche, comme si tout devait être illogique en fait de contagion, le nommé Tixier, du 53e, qui n'a point été en Orient, qui ne s'est point trouvé casernè au voisinage de soldats revenus d'Orient, dont le contact avec ces derniers n'a pu avoir lieu que d'une manière fortuite et rapide, est entré le 6 avril, dans mon service, avec un typhus cérébral, dont il est mort. Je possède un autre cas presque semblable.

Ainsi la contagion, qui se manifeste à peine dans les conditions les plus favorables en apparence, va frapper des individus qui semblaient en dehors de toute atteinte.

Le seul fait de transmission de malade à malade qui se soit produit au Val-de-Grâce mérite une mention toute spéciale. Le nommé Notrel était convalescent depuis quinze jours d'une fièvre typhoïde grave, quand Bossard, du 3e bataillon de chasseurs à pied, atteint d'un violent typhus, fut placé à côté de lui. Au bout d'une vingtaine de jours, Notrel présenta un typhus léger, mais parfaitement caractérisé par l'éruption pathognomonique de cette affection. Cette transmission du typhus à un convalescent de fièvre typhoïde des mieux constatée est un argument de haute valeur en faveur de la spécificité distincte des deux maladies, et je lui donne ailleurs le développement qu'il réclame.

(La fin au prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

ULCÈRES CHRONIQUES SIMPLES DE L'ESTOMAC ; — PERFORATION ; — PÉRITONITE CONSÉCUTIVE ; — MORT ;

Observation lue à la Société médicale des hôpitaux de Paris,

Par le docteur HÉRARD, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Malgré quelques travaux sur l'ulcère chronique simple de l'estomac, au premier rang desquels nous devons inscrire les mémoires de MM. Cruveilhier et Rokitansky, l'ulcère chronique simple est une maladie encore peu connue d'un grand nombre de médecins, et presque invariablement confondue dans la pratique avec le cancer de l'estomac ; et cependant, si l'on réfléchit aux différences profondes qui séparent ces deux affections malgré leur ressemblance extérieure, à la marche envahissante, désorganisatrice, à l'incurabilité absolue de l'une, en opposition avec la tendance vers la cicatrisation, à la curabilité possible de l'autre, on comprendra combien il importe de ne pas laisser englober dans le fatal pronostic qui s'attache au cancer, des cas d'ulcère simple qu'un traitement approprié eût amenés à guérison.

Nous serions heureux que le fait qu'il nous a été donné récemment d'observer contribuât à éveiller l'attention sur un sujet qui nous paraît présenter un haut intérêt pratique.

OBSERVATION. — La nommée Ber (Clarisse), âgée de 34 ans, est entrée le 13 mars 1856, à l'hôpital Lariboisière (salle Sainte-Mathilde, n° 4).

Cette femme raconte qu'elle a toujours été d'une faible constitution ; qu'elle a eu à subir de nombreuses privations, et qu'elle n'a jamais fait d'autres excès que des excès de travail.

Les premiers troubles digestifs remontent à plus de 12 ans. A cette époque, elle vomissait déjà de temps en temps. Depuis lors, jusqu'à son entrée à l'hôpital, elle n'a pas cessé de souffrir de l'estomac, et de se plaindre de digestions laborieuses. Seulement, de loin en loin, elle éprouvait un calme momentané de dix, quinze jours, quelquefois même un mois ; puis les accidents reparaissaient. Elle accusait habituellement une sensation de chaleur, de brûlure au creux de l'estomac et dans le dos. Ses digestions étaient douloureuses, accompagnées d'élancements, et d'une sensation de gonflement épigastrique. Elle n'avait alors de soulagement que lorsqu'elle avait vomi, ce qui lui arrivait le plus souvent quelques heures après le repas. Depuis longtemps son alimentation était devenue très irrégulière. Elle ne mangeait pas de viande, pour laquelle elle éprouvait une répugnance prononcée ; elle ne pouvait supporter le vin, qui lui donnait immédiatement des aigreurs et était rejeté par le vomissement. Son médecin lui avait défendu l'usage du laitage. Elle se nourrissait habituellement de soupes, de pain et de fromage, et souvent, pour éviter la souffrance, elle se privait entièrement d'aliments. Aussi, l'amaigrissement avait-il fait de rapides progrès. Depuis cinq à six mois, son estomac ne tolérait plus rien. Quelques jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait vomi, pour la première fois, une matière noire, analogue au marc de café. Jamais elle n'avait rejeté de sang pur.

A notre visite du 13 mars, nous trouvâmes une malade au teint jaune-paille, le corps courbé en avant, d'un amaigrissement extrême, vomissant tous les aliments, et de plus présentant des vomissements noirs, se plaignant d'une douleur épigastrique et dorsale, sans fièvre, sans lésion pulmonaire. Quoique par le palper abdominal, nous n'ayons pu reconnaître la présence d'une tumeur, nous restâmes convaincu que nous avions affaire à un cancer de l'estomac. Au bout de quelques jours, sous l'influence du repos et du régime, une amélioration extraordinaire se manifesta dans l'état de la malade qui put manger et digérer parfaitement une et même deux portions. Nous avions de la peine à nous expliquer un changement aussi notable et qui durait déjà depuis environ quinze jours, lorsque dans le commencement du mois d'avril, les digestions redevinrent difficiles, douloureuses, puis tout à coup, vers le milieu de la nuit, survint dans le ventre une douleur excessivement aiguë, avec vomissements, pouls petit, face grippée, suppression d'urine, etc., indices non douteux d'une péritonite par perforation. La malade succomba rapidement.

Autopsie. — La cavité abdominale était remplie de matières grisâtres, analogues à celles que renfermait l'estomac. L'intestin présentait, dans un très grand nombre de points, à sa surface, sous des fausses membranes molles récentes, une injection très prononcée.

Avant de fendre l'estomac, nous aperçûmes à l'extérieur, sur le bord supérieur, à quelques millimètres du pylore, une ouverture arrondie, de la largeur d'une pièce de 50 centimes. Sur les bords de cette ouverture, on apercevait un lambeau de membrane mince, se continuant avec le péritoine, et qui paraissait avoir été pendant quelque temps la seule barrière qui s'était opposée à la perforation.

L'ouverture dont il est question, vue de l'extérieur, était libre dans tous les sens et n'avait contracté d'adhérence avec aucun organe environnant.

L'estomac incisé suivant la grande courbure, on distinguait :

1° Une ouverture interne correspondant à l'ouverture extérieure et présentant à peu près les mêmes dimensions. Cette perforation se trouvait exister à l'une des extrémités d'une ulcération, à moitié cicatrisée, qui s'était formée tout autour de l'orifice pylorique, si bien que cet orifice, d'ailleurs sain, était considérablement rétréci par suite du froncement circulaire qu'avait produit la cicatrice. La muqueuse de l'estomac aux environs de cette ulcération était assez fortement injectée, et présentait les traces d'une inflammation récente.

2° Deux ulcères à fonds gris blanchâtre, excavés, de l'étendue d'un centimètre, sans rougeur de la muqueuse environnante, véritables cicatrices d'ulcérations anciennes.

3° Sur le reste de la muqueuse, une multitude de petites ulcérations commençantes, les unes allongées en coup d'ongle, les autres circulaires, sortes d'érosions folliculeuses.

La muqueuse, autour de ces petites ulcérations, ne présentait pas de rougeur, seulement, au niveau du grand cul-de-sac de l'estomac, on constatait à un haut degré l'état particulier qui a été décrit sous le nom d'*état mamelonné*.

Ajoutons que l'estomac n'offrait en aucun point de traces de la dégénérescence cancéreuse. Les autres organes étaient sains.

RÉFLEXIONS. — Ainsi donc, tout ce cortége de symptômes que nous avons l'habitude de rapporter exclusivement au cancer de l'estomac, la teinte jaune paille de la face, l'amaigrissement, la douleur épigastrique, les vomissements alimentaires, les vomissements noirs, ce signe réputé pathognomonique, etc., tout cet ensemble phénoménal, dis-je, peut se rencontrer dans l'ulcère chronique simple de l'estomac. La conséquence de ce premier fait, conséquence d'une haute importance pratique, c'est que toutes les fois que des malades présenteront des symptômes analogues à ceux que nous avons décrits plus haut, et que l'on n'aura pas constaté de tumeur dans la région épigastrique, le médecin devra apporter dans son pronostic une plus grande réserve qu'autrefois, et se comporter dans tous les cas comme s'il avait à traiter la maladie la moins grave, la maladie curable, l'ulcère. C'est ainsi qu'en insistant avec un soin minutieux sur le régime, et particulièrement sur la diète lactée, M. le professeur Cruveilhier est parvenu plus d'une fois à sauver des malades condamnés par d'autres médecins comme atteints de cancer incurable. Comme le dit si bien M. Cruveilhier, le régime est tout dans le traitement de l'ulcère simple, et s'il frappe juste, en quelques jours, le malade est soulagé, il se sent renaître, il a en lui le sentiment de la guérison. Un bien-être indicible succède presque immédiatement dans quelques cas au malaise extrême, à l'angoisse inexprimable, qui étaient la conséquence d'un mauvais régime et d'un mauvais traitement. Chez notre malade, on a pu juger de l'amélioration rapide qui était survenue dès les premiers jours de son séjour à l'hôpital, probablement sous la seule influence d'une hygiène et d'une alimentation mieux entendues ; nous pensons même que si la surveillance eût été plus rigoureuse, si nous eussions résisté davantage à l'appétit toujours croissant de la malade, nous aurions retardé, peut-être prévenu la perforation, qui est venue terminer la scène d'une manière si brusque. Néanmoins, dans le cas particulier, une circonstance révélée par l'autopsie aggravait singulièrement le pronostic ; c'était le rétrécissement du pylore, consécutif à l'ulcération, rétrécissement considérable qui aurait toujours été un obstacle au libre passage des matières alimentaires de l'estomac, dans le duodénum.

Parmi les symptômes observés, et qui pourront peut-être servir ultérieurement au diagnostic du cancer et de l'ulcère, nous signalerons la courbure du corps en avant. Dans la courte discussion qui a suivi la lecture de cette observation, M. Hervez de Chégoin a insisté sur ce signe, qu'il a rencontré chez deux malades atteints d'ulcères de l'estomac. Chez la femme Ber, cette courbure était tellement prononcée, que nous avions cru, dès l'abord, qu'il existait une incurvation de la colonne vertébrale.

Nous appellerons également l'attention sur le caractère et le siége particuliers de la douleur épigastrique. C'était bien, comme l'a indiqué M. Cruveilhier, ce sentiment de chaleur, de cuisson, de brûlure, circonscrits dans deux points, le dos et l'appendice xiphoïde. (Points xiphoïdien et dorsal.)

Au point de vue de l'anatomie pathologique, cette observation est intéressante, en ce qu'elle nous montre la lésion à ses diverses phases de développement. Au premier degré, sous forme de ces petites érosions de la muqueuse, dont le point de départ paraît être, dans un grand nombre de cas, le follicule — à la période d'ulcération, profonde jusqu'à la perforation — enfin, à la période de cicatrisation. Si d'après les lésions observées, il nous était permis de juger de la nature de l'ulcère chronique simple, nous dirions qu'il ne nous a pas paru que la maladie puisse être considérée comme une gastrite ulcéreuse. Sans doute il y avait une injection assez vive autour de la perforation, mais cette injection était très probablement consécutive, puisqu'elle n'existait pas dans les points où l'ulcération était à son début, et elle ne doit pas, ce semble, avoir plus de valeur que la rougeur qui se développe quelquefois autour d'une ulcération cutanée, non franchement inflammatoire.

CHIRURGIE.

SUR QUELQUES-UNS DES ACCIDENTS QUI COMPLIQUENT LES FRACTURES DES CÔTES ;

Par le docteur FANO, prosecteur de la Faculté.

Les fractures de côtes sont de celles que l'on rencontre le plus souvent dans la pratique et l'on s'accorde généralement à en admettre de deux sortes : les unes dites simples, les autres *compliquées* de divers accidents. Ces accidents sont loin d'avoir suffisamment attiré l'attention, et la plupart d'entre eux ont été signalés vaguement, leur description étant confondue avec celle des plaies de la poitrine. J.-L. Petit (*Œuvres complètes*, p. 143) note seulement la piqûre de la plèvre et des artères intercostales par les fragments de la fracture ; Boyer (*Traité des maladies chirurgicales*, 5e édition, t. III) est déjà plus complet et parle de la déchirure de la plèvre et du poumon, d'inflammation de ces organes, de l'emphysème et enfin de la blessure de l'artère intercostale. Samuel Cooper (*Diction. de chirurgie pratiq.* 5e édition, art. FRACTURES) a copié Boyer, en abrégeant, et n'a rien ajouté à ce tableau. Dupuytren (*Leçons orales*, 2e édition, t. II, p. 206) s'est uniquement préoccupé de l'emphysème qui complique certaines fractures ; il en a étudié le mécanisme et en a rapporté quelques observations ; le même chirurgien a signalé un autre genre d'accident qu'il a observé une seule fois, la lésion du cœur par le fragment enfoncé d'une côte fracturée. MM. A. Bérard et Cloquet (*Dictionnaire de médecine*, art. COTES) ont fait une simple énumération de tous les accidents qui compliquent les fractures de côtes. Enfin M. Malgaigne (*Traité des fractures*, p. 431) a le premier appelé l'attention sur une pleurésie circonscrite légère qui est la conséquence de la lésion osseuse, par suite de la propagation jusqu'à la plèvre de la *légère irritation qui se fait autour des fragments*.

Les cinq observations qui vont être rapportées montreront les degrés divers que peuvent présenter, dans les fractures de côtes, les lésions de la plèvre et du poumon.

OBS. I. — *Fracture de la sixième côte droite.*

Le nommé Vigoureux, âgé de 65 ans, homme de peine, est renversé par une voiture, dont l'une des roues passe sur la partie antérieure droite de la poitrine. La voiture est heureusement arrêtée à temps pour ne pas écraser le malade sous le poids de sa charge.

Vigoureux entre à l'hôpital St-Antoine le 30 janvier 1848, et, le lendemain matin, l'examen de la poitrine ne fait découvrir d'ecchymoses nulle part ; une douleur vive à la pression existe au niveau de la sixième côte droite ; il y a une mobilité et une crépitation manifestes. Des râles ronflants et sibilants se font entendre dans la poitrine ; le malade nous assure qu'il tousse depuis longtemps.

Le 4 février, Vigoureux se plaint d'une grande difficulté pour respirer ; il est pris de fièvre. Il existe toujours des râles ronflants dans la poitrine. On pratique une saignée de 200 grammes.

Le sang, examiné le lendemain matin, n'est nullement couenneux. La respiration se fait plus facilement ; la toux réveille de la douleur au niveau de la fracture ; les crachats sont spumeux, aérés.

Le 28 février, on est contraint de renvoyer le malade pour faire place aux blessés de la révolution.

OBS. II. — *Fracture de la neuvième et de la dixième côtes gauches, au niveau de la courbure de ces os.*

Le nommé Roujol, âgé de 36 ans, fait une chute dans laquelle le côté gauche vient frapper sur l'angle d'une table.

Entré à l'hôpital Saint-Antoine le lendemain, 17 mai 1848, le malade se plaint d'une douleur au niveau de la neuvième et de la dixième côtes gauches, lorsqu'il respire. En exerçant sur ces points une pression avec les doigts, on détermine une douleur très vive ; au-dessus et au-dessous, la douleur est bien moins forte. Au niveau de la courbure des côtes, on perçoit en même temps une crépitation manifeste.

Les deux côtés de la poitrine se dilatent également pendant l'exercice de la respiration. Des ronchus existent dans toute l'étendue du thorax.

Le malade sort le 2 juin, incomplétement guéri, bien entendu.

L'observation première est un exemple de fracture de côte survenue chez un homme atteint d'un catarrhe pulmonaire chronique. Le quatrième jour de l'accident, le malade est pris de dyspnée et de fièvre, et sous l'influence d'une simple émission sanguine ces accidents se calment rapidement. N'est-il pas probable qu'une *petite pleurésie* circonscrite s'est développée au voisinage de la fracture, et que le traitement mis en usage en a enrayé les progrès? Dans la seconde observation, l'auscultation de la poitrine révélait les signes d'une *bronchite générale* ; y a-t-il un certain rapport entre cette inflammation de la muqueuse des voies aériennes et la fracture de côte?

OBS. III. — *Fractures de côtes à gauche. — Emphysème sous-cutané considérable. — Luxation en avant de l'extrémité interne de la clavicule droite.*

Le nommé Prevost, âgé de 48 ans, charretier, a été renversé le 25 février 1848, à sept heures du matin, par des fourgons qui ont passé sur sa poitrine de gauche à droite et de bas en haut. Il est transporté à l'hôpital St-Antoine, le même jour, à onze heures du matin, dans un état général assez grave pour motiver d'abord l'application des sinapismes aux membres inférieurs, puis l'évacuation d'une certaine quantité de sang.

Un emphysème sous-cutané occupe toute la moitié gauche du thorax, du cou et d'une portion de la face, jusqu'au niveau de la région temporale d'une part, jusqu'au bras et au coude de l'autre. Toute la paroi abdominale jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale, mais du côté gauche seulement, est le siége d'une lésion semblable qui ne dépasse pas la ligne médiane. A droite, l'emphysème, peu prononcé à la partie supérieure et postérieure du thorax, occupe au contraire toute la partie antérieure de cette région.

L'exploration de la poitrine est tellement douloureuse, qu'il est impossible de préciser les côtes fracturées.

Le malade a craché du sang pendant tout le cours de la journée de l'accident, mais en petite quantité à la fois.

Il existe une luxation en avant de l'extrémité interne de la clavicule droite, dont l'exploration est douloureuse.

Un bandage de corps est appliqué autour de la poitrine, et le malade est mis à la diète.

Le 27 février, le pouls s'est relevé, la respiration est plus facile ; les crachats renferment encore une faible quantité de sang.

Le 29, une ecchymose violacée se montre sur la partie latérale gauche

de la poitrine, jusqu'au niveau du flanc. L'emphysème persiste; la respiration s'accomplit mieux; le pouls est médiocrement fréquent; une petite quantité de sang est toujours mélangée aux crachats.

Le 1er mars, on essaie de réduire la luxation de l'extrémité interne de la clavicule, en portant l'épaule en dehors et en arrière, en même temps qu'on repousse la tête de la clavicule en arrière. Ces efforts de réduction demeurent infructueux.

Le 2 mars, la tête de la clavicule droite fait toujours une saillie anormale au-devant du sternum; on peut lui faire exécuter des mouvements en haut et en bas, et, pendant ces manœuvres, on perçoit la sensation de frottement de la tête de la clavicule contre la première côte ou le sternum. L'emphysème occupe encore les mêmes parties du corps et les crachats contiennent toujours un peu de sang. En arrière et à gauche de la poitrine, existe une matité et une faiblesse du murmure respiratoire. En arrière et à droite, la sonorité est normale ainsi que la respiration. L'état général est d'ailleurs satisfaisant.

Le 15 mars, le malade est abattu, la peau plus chaude, le pouls plus fréquent. La douleur de côté n'a pas augmenté à gauche; toux sèche, absence d'expectoration. En arrière et à gauche, matité dans les deux tiers inférieurs, bruit de cuir neuf superficiel; absence de murmure respiratoire dans ce point; un peu de retentissement vocal. A droite, respiration normale, sonorité parfaite. Une saignée de 400 grammes est prescrite; elle donne lieu à la formation d'un caillot large, peu ferme.

Le lendemain matin, il existe une amélioration manifeste; il n'y a pas de fièvre; la respiration est un peu plus distincte à gauche et en arrière; la matité persiste.

A partir de ce moment, l'état du malade s'amende, et le 14 avril il put quitter l'hôpital, conservant sa luxation de l'extrémité interne de la clavicule. Il est difficile de décider si cette luxation apporte des obstacles aux mouvements de l'épaule, parce que les fonctions du bras droit sont depuis longtemps entravées par le fait d'une nécrose ancienne de l'humérus. Néanmoins, s'il est permis de s'en rapporter aux assertions de Prevost, les mouvements ne seraient pas plus difficiles qu'avant l'accident.

Les accidents ont été plus intenses chez le malade qui fait l'objet de l'observation précédente. Au début, deux phénomènes parfaitement appréciables annonçaient une lésion du poumon par les fragments osseux enfoncés du côté de la poitrine : l'emphysème du tissu cellulaire sous-cutané et le crachement de sang. Remarquez ici la marche des accidents inflammatoires; c'est seulement après sept jours que l'on constate, du côté correspondant à la fracture, une matité et une faiblesse du murmure respiratoire, indices d'un épanchement pleurétique; puis au bout de treize autres jours, pendant lesquels l'état du malade n'inspire aucune inquiétude, il se manifeste tout à coup une recrudescence dans l'état inflammatoire de la plèvre, et les signes stéthoscopiques accusent l'existence d'une pleurésie aiguë. Sous l'influence d'une émission sanguine, ces accidents se calment avec une rapidité surprenante.

L'existence d'une luxation de l'extrémité interne de la clavicule droite mérite de fixer l'attention. Le mécanisme de cette luxation est aisé à concevoir, si l'on se rappelle qu'un corps pesant a passé sur la poitrine du blessé de bas en haut et de gauche à droite. L'extrémité externe de la clavicule droite a dû être portée fortement en arrière et conséquemment l'extrémité interne a passé en avant. Il s'agissait bien d'une luxation complète, puisqu'on pouvait faire exécuter à la tête de la clavicule des mouvements en haut et en bas et percevoir la sensation d'un frottement de cette tête contre les parties osseuses voisines. Contrairement à l'opinion qui considère comme facile la réduction d'une luxation de ce genre, cette réduction n'a pu être effectuée, et le malade est sorti de l'hôpital en conservant sa luxation. Notons que cet état ne paraît pas avoir apporté de troubles appréciables dans les fonctions du membre supérieur correspondant.

(La suite à un prochain numéro.)

MATIÈRE MÉDICALE.

DES PRINCIPES ACTIFS DE LA RHUBARBE;

Par le professeur SCHROFF, de Vienne.

Les recherches de Schlozsberger et Dopping ont montré que tous les principes de la rhubarbe, isolés par les auteurs, et appelés de différents noms, ne sont que des composés. Ils renferment tous, comme base principale, *l'acide chrysophanique* découvert dans la *Parmelia parielina*, par Rochleder et Heldt, et de plus encore d'autres substances. Ainsi, la rhubarbarine de Pfaff est un mélange de cet acide avec du sucre incristallisable, de la matière extractive, de la résine et du tannin; la rhubarbarine de Henry, avec de la résine; celle de Buchner et de Herberger, avec de la matière extractive, du sucre incristallisable et de l'acide rhéique. Même résultat pour les différentes matières colorantes signalées. Enfin, Schlossberger et Dopping ont isolé dans l'extrait alcoolique trois résines différentes, appelées par eux aporétine, phaorétine et érythrorétine. La rhubarbe contient en outre de l'acide tannique, de l'acide gallique, de l'oxalate de chaux, du sucre, de la pectine, de l'amidon, et les sels ordinaires des plantes.

A petites doses, cette racine a une action tonique que l'on doit attribuer aux acides gallique et tannique, à doses plus fortes, elle est purgative, mais les pharmacologistes diffèrent extrêmement quant à la question de savoir à quel principe spécial on doit rattacher cet effet. L'oxalate de chaux, dit-on, doit y être pour quelque chose; mais les teintures et l'infusion de rhubarbe qui n'en contiennent pas, purgent aussi bien que la poudre. Les autres principes signalés ont été invoqués par leurs inventeurs; ils purgent, mais ce sont des corps composés. Il était donc curieux de voir si l'acide chrysophonique qui se trouve dans tous, ne serait pas cet agent purgatif. M. Schroff a, en conséquence, institué des expériences sur MM. Meinrich et Dworzak, ses élèves, avec cet acide, la rhéine (principe colorant jaune), la rhubarbarine (matière amère, résineuse), la rhubarbe de Chine et la rhubarbe indigène autrichienne, provenant de la Silésie du *Rheum emodi*, de la Styrie du *Rheum palmatum*, de la Hongrie du *Rehum rhaponticum*, et de la Moravie du *Rheum compactum*.

L'acide chrysophanique, la rhéine, la rhubarbarine et la rhubarbe de Moscovie ont purgé, mais le temps qui s'est écoulé entre l'ingestion du médicament, et le début de la purgation a varié; il a été en raison inverse de la pureté et de la simplicité de la préparation. Ainsi, avec l'acide chrysophanique, la première selle eut lieu après vingt-quatre heures, avec la rhubarbarine, après vingt heures; avec la rhéine, après dix-neuf, avec la rhubarbe, après douze heures. D'un autre côté, l'intensité et la durée de l'action étaient en raison directe de la pureté et de la simplicité du produit. L'action de l'acide chrysophonique se prolongea jusqu'à la fin du cinquième jour, et détermina douze selles; celle de la rhéine et de la rhubarbarine dura trois jours, avec cinq et trois évacuations; celle de la rhubarbe se résuma en trois et deux selles en vingt-quatre heures. L'acide chrysophanique, la rhéine et la rhubarbarine furent pris à la dose de 0,50, tandis que celle de la rhubarbe était de 2,00 (1/2 gros).

Les expériences entreprises avec 2,00 des différentes sortes de rhubarbe, donnèrent une grande supériorité à celle de la Chine. Celle-ci procurait deux à trois selles féculentes, sans douleurs, sans nausées. La racine moravienne et la hongroise se rapprochent le plus de la moscovite, mais sont moins actives. La rhubarbe de Bielitz et de la Styrie n'ont pas purgé, et la première a causé du malaise, des nausées, et une fois des vomissements. La double dose de cette rhubarbe a bien provoqué des selles, après trois heures, mais des selles aqueuses, accompagnées d'un grand malaise, de nausées, de douleurs d'estomac et de ténesme.

M. Schroff s'est assuré que l'acide chrysophanique était renfermé à l'état liquide, dans des cellules formant les veines rouges de la rhubarbe, ou disséminées dans des cellules parenchymateuses du noyau de la racine. Cet état de l'acide explique pourquoi la rhubarbe en substance purge plus vite que l'acide chrysophanique pur. Celui-ci est insoluble dans l'eau froide et ne se dissout que très peu dans l'eau bouillante, mais il trouve probablement dans les liquides alcalins des intestins un moyen de devenir soluble et d'être absorbé. Or, il est hors de doute que cet agent, soit pur, soit renfermé dans la rhubarbe, ne purge qu'après avoir été absorbé; c'est pour cette raison que l'acide liquide de la racine agit plus rapidement que l'acide solide isolé. Dans tous les cas, l'acide était décelé dans l'urine, bien avant qu'il n'eût commencé à produire des selles. M. Schroff regrette de n'avoir pu examiner les matières fécales, pour rechercher l'acide chrysophanique qu'elles ont dû contenir, ainsi que les modifications qu'il a pu éprouver.

Ces recherches ont un intérêt plus purement scientifique que pratique; quand on veut purger, on continuera cependant à donner la rhubarbe et ses préparations, malgré leur saveur et leur odeur désagréables à beaucoup de personnes; car, l'acide chrysophanique qui n'a pas ces inconvénients, est tout à fait hors de prix. Si l'on demande à la rhubarbe son action tonique, c'est encore à la substance entière et non à un de ses composants qu'il faut s'adresser.

Les expériences précédentes confirment encore la grande supériorité de la rhubarbe de Moscovie, sur toutes les autres sortes; elle est plus active et néanmoins d'une action plus douce sur le tube intestinal (1).

(1) Extrait du *Wochenbl. d. zeitschr. d. k. k. gesellsch. d. aerz. te zu Wien*, 1856, nos 16, 17, 18.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 8 Juillet 1856. — Présidence de M. BUSSY.

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. le docteur RAIMBERT, sur les constitutions météorologiques et médicales de l'année 1855, dans l'arrondissement de Châteaudun (Eure-et-Loir).

— Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855, dans le département d'Indre-et-Loire. (Com. des épidémies.)

— Les rapports de M. DANET et de M. DUPONT, élèves en médecine, sur l'épidémie de choléra qui a régné en 1854 dans le département des Basses-Pyrénées.

— Un rapport de M. PROULT, officier de santé, sur les résultats qu'il a obtenus en employant le quinquina dans le traitement du choléra.

— Une lettre du gérant du consulat de France à Caracas, sur un mode de traitement du choléra, employé par le docteur Géronimo BLANCO. (Com. du choléra de 1854.)

— Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements des Basses-Alpes, du Tarn, du Bas-Rhin, de l'Allier. (Commission de vaccine.)

La correspondance non officielle comprend :

La relation d'une *épidémie de typhus* observée à l'hôpital de Châtellerault, sur des militaires du 27e régiment de ligne, par M. le docteur Jules MASCAREL. (M. Michel Lévy, rapporteur.)

— Un mémoire de M. DELEAU, *sur l'emploi du perchlorure de fer dans les maladies*. (Com. MM. Robert, Trousseau et Ricord, rapporteur.)

— M. CANQUOIN, de Dijon, adresse à l'Académie la formule et un échantillon d'un *nouveau sparadrap agglutinatif*. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Un mémoire de M. le docteur BOURGUET, d'Aix, *sur les injections d'iode combinées aux ponctions préalables dans le traitement des kystes volumineux, des collections purulentes et des hydropisies articulaires étendues*, etc. (Com. MM. Velpeau et Laugier.)

— M. le docteur CHAFFARD, d'Auriol (Bouches-du-Rhône), adresse à l'Académie le tableau des vaccinations qu'il a pratiquées dans son canton, de 1847 à 1855. (Comm. de vaccine.)

M. LE PRÉSIDENT fait part à la compagnie de la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Warren, de Boston, membre correspondant.

M. LE PRÉSIDENT annonce ensuite à l'Académie qu'elle aura prochainement à pourvoir au remplacement de trois de ses membres. La commission des onze n'ayant plus lieu de se réunir pour statuer dans quelle section les vacances devront être déclarées, le bureau de l'Académie a délibéré sur ce sujet et propose de déclarer deux places vacantes dans la section de pharmacie, et une dans la section de pathologie chirurgicale.

Après quelques observations présentées par MM. Moreau, Cloquet et Bégin, la parole est donnée à M. Briquet.

M. BRIQUET donne lecture d'un mémoire *sur l'élimination des médicaments ingérés, en général, et sur celle des alcaloïdes du quinquina en particulier*.

L'auteur rapporte d'abord une série d'expériences par lesquelles il s'est convaincu de la *non élimination* par la sueur des alcaloïdes du quinquina.

Une première malade avait pris 11 grammes 40 de sulfate de quinine et cinq bains de vapeur (dans l'appareil de M. Favre) qui avaient donné 3,120 grammes de sueur; elle avait rendu par les urines 5 grammes 96 de quinine en quatorze jours;

La seconde en avait pris 19 grammes en vingt jours et neuf bains de vapeur; 1,325 grammes de sueur, 10 grammes 57 centigrammes d'alcaloïde rendus par les urines;

Le troisième : 14 grammes de sulfate de quinine en quinze jours; neuf bains de vapeur; 3,048 grammes de sueur; il avait rendu par les urines 7 grammes 61 centigrammes d'alcaloïde.

M. le docteur Regnault, pharmacien en chef de l'hôpital de la Charité, opérant sur ces 6 kilog. 503 grammes de sueur, n'y a pas constaté la présence de la plus petite quantité de quinine.

M. Briquet se demande ensuite si cet alcaloïde s'élimine par la bile ou les sécrétions qui s'opèrent à la surface du tube digestif; et sans nier qu'il puisse en être ainsi, il est cependant porté à croire, d'après les conjectures équivalant presque à des certitudes, que les liquides exhalés ou sécrétés à la face externe du tube digestif, ne servent pas de voie d'élimination.

Cette voie, pour les alcaloïdes du quinquina comme pour une foule de substances toxiques, c'est la sécrétion urinaire. L'élimination commence à être sensible une demi-heure après l'ingestion du médicament; elle continue pendant trois à huit jours, quelquefois pendant un mois environ (mais c'est là un fait exceptionnel); elle atteint une proportion assez constante : en moyenne, la quantité éliminée est la moitié de celle qui a été prise.

Que devient l'autre moitié? On ne peut faire à cet égard que des hypothèses, et la plus probable consiste à admettre que l'élimination continue par les urines, mais en quantité trop faible pour être appréciée.

Non-seulement la quantité de substance éliminée est à peu près dans la même proportion chez tous les malades, mais l'activité de l'élimination s'accroît et diminue dans un ordre presque toujours le même; assez forte le premier jour, elle va diminuant avec une sorte de régularité.

On est en droit, dit en terminant M. Briquet, de tirer de la régularité qui existe dans la durée de l'élimination, des inductions semblables à celles que j'ai tirées du chiffre proportionnel de la quantité d'alcaloïde éliminé. Dans ces deux actes, on trouve en effet une régularité et une fixité qui font que la fonction éliminatrice peut avec sûreté conduire à la connaissance de tout ce qui a rapport à l'absorption des médicaments dans les maladies. (Com. : MM. Trousseau et Bouchardat.)

— M. POGGIALE lit une note intitulée : *Recherches sur la cause de la coloration du pain de munition fabriqué à la manutention de Paris du 7 au 8 avril 1856*.

Il résulte de ces recherches, que la coloration bleu-noirâtre du pain tenait à la présence d'un nombre prodigieux d'animalcules filiformes, cylindriques, raides, plus ou moins distinctement articulés et animés d'un mouvement vacillant non ondulatoire; d'autres, en petit nombre, ovoïdes. Leurs caractères se rapportent aux *bactérium*, premier genre des infusoires de M. Dujardin. Leur formation a été évidemment le résultat de la fermentation panaire; en effet, on n'a observé ces infusoires ni dans les diverses farines employées, ni dans le biscuit préparé sans levain, et qui était parfaitement blanc, ni dans les *marrons* blancs qu'on a trouvés dans quelques pains colorés. (Com. MM. Michel Lévy, Guibourt, Boudet.)

— M. GODELIER, professeur à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, lit le *Résumé d'un mémoire sur le typhus* observé dans cet hôpital sur des soldats du 50e de ligne. (Voir plus haut.)

M. DENONVILLIERS présente une jeune malade chez laquelle il a pratiqué successivement trois opérations autoplastiques pour remédier à un ectropion énorme des deux paupières de l'œil gauche, produite par une vaste cicatrice de brûlure; une distance de *sept centimètres* séparait les bords libres des paupières. Aujourd'hui il subsiste encore un léger degré de renversement de ces voiles membraneux; mais, d'après l'état actuel des parties, on se ferait à peine une idée de ce qu'était primitivement cette difformité, dont le dessin a été conservé. D'ailleurs, M. Denonvilliers ne renonce pas à l'espoir d'obtenir une guérison encore plus complète par une opération ultérieure. L'un des lambeaux, celui qui a servi à la restauration de la paupière inférieure, est entièrement constitué par du tissu cicatriciel; ce qui prouve une fois de plus combien on s'est exagéré les inconvénients de faire à ce tissu des emprunts pour les opérations anaplastiques. Ce lambeau est parfaitement plan, ne présente pas trace de froncement. Il en est de même de celui qui a été laissé sur le front pour constituer la paupière supérieure.

La séance est levée.

M. le docteur Hippolyte Blot, chef de clinique d'accouchements de la Faculté, commencera un cours public d'opérations obstétricales le vendredi 11 juillet, à 4 heures (amphithéâtre n° 2 de l'École pratique), et le continuera, à la même heure, les lundis, mardis et vendredis.

Ce cours sera terminé le 15 août.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FELIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 84. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 12 Juillet 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PATHOLOGIE : Résumé d'un mémoire sur le typhus observé au Val-de-Grâce, de janvier à mai 1856. — II. OBSTÉTRIQUE : Observation d'accouchement anormal : présentation de l'abdomen ; issue des intestins du fœtus à travers l'ombilic et leur procidence à la vulve de la mère. — III. BIBLIOTHÈQUE : De l'électrisation localisée et de son application à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médico-chirurgicale de Paris* : Observation tératologique. — Influence du sulfate de quinine dans les maladies des voies urinaires. — Rétention d'urine ; moyens divers d'y remédier. — V. FEUILLETON : Causeries.

PATHOLOGIE.

RÉSUMÉ D'UN MÉMOIRE SUR LE TYPHUS OBSERVÉ AU VAL-DE-GRACE, DE JANVIER A MAI 1856 ;

Lu à l'Académie de médecine, dans la séance du 8 Juillet 1856,

Par le docteur Ch. GODELIER, professeur de clinique médicale à l'École impériale du Val-de-Grâce.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 10 Juillet 1856.)

(ERRATA : Dans notre dernier numéro, 1re partie de ce travail, page 334, cinquième alinéa, quatrième ligne, *au lieu de* : trois ou quatre sœurs, *lisez* : trois des quatre sœurs.)

Je viens de dire l'origine, le mode d'évolution et de propagation de notre typhus ; je vais essayer de reproduire, en peu de mots, ses traits et sa physionomie.

En général, l'invasion de la maladie parut déterminée par une fatigue récente. Presque tous les hommes du 50e, même ceux qui ne furent atteints qu'un mois après leur arrivée, attribuent leur maladie au froid humide prolongé qu'ils ont subi pendant le trajet de Marseille à Paris. A peu d'exceptions près, tous ceux qui furent envoyés à l'hôpital, pendant le mois de janvier, éprouvaient, depuis qu'ils avaient été mouillés, un profond malaise ; ils avaient de la bronchite et de la diarrhée qui précédèrent les symptômes d'invasion et, par leur intensité, comme par leur fréquence, modifièrent assez notablement la physionomie du typhus à son début, sur la première moitié des malades que j'ai observés.

Dans tous les cas, la lassitude physique et morale, la douleur gravative de la tête, des alternatives de chaleur et de frissons, des bourdonnements d'oreille et des vertiges, la diminution de l'appétit, avec un état saburral de la langue ; un sommeil interrompu, parfois pénible et mêlé de rêves, précédaient de trois, quatre et cinq jours, et parfois même de plus loin encore l'invasion réelle de la maladie.

L'affection une fois déclarée présentait dans son évolution deux phases assez différentes pour exiger une description séparée ; leur durée, à peu près égale, permet de leur donner le nom de septenaire.

Le premier se caractérise ainsi : face vultueuse ; teint d'un rouge sombre, qui faisait reconnaître les typhiques entre tous ; yeux rouges, brillants ; stupeur du visage et de l'intelligence plus ou moins marquée, semblable à un état d'ivresse produit par les liqueurs fermentées ou les narcotiques ; les malades ont de la répugnance à répondre comme à se mouvoir, toutefois ils donnent des réponses justes et assez précises, puis retombent dans une demi-somnolence ; céphalalgie intense, bruissement dans les oreilles, vertiges et parfois sentiment de défaillance si le malade se lève, rêvasseries fatigantes s'il s'assoupit, pendant la nuit surtout ; douleurs musculaires souvent très vives, des jambes et des lombes ; hyperesthésies partielles de la peau dans quelques cas ; langue humide, chargée d'un enduit verdâtre, soif assez intense, dégoût profond, parfois des nausées. Tension souvent pénible des hypocondres. Abdomen légèrement météorisé, indolent, presque jamais de gargouillement, lors même qu'il existait de la diarrhée, comme cela eut lieu chez les trente premiers malades environ, tandis que la constipation fut généralement observée chez les autres. Il en fut de même de la bronchite, qui ne manqua guère chez ceux qui eurent la diarrhée et fut aussi plus intense, tandis qu'elle se montra plus rare et plus légère chez les derniers malades atteints. Dans le premier cas, toux assez fréquente, souvent tenace, râles de la bronchite, expectoration muqueuse peu abondante. Il y avait, même sans bronchite, un sentiment d'oppression à la base du thorax. La fièvre est continue, avec exacerbations vespérienes plus ou moins accusées. Le pouls plein, peu résistant toutefois, toujours fréquent, mais variable, de 100 à 130, et au delà. Les épistaxis sont rares. La peau, pendant cette période, est généralement halitueuse, quelquefois même sudorale, mais, du troisième au sixième jour, elle présente, presque dans tous les cas, une éruption tellement spéciale, qu'elle est pathognomonique de l'affection toutes les fois qu'elle se produit.

Comme aspect, comme disposition générale, on ne saurait mieux la comparer qu'à celle de la rougeole, sauf qu'elle apparaît rarement au visage et qu'elle est d'ordinaire moins abondante sur les membres ; aussi presque tous les auteurs l'ont appelée *morbilliforme*. Nous tous, au Val-de-Grâce, nous avons cru, au premier abord, en voyant nos premiers cas de typhus, avoir affaire à une rougeole ataxique, mais non pas à une fièvre typhoïde.

Cette éruption a donc l'apparence d'un exanthème, et c'est, en effet, un exanthème à la surface, mais il y a dessous quelque chose de plus ; c'est-à-dire une ecchymose, une suffusion sanguine plus ou moins abondante et colorée, assez quelquefois pour mériter le nom de pétéchie. En effet, si l'on pose le doigt sur ces taches d'un rouge un peu plus foncé que celui de la rougeole, et parfois légèrement saillantes, on en fait disparaître quelques-unes complétement, mais la plupart laissent voir, sous la teinte rose effacée par la pression, une macule d'un gris violet ou jaunâtre, qui ne disparaît pas sous le doigt. Il y a donc là deux éléments superposés : c'est un exanthème ecchymotique ou pétéchial. Les phases successives de cette éruption le démontrent de la manière la plus positive. Au bout de quelques jours, l'exanthème pâlit et la teinte rose s'efface, mais la macule ecchymotique demeure, et selon que la suffusion sanguine a été plus ou moins abondante, ou qu'elle le devient, cette macule est plus bleuâtre, plus grise ou plus pâle ; quelquefois même dans les cas graves, elle se fonce de plus en plus et devient tout à fait noire. Donc il y a une ecchymose, mais ce qui prouve qu'il y avait aussi un exanthème, c'est que la desquammation furfuracée se produit souvent comme dans la rougeole.

Ces deux éléments combinés d'ordinaire dans la même tache peuvent toutefois se montrer séparés. Ainsi il existe, en nombre variable, des taches seulement exanthémateuses, de même et plus souvent des macules qui ne sont qu'ecchymotiques. Ce sont ces dernières que le professeur Jenner, de Londres, appelle sous-cuticulaires ; elles ne sont jamais saillantes et paraissent même situées plutôt dans l'épaisseur du derme et n'arriver pas jusqu'à la surface.

Quant à la pétéchie proprement dite, la pétéchie arrondie et rouge foncé du purpura et du scorbut qui se trouve accidentellement dans les fièvres éruptives graves, parfois même dans certaines fièvres typhoïdes des plus funestes, elle peut aussi s'adjoindre à l'éruption spéciale du typhus, la précéder même, comme je l'ai vu chez la sœur Louise, mais la pétéchie n'est en aucune sorte caractéristique de cette affection. Si j'ajoute que l'éruption que je viens de décrire, presque toujours aussi abondante sur le ventre, la poitrine et le dos que celle de la rougeole, met environ deux septénaires à parcourir ses phases, et que la peau en offre souvent encore des traces plus de vingt jours après son apparition, on s'étonnera sans doute qu'on ait pu dire qu'elle ne différait en rien des taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde.

En résumé, la première période de la maladie montre une réaction assez vive, une congestion assez marquée des téguments et

Feuilleton.

CAUSERIES.

PETITE REVUE BIBLIOGRAPHIQUE.

Voyons donc ce qu'a produit la semaine médicale qui finit. Cette sorte de revue pourra bien devenir, j'en préviens d'avance mes lecteurs, le thème obligé de ces causeries hebdomadaires auxquelles les soins de chronique font de plus en plus défaut. Est-ce bien pénurie de sujets, et n'y a-t-il plus, dans notre monde médical, ni ridicules à peindre, ni vices à flétrir, ni passions à modérer ? Est-ce tristesse de l'âme et découragement du cœur ? Est-ce affaiblissement de l'esprit et influence des années ? Tout le monde, excepté moi-même, peut dire sur ce point son sentiment ; toujours est-il que notre microscôme ne se présente plus à moi sous les aspects d'autrefois. L'expérience m'a rendu très tolérant, et la tolérance, si elle est une vertu chrétienne, est la pire des conditions pour le chroniqueur et pour le critique. Il faut à celui-ci de la passion, de l'indignation, de l'enthousiasme, des sympathies ardentes, des haines vigoureuses. Il lui faut la jeunesse, l'âge heureux des longs espoirs et des vastes pensées, il lui faut l'espérance, l'illusion, la foi naïve qu'un article de journal va changer la face du monde, et que celui qui l'a écrit ne pourra pas se promener sur le boulevart sans être l'objet de tous les regards. Que j'en ai vu de ces naïfs enfants — et j'avertis qu'en fait de journalisme, à moins d'une longue expérience, on est enfant à tout âge — que j'en ai vu, dis-je, m'apporter leurs *tartines* avec une gravité, une solennité quelquefois risibles, attendre le grand jour de la publicité avec une impatience fébrile, s'irriter contre mes lenteurs qu'ils ne savaient comprendre, accuser mon indifférence, mon mauvais goût, me soupçonner peut-être de petits et vaniteux calculs peu obligeants ;... mais enfin, le grand jour a lui, et il faut voir dans quelle attitude ils attendent l'impression produite. Ces petites scènes de la comédie médicale me sont si familières que j'en suis un peu blasé. Revenons donc à autre chose, et sachons nous garantir contre toutes les prétentions exagérées comme contre les dépressions injustes de la Presse médicale.

Nous avons reçu les deux premiers volumes de la nouvelle série des *Mémoires de la Société de biologie* ; c'est un beau recueil, qui témoigne de l'ardeur de cette Société pour la science dans toutes ses manifestations et indépendamment de ses applications éloignées ou prochaines. Son illustre fondateur, qui la dirige encore, lui a imprimé le cachet de son caractère, de ses habitudes, de ses tendances, qu'on peut résumer en un mot, l'amour de savoir. M. Rayer est, en effet, un des amants passionnés de la science. Sa philosophie consiste à croire qu'on ne peut s'élever aux généralisations avant de bien connaître les faits particuliers, le plus grand nombre possible de faits particuliers, et dans toutes les manifestations de la vie, dans toute la série des êtres vivants, parce qu'il a conscience de la simplicité des lois générales de la nature. De là cet amour des faits, cette attention scrupuleuse des détails dont tous peuvent trouver plus tard leur importance et leur application ; de là l'extension et la corrélation des recherches sur tout être vivant, dans l'échelle animale et végétale ; de là la direction imprimée à la Société qu'il a fondée ; de là les immenses travaux de ses jeunes collaborateurs ; de là la Société de biologie, qui représente le plan d'études le plus vaste et le plus général qui ait été conçu à notre époque. Je dirai volontiers que la Société de biologie réalise dans les sciences naturelles ce que les anciennes et si regrettables corporations religieuses avaient voulu réaliser dans les sciences historiques. M. Rayer et ses collaborateurs sont les Bénédictins de la biologie. Ils accumulent avec une religieuse attention et un dévoûment intelligent et sagace, tous les faits d'observations, et ces faits, ce sont les matériaux précieux qui serviront à construire l'édifice de la philosophie naturelle. L'école dont M. Rayer est le chef et le maître, a pris, comme on le voit, à rebours de l'ancienne méthode le problème de l'institution de la philosophie naturelle. Cherchons les faits avant de nous élever à leur systématisation ; telle est, en quelques mots, la caractéristique de la Société de biologie.

Les deux volumes que j'ai sous les yeux sont la plus pure expression de cette tendance. Recueil immense de faits de détail, c'est le magasin précieux des pierres que l'architecte futur n'aura plus qu'à mettre en œuvre. Car ce ne sont pas des pierres brutes, mais taillées et façonnées dans un but prévu et une attente qui se réalisera, espérons-le.

Avant qu'une analyse étendue en soit faite, dans nos colonnes, je signalerai aussi à nos lecteurs l'apparition nouvelle de quelques ouvrages importants. Ne nous plaignons pas de notre époque, elle fournit un contingent honorable à la science et à la pratique. Je vois là, sur mon bureau, des ouvrages remarquables, dont tous les temps se seraient glorifiés. C'est le *Traité d'hygiène navale*, de M. le docteur Fonsagrives, travail, je le dis d'avance, des plus sérieux et des plus méritants ; c'est le *Traité des anévrysmes*, de M. P. Broca, œuvre considérable de critique, d'histoire, d'applications pratiques, et le plus riche recueil d'observations sur la matière ; c'est le second volume des *Œuvres de Galien*, traduites par M. Daremberg, ce zélé et intelligent interprète de l'antiquité médicale ; c'est, sous un format plus modeste, le nouvel ouvrage si intéressant et si curieux de M. Figuier sur les *Applications nouvelles de la science à l'industrie et aux arts, en* 1855 ; c'est encore, du même auteur, la deuxième édition de l'*Alchimie et les alchimistes*, ouvrage d'une valeur historique et scientifique incontestable.

Voici encore un très beau mémoire de M. Jarjavay, *Recherches anatomiques sur l'urètre de l'homme*, savante monographie, titre sérieux, que l'auteur ajoute aux autres titres qu'il possède et qu'il présente, sans doute, pour la chaire d'anatomie actuellement en compétition.

Le volume qui le suit a été composé et médité en province, par un professeur d'une de nos Écoles préparatoires, par M. le docteur C.-F. Boucher, d'Amiens. C'est un *Essai sur les principaux points de la physiologie*, travail d'une grande originalité, plein de vues neuves et ingénieuses, qui seront prochainement ici l'objet d'un examen raisonné.

Je remarque aussi un excellent mémoire de M. Isambert, *Études chimiques, physiologiques et cliniques sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse*, spécialement dans les affections diphthéritiques, un des meilleurs travaux de thérapeutique que nous ayons eus depuis longtemps à signaler.

Je signalerai encore comme m'ayant procuré une lecture très attachante, un mémoire de M. le docteur J. Gimelle, intitulé : *De la douleur*, œuvre d'un grand mérite philosophique et littéraire, et qui fait le plus grand honneur à ce jeune et méritant confrère.

Toutes ces belles productions n'appartiennent pas à la semaine qui finit, il faudrait s'attendre à plusieurs semaines de stérilité ; mais elles se trouvent accumulées sur mon bureau, et je n'ai pas résisté au plaisir de les saluer en passant, jusqu'à ce que je fasse plus ample connaissance avec elles.

Amédée LATOUR.

des muqueuses pour justifier les noms de période inflammatoire ou catarrhale que quelques-uns lui ont donnés. On n'y trouve pas, sauf complication, les symptômes abdominaux de la fièvre typhoïde, et rarement l'épistaxis; mais ce qui l'en distingue encore plus sûrement, ce sont les douleurs vives des jambes et des lombes, la prompte invasion de la stupeur, et surtout, dans le plus grand nombre des cas, l'apparition rapide de l'éruption exanthémo-pétéchiale caractéristique.

Quant à l'affection du système nerveux pendant ce stade, il faut dire avec Hildenbrand « qu'elle consiste principalement dans » l'affaissement des sens extérieurs, le désordre de l'entendement » et de la stupeur, dans un sommeil agité et dans les lésions » vagues des puissances motrices. Maintenant tous ces accidents » vont se montrer à un plus haut degré et avec d'autres modifi- » cations. » Ils vont dominer la scène pendant le deuxième septenaire et constituer la période nerveuse du typhus.

Alors la fièvre est plus continue, les forces s'affaissent, le pouls, plus faible, est très variable d'ailleurs en fréquence. La peau chaude et sèche présente parfois, vers le douzième jour, des sudaminas, très rarement de la miliaire, mais presque toujours l'éruption aux nuances diverses. La langue reste souvent un peu humide, mais couverte d'un enduit jaunâtre plus ou moins épais, ou bien elle est sèche, rouge, parcheminée, gercée. Ventre un peu ballonné, indolent, non crépitant, urines abondantes, selles parfois diarrhéiques, en petit nombre, ou persistance de la constipation.

Le visage a pâli, mais la conjonctive reste injectée. Délire sombre, tranquille ou stupide, rarement furieux, souvent d'une forme spéciale. Telle est l'ébriété, telle est encore la typhomanie de Hildenbrand, que j'ai retrouvée très conforme à la description qu'il nous en donne : « Les malades rêvent sans dormir; lors- » qu'ils sont à demi-endormis, ils gesticulent sans cesse; ils » délirent avec une singulière incohérence sur des objets extéri- » eurs, au milieu d'occupations continuelles d'impressions inté- » rieures, confondant les unes avec les autres. C'est par là que se » distingue principalement l'état de stupeur du typhus de tous les » autres états analogues. Ils ont aussi des idées fixes, ils ne délirent » pas toujours, mais ce qu'ils font de raisonnable passe comme » un songe; je ne crains pas de comparer cet état au somnam- » bulisme. »

C'est ainsi que j'ai vu des militaires, raisonnables d'ailleurs sur tout autre sujet, vouloir absolument sortir pour se rendre à une revue; qu'une sœur s'est crue damnée pendant plus de trois semaines et indigne de recevoir les sacrements.

J'ai aussi observé les changements d'humeur très remarquables notés par Razori dans la fièvre pétéchiale de Gênes; par exemple, la taciturnité morose obstinée, suivie d'une hilarité et d'une loquacité puériles assez persistantes.

Ajoutez le tremblement des mains et de la langue, qui, parfois, ne peut être tirée, les soubresauts de tendons, les spasmes des muscles du cou et de la mâchoire, la dysphagie et l'aphonie, les selles et les urines involontaires, les urines surtout et pendant très longtemps, plus rarement la dysurie et la rétention d'urine, enfin la dureté de l'ouïe, la vue diminuée, l'affaissement physique et moral, et vous aurez l'aspect général de nos cas graves, sans complications.

Un petit nombre seulement s'est terminé par la mort, mais du quatorzième au dix-huitième jour, il survenait chez la plupart une amélioration notable et souvent presque soudaine, sans que nous puissions la rapporter à aucune évacuation critique. Chez quelques-uns, cependant, la maladie se prolongeait jusqu'à la fin du quatrième septenaire, et alors on observait parfois des phénomènes nerveux plus graves, tels que le trismus, les raideurs tétaniques du cou, des bras, des mains ou le tremblement spasmodique des membres survenant par accès, ou une profonde adynamie. Chez la sœur Thérèse, j'ai vu la catalepsie et le coma vigil pendant vingt-quatre heures, et la paralysie des génio-glosses qui persista longtemps.

Ou bien il survenait des complications : pneumonie, parotide, érysipèle de la face, angine et stomatite pultacée; chez une sœur, une hydrométrie, qui distendit en quelques jours la matrice comme au sixième mois de la grossesse; rarement l'ecthyma des fesses, du dos, des jambes; une seule fois, enfin, une petite escarre au sacrum. Dans les dix premiers jours de la maladie, je n'ai noté comme complications que la bronchite capillaire, la pneumonie, et une fois la méningite.

Dans les cas où la terminaison devait être favorable, nous voyions presque toujours le pouls tomber rapidement de 140 ou 130 battements à 90, 80, 60, 50 même, et parfois le délire ou la stupeur se dissiper avec la même vitesse. La langue s'humecte et se nettoie, l'appétit renaît, et on peut le satisfaire sans danger; le sommeil revient de plus en plus calme, et cependant, malgré le régime réconfortant, copieux, et l'usage bien supporté des toniques, le malade ne reprend ses forces qu'avec lenteur, et, pendant plus d'un mois de convalescence confirmée, il garde encore quelques symptômes dont la réunion atteste le passage du typhus, savoir : un pouls petit, faible et lent, des bourdonnements d'oreille et des vertiges, la débilité et parfois l'endolorissement des membres inférieurs ou des diverses articulations. Enfin, quelques accès de fièvre erratique, qui parfois font craindre une rechute, peuvent retarder encore le retour complet de la santé.

La durée moyenne de la maladie, sur les 63 cas observés, à partir du moment où les malades prennent le lit jusqu'à celui où ils peuvent manger un potage, a été de 14 à 15 jours. La moyenne des cas graves terminés par la guérison, de 21; par la mort, de 11. La moyenne des cas légers de 10.

Le chiffre total des décès est de 9 sur 63, c'est-à-dire d'un septième ou de 14,3 p. 100.

J'ai pratiqué huit autopsies. Je ne puis en produire ici les détails, mais il m'est facile d'énoncer les résultats qu'elles ont fournis : congestions extrêmement prononcées et disséminées dans divers organes, notamment le poumon, le foie, les reins, le cerveau, ou, pour mieux dire, ses membranes; augmentation de volume et ramollissement de la rate; souvent rougeurs assez étendues et ecchymoses par places sur la muqueuse gastro-intestinale, parfois de la psorentérie ou du pointillé noir, lésions banales; mais quant à l'altération caractéristique de la fièvre typhoïde, des plaques de Peyer saillantes, molles ou dures, érodées ou ulcérées, et l'engorgement des ganglions mésentériques, nous ne l'avons jamais rencontrée.

Cela seul suffirait pour séparer radicalement ces deux affections, mais si l'on y joint la différence d'origine et d'activité contagieuse, le signe spécifique de l'éruption, l'absence de symptômes abdominaux, l'invasion rapide de la stupeur et du délire, la forme souvent particulière de ce dernier, la durée plus courte de l'évolution morbide du typhus, parfois sa prompte terminaison par la mort ou son passage rapide à la convalescence, on sera forcé de reconnaître qu'il n'y a pas plus d'identité entre le typhus et la fièvre typhoïde qu'entre la scarlatine et la rougeole, bien qu'il soit facile de constater, entre les premières comme entre les dernières de ces affections, de remarquables analogies.

Qu'il me soit permis d'ajouter que la fièvre typhoïde et ses diverses formes me sont très familières, que depuis près de vingt années, je n'ai cessé de les observer en grand nombre, tant à Paris que dans des régions très opposées de la France et même en Afrique, et que le typhus que je viens de traiter m'est apparu comme une maladie toute nouvelle, d'une physionomie toute spéciale qui ne m'a jamais permis de le confondre avec la fièvre typhoïde.

Mais cette affection, nouvelle pour moi, ne l'était pas dans nos livres. Si ma description n'a pas été trop imparfaite, vous y aurez reconnu, sans nul doute, le *morbus petechialis* du XVIIme et du XVIIIme siècles, de Ramazzini et de Borsieri, la fièvre des prisons et des hôpitaux de Pringle, la fièvre pétéchiale de Gênes, le typhus contagieux de Hildenbrand, celui même que quelques-uns d'entre vous ont pu voir en 1814.

Pour moi, j'ai trouvé la maladie que je viens d'observer si semblable, dans ses traits principaux, à celles dont ces grands maîtres nous ont transmis la peinture, qu'ayant comparé la description générale que j'avais d'abord tracée du typhus du Val-de-Grâce, au résumé que fait Ouzanam des diverses épidémies de typhus, je n'ai presque rien eu à y changer.

Sauf de légères différences de formes, que la diversité des temps, des lieux, des circonstances, imprime comme chacun sait, à toutes les affections épidémiques et contagieuses, ces fièvres pétéchiales, le typhus de Hildenbrand et le nôtre sont essentiellement la même maladie; c'est le typhus proprement dit qui diffère spécifiquement de la fièvre typhoïde.

Cette conclusion, très explicite sur ce point, est toutefois insuffisante. Dans l'état actuel de la science, il n'est pas permis de s'y borner.

Vous savez, Messieurs, que les médecins des Iles britanniques, il y a quinze ans à peine, confondaient encore sous le nom de fièvre continue, des espèces morbides fort différentes. Le livre de M. Louis vint leur apprendre à distinguer les caractères propres de la fièvre typhoïde. De ce moment la lumière se fit. On commença à en séparer une autre affection plus fréquente en Irlande, en Écosse même, qu'en Angleterre, et pourtant endémique à Londres, comme la fièvre typhoïde elle-même. Je veux parler du *typhus fever* que Valleix nous fit connaître en France d'après de bonnes relations. On le crut d'abord propre à l'Irlande, ou tout au plus aux Iles britanniques, mais bientôt après, les médecins américains le rencontrèrent sur divers points des États-Unis et sur leurs navires, puis on le reconnut dans la fièvre de famine des Flandres, et l'on peut voir, par le livre du professeur Magnus Huss, qu'il est domicilié à Stockholm comme à Londres, en compagnie de la fièvre typhoïde.

Le *typhus fever* a été parfaitement étudié dans ces derniers temps, surtout par le professeur Jenner, de Londres, et c'est une conviction générale à l'étranger, et très nettement exprimée dans les livres classiques de Valleix et de MM. Grisolle et Monneret que le *typhus fever* diffère radicalement de la fièvre typhoïde.

Mais ce *typhus fever* qu'on retrouve en des régions très distantes, à l'état endémique ou épidémique, est-il donc lui-même différent du typhus de Ramazzini, de Pringle et de Hildenbrand? Telle est l'importante question que se sont déjà posée Gerhard, de Philadelphie, et M. Henri Guéneau de Mussy, après avoir vu le typhus d'Irlande, question, qu'au dire de M. Grisolle, M. de Mussy est disposé à résoudre par l'identité, comme Gerhard l'a fait avant lui. Valleix, au contraire, sépare le *typhus fever* du typhus, qu'il ne distingue pas de la fièvre typhoïde, tandis qu'il paraît plus sage à M. Monneret de rester encore dans le doute.

Eh bien! ma conclusion sur ce point sera aussi formelle que ma conviction est entière.

Le typhus du Val-de-Grâce est identique au *typhus fever*, comme au *typhus* de Hildenbrand. Aucune différence radicale ne les sépare. Ces trois maladies n'en sont qu'une. Elles naissent sous l'influence des mêmes causes : l'encombrement, la misère, la contagion; elles ont le même mode d'invasion, la même éruption pathognomonique (celle que j'ai décrite est celle de Jenner aussi bien que celle de Ramazzini et de Borsieri). Elles affectent la même marche, elles ont la même durée, les mêmes complications, les mêmes suites, en un mot, les mêmes traits et la même physionomie.

Également dépourvues de lésions anatomiques spéciales, elles peuvent revêtir les mêmes variétés de formes.

Gerhard et de M. de Mussy ont bien jugé. Mais il faut au contraire renverser la proposition de Valleix, et dire : *Le typhus et le typhus fever sont identiques : ils diffèrent spécifiquement de la fièvre typhoïde.*

OBSTÉTRIQUE.

OBSERVATION D'ACCOUCHEMENT ANORMAL : PRÉSENTATION DE L'ABDOMEN; ISSUE DES INTESTINS DU FOETUS A TRAVERS L'OMBILIC ET LEUR PROCIDENCE A LA VULVE DE LA MÈRE.

Nous avons reçu d'un de nos honorables correspondants, M. Penjon, ancien premier interne et lauréat des hôpitaux d'Angers, actuellement médecin de l'hôpital de Dortal, l'observation suivante, que nous mettons avec plaisir sous les yeux de nos confrères, à cause de sa rareté et des conséquences pratiques que l'on peut en faire découler. Il s'agit d'un accouchement laborieux, dans lequel, le fœtus, parvenu au terme de la grossesse, a présenté directement l'abdomen au détroit supérieur. Cette présentation, extrêmement rare, s'est compliquée dans le cas qu'on va lire, de la hernie des intestins du fœtus, qui, après avoir franchi l'ombilic de l'enfant, sont venus se faire jour à la vulve de la mère, et ont donné lieu, dans cette situation, à une singulière erreur de diagnostic. Voici le fait, tel qu'il est raconté par M. Penjon :

La nommée Eon-Maubert, fermière à Grouas, commune de Huillé (Maine-et-Loire), âgée de 40 ans et primipare, fut prise, le 4 mars 1855, à onze heures du matin, des douleurs de l'enfantement avec perte abondante du liquide amniotique, bien qu'elle ne comptât accoucher que le 19 ou le 25 mars. Je me trouvai près d'elle le 5 à dix heures du matin.

Le ventre était peu volumineux; les douleurs assez fréquentes, peu intenses et non expulsives, laissant entre elles un calme parfait; pas de symptôme fébrile. En palpant l'abdomen, on pouvait constater que le diamètre transversal de l'utérus l'emportait sur le diamètre vertical; au-dessus de la fosse iliaque droite, au niveau de l'ombilic, on trouvait une tumeur difficile à circonscrire et qui pouvait être la tête ou les fesses du fœtus, et, du côté gauche, toujours au niveau de l'ombilic, une saillie qui me parut produite par un pied. L'enfant était vivant; on entendait le summum des battements cardiaques à droite, au-dessus de l'arcade crurale, et le souffle placentaire vers la région ombilicale.

Au toucher, je trouvai, à la partie supérieure du vagin, une tumeur molle contenant des parties d'une consistance assez ferme, me paraissant enveloppée d'une membrane lisse et résistante; une bride grêle, mais consistante, la partageait en deux lors des contractions de l'organe gestateur. Cette tumeur était volumineuse, et, dans son ensemble, impossible à circonscrire, à cause de sa mollesse et de la facilité avec laquelle elle glissait sur le doigt, qui ne pouvait éviter d'en être enveloppé de toutes parts, chaque fois qu'il la pressait ou cherchait à la contourner. Par cette pression, à travers la tumeur, on trouvait une ouverture, ayant environ 3 centimètres de diamètre, dans laquelle la première phalange de l'indicateur pouvait être introduite; en appuyant plus encore, au fond de cet orifice, on sentait un corps dur peu étendu d'avant en arrière, mais dont il était impossible de fixer les limites transversalement. A la droite de cette ouverture, relativement à la mère, et toujours à travers l'épaisseur de la tumeur, il m'a semblé trouver un espace circonscrit, en partie du moins, par un rebord élastique, osseux ou cartilagineux.

Un peu de sang s'écoulait de la vulve, surtout lors des contractions utérines. La matrone appelée auprès de cette femme n'a pu me donner aucun renseignement, soit sur l'état de l'orifice, soit sur le nom de la partie présentée.

Comment, dans cette occurence, sans introduire la main, porter un diagnostic certain? Si j'avais pu seulement suivre le travail depuis le commencement, j'aurais été assuré de l'état de l'orifice, et surtout j'aurais su où il était. Mais maintenant, qu'est-ce que cette ouverture de trois centimètres? Est-ce l'orifice utérin en partie dilaté? Sa situation, à la partie supérieure et au centre du vagin, ne rend-elle pas probable une telle conjecture? D'où vient la tumeur? Qu'est-ce qui la constitue? Par quoi est formée cette bride? Cet espace situé à droite de l'ouverture mentionnée, est-ce une fontanelle? D'où vient le sang que la malade perd en petite quantité? La tumeur ne peut être formée par le placenta; appartiendrait-elle à un anencéphale? Ou serait-elle le résultat d'un *spina bifida*, etc., etc.? Il me fut donc impossible de me prononcer sur la nature des parties présentées, ces parties étant d'ailleurs ou trop fuyantes devant le doigt, ou, à cause de leur hauteur, trop difficiles à explorer largement. Néanmoins, comme rien ne périclitait, je résolus d'attendre encore quelque temps avant de m'assurer de l'état des choses par l'introduction entière de la main dans le vagin, introduction très douloureuse chez une primipare, devant troubler le cours du travail, alors que la dilatation n'était pas complète, si l'ouverture située à la partie supérieure du vagin était bien véritablement l'orifice utérin.

J'étais malade depuis quelques jours; mais, vers midi, je le devins tellement que je crus devoir avertir Eon d'envoyer chercher un autre médecin, afin de me permettre de me retirer aussitôt son arrivée.

Entre cinq et six heures du soir, la femme Eon me crie de venir promptement à elle en me disant que quelque chose de mou et d'extraordinaire sortait de la vulve; je trouve, en effet entre les grandes lèvres, une tumeur molle. Je découvre la malade et reconnais une anse intestinale qui tend à s'échapper du vagin; sa couleur est livide; les parois en sont sèches et comme ecchymosées. Alors le mari s'écrie inconsidérément, avec un ton accusateur, sans craindre d'effrayer mortellement sa femme : — Moi, j'ai vu clair, j'ai vu ce que c'est! — Je fis mon possible pour rassurer la femme, et pour détruire le fâcheux effet que l'observation de son mari aurait pu produire sur elle.

Dans ce moment, M. Hervé, mon confrère de Mornanes, se présente.

Je lui fis part de ce que j'avais observé, et surtout de ce qui venait de se passer. Il pensa qu'il y avait déchirure du vagin, avec sortie d'une partie des intestins de la mère. Le mari, devenant de plus en plus... singulier, demanda à M. Hervé, s'il avait vu beaucoup de femmes dans une situation semblable à la sienne ? Mon confrère lui répondit imprudemment : je n'en ai heureusement jamais vu dans une semblable situation ! En examinant par le toucher, il crut même reconnaître deux déchirures, le col rigide, non entièrement dilaté, et, en outre, il pensa que le corps dur, dont je n'avais pu constater la nature, n'était autre chose que la tête du fœtus. Je lui fis observer que le toucher ne m'avait fait découvrir aucune lésion des organes maternels; qu'il me semblait surprenant qu'avec une rupture utérine et sortie des intestins, la malade ne présentât aucun symptôme alarmant; que les douleurs conservassent leur rhythme habituel; de plus, tant que l'utérus contenait le produit de la conception, je ne m'expliquais pas très bien comment les intestins grêles, refoulés en haut et sur les côtés, pouvaient faire irruption par le vagin. Mais, mon confrère me montrant la tumeur, je ne pus nier qu'elle ne fût constituée par l'intestin grêle.

Nous procédâmes alors à la version, décidés, si cela devenait nécessaire, à pratiquer quelques incisions sur les parties latérales du col. La main introduite, nous reconnûmes une présentation de l'ombilic, en dehors duquel le paquet intestinal du fœtus constituait la tumeur qui m'avait tant intrigué, qui avait fait croire à mon confrère à la mort très prochaine de la femme Eon; et j'avoue que je m'étais rendu à cette manière de voir. Les pieds étaient à gauche, vers le fond de l'utérus, la tête à droite et plus élevée que les pieds, les organes de la mère étaient dans un état parfait d'intégrité. La délivrance a été spontanée; le placenta n'offrait rien d'anormal.

A l'exception de la tumeur ombilicale, le fœtus, du sexe féminin, ne présentant rien d'insolite, du moins à l'extérieur, était bien développé, et long d'environ 50 centimètres. La tumeur, qu'il ne m'a pas été permis de disséquer, était produite par le paquet intestinal, le foie, la rate, et sans doute l'estomac, situé dans le cordon ombilical; la bride, très probablement par l'éraillure ou la déchirure des membranes, peut-être aussi par une artère ombilicale ou un repli des enveloppes de la tumeur; l'ouverture signalée plus haut, par l'ombilic dilaté circulairement, et offrant un diamètre de 3 centimètres; le corps dur par la colonne vertébrale; l'espace en partie circonscrit par un rebord osseux ou cartilagineux, par le creux épigastrique; l'écoulement de sang, par son exsudation de la périphérie de la tumeur. En somme, mon confrère et moi, nous avons erré dans cette circonstance, nous avons été complétement déroutés par une présentation que nous croyions impossible, à laquelle nous n'avons pas même pensé, et par une anomalie assez rare. S'il semble que M. Hervé se soit plus éloigné de la vérité que moi, cela tient évidemment à ce que j'avais passé plus de sept heures auprès de la femme Eon, avant que la tumeur ne fût apparente à la vulve, tandis que mon confrère, vieux et bon praticien, a été forcé de se prononcer immédiatement, étant influencé par une idée préconçue.

Cette observation me semble remarquable, et est, je crois, unique dans la science, puisqu'elle offre indubitablement une présentation de la région ombilicale, présentation qui est niée par tous les auteurs actuels, et que les anciens avaient plutôt admise spéculativement, que démontrée par des faits exempts de toute contestation.

Nous n'avons rien retranché au récit de notre honorable confrère, voulant laisser à cette observation tout son cachet de simplicité et de loyauté; et nous nous bornerons à deux courtes remarques relatives, l'une, à la présentation constatée par M. Penjon, l'autre, à l'erreur de diagnostic qu'il avoue avec la modestie inséparable du vrai mérite.

Ainsi que notre confrère le fait observer, les accoucheurs de notre époque rejettent la présentation abdominale directe. M. Chailly-Honoré, dans son excellent traité, n'en parle même pas; il se borne à ranger la *région antérieure du tronc depuis le col jusqu'à l'ombilic*, parmi les *parties de la surface fœtale qui ne se sont jamais présentées directement chez un fœtus à terme.*

Adoptant, à l'exemple de M. Chailly, les enseignements de Mme Lachapelle, des professeurs Naegèle et P. Dubois, M. Cazeaux n'admet que deux présentations du tronc, la présentation latérale droite et la présentation latérale gauche. « Ces présentations, dit-il, peuvent être, comme les autres, franches ou irrégulières. Elles sont franches quand la ligne latérale est en plein au centre du détroit supérieur; elles sont irrégulières, lorsque, le fœtus plus ou moins renversé sur sa région antérieure ou postérieure, la région antérieure ou postérieure du tronc occupe en grande partie le détroit supérieur. *C'est à ces irrégularités que l'on doit rattacher toutes les présentations* du dos, des lombes, du devant de la poitrine, ou *de l'abdomen, admises par les anciens auteurs.* »

M. Jacquemier, en parlant des présentations de la région antérieure et de la région postérieure du tronc, fait cette réflexion judicieuse : « Fussent-elles d'ailleurs quelquefois réelles, l'indication et la manière d'opérer établies pour chacune ont une si grande analogie, qu'il n'en résulterait aucun inconvénient et aucune différence essentielle à se conduire dans la pratique, comme si le tronc se présentait constamment par le côté, ce qui est en effet le cas ordinaire. » Sans aucun doute; mais l'observation qui précède prouve que la constatation précise d'une présentation abdominale peut, dans certains cas, avoir une véritable utilité pratique à un autre point de vue.

Denman avait émis une opinion entièrement semblable à celle qui a été formulée par M. Jacquemier. Sans s'arrêter à discuter la possibilité des présentations de la partie antérieure et de la partie postérieure du tronc, il comprenait toutes les présentations du tronc sous la dénomination de présentation de l'épaule ou du bras, considérant, ainsi que l'école française moderne, toutes les autres distinctions comme entièrement inutiles au point de vue de la pratique, c'est-à-dire au point de vue des manœuvres obstétricales nécessaires pour terminer l'accouchement.

Il n'est pas douteux que la plupart des auteurs qui ont décrit la présentation directe de l'abdomen, Baudelocque et Capuron, aussi bien que les autres, ne l'ont décrite que théoriquement et sans l'avoir observée eux-mêmes. Et en somme, cette présentation doit être excessivement rare, puisque Mme Lachapelle affirme n'en avoir pas constaté un seul cas à terme sur plus de 40,000 accouchements. Toutefois, il est permis de croire que notre confrère, M. Penjon, n'est pas le seul à qui il ait été donné de l'observer. Burns, accoucheur fort recommandable, la considère comme possible, tout en reconnaissant qu'elle est très rare. Et, pour nous borner à une seule citation, la description suivante donnée par Astruc dans l'*Art d'accoucher réduit à ses principes*, semble avoir été faite d'après nature :

« C'est de toutes les situations, dit-il, la plus dangereuse : 1° parce que le ventre est fortement comprimé, et qu'il s'allonge dans le passage avec danger d'inflammation et de gangrène, s'il reste trop longtemps dans cette situation; 2° parce que le cordon ombilical, qui pend dans le passage, se gonfle, et se gangrène assez vite; 3° parce que la poitrine et la tête sont extrêmement serrées, et que, dans tous ces cas, l'enfant périt en peu de temps.

» On reconnaît cette posture même avant que les eaux s'écoulent : 1° en ce que la matrice s'ouvre lentement; 2° en ce que les eaux qui se forment, sont à proportion étroites et minces; 3° en ce que rien ne se présente à l'orifice.

» Mais on s'en assure plus positivement dès que les enveloppes sont déchirées : 1° par l'attache du cordon qui pend dans l'orifice; 2° par la mollesse du ventre, quand on peut pousser les doigts assez avant pour y atteindre; car l'inflexibilité de l'épine du dos ne permet pas au ventre de s'appliquer contre l'orifice, du moins au commencement. »

Quoi qu'il en soit, la présentation directe de l'abdomen doit désormais être considérée comme possible, et, par conséquent, être présente à l'esprit de l'accoucheur dans les cas obscurs et difficiles. Si cette notion est sans utilité pour le choix de la manœuvre, c'est-à-dire pour la terminaison artificielle de l'accouchement, elle n'en a pas moins une importance réelle, soit parce qu'un diagnostic précis n'est jamais une chose indifférente, même en pratique obstétricale, et qu'un praticien sérieux aime toujours à savoir ce qu'il fait, soit parce que la constatation rigoureuse de la présentation peut, dans quelques cas, comme dans l'observation qu'on vient de lire, éclaircir certains phénomènes embarrassants.

M. Penjon et son confrère, conformément à l'opinion généralement reçue aujourd'hui, étaient tellement convaincus de l'impossibilité d'une présentation directe de l'ombilic, que la pensée ne leur en était même pas venue. Or, s'ils n'eussent pas été sous l'influence de cette idée préconçue et, comme on le voit, beaucoup trop absolue, ils auraient pu, par l'examen extérieur du ventre de la mère et par une étude plus attentive et plus minutieuse des symptômes fournis par le toucher, reconnaître la présentation et éviter l'erreur qui leur a fait prendre l'intestin d'un fœtus pour celui d'une femme adulte; et réciproquement, une saine appréciation des viscères qui apparaissaient à la vulve de la mère les aurait mis sur la voie d'un diagnostic exact de la présentation.

Il y avait, d'ailleurs, pour les rassurer sur le danger terrible où ils ont cru un instant que se trouvait la femme confiée à leurs soins, deux sources certaines d'enseignements qui, assurément, leur auraient fourni des lumières suffisantes, sans l'émotion excessive qui les dominait. En effet, d'une part, les phénomènes propres à la rupture de la matrice ou du vagin manquaient complétement, ainsi que M. Penjon, lui-même, l'avait très bien remarqué; et d'autre part, l'examen de la portion d'intestin qui avait franchi la vulve de la mère, fait de sang-froid, leur aurait démontré, en raison du volume de ce conduit, qu'ils avaient sous les yeux un intestin de fœtus. Au surplus, l'erreur n'a pas duré longtemps, et nos confrères ont terminé l'accouchement en praticiens habiles.

En résumé, M. Penjon a enrichi la science d'une observation intéressante et utile.

G. Richelot.

BIBLIOTHÈQUE.

DE L'ÉLECTRISATION LOCALISÉE ET DE SON APPLICATION A LA PHYSIOLOGIE, A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE (1);

Par le docteur Duchenne de Boulogne.

L'électricité a, sur l'économie animale, une action si énergique, si rapide, si évidente, que son emploi a dû tenter des longtemps et les physiologistes et les pathologistes. Mais la difficulté qu'on éprouvait à modérer cette action et surtout à la diriger, la limiter convenablement, rendait son application sur l'homme parfois dangereuse et ses résultats toujours fort incertains. L'électro-puncture, à l'aide de laquelle on avait espéré pouvoir porter les courants électriques au sein des organes mêmes, était une opération trop douloureuse pour être facilement et fréquemment applicable. En sorte que, abandonnée de la plupart des médecins, l'électricité ne trouvait guère d'emploi que dans le laboratoire du physiologiste qui pouvait porter cet excitant sur des muscles ou des nerfs mis à nu. Cependant M. Duchenne de Boulogne entreprit de faire sur l'homme vivant et à travers la peau intacte ce que faisaient les physiologistes dans leurs vivisections. Il lui fallut, pour cela, créer des procédés nouveaux, des appareils nouveaux; mais, après de longues années de recherches non moins ingénieuses que patientes, il est arrivé à se rendre maître du fluide électrique comme de l'agent le plus docile, à le doser, à le diriger avec une merveilleuse facilité, à le porter à sa volonté sur tel ou tel organe, à telle ou telle profondeur et à le faire agir suivant qu'il lui plaît sur telle ou telle propriété des organes.

Cette immense amélioration dans les procédés d'application ne devait être cependant pour M. Duchenne qu'un moyen précieux qu'il a appliqué ensuite avec autant de bonheur que de sagacité à l'étude de la physiologie et de la pathologie du système musculaire, comme à celle des propriétés thérapeutiques des courants d'induction. Il a élucidé un grand nombre de points obscurs dans le mécanisme des mouvements musculaires, et ses recherches physiologiques l'ont conduit même à indiquer aux anatomistes certaines erreurs que le scalpel n'avait pu montrer. Il a rendu évidente la cause de bien des déformations consécutives aux paralysies, aux rétractions, aux contractures musculaires. Il a trouvé des signes distinctifs qui permettent d'établir avec certitude le diagnostic souvent si difficile de la plupart des paralysies musculaires. Enfin, il a précisé, comme on ne l'avait jamais fait avant lui, les cas où l'électricité est applicable, ceux où elle peut être nuisible, et les chances de guérison ou d'amélioration qu'elle peut fournir dans chacun des cas auxquels il est possible de l'appliquer.

Toutes ces recherches, que M. Duchenne avait déjà successivement fait connaître dans divers mémoires et dans diverses communications aux Académies, il les a réunies dans un volume, où ses opinions sont appuyées d'un très grand nombre d'observations consciencieusement recueillies, et pour la plupart dans les services des hôpitaux. C'est de cet ouvrage que nous allons essayer de donner une simple analyse, car, en présence d'un travail si longuement élaboré, il faudrait posséder les connaissances spéciales et la longue expérience de l'auteur pour pouvoir se permettre un examen appréciatif.

La première partie est consacrée par l'auteur à l'exposition de sa méthode d'électrisation. Pour lui donner toute la perfection qu'elle a atteinte, M. Duchenne avait besoin d'appareils réunissant des conditions qu'il ne trouvait pas dans ceux jusque-là mis en usage. Il dut en inventer et en fabriquer de nouveaux, en choisissant les plus parfaits et les améliorant encore.

De toutes les différentes espèces d'électricités dont on peut faire usage, l'électricité d'induction lui parut seule applicable au but qu'il désirait atteindre. En effet, l'électricité *statique* ou de frottement ne produit nul effet quand elle agit par décomposition lente du fluide normal, et ses décharges brusques déterminent toujours une commotion qui s'étend au loin et qu'on ne saurait localiser. Les courants *galvaniques* continus donnent lieu à des effets chimiques et calorifiques intenses, qui peuvent être applicables dans certains cas, mais que M. Duchenne désirait, au contraire, éviter pour le but qu'il se proposait; tandis qu'ils ne produisent, dans les muscles, qu'une contraction fibrillaire très faible, et, dans les nerfs, que des sensations peu intenses. Avec ces courants, l'action suit la sensibilité, et la contractilité n'est bien marquée qu'au moment où l'on ouvre ou ferme le courant; mais en répétant ces interruptions à des intervalles plus ou moins rapprochés, on obtient des courants *intermittents*, dont l'action physiologique est d'autant plus énergique, que les intermittences sont plus rapides, tandis que les effets chimiques et calorifiques ne s'accroissent point et demeurent extrêmement faibles, si le courant n'a pas lui-même une très grande intensité. Cependant ils existent encore. Et si, en outre, l'on fait décrire au fil qui conduit ce courant un grand nombre de spires autour d'un barreau de fer doux, ces spires et le fer doux, s'influençant mutuellement pendant les intermittences, donnent lieu au phénomène d'*induction*, sorte de renforcement qui accroît l'action physiologique du courant dans d'énormes proportions. De cette façon, on peut obtenir des phénomènes de contractilité et de sensibilité extrêmement intenses, avec un courant initial si faible, qu'il ne donne lieu à aucune action chimique ou calorifique sensible. D'ailleurs, l'action sur la contractilité et la sensibilité se localise mieux et produit beaucoup moins de commotion dans le système nerveux. On conçoit combien sont précieuses les propriétés des courants d'induction. Mais il y a plus, un second fil enroulé sur le premier, et isolé, devient, par l'influence de celui-ci, le siége d'un nouveau courant, auquel on a donné le nom de *courant du second ordre*, et dans lequel M. Duchenne a reconnu des propriétés physiologiques spéciales qu'il a également mises à profit. Le courant de premier ordre agit surtout sur la contractilité musculaire; celui de second ordre agit davantage sur la sensibilité cutanée et sur celle de la rétine.

La découverte des courants d'induction est due à Faraday, et comme il les emploie à l'exclusion des autres, M. Duchenne propose de donner à ce mode d'application de l'électricité, le nom de *faradisation.*

Mais, ce n'était pas assez d'avoir à sa disposition un courant électrique agissant énergiquement sur la contractilité et la sensibilité, il fallait pouvoir modérer et graduer cette action, et comme les effets produits dépendent à la fois, et de l'intégrité du courant, et de la rapidité des intermittences, il fallait pouvoir faire varier à volonté l'une ou l'autre. Enfin, il fallait réunir toutes ces conditions dans un appareil facilement transportable, et d'un entretien facile. M. Duchenne est parvenu à résoudre ce problème si compliqué, dans son nouvel appareil *volta-électrique.* Nous n'essaierons pas d'en reproduire ici la description, qui serait beaucoup trop longue, mais nous tâcherons d'indiquer les particularités qui donnent à cet appareil tant d'avantages sur les autres.

Le générateur de l'électricité est une pile extrêmement simple, d'un entretien très facile et qui se trouve enfermée dans l'appareil. L'intensité du courant se modère en traversant une couche d'eau plus ou moins épaisse, et, en outre, à l'aide d'un cylindre de cuivre qui recouvre plus ou moins les fils d'induction, et dont l'action modératrice a été découverte par M. Duchenne. En combinant ces deux modes de graduation qui agissent isolément, il parvient à doser, avec la plus parfaite exactitude, les courants les plus énergiques comme les plus faibles, ce qui rend le même appareil applicable à tous les cas possibles. Une aiguille aimantée permet d'ailleurs de constater l'énergie du courant initial de la pile. Enfin, des intermittences d'une excessive rapidité sont fournies par un petit mécanisme appelé *trembleur*, de l'invention de M. de La Rive, et une roue dentée permet d'en obtenir d'aussi lentes qu'on la désire. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que l'appareil est disposé de façon à pouvoir utiliser à volonté le courant du premier ou du second ordre.

M. Duchenne a aussi construit un appareil *magnéto-électrique* où l'action inductrice de la pile est remplacée par celle d'un aimant, et qu'il a doué des mêmes moyens de graduation. Cet appareil a moins d'applications que le premier, mais son courant de second ordre a une action encore plus énergique sur la rétine.

Les courants sont portés sur la surface du corps, à l'aide de *réophores* métalliques, tantôt secs, tantôt revêtus de corps humides comme des éponges ou de la peau mouillée, quelquefois à l'aide de petits pinceaux de fils métalliques.

(1) Un volume in-8°, Paris, 1855, chez J.-B. Baillière.

Voici comment, à l'aide de cet appareil, M. Duchenne obtient des effets physiologiques si variés. En appliquant les excitateurs secs sur la peau sèche, le courant ne dépasse pas l'enveloppe cutanée, dans l'épaisseur de laquelle la recomposition électrique s'opère, accompagnée d'une sensation de brûlure plus ou moins vive. L'emploi des pinceaux métalliques rend la sensation plus vive encore, et, en donnant aux intermittences une grande fréquence, on peut produire une douleur qui dépasse celle de la brûlure, et une rubéfaction même assez intense. Mais, l'une et l'autre disparaissent aussitôt qu'on suspend l'opération. Avec les excitateurs humides, le courant traverse la peau, et pénètre d'autant plus profondément qu'il est plus intense. Le passage de l'électricité à travers la peau ne réveille alors presque aucune sensation. On peut ainsi lui faire parcourir, à travers les tissus, un chemin plus ou moins long, en éloignant plus ou moins les réophores, quoique les effets physiologiques les plus intenses aient toujours lieu dans le point d'application des excitateurs. S'ils correspondent à un nerf de sensibilité, ils produisent de la douleur; si à un nerf moteur, des contractions dans les muscles auxquels celui-ci se distribue; si à un muscle, des contractions plus ou moins énergiques dans les faisceaux vis-à-vis desquels ils sont appliqués; si à une surface osseuse, une douleur spéciale et profonde qu'il est bon de savoir éviter. La faradisation des os n'est jamais applicable, celle des nerfs l'est rarement, si ce n'est pour faire contracter des muscles profonds qu'on ne peut atteindre directement; celle des muscles, au contraire, présente d'immenses ressources, puisqu'elle permet de faire contracter à volonté chaque faisceau musculaire sans produire autre chose qu'une douleur sourde toute spéciale. Malheureusement les muscles profonds se trouvent soustraits à cette action immédiate, si ce n'est dans les points où ils deviennent sous-cutanés. M. Duchenne a démontré que la contraction musculaire sous l'influence du courant d'induction est entièrement indépendante du phénomène des mouvements réflexes, et n'exige aucune participation des centres nerveux. L'énergie de la contraction musculaire est en raison de l'intensité du courant; l'étendue du mouvement comme aussi la douleur spéciale qui l'accompagne, et l'action tonique sont en raison de la rapidité des intermittences. On peut donc, avec des intermittences rares et un courant intense, produire des contractions énergiques avec peu de douleur; avec des intermittences rapides, au contraire, exciter puissamment la tonicité des muscles, même jusqu'à les contracturer et réveiller leur nutrition lorsqu'elle est languissante. Il importe beaucoup de graduer convenablement l'intensité du courant et la fréquence des intermittences, car, outre les différences de susceptibilité individuelle, il y a aussi dans les différents muscles, et même dans les différentes portions de certains muscles, une sensibilité très inégale à l'agent électrique.

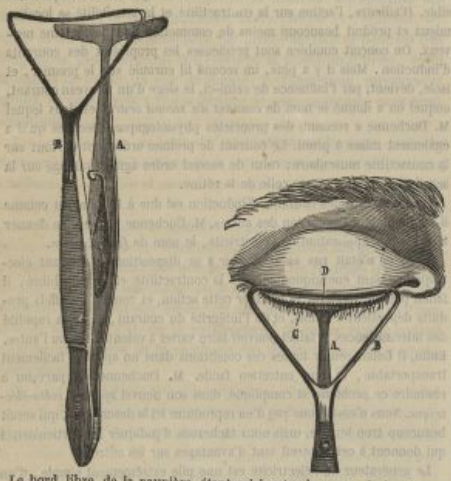
(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 8 Juillet 1856. — Présidence de M. Bussy.

M. Mathieu adresse à l'Académie une pince qu'il a fabriquée d'après les indications de M. le docteur Raphaël Ratti de Gênes. Cet instrument a pour but de permettre l'ablation du bord libre de la paupière dans lequel sont implantés les cils et leurs bulbes sans toucher au tarse de manière à guérir radicalement dans peu de jours et sans difformité le *trichiasis*.



Le bord libre de la paupière étant saisi entre les mors de la pince, la branche qui porte la plaque placée en dessous et en arrière du cartilage tarse, on coupe le bord ciliaire en se guidant sur la branche intérieure de l'instrument. Cette section se fait en deux temps avec un scalpel; dans le premier, on coupe horizontalement en suivant la ligne de démarcation entre la peau et la muqueuse palpébrale; dans le second, perpendiculairement à l'instrument ou à la plaque; on enlève ainsi les cils déviés et leurs bulbes, ce qui empêche pour toujours le retour du trichiasis.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(ancienne Société médicale du Temple).

Compte-rendu extrait des procès-verbaux (1856). — Présidence de M. Depaul.

Sommaire. — Observation tératologique. — Influence du sulfate de quinine dans les maladies des voies urinaires. — Rétention d'urine; moyens divers d'y remédier.

La correspondance comprend :

1° Une brochure de M. Ségalas *sur la lithotritie considérée au point de vue de son application;* 2° un Compte-rendu du bureau de bienfaisance du 6e arrondissement sur l'exercice 1855, dont la partie administrative est écrite par M. Hannoye, administrateur, et la partie médicale par M. le docteur Collomb; 3° des *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris;* 4° un volume in-8° de plus de 700 pages, par M. Mialhe, intitulé : *Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique;* 5° une brochure formant le recueil des travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Ganat pendant l'année 1855-55. Elle est remise à M. Thibault, avec invitation de vouloir bien en rendre compte dans une prochaine séance.

M. Depaul présente à la Société le squelette d'un *monstre double* offrant des conditions rares. C'est un enfant né à Paris, au terme de huit mois de conception. Il a une seule tête et deux faces; trois oreilles, une de chaque côté; la troisième, placée sur la ligne médiane, est formée par la réunion des deux autres oreilles, qui se sont en quelque sorte soudées ensemble. Il n'a pas de crâne. La masse cérébrale était située en dehors et en arrière de la face. On y trouvait les nerfs sensoriaux doubles. La moelle allongée et la moelle de l'épine manquaient. Le rachis existe, formant une véritable gouttière depuis l'occiput jusqu'au sacrum inclusivement. Le reste du squelette est simple et conformé d'une manière normale.

M. Forget : Puisque l'on a trouvé les nerfs sensoriaux doubles, il y a avait probablement division du système nerveux central; tandis qu'il y aurait fusion pour ce qui est relatif à la vie végétative.

M. Depaul : L'hypothèse de la fusion, dans le cas de monstres doubles, malgré son apparence séduisante au premier abord, a pourtant été combattue par des arguments sérieux appuyés sur des considérations anatomiques. Chez le sujet de ma communication, il y avait deux hémisphères cérébraux complétement séparés. Les nerfs spinaux existent, ils aboutissent sur une membrane qui doit être considérée comme une prolongation de la dure-mère. Et, je le répète, il n'y avait pas de moelle épinière. Il n'existait qu'un seul placenta. L'enfant exécutait des mouvements dans l'utérus; il en est sorti mort.

M. Forget : La terminaison des nerfs aux trous de conjugaison paraissait-elle former une sorte de trame?

M. Depaul : De petits filaments formaient une toile fibreuse très mince de tissu cellulaire, indépendant des nerfs qui y aboutissaient.

M. Duchenne de Boulogne : L'enfant a-t-il exécuté des mouvements dus à des contractions musculaires? Dans quel état se trouvaient les muscles?

M. Depaul : Les mouvements de l'enfant dans l'utérus ont prouvé la production de contractions musculaires. Les muscles étaient bien conformés, tous les nerfs s'y trouvaient. Le système circulatoire existait à l'état normal. Je ferai remarquer que les anencéphales peuvent être très développés et qu'ils remuent fort bien, parce que le système nerveux périphérique est indépendant, jusqu'à un certain point, du système nerveux central.

M. Ségalas parle de l'influence du quinquina et du sulfate de quinine sur la vessie. Il nous rapporte qu'un malade, ayant une pierre d'un certain volume, n'en soupçonnait pas l'existence, lorsqu'il fut atteint d'accès de fièvre intermittente et obligé de se mettre à l'usage du sulfate de quinine. Dès lors parurent des douleurs vésicales et tous les symptômes de la pierre avec une intensité si douloureusement prononcée, que le malade se décida à subir l'opération de la taille.

M. Moreau (de Tours) ne possède, là-dessus, que des faits négatifs. Il lui est plusieurs fois arrivé de donner à des calculeux des doses élevées de sulfate de quinine sans qu'il ait vu se produire des effets appréciables sur les voies urinaires.

M. Bossion : Le sulfate de quinine, suivant M. Briquet, agit moins énergiquement en pilules qu'en poudre, surtout qu'en solution dans l'eau.

M. Collomb : Qu'il me soit permis de faire incidemment une remarque, c'est que, chez quelques personnes, l'usage du vin pur ou des boissons alcooliques détermine de fréquentes envies d'uriner et tous les symptômes que l'on a appelés rationnels de la pierre, bien qu'on ne trouve pas chez eux de calcul dans la vessie. J'ai souvent constaté alors que cela tenait à l'existence d'hémorrhoïdes plus ou moins fluentes. Si, au contraire, il y avait un calcul, cette irritation pourrait fournir l'occasion d'en déceler la présence, comme M. Ségalas l'a observé à la suite de l'ingestion du sulfate de quinine. A propos de ce médicament, je demanderai ce que l'on entend par une dose élevée. Pour mon compte, je regarde comme telle un gramme administré contre les accès de fièvres intermittentes que nous rencontrons à Paris.

M. Labarraque a renoncé aux doses élevées, et ne dépasse guère 50 à 60 centigrammes.

M. Bréon : C'est principalement contre les rhumatismes articulaires que l'on a recommandé et mis en usage le sulfate de quinine à haute dose.

M. Bossion : Le sulfate de quinine donne des résultats différents suivant les doses auxquelles on l'administre; en voici la preuve. — Une jeune fille de 11 ans avait des accès de fièvre intermittente quotidienne. On lui faisait prendre pendant plusieurs jours de suite 15 à 20 centigrammes de sulfate de quinine; les accès s'arrêtaient, mais revenaient bientôt, pour disparaître et reparaître de nouveau sous l'influence de la même médication. On avait envoyé la jeune malade pendant quelque temps à Pontoise, sans que sa position en éprouvât le moindre avantage. L'enfant maigrissait, avait une petite toux sèche et fatigante. Les arsénicaux furent employés sans succès. On réunit en consultation cinq médecins. L'un d'eux crut reconnaître que la rate était farcie de tubercules. Les avis se résumèrent à conseiller le séjour de la malade aux eaux d'Ems. Avant de s'y décider, une dernière consultation eut lieu entre M. Bossion et un seul médecin dont l'expérience et le talent comme praticien sont connus et appréciés de tous. Il proposa d'envoyer l'enfant à Saint-Germain, de revenir à l'usage du sulfate de quininine pendant les repas, mais à la dose de 50 à 60 centigrammes. Ensuite on donna des quantités lentement décroissantes et le fébrifuge ne fut abandonné qu'au bout d'environ cinq semaines. L'enfant est actuellement guérie, et, ajoute M. Bossion, rien ne donne lieu de craindre une affection tuberculeuse.

M. Moreau rappelle que les doses de sulfate de quinine, conseillées par M. Bretonneau, sont de 40, 50 à 60 centigrammes.

M. Collomb : Puisque l'autorité de M. Bretonneau est invoquée, je dirai que cet éminent praticien distingue les fièvres intermittentes en trois catégories, d'après leur gravité. Il en admet de très graves (les pernicieuses et celles des pays inter-tropicaux); de graves (non pernicieuses, des pays chauds, en dehors des tropiques); des fièvres, enfin, comparativement légères (celles de nos climats tempérés). Pour la première série, il conseille des doses de 1 gramme de sulfate de quinine, et quelquefois plus. Pour la seconde, il regarde un gramme comme le maximum; et pour la troisième, il conseille de 50 à 60 centigrammes.

M. Ségalas revient sur l'emploi du sulfate de quinine, dans les fièvres intermittentes qui accompagnent les affections des voies urinaires et les opérations qu'elles exigent, notamment le cathétérisme. Il dit que, malgré l'efficacité reconnue des préparations de quinquina, on ne peut pas, dans ces circonstances, compter sur un succès constant. Dernièrement, il a vu un vieillard, auquel il donne des soins depuis 1830, qui éprouvait, depuis sa rentrée de la campagne, une fièvre intermittente, contre laquelle on eut recours au sulfate de quinine. M. Ségalas, appelé à son tour, a trouvé, en palpant l'abdomen, une cystite développée, probablement sous l'influence du sulfate de quinine. Elle a résisté, jusqu'alors, aux moyens employés pour la combattre, et présente une véritable gravité à cause de l'âge avancé du malade.

M. Delgroix : Je regrette de ne pas partager entièrement l'opinion de notre savant collègue; mais, en vérité, si l'on prétend faire le procès du sulfate de quinine employé dans les affections des voies urinaires, je demanderai volontiers à défendre la médication fébrifuge, au cas que cette défense puisse sembler nécessaire. Au vu et au su de tout le monde, il y a des malades dont on ne peut toucher le canal, sans avoir pour conséquence immédiate, au bout de quelques heures, un accès de fièvre. J'en ai personnellement observé de nombreux exemples. Dans tous les cas de ce genre, je donne habituellement avant et après le cathétérisme du sulfate de quinine à dose modérée. Mes malades s'en sont toujours bien trouvés. Au surplus, ce n'est pas seulement la présence de la pierre dans la vessie qui s'accompagne d'accès intermittents. J'ai eu occasion de voir un malade atteint d'accès intermittents qui avaient résisté, depuis cinq ans, à tous les moyens usités en pareil cas. Consulté en cette occurence, je supposai bien vite une cause autre que l'infection paludéenne. Ayant exploré le canal de l'urètre, j'y trouvai un rétrécissement avec un écoulement chronique assez abondant. La guérison du rétrécissement mit fin au retour des accès de fièvre.

M. Ségalas a vu assez fréquemment le cathétérisme pratiqué d'une manière convenable, et dans des circonstances où il n'existait aucune contr'indication appréciable, être néanmoins suivi d'accès de fièvre intermittente qui pouvaient revêtir le caractère pernicieux. Ces faits, il ne les conteste pas; mais c'est sur autre chose qu'il a désiré fixer l'attention de la société. Il a dit que chez certains calculeux, affectés en outre d'accès intermittents, l'emploi du sulfate de quinine lui avait semblé plus d'une fois être la cause déterminante de cystites aiguës graves.

M. Bonnassies a été appelé, à deux heures du matin, auprès d'un homme de 66 ans, qui n'avait pas uriné depuis dix-neuf heures. La vessie était pleine; le malade s'épuisait en de vains efforts; la sonde ne put pas arriver dans la vessie. Il y avait de la fièvre, le pouls était dur et plein, la face animée, M. Bonnassies se décida à pratiquer une large saignée; pendant la sortie du sang, l'urine coula à plein canal et la rétention ne se reproduisit pas.

M. Gery a vu, également au milieu de la nuit, un homme de 30 ans, affecté d'une rétention d'urine, et dont la vessie était comble. Après avoir essayé, sans y réussir, de pénétrer dans la vessie, pensant que l'obstacle provenait d'un engorgement de la prostate, il fit mettre des sangsues au périnée; le cours normal des urines se rétablit. Il ajoute que la rétention d'urine, quoique déjà ancienne, peut encore être susceptible de guérison. Il donnait des soins à un malade qu'il sondait, journellement avec facilité, chez lequel l'application d'un vésicatoire sur la région hypogastrique ramena la contractilité volontaire de la vessie et rendit le cathétérisme désormais inutile.

M. Ségalas : Dans la rétention d'urine, la vessie reprend quelquefois spontanément ses fonctions, on doit donc être très réservé lorsqu'il s'agit d'attribuer la guérison à une médication quelconque, l'application d'un vésicatoire peut produire une inflammation du corps ou du col de la vessie, sans déterminer la sortie des urines; et cet effet, ne paraît pas appartenir exclusivement aux cantharides. M. Ségalas donnait des soins à un malade traité en même temps d'une amaurose, par M. Gondret; une cystite se développa sous l'influence d'un vésicatoire ammoniacal. — Il dit que, dans les affections des voies urinaires, l'usage des bains est généralement conseillé, qu'il les prescrit souvent lui-même, et que pourtant il a vu quelquefois la rétention d'urine survenir immédiatement après la sortie du bain.

M. Grange emploie, pour réveiller la contractilité de la vessie, les bains de siége et les lavements froids qui ne lui paraissent pas avoir l'inconvénient d'amener la rétention d'urine comme les bains chauds ou tièdes.

M. Dreyfus : Si la rétention d'urine a pour cause un état d'éréthisme du col de la vessie, on peut y mettre fin en pratiquant une saignée, comme l'a fait M. Bonnassies. On rencontre dans certains accouchements, un état analogue de contraction spasmodique du col utérin; et alors la saignée peut également faciliter la terminaison du travail.

M. Bonnassies donnait des soins à un homme affecté d'hépatite chronique et de paralysie de la vessie. Il fit faire, sur la région hypogastrique, des frictions avec la pommade d'autenrieth, et lorsque les boutons furent bien développés, les urines reprirent leur cours naturel.

M. Depaul : Il y a une distinction à faire entre les divers états pathologiques susceptibles de produire une rétention d'urine. Il faut, avant de choisir les moyens d'y remédier, savoir pourquoi les urines ne coulent pas. Si l'on a affaire à un état inflammatoire ou spasmodique de la vessie, la saignée peut être utile. A quoi servirait-elle dans le cas d'un engorgement de la prostate? pourrait-on espérer qu'elle fît subitement dégorger cet organe? M. Depaul connaît ce que l'on a écrit sur la cystite cantharidienne, mais il ignorait que d'autres vésicants fussent capables de produire le même effet, et, en particulier, l'ammoniaque dont vient de parler M. Ségalas.

Chez les femmes nouvellement accouchées, on observe souvent une rétention d'urine après un travail long, si la tête a exercé une forte pression sur le diamètre sacro-pubien. Quelquefois alors il s'agit d'une véritable paralysie contre laquelle le principal traitement paraît consister à sonder souvent les malades pour ne pas laisser l'urine, en s'accumulant, distendre outre-mesure les parois de la vessie. En outre, M. Depaul a eu plusieurs fois recours avec avantage à des frictions le long de l'épine du dos et sur la région de la vessie, avec un liniment cantharidé. D'autres fois l'obstacle à l'émission de l'urine est simplement le résultat d'un gonflement des parties tuméfiées, dont on facilite le dégorgement à l'aide d'applications topiques, émollientes ou légèrement résolutives.

M. Ségalas : Les cantharides agissent directement sur la vessie, dont elles excitent la contractilité. Elles l'empêchent de se distendre et de laisser accumuler l'urine. Sous leur influence, comme sous celle d'autres causes irritantes, on voit une vessie qui conservait deux verres d'urine ne pouvoir plus en contenir qu'un demi-verre.

Le secrétaire général, Dr Collomb.

M. le docteur A. Maffei, médecin attaché au service de S. M. l'Empereur, vient d'être nommé, par S. M. le Roi de Sardaigne, chevalier de l'ordre des SS. Maurice et Lazare.

BIBLIOGRAPHIE.

Recherches anatomiques sur l'urètre de l'homme, par le docteur J.-F. Jarjavay, chef des travaux anatomiques et professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital de Lourcine, etc. Un vol. in-4°, accompagné de 7 planches lithographiées par Em. Beau. — Prix : 14 fr.

Mémoire sur les accidents que développent, chez les ouvriers en caoutchouc, l'*inhalation du sulfure de carbone en vapeur*; par le docteur Delpech, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin des hôpitaux, etc. In-8. — Prix : 1 fr. 75 c.

Du traitement des affections scrofuleuses par les préparations de noyer; par le docteur Nédrieu, directeur de l'École de médecine d'Angers, médecin en chef des hôpitaux, etc. In-8. — Prix : 2 fr. 50 c.

Ces trois ouvrages se trouvent chez Labé, libraire de la Faculté de médecine, place de l'École-de-Médecine.

Monographie des principaux fébrifuges indigènes considérés comme succédanés du quinquina; par Emile Monchos (de Lyon). Paris, 1856, un volume in-8. — Prix : 2 fr. 50 c. — Victor Masson, libraire.

De l'origine miasmatique des fièvres endémo-épidémiques dites intermittentes, palustres ou à quinquina, pathologie, topographie, météorologie, climatologie, statistique et géographie médicales; par le docteur Felix Jacquot, médecin-major des armées, etc., etc., mémoire présenté à l'Académie impériale de médecine de Paris, et à l'Académie royale et impériale des Georgophiles de Florence. Un volume in-8. — Prix : 3 fr. 50 c.

Paris, chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille, et chez J. Hamel, libraire, 10, rue Racine.

Notice médicale sur les eaux minérales de Pougues. In-8, Paris, 1856, Victor Masson, libraire.

Essai théorique et clinique sur l'emploi de la belladone dans les maladies des yeux; par Alph. Rouault, d.-m. (thèse inaugurale). In-4°, Paris, 1856.

Mémoire sur l'anatomie pathologique des rétrécissements de l'urètre; par José Pro, d.-m. In-4, Paris, 1856. L. Leclerc, libraire, 14, rue de l'École-de-Médecine. — Prix : 4 fr.; par la poste, 5 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 85. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 15 Juillet 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Paris : Un mot sur le mémoire de M. le professeur Godelier. — II. Clinique médicale (M. Trousseau) : Des pertes séminales et de leur rapport avec l'impuissance et quelques autres affections. — III. Thérapeutique : De l'iode considéré comme antiseptique. — IV. Chirurgie : Sur quelques-uns des accidents qui compliquent les fractures des côtes. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Coup d'œil historique et critique sur la médecine et la chirurgie françaises au XIXe siècle.

PARIS, LE 14 JUILLET 1856.

UN MOT SUR LE MÉMOIRE DE M. LE PROFESSEUR GODELIER.

Le mémoire de M. le professeur Godelier, sur le typhus observé au Val-de-Grâce, a produit à la lecture la même impression qu'il avait produite à l'Académie de médecine. Tout le monde y a reconnu un rare talent d'exposition, un talent plus rare encore de concentrer en quelques pages nettes et précises des idées, des opinions, des faits et des doctrines qui eussent pu prendre le développement d'un volume. Si ce travail, ainsi que l'annonce son titre, n'est que le *résumé* d'une œuvre plus étendue, il faut reconnaître que ce résumé est admirablement bien fait, et que, si ce n'est une accumulation souvent fastidieuse d'observations, on ne saurait dire ce qui manque au mémoire de M. Godelier, que l'on peut citer comme un modèle de lecture académique.

Cela dit de grand cœur et avec une estime très sentie pour les travaux de l'honorable professeur, nous lui demandons la permission de lui signaler un court passage de son travail qui nous semble exprimer avec trop d'assurance une opinion très controversable et très controversée.

« Il est aujourd'hui *parfaitement* établi, dit M. Godelier, que » les maladies contagieuses ne le sont pas partout et toujours au » même degré, et que la communicabilité d'une même affection, » le choléra, la fièvre typhoïde, par exemple, peut se montrer très » évidente, ou douteuse, ou nulle, selon des conditions générales » ou individuelles encore très imparfaitement connues et très dif- » ficiles à préciser. Cette mystérieuse variation d'activité du prin- » cipe contagieux pourrait parfois faire nier qu'il existe encore, » tandis qu'il est seulement endormi. »

Nous ne pouvons accepter que cette opinion, que M. Godelier a le mérite d'avoir au moins très franchement exprimée, soit aujourd'hui *parfaitement* établie. Nous la trouvons très ingénieuse et surtout très commode pour venir au secours des idées sur la propriété contagieuse du choléra et de la fièvre typhoïde; mais, de cette pure croyance à une démonstration scientifique, la distance nous paraît immense. Cette opinion n'est qu'une opinion, c'est-à-dire une interprétation arbitraire de certains faits, interprétation variable comme sont divers les esprits, car M. Godelier sait aussi bien que nous que, de ces mêmes faits, s'emparent et se servent ceux qui nient ou mettent en doute la contagion du choléra et de la fièvre typhoïde.

La logique médicale perd ses voies et s'égare à la recherche de cette mystérieuse et protéique communicabilité tantôt très évidente, tantôt douteuse, ici terrible et là nulle. Une communicabilité qui peut n'être plus communicable déroute la raison la plus ferme. M. Godelier a bien le droit d'ajouter que les conditions générales ou individuelles dans lesquelles se produisent de semblables métamorphoses du principe contagieux sont encore très imparfaitement connues et très difficiles à préciser. Sans s'exposer beaucoup, on peut prédire que nous ne deviendrons jamais guère plus savants sur ce point. Ajouter que le principe contagieux peut quelquefois *être endormi*, c'est faire une métaphore qui ne manque ni de hardiesse, ni d'éclat, mais, en vérité, ce n'est pas trancher une question aussi sérieuse que celle de la contagion du choléra et de la fièvre typhoïde.

En fait de contagion, dit encore M. Godelier, les faits négatifs ne sont jamais une preuve absolue. Ne chicanons pas sur le mot absolue, l'honorable professeur sait bien que les preuves de ce genre ne sont pas communes en pathologie. Mais qu'est-ce que cette distinction en faits négatifs et en faits positifs en ce qui concerne le choléra et la fièvre typhoïde? Nous ne la saisissons pas. Nous ne voyons encore ici qu'une pure interprétation d'un fait et pas autre chose. Le fait d'un médecin qui a traversé une grande épidémie de choléra sans en être atteint, est tout aussi positif que celui d'un autre médecin qui y aura succombé. Dans le premier cas, les uns disent : Vous voyez bien que le choléra n'est pas contagieux; interprétation; dans le second, les autres s'écrient : Vous voyez bien que le mal indien est transmissible; encore interprétation. La vérité scientifique, plus sévère, attend la démonstration.

Tout le mal, la confusion, les dissidences, proviennent d'un seul mot, expression malheureuse qu'un esprit aussi distingué que M. Godelier doit bannir de son langage si correct et si châtié. Appliqué au choléra, à la fièvre typhoïde, nous dirons même au typhus, le mot contagion est et sera une cause perpétuelle de logomachies.

Il est une façon si simple, si philosophique et si médicale à la fois de se rendre compte des faits que l'on veut à toute force expliquer par la contagion, que l'on a peine à comprendre qu'on se livre à tant d'efforts, quand on a sous la main une explication toute naturelle.

Pour le choléra, pour la peste, pour la fièvre jaune, pour la fièvre typhoïde, pour la plupart des fièvres exanthématiques, aucun pathologiste sérieux ne niera l'immense influence de l'épidémicité. Qu'est-ce que l'épidémicité? On ne la connaît pas dans son essence, mais on peut s'en rendre compte par des comparaisons. Faites entrer un individu dans une pièce close dans laquelle se trouve du raisin en fermentation, cet individu va être asphyxié par le gaz acide carbonique. Placez un second, un troisième, un vingtième individu dans les mêmes conditions; ils vont tous subir la même influence, ils seront tous asphyxiés. Dites-vous ici que c'est le premier qui a communiqué son asphyxie au second, le second au troisième, etc.? Non, assurément; et votre bon sens se révolterait contre une explication pareille. Que faites-vous cependant, si ce n'est un raisonnement semblable, quand vous expliquez les maladies populaires par la contagion? Vous faites abstraction de l'épidémicité, c'est-à-dire de la cuve en fermentation, c'est-à-dire de ce principe délétère répandu dans le milieu où vivent les hommes, principe ignoré, inconnu, mais qu'il faut nécessairement admettre, et, tout inconnu qu'il est, plus visible, plus frappant et plus démontrable que votre principe contagieux qui n'est qu'une interprétation *à posteriori*.

A côté du grand fait de l'épidémicité, il en faut placer un autre non moins grand, et que l'on peut traduire sous cette forme aphoristique :

L'homme est fatal à l'homme.

Réunissez une masse d'hommes, et selon le génie épidémique — expression admirable, qui nous vient de la grande et féconde manière d'interpréter les faits pathologiques, — selon le génie épidémique régnant, vous aurez la peste, le choléra, la fièvre jaune, les affections morbilleuses et catarrhales, vous aurez l'influence épidémique, plus l'influence de l'homme sur l'homme, des *halitus*, des miasmes qu'il engendre, de l'atmosphère putride qui se forme autour des grandes masses humaines, conditions qui donnent au principe d'épidémicité une énergie plus grande et une activité plus générale.

Le typhus seul fait exception à cette loi générale. Il peut se développer sans influence épidémique, car il est le produit du miasme humain. Les grandes masses d'hommes peuvent être comparées à un immense marais; celui-ci produit le miasme palustre, celui-là le miasme typhique. Invoquez-vous la contagion

Feuilleton.

COUP D'OEIL HISTORIQUE ET CRITIQUE SUR LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE FRANÇAISES AU XIXme SIÈCLE (1);

Par le docteur Michéa.

Sommaire. — Année 1800. — Anatomie et physiologie. — Portrait de Chaussier. — Enseignement de ce professeur. — Ce qu'il était aux examens. — Sa découverte d'un procédé pour conserver les pièces anatomiques et leur donner de la consistance. — Richerand au physique et au moral. — Ce qu'on disait de lui comme critique, et des reproches qu'il faisait à Bichat. — Des causes de leur brouille. Début de Richerand comme physiologiste.

Chaussier, qui avait 54 ans, était un homme brun de visage, d'une taille haute, mais un peu courbée. Il se faisait remarquer par des yeux ronds, vifs et clairs, où se peignait assez bien le fond de son âme. Il était très singulier dans sa mise plus que négligée. Il portait toujours un habit à basques démesurément carrées, sans boutons par derrière, accessoire qu'il trouvait inutile; et indépendamment de sa longue et modeste canne, il avait déjà sa petite perruque ronde et rousse, dont il ne dissimulait pas assez le service rigoureux et par trop prolongé. Mille contradictions formaient son caractère. Il avait l'humeur âpre, énergique, et il était facile à vivre. Caustique et sans indulgence pour les défauts d'autrui, il supportait lui-même assez bien la raillerie. Il était à la fois naïf et un peu gascon, ami de l'argent et amoureux de la science pour la science.

Comme professeur, Chaussier était non moins original. Bien que n'achevant jamais ses cours et faisant le moins de leçons qu'il pouvait, il avait toujours un auditoire nombreux, attentif, occupé à recueillir ses plus légères remarques. Pourtant il n'avait point d'éloquence, sa parole était un peu embarrassée; mais il avait une voix claire, forte, saccadée, qui donnait beaucoup de relief à sa phrase. Il savait, d'ailleurs, présenter les objets d'une manière saillante et pittoresque qui n'excluait ni la hauteur des principes ni la sévérité du raisonnement. Ajoutez à cela l'innocent charlatanisme avec lequel on est toujours sûr de captiver un jeune auditoire, les anecdotes plus ou moins spirituelles, les digressions plus ou moins habiles, les personnalités plus ou moins mordantes, les lieux communs sur la routine des vieilles méthodes, et tous les autres procédés plus ou moins nouveaux du métier. Ceux dont se servait plus particulièrement Chaussier, c'étaient les déclamations contre les plagiaires et les digressions de physiologie comparée. Un jour on le vit disserter environ une heure sur les mouvements de la puce, cherchant à démontrer, au moyen de l'anatomie et des mathémathiques, que cet animal, en raison de son élasticité et de la hauteur à laquelle il s'élève, a, relativement, une force dix mille fois plus grande que celle de l'éléphant.

Dans les examens, il se montrait rigoureux et tracassier quand le candidat ne savait pas le prendre par son faible, la nomenclature anatomique. Malheur à celui qui hasardait les anciens mots, qui disait le deltoïde au lieu de sous-acromion huméral. La figure du professeur se contractait, il affectait de ne pas comprendre, et parfois même il s'exprimait en patois bourguignon. Mais son mécontentement d'auteur froissé dans son amour-propre n'allait jamais jusqu'à influencer son vote. Parfois même quand un étudiant lui faisait quelque réponse malicieuse en façon de représailles, loin de redoubler de mauvaise humeur, Chaussier, ne voulant point être avec lui en reste de répartie, terminait la querelle par un trait d'esprit. Un jour qu'il tracassait un candidat en lui reprochant de ne pas avoir assisté au cours de physiologie : je l'aurais bien suivi, dit le jeune homme, mais le professeur n'a fait que trois leçons. Vous êtes dans l'erreur, lui répondit Chaussier, le professeur en a fait quatre.

A cette époque, Chaussier fit une découverte qui rendit le plus grand service à l'enseignement de l'anatomie et de la physiologie.

On sait que Ruisch avait un procédé merveilleux pour conserver les pièces anatomiques, pour donner de la consistance à la gélatine, pour coaguler l'albumine, pour rendre le cerveau et tous les organes aussi durs que du bois. Cet illustre anatomiste qui, d'après le conseil, dit-on, de l'avare Boërhaave, avait poussé la cupidité jusqu'à vendre au Czar Pierre-le-Grand, au prix de 20 florins, le plus précieux monument de sa tendresse et de sa douleur, le corps de sa propre fille auquel il avait rendu les couleurs de la vie et la fraîcheur de l'enfance, cet illustre anatomiste, dis-je, avait fait un mystère de son procédé.

Chaussier crut avoir découvert le secret de Ruisch, et il le fit connaître à la Société de médecine. Il consistait à faire macérer les pièces anatomiques dans une solution de deuto-chlorure de mercure. Ce procédé était un progrès sur toutes les autres manières de préserver les organes de la putréfaction. Non seulement il ne changeait pas la forme et le volume des parties comme l'alcool, le sulfate de fer, le chlorydrate et le carbonate de soude, mais il donnait surtout à ces parties une solidité très grande. Était-ce bien le procédé secret de Ruisch, qui était réellement merveilleux sous ce dernier rapport? Ce qu'il y a de certain, c'est que l'agent dont se servait Chaussier rendait les cerveaux très durs, ce qui faisait dire emphatiquement au professeur qu'avec eux on aurait pu élever un palais à la science.

En dehors de l'enseignement officiel, sinon sur la même ligne que Chaussier, du moins sur un plan assez rapproché, on comptait aussi à Paris, parmi les professeurs de physiologie, un tout jeune homme, compatriote, condisciple et ex-ami de Bichat, Anthelme Richerand.

Né en 1779 à Belley, fils d'un notaire de cette ville, Richerand, après y avoir fait ses études classiques, était venu à Paris, à l'âge de dix-sept ans, pour se livrer à l'étude de la médecine. Reçu docteur en 1799, il avait débuté cette année même dans l'enseignement de la physiologie. Il avait une constitution robuste, une charpente lourde et massive, une figure grasse, épanouie, vermeille, qui péchait par un trop large développement de la mâchoire inférieure. Son sourire était expressif, et, vu de profil, son œil oblique, fin et moqueur. Quoique d'humeur très inégale, affectueux ou sévère, expansif ou glacial, selon la préoccupation du moment, Richerand avait les qualités et les défauts des caractères fortement trempés, il n'oubliait pas le plus léger service, mais ne pardonnait jamais une offense. Il tenait de sa mère, qui était venue à pied des montagnes du Bugey à Paris, en 93, pour demander au Comité de salut public la grâce de son second mari détenu arbitrairement à Bourg, une âme fière, noble, énergique, militante, impétueuse et tenace dans la lutte.

Richerand, à qui son compatriote si dévoué et son ami si constant, Brillat-Savarin, ne trouvait qu'un défaut, celui de ne pas savoir manger, passait aux yeux des amis de Bichat pour un critique partial, un zoïle très dangereux, un pamphlétaire toujours prêt à déverser le fiel le plus amer et

(1) Suite. — Voir les numéros des 1er et 8 Juillet 1856.

pour expliquer l'influence des marennes de la campagne de Rome, ou des défrichements de l'Algérie?

Autre considération : quel est le moyen souverain et suprême d'éteindre le choléra et le typhus dans les foyers qui les recèlent? Précisément celui qui, si la contagion était une vérité, devrait porter partout la désolation et la mort, c'est-à-dire la dispersion, la dissémination des hommes. Les faits qui prouvent irrésistiblement l'efficacité de ce moyen ne se comptent plus aujourd'hui.

Nous supplions M. le professeur Godelier d'examiner si ces quelques motifs que nous venons rapidement d'indiquer ne satisfont pas plus sa haute raison que ce prétendu sommeil du principe contagieux contre le réveil duquel, sans nous aventurer beaucoup, nous osons le garantir.

Amédée Latour.

CLINIQUE MÉDICALE.

DES PERTES SÉMINALES ET DE LEUR RAPPORT AVEC L'IMPUISSANCE ET QUELQUES AUTRES AFFECTIONS;

Par M. Trousseau.

(Suite — Voir le numéro du 1er Juillet 1856.)

Je vais aujourd'hui essayer de déduire les conséquences thérapeutiques des divisions que j'ai établies dans la précédente leçon.

Avant Lallemand, les pertes séminales étaient traitées sans méthode par des moyens tout à fait empiriques, et l'on méconnaissait la gravité et les conséquences de cette affection. Aujourd'hui, les pertes séminales sont entrées dans le domaine de la pathologie, et tous les médecins s'en occupent, les uns en se plaçant au point de vue un peu trop exclusif de Lallemand, d'autres en considérant la question à un autre point de vue.

Lallemand, se plaçant presque exclusivement au point de vue de l'irritation urétrale, avait pensé que toute médication qui pouvait modifier la membrane muqueuse de l'urètre, et, par conséquent, l'orifice des vaisseaux éjaculateurs pourrait prévenir les pertes séminales; et il était arrivé à cette idée, en voyant que chez un grand nombre d'individus les pertes séminales venaient à la suite de blennorrhagies mal guéries, que des hommes qui étaient venus jusqu'à l'âge de 30 ans, sans pertes séminales, avec toutes leurs aptitudes viriles étaient atteints de cette affection et d'une impuissance consécutive après avoir eu une blennorrhagie qui avait duré longtemps. Il pensa donc qu'une médication dirigée contre cette urétrite chronique, contre cette phlegmasie de la prostate et même quelquefois du col de la vessie, obtiendrait un grand succès dans le traitement de ces pertes séminales. Quand on lit son livre, même en tenant compte de l'exagération qui accompagne toute découverte, on reste convaincu que sa médication a été utile à un grand nombre de malades; pour lui, le moyen le plus efficace était la cautérisation de la portion prostatique de l'urètre, à l'aide de la sonde cachée.

Cette opération était répétée autant de fois qu'il était nécessaire, mais le moins souvent possible, afin de ne pas causer une inflammation plus vive, ou une de ces orchites graves qui sont quelquefois la conséquence de pareilles cautérisations. Lorsque la cautérisation avait été impuissante, quelquefois même avant de la tenter, il soumettait le malade à un traitement anti-blennorrhagique par les préparations de copahu et de cubèbe prises par la bouche ou administrées en lavement; par l'administration interne de l'eau de goudron ou de la térébenthine ou par des injections balsamiques dans la vessie. Quand, par ces moyens, il avait modifié la phlegmasie chronique, les pertes séminales se modifiaient elles-mêmes, et souvent se guérissaient. Sans méconnaître les autres causes des pertes séminales, Lallemand a eu le tort pourtant d'exagérer un peu trop l'influence de la phlegmasie chronique; il a surtout méconnu cet état de spasme qui favorise l'éjaculation, en ce sens qu'il provoque le passage du sperme dans le canal de l'urètre, de sorte qu'il ne dirigeait aucun traitement contre lui. Parmi les moyens internes qui rendent le plus de services dans ce cas, il faut placer la belladone; je vous ai parlé des pertes nocturnes d'urine chez les jeunes enfants, je dis *nocturnes*, car si elles étaient en même temps diurnes, la même médication ne serait plus applicable. Or, comme les pertes nocturnes d'urine ont une certaine analogie avec les pertes nocturnes du sperme, nous retrouvons encore cette analogie dans l'utilité du même traitement appliqué aux deux affections, car, la belladone guérit les pertes séminales moins souvent, il est vrai, que les incontinences d'urine, mais assez pour que les médecins doivent tenter ce moyen thérapeutique avant de recourir à d'autres remèdes plus énergiques.

Les préparations de digitale, qui ont une influence anaphrodisiaque si évidente, rendent encore de grands services dans cette forme de la spermatorrhée; j'en dirai autant de la lupuline, que je regrette de n'avoir pas employée moi-même assez souvent pour vous donner ici les résultats de ma propre expérience.

Quant aux moyens mécaniques, ils luttent à la fois contre la contractilité exagérée des vésicules séminales et contre le défaut de résistance des vaisseaux éjaculateurs; laissez-moi vous dire comment j'ai été conduit à les employer.

En 1825, alors que j'étais à la maison de santé de Charenton, le médecin-adjoint, M. le docteur Bleynie, alors mon chef de service, et aujourd'hui mon ami, me parla d'un de ses malades atteint d'impuissance, qui, attiré par les annonces des journaux, avait été demander des conseils à un certain charlatan, et avait été guéri, par l'introduction dans l'anus, d'une espèce de cône en buis. J'avais oublié le procédé dans lequel je ne voyais qu'une reproduction des manœuvres honteuses auxquelles se soumettent les vieux libertins, dans les mauvais lieux, pour réveiller leurs sens assoupis, lorsque dix ans plus tard, je me trouvai aux prises avec une impuissance désastreuse. Il s'agissait d'un jeune homme de 26 ans, sur le point de se marier, et qui avait une frigidité absolue avec spermatorrhée; il ne parlait rien moins que de se suicider, car la tendance au suicide est assez souvent une conséquence de cette sorte d'impuissance. Je me rappelai alors ce que M. Bleynie m'avait dit, et je conseillai à cet homme, qui toute la journée était assis, de porter, dans l'anus, une espèce d'embout, analogue à l'embout de l'extrémité d'un speculum qui était retenu par des serviettes. A quinze jours de distance, il revint me voir, m'annonçant que les pertes diminuaient et que les aptitudes viriles commençaient à reparaître. Il continua; au bout de quatre mois les aptitudes viriles étaient rétablies; il put se marier, et il vit encore, guéri de son impuissance.

Ce fait très curieux me donna à réfléchir, et je cherchai l'interprétation du procédé étrange que j'avais employé par imitation; je compris alors que l'embout pressait médiatement la prostate et exerçait ainsi, sur l'extrémité des conduits éjaculateurs, une compression capable de résister à la contractilité des vésicules séminales, et, par conséquent, d'empêcher les pertes séminales spasmodiques; ce fut là l'explication, la théorie à laquelle je m'arrêtai et dont je cherchai la confirmation chez les malades atteints de pertes séminales qui se présentèrent à moi. Depuis cette époque, et surtout à mesure que je vieillis, j'ai vu un grand nombre de malades de ce genre, et le moyen dont je viens de vous parler, souvent mis en usage, a été, dans un grand nombre de cas, suivi d'un résultat presque immédiatement heureux. Depuis un certain nombre d'années, j'employais tout simplement le bandage de l'anus, dont on use pour comprimer les tumeurs hémorrhoïdales chez les individus qui s'épuisent par les flux hémorrhoïdaux excessifs, et dont le modèle se trouve chez tous les fabricants d'appareils chirurgicaux; toutefois, je donnais à la pelote une longueur de 3 à 4 centimètres, afin qu'elle s'enfonçât dans l'anus plus qu'elle ne le fait dans le bandage destiné à soutenir les hémorrhoïdes. Quand le malade le portait pour la première fois, comme cela causait un peu de douleur à l'anus, je faisais mettre des rondelles en caoutchouc qui s'enlevaient à mesure que l'individu s'habituait, et que je finissais par enlever entièrement jusqu'à ce que l'embout pénétrât de toute sa longueur dans l'anus. A l'aide de ce simple bandage, j'étais arrivé, sinon à guérir, du moins à modifier les pertes séminales chez le plus grand nombre des individus qui en étaient atteints, que la cause en fût d'ailleurs irritative, spasmodique ou atonique.

Un peu plus tard, à mesure que les faits se multiplièrent, la forme du cône se modifia. Au lieu d'un cône très obtus, on fit une olive très volumineuse, renflée vers la portion qui s'introduisait dans l'anus, rétrécie dans le point correspondant au sphincter et fixé au ressort du bandage. Enfin, M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie, eut l'idée de supprimer tout à fait le bandage et de ne laisser que la pelote.



Celle-ci est enduite d'un corps gras, introduite dans l'anus et est retenue par l'espèce de pied que l'on remarque à sa base. L'un des pieds est une tige métallique assez longue pour s'appuyer sur le périnée, en avant et en arrière, sur la région coccygienne.

Dans l'autre figure, une espèce d'anneau est traversé par un morceau de caoutchouc vulcanisé qui, par sa flexibilité, se prête à la configuration des parties, et ne peut jamais blesser. Il importe d'autant plus que le point d'appui ait de la flexibilité, que dans quelques cas, il y a une contraction du sphincter qui pousse violemment l'olive en dedans de l'intestin, et la pression sur le périnée est d'autant plus énergique.

Il est bon de faire observer que la longueur du col de l'olive, la direction du pied de la pelote, relativement à l'olive elle-même,

---

le venin le plus corrosif. On le regardait presque comme le Chamfort de la médecine. On disait de lui que, excessivement envieux et animé par une ambition très supérieure à son talent, il se plaisait à attaquer sans relâche et sans mesure tous les hommes qui lui portaient ombrage, à rabaisser tous les travaux qui dépassaient l'horizon de sa médiocrité. Le fait est que, quand parut le *Traité des membranes*, il critiqua Bichat d'une manière violente, en style cassant et irrespectueux, et qu'il réitéra ses attaques avec non moins de passion et plus de traits personnels encore, à l'occasion des *Recherches sur la vie et la mort*. « Semblables à une fausse monnaie, écrivait-il dans le *Magasin encyclopédique*, en faisant allusion au *Traité des membranes*, les ouvrages de ce genre n'ont cours qu'autant que le public n'est pas éclairé sur leur nature. »

D'où provenait la brouille de Richerand avec Bichat? Richerand, qui avait beaucoup de reconnaissance et de dévouement, qui servait ses amis chaudement et en toutes circonstances, n'avait pas trouvé dans Bichat un collègue bien ardent à lui être agréable. Bichat savait que Richerand s'était rencontré avec lui en physiologie sur plusieurs points; il n'ignorait pas que, comme lui, il avait fait des expériences dans le but de démontrer le mode d'influence du cœur sur la vie du cerveau; et, au lieu de dire de lui dans ses livres un mot obligeant, en sa qualité de compatriote, de condisciple et d'ami, il n'avait même pas daigné citer son nom. Bichat, qui avait eu le tort de ne pas parler de Richerand, ne fût-ce que pour encourager son ardeur au travail, et qui, en cela même avait l'air de méditer contre lui la conspiration du silence, la manière la plus blessante de persécuter, Bichat n'eût pas eu bonne grâce à se plaindre de ce que son collègue n'avait pas la générosité de lui épargner quelques critiques méritées. Soit dédain, soit défaut de bonnes raisons, il ne répondit pas à Richerand.

Le reproche d'indélicatesse scientifique que Richerand adressait à Bichat était-il fondé? Ce dernier avait-il eu réellement entre les mains les manuscrits de Grimaud et avait-il mis à contribution les idées qu'ils renfermaient en les donnant pour siennes? Prunelle était assez disposé à le croire, et ce médecin devait être assez bien renseigné, puisqu'il était élève de Dumas qui avait été l'ami de Grimaud et l'héritier de ses manuscrits.

Ce qu'il y a de certain, c'est que, trop préoccupé du soin de sa propre gloire, Bichat ne s'inquiétait pas assez des égards dus à celle d'autrui. Cette préoccupation le portait souvent à s'approprier les travaux de ses devanciers sans le moindre scrupule, ou du moins à leur faire des emprunts considérables sans se donner la peine de les citer. Rien ne peut justifier son silence envers Bordeu. Quoique peu érudit, Bichat ne pouvait point ne pas connaître les œuvres de cet homme de génie. Tout prouve au contraire qu'il les avait longtemps et profondément méditées, et cependant il ne rendait ni hommage ni justice à sa gloire; il affectait même d'ignorer jusqu'au nom de ce médecin célèbre. Comme si Bordeu n'avait pas été le fondateur d'une école, comme s'il n'eût pas créé le vitalisme organique, provoqué en physiologie et en médecine la révolution dont Bichat étendait et consolidait les conquêtes! Une telle conduite était blâmable sous tous les rapports. En avouant ce qu'il devait à Bordeu, en signalant les sources où il puisait sans réserve, Bichat n'avait rien à redouter pour sa propre gloire, il en aurait au contraire rehaussé l'éclat, tout en épargnant un très mauvais exemple.

Professeur, Richerand était sans élocution, empâté dans sa parole qui sortait de sa bouche avec une difficulté extrême, avec un embarras expliqué par une infirmité naturelle. Mais, quoique fatigants et propres à mettre en fuite l'auditoire le plus disposé à la patience, ses cours ne manquaient ni de méthode, ni de clarté: ses expressions étaient justes et énergiques, son débit vif et chaleureux.

Ses commencements en physiologie furent plus remarquables que la fin. Stimulé au travail par le désir de contrebalancer la renommée de Bichat, Richerand produisit plusieurs mémoires remplis d'intérêt sur divers points de l'histoire des fonctions de l'organisme, dont les principaux concernaient la *Connexion de la vie avec la circulation*, les *Mouvements du cerveau*, l'*Influence du mode d'union des os de la tête sur les usages qu'ils sont appelés à remplir*, la *Station*, etc. (1).

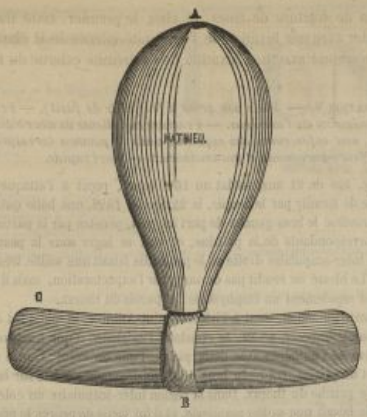
On savait bien, depuis Galien, que l'action du cœur est nécessaire au cerveau pour la conservation de la vie; mais on ignorait le mode de cette action. Était-il purement mécanique? Consistait-il dans la pression légère que les artères du cerveau exercent sur la substance de ce viscère? Richerand, dans son travail sur la connexion de la vie avec la circulation, cherchait à faire apprécier les différents degrés d'énergie de l'organe cérébral dans toutes les circonstances où le sang artériel, par son abondance ou ses propriétés, donne une activité insolite à cet organe. Après avoir lié les artères vertébrales chez les animaux et injecté, dans les carotides, divers liquides avec une force modérée et à des intervalles correspondants à ceux de la circulation, il concluait avec raison que l'interruption dans l'envoi au cerveau du sang artériel est une cause de la mort, et que la syncope est un effet du défaut d'énergie du cerveau momentanément soustrait à l'influence du cœur, soit par défaut de stimulation suffisante du sang artériel, soit par toute autre cause capable de troubler les fonctions de l'agent central de la circulation.

L'ouvrage de Lamure sur les mouvements du cerveau renfermait beaucoup d'erreurs anatomiques, et, à l'égard de ce point de physiologie, ni Haller ni Vicq-d'Azir n'avaient fait par eux-mêmes les expériences dont ils parlaient. D'ailleurs, aucun de ces savants ne distinguait le mouvement d'élévation imprimé à la masse cérébrale par l'impulsion des artères, du gonflement des sinus de la dure-mère, produit par les veines qui s'y rendent, non plus que de la légère tuméfaction du cerveau pouvant être occasionnée par une gêne de la respiration. Appuyant son travail sur l'expérience, l'observation et le raisonnement, Richerand cherchait à démontrer que les mouvements du cerveau, isochrones aux battements du cœur, lui sont exclusivement communiqués par les pulsations des artères placées à sa base.

Dans son mémoire sur l'*Influence directe du mode d'union des os de la tête*, il faisait le premier comprendre d'une manière satisfaisante la manière suivant laquelle toutes ces parties osseuses concourent à leur but principal, la conservation des organes importants que renferment les cavités du crâne et de la face. Enfin, dans son travail sur la *station*, il prouvait, contrairement à l'opinion de Borelli, que les muscles fléchisseurs ont les fibres plus longues et plus nombreuses que les muscles extenseurs, et, partant, que toute puissance de la station réside dans ces derniers.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Tous ces travaux, lus en 1800 devant la *Société médicale d'émulation*, se trouvent insérés dans le tome III des Mémoires de cette compagnie.



varieront suivant les individus, c'est ce qui m'a fait préférer, pour la portion extérieure, le caoutchouc au métal. Je n'ai pas besoin de dire que la grosseur des olives varie suivant les individus, que cet appareil, si utile chez les garçons atteints d'incontinence nocturne d'urine et à ceux qui ont une incontinence continue, aura des dimensions qui varieront nécessairement. Il faut dire encore que l'appareil qui, les premières fois, gêne par son volume, devient promptement plus facile à supporter, et que bientôt il pourra devenir nécessaire d'en augmenter le calibre.

Le malade peut porter cet appareil en tout temps et même marcher avec. Cet instrument une fois en place, agit suivant le mécanisme que je vous ai indiqué, et quelquefois, dès les premiers jours de son application, le malade cesse d'avoir des pertes; et quelquefois, mais rarement, elles cessent tout à fait. Le plus souvent, elles deviennent d'abord un peu moins, puis beaucoup moins fréquentes; et l'on voit se réveiller les aptitudes viriles, en même temps que les phénomènes cérébraux, qui étaient la conséquence de ces pertes, disparaissent peu à peu. Je ne parle pas des paralysies graves qu'elles ont pu produire et qui ne peuvent disparaître qu'à la longue, si jamais elles disparaissent. J'entends seulement parler de l'hypochondrie, de la tristesse, etc., etc.

Je ne saurais trop recommander ces petits appareils, qui non seulement sont utiles dans le cas qui nous occupe, mais aussi, comme je l'ai dit plus haut, dans l'incontinence diurne et nocturne de l'urine.

Chez un jeune garçon atteint de cette affection, l'appareil peut être enlevé toutes les cinq ou six heures, pour laisser uriner l'enfant plus aisément, puis ensuite réappliqué. Au bout d'un certain temps, la vessie prend son degré de tonicité normal, et les enfants finissent par être complétement guéris.

Il n'est pas besoin de dire que cet appareil ne peut pas s'appliquer aux jeune filles atteintes d'incontinence d'urine; toutefois, j'introduis un embout analogue dans le vagin, seulement il faut que le bandage soit disposé de façon que la pression de la pelote ait lieu sur le canal de l'urètre.

Ce sont des moyens qu'il ne faut employer qu'à la dernière extrémité, car, vous le comprenez, c'est une véritable défloration. On ne doit y recourir qu'après avoir épuisé l'action de la belladone et des autres moyens.

N'existe-t-il pas d'autres moyens thérapeutiques à côté de ceux que je viens de signaler? Il en est un que les médecins ne manquent jamais de conseiller, et que je retrouve éternellement dans les consultations : les bains de siége froids. Quant à moi, je prescris, au contraire, les bains de siége aussi chauds que possible. Ce n'est pas esprit de contradiction, car j'accepte volontiers un bon moyen thérapeutique de quelque source qu'il me vienne. J'ai accepté cet embout, cette pression de l'anus, préconisés par un ignoble charlatan. Quand je vois que des gens qui n'avaient pas pu être guéris jusque-là, le sont par de honteux empiriques, je me mets à chercher le moyen qui a été appliqué pour l'employer moi-même. Plusieurs fois dans ma vie, j'ai eu grandement à me féliciter de n'avoir pas déversé le mépris absolu, non sur l'homme qui le mérite le plus souvent, mais sur les moyens qu'il mettait en usage. Si donc je conseille les bains chauds, c'est que j'ai mes raisons pour cela; outre le bain, je recommande au malade de faire chauffer dans un plat 3 ou 4 kilogrammes de sable fin, à une température telle, que la main ne puisse l'endurer qu'avec peine. On met ce sable dans une serviette, de manière à avoir un sac de sable que l'on applique sur le périnée en se mettant au lit, et on le maintient jusqu'à ce que la température soit en équilibre avec celle du corps. Après quoi on le met de côté.

Je vous l'ai déjà dit bien des fois, je ne connais pas d'antiphlogistique plus puissant que le calorique, comme je ne connais pas d'excitant plus énergique que le froid, lorsqu'ils sont appliqués aux tissus d'une certaine façon. Quand vous trempez vos mains dans l'eau glacée, vous les en retirez gelées, mais, peu après, elles sont bien plus brûlantes que si vous les aviez mises dans l'eau très chaude. C'est qu'il faut distinguer dans le froid deux actions, l'une immédiate, coercitive, antiphlogistique; l'autre, médiate, plogistique, fluxionnaire au plus haut degré. Je reviendrai *in extenso* sur ce sujet. Je vous dis cela seulement pour que vous compreniez ma médication.

Vous savez tous que les pâtissiers, les boulangers, les cuisiniers des grands restaurants, qui sont exposés constamment à un rayonnement de chaleur très considérable, ne sont jamais rouges, mais pâles, décolorés. Vous pourriez penser que c'est de l'étiolement par défaut de lumière; mais même alors que le lieu où ils travaillent est bien éclairé, les choses se passent de même.

Voyez, du reste, les forgerons, les fondeurs, dans les grandes forges, dont le travail se fait souvent en plein air ou à peu près, ils sont tous pâles, non pendant leurs heures de travail, mais le soir, le matin, pendant le temps du repos.

Vous savez très bien que les gens du Nord sont en général colorés, que les gens du Sud et de l'équateur sont pâles; vous verrez un Flamand, un Anglais coloré, mais jamais l'Espagnol, ni le créole, qui sont constamment exposés à l'ardeur du soleil. Pendant qu'ils sont exposés à la chaleur du soleil, il y a fluxion vers la face, mais le phénomène secondaire, c'est la *défluxion*, s'il m'est permis de me servir de ce mot.

En thérapeutique, nous devons nous rappeler ces gros faits, si haut inscrits dans les fastes hygiéniques; il faut les interpréter, les appliquer.

C'est monnaie courante aujourd'hui de faire, dans les ophthalmies catarrhales et les blépharites chroniques, laver les yeux avec de l'eau aussi chaude que possible, au lieu de les baigner dans l'eau froide. Sous l'influence de l'eau chaude, les yeux se gonflent, mais un quart d'heure après, la fluxion commence à rétrograder, et le lendemain, l'individu a une fluxion beaucoup moindre. Vous rechercherez la raison de la merveilleuse influence des eaux thermales dans les maladies de la peau. C'est quelquefois une eau qui n'est guère plus minéralisée que celle de la Seine, elle guérit les maladies de la peau; est-elle sulfureuse, elle guérit également les maladies de la peau; c'est une eau alcaline, elle guérit encore; une douche de vapeur émolliente, toujours le même succès. Comment ces eaux diverses guérissent-elles donc? Par une propriété commune, leur température, et ce qui fait le succès de tant d'eaux minérales dans des affections rhumatiques chroniques, cutanées chroniques, c'est la haute température à laquelle elles sont appliquées au corps de l'homme. Si bien que dans les eczémas des aisselles, des parties génitales de la femme, des lotions avec de l'eau simple, aussi chaude que la malade peut l'endurer, émollient excellent, mais émollient chargé de calorique, suffisent souvent pour faire céder complétement les irritations chroniques, les plus invétérées, de la peau comme des membranes muqueuses.

Par conséquent, puisque tout à l'heure je me plaçais au point de vue d'une irritation de la prostate et d'une irritabilité des vésicules séminales, ne soyez donc pas surpris que je cherche à faire pénétrer le calorique dans toutes les parties afin d'y produire une fluxion momentanée qui sera suivie de sa réaction contraire. Les deux ou trois premières nuits, l'excitation que produit la chaleur sur les organes génitaux de cet homme impuissant augmenteront les pertes (le malade s'en plaindra à vous), mais cela ne dure pas, et bientôt la diminution se fait sentir; c'est donc là un bon moyen adjuvant de ceux que je vous ai indiqués.

Pour ce qui est de la troisième forme de pertes, c'est-à-dire par relaxation comparable à l'incontinance diurne et nocturne d'urine des enfants, au lieu de l'application du calorique, vous devrez employer les bains généraux froids et le régime hydrothérapique; les bains de siége froids; les explications dans lesquelles je suis entré, expliquent le mode d'action de ces moyens thérapeutiques. A l'intérieur, l'administration des préparations de noix vomique données à doses telles, qu'elles produisent de très légers spasmes, l'usage du *Rhus radicors* en extrait, de l'ergot de seigle en poudre, sont, dans ce cas, les moyens adjuvants les plus puissants du compresseur.

Quelquefois vous triompherez des pertes séminales, et les maladies, les troubles qui en sont la conséquence persisteront : ainsi la monomanie, l'hypochondrie avec tendance au suicide. Bien que la paraplégie et la paralysie générale puissent être une conséquence nerveuse des pertes, cependant ces désordres peuvent avoir duré assez longtemps pour persister après la disparition de leur cause.

Je serais désolé de vous laisser croire que, à l'aide des moyens divers que je viens de passer en revue, vous guérirez toujours la spermatorrhée, l'impuissance et les accidents qui en sont la conséquence. Vous échouerez assez souvent par l'insuffisance des moyens eux-mêmes, par le défaut de patience des malades. Mais si vous variez les moyens thérapeutiques en raison des phénomènes observés, si le malade, après avoir obtenu un soulagement rapide, se croit guéri et cesse tout remède, le mal reviendra, et reviendra souvent moins curable qu'auparavant : il faut que le malade, lorsqu'un mois s'est écoulé sans pertes séminales, ne mette plus l'appareil que de deux nuits l'une, puis deux fois, une fois par semaine; reprenant le traitement avec plus de rigueur, s'il s'aperçoit que la spermatorrhée reparaît plus fréquente.

Dr Archambault.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'IODE CONSIDÉRÉ COMME ANTISEPTIQUE.

Paris, le 18 Juin 1856.

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Dans un article ayant pour titre : *Des effets de la teinture d'iode appliquée localement sur les muqueuses*, etc. (Union Médicale, 14 juin 1856), M. le docteur Boinet vient encore réclamer sur un sujet plusieurs fois débattu dans ce journal. La plupart des lecteurs en auront conservé le souvenir, et leur opinion est éclairée et arrêtée depuis longtemps. — Pourquoi les prétentions de M. Boinet sont-elles toujours les mêmes? mieux que cela, pourquoi ses exigences progressent-elles chaque jour, au point d'amener bientôt sous sa bannière toute la thérapeutique de l'iode? — Qu'il me soit permis de dire quelques mots à l'occasion de cet article du 14 juin, et de signaler incidemment certains passages de l'*Iodothérapie* du même auteur. Puissent les nouveaux documents que je vais apporter, faire mieux connaître les droits de chacun, et mettre un terme aux réclamations réitérées de l'honorable M. Boinet.

Autant que possible, je resterai dans les limites de mes attributions : pour ce qui est de l'application de l'iode dans la diphthérite, je m'en réfère naturellement à MM. les docteurs Zurkouski, Perron, Saurel, Homolle, Amédée Forget et Marchal de Calvi.

Je m'arrête d'abord à cette phrase de M. Boinet : « Mais chose » singulière, il y a à peine quelques années que la puissance » *anti-septique* de l'iode est signalée, *démontrée*, que déjà on a » oublié les travaux de ceux qui l'ont fait connaître, pour la » signaler comme un fait inconnu. Chacun écrit sur ce sujet, vante » les avantages de ces applications topiques, mais tous se gardent » bien de dire d'où lui vient l'idée qu'il a mise en pratique, et » quelle est sa véritable origine. »

Ce passage prouve combien l'auteur est convaincu d'avoir découvert et de posséder exclusivement la priorité de l'action antiseptique de l'iode, et cela d'autant mieux, que depuis 1854, époque de notre courtoise polémique, M. Boinet a publié un volume intitulé : *Iodothérapie*, dans lequel il a pris soin de rassembler toutes les théories ayant cours, non seulement de les réunir, mais de les présenter comme siennes malgré leur nature souvent incompatible. C'est dans cet ouvrage que les diverses opinions vont désormais prendre droit de cité; c'est là probablement que l'auteur renverra afin de prouver qu'il a tout fait et tout dit sur la matière. Mais remontons au point où en étaient les choses lors de notre discussion de 1854.

Aussitôt l'apparition de mon mémoire intitulé : *Expériences et considérations nouvelles pour servir à l'histoire de l'iode* (1), présenté à l'Académie de médecine, le 11 *octobre* 1853. M. Boinet réclama pour lui la priorité de toutes les conclusions de ce mémoire : sa lettre ayant été remise à la commission académique chargée d'examiner mon travail, disons tout de suite que le savant rapporteur, M. Chatin, si compétent et si éclairé, notamment sur la question de l'iode, ne fit nullement mention des droits prétendus de M. Boinet; mais il nota, avec soin et justice, les expériences de M. Magendie, dans lesquelles cet illustre physiologiste avait remarqué antérieurement que de la fibrine immergée dans de l'eau iodée, n'avait, au bout de quelques jours, contracté *aucune odeur de putréfaction* d'où il tira cette conséquence, que cette préparation pourrait être employée à conserver des pièces anatomiques, etc. En recherchant encore plus haut, le rapporteur trouva que M. Liébig avait parlé *sommairement* de cette propriété singulière de l'iode. Ceci prouve une fois de plus, combien la certitude scientifique est lente à s'établir, combien de tâtonnements et d'aperçus intéressants sont délaignés, oubliés et repris tour à tour, jusqu'à ce que la notion soit devenue assez exacte et assez positive pour en tirer enfin les applications générales. De telles conséquences sont acquises, surtout depuis nos expériences directes et chimiques : telle est l'opinion de M. Chatin.

La question générale étant jugée par un maître, passons à l'action spéciale sur les venins et virus, que M. Boinet, dans son *Iodothérapie*, persiste à revendiquer à son profit. Voici encore les termes de M. Chatin : « Étant donnée, la propriété anti-septique » de l'iode, ne pourrait-on pas, demande M. Duroy, tenter l'em» ploi de cet agent pour combattre l'action des *venins et virus*, ainsi » que les *empoisonnements miasmatiques?* On remarquera que » déjà, pour un point de ces hypothèses, les expériences faites par » MM. Braynard et Greene sur le poison du crotale et le curare, » justifient les prévisions et les raisonnements de M. Duroy. *Nous* » *ne saurions trop faire remarquer* que les déductions tirées par » ce savant de ses propres recherches, *ont précédé l'expérimen*» *tation* de MM. Braynard et Greene (2). »

Contre ces paroles formelles M. Boinet a-t-il protesté? — Non. — Il n'avait qu'à citer ses travaux, où, avant MM. Braynard, Greene et Duroy, il a proposé l'iode pour combattre les venins et les virus. Ne l'ayant pas fait dans le temps, que vient-il donc réclamer aujourd'hui? Serait-ce comme je l'ai dit plus haut, que l'*Iodothérapie* était alors en incubation et qu'elle est née depuis? Mais pour mieux faire apprécier la part légitime qui revient à chacun dans les applications successives de l'iode à la thérapeutique et dans les interprétations de son mode d'action puisé, soit dans les résultats cliniques, soit dans les expériences directes, qu'il me soit permis de recourir aux citations des textes. Commençons par le premier en date, l'honorable M. Lugol. Voici ce qu'on lit dans l'*Iodognosie* de M. Dorvault.

« Obs. XVI. — *Tumeur blanche de l'épaule droite, plusieurs abcès fistuleux*..... Depuis trois mois, il ne reste que trois petits trajets fistuleux peu profonds, qu'ou pansait avec de petits plumasseaux de pommade iodurée que j'ai remplacés depuis quelques jours par de simples *excitations au moyen de solution concentrée d'iode*. »

Cette dernière citation prouve assez clairement que l'*inflammation adhésive*, à laquelle M. Boinet tient tant, avait été indiquée par M. Lugol. Cette opinion sera confirmée en outre par l'extrait

(1) Publié dans l'Union Médicale, les 23 et 26 Septembre 1854.
(2) Extrait du *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, 15 août 1854.

suivant, tiré du *Journal des connaissances médicales pratiques*, novembre 1849, page 56 :

« M. Lugol, a dit M. Boinet, dans un article déjà ancien sur le même sujet, n'emploie les injections iodées dans les abcès froids, dans les trajets fistuleux aboutissant à des caries, etc., que pour faire absorber l'iode, et non comme stimulant local; donc il n'a pas eu l'idée première de ces injections pour modifier l'état des parties; donc le mérite des succès obtenus par ce moyen ne doit pas lui être rapporté. *Nous avons été interne dans le service de M. Lugol*, et nous pouvons certifier que M. Boinet est complétement dans l'erreur à cet égard, et que *M. Lugol*, je parle ici de 1853, *avait bien réellement l'intention d'exciter localement* les parties qu'il soumettait à l'action de la liqueur iodurée. »

Mais si l'on doit rendre à Lugol l'*inflammation adhésive*, sur laquelle M. Boinet *a fondé* tous les *bienfaits de sa méthode*, il restera encore à ce dernier le mérite d'avoir observé les bonnes qualités modificatrices de l'iode. Je cite M. Boinet : « Chaque injection amène des phénomènes dignes d'être notés : après deux ou trois injections, souvent après la première, *les parois du foyer* subissent des modifications qui les transforment et leur donnent les caractères de celles d'un véritable kyste. La *matière* qu'elles *sécrètent participe aussi de ces changements* d'une manière sensible, et le pus, après avoir passé par différents états, est bientôt remplacé par de la sérosité. Ces injections répétées ont donc la propriété de modifier profondément et la carie *et les parois des abcès* et *le liquide* qu'elles sécrètent. — (*Mémoire de la Société de chirurgie*, tome II, page 460.)

« Appliquée sur la muqueuse enflammée, la teinture d'iode modifie, *change la nature de l'inflammation*, et par *conséquent des sécrétions*..... *En modifiant ainsi les sécrétions purulentes, le principe contagieux était entièrement détruit.* — (UNION MÉDICALE, 13 septembre 1853.)

» Ayant bien étudié l'*action* de la *teinture iodique* sur nos *tissus*, je pensai, par ce moyen, que l'on pourrait s'opposer à la viciation du pus des abcès ouverts, et qu'on arriverait ainsi à prévenir tous les accidents de la résorption putride. » — (*Mémoire de la Société de chirurgie*, 2e vol., page 456.)

« Si, comme nous le pensons, et comme l'observation le démontre, l'iode racornit, cautérise les tissus qu'il touche..... et alors l'absorption devient plus difficile. Soit cette raison ou une autre, que nous ne connaissons pas, à chaque fois que nous avons employé la teinture d'iode pure, nous n'avons jamais eu la moindre raison de soupçonner l'influence toxique de l'iode, *ni déterminé la plus petite gangrène*. » — (*Iodothérapie*, page 82.)

Ainsi donc, nous l'avons dit en 1854, et nous le répéterons encore : Oui, M. Boinet a observé attentivement les effets détersifs de l'iode; oui, il a reconnu que l'iode *modifiait* heureusement les sécrétions, mais pour lui, cette modification n'avait lieu que SECONDAIREMENT, en passant par les membranes sécrétantes, et non pas directement, instantanément. Du reste, l'auteur lui-même va nous expliquer, dans son livre, comment il conçoit ce mode d'action.

« L'iode, dit M. Boinet, agit à la manière des caustiques, tout en ayant une *action spéciale relative sur nos tissus*.

» Ainsi, les qualités du pus sont *toujours en rapport avec l'état des parties qui les produisent*..... Les changements qui s'opèrent dans la sécrétion purulente dépendent donc de ce que la décomposition et la combinaison nouvelles ne s'accomplissent plus aussi parfaitement. Probablement parce que les vaisseaux sécrétants ont perdu la structure et l'action appropriées. » — (*Iodothérapie*, page 67.)

Nous avions donc raison de soutenir que M. Boinet n'avait pas aperçu l'*action immédiate, directe* de l'iode, sur les humeurs altérées, qu'il ne savait pas que l'iode s'opposait à l'action de l'air: *par sa présence, sa permanence et sa combinaison chimique avec les humeurs* et les tissus. En effet, ces changements (dont il n'a pu connaître exactement la nature), étaient pour lui consécutifs, comme tout ce qui suit une modification de l'organisme, tandis que pour nous, cette action est *instantanée*, comme toute action chimique.

Pour M. Boinet, l'iode empêchait l'infection purulente en vertu de sa causticité, en s'opposant à l'absorption ; pour nous, il détruit le principe putride sur place, et même irait le combattre dans la profondeur des tissus. Enfin, M. Boinet a répété maintes fois que l'iode n'a *jamais déterminé la plus petite gangrène;* ici nous sommes diamétralement opposé, nous qui proposons l'iode pour détruire la gangrène.

(La suite à un prochain numéro.)

CHIRURGIE.

SUR QUELQUES-UNS DES ACCIDENTS QUI COMPLIQUENT LES FRACTURES DES COTES [1];

Par le docteur FANO, prosecteur de la Faculté.

OBS. IV. — *Fracture des dernières côtes gauches. — Emphysème du tissu cellulaire sous-cutané. — Luxation de l'extrémité externe de la clavicule gauche. — Pleurésie. — Abcès prérotulien.*

Peger, âgé de 32 ans, terrassier, est occupé à travailler, le 26 janvier 1848, lorsqu'une motte de terre tombe sur lui et le renverse. Il ne peut nous apprendre comment il est tombé; et ses camarades lui ont assuré qu'il est resté sans connaissance pendant quatre heures. On le saigne dans la soirée, et le lendemain, on le transporte à l'hôpital.

Il se plaint d'éprouver de la douleur au niveau des dernières côtes gauches. Cette douleur est rendue plus vive par la pression exercée sur ces os; ce sont la huitième et la neuvième côtes qui paraissent fracturées; une crépitation non douteuse est perçue à leur niveau. Il existe de l'emphysème dans le tissu cellulaire de l'aisselle, de la région latérale gauche de la poitrine, de la région postérieure de la poitrine jusqu'au niveau du bord spinal de l'omoplate. Pas d'expectoration sanglante; le malade toussait un peu avant l'accident qui lui est arrivé, mais, depuis cette époque, la toux a augmenté, les crachats sont épais, jaunâtres. La percussion est trop douloureuse pour pouvoir être pratiquée. L'auscultation fait découvrir une respiration soufflante au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, et de l'égophonie.

Pas de lésion des membres inférieurs; le malade a uriné, il n'a pas eu de garde-robe. Il ne peut soplever le bras gauche, en raison d'une douleur qu'il éprouve dans le bras et l'épaule de ce côté. Une douleur vive se manifeste aussi, lorsqu'on exerce une pression sur l'extrémité externe de la clavicule gauche, qui n'est pas fracturée. Mais le moignon de l'épaule est déformé; au lieu d'une rondeur parfaite, il existe une dépression au-dessous de l'extrémité externe de la clavicule. Le creux sus-claviculaire et sous-claviculaire sont effacés. On imprime à l'extrémité interne de la clavicule des mouvements qui sont communiqués à l'extrémité externe du même os.

Il y a un peu d'accélération du pouls, soif vive, appétit médiocre.

Un bandage de corps serré est placé autour du thorax; un cataplasme est appliqué sur l'épaule gauche; une saignée de 400 grammes est pratiquée. Le 29 janvier, souffle au niveau de l'angle de l'omoplate gauche; égophonie. A droite, vers la région latérale et à la partie inférieure, souffle. Toux fréquente, crachats purulents; douleur à la partie antérieure gauche de la poitrine; langue humide; pouls à 95. (Polygala; 0,40 cent. de kermès.)

Le 30 janvier, pas de sommeil, toux incessante; pouls à 95. En arrière de la poitrine et des deux côtés, diminution de la sonorité; vibration thoracique assez marquée et égale à gauche et à droite. Souffle dans les deux tiers inférieurs de chaque côté de la poitrine, plus marqué à gauche qu'à droite. A gauche, râle crépitant à grosses bulles, égophonie. A droite, absence de râle crépitant, égophonie manifeste. Crachats muqueux, nullement sanglants. Langue humide, soif vive; pas d'appétit; une garde-robe hier. (0,20 cent. de kermès; polygala.)

Le 31 janvier, le pouls est à 90; le malade transpire abondamment. Indépendamment des signes physiques précédemment énumérés, on constate qu'il existe vers l'angle inférieur de l'omoplate gauche un gros râle muqueux bien marqué, et un retentissement considérable de la voix.

Le 2 février, l'emphysème n'occupe plus qu'une faible étendue, au niveau de l'aisselle seulement. L'épaule gauche est moins douloureuse à la pression; l'extrémité externe de la clavicule de ce côté fait une saillie manifeste en haut.

Le 3, le gonflement de l'épaule a entièrement disparu, et il est facile d'analyser avec soin les signes de la luxation de l'extrémité externe de la clavicule : saillie manifeste de l'extrémité externe de la clavicule gauche, dépression au-dessous, puis saillie arrondie du moignon de l'épaule; interruption de contiguité entre la clavicule et l'acromion; réduction presque complète de la difformité en portant la main du malade en arrière et conséquemment l'humérus en avant par l'extrémité qui s'articule avec l'omoplate.

Encore un peu de matité en arrière et à la partie postérieure de la poitrine, matité qui est plus marquée à gauche qu'à droite. Dans le tiers inférieur de la poitrine, on entend à peine ou point la respiration; le souffle et l'égophonie ont disparu. Dans les deux tiers supérieurs, la respiration est pure; quelques râles, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche.

Le 10 février, un bandage est appliqué pour la luxation de l'extrémité externe de la clavicule. Le coude ayant été ramené en avant et en haut de la poitrine, une bande le fixe contre le thorax. Des compresses graduées sont placées sur l'extrémité externe de la clavicule, d'autres compresses sous le coude; une longue bande fait plusieurs circulaires qui embrassent le coude et l'épaule du côté blessé.

Les choses allèrent ainsi jusqu'au 15 février; le malade se plaignit alors et nous montra une tumeur phlegmoneuse du volume d'un œuf de poule, survenue sans cause connue, au-devant de la rotule, et accompagnée d'une angioleucite de la face interne de la cuisse. En incisant cette tumeur, on en fit sortir un mélange de pus et d'un liquide séreux jaunâtre. Dès le 18, la lymphangite avait disparu complétement, mais le genou était le siége d'une légère hydarthrose.

Enfin le malade quitta l'hôpital le 25 février, sans demander avis à personne, désireux probablement de prendre part aux événements qui se passaient. Son état général était alors très satisfaisant; mais l'articulation omoclaviculaire gauche ne fut pas examinée.

La troisième observation nous a offert un exemple de pleurésie circonscrite au côté de la poitrine qui était le siége de la fracture. Dans notre quatrième observation, la lésion est plus complexe. Constituée au commencement par une pleurésie du côté fracturé, l'inflammation a gagné rapidement la plèvre du côté opposé, et pendant quelques jours la pleurésie a été double; elle a présenté l'ensemble des signes classiques : matité, souffle à la racine des grosses bronches, égophonie, etc.

L'apparition d'un râle crépitant à grosses bulles du côté gauche, remplacé bientôt par un gros râle muqueux, dénotait l'existence d'une pneumonie circonscrite commençante, qui a été rapidement enrayée.

Comparez la marche de cette double pleurésie traumatique avec celle que présente la pleurésie qui se développe spontanément. Voyez la rapidité qu'offre la résolution, le peu de réaction générale dans le premier cas, et la lenteur de la guérison, la vive réaction dans le second; tenez compte enfin des moyens de traitement si simples qui ont suffi pour guérir le malade, et vous demeurerez convaincu que la pleurésie traumatique diffère de la pleurésie spontanée, et qu'elle mérite bien une description spéciale; grande lacune que présentent tous les livres de chirurgie, et qui est tout entière à combler.

J'ajoute à l'observation précédente une dernière réflexion. N'est-il pas étrange de voir, à quelques jours d'intervalle, deux malades atteints de fracture de côtes, et chez le premier, cette fracture coïncider avec une luxation de l'extrémité interne de la clavicule, chez le second avec une luxation de l'extrémité externe du même os?

OBSERVATION V. — *Plaie par arme à feu (balle de fusil). — Fracture comminutive de l'humérus. — Fracture esquilleuse de deux côtes gauches, avec enfoncement des esquilles dans le poumon correspondant. — Pleuro-pneumonie et pneumothorax. — Mort rapide.*

Boffy, âgé de 21 ans, soldat au 16me léger, reçut à l'attaque de la caserne de Reuilly par le peuple, le 24 février 1848, une balle qui, après avoir traversé le bras gauche de part en part, pénétra par la partie latérale correspondante de la poitrine, et vint se loger sous la peau de la région inter-scapulaire droite où le projectile faisait une saillie très apparente. Le blessé ne rendit pas de sang par l'expectoration, mais il se développa rapidement un emphysème des parois du thorax.

Apporté immédiatement à l'hôpital Saint-Antoine, le soldat fut couché salle Saint-François, n° 32. Je constatai l'existence d'une fracture comminutive de l'humérus avec deux plaies, l'une en avant, l'autre en dedans et un peu en arrière du bras. Une troisième plaie existe sur la partie latérale gauche du thorax. Dans la région inter-scapulaire du côté droit, la balle faisait une saillie manifeste, et il fut facile de retirer le projectile au moyen d'une simple incision avec un bistouri. Des carrés de sparadrap de diachylon, furent appliqués sur les plaies.

Le lendemain, 25 février, le malade se plaint vivement; il accuse un point de côté à gauche. Le pouls qui était déprimé à l'entrée du blessé, s'est beaucoup relevé (deux saignées de 400 grammes; appareil de Scultet autour du bras).

Le 26, douleur à gauche du thorax au-dessous du mamelon; soif vive; langue blanche; un peu d'appétit; pouls fréquent et petit. Dans la nuit, le malade est agité, et le lendemain matin nous le trouvons dans un état grave. Le pouls est faible; la température de la peau est diminuée; les narines sont pulvérulentes; il y a de l'abattement, de la somnolence. La langue est humide cependant, et il y a même un peu d'appétit. La poitrine est sonore en avant et sur les parties latérales; pas d'oppression. Nulle amélioration dans le cours de la journée; la percussion pratiquée dans la matinée du 28, nous révèle cette fois une sonorité exagérée à la partie antérieure gauche de la poitrine, une matité en arrière et du même côté. Le malade succomba à onze heures du matin, et l'autopsie, pratiquée le 1er mars, nous révéla les altérations suivantes :

Examen du bras. — Des ecchymoses nombreuses, mélangées de pus sont disséminées entre les muscles du membre. L'humérus est fracturé au niveau de son tiers inférieur et présente en ce point de nombreuses esquilles.

Thorax. — Le poumon droit est parfaitement sain; la plèvre de ce côté normale, et ne renfermant qu'une petite quantité de sérosité rousâtre.

A gauche, il existe quelques adhérences molles entre la base du poumon et la paroi costale. La cavité pleurale contient de la sérosité rousâtre mélangée de flocons albumineux; la plèvre elle-même est injectée et recouverte de fausses membranes dans presque toute son étendue. Le lobe inférieur du poumon présente en arrière, à l'endroit correspondant à la plaie extérieure du thorax, une plaie contuse de la grandeur d'une pièce de 3 fr., renfermant quelques esquilles osseuses appartenant à la septième et à la huitième côtes gauches fracturées. Tout le lobe inférieur est splénisé.

Trajet parcouru par la balle. — La balle n'a nullement pénétré dans la cavité de la poitrine; après avoir produit la fracture de la septième et de la huitième côtes, en se dirigeant en bas, elle est remontée entre la peau et le muscle grand dorsal, puis entre ce dernier et la partie inférieure du trapèze, enfin entre le trapèze et la peau. Les muscles profonds de la région dorsale ne présentent aucune trace d'ecchymose.

Il existe un contraste frappant entre l'intensité des symptômes, la marche sur-aiguë de la pleuro-pneumonie chez le soldat dont l'histoire vient d'être rapportée et la bénignité des symptômes, la marche favorable de la pleurésie dans les deux autres observations. Il faut bien remarquer que les lésions étaient essentiellement différentes, car il s'agissait, dans le dernier cas, d'une fracture esquilleuse qui avait produit une large plaie contuse du poumon correspondant.

On pouvait supposer que la balle avait traversé la poitrine de part en part et qu'à cette lésion étaient dus les symptômes graves survenus si rapidement. L'autopsie a démenti cette opinion et a prouvé une fois de plus combien les projectiles, mus par la poudre à canon, sont facilement déviés de leur trajet par la rencontre de plans osseux.

Un modeste praticien rural, M. le docteur Guérif, du Mesnil (Mayne-et-Loire), vient d'être l'objet d'une manifestation bien honorable et touchante. Enlevé par une mort rapide et très regretté à l'exercice de la médecine qu'il pratiquait depuis trente années, tous ses confrères des localités voisines, toutes les populations environnantes ont assisté à ses obsèques. La petite église du Mesnil s'est trouvée insuffisante pour contenir la foule attristée, et chacun témoignait par sa douleur qu'il perdait un ami, un bienfaiteur.

Le fascicule IV du

Traité pratique des maladies de l'œil, par W. MACKENSIE, chirurgien-oculiste de S. M. B., professeur d'ophthalmologie à l'Université de Glascow, chirurgien de l'hôpital ophthalmologique de la même ville. Quatrième édition traduite de l'anglais et augmentée de notes, par le docteur E. WARLOMONT, membre de l'Académie de médecine de Belgique, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, et A. TESTELIN, D.-M. P. — Deux volumes grand in-8, avec figures dans le texte.

Conditions de la publication. — Le *Traité des maladies de l'œil* sera publié en douze fascicules, qui formeront deux volumes grand in-8, chacun de 700 à 800 pages, avec figures intercalées dans le texte.

Les fascicules paraîtront de mois en mois à partir du 1er avril 1856.

Deux fascicules pourront paraître à la fois, réunis sous une même couverture, lorsque la division des matières l'exigera.

Prix de chaque fascicule : 2 fr. 50 c.

Les souscripteurs qui enverront un mandat de 30 francs, recevront l'ouvrage *franco* par la poste.

Paris, Victor Masson, libraire.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FELIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 10 Juillet 1856.

Tome X. — N° 86. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 17 Juillet 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — III. THÉRAPEUTIQUE : De l'iode considéré comme antiseptique. — IV. BIBLIOTHÈQUE : De l'électrisation localisée et de son application à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique. — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 15 juillet : Correspondance. — Rapports. — Lecture. — VI. FEUILLETON : A propos du journalisme et de l'association.

PARIS, LE 16 JUILLET 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Ce n'est pas tout de faire des rapports, faudrait-il au moins qu'on pût les entendre. L'honorable M. Bricheteau, qui a fait un rapport sur un travail de M. S. Pinel, et dont la voix paraît très altérée, aurait pu emprunter l'organe d'un de ses collègues, l'assistance n'eût pas été privée d'entendre les bonnes choses qu'a dû exposer le savant clinicien.

M. Piorry, quoique aussi enroué, a pu néanmoins se faire suffisamment entendre pour rapporter un mémoire de M. le docteur Poggioli, relatif à un traitement des névralgies et des affections douloureuses en général par l'emploi topique d'une pommade dans laquelle la belladone et la morphine entrent en des proportions plus ou moins considérables. L'intérêt du rapport de M. Piorry était moins dans l'appréciation bienveillante qu'il a faite du travail de M. Poggioli, que dans les considérations auxquelles s'est livré le rapporteur sur plusieurs points de thérapeutique qui ne sont pas sans importance. M. Piorry a donné et rappelé d'excellents préceptes d'expérimentation thérapeutique qui ouvraient un vaste champ à la discussion ; mais l'Académie, qui n'était pas hier en humeur de discussion, s'est bornée à demander quelques modifications aux conclusions, et M. Piorry en a été pour ses frais de zèle et de travail.

M. le docteur René Briau a clos la séance par une note intéressante sur une cause peu connue de vomissements chez les femmes enceintes. Nous publierons ce travail.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (1) ;

Recueillies par M. RICHARD-MAISONNEUVE, interne du service.

Deuxième Leçon.

Pied creux. — Il y a deux sortes de pied creux : dans l'une, la concavité plantaire est augmentée uniformément du talon à l'extrémité des orteils ; il y a effacement de la saillie sous-métatarsienne. Cette forme résulte d'une forte contraction des fléchisseurs des orteils, s'efforçant de suppléer le long péronier, affaibli ou paralysé. On l'observe rarement seule, mais, le plus souvent, avec d'autres vices de direction du pied.

L'autre forme du pied creux s'éloigne moins de la conformation naturelle ; elle vient de l'excès d'action du long péronier latéral. Elle a pour caractères : une augmentation de la concavité du milieu de la plante du pied, une exagération de la saillie sous-métatarsienne ; le dos du pied est plus bombé, son extrémité antérieure plus rapprochée du talon, lequel est un peu abaissé ; la rangée tarsienne antérieure s'incline en sens inverse, s'abaisse en avant avec le métatarse pour replacer la pointe du pied sur la même ligne que le talon. A ce degré, les mouvements normaux du pied sont peu modifiés ; l'adduction est un peu exagérée ; l'extension, un peu moins étendue, s'opère surtout par l'abaissement de l'avant-pied, le talon s'élevant moins qu'à l'ordinaire.

Le pied creux dispose au talus, peut-être même au varus. Beaucoup plus rare que le pied plat, il est, comme ce dernier, congénial ou acquis. Mais, hors les cas de paralysies partielles et de contractures, on a encore peu étudié les causes qui le produisent.

II. **Première période du pied-bot congénital.** — La période de formation du pied-bot congénital s'accomplit dans l'utérus ; elle échappe à l'observation directe. Cependant la pensée, guidée par l'analogie, peut quelquefois l'atteindre. Un enfant naît avec un *spina bifida*, qui entrave plus ou moins l'action musculaire de la moitié inférieure du corps ; plus tard, la contraction inégale des muscles détermine peu à peu des pieds-bots suivant le mécanisme que vous connaissez maintenant. D'autres enfants naissent aussi avec un *spina bifida*, mais ils portent des pieds-bots en venant au monde. N'est-il pas à peu près certain qu'il est arrivé à ces enfants, dans l'utérus, ce qui s'est passé chez le premier hors de l'utérus ? que la difformité a été, dans les deux cas, la conséquence de l'action musculaire pervertie par le trouble de l'action nerveuse ?

On peut faire le même raisonnement toutes les fois que l'enfant né pied-bot porte, en outre, des marques d'une lésion nerveuse ou musculaire analogue à celles qui produisent cette difformité après la naissance. C'est ainsi que le pied-bot paralytique, lorsqu'il est congénital, doit être attribué aux causes qui le produisent après la naissance.

Cette interprétation acquiert une nouvelle force quand des difformités semblables, des contractures simples ou paralytiques, se répètent dans plusieurs parties du corps, et dans une étendue en rapport avec le siége et l'étendue de la lésion du système nerveux. L'étude des monstruosités encéphaliques a fourni, dans ces derniers temps, des exemples remarquables de ce fait.

Mais le pied-bot peut se montrer, à la naissance, sans traces de lésion primitive du système nerveux ou musculaire. Comment déterminer alors la cause de cette difformité ? Nous entrons dans le champ des hypothèses.

Rudolphi, en 1823, a supposé que le fœtus avait eu des convulsions, et que les mouvements spasmodiques produits par cette affection étaient la cause du plus grand nombre des pieds-bots natifs, comme ils sont la cause d'un certain nombre de pieds-bots acquis (1). Cette idée, développée à l'étranger par divers auteurs, a été reproduite plus tard en France sous le nom de *théorie de la rétraction musculaire convulsive*. Mais d'autres causes que les convulsions peuvent entraîner, avant comme après la naissance, la rupture de l'équilibre musculaire et l'inclinaison du tarse qui constituent les pieds-bots.

Hippocrate expliquait la formation des pieds-bots natifs par la pression de l'utérus sur le fœtus, à laquelle, plus tard, on a ajouté la pression du fœtus sur lui-même. Je ne veux pas donner trop d'importance à cette explication, bien qu'elle ait été soutenue de nos jours par M. le professeur Cruveilhier et par M. F. Martin ; mais on ne peut nier que, dans certains cas, la pression des membres du fœtus paraît réellement donner lieu à des inclinaisons permanentes des os, à des raccourcissements musculaires consécutifs.

L'enroulement du cordon ombilical autour de la jambe a été aussi invoqué comme produisant des contractions musculaires irrégulières, et par suite, la torsion du pied. Cela semble du moins indiqué par des cas de déviations avec sillons circulaires profonds à diverses hauteurs du membre ; ce moule en plâtre vous en offre un bel exemple.

Enfin, on a signalé des cas de pieds-bots natifs déterminés par l'absence congéniale de certains os, de certains muscles du pied. Palletta parle de deux talus produits par l'absence du triceps sural, qu'il n'a observés, à la vérité, que pendant la vie. Sur cette pièce, l'absence congéniale du scaphoïde, du cuboïde et des os cunéiformes a été la cause primitive de l'inclinaison des pieds. Ce sont là, j'en conviens, des cas rares ; encore faut-il en tenir compte.

Mais il n'est pas besoin de causes mécaniques ou patholo-

(1) *Grundriss der*, etc., ou *Éléments de physiologie*, tome II, pages 319 et 323, Berlin, 1823.

Feuilleton.

A M. Amédée Latour,

A PROPOS DU JOURNALISME ET DE L'ASSOCIATION.

La modestie vous aveugle, Monsieur et très honoré confrère, souffrez que je vous le dise ; vous poussez trop loin, à votre égard, la haine du moi. Parce que vous avez eu l'insigne honneur d'agiter le premier, dans le monde médical, les idées fécondes d'association ; parce qu'à votre voix le corps des médecins, réuni en congrès, a pris connaissance de lui-même et s'est, à ses propres yeux — une seule fois à la vérité, mais glorieusement — affirmé ; il semble qu'il vous répugne de revenir sur ce mérite et de rappeler ces souvenirs. Il y a là, sans doute, une pudeur d'autant plus honorable qu'elle est moins commune, et je l'admire de toute la force de mes sympathies. Mais pour que mes sympathies restent fermes, il faut que je ne songe pas à la mission — à la fonction, si vous trouvez le mot trop ambitieux — que vous confère le titre d'écrivain.

Les qualités du journaliste sont-elles, en effet, les mêmes que celles auxquelles se reconnaît le simple *galant homme* ? La question peut paraître singulière. Elle résulte probablement de la constitution actuelle du journalisme, et plus encore de l'idée, peut-être fausse, que je m'en fais. Me permettez-vous de dire comment je comprends la chose ?

Beaucoup croient, et je suis du nombre, que le but du journalisme est moins d'offrir aux lecteurs un tableau complet du mouvement quotidien, que de donner une partie des faits journaliers, contemporains, *interprétés* d'une certaine façon.

Son but, disent-ils, n'est pas d'offrir un tableau complet, d'abord parce que cela est impossible. — Votre feuilleton du 5 juillet me dispense de démontrer cette assertion ; vous y parlez de la difficulté presque insurmontable de faire complète l'indication bibliographique seulement de notre *énorme production*. — Ensuite parce que si cela était possible, une feuille unique suffirait. Il n'y aurait plus alors de journalisme, il y aurait le *Journal*.

Un mot de changé, le mal n'est pas grand ! répondent ceux qui ne demandent à la Presse que des procès-verbaux aussi fidèles que confus.

Bonne ou mauvaise, il ne me paraît pas que cette transformation ait des chances de se produire, car, loin de tendre à l'*unicité*, les organes de l'opinion (vieux style) se multiplient chaque jour. Est-ce un bien ? — Oui, si l'interprétation qu'ils apportent a sa raison d'être, c'est-à-dire, si elle est suffisamment représentée dans le public pour être discutée. Il est toujours bon qu'une idée plus ou moins répandue se montre, ne serait-ce que pour se faire tuer quand elle ne vaut rien.

A ce point de vue, le journaliste serait un *présenteur* d'idées — voire même d'*une idée*, au singulier, à la condition que celle-ci fût large et compréhensive, génératrice ; que ce fût une *mère*, comme eût écrit Goethe ; il se proposerait moins d'inventer que de vulgariser ; au lieu de dépenser ses forces tous les jours sur des idées différentes et multiples, il concentrerait ses efforts au triomphe d'une seule. Cette manière de voir n'est pas celle de tout le monde. Qu'importe ? Comptez donc les journaux qui se publient aujourd'hui, et voyez ce qu'il adviendrait si chacun d'eux avait sur son drapeau, sur son guidon, une idée nettement formulée. Croyez-vous que l'effet serait nul, si l'incommensurable puissance que développe la publicité périodiquement rhythmée était utilisée à faire entrer quelques idées-principes — n'y en eût-il que deux ou trois — dans les cerveaux *ondoyants et divers* du public actuel ?

Mais cela rappellerait ces orchestres russes dont chaque exécutant ne sait donner qu'une note. Ce serait ennuyeux comme la pluie et monotone comme le balancier !

Qui dit cela ? Les *Gentils*, qui sifflent toujours, quoi qu'on fasse, et dont il faut savoir braver les sifflets quand on veut acquérir une autorité de bon aloi. C'est souvent le meilleur moyen et le plus sûr pour réussir que de prendre le contre-pied de la banale prudence et de l'unanime routine.

Une idée ? s'écrient les dédaigneux, belle affaire ! — Ah ! pardon, mais c'est le point d'appui que demandait Archimède. « Donnez-moi l'éducation, disait Leibnitz, et je réformerai le monde ». Donnez-moi, dirai-je, une idée, une seule, mais solide, mais comme je l'entends, mais acceptée par tous les penseurs, et, non seulement je le réformerai aussi bien que le philosophe de Leipsick, mais, ainsi que le Syracusain, je me fais fort de le soulever..... au moral, bien entendu, et il en a besoin.

Ainsi, deux systèmes : l'un qui impose au journal d'être surtout un compte-rendu impartial, indifférent, de la production quotidienne ; l'autre, qui lui demande d'être un instrument au service d'une intelligence. On a pris un moyen mixte, et vous seul, Monsieur, suffiriez à prouver qu'on a bien fait. L'UNION est largement ouverte à toutes les communications sérieuses, à tous les travaux amis de la lumière ; et vous vous êtes constitué le parrain et le patron de l'Association médicale. Vous répondez, il me semble, à toutes les justes exigences des partisans du premier système, et les partisans du second vous saluent comme un de leurs chefs.

Mais — j'ai mon franc parler, n'est-ce pas ? — pour remplir vaillamment cette tâche de *montreur d'idée*, pour faire entrer dans la conscience publique ce que l'on a jugé bon et utile, il ne faut pas négliger le plus puissant, peut-être, de tous les moyens, la *répétition*. Il faut se faire une arme de ce qui serait un défaut ou un ridicule dans les relations du monde. Il faut, quand on a sous les pieds un tribune ou sur la tête un panache — les vrais sont de *plume* — ne plus penser aux qualités qui font les délices de l'entourage intime et du foyer domestique — *non est hic locus*. Sans soutenir la thèse malencontreuse des deux morales, vous m'accorderez bien que dans le drame ou la comédie dont nous sommes les acteurs, il y a des rôles différents, et que ce qui fait le charme des relations particulières peut — comment dirai-je ? — ne pas être également apprécié en dehors de ces mêmes relations.

La plupart des harangues ou des mots avec lesquels les capitaines enlèvent leurs soldats, nous révolteraient par leur emphase ou leur grossièreté, dans un salon. Mais aussi, jamais le ton parfait et effacé des gens du monde ne fera naître l'enthousiasme et n'enivrera les combattants.

Je reprends. Vous avez peur de *ressasser* (feuilleton du 28 juin) vos excellents conseils sur l'Association, et, cependant, vous avez pris ce titre magnifique de *Journal des intérêts professionnels*. Or, si ces inté-

giques pour rompre l'équilibre du développement musculaire. Une force inconnue dans sa nature, mais démontrée par ses effets, créée avec la vie dans l'acte de la génération, détermine la situation, les proportions des organes qui naissent successivement dans l'embryon. Cette force, qui se lie à l'organisation insaisissable du germe, donne des produits variables suivant son origine. De là, la ressemblance des enfants avec les parents, les dispositions héréditaires, les anomalies transmises dans les familles de génération en génération. Les pieds-bots sont une de ces anomalies. On voit des enfants qui les tiennent de leurs parents. Cela ne veut pas dire que les pères et mères pieds-bots engendrent nécessairement des enfants pieds-bots; et il ne faudrait pas raisonner ici comme ce vannier cité par Brückner, et qui, pied-bot lui-même, et déjà père de trois enfants pieds-bots, accusa sa femme d'infidélité parce qu'il lui vint un quatrième enfant bien conformé (1).

Ce genre d'hérédité n'est pas plus constant que les autres ressemblances de famille; mais il s'observe trop fréquemment pour qu'on n'y voie qu'une simple coïncidence due au hasard.

Quelles suppositions fera-t-on dans ces cas d'hérédité? On ne peut invoquer constamment l'action d'une maladie convulsive intra-utérine, qui serait l'effet d'une prédisposition héréditaire; il est plus vraisemblable que le pied-bot héréditaire résulte simplement d'un mode de développement du pied qui répète, chez l'enfant, la disposition des organes du parent; les os, les muscles, etc., se sont irrégulièrement développés dès leur première formation.

Mais, s'il en est ainsi, l'analogie conduit à penser que, dans certains cas, sans hérédité, il peut se produire des pieds-bots spontanément par la simple aberration primordiale des forces qui animent le germe.

En résumé, il y a pour moi deux modes principaux de formation du pied-bot congénital. D'une part, il peut être la suite de divers états pathologiques, surtout d'affections du système nerveux; d'autre part, il peut dépendre d'une anomalie de développement primitive, dont la cause réside dans le germe lui-même après sa fécondation.

Au point de vue clinique, on peut s'éclairer sur l'origine du pied-bot natif, non seulement par l'examen du membre et de l'état général de l'enfant, mais encore à l'aide du commémoratif fourni par les parents. Si la mère, durant sa grossesse, a senti tout à coup des mouvements violents du fœtus, si elle-même a éprouvé de vives émotions morales, si l'enfant a, depuis sa naissance, une grande susceptibilité nerveuse, une disposition aux convulsions, on peut présumer, en l'absence d'une cause héréditaire, que le pied-bot a été produit par une affection convulsive intra-utérine.

Si l'exploration des organes et la recherche des antécédents ne font rien découvrir, on est réduit aux conjectures, on ne peut rien affirmer de positif.

Deuxième période du pied-bot. — Vous savez que nous avons rattaché les pieds-bots à quatre groupes; commençons par les *varus*.

Varus. — On en distingue quatre variétés :

1° Le *varus direct*, simple adduction exagérée.

2° Le *varus-équin* ou adduction-extension.

3° Le *varus-talus* ou adduction-flexion.

4° Le *varus-valgus* ou adduction-abduction.

I. *Varus direct.* — Cette forme est rare, surtout dans les déviation congéniales. Elle n'atteint jamais un très haut degré, sans passer à la seconde forme. Voici ses caractères : les deux muscles jambiers, le postérieur surtout, sont raccourcis et tendus; le court péronier latéral est particulièrement allongé et affaibli; le long péronier et l'extenseur des orteils participent aussi à cet allongement.

Le pied est dans une forte adduction; son bord externe est arrondi et abaissé, son bord interne concave et relevé; sa pointe se dirige en dedans et la plante regarde dans le même sens, ainsi que le talon; mais celui-ci n'est pas plus élevé qu'à l'ordinaire. Le dos du pied, incliné en dehors, présente une saillie osseuse formée par la tête de l'astragale, et une autre moins prononcée qui appartient à l'extrémité antérieure du calcanéum. Le scaphoïde et le cuboïde, en se portant en dedans, abandonnent les deux premiers os en partie, et laissent ainsi à nu leurs extrémités antérieures. Il en résulte une sorte de rotation de l'avant-pied sur l'arrière-pied. La malléole interne s'efface; l'externe devient plus saillante. Les ligaments dorsaux et externes du pied sont allongés, ceux de son bord interne et de sa face plantaire raccourcis.

Cette difformité change les conditions d'équilibre du corps sur sa base de sustentation. Le pied portant sur le sol principalement par son bord externe, le poids du corps distend les ligaments déjà allongés, tend à accroître la déviation, et la station est moins solide qu'à l'état normal, ce qui expose le sujet à des entorses, à des chutes, et l'empêche d'accomplir une longue marche. Enfin la peau, comprimée douloureusement vis-à-vis la saillie du cinquième métatarsien, se couvre de durillons ou il se développe au-dessous d'elle une bourse muqueuse.

(La suite au prochain numéro.)

(1) *Loc. cit.*, p. 49.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'IODE CONSIDÉRÉ COMME ANTISEPTIQUE.

(Suite. — Voir le numéro du 15 Juillet.)

A Monsieur Amédée Latour, *rédacteur en chef de* l'Union Médicale.

Mais revenons au sujet principal. J'ai cherché vainement où et en quelle occasion M. Boinet aurait employé dans ses publications éparses ce grand mot collectif : *antiseptique* (antérieurement à notre mémoire); également, je ne vois aucune proposition de sa part sur l'emploi du médicament comme antidote des venins et des virus, pour arrêter la pourriture d'hôpital, la gangrène, etc. Pour cela, il faut, je le répète, arriver à son grand ouvrage. En effet, le chapitre XI de l'*Iodothérapie* parle de ces différentes affections septiques dans lesquelles la propriété de l'iode serait indiquée avec succès. Cet endroit du livre nous intéresse particulièrement. D'abord parce que l'auteur y traite un sujet dont nous avions effleuré l'étude avant lui, ensuite à cause de la part qu'il nous a faite en retraçant nos expériences. M. Boinet accepte ces expériences *comme venant confirmer ses observations et ses idées;* tandis qu'à notre sens, le chapitre en question ne serait au contraire qu'une application de nos expériences, qu'une sorte de répétition des considérations générales et des hypothèses qui terminent notre mémoire. Un parallèle entre quelques citations de notre travail et certains passages de l'*Iodothérapie* fournira les preuves de ce que nous venons d'avancer.

M. Dubov (avant). (Extraits de son mémoire sur l'iode.)	M. Boinet (depuis). (Extraits de son ouvrage l'*Iodothérapie*.)
« Ainsi les expériences 1re, 2me et 3me découvrent une affinité remarquable entre l'iode et le pus, la 6me expérience démontre que cette affinité l'emporte sur celle de l'amidon. Mais, au point de vue médical, il était important de constater la propriété *antiputride* de l'iode.	« Nous avons déjà insisté sur leur mode d'action (injections iodées), pour comprendre qu'elles agissent physiquement et *chimiquement.* » — (*Iodothérapie*, p. 92.)
» Au bout d'un mois, les substances iodées, telles que le lait, le sang, l'albumine et le gluten, ont été trouvées en parfait état de conservation. »	
Conséquences,	
« On injecte fréquemment l'abcès du malade pour éviter la putréfaction du pus dans la plaie (abcès par congestion).	« Elles ont l'immense avantage d'enlever aux sécrétions purulentes fétides et de mauvaise nature toutes les mauvaises qualités dont elles sont atteintes et de les rendre instantanément inodores. » — (Page 69.)
» L'analyse de l'humeur qui s'écoule chaque jour est faite avec soin, pour s'assurer de la permanence de l'iode.	
» En présence de l'iode, jamais le pus de ce foyer n'a contracté d'odeur désagréable. »	
« Une chose me paraît déjà directement prouvée : c'est la propriété *antiseptique* de l'iode. Cette puissance bien constatée donne à réfléchir..... L'iode *était un agent curatif.* Il sera de plus employé désormais comme un *puissant préservatif*, toutes les fois qu'on voudra éviter l'infection purulente. Par exemple, lorsqu'il s'agit d'ouvrir un abcès par congestion, quelles sont encore les craintes du chirurgien, *même en pratiquant les injections iodées? Il redoute l'introduction de l'air dans le foyer.* L'air, en effet, par son oxygène, détermine une fermentation redoutable; le pus se vicie, se putréfie dans la plaie, et bientôt suivent les conséquences de l'infection, de la résorption; — d'où la fièvre hectique, le marasme et la terminaison funeste! *En présence de l'iode, on ne doit plus avoir cette crainte; la fermentation est impossible.*	« L'observation nous a démontré que l'*iode n'est pas seulement un agent thérapeutique* important, mais qu'il est *antiseptique.* » — (P. 11.)
» Dans toutes les maladies pestilentielles....., dans ces décompositions qui s'accomplissent au sein de l'être vivant..., l'iode, par sa propriété antiseptique, ne pourrait-il pas entraver du moins ces métamorphoses? »	« Un autre fait qui nous a été démontré par les injections iodées, c'est qu'on peut se dispenser de fermer l'ouverture de la ponction : nous avons vu, en effet, que l'introduction de l'air dans la cavité injectée ne pouvait offrir aucun inconvénient. » — (Page 93.)
« Le virus syphilitique, par exemple, conserverait-il sa faculté inoculable après avoir été mélangé d'un peu d'iode? »	« La teinture d'iode aurait-elle la propriété d'annihiler sur place le virus syphilitique? Nous ne sommes pas éloigné de croire qu'il doit en être ainsi. » — (Page 135.)
« L'iode est un puissant antiseptique, il arrête et prévient la fermentation putride.	« Son usage peut empêcher le développement de l'infection purulente, arrêter l'infection putride. » — (P. 69).
» Il se combine chimiquement aux matières animales. »	
« Il serait rationnel de tenter l'application interne et externe de l'iode dans les empoisonnements miasmatiques, dans les maladies épidémiques et putrides (choléra, fièvre jaune, *fièvre typhoïde, pourriture d'hôpital, gangrène,* etc.); ne pourrait-il pas combattre l'action des *venins* et des *virus?* »	« Enfin, nous basant sur ces faits confirmés par la pratique et *jugeant par analogie,* nous avons pensé qu'il serait possible, malgré les différences très grandes qui existent entre les virus et les solutions toxiques, relativement aux effets immédiats ou éloignés de l'inoculation, de prévenir les

rêts trouvent un jour une sauvegarde et une satisfaction, ce sera, vous avez mille fois raison, Monsieur, ce sera dans l'association et nulle part ailleurs, où je me trompe absolument. Si cette époque, pénible à ceux qui la traversent, a quelque chose dans le ventre, c'est l'association; et c'est de cela — à moins qu'elle ne meure pendant la gestation ou dans le travail — qu'elle accouchera à son terme. Puisse-t-elle n'en être pas trop éloignée et n'avoir pas alors besoin de forceps!

Vous gémissez de prêcher au désert. Est-ce sérieusement? Il est bien difficile de l'admettre, car vous constatez vous-même que le désert se peuple à votre voix; en même temps que vos plaintes, vous nous faites entendre les nombreux échos qui, de tous côtés, s'animent et vous répondent. Tout au plus pourriez-vous trouver que l'*Association* ne marchera pas assez vite au gré de votre légitime impatience. Mais le plus difficile était de la lancer, et vous l'avez fait. Elle marche d'ailleurs si bien, que son nom seul évoque irrésistiblement la pensée d'un avenir transformé, et qu'on ne peut plus, sans elle, songer aux futures destinées de la profession médicale.

Je ne veux pas traiter ce sujet, mais je voudrais, avec votre agrément, saisir cette occasion d'applaudir au vigoureux article du docteur Sanderet, publié par vous le 6 mai dernier.

Ah! dans ces jours de découragement et de défaillance, il nous faudrait plus souvent entendre des paroles comme celles-là, viriles et toniques par leur amertume même. Pourquoi sont-elles si rares? Ne dirait-on pas que les écrivains d'à-présent soient convaincus qu'il ne se trouve pas un seul homme parmi leurs lecteurs? Vous le signaliez l'autre jour encore, nous sommes devenus *douillets* et pusillanimes à la critique. Toute franchise nous effarouche; nous ne trouvons de bon goût que les banalités en style châtié — (si le compositeur a fait une *coquille* et écrit *châtré*, qu'il ne corrige pas). — Sommes-nous donc une société de..... *prudes*? (Molière ne se fût pas résigné à cet euphémisme), et nos yeux ne peuvent-ils plus supporter la nudité, décidément inconvenante, de la vérité? Cette pauvre vérité que nous avons reléguée en un puits, tant il nous paraît impossible, selon je ne sais quel profond faiseur de calembourgs, qu'elle ne soit pas toujours et sans cesse altérée!

Quelques passages de la lettre du docteur Sanderet me semblent indiquer qu'il entend, par Association, autre chose que l'alliance défensive des membres d'une profession entre eux. Que les médecins forment une ligue pour veiller à leurs intérêts et protéger leur honorabilité menacée, c'est bien et c'est juste. Mais ce n'est que la transformation du viel antagonisme social : d'individuel il devient collectif. Les médecins ont à lutter, non plus contre des prétentions rivales isolées, mais contre des prétentions serrées en faisceau et d'autant plus oppressives, qu'elles sont irresponsables; ils sentent le besoin de s'épauler réciproquement; c'est leur droit, et, encore une fois, c'est justice. Mais s'ils s'en tiennent là, je ne vois, dans ce fait, que l'adoption d'une tactique de guerre : Partie intégrante de l'organisme social, la *fonction-médecin* s'arme contre les fonctions antagonistes et sanctionne, par cela même, cet antagonisme. En un mot — et le docteur Sanderet a écrit ce mot — la *corporation* se reconstitue, voilà tout.

Si telle est son *desideratum*, je ne m'explique pas comment de ces éléments, mieux groupés pour la lutte, il peut concevoir que sortira l'ère de pacification qu'il nous fait pressentir : « ..... L'hygiène sociale, dit-il, terre vaste et féconde sur laquelle s'*associera*, pour un règne fertile en bienfaits, la *réforme agricole et industrielle*, qui rendra la vie plus facile et plus longue, etc. »

Jam novus nascitur ordo.

Que Jupiter exauce de tels vœux! Mais pour que le ciel nous aide à ce point, ne faut-il pas que nous nous aidions nous-mêmes d'autre façon que celle dont il parle? Je le crois, pour ma part, et j'en conclus que M. le docteur Sanderet a, dans la main, des vérités qu'il ne lâche pas. Il a sans doute d'excellentes raisons pour agir ainsi. Moi, qui ne connais pas ses motifs, je regrette sa réserve. Sa lettre — je suis loin de m'en plaindre — m'a lancé dans un monde de suppositions, de recherches et de doutes étranges... Mais il serait peut-être indiscret d'insister. Qu'il me soit au moins permis de déplorer qu'il ne nous ait pas donné son avis, ne fût-ce qu'en quelques lignes, sur l'importante question des abonnements. J'aurais aussi bien vivement souhaité qu'après s'être élevé avec tant de raison contre l'idée du *médecin fonctionnaire* — ce dont je le remercie — il nous eût montré comment l'hygiène sociale pourra jamais se constituer tant que les médecins ne seront pas revêtus d'une autorité sanctionnée par un pouvoir supérieur; et, comment les médecins pourront puiser cette sanction au sein d'un pouvoir supérieur sans en devenir fonctionnaires?

Ne croyez-vous pas, Monsieur, que ce serait une bonne fortune pour nous tous, si notre honorable confrère de Besançon daignait éclaircir ces points que je prends la liberté de lui signaler?

Je termine cette divagation et je la résume. Le public médical me semble, par ses inquiétudes, par ses souffrances, par vos efforts antérieurs, par la force des choses, prêt à accueillir enfin la grande pensée de l'Association. Personne mieux que vous, et avec plus d'autorité, ne peut reprendre cette question et la remettre à l'étude. Je voudrais que vous le fissiez résolument et sans crainte, sûr que vous le feriez sans reproche. Je voudrais encore, afin d'éviter à l'avenir les désillusions qui découragent, qu'on ne confondît pas l'Association avec la Corporation. Mais peut-être ce dernier désir est-il prématuré? L'incertitude, dans certains cas, peut devenir un moyen d'action....

Je sais qu'il ne faut pas avoir trop raison : je sais que la Minerve antique évitait aux hommes l'éblouissement de son aspect sans voiles, et que, pour se faire suivre de ceux qu'elle aimait, elle se cachait sous l'apparence modeste et *pratique* de Mentor.

Dr A.-M. Legrand.

J'aurai l'honneur de répondre à cette trop bienveillante lettre samedi prochain.

A. L.

Précis des maladies du foie et du pancréas; par V.-A. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies du département de la Seine, lauréat de l'Académie impériale de médecine et de l'Institut de France, membre de la Société de médecine de Paris et d'autres Sociétés savantes, chevalier de la Légion d'honneur.

1856, librairie centrale de Napoléon Chaix et Cie, éditeurs, rue Bergère, 20, et aux bureaux de l'Union Médicale, 56, faubourg Montmartre. Un vol. de 500 pag., format anglais, broché 5 fr.; élégamment cartonné, 6 fr.

accidents de l'absorption du virus rabique, morveux, charbonneux, des venins, et même d'arrêter la *pourriture d'hôpital*. » — *(Iodothérapie.)*

Ayant dressé ce tableau comparatif, il me reste peu de réflexions à faire : le lecteur a dû reconnaître l'analogie des théories et des déductions pratiques; la similitude est telle que le côté droit semble le reflet ou l'image du côté gauche. C'est tout ce que nous voulions prouver.

Actuellement, M. Boinet fait jouer à l'iode un rôle fort étendu, et il a raison, car ce métalloïde n'a pas révélé la moitié de ses propriétés thérapeutiques. Naguère encore on ignorait la plupart de ses vertus médicales et les plus essentielles. Aujourd'hui, les hypothèses concernant l'action de l'iode sur les *venins*, les *virus* et les *miasmes*, commencent à devenir des vérités; seulement nous persistons à dire que, pour M. Boinet, ces vérités là seront de seconde réflexion.

J'ai hâte de terminer cette lettre, en regrettant d'avoir trop parlé de moi pour réduire les prétentions d'autrui. Mais comment pouvais-je nommer tous ceux qui, de près ou de loin, directement ou indirectement, ont observé, expérimenté ou étudié l'action de l'iode sur les tissus et sur les humeurs ?

Ici, comme dans toutes les branches des connaissances humaines, il est souvent impossible de remonter aux sources, un économiste l'a dit : « La société tout entière n'est qu'un » ensemble de solidarités qui se croisent, cela résulte de la » nature communicable de l'intelligence. Exemples, discours, littérature, découvertes, sciences, morale, etc., tous ces courants » inaperçus par lesquels correspondent les âmes, tous ces *efforts* » *sans liens visibles*, dont la résultante cependant pousse le genre » humain vers un équilibre, vers un niveau moyen qui s'élève » sans cesse, tout ce vaste trésor d'utilités et de *connaissances* » *acquises*, où chacun puise sans le diminuer, que chacun augmente sans le savoir, etc. » (Bastiat). Après cela pouvons-nous raisonnablement dire, comme Pharaon, et répéter chaque jour : *Meus est fluvius et ego feci memetipsum*. Ceci est à moi ! — Disons plutôt : cela est à tous et permettons à chacun de puiser au fleuve.

Agréez, etc. DUROY.

L'article de M. Boinet a également suscité la réclamation suivante, que nous avons reçue depuis plusieurs jours, et que nous devons placer à la suite de la lettre de M. Duroy.

A Monsieur le rédacteur en chef de L'UNION MÉDICALE.

Monsieur et très honoré confrère,

A l'occasion de mon article, du 10 juin 1856, sur les gargarismes iodés, M. le docteur Boinet m'accuse, avec plusieurs honorables confrères, je ne sais trop de quoi, de plagiat, ou d'ignorance de ses travaux. Accusé en si bonne compagnie, j'aurais pu, à la rigueur, garder le silence, et abandonner à votre savant collaborateur, M. le docteur Homolle, le soin de la défense commune. Mais, comme M. le docteur Boinet me fait l'honneur de me consacrer, à moi en particulier, une phrase plus accentuée, je crois de mon devoir d'y répondre en deux mots.

M. le docteur Boinet, en ce qui me concerne, dit ceci : « Ainsi, le docteur Zurkouski déclare bien qu'il est loin de vouloir faire la plus légère allusion à une priorité quelconque, mais il s'empresse de signaler les effets curatifs et physiologiques de la teinture d'iode portée sur la muqueuse pharyngienne, etc., comme si ces faits n'avaient jamais été indiqués.... » Sans même *ces*....., la phrase est suffisamment claire.

Malheureusement, ici encore, mon expérience personnelle me fait défaut. Mais, je crois que si j'avais eu l'avantage de publier des travaux d'une valeur incontestable et incontestée, si j'avais eu l'honneur d'attacher mon nom, non pas seulement à un simple agent thérapeutique dans un cas donné, mais à tout un système curatif, loin d'arrêter au passage quelques bribes tombées de la plume d'un confrère presque rural, je me serais applaudi de voir mes idées se généraliser, se répandre et pénétrer dans les régions les plus éloignées du grand foyer scientifique.

Mais non. M. le docteur Boinet a cru devoir faire autrement. Il m'accuse de plagiat, et d'un plagiat raffiné. Il met en suspicion ma bonne foi; je fais appel à la sienne. Il cite, en l'incriminant, la dernière phrase de mon article; qu'il me permette de la compléter, en citant la première, la voici : « La troisième et dernière observation de l'article si intéressant de M. le docteur Perron, d'Alexandrie (Égypte), sur l'usage des gargarismes iodés, m'engage à vous adresser quelques remarques sur ce moyen thérapeutique, *que, jusqu'alors, j'avais cru trop commun et trop vulgarisé* pour en occuper les nombreux lecteurs de votre excellent journal. » Les faits ainsi rétablis, que vos lecteurs en jugent.

Agréez, etc. Dr ZURKOWSKI.

BIBLIOTHÈQUE.

DE L'ÉLECTRISATION LOCALISÉE ET DE SON APPLICATION A LA PHYSIOLOGIE, A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE (1);

Par le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE.

La seconde partie du livre de M. Duchenne est consacrée aux applications de la faradisation à la physiologie musculaire. L'auteur ne s'est pas borné à déterminer les mouvements produits par chacun des muscles soumis à l'excitation électrique. Il a cherché dans l'observation de la pathologie musculaire, en particulier dans celle des paralysies ou des atrophies localisées, un précieux contrôle, et, combinant ensemble ces deux moyens d'étude, il est arrivé à préciser, comme cela n'avait jamais été fait avant lui, non seulement l'action isolée de chaque muscle, mais encore la part que chacun d'eux prend dans les diverses fonctions auxquelles il est appelé à concourir.

(1) Suite. — Voir le numéro du 12 Juillet 1856.

Bien que ce travail n'ait été fait jusqu'ici par M. Duchenne que pour un certain nombre des régions les plus importantes, il est cependant déjà si riche en faits neufs et du plus grand intérêt, que nous devons renoncer à les signaler tous et nous borner à en indiquer les plus importants.

C'est surtout dans le mécanisme du mouvement de la main que M. Duchenne a découvert une admirable combinaison d'actions musculaires méconnue jusqu'ici, et qui seule permet de comprendre les mouvements si divers auxquels cet organe peut se prêter. La plus importante de ces combinaisons a pour but la flexion et l'extension des phalanges. En effet, M. Duchenne démontre que les long et court fléchisseurs des doigts n'agissent que sur les deux dernières phalanges, et les extenseurs communs et propres presque exclusivement sur la première; tandis que les interosseux et les lombricaux, outre l'adduction et l'abduction, produisent à la fois la flexion de la première phalange sur le métacarpe et l'extension des deux dernières. De là résulte et la possibilité des mouvements isolés des phalanges et surtout la facilité du mouvement complexe si important à l'aide duquel on conduit la plume ou le crayon sur le papier, mouvement qui consiste dans la flexion des deux dernières phalanges, avec extension de la première sur le métacarpe, et leur extension avec flexion de la première. Cette action particulière des muscles de la main et de l'avant-bras n'est pas seulement démontrée par la faradisation isolée de chacun d'eux, elle trouve sa confirmation dans les paralysies partielles qui abolissent isolément l'un ou l'autre mouvement, et qui donnent lieu à des déformations toutes spéciales que ce mécanisme explique admirablement.

Pour le pouce, les mouvements sont plus complexes et avaient été aussi mal compris jusqu'ici. Des trois muscles qui lui viennent de la face dorsale de l'avant-bras, le long abducteur fléchit le métacarpien en le portant dans l'abduction, le court extenseur est seulement abducteur et le long extenseur porte le premier métacarpien en arrière et en dedans vers le second, en même temps qu'il étend les phalanges. Quant à ceux de l'éminence thénar, l'auteur les divise, relativement à leur action physiologique, en trois groupes. Le premier est l'opposant, qui s'attache à tout le bord du premier métacarpien : il est fléchisseur et adducteur de cet os et l'amène au-devant du deuxième métacarpien, mais point au-delà; le second, qui s'attache à l'os sésamoïde externe de la première phalange, complète ce mouvement en inclinant le pouce sur son bord externe et tournant sa face palmaire vers celle des doigts pour la leur opposer. Ce groupe se compose du court abducteur et d'une partie du muscle appelé court fléchisseur. Le troisième groupe, enfin, composé de l'autre portion du court fléchisseur et de l'adducteur, s'attache à l'os sésamoïde interne : il attire le premier métacarpien vers le second, en dehors duquel il le place, et tourne le pouce en sens inverse du groupe précédent. Les deux derniers groupes, prenant des attaches sur les bords du tendon du long extenseur sont, comme les interosseux des doigts, extenseurs de la dernière phalange.

Voici donc pour presque tous ces muscles des actions fort différentes de celles qu'on était habitué de leur attribuer. Ajoutons que ces découvertes physiologiques de M. Duchenne ont provoqué de nouvelles recherches anatomiques qui ont à la fois confirmé et expliqué les diverses actions musculaires que l'électricité avait démontrées.

Nous ne pourrions suivre l'auteur dans la savante analyse des mouvements de l'épaule, à laquelle il fait aussi concourir et l'expérimentation électro-physiologique et l'étude des paralysies partielles; mais nous devons indiquer avec quelques détails ses recherches sur l'action du diaphragme, parce qu'elles ont éclairé un point fort important et jusqu'ici fort controversé de la physiologie musculaire. On sait, en effet, que le rôle inspirateur du diaphragme indiqué par Galien, oublié, puis remis en lumière par M. Magendie, n'a pas été compris de même par tous les physiologistes, et que, suivant MM. Beau et Maissiat, par exemple, c'est en prenant un point d'appui sur le péricarde qui se confond avec son centre aponévrotique que le diaphragme soulève les côtes inférieures et contribue ainsi à l'inspiration.

M. Duchenne a montré que tel n'est pas le mécanisme des mouvements inspirateurs de ce muscle. En faradisant les nerfs phréniques à leur passage au-devant des scalènes, il a provoqué chez l'homme vivant et sur le cadavre, peu d'instants après la mort, des contractions du diaphragme pendant lesquelles il observait un acte inspirateur évident, accompagné de l'élévation des côtes inférieures avec dépression des espaces intercostaux, agrandissement des diamètres de la poitrine à sa base, et soulèvement des hypochondres. La contraction, maintenue permanente chez l'animal vivant, produisit l'asphyxie, malgré les mouvements énergiques qui se produisaient dans tous les autres muscles respirateurs. Lorsque la contraction diaphragmatique était provoquée chez un animal mort et dont les viscères abdominaux avaient été préalablement abaissés, on voyait les fibres musculaires se redresser et donner au muscle la forme d'un cône dont le sommet répondait au centre diaphragmatique et au péricarde. Celui-ci empêchait toujours le centre du muscle de s'abaisser complétement, mais alors aussi, au lieu de s'élever et de s'écarter, les côtes inférieures se rapprochaient seulement et la base de la poitrine se rétrécissait. M. Duchenne en tire cette conclusion, que le diaphragme n'élève les côtes et ne dilate la base de la poitrine qu'en prenant un point d'appui sur les viscères abdominaux qu'il tend à refouler. Ainsi le rôle inspirateur du diaphragme n'est plus douteux et un mode d'action est déterminé.

Les muscles de la face ont été de même pour M. Duchenne l'objet d'études fort intéressantes. Il y a trouvé, comme pour les muscles de la main, l'occasion d'indiquer quelques dispositions anatomiques ignorées, et il a mieux fixé qu'on ne l'avait fait l'expression que donne à la physionomie la contraction de chacun de ces muscles. Ainsi, il a montré que le pyramidal, loin d'être congénère du frontal, est au contraire un antagoniste, et entraîne par en bas la peau du front en donnant au visage une expression chagrine; qu'une portion du pinnal radié, tirant l'aile du nez en bas et en arrière, rétrécit l'orifice de la narine en l'allongeant, et arrive même à l'effacer; que le muscle de la houppe du menton, élevant la lèvre inférieure, est d'une grande importance dans la prononciation des labiales; que le triangulaire des lèvres, dont la contraction exprime la tristesse ou le dégoût, est complétement indépendant du peaucier, lequel exprime la colère et l'effroi, et bien d'autres particularités fort curieuses qu'il serait trop long d'énumérer.

Dans le cours de ses expériences de faradisation musculaire, M. Duchenne a observé, en outre, quelques faits physiologiques fort remarquables que nous devons signaler, et qu'il rapporte à une propriété particulière des muscles à laquelle il a donné le nom de *conscience musculaire*. Cette conscience musculaire serait, selon lui, une sorte de sens qui permettrait à la volonté de déterminer la contraction de tel ou tel muscle. En son absence, aucun mouvement ne se produit, à moins que la vue ne vienne y suppléer. Certains malades, privés de ce sens spécial, exécutent des mouvements réguliers et très énergiques quand ils peuvent voir ces mouvements s'accomplir, mais n'en peuvent plus faire aucun dès qu'on leur a fermé les yeux. Cette conscience musculaire est, comme on le voit, différente du *sens musculaire* signalé par Ch. Bell.

(La fin prochainement.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 15 Juillet 1856. — Présidence de M. BUSSY.

La correspondance officielle comprend :

L'ampliation d'un décret (transmise par le ministère de l'instruction publique) qui approuve la nomination de M. Beau comme membre titulaire de l'Académie.

— Le rapport de M. RAYNAUD, sur les épidémies qui ont régné en 1855 dans l'arrondissement de Montauban (Tarn-et-Garonne).

— Un rapport final de M. le docteur YVONNEAU, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné à plusieurs reprises dans la commune d'Autainville (Loire-et-Cher).

— Le compte-rendu des épidémies qui ont régné en 1855, dans le département des Hautes-Pyrénées.
(Commission des épidémies.)

— Quatre rapports de MM. GODEFROY-MARTIN, FOCACHON, FRESTIER et POLOSSON, sur une épidémie de choléra qui a régné en 1855, dans le département de l'Isère. (Comm. du choléra.)

— Une série de rapports adressés par MM. les médecins-inspecteurs PERRIN, CISSEVILLE et CALVET, sur le service des eaux minérales d'Euset et St-Jean-de-Ceyrargues, Forges, Silvanès et Camarès. (Comm. des eaux minérales.)

— Deux mémoires de M. le docteur MILLON, sur des épidémies de variole et de rougeole qui ont régné dans la commune de Revel (Haute-Garonne), en 1855.

— Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Loire, de l'Oise et d'Indre-et-Loire.
(Commission de vaccine.)

— M. le ministre de l'intérieur annonce à l'Académie que, conformément au vœu qu'elle a exprimé, il a transmis à M. le préfet de la Seine le rapport relatif au lit mécanique de M. Gros, de Dijon. L'administration générale de l'assistance publique sera invitée à faire expérimenter cet appareil dans les hôpitaux.

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes :

MM. DENONVILLIERS et HUTIN prient l'Académie de les comprendre au nombre des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale;

MM. MIALHE, GOBLEY, BUIGNET et POGGIALE adressent une semblable demande pour la place vacante dans la section de pharmacie.

— MM. les docteurs SÉCHAUT, de Chalus, et THIAUDIER, de Poitiers, sollicitent le titre de membres correspondants.

— M. LEROY-D'ÉTIOLLES rappelle qu'il a pratiqué l'*écrasement linéaire et la section mousse immédiate* dès l'année 1835, lorsqu'il a détaché des tumeurs du col de la vessie, en écrasant leurs points d'attache avec le brise-pierre articulé de Jacobson.

L'Académie procède, par la voie du sort, à la nomination d'une commission chargée de faire une liste de présentation des candidats au titre de membres associés nationaux.

Sont élus membres de cette commission :

MM. Rostan,
Velpeau,
Bussy,
Michel Lévy,
Bégin.

M. BRICHETEAU lit un rapport sur un mémoire de M. Scipion PINEL, intitulé : *Des formes de la paralysie générale et de ses conditions anatomiques.*

Le rapporteur commence par exposer l'historique de cette affection, dont la découverte est due à MM. Parent-Duchâtelet et Martinet, et dont le caractère anatomique a été précisé pour la première fois par M. Bayle; cette maladie a été l'objet de travaux nombreux dont les plus remarquables sont ceux de Delaye, M. Calmeil, M. Ballarger, Requin, MM. Brierre de Boismont, Lasègue et Jules Falret.

Les opinions qui divisent les médecins aliénistes sur la nature de la paralysie générale peuvent être ramenées à quatre.

La première, soutenue par Delaye, Calmeil, Georget, Esquirol et ses élèves, consiste à voir dans la paralysie générale une simple complication de la plupart des formes de la folie.

Dans la seconde opinion, qui est celle de M. Parchappe, de M. Duchack, de Prague, cette maladie est considérée comme une forme distincte ayant pour point de départ une lésion anatomique.

Une troisième opinion a été défendue par Requin, M. Baillarger et M. Lunier son neveu : la paralysie générale, avec ou sans délire, constituerait une seule et même affection.

Enfin d'autres distinguent comme deux maladies différentes la paralysie avec aliénation et la paralysie sans délire. C'est l'opinion de Sandras, de M. Brierre de Boismont, de M. Duchenne de Boulogne, de M. Jules Falret; c'est celle que M. Bricheteau partage, en se fondant sur les cas qu'il a observés à l'hôpital Necker avec M. Jules Falret, alors interne de son service, et occupé à recueillir les matériaux de sa thèse inaugurale.

M. Scipion Pinel, incomplétement satisfait des recherches anatomiques de ses prédécesseurs, a repris *ab ovo* l'étude des lésions dont la paralysie générale est accompagnée. Ses investigations l'ont conduit à reconnaître quatre formes de cette maladie, établies sur la double considération des lésions cadavériques et des troubles fonctionnels.

Première forme. Cérébrite aiguë, avec prédominance d'un symptôme unique : frémissement, tremblement des muscles, embarras de la prononciation; la mort, terminaison fréquente, a lieu au bout de quelques jours. A l'autopsie on trouve une inflammation évidente du cerveau, non-seulement à la périphérie, mais encore dans ses parties centrales.

Deuxième forme, décrite par M. Parchappe; c'est la forme précédente passée à l'état chronique. La désorganisation du cerveau et surtout de

la couche moyenne de la substance grise s'opère lentement, elle met plusieurs années à se faire.

Troisième forme. Elle est caractérisée par l'hypertrophie de la substance blanche, la couche grise périphérique demeurant saine; chaque hémisphère est comme ballonné et les circonvolutions sont refoulées et aplaties contre la voûte osseuse. Ces lésions s'accompagnent d'un véritable état fébrile.

Quatrième forme. Dans celle-ci, il y a atrophie de la substance cérébrale; le cerveau peut être réduit au tiers de son volume et un vide de deux à trois centimètres se trouve entre le crâne et la surface de l'encéphale. Cette résorption se révèle par des contractures; elle se termine habituellement par des hémorrhagies, des apoplexies méningées, etc.

M. Scipion Pinel distingue encore deux autres formes d'après la marche de la maladie. L'une est la forme intermittente à type éloigné, la maladie revenant d'année en année pendant huit à dix ans; l'autre a pour caractère principal de se terminer par la guérison.

A l'aide de ces distinctions, M. Pinel croit pouvoir concilier ce qu'il y a de contradictoire dans les descriptions diverses données de la paralysie générale par les médecins qui s'en sont occupés. — Dans la *cérébrite paralytique*, dit-il, comme dans l'épilepsie qu'il faut appeler une *cérébrite convulsive*, c'est une chimère de chercher une identité de siége, tous les centres cérébraux étant traversés par des faisceaux moteurs et sensitifs du cordon rachidien.

Enfin, au lieu d'énumérer simplement les lésions de la paralysie générale, M. Pinel a tenté de les classer, et cette classification lui paraît offrir de grands avantages.

La commission propose : 1° de remercier M. Pinel de son intéressante communication; 2° de déposer son travail aux archives. — Ces conclusions sont adoptées.

M. Piorry, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Larrey, donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. le docteur Poggioli ayant pour titre : *Nouvelle méthode curative externe pour les névralgies faciales.*

Bien que le titre du mémoire de M. Poggioli, dit le rapporteur, se rapporte exclusivement aux névralgies faciales, les faits qui s'y rencontrent, ont trait à la plupart des douleurs de nerfs. La méthode proposée par l'auteur a reçu le nom de *iatraleptique*, c'est-à-dire de médication par des frictions.

M. Poggioli pratique ces frictions avec divers médicaments graisseux et narcotiques; il a composé une formule particulière, et lui attribue une grande efficacité.

Pour apprécier les faits présentés par notre confrère, il nous semble convenable de poser quelques principes sur la manière d'observer les faits thérapeutiques en général et d'apprécier en particulier l'action des médicaments désignés sous le nom d'antispasmodiques, de sédatifs, de narcotiques. Avant tout, il faut particulariser organiquement s'il est possible, et au moins le plus positivement que faire se peut, la lésion qui donne lieu aux symptômes que l'on veut combattre. Ce n'est pas seulement le caractère physiologique principal d'un mal qu'il s'agit de reconnaître, mais c'est la circonstance maladive, l'altération anatomique qui cause ou entretient le phénomène pathologique.

Quand vous direz avoir reconnu des névralgies, les avoir traitées, et avoir eu dans ces cas des succès ou des revers, la raison de ces insuccès sera que la douleur de nerf en apparence semblable sera due à des lésions parfaitement différentes : la névralgie frontale ou plutôt la pentanévralgie peut être symptomatique de l'irisalgie, d'une gastropathie, d'une splénopathie, d'une souffrance de l'ovaire; or, elle paraît être toujours la même; mais elle exigera cependant, dans les cas qui viennent d'être énumérés, des traitements variés : l'obscurité, la belladone, le tartre stibié, le sulfate de quinine; ou les bains, la saignée, etc.... La névralgie est la conséquence; le mal est la lésion qui la produit. C'est l'action des agents médicamenteux sur la lésion qu'il importe d'apprécier. Malheureusement, on ne peut pas toujours, et quelqu'étude que l'on fasse, découvrir la cause organique d'une douleur observée dans un nerf.

Pour apprécier l'efficacité réelle d'un agent thérapeutique, il faut encore tenir compte, non seulement de l'action d'autres médications, qui presque toujours sont employées d'une manière concomitante, mais encore des influences hygiéniques favorables, dépendantes du régime, de l'exercice, du repos, des variations de température, de l'habitation, des impressions morales..., etc...

Il faut ensuite se poser constamment cette question : si le mal eût été abandonné à lui-même, se serait-il amélioré, ou dissipé spontanément? Or, s'il est facile d'établir le problème précédent, le théorème et les corollaires qui en ressortent sont d'une excessive difficulté à expliquer et à déduire. C'est seulement lorsqu'à la suite d'une médication unique et déterminée, on a vu cesser un grand nombre de fois une lésion, une affection bien diagnostiquée, que l'on est fondé à rapporter un succès au médicament dont on s'est servi.

Mais ce n'est pas tout; vous employez un médicament en frictions, en bains, et vous l'incorporez dans des résines, dans des graisses, serez-vous toujours en mesure de dire si c'est la friction, ou le bain, si c'est l'emplâtre, ou le corps gras qui a causé le succès obtenu?

Faute de tenir compte des données qui précèdent, on a, tour à tour, conservé ou abandonné tel ou tel médicament, et la thérapeutique, pour la plupart des maladies généralement admises, n'est pas une science, mais bien une sorte de recueil d'opinions d'auteurs, d'assertions vagues.

Aussi, voyez ce qui est résulté des observations incomplètes, et sans précision diagnostique que la médecine ancienne nous a laissées. Presque partout sont restés le doute, l'incertitude, l'impossibilité de rien affirmer. Un seul médicament est resté constamment debout au milieu de la chute ou de la vacillation des autres, c'est le quinquina, et surtout la quinine bien dissoute; mais c'est que les accès fébriles, périodiques, se rapportent à un état anatomique fixe et constant, à la splénopathie. Mais pour les autres agents médicaux, rien de positif n'était établi; et cela est si vrai que les plus habiles praticiens, que Sydenham et ses imitateurs admettaient et admettent encore, que tel médicament utile dans une maladie, lors de telle épidémie ou dans telle constitution médicale, est inutile ou dangereux alors qu'il est administré pour la même affection, mais dans une autre maladie populaire ou dans une autre série de circonstances météréologiques. S'il en était ainsi, il faudrait à tout jamais renoncer à l'exercice consciencieux de la médecine, et reléguer cette science à la valeur de la magie et de l'alchimie. Mais rien n'est plus faux que cette croyance. Une substance médicamenteuse déterminée, administrée à même dose contre une lésion fixe et bien spécifiée, et alors que les organisations de ceux à qui on les donne sont analogues, agit d'une manière identique. De 1826 à 1856, des épidémies diverses, des circonstances météorologiques très variées se sont succédé, et quelle qu'ait été leur influence, votre rapporteur a observé que le foie hypérémié diminuait de volume par les saignées, que la rate décroissait alors que la quinine en solution était ingérée. Il a vu encore le tartre stibié remédier à certaines affection pulmonaires, et les purgatifs être utiles dans la *scorentérasie*; c'est parce que l'on n'avait pas particularisé les lésions, que l'on ne pouvait pas établir un traitement rationnel contre des affections que l'on supposait être analogues, bien qu'elles différassent essentiellement entre elles.

Grâce au positivisme anatomique et physique de la science moderne, on est arrivé à pouvoir particulariser, et souvent mesurer l'action du sulfate de quinine, du tartrate antimonié de potasse, de l'iodure de potassium, du phosphate de chaux, du mercure, du fer, de l'azotate d'argent, du seigle ergoté, d'un grand nombre de purgatifs, des sels d'opium par la méthode endermique, de l'eau à hautes doses, de l'abstinence des boissons, etc.

C'est au contraire parce qu'il est bien difficile de déterminer les lésions névriques ou névralgiques, contre lesquelles on emploie l'opium, la jusquiame, le datura, la belladone, la digitale, le musc, en un mot, les narcotiques, les antispasmodiques, les calmants, qu'il est si difficile d'apprécier les conditions de leur emploi et le degré de leur efficacité.

Ceci nous conduit à vous rendre compte du mémoire de M. Poggioli. « Pensant que les combinaisons de substances médicamenteuses analo- » gues donnaient de meilleurs résultats que les mêmes substances em- » ployées isolément, » M. Poggioli a employé une formule composée de :

Extrait de belladone	8	parties.
Hydrochlorate de morphine	1	—
Onguent populéum	32	—
Axonge dans laquelle on avait macéré une quantité suffisante de feuilles de datura	53	—
Eau de lavande	q. s.	

Modifiant légèrement cette formule suivant la susceptibilité du malade, le siége et l'intensité de l'affection qu'il veut combattre, M. Poggioli frictionne doucement et d'une manière prolongée la partie sur laquelle il veut opérer, et il annonce avoir obtenu des résultats curatifs inespérés.

M. Poggioli a remis à l'Académie et à votre rapporteur des observations nombreuses recueillies à Saint-Étienne, à Londres, un assez grand nombre dans sa pratique particulière; quelques-unes au Val-de-Grâce, dans les services de MM. Larrey et Mounier; d'autres, enfin, dans les cliniques médicales de la Faculté, à la Charité. Ces observations acquièrent encore de l'importance par les noms de MM. Mounier, Marchal (de Calvi), Bouillaud, qui s'y trouvent cités. Dans presque tous ces faits, les détails anatomiques, physiologiques et diagnostiques ne sont pas circonstanciés. Il s'agit de névralgies faciales ou autres, de sciatiques, de lombagos, de douleurs dites rhumatismales qui duraient depuis quelques jours, depuis quelques semaines, depuis des mois, depuis des années, contre lesquelles on avait employé des moyens très divers, parfois fort actifs, et cependant insuffisants pour dissiper les accidents. Or, ces névralgies, ces rhumatismes, ces lombagos, ces sciatiques traités par les frictions pratiquées pendant vingt minutes avec le liniment de M. Poggioli, ont été calmés, guéris parfois en vingt-quatre heures, ailleurs en peu de jours, ou en un petit nombre de semaines. Parmi les cas de ce genre les plus recommandables, nous citerons principalement celui qui se recommande du nom honorable de M. Marchal (de Calvi), ainsi que les observations qui portent les n°s 10, 4, 11. Nous joignons à ce rapport le relevé de ces faits dont le nombre s'élève à plus de trente. Malheureusement, M. Poggioli a trouvé rarement l'occasion d'appliquer sa médication; dans presque tous les cas, il s'est agi de douleurs dues à des états organopathiques appréciables, à des ruptures ou à des distensions musculaires, à des lésions plus ou moins incurables, et qui ne rentraient pas dans le cadre des affections que M. Poggioli pense devoir être traitées avec succès par les frictions et les liniments qu'il propose.

Nous avons autant que possible soumis à la méthode expérimentale le moyen thérapeutique de M. Poggioli; mais il est fort difficile à un chef de service de suivre directement les phases d'un traitement qui dure plusieurs jours, pendant lesquels des influences très variées interviennent; de sorte que les cas cités par M. Poggioli et qui ont été recueillis dans le service de M. Larrey ne l'ont pas été sous les yeux de ce membre de votre commission, et que, parmi ceux qui ont été observés dans les salles Sainte-Anne et Saint-Charles, il n'en est que deux où votre rapporteur ait constaté un effet bien sensible.

Dans l'un de ces faits (n° 14), il s'agissait d'un malade qui, depuis très longtemps atteint d'une sciatico-névralgie dont la raison anatomique était inconnue, fut soulagé presque immédiatement après que M. Poggioli eût pratiqué sa friction, et cessa dès lors de souffrir. Cet homme sortit presque immédiatement de l'hôpital dans un état très satisfaisant. Dans un autre cas (polyarthrites très douloureuses et qui avaient récidivé, en même temps que l'état fébrile indiquait que le sérum du sang contenait un excès de fibrine en suspension), M. Poggioli pratiqua ses frictions, et tout d'abord les souffrances se dissipèrent d'une manière assez complète. Dans plusieurs autres cas, recueillis dans le service des cliniques de la Charité, des névralgies ont été notablement améliorées. Bien entendu que M. Poggioli ne prétend pas toujours guérir de cette façon; et en effet, il est arrivé trop souvent dans le service du rapporteur de votre commission que les moyens précédents ont à peine calmé des névralgies intercostales, et qu'il a fallu avoir ensuite recours à la morphine, employée d'après la méthode endermique de M. Lesieur.

Votre commission ne possède pas des documents assez positifs et assez nombreux pour juger par elle-même de l'efficacité du moyen proposé par M. Poggioli. Les noms de MM. Marchal de Calvi et Lustremann donnent de l'authenticité à des succès qui sembleraient tout à fait incroyables, et votre commission regrette ne ne pouvoir vous dire en avoir été témoin.

D'après ce qui précède, on peut admettre que les frictions avec le liniment narcotique de M. Poggioli sont un sédatif utile; mais est-ce la formule spéciale employée par ce médecin qui réussit à opérer ce calme? Ici des questions importantes se présentent : est-ce le narcotique simple qui réussit? Serait-ce la réunion de plusieurs narcotiques divers qui auraient plus d'utilité que l'un d'entre eux donné isolément? La friction prolongée avec un corps gras est-elle le moyen de guérison? Il nous paraît utile, en finissant, d'aborder de front ces trois points de discussion qui touchent aux plus hautes données de la thérapeutique.

Les travaux de M. Lesieur, les belles expérimentations de M. Flourens relatives aux applications narcotiques sur les nerfs et sur le nevraxe, l'observation de chaque jour, ne laissent pas de doute quant à l'action que les narcotiques exercent sur le derme et les tissus vivants en général. Mais en est-il ainsi quand ces agents sont simplement déposés sur l'épiderme? C'est ce qui n'est pas démontré. Les expériences de Séguin, de Magendie ne semblent pas propres à le faire admettre, et les recherches récentes de M. le docteur Duriau prouvent même que l'eau d'un bain et les médicaments qu'elle contient ne sont guère absorbés; que, dans certaines conditions de température, l'épiderme est, il est vrai, coloré en jaune par le laudanum versé sur un cataplasme, mais le médicament va-t-il au-delà? N'est-ce pas l'eau chaude retenue dans une fécule grasse, qui, plaçant la partie malade dans un bain continu, la soulage, et non pas la substance opiacée? N'est-il pas vrai que sur les quarante gouttes de laudanum versées sur la surface du topique, il y en a peut-être trente qui se perdent dans la pâte humide, et que sur les dix autres gouttes, il s'en perd neuf, soit sur la surface cutanée, soit dans l'épiderme? Ne faudrait-il pas alors avoir une foi bien robuste dans le médicament narcotique pour croire que la minime proportion de laudanum restant va calmer les douleurs? Il est bien vrai cependant que les vapeurs qui s'élèvent de quelques gouttes d'extrait de belladone venant à toucher la cornée, on voit l'iris se dilater; mais ce fait est exceptionnel, l'organisation de la cornée est spéciale et toute différente de celle de l'épiderme et du derme. Bien plus, la belladone en vapeur ne calme que très incomplétement les douleurs dont l'iris et l'œil sont le siége, et il a fallu que votre rapporteur y renonçât dans le traitement de l'irisalgie.

Pour bien apprécier l'action d'un médicament, il faut l'administrer isolément. Or, nous venons de voir combien il est difficile d'apprécier le degré d'action d'un seul médicament narcotique appliqué sur le tégument; à plus forte raison quand plusieurs substances de propriétés variées sont mélangées. Cependant ne portons pas à l'extrême une proposition vraie, rappelons-nous que la thériaque, mélange informe de substances disparates, est restée et restera un médicament utile, en dépit des tentatives qui ont été faites pour le remplacer par des remèdes mieux définis.

Il faut donc plutôt encourager que blâmer M. Poggioli d'avoir associé divers médicaments qui, bien que classés en commun parmi les narcotiques, ont des propriétés spéciales. Reste à constater si les frictions faites avec le liniment de M. Poggioli réussissent mieux que celles qui seraient faites avec de la graisse contenant seulement de l'opium ou avec la graisse toute simple; or, c'est ce qui est possible, mais ce qui n'est pas, pour nous, démontré.

Les anciens faisaient un immense usage des onctions et des frictions avec l'huile, ainsi que l'a exposé votre rapporteur, dans l'article Massage, du *Dictionnaire des Sciences médicales*, et dans son *Traité de médecine pratique*. L'expérience clinique a prouvé que les graisses appliquées sur les tissus enflammés, dans l'érysipèle, ou dermite périasique, dans la variodermite, sont d'excellents moyens de guérison. On a été jusqu'à considérer leur application sur la peau qui recouvre des organes malades comme des remèdes souverains. Il est donc très possible que les succès obtenus par M. Poggioli soient dus à la friction graisseuse, et non pas aux narcotiques qu'il emploie.

On administre en application extérieure un grand nombre de médicaments incorporés dans de l'huile, dans des graisses, dans des résines. Le plus souvent alors ils n'agissent pas; l'huile, la graisse pénètrent dans les orifices vasculaires, dans les porosités de la peau, et empêchent l'absorption de la substance présumée active et qui reste incorporée dans le corps graisseux. On empêche la respiration cutanée des batraciens et même des animaux supérieurs, en les recouvrant d'huile; on tue l'insecte en lui bouchant les trachées par la plus faible onction huileuse. L'enduit gras de la peau de l'homme est même un des plus grands obstacles à l'absorption.

Les emplâtres retiennent dans leur masse résineuse les substances qu'on y fait entrer, à part celui de *vigo cum mercurio*, à part ceux que l'on recouvre d'un remède actif, ils agissent tous d'une même façon : en s'agglutinant, en conservant sur la peau la sérosité perspirée; en y remplissant l'office d'un bain local; en réunissant les plaies; en empêchant le contact de l'air, de la lumière et des corps étrangers, en prévenant le refroidissement seulement.

C'est en réfléchissant sur ce qui précède, que depuis un certain temps le rapporteur de votre commission a cherché à utiliser la médication narcotique et sédative d'une façon différente de celle qui est généralement employée.

Le premier soin doit être d'enlever l'enduit gras qui recouvre le tégument et qui fait que celui-ci ne se mouille pas alors qu'on y verse de l'eau. L'éther (qui d'ailleurs est considéré comme sédatif), l'eau savonneuse, l'eau ammoniacale remplissent assez bien cet office. La peau étant ainsi nettoyée, on fait sur elle des frictions avec du coton ou de la laine imbibés d'un liniment aqueux ou alcoolique qui tient en dissolution une dose assez forte de la substance narcotique dont on veut faire usage. Dans quelques cas, cette médication a calmé des névralgies, surtout de celles qui affectent les nerfs intercostaux, et elle a dispensé d'avoir recours à la dénudation du derme et au pansement avec le chlorydrate de morphine.

Terminons ce rapport par les conclusions suivantes :

Les frictions prolongées pratiquées par M. le docteur Poggioli, au moyen du liniment graisseux et narcotique dont il a donné la formule, ont, d'après les faits recueillis dans les services de médecins honorables, fréquemment soulagé ou même fait disparaître des douleurs variées.

Dans deux cas, dont l'un de nous a été témoin, c'est immédiatement après l'emploi de ce liniment et de ces frictions que de tels résultats ont été observés. Il serait difficile de décider si le soulagement alors obtenu a été la conséquence de l'action des médicaments contenus dans la graisse, ou de la friction prolongée longtemps et avec soin au moyen d'un corps gras.

Nous vous proposons, Messieurs, d'adresser des remercîments à M. Poggioli pour la communication qu'il vous a faite, et de renvoyer son mémoire à votre comité de publication.

M. Larrey demande la parole. M. le rapporteur a fait allusion, dit M. Larrey, à des faits qui avaient été recueillis par M. Poggioli dans mon service du Val-de-Grâce, *à mon insu*. Il m'est pénible de le dire, il y a ici une erreur. M. Poggioli n'a trouvé dans mes salles aucun cas qui lui ait paru susceptible de guérir par l'application du remède qu'il préconise. S'il avait traité des malades dans mes salles, ce n'aurait pu être à mon insu. Je prierai donc M. le rapporteur de rayer au moins ces deux faits.

J'ajouterai que, dans l'intérêt même du médecin dont M. Piorry vient d'analyser le mémoire dans un savant rapport, il faudrait examiner de très près et dans tous leurs détails les observations produites à l'appui de la médication proposée. Cette médication ne conviendrait pas à toutes les névralgies ni au plus grand nombre de ces affections, de l'aveu même de M. Poggioli.

M. Piorry : Je n'ai fait que rapporter les cas recueillis dans le service de M. Larrey, en disant expressément qu'il ne s'en portait nullement garant. Je ne réponds pas davantage des faits que M. Poggioli a recueillis dans mes salles. — Quant aux observations particulières, j'en ai signalé quelques-unes comme très remarquables.

M. le Président : Ces déclarations ne suffisent pas à atténuer la gravité du fait signalé par M. Larrey. Deux observations sont rapportées comme ayant été prises dans le service de notre collègue. Elles n'y ont pas été prises. Il faut de toute nécessité les supprimer.

M. Piorry y consent.

M. Velpeau : Je suis surpris de voir M. Piorry se donner tant de peine pour composer un rapport qui me semblerait plutôt du ressort de M. Robinet, l'honorable rapporteur des remèdes secrets et nouveaux. Le remède dont M. Piorry vient de nous parler n'a rien de bien séduisant, c'est un composé informe de graisse et de plusieurs narcotiques; est-ce la graisse qui agit? sont-ce les substances médicamenteuses? sont-ce même les frictions? on ne le sait pas au juste. Des observations ont été rapportées, mais quelle est leur valeur? Deux faits seulement sont garantis par le rapporteur. Et dans le service de M. Larrey, le médecin qui préconise le composé en question n'a pas trouvé de cas à sa convenance. Si à cette communication les honneurs d'un rapport étaient dus, ce qui ne me paraît pas démontré, assurément il n'y a pas lieu d'en proposer l'insertion dans le *Bulletin* de l'Académie.

M. Piorry : Que la communication de M. Poggioli ne manque pas d'importance, c'est ce que prouve le fait même que j'ai été chargé d'en faire l'objet d'un rapport à l'Académie. (Dénégations.) Sans doute, le remède proposé a quelque chose d'informe, mais la thériaque aussi. Je crois, au surplus, que ce qui est actuellement en question, ce n'est pas le travail de M. Poggioli, mais celui de la commission. Le rapport que je viens de lire soulève les plus grands problèmes de la thérapeutique, et pourrait facilement devenir le point de départ d'une discussion au sein de l'Académie. Je me féliciterais de l'avoir provoquée, et ne regretterais nullement la peine que m'a donnée, en effet, la composition de mon rapport.

Après quelques observations de M. Robinet et de M. Desportes, M. Piorry retire la deuxième conclusion du rapport : « Insertion du travail de M. Poggioli au *Bulletin*. » Le dépôt aux archives est mis aux voix et adopté.

M. René Briau donne lecture d'une note *sur une cause peu connue de vomissements chez les femmes enceintes et sur le moyen de les faire cesser*. — (Nous publierons prochainement ce travail *in extenso*.)

La séance est levée.

Vu l'absence de plusieurs membres du Comité de rédaction de l'Union Médicale, la séance de ce comité n'aura pas lieu demain vendredi.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 87. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 19 Juillet 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. HYGIÈNE PUBLIQUE : Des mesures à prendre pour diminuer, autant que possible, les cas de rage. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — III. OBSTÉTRIQUE : Note sur une cause peu connue des vomissements des femmes enceintes, et sur le moyen d'y remédier. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Sur le son tympanique de la poitrine. Discussion. — V. PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE : Glycérine iodée contre plusieurs maladies de la peau. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : A propos du Journalisme et de l'Association.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

DES MESURES A PRENDRE POUR DIMINUER, AUTANT QUE POSSIBLE, LES CAS DE RAGE ;

Par M. le docteur B. ALIÈS, médecin-inspecteur des bains de mer de Trouville.

Chacun a ses utopies, ou tout au moins ses systèmes : et chacun est excusable, j'allais dire louable de les avoir, quand ils ont pour objet le bien de l'humanité.

Sous le bénéfice de cette déclaration, je n'hésite nullement à faire connaître les miens sur la matière qui fait le sujet de ce travail.

Depuis longtemps déjà, je pensais que le gouvernement pouvait plus que la science, en agissant pourtant d'après les données qu'elle lui fournit, non pour l'extinction, mais pour la restriction au *minimum* possible des cas d'hydrophobie : j'ai même fait insérer dans un journal politique quelques considérations à ce sujet, vers la fin de l'année 1853 ; je reconnais que leur place n'était pas là.

La rage se développe spontanément, ou par suite d'inoculation ; telles sont les deux sources de cette maladie dans l'espèce *canis* et *felis* qui la communique à l'homme : il n'en est point d'autre généralement admise ; l'infection contagieuse mentionnée par quelques auteurs, comme pouvant donner lieu à sa transmission, à tort ou à raison, ne compte plus que de très rares partisans.

DÉVELOPPEMENT SPONTANÉ.

Le gouvernement ne pourrait avoir d'action contre cette première source de la rage, qu'autant qu'il connaîtrait les conditions précises au milieu desquelles a lieu ce développement : alors il aurait le droit de supprimer, dans les limites du possible, et par tous les moyens dont il dispose, ces funestes conditions. Mais il est loin d'être suffisamment renseigné à cet égard ; et la science, il faut bien le dire, le laisse dans l'ignorance où elle est elle-même.

On sait bien quelque chose des conditions dans lesquelles se développent spontanément le typhus, le scorbut, la dysenterie : mais quant à celles du développement spontané des maladies virulentes inoculables, variole, cow-pox, charbon, rage, etc., elles ont échappé complétement, jusqu'à ce jour, aux plus persévérantes investigations ; les meilleurs esprits ont sur ce sujet des opinions diamétralement opposées.

Si, d'après certains faits et certaines considérations, on incline à attribuer quelque influence pour la production de la rage spontanée, à des circonstances déterminées, on se trouve arrêté tout court par des considérations et par des faits aussi nombreux et d'une aussi grande valeur, qui renversent tout échafaudage étiologique.

Est-ce sous l'influence du froid que naît la rage ? Oh mon Dieu non ! car elle est inconnue à Archangel, à Tobolsk, et dans les états de la Russie, au nord de Saint-Pétersbourg. Est-ce sous celle de la chaleur ? Pas davantage, puisqu'elle est fort rare en Égypte et dans l'Amérique méridionale : John Hunter affirme qu'une période de quarante ans s'est écoulée sans qu'on ait vu de chiens enragés à la Jamaïque, quoique ces animaux soient très nombreux dans cette île, où la chaleur est excessive : la rage est également inconnue à Alep, ou tout au moins extrêmement rare ; et cependant les chiens y meurent en grand nombre, faute d'aliments et d'eau, et par la chaleur du climat.

Une opinion qui n'est pas nouvelle (voir les *Archives générales de médecine*, juillet 1834) poind de nouveau à l'horizon de la science, patronée par des savants d'un mérite éminent. Selon eux, la rage spontanée pourrait bien être une conséquence du musèlement des chiens, de leur enchaînement au logis, de la privation absolue de l'acte génésiaque.

Plût à Dieu qu'il en fût ainsi ! La rage de chiens muselés et enchaînés au logis serait sans grand danger pour la santé publique ; et quant à l'autre cause, une satisfaction régulière régulière à ces besoins naturels, à des époques que l'expérience déterminerait, en ferait prompte justice.

Mais, malheureusement, c'est sur les chiens qui courent les rues, qui ne sont ni muselés, ni enchaînés au logis, et qui ont surabondamment la faculté d'accomplir l'acte génésiaque, que se développe et que se rencontre le plus ordinairement la rage ; on trouvera cent chiens de rue enragés pour un king'Charles ; et Fodéré mentionne, parmi les causes principales de ce développement, *le temps des amours, lorsque, négligeant de se nourrir, ils ne sont occupés que de s'accoupler, et qu'ils répètent cet acte immodérément.*

Ainsi que le dit très sensément le spirituel auteur d'un article sur la rage, inséré dans l'UNION MÉDICALE du 27 mai dernier, ce sont là des théories très ingénieuses, *des idées qu'il ne faut pas dédaigner, qu'il importe d'étudier et d'expérimenter*, mais qui ne peuvent servir de base à des mesures susceptibles d'application, *parce qu'il leur manque l'étude, l'observation, l'expérience, la démonstration ;* c'est dire qu'il leur manque tout.

Je pense que la cause fondamentale de la rage spontanée, chez les animaux dont l'espèce y est sujette, réside dans les conditions particulières de leur organisation, quoiqu'on ne puisse pas préciser en quoi elles consistent : les chiens deviennent enragés, comme les chevaux deviennent morveux, en vertu de lois primordiales de leur nature. Cette opinion est peu compromettante, et peut faire le pendant de celle de Molière sur la vertu dormitive de l'opium : elle ne m'empêche pas d'applaudir et de rendre justice au zèle et aux efforts des savants qui recherchent une cause plus prochaine de la spontanéité, tout en avouant qu'elle n'a pas été trouvée encore, et sans compter beaucoup sur l'avenir pour la solution d'une énigme indéchiffrée et peut-être indéchiffrable.

J'aborde maintenant un autre côté de la question bien plus important, parce qu'il est fécond en vues pratiques, et que c'est par lui que je veux essayer d'arriver à prouver la possibilité de restreindre considérablement le nombre des cas de rage.

Le développement spontané de cette cruelle maladie, chez les individus des espèces animales qui en sont susceptibles, est-il bien fréquent ? Quelle est la proportion des cas de rage spontanée et de ceux de rage communiquée ?

Il est très regrettable qu'une des prescriptions de la circulaire ministérielle du 12 mai 1852, contenant un nouveau programme d'enquête sur la rage, ait été négligée, car elle eût pu fournir d'utiles renseignements. Dans les tableaux synoptiques exigés par cette circulaire figure, entre autres indications demandées, la suivante : *chez l'animal supposé enragé ; les causes probables à lui assigner ; la marche qu'elle a suivie, en se transmettant d'un premier individu aux autres, et les différences d'énergie que peut présenter le principe contagieux après plusieurs transmissions.* »

On le voit, la prescription est formelle, et l'intention du ministre très explicitement exprimée, de manière à ne pouvoir s'y méprendre. Elle a pour but évident, entre autres choses, de faire constater si l'animal qui a communiqué la rage était lui-même enragé spontanément, ou par suite d'une inoculation antérieure.

J'ai dit que cette prescription avait été négligée. En effet, dans le rapport au Comité consultatif d'hygiène publique, M. Tardieu, appréciant les résultats de l'enquête, en suivant l'ordre indiqué dans le programme ministériel, se borne, lorsqu'il en vient à ceux

Feuilleton.

A M. le docteur A.-M. Legrand.

A PROPOS DU JOURNALISME ET DE L'ASSOCIATION.

I

LE JOURNALISME.

Monsieur et très honoré confrère,

Vous ne vous êtes pas mépris, je l'assure, et personne ne se sera trompé, je l'espère, sur le motif qui m'a fait publier votre lettre. Parce que vous vous montriez envers moi d'une politesse et d'une bienveillance excessives, devais-je, par un scrupule outré, priver mes lecteurs d'une production charmante, à la fois remarquable par la finesse et par le bon sens, par l'esprit et par la raison, par la forme très délicatement littéraire et par le fond d'un intérêt sérieux et puissant ? Si je me suis trompé, je ne saurais qu'y faire, pas même me justifier, pas même vous remercier, Monsieur ; car, sans autre préambule et sans les mièvreries des formules banales, j'ai hâte d'arriver aux grandes questions que vous venez d'agiter.

Le Journalisme médical, l'Association médicale, tels sont les deux points de votre discours. Je vais vous y suivre, Monsieur, non pas pour répéter, sous une forme qui ne pourrait être que moins heureuse, ce que vous avez si sensément exposé, mais pour dire, puisque vous m'y provoquez, mon sentiment et mes idées.

Ne demander aux hommes comme aux institutions que ce qu'ils peuvent raisonnablement produire dans les conditions, dans le milieu où ils vivent, me paraît être un acte excellent de conduite qui garantit contre toute injustice et préserve de toute déception.

Pour que le Journalisme médical réalisât le brillant programme que vous avez tracé, il faudrait, Monsieur, que le Journalisme pût être un BUT ; or, il n'est aujourd'hui et ne peut être qu'un MOYEN.

Veuillez remarquer, avant toute chose, je vous prie, que je ne veux et n'entends parler ici que d'une manière générale et abstraite, sans application aucune et à qui que ce soit. S'il existe quelque exception, vous saurez bien la reconnaître vous-même sans que j'y pose le doigt. Si vous avez entendu parler de quelque naïve et folle intelligence qui ait cru au BUT, qui l'ait poursuivi, qui le poursuive peut-être encore et qui, à cette chimérique recherche, ait perdu sa jeunesse, son patrimoine, son repos, sa santé, le peu que Dieu lui avait donné de facultés et d'aptitude, la désigner serait inutile, et de pareils mécomptes ne méritent d'ailleurs ni la pitié des contemporains, ni l'attention de l'histoire.

Je dis que le Journalisme médical ne peut être un but.

Le Journalisme médical ne conduit, en effet, à rien de ce que le commun des hommes ambitionne et que les médecins ne dédaignent pas plus que les autres.

Le Journal ne mène ni à la fortune par la clientèle, ni aux places, ni aux honneurs, ni même à cette considération qui, dans l'austère et pur langage du XVIIme siècle, se traduisait par l'expression, très élargie depuis, d'*honnête homme*. Dans notre société médicale actuelle, le Journaliste est un être assez ambigu, assez difficile à classer, *incertæ sedis*, s'occupant de tout et ne tenant à rien, contesté comme savant, nié comme praticien ; officieusement consulté sur toutes choses, mais ne figurant officiellement dans aucune ; donnant spontanément son opinion que l'on accepte, et dont on fait profit si elle ne contrarie ni les vues, ni les intérêts, ni les passions de ceux qu'elle concerne ; que l'on dédaigne dans le cas contraire, et dont on affaiblit l'autorité par des interprétations que la bienveillance et la charité ne tempèrent pas toujours ; l'homme auquel on peut impunément demander le plus de petits et de grands services, et qui les rend presque toujours sans réciprocité, sans récompense, sans gratitude ; un homme souvent de paix et de concorde, obligé de vivre en discussion incessante et en état de guerre continuelle ; voilà un léger crayon du Journaliste.

Vous parlez, Monsieur, de la *fonction*, de la *mission* de l'écrivain. Personne ne croit à cela, comment voulez-vous que l'écrivain y croie lui-même ?

Pour le plus grand nombre, la fonction consiste à faire *mousser* ses amis, et à *éreinter* leurs ennemis ; la mission n'a d'autre but que de se créer des protections, des influences pour un avenir dont le passage dans la Presse n'est qu'un état de transition. Telle est, consultez-là, Monsieur, l'opinion générale sur les hommes de la Presse. Vous concevez qu'il faudrait à l'écrivain une vocation bien accentuée et bien incarnée pour chercher à corriger ce mauvais pli de l'opinion commune, et je ne sais si vous oseriez vous-même lui conseiller de le tenter.

L'opinion n'est pas favorable aux hommes de la Presse, c'est là une vérité triste qu'il faut savoir reconnaître, qu'ils reconnaissent si bien, qu'en général les Journalistes ont hâte de ne plus l'être et saisissent la première occasion propice de planter là leur fonction et leur mission.

Les Journalistes ont-ils mérité, méritent-ils encore cette sorte de dédain de l'opinion ?

Hâtez-vous de répondre non, Monsieur.

Le Journalisme médical, s'il a eu, s'il a encore ses faiblesses, a eu ses dévoûments, ses héroïsmes, ses victimes. Je ne nommerai personne, ni parmi les morts, ni parmi les vivants. Mais quand vous entendrez murmurer autour des hommes de la Presse quelques velléités accusatrices de vénalité, souvenez-vous, Monsieur, — et ce souvenir intime d'un cœur droit et généreux leur suffira — des honorables pauvretés que vous avez pu connaître, souvenez-vous d'un Journaliste mort récemment après vingt-cinq ans de ces affreux labeurs que nécessite une publication trihebdomadaire, et qui n'a pas laissé à sa famille la possibilité d'accomplir envers lui un suprême et pieux devoir.

Comprenez-vous, Monsieur, pourquoi le Journalisme médical, dans les conditions où il s'exerce, dans le milieu dans lequel il vit, ne peut être un but et ne peut-être qu'un moyen ? Une autre considération vous le fera mieux sentir encore.

Vous voudriez le Journalisme médical plus décidé dans ses allures, moins réservé dans ses appréciations des hommes et des choses, moins *prude*, avez-vous dit, ce qui se traduit par une critique plus ferme et plus accentuée. Que de fois pareil désir n'a-t-il pas été exprimé ! Mais

qui dérivent de la prescription 6e, à exposer la répartition des cas d'inoculation de la rage aux individus de l'espèce humaine, dans les divers mois de l'année, et dit, pour toute conclusion, que *ce résultat confirme une fois de plus l'influence prédominante de la saison chaude sur la production de la rage spontanée des chiens et sur sa transmission à l'homme.* Conclusion peu concordante, soit dit en passant, avec les résultats obtenus par d'autres observateurs. (Voir Andry, *Recherches sur la rage;* Trolliet, *Nouveau traité sur la rage*, etc.)

Il est à présumer que les cas de rage inscrits dans les tableaux synoptiques de l'enquête, y ont été présentés comme le produit d'une inoculation provenant d'animaux spontanément enragés. S'il en eût été autrement, une circonstance aussi majeure n'eût pas échappé à la sagacité de l'éminent rapporteur, et eût certainement été signalée au Comité consultatif. Mais est-il présumable que sur les quarante-huit faits de rage produite et consignés dans l'enquête, il n'y en ait pas un qui provienne d'un animal auquel elle aurait été inoculée? Le doute me semble permis à cet égard.

Il ne saurait venir à ma pensée de contester que des maladies contagieuses puissent se développer spontanément. Assurément, le premier cas de toutes celles qui sont aujourd'hui connues a été bien spontané; et ce qui s'est produit une fois peut se reproduire plusieurs autres. Cependant, il est vrai de dire qu'on n'a jamais pu faire développer la rage artificiellement, quoique l'on ait soumis les animaux qui y sont sujets à l'action des causes présumées les plus favorables à ce développement. Ainsi, Magendie, Breschet, Dupuytren, gardèrent à dessein, pendant longtemps, un grand nombre de chiens dans la plus grande malpropreté; on les laissa mourir de faim et de soif, même s'entre-dévorer; aucun d'eux cependant ne devint enragé. En un mot, la transmission par inoculation est démontrée expérimentalement, puisqu'elle réussit deux fois sur trois; le développement spontané ne l'est pas, puisque son existence n'est établie que sur la considération des circonstances négatives de toute inoculation. On comprend combien une telle considération est affaiblie par celle qui peut le plus souvent être invoquée de la possibilité d'une inoculation antérieure ignorée. Autrement dit, l'inoculation est prouvée positivement; la spontanéité ne l'est que négativement.

En effet, les chiens sont des animaux querelleurs, n'ayant qu'une faible dose de charité mutuelle, toujours prêts à se mordre les uns les autres, et doués de la nature, sous ce rapport, d'organes admirablement appropriés au service de leurs instincts. Dans les communes rurales, et même jusque dans les villes de second ordre, ils jouissent d'une grande liberté, errent le jour et la nuit, parcourent les rues et les places publiques, cherchant dans les débris et les immondices un supplément quelquefois très nécessaire à l'ali- [illegible] restent parfois huit jours sans rentrer, vagabonds, abandonnés à eux-mêmes, et n'étant l'objet d'aucune espèce de surveillance. Qu'un chien enragé vienne à passer dans ces parages! il y en aura infailliblement beaucoup de mordus : et comme souvent ce sera de nuit et à l'insu de qui que ce soit, lorsque plus tard la rage éclatera, la maladie sera déclarée spontanée. Ou bien encore le maître saura qu'un chien étranger a mordu le sien; mais il aura, ou il affectera d'avoir des doutes sur l'état morbide de ce chien étranger; c'est un chien égaré, dira-t-il; il a perdu son maître, il a été épouvanté, et rendu furieux; mais il n'est pas enragé : et se faisant illusion à lui-même, après avoir cherché à le faire aux autres, l'incurie aidant, il n'attache pas son chien, néglige toute espèce de précautions. Cependant, la maladie germe, l'incubation s'accomplit, et a pour terme l'hydrophobie : par ignorance ou par continuation d'imprévoyance, on néglige encore les symptômes précurseurs de la rage confirmée; le chien, après quelques jours, quitte la maison, mord bêtes et gens, se jette furieux sur tout ce qu'il rencontre, porte l'effroi dans tout le pays, et répand au loin le germe de sa terrible maladie : raison de plus pour son maître, désireux de secouer à tout prix la responsabilité de ces ravages, d'affirmer de plus belle que son chien n'avait pas été mordu, ou tout au moins ne l'avait pas été par un animal enragé : et voilà un nouveau cas porté au compte de la rage spontanée! C'est ainsi que se passent les choses.

A ces considérations, il faut ajouter que l'irrégularité et les inégalités de durée de la période d'incubation du virus rabique sont bien propres à en imposer même à la bonne foi, soit en laissant le temps d'oublier la morsure faite à une date assez reculée, soit en donnant lieu de penser, après un long retard, que cette morsure était simple et hors de toute condition virulente.

L'opinion générale est que la rage, chez le chien, se développe au plus tard dans six semaines. Il en résulte que s'il y a une incubation attardée (et pourquoi n'y en aurait-il pas?), si la rage ne se manifeste que six mois, un an après la morsure faite, ou bien on l'aura oubliée, ou bien encore on trouvera plus naturel d'expliquer le fait par la spontanéité qui ne répugne pas aux idées reçues, que par une inoculation dont on ne se souvient plus.

Et pourtant, qui oserait préciser les limites absolues de la durée de l'incubation? Chez l'homme, cette durée est en moyenne de trente à quarante jours : mais, qu'ils sont nombreux les exemples où elle est allée bien au delà! par l'effet de particularités inconnues ou d'anomalies dépendantes de la constitution individuelle, elle s'est souvent prolongée jusqu'à un an et plus. Dans ses rapports sur les cas de rage observés en France pendant les années 1850, 1851, 1852, M. Tardieu signale deux cas dont l'incubation avait été de sept mois, deux autres dans lesquels elle avait été de neuf mois, et un dans lequel elle avait duré onze mois. On lit dans des auteurs recommandables des cas assez nombreux de ces incubations paresseuses, dont quelques-unes n'ont abouti à la rage confirmée qu'après un laps de douze ans.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (1);

Recueillies par M. Richard-Maisonneuve, interne du service.

Deuxième Leçon. (Suite.)

II. *Varus équin.* — Cette forme est beaucoup plus commune que la précédente. Elle constitue le varus commun ou ordinaire, dans lequel l'extension de l'arrière-pied est une règle tellement générale, qu'on se dispense souvent de dire *varus-équin* et qu'on dit *varus* tout court.

Depuis la simple adduction exagérée, associée à une légère extension, jusqu'au point où le pied est replié sur le côté interne de la jambe, il y a bien des degrés; nous en établirons trois.

Dans le premier, l'avant-pied forme avec l'axe normal du pied un angle obtus.

Dans le deuxième, l'axe de l'avant-pied et celui de la jambe se rencontrent à angle droit.

Dans le troisième, ces mêmes axes forment un angle plus petit que l'angle droit. Le renversement du pied est si considérable que son dos repose sur le sol.

A. *Premier degré.* — Les caractères du premier degré sont ceux que nous venons d'assigner au varus direct, plus ceux qui résultent de l'élévation du talon. Le calcanéum, outre sa rotation en dedans autour de son axe antéro-postérieur et son pivotement autour de son axe vertical, présente une inclinaison qui abaisse son extrémité antérieure; le talon est porté à la fois en dedans et en haut; l'astragale est également abaissé en avant; sa poulie se découvre en partie et se trouve à nu sous les parties molles du coude-pied.

Ce mouvement des os de la rangée postérieure du tarse abaisse non seulement la pointe du pied, mais aussi son bord externe, déjà entraîné en bas par le mouvement d'adduction. Le dos du pied est tourné en avant en même temps qu'en dehors, et sa plante en arrière et en dedans. Dans la station, le poids du corps ne porte que sur la partie antérieure du bord externe et sur le sommet de l'angle qu'il forme avec le calcanéum. Cet angle tend à se fermer davantage; il n'est maintenu que par la rencontre des os et par la résistance des ligaments et des muscles allongés.

B. *Deuxième et troisième degrés.* — Le deuxième degré, auquel je réunis le troisième, est le pied-bot varus par excellence; aussi y insisterai-je plus longuement.

Dans ce deuxième degré, la flexion de l'avant-pied en dedans et en bas, sa rotation de dehors en dedans, sont portées à un tel point, que le pied est à la lettre plié en deux. L'astragale et le calcanéum, malgré leur inclinaison, ont en effet, comme à l'ordinaire, leur grand axe dans un plan assez exactement antéro-postérieur, tandis que le reste du pied a son axe dans un plan transversal, et fait avec la rangée postéro-tarsienne un angle à peu près droit.

Cette déformation si considérable du pied provient des désordres de l'articulation médio-tarsienne. Il s'établit dans cette articulation une véritable luxation, comme l'avait déjà dit Hippocrate, luxation incomplète, il est vrai, sub-luxation, mais enfin changement très réel des rapports articulaires. Ce changement est surtout remarquable dans le scaphoïde; le grand diamètre de cet os, de transversal qu'il est normalement, est devenu antéro-postérieur; sa facette articulaire concave est tournée en dehors; celle qui porte les os cunéiformes est en dedans; son tubercule, ordinairement saillant au bord interne du pied, s'enfonce et disparaît au-dessous de la malléole interne. La plus grande partie de la tête astragalienne est ainsi mise à nu sous les parties molles. Le cuboïde suit ce mouvement, il abandonne presque entièrement la facette du calcanéum, pour s'articuler plus bas et plus en dedans avec cet os.

On comprend aisément le sens et l'étendue du déplacement du scaphoïde, en se rappelant la disposition des muscles jambier postérieur et antérieur, qui s'insèrent, l'un au scaphoïde et au premier cunéiforme, l'autre à ce dernier os et au premier métatarsien, et qui sont les agents essentiels de la luxation astragalo-scaphoïdienne.

Il est moins facile de déterminer les agens du déplacement du cuboïde. Le poids du corps contribue peut-être à ce déplacement, mais son mouvement doit surtout résulter de ce qu'il est entraîné par les os voisins.

L'angle médio-tarsien se traduit sur le vivant par la saillie de la tête de l'astragale au dos du pied, par celle de l'extrémité antérieure du calcanéum vers son bord externe. On retrouve sur ce bord externe du pied les deux côtés de l'angle, perpendiculaires l'un à l'autre, se rencontrant à l'articulation calcanéo-cuboïdienne.

(1) Voir les numéro des 8 et 17 juillet 1856.

---

nous roulons ici dans un cercle vicieux. La Presse médicale ne peut réaliser ce beau programme qu'à la condition d'être un but, et vous venez de voir qu'elle ne peut être cela. Les précédentes considérations générales ne sont pas les seules. Il y a, vous le savez, des empêchements légaux, une jurisprudence sévère, des pénalités terribles contre qui dépasse la limite souvent imperceptible entre la critique permise et la critique défendue, contre qui franchit la ligne idéale et aussi fictive que les lignes de la sphère qui sépare la science médicale des sujets de par la loi pour nous inabordables; contre qui s'expose — et le moyen de ne pas s'y exposer vingt fois par numéro? — au terrible droit de réponse, épouvantail des Journalistes, et qui, institué contre la critique dite personnelle et directe — y a-t-il une critique qui ne soit ni personnelle ni directe? — a complétement amolli, affadi, anémié la critique scientifique et littéraire.

Mais ce n'est pas encore tout, Monsieur; le Journalisme médical est, par dessus tout, un Journalisme professionnel, c'est-à-dire le Journalisme le plus difficile, le plus délicat, le plus scabreux; celui dont les appréciations sont, de toute nécessité, personnelles, et la critique fatalement directe. Tout ce que le Journaliste peut dire d'une leçon de professeur, d'un discours d'académicien, d'un livre, d'une opération, d'un traitement, d'un diagnostic, d'un acte médical quelconque, vient inexorablement retentir en bien ou en mal, sur l'homme, sur le médecin, sur un individu exerçant une profession, individu auquel vous êtes condamné ou à faire du bien, ce qui souvent ne vous soucie, ou à faire du mal, ce que toujours vous voulez éviter.

Que feriez-vous, Monsieur, je le demande à votre cœur bon et sensible, si après une appréciation d'une discussion académique, d'un ouvrage, d'une leçon, d'une candidature, vous voyiez arriver un confrère, un homme que vous aimez peut-être, ou contre lequel vous n'avez aucun ressentiment, et qui, affligé et éploré, vient vous tenir ce langage : « Ah! quel mal m'a fait votre article! ma consultation en a baissé (textuel). Vous en voulez à ma clientèle (*sic*). Vous m'ôtez le pain de la bouche (historique). » Voyons, que feriez-vous?

Je sais bien ce que vous pouvez me répondre de la hauteur austère des principes. Mais après tout, le journaliste vous répondra : *Homo sum.* Pas plus que vous je n'ai le cœur doublé et chevillé en cuivre, et puisque ma critique a des effets professionnels si désastreux, je vais la tempérer et jouer *con sordina.*

Voilà, Monsieur, données par un homme du métier, quelques-unes des raisons qui peuvent plaider les circonstances atténuantes pour ce pauvre Journalisme médical, tel qu'il est, et tel hélas! qu'il peut être dans les conditions qui lui sont faites par les goûts, les habitudes, les mœurs du plus grand nombre.

Le Journalisme peut-il modifier ou transformer ces tendances et ces mœurs générales? Vous le croyez, Monsieur, et vous l'y excitez de votre généreuse ardeur; vous poussez même la bonté jusqu'à lui indiquer le moyen d'obtenir ce résultat. Vos conseils sont aussi intelligents que sages. Je crains seulement qu'ils ne soient profitables qu'à un nombre très restreint de porte-plumes, qu'à ces rares, naïfs et incorrigibles esprits qui ont pris trop au sérieux le Journalisme, et qui persistent, malgré de cruelles épreuves, à le considérer comme but plus que comme moyen.

Quoi qu'il en soit, et votre précieuse semence ne dût-elle tomber que sur une terre infertile, je vais la retenir pour mon propre compte.

Laissant au Journalisme actuel le soin de reproduire et de transmettre le mouvement quotidien de la science et de l'art, vous voudriez encore qu'il se fît le *présenteur* d'idées, d'une seule idée, même, au développement et à la propagation de laquelle il consacrerait ses moyens et ses efforts.

Pourquoi, Monsieur, n'avoir pas précisé davantage votre *desideratum*? Une idée, mais de quel ordre? Un journal qui s'adresse aux médecins, un journal tel au moins que je le comprends, ne peut s'alimenter exclusivement ni de science et de pratique, ni de questions professionnelles. Il lui faut une juste proportion dans ces deux éléments de publication, et c'est précisément la mesure dans cette proportion qui doit faire son intérêt et son succès.

Sur quel de ces deux éléments doit-il s'efforcer de faire naître et de propager l'Idée?

Vous allez me répondre : sur les deux, si c'est possible.

Possible, c'est possible, mais reconnaissez que c'est aussi bien difficile.

Voyez, dans l'ordre scientifique, une Idée à produire ne peut être qu'une idée générale, qu'un principe, qu'une philosophie médicale, disons le mot; or, êtes-vous bien assuré qu'un journal puisse faire un choix intelligent et profitable entre les idées, les principes et les philosophies qui divisent les esprits en médecine? Parmi le vague, la confusion, l'incohérence, l'individualisme des croyances, au milieu d'une science qui s'affirme et qui se nie deux ou trois fois par siècle, en présence de savants qui nient la réalité de l'art, et d'artistes qui nient la réalité de la science, au sein de ce désordre, de cette anarchie, de ces affirmations superbes et de ces négations stériles, où voulez-vous que le Journalisme, c'est-à-dire l'œuvre quotidienne, actuelle, pressante et toujours pressée, l'œuvre d'une improvisation incessante et épuisante, trouve le temps, l'occasion, l'opportunité de se recueillir, de choisir un *criterium*, de passer au crible de la raison, de l'observation, de l'expérience, les idées innombrables qui se partagent les esprits?

Cependant, Monsieur, et vous êtes assez juste pour le reconnaître, il y a, dans le Journalisme actuel, des tendances, des velléités, des aspirations vers le *desideratum* que vous avez formulé. La Presse médicale, dans l'ordre philosophique, cherche ses voies avec incertitude, cela est vrai, avec inquiétude, c'est évident, mais comme avec le secret instinct de les trouver, et je l'assure, quand elle aura mis le pied dans ce monde nouveau, dont elle sera le Colomb et le Vespuce, c'est par elle seule que seront transformés notre science et notre art.

Mais vous m'appelez, Monsieur, sur un autre terrain, vous évoquez mes souvenirs les plus chers, vous ranimez mes plus précieuses espérances, vous faites appel à mes sentiments les plus vifs et les plus chauds, vous me parlez de la transformation professionnelle par l'Association, et vous me provoquez à pousser résolûment à son accomplissement.

Le temps et l'espace me manquent aujourd'hui pour vous répondre sur ce second point de votre trop gracieuse épître. Je remets cet honneur et ce plaisir à un prochain article.

Amédée Latour.

Ces deux côtés sont formés, l'un par le calcanéum, l'autre par le cuboïde et le cinquième métatarsien. Ces deux derniers os sont eux-mêmes un peu coudés l'un sur l'autre, de manière que l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien forme une troisième saillie osseuse sur le côté convexe de l'angle médio-tarsien.

Du côté rentrant, cet angle, très distinct sur le squelette, est beaucoup moins marqué sur le vivant; le vide qu'il forme est comblé par les parties molles de la plante du pied, et il en résulte une surface triangulaire empiétant plus ou moins sur la face dorsale ou plantaire, et d'une grande importance pour la locomotion, car c'est elle qui constitue la nouvelle base de sustentation.

Mais, quelles que soient les déformations profondes causées par les nouveaux rapports des articulations tarsiennes, elles ne constitueraient pas encore le pied-bot complet, s'il ne venait s'y ajouter l'extension forcée de l'articulation tibio-astragalienne. Le rôle de cette extension dans la production de cette difformité n'a peut-être pas été suffisamment compris.

Quand l'extension vient à agir sur un pied ainsi déformé, voici ce qui arrive : l'avant-pied exécute un quart, un tiers de révolution sur son grand axe; pendant que l'arrière-pied s'incline en avant, se relève en arrière; il en résulte une forte inclinaison en avant du dos du pied, et la plante regarde en arrière.

Si l'extension est très considérable, comme dans le troisième degré, le pied se tourne sens dessus dessous; sa plante regarde directement en haut, et sa face dorsale repose sur le sol. C'est la réunion de l'adduction forcée du pied avec cette extension plus ou moins étendue, qui produit ce qu'on appelle l'*enroulement* du pied. Le mouvement de la poulie astragalienne sur la mortaise péronéo-tibiale peut dépasser, comme celui du scaphoïde, les limites de l'extension normale et constituer de même une subluxation. Le tibia repose alors en arrière sur la face postérieure de l'astragale; il peut même se trouver en rapport avec le calcanéum.

Il résulte de cette extension du pied, s'ajoutant au varus direct, que le talon ne porte plus sur le sol. A la longue, il se forme un autre talon au sommet de l'angle médio-tarsien. Ce talon occupe une étendue plus ou moins grande du bord externe de la face plantaire et même de la face dorsale du pied. Il répond au cuboïde et à l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, et même, quoique plus rarement, à l'extrémité antérieure du calcanéum et à la tête de l'astragale. La peau de cette région devient épaisse, calleuse; le tissu cellulaire s'épaissit; il s'y développe une véritable bourse muqueuse.

Je n'ai point parlé, jusqu'ici, des os placés au-devant du scaphoïde et du cuboïde. Ils suivent le mouvement de ces derniers. Cependant ils peuvent aussi être attirés par leurs muscles propres, s'incliner en dedans, augmenter ainsi la courbure du pied, en la rendant plus générale, et rapprocher encore davantage le gros orteil du côté interne de la jambe, comme on le voit surtout chez les nouveau-nés. Le pied peut perdre alors complétement sa forme allongée, devenir en quelque sorte circulaire, comme vous en avez un exemple sous les yeux. C'est là le vrai pied-*bot* dans le sens primitif du mot, le pied *rond, tronqué, obtus*. Enfin, il y a aussi des déviations des orteils : ils se renversent souvent sur l'avant-pied et passent les uns sur les autres.

Voici maintenant plusieurs enfants porteurs de pieds-bots, sur lesquels nous allons examiner ensemble les différents caractères que je viens de vous exposer.

Cette petite fille porte un pied-bot congénial; sa mère nous dit qu'elle s'est beaucoup fatiguée pendant sa grossesse. L'enfant n'a pas éprouvé de convulsions depuis sa naissance; elle est forte et intelligente. Elle avait un pied-bot du deuxième degré, il y a trois ans; la section du tendon d'Achille, faite à cette époque, a transformé ce pied-bot en varus du premier degré. Le pied forme un angle obtus avec la jambe; le talon porte à peine; la base de sustentation est constituée par la partie antérieure du bord externe, sur lequel s'est déjà développée une bourse muqueuse. Remarquez aussi l'atrophie des gastro-cnémiens de ce côté, comparés aux muscles de l'autre jambe. La mère nous dit que la jambe du pied-bot est plus courte que l'autre. Les abducteurs continuent d'agir; il y a de légers mouvements latéraux; mais la flexion et l'extension sont presque abolies, bien qu'il n'y ait pas de paralysie. Le pied est court, ramassé. Dans ce cas, nous ne trouvons pas de cause héréditaire, ni d'autres causes faciles à apprécier.

Voici un garçon porteur d'un léger degré de varus commençant; c'est à peine si le bord externe est courbé; le talon ne porte pas sur le sol. Ce varus n'est pas congénial; il s'est développé après des accès de fièvre suivis d'une paralysie dans laquelle la contractilité électrique est conservée, ainsi que l'a constaté M. Duchenne. De l'autre côté, existe un pied plat pathologique.

Sur cet autre garçon, vous voyez une élévation du talon si considérable, qu'on pourrait placer au-dessous l'épaisseur de deux doigts; c'est presque un simple pied-équin. Il a été primitivement varus, car l'enfant marchait d'abord sur le bord externe. L'autre pied était dans le même état; mais il a guéri seul et il s'est fait un grand développement spontané du long péronier latéral, ce qui prouve qu'à la naissance il y avait contraction et non rétraction. De l'autre côté, la déviation était plus avancée; il y avait déjà raccourcissement des adducteurs; le triceps sural a également résisté à ses antagonistes. La peau du talon est fine et douce.

Voici une petite fille qui vous offre le pied-bot classique, presque le deuxième degré. Il est congénial; il y a abaissement de la partie antérieure du calcanéum, extension très marquée dans l'arrière-pied, et grande élévation du talon.

Chez ce garçon, c'est un pied-bot double du premier degré. Cet enfant a subi deux opérations; dans une première, on a coupé quatre tendons, et vous voyez que le résultat est bien imparfait; ce qui prouve que l'opération n'est qu'un adjuvant. Dans la deuxième, on a coupé deux tendons. Il reste encore, malgré cela, un pied-bot du premier degré.

Cette jeune fille, qui est très nerveuse, a un pied-bot double et congénital. Cette enfant, opérée deux fois, à 8 mois et à 4 ans, offre aujourd'hui des formes qu'on peut appeler *artificielles*. M. Duchenne a découvert que, chez elle, l'extenseur des orteils, qui est fléchisseur-abducteur, s'est déplacé et est devenu, comme vous pouvez le voir, fléchisseur-adducteur. C'est un varus direct fait par l'art; le talon porte bien.

Enfin, voici un garçon affligé d'un pied-bot héréditaire double, du deuxième degré au moins. La mère a aussi un double pied-bot. L'enfant appuie sur le bord externe de chaque pied; le talon est relevé. Dès les premières semaines, un chirurgien chercha à redresser ces pieds à l'aide d'attelles de bois; ce traitement, continué jusqu'à l'âge de 2 ans 1/2, a amené des changements dans la déviation et l'a presque convertie en un simple pied-équin.

OBSTÉTRIQUE.

NOTE SUR UNE CAUSE PEU CONNUE DES VOMISSEMENTS DES FEMMES ENCEINTES, ET SUR LE MOYEN D'Y REMÉDIER;

Lue à l'Académie impériale de médecine, dans la séance du 15 Juillet 1856,

Par M. le docteur René Briau.

Tout le monde connaît les difficultés que le médecin éprouve la plupart du temps à arrêter les vomissements des femmes enceintes; et cependant ces accidents donnent lieu à un état toujours très pénible, souvent grave, quelquefois même mortel. L'avortement, auquel on est obligé parfois d'avoir recours, comme à une ressource suprême, outre que son emploi répugne à beaucoup de médecins, n'est pas d'ailleurs un remède sans inconvénients, ni même sans danger. Si donc il existe des moyens de reconnaître une des causes qui donnent naissance à ces vomissements incoercibles, et si, cette cause étant découverte, il se présente immédiatement la possibilité de les faire cesser, je pense que c'est rendre service tout à la fois à la science et à la pratique que de leur donner la plus grande publicité. Ce sont ces motifs qui m'engagent à soumettre à l'appréciation de l'Académie le fait suivant, que j'ai observé avec soin et avec le plus grand intérêt :

Obs. — Mme X..., âgée de 25 ans, est bien constituée, d'une bonne santé habituelle; son tempérament est lymphatique-nerveux. Elle est devenue enceinte une première fois il y a six ans, et sa grossesse a été exempte de tout accident ; l'accouchement a eu lieu dans de bonnes conditions, et le rétablissement a été complet et assez prompt.

Une seconde grossesse a eu lieu il y a trois ans, et, à part quelques malaises et quelques vomissements dans les premiers mois, on peut dire que cette grossesse a été heureuse, quoique un peu moins bonne que la première. Ce second accouchement a été facile et prompt, mais les suites en ont été troublées par un incident des plus fâcheux. En effet, Mme X... sortait pour la première fois en calèche avec son premier enfant, âgé de 3 ans, lorsque celui-ci, dans un mouvement brusque, fut jeté en dehors de la voiture sur le pavé. La mère crut d'abord que la voiture avait passé sur le corps de son fils. Heureusement il n'en était rien, et l'enfant n'avait reçu aucun mal; mais l'émotion de la mère avait été violente, et sa convalescence en fut fortement éprouvée. Aussi, depuis cette époque, elle a été affectée d'un écoulement blanc, médiocrement abondant, qui a persisté depuis deux ans, et qui a amené du trouble et de la douleur dans les fonctions digestives. Toutefois, les époques menstruelles n'en ont éprouvé aucun dérangement.

Mme X... est devenue enceinte une troisième fois vers le commencement de mars 1856. Elle s'en aperçut par quelques malaises spéciaux et surtout par l'absence de ses règles au commencement d'avril. Des vomissements peu fréquents d'abord se manifestèrent vers le milieu de ce dernier mois, et continuèrent en augmentant graduellement. Peu à peu leur fréquence et leur intensité devinrent telles, que la malade fut obligée de garder le lit à partir des premiers jours de mai. Bientôt son estomac ne put retenir ni digérer aucune espèce de nourriture. Pendant tout ce mois de mai, elle fut affectée d'une douleur gastralgique intolérable, de constipation et de soif ardente. A ces symptômes persistants se joignirent de temps en temps des spasmes et des mouvements cloniques des membres extrêmement pénibles, puis un abattement et un découragement profonds, et des insomnies qu'on parvenait difficilement à vaincre par l'administration de la morphine suivant la méthode endermique. Ce sommeil morphique, d'ailleurs, n'était point réparateur. L'amaigrissement fit des progrès d'autant plus rapides que la malade pouvait à peine garder de temps à autre un peu d'eau.

Appelé à donner mes soins à Mme X... dès le 2 mai, j'eus bientôt épuisé, sans aucun profit, toutes les ressources de la thérapeutique ordinaire, et cela avec d'autant moins de succès que l'estomac se refusait à garder aucun médicament. Une médication externe assez énergique fut également employée sans produire d'amélioration sensible.

Cependant la famille était vivement alarmée, et quelques personnes me demandaient de songer à la ressource extrême de l'avortement. Mais je n'étais point encore convaincu de l'urgence ni de l'opportunité d'un moyen aussi grave. Dans l'embarras où je me trouvais, je sollicitai, le 21 mai, l'intervention de M. le professeur Moreau, qui était l'accoucheur de Mme X... Dans une consultation qui eut lieu en effet, M. Moreau conseilla l'emploi de divers moyens, dont on n'obtint qu'un faible soulagement momentané. Il ajouta que très probablement les vomissements cesseraient lorsque l'utérus aurait acquis assez de développement pour franchir l'excavation du bassin.

C'est alors que le mari de la malade me demanda avec insistance de permettre l'essai de la médecine homœopathique. Cette demande me parut impérative, et je me retirai pour laisser une entière liberté à cette expérience extra-médicale.

Le 2 juin, je fus rappelé; l'essai homœopathique avait échoué, et l'état de la malade s'aggravait.

Depuis longtemps, et même avant cette dernière grossesse, j'avais acquis la conviction que les organes génitaux internes de Mme X... étaient affectés de quelque altération, soit de texture, soit de position. La persistance de l'écoulement leucorrhéique m'avait donné cette pensée; mais la répugnance extrême de la malade à se prêter aux moyens de s'en assurer m'avait empêché d'insister à cet égard. Toutefois, en réfléchissant aux accidents de cette grossesse, j'exprimai à quelques personnes de la famille l'idée qu'un examen attentif des organes génitaux me paraissait nécessaire, d'autant plus que l'écoulement blanc n'avait pas discontinué depuis le commencement de la grossesse. Je les engageai, en conséquence, à préparer la malade à cet examen. J'y fus d'autant plus incité, qu'en palpant avec attention l'abdomen, je n'avais senti aucune dureté, aucune tuméfaction qui indiquât un développement quelconque de l'utérus, et cependant la malade croyait être arrivée à la fin du troisième mois de sa grossesse, et, dans l'état de maigreur où elle se trouvait, il était naturel de penser qu'on sentirait facilement l'augmentation de volume de la matrice que comporte cette époque de son évolution.

M. Moreau, dont j'avais de nouveau sollicité le concours, vint le 4 juin. Il ne sentit pas plus que moi le développement de l'utérus par le palper du ventre, et il se livra immédiatement à l'examen des organes génitaux internes. Après avoir introduit le doigt dans le vagin, il sentit que l'utérus était en état de rétroversion incomplète, et qu'en outre cet organe était profondément logé dans l'excavation du bassin. Il constata qu'il se trouvait incarcéré dans la courbure du sacrum et resserré de toutes parts dans cette espèce de cul-de-sac, sans pouvoir franchir l'angle sacro-vertébral. Aussitôt après s'être bien assuré de ces circonstances, par une manœuvre habile et prudente autant qu'heureuse, il dégagea la matrice de cette situation anormale en la faisant remonter et en la ramenant ainsi dans l'axe du détroit abdominal.

A la suite de cette opération, qui n'occasionna aucune douleur, Mme X... se sentit immédiatement soulagée. Le même jour, les vomissements cessèrent, et la malade put prendre et digérer quelques aliments légers. La nuit suivante, elle dormit bien. En un mot, à partir de ce moment, elle recouvra graduellement, mais rapidement, l'appétit, le sommeil, le calme, c'est-à-dire la santé, qui ne s'est pas démentie jusqu'à ce jour. J'ajoute qu'en moins de quarante-huit heures le ventre prit son développement normal et proportionnel à l'époque présumée de la grossesse.

J'ai à peine besoin de faire ressortir les circonstances de ce fait et l'intérêt pratique considérable qu'il me paraît offrir. Une cause pour ainsi dire toute mécanique retient l'utérus enclavé dans la courbure du sacrum et s'oppose au développement normal de cet organe; de là une perturbation générale et des vomissements incoercibles. Cet enclavement paraît provenir lui-même de la rétroversion incomplète de l'utérus. Une fois cette circonstance bien déterminée, l'indication thérapeutique devient positive; elle est mécanique comme la maladie elle-même, et consiste à dégager l'organe et à le remettre flottant dans le ventre par une manœuvre simple et en général facile. La guérison instantanée d'accidents formidables est la suite immédiate de cette petite opération.

Les conclusions de ce fait sont : 1° que l'enclavement de l'utérus gravide dans la concavité du sacrum est une cause de vomissements incoercibles; 2° que, dans ce cas, le dégagement mécanique de l'organe fait immédiatement cesser les accidents.

Je dois ajouter que M. le professeur Moreau m'a dit avoir rencontré plusieurs fois des cas semblables où la même manœuvre a été suivie d'un égal succès; ce qui prouve que ces sortes d'accidents ne sont pas très rares, et qu'il est utile que les praticiens en aient connaissance.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 11 Juin 1856. — Présidence de M. Guérard.

Sommaire. — Lecture d'un mémoire *sur le son tympanique de la poitrine*, par M. Woillez. Discussion : MM. Aran, Legroux.

M. Woillez lit un travail intitulé : *Du son tympanique ou tympanisme thoracique dans les maladies.*

L'auteur ne fait pas une histoire complète du son tympanique, mais donne l'analyse de dix-neuf observations qu'il a recueillies à l'Hôtel-Dieu et à la Pitié, depuis la publication dans les *Archives de médecine* de ses *Études sur les bruits de percussion* (1855). Il s'attache à démontrer que le son tympanique, qu'il considère uniquement comme *exagération d'intensité de la résonnance de percussion*, n'a d'importance comme signe que si l'on tient compte de son siége, soit des deux côtés de la poitrine à la fois, soit d'un seul côté. Il ne s'agit, dans ce mémoire, que du tympanisme produit par la percussion au niveau du poumon. En voici les conclusions principales :

A. *Tympanisme siégeant à droite et à gauche de la poitrine à la fois.*

1° La percussion fait constater fréquemment chez l'adulte, en arrière de la poitrine des deux côtés, et vers sa partie inférieure, un son tympanique non décrit par les auteurs.

2° Ce double son tympanique postéro-inférieur s'observe dans des affections aiguës très diverses, sans y être un phénomène constant : dans l'affection typhoïde, la variole, la bronchite, parfois la pneumonie; et *il disparaît avec ces maladies.*

3° On peut le rencontrer d'une manière plus persistante dans des maladies chroniques, comme certaines affections organiques du cœur, chez certains tuberculeux, et peut-être dans l'emphysème pulmonaire.

4° La congestion pulmonaire paraît être la condition anatomique de ce double tympanisme postéro-inférieur.

5° Dans certains cas, ce son tympanique double en arrière coïncide avec un son tympanique occupant en avant les parties supérieures du thorax, également des deux côtés. Dans les cas de maladies aiguës, ce

double tympanisme paraît dû, en avant comme en arrière, à la congestion pulmonaire.

6° Sous les clavicules, il doit être attribué à l'emphysème dans certains faits où il persiste plus longtemps. Mais il n'est pas encore démontré que ce tympanisme puisse dépendre, lorsqu'on le rencontre chez des phthisiques, de l'infiltration tuberculeuse des poumons.

7° Une pneumonie *localisée et limitée d'un seul côté* peut coïncider avec un son tympanique postéro-inférieur ou antéro-supérieur, *siégeant à droite et à gauche à la fois*, tympanisme double que l'on doit rapporter alors à la congestion pulmonaire qui accompagne la pneumonie.

B. *Tympanisme siégeant d'un seul côté.*

1° Le son tympanique, sur un des côtés de la poitrine en avant, est principalement rencontré (en dehors des cas d'emphysème pulmonaire) dans la pleurésie et la pneumonie.

2° Ce son tympanique a occupé une des régions sous-claviculaires, mais avec une prédilection de siége pour le deuxième et surtout le troisième espace intercostal (au-dessus de la quatrième côte), aussi bien dans la pneumonie que dans la pleurésie.

3° Dans la pleurésie, le son n'était pas perçu nécessairement au niveau supérieur de l'épanchement, ni en rapport avec ses progrès. Il est apparu dès les premiers jours de la maladie, il a persisté ensuite dans un cas pendant toute sa durée et même quelques jours après la résorption du liquide.

4° Dans un cas d'épanchement pleurétique abondant avec matité antérieure, le son tympanique suivait le niveau de cette matité, qui se déplaçait suivant la position assise ou couchée du malade.

5° Dans la plupart des cas de pneumonie, le son tympanique a été *antéro-supérieur* comme dans la pleurésie, quel que fût le siége inférieur ou supérieur de la pneumonie.

6° Dans certains cas de cette dernière maladie, le tympanisme sous-claviculaire d'un côté a annoncé la pneumonie *avant les signes fournis par l'auscultation.*

7° En arrière, l'exagération tympanique du son peut être localisée d'un côté : au niveau d'un noyau d'*hépatisation peu profonde* du poumon, et de l'engorgement qui avoisine une *gangrène pulmonaire* partielle, de même qu'au niveau de certaines *tumeurs du poumon*, séparées de la plèvre par une petite couche de tissu pulmonaire encore perméable à l'air.

M. Aran : Il faudrait que l'intéressant travail, dont nous venons d'entendre la communication, fût imprimé, pour que l'on puisse s'en former une idée précise. Cependant, je demanderai à M. Woillez quelques explications qui ont une certaine importance. D'abord la base même de son mémoire me paraît attaquable en ce que, s'étant occupé du bruit tympanique en dehors du pneumo-thorax, il a négligé l'un des points de comparaison les plus importants. M. Jagsch, de Prague, venu dernièrement dans mon service à l'hôpital Saint-Antoine, a la prétention de diagnostiquer les affections thoraciques avec le plessimètre et l'auscultation, sans interroger les malades, et très souvent il réussit. Lui ayant présenté un sujet atteint de pneumo-thorax, il percuta et annonça qu'il ne s'agissait pas d'une pleurésie, mais d'un épanchement aériforme de la plèvre, puisque, dans la pleurésie, le son tympanique sous-claviculaire ne descend jamais plus bas que la quatrième côte à droite et que la troisième à gauche, tandis que, chez le malade soumis à son observation, le son tympanique était beaucoup plus étendu. M. Woillez a donc négligé un point essentiel de son sujet en gardant le silence sur le pneumo-thorax.

Un autre ordre d'objections s'adresse à la généralité des faits admis par notre collègue. Y avait-il réellement son tympanique dans tous les cas? J'en doute. Quel est, en effet, le type du bruit tympanique? C'est évidemment celui que Skoda a signalé dans la pleurésie, et M. Woillez ne nous dit pas si, dans les faits qu'il a observés, le son se rapprochait de ce type et présentait les mêmes caractères, le même ton. Je suis donc porté à penser qu'il y a eu quelque erreur dans son appréciation.

La congestion comme cause du phénomène dans un certain nombre de faits ne me paraît pas suffisamment établie, et je crois que la valeur de cette cause a été exagérée. L'explication du son tympanique par la congestion est, d'ailleurs, très difficile à comprendre. Je ne puis admettre non plus que, dans la pleurésie et la pneumonie, le bruit tympanique ne soit signalé qu'à la partie antérieure du côté affecté; on le trouve aussi en arrière, et en dehors du niveau de l'aisselle. Enfin, ce phénomène me paraît être bien évidemment un signe de pleurésie, mais non de pneumonie.

M. Woillez : Comme je l'ai dit au commencement de mon travail, je n'ai pas voulu donner une histoire complète du son tympanique, mais présenter l'analyse d'un certain nombre de faits cliniques qui me paraissent éclairer la question. Pour cela, je n'avais pas à m'occuper du pneumo-thorax, dans lequel l'exagération tympanique du son n'est contestée par personne; et d'ailleurs je n'ai voulu parler que du son tympanique dont le poumon est le siége.

M. Aran doute que j'aie réellement rencontré le son tympanique dans les faits que j'ai recueillis. Ce doute vient uniquement du point de vue différent où nous nous plaçons l'un et l'autre. Pour moi, le tympanisme n'est pas un son particulier, mais une simple modification de la résonnance de percussion, modification consistant en une exagération d'intensité indépendante de tout autre caractère. J'ai insisté déjà sur la nécessité de distinguer à part l'intensité et la tonalité des bruits de percussion dans le mémoire que j'ai inséré l'an dernier dans les *Archives de médecine*, et j'y insiste de nouveau; car, confondre ces deux éléments, qui ont chacun leurs conditions particulières, puisqu'on les rencontre souvent isolés, c'est maintenir une confusion regrettable, c'est renoncer à trouver l'explication des phénomènes complexes de percussion.

On comprend dès lors que je ne puisse admettre, avec M. Aran, que le type du son tympanique soit celui de la pleurésie. C'est en adoptant cette manière de voir que Skoda a produit la regrettable confusion que présentent aux observateurs les caractères du son dit par lui *tympanique*. Le bruit sous-claviculaire dans la pleurésie est, en effet, une résonnance de percussion complexe, ce qui tient surtout à la combinaison fréquente du tympanisme et de l'acuité plus ou moins prononcée du son; ce qui tient encore à ce que ce tympanisme et cette acuité peuvent se rencontrer isolés dans la pleurésie. C'est sans doute à des bruits dans lesquels l'acuité seule existait, que Skoda donne la qualification de *son tympanique sourd*, que l'on ne saurait raisonnablement adopter. On voit donc que, loin de considérer le son tympanique de la pleurésie comme le veut M. Aran avec Skoda, il faut l'analyser et en dissocier les éléments pour le bien comprendre. Mes observations justifient complétement cette manière de voir, comme je le montrerai en communiquant à la Société une autre mémoire clinique sur la tonalité, travail complémentaire de celui-ci.

Le type du son tympanique est, pour moi, celui qui présente une exagération d'intensité manifeste, indépendamment de toute modification de tonalité. J'ai indiqué dans mon mémoire comment on peut distinguer facilement le tympanisme des autres éléments des sons de percussion.

M. Aran nous a fait savoir que, pour M. Jagsch, de Prague, le bruit tympanique, dans la pleurésie, ne descend jamais plus bas que la quatrième côte à droite; *jamais* est trop absolu. J'ai aussi constaté la fréquence du phénomène plus grande qu'ailleurs au niveau des deuxième et troisième espaces intercostaux, et, par conséquent, au-dessus de la quatrième côte, et je suis heureux que ce fait se trouve également établi par les recherches que M. Jagsch a faites de son côté; mais il y a des exceptions, car je rapporte une observation dans laquelle le son tympanique est descendu inférieurement jusqu'à la cinquième et même la sixième côte. De plus, la même particularité de siége au-dessus du niveau de la quatrième côte peut exister aussi dans la pneumonie, et c'est à tort que M. Aran nie la valeur du tympanisme comme signe, dans cette dernière maladie, car ne pas l'admettre pour la pneumonie, c'est le rejeter aussi pour la pleurésie.

Il n'est pas exact, nous dit encore M. Aran, que le son tympanique dans la pleurésie et la pneumonie ne siégent qu'en avant, car il l'a souvent constaté en dehors du niveau de l'aisselle, et en arrière. Je l'admets comme lui, puisque mon mémoire contient à ce sujet une note; seulement je fais remarquer que cette étendue du son tympanique ne diminue nullement son importance à la partie antérieure, où il est toujours plus manifeste.

M. Legroux : Je ne puis m'empêcher de regretter la tendance que l'on manifeste à donner une valeur trop absolue au son tympanique dans les maladies thoraciques. Dans la pneumonie, c'est un simple épiphénomène que l'on retrouve en avant sous la clavicule, lorsque la pneumonie siége au sommet en arrière, comme j'en ai cité des exemples; mais on ne peut pas dire qu'il a une grande valeur comme signe. Ce n'est pas, en effet, le son tympanique qui a fait diagnostiquer par lui-même la pneumonie à M. Woillez, mais le point de côté, les crachats, la fièvre, etc. Dans la pleurésie, le son tympanique ne vient, comme accessoire encore, qu'après les autres phénomènes. On ne peut donc le considérer avec M. Woillez comme ayant une signification importante; c'est plutôt, selon moi, un embarras qu'un signe de quelque valeur.

J'ai peine à comprendre l'explication du tympanisme par la congestion. Que cette congestion coïncide avec lui, je l'admets parfaitement; mais pourquoi faire de cette congestion le point de départ du phénomène de percussion? N'y a-t-il pas autre chose qui peut aussi l'expliquer, comme, par exemple, une dilatation des vésicules pulmonaires voisines, que semble démontrer l'ampliation de la poitrine à la mensuration? La conclusion de M. Woillez ne me paraît donc pas justifiée.

M. Woillez : M. Legroux trouve regrettable la tendance à donner au son tympanique une valeur trop absolue comme signe de maladies thoraciques, et il n'y voit qu'un simple épiphénomène sans valeur. Je ne saurais partager son avis, jusqu'à ce qu'il me soit démontré que l'exagération tympanique du son n'a aucune signification sérieuse; car le fait est encore un problème à résoudre, pour lequel il faut d'abord étudier les faits, puis en tirer des conséquences. Pour ma part, c'est ainsi que j'ai agi. Chez un malade atteint de pneumonie, qui a une douleur thoracique présentant tous les caractères d'une névralgie dorso-intercostale aiguë, et qui expectore quelques crachats sanguinolents, je trouve un son tympanique au niveau du troisième espace intercostal du même côté, *sans aucun signe particulier à l'auscultation*, et, les jours suivants, à ce même niveau, les signes stéthoscopiques irrécusables d'une pneumonie, signes qui disparaissent avec le son tympanique lui-même : voilà le fait évident. Comme interprétation, je considère ce son tympanique, *qui a précédé l'apparition de tout autre signe local*, comme constituant par cela même un bon signe dans certains cas de pneumonie. Une autre fois, une pneumonie, limitée au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, s'accompagne, pendant toute sa durée, d'un tympanisme localisé dans ce point, au lieu de la matité que l'on rencontre plus souvent, je l'avoue, en pareil cas; et j'en conclus encore que le son tympanique doit être considéré comme signe d'engorgement inflammatoire du poumon. La conclusion me semble logique. Sans doute, les conditions pathologiques du bruit tympanique, considéré comme exagération du son de percussion, sont très nombreuses, et sa signification n'a rien de pathognomonique; mais cette diversité de conditions pathologiques est précisément un motif de chercher à bien déterminer les manifestations du phénomène, et, autant que possible, ses conditions anatomiques.

Tel a été le but de mon travail, qui a eu pour premier résultat de montrer que le son tympanique de la poitrine était fréquent vers la base en arrière des deux côtés, surtout dans les maladies aiguës; j'ai conclu des circonstances concomitantes que, dans la plupart des faits en question, la congestion seule pouvait expliquer le phénomène, en raison de son siége, et parce que, cette congestion disparaissant, le son tympanique disparaissait aussi. M. Legroux pense qu'il peut exister d'autres causes; c'est possible, et je suis loin de le nier. Mais il admet avec moi qu'il y a congestion, et cela me suffit, car c'est là le fait principal. La dilatation de la poitrine ne pouvant pas être due à l'emphysème, comme je crois l'avoir démontré, il ne restait que la congestion pulmonaire pour expliquer cette hypérémie, ce qui m'a fait admettre cette dilatation comme point de départ du son tympanique. L'objection principale de M. Legroux sur ce point, c'est que l'action de cette cause lui paraît inexplicable; mais je ne donne cette cause que comme condition anatomique, et, jusqu'à nouvelle explication plus intime, elle me paraît devoir être admise, quoi qu'on ne puisse l'expliquer théoriquement.

M. Legroux insiste sur l'importance des signes ordinaires de la pneumonie, à l'exclusion du son tympanique.

M. Woillez persiste à penser que le son tympanique, pas plus que les autres phénomènes, ne doit être négligé. Les faits qu'il a rapportés le prouvent.

Le secrétaire, Dr Woillez.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

GLYCÉRINE IODÉE CONTRE PLUSIEURS MALADIES DE LA PEAU;

Par le docteur M. Richter, de Vienne.

Cette solution est préparée en faisant dissoudre 1 partie d'iodure de potassium dans 2 parties de glycérine, et versant ce liquide sur 1 partie d'iode qui s'y dissout complétement. Cette solution a sur les solutions alcooliques, le grand avantage de ne pas se dessécher; par là les surfaces badigeonnées restent souples, et l'action et l'absorption de l'iode continuent encore longtemps. Pour l'employer, on l'étend sur les parties malades, que l'on recouvre de papier de gutta-percha, pour empêcher l'évaporation de l'iode et pour augmenter la perspiration des endroits touchés. L'appareil fut laissé en place pendant vingt-quatre heures, et le degré de la réaction réglait les pansements consécutifs, comme, par exemple, des fomentations d'eau froide, et l'opportunité de nouvelles applications. La solution iodée détermine de la douleur variable en intensité et en durée, selon l'état de la partie malade et la sensibilité de l'individu. Jamais, cependant, il n'y a eu un retentissement général, et les malades n'en furent nullement affectés. Après l'enlèvement de l'appareil, la peau était brune, quand elle avait été saine auparavant, et moins colorée, quand elle avait été malade. Sur les surfaces ulcérées, on ne trouvait plus de trace d'iode, déjà deux heures après l'application. Parfois l'action avait été assez vive pour produire des phlyctènes.

Le résultat des expériences commencées par M. Richter montre que cette teinture agit comme caustique; qu'elle a une action vraiment héroïque contre les différentes formes du lupus; que son efficacité est remarquable contre le goître non vasculaire, les ulcères scrofuleux, les ulcères syphilitiques constitutionnels; douteuse contre les chancres primitifs et l'eczéma, et nulle contre le psoriasis. Voici une des observations de lupus guéri :

Homme atteint de lupus hypertrophique depuis son enfance; toute la face était transformée en une masse informe, ulcérée en quelques endroits, et dans laquelle deux trous indiquaient les yeux, et une ouverture circulaire représentait la bouche. La peau du cou était tellement épaissie, qu'elle allait en ligne droite du menton au sternum. Pour diminuer les douleurs de l'application de la solution iodée sur une surface aussi étendue, on l'entreprit en deux portions, d'abord le cou et la mâchoire inférieure, et après leur guérison, le reste de la face. Chaque application causait des douleurs pendant deux heures, et dès la première, l'iode se retrouva dans l'urine en grande quantité. L'hypertrophie diminuait peu à peu, les tubercules se fondaient, se recouvraient d'une épiderme d'abord fine, devenant de plus en plus dense, et de petites cicatrices plates. Cinquante-cinq cautérisations, dans l'espace de trois mois, suffirent pour amener une guérison complète et inespérée. — *(Wiener med. wochenschrift*, 1855, n° 51.)

COURRIER.

La pensée d'un banquet à offrir à MM. les officiers de santé de l'armée de Crimée se poursuit. Un certain nombre de confrères, représentant les Académies, la Presse, la pratique civile, se sont réunis mardi dernier, pour aviser aux moyens d'exécution; une autre réunion est indiquée pour samedi. — Il faut espérer que ce projet, à la fois patriotique et confraternel, rencontrera en France la sympathie qu'il ne manquerait pas de trouver de l'autre côté de la Manche. — *(Gaz. hebdom.)*

— La Chambre des requêtes de la Cour de cassation a admis, à l'unanimité, le pourvoi du docteur Andreux, sur les conclusions conformes de M. Ferey, conseiller-rapporteur, et de M. Marnas, avocat-général. — Les motifs invoqués dans le rapport ne nous sont pas connus. L'affaire ne tardera pas à se présenter devant la Chambre civile.

— La médecine lyonnaise vient d'être cruellement éprouvée. A deux jours d'intervalle, elle a perdu deux de ses représentants les plus estimés, M. Colrat, ex-chirurgien en chef de la Charité, professeur d'accouchements à l'École de médecine, a succombé, le 11 juillet, à l'âge de 54 ans. C'était un de ces hommes qu'il faut avoir vus et écoutés, pour connaître l'empire qu'un esprit éminent peut exercer, soit pour consoler les malades, soit pour éclairer ses confrères. Praticien, d'ailleurs, d'un sens exquis, et que nul ne remplacera dans la manière distinguée dont il faisait la médecine morale.

M. de Polinière, mort le 13 juillet à l'âge de soixante-six ans, inspire d'universels et sincères regrets. Ancien médecin, et plus tard administrateur des hôpitaux de Lyon, ex-président de la Société de médecine, président perpétuel du comité de vaccine, président de l'Association de prévoyance et de secours des médecins du Rhône, la liste de ses titres, tous déférés par l'estime générale, montre quels vides il laisse. La douceur de son esprit né pour concilier, sa bonté qu'on n'invoquait jamais en vain, lui avaient fait une autorité dont le prestige, légitimement conquis, rappelait celle d'Orfila. Il n'en usa jamais que dans l'intérêt de chacun et dans celui de la profession, qui avait en lui un ardent défenseur. — *(Gaz. hebdom.)*

— On nous prie d'annoncer que S. E. Mehemed Dejemil, ambassadeur ottoman à Paris, a bien voulu accorder que tous les documents destinés à la Société impériale de médecine de Constantinople qui lui seraient remis, seraient expédiés à Constantinople par la voie de l'ambassade.

Essai sur les principaux points de la physiologie, par le docteur Boucher, professeur-adjoint à l'École de médecine d'Amiens. Un vol. in-8 de 400 pages. — Prix : 4 fr. 50 c.

Études chimiques, physiologiques et cliniques sur l'emploi thérapeutique du chlorate de potasse, spécialement dans les affections diphthéritiques, par le docteur E. Isambert, membre de la Société anatomique de Paris, etc. Un volume in-8 de 107 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

Recherches historiques sur l'épilepsie (mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, par le docteur Josat. Brochure in-8 de 36 pages. — Prix : 2 fr.

De l'utilité des citernes dans les établissements militaires ou civils et les maisons particulières, par le professeur Gama. Brochure in-8 de 36 pages. — Prix : 1 fr.

Ces quatre ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, 17, rue de l'École-de-Médecine, à Paris.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 88. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 22 Juillet 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — PARIS : Banquet offert par le corps médical de France aux médecins de l'armée et de la flotte d'Orient. — II. CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ (M. Trousseau) : Forme particulière de la gastrite chronique, comparée à l'ulcère simple et au cancer de l'estomac. — III. REVUE GÉNÉRALE : De la syncope sénile. — Des convulsions chez les enfants, considérées au point de vue étiologique. — Du sel de cuisine dans les fièvres intermittentes. — Fièvres intermittentes ; traitement par l'électricité. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médicale de Constantinople.* Suite de la discussion sur le typhus. — V. PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE : Du traitement de l'hydrocèle des nouveau-nés et des enfants à la mamelle. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Coup d'œil historique et critique sur la médecine et la chirurgie françaises au XIXe siècle.

PARIS, LE 21 JUILLET 1856.

BANQUET OFFERT PAR LE CORPS MÉDICAL DE FRANCE AUX MÉDECINS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE D'ORIENT.

La Commission constituée pour l'organisation de ce Banquet a décidé ce qui suit :

1° Sont engagés à souscrire au Banquet :

MM. les médecins civils;

Les médecins de l'armée et de la flotte qui n'ont point fait partie de l'expédition d'Orient;

Les aides-majors stagiaires du Val-de-Grâce;

Les internes des hôpitaux de Paris.

2° Le prix de la souscription est de quinze francs.

3° Les souscriptions seront reçues à partir du 22 juillet courant chez chacun des membres de la Commission, et, de plus, dans les bureaux de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie* (Victor Masson, éditeur, place de l'École-de-Médecine, 17), de l'*Union Médicale* (rue du Faubourg-Montmartre, 56), et de la *Gazette des hôpitaux* (rue des Saints-Pères, 40).

4° La souscription sera close le dimanche soir, 10 août.

5° Le Banquet est fixé au mercredi 20 août.

Un avis ultérieur fera connaître le local où il aura lieu.

Les souscripteurs de province pourront envoyer un bon de poste, contre le reçu duquel il leur sera fait parvenir une carte d'entrée au Banquet.

MM. les Invités sont priés de faire connaître leur acceptation avant le 10 août, par une lettre écrite à M. le docteur Maheux, secrétaire-trésorier de la Commission. Ils recevront aussitôt après une carte d'admission.

Les membres de la Commission du Banquet :

MM.

Le baron Paul DUBOIS, doyen de la Faculté de médecine, président de la commission, rue Monsieur-le-Prince, 12;

MAHEUX, docteur en médecine, secrétaire-trésorier de la Commission, rue des Jeûneurs, 39;

BOINET, membre de la Société de chirurgie, rue de la Banque, 20;

BOUILLAUD, professeur à la Faculté de médecine, rue Saint-Dominique-Saint-Germain, 32;

CERISE, docteur en médecine, rue de Sèze, 10;

CHASSAIGNAC, chirurgien des hôpitaux, rue de Richelieu, 60;

DECHAMBRE, rédacteur en chef de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, rue de Lille, 49;

JAMAIN, rédacteur de la *Gazette des hôpitaux* et des *Archives d'ophthalmologie*, rue Mazarine, 20.

LATOUR (Amédée), rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, rue du Faubourg-Montmartre, 56;

MAYER (Alex.), médecin de l'inspection générale de la salubrité et de l'hospice des Quinze-Vingts, boulevart du Temple, 35;

NÉLATON, professeur à la Faculté de médecine, quai Voltaire, 1;

RAYER, membre de l'Académie de médecine et de l'Institut, rue de Londres, 14;

RICORD (Ph.), chirurgien des hôpitaux, rue de Tournon, 6;

Pour copie conforme :

Le secrétaire-trésorier de la Commission du Banquet,

Dr MAHEUX.

Paris, le 19 juillet 1856.

N. B. Toute communication relative au Banquet devra être adressée *(franco)* à M. le docteur Maheux, secrétaire-trésorier de la Commission.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. TROUSSEAU.

FORME PARTICULIÈRE DE LA GASTRITE CHRONIQUE, COMPARÉE A L'ULCÈRE SIMPLE ET AU CANCER DE L'ESTOMAC.

Messieurs,

Vous avez vu dans les salles un homme âgé de 62 ans, qui m'a paru avoir un ulcère de l'estomac, ou une forme particulière de gastrite simulant le cancer stomacal. Il a une affection étrange dans ses allures, dans sa forme, et sur laquelle je désire appeler votre attention, surtout aujourd'hui où un travail de M. Cruveilhier vient de réveiller une espèce de lutte ou de discussion qui s'était établie entre ceux qui croient (et M. Cruveilhier est de ce nombre) à l'existence d'un ulcère simple de l'estomac, et ceux qui, au contraire, nient l'existence d'une affection de cette nature.

M. Cruveilhier, il y a déjà plus de vingt ans, constata à l'autopsie des cicatrices stomacales qui lui semblèrent résulter de la cicatrisation d'un ulcère, et comme il ne trouvait pas de lésion carcinomateuse concomitante, il appelait cela ulcère simple. D'autres autopsies lui ont montré non plus des cicatrices, mais de véritables ulcérations ayant amené des hématémèses, des hémorrhagies stomacales, des perforations de l'estomac, sans que le microscope ait démontré la moindre trace de cancer. A partir de ce moment, il établit, et avec raison, l'existence d'un ulcère simple de l'estomac. Il a montré que cet ulcère avait été confondu, par la plupart des médecins, avec le cancer ou le cancroïde de l'estomac. Mais M. Cruveilhier me semble avoir exagéré un peu le nombre des individus atteints d'ulcères simples de l'estomac en méconnaissant une autre forme de maladie de l'estomac, que Broussais avait crue trop commune, et qu'il avait appelée la gastrite chronique.

Aujourd'hui, parler gastrite, parler pour ou contre les idées de Broussais, c'est réveiller des querelles surannées et se battre presque contre des moulins à vent. Du vivant même de Broussais, la gastrite a été oubliée, elle a été plus qu'oubliée, elle a été niée, et c'est à peine si, en suivant un service pendant six mois, vous y entendriez aujourd'hui prononcer une fois le nom de gastrite. Je regarde, pour mon compte, le gaster comme peu disposé à s'enflammer et comme apte à supporter bien des choses, précisément parce qu'il devait recevoir continuellement les éléments de notre gloutonnerie; si après un repas, pendant lequel on a accumulé dans l'estomac, des sauces à la moutarde, du poivre rouge, des condiments excitants de toutes sortes, la membrane muqueuse ne prend pas une inflammation terrible, il faut bien avouer qu'elle a été organisée pour résister à tout. Cette force de résistance se retrouve dans toute l'échelle où l'on voit, parmi les animaux, les uns avaler leur proie sans la mâcher, d'autres accumuler d'abord les matériaux de la digestion à laquelle ils ne songeront que plus tard, les ruminants ne se livrer à la mastication complète qu'après avoir rempli leur premier estomac. L'estomac est donc un organe patient, mais cette patience a des bornes. A coup sûr, nos pieds et nos mains, destinés aussi à être en contact avec les objets extérieurs, sont patients, et pourtant ils sont frappés de phlegmons très graves et très douloureux. Il semble que plus un organe oppose de résistance à la maladie, plus grave est celle-ci quand elle survient sous l'influence d'une action irritante portée au-delà de certaines limites. Il y a des gens qui prennent des gastrites graves, et quand celles-ci passent à l'état chronique, elles amènent des désordres tout à fait semblables à ceux de la cystite chronique. C'est chose vulgaire qu'une vessie à colonnes, dans laquelle on trouve toutes les fibres charnues hypertrophiées et du tissu fibro-plastique. Ces altérations se retrouvent dans l'estomac lorsqu'il a été enflammé chroniquement, mais bien plus rarement toutefois que dans la vessie. En voici un exemple :

Un homme entrait dans mon service l'année dernière, il avait à

Feuilleton.

COUP D'OEIL HISTORIQUE ET CRITIQUE SUR LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE FRANÇAISES AU XIXme SIÈCLE (1);

Par le docteur MICHÉA.

Sommaire. — Année 1800. — ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE. — Hallé, ce qu'il était comme savant et comme professeur. — Son travail sur les *tempéraments*. — La physiologie à l'École de Montpellier. — Dumas. — Détails sur sa vie et sa personne. — Ses *Principes de physiologie*. — Qualités et défauts de cet ouvrage.

Quoique la question des tempéraments soit loin d'être résolue en physiologie, elle offrait, avant Hallé, une anarchie qui n'existe plus aujourd'hui.

Hallé, qui professait l'hygiène et la physique médicale à l'École de santé de Paris, était le fils d'un peintre assez distingué et le neveu d'un médecin très célèbre de cette capitale, Lorry, qui lui avait aplani les difficultés de la carrière médicale. Né en 1754, il était devenu, en 1777, membre de la Société royale de médecine; professeur à l'École peu de temps après la réorganisation de l'instruction publique renversée par la révolution, et, en 1796, à la formation de l'Institut, il avait été élu au scrutin par le premier tiers des membres nommés d'office. Mauvais professeur, outre une prononciation embarrassée et pénible pour l'oreille, il se livrait à des digressions et se perdait en des prolixités qui l'empêchaient de terminer aucun de ses cours. Quoique sa plume n'ait pas dédommagé beaucoup la science des défauts de sa parole, c'était plutôt un homme de cabinet, un vérificateur des découvertes d'autrui qu'un vulgarisateur. Aussi brillait-il davantage à l'Institut qu'à l'École. C'était, d'ailleurs, un homme doux, modéré, conciliant, charitable.

Avant Hallé, on établissait la distinction des tempéraments sur des bases ou trop limitées ou trop arbitraires. Haller surtout l'avait fondée sur une théorie plus hypothétique encore que celle des anciens. Rejetant et la doctrine surannée des humeurs et celle de l'irritabilité combinée avec la force et la faiblesse de la fibre, Hallé cherchait la base des tempéraments dans les systèmes généraux de l'économie, dans la prédominance ou l'équilibre de tel ou tel système relativement à tel autre. La prédominance du système lymphatique sur le système sanguin caractérisait pour lui le tempérament *phlegmatique* des anciens, comme le mélange bien proportionné de ces deux systèmes correspondait à leur tempérament *sanguin*. Outre les tempéraments généraux fondés sur les caractères dont il vient d'être question, Hallé admettait aussi des tempéraments partiels ayant pour éléments des dispositions spéciales à certaines régions et à certains organes (1).

Quoique fort imparfaite et n'étant pas également solide dans toutes ses bases, la théorie de Hallé rendait la distinction des tempéraments d'une observation plus facile et d'une application plus juste. En savant honnête et ennemi du plagiat, ce professeur avouait, du reste, que l'idée de sa doctrine ne lui appartenait pas, qu'elle se trouvait tout entière dans la thèse de Husson, et qu'il ne faisait que la présenter sous une forme plus sévère.

A l'école de Montpellier, la physiologie avait pour représentant Charles-Louis Dumas qui, outre l'enseignement officiel de cette branche de la science, se trouvait aussi chargé des cours de clinique interne et de bibliographie.

Ce savant, né à Lyon en 1765, était docteur de la Faculté de Montpellier. Il y avait eu pour maître, non pas Barthez, qui se trouvait alors à Paris, mais Grimaud, son successeur, qui lui avait acheté sa chaire de physiologie, moyennant une indemnité de trente mille francs. Venu à Paris, en 1787, afin d'étudier les sciences accessoires : l'anatomie humaine sous Vicq-d'Azir, l'anatomie comparée sous Daubenton, la chimie sous la direction des élèves de Lavoisier, il était retourné à Montpellier, où, en 1789, il avait concouru sans succès pour la chaire de Sabatier, en compétition avec un confrère que la carrière des armes devait enlever à la médecine, le brillant et fougueux Goguet, mort général de division en 1793.

Editeur du *Traité des fièvres*, de Grimaud, son maître et son ami, mort à l'âge de 36 ans; traducteur de l'ouvrage de Thomas Reid, sur la *Phthisie pulmonaire*, Dumas, qui, d'après le conseil de Broussonnet, s'était mis à faire des cours particuliers de physiologie, avait été nommé, en 1791, vice-professeur, en remplacement de Vigaroux, décédé. En 1792, il était revenu dans sa ville natale, où il avait été nommé professeur à l'École centrale et médecin suppléant du grand Hôtel-Dieu. Emprisonné à la suite du mémorable siége de Lyon, il était parvenu à se soustraire à la mort, grâce au dévoûment d'un ancien camarade de collége, le négociant Lécuyer, qui lui avait procuré des moyens d'évasion. Suspect, sinon proscrit, mais détenteur d'un brevet d'officier de santé de quatrième classe, obtenu avec beaucoup de peine, il s'était rendu à l'hôpital de la marine de Toulon, qu'il quitta bientôt, parce que, ayant révélé, dans le délire d'une fièvre maligne, qu'il avait combattu à Lyon contre l'armée de la Convention, il ne s'y trouvait plus à l'abri de la perfidie des espions, ni en sûreté contre la rage des dénonciateurs.

Attaché comme médecin chargé du service de santé de l'aile droite de l'armée d'Italie, qui se trouvait à Nice, il était revenu à Montpellier, en 1794, très affligé de la mort de son ami Guichard (de Crémieux), frappé à ses côtés, et malade lui-même d'une affection grave, qu'il avait contractée à Menton, pendant les horreurs de la disette qui décimait le corps d'armée dont il faisait partie. Là, à peine convalescent, il avait profité de l'organisation des Ecoles de santé pour obtenir la chaire occupée dans l'ancienne université par Vieussens, Bordeu, Barthez et Grimaud. En 1798, il avait été élu président de l'École; et, depuis 1794, année où il avait repris son enseignement de la physiologie interrompu en 1791, il ne s'était jamais éloigné de sa chaire.

Dumas était un homme qui passait dans le monde pour très distrait. A force de méditations sur l'objet habituel de ses études, il était devenu à peu près inattentif aux événements communs de la vie. Aussi, avait-il fort peu de renommée comme praticien. C'était, du reste, un confrère obligeant et un excellent ami. Né avec une sensibilité trop vive, il s'affligeait du moindre revers et ne pouvait se consoler de la plus légère blessure faite à son amour-propre. Il avait éprouvé beaucoup de chagrin en

(1) Suite. — Voir les numéros des 1er, 8 et 15 Juillet 1856.

(1) Le travail de Hallé, lu en 1800 devant la Société d'émulation, fut publié dans le tome III des Mémoires de cette Société.

peu près 60 ans. Il racontait que, depuis un certain temps, il vomissait tout ce qu'il prenait; qu'il avait maigri de plus de 20 kilog. dans l'espace de trois mois, qu'il avait une constipation opiniâtre. Il était, d'ailleurs, sans fièvre. Le visage de cet homme était en désaccord avec ce qu'il nous disait; son teint était d'une fraîcheur remarquable, et ne ressemblait en rien au teint des cancéreux. Pourtant, nous nous assurâmes qu'il vomissait tout ce qu'il prenait; en même temps que ses aliments, il rendait une grande quantité de glaires, comme il en est rendu dans un catarrhe chronique de la vessie. Au milieu de ces glaires, se trouvaient quelques petites masses de matière noirâtre, ressemblant à de la suie délayée, et que l'on a généralement regardée comme le produit d'une ulcération stomacale cancéreuse.

En même temps que les vomissements, existait une constipation extrême. Peau sèche, pas de fièvre, pouls petit. On ne sentait pas de tumeur dans la région stomacale; seulement, dans les grandes inspirations, il se passait sous la main, au niveau de l'appendice xiphoïde, un frottement prononcé, comme si l'estomac durci, ratatiné fût venu produire cette impression, à travers la paroi abdominale. Je déclarai le malade atteint d'un cancer de l'estomac, bien que son teint ne l'indiquât pas. Les choses marchèrent de mal en pis.

L'autopsie fut faite et je vous ai montré l'estomac ici; il ressemblait tout à fait à une vessie revenue sur elle-même, chez un individu qui a un catarrhe chronique de ce viscère. L'examen le plus minutieux ne fit découvrir aucune trace de carcinôme. Tout ce qu'on pouvait constater était un épaississement considérable des parois, qui n'avaient pas moins de 2 centimètres 1/2, épaississement qui portait surtout sur le tissu cellulaire sous-muqueux.

M. Robin voulut bien examiner la pièce avec le plus grand soin au microscope; il déclara qu'il n'y avait pas traces de cellules cancéreuses; que la lésion consistait en une hypertrophie fibreuse de l'estomac, avec destruction presque totale de la membrane muqueuse.

Nous voyons, dans l'exemple précédent, l'affection dans sa forme la plus grave; voyons-la chez notre malade actuel dans une forme un peu plus élémentaire.

Il est entré ici il y a quatre ou cinq mois, amaigri, avec la teinte jaune-pâle des cancéreux. Au mois de juin de l'année dernière, il a été pris d'abord d'inappétence, puis de vomissements, et, depuis l'année dernière, il vomit presque tout ce qu'il prend, conservant à peine la dixième partie des potages qui constituent sa nourriture. Le plus souvent, il a de la constipation, avec quelques alternatives de diarrhée. Cet état de chose a déterminé une faiblesse et un amaigrissement effrayants.

Cet homme avait pour profession la vente des cravates sous une porte cochère, et, après une journée ainsi passée, il n'arrivait guère qu'à un bénéfice de 1 fr. à 1 fr. 50 c., c'est-à-dire juste suffisant pour l'empêcher de mourir de faim. Il avait donc eu depuis longtemps un régime détestable, et, à la suite de ce régime, son estomac s'était altéré, et les fonctions digestives étaient tout à fait perdues.

Quelle était la nature de cette maladie?

Nous avons dit comment étaient les vomissements. En palpant la région de l'estomac avec grand soin et faisant inspirer très profondément le malade chaque fois, de manière que l'estomac s'abaissât et se portât sous la main, nous ne sentions aucune espèce de tumeur. La percussion ne donnait pas plus de renseignements à cet égard. Cependant, les symptômes rationnels me faisaient toujours croire à un cancer de l'estomac, et ce fut le nom que j'inscrivis sur la feuille du diagnostic, me réservant seulement ce que j'appelle le *diagnostic thérapeutique*.

Je n'entends pas par là le diagnostic qui met le clinicien à l'aise et lui sauve le souci d'en porter un juste; mais seulement je veux dire, qu'après avoir établi la nature de la maladie avec toute la sévérité possible, nous devons quelquefois établir à côté un diagnostic d'essai et de consolation.

Je vais m'expliquer.

Dans le cas qui nous occupe, si après avoir porté le diagnostic *cancer de l'estomac*, je m'en étais tenu là, je faisais du même coup l'aveu de mon impuissance, n'ayant pas la prétention de trouver un remède qui guérit le cancer. Tout en croyant à ce dernier, je me demandai s'il n'y avait pas quelque supposition consolante qui menât à un traitement; si, par exemple, le malade ne pouvait pas avoir une gastrite chronique analogue à celle dont je vous ai rapporté l'histoire, et à celle d'une vieille femme qui était dernièrement au n° 32 de la salle St-Bernard. Il n'était pas non plus impossible que cet homme eût un ulcère simple de l'estomac; affection qui, sans être facilement curable, pouvait l'être pourtant. Ainsi, mettant un peu de côté le diagnostic plus probable de cancer, j'arrivais à un diagnostic possible et thérapeutique; je pouvais alors traiter ce malade comme ayant une affection chronique de la membrane muqueuse de l'estomac, soit un catarrhe, soit un ulcère simple, et dès lors, garder quelqu'espoir de le guérir.

Comme le malade rendait des quantités considérables de liquides acides, je pensai que leur trop grande abondance dans l'estomac devait singulièrement entraver la chimification.

Et ma première idée fut, non de diminuer l'aptitude de l'estomac à produire ces sucs acides, mais de diminuer quelque peu leur quantité en les neutralisant par de l'eau de chaux, dont le malade prenait 100 grammes par jour. En même temps, j'essayai de lutter contre l'irritabilité de l'estomac, en vertu de laquelle souvent se produisent ces sucs acides. Je m'adressai à la médication de Graves, par l'opium à très faibles doses, et le malade prit 1 centigramme d'extrait thébaïque. Sous l'influence de cette médication, l'estomac supporta mieux les aliments; bien que le malade vomit encore deux ou trois fois par jour; il restait dans le ventricule des aliments qui passaient dans l'intestin; celui-ci, qui n'était plus habitué à recevoir de substances étrangères, s'est irrité, et il est survenu de la diarrhée. Après un assez long temps de cette médication, j'ai résolu de donner le nitrate d'argent, dans l'intention d'agir sur la membrane muqueuse stomacale, comme nous agissons sur celle de la vessie dans le cas de catarrhe; médication qui, dans ce dernier cas, donne aux chirurgiens les effets les plus satisfaisants.

Le malade prit donc chaque jour 8, 9 ou 10 centig. de nitrate d'argent en autant de pilules; celles-ci se fondant dans l'estomac, y produisaient le même effet que les injections sur la membrane muqueuse vésicale ou les cautérisations directes sur celles du pharynx, dans le cas de granulations, ou sur celle du rectum dans le cas d'inflammation chronique.

Après avoir donné pendant deux mois tantôt l'opium et les alcalins, tantôt le nitrate d'argent seul ou avec des alcalins, je suis arrivé à faire supporter des aliments. Les vomissements et la diarrhée ont cessé, le malade a repris de l'embonpoint, et nous quitte dans un état satisfaisant.

J'avais donc eu affaire à une inflammation chronique de l'estomac; s'il y eût eu un cancer, le malade serait mort; et dans le cas d'un ulcère simple, nous aurions observé quelques-uns des phénomènes particuliers, sur lesquels M. Cruveilhier a appelé l'attention, dont je vous parlerai tout à l'heure.

Ce fait est, pour nous, d'un enseignement considérable. En effet, le malade entrait dans notre service presque mourant; depuis cinq ou six mois, il ne digérait plus; il vomissait tout ce qu'il prenait; il était arrivé au dernier degré de la consomption; son sang s'était singulièrement appauvri; le teint avait pris la couleur du teint des cancéreux. Si j'étais resté avec le diagnostic le plus probable, je n'aurais pu faire qu'une médication insignifiante; tandis qu'en traitant la maladie comme j'aurais pu traiter l'inflammation d'une membrane muqueuse soumise en quelque sorte à mes regards, je suis arrivé à modifier la gastrite chronique, à la guérir, sinon pour toujours, du moins temporairement.

(La suite prochainement.) Dr ARCHAMBAULT.

REVUE GÉNÉRALE.

DE LA SYNCOPE SÉNILE.

M. le docteur Higginbottom décrivait naguère, dans le journal anglais *The Lancet*, sous le nom de *syncope sénile*, une affection qu'il importerait de bien distinguer de la congestion cérébrale, car elle réclame un traitement tout opposé. Cette maladie aurait jusqu'ici été confondue avec une indigestion à son début, et ceux-là mêmes chez lesquels elle s'est déclarée disent souvent qu'ils ont eu une attaque bilieuse. On l'observe à tous les âges, mais elle n'est réellement dangereuse que dans la vieillesse. A cette époque de la vie, si on néglige d'y apporter remède, elle se termine souvent par des convulsions suivies de la mort.

Tous les cas de syncope sénile observés par M. Higginbottom paraissent avoir été déterminés seulement par l'irritation de l'estomac, les aliments ayant été précipités dans cet organe avant d'avoir été suffisamment triturés par les dents qui, chez les vieillards, manquent toujours plus ou moins. Ce médecin cite l'exemple d'un homme fort âgé pour lequel on réclama sa présence sur les trois heures du matin. Il avait perdu connaissance, la respiration était anxieuse, et on croyait qu'il avait une attaque d'apoplexie. A l'arrivée de M. Higginbottom, il avait repris ses sens, mais bientôt il eut un nouvel accès fort semblable à l'épilepsie. Il lui fut donné alors de la poudre d'ipécacuanha et du bicarbonate de potasse. Des vomissements nombreux survinrent et on remarqua, dans les matières rejetées, des morceaux de viande, longs de plus d'un pouce, absolument dans l'état où ils étaient lorsque ce vieillard les avait avalés seize heures auparavant. La mastication n'en avait pas même changé la forme. Le vomitif suffit pour amener la guérison.

C'est, en effet, l'unique remède que M. Higginbottom recommande dans la syncope sénile. Lorsqu'il voit un vieillard tomber en syncope et être menacé de convulsions, il s'empresse de le faire vomir, et la cause de la maladie étant enlevée, celle-ci cesse comme par enchantement. Du reste, cette syncope, qui s'observe aussi chez les jeunes sujets, offre ceci de particulier qu'elle n'est dangereuse que dans la vieillesse. Elle est très souvent fatale alors, et c'est ainsi, d'après l'auteur, que le duc de Wellington a succombé. Il est très probable qu'on l'eût sauvé si on l'eût fait vomir pour débarrasser son estomac d'une grande quantité d'aliments qu'il contenait et qui n'avaient dû être triturés que d'une manière très imparfaite, les mâchoires du malade étant depuis longues années dégarnies de leurs dents.

Les conseils de M. Higginbottom sont certainement fondés sur l'expérience, et il est très important de s'enquérir de l'état de l'estomac d'un sujet qui s'affaisse et perd connaissance, sans que les caractères de l'apoplexie soient bien dessinés. Il y a dans la syncope des nuances nombreuses qu'il faut savoir saisir. Sans doute il est

---

apprenant qu'on taxait d'imaginaires les expériences qu'il disait avoir faites sur le développement de la phthisie artificielle chez les animaux. Était-il réellement coupable de ce mensonge? Un de ses élèves, Prunelle, chercha, mais faiblement, à l'en justifier. Du reste, si Dumas n'avait pas fondé les belles expériences de Beddoès, depuis si souvent répétées, on doit dire, à sa louange, qu'il en avait du moins prévu et devancé tous les résultats avec la plus admirable sagacité.

Dumas professait donc officiellement depuis six ans, à Montpellier, quand il publia les trois premiers volumes de sa *Physiologie* (1). Cet ouvrage, qui s'appuyait sur très peu d'expériences propres à l'auteur, était, en revanche, fort remarquable au point de vue de l'érudition, de la critique et de la méthode. L'esprit dans lequel il se trouvait conçu n'était pas positivement celui de l'École de Montpellier, sans être tout à fait non plus celui de l'École de Paris. Dumas y flottait sans cesse entre les deux tendances: il s'y montrait éclectique en tout et pour tout. Son séjour dans la capitale avait évidemment exercé une grande influence sur ses doctrines primitives.

Dumas avouait hautement pour son premier maître Grimaud qui avait remplacé Barthez, en commençant à étendre la doctrine de celui-ci, à la simplifier, à lui faire perdre quelque chose de son caractère trop métaphysique.

Pour expliquer les phénomènes de la vie, Barthez n'admettait que deux causes dynamiques, la force *sensitive* et la force *motrice;* Grimaud en avait reconnu une troisième, la force *assimilatrice*, et Dumas en ajoutait une quatrième, la force de *résistance vitale*.

C'est en multipliant ainsi les principes de la vie, au lieu de chercher à les réduire, que Dumas se rattachait, en l'exagérant, à la doctrine du successeur de Barthez. En effet, indépendamment de la force assimilatrice et de la force de résistance vitale qui formaient double emploi avec les forces sensitive et motrice, il admettait encore deux sous-forces motrices, une de contraction et l'autre d'allongement, qu'il plaçait dans tous les tissus. Or, comme, pour lui, ces forces motrices secondaires ne se manifestaient avec une grande évidence que dans certains états morbides, la convulsion qui était un degré de l'une, et l'atonie une nuance de l'autre, il se trouvait fort embarrassé de prouver leur existence autrement que par les faits pathologiques; et pour expliquer pourquoi on ne la saisissait pas dans les conditions normales, il se voyait réduit à invoquer un argument pitoyable, la succession trop rapide de leurs effets à l'état de modération.

Dumas se rapprochait de l'École de Paris en étudiant les forces, non plus d'une manière abstraite, comme Barthez, mais en les plaçant dans les organes, à la manière de Bichat et de Chaussier.

Quant à sa méthode, elle était excellente et bien préférable à celle de Barthez, plus réservée, plus prudente, plus en conformité avec les règles tracées par Bacon. Il ne procédait pas, comme Barthez, du général au particulier, mais bien de l'analyse à la synthèse. Il est vrai que dans son livre, il commençait par admettre les forces avant de s'occuper des organes et de leurs fonctions, mais c'était pour éviter au lecteur des répétitions fatigantes, car, dans ses cours, il avait toujours soin de suivre une marche contraire, c'est-à-dire, de déduire les principes généraux de l'étude scrupuleuse des phénomènes particuliers.

Mais la véritable supériorité du livre de Dumas, le point par où il éclipsait les travaux de l'École de Paris, c'était l'application heureuse, sage, impartiale, que l'auteur avait su faire du domaine des sciences accessoires à l'élucidation des phénomènes de la vie. Alors que Chaussier et Bichat montraient un dédain plein d'injustice pour l'intervention de la physique, de la chimie, de l'anatomie comparée, dans l'étude de la physiologie, Dumas comprenait admirablement le secours que ces sciences pouvaient fournir à la théorie des fonctions. Outre l'ordre des phénomènes vitaux, auquel Bichat et Chaussier donnaient trop d'extension, il en admettait trois autres, qui lui faisaient équilibre et qui avaient autant de droits que le premier à intervenir dans l'explication des actes de la vie, l'ordre des phénomènes chimiques, l'ordre des phénomènes physiques et celui des phénomènes organiques.

Dumas, qui croyait avec quelque raison que l'anatomie humaine resterait une science à peu près terminée, tant qu'on n'inventerait pas de nouveaux instruments pour rendre les dissections plus délicates, pensait, au contraire, que l'anatomie comparée, science toute neuve encore, était pleine d'avenir. En effet, cette science, cultivée en Hollande par Camper, dans la Grande-Bretagne, par Hunter, en Allemagne, par Blumenbach, en France, par Vicq-d'Azir, et prodigieusement avancée chez nous par le génie de Cuvier, fournissait à Dumas quelques lumières sur le mécanisme des fonctions. Cet auteur appliqua aussi, un des premiers, le galvanisme à leur analyse, et ses expériences précédèrent même celles de M. de Humboldt, sur l'irritabilité.

Mais si Dumas était un partisan de l'intervention des sciences accessoires dans l'étude de la physiologie, il avait l'esprit assez judicieux pour ne pas s'en déclarer un champion fanatique et quand même. Loin de ratifier toutes les prétentions de la chimie, il la rappelait souvent à l'ordre, discutait ses preuves, lui montrait ses écarts.

Depuis Haller, aucun physiologiste n'avait entrepris un ouvrage aussi vaste, et malgré les progrès considérables de la science, Dumas espérait, un peu témérairement peut-être, refaire l'œuvre du physiologiste de Berne.

La physiologie doit savoir gré à Dumas d'avoir mis en évidence l'antagonisme du système vasculaire avec les systèmes lymphatique et nerveux, et d'avoir appelé l'attention sur l'analogie de fonctions qui existe entre la peau et les organes pulmonaires. Les principales erreurs du savant dont je parle, c'est d'avoir cru avec Barthez que les nerfs ne possédaient pas à eux seuls la faculté de sentir, c'est surtout d'avoir voulu chercher à prouver, contrairement aux admirables expériences de Haller et de Fontana, que l'irritabilité n'était pas exclusive à la fibre musculaire, et que le plus ou moins de force avec laquelle cette propriété se développe dans les tissus tenait à la différence des stimulus employés pour la mettre en jeu.

Outre son caractère trop marqué de doute et d'indécision, sa tendance à poser les questions plutôt qu'à les résoudre, défaut qui tenait à ce que l'auteur n'expérimentait pas ou expérimentait fort peu lui-même, le livre de Dumas pèchait aussi du côté de la forme. Sans jamais manquer de clarté, le style en était diffus, mou, dépourvu de concision. On y trouvait les répétitions ordinaires aux professeurs qui se mêlent d'écrire, et qui, obligés de revenir souvent sur les mêmes idées pour mieux les inculquer dans l'esprit de leur auditoire, prennent insensiblement l'habitude de dire en plusieurs fois ce qu'ils pourraient tout aussi bien enseigner en une seule.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) *Principes de physiologie.* Paris, 1800.

à craindre que les efforts de vomissements favorisent la congestion cérébrale, mais tous les moyens préconisés contre l'apoplexie ne préviendront point une issue funeste si les accidents cérébraux sont sympathiques de l'estomac et si on s'adresse directement à eux sans combattre préalablement la cause qui les a déterminés. On ne peut, du reste, qu'indiquer ce point d'une manière générale. C'est au praticien à se souvenir de ces observations quand l'occasion se présente de les mettre à profit. — (In *Journal de méd. et de chirurg. prat.*, juillet 1856.)

DES CONVULSIONS CHEZ LES ENFANTS, CONSIDÉRÉES AU POINT DE VUE ÉTIOLOGIQUE.

Les convulsions appartiennent, comme on sait, aux symptômes les plus fréquents des affections morbides de l'enfance. M. Tillner, de Saint Pétersbourg, qui a fait une étude des différentes circonstances qui peuvent les produire, les rapporte sous les chefs suivants :

1° Convulsions qui résultent d'un état morbide du système nerveux même. Ici doivent être comptées toutes les modifications organiques du cerveau, comme congestion, inflammation et ses suites, ramollissement, corps étrangers, exostose, etc. — Ces causes sont les plus fréquentes des accidents convulsifs de l'enfance et ne permettent guère un pronostic favorable. Dans la plupart des cas, il est vrai, elles ne peuvent être considérées que comme secondaires et dérivent d'une dyscrasie, de troubles digestifs, ou d'une anomalie fonctionnelle, et se présentent sous forme d'hypérémie ou d'épanchements séreux. Les phénomènes convulsifs que ces causes provoquent portent avec eux le caractère de convulsions cérébrales légitimes, sont toniques ou cloniques, mais toujours accompagnés d'une perte plus ou moins prononcée de connaissance, et se présentent dans les maladies comme signe précurseur de la mort ou surviennent d'une manière brusque et quelquefois périodique. L'affection cérébrale peut s'étendre à la moelle épinière, et alors il survient des phénomènes convulsifs tétaniques.

2° Convulsions qui proviennent d'un état pathologique du sang. A ces causes appartiennent : a) l'intoxication par médicaments et poisons, tels que les narcotiques qui produisent directement des convulsions cérébrales, la noix vomique et la strychnine qui donnent lieu à des accidents tétaniques qui ont leur point de départ dans la moelle épinière; b) intoxication par le lait maternel, altéré par abus des spiritueux ou par des émotions morales vives; c) modification du sang dans les exanthèmes aigus. Cette cause produit souvent des convulsions avant l'éruption de l'exanthème; il peut en être de même avant l'invasion d'un accès de fièvre intermittente; d) modification sanguine dans la phlébite, notamment dans l'inflammation suppurative des vaisseaux ombilicaux, qui, comme on sait, peut causer des accidents convulsifs tétaniques.

3° Convulsions prenant leur source dans un état morbide des voies digestives. Ces convulsions sont les plus communes, ce qui ne doit pas étonner, tant le mode d'alimentation est vicieux, aussi bien chez les riches que chez les pauvres. Ces causes deviennent surtout puissantes à certaines époques de l'enfance, telle que celles de la dentition, du sevrage, et lorsqu'il existe des vers intestinaux.

4° Convulsions qui dépendent de l'état des organes respiratoires. Tels sont celles qui surviennent dans la période ultime de la bronchite et de la pneumonie; on sait qu'il s'en présente fréquemment aussi dans des cas graves de coqueluche et dans le laryngismus stridulus.

5° Convulsions qui accompagnent les maladies des voies urinaires. Il faut noter ici spécialement les accidents éclamptiques qui se manifestent chez les enfants atteints d'albuminurie.

6° Convulsions qui proviennent d'un état morbide des organes génitaux. L'auteur rappelle à cette occasion le cas d'un garçon de 4 ans, qui fut pris de convulsions par suite de la rétention d'un testicule dans l'anneau inguinal.

7° Convulsions occasionnées par des maladies du système osseux. Parmi celles-là, l'auteur range les convulsions qui proviennent de déformations rachitiques du crâne.

En présence de ce tableau étiologique des convulsions de l'enfance, on peut faire les réflexions suivantes. Les convulsions dites cérébrales constituent les maladies les plus fréquentes de l'enfance; cependant les affections cérébrales primitives sont très rares chez les enfants; les accidents convulsifs sont plus souvent la suite de l'extension d'autres maladies aiguës ou chroniques, qui se manifestant symptomatiquement par des mouvements réflexes, produisent finalement des convulsions du moment que le cerveau participe au trouble morbide. Après les convulsions cérébrales, suivent, dans l'ordre de fréquence, les convulsions par mouvements réflexes qui ont leur point de départ dans le canal intestinal; elles se manifestent ordinairement après une existence longtemps prolongée des maladies abdominales, et sont très rebelles. Cependant les maladies de l'appareil digestif peuvent s'accompagner aussi d'affections cérébrales secondaires, lesquelles sont en état de faire naître les convulsions cérébrales. Les convulsions dépendant de la moelle épinière sont les plus rares, surtout dans leur forme pure, car elles apparaissent le plus souvent comme phénomènes successifs des spasmes cérébraux, alors que l'affection du cerveau se propage jusqu'à la moelle épinière. C'est dans une altération morbide du sang qu'il faut chercher la cause la plus fréquente des spasmes tétaniques, quoique ceux-ci puissent naître aussi par suite de circonstances climatériques. — (In *Journal f. Kinderkr.*, 1856, et *Annales médicales de la Flandre occid.*, juillet 1856.)

DU SEL DE CUISINE DANS LES FIÈVRES INTERMITTENTES.

Lorsqu'un remède est proposé contre la fièvre intermittente, le meilleur moyen d'en faire l'appréciation c'est, ainsi que nous avons eu occasion de le dire en d'autres circonstances, d'en faire l'essai dans les contrées où la maladie est endémique. Ainsi qu'on le sait, les bords de la mer Noire jouissent de ce triste privilége; c'est pourquoi, bien que nous en ayons parlé à différentes reprises, nous rapportons ici les résultats obtenus par un médecin russe pratiquant dans ces contrées, de l'emploi du sel de cuisine contre les fièvres d'accès.

C'est à l'hôpital de Kutaiss que M. Moroschkin a obtenu de cette méthode de traitement les résultats que voici : 1° chez les malades dont les paroxysmes fébriles n'étaient pas nettement dessinés il survenait une sueur abondante, et la peau aride et ordinairement d'un jaune sale, devenait moite et prenait une coloration normale; 2° la langue, de sale qu'elle était, devenait nette; une sensation de chaleur agréable succédait au bout de quelque temps à la constriction douloureuse dont l'épigastre était le siége; l'appétit se déclarait, les selles devenaient régulières, quelquefois un peu plus fréquentes; la tête devenait libre et la douleur des membres cessait; le moral des malades se relevait et la guérison suivait de près; 3° les paroxysmes fébriles diminuaient le plus souvent d'intensité en fort peu de temps, quelquefois après un jour; et, ordinairement, après deux à trois doses d'une once de ce sel dissoutes dans trois onces d'eau, données en deux fois dans les intervalles de deux accès, la fièvre avait cessé. Lorsque la fièvre ne faisait plus son apparition au jour ordinaire, la dose du sel fut réduite à 2 ou 4 drachmes, d'après les cas; 4° quand après cinq à six jours de l'emploi du remède, la fièvre se montrait réfractaire, M. Moroschkin administrait 10 grains de sulfate de quinine, qui alors suffisaient pour mettre un terme à la maladie.

Tout en suivant ce traitement, l'auteur, dans les cas rares où il existait des complications du côté du foie ou de la rate, avait recours à des évacuations sanguines locales, des ventouses sèches, des vésicatoires, des sinapismes, ou à des fomentations aromatiques chaudes. Le sel n'a jamais montré de mauvais effets sur les voies digestives; il ne survint ni vomissements (sauf dans un cas), ni diarrhée, ni aucuns symptômes scorbutiques auxquels cependant, comme on sait, les habitants de ces contrées sont très sujets. Après la guérison, le remède fut encore donné aux malades les 6e, 7e, 13e, 14e, 20e et 21e jours, à titre de prophylactique, à la dose de deux drachmes dans une once d'eau distillée. Sur un chiffre de 103 fiévreux, traités de cette manière, il y a eu 70 guérisons complètes et définitives; les autres en ont obtenu une amélioration évidente qui n'a pas été sans influence sur le traitement ultérieur. — (In *Med. ztg. russl.*; 1855, et *Annales méd. de la Flandre occid.*)

FIÈVRES INTERMITTENTES; — TRAITEMENT PAR L'ÉLECTRICITÉ.

Nous avons déjà relaté les succès obtenus par quelques médecins russes, de l'emploi de l'électricité contre les fièvres d'accès, non de l'électricité statique essayée sans avantage par quelques médecins anglais, mais du galvanisme, de cette modification de l'électricité qui possède une plus grande affinité pour la fibre excitable et vivante. Cette méthode de traitement est également préconisée par M. Derossi. Nous empruntons aux *Archives belges de médecine militaire* quelques données sur la manière dont il s'en sert.

L'électricité est appliquée pendant l'apyrexie et au déclin des accès; elle peut l'être encore pendant le stade de froid : dans ce dernier cas, on observe que la réaction se produit plus promptement et que l'accès marche avec plus de rapidité. On s'arrêtera cependant aussitôt que la période de chaleur se déclare, pour ne pas ajouter un stimulant trop énergique à cet état de surexcitation fébrile. Quand, par le fait de l'électrisation ou par le cours naturel de la maladie, le retour de l'accès ne permet pas de continuer le traitement, le malade est séparé du cercle des électrisés et porté dans son lit, jusqu'à ce qué son état permette de lui faire une nouvelle application électrique. Pour prévenir, autant que possible, cet inconvénient, on a soin de choisir (si l'on ne se borne pas à un traitement individuel), pour former le cercle, des malades atteints de fièvre du même type et dont les accès débutent aux mêmes heures. Quant au régime, l'électrisation n'exige pas de précautions : les malades mangent d'après les exigences de leur appétit et les besoins de leur constitution; seulement, il est nécessaire de les bien nourrir. — (In *Annales médicales de la Flandre occid.*, juillet 1856.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE.

Séance du 26 avril 1856. — Présidence de M. Baudens.

M. Barudel a la parole.

M. Barudel annonce qu'il entretiendra la Société du traitement qu'il a adopté dans l'épidémie régnante, mais seulement chez les typhiques qui ont contracté la maladie à l'hôpital même (blessés, vénériens, fiévreux). Il réserve pour une autre occasion ce qu'il a à dire sur le typhus et sur son traitement chez les malades évacués de la Crimée. Après avoir présenté un tableau des symptômes de l'invasion qui affecte, suivant lui, une marche plutôt lente; exposé ceux qui s'offrent quand la maladie est établie; indiqué la durée, qu'il fixe de quatorze à vingt jours; noté la diversité des symptômes de la période ataxo-adynamique et les signes qui caractérisent une issue heureuse; établi que l'épidémie, une dans son ensemble, est une maladie générale, et dit enfin quelques mots sur ces lésions anatomiques, variables dans beaucoup de cas, malgré la similitude des symptômes, M. Barudel en vient au sujet qu'il se propose de traiter.

Les principales médications qui s'offraient à son choix étaient l'antiphlogistique, l'évacuante, la tonique, la stimulante, la spécifique, l'expectante et la rationnelle ou médication des symptômes. Toutes lui ont fourni leur secours, et il insistait sur celle dont il avait obtenu de bons effets. La connaissance des tempéraments lui a été utile, parce qu'elle lui servait de guide pour les indications. M. Barudel ne croit pas à l'existence des inflammations dans le typhus. Toutefois, quand il rencontrait des manifestations pyrétiques, il recourait à la saignée générale, qu'il faisait suivre d'un vomi-purgatif. A ces moyens, il ajoutait les tempérants, quelques laxatifs, etc. Si le sujet était faible, nerveux, fiévreux surtout, c'étaient les émissions sanguines locales qu'il mettait en usage avec des applications froides sur la tête. Ensuite, il administrait les évacuants. Quand apparaissait l'ataxo-adynamie, il prescrivait le tartre stibié, qu'il continuait trois jours, et dont il a eu à se louer, surtout dans les cas où il existait des symptômes broncho-pulmonaires. Dans cette seconde période, les vésicatoires ont été les adjuvants les plus précieux. Il leur adjoignait les sinapismes, les frictions excitantes, et, à l'intérieur, l'éther, la limonade vineuse et divers autres remèdes de la même classe. Le quinquina et le sulfate de quinine étaient employés dans la troisième période concurremment avec les toniques qui avaient été administrés pendant la seconde. Les stimulants ont rarement trouvé leur emploi dans la pratique de M. Barudel. Un régime fortifiant commencé de bonne heure, la propreté, la sortie des salles où se trouvait la masse des malades, hâtaient, chez les convalescents, le rétablissement de la santé. M. Barudel, qui admet la communicabilité du typhus, a eu à observer quelques cas à forme insidieuse et irrégulière. Dans ces cas, le sulfate de quinine régularisait la marche de la maladie, mais, cet effet obtenu, l'usage du sulfate de quinine lui a paru inutile. M. Barudel se loue de sa méthode, et il déclare en conclusion que, sur 40 malades qu'il a traités, il n'en a perdu que 4.

Contrairement à l'assertion de M. Barudel, M. Netter soutient que, d'ordinaire, l'invasion se fait brusquement. Il signale aussi un autre fait, l'extrême dépressibilité du pouls. Cette dépressibilité, qui se remarque pendant tout le cours de la maladie est, chez les convalescents et les malades, le premier signe qui annonce l'atteinte du typhus. Elle est sensible vingt-quatre heures avant tout autre phénomène. Il en est toutefois autrement chez les infirmiers, chez lesquels manque la dépressibilité du pouls, et l'atteinte s'annonce par des frissons et de la fièvre. M. Barudel, continue M. Netter, a admis une différence de formes suivant les sujets; il faut ajouter : et suivant les saisons. Cette différence lui paraît tellement tranchée, qu'il ne saurait considérer comme possible le rapprochement de M. Jacquot entre l'épidémie actuelle et celle qui l'a précédée.

M. Netter a observé une forme pectorale, une cérébrale et une gastro-intestinale, tenant non à des différences d'idiosyncrasie, mais de saisons ou même de mois. Si donc on veut établir un parallèle entre ces deux épidémies, il ne faut pas le faire en bloc, mais bien faut-il prendre les mois correspondants de chacune des années et comparer les formes des épimies pendant ces mois, en tenant compte en même temps des phénomènes météorologiques. Quant au traitement, M. Netter pense qu'actuellement on ne peut pas déterminer ce qui est bon, ce qui est mauvais. On doit rechercher les moyens qui peuvent avoir une action immédiate, et enrayer le mal. Il a essayé le sulfate de quinine à haute dose comme abortif. Il n'en a vu ni avantages ni inconvénients. Dans les cas moyens, employés au même titre, la limonade minérale lui a rendu quelques services. Il rappelle qu'un médecin distingué s'est loué, dans la *Gazette des hôpitaux*, du même remède dans les fièvres typhoïdes. Enfin, M. Netter s'est également bien trouvé des vésicatoires multiples, quand, dès l'invasion, la tête semblait plus immédiatement compromise. Alors, après vingt-quatre heures, le malade revenait à lui et la maladie reprenait son cours ordinaire.

M. Arnaud (médecin de la marine) obtient la parole.

Dans un mémoire dont il donne lecture, M. Arnaud exprime d'abord l'opinion que l'épidémie régnante est bien le typhus. Il ne sait pas si la situation de l'hôpital de M. Cazalas a pu imprimer à la maladie un caractère intermittent; mais comme il ne possède pas les éléments nécessaires pour une discussion sérieuse à ce sujet, il ne peut s'arrêter sur l'opinion de M. Cazalas.

En traçant un tableau exact des caractères de l'épidémie, M. Jacquot, continue M. Arnaud, a fait preuve d'une grande sagacité lorsqu'il en a pris les éléments dans les organisations vierges de toute influence morbide, suivant ses expressions. Dans la marine, on n'a pas eu la peine qu'a dû éprouver M. Jacquot pour dégager la maladie. Là, les matelots ont été frappés au milieu de la plus parfaite santé. Les faits qu'il a puisés dans sa pratique ou dans celle de ses collègues viennent à l'appui des opinions de M. Jacquot. M. Arnaud ne croit pas inutile de les présenter à la Société, comme aussi de faire connaître le traitement qu'il a adopté.

Après avoir donné raison aux anciens d'avoir fait du mot typhus un terme générique, et rappelé que l'usage a fini par attacher à ce mot le sens d'une maladie spéciale, M. Arnaud donne la définition de ce qu'il entend par typhus, qui est pour lui une fièvre essentielle, continue, parfois rémittente, sévissant épidémiquement, née de miasmes, communicable, etc.

M. Arnaud assure que cette affection, telle qu'il l'a définie, existe endémiquement ou épidémiquement dans les bagnes. Elle se produit également à bord des navires, dès que certaines causes bien connues en viennent favoriser le développement. M. Arnaud signale les travaux de MM. Pélicot et Fleury, Arnoult, Lefèvre, Moras, Blache, Mongrand, les leçons orales de M. Lauvergne; rappelle l'influence des doctrines de Broussais, qui a porté l'Académie de Paris à couronner le mémoire de M. Gaultier de Claubry concluant l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde, et établit que la plupart des médecins de la marine ont nié l'identité et fait du typhus une maladie distincte.

Après avoir rappelé la dissertation de M. Kéraudren sur les différentes apparitions du typhus à bord des navires de l'État, M. Arnaud dit que depuis le commencement de la guerre actuelle, quinze bâtiments de la marine impériale ont été atteints de l'épidémie. Il en cite les noms et il rend compte de la façon dont quelques-uns d'entre eux ont été infectés. Sauf un (le *Marengo*), tous avaient embarqué des malades. A la suite de l'embarquement, le typhus a éclaté. Quant au *Marengo*, la maladie se manifesta pendant son voyage pour la France, il emmenait les

condamnés militaires qui paraissaient tous bien portants lors de leur départ de la Crimée.

De l'ensemble des faits qu'il expose avec détail, M. Arnaud conclut qu'il existe dans le typhus une période d'incubation variant de dix à quinze jours et au delà, s'accomplissant fatalement dans le sein ou hors du foyer épidémique ; que l'invasion est marquée par des symptômes de congestion encéphalique ; que les symptômes catarrhaux sur lesquels Franck a insisté, subordonnés à une température basse, se montraient suivant les circonstances ; qu'à la fin de la période inflammatoire, variable dans sa durée, apparaît la stupeur, suivie parfois d'épistaxis et de l'éruption caractéristique, qui se fait aussi quelquefois dès le début.

M. Arnaud trouve que M. Jacquot a donné un tableau trop complet des périodes ataxiques et adynamiques pour qu'il soit obligé de s'y arrêter à son tour. Il dit seulement que M. Gibert a observé, à bord de l'*Iéna*, des accès de chorée et des paralysies de la langue et des membres supérieurs, et que lui-même a vu un tétanos sur un sujet ayant des escarres au sacrum et sur les trochanters. Treize autopsies lui ont fourni des résultats identiques à ceux de M. Jacquot, avec lequel il est en communauté d'opinion.

En remarquant d'abord que, malgré les réclamations des médecins, on a embarqué le double des malades qu'il ne convenait, pour la seule raison de se débarrasser des maladies graves, et ensuite que c'est à bord même que les soldats ont été pris du typhus et que les hôpitaux de Constantinople n'ont été infectés qu'après, M. Arnaud, qui ignore du reste à quelle cause on attribue le typhus de la Crimée, rapporte celui de Constantinople à l'encombrement des bâtiments. Pour lui, la communicabilité du typhus est prouvée, il faudrait donc, pour arrêter le mal, s'abstenir d'envoyer des typhiques ou, si cela n'est pas possible, réduire à moitié du chiffre normal le nombre des malades placés sur chaque navire. — Avec ce moyen M. Arnaud recommande l'aération pratiquée largement à bord. Il se demande, à propos de la communicabilité, si, dans un bâtiment quelconque, navire ou hôpital, où des typhiques ont séjourné, il y a danger à placer d'autres malades, en évitant, bien entendu, l'encombrement. Il est disposé à croire que non. Il ne croit pas non plus que les effets transmettent la maladie, comme aussi qu'un seul typhique dans une salle puisse donner le typhus. Il observe qu'à bord des bâtiments où l'aération est facile et où l'on purifie après chaque envoi de malades, on n'a pas vu de typhus sporadique et que deux infirmiers chargés du lavage des draps de lit des typhiques, ont fait leur service sans inconvénient.

M. Arnaud partage l'opinion de ceux qui admettent que, comme la variole, le typhus a un cours nécessaire. Il pense donc que, dans le traitement, le rôle du médecin doit se borner à conduire la maladie. Il avoue cependant qu'au rapport de M. Arnoux, sur plus de 40 hommes du *Marengo*, le vomitif a arrêté le mal et que lui-même a obtenu un effet identique sur deux matelots du *Vauban*, qu'il avait émétisés le matin, en leur donnant le soir une forte dose de sulfate de quinine. Il n'est pas fixé sur l'utilité des émissions sanguines, et, quant au sulfate de quinine, il en reconnaît les avantages dans les cas où il existe une périodicité, mais il ne pense pas, comme M. Vallette, qu'il doive constituer la base du traitement. En 1853, M. Lauvergne, dit-il, a préconisé comme un quasi-spécifique le sulfate de quinine administré au au début et à la suite de l'ipéca. Mais M. Arnaud remarque que les soldats traités ainsi venaient d'une caserne soumise aux influences palustres. Deux fois seulement sur 60 guérisons, le sulfate de quinine a été administré par M. Arnaud, qui n'a pas même eu à prescrire la décoction de quinquina, utile seulement dans la période adynamique. Partant de l'idée que le typhus est un empoisonnement miasmatique dont on ne connaît pas l'antidote, il a cherché à éliminer le poison par toutes les voies possibles. Il a, par conséquent, provoqué suivant les cas, les sueurs, les épistaxis, les sécrétions intestinales, sans négliger les sédatifs du système nerveux. Il entre dans le détail des remèdes qu'il a employés, en écartant les vésicatoires dont il conteste l'utilité.

M. LE PRÉSIDENT prend la parole : L'entassement des malades à bord était, remarque-t-il, une nécessité inévitable à moins de les laisser sur la plage. Du reste, M. Baudens n'admet pas l'opinion trop exclusive de M. Arnaud sur les effets de l'entassement. Le séjour préalable de typhiques dans un lieu donné occasionne la maladie. Il a vu le *Sané* lors de son arrivée à Constantinople. Le grand nombre de malades qu'il y amenait, une fois débarqués, le *Sané*, purifié tant bien que mal, reçut Aali-Pacha et sa nombreuse suite et partit pour la France. Pendant la traversée, le typhus éclata dans l'équipage. Personne de la suite d'Aali-Pacha ne contracta la maladie. M. Baudens explique la singularité par cette circonstance, que les matelots occupèrent les lieux et les couchettes où les typhiques avaient été placés, pendant que la suite d'Aali-Pacha se trouvait dans la partie du navire qui n'avait jamais reçu de malades. Il rapproche ce fait de celui des dix-sept ouvriers qui, au rapport de Hildenbrand, contractèrent le typhus après avoir manié des tentes qui, ayant servi à des typhiques, avaient été emmagasinées depuis un certain temps. En conclusion, M. le président pense qu'il suffit de rester dans un lieu où il y a des typhiques pour avoir le typhus, sans que la présence actuelle des malades soit nécessaire.

M. ARNAUD persiste dans son opinion, et il fait observer que les malades embarqués n'étaient pas affectés de typhus. Le typhus s'est manifesté sur les équipages pendant la traversée. L'entassement seul a donc été cause de l'épidémie.

M. LE PRÉSIDENT répond que jusqu'au 27 mars on embarquait indistinctement tous les malades, typhiques ou non ; que depuis cette époque, sur ses indications, on cessa d'évacuer les premiers. Cependant la maladie continua à se manifester pendant le voyage, ce qui s'explique par l'incubation. Il invoque sur ce point les observations des médecins des hôpitaux de Constantinople.

M. GARREAU, pour l'hôpital de Daoud-Pacha, M. LUSTICMAN, pour celui de l'Université, confirment l'assertion de M. Baudens.

M. FREEND pense que le traitement le plus convenable dans le typhus, est celui par les acides minéraux. Il assure que ceux parmi les médecins de Vienne qui ont eu recours à ces remèdes, ont obtenu le plus de succès.

M. GARREAU estime que l'encombrement seul ne suffit pas pour produire le typhus. Lors du départ de France de l'armée expéditionnaire, il y avait entassement à bord. Le typhus cependant n'y a pas été observé. Longtemps l'hôpital de Daoud-Pacha a été encombré, on n'y a pas vu pourtant naître le typhus. Il faut, continue M. Garreau, indépendamment de l'encombrement, l'exhalaison de miasmes putrides animaux. En Crimée, l'armée campait sur un terrain qui recouvrait des cadavres d'hommes et d'animaux. Les exhalaisons qui en résultaient ont occasionné la maladie. Le typhus, une fois manifesté, se généralise, qu'il y ait ou non encombrement. C'est là ce que M. Garreau a observé à Daoud-Pacha où le typhus a sévi, bien qu'au moment de son apparition l'établissement ne fût pas encombré. Comme M. Arnaud, M. Garreau croit à l'efficacité du sulfate de quinine quand le malade a subi l'influence palustre. Le sulfate de quinine ne lui a pas paru moins utile dans le délire désordonné qu'on observe parfois dans le typhus. Employé à haute dose, il fait tomber le délire sans cependant enrayer la maladie. Le café produit aussi de bons effets dans la troisième période.

D'après M. NETTER, l'encombrement seul produit la fièvre typhoïde, l'encombrement de malades produit le typhus. Quant à l'action du sulfate de quinine dans les délires désordonnés, M. Notter a eu occasion d'observer que les malades, sans l'emploi de ce remède, en sortaient brusquement du jour au lendemain. Il ne croit donc pas à l'influence qu'on a, dans ce cas, attribuée au sultate de quinine.

M. QUESNOY remarque qu'en Crimée, le typhus se manifesta non seulement dans les ambulances, mais aussi dans les régiments. Il ne faut pas, dit-il, perdre de vue cette circonstance dans l'étiologie du typhus, qui, non moins que le traitement, met sur la voie du diagnostic. Il ajoute qu'on ne se rend pas toujours bien compte des conditions de l'armée. Ainsi M. Valette a soutenu qu'en Crimée il n'y a pas de marais, tandis qu'entre Eupatoria et le camp, il y a, outre la Tchernaya, quatre rivières à bords marécageux ; qu'une partie des rives de la Tchernaya le sont également ; et enfin qu'on trouve le mélange d'eau douce et d'eau salée, dont on connaît les effets. Il y a donc en Crimée des marais, et leur influence se fait sentir même dans le cœur de l'hiver. Ce sont là des conditions qui donnent une certaine valeur aux opinions de M. Cazalas, sans cependant tout expliquer. Nos soldats ont été pendant l'hiver entassés sous des tentes placées sur un terrain qui recouvre des cadavres d'hommes et d'animaux ; ce terrain, très perméable, donne en outre accès aux excrétions des militaires qui, malgré les plus vives recommandations, vont les déposer dans le voisinage de leurs tentes. On trouve donc là les causes assignées par M. Cazalas au typhus : l'encombrement et l'exhalaison de miasmes putrides animaux. Rien d'étonnant, par conséquent, que le typhus se soit manifesté, et les causes de l'épidémie en font comprendre la nature. M. Quesnoy ne nie pas l'existence des fièvres paludéennes. Il trouve seulement que M. Cazalas leur a fait une trop large part ; et si l'épidémie dérivait réellement des influences palustres, l'armée anglaise aurait dû également souffrir. L'armée anglaise n'a pas le typhus, il est vrai, mais elle le doit aux conditions plus avantageuses dans lesquelles elle se trouve ; chez elle, il n'y a pas eu d'encombrement, et tandis que le soldat français a passé l'hiver sous des tentes et dans des baraques dressées sur la terre nue, le soldat anglais a logé dans des baraques à plancher élevé, et était ainsi à l'abri de l'humidité. M. Quesnoy cite le fait d'une tente dans laquelle, pendant tout le cours de l'hiver, la plupart de ceux qui venaient l'occuper étaient successivement pris du typhus. On vint à fouiller sur l'emplacement où elle était dressée, et l'on trouva le cadavre en putréfaction d'un soldat anglais. M. Quesnoy observe, en outre, que le second corps, qui était plus particulièrement dans les conditions signalées, a fourni un grand nombre de typhiques. Le premier corps, dont les conditions étaient relativement meilleures, a donné un chiffre bien inférieur.

M. GARREAU soutient que l'encombrement des malades ne suffit pas pour produire le typhus, comme le pense M. Netter, puisqu'en Afrique on n'a pas vu cette maladie, malgré l'encombrement des hôpitaux peuplés surtout de fiévreux.

M. NETTER répond qu'il faut un certain genre de maladies. Il remarque que les Anglais n'ont pas le scorbut, qui lui semble entrer dans ce genre.

M. QUESNOY observe que si les Anglais n'ont pas le scorbut, c'est à cause des bonnes dispositions dans lesquelles ils se trouvent. Leur armée est, dit-il, à l'armée française ce qu'est une famille dans l'aisance, à une famille moins fortunée.

M. LE PRÉSIDENT : J'entends assurer que nos braves alliés les Anglais n'ont eu ni fièvre intermittente, ni scorbut, ni typhus, tandis que l'armée française leur a payé un large tribut. Je ne puis laisser sans réponse cette triple assertion. Quelques mots suffiront à démontrer que la prévoyance n'a pas manqué de notre côté, et que tout ce qui a été compatible avec les exigences de la guerre a été fait. Du reste, au point de vue humanitaire, je ne saurais trouver assez de paroles élogieuses pour glorifier nos alliés de tout le confortable dont ils ont entouré leurs soldats pendant les rigueurs de l'hiver de 1856. En gens de bon sens et éminemment pratiques, ils ont mis à profit les enseignemens de celui de 1855.

Et d'abord il n'est pas exact de dire que l'armée anglaise a été exempte de fièvre intermittente. Si elle a été moins éprouvée que l'armée française, cela tient à ce que celle-ci était échelonnée en face des Russes, le long de la vallée de la Tchernaya, qui est infectée de marécages, tandis que le camp anglais, placé à l'aboutissant du chemin de fer de Balaclava, se trouvait en seconde et même troisième ligne, c'est-à-dire à une distance assez éloignée de la Tchernaya, pour ne ressentir que faiblement l'influence palustre. Cette influence existe même pendant l'hiver, et elle a compté pour un dixième dans les entrées des malades aux hôpitaux, ce qui s'explique par les grandes variations de température, le thermomètre qui, parfois, marquait 16 + 0 à midi, était descendu à minuit à 20 — 0.

Quant au scorbut, s'il a épargné l'armée anglaise, cela tient à diverses causes : l'armée anglaise habitait dans de bonnes baraques planchéyées, bien closes, bien chauffées. L'armée française bivouaquait sous des tentes et sur un sol presque toujours humide, dont elle n'était préservée que par une couverture de laine. L'armée anglaise est exempte de corvée. L'armée française fait tout par elle-même, routes, approvisionnements de vivres, de bois, à dos de mulets quand on le peut, le plus souvent à dos d'hommes, n'importe le temps, bon ou mauvais. Chaque soldat anglais reçoit par jour plus de 1 franc 4 centimes, avec lesquels il peut se procurer bien des choses essentielles ; le soldat français ne reçoit que quelques centimes. On distribua it chaque jour aux Anglais un grog antiscorbutique, composé de jus de limon, rhum et sucre. Leurs troupes n'ont pas été éprouvées comme les nôtres par les factions de jour et de nuit et des postes d'avant-garde pour surveiller l'ennemi. Les misères inhérentes à la guerre, auxquelles nos alliés ont eu la bonne fortune de savoir se soustraire, expliquent pourquoi ils ont, cette année, échappé aux atteintes du scorbut, dont ils avaient souffert si cruellement l'hiver de 1855. Le scorbut étant le précurseur du typhus, on conçoit que l'armée anglaise qui, dans ses camps, avait créé toutes les ressources d'une grande ville de garnison, en ait été exempte. Le plancher des baraques est lavé, nettoyé chaque jour jusqu'à ce qu'il ait acquis une blancheur parfaite. Puis, on y jette une couche de sable, comme dans les maisonnettes hollandaises. Chaque soldat a deux caleçons et deux chemises de laine, dont il change deux fois par semaine. Deux fois par semaine on fait la lessive dans des baquets d'eau chaude et abrités sous des hangars. Le soldat couche sur la planche, dont le préserve une toile cirée, une espèce de petit matelas et des couvertures. A côté du camp sont des baraques-chauffoirs avec table, bibliothèque, plumes, papier à l'usage du soldat. L'armée française, malgré toute la sollicitude du commandement et du gouvernement, qui n'ont rien épargné pour son bien-être, n'a pu cependant, à raison même de la mobilité dont elle s'était imposé la condition, pour être toujours prête à poursuivre l'ennemi si l'occasion s'en présentait, se procurer tout ce comfort. Les tentes infectées par un long séjour n'ont même pu être changées de place pendant l'hiver, et le sol, couvert de détritus animaux de toute espèce, a exhalé des miasmes organiques, dont la concentration a produit une épidémie de typhus sur des organisations déjà détériorées par les privations et les misères qu'engendre la guerre.

J'ai cherché, ajoute M. BAUDENS, à restituer aux faits leur enseignement scientifique. Je l'ai fait avec toute la réserve et la convenance que je dois à mes honorables confrères et amis de l'armée anglaise. Je n'ai point amené la question scientifique sur ce terrain, mais du moment qu'elle y était transportée, il ne m'était pas possible de garder le silence.

Le secrétaire spécial, LEVAL.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

DU TRAITEMENT DE L'HYDROCÈLE DES NOUVEAU-NÉS ET DES ENFANTS A LA MAMELLE ;

Par le docteur LINHART, de Vienne.

Cette maladie guérit souvent spontanément, parce que l'oblitération du canal vaginal peut se faire encore chez des enfants de 1 à 2 ans. Quand l'hydrocèle est congénitale, l'ouverture de communication est ordinairement large et livre passage à une anse intestinale. La tumeur contient alors peu de liquide, et l'on n'a qu'à comprimer l'orifice inférieur du canal inguinal, par un bandage. Les hydrocèles qui paraissent plus tard, sont ordinairement plus tendues, et leur communication avec la cavité abdominale est interceptée, ou bien n'a plus lieu que par un canal souvent étroit, à travers lequel le sérum ne reflue que très lentement. C'est là ce qui explique l'efficacité apparente des moyens résolutifs, pendant l'application desquels, les enfants gardent la position horizontale : le liquide rentre peu à peu dans l'abdomen et n'est pas résorbé. Il en résulte encore que, lorsque, par la compression manuelle, on ne voit pas le liquide diminuer dans la poche, il faut être très réservé, pour admettre la non-communication de celle-ci avec la cavité du péritoine. Les indications à remplir pour obtenir la guérison sont de deux sortes : 1° la disparition du liquide ; 2° l'oblitération du canal vaginal.

1° Le liquide peut être résorbé spontanément, surtout chez les nouveau-nés, quand il y a une tendance à l'oblitération du canal. Toutes les applications extérieures, préconisées pour obtenir la résorption, restent sans effet, ou sont même nuisibles. Il en est de même de la ponction avec un trocart. Le seul moyen efficace est la section sous-cutanée de la tunique vaginale. On enfonce dans un pli, fait à la peau du scrotum, un ténotome fin, concave et tranchant dans la concavité ; on l'introduit à plat, dans une certaine longueur, entre la peau du scrotum et la poche, et celle-ci est insérée dans une étendue de 2 à 4 centimètres. Le sérum se répand dans les bourses, où il est facilement absorbé ;

2° L'oblitération du sac et du canal a été tentée au moyen de bandages compressifs ; mais ils sont ou trop faibles pour déterminer une inflammation adhésive, ou trop forts et ne sont pas supportés. D'ailleurs comme ils ne peuvent agir que sur l'orifice externe du canal, qu'ils compriment contre le pubis, ils n'oblitèrent, dans le cas le plus favorable, qu'une petite portion du canal. Les injections dans le sac sont dangereuses, malgré toutes les précautions prises pour empêcher le passage du liquide dans la cavité abdominale, et l'inflammation qu'elles déterminent dans le sac et le canal, peut se propager au péritoine. La section sous-cutanée de la tunique vaginale est toujours innocente et amène cette oblitération plus sûrement que les autres moyens. C'est elle que l'auteur pratique toujours, même chez des enfants plus âgés. —(*Œster reich. Zeitschr. f. Kinderheilk*, 1855 oct., *et Allgem. med. central-zeit*,, 1855, n° 93.)

Le *Moniteur* vient de publier la liste des officiers et soldats de l'armée anglaise qui ont été décorés de la Légion-d'Honneur, à l'occasion de la campagne de Crimée. Nous y trouvons, avec une vive satisfaction, les noms de nos honorables confrères, savoir : M. John Hall, inspecteur général des hôpitaux, nommé officier ; MM. les chirurgiens Archibald Gordon, James Mouatt, Thomas Patrick Matthew, Richard Coffin, Elliot, et les aides-chirurgiens Thomas Clark Brady, Thomas Ligertwood, Henry Thomas Sylvester, George Fair et Charles O'Callaghan, nommés chevaliers.

— On lit dans le *Journal de médecine de Bordeaux* :

« La pellagre devient chaque année de plus en plus endémique dans certaines parties du département de la Gironde. Aujourd'hui elle envahit un grand nombre de communes, en particulier celles de Lourtins, Carcans, Lacanau, Sainte-Hélène, Saumos, le Porge, et plusieurs autres de l'arrondissement de Bazas. M. le Préfet de la Gironde a confié à M. le docteur Henri Gintrac la mission de visiter ces diverses localités, afin d'y constater le degré de fréquence et de gravité de la pellagre, et de rechercher les moyens d'en arrêter le développement. »

— M. le docteur Roux commencera son cours sur l'art des embaumements et la conservation des pièces anatomiques, le vendredi 25 juillet, à 7 heures du soir, et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure, dans l'amphithéâtre de la rue Larrey, n° 8.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FELIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 89. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 24 Juillet 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. HYGIÈNE PUBLIQUE : Des mesures à prendre pour diminuer, autant que possible, les cas de rage. — III. BIBLIOTHÈQUE : De l'électrisation localisée et de son application à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 22 juillet : Correspondance. — Rapports sur des eaux minérales. — Rapport sur une opération d'anus contre nature. — Discussion. — Présentation. — Lecture. — V. COURRIER.

PARIS, LE 23 JUILLET 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

C'est un rapport de M. Robert qui a fait la partie importante de cette séance. Ce rapport avait pour sujet une opération d'anus contre nature, pratiquée par M. le docteur Leprestre, de Caen, sur un nouveau-né; l'enfant, opéré par la méthode de Littre, a vécu quatorze mois, et est mort accidentellement du choléra pendant la dernière épidémie.

M. Robert a trouvé dans ce fait le texte d'un très intéressant rapport, dans lequel il a envisagé la question de l'anus contre nature au double point de vue de la médecine opératoire et de la médecine légale.

Comme question de médecine opératoire, M. Robert, après avoir discuté et apprécié les deux méthodes dites de Littre et de Callisen, se prononce pour cette dernière, avec les modifications qu'Amussat lui avait fait subir et celles qu'il propose lui-même, par suite de recherches anatomiques qui lui sont propres sur la disposition particulière que présente l'intestin chez les nouveau-nés.

Au point de vue médico-légal, c'est-à-dire sur la question de savoir — question qui a été posée à des experts et qui a fait le sujet de contestations judiciaires très graves — si un enfant né avec une imperforation de l'anus ou avec absence de la partie inférieure du rectum est viable, M. Robert a semblé adopter un moyen terme, et, si nous l'avons bien compris, à une question ainsi posée, notre savant confrère ne répondrait pas d'une manière absolue, et dirait, par exemple : Non, l'enfant n'est pas viable si la chirurgie ne vient pas à son secours; oui, l'enfant peut vivre si l'art intervient à propos. C'est à peu près la doctrine adoptée par le Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE, dans un rapport remarquable qu'il lui fut fait l'an passé par Sandras, son très regrettable et très regretté collaborateur. (Voyez l'UNION MÉDICALE du 7 juillet 1855.)

Une discussion, qui pouvait être plus sérieuse et plus approfondie, a suivi ce rapport sur les deux questions qu'il avait abordées.

La question chirurgicale a été à peine effleurée par M. Velpeau, qui, sans se prononcer nettement sur la valeur de l'opération, s'est contenté de demander si l'on connaissait un seul cas où l'opération de l'anus contre-nature, pratiquée chez un nouveau-né, ait permis à celui-ci de vivre une vie ordinaire. Quelqu'un d'ici, a ajouté l'honorable professeur, connaît-il ou a-t-il jamais connu dans le monde, un individu portant un anus artificiel depuis sa naissance et pratiqué par l'art?

Personne n'a répondu à cette question directe, mais M. Robert a rappelé l'opération célèbre de Duret, chirurgien de Brest, qui a permis au sujet qui la subit de vivre près ou plus d'un demi-siècle. M. Larrey a cité un opéré d'Amussat qui vivait encore cinq ans après l'opération. Enfin l'enfant opéré par M. Leprestre a vécu quatorze mois et est mort accidentellement du choléra.

La question médico-légale a donné lieu à un débat un peu plus étendu.

M. Trousseau, qui prenait part pour la première fois aux discussions de l'Académie, s'est montré médiocrement satisfait de la distinction faite par M. Robert sur la viabilité. Il ne comprend pas qu'on puisse répondre oui et non sur une question semblable; il ne comprend pas une viabilité qui dépend d'un peu plus ou d'un peu moins de hauteur de l'altération congénitale, qui dépend surtout d'une intervention si hasardeuse de l'art. Pour l'honorable académicien, la viabilité est ou n'est pas; c'est une question de droit étroit et absolu, elle ne peut dépendre de telle ou telle circonstance fortuite, et, pour lui, tout enfant qui naît avec un vice de conformation incompatible avec la vie, ne naît pas viable.

Nous ne croyons pas que M. Trousseau — nous disons la vérité surtout à nos amis — se soit placé sur le véritable terrain du médecin légiste, de l'expert. La viabilité est si peu une question de droit étroit et absolu, que, comme M. Adelon l'a rappelé avec juste raison, la viabilité n'est nulle part définie dans la loi. C'est, pour chaque cas particulier, une question d'appréciation pour le juge. Celui-ci peut s'éclairer, et il le fait toujours, des lumières du médecin expert. Mais l'expert n'a jamais à donner son avis sur la question générale de la viabilité. Comme toutes les questions de ce genre ne se présentent qu'après la mort, le juge demande à l'expert purement et simplement : Cet enfant pouvait-il ou non vivre? et l'expert doit répondre en médecin et non en légiste; et sa réponse doit être basée sur les faits, sur l'observation, sur l'expérience de la science.

Pour notre compte, nous adoptons la doctrine exposée en quelques mots substantiels par M. Adelon; aussi regrettons-nous que la question véritablement pratique et chirurgicale de l'opération de l'anus artificiel chez l'enfant nouveau-né, n'ait pas été plus franchement et plus nettement abordée.

Amédée LATOUR.

HYGIÈNE PUBLIQUE.

DES MESURES A PRENDRE POUR DIMINUER, AUTANT QUE POSSIBLE, LES CAS DE RAGE;

Par M. le docteur B. ALIÈS, médecin-inspecteur des bains de mer de Trouville.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 19 Juillet 1856.)

Je sais bien que, généralement, on n'admet pas que le développement de la rage puisse avoir lieu à des intervalles de temps aussi éloignés du moment de l'inoculation. Mais sur quoi se fonde-t-on pour motiver cette incroyance? A-t-on la moindre notion sur le mode d'action des virus contagieux? Quelqu'un a-t-il pénétré les mystères de l'infection? Si tout cela est parfaitement inconnu, en quoi une incubation de dix ans est-elle plus invraisemblable qu'une incubation de dix mois? Étant donné, un principe morbide qui peut séjourner pendant onze mois dans l'économie, à l'*état latent*, et sans manifester par aucun phénomène appréciable le fait de sa présence, il n'y a aucune raison valable pour refuser d'admettre qu'il puisse y séjourner onze ans : des incubations de plusieurs mois, bien avérées, rendent croyables des incubations de plusieurs années.

Et qu'on veuille bien le remarquer, les faits d'incubation lente, quoiqu'ils soient en dehors de la règle générale, ne sont pas très rares; ils se produisent assez souvent pour qu'il ne puisse exister le moindre doute sur leur authenticité : ainsi, sur soixante-neuf cas de rage consignés dans les deux dernières enquêtes, il s'en trouve six dont l'incubation a duré de six à douze mois.

Voilà ce qui a lieu dans les faits de transmission du virus rabique des animaux à l'homme. Si les animaux étaient surveillés, s'ils pouvaient se surveiller eux-mêmes; et rendre compte de l'évolution de leur maladie, il y a lieu de croire, par analogie, qu'ils fourniraient à la statistique des éléments d'après lesquels la plupart des cas de rage spontanée trouveraient une explication plus vraie dans une ancienne inoculation.

Je veux le répéter encore, pour qu'on ne prenne pas le change sur la partie de mon argumentation; je ne nie pas la rage spontanée, mais je la crois rare, beaucoup plus rare surtout que la rage communiquée. J'ai vu assez souvent des chiens enragés; et je ne me souviens pas d'en avoir vu qui le fussent devenus spontanément, à part quelques-uns venus de loin, et sur lesquels les renseignements m'ont fait défaut; j'ai toujours pu arriver à la source de leur maladie, et savoir par quel autre chien, souvent même quel jour et en quel endroit avait eu lieu l'inoculation.

C'est donc à la prévenir que doivent tendre tous les efforts, et que l'intervention du pouvoir peut avoir une influence décisive.

Ici, pour développer complétement ma pensée, je suis forcé de me livrer à des considérations qui, au premier abord, pourront paraître étrangères à la science médicale, mais qui cependant s'y rattachent étroitement, ne serait-ce que pour leur but final, l'étude et l'élucidation d'une question hygiénique du plus haut intérêt.

Pour qui réfléchit un peu, c'est une singulière et bien triste anomalie que l'irresponsabilité, en fait, dont jouissent les propriétaires des chiens enragés, à une époque et dans un milieu social où les droits les plus minimes sont rigoureusement protégés, et leur infraction sévèrement réprimée.

Une personne est mordue par un chien enragé : quelque temps après, la rage se déclare chez elle; elle meurt en quelques jours, au milieu d'horribles souffrances, sans qu'il soit, humainement, possible de la soustraire à cette fatale terminaison : voilà des enfants orphelins, une famille tout entière dans la douleur, une perte irréparable, et souvent une série de maux de toute espèce qui en est la conséquence!

Et personne ne s'indigne! L'autorité elle-même ne s'émeut pas! On ne voit qu'un malheur là où il y a un homicide! Et quant au propriétaire du chien, auteur, involontaire, il est vrai, mais bien réel de cette mort violente, il jouit de la plus complète impunité, en paix avec la justice, peut-être même avec sa conscience; sans encourir ni les sévérités de la loi ni le blâme de la Société; sans être tenu à aucun dédommagement envers une famille dans laquelle il a porté le deuil et la ruine.

Une telle manière d'envisager les cas de mort par hydrophobie est déplorable; elle dispense les propriétaires des chiens de toute précaution, ne les astreint à aucune surveillance, et laisse ainsi la société sans aucune garantie.

Que des oies aient pâturé dans le pré d'autrui; que des bestiaux aient passé dans des champs ensemencés; qu'un amateur, le fusil sous le bras, soit rencontré sur un terrain où il n'a pas droit de chasser; qu'une voiture manque de plaque; qu'un verre d'eau soit jeté par la croisée; qu'un domestique oublie de balayer la rue devant la maison de son maître; qu'au sortir du cabaret, un homme pris de vin gratifie de coups de poings un autre ivrogne comme lui, et qu'il en résulte quelques égratignures à la figure, des bosses au cuir chevelu, ou des ecchymoses sur les membres! Les gardes champêtres ou forestiers, les agents de police, sergents de ville ou gendarmes constateront les faits, dresseront procès-verbal, et les contrevenants ou délinquants seront frappés d'une amende plus ou moins forte, quelquefois même punis d'emprisonnement, et condamnés, quand il y a lieu, à payer une indemnité à la partie civile, en réparation du préjudice causé.

Mais que le même jour, à la même heure, dans les mêmes lieux, un chien enragé appartenant aux mêmes délinquants courre les rues, morde dix personnes, les expose au danger d'une mort affreuse, auquel peut être toutes n'échapperont pas, les mette dans la nécessité de subir des cautérisations douloureuses, livre pendant des mois entiers leur existence aux plus cruelles angoisses! Eh bien, gardes champêtres, sergents de ville, gendarmes, agents quelconques de l'autorité, tous resteront impassibles, après avoir tué le chien s'il l'ont pu, témoins inactifs d'un malheur qu'ils déplorent sans doute, mais contre l'auteur duquel il ne leur vient pas à la pensée qu'ils ont le droit et le devoir de provoquer l'action de la loi!

Ce contraste est tellement saisissant, qu'il me semble impossible que les bons esprits ne s'accordent à penser qu'il y a quelque chose à faire pour combler cette lacune dans la protection que la société doit à chacun de ses membres, et pour redresser cette étrange aberration de la conscience publique.

Mais d'où peut venir l'inaction des agents du pouvoir, dans des circonstances dont la gravité devrait en réclamer impérieusement l'exercice le plus énergique? La société serait-elle désarmée? Le législateur aurait-il oublié d'édicter une pénalité applicable à la répression de ces attentats à la santé publique? Pas le moins du monde! Il y a dans nos codes tous les éléments suffisants d'une répression efficace; il ne s'agit que de les mettre en œuvre.

L'inaction ne vient pas de là; elle dérive de cette opinion erronée, que lorsqu'un chien devient enragé, ce n'est pas son maître qui en est cause, qu'il n'y a de la faute de personne, que c'est un cas de force majeure qui ne pouvait être évité, et dont les conséquences et la responsabilité ne doivent peser sur qui que ce soit.

C'est aux médecins à protester, au nom de la science et de l'observation, contre de si funestes allégations.

Qu'un chien devienne enragé spontanément, à coup sûr, son maître ne pouvait ni le prévoir, ni l'empêcher; et du fait en lui-même de cette rage spontanée ne pourrait découler légitimement aucune responsabilité.

Mais en est-il de même lorsque la rage lui vient par inoculation? Et, dans ce cas, ne pourrait-on pas, à juste titre, reprocher au propriétaire, d'avoir manqué, ou de surveillance, s'il ignorait que son chien eût été mordu par un animal enragé, ou de prudence, si, le sachant, il a négligé les précautions convenables?

Mais là n'est pas encore toute sa culpabilité; il n'y en a que la plus petite partie. Pourquoi, lorsque le chien a présenté les premiers symptômes de sa maladie, qu'elle procédât de l'inoculation ou de la spontanéité, pourquoi son maître ne l'a-t-il pas fait abattre, ou, tout au moins, pourquoi ne l'a-t-il pas renfermé? Il faut qu'on le sache bien, la rage n'arrive pas d'emblée et du premier jour à sa plus haute période d'intensité; elle a ses symptômes prodromiques, pendant lesquels le propriétaire du chien a tout le temps de prendre ses précautions, afin de se prémunir lui-même, et de prémunir les autres contre les dangers qu'elle leur ferait courir quand elle serait arrivée à l'état de rage confirmée. Le chien est d'abord triste, inquiet, abattu; il recherche la solitude, grogne souvent, reste couché dans un coin, éprouve de temps à autre des

soubresauts et de légers mouvements convulsifs, aboie, mange et boit moins souvent que de coutume : ce sont là les prodrômes ordinaires de la rage, ses symptômes précurseurs, admis par les médecins et les vétérinaires : ce n'est qu'après qu'ils ont duré quelques jours, que l'animal devient furieux, méconnaît son maître, abandonne la maison, se jette avec fureur sur tout ce qu'il rencontre, mordant hommes et animaux, de préférence pourtant, ceux de son espèce.

Eh bien, je le dis bien haut, car, telle est ma conviction, tout propriétaire de chien qui néglige de l'abattre, ou tout au moins de le tenir renfermé et solidement attaché aussitôt qu'apparaissent ces premières manifestations prodromiques, est coupable devant Dieu et les hommes de tous les funestes résultats qui seront la suite ultérieure de sa négligence. S'il est coupable, il doit être responsable.

Maintenant, on voit sans doute où je veux en venir, et quelles conclusions j'ai à tirer de cette longue exposition.

Les voici :

1° Éclairer les propriétaires des chiens sur la surveillance dont la société leur fait un devoir, dans l'intérêt de sa sécurité.

2° Leur faire subir la responsabilité de leur négligence dans l'accomplissement de ce devoir, tant sous le rapport de la vindicte publique que vis-à-vis de la partie civile.

Telle est la combinaison qui me paraît la plus propre à restreindre les cas de rage dans les plus étroites limites possibles. Les deux mesures dont elle se compose n'ont rien d'inique ni de vexatoire; elles n'ont rien d'exorbitant, et qui ne soit légitimé par un grand intérêt; elles ne dépassent pas les exigences qu'impose le besoin de la sécurité; et elles pourvoiraient suffisamment à ce besoin.

Il est certain que si elles étaient exécutées avec la persévérance et la fermeté désirables, elles auraient pour effet immédiat de diminuer considérablement le nombre des chiens, et surtout dans la catégorie de ceux dont l'existence offre le plus de dangers.

En effet, il ne manque pas de gens qui veulent avoir des chiens, mais qui ne veulent ni les soigner, ni les nourrir, ni s'occuper d'eux en aucune manière : lorsqu'ils ont payé la taxe municipale, ils croient avoir rempli, et surabondamment, tous les devoirs de propriétaires de chiens; ils se croient quittes de tout le reste. Il est facile de comprendre que c'est parmi les chiens appartenant à de tels maîtres que l'hydrophobie trouve sa proie et son aliment journaliers, que c'est par eux qu'elle se propage et se perpétue.

Mais lorsque ces propriétaires insouciants auront appris que d'autres obligations leur sont imposées; que ce n'est pas tout d'avoir versé dans la caisse du receveur municipal le montant de la taxe, et d'en avoir retiré la quitance; qu'il y a encore à acquitter un autre impôt de surveillance quotidienne; oh ! alors ce sera tout autre chose; ce dernier impôt paraîtra trop lourd, trop onéreux à leur incurie : ils renonceront à leurs chiens.

Ainsi serait réalisée une grande amélioration ! Ainsi serait obtenu, et de la manière la plus heureuse, le complément de la loi du 2 mai 1855.

Il ne reste plus qu'à examiner quelles sont les dispositions législatives applicables à la matière; il faut trouver une épée de Damoclès qui intimide toujours et qui puisse tomber quelquefois.

Code civil, art. 1382. « Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

Art. 1383. « Le propriétaire d'un animal, ou celui qui s'en sert, pendant qu'il est à son usage, est responsable du dommage que l'animal a causé, soit que l'animal fût sous sa garde, soit qu'il fût égaré ou échappé. »

Voilà deux articles clairs et précis, qui établissent très nettement la responsabilité civile des propriétaires des chiens enragés, et qui les obligent à la réparation du dommage causé : et quel dommage que celui de la mort d'un de nos semblables !

Les dispositions légales, en ce qui concerne la vindicte publique, ne sont pas moins positives.

Code pénal, art. 375, paragraphe 7. « Seront punis d'amende, depuis 6 francs jusqu'à 10 francs..... ceux qui auraient laissé divaguer des fous ou des furieux étant sous leur garde, ou des animaux malfaisants ou féroces. »

Art. 459. « Tout détenteur ou gardien d'animaux ou de bestiaux soupçonnés d'être infectés de maladie contagieuse, qui n'en aura pas averti sur-le-champ le maire de la commune où ils se trouvent et qui, même avant que le maire ait répondu à l'avertissement, ne les aura pas tenus renfermés, sera puni d'un emprisonnement de six jours à deux mois, et d'une amende de 16 à 200 francs. »

Art. 479, paragraphe 2. « Seront punis d'une amende de 11 à 15 francs, ceux qui auront occasionné la mort ou la blessure des animaux ou des bestiaux appartenant à autrui, par l'effet de la divagation des fous ou furieux, ou d'animaux malfaisants ou féroces. »

Art. 319. « Quiconque par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou inobservation des règlements, aura commis involontairement un homicide, ou en aura involontairement été la cause, sera puni d'un emprisonnement de trois mois à deux ans, et d'une amende de 50 francs à 600 francs. »

Art. 320. « S'il n'est résulté du défaut d'adresse ou de précaution, que des blessures ou des coups, l'emprisonnement sera de six jours à deux mois, et l'amende de 16 francs à 100 francs. »

Voilà certes des dispositions précises, une pénalité définie on ne peut mieux. Il y a à s'étonner qu'il ne soit jamais venu à la pensée des magistrats, d'en faire l'application aux propriétaires des chiens enragés; elle s'y adapte tellement bien, qu'on dirait que le législateur les avait spécialement en vue. Il a dû y avoir des impossibilités ou de grandes difficultés pratiques, qui auront fait obstacle à leur zèle et à leurs bonnes intentions.

Aujourd'hui, l'on est entré, sous ce rapport, dans une ère nouvelle : grâce à la loi du 2 mai 1855, tous les chiens qui existent sur le territoire de l'Empire, sont connus et classés; il n'en est pas un qui n'ait un maître pour payer sa capitation, et répondre de ses coups de dents; il sera donc toujours possible de connaître ce dernier, quand on aura à sévir contre lui.

Personne n'est censé ignorer la loi; néanmoins, avant de faire des articles précédemment cités une application inusitée jusqu'ici, il serait juste de leur donner une publicité spéciale.

A cette fin, le gouvernement ferait imprimer tout au long, en tête des bulletins qui seront remis par la mairie à chaque propriétaire de chien, lorsqu'il en fait la déclaration : 1° les articles 1382 et 1383 du Code civil, le paragraphe 7 de l'article 475 du Code pénal, l'article 459, le paragraphe 2 de l'article 319, et l'article 320 du même Code; 2° une description succincte, mais claire, des signes prodromiques de la rage; 3° enfin un avertissement dans lequel on ferait connaître aux propriétaires de chiens la surveillance à laquelle ils sont tenus, et la peine qu'ils pourraient encourir, si, par leur négligence, venaient à se produire quelques-uns de ces terribles accidens qui compromettent la vie de l'homme, jettent le deuil dans les familles et l'effroi dans les populations.

Ce bulletin comminatoire, remis tous les ans aux propriétaires des chiens, exercerait sur eux une intimidation salutaire; elle éclairerait les ignorants, ferait réfléchir les imprévoyants, tiendrait en éveil l'attention de tous, et modifierait l'opinion publique, de manière à faire apprécier sérieusement la responsabilité inhérente à la possession des chiens.

Il serait à désirer, pour couronner l'œuvre, qu'une injonction arrivât du pouvoir central à tout dépositaire d'une partie de l'autorité, d'avoir à poursuivre vigoureusement l'exécution de ces dispositions, et même de requérir d'office la réparation du dommage causé à la partie civile.

Je me trompe fort si l'heureux effet de cet ensemble de mesures se faisait attendre longtemps : diminution dans le nombre des chiens; cas d'hydrophobie devenus rares parmi ceux qui seraient conservés; rare aussi l'inoculation de cet horrible virus aux individus de l'espèce humaine; tels seraient ses résultats immédiats.

A moins que mon système ne soit qu'une utopie, ai-je besoin de dire que je serais heureux si la science et l'administration pensaient que ce n'en est pas une ?

BIBLIOTHÈQUE.

DE L'ÉLECTRISATION LOCALISÉE ET DE SON APPLICATION A LA PHYSIOLOGIE, A LA PATHOLOGIE ET A LA THÉRAPEUTIQUE (1);

Par le docteur DUCHENNE DE BOULOGNE.

Nous arrivons maintenant à la troisième partie, dans laquelle l'auteur traite des applications de la faradisation localisée à la pathologie, c'est-à-dire des modifications qu'éprouve la contractilité électrique dans les maladies, et des ressources que ces modifications peuvent fournir au diagnostic.

Dans un premier chapitre, il décrit avec de grands détails et en s'appuyant sur de nombreuses observations, les difformités auxquelles donnent lieu les paralysies, atrophies et contractures des muscles qui meuvent l'épaule, et les signes qui permettent de les reconnaître.

Dans le second, il trace l'histoire de deux maladies qui n'avaient jamais été que soupçonnées avant lui. Je veux parler de la paralysie et de la contracture du diaphragme.

La paralysie du diaphragme a pour signe le renversement des mouvements normaux de la paroi abdominale pendant la respiration. A l'état normal, l'abdomen se soulève en même temps que la poitrine, refoulé qu'il est par la contraction du diaphragme, et il s'affaisse en même temps qu'elle. Mais quand le diaphragme est paralysé, l'inspiration attire les viscères abdominaux vers la cavité thoracique, et l'expiration les chasse, en sorte que le ventre s'affaisse quand la poitrine se soulève, et réciproquement. Si une moitié seulement du diaphragme est paralysée, c'est d'un seul côté que ce renversement des mouvements a lieu. M. Duchenne s'est assuré que le défaut d'isochronisme des mouvements du thorax et de l'abdomen tient, dans ce cas, à la paralysie du diaphragme, car, en faradisant les nerfs phréniques pendant l'inspiration, il a rendu à ces mouvements leur type normal. Il a observé cette paralysie plus ou moins complète dans l'atrophie graisseuse progressive, dans la paralysie saturnine, dans la paralysie hystérique, dans la péritonite et dans l'empyème. Elle n'est point mortelle comme on l'a cru, mais elle apporte une grande gêne aux mouvements respiratoires et à la phonation, et elle peut être une cause de mort prompte si elle vient à se compliquer d'une bronchite, car elle rend l'expectoration impossible. Quant à la contracture du diaphragme, M. Duchenne ne l'avait décrite que d'après ses expériences sur les animaux, n'en ayant point observé chez l'homme.

M. Valette, médecin de l'hôpital militaire de Metz, en a recueilli un exemple fort remarquable qui s'est terminé par la mort, après avoir donné lieu à une douleur épigastrique très vive et à une gêne extrême de la respiration, avec soulèvement de l'épigastre et immobilité de la paroi abdominale, symptômes indiqués à l'avance par M. Duchenne.

Dans les chapitres suivants, l'auteur étudie les différentes espèces de paralysie musculaire au point de vue de la façon dont elles se comportent en présence de l'agent électrique, et il en déduit des éléments importants de diagnostic. En effet, parmi les paralysies plus ou moins localisées, il en est où la contractilité électrique demeure intacte, d'autres où elle est plus ou moins complétement abolie, ce qui divise ces paralysies en deux groupes. Dans les paralysies saturnines et dans celles qui dépendent d'une lésion de la moelle ou des nerfs, la contractilité électro-musculaire est abolie ou fort diminuée. Elle est conservée dans les paralysies cérébrales, dans les paralysies rhumatismales, et dans les paralysies hystériques. Il y a plus, et chacune des espèces de paralysies comprises dans ces deux groupes présentent, au point de vue de la contractilité ou de la sensibilité électrique, des différences qui permettent de les distinguer entre elles. Ainsi, les paralysies saturnines se distinguent des affections de la moelle ou de celles qui dépendent d'une lésion profonde des nerfs par la faveur dont elle atteint certains groupes de muscles dans un ordre toujours le même, et que M. Duchenne a déterminé, se portant tout d'abord sur les extenseurs communs des doigts, puis successivement sur les extenseurs propres, sur l'extenseur du pouce et respectant presque constamment les supinateurs. Dans les paralysies cérébrales, la sensibilité électro-musculaire demeure normale, elle est augmentée dans les paralysies rhumatismales, elle est anéantie dans les paralysies hystériques. On conçoit tout le parti que peut tirer de ces signes différentiels, le diagnostic souvent si obscur des paralysies musculaires.

Les signes diagnostiques fournis par la faradisation musculaire ne sont pas moins précieux dans les paralysies généralisées, car M. Duchenne a constaté, par de nombreuses observations, que tandis que la paralysie générale avec aliénation ne s'accompagne jamais d'aucun changement dans la contractilité électro-musculaire, les paralysies générales indépendantes de l'aliénation présentent toujours l'abolition ou la diminution de cette propriété. Pour ce motif il a proposé de leur donner le nom de paralysies générales *spinales;* car l'abolition de la contractilité électro-musculaire aussi bien que l'absence de toute lésion cérébrale lui semblent devoir rapprocher ces paralysies générales des paralysies locales, qui sont sous la dépendance d'une lésion de la moelle, quoiqu'on n'en découvre pas toujours à l'autopsie. La paralysie générale *saturnine* détermine, comme la paralysie spinale, l'abolition de la contractilité électrique; mais le siége d'affection qu'affecte encore ici cette lésion de la contractilité permet de la distinguer. Quant à l'*atrophie musculaire graisseuse,* cette maladie étrange que M. Duchenne a le premier signalée dans un mémoire qu'il publia en 1849, et qui depuis a été décrite sous d'autres noms par M. Cruveilhier et par M. Aran, elle offre pour caractère distinctif la bizarre irrégularité avec laquelle elle détruit, çà et là, les muscles isolément, laissant subsister un muscle volumineux et bien nourri à côté d'un autre presque réduit à quelques fibres graisseuses, et, avec cela, la conservation de la contractilité électrique dans chaque fibre musculaire isolée, jusqu'à sa complète transformation.

Mais c'eût été peu pour la faradisation localisée de prêter au diagnostic un si utile secours, si elle n'avait dû offrir à la thérapeutique des ressources bien plus précieuses encore. Appliquée convenablement au traitement des paralysies, des atrophies musculaires et de certains troubles de la sensibilité, elle peut être souvent d'une incontestable efficacité et agir utilement dans des cas où elle ne saurait être remplacée par aucun des agents de la matière médicale. Malheureusement son application exige une étude toute spéciale et presque toujours une longue patience.

Dans la quatrième partie de son livre, M. Duchenne s'attache à établir nettement les cas dans lesquels la faradisation peut être utile, le moment où il convient de l'appliquer et le mode de son application; appuyant d'ailleurs tout cela sur de très nombreuses observations.

Les paralysies consécutives aux lésions traumatiques des nerfs cèdent, dans la majorité des cas, à la faradisation localisée. La guérison n'est généralement pas rapide et la durée moyenne du traitement est de deux à trois mois. Mais il y a sous ce rapport de grandes différences selon la gravité de la lésion nerveuse. Telle paralysie guérit en quelques semaines, telle autre exige des années, sans que les symptômes de l'une et de l'autre puissent le faire prévoir et sans que leur gravité semble tout d'abord différente. Dans ces cas difficiles, la faradisation pourra servir de pierre de touche et fournira de précieux renseignements au pronostic. On sent déjà que les paralysies dépendant d'une lésion des nerfs s'accompagnent toujours d'une diminution plus ou moins marquée de la sensibilité et de la contractilité électro-musculaire. Or, le degré qu'atteint ce trouble des propriétés électro-physiologiques des muscles, est toujours en rapport avec la gravité de la lésion nerveuse, et la résistance qu'elle opposera au traitement. La contractilité et la sensibilité électro-musculaires sont-elles à peine modifiées, le nerf n'est pas profondément altéré et la paralysie guérira promptement sans traitement, plus promptement encore sous l'influence de la faradisation localisée; ces deux propriétés sont-elles, au contraire, complétement éteintes, c'est que la lésion est grave, et, quoi qu'on fasse, il faudra, pour que les nerfs retrouvent la faculté de transmettre l'influx nerveux, un temps considérable pendant lequel les muscles auxquels ils se rendent, s'atrophieront nécessairement plus ou moins. Après ce temps seulement la faradisation pourra réveiller la vie et la nutrition dans ces muscles atrophiés, et guérir lentement cette paralysie; mais, chose remarquable, en leur rendant la faculté de se contracter sous l'influence de la volonté, l'électricité, dans ce cas, demeure incapable de provoquer leur contraction, et, parfois, alors même que la paralysie est complétement guérie, on voit ces muscles demeurer insensibles à l'agent électrique qui les a fait revivre. Il ne sert de rien d'appliquer la faradisation dès le début de ces paralysies graves, l'atrophie n'en suit pas moins sa marche fatale. Il faut environ six à neuf mois pour que la lésion nerveuse guérisse, et c'est au bout de ce temps seulement qu'il convient de commencer le traitement. Mais alors il ne faut pas se laisser décourager par l'étendue de la paralysie, par le degré de l'atrophie musculaire, et même par les déformations articulaires qui en sont la suite, car, M. Duchenne, à force de patience et de persévérance, en a guéri qui semblaient inévitablement vouées à l'insensibilité, et faisaient désirer aux malheureux qui en étaient atteints l'amputation d'un membre devenu inutile et même incommode.

La paralysie saturnine ne se trouve pas moins bien de la faradisation localisée que les paralysies consécutives aux lésions traumatiques des nerfs. C'est-à-dire que ce moyen guérit, alors même que tous les autres échouent. Seulement, on ne peut pas s'en fier aussi bien pour prévoir la durée du traitement au degré d'affaiblissement de la contractilité musculaire, qui est parfois complétement perdue déjà dans des cas cependant facilement curables. Le degré d'affaiblissement de la sensibilité électro-musculaire est ici un guide plus sûr. Lorsqu'elle est fort affaiblie, l'auteur recommande de la réveiller par un courant à intermittences rapides. Dans tous les cas, il faut mesurer l'intensité du courant au degré de paralysie de chaque muscle, et ménager assez les doses et la fréquence

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 12 et 17 Juillet 1856.

des applications pour ne pas produire de courbature.

Les précautions à prendre sont bien plus minutieuses encore quand il s'agit de paralysies consécutives à l'hémorrhagie cérébrale, car ici la faradisation localisée qui peut rendre de véritables services, peut aussi, par son application intempestive ou imprudente, provoquer les plus graves accidents. Par une longue expérience, l'auteur a reconnu qu'elle était dangereuse et ne pouvait procurer de bons résultats, toutes les fois qu'à la paralysie se joignait encore un certain degré de contracture après cinq ou six mois de durée. Dans les cas contraires, elle lui a donné d'assez bons résultats, à la condition de n'agir qu'avec des courants forts, mais à intermittences rares, et de tenir toujours les excitateurs voisins l'un de l'autre, pour localiser le plus possible leur influence et ne produire aucune action reflexe. Quant aux paralysies de la face, l'auteur a complétement renoncé à y appliquer la faradisation dans ces circonstances, malgré les avantages qu'elle peut donner, à cause des dangers auxquels elle expose en dépit de toutes les précautions imaginables.

M. Duchenne a eu un grand nombre d'occasions d'appliquer la faradisation aux paralysies rhumatismales de l'avant-bras, et il l'a toujours fait avec succès, alors même que d'autres médications avaient échoué.

Ce traitement réussit assez bien dans les paralysies hystériques. Mais ici tout est imprévu. Parfois la paralysie cède à une seule application de l'électricité, tandis que dans d'autres cas, il faut de nombreuses séances pour obtenir une amélioration à laquelle on n'arrive même quelquefois jamais.

M. Duchenne a encore employé la faradisation avec succès dans un grand nombre de paralysies locales; par exemple, dans des cas de dysurie tenant soit à la paralysie des muscles de l'abdomen, soit à la paralysie des fibres musculaires de la vessie, soit à l'anesthésie de ce réservoir; dans des cas de constipation rebelle et d'étranglement interne. Les succès ont été plus tranchés encore dans des cas de chute du rectum, où la faradisation remplace avec un immense avantage la cautérisation au feu rouge, qu'on est dans l'usage d'opposer à cette maladie. Quelques cas d'aphonie résultant de la paralysie des muscles du larynx ont aussi cédé, entre les mains de M. Duchenne, à la faradisation localisée. Quant à la paralysie rhumatismale de la septième paire, son traitement, quoiqu'il ne présente pas les mêmes dangers que celui des paralysies consécutives aux hémorrhagies cérébrales, exige cependant des précautions sans nombre. Ici, en effet, il ne suffit plus de rendre aux muscles paralysés la faculté de se contracter sous l'influence de la volonté, il faut encore ramener dans chacun d'eux le degré de tonicité normale, qui donne à la physionomie son caractère habituel, sous peine de faire une face grimaçante. Or, non seulement on peut demeurer en deçà du but, mais encore on peut le dépasser pour quelques-uns des muscles que l'on électrise et produire leur contracture, si on distribue à tous une dose d'électricité uniforme. Dans des cas semblables, M. Duchenne n'a eu d'autre ressource que de déterminer une semblable contracture dans les mêmes muscles, du côté opposé, pour rétablir du moins la symétrie du visage. La surdité nerveuse est ordinairement modifiée et souvent guérie par la faradisation, mais le traitement exige, comme dans le cas précédent, de nombreuses précautions. L'auteur donne, à ce sujet, de nombreux détails, dont nous ne pourrions allonger un article déjà trop long. L'atrophie musculaire graisseuse elle-même, cette maladie terrible, dont la marche semblait fatalement envahissante, a pu être enrayée, et a semblé même guérir quelquefois sous l'influence de la faradisation. Malheureusement l'influence des mêmes causes qui l'avaient produite en détermine facilement la récidive. Enfin, M. Duchenne a obtenu les meilleurs résultats de ce mode de traitement dans une maladie de l'enfance encore peu connue, sur laquelle il donne des détails fort intéressants, et qu'il propose d'appeler *paralysie atrophique graisseuse de l'enfance.*

La faradisation localisée est en outre applicable à un certains nombre de troubles de la sensibilité, par exemple, aux hyperesthésies ou anesthésies cutanées, qu'elle guérit ou modifie avantageusement. Elle l'est surtout aux hyperesthésies musculaires hystériques, et plus encore aux douleurs musculaires rhumatismales, qu'elle enlève le plus souvent beaucoup plus vite et beaucoup plus facilement que ne le peuvent faire tous les autres moyens de traitement habituellement employés. Elle peut encore rendre indirectement de grands services dans les contractures rhumatismales; car, en déterminant la contracture des muscles antagonistes, M. Duchenne est plus d'une fois parvenu à effacer les déformations dont ces contractures étaient la cause.

La vive douleur que l'on peut, à l'aide de la faradisation, produire à volonté sur un point de la peau, sans la désorganiser et sans même l'enflammer, fournit une arme puissante contre certaines névralgies. Il en est qui cèdent rapidement et même subitement à ce moyen de traitement, comme on les a vues céder à la cautérisation de l'hélix, où à l'attouchement de la membrane du tympan; mais moins barbare que le premier de ces moyens et plus puissante que le second, la faradisation a sur tous deux l'avantage de pouvoir se mesurer exactement à l'intensité de la maladie, et se répéter sans inconvénient aussi souvent qu'il est nécessaire quand la névralgie n'a pas cédé à une première application. Enfin, il n'est pas jusqu'à l'angine de poitrine qui n'ait été guérie par la faradisation cutanée. L'auteur en rapporte deux observations, l'une qui lui appartient, et l'autre qui lui a été fournie par M. Aran.

On voit combien sont nombreuses les applications à la thérapeutique de cet agent si puissant, et combien l'auteur a contribué à les étendre et surtout à les préciser. Mais ce qu'on ne saurait trop admirer dans un ouvrage de cette nature, c'est le soin avec lequel il a su se tenir en garde contre un enthousiasme bien naturel pour un agent qui avait été pour lui l'objet de si longues et si constantes études. Le livre de M. Duchenne n'est point une apologie de l'électricité ni même de la *faradisation* qu'il a en quelque sorte créée. C'est l'exposé simple et consciencieux des services que cet agent peut rendre comme des inconvénients qu'il peut présenter. Loin d'en vouloir à tout prix généraliser l'emploi, il a su préciser les circonstances où il peut être utile, et celles où il doit être écarté. Mais ce serait méconnaître le mérite de cet ouvrage que de n'y voir qu'un traité de l'électrisation. On y trouve bien plus, et il y a là tout un grand chapitre de la physiologie et de la pathologie musculaires entièrement neuf et du plus haut intérêt. M. Duchenne ne s'en tiendra sans doute pas là, et ses patientes et habiles investigations nous promettent encore d'intéressantes et curieuses nouveautés.

Amédée Latour.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 22 Juillet 1856. — Présidence de M. Bossi.

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. le docteur Poulet, sur une épidémie de rougeole qui a régné en 1855, dans la commune de Plancher-les-Mines;

Un rapport de M. le docteur Jobert, sur une épidémie de diphthérite qui a régné dans plusieurs communes du canton de la Ferté-sur-Amance (Haute-Marne).

Un mémoire de M. le docteur Valat, correspondant de l'Académie à Montpellier, sur le goître endémique du hameau de Couard, commune d'Autun (Saône-et-Loire).

Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855, dans le département de la Côte-d'Or.
(Commission des épidémies.)

Les rapports de MM. les docteurs Peyrecave, Nivet, V. Gerdy, sur le service médical des eaux minérales de Barbotan (Gers), Royan (Puy-de-Dôme), Uriage (Isère), pendant l'année 1854 et 1856.
(Commission des eaux minérales.)

Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de l'Ardèche, du Doubs, de la Haute-Garonne, de la Mayenne et de la Meuse. (Commission de vaccine.)

La correspondance particulière se compose des pièces suivantes :

M. le professeur Nélaton, M. Bonnafont, M. Morel-Lavallée, prient l'Académie de les comprendre dans la liste des candidats à la place vacante dans la section de pathologie externe.

— M. Gobley informe l'Académie qu'il se présente comme candidat à la place vacante dans la section de pharmacie.

— M. le docteur Camille Bernard, d'Apt, se présente comme candidat au titre de membre correspondant; M. le docteur Chauffard, candidat au titre de membre associé national.

— M. le docteur Poggioli adresse une rectification relative aux deux observations qu'il disait avoir recueillies dans le service de M. Larrey au Val-de-Grâce, et qui ont été mentionnées dans le rapport de M. Piorry, lu à la dernière séance. Ce n'est pas dans les salles de M. Larrey, mais bien dans celles de MM. Lustreman, Mounier et Marchal (de Calvi) que ces faits ont été recueillis.

— M. Goubaux, professeur à Alfort, communique à l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Du sel marin et de la saumure.* (Commission nommée pour le travail de M. Raynal.)

— M. Bouvier dépose sur le bureau un mémoire de M. le d^r^ Faure, ancien interne des hôpitaux, *sur l'asphyxie et son traitement.*

— M. le Président annonce que M. Vrolik, d'Amsterdam, membre correspondant de l'Académie, assiste à la séance.

— M. le Président fait part à l'Académie de la mort de M. Giraud St-Romme, membre correspondant à Marseille.

M. Ossian Henry, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture de deux rapports :

1° Sur l'une des trois sources de l'établissement thermal de Barbasan (eau sélénito-magnésienne sensiblement arsenicale et ferrugineuse). Conclusion : Il y a lieu d'accorder l'autorisation d'exploiter ces sources au point de vue médical. (Adopté.)

2° Sur l'eau d'une source découverte à Châteauneuf (Puy-de-Dôme). Cette eau contient du bicarbonate de soude, du carbonate de chaux, de magnésie, de fer, associés à de l'acide carbonique. Conclusion : Il n'y a aucune raison de refuser l'autorisation demandée. (Adopté.)

M. Robert, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. P. Dubois et Huguier, lit un rapport sur un travail communiqué à l'Académie par M. Leprestre, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, et professeur de clinique externe à l'École de médecine de cette ville.

Le 20 août 1853, on présenta à l'Hôtel-Dieu de Caen, un enfant de deux jours, atteint d'une imperforation complète de l'anus, et en proie à de graves accidents. Comme il n'y avait aucune trace d'ouverture anale, que rien ne faisait soupçonner l'existence dans la région périnéale de l'intestin distendu par des matières, M. Leprestre, après avoir fait inutilement une incision dans cette région, recourut de suite à une ressource ultime, c'est-à-dire, à l'établissement d'un anus contre nature. Il se décida pour la méthode de Littre.

Il fit, au-dessus de l'arcade fémorale, à gauche, une incision d'environ 2 centimètres, ouvrit le péritoine, ce qui donna lieu à l'issue d'une notable quantité de sérosité citrine; l'ouverture fut agrandie, pendant que de la main gauche le chirurgien repoussait l'intestin, qui tendait à sortir; puis l'indicateur fut à la recherche de l'S iliaque; l'intestin découvert, on l'approcha de l'incision et on le maintint à l'aide d'un stylet recourbé en crochet; une incision longitudinale faite à l'intestin livra issue à une grande quantité de méconium. Le stylet servit de conducteur à un fil ciré, à l'aide duquel on maintint en place l'anse intestinale divisée.

Immédiatement après l'opération, l'état général s'améliora notablement; les matières intestinales s'écoulèrent facilement. Le troisième jour, on retira le fil. Dans l'espace de sept mois, aucun accident sérieux; une fois on observa le renversement de la membrane muqueuse de l'intestin; mais il céda à l'usage des lavements émollients. Les matières devinrent moulées et ne coulèrent pas continuellement. A l'âge de 14 mois l'enfant succomba au choléra, alors épidémique.

L'autopsie a démontré que le cul-de-sac rectal s'arrêtait à 35 millim. du périnée, au-dessus des releveurs de l'anus, dont les fibres se réunissaient complétement et lui formaient comme un plancher. De la terminaison de l'intestin partait un cordon qui allait se perdre dans la peau du périnée. Toute la partie de l'intestin, comprise entre l'ouverture artificielle et le cul-de-sac rectal était remplie de matières endurcies; c'était bien sur l'S iliaque du colon qu'avait porté l'incision.

Telle est l'observation de M. Leprestre; une circonstance ajoute encore à l'intérêt qui se rattache à ce fait : dans une petite ville du Calvados, un enfant était venu au monde quelque temps auparavant avec une imperforation du rectum, et avait succombé faute de soins convenables. Sa mort avait donné lieu à un procès, dont la base reposait sur une question de viabilité. Cette question avait été controversée, et le tribunal de Vire avait jugé, contrairement à l'opinion de M. Leprestre, que le vice résultant d'une imperforation du rectum est exclusif de la viabilité. Ce fait ne dut pas être étranger à la détermination que prit M. Leprestre, et le succès justifia sa manière de voir.

L'observation communiquée à l'Académie soulève : 1° une question de médecine opératoire; 2° et incidemment une question médico-légale qui a déjà appelé l'attention de l'Académie.

La méthode de Littre a donné, entre les mains de M. Leprestre, un succès de plus; mais ce succès est-il de nature à atténuer les objections qui pèsent sur cette méthode, à démontrer qu'elle doit être préférée à toute autre méthode d'entérotomie? Telle n'est pas la pensée du rapporteur. La lésion inévitable du péritoine constitue un danger des plus graves pour l'opération de Littre, et, quoi qu'on en ait dit, la péritonite n'est ni moins fréquente, ni moins funeste chez l'enfant nouveau-né qu'aux autres époque de la vie; c'est ce qui résulte des observations de Billard, des recherches de M. Bouchut, de l'excellent travail de M. Thore. Parmi les causes de la péritonite, M. Thore signale les vices de conformation qui peuvent être un obstacle au cours des matières, et dans toutes les opérations d'anus artificiel, dit M. Robert, que j'ai faites ou vu faire, suivant la méthode de Littre, j'ai constaté qu'à l'ouverture du péritoine, il s'échappe une certaine quantité de sérosité, témoignage irrécusable de l'hypérémie dont cette membrane est déjà le siége; le contact de l'air, les manipulations réitérées doivent être, dans ces conditions, une cause puissante d'inflammation.

On peut encore faire à la méthode de Littre d'autres objections : si l'incision des parois abdominales, premier temps de l'opération, est simple et facile, il n'en est pas de même du deuxième temps, qui consiste à amener au dehors l'S iliaque du colon; pendant cette manœuvre, l'intestin grêle se précipite à l'extérieur, et il devient souvent très difficile de le refouler. Dans un cas, M. Robert s'est même vu dans la nécessité de fixer une anse d'intestin grêle pour ne pas prolonger indéfiniment l'opération. — D'autres difficultés proviennent de la position anormale occupée par le gros intestin. En effet, à cause de la longueur considérable de cette portion du canal digestif, l'S iliaque du fœtus et du nouveau-né décrit une longue circonvolution, qui commence dans la fosse iliaque gauche, et même plus haut, se dirige transversalement jusque dans la fosse iliaque droite, de là se replie de nouveau pour plonger de droite à gauche dans l'excavation pelvienne. Ce fait, dont l'observation est due à M. Huguier, permet de concevoir comment, ne pouvant trouver le colon, des chirurgiens habiles ont été conduits à abandonner la recherche de cet intestin, et à fixer dans la plaie une anse de l'iléon. Tous ces tâtonnements ajoutent encore aux chances de péritonite.

L'entérétomie lombaire, dite de Callisen, doit-elle être relevée de la défaveur où elle est encore aujourd'hui, et même y aurait-il lieu de la préférer à sa rivale. La méthode de Callisen, perfectionnée par M. Amussat, repose sur la possibilité d'ouvrir le colon lombaire gauche, sans pénétrer dans le péritoine. Elle est plus difficile que celle de Littre, à cause de l'épaisseur plus grande des parties à diviser; de plus, en suivant le procédé généralement décrit, on n'est pas toujours certain d'éviter la blessure du péritoine ou de mettre à découvert le gros intestin, sans de longs et périlleux tâtonnements.

En effet, le colon peut varier de position, et il n'affecte pas toujours les mêmes rapports avec sa tunique séreuse. 1° Il peut se diriger en dedans, passe au devant du rein; il devient alors presque impossible de ne pas blesser le péritoine; c'est la même anomalie qui expose à saisir l'intestin grêle, comme M. Gosselin l'a observé deux fois dans des expérimentations sur le cadavre; 2° derrière le colon le péritoine s'adosse quelquefois à lui-même, et forme un petit méso-colon qu'il est facile de déchirer. Toutefois, d'après mes recherches, cette disposition serait assez rare chez l'enfant nouveau-né.

En présence de ces faits, je conçois l'hésitation des praticiens qui, entre deux voies semées d'écueils, continuent à suivre celle dont ils ont le plus l'habitude.

J'ai fait quelques recherches anatomiques sur des cadavres d'enfants mort-nés ou ayant succombé deux ou trois jours après la naissance, avant que le méconium n'ait été évacué. Cette réserve m'a paru nécessaire parce que j'ai observé que le volume, la longueur et la position du gros intestin se modifient très rapidement après la naissance. Or, il m'a été donné d'observer deux faits importants. D'une part, c'est que le colon descendant est d'autant moins enveloppé par le péritoine, qu'on l'examine plus près de la base de la poitrine, et plus près du coude que forme l'arc du colon pour devenir colon descendant. D'une autre part, c'est que dans les cas de déviation, le colon descendant conserve sa position normale en haut. Il en résulte que pour éviter la lésion du péritoine, l'ouverture de l'intestin devra être faite tout près du rebord des fausses côtes et non pas au milieu de l'espace compris entre la base de la poitrine et la crête iliaque. L'incision étant faite au lieu que j'indique, on aperçoit une portion de la face postérieure du rein et immédiatement en dehors, l'intestin distendu par le méconium.

La méthode de Littre est seule applicable à un vice de conformation dont M. Depaul a montré deux exemples à l'Académie, à l'oblitération de l'extrémité inférieure de l'intestin grêle; dans les cas de cette espèce, il faut chercher l'iléon à travers la région de l'aine, et l'ouvrir. M. Depaul est arrivé à reconnaître l'existence de cette oblitération intestinale à l'aide des signes suivants: conformation normale de l'anus et du rectum; possibilité d'administrer des lavements qui n'entraînent qu'une petite quantité de mucus; possibilité d'introduire assez profondément dans le rectum une sonde de gomme élastique; vomissements précoces; matières vomies promptement colorées par le méconium; gonflement peu considérable du ventre.

En commençant notre rapport, nous avons annoncé que ce fait soulevait une question médico-légale importante, celle de la viabilité dans les vices de conformation; nous ajoutons que, dans un procès en appel devant la Cour de Rennes, il n'a pas été étranger à une transaction entre les parties. Les faits de ce genre ont été trop rarement observés pour avoir pu fixer l'attention des jurisconsultes, et les recueils des arrêts de la Cour de cassation ne contiennent rien qui s'y rapporte; enfin, les médecins légistes ne les ont pas tous interprétés de la même manière.

Les articles 725 et 906 du Code Napoléon disent que pour succéder ou jouir d'un testament ou d'une donation, l'enfant doit être né viable. Or, la viabilité n'est pas définie par la loi; la science traduit viabilité par aptitude à parcourir les phases diverses de la vie.

La question de viabilité ne saurait être posée tant qu'un enfant est vivant, car il y a toujours alors présomption de viabilité. Si l'on remédie par une opération quelconque à un vice de conformation dont il est affecté et qu'on réussisse, la viabilité lui est définitivement acquise. Ce n'est donc que quand l'enfant a succombé que cette question doit être posée. Or, les vices de conformation peuvent se présenter sous deux conditions différentes : 1° Tantôt la science possède des moyens faciles, certains, exempts de danger, capables de les traiter ou de les guérir; telles sont l'imperforation du prépuce, du méat urinaire, de l'anus, etc., etc. 2° Tantôt les ressources de l'art sont incertaines, c'est-à-dire que le praticien n'est pas toujours sûr de réussir, parce que l'opération offre des dangers, ou que les procédés opératoires ne présentent pas le même degré de certitude que dans le premier cas : telle est l'absence d'une plus ou moins grande partie du rectum.

Dans cette double hypothèse, trois cas peuvent se présenter :

1° L'enfant meurt sans avoir été opéré, soit par incurie des parents, soit par absence ou timidité des hommes de l'art.

2° L'enfant a succombé après l'opération, soit à des accidents inhérents à l'opération elle-même, soit à des complications qu'il est impossible de prévoir et qui, d'ailleurs, sont communes à tous les actes de la chirurgie, soit enfin à ce que l'opération n'a pas été pratiquée en temps utile.

3° L'enfant succombe avant l'opération à des causes étrangères au vice de conformation dont il est affecté. Tels seraient un accident, une maladie intercurrente, etc.

Deux solutions opposées se trouvent en présence pour chacun de ces cas.

Une opinion partagée par quelques jurisconsultes est la suivante : Doit être seulement déclaré non viable l'enfant qui porte en lui une impossibilité de vie absolue, irrémédiable. Mais si, par une opération quelconque, on peut y remédier, alors même que celle-ci offrirait de grands dangers, l'enfant doit être déclaré viable.

Une opinion opposée a été soutenue par M. Devergie. Il faut, dit-il, juger les vices de conformation tels qu'ils se montrent, et se demander s'ils étaient de nature à entraîner la mort, dans l'hypothèse où ils auraient été abandonnés à eux-mêmes. Partant de ce fait, qu'il y a présomption de viabilité toutes les fois qu'il y a vie, il dit que si, à l'aide des secours de l'art, un enfant a été soustrait à des chances certaines de mort, cet enfant qui, en l'absence de ces secours, aurait succombé, doit être déclaré viable. Mais il n'en doit pas être de même lorsque l'art a été impuissant à remédier au vice de conformation ; alors le fait doit être jugé non pas en raison des chances possibles des secours médicaux ou chirurgicaux, parce que tout est problématique dans leur application et dans leurs résultats, mais bien en raison du vice de conformation considéré en lui-même. Ainsi, selon M. Devergie, en ne jugeant que d'après l'altération telle qu'elle se montre à la naissance et d'après le résultat qu'elle doit fatalement amener quand elle est abandonnée à elle-même, en laissant aux enfants que le hasard ou les conditions sociales entourent de soins éclairés, les éventualités et le bénéfice de ces circonstances, on pose des doctrines à la fois justes et précises.

Entre ces deux opinions, nous n'hésitons pas à adopter la première. En effet, si l'on subordonnait la question de viabilité aux conditions sociales de l'enfant, aux éventualités des suites des opérations, etc., on arriverait à des conséquences opposées à toute idée de justice. C'est ainsi qu'un enfant né dans l'aisance, à même de recevoir des soins médicaux éclairés, s'il vient au monde avec une imperforation de l'anus que l'on peut immédiatement guérir avec un simple coup de lancette, cet enfant sera viable, parce qu'il sera secouru, tandis que, né dans des conditions sociales opposées, il ne sera pas viable. Évidemment, il nous serait impossible de déclarer devant les magistrats qu'un vice de conformation si léger et auquel il est si facile de porter remède, puisse exclure la viabilité.

Ces faits étant admis, nous arrivons aux cas les plus complexes et les plus graves, tels que l'absence de l'extrémité du rectum et celle du même intestin dans la plus grande partie de son étendue. Or, dans ces cas, la méthode de Littre, celle de Callisen, modifiée par Amussat, comptent déjà assez de succès pour que le praticien soit toujours autorisé à faire ces opérations et soit même blâmable de ne pas les tenter. Nous leur appliquerons donc les mêmes raisonnements qu'aux précédents, et nous dirons que le bénéfice de la viabilité nous semble devoir leur être acquis. Mais il n'en est plus de même lorsque l'altération organique est au-dessus des ressources de l'art, soit parce que celui-ci n'a point encore trouvé de moyen d'y remédier, soit parce que les procédés employés jusqu'à ce jour n'ont fourni que des résultats négatifs.

Pour nous résumer, nous dirons donc : 1° que l'on ne doit pas faire dépendre la viabilité de circonstances éventuelles, telles que la position sociale de l'enfant, la présence des hommes de l'art, etc. ;

2° Que la viabilité doit être subordonnée seulement à l'état de la science et aux progrès de l'art de guérir ;

3° Qu'il faut admettre que tout enfant né avec un vice de conformation de nature à entraîner nécessairement la mort, s'il est abandonné à lui-même, doit être considéré comme viable quand cette lésion peut être traitée et guérie, même en supposant que les opérations destinées à remplir le but, puissent être suivies d'accidents graves, et même de la mort.

En terminant ce rapport, nous vous proposons :

1° D'adresser à M. Leprestre des remercîments pour son intéressante communication ;

2° D'appeler sur ce chirurgien l'attention de la Commission chargée des candidatures aux places vacantes de membres correspondants.

M. Velpeau : Parmi les difficultés nombreuses que présente cette question de l'anus contre-nature, et que M. Robert vient d'énumérer, il en est une à laquelle on n'a pas assez songé, il me semble ; c'est de savoir ce que deviennent les opérés. Je parle de ceux chez lesquels on établit un anus artificiel de toute pièce pour remédier à un vice de conformation congénital, tel que l'absence de l'ouverture anale ou de l'extrémité inférieure du rectum. Cette opération a été faite par bien des chirurgiens, et je l'ai pratiquée pour ma part une dizaine de fois, sur lesquelles j'ai eu quatre ou cinq succès. Mais que sont devenus les malades après quelques semaines ou quelques mois ? Je l'ignore. Ceux qui ont subi de semblables opérations arrivent-ils à l'âge adulte ? La méthode de Littre ou celle de Callisen consistent, en dernière analyse, à faire un anus là où naturellement il n'en doit pas exister, à créer un organe artificiel, anormal, qui doit introduire un grand trouble non seulement dans la défécation, mais encore dans les fonctions digestives, et dont l'existence doit rendre la vie pénible, insupportable. Encore si l'expérience avait démontré que cette existence, même avec tous ces inconvénients, peut être prolongée pendant de longues années ! Mais, je le répète, je n'en connais pas d'exemple (ce n'est pas à dire que d'autres n'en puissent citer quelques-uns). Quand l'opération réussit, on suit les malades pendant quelques mois, dix-huit mois, deux ans au plus, puis on les perd de vue. S'ils doivent succomber en si peu de temps, est-ce un bien grand service à leur rendre que de les opérer ? et peut-on les regarder comme réellement *viables*, c'est-à-dire comme aptes à se développer et à vivre autant que les autres ?

M. Robert : Les succès durables obtenus par l'opération de l'anus artificiel sont tellement rares, que je ne m'étonne pas d'entendre M. Velpeau, malgré sa vaste expérience, déclarer qu'il n'en a pas observé et mettre en doute leur existence. Je citerai cependant le fait de l'opéré de M. Duret qui a vécu jusqu'à l'âge adulte après avoir subi quelques jours après sa naissance l'opération par la méthode de Littre. — Je conviens, avec M. Velpeau, que les chances de vie sont bien faibles pour les sujets placés dans ces conditions ; mais j'ajoute que l'art n'a pas encore dit son dernier mot ; qu'il pourra perfectionner et l'opération elle-même et le traitement des accidents dont elle est suivie. L'un de ces accidents a été signalé par Goyrand : c'est le renversement de l'intestin. M. Amussat l'avait déjà observé et avait même imaginé, pour le combattre, un appareil compressif dont je ne sais pas les détails, et que la science connaîtra sans doute un jour. Amussat, dans ses conversations particulières, m'a affirmé avoir obtenu des succès durables sur plusieurs enfants ; il me souvient surtout de l'enfant d'un consul étranger, que M. Jobert, si je ne me trompe, a vu avec lui ; cet enfant, à l'âge de 4 ou 5 ans, était d'une excellente santé, quoiqu'il eût un anus artificiel situé au flanc gauche. M. Maisonneuve a montré à l'Académie un enfant auquel il a pratiqué la même opération, il y a aujourd'hui plusieurs mois ; cet enfant vit encore. Il est vrai que M. Maisonneuve s'est trop pressé peut-être de nous signaler ce fait comme un succès complet, car le même enfant est actuellement traité par M. Larrey, et il s'est produit chez le petit opéré un renversement de l'intestin qui constitue une grave complication. Mais, encore une fois, il est permis d'espérer que l'art apprendra à combattre cet accident. L'enfant cité par M. Leprestre a vécu quatorze mois, il est mort accidentellement du choléra. Ces faits sont de nature à encourager les chirurgiens, et surtout à établir que la viabilité, en pareil cas, doit exister pour la loi.

M. Larrey : En 1839, à l'époque où je remplaçai M. Cloquet à l'hôpital des Cliniques, j'adressai à Amussat un enfant venu au monde avec une imperforation de l'anus et une absence de l'extrémité du rectum. Opéré par la méthode de Callisen modifiée, cet enfant a vécu cinq ans à ma connaissance. Je n'ai pu le suivre au-delà de ce temps.

Chez l'enfant auquel M. Maisonneuve a pratiqué l'opération de l'anus artificiel et qui a été montré à l'Académie, il existe aujourd'hui au niveau de l'ouverture lombaire un renversement, ou plutôt un double diverticulum intestinal. Un dessin que je me propose de vous présenter dans la prochaine séance, fera, mieux que la description que j'en pourrais donner, saisir le caractère de cette singulière complication. La saillie de l'intestin est irréductible ; M. Maisonneuve a momentanément réussi à la faire rentrer, mais elle s'est promptement reproduite ; les tentatives que j'ai faites dans ce sens ont échoué. Mes collègues de la Société de chirurgie à qui j'ai fait voir cet enfant, ont émis sur la conduite à suivre des avis différents. Pour moi, je prends le parti d'ajourner tout nouvel essai de réduction jusqu'au moment où j'aurai réussi à améliorer la santé générale, qui, en ce moment, est très altérée.

Quant à la question générale des succès obtenus par l'opération de l'anus artificiel, je partage l'opinion de M. Velpeau, et crois que c'est une triste viabilité que celle des individus qui ont subi cette opération.

M. Trousseau : La question médico-légale soulevée par M. Robert est très importante, et nous aurions grand besoin que M. Adelon nous aidât en ce moment de ses lumières. Remarquez combien des circonstances toutes fortuites acquièrent ici de valeur pour juger la question de viabilité. L'enfant venu au monde avec un vice de conformation n'est pas viable s'il habite à vingt lieues d'un chef-lieu de département, où des secours ne peuvent lui être portés ; habite-t-il ce chef-lieu, il peut être opéré, l'opération peut réussir, il doit être déclaré viable, car ne vécût-il que quinze jours, on ne saurait lui dénier la viabilité ; et c'est là un fait considérable en jurisprudence : si les parents meurent, cet enfant étant héritier légal, il s'agit de lui reconnaître ou de lui refuser le droit de succession. C'est donc du chirurgien ou de la sage-femme que dépend la viabilité ; si l'enfant n'est pas secouru, évidemment il n'est pas viable dans la supposition d'un vice de conformation dont la persistance équivaut à une mort certaine.

M. Adelon : La loi ne définit pas la viabilité, c'est le tribunal qui en décide dans chaque cas particulier. Mon opinion est celle que M. Robert et M. Trousseau ont exprimée, à savoir que, l'enfant vivant, la question de viabilité ne saurait être soulevée et qu'elle ne peut être agitée qu'après la mort de l'individu. Or, dans ce cas, ce n'est pas à l'expert de la résoudre, il doit borner sa fonction à des recherches purement médicales et se contenter d'établir si le vice de conformation était de nature à empêcher la vie de commencer et de continuer. Cette détermination offre quelquefois de grandes difficultés, comme, par exemple, dans le cas d'une encéphalite qui permet à l'enfant de vivre pendant plusieurs jours et même d'être allaité, et qui, cependant, détermine inévitablement la mort. Mais c'est là un cas particulier. Pour les vices de conformation, l'expert pourra établir s'il s'agit d'un état irrémédiable — et dans ce cas la vitalité ne saurait être admise — ou si l'art peut y remédier. C'est le magistrat, je le répète, qui juge la question selon l'espèce.

M. Velpeau : Puisque la question de la viabilité ne nous regarde pas, tenons-nous en à la question chirurgicale. J'y reviens. Je n'ai pas dit qu'il n'existât aucun cas d'opération d'anus artificiel ayant permis à l'individu d'atteindre l'âge adulte, j'ai déclaré seulement ne pas en avoir vu. Je prie ceux de nos confrères qui en ont observé ou qui en recueilleront par la suite, de nous les signaler.

M. Robert explique la mort des opérés par tel accident auquel l'art apprendra peut-être un jour à opposer un traitement. Peu importe pour le moment la nature de l'accident ; les opérés meurent, c'est là sur quoi j'ai insisté.

M. Depaul : M. Robert a mis en parallèle les deux méthodes de Littre et de Callisen ; notre collègue incline à accorder la préférence à cette dernière, bien qu'il lui reconnaisse des inconvénients. Parmi les objections qui peuvent être adressées à l'opération de Callisen, il en est une dont M. Robert n'a pas tenu compte et qui a une valeur capitale : c'est qu'il y a telle disposition anatomique qui ne permet pas d'atteindre l'intestin par l'incision pratiquée dans le flanc. Dans le fait de M. Leprestre, savait-on si le rectum, si le colon étaient bien conformés ? L'oblitération pouvait ne pas être limitée au rectum, s'étendre à tout le gros intestin. Avec une semblable disposition, à quel résultat aurait conduit la méthode de Callisen ?

On n'aurait pas trouvé l'intestin, et l'on aurait presque à coup sûr ouvert le péritoine. La première question qu'on doit se poser en présence d'une oblitération de l'intestin, c'est celle du siége précis de cette oblitération, car, de sa solution dépend le choix de la méthode qui doit être mise en usage. A l'occasion de deux faits de ce genre que le hasard m'a fait rencontrer dans le courant de la même année, j'ai été conduit à rechercher les signes auxquels on peut reconnaître si l'intestin est oblitéré à une distance grande ou petite. M. Robert a bien voulu rappeler les signes que j'ai indiqués, comme pouvant servir à établir ce diagnostic ; mais il en a omis un très important, c'est celui que donne la percussion de l'abdomen : en effet, la sonorité perçue sur le trajet présumée du gros intestin, autorise à penser que l'atrésie est placée au-dessus de cet intestin.

Pour revenir aux avantages comparés des deux méthodes, je répète que celle de Callisen expose à ne pas trouver l'intestin, c'est-à-dire à faire une opération au moins inutile, sinon nécessairement mortelle ; tandis que la méthode de Littre donne au moins la certitude de saisir et d'ouvrir l'intestin.

M. Laugier : On disait tout à l'heure qu'un enfant n'était pas viable s'il était atteint d'un vice de conformation susceptible d'entraîner la mort quand on n'y portait pas remède. Je doute que cette doctrine puisse être admise. Supposons une imperforation du prépuce, il y a rétention d'urine, formation d'une tumeur dont vous connaissez bien les caractères ; le moindre coup de bistouri suffit pour l'ouvrir, et cependant sans cette ouverture, l'enfant, abandonné à lui-même, succomberait infailliblement. De même, dans les imperforations de l'anus, il suffit d'une simple incision sur la tumeur formée par le méconium retenu au-dessus de l'obstacle pour faire cesser un état qui deviendrait mortel s'il persistait. Mais il en est tout autrement dans les cas qui réclament l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Littre ou de Callisen ; cette opération peut réussir sans doute, mais la viabilité est alors pour ainsi dire accidentelle. En résumé, l'oblitération de l'intestin n'empêche pas de déclarer l'enfant viable, ou bien elle s'y oppose, suivant qu'elle est de telle ou telle espèce et suivant que le vice de conformation est léger ou grave.

M. Trousseau : Je ne saurais partager cette opinion. Elle aurait pour conséquence de faire admettre la viabilité quand l'obstacle est à un centimètre au-dessus de l'anus, et de la nier quand il est placé au-dessus. La viabilité ne saurait se graduer ainsi d'après la gravité du vice de conformation. Supposez, si vous voulez, une imperforation de l'œsophage ; qu'un chirurgien s'avise de faire une œsophagotomie et essaie d'alimenter l'enfant en pratiquant par la plaie de l'opération des injections alimentaires dans l'estomac, l'enfant pourra vivre plusieurs jours, plusieurs semaines peut-être ; cependant peut-on songer à le déclarer viable ? Évidemment, non.

Il n'y a dans le degré et la gravité d'un vice de conformation, rien de précis, rien qui puisse servir de règle.

M. Bussy : M. Adelon nous a rappelé tout à l'heure que la viabilité n'est pas définie par la loi, qu'elle est laissée à l'appréciation du magistrat, et nous n'avons pas, je pense, l'intention de suppléer au silence de la loi. En conséquence, j'invite l'Académie à clore la discussion sur ce point ; si elle désire la continuer sur la question chirurgicale, je propose le renvoi à la prochaine séance.

M. Cazeaux insiste vivement pour la continuation de la discussion. L'Académie est consultée, la parole est donnée à M. Moreau.

M. Moreau : Avec M. Robert et M. Trousseau, je crois que la question de la viabilité ne saurait être posée qu'après la mort de l'enfant, ou à propos de vices de conformation incompatibles avec la vie, en ce sens qu'ils s'opposent à la continuation de l'existence, tout en n'en impliquant pas la cessation immédiate. Un enfant atteint d'encéphalite peut vivre pendant quelques jours, et même téter, cependant il n'est pas viable. Le cas supposé tout à l'heure par M. Trousseau d'une oblitération de l'œsophage est également exclusif de la viabilité.

Toutefois, tant que l'enfant vit, il est par cela même viable. Il y a quelques années, une de mes clientes, la fille d'un magistrat haut placé, accoucha à six mois d'un enfant vivant. Je dis à ce magistrat que cet enfant, ce fruit non mûr, n'était pas destiné à se développer ; que cependant, grâce aux soins dont il allait être entouré, il vivrait, probablement, quinze jours, peut-être un mois. Et si sa mère venait à mourir, demandai-je au magistrat, pourrait-il hériter ? Il vit, me répondit-il, donc il pourrait succéder.

J'ajouterai un mot relativement au trajet de l'S du colon chez le fœtus, où il se porte d'abord de la fosse iliaque gauche dans la fosse iliaque droite avant de pénétrer dans l'excavation pelvienne. Je doute que ce soit là une véritable anomalie, comme l'a dit M. le rapporteur. Chez le fœtus, le développement du bassin est rudimentaire, c'est au-dessus de lui que le paquet intestinal se trouve placé, et l'S iliaque est, par cela même, forcé de décrire une large circonvolution avant de se continuer avec le rectum.

En terminant, je dirai encore que, comme M. Velpeau, je vois dans la création d'un anus contre nature une ressource bien chanceuse. J'ai pratiqué cette opération plusieurs fois sans succès.

M. le Président met aux voix les conclusions du rapport. Elles sont adoptées.

M. Baillarger présente une petite négresse de Porto-Ricco, affectée de *microcéphalie*. Quoique son crâne n'ait que 35 centimètres dans son plus grand diamètre, l'intelligence est cependant assez développée ; cette enfant entend quelques mots d'espagnol ; on ne remarque pas chez elle cette agitation perpétuelle que les *Aztèques* présentaient à un si haut degré, ni aucun de ces vices de conformation si fréquents chez les idiots microcéphales (presque tous atteints de pied-bot, etc.). On la dit âgée de 12 à 15 ans ; ses dents, examinées par M. Oudet, sont celles d'un enfant de 10 à 11 ans. Elle a eu deux époques menstruelles. Aucun indice de glande mammaire. Circonstance digne d'être notée et qui a déjà été observée bien des fois, c'est que la mère de cette enfant a mis au monde trois autres microcéphales.

M. Baillarger fait remarquer que, chez ce sujet, comme dans tous les cas de microcéphalie, il existe une crête médiane indiquant la jonction des deux os frontaux.

M. Reveil présente un mémoire intitulé : *Recherches sur l'opium*, et donne lecture d'un résumé de ce travail. (Comm. MM. Caventou, Trousseau, Chevallier rapporteur.)

La séance est levée.

Un fait grave de *responsabilité médicale* sera soumis au Comité de rédaction de l'Union Médicale qui se réunira demain, vendredi, à huit heures du soir. Une consultation sur ce fait étant demandée au rédacteur en chef du journal, M. Amédée Latour a l'honneur d'inviter MM. les actionnaires de l'Union Médicale, qui ne font pas partie du Comité de rédaction, de vouloir bien se réunir à leurs collègues, et de venir lui prêter le concours de leurs lumières et de leur expérience.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 90. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 26 Juillet 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Clinique médicale (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — II. Consultation pour un cas de blépharoptose. — III. Bibliothèque : Traité d'hygiène navale. — IV. Académies et sociétés savantes. *Société médicale du 2e arrondissement* : Choléra sporadique. — La protéine et son emploi. — La fièvre typhoïde et les maladies infectieuses. — Rétrécissement extrême du vagin sans obstacle pour l'accouchement. — Symptômes graves résultant de l'inanition et de l'anémie. — Rétention d'urine sans paralysie de la vessie. — Hémorrhagie utérine intermittente. — V. Réclamation : Sur l'observation d'empoisonnement par des pains à cacheter. — VI. Feuilleton : La nature.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (1) ;

Recueillies par M. Richard-Maisonneuve, interne du service.

Troisième Leçon.

Nous allons commencer cette séance par l'examen d'un certain nombre de femmes d'un âge adulte, et qui ont la plupart des pieds-bots varus, à divers degrés. Chez presque toutes, les déviations résultent de convulsions survenues dès le bas âge; ce sont des pieds-bots acquis.

Mme Etard, 48 ans, a joui d'une bonne santé jusqu'à 25 ans; à cette époque, elle fut atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu, qui passa à l'état chronique. Il en est résulté une déformation des membres supérieurs et inférieurs, déformation qui n'empêcha point la marche jusqu'à l'âge de 30 ans. Mais, depuis ce moment, les difformités n'ont fait que s'accroître. Vous voyez, dans le membre supérieur, comme une sub-luxation du cubitus en arrière, conséquence des paralysies et des contractures des muscles de l'avant-bras. Les pieds sont devenus courbes; quand ils portent sur le sol, ils tendent à se renverser en dehors. La paralysie n'est pas complète dans les muscles de la jambe, car il y a encore quelques mouvements latéraux. Les orteils sont deux fois fléchis sur eux-mêmes; la première phalange s'est renversée sur la face dorsale du pied; la seconde et la troisième sont repliées sur la première. C'est une déformation tout à fait comparable à celle des doigts, lorsqu'ils prennent la forme de griffes, suivant l'expression de M. Duchenne. Cet état s'explique, comme à la main, par un excès d'action des extenseurs et des fléchisseurs des orteils, et par l'affaiblissement des muscles interosseux.

Il y a chez cette femme une légère disposition au varus et au pied creux. C'est un exemple de pied-bot produit par une maladie articulaire; mais le poids du corps a dû contribuer à augmenter cette déviation.

(1) Voir les numéro des 8, 17 et 19 juillet 1856.

Mme Meuriot, 49 ans, est un exemple de pied-bot *équin-varus* à droite, survenu à la suite de convulsions qui ont paru à l'âge de 18 mois. On fit, dès l'âge de 2 ans, une tentative de traitement par l'application d'appareils, mais sans résultat heureux.

Remarquez, chez cette femme, l'élévation considérable du talon et l'abaissement de la pointe du pied, qu'il est presque impossible de relever. Les saillies osseuses sont bien marquées au dos du pied. Les mouvements ne sont conservés que dans les deux premiers orteils, et bien légèrement. On sent encore les muscles de la jambe, mais ils sont déjà bien atrophiés. Le poids du corps tend à augmenter la déviation, parce qu'il ne porte que sur la partie antérieure du bord externe; vous comprenez quelle marche vacillante doit en résulter.

La main n'est pas déformée, parce que la faiblesse musculaire a été égale dans tous les muscles.

Mme Lecouteux, 28 ans, a eu des convulsions à l'âge de 18 mois. Elle porte un pied-bot varus droit et une main-bot du même côté. Vous voyez que, chez cette femme, la déformation existe au membre supérieur comme à l'inférieur. Remarquez la forme arrondie du poignet; la paume de la main s'appuie presque sur l'avant-bras; en cachant pour un moment les doigts, on dirait un pied-bot valgus. Les mouvements sont complétement abolis dans cette main; en sorte que la paralysie porte même sur les muscles qui ont agi avec excès, qui se sont contracturés. Le pied n'a conservé, lui aussi, aucun mouvement. Le gros orteil est dans une extension continue, par suite de la contracture de son long extenseur.

Chez cette femme, la marche n'est pas difficile comme chez la précédente, parce que la base de sustentation est plus en arrière, vers l'articulation médio-tarsienne, qui est très résistante. La marche se fait chez elle comme avec un pilon; aussi y a-t-il dans ce point une grosse callosité.

Mme Doidan, 57 ans, porte un pied-bot équin gauche et une main-bot du même côté. Cette femme assure que ces difformités sont congénitales. Jamais on ne lui a dit qu'elle ait eu des convulsions. Elle a commencé à marcher vers 3 ans 1/2, et déjà la déviation existait. La main, qui est une main-bot valgus, a conservé quelques mouvements; mais, au pied, ils sont abolis; il y a une demi-ankylose des articulations tarso-métatarsiennes, et la marche s'exécute sur la pointe du pied; on voit une large callosité sur la saillie sous-métatarsienne. La locomotion est moins imparfaite que chez les précédentes, en raison de l'inclinaison directe du pied, de la largeur et de la fixité de la base de sustentation qui, bien que réduite, est jusqu'à un certain point normale.

Mme Moysant, 68 ans, est atteinte d'un pied-bot varus-équin, suite d'une fièvre aiguë avec délire survenue à l'âge de 7 ans. La paralysie a été primitivement une paraplégie; mais, avec le temps, le membre droit a recouvré une grande partie de ses mouvements. A gauche, la paralysie a persisté et a produit le varus ordinaire. Cependant l'aspect de ce pied suffit pour affirmer que ce n'est pas un varus congénital, parce que la saillie de l'astragale et du calcanéum est moindre que dans cette dernière espèce de pied-bot. L'extrémité du cinquième métatarsien offre une callosité; le talon n'agit plus; le mouvement d'adduction est exagéré par l'action du jambier antérieur. La sustentation se fait ici comme dans le varus; seulement elle est très pénible en raison de la sensibilité générale du pied et de la faiblesse extrême des muscles : aussi ne voyez-vous pas ici de talon surnuméraire; la peau est restée fine et devient douloureuse dans la station.

Chez cette malade, la rotule ne répond pas exactement à l'intervalle des malléoles, elle se trouve plus en dedans. Il semble que le tibia ait éprouvé une torsion semblable à celle qu'on observe sur une pièce du musée Dupuytren.

Mme Lefèvre, 57 ans. Chez cette femme, nous trouvons un pied-bot varus droit, avec une atrophie du membre supérieur gauche, et, comme antécédents, des convulsions à l'âge de 3 ou 4 mois : c'est une paralysie croisée. Mais le mouvement est revenu en partie dans le membre supérieur, tandis qu'au pied la paralysie est complète; il y a un varus légèrement équin et un certain degré de pied creux. Vous voyez que le bord externe est fortement courbé. Il y a une grande laxité dans les articulations postérieures; elle est beaucoup moindre dans les antérieures. Il n'y a pas de callosités sur ce pied, parce que cette femme ne marche pas.

Étude des éléments anatomiques du pied-bot. — Jusqu'ici, en poursuivant l'étude du pied-bot varus, nous n'avons envisagé le pied que dans son ensemble. Mais, pour avoir une idée complète des transformations qu'il subit, il nous faut le considérer aussi dans ses parties constituantes, et d'abord dans le squelette.

1° *Déformation des os.* — L'astragale est assurément, de tous les os du pied, celui qui subit le plus de déformation dans le varus, comme l'a déjà remarqué M. Cruveilhier. Dans le varus congénital, cette déformation existe déjà à la naissance. Voici des dessins représentant les os du tarse de quatre enfants pieds-bots, morts peu après la naissance; vous serez frappés de la déformation de la tête et du col de l'astragale. Mais il y a divers degrés dans cette déformation.

Dans le premier, on ne voit qu'un léger déplacement de la facette scaphoïdienne, indiqué par un petit rebord qui traverse la

Feuilleton.

LA NATURE.

La nature est un grand mot et un grand fait.

Le mot sert tous les jours à expliquer d'une façon synthétique, provisoire et nécessairement naturelle les phénomènes les plus embarrassants.

Quant au fait, c'est celui de l'existence même. La nature... nous vivons en elle, par elle et pour elle. Ajoutons que nous mourons en elle et pour elle aussi. D'où il résulte que la puissance créatrice, *natura naturans*, est source égale de création et de destruction, de vie et de mort; d'où il résulte encore que l'ensemble des êtres, *natura naturata*, n'est point affecté par la disparition d'une espèce, si élevée qu'elle paraisse sur l'échelle animale. Tout lui est indifférent.

Lavoisier a dit : Rien ne se crée, rien ne se perd, et dans le royaume scientifique, il a bien dit.

En prononçant ce mot : la nature, on veut quelquefois exprimer l'*ordre qui préside au mouvement de l'univers*.

Eh bien ! cet ordre a été modifié déjà par des révolutions profondes. La science reconnaît quelques déluges. L'*ordre* général, représenté par ce mot nature est donc susceptible de bouleversements radicaux. La mer peut devenir le continent, le continent une île, etc., etc.

La nature, considérée comme *âme du monde*, a subi et subit tous les jours de singulières transformations. L'âme du monde est bestiale ici, abrutie là, civilisée plus loin, corrompue ailleurs.

En résumé, la nature est comme la langue, selon Ésope, la meilleure et la pire des choses. Elle nous fait trop de bien pour que nous en disions du mal, et trop de mal pour que nous en disions du bien absolument.

Toutefois, la vérité étant vers le milieu, les hommes vont naturellement chercher ailleurs, et la nature a ses partisans fanatiques, et ses détracteurs acharnés. Je lui connais aussi quelques sceptiques. Jean-Jacques Rausseau a-t-il formulé *la plus sotte et la plus dangereuse de toutes les propositions*, lorsqu'il a écrit : *Tout est bien sortant des mains de la nature*. De grâce, ne l'oublions pas — même à force desprit : — il fallait remonter un peu le *naturel* d'une société raffinée jusqu'au factice, qui se trouvait si bien dans le salon, dans le boudoir, aux bougies, *qu'elle ne regardait* seulement *plus par la fenêtre*, selon M. Villemain. N'oublions pas qu'il fallait rappeler la femme au rôle de nourrice, et pour cela faire, l'éloge un peu outré de la nature était indispensable. Car l'exagération est, dans notre beau pays, le secret de la popularité pour les doctrines et pour les individus.

Jean-Jacques Rousseau n'a peut-être pas formulé la plus *dangereuse* de toutes les propositions, car il n'y aurait pas de danger par exemple, et bien au contraire, si les fournisseurs consentaient à penser comme Jean-Jacques, et à nous donner

Du lait naturel ;
Du vin naturel ;
Du thé naturel ;
Du café naturel ;
De la farine naturelle ;
Des médicaments naturels, etc.

Au fond, et tout bien considéré, la proposition de Jean-Jacques Rousseau est sage et saine, par extraordinaire ; *Erat hic locus*.

Je ne suis pas fou de la nature, *de la bonne nature*, mais ce qui m'empêchera de devenir injuste envers elle, c'est que je n'ai jamais pris au pied de la lettre cette autre proposition littéraire : *L'homme est le roi de la création*. Un roi qui doit manger son pain à la sueur de son front ne m'en impose point sur ses prérogatives et priviléges. « Dans le corps humain, comme dans l'univers, tout est régi par des lois, et rien n'échappe à cette servitude qu'on appelle la dépendance (1) » Eh ! bien, ces lois, l'homme ne les a ni promulguées, ni votées, ni consenties, ni délibérées; il les subit ou il se tue : voilà le roi !... On le sacre à Charenton de temps en temps.

La nature ne compte que des sujets : tous lui paient le tribut, et par ce mot tribut je ne fais nullement allusion à la mort inévitable. La mort n'est point un tribut, — elle serait — si nous voulions continuer l'image — l'insolvabilité notoire..... Un *quitus*.

Mais, nous l'avons déjà dit, quand l'homme cesse de penser que la nature a été faite exprès *pour lui*, il commence à croire qu'elle a été faite *contre lui*. C'est de l'orgueil retourné. Voici la réalité : au point de vue de l'histoire naturelle, la nature est pour nous en deçà de certaines conditions, de certaines limites, de certains âges, et contre nous au delà; nous ne lui sommes nullement nécessaires, et, cependant, elle ne saurait se débarrasser de nous absolument, car *rien ne se perd*.

Oui, la nature est créatrice — mais en deçà — au delà, elle est destructive et dévorante.

Oui, la nature est conservatrice, mais en deçà; elle est révolutionnaire au delà.

Oui, la nature est médicatrice, mais en deçà ; au delà, elle est mortelle.

Et maintenant la santé est-elle plus dans la nature que la maladie ? Question puérile et sérieuse en même temps ! Puérile, si elle tend à établir par la statistique ou autrement que le nombre des malades est en plus ou en moins sur le nombre des bien portants, à tous les jours et à toutes les heures de l'humanité. Question éminemment sérieuse et grande, lorsqu'elle amène des hommes, comme M. le docteur Edouard Auber, par exemple, à recommander l'*Histoire naturelle des maladies* ; lorsqu'elle les conduit à publier, entre autres, des pages comme celles-ci :

« Dans ce chapitre, nous avons eu pour objet de fixer l'attention sur ce point de doctrine très important, qu'il y a une foule d'indispositions et d'affections réputées morbides et traitées comme telles qui ne sont que des mouvements organisateurs ou inévitables qu'on ne doit pas combattre, mais qu'il faut, au contraire, respecter tout en les surveillant. »

« ..... Ainsi donc, à toutes les époques de la vie, il y a une foule de maux qui ne sont primitivement que des mouvements nécessaires ou inévitables, bien qu'ils puissent donner lieu consécutivement à des affections par leur exagération, leur défaut ou leur perversion..... »

(1) *Traité de la science médicale.*

tête cartilagineuse, et par l'empiètement de cette facette sur le côté interne du col.

Dans un deuxième degré, la tête n'a déjà plus la même forme; elle est un peu rétrécie et tend à devenir pointue, tandis que dans un os normal, la tête de l'astragale déborde le col.

Enfin, dans un troisième degré, cette tête finit par ne plus former que le sommet mousse de l'éminence conique que représente le col. La facette destinée au scaphoïde est alors entièrement située au côté interne de ce cône; elle s'étend de son sommet à un point très rapproché de sa base.

Plus tard, l'astragale, devenu osseux, perd jusqu'au poli de sa surface, là où le scaphoïde l'a abandonné; ce qui reste de sa tête, du côté externe, devient une sorte de tubérosité saillante et raboteuse. C'est ce qui se voit sur toutes les pièces que vous avez sous les yeux.

En voici deux, néanmoins, qui offrent une disposition différente. Elles proviennent des deux pieds d'un sujet âgé. La tête de l'astragale, au lieu de se partager en deux portions, dont une seule demeure articulaire, est restée articulaire dans toute son étendue; mais elle est portée en totalité en dedans du corps de l'os; de plus, elle est inclinée en dedans par l'obliquité plus grande du col, que le muscle jambier postérieur a dévié au lieu de luxer le scaphoïde. Ce col de l'astragale s'est affaissé, raccourci; il a cédé plus tôt que les ligamens astragalo-scaphoïdiens.

Il y a une autre disposition exceptionnelle de l'astragale : je vous ai dit que la déviation du pied en dédans se produit dans les articulations médio-tarsienne et calcanéo-astragalienne; mais l'astragale est quelquefois taillé en biseau, comme affaissé du côté interne, de manière que son plan inférieur, tourné en dedans, augmente encore la déviation du calcanéum. L'un des deux pieds que je viens de mettre sous vos yeux en est un exemple.

Voici encore une autre disposition : l'articulation tibio-astragalienne est ordinairement étrangère au mouvement du pied en dedans; quelquefois, pourtant, elle concourt à ce mouvement. En effet, l'astragale, malgré son enclavement dans la mortaise péronéo-tibiale, peut participer au mouvement de rotation du calcanéum; alors ses côtés, inclinés en sens contraire, font effort sur les deux malléoles; toutes ces parties se moulent les unes sur les autres; l'inclinaison de l'astragale devient permanente et s'ajoute à celle du calcanéum pour produire un varus. Blandin a observé un fait de ce genre sur un pied d'enfant.

On voit donc qu'il peut y avoir une triple cause de déviation du pied en dedans.

Le calcanéum, quoique moins déformé que l'astragale, présente des particularités non moins remarquables. Il éprouve une légère augmentation de courbure antéro-postérieure, et, de plus, une torsion résultant d'un effort qui porte sur sa tubérosité. Vous voyez, sur ce pied, que le plus grand diamètre de la tubérosité calcanienne est devenu oblique de haut en bas, de dehors en dedans, et que le calcanéum est comme tordu sur lui-même. L'effort qui a porté sur ce point est souvent indiqué par l'allongement de la substance osseuse, sous forme d'une apophyse styloïde, à l'angle inférieur interne de cette tubérosité.

Les facettes articulaires astragaliennes et cuboïdienne du calcanéum changent de forme et de situation, par l'effet de la rotation de l'os sur son grand axe et de l'inclinaison du cuboïde. La facette cuboïdienne est en partie convertie en tubérosité comme la tête de l'astragale.

Nous avons déjà vu que le calcanéum s'articule quelquefois en arrière avec le tibia; il peut aussi s'articuler en dedans, par sa petite apophyse, avec la malléole interne, ou bien encore avec le scaphoïde.

CONSULTATION

POUR UN CAS DE BLÉPHAROPTOSE.

(Nous regrettons que le défaut d'espace nous ait empêché de publier plus tôt la lettre suivante, qui nous est parvenue depuis longtemps.)

Le Mans, 24 Juin 1856.

Monsieur le rédacteur,

Veuillez agréer mes remercîments très sincères pour l'hospitalité donnée dans votre excellent journal, à ma trop simple observation, et daignez adresser ces quelques mots à M. le docteur Compérat, votre savant et aimable collaborateur.

A Monsieur le docteur Compérat.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans les questions de médecine pratique, le défaut de renseignements étiologiques ouvre la porte à l'empirisme et non à la thérapeutique féconde des médicaments, je le sais, et cependant, pressé par une malade impatiente, j'ai vite noirci le papier, sans m'apercevoir que j'oubliais de fournir une base solide à votre jugement. Les termes laconiques de mon *post-scriptum* et quelques mots perdus dans la narration dénotent bien que l'élément étiologique n'a pas été complètement oublié; mais il est mis dans un jour si obscur, qu'on est obligé de le chercher à la lumière du raisonnement.

Je m'empresse de réparer une ommission très condamnable.

Voici les données recueillies, dès le début, auprès de notre malade.

Mme V..., pleine d'embonpoint, rouge en figure, n'a jamais éprouvé rien qui fasse soupçonner une *lésion*, même légère, de la *pulpe cérébrale;* elle a seulement ressenti, à diverses reprises, des douleurs névralgiques sur le cuir chevelu, à la région frontale et à la face, encore ces douleurs ont-elles été très fugitives. Depuis une quinzaine d'années, elle passe les jours et une partie des nuits à coudre des gants et des bottines, et sa susceptibilité nerveuse la porte fréquemment à la colère vis-à-vis ceux qu'elle dirige au travail. Mme V... est d'ailleurs très exactement réglée; elle n'a jamais eu ni affection cutanée, ni hémorrhoïdes, ni troubles vers le cœur; elle est seulement sujette à la constipation. Chez elle, les muscles et les articulations n'ont point encore donné lieu d'élection au rhumatisme; la tête n'a pas reçu de coups ni l'impression d'un air froid, et jamais l'usage des boissons alcooliques ne s'est introduit dans sa vie modeste et sobre.

Un examen plus attentif de notre malade n'a fait découvrir aucune trace de syphilis ou de scrofule, et Mme V..., interrogée sur la constitution de ses parents, n'a rien pu fournir d'intéressant à noter.

En présence de ces détails nécessaires, Monsieur et très honoré confrère, votre expérience consommée sera moins lancée dans le champ des conjectures sur l'origine du mal en question; peut-être même sera-t-elle ramenée vers les circonstances étiologiques posées d'une manière indécise dans mon premier récit. En effet, le *tempérament sanguin de madame V..., sa vie sédentaire, son genre d'occupation, les saillies mauvaises de son caractère*, ont pu, depuis longtemps, réunir leur influence pour amener une lésion au point d'origine des nerfs de la troisième partie cérébrale.

Veuillez, Monsieur et très honoré confrère, faire entrer dans la balance de vos appréciations si judicieuses les nouveaux documents que je livre à votre examen, et me faire connaître s'il doit en résulter quelque changement pour ce traitement que vous avez bien voulu me formuler d'une main si libérale.

Agréez, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de mes sentiments très dévoués et très reconnaissants.

Dr Ad. Lizé,
Chirurgien en second à l'Hôtel-Dieu.

Monsieur et très honoré confrère,

Je n'ai donc pas trop préjugé de votre savoir en disant, dans ma réponse à votre première lettre, qu'*avec un confrère comme vous, il devait toujours être facile de s'entendre, et que ce que vous n'aviez pas dit, vous deviez l'avoir pensé*... En effet, reprenant aujourd'hui en sous-œuvre chacune des différentes causes qui auraient pu revendiquer une part quelconque dans le développement de la grave maladie pour laquelle vous nous avez consultés, causes diverses que nous n'avions rappelées que pour mémoire, vous le savez, et procédant par voie d'élimination successive, je vous vois avec plaisir arriver à cette conclusion si conforme à celle que j'ai eu le bonheur de formuler : que c'est dans le concours des circonstances étiologiques suivantes que doit se trouver le principe de la maladie dont s'agit, savoir : *le tempérament sanguin de la malade, sa vie sédentaire, son genre d'occupations*, etc., etc.

Constater ce fait, mon très honoré confrère, n'est-ce point faire implicitement entendre que rien ne doit être changé au traitement prescrit, puisque c'est sur cette conclusion rationnellement déduite qu'il a été entièrement fondé? Permettez-moi seulement de vous dire, en terminant, combien j'apprécie l'importance de cette heureuse conformité d'opinion, au double point de vue de l'intérêt de votre malade et de la sérénité de la conscience du médecin qui a eu l'honneur d'être consulté.

Agréez, Monsieur et très honoré confrère, l'assurance de ma haute estime et de ma respectueuse considération.

Dr Compérat,
Président de la Société médico-pratique de Paris, etc.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ D'HYGIÈNE NAVALE;

Par le docteur J.-B. Fonssagrives, professeur à l'École de médecine navale de Brest. — Paris, J.-B. Baillière, 1856.

Comme son titre le dit assez, l'ouvrage de M. Fonssagrives est une application des règles générales de l'hygiène aux conditions spéciales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre. Ces conditions sont tellement différentes de celles de la vie ordinaire, que dès longtemps le besoin de les étudier d'une façon plus approfondie avait donné naissance à des traités spéciaux, toujours infiniment précieux à des hommes pour lesquels les soins de l'hygiène ne sont pas seulement la source d'un accroissement de bien-être, mais le plus souvent une question de vie ou de mort.

Par de patientes et laborieuses recherches, par une observation attentive et habile des faits, par une étude approfondie des conditions actuelles de la navigation, M. Fonssagrives ne s'est pas borné à faire profiter l'hygiène navale des progrès les plus récents de la science et à faire de son livre un recueil d'instructions précieuses pour la médecine et les officiers de marine, il en a fait aussi un ouvrage utile à consulter au point de vue purement scientifique. On y trouve, en effet, admirablement exposées et très habilement discutées, certaines influences qui, comme l'encombrement, l'acclimatement, les vicissitudes atmosphériques, etc., agissent d'une façon toute particulière sur la santé du matelot et qu'il appartient surtout aux médecins de marine d'étudier.

Les matières de l'hygiène y sont distribuées dans six livres dont les deux premiers sont consacrés à l'exposition des conditions d'hygiène créées par le mode de construction et la disposition des navires, et par les mœurs et les habitudes du marin; le second et le troisième traitent des influences auxquelles donne lieu la navigation, soit qu'elles naissent du navire lui-même, soit qu'elles prennent leur source dans les circonstances extérieures; enfin, dans les deux derniers, on trouve tout ce qui a rapport à l'alimentation et aux influences morales du bord.

Dès le moment où les premières membrures d'un vaisseau se posent sur le chantier, l'hygiène a droit d'intervenir, car la nature du bois qu'on y emploie, sa sécheresse plus ou moins parfaite, l'état même de l'atmosphère pendant cette construction, sont destinés à avoir une grande influence sur la santé des hommes qui, plus tard, doivent le monter, et l'auteur le démontre par des exemples et des preuves irrécusables. Tous

---

« ..... En effet, la santé parfaite est comme le bonheur parfait; elle est représentée dans la vie de l'homme par la ligne verticale dans l'oscillation du pendule, signe qui n'a pour elle qu'une position et un instant, tandis que la santé imparfaite, ligne faiblement oblique, et la maladie, ligne fortement oblique, ont pour elles un nombre infini d'instants et de positions. Mais en toute chose, l'imperfection légère est supportable. La santé n'échappe pas à cette règle, etc. »

Je ne sais si j'ai mal lu, malgré toute mon attention, mal compris, malgré la rayonnante clarté du livre, malgré les aspirations de mon intelligence, mais je me suis fait ce résumé, après avoir fermé le *Traité de la science médicale :*

La santé est la chose parfaite, fugitive, quasi-insaisissable. — La santé est un équilibre, tandis que la vie, au contraire, est *pleine d'exubérance.*

La vie, dans la nature, c'est un *excès* perpétuel, excès d'un système sur un autre, du système capillaire sur le système artériel, du système artériel sur le système veineux, etc. La santé est un mythe.

De ce point de vue, le médecin doit beaucoup moins se préoccuper de l'équilibre que du mouvement, de la santé que de la vie, malgré la fameuse proposition : *Non est vivere, sed valere vita.* Il y a des indispositions, des affections, des maladies salutaires.

Il y a plus — ou moins — comme on voudra l'entendre : la maladie proprement dite étant un combat DE LA NATURE contre les causes morbifiques, la médecine doit modifier son langage. *Guérir* une maladie est une façon de s'exprimer qui ne répond plus à la vérité, au fait. Le médecin mène à bien, au bien la lutte de la nature contre les causes du mal. Le médecin ne lutte plus contre la maladie, il lutte avec elle, du côté de la nature.

C'est là, si je ne me trompe, comme une nouvelle philosophie de la médecine; nouvelle non pas, en ce sens que personne n'avait jamais parlé des efforts conservateurs, salutaires de la nature, mais en ce sens du moins que personne ne s'était encore prononcé aussi formellement sur le rôle de maladie; ne l'avait considérée à la fois comme le premier degré de la gravité dans les lésions organiques ou fonctionnelles, et comme la première condition de la guérison chez l'homme.

Mais j'entends qu'on me crie : « La philosophie n'est pas votre affaire, à vous, maigre feuilleton; dites-nous encore quelques petites choses sur la nature, puisque tel est votre sujet, et finissez-en! » J'obéis, et je marche avec mon siècle, la tête baissée, mais le chapeau sur le coin de l'oreille, derrière le cercueil des discussions philosophiques.

Eh bien, Buffon a écrit : « La nature étant contemporaine de la matière, de l'espace et du temps, son histoire est celle de toutes les substances, de tous les lieux, de tous les âges. » Il nous semble difficile d'exprimer plus clairement que la nature s'accommode de tout; du chaos aussi bien que de l'ordre; du feu comme de l'eau; du déluge comme du simoun; de la fécondation comme de l'épidémie; des décès aussi bien que des naissances. La nature est sceptique, dans le grand sens du mot. Elle dit aujourd'hui : que sais-je par rapport à demain!

Si je révoltais les scrupules de quelques personnes en m'exprimant ainsi, je demanderais pardon d'abord et ensuite explication de l'offense, la nature n'est pas le bon Dieu (excepté pour les panthéistes). Le bon Dieu sait, la nature ignore, voilà tout ce que j'ai prétendu. Mais, objectera-t-on? la nature a des lois. — Oui, comme les peuples qui, de temps en temps, changent les lois de fond en comble. Lisons plutôt M. Buffon et les époques de la nature. Dans la nature comme dans la société, il y a les lois d'avant telle ou telle époque. — Autrefois c'était ceci, aujourd'hui c'est cela. A ce sujet, les uns crient : c'était mieux; les autres crient : c'était pire. Nous savons d'une façon positive que c'était autrement, avant et après le déluge.

Ce qui ne change pas, le voici : il faut vieillir, il faut mourir. A côté de cette double nécessité implacable, qu'est-ce que la maladie, dans la nature?

Certaines personnes qui simplifient tout avec cette faculté dont la réputation est au contraire d'amplifier toute chose, c'est-à-dire avec l'imagination, prétendent que l'homme pourrait naître, croître, décroître, mourir, comme le jour, comme l'année : un orage si sombre ou si violent qu'il soit, allèguent ces personnes, n'empêche pas le jour d'avoir vingt-quatre heures; — les inondations de 1856 n'empêcheront pas l'année de compter les douze mois; — qu'une maladie supprime la jeunesse, comme le froid supprime le printemps, nous le comprenons; cela peut être la tristesse, mais cela n'est point la mort de l'année : on ne devrait donc connaître que la mort naturelle dans la nature. La maladie devrait être à redouter, à conjurer comme douleur, jamais comme fin, avant l'âge.

Au fait, peu de gens naissent avant le temps, pourquoi tant d'individus meurent-ils avant l'âge?

Serait-il donc plus naturel de mourir que de venir au monde? A part l'absurdité grammaticale et logique de la proposition, nous voyons les animaux et les végétaux imaginés en quelque sorte et combinés pour le seul fait de la reproduction et pour la naissance. Cela est si vrai, que certains savants ont pu dire ou répéter : *Propter solum uterum mulier est quod est.* La naissance est donc le fait naturel par excellence.

Aussi, malgré la quantité de gens qui finissent avant l'heure, le nombre des naissances l'emporte encore et de beaucoup sur le nombre des décès; la masse croît sans cesse; la nature étant d'ailleurs insensible à l'individu. D'où il découlerait une grande leçon d'égoïsme aussi éloignée de notre esprit que de nos véritables intérêts. Car l'égoïsme est une mutilation, un suicide. Seulement, et comme il faut conclure, nous dirons : La nature veille sur la masse; la science doit se préoccuper de l'individu. La nature *suffit à tout* pour *tous;* elle ne suffit à presque rien pour l'individu.

Pierre Bernard.

Nous avions annoncé que S. Ex. l'ambassadeur de Turquie à Paris, avait bien voulu accorder que tous les documents destinés à la *Société impériale de médecine de Constantinople* seraient expédiés à Constantinople par son ambassade; nous prévenons également les corps savants, qu'afin d'éviter toute espèce d'erreur et de retard dans l'envoi de ces documents, on doit en prévenir *(franco)* en même temps M. le docteur Beyran, à l'hôtel de l'ambassade impériale de Turquie, rue Grenelle, à Paris.

les matériaux qui entrent dans la construction d'un navire ont leur importance hygiénique, et il n'est pas jusqu'à la couleur dont on le revêt à l'extérieur qui n'en ait une très grande. C'est ainsi que la couleur noire, adoptée pour les navires de guerre, contribue beaucoup à l'échauffement excessif que subissent leurs parties les plus profondes dans les pays chauds. Enfin, les matériaux de chargement ont aussi une très grande influence sur la santé de l'équipage. Par exemple, M. Fonssagrives attribue aux émanations que fournit dans les navires à vapeur la très grande quantité de charbon qu'on est obligé d'accumuler dans la cale, la fréquence plus grande de la colique végétale à bord de ces navires dans les pays chauds, où les navires à voiles en souffrent beaucoup moins. Ces énormes approvisionnements de houille lui paraissent rendre d'ailleurs en général les bâtiments à vapeur plus insalubres que les navires à voiles; et déjà dans les expéditions de la Baltique, on a remarqué qu'ils avaient plus de malades.

Nous ne saurions nous arrêter à toutes les considérations dont les dispositions de chacune des parties d'un navire est ici l'objet. Notons seulement ces deux points importants sur lesquels l'auteur insiste particulièrement : 1° le danger de l'accumulation d'un grand nombre d'hommes; 2° la nécessité d'une aération d'autant plus large, que les navires sont plus grands et doivent porter un plus nombreux équipage.

L'auteur montre que le danger n'est pas seulement dans le défaut d'espace et d'aération, et qu'il s'accroît très rapidement, lors même que les conditions d'espace et d'aération demeurent relativement les mêmes, à mesure que le nombre d'hommes réunis augmente. On a vu récemment, dans la terrible épidémie qui sévit à bord du *Monarch*, ramenant 800 hommes de Crimée, de quelle importance peuvent être ces préceptes de l'hygiène.

Parmi les fonctions spéciales que se partagent les hommes embarqués sur un navire, il en est de particulièrement insalubres; par exemple, celles des cuisiniers et des chauffeurs. Les uns et les autres sont soumis à une chaleur excessive qui, pour ces derniers surtout, s'élève parfois au-dela de + 50°. Cette température extrême provoque des sueurs profuses qui ne suffisent pas toujours à maintenir la chaleur physiologique normale, et ne l'empêchent pas de s'élever jusqu'à + 39°; elle produit promptement l'affaiblissement et l'anémie, et prédispose singulièrement à la colique végétale.

Une des conséquences les plus curieuses des influences nautiques, c'est assurément le mal de mer, mal étrange, sur lequel tant de théories se sont construites, sans qu'aucune en puisse rendre compte d'une façon satisfaisante. M. Fonssagrives les rapporte à peu près toutes, les discute, montre leur insuffisance, et expose la sienne qui, de son propre aveu, appartient aussi à Speer et à Gilchrest. Pour lui, comme pour ces deux derniers médecins, le mal de mer est une commotion légère du cerveau déterminée par les mouvements du navire. Il explique d'une façon fort ingénieuse et le mécanisme et les résultats de cette commotion.

Mais ne doit-on pas s'étonner qu'il n'ait point fait à sa propre théorie l'objection qu'il fait à celle de M. Kéraudren ? Ce médecin attribue le mal de mer aux secousses que le mouvement du navire imprime aux viscères abdominaux, et M. Fonssagrives lui objecte avec raison que les secousses bien plus brusques du saut, de l'équitation, etc., ne produisent pas le mal de mer. Ces secousses ne sont-elles donc pas aussi bien plus propres à produire la commotion cérébrale à un léger degré que les mouvements larges et lents d'un navire ? La véritable cause du mal de mer paraît donc encore à trouver, si même il y a une cause unique et non un ensemble d'influences amenant ce mal singulier. Malheureusement on n'est pas plus avancé sur le remède à y porter et les médecins qui ont le plus navigué, comme M. Fonssagrives, ne trouvent guère rien de mieux à conseiller contre lui que de ne pas s'y exposer ou de s'y résigner. Par bonheur ce mal, provoqué par les mouvements du navire, n'est généralement pas chose grave, et l'habitude en fait presque toujours justice; aussi n'inquiète-t-il guère les marins.

Il n'en est pas de même des autres influences nautiques qui menacent la santé et la vie des équipages. La plupart prennent naissance dans les flancs mêmes des navires et constituent des foyers d'infection que M. Fonssagrives range sous quatre chefs, d'après la nature de leurs causes, savoir : l'infection phyto-hémique, l'infection nécro-hémique, l'infection noso-hémique et l'infection zoo-hémique.

Si l'immense quantité de détritus végétaux en décomposition dans les vastes marais de la Sologne ou de la campagne romaine explique facilement l'abondance des effluves miasmatiques qui vont porter tout à l'entour l'infection palustre et font naître les maladies paludéennes, il n'est pas moins curieux de voir un petit marais artificiellement créé dans la cale d'un navire donner naissance aux mêmes affections. Or, c'est un fait que l'expérience des médecins de marine rend incontestable. Dans certaines conditions propres à exagérer les propriétés infectieuses du marais nautique, ils voient les fièvres d'accès atteindre les équipages dans les pays même où ces fièvres sont fort rares ou tout à fait inconnues, comme aux Marquises, et frapper de préférence les hommes que leurs occupations retiennent le plus habituellement dans le voisinage du foyer d'infection. Il est vrai que la cale d'un navire est toute disposée pour constituer un marais de la pire espèce. Elle contient toujours une eau saumâtre qui s'infiltre par les joints du bois, et l'on sait que les marais qui reçoivent l'eau de la mer dégagent les plus funestes effluves. Dans cette eau macère sans cesse une grande quantité de bois quelquefois en partie pourri, et parfois aussi des débris des mille substances qui constituent le chargement. Tout cela est enfermé dans un espace clos, et dans les pays chauds surtout, la température s'y élève extrêmement. Chaque jour le soin qu'on prend de pomper l'eau met à découvert la plus grande partie du fond de ce marais flottant, et quand le navire est en marche, son agitation ballotant çà et là l'eau de la sentine, en chasse les exhalations délétères. Rien d'étonnant sans doute à voir sortir de là le germe d'affections semblables à celles qui naissent sur les bords des marais les plus mal famés. Cela prouve du moins qu'il n'est pas besoin à un marais d'une bien grande surface pour qu'il développe ses fâcheuses propriétés.

Dans l'opinion de l'auteur, cette infection paludéenne ne borne pas ses funestes effets à produire des fièvre d'accès plus ou moins graves, il la faudrait encore accuser de contribuer au développement du typhus amaral, des coliques sèches, de la fièvre jaune qui éclate isolément à bord des navires, et peut-être même de la dysenterie épidémique qu'on y observe quelquefois.

Ce ne sont pas seulement des matières végétales qui entrent en putréfaction dans la cale d'un navire vieux ou mal tenu. Des matières animales, accumulées en grande quantité pour servir à l'alimentation, y fermentent parfois, et souvent aussi les innombrables parasites qui naissent dans les flancs du vaisseau, orvets, rats, cancrelats, etc., y laissent leurs cadavres épars. On comprend quelle source d'émanations nuisibles s'y trouve encore. Ce sont elles qui, suivant l'auteur, deviennent plus particulièrement la cause des dysenteries et de certaines épidémies d'éruptions furonculeuses.

Je n'ai pas besoin d'insister sur les inconvénients de l'accumulation d'un grand nombre d'hommes et quelquefois d'animaux. On sent assez quels ils peuvent être et comment, sous cette influence, apparaissent les fivres typhoïdes et les complications typhiques de presque toutes les maladies. Tous ces dangers s'accroissent de nouveau lorsqu'un grand nombre de malades se trouvent enfermés dans un étroit espace.

Après cette triste énumération des influences qui menacent sans cesse la santé du marin, on conçoit et l'on ne peut assez approuver le soin avec lequel M. Fonssagrives recherche et expose jusque dans leurs moindres détails, les moyens de conjurer tant de dangers. On comprend surtout pourquoi il insiste tant sur le besoin de l'aération, sur la nécessité d'y faire contribuer, outre les ouvertures habituelles, toujours insuffisantes dans un vaisseau, des appareils de ventilation suffisamment énergiques.

Dans le quatrième livre, l'auteur expose toutes les influences auxquelles le marin est soumis par son passage continuel d'une région à l'autre du monde. On y trouve une étude des plus intéressantes de l'atmosphère pélagienne, de la mer elle-même et des éléments divers que parcourt le navigateur. Nous ne saurions entrer dans tous ces détails. Disons seulement que, unissant son expérience personnelle à celle des hommes qui ont vécu dans les pays tropicaux, l'auteur conclut que la l'acclimatement complet est impossible pour les Européens; qu'ils y résistent plus ou moins bien et plus ou moins longtemps, mais en usant toujours rapidement leurs forces, que le retour dans la patrie peut seul rétablir. Notons aussi que les faits dont il a été témoin ne lui permettent pas d'admettre l'influence favorable de la navigation sur les tubercules pulmonaires, qu'il a presque toujours vus s'aggraver rapidement chez les marins, parmi lesquels cette maladie est plus fréquente que dans l'armée de terre. Il adopte en cela l'opinion de M. Rochard, et croit aussi comme lui que l'habitation des pays intertropicaux est également funeste aux phthisiques.

Nous ne pourrons pas davantage suivre M. Fonssagrives à travers tous les détails dans lesquels il entre sur l'alimentation du marin. Détails, d'ailleurs, d'un si puissant intérêt au point de vue où ils sont écrits, puisqu'ils tendent, en améliorant le régime des équipages, à maintenir leur santé et à soutenir les forces qui leur sont nécessaires pour résister à tant d'influences morbifères. On voit déjà que de notables améliorations ont été introduites dans ce régime par l'adoption des caisses de tôle pour contenir l'eau, l'emploi des cuisines distillatoires, qui transforment l'eau de mer en eau potable, et l'usage des conserves alimentaires qui ont en partie affranchi le marin de l'affreuse et insalubre monotonie des légumes secs et de la viande salée. M. Fonssagrives laisse entrevoir la possibilité d'améliorations plus complètes encore que nous appelons de tous nos vœux.

Son dernier chapitre sur les influences morales de la vie nautique montre toute la sollicitude avec laquelle il a étudié l'homme de mer, son caractère, ses défauts, ses qualités, ses besoins. Il montre aussi à quelle hauteur peut s'élever la mission du médecin de marine, aux mains duquel est confiée la santé de tant d'hommes isolés au milieu des mers. Il n'est plus pour lui de surveillance fastidieuse, plus de soins minutieux, car il doit préserver de la maladie ses compagnons de voyage, et il ne peut la laisser s'établir à son bord sans que le salut de tout l'équipage en soit compromis.

Amédée Latour.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 2me ARRONDISSEMENT.

Présidence de M. Renouard.

Sommaire. — Choléra sporadique ; son traitement par l'ammoniaque liquide à l'intérieur. — De la protéine ferrée et de son emploi. — Traitement préservatif de la fièvre typhoïde et des maladies infectieuses par l'inoculation de leurs produits morbides. — Cas de fièvres typhoïdes survenus après et pendant la petite vérole. — Rétrécissement extrême du vagin sans obstacle pour l'accouchement. — Symptômes graves résultant de l'inanition et de l'anémie. — Rétention d'urine sans paralysie de la vessie. — Hémorrhagie utérine intermittente.

M. Frémy fait part à la Société de plusieurs cas de choléra qui se sont développés à l'hôpital militaire du Roule dont il faisait le service. Un traitement peu énergique en a eu promptement raison ; aucun malade n'a succombé.

M. Arnal fait remarquer que cette bénignité d'une affection généralement si grave ne prouve qu'une chose, c'est que nous ne sommes pas sous l'influence d'une véritable épidémie ; elle prouve de plus, selon lui, que, malgré les faits rapportés par M. Frémy, nous sommes garantis contre l'invasion prochaine de cette épidémie, attendu que, dès son apparition, les premiers cas sont au contraire généralement mortels. Il se rappelle à ce propos qu'en 1854 il a été appelé près d'un jeune homme qui, à la suite d'une nuit passée dans l'orgie, fut pris subitement à cinq heures du matin de tous les symptômes d'un choléra foudroyant : vomissements répétés, crampes, anxiété précordiale, froid glacial, déjections alvines caractéristiques, suppression d'urines, traits crispés, oppression, enfoncement des yeux dans leur orbite, teinte bleuâtre à la face et aux extrémités des membres, rien n'y manquait. Le malade fut soumis immédiatement à des frictions sur tout le corps avec l'huile essentielle mêlée par parties égales avec le baume de Fioraventi, à l'usage intérieur, de la glace, et, toutes les trois heures à une tasse à café d'une infusion d'arnica avec addition de dix gouttes d'un mélange fait avec trois parties de teinture de canelle, deux parties de laudanum et une de teinture de noix vomique. Le soir, convaincu qu'il trouverait son malade mort, M. Arnal crut prudent, avant de monter, de s'informer de son état près du concierge, et ce ne fut pas sans étonnement qu'il apprit qu'il était beaucoup mieux. Il le trouva, en effet, en pleine réaction et à peu près quitte de tous les symptômes qui l'avaient tant effrayé. Le lendemain, plus rien ne paraissait. M. Arnal ajoute, en terminant, que ce sont des cas de ce genre qui ont fait la réputation de quelques homœopathes, et que, pour son compte, bien qu'il ait généralement retiré de bons résultats du traitement précédent, il n'en reste pas moins convaincu qu'en temps d'épidémie, son malade aurait infailliblement succombé dans les vingt-quatre heures.

M. Frémy, sans contester l'opinion de M. Arnal, dit qu'il n'est pas aussi convaincu que lui que son malade eût succombé, même en temps d'épidémie. Il cite encore un cas de guérison remarquable obtenu par l'administration d'un gramme d'ammoniaque liquide enveloppé dans des capsules, et un deuxième chez un homme qui, à la suite d'une fièvre grave, eut un violent choléra qui céda promptement à l'apparition d'un double oreillon.

Ces cas, réplique M. Arnal, appartiennent comme le mien au choléra sporadique, et je doute que les choses se fussent aussi bien passées, si l'épidémie cholérique eût régné alors.

M. Legendre, à l'occasion d'un mémoire adressé par son auteur sur la protéine ferrée, entre dans quelques considérations théoriques sur l'emploi de ce nouveau médicament. Il s'attache à démontrer que, parce qu'on a considéré, en principe, les globules sanguins comme exclusivement composés de protéine colorée par le fer, ce n'est pas une raison, pour qu'en administrant à un malade la protéine ferrée, on introduise dans sa circulation un produit identique à ces globules. Les substances, dit-il, quelque analogues qu'elles soient aux principes constitutifs de l'organisme, ne sont jamais, en effet, absorbées de toutes pièces, car toujours le travail de la digestion les modifie et les transforme, et le sang lui-même subit, dans l'estomac, ces mêmes transformations.

Quant à la partie pratique de ce mémoire, M. Legendre la trouve complétement insuffisante, pour qu'on puisse raisonnablement s'en étayer et autoriser une application, par préférence aux moyens analogues de ce médicament, employés en pareil cas. Bien que la théorie lui soit, *à priori*, favorable, il conseille donc de s'en tenir provisoirement aux préparations martiales déjà éprouvées, telles que les pilules de Vallet ou de Blaud, le fer réduit par l'hydrogène, etc.

M. Bourguignon communique à la Société un travail étendu ayant pour titre ; *Appel à des expériences dans le but d'établir le traitement préservatif de la fièvre typhoïde et des maladies infectieuses par l'inoculation de leurs produits morbides.* Nous ne connaissons, dit-t-il, ni les causes, ni les lésions primordiales, ni le traitement des maladies essentielles, d'où le plus ordinairement la médication expectante qu'on leur applique, n'agissant, lorsqu'on se décide à faire quelque chose, que contre les symptômes prédominants. Cependant, pour quelques-unes des maladies infectieuses générales, pour la petite vérole en particulier, le hasard a mis sur la voie du véritable traitement prophylactique, c'est l'inoculation. M. Bourguignon conclut qu'il doit en être de même, pour les autres maladies analogues, telles que la peste, la fièvre jaune, le choléra, etc.

Prenant alors à partie la fièvre typhoïde, il établit un parallèle savamment et longuement déduit entre elle et la petite vérole : il insiste particulièrement sur ce fait que, d'après ce parallèle, dans l'une comme dans l'autre de ces affections, il y a une éruption à peu près identique dans la forme comme dans le fond, des phénomènes généraux semblables, une évolution et une marche, au temps près, parfaitement comparables, et qu'il n'y a de différence que par la différence même de l'appareil qui est le siége de l'éruption, bref, que la fièvre typhoïde n'est qu'une petite vérole interne portant spécialement sur la membrane muqueuse intestinale.

Ce parallèle établi, M. Bourguignon ajoute : la petite vérole inoculée produit une maladie semblable à elle-même, mais généralement moins grave, qui garantit presque l'inoculé contre toute récidive ultérieure de la même affection. Eh bien, la raison dit qu'il doit en être de même en inoculant la fièvre typhoïde. Mais comment procéder à cette inoculation ? Où gît, dans cette affection, le principe qui, transporté sur un autre individu, pourra se reproduire ? Est-ce le sang ? Est-ce plutôt le liquide sécrété dans le canal digestif, ou bien encore la suppuration qui s'écoule des follicules ulcérées de Peyer ou de Brunner ? Ce sont, M. Bourguignon en convient, dans l'état actuel de la science, autant de questions insolubles, mais il ne désespère pas de les voir résoudre tôt ou tard, lorsque l'attention des praticiens appelée sur ce point, provoquera partout les expériences diverses qui doivent confirmer ses considérations, *à priori*.

Subsidiairement, M. Bourguignon fait remarquer qu'il y a, dans l'espèce bovine, des maladies qui se rapprochent de la fièvre typhoïde de l'homme et il pense que ce sont précisément celles-là dont il faudra tout d'abord tenter l'inoculation.

M. Piogey commence par faire remarquer que le travail de M. Bourguignon ne repose sur aucun fait, sur aucune expérience directe, n'est, tout entier, qu'une pure spéculation de l'esprit, et, qu'à ce point de vue, il échappe à toute discussion sérieuse. Il ne prend donc pas la parole pour le discuter, mais incidemment et par occasion, pour prouver, par un exemple qui lui est propre, que la petite vérole ne dispense pas de la fièvre typhoïde, quoi qu'en disent quelques médecins trompés par les chiffres mal interprétés d'un statiticien enthousiaste, et il cite à l'appui l'observation suivante :

Un jeune fille âgée de 6 ans, non vaccinée, est prise, au mois de mars dernier, de douleurs de reins vives et persistantes, de fièvre, d'angine et de céphalalgie intense. Le quatrième jour, une éruption de petite vérole confluente se déclare à la face et envahit promptement le reste du corps. Les jours suivans, tous les symptômes s'exaspèrent, le délire survient, et l'on craint pour la vie de la jeune malade; cependant une rémission appréciable commence dès le neuvième jour, et dès le vingtième la guérison est complète, et cela sans aucune cicatrice difforme, grâce aux onctions mercurielles qu'on avait faites sur toute l'étendue de la face. La malade en fut quitte pour une salivation mercurielle qui céda elle-même promptement sous l'influence d'un traitement approprié.

Eh bien, pas plus tard que deux mois après, l'enfant fut prise de tous les symptômes d'une fièvre typhoïde intense, caractérisée particulièrement par la fièvre continue, la céphalalgie, les rêvasseries, le délire, les douleurs à la partie postérieure du cou, la stupeur, les taches lenticulaires, l'épistaxis, la bronchite par hypostase, l'enduit noirâtre aux dents et aux lèvres, l'haleine fétide, la diarrhée, le ballonnement du ventre, le gargouillement des fosses iliaques, etc. Dès le troisième septenaire, tous les symptômes commencèrent à s'amender, et au bout du deuxième mois seulement, la guérison fut complète. Cet exemple, dit M. Piogey en terminant, prouve une fois de plus que la petite vérole et la fièvre

typhoïde ne sont pas aussi identiques qu'on veut bien le dire, puisqu'on peut les observer à une si courte distance l'une de l'autre; or, il est généralement admis que la petite vérole n'atteint ordinairement qu'une fois le même individu.

M. Marrotte cite, à ce sujet, un fait remarquable encore, c'est le développement d'une variole pendant le cours d'une fièvre typhoïde; ces deux affections ont marché parallelement, et ont suivi, chacune de leur côté, jusqu'à la guérison, ces diverses phases de leur évolution.

M. Coster fait remarquer qu'en supposant même que les principes posés par M. Bourguignon fussent vrais, ce qui est fort contestable, et qu'on parvint, par un procédé quelconque, à inoculer un principe contagieux émanant de la fièvre typhoïde, on ne serait pas admis à conclure qu'un individu qui l'aurait reçu, par cela seul qu'il serait ultérieurement indemne de la fièvre typhoïde, devrait cette immunité à l'inoculation prétendue préventive, car tout le monde n'est pas voué fatalement à cette affection qui, à tout bien prendre, est beaucoup moins fréquente qu'un grand nombre d'autres maladies.

M. Bourguignon répond qu'il ne pense pas que la fièvre typhoïde soit aussi peu fréquente que M. Coster veut bien le dire, et qu'il est, au contraire, convaincu que nous avons tous, dans le courant de notre vie, une atteinte plus ou moins prononcée de cette dangereuse affection.

M. Coster réplique à son tour qu'on prend souvent pour des fièvres typhoïdes des affections qui en diffèrent essentiellement, d'où erreur grave pour les faiseurs de statistique, et termine en rapportant, lui aussi, deux exemples remarquables de fièvre typhoïde survenue sur deux jeunes gens qui avaient eu antérieurement une petite vérole confluente. L'un d'eux a même succombé à l'intensité des symptômes typhiques.

M. Charles Dufour rend compte à la Société du fait suivant : Une jeune fille de 16 ans portait à l'orifice inférieur du vagin un rétrécissement si considérable et si résistant, qu'un médecin, qui n'avait pu parvenir à y introduire une canule du plus petit calibre, avait cru devoir lui proposer une opération sans laquelle, pensait-il, l'acte de la copulation serait absolument impossible. Cependant, sans être médecin, un opérateur plus habile parvint, sans l'aide du bistouri, à franchir l'obstacle, et une grossesse consécutive témoigna de l'efficacité du moyen employé. Après neuf mois d'une gestation parfaitement régulière, les douleurs de l'enfantement s'étant déclarées, M. Charles Dufour fut chargé d'assister la malade. L'étroitesse de l'orifice inférieur du vagin était, en effet, encore telle, qu'il lui fut impossible d'introduire le doigt pour s'assurer de la marche du travail; mais instruit par d'autres exemples de la facilité avec laquelle les rétrécissemens les plus extrêmes sont ordinairement franchis par la tête de l'enfant, il crut inutile de prendre préalablement la moindre précaution, et il laissa l'accouchement parcourir de lui-même les diverses phases de son évolution.

Cependant, avant même que la tête s'engageât au détroit inférieur, les douleurs devinrent si rapprochées et si vives que, pour éviter des convulsions qui lui paraissaient imminentes, M. Ch. Dufour crut devoir employer le chloroforme, comptant également diminuer par ce moyen la résistance considérable qu'il s'attendait à rencontrer plus tard aux parties molles. Cependant, à dater des premiers effets du chloroforme, l'excitation générale diminua, les douleurs devinrent moins vives, plus régulières, séparées par des intervalles plus longs, et la marche ultérieure du travail fut parfaitement normale. Dès ce moment aussi le doigt put être introduit sans déterminer de douleurs; enfin, sous la pression de la tête, les parties molles se dilatèrent avec une facilité inespérée, et livrèrent passage à l'enfant sans la moindre déchirure.

Cette observation paraît remarquable à M. Dufour, non seulement à ce dernier point de vue, mais surtout au point de vue du chloroforme qui a dû prendre une si grande part à la dilatation, et qui a pu être employé impunément pendant cinq heures consécutives et à la dose de 270 grammes! Les suites de l'accouchement ont été, du reste, on ne peut plus heureuses.

M. Chailly-Honoré dit qu'il n'est pas rare de rencontrer, dans la pratique, des rétrécissements analogues au précédent, et qui se terminent avec la même facilité. Il en cite plusieurs exemples empruntés aux anciens accoucheurs, et rapporte, pour son compte personnel, celui qui suit : Une jeune fille, en plein travail d'enfantement, fut apportée à la Clinique de la Faculté, où il était employé alors comme interne. L'orifice vaginal était si étroit, qu'il put à grand'peine y introduire le petit doigt, qui fut lui-même bientôt arrêté par une coarctation plus étroite encore placée en forme de diaphragme vers le milieu du conduit vaginal. A peine cette constatation était-elle terminée, que les douleurs expulsives redoublèrent d'énergie, et en quelques minutes le double obstacle fut franchi.

Quant au chloroforme, M. Chailly ne blâme pas M. Ch. Dufour de l'avoir employé, bien qu'il eût pu peut-être être plus modéré sur la dose, mais il pense qu'en principe il faut en être sobre dans les accouchements, et réserver exclusivement son emploi aux cas d'imminence d'éclampsie. Les motifs sur lesquels il fonde cette réserve sont : 1° que, dans certaines dispositions qu'on ne peut apprécier à l'avance, le chloroforme peut foudroyer la malade; 2° parce que son emploi n'étant encore qu'exceptionnel, le public ne manquerait pas de mettre sur son compte toutes les mauvaises suites de couches, voire même la fièvre puerpérale si elle venait à se développer, et qu'il résulterait de là une aggravation nouvelle dans la responsabilité de l'accoucheur.

M. Marrotte rapporte qu'une femme de 31 ans, marchande des quatre saisons, d'une constitution originairement robuste, mais promptement détériorée par la misère et les chagrins, a été réglée à 10 ans. L'exercice prématuré des organes sexuels, qui commença à 12 ans, produisit, chez elle, une grande disposition aux hémorrhagies utérines. Depuis ce moment, en effet, chaque époque menstruelle devint l'occasion de pertes abondantes qui persistaient ordinairement pendant six à sept jours et parfois pendant une quinzaine entière. Dans l'intervalle des règles, un liquide séro-purulent s'écoulait avec abondance du vagin.

Cette double cause d'affaiblissement ne tarda pas à porter une atteinte sérieuse à la constitution de la malade, qui, en effet, s'étiola rapidement, perdit ses forces et éprouva un amaigrissement progressif. Bientôt l'estomac se prit à son tour, l'appétit se perdit, les vomissements survinrent, et la malade ne put digérer que quelques cuillerées de potage par jour. Au mois de juin de cette année, à la suite de règles plus abondantes encore que d'habitude, la malade, épuisée, obtint son entrée à l'hôpital St-Antoine, où M. Marrotte constata l'état suivant : décoloration de la face, bouffissure des paupières, amaigrissement extrême, intelligence obtuse, sensibilité générale émoussée, menaces continuelles d'évanouissement, pouls fréquent, mais filiforme, vomissements répétés de liquides bilieux, écoulement vaginal abondant et fétide. M. Marrotte diagnostique une métrite chronique et un état général plus grave encore que la métrite, résultant de l'inanition et de l'anémie.

Le premier jour M. Marrotte prescrivit, pour tout traitement, du bouillon et du vin de Bordeaux à doses fractionnées, mais souvent répétées. La digestion s'en étant bien faite, il remplaça, le lendemain, le bouillon par de légers potages et il ajouta de l'eau de Vichy et 250 grammes de vin. Dès ce moment, l'appétit revint, les forces reprirent, et, au bout de quinze jours, la malade se trouva si bien qu'elle demanda sa sortie.

M. Marrotte conserve la parole pour faire part à la Société d'un cas de rétention d'urine persistant six semaines après l'accouchement. On ne pouvait rapporter ce fait à la paralysie, car, lorsqu'on introduisait la sonde, l'urine était chassée avec vigueur au dehors et la vessie se contractait avec énergie sur le corps étranger. M. Marrotte s'est assuré que la cause de cette rétention devait être rapportée à un gonflement hypertrophique de la membrane muqueuse du canal de l'urètre.

M. Denonvilliers a eu l'occasion d'observer deux cas analogues : dans l'un de ces cas, espérant que la compression déterminée par la sonde amènerait la disparition de l'engorgement, il résolut d'en laisser une à demeure dans la vessie, mais elle produisit une irritation si vive, qu'il fallut y renoncer. L'introduction dans le canal d'une pommade au nitrate d'argent n'amena pas de meilleurs résultats. Enfin, M. Denonvilliers se contenta de boissons adoucissantes d'abord, balsamiques plus tard, de bains généraux fréquemment répétés, de dérivatifs sur le canal intestinal, et peu à peu, dans les deux cas, l'affection disparut.

M. Marrotte, en outre, rend compte à la Société d'un exemple remarquable qu'il a eu l'occasion d'observer avec M. Chailly-Honoré, d'une hémorrhagie utérine survenue à la suite de couches, et se reproduisant par intervalles réguliers. Le sulfate de quinine en a eu promptement raison.

M. Renouard se rappelle avoir observé, il y a plusieurs années, un cas complétement identique : il fut, comme le précédent, guéri par le sulfate de quinine.

Le secrétaire général, Dr Arnal.

RÉCLAMATION.

SUR L'OBSERVATION D'EMPOISONNEMENT PAR DES PAINS A CACHETER.

Notre impartialité nous fait un devoir de publier la lettre suivante :

Dôle, le 12 Juillet 1856.

Monsieur et honoré confrère,

Le n° 71 (12 juin 1856) de l'Union Médicale, contient une lettre signée Verron, directeur-médecin de l'asile public des aliénés du Jura, à Dôle, et membre de la Société médico-psychologique de Paris, etc., etc. Cette lettre renferme plusieurs inexactitudes qu'il m'importe de relever; si jusqu'ici je l'ai laissée sans réponse, il ne faut en accuser que les longueurs inséparables d'une analyse chimique sérieuse. J'entre en matière.

Le 31 mai dernier, à sept heures du soir, Mme D... me pria d'entrer chez elle pour voir sa fille, la jeune Alexandrine D..., qui était au lit depuis une heure environ. Je la soignais depuis quelque temps déjà pour une chloro-anémie des plus prononcées, s'accompagnant *de pica*, et le même jour, à midi, je lui avais déclaré, en présence de sa mère, qu'à moins d'une volonté bien arrêtée de suivre exactement la médication à laquelle je l'avais soumise (médication consistant dans l'emploi des ferrugineux, d'une alimentation réparatrice et d'un exercice modéré), j'allais cesser complétement de lui donner mes soins.

A sept heures du soir, elle m'offrit l'état suivant : intelligence nette; pas de fièvre; pas de céphalalgie; ventre souple, indolore (il y a eu une selle normale le jour précédent); quelques douleurs lombaires, de légères coliques. Je n'ai donc pas été appelé, comme le prétend M. Verron, à onze heures du soir, pour voir une jeune fille en proie à de violentes douleurs abdominales et à des convulsions continues. Je n'ai pas pris le tout pour une crise nerveuse et fait administrer des antispasmodiques. Les menstrues étaient en retard de huit jours; nombre de fois déjà j'avais vu chez cette jeune fille de semblables accidents en pareille circonstance; aussi ma prescription fut-elle simple : un lavement émollient, un cataplasme de farine de lin sur l'abdomen, quelques infusions de feuilles d'oranger.

Je promis de repasser le lendemain matin, 1er juin. J'y fus, en effet, à neuf heures (pourquoi M. Verron oublie-t-il de le dire?). On me cherchait depuis une heure environ. La nuit avait été mauvaise; la jeune fille avait eu de fréquents vomissements; et elle reposait, me dit sa mère, depuis une demi-heure à peu près. Les matières vomies avaient été jetées, je ne pus les voir. J'explorai le pouls : il était à 105, un peu plus développé que de coutume, un peu dur. Le simple attouchement de mes doigts tira la malade de son calme apparent; elle entra dans une violente agitation, se lançant brusquement en avant, comme dans l'acte de sortir précipitamment de son lit; la peau, les muqueuses oculaires et labiales étaient encore plus pâles que de coutume; la température extérieure du corps normale, si ce n'est aux jambes qui étaient fraîches. Pas de sueur. Les élevures de la mâchoire inférieure, dans un violent état de contracture, ne permettaient pas (quelque force que l'on y mît) l'écartement des arcades dentaires, partant l'inspection de la cavité buccale, de la langue; l'injection des substances médicamenteuses était impossible. Ventre souple, indolore; pas d'évacuations alvines, quelques nausées; aucune apparence de paralysie, ni de contracture dans aucun muscle, ni aucun système de muscles de la vie de relation, les élevures de la mâchoire exceptés. Pas de raideur à la nuque, ni le long du rachis. Hyperesthésie générale de la peau; respiration un peu accélérée (24 inspirations à la minute); rien à l'auscultation des organes thoraciques; le phénomène le plus saillant consiste en une dilatation énorme de la pupille, avec insensibilité complète à l'action des rayons lumineux. Intelligence complétement abolie. Voilà l'état symptomatologique offert par la jeune D... à neuf heures du matin, état qui a persisté jusqu'à la mort.

M. Verron a donc tort de dire que les lèvres étaient violacées; il a tort aussi d'affirmer que la langue était rouge, car s'il l'a vue, assurément ce ne peut être que par intuition, l'état de *trismus* s'y opposant complétement. Quant au ventre dur et fortement rétracté, laissant voir en relief les muscles abdominaux, j'affirme que ce symptôme n'a pas existé un seul instant. Mais passons. Cet état me parut immédiatement des plus graves; tenant compte des antécédents, de la constitution de la malade, des symptômes observés, de leur marche, je conclus à la non-existence d'une cause pathologique ordinaire et à celle d'une cause accidentelle, d'un empoisonnement. Je lâchai le mot; on se récria, cela était impossible; ma perplexité était grande; on ne pouvait songer à administrer quoi que ce soit par la bouche ou par le rectum; j'avais envoyé chercher une potion dont le sous-nitrate de bismuth et l'opium faisaient la base, ainsi qu'un lavement antispasmodique (et cela dès le premier moment, avant d'arriver à l'idée d'un empoisonnement probable). Ils ne purent être administrés pour les raisons que je viens d'indiquer.

Je me bornai donc à faire appliquer des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen et des compresses vinaigrées sur le front. Puis, je me retirai, engageant Mme D... à se livrer à quelques recherches dans le but de découvrir la cause des symptômes offerts par sa fille, et promettant de revenir le plus promptement possible.

A neuf heures et demie Mme D... apprenait, par une personne habituée de la maison, que, dans les journées des 30 et 31 mai, la jeune personne avait mangé, malgré les observations qui lui furent faites, une grande quantité de pains à cacheter, servant à la préparation de fleurs artificielles. A onze heures et demie je n'avais pu encore revenir; les symptômes étaient les mêmes : M. Verron passait, on le pria d'entrer. M. le directeur prit d'abord le tout pour une gastralgie intense, se donnant lui-même, aux personnes présentes, comme exemple d'accidents semblables; c'est alors qu'on lui fait part de mon opinion sur la cause probable de la maladie, et de l'ingestion des pains à cacheter, découverte depuis mon départ. Alors M. Verron abandonne sa première idée pour la seconde, et à midi, hélas! dit-il, trop tard! il signale au médecin ordinaire de la famille que la jeune fille est empoisonnée!

Ceci ressemble pas mal à ce touriste annonçant un jour à Marseille qu'il venait de découvrir la Méditerranée.

Les soins qui furent prodigués à la jeune fille furent à peu près nuls, et cela, on le comprendra facilement, en se reportant à l'exposé que j'ai donné des symptômes offerts par la jeune Alexandrine D.... Seulement, prenant en considération l'état du pouls, je proposai une forte application de sangsues à l'épigastre; ce ne fut pas l'avis de M. Verron, la jeune fille était perdue sans ressources, je n'insistai pas, et, faut-il le dire? je le regrette aujourd'hui. Sur les indications de M. le directeur, on remplaça les compresses d'eau vinaigrée par de la glace, et on tenta, mais inutilement, l'administration d'eau albumineuse. A quatre heures, l'excitation fait place au coma, la respiration s'accélère (40 inspirations), elle devient stertoreuse, le pouls devient tumultueux, le cœur bat à rompre la poitrine, et la malade s'éteint à onze heures du soir.

L'autopsie ne put être faite.

J'avais examiné, dans l'après-dîner, les pains à cacheter; ils étaient volumineux, et offraient quatre colorations différentes : 1° jaune serin, 2° jaune orange, 3° rouge franc, 4° rouge lie-de-vin.

Au moyen d'une analyse incomplète, je reconnus que ceux colorés en jaune serin offraient les réactions des sels de plomb; aussi, le 2 juin, j'inscrivais sur le billet d'inhumation : *Mort par suite d'intoxication saturnine.*

Mais cela ne pouvait me suffire. Ce cas, qui, du reste, n'est pas sans analogue dans la science, était des plus intéressants. Je m'étais fait remettre les pains à cacheter par la famille, avec une attestation portant qu'il n'en avait été distrait aucun en faveur de personne. Le 2 juin, je priai M. Lavy, professeur distingué de chimie au collége de Dôle, d'en faire l'analyse, et je lui en remis le tiers environ. M. Lavy s'y prêta avec une complaisance dont je le remercie sincèrement. M. Verron a donc tort de dire : *Je priai M. Lavy*, car M. Verron n'a jamais eu à sa disposition un seul de ces pains à cacheter. M. Lavy ne put analyser que les pains coloriés en jaune serin; il y reconnut le chromate neutre de plomb; ses occupations ne lui permirent pas de continuer. Le résultat était incomplet (M. Verron aurait dû s'en apercevoir). J'eus recours à l'obligeance de M. Loir, savant professeur de chimie à la Faculté des sciences de Besançon; M. Loir se mit à ma disposition avec un empressement qui n'a d'égal que son habileté. Voici les résultats que lui a fournis l'analyse des quatre séries de pains à cacheter :

Les pains offrant la coloration jaune serin, doivent cette coloration au chromate neutre de plomb.

Ceux coloriés en jaune orange renferment du chromate basique de plomb.

Ceux en rouge franc renferment du vermillon (sulfure de mercure).

Les rouges lie-de-vin doivent cette couleur à une substance organique.

Chaque pain contient environ 0,005 millig. de substance toxique.

Ainsi donc, ces pains à cacheter renfermaient deux substances toxiques dont les effets sont différents, et dont l'association n'a pas été (je le crois du moins) étrangère à la production des phénomènes offerts par la jeune D..., phénomènes qui ne sont complétement ni ceux d'un empoisonnement par les préparations saturnines, ni complétement ceux par les mercuriaux.

Maintenant, je terminerai en faisant cette simple question : M. Verron, appelé incidemment auprès d'une malade qui était celle d'un confrère, en publiant l'observation sans même avertir ce confrère, rapportant les faits de telle sorte, qu'on est en droit de conclure à une erreur de diagnostic de la part de ce dernier (ce qui est tout le contraire), enfin les publiant incomplets, M. Verron, dis-je, a-t-il agi dans les limites d'une honorable confraternité professionnelle et d'une saine observation?

C'est ce que je laisse à décider.

Quant à vous, Monsieur le rédacteur, veuillez d'avance recevoir mes remercîments pour l'hospitalité accordée à cet article dans les colonnes de votre estimable journal.

Dr Lombard.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc., etc., avec une *Introduction* par M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique, etc. — *Deuxième édition* revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'École de médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 91. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 29 Juillet 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. INTÉRÊTS PROFESSIONNELS : Consultation sur un cas de responsabilité médicale. — II. CHIRURGIE : Rétrécissement du canal de l'urètre ; traitement par la dilatation ; chute d'une bougie dans la vessie ; cathétérisme forcé ; extraction de la bougie à l'aide d'un lithotriteur ; introduction consécutive de bougies volumineuses ; guérison. — III. COMBRES.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS.

CONSULTATION SUR UN CAS DE RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

I.

Il est des questions professionnelles que nous n'aborderons jamais sans embarras et sans hésitation. De ce nombre est la question grave de la responsabilité médicale. Envisagée d'un point de vue général et abstrait, la solution qu'on lui donne est presque toujours sans application aux faits particuliers. Traitée à l'occasion d'un fait spécial et actuel, les principes font défaut ou sont dominés par les circonstances du fait lui-même. D'ailleurs, que d'écueils se présentent au médecin chargé d'agiter un sujet d'intérêt professionnel si émouvant ! Ne risque-t-il pas d'oublier ce qu'il doit de déférence et de respect aux intérêts généraux de la société pour défendre la science et sa dignité, l'art et sa liberté, la profession et son indépendance ? Et si ses prétentions exagérées envers les immunités de l'art suscitaient contre elle l'antagonisme des intérêts sociaux, ne serait-ce pas un triste résultat et qui pourrait avoir pour la profession les plus fâcheuses conséquences ?

Hâtons-nous de dire que cet antagonisme ne pourrait résulter que d'un mal-entendu. Les médecins qui ont traité la question de la responsabilité médicale du point de vue général et de la hauteur des principes, ont adopté la seule solution logique qu'ils pussent choisir. Lorsque Double disait devant l'Académie de médecine qui applaudissait et approuvait : « La médecine, exercée avec probité » et conscience, est un *mandat illimité*. » Double et l'Académie ont eu raison, car ils ont entendu certainement par probité et conscience le talent et la science qui font appliquer ce qui convient, la vigilance qui surveille l'application, la prudence qui écarte les moyens inopportuns ou dangereux. Pour Double comme pour l'Académie, le médecin ignorant ne peut exercer son art avec conscience et probité. Très probablement aussi, lorsque la magistrature a appliqué à quelques cas d'exercice de la médecine — nous ne disons pas à tous — les lois pénales ou civiles, c'est qu'elle a cru que le programme formulé par Double n'avait pas été rempli.

Dans l'examen du fait pour lequel on nous consulte, nous désirons traduire cette impression de notre esprit, c'est que toute exagération des principes serait plus nuisible qu'utile à la cause générale de la profession, à la cause particulière du médecin qui nous fait l'honneur de nous demander notre opinion.

Nous écarterons donc volontairement de notre discussion la question générale de la responsabilité médicale — tout a été dit et bien dit sur ce point — pour nous concentrer sur le fait particulier. Même dans ce fait particulier et comme nous le dirons plus bas, nous ne nous placerons qu'au seul point de vue sur lequel nous nous croyons apte à donner notre avis.

Il nous importe de dire aussi qu'en rédigeant ce mémoire bien à la hâte et sous le coup d'une actualité pressante — l'appel devant être jugé samedi prochain — nous n'avons cédé qu'aux honorables instances du médecin en cause et d'un grand nombre de nos confrères qui tous, d'ailleurs, se portent garants de l'honorabilité parfaite du médecin inculpé. Les témoignages, les attestations, les certificats émanant des autorités locales et qui ont passé sous nos yeux, ne laissent aucun doute sur l'intérêt qu'inspire et que mérite le médecin qui vient d'être frappé par un jugement sévère.

Nous croyons devoir reproduire ici quelques-unes des lettres qui nous ont été adressées à cet égard.

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* l'UNION MÉDICALE.

Fère-en-Tardenois (Aisne), le 21 juillet 1856.

Monsieur,

Les conséquences d'un jugement que le tribunal de Château-Thierry vient de rendre contre un de nos confrères, M. Renaut, officier de santé à Dormans (Marne), sont tellement graves pour nous tous, sous le rapport de la responsabilité médicale, que je viens vous prier, vous, notre défenseur naturel, de vouloir bien diriger ce médecin dans l'appel qu'il fait de ce jugement à la Cour impériale d'Amiens ; vos lumières, vos conseils lui seront, je ne dis pas utiles, mais indispensables.

Je connais M. Renaut depuis plus de vingt-cinq ans, comme un de nos plus distingués et comme un de nos meilleurs confrères. Nos clientèles étant voisines, j'ai pu, mieux que personne, apprécier l'homme et le médecin, et, sous ces deux rapports, je dois déclarer hautement que son honorabilité est une des mieux établies, des moins contestables : appelé un grand nombre de fois en consultation avec lui, et l'ayant mainte et mainte fois assisté dans ses opérations chirurgicales, comme hernie étranglée, ablation de glandes squirrheuses du sein, fistules anales, etc., etc., j'ai toujours trouvé en lui un médecin profondément instruit de nos doctrines et un chirurgien prudent, très habile et surtout très heureux.

Dans le ferme espoir donc, que vous voudrez bien, en cette circonstance, lui prêter votre éclairé et bienveillant concours, je vous prie de recevoir l'expression de ma profonde gratitude.

CERVEAUX, D.-M. P.

—

Châtillon-sur-Marne, le 20 juillet 1856.

Monsieur,

Permettez-moi de vous prier d'agir en faveur de M. Renaut, officier de santé à Dormans ; c'est un confrère que je connais particulièrement, qui est estimé de tous ses confrères, aimé de ses clients, ayant exercé toujours honorablement sa profession ; en un mot, comme homme et comme médecin, il est digne d'intérêt.

J'ai l'honneur, etc. N. LICOURT, D.-M. P.

—

Reims, le 19 juillet 1856.

Mon cher confrère,

Vous êtes le défenseur né des droits des médecins ; aussi viens-je vous recommander un pauvre confrère que vous avez vu il y a quelques jours, et qui, selon moi, est condamné d'une manière injuste. Je connais parfaitement son affaire. J'ai eu sous les yeux et j'ai étudié avec son avocat toutes les pièces du procès, et je puis vous attester que c'est une condamnation à réformer.

Votre bien dévoué, H. LANDOUZY.

—

Épernay, le 18 juillet 1856.

Nous soussignés, docteurs en médecine de la Faculté de Paris, certifions que M. Renaut, officier de santé, exerce la médecine à Dormans et dans les environs depuis à peu près vingt-cinq ans ; qu'il a su mériter l'estime publique et conserver la confiance de ses nombreux clients ; que nous ne connaissons rien qui puisse entacher son honorabilité comme homme et comme médecin, et que nous considérerions comme un malheur pour le corps médical la confirmation en appel du jugement dont il vient d'être frappé.

FOUCAULT, D.-M. P., ROUSSEAU, D.-M. P., DUVAL.

—

Château-Thierry, le 17 juillet 1856.

Monsieur et honoré confrère,

Le jugement qui vient de frapper M. Renaut, officier de santé à Dormans, nous paraît avoir des conséquences si graves, sous le point de vue de la responsabilité médicale, que nous avons cru devoir, indépendamment des sympathies que nous inspire ce confrère, vous prier de l'aider de vos lumières et de vos conseils sur la marche qu'il aurait à suivre dans l'appel de ce jugement à la Cour impériale d'Amiens. Cette question, toute professionnelle, a, pour nous tous, un grand intérêt, et, sous ce rapport, votre estimable journal, ne saurait rester muet et inactif. Ses précédents sont, pour nous, un sûr garant que dans cette circonstance, vous voudrez bien nous prêter un bienveillant concours.

Agréez l'expression de nos sentiments confraternels.

ROUET, D.-M. P., vice-président du Conseil d'hygiène, chirurgien honoraire des hospices ;
LORAIN, médecin honoraire des hospices de cette ville ;
LACURE, médecin des hospices et des épidémies, membre du Conseil d'hygiène ;
JOUSSAUME, officier de santé.

—

Ville-en-Tardenois, le 20 juillet 1856.

Monsieur,

Un de nos confrères, M. Renaut, officier de santé à Dormans, dont la dignité, l'honorabilité, et les succès depuis plus de vingt ans qu'il exerce la médecine dans nos contrées, lui avaient acquis, à juste titre, une réputation méritée, vient, tout récemment, d'être condamné à trois mois de prison par la chambre correctionnelle de Château-Thierry. Cette décision au point de vue de la responsabilité médicale, me paraît de la portée la plus grave ; ajoutez à cela le véritable intérêt que je porte à cet estimable confrère, et qui me fait un devoir de vous adresser la prière de vouloir bien lui venir en aide, en lui indiquant la marche à suivre dans l'appel qu'il se propose d'interjeter, devant la Cour impériale d'Amiens. J'ai le ferme espoir que votre estimable journal voudra bien lui prêter son concours, et que votre intervention ne lui fera pas défaut.

Agréez à l'avance, etc. H. CHEVALIER,
Officier de santé et maire de Ville-en-Tardenois.

—

Monsieur le rédacteur,

M. Renaut, officier de santé à Dormans, vient d'être frappé par un jugement du tribunal correctionnel de Château-Thierry, dont les conséquences sont si graves pour la responsabilité du corps médical, que je viens vous prier de l'aider de vos conseils et lui indiquer les moyens à employer pour sa défense près la Cour impériale d'Amiens, devant laquelle il a interjeté appel.

Vous comprendrez, Monsieur le rédacteur, la gravité de cette affaire. Quel médecin osera maintenant tenter la moindre opération ?

M. Renaut exerce depuis vingt-quatre ans. Il s'est acquis l'estime de ses confrères, parce que loin de déshonorer le corps médical, il l'honore par son dévouement, son zèle et sa prudence.

Recevez, etc. AUBERTIN,
Médecin à Hautvillers (Marne).

Devant ces bienveillantes et honorables instances, pouvions-nous garder le silence ?

Puissions-nous remplir dignement la mission qui nous est confiée, et répondre à l'attente de nos confrères.

Voici les faits :

II.

La femme C..., de la commune de Treloup (Aisne), âgée de 48 ans, ayant été atteinte, il y a trois ans, après avoir nourri un enfant étranger, d'accidents rapportés à la syphilis, et pour lesquels elle avait suivi, à l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry, un traitement spécifique, se trouvait dans un état de santé variable, plutôt mauvais que bon, mais suffisant cependant à un travail quotidien, lorsque, vers les premiers jours de mars dernier, elle fut prise de toux, d'enrouement, avec respiration pénible et bruyante. M. Renaut, officier de santé à Dormans (Marne), voit la malade dans les premiers jours d'avril, et constate les phénomènes suivants : douleurs sourdes dans le larynx, sensation par la malade d'un corps étranger dans cet organe, déglutition difficile, respiration pénible, sonore et bruyante, sentiment d'angoisse, faciès pâle. M. Renaut diagnostique une laryngite chronique, qu'il traite par les moyens ordinaires. Vers la fin d'avril, les accidents s'étant aggravés, malgré le traitement prescrit par M. Renaut, et qui a consisté en pédiluves sinapisés, vésicatoires aux jambes, pilules de calomel, emplâtre stibié et vésicatoires à la partie supérieure de la poitrine, frictions mercurielles ; une tumeur ou bourrelet, située au fond de la gorge et que cet homme de l'art crut être de nature syphilitique, ayant été perçue par l'exploration à l'aide du doigt, M. Renaut, modifiant ou complétant son diagnostic, et, en présence d'un œdème de la glotte, proposa et pratiqua, le 6 mai, une cautérisation de la tumeur avec le nitrate acide de mercure, à l'aide d'un linge effilé, porté par un bâtonnet d'osier.

La cautérisation fut faite, la malade étant assise sur une chaise, la tête maintenue par un aide, la langue abaissée par le manche d'une cuiller, le tampon caustique étant porté directement sur la tumeur. Ce caustique était composé de nitrate acide de mercure, dilué dans quatre parties de son poids d'eau.

La cautérisation était à peine pratiquée, que la malade est prise de spasmes. M. Renaut prescrit des gargarismes d'eau fraîche et se retire après dix minutes.

Mais, après le départ de M. Renaut, les accidents s'aggravent ; il survient de la dyspnée, de la suffocation, des phénomènes d'asphyxie de plus en plus marqués, et la malade expire deux heures après la cautérisation.

La famille de la femme C... accuse M. Renaut d'avoir pratiqué une opération qui a causé la mort de la malade. M. le procureur impérial de Château-Thierry fait procéder à une enquête ; une expertise a lieu, qui est confiée à deux docteurs en médecine ; les conclusions du rapport des experts ne sont pas favorables à M. Renaut, qui, traduit devant le tribunal correctionnel de Château-Thierry, est condamné, le 4 juillet dernier, à trois mois de prison et à une forte amende, pour homicide involontaire et par imprudence commis sur la femme C...

M. Renaut ayant interjeté appel de ce jugement devant la Cour impériale d'Amiens, c'est dans ces circonstances qu'il consulte l'UNION MÉDICALE et que nous sommes invité à donner notre opinion.

III.

Il s'agit d'abord de bien fixer le terrain sur lequel nous devons nous placer. En consultant les éléments très divers de cette affaire, après un examen de toutes les pièces qui nous ont été confiées, il nous a semblé que des deux points de vue auxquels le procès intenté à M. Renaut peut être envisagé, le point de vue du droit, de la jurisprudence, et le point de vue de la science médicale, de l'art et de la pratique, c'est à ce dernier que nous devons exclusivement nous tenir, laissant le premier, sur lequel nous n'avons ni autorité ni compétence, à l'appréciation des hommes spéciaux, avocats et jurisconsultes.

Nous croyons, d'ailleurs, que les circonstances toutes médicales de cette affaire justifieront notre manière de l'envisager.

Conformément à cette opinion, qui nous paraît la plus sage, et élaguant de l'affaire des circonstances qui la compliquent singulièrement, telle que l'accusation portée contre M. Renaut, d'avoir, en contravention de l'art. 29 de la loi de ventôse an XI, pratiqué la médecine dans un autre département que celui pour lequel il a été reçu; telle qu'une seconde accusation, également portée contre cet officier de santé, d'avoir livré des médicaments dans une commune où existe une officine de pharmacie, délit prévu par l'art. 36 de la loi de germinal an XI; élaguant, disons-nous, de cette discussion ces pures questions de fait et de simple intérêt particulier, nous ne nous occuperons que des questions d'un intérêt général soulevées par cette affaire.

De ce point de vue, et nous tenant résolûment sur le terrain de la science et de l'art, il nous semble que nous avons à examiner les questions suivantes :

1° Une question de diagnostic;

2° Une question de thérapeutique;

3° Une question de déontologie médicale.

Et pour préciser davantage les points sur lesquels nous voulons surtout appeler l'attention, nous nous demanderons :

1° M. Renaut a-t-il connu le caractère et la nature de la maladie pour laquelle il a été consulté?

2° M. Renaut a-t-il institué contre cette maladie un traitement rationnel et conforme aux préceptes de l'art?

3° La terminaison rapide et funeste de cette maladie doit-elle être imputée au traitement employé par le médecin?

4° Les soins consécutifs à la cautérisation auraient-ils pu prévenir ou empêcher cette terminaison funeste?

5° En sa qualité d'officier de santé, M. Renaut avait-il le droit de pratiquer la cautérisation de la gorge et du larynx, et cette opération doit-elle être rangée au nombre de celles pour lesquelles, conformément à l'art. 29 de la loi de ventôse, l'officier de santé doit être assisté d'un docteur en médecine?

En circonscrivant la discussion dans ce cercle purement médical, nous sommes dispensé de reproduire autrement qu'à titre de renseignement, et de discuter les considérants du jugement rendu par le tribunal correctionnel de Château-Thierry; ce n'est pas notre affaire, c'est celle des légistes.

Mais comme ce jugement est basé surtout sur les conclusions de l'expertise ordonnée par le tribunal, et comme le rapport des experts constitue l'élément principal de l'affaire, et que cet élément est un document essentiellement médical, nous devons d'abord le faire connaître; l'occasion se présentera et nous prendrons ensuite la liberté de le discuter, mais avec les égards que méritent d'honorables confrères qui ont rempli leur mission sous la foi du serment.

Voici donc cette pièce :

IV.

Nous soussignés, docteurs en médecine de Paris, demeurant à Château-Thierry, sur la réquisition de M. le juge d'instruction, nous nous sommes transportés aujourd'hui à Tréloup, pour faire l'autopsie de la femme C..., morte le 6 de ce mois à la suite d'une opération qui lui aurait été pratiquée par M. Renaut, officier de santé à Dormans, entendre M. Renaut et répondre, dans un rapport motivé, aux questions posées par M. le juge d'instruction, et que nous reproduirons plus loin.

Après avoir prêté le serment voulu par loi, nous avons entendu M. Renaut, qui nous a déclaré que soignant la femme C... depuis trois semaines environ pour une maladie caractérisée par l'enrouement, toux, respiration sifflante, accès de suffocation, ayant employé sans succès différents traitements, constaté l'existence d'une tumeur qui lui paraît être un œdème de la glotte, et croyant à une mort prochaine si on ne détruisait pas cette tumeur, il avait porté sur cette tumeur un petit tampon fait avec un morceau de linge fixé au bout d'un bâton, et trempé dans du nitrate acide de mercure étendu de quatre ou cinq fois son volume d'eau environ. Qu'aussitôt une crise était arrivée, et qu'il s'était retiré en prescrivant ce qu'il fallait faire en son absence.

Nous avons également entendu les personnes qui ont assisté la malade à ses derniers moments, et elles nous apprirent ce qui suit :

La femme C... avait eu autrefois la syphilis, traitée et guérie à l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry. Elle se portait assez bien depuis quelques années, lorsque dans les environs de Pâques dernier, elle fut prise de toux, d'enrouement, avec respiration pénible et bruyante, mais sans accès, et ne l'empêchant ni de manger ni de dormir. M. Renaut avait employé des pilules, des potions, des pédiluves, des vésicatoires aux jambes, de l'onguent napolitain sur le cou et un emplâtre stibié sur la poitrine. Ces moyens n'ayant amené aucune amélioration, le mari avait été acheter chez un pharmacien de Château-Thierry un sirop qui avait procuré à la malade un soulagement marqué. Aussi avait-elle annoncé sa guérison comme prochaine et refusé l'opération que M. Renaut avait proposée comme indispensable. Mais ce médecin, étant venu le 6 au matin, avait insisté tellement sur l'urgence de cette opération, que, malgré les conseils de sa fille et sa répugnance à se laisser opérer, elle y consentit. Alors elle se leva, se mit sur une chaise, et M. Renaut lui porta dans la gorge le pinceau de linge dont nous avons parlé plus haut. A l'instant même, la femme C... éprouva une angoisse extrême, et dit qu'elle sentait qu'elle allait mourir. Sa figure était profondément altérée et la respiration devenait de plus en plus difficile. Enfin, après deux heures de souffrances, elle mourait conservant toute sa connaissance. Quant à M. Renaut, il avait pris la fiole qu'il avait apportée, recommandant de toucher avec l'extrémité d'une plume imbibée du liquide resté dans le verre, et il était parti annonçant sa visite pour le lendemain.

On nous a remis alors le cadavre de la femme C... qu'on venait d'exhumer, et en présence de M. le procureur impérial, nous procédâmes à son examen. En voici le résultat :

Le cadavre paraît être celui d'une femme de 40 ans environ, bien constituée. La décomposition putride existe à peine, bien que la mort date de six jours environ. Ce phénomène se rencontre généralement dans l'asphyxie, par suite d'un obstacle à l'entrée de l'air dans les poumons. Il n'y a pas de lésion extérieure, pas de traces de caustique sur les lèvres; à la partie antérieure du cou, on trouve la peau recouverte d'une petite quantité d'onguent mercuriel. A la région sternale, des plaques noires résultant de l'action d'un emplâtre émétisé. L'abdomen est bleuâtre et soulevé par des gaz. Aux mollets, des plaies de vésicatoires en partie cicatrisées. Au dos, aux fesses et dans toutes ces parties, une teinte livide bornée à la superficie de la peau, et dépendant bien évidemment de la situation dans laquelle le corps s'est refroidi.

En ouvrant la bouche, nous trouvons les dents incisives supérieures dépolies, un peu rugueuses, comme ayant subi l'action d'un caustique. Des mucosités grisâtres épaisses et très visqueuses remplissent la bouche et le fond de la gorge. Le voile du palais, le pharynx et le larynx sont sales et décolorés. A la partie supérieure de ce dernier, sur le côté gauche de son ouverture, la membrane muqueuse est soulevée par de la sérosité, et forme un bourrelet œdémateux ayant 0,03 centim. de longueur, 0,01 centim. de largeur à sa base, et 0,005 millim. de hauteur. Du côté droit, rien de semblable. Dans l'intérieur du larynx, évidemment rétréci, mais cependant pouvant encore admettre l'extrémité du petit doigt, nous constatons des mucosités moins épaisses, plus claires, spumeuses, légèrement rosées. Le ventricule gauche est oblitéré par suite de l'accolement des cordes vocales de ce côté. A droite, les cordes vocales et le ventricule sont intacts. Le rétrécissement du larynx et l'oblitération du ventricule gauche sont des altérations anciennes dues à une maladie antérieure guérie, ulcérations syphilitiques secondaires. Le bourrelet aryténo-épiglottique constitue un œdème de la glotte et est de formation récente. Ces deux altérations organiques expliquent le symptôme observé pendant le dernier temps de la maladie. Au delà du larynx, la muqueuse perd sa pâleur et prend une teinte rosée, un pointillé rouge de plus en plus prononcé; la trachée et les bronches, jusque dans leurs dernières ramifications, sont remplies d'un mucus spumeux, rosé, sanguinolent; les poumons, partout crépitants, sont violacés, gorgés de sang noir, surtout en arrière. Les plèvres, quoique saines, excepté à droite et en bas, où il y a quelques adhérences anciennes, contiennent chacune un demi-verre environ de sérosité rougeâtre. Le péricarde en contient également; le cœur est mou, flasque, contient, dans les cavités droite et gauche, un sang noir qu'on rencontre également dans les vaisseaux artériels et veineux. Ces altérations sont les conséquences de l'inflammation trachéo-bronchique, rougeur de la muqueuse, œdème, mucosités, et surtout du genre de mort de la femme C..., dont nous allons parler; injection prononcée de la muqueuse bronchique et pulmonaire. Écume abondante dans les extrémités des bronches. Présence d'un sang noir abondant dans tout le tissu pulmonaire, dans les cavités artérielles et veineuses; épanchement séro-sanguinolent dans les cavités séreuses.

Dans l'abdomen, nous retrouvons cette sérosité sanguinolente dans le péritoine, sans que celui-ci soit altéré. La matrice développée contient un fœtus de trois à quatre mois, les autres organes ne présentent rien d'anormal.

Les détails que nous venons de donner de l'autopsie de la femme C... sont la réponse à la première question de M. le juge d'instruction :

1° Décrire l'état général du cadavre, les altérations et désordres que l'autopsie peut y faire remarquer.

2° Maintenant, quelle est la cause de la mort de la femme C... ? C'est bien certainement une asphyxie par défaut d'air. Cette femme, par suite d'une maladie syphilitique guérie, avait un rétrécissement du larynx. Elle n'en éprouvait pas d'incommodités bien marquées, lorsqu'elle fut atteinte, comme nous l'avons dit plus haut, il y a deux mois et demi environ, d'une bronchite qui, probablement à cause de cette altération organique du larynx, présenta des symptômes inaccoutumés. Un œdème se forme à l'entrée du larynx et augmente encore l'obstacle à l'entrée de l'air dans les bronches, un corps étranger irritant est introduit dans les voies aériennes, il provoque aussitôt de la douleur, un spasme convulsif de tous les organes respiratoires, des mucosités se forment et s'accumulent dans les conduits aériens, l'air ne pénètre plus qu'en proportion insuffisante pour la respiration, la circulation s'embarrasse, l'hématose n'a plus lieu, il y a asphyxie progressive, et la mort s'ensuit.

3° La mort est-elle due à l'opération pratiquée par l'officier de santé Renaut?

Comme nous venons de le dire, la femme était atteinte d'un rétrécissement du larynx; mais celui-ci permettait encore la respiration; une bronchite était survenue accompagnée d'un œdème grave, l'œdème de la glotte; s'il augmentait, cet œdème devait amener la mort en empêchant l'air d'arriver dans les poumons; restant stationnaire ou n'augmentant que lentement, il donnait le temps d'employer des moyens rationnels et assez souvent efficaces. Le médecin voulant détruire l'obstacle à l'entrée de l'air dans les bronches, cautérise la tumeur avec du nitrate acide de mercure étendu. Immédiatement la malade fut prise d'accidents graves de dyspnée et mourut. Très probablement une portion du liquide avait pénétré dans le larynx. A l'autopsie, nous avons remarqué que le nitrate de mercure n'avait pas agi chimiquement. Il n'a pas produit de lésions matérielles spécifiques, il n'a pas causé la mort directement et nécessairement, mais l'a causé secondairement, en provoquant des accidents asphyxiques qui auraient pu ne pas être mortels.

4° Cette opération était-elle capitale et de celles qui doivent commander l'intervention d'un docteur?

L'on entend par opération capitale, une grande opération chirurgicale comme la taille, la herniotomie, les amputations, la ligature des vaisseaux, etc.

La cautérisation avec le nitrate acide de mercure, pratiquée par M. Renaut, n'est pas dans ce cas; mais si on considère comme telle une opération assez délicate et pouvant amener des accidents graves, l'opération pratiquée sur la femme C... doit être considérée comme capitale et de celles qui réclament l'intervention d'un docteur comme conseil et comme aide.

5° Cette opération paraît-elle avoir été faite suivant les règles de l'art?

Aucun auteur n'a conseillé la cautérisation avec un acide concentré ou affaibli dans le cas d'œdème de la glotte; il n'y a donc pas de préceptes de l'art à cet égard. On a proposé et pratiqué la cautérisation du larynx au moyen du nitrate d'argent dans les inflammations chroniques de cet org[illegible] ou sans ulcération, et voici ce que M. Trousseau recommande en [illegible] circonstance :

« [illegible]ser d'une petite baleine recourbée, à l'extrémité de laquelle on fixe bien solidement une petite éponge, tremper cette éponge dans le caustique, puis l'exprimer de telle sorte que le liquide caustique ne fuse pas au-delà des parties sur lesquelles on veut l'appliquer; on le porte à la partie inférieure du pharynx, puis on le ramène d'arrière en avant et de bas en haut dans le larynx au moment où celui-ci s'élève par la contraction musculaire provoquée par le contact d'un corps étranger, et cela pendant que les aides tiennent le malade assujetti fortement sur un siége, les mâchoires maintenues bien écartées par un levier et la langue abaissée avec un instrument convenable. »

Si M. Renaut a suivi ces préceptes, il a opéré suivant les préceptes de l'art.

6° Cette opération était-elle la conséquence nécessaire de la maladie accusée par Renaut et reconnue par les experts autant que possible, et pouvait-elle avoir un bon résultat?

La maladie était bien connue. M. Renaut l'avait indiquée : un œdème à la glotte; elle réclamait un remède puissant, énergique, soit des scarifications, ou même encore la trachéotomie dans le cas où l'asphyxie eût été imminente; mais il n'en était pas ainsi, puisque la malade éprouvait de l'amélioration; on pouvait donc attendre et surtout ne pas employer la cautérisation, qui, comme nous l'avons dit plus haut, n'est recommandée dans ce cas par aucun auteur. Nous ne pensons pas qu'elle eût pu avoir un bon résultat.

7° Après l'opération, était-il possible d'en conjurer les effets et de donner des soins utiles à la malade?

Ainsi que nous l'avons dit, c'est l'introduction d'un corps étranger dans les voies aériennes qui a provoqué le spasme, la suffocation et l'asphyxie. Cette crise n'était pas nécessairement mortelle, et il est très possible que des soins dévoués, intelligents, énergiques, frictions, sinapismes, insufflations, extraction de mucosités, vomitifs, et surtout la trachéotomie en eussent triomphé.

8° Le liquide qui a servi à l'opération étant reconnu par le pharmacien chimiste, du deuto-nitrate de mercure mélangé d'une petite portion de proto-nitrate additionné à quatre parties d'eau environ; le liquide ainsi étendu d'eau a-t-il encore une propriété curative, ou au contraire ne rendrait-il pas l'opération inutile sans en diminuer les dangers?

Pour nous, le nitrate de mercure n'avait aucune propriété curative dans le cas d'œdème de la glotte. Du reste, nous ne pouvons rien affirmer en cette circonstance, parce que l'expérience n'en a jamais été faite. Toutefois, le nitrate étendu offrait moins de danger que le nitrate pur, mais il était moins rationnel.

JOLY, PETIT.

12 Mai 1856.

Nous pouvons maintenant, avec connaissance de cause, aborder l'examen des questions que nous avons posées plus haut.

V.

PREMIÈRE QUESTION. — *M. Renaut a-t-il connu le caractère et la nature de la maladie pour laquelle il a été consulté?*

M. Renaut a diagnostiqué *une laryngite chronique* et *un œdème de la glotte*. Le diagnostic essentiel est évidemment, ici, celui qui se rapporte à l'œdème de la glotte. Or, les phénomènes observés pendant les derniers temps de la vie de la femme C..., les altérations anatomiques trouvées sur son cadavre, justifient de la manière la plus complète le diagnostic porté par l'homme de l'art.

Quant aux symptômes observés pendant la vie, quoique nous ayons à regretter de ne trouver dans les documents qui nous ont été remis qu'une description incomplète et un récit trop peu étendu de la maladie de la femme C..., nous y rencontrons cependant l'indication de signes précieux qui ne peuvent laisser de doute sur le caractère de la maladie.

Ainsi, *sensation d'un corps étranger* dans l'arrière-gorge et le larynx; *respiration bruyante* s'entendant à 50 mètres de distance (déposition de M. Renaut); anxiété, accès de *suffocation (idem)*; *tumeur, gonflement, bourrelet* situé au fond de la gorge, au sommet du larynx; *pâleur* de la face; ces signes, si l'on consulte les auteurs les plus autorisés, et notamment la monographie récente et si estimable de M. Sestier (1), sont précisément ceux qui sont considérés comme les caractères de la maladie dont la femme C... était atteinte.

Les altérations anatomiques trouvées sur le cadavre de la femme C... ne sont pas moins probantes. Nous n'avons besoin que de rappeler cette phrase du rapport des experts pour justifier notre dire : « A la partie supérieure de ce dernier (du larynx), sur le » côté gauche de son ouverture, la membrane muqueuse est soulevée par de la sérosité, et forme un *bourrelet œdémateux* ayant » 3 centimètres de longueur, 1 centimètre de largeur à sa base, » et 5 millimètres de hauteur. » Et plus bas : « Le bourrelet aryténo-épiglottique, constitue un œdème de la glotte et est de » formation récente. »

Nous ne croyons pas devoir insister plus longtemps sur cette première question. Évidemment le double diagnostic porté par M. Renaut a été légitime et fondé; il a été justifié par la symptomatologie et par les résultats nécroscopiques, et le rapport lui-même des experts le confirme.

VI.

DEUXIÈME QUESTION. — *M. Renaut a-t-il institué contre cette maladie un traitement rationnel et conforme aux préceptes de l'art?*

Des divers moyens employés par M. Renaut, et qui tous peuvent être justifiés d'ailleurs par la pratique de nos maîtres, nous n'avons à nous occuper ici que de la cautérisation que les experts

(1) *Traité de l'angine œdémateuse.* Un vol. in-8, Paris, 1852.

pensent avoir été la cause indirecte de la mort, et qu'ils assurent n'avoir jamais été prescrite ou pratiquée dans des cas d'œdème de la glotte (1).

M. le docteur Sestier, que nous aimons à citer, parce qu'outre les résultats de son expérience personnelle que renferme son ouvrage, il résume très exactement l'état de la science sur la maladie qui nous occupe, exprime l'opinion (page 288) que c'est surtout en multipliant et en perfectionnant les moyens d'agir *directement* sur le siége du mal, que l'on peut concevoir le légitime espoir de diminuer beaucoup l'énorme mortalité de l'œdème de la glotte.

Parmi les moyens directs, la cautérisation joue nécessairement le plus grand rôle, aussi M. Sestier la recommande, il l'a employée lui-même, et cite plusieurs exemples où l'emploi de ce moyen a été efficace.

Parmi ces exemples, nous rappellerons surtout celui de M. Robert qui, pour une angine œdémateuse, porta au sommet du larynx, à diverses reprises, une petite éponge imbibée d'une forte solution d'azotate d'argent, et fixée sur une tige de baleine courbe; l'éponge fut appuyée avec assez de force; le malade, sur lequel on était sur le point de pratiquer la trachéotomie, fut complétement guéri; et l'on ne put attribuer la guérison qu'à l'azotate d'argent qui fut le seul moyen mis en usage.

En pratiquant la cautérisation du fond de la gorge pour un cas d'œdème de la glotte, M. Renaut n'a donc fait que suivre les préceptes de l'art et se conformer à la pratique des meilleurs médecins. Qui ne sait, d'ailleurs, que la cautérisation de la gorge et du larynx, surtout depuis les travaux de l'École de Tours, est d'un emploi général et vulgaire dans les angines et les laryngites pseudo-membraneuses.

Mais la substitution que le médecin de Dormans a faite du nitrate acide de mercure au caustique le plus généralement employé, a-t-elle été aussi rationnelle ?

D'après les communications que nous a faites M. Renaut, il a été guidé dans le choix de ce caustique par la pensée que les accidents qu'il avait à combattre pouvaient se rattacher à l'infection syphilitique. Nous dirons seulement à cette occasion que, dans une consultation délibérée par MM. les professeurs Landouzy et Philippe, de Reims, et à laquelle ont adhéré MM. les professeurs Velpeau et Nélaton, de Paris, nous lisons :

« La cautérisation avec le nitrate acide de mercure était d'autant plus indiquée ici, que l'affection paraissait d'origine syphilitique, et que la malade, en proie à une grande dyspnée, était menacée d'une asphyxie prochaine. »

Ce qu'il importe surtout de savoir, c'est si le nitrate acide de mercure, dilué dans quatre parties d'eau, est un caustique plus énergique, plus dangereux, plus difficile à manier qu'une forte solution d'azotate d'argent. Nous ne pouvons le penser. Si la mort de la femme C... fût arrivée après une cautérisation faite avec le sel d'argent, M. Renaut eût peut-être été indemne de tout reproche et surtout de l'accusation qui le traduit devant les tribunaux; et si la mort de la femme C... a été la conséquence indirecte de la cautérisation, ce que nous aurons à examiner, l'événement fatal serait aussi bien arrivé après la cautérisation par l'azotate d'argent que par le nitrate de mercure. Le choix du caustique paraît ici complétement indifférent. M. Renaut, qui a pu lire dans ce journal même les tentatives faites par d'honorables et très éclairés confrères, qui ne craignent pas de porter au fond de la gorge des boutons métalliques élevés à une très haute température et même le fer rouge (2); M. Renaut, qui a pu lire ceci dans le *Nouveau formulaire magistral* de M. Bouchardat, 1854, page 411 : « *Nitrate acide de mercure.* C'est un des meilleurs caustiques que l'on puisse employer, il est d'un usage très fréquent dans les hôpitaux de Paris, etc.; » M. Renaut a pu, disons-nous, sans témérité blâmable, employer ce caustique, dont l'usage n'a été ni plus nuisible ni moins efficace que tout autre.

Ajoutons, pour terminer sur ce point, que la gravité, la marche connue et la terminaison presque toujours fatale de la maladie, ne permettaient pas à un médecin consciencieux de rester inactif, et que, malgré l'amélioration apparente pour les personnes étrangères à la médecine, l'insistance de M. Renaut pour une médication active était un devoir.

VII.

TROISIÈME QUESTION. — *La terminaison rapide et funeste de cette maladie doit-elle être imputée au traitement employé par le médecin ?*

Nous avons vu que le rapport des experts est très explicite sur ce point. Examinons leur conclusion avec les données de la science actuelle.

La conclusion des experts est un simple raisonnement de *post hoc ergo propter hoc*, raisonnement si décevant dans les sciences, surtout dans la science médicale, surtout appliqué à la thérapeutique.

Les experts disent : La femme C... a été prise d'accidents graves après la cautérisation pratiquée par M. Renaut ; ces accidents graves ont amené la mort de la malade; donc c'est la cautérisation qui est la cause indirecte de la mort.

La lecture attentive des auteurs qui ont écrit l'histoire de l'œdème de la glotte ne nous permet pas d'adopter une conclusion aussi nette, aussi absolue, et qui a eu déjà des conséquences si graves pour M. Renaut.

« La mort, dans l'angine laryngée œdémateuse, se présente sous diverses formes : *tantôt elle survient au milieu des angoisses d'une suffocation agitée et bruyante*..... Sur 61 malades, il en est 16 qui ont péri au milieu d'un accès de suffocation..... L'angine œdémateuse se termine fréquemment par une mort subite ou presque subite..... » (Sestier, *loc. cit.* Pages 191, 192, 193.) Bouillaud, Grisolle, Valleix mentionnent cette terminaison de la maladie. C'est précisément pour prévenir cette mort rapide et souvent imprévue que Lisfranc allait porter sur le bourrelet lui-même un bistouri particulier avec lequel il faisait des incisions sur la tumeur. Sestier cite trois exemples dans lesquels on voit des malades, atteints d'angine œdémateuse, périr subitement, au moment où ils avalaient ou cherchaient à avaler quelque boisson. L'effort qu'ils ont fait alors, dit-il (page 193), pour s'asseoir, quelques gouttes de liquide tombées dans le larynx, ont pu occasionner cette brusque terminaison. On conçoit, d'après ce qui précède, ajoute-t-il, combien il doit arriver fréquemment que la mort soit *inopinée* et *imprévue*.

Qui peut dire que M. Renaut n'a pas eu affaire à un de ces cas de mort *inopinée* et *imprévue*, terminaison fréquente de l'œdème de la glotte? Ne suffit-il pas que cela puisse être, pour que cette éventualité doive bénéficier à la défense, et puisque cette terminaison est possible, puisqu'elle est fréquente, puisqu'elle est survenue 16 fois sur 60 cas, c'est-à-dire dans le quart des cas, nos honorables et savants confrères de Château-Thierry pourront-ils nous savoir mauvais gré d'invoquer la possibilité, la probabilité du fait en faveur d'un médecin inculpé ? N'est-il pas expressément recommandé par tous les médecins légistes, Fodéré, Orfila, Devergie, etc., de tenir compte, dans les conclusions, de tous les faits, de toutes les circonstances favorables ou non favorables à l'accusé ?

Dans tous les cas, on doit rechercher si les exemples analogues à celui de la femme C..., c'est-à-dire si les cas de mort suivant immédiatement ou presque immédiatement la cautérisation du larynx sont fréquents dans la science; or, on voit que rien n'est plus rare; que Bretonneau, qui l'a pratiquée des milliers de fois, que Trousseau, Guersant, Blache, tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet, signalent bien les phénomènes produits par l'entrée du caustique dans les voies aériennes, mais s'accordent pour considérer ces phénomènes comme plus effrayants en apparence que graves, comme essentiellement transitoires et passagers, et qu'à l'heure qu'il est, pressé par le temps, il est vrai, et ne pouvant pas pousser nos recherches plus loin, nous n'avons pas encore trouvé un seul cas authentique et irréfragable où la cautérisation du larynx ait évidemment été suivie de la mort du malade.

Nous nous croyons donc autorisé à conclure sur cette troisième question que rien ne prouve que la mort de la femme C... ait été causée par la cautérisation pratiquée par M. Renaut, que rien ne démontre que la femme C... n'ait pas succombé par une conséquence naturelle et fréquente de la maladie, et qu'en accusant la cautérisation d'avoir produit indirectement cette terminaison funeste, on fait un raisonnement *à posteriori*, et on ne se tient pas dans la réserve que commandent la circonstance et la sévère interprétation des faits.

VIII.

QUATRIÈME QUESTION. — *Les soins consécutifs à la cautérisation auraient-ils pu prévenir ou empêcher cette terminaison funeste ?*

Nous abordons ici la partie la plus délicate de notre tâche. Nous ne pourrions, et nous ne l'essaierons pas, dissimuler notre embarras pour exonérer M. Renaut de tout reproche d'avoir trop tôt, après dix minutes seulement, et en présence des accidents qui survenaient, quitté la femme C... Mais ce reproche, tout professionnel, en quelque sorte, ne peut, pour nous, constituer l'*imprudence*, l'*incurie*, la *faute lourde* entraînant la responsabilité pénale ou civile.

En effet, nous ne pouvons partager l'opinion exprimée par les honorables experts à la question qui leur a été posée sur ce point. Ils disent :

« C'est l'introduction d'un corps étranger dans les voies aériennes qui a provoqué le spasme, la suffocation et l'asphyxie » (rien n'est moins démontré que cela, nous venons de le prouver); « cette crise n'était pas nécessairement mortelle, » (qu'en savent-ils? elle l'a été 16 fois sur 60), « et il est *très possible* que des soins dévoués, intelligens, énergiques, frictions, sinapismes, insufflation, extraction des mucosités, vomitifs et surtout la trachéotomie en eussent triomphé. »

La justice a besoin aussi d'être éclairée sur l'autre alternative qui est également *très possible*, à savoir la terminaison brusque de la maladie par une de ses conséquences naturelles et fréquentes. Il y a, dans le rapport, une lacune très regrettable, en ce qu'elle fait peser de tout son poids sur M. Renaut l'accusation grave d'avoir abandonné une malade qu'il lui était *très possible* de sauver.

On peut se demander d'abord si avec les faits actuellement connus dans la science, si avec l'expérience d'un praticien de l'âge de M. Renaut et aussi répandu que lui, il lui était possible de prévoir l'accident grave qui allait survenir.

On peut répondre que les accidents de spasme, de suffocation, qui ont suivi la cautérisation de la femme C... et dont M. Renaut a pu être témoin avant son départ, étaient des accidents naturels, inévitables après toute cautérisation du larynx, que ces accidents sont très généralement de courte durée, qu'ils cessent peu à peu; que, dans l'espèce, Sestier a écrit ce passage qu'il importe de reproduire ici :

« Toutes les fois que l'azotate d'argent est porté sur le sommet du larynx, il donne immédiatement lieu à de la toux, à de la suffocation; mais bientôt, et en général, ces accidents primitifs se calment; *c'est ce qui a eu lieu chez les malades atteints d'angine œdémateuse ou d'épiglottite.* Ainsi le sujet observé par M. Robert toussa beaucoup, fut très anxieux pendant une demi-heure, eut un peu plus de fièvre dans la journée, mais la respiration devint graduellement plus libre. La malade de M. Parmentier fut saisie, immédiatement après l'application du topique, d'un violent accès de suffocation, mais cet accès ne tarda pas à se calmer. Quant au malade soumis à notre examen, l'accès de toux et de suffocation fut de courte durée, et la respiration ne tarda pas à devenir plus libre qu'avant la cautérisation. » (*Loco cit.*, page 297.)

Après ce témoignage que l'on pourrait corroborer par celui de Bretonneau, de Trousseau, de tous les praticiens qui ont employé la cautérisation du larynx, on est fondé à répondre que rien ne pouvait faire prévoir à M. Renaut la scène fatale qui allait se passer; que sa conscience de médecin pouvait n'être pas troublée en quittant la malade; et que la mort de la femme C... a été un de ces tristes événements qui déroutent les prévisions les plus probables de l'art.

C'est ainsi, pour notre compte, que nous comprenons la mission qui nous est confiée, et dans la bouche autorisée des savants experts de Château-Thierry, ce langage réservé, prudent, scientifique aurait donné satisfaction aux légitimes exigences de la justice, tout en sauvegardant la réputation, l'honneur et la fortune d'un confrère estimable.

Quant à la valeur des moyens indiqués par les experts et par l'emploi desquels il eût été *très possible* de sauver la malade, nous aurions de nombreuses réflexions à présenter, mais qui nous entraîneraient au delà de toutes limites. Faisons cependant ressortir la singulière alternative dans laquelle on a placé M. Renaut, à qui, en sa qualité d'officier de santé, on reproche d'avoir pratiqué une opération légère, innocente presque toujours, et certainement du ressort de la petite chirurgie, sans l'assistance d'un docteur en médecine, et que l'on blâme également de n'avoir pas pratiqué l'opération grave, et qui n'est plus évidemment de sa compétence, de la trachéotomie.

Ceci nous conduit à l'examen de la cinquième et dernière question.

IX.

CINQUIÈME QUESTION. — *En sa qualité d'officier de santé, M. Renaut avait-il le droit de pratiquer la cautérisation de la gorge et du larynx, et cette opération doit-elle être rangée au nombre de celles où, conformément à l'article 29 de la loi de ventôse, l'officier de santé doit être assisté d'un docteur en médecine ?*

Il nous paraît inutile d'insister longuement sur cette question, dont la solution est évidente. Dans la consultation que nous avons déjà indiquée, par MM. les professeurs Landouzy et Philippe, de Reims, des professeurs Velpeau et Nélaton, de Paris, il est dit :

« La cautérisation avec quelque caustique que ce soit, et sur quelque partie que ce soit, est une opération essentiellement élémentaire. — Dans tous les livres de chirurgie, la cautérisation se trouve rangée parmi les opérations dites *élémentaires ou de petite chirurgie)* (Velpeau, Nélaton, Malgaigne). Dans aucun cas elle ne peut être regardée comme une grande opération nécessitant la présence d'un docteur. »

Ce sont là les vrais principes et nous ne pouvons qu'y adhérer en rejetant la distinction subtile et inopportune établie par les experts.

X.

Nous venons de passer en revue les principales questions médicales que soulève l'affaire de M. Renaut. On sait la solution qu'elle a reçue devant le tribunal de Château-Thierry. A titre de renseignements, et sans vouloir en aucune façon les discuter, nous devons reproduire les considérants du jugement qui a frappé M. Renaut sur le chef d'homicide par imprudence :

. . . . . .

Attendu qu'il résulte de l'instruction et des débats, ainsi que de l'interrogatoire du prévenu, la preuve que la femme C..., atteinte à une époque déjà ancienne d'une affection syphilitique communiquée par un nourrisson, a été traitée et guérie à l'Hôtel-Dieu de Château-Thierry;

Que vers la fin de mars 1856, elle fut prise de toux, d'enrouement avec respiration pénible et bruyante, mais sans accès et ne l'empêchant pas de manger ni de dormir;

Que l'officier de santé Renaut, ayant employé sans succès différents remèdes, la malade fit usage, en dehors de ses prescriptions, d'un sirop pharmaceutique assez efficace pour qu'elle pût faire espérer à son mari de s'associer très prochainement à ses travaux;

Que dans cet état les époux C..., qui s'étaient ouvertement prononcés contre les visites de ce médecin, insistèrent plus énergiquement, surtout en présence de l'opération qu'il proposait de faire et qu'il conseillait comme aussi utile qu'urgente;

Attendu néanmoins que le 6 mai, le même, profitant de l'absence du sieur C..., finit par vaincre la résistance de la femme et de ceux qui l'approchaient et l'opéra de la manière suivante :

(1) Nous voyons dans un document qui est sous nos yeux, que les experts se sont départis à l'audience, de cette opinion, et qu'ils ont loyalement reconnu s'être trompés sur ce dernier point.

(2) Voyez UNION MÉDICALE, les travaux de M. Valentin, de Vitry-le-Français (4 septembre 1855), et de M. Danvin, de Saint-Pol (13, 15 et 24 novembre 1855).

Après l'avoir invitée à se lever et fait asseoir, il lui introduisit dans la gorge un morceau de linge fixé au bout d'un bâton et trempé dans du deuto-nitrate de mercure étendu; que le tampon à peine retiré, la malade éprouva aussitôt une angoisse extrême et se plaignit à sa fille *qu'elle allait mourir; que M. Renaut la faisait mourir*; que ses traits s'altérèrent profondément, la respiration devenant de plus en plus difficile, et qu'elle succomba au bout de deux heures de souffrance;

Attendu que les faits ci-dessus démontrent déjà le défaut d'urgence;

Que bien qu'il y ait eu œdème de la glotte, le bon sens indiquait sans le secours de la science, qu'il fallait s'en tenir au résultat favorable déjà obtenu et pouvant encore progresser, plutôt que de risquer une opération délicate et fort peu conseillée dans la pratique, puisque Renaut reconnaissait le même jour, après l'avoir tentée, que sur mille cas quatre seulement réussissaient. Première faute et imprudence à signaler;

Attendu que l'événement n'a que trop justifié cette triste prévision, dont Renaut seul n'avait su profiter et qui engage évidemment sa responsabilité; que voulant parvenir jusqu'à la tumeur pour la cautériser à l'aide du nitrate acide de mercure, quelques gouttes de cette substance irritante dans le larynx, jointe au contact même du tampon à son entrée, ont provoqué des accidents graves dans les organes respiratoires, puis l'asphyxie et la mort;

Que si le liquide n'a point produit de lésion matérielle, spécifique, ni occasionné la mort directement et nécessairement, il suffit qu'il en ait été la cause secondaire sans qu'on ait besoin d'examiner si la femme C... était atteinte d'une maladie mortelle, et n'avait que peu de jours à vivre;

Attendu que cette imprudence si funeste de la part de Renaut a été consommée à l'aide de la violation des règlements qui interdisent à tout officier de santé d'exercer hors du département où il a été agréé, ce qui devait faire considérer Renaut comme tout à fait étranger à l'art de la médecine dans le département de l'Aisne, pour lequel il n'était point reçu; que s'il se fût abstenu d'exercer hors de sa circonscription, au lieu d'être dirigé par un esprit évident de lucre, on peut affirmer que la catastrophe n'eût pas été à déplorer;

Attendu, d'autre part, que si la cautérisation par le nitrate acide de mercure n'est pas habituellement rangée parmi les opérations dites de grande chirurgie, il faut reconnaître du moins que, par sa délicatesse, elle pouvait amener des accidents graves, en tenant compte surtout de l'état de grossesse assez avancée de la femme C..., et rendre par suite indispensable la trachéotomie;

Qu'à ce point de vue, l'opération dont s'agit réclamait l'intervention d'un docteur, comme conseil et comme aide;

Attendu que, non seulement Renaut s'en est dispensé, contrairement à la loi, mais qu'il a manqué de plus aux préceptes de l'art en n'apportant pas à ses préparatifs tous les soins nécessaires et pouvant être un élément de succès;

Attendu encore que l'opération une fois terminée, Renaut, au lieu de rester auprès de la malade en proie à des spasmes et à des suffocations, l'a abandonnée lâchement et sans pitié;

Qu'il n'était point démontré que la crise fût mortelle, que des soins dévoués, intelligents et énergiques, tels que des frictions, sinapismes et d'autres remèdes désignés dans le rapport, principalement la trachéotomie, eussent pu triompher du mal;

Que cette fois encore Renaut a fait preuve d'inhumanité, de négligence et d'une incurie impardonnables;

Attendu que de l'ensemble de tous les faits ci-dessus, il demeure convaincu d'avoir:

1° Le 16 mai 1856, à Tréloup, par maladresse, imprudence et inobservation des règlements involontairement occasionné la mort de la nommée Marie Julie R..., femme C..., ce qui constitue le délit d'homicide par imprudence, maladresse et inobservation des règlements prévu et puni par l'art. 319 du code pénal.

. . . . . .

Condamne Renaut, à raison de l'homicide par imprudence, à trois mois d'emprisonnement et trois cents francs d'amende, etc.

XI.

Nous ne ferons qu'une seule remarque sur ce jugement, mais elle nous semble importante: évidemment le tribunal de Château-Thierry a jugé une question médicale, une question d'art et de pratique, il s'est principalement basé sur le rapport médical des experts dont il reproduit les termes; or, est-ce exclusivement de ce point de vue que les questions de responsabilité professionnelle, responsabilité civile ou pénale doivent être appréciées par la justice? Écoutons sur ce point une voix dont personne ne récusera l'autorité et la compétence:

« Dans les questions de ce genre, il ne s'agit pas de savoir si » le traitement a été ordonné à propos ou mal à propos, s'il devait » avoir des effets nuisibles ou salutaires, si un autre n'aurait pas » été profitable, si telle opération était ou non indispensable, s'il y » a eu imprudence ou non à la hasarder, adresse ou malhabileté » à l'exécuter, si, avec tel ou tel instrument, d'après tel ou tel autre » procédé, elle n'aurait pas mieux réussi;

» Ce sont là des questions scientifiques à débattre entre doc- » teurs et qui ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité » civile ni tomber sous l'examen des tribunaux. »

Qui a tenu ce langage? M. Dupin aîné, dans son réquisitoire à la Cour de cassation, affaire Thouret Noroy.

Or, qu'a jugé le tribunal de Château-Thierry?

On vient de le voir.

XII.

Nous avons le plus ferme espoir que ce jugement sera réformé par la Cour impériale d'Amiens, et, forts de cette prévision, nous résumons notre opinion dans les conclusions suivantes:

1° Au point de vue médical, le diagnostic porté par M. Renaut, sur la maladie de la femme C..., a été justifié par les symptômes et par l'autopsie; le traitement qu'il a prescrit est conforme aux règles de l'art, et l'issue funeste de la maladie ne saurait lui être attribuée.

2° Au point de vue des devoirs professionnels, si le prompt départ de M. Renaut peut être l'objet d'un reproche, on ne saurait le qualifier de « faute lourde » ayant nécessairement entraîné la mort de la femme C...; et rien ne prouve que sa présence et ses soins eussent pu prévenir ou empêcher la terminaison funeste.

Amédée Latour.

Approuvé par le Comité de rédaction de L'Union Médicale,

G. Richelot, Fauconneau-Dufresne, A. Brierre de Boismont, Henri Roger, F. Delcroix, Dreyfus, A. Compérat, de Pietra Santa, E. Lisle, Hervez de Chégoin, Bauche, Pinel-Grandchamp, Bonnafont, Homolle, Lucien Boyer, A. Chereau, A. Contour, Fougeirol, Robertet.

Invité par M. le rédacteur en chef de l'Union Médicale à donner mon avis sur l'affaire qui vient d'être exposée, je n'hésite pas à adhérer pleinement et sans réserve à la consultation si nettement et si fortement motivée de M. le docteur Amédée Latour. Les questions exclusivement médicales, qui ont été jugées contre M. Renaut, officier de santé à Dormans, ne peuvent, à aucun point de vue, être transformées en questions de responsabilité médicale. Il ne s'est agi, dans cette affaire, que d'une discussion de diagnostic et de thérapeutique générale, dans laquelle l'insuccès des moyens employés ne peut, dans aucun cas, être assimilé à la *faute lourde* dont parle la loi. J'ajoute que le fait de l'exercice hors du département ne peut être invoqué comme circonstance aggravante, constitutive du délit d'homicide par imprudence, et ne doit être considéré qu'en lui-même et comme simple contravention.

Ambroise Tardieu.

CHIRURGIE.

RÉTRÉCISSEMENT DU CANAL DE L'URÈTRE; — TRAITEMENT PAR LA DILATATION; — CHUTE D'UNE BOUGIE DANS LA VESSIE; — CATHÉTÉRISME FORCÉ; — EXTRACTION DE LA BOUGIE A L'AIDE D'UN LITHOTRITEUR; — INTRODUCTION CONSÉCUTIVE DE BOUGIES VOLUMINEUSES; — GUÉRISON;

Par le docteur Ripoll, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

L'introduction de corps étrangers dans la vessie a de tous les temps excité la sollicitude des chirurgiens. L'expérience a démontré, en effet, que leur séjour même peu prolongé devient l'occasion de la formation de calculs qui déterminent des accidents graves, et finissent par réclamer une opération sanglante, souvent mortelle. Bien convaincus de cette gravité, les chirurgiens pratiquaient l'opération de la taille ou de la boutonnière le plus tôt possible afin d'augmenter les chances de guérison. Ce n'est guère que de notre époque que datent les ingénieux instruments qui ont été inventés par les chirurgiens spécialistes. Mais s'il est vrai de dire que, grâce à eux, certains corps étrangers ont pu être facilement extraits, et sans accidents consécutifs, il faut dire aussi que ces instruments, d'un prix assez élevé, ne se trouvent que rarement dans l'arsenal du praticien de province, qui n'a pas la ressource de se les procurer à un moment donné. Il arrivera donc que, comme autrefois, celui-ci se trouvera presque toujours obligé, en face du danger à recourir à une opération sanglante, ou à chercher dans sa propre ingéniosité les moyens de se tirer d'embarras, et d'éloigner de son malade les chances d'accidents funestes. Sous ce dernier point de vue, l'observation suivante me paraît digne d'intérêt, surtout si l'on tient compte des circonstances exceptionnelles aggravantes qui ont accompagné le fait principal.

Observation. — M. F... est âgé de 21 ans, d'une constitution délicate, d'un tempérament lymphatique nerveux. Il y a quelques années, il contracta une blennorrhagie qui dura fort longtemps, et qui a plusieurs fois récidivé. Cette prolongation de la maladie a déterminé au niveau de la portion membraneuse du canal de l'urètre un rétrécissement considérable. L'émission des urines est habituellement fort difficile; le jet est petit, et tourmenté; à diverses reprises sous l'influence d'écarts de régime, la difficulté d'uriner est devenue extrême. Enfin, le 28 décembre 1855, à la suite d'une course longue et précipitée suivie d'une orgie, lorsqu'en se réveillant le matin M. F... veut uriner, il lui est impossible de rendre une seule goutte d'urine, il s'essaie à plusieurs reprises, peine inutile; il redouble d'efforts, pas de résultat; il se met dans un bain et y reste une heure; pas d'urine. N'osant pas m'appeler, parce qu'il craint que sa famille découvre ainsi sa maladie, il fait venir un infirmier de l'hôpital militaire qui jouit, à ce qu'il paraît, d'une certaine réputation comme *sondeur*. Celui-ci se met à l'œuvre, et, après quelques tentatives, parvient enfin à introduire une sonde en gomme de 0,05. Mais au lieu de l'urine, c'est du sang qui vient; une fausse route d'une étendue considérable a été produite, et le malade perd un litre de sang artériel. L'anxiété redouble; la souffrance et la perte de sang l'ont exténué; il n'hésite plus, et je suis appelé. J'introduis une sonde en argent ordinaire et viens buter contre un rétrécissement infranchissable, dirigeant le bec de la sonde à droite et à gauche, je m'engage à droite dans une fausse route d'au moins 0,05 d'étendue, et le sang coule abondamment par la sonde. Je me procure immédiatement des bougies filiformes, et au bout d'une heure au moins d'efforts patients, une bougie de 0,001 franchit le rétrécissement et pénètre dans la vessie. Je la fixe à demeure, et le malade est mis au bain; de nouvelles envies d'uriner se produisent, et le malade constate avec joie que chaque effort est suivi de l'émission de quelques gouttes d'urine, qui passent entre le canal et la vessie.

29 décembre au matin. La nuit a été bonne; la vessie, qui était très considérablement distendue, est aujourd'hui à peu près vide; le malade ne souffre plus. Je laisse la bougie à demeure. Nouveau bain à répéter ce soir; nourriture légère.

30 décembre. État général et local satisfaisant. La bougie ne gêne plus le cours de l'urine, elle est même très mobile; je lui en substitue une de 0,001 un tiers qui pénètre sans difficulté. Même régime; bains.

2 janvier. État général et local parfait; je retire la bougie et en place une de 0,002 que le malade gardera quelques heures et qu'il replacera lui-même de temps en temps les jours suivants en augmentant tous les trois ou quatre jours le volume de la bougie par 1/3 de millimètre. Dès que nous serons arrivés à un certain point de dilatation, nous placerons une sonde à demeure. Tout va bien jusqu'au 20 février, et le malade introduit une bougie de 3 millimètres. Mais ce jour-là, en se réveillant, il ne retrouve plus la bougie qu'en se couchant il avait placée dans le canal; après des recherches infructueuses, il est convaincu que, pendant le sommeil, elle est entrée dans la vessie. Bientôt il n'y a plus de doutes, il a la sensation d'un corps qui tend à sortir de la vessie et gêne l'émission de l'urine. Je suis appelé immédiatement. Le cas était embarrassant, que faire? Il fallait à tout prix retirer le corps étranger; mais avec une lumière de canal si étroite, comment arriver dans la vessie pour le saisir? Après avoir réfléchi quelque temps, je pensai qu'il n'y avait pas d'autre moyen que d'inciser le rétrécissement; et afin de préparer la voie de l'instrument, j'introduis une bougie de 0,004, et je la laisse à demeure. Je préviens le malade que je le débarrasserai dans la soirée.

Dans l'intervalle, je fis part à M. Dieulafoy de ce qui m'arrivait; il fut d'avis comme moi qu'il fallait inciser le rétrécissement, je le priai de m'assister de son talent et de ses conseils, et nous nous rendîmes chez le malade avec tout l'appareil nécessaire. Le malade est confiant et courageux, il fera ce que nous voudrons. Je fais jouer la bougie dans le canal, et constate avec joie qu'elle est très mobile. Je propose alors à M. Dieulafoy d'essayer d'emblée de faire pénétrer un petit lithotriteur de 6 millimètres. Je connais parfaitement le canal, peut-être en forçant avec intelligence, pourrai-je franchir le point rétréci. L'incision me répugne un peu, je ne veux la faire qu'à la dernière extrémité. Sur son invitation, j'introduis le lithotriteur, j'arrive sur le rétrécissement, je force brusquement, et je suis dans la vessie. M. Dieulafoy le constate, saisit la bougie entre les deux mors de l'instrument, et après quelques efforts de traction, la ramène au dehors. Ce qu'il y a de plus curieux, c'est que la bougie avait été saisie juste par le milieu de sa largeur, elle est donc sortie en double. Toute cette manœuvre n'a pas duré autant de temps que j'en mets à la raconter.

Les suites de l'opération ont été des plus heureuses. Quelques gouttes de sang à peine furent rendues par la verge, la douleur fut presque nulle, cependant nous pensâmes qu'il était prudent de mettre le malade au bain. Deux grains d'opium lui furent donnés, et son régime institué sévèrement.

Quant au rétrécissement, nous fûmes d'accord qu'il ne fallait pas perdre le bénéfice de cette dilatation forcée et une bougie de 0,005 millimètres fut placée à demeure. Le lendemain, je revis le malade, tout allait le mieux du monde; quelques jours après, il urinait à plein canal et reprenait ses affaires.

Il est convenu avec M. F... que tous les soirs, pendant quelque temps encore, il introduira une bougie de 0,005 ou 0,006, et qu'il prendra surtout des précautions pour qu'elle ne tombe pas dans la vessie: il y a des dangers qu'il ne faut pas courir deux fois.

COURRIER.

M. le docteur Vosseur est venu nous annoncer que, après réflexions faites, il ne pouvait, comme *trésorier de l'Association des médecins de la Seine*, continuer à recevoir la souscription en faveur d'un confrère victime des inondations.

— Ces jours derniers, dans un dîner de *sportmen* lyonnais, on a servi du filet de cheval. L'animal qui a fait les frais de ce dîner était un jeune cheval de 4 ans, abattu à l'École vétérinaire à la suite d'un accident dans lequel il s'était cassé la jambe. De l'avis unanime de tous les convives, la chair du cheval ressemble à celle du chevreuil.

— Un journal de Nantes annonce qu'on vient de découvrir un moyen facile et peu coûteux de rendre la santé et l'embonpoint aux chevaux malades et épuisés; il s'agit simplement de leur donner chaque jour une botte de chiendent de 5 à 7 kilogrammes, mélangé avec des carottes. Ainsi, le chiendent qui, par sa ténacité, fait le désespoir des cultivateurs, devient pour leurs chevaux un utile médicament.

— Nous trouvons dans les *Communications géographiques* du docteur Petermann des nouvelles de Californie, dont nous extrayons les deux faits suivants:

L'un concerne cet oiseau appelé *pic* (picus), auquel on attribue la propriété de recueillir pendant l'automne une provision de glands de chêne dont il compte se nourrir pendant l'hiver et le printemps; et, pour les mieux conserver, il les cache sous l'écorce des arbres, qu'il perce de trous, et, dans chaque cavité, il insère un gland de chêne.

On avait toujours mis en doute l'instinct de cet oiseau, qui ressemble ainsi à la fourmi. Mais M. Murray, membre de la Société physique d'Édimbourg, vient confirmer le fait: « J'ai vu, raconte ce voyageur, ces oiseaux perforer les arbres pour y cacher des glands, boucher soigneusement l'ouverture, et au printemps venir chercher leurs provisions. »

Lors de la grande inondation, il y a quelques années, une scène assez divertissante eut lieu. Un touriste, avec quelques amis, s'était retiré dans une petite île restée à sec, et comme il n'y avait rien à faire, on s'était mis à observer les oiseaux.

Une demi-douzaine de volatiles étaient en train de mettre à couvert leurs provisions; l'arbre étant creux, un écureuil qui s'y était réfugié voyait tous leurs mouvements. De temps en temps, il sortait de sa cachette, et, dès que les *pics* étaient partis, vite il soulevait l'écorce et prenait le gland.

Les oiseaux s'en étant aperçus, tombèrent tous ensemble sur le petit quadrupède, qui eut bientôt fait de se retirer dans son trou. Ce manège dura trois jours, jusqu'à ce qu'un des voyageurs abattit l'écureuil d'un coup de fusil, et permit aux oiseaux de faire impunément leurs provisions d'hiver.

L'autre fait est relatif à l'existence, en Californie, de sources chaudes qui rappellent le *Geyser* d'Islande. Ces sources se trouvent sur le versant oriental de la chaîne de Sierra-Névada, non loin du lac de Washo. L'eau s'élève en jets à une hauteur de 7 mètres; les jets se suivent à un intervalle de cinq minutes, et, en retombant à terre, produisent un bruit qui imite le fracas du tonnerre.

L'ouverture d'où part le jet a 33 centimètres de diamètre; la terre qui l'entoure est du silex. La chaleur de l'eau monte à 200 et 208 degrés Farhenheit, quelquefois même elle atteint le point d'ébullition, 212 degrés.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 92. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 31 Juillet 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, à *Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Addition à la consultation sur un cas de responsabilité médicale. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — III. ODONTOGÉNIE : L'ivoire est-il le produit d'une sécrétion, d'une transsudation à la surface du bulbe dentaire ? ou est-il le résultat d'une transformation et d'une véritable ossification de ce bulbe ? — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 29 juillet : Correspondance. — Anus contre nature. — Sur l'ossification précoce du crâne chez les microcéphales. — Sur la ligature de l'œsophage. Discussion. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

PARIS, LE 30 JUILLET 1856.

ADDITION A LA CONSULTATION SUR UN CAS DE RESPONSABILITÉ MÉDICALE.

On nous pardonnera de revenir en quelques mots sur le sujet que nous avons cherché à traiter dans notre dernier numéro. La question est d'un intérêt considérable et grave pour le corps médical. Si malheureusement et contre toute attente le jugement du tribunal de Château-Thierry était confirmé par la Cour impériale d'Amiens, cette jurisprudence ferait de la médecine une profession terrible, remplie de périls, hérissée de pièges, et pas un de nous ne pourrait croire son honneur et sa fortune garantis contre une éventualité menaçante.

Il nous importait de savoir si les opinions que nous avons émises obtenaient l'adhésion de nos confrères. C'est avec une grande satisfaction que nous pouvons dire que notre conscience est parfaitement rassurée sur ce point. Nous avons reçu de tous côtés les témoignages les moins équivoques à cet égard, et nous en remercions très sincèrement nos confrères.

Mais cela ne pouvait nous suffire.

Deux questions surtout nous préoccupaient.

La cautérisation du larynx est-elle une opération grave et a-t-elle jamais occasionné la mort des malades ?

Le caustique employé par M. Renaut est-il autorisé par la pratique et a-t-il pu avoir quelque influence sur le résultat de l'opération ?

Nous avons voulu avoir sur ces deux points l'opinion de nos confrères les plus compétents, et, sur le premier, nous avons consulté MM. Trousseau et Blache, sur le second M. Ricord.

Sur le premier point, MM. Trousseau et Blache nous ont déclaré et nous ont autorisé à déclarer en leur nom que jamais, dans les innombrables cautérisations du larynx qu'ils ont pratiquées, et avec les caustiques les plus énergiques, azotate d'argent, acide hydro-chlorique concentrés, jamais la mort des malades n'avait été la conséquence de ces cautérisations. Les spasmes, la suffocation, la révolte du larynx contre tout corps étranger, ont été toujours des accidents passagers et sans conséquence immédiate.

Le témoignage de M. Ricord, qu'il nous a autorisé aussi à faire connaître, est encore plus direct et plus topique. Le savant chirurgien de l'hôpital du Midi fait un usage fréquent, un usage journalier des cautérisations de la gorge et du larynx avec le nitrate acide de mercure dans les ulcérations syphilitiques de ces parties. L'emploi de tel ou tel caustique ne paraît pas indifférent à M. le docteur Ricord. Chacun d'eux lui semble avoir une efficacité spéciale et élective. Ainsi, ulcérations simples, azotate d'argent ; ulcérations mercurielles, acide hydro-chlorique ; ulcérations syphilitiques, nitrate acide de mercure.

Jamais, a ajouté M. Ricord, je n'ai vu l'emploi de ce dernier caustique être suivi d'accidents tant soit peu graves.

Nous avons cru devoir faire cette addition importante à la consultation qui nous a été demandée. Elle nous semble corroborer nos conclusions, et prouver une fois de plus que M. Renaut a employé un traitement connu et rationnel, et que rien ne pouvait lui faire prévoir l'accident qui est survenu.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (1) ;

Recueillies par M. RICHARD-MAISONNEUVE, interne du service.

Quatrième Leçon.

Les déformations osseuses que nous avons étudiées dans la précédente séance, se déduisent assez facilement des causes mécaniques qui agissent sur le squelette, des pressions, des tractions qu'il supporte de la part des muscles ou par l'influence de la pesanteur, des déplacements qui en sont la suite.

Mais il est une altération du calcanéum qui ne se rattache pas aussi bien aux causes précédentes, et qu'on observe quelquefois dans le varus congénital ; elle consiste dans un développement imparfait de sa grosse tubérosité. A la place du talon, on ne trouve quelquefois qu'un tubercule à peine saillant. On pourrait cependant attribuer encore à l'effet de la pression l'atrophie de cette épiphyse cartilagineuse.

Quant au scaphoïde, je ne noterai que sa petitesse relative, dont ces dessins vous donneront une idée, et le rétrécissement de sa facette astragalienne, qui se prolonge moins du côté de son tubercule interne, devenu postérieur. Son déplacement rend raison de ce dernier changement, comme la compression de l'os explique le premier.

Le cuboïde, les cunéiformes, les os du métatarse et les phalanges, n'éprouvent que des déformations peu importantes ; je ne m'y arrêterai pas.

Toutes ces déformations osseuses sont plus prononcées dans le varus congénial, parce que les os résistent davantage, si le pied-bot ne se produit qu'après leur entière ossification.

Les os de la jambe peuvent participer aux déformations du squelette du pied ; je vous en ai cité un exemple qui se voit au musée Dupuytren : sur cette pièce, le tibia paraît avoir éprouvé une torsion, et la rotule, portée en dedans, ne répond plus à l'intervalle des malléoles. On rencontre une disposition semblable sur ces os d'adulte, qui proviennent de ma collection.

2° *État des ligaments.* — Après les changements éprouvés par les os du pied, nous arrivons à ceux qui portent sur leurs liens fibreux.

Les ligaments présentent des changements de direction qui peuvent modifier leurs fonctions. Ils sont, en outre, disposés de manière à fixer les os dans leur nouvelle situation. Les plus importants, sous ce rapport, sont ceux qui unissent le calcanéum, l'astragale, le scaphoïde et le cuboïde ; tels sont : le ligament interne ou deltoïdien de l'articulation tibio-astragalienne, dont les fibres s'étendent jusqu'au calcanéum et au scaphoïde ; les fibres internes propres aux articulations astragalo-scaphoïdienne et astragalo-calcanienne ; les ligaments calcanéo-scaphoïdien interne et inférieur ; les fibres scaphoïdo-cuboïdiennes ; le fort ligament calcanéo-cuboïdien inférieur ; enfin les ligaments postérieurs des articulations tibio-tarsienne et astragalo-calcanienne, les expansions des tendons allant d'un os à l'autre, ainsi que les gaines fibreuses qui renferment les tendons des jambiers antérieur et postérieur, du long fléchisseur des orteils, etc. Voici deux dessins représentant un exemple de varus, où vous pouvez voir les modifications éprouvées par les ligaments.

D'autres altérations viennent encore gêner la mobilité du pied. Il se développe autour des articulations des végétations osseuses ; on a rencontré sur les surfaces articulaires elles-mêmes de semblables productions, qui s'engrenaient réciproquement. On voit le cartilage s'user, la lame compacte subjacente se perforer, et enfin le tissu spongieux des surfaces articulaires s'unir et former ankylose.

3° *État des muscles.* — Les altérations qu'offrent les muscles dans le pied-bot portent sur leur longueur, sur leur direction, leur contractilité et leur substance propre.

(1) Voir les numéros des 8, 17, 19 et 26 juillet 1856.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

Professeur de pathologie et de thérapeutiques générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Étude de certains symptômes en particulier : vomissement, déjections alvines, production de gaz. — Séméiotique des urines ; le diabète et la diathèse colliquative de Galien. — Symptomatologie des organes respiratoires, etc. Des signes au point de vue du pronostic ; petitesses d'un grand homme. — De la marche des maladies, durée, périodes, terminaisons ; saines idées de Galien à ce sujet. — Pourquoi l'on meurt quelquefois de maladie aiguë. Respect aux forces ! Galien et Morgagni. — Des types des maladies. — Des crises et des jours critiques ; exclamation naïve de Galien.

XXVII (1).

Pathologie de Galien (suite).

Marche, durée, périodes, terminaison des maladies. — Toute maladie, suivant Galien, doit avoir une certaine durée ; c'est là une conséquence nécessaire de la maladie, telle que l'auteur la comprenait. En effet, d'après lui, dans toute maladie, soit primitivement, soit consécutivement, la composition du sang est altérée, ou par augmentation générale de sa masse, ou par prédominance de l'une des trois grandes humeurs qu'il contient, ou enfin par introduction, dans ce liquide, de principes hétérogènes. Pour que la maladie cesse, il faut donc que la composition du sang soit ramenée à son état normal ; il faut que ce liquide subisse la double action de la force altératrice qui élabore l'humeur, et de la force expultrice qui chasse au dehors les matériaux hétérogènes. A l'accomplissement de ces opérations diverses, un certain temps est nécessaire : il faut donc laisser la maladie suivre librement son cours et se borner à en surveiller les écarts ; vouloir l'entraver, l'arrêter, c'est troubler la nature dans son travail médicateur, c'est être plus nuisible qu'utile.

Pendant que la maladie suit son cours naturel, elle se modifie, ce qui se reconnaît aux changements des symptômes. Ces modifications intimes, trahies par les symptômes, marquent les périodes de la maladie. « La maladie, ajoute Galien, a ses âges comme le corps : elle naît, elle croît, arrive à sa maturité, puis, après une sorte d'hésitation, elle se précipite vers son terme heureux ou fatal. »

Le médecin de Pergame, admet donc, comme nous, dans les maladies, quatre périodes, savoir : de début, d'augment, de maturité ou d'état stationnaire, de déclin. Chaque période correspond à un état particulier des humeurs. Pendant toute la période de début ou le commencement de la période d'augment, l'humeur est à l'état cru ; à la fin de la période d'augment commence le travail de coction, d'élaboration qui se termine avec la période de plus grande intensité, d'*acumen* de la maladie ; puis, lorsque tout va bien, lorsque la guérison doit survenir, le travail d'élimination commence et s'achève avec la période de déclin. L'humeur morbifique élaborée est séparée du sang ou du solide qui l'avait reçue, et, par diverses voies, expulsée de l'économie. Lorsque la maladie doit avoir une terminaison funeste, l'expulsion ne se fait pas ou se fait d'une manière incomplète.

Galien étudie ces diverses périodes et en démontre l'existence dans l'inflammation ou phlegmon et dans les divers états fébriles. Voici quelle est, d'après lui, la succession des phénomènes dans le phlegmon : 1° flexion ou attraction de l'humeur dans la partie malade ; 2° travail d'élaboration pendant lequel la température de la partie s'élève ; 3° période de suppuration ; accroissement de la douleur et de la fièvre ; 4° détente générale, diminution de la douleur et du mouvement fébrile, etc.

Toute maladie qui se termine par la guérison parcourt ces diverses périodes, subit ces modifications importantes, cet ensemble de phénomènes où Galien voit se révéler le signe de l'intervention d'une intelligence supérieure, qui dirige les actes de la maladie comme les phénomènes de la santé. Quelle preuve l'auteur n'eût-il pas tirée, pour appuyer sa manière de voir, de l'existence des fièvres éruptives et surtout de la variole, s'il eût pu les connaître !

Galien établit que la terminaison naturelle des maladies aiguës est la guérison. Ce n'est point à des maladies aiguës, dit-il, que succombent la plupart des hommes ; c'est, dans l'immense majorité des cas, à la suite d'affections de longue durée, dans lesquelles la nature épuisée a perdu sa force de résistance, où les solides sont devenus le siége d'altérations contre lesquelles l'intervention de l'art est vaine. Au contraire, les maladies aiguës, chez les individus jeunes qui, en évitant l'abus des passions et les excès de la débauche, ont su conserver l'intégrité de leur constitution, sont rarement mortelles. On ne trouve pas, chez eux, ces altérations profondes, ces transformations, ces dégénérescences contre lesquelles l'art entre vainement en lutte, et que la nature ne cherche pas même à combattre.

Quoique les maladies aiguës aient généralement une terminaison heureuse, cependant il est encore un assez grand nombre de cas dans lesquels la mort arrive. Galien, homme éminemment réfléchi, qui cherche toujours la raison des choses, Galien se recueillant en lui-même, se demande quelle peut être la cause de cette différence dans la terminaison des maladies aiguës. Pourquoi, dans certains cas, cette force, cette puissance médicatrice qui veille à la conservation de l'organisme, se trouve-t-elle en défaut ? Pourquoi enfin les choses ne se passent-elles pas de même dans tous les cas ? Cela dépend, répond Galien, de deux circonstances : ou de l'intensité de la cause morbide, ou du défaut de résistance de l'individu. Tantôt la maladie est trop forte, tantôt le malade est trop faible. Il est des cas où, la maladie étant légère, la cause peu intense, alors que tout semble devoir se terminer heureusement, la mort arrive ; tandis que, dans d'autres cas où la maladie est grave, la cause intense, les accidens formidables, la guérison a lieu. C'est que, dit Galien, dans les premiers cas, il y a eu défaut d'action des puissances ou forces par lesquelles la cause morbifique est attaquée, modifiée, transformée, expulsée ; d'où Galien conclut que, dans toute maladie, bien qu'il faille, sans doute, chercher à diminuer l'intensité de la cause,

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 janvier, 7, 19 février, 8, 15 avril, 15, 22, 27 mai, 26 juin, 3 et 10 juillet 1856.

Le raccourcissement des muscles rétractés offre plusieurs degrés. Il n'y a sous ce rapport qu'une nuance entre la fin de la période de formation du pied-bot accidentel, et les premiers instants du pied-bot confirmé. Le raccourcissement permanent est d'abord peu prononcé.

Certains pieds-bots congénitaux eux-mêmes sont sur la limite des deux périodes; ils semblent encore en voie de formation à l'époque de la naissance, et on peut alors effacer cette difformité par un léger effort de la main; c'est ce qui fait comprendre certains redressements spontanés effectués après la naissance, par le seul effort des muscles, dont les mouvements deviennent plus libres alors que dans l'utérus.

Il ne faut pas oublier qu'il y a deux sortes de raccourcissement musculaire dans le pied-bot.

On a longtemps discuté pour savoir si la rétraction musculaire existait avant ou après l'inclinaison osseuse dans le pied-bot. Les uns ont soutenu, d'après Duverney (1), que la rétraction musculaire, étant le fait primitif, précédait toute altération articulaire ou osseuse; les autres ont dit, avec Scarpa (2), que le raccourcissement des muscles était l'effet du rapprochement de leurs attaches, qu'il était par conséquent consécutif à la torsion du pied.

Mais il faut s'expliquer sur ce qu'on entend par rétraction ou raccourcissement musculaire. Il y a, en effet, dès l'origine, une contraction plus forte de certains muscles, mais ce n'est pas un raccourcissement permanent. Qu'on appelle cela rétraction, si l'on veut, mais alors il faudra distinguer deux sortes de rétractions : la simple contraction anormale et la perte de longueur constante des muscles, celle qui les fait résister à la manière des ligaments. Pour moi, je préfère ne donner le nom de *rétraction* qu'à ce dernier état. Or, ce raccourcissement permanent ne s'établit qu'à la longue; il ne précède pas nécessairement, comme la contraction simple, les altérations ligamenteuses ou osseuses; il est consécutif à la torsion comme ces dernières.

On voit que les deux doctrines ont à la fois tort et raison, parce qu'elles n'ont pas assez distingué les deux sortes de raccourcissement : la contraction et la rétraction des muscles. Ces deux états sont, à la vérité, généralement associés. Ils se traduisent sur le vivant par des apparences semblables, par la tension, le soulèvement, la dureté des muscles et de leurs tendons, quand on fait effort pour redresser le pied. Mais une force étrangère peut vaincre instantanément la résistance due à la contraction; le muscle rétracté se rompt, au contraire, plutôt que de céder à l'extension. La contraction disparaît par moment; elle cesse pendant le sommeil, par l'effet du chloroforme. La rétraction est invariable dans tous les instants; elle persiste seule sur le cadavre, ce qui fait que le pied-bot y est moins prononcé que sur le vivant.

La rétraction des muscles et celle des ligaments n'existent pas au même degré : la première est presque toujours supérieure à l'autre. Plus le pied-bot est ancien, moins cette différence est prononcée, parce que les articulations sont plus profondément lésées. C'est surtout dans le pied-bot congénial que la rétraction des ligaments est le plus marquée, par rapport à celle des muscles. Au contraire, certains pieds-bots paralytiques ne présentent presque que la rétraction musculaire. Vous devinez les conséquences qui résultent de toutes ces variétés, pour les effets de la ténotomie.

L'ancienneté du pied-bot, outre qu'elle augmente l'étendue de la rétraction musculaire, accroît encore le nombre des muscles rétractés. On a, en effet, distingué avec raison les muscles primitivement rétractés, qui sont les agents essentiels de la déviation, et les muscles qui ne se rétractent que secondairement par le seul effet du rapprochement de leurs attaches. Les muscles de la plante du pied, par exemple, ainsi que l'aponévrose plantaire, appartiennent généralement à cette dernière catégorie.

D'sons un mot des muscles allongés dans le varus. Ils se présentent dans un état de tension dû à cette tendance continuelle des muscles au resserrement et qu'on appelle leur *tonicité*. Ils résistent, en vertu de cette force, à la distension qu'ils éprouvent, réagissent, comme des ressorts sur les parties auxquelles ils s'insèrent, et produisent des déplacements et des déformations secondaires qui s'ajoutent aux effets immédiats de la rétraction. C'est ainsi que les orteils peuvent être entraînés par leurs longs extenseurs distendus. Sur une des femmes que vous avez vues ici, dans la dernière séance, je vous ai fait remarquer les phalanges des orteils repliées sur elles-mêmes en forme d'S, ce qui était dû en partie à cette influence de la tonicité des muscles distendus.

Des changements singuliers dans la situation et la direction des tendons transforment plus ou moins les fonctions spéciales de certains muscles. Je me bornerai à trois exemples de ce genre.

Le tendon d'Achille ne s'insère plus de la même manière à la tubérosité calcanienne; son attache s'est déplacée par suite de la rotation de cette tubérosité et de son obliquité permanente. Le muscle, qui tend toujours à se diriger en ligne droite, s'est trouvé porté à son côté interne et supérieur, ainsi qu'on le voit sur plusieurs de ces pièces sèches et sur ces dessins. Il en résulte que le triceps sural devient plus adducteur que dans l'état normal, et qu'il tend à augmenter encore la déviation du pied en dedans et le renversement du talon dans ce sens. Le poids du corps doit contribuer avec les muscles à ce déplacement du calcanéum.

Le tendon du jambier antérieur, lorsque le déplacement du scaphoïde est très étendu, est attiré en dedans, et il se réfléchit sur le tibia de manière à perdre en partie son action normale d'adduction; il tend plutôt alors à diminuer la torsion du pied en dedans.

Enfin le long extenseur des orteils, quand le pied se porte en dedans, décrit, par son tendon, une courbe de plus en plus forte, tend à se déplacer au sommet de cette courbe, entraîne sa gaine fibreuse, se rapproche de l'extenseur du gros orteil, et d'abducteur qu'il était, devient adducteur. Vous avez vu ce muscle relever le bord interne du pied, sur une jeune malade de M. Duchenne; j'avais moi-même observé autrefois ce fait sur une pièce anatomique.

Mais d'autres circonstances modifient plus puissamment encore l'exercice de l'action musculaire dans le varus.

D'abord, la cause même de la difformité peut avoir laissé à sa suite des paralysies plus ou moins étendues. Ces paralysies sont de deux sortes : dans l'une, le mouvement volontaire est seul perdu, les muscles affectés ont conservé leur irritabilité et se contractent sous l'influence de l'électricité; dans l'autre, cette contraction elle-même n'a plus lieu; toute propriété motrice est éteinte dans la fibre musculaire. Ces deux états ont été décrits par M. Duchenne (1), le premier, sous le nom de *paralysie cérébrale;* le second, sous le nom de *paralysie atrophique de l'enfance*. Ce dernier est la paralysie *spinale* de Marshall Hall.

Mais, de quelque façon que s'exerce, dans l'origine, l'action musculaire, elle s'affaiblit peu à peu, d'abord dans les muscles allongés, puis dans les muscles raccourcis. Cet affaiblissement musculaire est produit par des circonstances variées, qui toutes dérivent de la difformité elle-même : trop grand rapprochement des attaches pour certains muscles, éloignement trop grand de ces attaches pour d'autres, direction des leviers changée pour la plupart, enfin résistance des articulations devenues peu mobiles par l'excès même de leur mouvement.

Vous comprenez quelle atteinte reçoivent, à la suite de semblables altérations, les fonctions locomotrices. Si des sujets nés pieds-bots marchent avec aisance, même dans l'âge adulte, comme je vous en ai cité des exemples, c'est là l'exception. L'extrémité difforme n'est plus, pour eux, qu'un pilon qu'ils meuvent tout d'une pièce; la démarche est mal assurée, souvent douloureuse, quand la peau, exposée à des frottements répétés, s'excorie et devient le siége de callosités; les articulations s'enflamment souvent et condamnent les sujets à une immobilité absolue. On voit même des ulcères rebelles, la carie des os, être amenés par ce vice de conformation.

Une altération plus profonde ajoute encore, avec les années, à l'impotence du membre : c'est la transformation graisseuse des muscles. Cette transformation, d'abord partielle, finit par envahir tout à la fois les muscles allongés et les muscles raccourcis.

On a dit aussi que certains muscles, dans le pied-bot, devenaient fibreux. Je n'en connais pas d'exemple bien constaté. On a pu observer cette apparence sur des monstres, où les muscles n'avaient peut-être jamais existé et se trouvaient remplacés par du tissu fibreux.

4° *Atrophie générale du membre.* — L'atrophie, l'arrêt de développement qui atteint un membre pied-bot, porte sur toutes les parties de ce membre, os, muscles, vaisseaux, nerfs. Cet état persiste toute la vie et s'aggrave même avec l'âge, surtout pendant la période d'accroissement du corps. La cause de cet arrêt de développement se trouve, tantôt dans un état pathologique antérieur, dans une lésion nerveuse primitive, tantôt principalement dans l'inertie forcée des muscles.

M. Michon présentait dernièrement, à la Soc été de chirurgie, une remarque qui fait bien comprendre l'influence de cette dernière cause : c'est qu'après l'amputation de Chopart ou après l'amputation sus-malléolaire, les muscles de la jambe, n'ayant plus lieu d'exercer leur action, s'atrophient et deviennent graisseux.

Complications du varus. — On trouve le pied-bot associé à d'autres difformités. Celles-ci peuvent être sa cause, comme le spina-bifida, l'absence des os du pied ou de la jambe; ou bien un autre effet d'une même cause, comme la main-bot, produite avec le pied-bot par une affection cérébrale hémiplégique. D'autres fois, il n'y a pas de rapport évident entre les deux difformités; ainsi, par exemple, dans l'existence simultanée du bec-de-lièvre ou d'une imperforation du rectum et du pied-bot.

Ce qu'on peut dire, c'est que les imperfections tendent à s'associer; aussi le pied-bot est-il très commun dans les monstres, même sans lésion du système nerveux.

III. *Varus-talus.* — Le varus fléchi ou varus-talus est une variété rare, du moins comme difformité primitive. Jamais cette difformité n'atteint un haut degré sans que le varus ou le talus ne devienne prédominant. On la rencontre dans deux circonstances. Ainsi, on la produit quelquefois par un traitement incomplet du varus ordinaire, si le pied vient à être ramené dans la flexion, tout en restant contourné en dedans. Elle peut se produire à la suite de paralysies portant à la fois sur les extenseurs et sur les abducteurs. Ses caractères sont faciles à saisir : le talon est abaissé comme dans le talus; la pointe et la plante du pied sont portées en dedans, le bord externe est abaissé, l'interne relevé, comme dans le varus.

IV. *Varus-valgus.* — Dans le varus-valgus, la pointe du pied est portée en dedans, le talon en dehors, le bord externe est convexe, le bord interne concave. Le pied décrit dans son ensemble la forme d'un S. C'est ce que vous observez sur ce moule qui, vu en

(1) *Maladies des os*, tome II, c. 3.

(2) Mémoire *sur la torsion congéniale des pieds.*

(1) *De l'électrisation localisée*, 1855.

à calmer la violence des symptômes, il faut cependant savoir s'arrêter et singulièrement respecter les forces. Sans elles, pas de guérison possible; c'est grâce à leur intervention que la maladie est conduite à une terminaison heureuse; l'homme de l'art doit les laisser faire, réprimer son impatience et mettre un frein à l'imprudente activité qui le pousse à substituer sa propre action à celle de la nature. « Il y a des médecins, dit Galien, qui nuisent beaucoup moins parce qu'ils ne font rien, que parce qu'ils font trop. » Bien des siècles plus tard, Morgagni écrivait : *Sunt plures medici qui ægros interimunt quia nesciunt ipsi quiescere.* Dans toute maladie, il y a lutte entre la cause morbide et les forces qui tendent à la chasser de l'économie, d'où il suit que, suivant l'état des forces, la même maladie peut être légère ou grave. Ici, Galien considère les forces d'une manière abstraite; ailleurs, il les considère dans leurs rapports avec l'état des principaux organes. « En définitive, dit-il, la maladie, quelle qu'elle soit, aura chance d'être vaincue, si les organes d'où émanent les forces, le cerveau, le cœur et le foie, sont parfaitement sains, car alors les forces jouiront de la même intégrité que les organes d'où elles émanent.

Des types des maladies. — Si l'on observe, dit Galien, un certain nombre de maladies, on voit que, dans toutes, les symptômes ne se succèdent pas dans le même ordre. Les divers modes suivant lesquels se fait la succession des symptômes constituent les types des maladies. C'est ce que Galien établit tout au long dans le traité *De typis morborum.* Il n'admet que deux types, le continu et l'intermittent. Il ne nomme pas le type rémittent, bien qu'il l'indique d'une manière assez vague. Au point de vue des types, les maladies se divisent en deux deux grandes classes : 1° maladies à type continu; 2° maladies à type intermittent. Toutes les maladies peuvent revêtir le type continu, le type intermittent n'appartient qu'à quelques-unes, telles que les fièvres, les pyrexies, et aussi quelques affections locales, comme les douleurs de tête et certaines *ophthalmies!*

Les maladies à type continu ont rarement une marche uniforme; elles présentent des alternatives de rémission et d'exaspération ou des paroxysmes, sans cesser d'être continues; exemple, la fièvre synoque. Dans certains cas, une maladie continue peut offrir, dans son cours, le phénomène de l'intermittence, c'est-à-dire que tous les deux ou trois jours on observe une aggravation très marquée des symptômes. Ces cas tiennent à la combinaison de la synoque avec une fièvre tierce, combinaison qui, au dire de Galien, était très commune de son temps et portait le nom de *fièvre hémitritée*, affection grave, puisque, suivant les anciens auteurs, les fièvres intermittentes pernicieuses en revêtaient beaucoup la forme.

Galien admet, dans les maladies intermittentes, trois grands types simples : le double-quotidien, le double-tierce, le double-quarte; des types plus rares; enfin ces divers types, par leur mélange, peuvent donner naissance à un nombre infini de types *secondaires;* les types peuvent se transformer les uns dans les autres, le tierce en quarte, et réciproquement, etc. L'auteur reprend tous ces types et les étudie un à un. Nous laissons ici l'analyse du traité *De typis*, pour la reprendre plus tard, quand nous nous occuperons des fièvres intermittentes, car c'est à propos de ces fièvres que Galien développe surtout ses idées sur ce point de pathologie générale. Revenons à la question de la marche et des terminaisons des maladies.

Des crises et des jours critiques. — Lorsque la maladie doit se terminer d'une manière favorable, cette terminaison est annoncée par certains phénomènes dont l'apparition coïncide avec l'amélioration de l'état morbide et qui sont liés à celle-ci comme la cause est liée à l'effet. Ces phénomènes sont dits *critiques* parce qu'ils jugent la maladie. Telle est, en substance, cette fameuse doctrine des crises qui, enseignée par le père de la médecine et acceptée, sans conteste, tout le temps que dura l'influence de l'école hippocratique, eut à subir plus tard de violentes attaques et faillit succomber sous les coups de la polémique ardente et passionnée du célèbre Asclépiade. Galien, arrivé au fort de la lutte, se jeta résolument dans l'arène sous le drapeau d'Hippocrate. C'est dans ses commentaires qu'il faut chercher à prendre une idée nette de cette doctrine. Il l'a admirablement développée dans deux ouvrages spéciaux : *De crisibus* et *De diebus decretoriis.* Mais l'auteur ne place pas sur la même ligne la doctrine des crises et celle des jours critiques, tant s'en faut! Tandis qu'il défend énergiquement la première, il soutient la seconde avec mollesse, moins par conviction que par respect pour le grand nom d'Hippocrate, et l'on n'est pas médiocrement surpris de lire, à la fin du *De diebus decretoriis*, cette exclamation singulière : « Dieux immortels! vous le savez, c'est à la prière de mes amis, et en quelque sorte forcé par eux, que j'ai écrit ces lignes en faveur d'une doctrine que je ne partage pas! »

(La suite au cours prochainement.)

Une question qui touche aux intérêts *scientifiques et professionnels de la pharmacie* sera soumise demain vendredi, au comité de rédaction de l'Union Médicale, MM. les actionnaires pharmaciens, sont invités à vouloir bien assister à la séance.

— Le défaut d'espace nous empêche de publier aujourd'hui nos appréciations sur la séance de l'Académie de médecine.

— Le *Moniteur* publie une liste de personnes qui, par décret du 26 avril dernier, ont été autorisées à accepter et à porter les décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers. Nous y trouvons :

M. H. Conneau, premier médecin de l'Empereur, nommé commandeur de l'ordre des SS. Maurice et Lazare (Sardaigne), officier de l'ordre de Léopold (Belgique), et de l'ordre du Medjidié, 2e classe (Turquie);

M. Davenne, directeur général de l'assistance publique, nommé commandeur de l'ordre du Christ (Portugal);

M. Dugas, médecin, nommé chevalier de l'ordre de François 1er (Deux-Siciles), et de l'ordre de Saint-Grégoire le Grand (États-Romains);

M. Brée, médecin de 1re classe en retraite, nommé chevalier de l'ordre de Charles III (Espagne);

M. Précy, médecin aide-major au 96e de ligne, nommé chevalier de l'ordre de Saint-Grégoire-le-Grand (États Romains);

M. Mauger, chirurgien de 1re classe de la marine, nommé dans l'ordre du Medjidié, 5e classe (Turquie).

— La Société de médecine de Lyon a conféré à M. le docteur Ricord le titre de membre correspondant.

— L'Académie royale de médecine et de chirurgie de Turin, dans une de ses dernières séances, a nommé, à l'unanimité, membre correspondant, M. le docteur Thiry, professeur de pathologie chirurgicale à l'université de Bruxelles.

arrière, offre l'aspect d'un valgus, tandis que l'avant-pied est dirigé comme dans le varus. Le poids du corps est, chez ce sujet, la seule cause du renversement en dehors du calcanéum, et l'adduction exagérée paraît résulter de la contraction des fléchisseurs des orteils. Presque tous les autres muscles sont en effet paralysés. Delpech (1) a déjà fait connaître des cas analogues.

Voici une enfant qui offre un exemple remarquable de ces coïncidences d'un pied-bot avec des vices de conformation multiples, dont je vous parlais il n'y a qu'un instant. Cette enfant est venue au monde avec un bec-de-lièvre et une gueule de loup; de plus, le pied droit est imparfait; les orteils ne sont pas détachés les uns des autres; sauf le gros, ils sont tous réunis et indiqués seulement par un léger sillon. L'absence d'un sillon fait supposer qu'il manque un orteil.

En outre, cette enfant offre, du même côté, un pied-équin à peu près direct. Ce pied est paralysé, et tout le membre est atrophié jusqu'à sa partie supérieure. Une bride très large et très solide, étendue du mollet à la fesse, maintient la jambe fléchie, sur la cuisse; à la naissance, il y avait même contact de la cuisse avec le mollet. Deux fois, à six semaines et à 3 mois, on fit une section de la bride, mais sans résultat complet.

A l'âge de 18 mois, on fit, à l'hôpital de la Charité, une nouvelle tentative pour diviser la bride, et on coupa en outre le tendon d'Achille.

Le résultat total de toutes ces opérations a été de ramener à un angle obtus la flexion considérable de l'époque de la naissance. De plus, le pied, qui était tourné en dedans et probablement à l'état de varus-équin, est devenu un pied-équin simple.

Depuis quelque temps, un chirurgien orthopédiste imprime fréquemment à ce membre des mouvements avec la main, et il en est résulté jusqu'ici quelque amélioration. L'enfant marche sur la pointe du pied.

Il ne s'est rien passé, durant la grossesse de la mère, qui puisse expliquer ces nombreuses difformités.

ODONTOGÉNIE.

L'IVOIRE EST-IL LE PRODUIT D'UNE SÉCRÉTION, D'UNE TRANSSUDATION A LA SURFACE DU BULBE DENTAIRE? OU EST-IL LE RÉSULTAT D'UNE TRANSFORMATION ET D'UNE VÉRITABLE OSSIFICATION DE CE BULBE?

Par le docteur Oudet, membre de l'Académie impériale de médecine.

Dans un article analytique où nous rendions compte du mémoire de M. Oudet sur l'*accroissement continu des incisives des rongeurs* (Union Médicale, 20 août 1850), nous exprimions les vœux suivants : « Jusqu'à présent, M. Oudet ne nous a donné que des fragments d'ouvrage; mais quand ces fragmennts ont la valeur de ceux que nous lui devons, ce sont, véritablement, des promesses qui engagent et qu'il faut réaliser tôt ou tard. M. Oudet tient en portefeuille un grand ouvrage, qu'il a, dit-il, dans son avant-propos, terminé depuis longtemps. Si nos instances avaient pour heureux résultat de hâter la publication de ce livre, nous serions certain d'avoir, nous aussi, rendu à la science un service incontestable. »

Nos vœux ne seront pas stériles. M. Oudet, fidèle à la méthode expérimentale, après avoir soumis à de nouvelles investigations les questions les plus importantes de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie des dents, doit en faire le sujet d'autant de communications académiques, qu'il se propose de produire successivement, et que nous nous empresserons de mettre sous les yeux de nos lecteurs.

L'*Introduction à l'étude de l'anatomie des dents*, que nous avons analysée dans le numéro de l'Union Médicale du 3 mars 1855, sert de préface à ces travaux. Elle a pour but d'exposer les principes qui doivent guider les physiologistes dans l'étude de l'organisme dentaire.

Dans le mémoire qui suit cette *Introduction* et dont nous commençons la publication, M. Oudet aborde la grave et difficile question de la nature de l'ivoire et de son mode de production. Cette question, toute d'actualité, avait d'autant plus d'intérêt pour l'auteur, qu'il se trouve, sur ce sujet, en complète dissidence avec les anatomistes les plus célèbres de l'Allemagne, de l'Angleterre et de la France.

A ce mémoire succédera un travail sur la carie des dents.

Les travaux de M. Oudet ont eu assez de retentissement pour que nous n'ayons pas besoin d'en faire l'éloge. Ils sont destinés à éclairer les médecins sur une des branches les plus obscures et les plus difficiles de l'art de guérir.

Le sujet que j'aborde est un de ceux qui, dans ces derniers temps, ont le plus préoccupé les physiologistes. Il porte en lui deux grandes difficultés : la première est d'établir par quel acte organique s'opère la production de l'ivoire; la seconde est de déterminer la forme de ce travail.

Les auteurs anciens qui regardaient les dents comme des os, avaient au moins l'avantage de trouver une théorie toute formulée dont il leur restait seulement à faire l'application.

Pour eux, la pulpe des dents correspondait au cartilage des os, et, de même que ce dernier, elle se transformait en une substance osseuse. L'analogie dans la composition chimique de ces tissus leur servait de principal argument. Plus tard même, la science parut faire un pas décisif en faveur de cette opinion. Walcherus Coiter, et, après lui, des anatomistes du siècle dernier, ayant remarqué, en suivant le développement des dents de l'homme, qu'à mesure que celles-ci prennent plus d'accroissement, la pulpe s'affaisse et diminue de volume, et cela dans une proportion égale, en conclurent que la portion osseuse des dents se formait aux dépens de leur germe. Le fait était certainement incontestable, et la conséquence qu'on en tirait devait sembler rigoureuse. Cependant Rau (1), qui fut le précurseur de Hunter, s'éloigna de la voie qui avait été suivie avant lui. Il ne se borna pas à établir que les dents sont le produit d'une sécrétion, il chercha de plus à déterminer la nature de l'organe chargé d'accomplir cette sécrétion; ce qui le conduisit à émettre, sur la structure de cet organe, des vues que quelques auteurs modernes ont prétendu à tort se rapprocher des résultats microscopiques obtenus dans ces derniers temps. D'après Rau, les dents diffèrent des os, quant à leur structure, en ce qu'elles n'ont ni périoste ni moelle, et qu'elles sont composées d'une seule espèce de lamelles ou feuillets tellement unis entre eux, qu'on ne peut les distinguer qu'à l'aide d'un fort microscope sur des préparations bien faites. Elles se forment entre les lames ou duplicatures d'une membrane continue, qui les recouvrent en dehors et en dedans, mais qui sont destinées au même usage, à savoir à séparer du sang le suc dentifique. Cette membrane, suivant Rau, constitue le premier rudiment de la dent et en détermine la forme. Il admet que sa structure est semblable à celle de la membrane qui tapisse les sinus frontaux et maxillaires; que, par conséquent, elle contient également des glandes abondamment pourvues de nerfs, de vaisseaux sanguins, et, en outre, bien qu'ils échappent à la vue, de conduits excréteurs qui versent la matière dentifique, comme le mucus est sécrété dans les sinus frontaux et maxillaires.

Enfin, il ajoute que cette matière, ainsi déposée à la surface de la membrane glanduleuse, n'acquiert qu'au bout d'un certain temps les qualités requises pour s'assimiler aux lamelles déjà formées, et que ces dernières sont le résultat de l'apposition successive de petites écailles ou squammules les unes sur les autres. Du reste, il n'hésite pas à supposer que le même organe de sécrétion peut produire successivement la portion osseuse et l'émail, cette partie, comme il le dit, que le célèbre Malpighi appelle l'enveloppe extérieure de la dent.

Des idées de Rau à celles de Hunter, la transition est à peine marquée sur ces deux points: que les dents sont le produit d'une secrétion et qu'elles sont formées par les couches que la pulpe fournit successivement à sa surface. Mais Hunter démontra ces propositions par des considérations et des expériences tellement ingénieuses, il leur donna de si beaux développements, qu'il se les appropria et attacha son nom à la théorie qu'il en fit sortir, et dont la première et la plus importante conséquence fut que les dents diffèrent essentiellement des os, et par la manière dont elles se forment, et par les caractères des substances qui les constituent. Quant au procédé par lequel la nature donne naissance à l'ivoire et le fait passer de l'intérieur de la pulpe à sa surface, soit par prudence, soit que sa haute raison l'avertît qu'il est des mystères dans lesquels il n'est pas donné à l'homme de pénétrer, il imita la sage réserve de Rau et s'en tint à ce que l'observation lui avait permis de constater.

La théorie de Hunter fut généralement adoptée par les anatomistes les plus éminents. G. Cuvier, surtout, l'appuya de sa grande autorité et de ses nombreuses recherches. Il alla même plus loin que son devancier: n'osant admettre avec Hunter, qu'une partie privée de vaisseaux, et par conséquent, de toute circulation intérieure, pût être douée d'un principe de vitalité par l'intermédiaire duquel elle tiendrait à l'économie, il fut amené à considérer les dents comme des substances mortes et inorganiques.

C'est contre cette opinion, partagée alors par presque tous les naturalistes, que je m'élevais en 1823. M'appuyant sur les lumières que la physiologie et l'anatomie comparative m'avaient fournies, je venais, à cette époque, de déterminer la nature des dents, et de leur assigner la place qu'elles doivent occuper parmi les productions du système tégumentaire. Cette doctrine, qui, d'un côté, confirmait celle de Hunter, et, de l'autre, la complétait, devait, par l'assentiment général qu'elle reçut, me paraître une vérité démontrée. Mais les sciences ne marchent pas toujours d'un progrès continu; souvent elles s'arrêtent; quelquefois même elles rétrogradent. Le microscope, dont Leeuwenhoeck avait tiré un si bon parti, reparut de nouveau et sembla appelé à rendre de plus grands services. Ce ne fut plus seulement à la texture matérielle des substances dentaires qu'on s'adressa, on voulut pénétrer dans l'intérieur des organes qui concourent à leur formation, et l'on prétendit leur arracher le secret des actes fonctionnels qui s'y passent. De là s'est opéré, pour beaucoup d'anatomistes, un retour aux idées, autant presssenties qu'énoncées positivement par Walcherus Coiter. La question que nous avons à examiner nous arrive donc, aujourd'hui, posée en ces termes : l'ivoire est-il le produit d'une transsudation, d'une sécrétion de la pulpe, ou est-il le résultat de la transformation de cet organe?

On pourrait faire remonter à Purkinje et à Raschkow l'idée première que les cellules de l'ivoire font primitivement partie de la pulpe et préexistent dans cet organe, à leur état naissant, avant de se calcifier et de se convertir en substance osseuse.

D'après Raschklow, dont toutefois l'opinion laisse beaucoup de vague et d'obscurité, l'os dentaire serait composé de fibres diversement courbées, lesquelles, quoique rapprochées les unes des autres, laisseraient entre elles des intervalles qui constitueraient par leur continuité, des canalicules. Ces fibres seraient déposées successivement par couches entre le germe dentaire et la membrane préformative qui lui sert d'enveloppe et qu'il dit s'ossifier également. La production de ces couches aurait lieu de l'extérieur à l'intérieur du parenchyme de la pulpe, cet organe fournissant les matériaux de leur formation et diminuant de volume en proportion que l'os dentaire acquiert plus d'épaisseur.

Schwann, qui vint après, semble avoir adopté, d'une manière plus explicite l'ancienne théorie: que l'os dentaire n'est que le germe ossifié. Il indique que les fibres mentionnées par Raschskow et qui occupent la superficie de la pulpe ne sont que les cellules cylindriques qui s'ossifient, lesquelles forment le premier stage des fibres dentaires. Quoique Schwann ne se soit expliqué qu'avec une grande réserve sur ce point important de l'odontogénie, il n'a pas moins communiqué aux recherches microscopiques une direction nouvelle que nous allons suivre sommairement dans les auteurs qui s'en sont le plus particulièrement occupés.

D'après Henle, dont l'opinion est plus positivement exprimée, la ressemblance entre le germe dentaire du fœtus et le cartilage dentaire de l'adulte, n'est pas moindre que celle qui existe entre le cartilage de l'os avant l'ossification et le même cartilage après cette opération. L'os dentaire est donc le germe dentaire ossifié. La différence entre l'ossification du cartilage et celle du germe dentaire consiste principalement en ce que le premier dépose de la chaux dans son intérieur d'abord, tandis que le second la dépose en premier lieu à sa surface, et en ce que, dans le premier, les cavités et les tubes destinés aux vaisseaux ne se développent qu'au moment de l'ossification, tandis que dans le germe dentaire les vaisseaux s'oblitèrent à mesure que l'ossification fait des progrès. Toutefois, Henle ne saurait dire si la membrane préformative s'ossifie plus tôt ou plus tard que les fibres de la pulpe. En tout cas, ces dernières s'ossifient de dehors en dedans. A mesure qu'elles reçoivent extérieurement de la chaux, les vaisseaux se retirent de la surface, et, dans les parties profondes, les cellules arrondies se transforment en cellules cylindres, puis celles-ci en fibres.

Plus tard, Nasmyth et R. Owen ont émis sur ce sujet des idées qui, bien qu'elles se rapprochent sous beaucoup de rapports de celles de Schwann et de Henle, en diffèrent par le mode de structure *aréolaire* qu'ils attribuent à l'ivoire et aux autres parties de l'organisme dentaire.

A peu près à la même époque, M. Duvernoy communiquait à l'Académie des sciences ses recherches sur les dents des musaraignes. Dans ce travail, il déclare s'accorder avec R. Owen et Nasmyth, en ce qu'il considère également le bulbe comme un organe de transformation qui doit se changer en ivoire; mais il ne pense pas, comme eux, que le bulbe tout entier se transforme. Suivant M. Duvernoy, le bulbe dentaire serait composé lui-même de deux parties distinctes, ayant chacune une fonction particulière : l'une, en rapport immédiat avec les vaisseaux sanguins qui arrivent à la capsule, serait une sorte de follicule dont les parois sécréteraient et verseraient dans la cavité de ce follicule ou du noyau pulpeux les matériaux de la substance tubuleuse (l'ivoire); ce serait à la fois l'organe préparateur et le réservoir de ces matériaux; l'autre partie du bulbe, qui enveloppe la première, serait le canevas de la substance tubuleuse de la dent, lequel se durcirait à mesure que les tubes capillaires dont il se compose recevraient et absorberaient les matériaux préparés par l'organe sécréteur de ce bulbe.

Enfin Kolliker, le dernier dans l'ordre chronologique qui se soit occupé de cette question, s'élève contre l'opinion des anatomistes qui, depuis Schwann, ont regardé la pulpe comme s'ossifiant progressivement de la partie externe vers l'interne. Son avis tient le milieu pour les dents de l'homme. Il ne croit pas que la pulpe devienne simplement, comme un cartilage, os dentaire, couche par couche, mais il pense qu'il n'y a que la couche externe qui s'ossifie incessamment par l'accroissement des cellules primitives et la formation continuelle de cellules nouvelles. Il sait très bien que l'écorce du bulbe dentaire, destinée à s'ossifier, n'est pas séparée d'une manière tranchée du bulbe dans ses parties internes, mais il ne pense pas moins qu'il y a une séparation histologique entre elles, puisque dans la partie vasculaire de la pulpe il ne se trouve aucune cellule qui puisse devenir cellule de l'ivoire.

Telles sont les phases qu'a parcourues la théorie de la formation de l'ivoire, depuis les auteurs les plus anciens jusqu'à nos jours. Il est facile de voir, par le tableau que nous venons de tracer, qu'elle a été constamment dominée par l'idée que l'on s'est faite de la nature osseuse ou non osseuse de l'ivoire. C'est que là, en effet, est toute la question. Le premier point dont on eût dû s'occuper était donc, avant tout, de déterminer à quel système organique les dents appartiennent. Eh! que l'on ne s'y méprenne pas; il ne s'agit point simplement ici d'une classification. En assignant aux dents la place qu'elles doivent occuper parmi les tissus de notre économie, on fait plus que décider la nature de leur organisme, on leur impose en outre et surtout les caractères anatomiques et physiologiques des tissus auxquels on les réunit. Mais cette œuvre, dont j'ai posé les bases en 1823 et 1824, on ne saurait la concevoir *à priori*; elle ne peut être que le fruit de nombreuses investigations et de profondes méditations. Nous allons voir si l'on s'est conformé toujours à ces principes, et quels ont été les résultats de la marche qu'on a suivie.

Toutefois, avant d'entrer dans cette discussion, il importe de bien établir que la structure et le mode de formation de l'ivoire sont une question essentiellement physiologique. Depuis quinze ans, l'anatomie microscopique s'en est emparée; il est bien temps que l'anatomie comparative et la physiologie viennent à leur tour prendre part au débat.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) *Orthomorphie*, tome I, page 168.

(1) Disputatio inauguralis de ortu et regeneratione dentium, quam examini subjecit, J. Sac. Rau, ad diem 11 Maii, Lugduni Batavorum, 1694.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 Juillet 1856. — Présidence de M. Bussy.

(L'abondance des matières nous oblige à renvoyer la correspondance au prochain numéro.)

M. Robert dépose sur le bureau, au nom de M. Alexandre Monnier, l'ouvrage de cet auteur, ayant pour titre : *Histoire de l'assistance dans les temps anciens et modernes.*

— M. Stankiewicz, de Krasnystaw, adresse un mémoire rédigé en polonais, et relatif au traitement du choléra. (Comm. du choléra.)

M. Larrey, prenant la parole à l'occasion du procès-verbal, revient sur le fait d'anus contre nature établi chez un enfant nouveau-né par M. Maisonneuve, et montre le dessin du double diverticule de l'intestin qui s'est formé chez ce jeune sujet depuis l'opération. On aperçoit à la région lombaire deux appendices très longs : le supérieur présente à son extrémité une perforation par laquelle les matières s'échappent de temps en temps et non d'une manière continue; l'appendice inférieur porte une portion plus étroite qui ne livre passage qu'à des mucosités. Ces deux diverticules qui aboutissent à l'ouverture de l'anus artificiel, présentent un phénomène curieux. C'est tantôt le supérieur qui est dilaté, et cette dilatation coïncide avec l'afflux des masses stercorales, — tantôt l'inférieur, ce dernier phénomène s'observe quand l'enfant fait des efforts ou pousse des cris, et l'on voit alors des mucosités s'échapper en abondance. — J'ai déjà dit que cette procidence de l'intestin est aujourd'hui irréductible; j'ai dit aussi que l'état d'émaciation où j'ai trouvé cet enfant, me semble, pour le moment, contre-indiquer toute tentative de réduction.

Relativement au second fait d'anus contre nature auquel j'ai fait allusion dans la dernière séance, celui d'un enfant opéré par Amussat, des renseignements trouvés dans les notes d'Amussat, et d'autres que M. Lu-

cien Boyer a bien voulu me communiquer, m'autorisent à confirmer ce que j'ai avancé dans la dernière séance : cet enfant a vécu jusqu'à l'âge de cinq ans et demi.

M. Baillarger lit un mémoire sur l'*ossification précoce du crâne chez les microcéphales.*

Messieurs, on sait que l'ossification des os du crâne est plus ou moins retardée chez les enfants hydrocéphales quand la tête, ce qui arrive le plus souvent, prend un développement exagéré. Les fontanelles persistent plus longtemps, les sutures restent écartées, les os sont minces, transparents, et quelquefois flexibles comme des cartilages. Dans quelques cas rares, l'ossification semble s'arrêter presque complétement, et Gall a figuré dans son grand ouvrage un crâne qui, dit-il, avait conservé la flexibilité du parchemin; ce crâne était celui d'un enfant de 4 mois, atteint d'hydrocéphalie chronique.

Le retard de l'ostéose du crâne n'est pas propre à l'hydrocéphalie. Il s'observe en général toutes les fois que la tête acquiert des dimensions plus grandes que dans l'état normal. C'est ainsi qu'il a lieu dans l'hypertrophie du cerveau, qu'on confond quelquefois avec l'hydrocéphalie chronique.

J'ai recueilli l'observation d'un enfant de 4 ans, dont le cerveau et le cervelet pesaient ensemble 1,305 grammes, les os étaient minces, transparents, et, dans certains points, ils cédaient sous la pression du doigt. Dans beaucoup de cas, on constate la persistance des fontanelles, et j'ai trouvé la fontanelle fronto-pariétale chez un jeune homme de 27 ans, d'une petite taille, mais ayant une tête très volumineuse. Ce jeune homme n'avait jamais eu que trois dents, et son père offrait la même particularité.

Mais si l'ostéose est retardée lorsque le cerveau s'accroit dans une progression trop rapide, le contraire a-t-il lieu quand le développement est plus lent et moindre que dans l'état normal; en d'autres termes, l'ossification prématurée est-elle une condition de la microcéphalie? Voici sur quels faits je crois pouvoir m'appuyer pour résoudre cette question.

En 1852, j'ai eu occasion d'observer, au village de Saint-Léonard, dans le Valais, deux idiots microcéphales dont la mère m'apprit une particularité curieuse.

Cette femme avait eu cinq enfants, les deux premiers bien conformés, les trois autres, au contraire, atteints de microcéphalie. Or, elle affirmait que les trois microcéphales étaient nés avec le crâne dur et qu'ils n'offraient pas, comme les deux premiers, l'espace mou qu'on observe sur la tête de tous les enfants nouveau-nés.

J'attachai à ce fait, d'une constatation si facile, d'autant plus d'importance, que je n'avais adressé à cet égard aucune question, mon attention n'ayant jaumais été appelée sur ce point.

Depuis lors, j'ai vu avec notre collègue, M. Joly, un autre idiot microcéphale âgé de deux ans, dont la mère, qui avait eu quatre autres enfants bien conformés et qu'elle avait nourris, prétendit aussi que l'idiot seul était né avec le crâne complétement dur.

Cependant, l'affirmation de ces deux femmes ne pouvait être acceptée comme une preuve suffisante. Je me bornai donc, dans mes leçons sur l'idiotie, à signaler, comme un point qui mérite d'être étudié, l'ossification prématurée du crâne chez les enfants microcéphales.

C'est dans ce sens que M. Gratiolet a parlé dans son ouvrage sur les circonvolutions du cerveau, du fait observé par moi dans le Valais. Depuis lors, je n'avais trouvé aucune occasion de vérifier directement l'exactitude de ce fait, lorsque j'ai appris ces jours derniers que l'autopsie d'un idiot microcéphale avait eu lieu dans le service de M. Giraldès, et que le crâne avait été conservé. Ce crâne, que je me suis empressé d'examiner, et que M. Giraldès a bien voulu me remettre pour le présenter à l'Académie, tend à confirmer la remarque de la paysanne de St-Léonard.

Le crâne est celui d'un enfant de 4 ans, qui était complétement idiot; les dimensions en sont très petites, et la grande circonférence est à peine de 35 centimètres.

Examiné au point de vue de l'ossification, il offre cela de très remarquable, que la suture lambdoïde est déjà complétement soudée en dedans et remplacée même dans une partie de son étendue par une crête saillante. Vers le quart postérieur, une barre osseuse transversale très épaisse réunit encore les deux os en un seul. En dehors, la suture est visible, excepté dans le point occupé par la saillie dont je viens de parler.

La suture frontale est soudée dans ses parties externe et inférieure, et on perd complétement sa trace en dedans. Elle n'est plus du tout visible. Au point de section de l'os, le coronal et les pariétaux ne semblent, dans ce point, former qu'un seul os. Quant à la suture médio-frontale, qui disparaît la première, mais, à un âge plus avancé, elle semble déjà effacée depuis longtemps. On n'en voit plus aucune trace, ni en dedans ni en dehors, elle est remplacée par une crête ébornée assez saillante à la partie inférieure.

La suture lambdoïde est la seule qui persiste intacte, mais elle est comme la suture frontale, presque linéaire, sans apparence d'os wormiens et il est probable que la soudure n'aurait pas non plus ici tardé à avoir lieu.

On sait que les sutures ne commencent à se confondre entre elles que dans l'âge adulte et que les dernières traces ne disparaissent que chez les vieillards. La soudure complète des deux pariétaux dans le crâne d'un enfant de 4 ans est donc un exemple très curieux d'ossification prématurée et tend à confirmer la remarque faite par la mère des idiots microcéphales que j'ai observés dans le Valais.

J'ajouterai que M. Vrolik, d'Amsterdam, a vu un fait semblable d'ossification prématurée chez un idiot microcéphale âgé de 7 ans, et dans le crâne duquel les sutures étaient déjà soudées.

Enfin, M. le professeur Cruveilhier a observé deux cas, dont l'un est des plus remarquables.

Il s'agit, en effet, d'un enfant de 18 mois, dont tous les os du crâne, surtout ceux de la voûte, étaient déjà *soudés* et *sans sutures*.

L'occiput offrait au niveau de sa protubérance externe et de la ligne demi-circulaire supérieure une crête transversale très proéminente analogue à la crête occipitale des animaux. Le diamètre vertical du crâne n'était que d'un pouce. Cet enfant n'avait d'ailleurs donné aucun signe d'intelligence.

Je dois faire remarquer que l'ossification prématurée doit surtout se rencontrer dans la microcéphalie congéniale accompagnée d'autres anomalies, et alors que le développement intellectuel reste presque complétement nul. C'était le cas des idiots observés dans le Valais et de l'enfant dont M. Giraldès vient de recueillir l'observation.

Ce dernier, en effet, avait, en outre, un arrêt de développement des organes génitaux restés rudimentaires.

On comprend que l'ossification prématurée pourrait ne pas se rencontrer au même degré chez des microcéphales dont la tête, quoique très petite, est bien conformée, et dont l'intelligence acquiert un certain développement.

C'est à cette classe qu'appartient la jeune fille que j'ai présentée mardi dernier à l'Académie.

Quoi qu'il en soit, même dans le cas d'idiotie complète, l'ossification prématurée ne paraît pas être constante. Dans l'un des faits recueillis par Gall, d'une microcéphale de 7 ans, le crâne, que j'ai examiné, n'offre aucun signe d'ossification prématurée.

Je dois à cet égard rappeler qu'il y a, pour l'ossification en général, des variétés extrêmes, et que tout ce qu'on peut espérer, c'est de constater les faits dans le plus grand nombre des cas.

L'ossification prématurée des os du crâne chez les idiots microcéphales, si elle était plus tard confirmée par des observations plus nombreuses, offrirait d'ailleurs une certaine importance par suite des considérations suivantes :

Le cerveau de l'homme ne diffère pas seulement de celui des animaux par son volume proportionnellement beaucoup plus grand, il s'en distingue plus encore peut-être par le grand accroissement qu'il prend après sa naissance. D'après Meckel, le cerveau de l'enfant nouveau-né pèse à peine 300 grammes, et après les cinq premiers mois, son poids est de plus de 600 grammes; il a, par conséquent, plus que doublé. C'est là, assurément, un accroissement très rapide. Or, rien de semblable n'a lieu chez les animaux. Leur cerveau s'accroit dans une progression beaucoup moindre et beaucoup plus lente. A ces conditions différentes d'accroissement répondent des différences aussi remarquables dans l'ossification. L'homme seul naît avec des fontanelles très larges et qui persistent pendant plusieurs années; les crânes des animaux n'offrent rien de semblable. Chez les singes, qui se rapprochent le plus de l'homme pour l'organisation cérébrale, les fontanelles sont très petites et peu persistantes; l'ossification des os du crâne a lieu très rapidement. La largeur et la persistance exceptionnelle des fontanelles dans le crâne humain a donc évidemment pour but d'aider à un accroissement ultérieur considérable et qui n'a lieu que dans l'homme.

Les idiots microcéphales se trouvent, sous ce rapport, dans le même cas que les animaux, et l'ossification prématurée de leur crâne ne ferait que confirmer la loi générale.

Un fait qu'on peut encore invoquer à l'appui de ces considérations, c'est l'absence de fontanelles à la naissance chez les monstres notencéphales. On peut voir sur le crâne que je présente à l'Académie que la fontanelle antérieure manque complétement.

Enfin, le fait de l'ossification prématurée du crâne chez les idiots microcéphales viendrait encore se rattacher à des observations d'une très grande importance, faites par M. Gratiolet, sur l'ossification des sutures dans les différentes races.

Ce savant anthropologiste a remarqué que les sutures du crâne se soudent beaucoup plus tard dans la race blanche que dans la race nègre; que dans la race blanche ce sont les sutures frontales qui s'ossifient les dernières, et que le contraire a lieu dans la race nègre. D'où M. Gratiolet conclut que la persistance de la suture frontale se lie à un plus grand développement de l'intelligence. Je crois devoir rappeler à l'appui des opinions de M. Gratiolet la particularité suivante de l'autopsie de Pascal, autopsie dont les détails nous ont été transmis par un de ses biographes.

« Pascal avait eu autrefois, dit l'auteur, la suture qu'on appelle *frontale*; mais comme elle était demeurée ouverte fort longtemps pendant son enfance, ainsi qu'il arrive souvent à cet âge, et qu'elle n'avait pu se *refermer*, il s'était formé un calus qui l'avait entièrement couverte, et qui était si considérable, qu'on le sentait aisément au doigt. Les médecins observèrent, ajoute-t-il, qu'il y avait une prodigieuse quantité de cervelle dont la substance était fort solide et fort condensée. C'était la raison pour laquelle la suture frontale n'ayant pu se *refermer*, la nature y avait pourvu par un calus. »

En résumé, on voit que le fait de l'ossification prématurée du crâne dans les idiots microcéphales mérite d'être étudié, et que la remarque faite par la paysanne de Saint-Léonard n'est peut-être pas dépourvue d'intérêt.

M. H. Bouley lit en son nom et au nom de M. Reynal, une note sur la *ligature de l'œsophage.*

La ligature de l'œsophage est devenue une opération usuelle dans les recherches de toxicologie; on la pratique toutes les fois qu'il s'agit d'observer les effets d'un poison et de prévenir son évacuation au dehors par l'acte du vomissement. Cette ligature était considérée par Orfila comme ne donnant lieu, par elle-même, à aucun accident; les objections qui lui furent faites par MM. Devergie, Giacomini, Rognetta, etc., furent dédaigneusement écartées par lui comme des assertions dénuées de fondement. Or, il résulte des expériences faites par MM. Bouley et Reynal, à Alfort, que cette ligature est loin d'être aussi inoffensive que le disait Orfila; qu'elle donne lieu à des efforts de vomissements avec rejet de mucosités abondantes, à des symptômes nerveux des plus marqués : abattement profond ou agitation convulsive, qu'enfin elle peut occasionner la mort dans un espace de temps variable de quelques heures à quelques jours. Parmi les chiens qui ont fait le sujet des expériences de MM. Bouley et Reynal, les uns ont subi la ligature de l'œsophage, sans qu'aucune substance leur ait été administrée; les autres ont reçu diverses substances non toxiques à des doses variées; aux uns la ligature a été enlevée deux heures après avoir été appliquée, aux autres elle a été laissée pendant toute la durée de l'expérience. Les conclusions générales auxquelles ces observateurs ont été conduits, sont les suivantes :

La ligature de l'œsophage, donne lieu, dans un grand nombre des cas, à des accidents susceptibles de se terminer par la mort. A l'autopsie des chiens, on trouve un état d'hyperémie de l'appareil digestif et de ses annexes, etc., qui simule les effets des poisons irritants. Des substances non toxiques (soit par leur nature, soit par la dose à laquelle on les administre) peuvent occasionner la mort chez les animaux à qui cette ligature a été pratiquée. Il est cependant des chiens qui n'éprouvent aucun accident après cette opération, ou qui se rétablissent après en avoir éprouvé de plus ou moins alarmants.

La connaissance de ces faits est loin d'être indifférente. D'abord elle porte à examiner avec une certaine méfiance les résultats annoncés par Orfila; résultats complexes, puisque, pour un certain nombre d'entre eux, ils se composent des effets du poison et des effets de la ligature de l'œsophage. La question doit encore être envisagée à un autre point de vue, que voici : il est des substances toxiques que la chimie n'a pas encore appris à caractériser; pour en constater l'existence, Orfila donnait le conseil d'administrer à des chiens le mélange supposé vénéneux et d'en observer ensuite les effets. Or, si la ligature de l'œsophage peut produire des accidents, on voit combien il serait grave d'affirmer un empoisonnement sur la foi de pareilles expériences.

M. le président de l'Académie, à qui j'ai fait part des résultats exposés tout à l'heure, m'a fait une question que j'avais prévue; il m'a demandé si en liant l'œsophage, nous n'avions pas blessé les nerfs pneumogastriques, et si ce n'est pas à cette lésion qu'étaient dus les accidents observés. Le nombre de nos expériences me paraissait trop considérable pour qu'on pût croire à la reproduction presque constante d'un hasard d'opération. Mais pour plus de sûreté, nous avons de nouveau, avec M. Reynal, lié l'œsophage à trois chiens, en prenant les précautions les plus minutieuses pour ne toucher que l'œsophage : l'un de ces animaux s'est livré aussitôt à des efforts de vomissement et a rejeté une grande quantité de mucosités; les deux autres sont dans une stupeur profonde, elle a été précédée chez l'un par une agitation semblable à celle de l'agonie. Dans l'état de prostration où ils se trouvent actuellement, vient-on à les exciter en les frappant avec force, ils s'agitent et font de nouveaux efforts pour vomir.

M. Bégin : J'ai fait la ligature de l'œsophage chez les chiens un très grand nombre de fois : tantôt ils succombaient aux effets des substances toxiques ingérées, tantôt la ligature ayant été enlevée au bout de quelque temps, l'empoisonnement avortait en quelque sorte, les animaux se débarrassaient du poison par le vomissement et revenaient à la santé. Je me souviens surtout d'une petite chienne chez laquelle la ligature, pratiquée quatre ou cinq fois, avait amené une oblitération de ce conduit, et qui venait d'elle-même tendre le cou pour se faire injecter du lait et du bouillon par une plaie de ce conduit placée au-dessous du point oblitéré. En outre, j'ai eu l'occasion de pratiquer deux fois l'œsophagotomie chez l'homme pour extraire des corps étrangers. Dans aucun de ces cas, je n'ai observé les accidents que M. Bouley vient de décrire.

M. Bouley : Je n'ai pas dit que tous les chiens à qui l'on lie l'œsophage succombent nécessairemrnt à l'opération; parmi les dix-huit que j'ai cités dans ma note, il en est qui y ont survécu. Mon intention était seulement de signaler la *possibilité* de ces accidents, et la ressemblance très grande qu'ils offrent quelquefois avec ceux causés par les substances irritantes; ressemblance qui se poursuit jusque dans les lésions cadavériques : injection de la membrane muqueuse, exhalation d'une bile sanguinolente, etc.

M. Jobert : Lorsque j'étudiais les plaies de l'œsophage, j'ai eu l'occasion de lier plusieurs fois l'œsophage, moins souvent (je dois l'avouer) que M. Bouley : jamais je n'ai vu survenir d'accidents chez les chiens opérés. Il est bien entendu que si les nerfs pneumogastriques sont compris dans la ligature, les animaux succombent. Quand on ne lie que l'œsophage, le fil finit par tomber dans la cavité de ce conduit pour être rejeté par la bouche ou par le rectum, et la perméabilité du canal se rétablit; les choses se passent comme dans l'intestin, avec cette différence que le tissu dartoïde qui entoure l'œsophage est moins apte à l'exhalation d'une lymphe plastique abondante que la membrane séreuse dont l'intestin est revêtu; néanmoins, ce tissu dartoïde plissé, froncé par le fil qui opère la ligature s'adosse à lui-même et la cicatrisation a lieu. Quelquefois elle est partielle, et, dans un cas, au lieu d'une réunion avec rétablissement du calibre de l'œsophage, j'ai vu l'animal conserver à la suite de l'opération une dilatation de ce conduit en forme de jabot. — La ligature de l'œsophage n'est pas toujours exempte d'inconvénients; ainsi l'on voit quelquefois des abcès se former aux environs du point lié, et, comme accident immédiat, on note assez souvent les efforts faits par l'animal, comme s'il voulait vomir. Mais quant aux symptômes décrits par M. Bouley, je ne les ai jamais observés, et, malgré ma confiance en l'habileté de notre collègue, je ne puis m'empêcher de penser que, peut-être, quelque nerf a été compris par lui dans la ligature.

M. Renault : J'ai été témoin de quelques-unes des expériences dont M. Bouley vous a entretenus, et je me plais à dire qu'elles ont été faites avec le plus grand soin. Comme M. Jobert, j'avais pensé d'abord qu'une branche nerveuse avait pu être liée, mais l'habileté des opérateurs rend cette supposition inadmissible, surtout quand il s'agit d'une expérience répétée tant de fois. D'ailleurs, si les pneumogastriques avaient été tiraillés ou liés, on aurait observé les symptômes de l'asphyxie, et ce n'est pas avec ces symptômes que les chiens ont succombé, mais bien avec ceux que l'on observe dans les empoisonnements.

M. Robert : Au témoignage de M. Bégin et de M. Jobert, je demande à ajouter le mien. Étant prosecteur de la Faculté, j'ai, plus d'une fois, aidé Orfila dans ses expériences toxicologiques sur des chiens, et je lui ai vu faire souvent la ligature de l'œsophage, qu'il exécutait avec une dextérité toute particulière. De l'abattement, de la tristesse, des efforts pour vomir, voilà tout ce que j'ai observé chez ces animaux à la suite de l'opération; jamais les accidents nerveux signalés par M. Bouley dans son mémoire.

La question me paraît grave, et quelque confiance que j'aie en l'habileté de M. Bouley, je pense que l'Académie ferait une chose utile en adjoignant à notre collègue une commission qui instituerait de nouvelles expériences sur ce sujet.

M. Bouley : J'accepte avec plaisir la proposition de M. Robert. A quelque conclusion qu'arrive la commission, mes recherches auront toujours démontré un point important que voici : puisque, après vingt années de pratique chirurgicale, nous avons pu nous tromper et déterminer des accidents graves, souvent mortels, en faisant la ligature de l'œsophage, il se pourrait faire, à plus forte raison, qu'un expérimentateur, moins habitué à manier le chien comme sujet d'opération, fasse naître de la même manière les mêmes accidents, et se trouve conduit à en accuser un empoisonnement qui n'aurait pas eu lieu.

Une dernière remarque. Peut-être les résultats que nous avons obtenus avec M. Reynal différent-ils de ceux de MM. Bégin, Jobert et Robert, à cause de la grosseur du lien que nous avons employé; nous nous sommes servis, en effet, non d'un simple fil, mais d'une ligature plate, d'un ruban.

M. le Président désigne MM. Bégin, Jobert, Trousseau, Renault et Bouley, pour faire partie de la commission que M. Robert a proposé de nommer (et dont il est empêché de faire lui-même partie).

La séance est levée.

La Commission du banquet offert à nos confrères de l'armée d'Orient a adressé aux ambassadeurs de l'Angleterre, du Piémont et de la Turquie une lettre que nous nous empressons de reproduire :

A son Excellence Monsieur l'ambassadeur de

Excellence,

Pendant le cours de la guerre d'Orient et dans les circonstances difficiles qu'ils ont eu à traverser, les médecins des armées et des flottes alliées se sont distingués par leur courage et leur dévouement. Chacun se plaît encore à rendre hommage à leur glorieuse conduite.

Les médecins français, fiers de leurs confrères, et reconnaissants de la nouvelle gloire que ceux-ci ont acquise à la profession médicale, ont jugé à propos de joindre aux témoignages de la sympathie publique celui de leur gratitude et de leur admiration particulières. Ils ont décidé, en conséquence, qu'un banquet serait offert, au nom du corps médical de France, aux médecins de l'armée et de la flotte françaises qui ont pris art à l'expédition d'Orient.

Nous aurions voulu inviter à cette fête de famille les médecins des trois nations amies qui ont partagé avec nos confrères les dangers, les fatigues et les honneurs de la guerre, mais l'éloignement eût rendu impossible une semblable réunion.

Nous n'en avons pas moins pensé que notre manifestation serait incomplète, et qu'elle laisserait quelque chose à desirer, si elle avait lieu en l'absence de tout médecin de l'Angleterre, de la Sardaigne, de la Turquie.

Il nous serait donc bien agréable qu'un ou plusieurs médecins de chacun de ces pays vinssent, au nom de leurs confrères nationaux, s'asseoir à notre banquet.

Nous avons l'honneur de vous exprimer ce désir et nous vous prions, Monsieur l'ambassadeur, d'être notre interprète auprès de votre gouvernement en lui demandant de vouloir bien, parmi les médecins (anglais, piémontais, turcs) qui ont fait partie de l'expédition d'Orient, en désigner deux pour venir représenter à notre banquet le corps de santé militaire de votre nation.

Nous serons heureux d'honorer, dans la personne de ces deux représentants, tant de dignes médecins de l'armée à côté desquels nos confrères de France ont été si fiers de défendre, pendant trois ans, la cause sacrée du droit et de l'humanité.

Veuillez agréer,

Monsieur l'ambassadeur,

L'hommage du profond respect avec lequel nous avons l'honneur d'être,

De votre Excellence,

Le très humble et très obéissant serviteur.

Au nom de la Commission du banquet :

Le secrétaire-trésorier, Dr Maheux.

Le président, Baron Paul Dubois.

Paris, le 26 juillet 1856.

La Commission a déjà eu l'honneur de recevoir la réponse de LL. E. les ambassadeurs d'Angleterre et de Turquie, qui annoncent avoir transmis avec empressement à leur gouvernement la demande de la Commission.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 93. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 2 Août 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Différence de la spécificité contagieuse du choléra et du typhus démontrée par les faits. — II. CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ (M. Trousseau) : Gastrite chronique comparée à l'ulcère simple et au cancer de l'estomac. — III. CHIRURGIE : La serre-fine appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales. — IV. BIBLIOTHÈQUE : Recherches anatomo-pathologiques sur la structure intime des tumeurs cancéreuses. — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie des sciences). Séance du 21 juillet : Rhinoplastie. — Action du sel marin et de la saumure sur l'économie. — Typhus. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : A propos du Journalisme et de l'Association.

PARIS, LE 1er AOUT 1856.

DIFFÉRENCE DE LA SPÉCIFICITÉ CONTAGIEUSE DU CHOLÉRA ET DU TYPHUS DÉMONTRÉE PAR DES FAITS ;

Par M. le docteur BONNAFONT, médecin principal à l'hôpital militaire du Roule.

Une grande question agite en ce moment le corps médical tout entier ; c'est la spécificité contagieuse du choléra et du typhus.

Déjà bien des travaux ont paru sur la marche et le caractère de ces deux affections épidémiques ; mais il était réservé à la guerre d'Orient, si glorieuse à tant de titres, de fournir à nos braves confrères qui ont eu le bonheur de survivre à cette campagne si désastreuse et si pénible pour eux, de puiser au milieu des misères et des maladies que l'armée a eu à supporter, les documents nécessaires pour élucider, d'une manière aussi complète que possible, ce grave et important sujet.

Simple spectateur de cet épisode, nous laisserons nos confrères émettre successivement leurs idées ; et il est facile de prévoir à l'avance par l'impression qu'ont produite les travaux si remarquables qui ont déjà paru, des résultats que le corps médical peut espérer de ceux qui paraîtront ultérieurement.

On a beaucoup dit et beaucoup écrit sur la marche du choléra, surtout pour se rendre compte de son mode de propagation ; les médecins, sous ce rapport, sont divisés en deux camps bien distincts ; les uns se sont rangés du côté de la contagion, et les autres, non moins nombreux et tout aussi convaincus, ont arboré hardiment le drapeau contraire ; nous ne craignons pas d'avouer que c'est aussi celui à l'ombre duquel nous abritons nos opinions.

Pour le typhus, au contraire, tous les médecins qui ont eu l'occasion d'observer cette maladie s'accordent à reconnaître son *essence éminemment contagieuse ;* ici donc, point de doute comme pour le choléra.

Alors qu'il y a du doute dans le mode de propagation du choléra, et que ce doute est accepté par toutes les populations, à quoi bon lancer sur la société un mot dont l'effet ne peut avoir d'autres résultats que d'ajouter à l'effroi que provoque chaque apparition du fléau ?

Au point de vue de la science, nous reconnaissons, avec notre célèbre confrère, M. Roche, toute l'importance que pourrait avoir une pareille discussion ; mais comme elle n'aurait d'intérêt que pour les médecins, peu ou point pour les malades, nous sommes de ceux qui pensent que, répandu dans le public, le mot contagion aurait le résultat d'y semer la peur, et, avec elle, les tristes conséquences qui s'en suivraient ; les malheureux événements survenus dans quelques points du département du Pas-de-Calais, ainsi que dans ceux de Seine-et-Marne et de la Haute-Marne, où l'épidémie sévissait, l'ont suffisamment démontré.

Là, en effet, ce mot ayant été prononcé imprudemment, plana bientôt sur toutes les populations, dont l'effroi fut tel que les parents quittèrent leurs parents malades, les amis leurs amis, et les malheureux cholériques, abandonnés ainsi par peur, ne reçurent d'autres soins que ceux de quelques étrangers plus courageux, du médecin et du prêtre ; car, disons-le à la louange de ces deux corporations humanitaires, la médecine et la religion se rencontrent toujours dans l'asile du malheur et de l'infortune.

Nous avons assisté, tant en France qu'en Algérie, à cinq invasions de cette épidémie ; et, bien que nous ayons recueilli des faits qui semblent militer en faveur d'un principe contagieux, nous en avons observé un bien plus grand nombre qui doivent faire pencher en faveur d'une opinion contraire.

La solution de cette question nous paraît donc, quant à présent, offrir quelque danger et de grandes difficultés ; et d'ailleurs, les contagionistes ne convaincront pas plus leurs adversaires que ceux-ci ne doivent avoir la prétention de ramener à leurs idées les premiers.

Toutefois, les événements qui viennent de se passer en Orient sont bien autrement probants que ceux observés jusqu'à ce jour ; et la comparaison que l'on peut malheureusement faire entre les deux épidémies qui ont sévi sur notre brave armée, sont de nature à dissiper bien des doutes et à ébranler bien des convictions.

Comme les faits ont une puissance de logique incontestable, nous allons relater succinctement les décès qui se rattachent au choléra et ceux plus récents qui appartiennent au typhus.

Ce simple rapprochement suffira pour donner une idée, sinon du mode, du moins de l'intensité de propagation de ces deux affections *sur le personnel le plus exposé à la contagion et spécialement consacré aux soins et au traitement des malades aux hôpitaux et ambulances.*

Tout le monde sait combien le corps des officiers de santé militaires a été éprouvé dans cette rude et si mémorable campagne, puisque 94 (1) de nos braves camarades ont payé de leur vie le tribut de leur zèle et de leur dévouement.

Mais ce qu'il importe, dans l'intérêt de la science, de bien constater, ce sont les circonstances et les époques au milieu desquelles les décès ont eu lieu.

OFFICIERS DE SANTÉ.

Armée de terre. . .	1854.	13	Période du choléra.
	1855.	19	
	1856, 3 1ers mois.	62	du typhus, la plupart en Crimée.
	Total. . .	94	dont 72 du typhus.
Marine.	1854.	1	
	1855.	6	
	1856, 1er trimest.	2	
	Total. . . .	9	dont 1 du choléra, 1 par naufrage et 7 *du typhus.*
Sœurs hospitalières.	1854.	00	
	1855.	5	
	1856, 3 1ers mois.	20	
	Total. . .	25	

Quant aux infirmiers et autres employés au service des hôpitaux, la mortalité a suivi la même proportion.

Il serait intéressant de connaître le mouvement des décès du personnel nosocomial attaché aux autres armées qui ont subi l'influence des deux épidémies. Il faut espérer que ces documents, indispensables pour une bonne relation médicale du grand drame qui vient de se passer dans l'ancienne Chersonèse, seront un jour connus, et qu'on pourra ainsi compléter un travail que je ne fais qu'ébaucher dans cette notice.

Toutefois, si nos informations sont exactes, comme nous avons lieu de le croire, les officiers de santé de l'armée russe n'auraient pas été plus épargnés que les nôtres.

On sait que l'armée russe manquant d'officiers de santé, le gouvernement fit un appel aux médecins allemands, dont trente-six furent attachés aux hôpitaux et ambulances de l'armée sous Sébastopol. Or, d'après le récit de deux officiers supérieurs russes et d'un officier de santé, sur les trente-six médecins allemands, *trente-deux* auraient été enlevés par le typhus en très peu de temps. L'armée russe aurait fait, à ce qu'il paraît, des pertes considérables par cette épidémie.

Quoi qu'il en soit, le simple rapprochement des chiffres qui précèdent suffit pour expliquer la différence de propagation du choléra et du typhus. Le premier a, sinon respecté, du moins

(1) Dont 13 morts en France des suites du typhus, peu de temps après leur rentrée.

Feuilleton.

A M. le docteur A.-M. Legrand.

A PROPOS DU JOURNALISME ET DE L'ASSOCIATION.

II.

L'ASSOCIATION.

Il m'est difficile de partager votre sécurité à l'égard de la répétition. Je vous avoue que si ce n'est sous la plume des grands maîtres, je trouve cette figure insupportable. Ce n'est donc pas sans crainte que je reprends aujourd'hui ce sujet, l'Association, tant de fois traité ici, et sur lequel vous m'excitez à revenir encore.

Vous le savez, Monsieur, mon *desideratum* le plus ardent est l'Association générale de tous les médecins de France, groupés par Associations locales, se reliant à un centre commun qui ne peut être que l'Association médicale parisienne.

Cette idée a subi le sort de toute idée nouvelle. Contestée à sa naissance, obscurcie par des oppositions qui n'ont pas toujours été sincères, noyée dans un océan de petites objections de détail, j'ai cru quelquefois qu'elle était perdue sans retour, et que le sentiment des difficultés à vaincre avait découragé les esprits les plus loyaux et les plus dévoués.

Grâce à Dieu, je me suis trompé. M. le professeur Sanderet, dans ce bel article que vous rappelez (voyez UNION MÉDICALE, 6 mai 1856) vous-même dans la lettre à laquelle j'ai l'honneur de répondre, la plupart des comptes-rendus des travaux des Associations locales qui me parviennent, ceux mêmes de l'Association de Paris, tout me prouve, et vous devez comprendre avec quelle joie je l'accepte, que l'idée, longtemps endormie, se réveille de toutes parts ; car, de toutes parts, les mêmes vœux, les mêmes espérances se traduisent et se formulent : relier les Associations locales à l'Association de Paris.

Il y a plus, Monsieur, et pour un certain ordre de faits, la fusion est opérée. Je n'en veux pour preuve que ce qui vient de se passer à l'occasion de l'affaire du docteur Andreu, de Bar-le-Duc. Vous avez vu avec quelle spontanéité et quelle généralité les Associations les plus importantes des départemens ont adhéré à la généreuse initiative de l'Association de Paris ; n'est-ce pas là un fait considérable ? Et quand les esprits s'entendent si bien sur la partie intellectuelle et morale de la question, ne voyez-vous pas que les difficultés de détail, difficultés matérielles, sont près de disparaître ?

Je prêcherais un converti, n'est-ce pas ? si j'essayais de vous présenter les avantages de l'Association. Permettez-moi de vous citer ici, comme exemple actuel et palpitant d'intérêt, le grand fait de responsabilité qui émeut à cette heure notre famille médicale. Certes, il serait injuste de dire que M. l'officier de santé Renaut se soit trouvé isolé, abandonné et livré à ses propres forces devant les juges de Château-Thierry ; non, d'honorables, de très respectables confrères lui sont venus en aide, et il a été secouru autant que pouvaient le faire les généreux efforts individuels. Mais qui pourrait contester que si l'Association médicale eût existé ou fonctionné dans le groupe des départemens voisins, dans Aisne, dans Marne, dans Seine-et-Marne, qu'il y eût eu dans ces départements comme une explosion d'intérêt, laquelle fût venue retentir sur l'Association de Paris, qui l'eût à son tour communiquée à toutes les Associations de France ; qui pourrait contester, dis-je, que, devant les premiers juges, l'affaire ne se fût présentée sous un meilleur aspect, et que devant la Cour d'Amiens, elle ne s'offrît dans de meilleurs conditions ?

Mais ce ne sont pas des considérations de ce genre qui doivent être le but de cette lettre. Sous une forme indirecte et discrète, vous m'avez posé une question grave et délicate, à laquelle je veux néanmoins et très résolûment répondre.

Est-ce une simple Association *professionnelle* que vous rêvez ? Les intérêts de la *corporation* seront-ils seuls en cause ? Et ne voyez-vous pas surgir une sorte d'antagonisme entre les intérêts de la société et ceux que vous voulez défendre ?

Voyons, franchement, n'est-ce pas là à peu près ce que vous avez voulu me demander, et, quoique votre interrogation polie ait passé sur ma tête pour atteindre celle de M. le professeur Sanderet, êtes-vous bien contrarié que je vous réponde moi-même et que je laisse à mon savant correspondant de Besançon le soin et le loisir de répondre pour son compte ?

Eh bien ! je vous dirai, Monsieur, que je suis très nettement et veux rester un enfant de 89. Je suis de mon siècle, et je ne veux ni corporations, ni privilèges, ni immunités. Je veux le droit commun pour tous, la liberté pour tous, l'égalité pour tous. Vous me provoquez à la répétition, prenez garde ! L'esprit le plus timide peut avoir quelquefois de téméraires hardiesses. Voyez ! j'écrivais ceci le 2 mai 1858 :

« Quel doit être le but de l'Association générale (nous disions nationale alors) ?

» Il est complexe. A notre époque, où bouillonnent de toutes parts des idées réformatrices, où la société s'agite anxieuse et éperdue dans l'enfantement des théories sociales, nous avons voulu que la science médicale, que la science de l'homme physiologique ou malade, que cette science qui s'empare de l'être humain dès sa conception, qui l'accompagne, le soulage, le protége ou le console dans toute son évolution, dans toutes ses misères et ses défaillances, que cette science. . . . . eût aussi la possibilité d'intervenir dans toutes les questions où ses austères et bienfaisantes études peuvent jeter des lumières nouvelles et inattendues. Le champ est immense. . . . . .

» L'Association a pour but :

» De diriger les efforts de la famille médicale dans la voie des perfectionnements humanitaires et sociaux ;

» D'offrir à l'État, à ses législateurs, à ses magistrats le concours permanent du corps médical dans l'œuvre progressive et pacifique des améliorations sociales.

» Ainsi, l'Association se préoccupe avant tout des grands intérêts du peuple. Loin de faire primer ses besoins professionnels sur les besoins généraux de la patrie, ce sont ces derniers qu'elle place à la tête de ses occupations, prouvant ainsi qu'elle n'est provoquée ni par un intérêt vaniteux et mesquin de corporation, ni par le seul désir intéressé d'intervenir dans la chose publique. »

traité avec une extrême modération tout le personnel préposé aux soins des hommes qui en étaient affectés. Le second, au contraire, doué au plus haut degré du principe contagieux et de se communiquer d'un typhique à un homme sain, a réellement moissonné tout le personnel préposé aux soins des malades.

Du reste, tous les médecins qui ont assisté à la guerre d'Orient sont d'accord sur le principe éminemment contagieux du typhus; la citation suivante, que nous empruntons à la lettre que M. l'inspecteur médical Baudens a écrite à l'Académie des sciences, datée de Constantinople du 5 mai, ne peut malheureusement laisser aucun doute à ce sujet :

« La contagion, dit M. Baudens, n'est pas contestable pour le typhus. A l'ambulance de la 1re division du 3me corps, presque tout le personnel hospitalier, presque tous les soldats entrés pour d'autres maladies, et 15 *médecins sur* 16, ont gagné le typhus. Pareil épisode s'est passé à l'ambulance de la division de réserve en Crimée.

» Entre la Crimée et Constantinople, ajoute encore M. l'inspecteur, 37 médecins, 20 sœurs de charité, 8 aumôniers, des centaines d'infirmiers, tous pleins de santé, sont morts empoisonnés au souffle des malades typhiques. »

Encore d'autres faits que nous devons à l'obligeance d'un de nos amis, capitaine de vaisseau, commandant la marine à Kamiesch. Trois ou quatre frégates, dont nous voulons taire le nom, ont eu leurs équipages mis presque hors de service, pour cause de typhus qui s'était communiqué des malades passagers aux matelots en faisant route de Crimée en France; tous ces bâtimens ont été si gravement atteints, qu'il leur a été impossible de continuer leur route, et que force leur a été de relâcher ou de se faire remorquer par des bateaux à vapeur pour se rendre à Toulon, lieu de leur destination.

Nous bornons là des citations qu'il nous aurait été facile de multiplier, croyant que les faits qui précèdent doivent suffire pour établir la différence qu'il y a entre le typhus qui se propage par contagion bien évidente et agissant ordinairement dans des limites très bornées du foyer d'infection; moissonnant ainsi tout ce qui approche des malades, et, circonstance importante à noter, se dissipant par une grande aération ou par la dispersion des éléments infectés.

Le choléra, au contraire, respecte le plus souvent les individus préposés aux soins des malades, lance ses miasmes dans l'espace, lesquels peuvent, sans rien perdre de leur intensité, parcourir de grandes distances, s'abattre sur un point donné et y produire l'invasion épidémique.

Cette théorie, qui semble confirmée par les faits, explique très bien comment le miasme cholérique traverse les fleuves, franchit les mers et les montagnes pour se rendre des lieux infectés dans des contrées dont l'éloignement de l'épidémie devait les laisser en pleine sécurité. Voilà pourquoi les causes de l'invasion cholérique se dérobent presque toujours à nos sens, et que sa marche trompe généralement toutes nos prévisions; tandis que le typhus a sa cause ou ses causes parfaitement définies, sa marche bien calculée et son mode de propagation susceptible d'une rigoureuse démonstration.

Tous les médecins, surtout ceux qui avaient été témoins du typhus dont l'ancienne armée fut affectée en 1814, avaient prévu l'invasion de cette épidémie sur notre armée d'Orient, tant les conditions hygiéniques où elle allait se trouver leur semblaient identiques à celles qui avaient provoqué l'apparition du fléau en 1814.

Mais, par cela même que les causes en sont connues, elles peuvent être plus facilement détruites; la seule difficulté consiste uniquement dans l'application du remède, car, comme l'a dit M. Baudens, partout où les malades ont pu être soumis à une aération suffisante, soit sur terre, soit sur les bâtiments, l'épidémie a diminué aussitôt pour disparaître en très peu de temps.

Aucune de ces règles, comme nous l'avons dit, ne peut s'appliquer au choléra.

Tels sont les faits que nous avons cru devoir faire connaître au public médical. Notre but, en publiant cette simple notice, consiste uniquement à fournir quelques matériaux de plus, afin d'arriver, autant que possible, à la constatation de la vérité, *de quelque côté qu'elle se trouve*.

Nous livrons donc les faits qui précèdent à la réflexion de ceux de nos confrères qui étudient spécialement ces maladies épidémiques, et qui s'occupent plus particulièrement du mode et de l'intensité de leur propagation.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. Trousseau.

GASTRITE CHRONIQUE COMPARÉE A L'ULCÈRE SIMPLE ET AU CANCER DE L'ESTOMAC.

(Suite. — Voir le numéro du 22 Juillet 1856.)

Messieurs

J'ai essayé, l'autre jour, d'établir le diagnostic différentiel entre la gastrite chronique dont je vous ai montré un specimen, l'ulcère simple de l'estomac et le cancer de l'estomac. J'ai à vous parler aujourd'hui de l'ulcère simple de l'estomac; j'ai à vous montrer des faits qui vont vous convaincre, et M. Cruveilhier l'a déjà établi, que cette maladie, qui jusqu'alors était restée sinon complétement, du moins presque inconnue, est pourtant un peu plus fréquente qu'on ne le croit communément et se présente toutefois aux praticiens avec des symptômes si étranges, qu'il est assez difficile de la reconnaître.

Au commencement de l'année dernière se présenta, au n° 17 de notre salle Saint-Agnès, un homme de 37 ans. C'était un journalier très vigoureux, s'occupant plus particulièrement des terrassements, et par conséquent voué au métier le plus pénible. Il nous racontait que, trois ou quatre mois auparavant, il avait vomi une quantité énorme de sang, et qu'ensuite, pendant deux ou trois jours, il avait eu des garde-robes couleur de goudron; que, depuis cette époque, il était resté très faible, insuffisant pour son travail, qu'il avait continué néanmoins, mais qu'il était essoufflé presque continuellement; que même, lorsqu'il marchait doucement, il avait l'haleine plus courte, qu'il était sujet à des faiblesses, à des malaises, qu'il digérait un peu moins bien, mais sans grande douleur du côté de l'estomac. Interrogé sur ses antécédents, il nous racontait que, quelque temps avant cette première hématémèse dont je viens de parler, ses digestions avaient été un peu plus difficiles; que, pourtant, il n'avait pas réduit la quantité de ses aliments; qu'il n'avait pas mieux choisi sa nourriture, et qu'en définitive il avait vécu de la vie des ouvriers, mangeant comme mangent les ouvriers. Après l'hématémèse, il avait repris ses habitudes de travail, quoique ce travail fût accompli avec un plus de difficulté; il avait repris son régime et il mangeait comme à l'ordinaire, bien qu'il digérât avec un peu plus de difficulté.

Il entrait à l'hôpital parce qu'il avait eu de nouveaux vomissements de sang; il eut ainsi pendant deux mois qu'il resta à l'hôpital, des hématémèses qui se succédèrent; enfin, il en eut une dernière de plusieurs litres, et il mourut. Pendant qu'il était ici, non seulement il avait des vomissements sanglants, mais encore des garde-robes mélaniques; chaque jour nous trouvions dans son vase de nuit un quart de litre, un demi-litre, quelquefois un litre, de cette matière ressemblant à du goudron. Je n'ai pas besoin de dire qu'il était au dernier degré de l'anémie, qu'il avait une pâleur de cire, et, jusqu'à un certain point, ressemblant à celle des femmes qui ont des métrorrhagies, carcinomateuses ou non.

En explorant la région de l'estomac avec un très grand soin, il m'était impossible de trouver la trace d'une tumeur. Interrogé sur les phénomènes qui se passaient pendant le premier acte de la digestion, il répondait que la déglutition était facile et que les aliments passaient très aisément de l'œsophage dans l'estomac. Nous excluions donc immédiatement l'existence d'un carcinome ayant son siége au cardia et qu'à cause de sa situation profonde sur la colonne vertébrale nous n'aurions pu sentir. Il nous disait qu'il n'éprouvait que des douleurs obtuses à l'estomac, mais qu'il n'avait jamais eu d'élancements. A cause de cela, nous étions tenté d'exclure le carcinome; et pourtant, comme des faits nombreux dans la science prouvent que les carcinomes de l'estomac peuvent se développer avec une rapidité étrange, sans donner lieu à autre chose qu'à des malaises stomacaux, nous restions à l'idée d'un carcinome qui occupait la petite courbure ou le fond du grand cul-de-sac, là où la main ne pouvait atteindre, et nous expliquions ainsi les hématémèses successives que le malade éprouvait.

A l'autopsie, nous trouvions l'estomac rempli de sang; et à 2 3 centimètres à peu près du pylore, vers la grande courbure de l'estomac, nous trouvions une surface déprimée, tomenteuse, avec un bourrelet assez saillant; cette surface pouvant avoir les dimensions d'une pièce de 2 francs. C'était évidemment un ulcère simple de l'estomac, car il n'y avait rien de cancéreux; cet ulcère s'était cicatrisé; mais, à son centre, nous trouvions béants deux vaisseaux artériels dans lesquels nous pouvions introduire l'extrémité d'un petit stylet, et dans l'un desquels nous trouvions encore un caillot hémorrhagique. L'hémorrhagie stomacale s'était donc faite au centre d'un ulcère de l'estomac, ulcère cicatrisé; elle s'était faite là par rupture vasculaire, et c'est la cause la plus rare des hémorrhagies stomacales.

Voilà donc un exemple d'ulcère simple de l'estomac.

Maintenant, quels sont les symptômes que M. le professeur Cruveilhier, qui a le plus particulièrement appelé l'attention des médecins et de la science sur ce point, a assignés à l'ulcère simple de l'estomac? Je commence par vous dire qu'en vous rapportant l'historique de ces symptômes, je les discuterai, parce que je crois que M. Cruveilhier, comme tous les inventeurs, a quelque peu exagéré la fréquence de l'ulcère simple de l'estomac, et qu'il a un peu forcé les teintes symptomatiques. Il a vu un grand nombre d'individus lui présentant ce qu'il croit être les symptômes de l'ulcère simple et guérissant avec une certaine facilité, et il a pensé que ces individus avaient cet ulcère simple, bien qu'il confesse qu'il y a une très grande difficulté à le distinguer de la gastralgie et de certaines sortes de gastrodynies. Je crois, pour mon compte, qu'il a pris pour des ulcères simples, d'abord des gastrites chroniques analogues à celles que je vous ai citées l'autre jour, et dont je vous avais déjà rapporté trois exemples pris dans notre service; je crois qu'il a pris ensuite pour l'ulcère simple de l'estomac certaines gastrodynies avec sécrétions très abondantes de mucus à la surface de l'estomac, sécrétions qui peuvent être la conséquence d'une exaltation de la sensibilité, et dont nous parlerons tout à l'heure.

Voici d'ailleurs les symptômes que M. Cruveilhier assigne à l'ulcère simple :

Inappétence très notable et inappétence se préparant lentement et durant très longtemps. Comme conséquence de cette inappé-

---

Reproduire ici ce court exposé de principes, c'est vous dire, Monsieur, que mes principes n'ont pas changé, quant au but de l'Association.

Je la voulais alors, comme je la voudrais encore aujourd'hui :

Scientifique,
Professionnelle,
Bienfaisante et prévoyante.

L'organisation scientifique de l'Association doit être renvoyée à un futur contingent plus ou moins éloigné. Personne ne serait en mesure, aujourd'hui, de formuler un programme qui pût réunir un assentiment tant soit peu général. Ce point soulèverait d'ailleurs des rivalités, des inquiétudes parmi les corps savants fonctionnant aujourd'hui; il serait prudent de les éviter.

L'Association, à mon sens, ne peut donc être qu'accidentellement scientifique, mais nécessairement elle doit être professionnelle et de prévoyance.

Professionnelle ! cela entraîne-t-il quelque idée de privilége, de corporation ? Pas le moins du monde. Remarquez, Monsieur, que, s'il y a privilége, c'est un privilége social et non professionnel, c'est la société qui se l'est donné à elle-même et qui n'a voulu confier ses plus graves intérêts, ceux de sa santé qu'à des hommes revêtus de sa confiance, garantis par de rudes, sévères et coûteuses épreuves. Ce n'est pas dans l'intérêt des médecins qu'elle a édicté des lois contre l'exercice illégal de la médecine, c'est dans son propre intérêt, c'est afin de n'être ni trompée, ni blessée, ni tuée par des hommes sans science et sans conscience.

De ce point de vue, Monsieur, qui est le seul vrai, une Association de médecins qui lutte contre les dangers du charlatanisme et de l'exercice illégal, remplit non plus un devoir professionnel, mais un devoir social. Ce n'est pas du point de vue étroit, mesquin et égoïste d'un intérêt particulier qu'il faut envisager l'action de l'Association, mais du point de vue de la morale et de la santé publiques, et c'est dans ce sens que la mission du médecin devient une *fonction*, fonction qui, loin d'être en antagonisme avec les intérêts sociaux, leur vient en aide au contraire, les protége et les défend.

Ces idées ont grand besoin, il est vrai, d'être répandues. La société elle-même presque toujours les ignore, les oublie ou en dénature la signification. Dans les conflits judiciaires qui s'élèvent entre la médecine honnête et le charlatanisme impudent, les interprétations les plus blessantes ne manquent pas de se produire, et, trop souvent, le juge égaré par les bouffonneries d'un avocat facétieux, n'applique pas ou n'applique qu'avec mollesse les lois salutaires de la répression. La sévérité sera pour le pauvre médecin dont les soins et les efforts n'auront pu conjurer une terminaison funeste. Ce n'est pas un motif pour se décourager. Toute institution doit nécessairement passer par la période de lutte. Si le charlatanisme et l'exercice illégal de la médecine peuvent disparaître de la terre, ce n'est que par l'Association médicale. Il faut pour cela des efforts collectifs, un courage collectif, une responsabilité collective. L'initiative personnelle sera toujours impuissante et quelquefois dangereuse.

Je vous avoue, Monsieur, que j'éprouve comme une sorte de honte et malgré vos encouragements, à revenir sur des idées si simples, si pratiques et si facilement applicables. Mais est-il vrai qu'elles s'étendent et se propagent ? Oui, j'en ai encore une nouvelle et consolante preuve par cette petite brochure bleue qui m'arrive à l'instant, avec ce titre bien réjouissant pour mon cœur : *Association médicale de l'arrondissement de Meaux*. Voilà une Société d'arrondissement qui existe depuis un an à peine et qui a pu réaliser une recette de plus de 500 fr., et qui possède déjà un petit capital de près de 400 fr. Il est vrai que l'Association — heureux arrondissement ! — n'a eu encore aucune infortune à secourir. Mais elle est intervenue avec succès dans plusieurs affaires délicates, et le compte-rendu de M. le docteur Houzelot, secrétaire général, donne à cet égard plusieurs enseignements précieux.

Mais ce qui m'a surtout frappé dans ce compte-rendu, c'est le vœu exprimé par la Société, et qui s'est traduit en ces termes :

« L'assemblée, confirmant par son vote la réponse de la commission » générale, adhère à l'unanimité au vœu qu'elle a exprimé de voir » toutes les Associations en France, aujourd'hui et dans l'avenir, à » l'honneur et pour le bien de la profession, se rattacher à l'Association » des médecins de la Seine, qui deviendrait ainsi le centre commun de » toutes les Associations entre elles. »

L'Association médicale de l'Aisne a émis le même vœu.

Cette idée fera son chemin, j'en ai l'espoir aujourd'hui. L'excellent esprit des Associations existantes m'en offre la garantie, et j'assure aussi que les intentions, aussi éclairées que généreuses de l'Association de Paris, ne rencontreront bientôt plus aucun obstacle à leur réalisation.

Et c'est alors, Monsieur, qu'il sera parfaitement vrai de dire pour notre profession :

Jam novus nascitur ordo.

Amédée Latour.

Nous rappelons à nos lecteurs que le Banquet offert à nos confrères de l'armée d'Orient aura lieu le 20 août prochain, et que la souscription, du prix de 15 francs, sera close le 10 août au soir.

— Par arrêté de M. le maréchal ministre de la guerre, chargé par intérim du département de l'instruction publique et des cultes, en date du 29 juillet 1856, ont été chargés de présider les sections d'examen des Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie qui doivent avoir lieu pendant le mois de septembre prochain (Réceptions des officiers de santé, sage-femmes, pharmaciens de deuxième classe et herboristes) :

Pour les Écoles sitiées dans les Académies de Paris, de Douai et de Caen :

MM. Denonvilliers, professeur à la Faculté de médecine, et Chatin, professeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris;

Pour les Écoles situées dans les Académies de Rennes et de Poitiers :

MM. Laugier, professeur à la Faculté de médecine, et Caventou, professeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris;

Pour les Écoles situées dans les Académies de Nancy, de Besançon, de Lyon et de Dijon :

MM. Rigaud, professeur à la Faculté de médecine, et Gerhard, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Strasbourg.

tence, amaigrissement graduel. Douleurs xyphoïdiennes extrêmement aiguës, avec exacerbations plusieurs fois chaque jour, et, au bout d'un certain temps, douleurs correspondantes dans la colonne vertébrale, c'est-à-dire vers la hauteur de la première vertèbre lombaire ou vers la douzième, la onzième ou la dixième vertèbres dorsales; douleurs existant, non seulement dans la colonne vertébrale, mais se propageant dans quelques circonstances un peu plus haut vers la poitrine et un peu plus bas vers les reins. Douleurs, dit M. Cruveilhier, qui ont un caractère de térébration tout à fait particulier qui diffère singulièrement de la douleur du cancer de l'estomac. Toutefois, il est forcé d'admettre que, quoique suivant lui, les douleurs du cancer de l'estomac soient généralement moindres que celles qui appartiennent à l'ulcère simple de l'estomac, cependant lorsque le cancer de l'estomac est d'une nature particulière ou lorsqu'il avoisine la membrane péritonéale, il détermine des douleurs extrêmement aiguës et des élancements caractéristiques que M. Cruveilhier avait cru appartenir plus particulièrement à l'ulcère de l'estomac. Il admet aussi que, dans la gastrodynie et dans la névralgie stomacale, l'individu peut avoir des douleurs lancinantes, térébrantes, au même titre que dans la névralgie faciale, dentaire, sciatique, intercostale. Lors donc qu'il établit son diagnostic, il se trouve dans l'obligation de confesser que, si les douleurs répondant à l'appendice xyppoïde et les douleurs cardialgiques sont plus particulières à l'ulcère de l'estomac, cependant on les rencontre très souvent dans la gastrodynie, et principalement dans la gastrodynie chez les femmes et dans le cancer.

Vous voyez que le sentiment de douleur auquel tout d'abord M. Cruveilhier semble attacher une importance considérable, perd beaucoup de sa valeur, puisque nous retrouvons cette douleur, et à un degré bien plus vif, chez un très grand nombre de femmes atteintes de névralgies, et surtout de cette forme de névralgie stomacale si commune chez les chlorotiques, et qui alterne avec la névralgie frontale, la névralgie maxillaire, la névralgie intercostale, et qui en a toute la violence et toute l'acuité.

M. Cruveilhier cherche de suite à nous donner un signe d'une autre nature, et il dit : Dans la gastrodynie ulcéreuse, le malade rend par les vomissements ordinairement une très grande quantité de glaires. C'est, suivant M. Cruveilhier, la propagation de l'irritation tout autour du périmètre de l'ulcère qui amène cette abondante sécrétion dans l'estomac; puis, vient une contraction convulsive sympathique des muscles qui concourent au vomissement, et les individus expulsent le mucus qui est en trop grande quantité dans l'estomac.

Mais il existe un très grand nombre de gastrodynies dans lesquelles la sécrétion stomacale exagérée est la règle, sans qu'il y ait le moins du monde ulcère de l'estomac. Il y a une maladie qui avait autrefois le nom de *pituite*, dans laquelle, chaque matin, l'individu est pris d'une sorte de vertige, d'un peu de mal de tête, de nausées; il rend des flots de mucus comme de la glaire d'œuf et quelquefois jusqu'à un litre. Et, après avoir rendu ces flots de mucus, la tête se dégage, l'esprit devient libre, l'appétit s'ouvre, et, dans le reste de la journée, la santé est parfaite. Il y a des gens qui sont obligés de vomir leur pituite tous les matins, ce sont ceux surtout qui se livrent un peu trop à l'usage des alcooliques; mais il en est d'autres qui ont ces accidents pituiteux d'une façon parfaitement intermittente, comme la migraine, ayant tout à fait le caractère de la fluxion de la migraine, de la fluxion goutteuse, menstruelle ou rhumatismale, fluxions qui ont toutes ensemble des points de contact dont nous aurons à nous occuper plus tard. Toujours est-il qu'il y a des individus qui, prenant la migraine, ont comme le mal de mer; ils rendent des flots de mucus en fin de compte, et ils sont guéris; il semble que cette expulsion pituiteuse soit la solution de la migraine. D'autres n'ont pas de douleurs de tête, mais ils ont le malaise stomacal, et tous les huit, dix ou quinze jours, ils ont des vomissements pituiteux; c'est le même phénomène sans la douleur de tête.

D'un autre côté, vous n'êtes pas sans comprendre l'influence considérable de la douleur sur les sécrétions diverses, influence sur laquelle je suis si souvent revenu ici. J'en cite un seul exemple qui est bien grossier. Celui qui prend une fièvre intermittente larvée, celle surtout qui se produit avec la névralgie sus-orbitaire, commence son accès de fièvre par une légère douleur; au moment où cet accès de fièvre commence, l'œil est parfaitement net, non larmoyant, sans sécrétion muqueuse, sans injection. Cependant, à mesure que la douleur va croissant, l'œil s'injecte davantage; jusque là que dans certaines formes de la fièvre larvée, il survient un véritable chemosis et tous les phénomènes de la plus véhémente des inflammations oculaires; l'individu reste ainsi quatre, cinq ou six heures, et, à mesure que la douleur cesse, la rougeur diminue, la tuméfaction s'efface, et le lendemain, l'individu n'a plus que le souvenir de la douleur cruelle qu'il a éprouvée et de l'inflammation qui vont revenir à la même heure, aujourd'hui ou demain.

Voilà donc une affection simplement névralgique amenant des accidents semi-inflammatoires, congestifs, fluxionnaires, amenant non seulement des fluxions, mais du flux; car, pendant que l'individu a cette congestion oculaire, il verse des larmes en quantité énorme, et la figure rougit sous l'influence de l'épiphora.

Vous comprendrez maintenant que si une névralgie stomacale survient, elle pourra faire sur l'estomac exactement ce que fait la névralgie oculaire sur l'œil. Sous l'influence de cette névralgie, vous aurez, en effet, fréquemment une fluxion considérable de tous les vaisseaux stomacaux, un flux qui sera la conséquence de cette fluxion, et un vomissement glaireux comme conséquence du flux et de la fluxion.

Le vomissement glaireux ne peut donc plus constituer un caractère suffisant pour le diagnostic. De plus, nous avons vu que, dans la gastrite chronique dont j'ai parlé l'autre jour, comme dans le catarrhe de la vessie, ce flux existait également. Par conséquent, le flux devient un caractère commun à la gastrodynie simple, à la gastrite chronique, au carcinome de l'estomac et à l'ulcère simple de l'estomac. Donc, ce n'est pas un signe différentiel.

(La suite prochainement.) Dr Archambault.

CHIRURGIE.

La serre-fine appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales.

Monsieur le rédacteur,

L'article de M. Reybard, sur le traitement palliatif des fistules vésico-vaginales, inséré dans votre *Revue* du 1er juillet, m'engage à vous adresser l'observation suivante, avec prière de lui donner place dans votre si utile journal, si toutefois vous l'en jugez digne.

Une femme d'une quarantaine d'années, ayant eu déjà trois enfants, fit, au mois de novembre 1854, une couche des plus laborieuses. Le bras se présentait avec la tête. Elle souffrait depuis 36 heures, et était assistée par deux médecins qui avaient exercé sur elle des manœuvres plus ou moins énergiques. Je l'accouchai au moyen du forceps.

Malgré les graves et fréquentes attaques d'éclampsie qui compliquaient son état, elle se rétablit promptement. Seulement, il lui resta une fistule vésico-vaginale, capable d'admettre l'extrémité du petit doigt. Cette fistule était située à la partie antérieure du corps de la vessie.

Après plusieurs tentatives infructueuses de cautérisation et le décubitus sur le ventre, continué pendant plus d'un mois, sans résultat, j'eus l'idée de tenter l'emploi des serres-fines de Vidal de Cassis. M. Charrière me fabriqua, à cet effet, une pince porte-serres-fines qui, sans me fournir de résultat, me donna la certitude de la possibilité d'un succès. Je fis donc construire, par cet habile artiste, une très grande serre-fine que je pus, en plaçant la malade sur le ventre, sur le pied d'un lit très haut, les deux pieds appuyés sur deux chaises, en faisant soulever par un aide (son mari), et en soulevant moi-même de ma main gauche, le périnée, porter, avec ma main droite, jusque sur la fistule, dont je pinçai une partie. Au bout de trois jours, la serre-fine se détacha d'elle-même, et je vis que j'avais réussi à rétrécir la fistule. A la place qu'occupait la serre-fine, il y avait un petit bouchon rouge-brun, formé par la muqueuse vaginale, qui avait été, pour ainsi dire, broyée par le mors de la serre-fine. Je compris, dès lors, qu'avec de la patience, j'allais guérir cette malheureuse femme. Deux nouvelles applications de ma serre-fine amenèrent, en effet, la guérison complète de cette fistule, en douze jours de temps, sans avoir presque occasionné de douleur à la malade, et, ce qui vaut mieux, sans lui avoir fait courir le plus petit danger.

Une difficulté sérieuse, qui existait ici, devra se rencontrer souvent; je veux parler de la callosité des lèvres de la solution de continuité, et de sa disposition en infundibulum à sommet dirigé vers la vessie. Un stylet introduit dans celle-ci, et que je faisais ressortir par le vagin, me servait de guide.

Ce procédé, très simple en lui-même, et facile à exécuter par une main exercée, convient surtout aux petites fistules.

Il ne serait pas impossible, cependant, de réussir par lui, avec de la patience, même dans les grandes. Il suffirait alors, pour arriver à un résultat, de pratiquer une ou plusieurs incisions, à la muqueuse vaginale, parallèles à la fistule et de donner à la serre-fine assez de force et de longueur.

Je suis tranquille sur le sort de cette idée, que je crois neuve. Si, comme je le pense, elle renferme un germe de progrès, il lèvera et ne tardera pas à porter des fruits.

Je dois ajouter que, sitôt la fistule fermée, la femme fut pendant quelques jours presque en proie à une incontinence d'urine, ou plutôt qu'elle était obligée d'uriner à chaque instant. La vessie était revenue sur elle-même et ne pouvait contenir que fort peu d'urine. Cet inconvénient ne tarda pas à se dissiper; aujourd'hui la malade garde son urine à volonté.

Dr Bertet.

Cercoux, 4 juillet 1856.

BIBLIOTHÈQUE.

Recherches anatomo-pathologiques sur la structure intime des tumeurs cancéreuses;

Par le docteur L. Ollier, ex-interne des hôpitaux de Lyon (1).

Après la mémorable discussion de l'Académie de médecine sur les théories nouvelles relatives au cancer, la question était restée indécise. Les micrographes maintenaient leurs prétentions et les cliniciens ne se montraient pas disposés à abdiquer les doctrines traditionnelles qu'une saine observation confirmait à leurs yeux. Il était évident pour les témoins du débat, personnellement étrangers à la lutte, que la question manquait de données suffisantes pour arriver à une solution définitive. Avant de se prononcer, il fallait attendre de nouvelles observations; il était de toute nécessité d'interroger encore l'expérience clinique et de soumettre à une analyse rigoureuse les faits que l'on possédait déjà et ceux qu'on allait recueillir. Dans un pareil problème, les observations antérieures à l'emploi du microscope n'avaient pas une grande valeur; les partisans de la cellule cancéreuse se croyaient en droit de les nier; pour les combattre, il fallait nécessairement se placer sur le même terrain.

C'est ce qu'a compris l'auteur du travail que nous allons examiner, sans parti pris, sans préjugés d'école ou de coterie, il aborde son sujet avec un contingent de faits personnels qui lui permet de le traiter sous ses divers aspects. Mais, avant d'exposer les résultats de son observation, il se demande si la question avait été bien posée, et, dès l'abord, il se sépare des micrographes cellulistes, non pas en contestant leurs faits, mais en les interprétant d'une manière différente. Pour lui, l'inutilité de la plupart des discussions relatives au cancer, s'explique par une faute de logique qu'aurait commise M. Lebert en ajoutant l'épithète de cancéreuse à la cellule qu'il avait découverte. Le mot cancer ne devait pas être détourné du sens que la tradition épurée par l'anatomie pathologique, lui avait depuis longtemps assigné. Il est évident, et les cliniciens tant soit peu micrographes ne l'ont jamais nié, qu'il existe dans un grand nombre de tumeurs ulcératives, à marche essentiellement envahissante, une cellule spéciale, qu'on ne retrouve pas dans les tissus normaux. Mais était-on en droit pour cela de la regarder comme un signe spécifique et de lui attacher le nom de cancer à l'exclusion absolue de tout autre élément anatomique? Non, répond M. Ollier, à une chose nouvelle il fallait un nom nouveau, et puisque cet élément anatomique spécial était découvert, on devait se défendre d'employer un terme qui, dans la bouche des pathologistes, avait une tout autre signification.

Conséquent avec lui-même, M. Ollier emploie un mot nouveau, qui, sans rien préjuger sur l'origine de l'élément anatomique et les causes qui le font naître, rappelle seulement un de ses principaux caractères. En combinant les mots grecs, κακος (gros) et κυτος (cellule), il forme le mot *macrocyte*, qui ne sera pas synonyme du terme cancer, mais qui servira à désigner un élément anatomique qui se trouvé dans un grand nombre de tumeurs cancéreuses.

Cette manière d'envisager la question nous paraît rationnelle. Elle sépare ou plutôt elle distingue ce qui revient au scalpel, de ce qui est du ressort de l'observation clinique; elle évite par là cette confusion des données du problème qui en retarde la solution au lieu de l'avancer. L'auteur se place, en un mot, dans de telles conditions, que les cliniciens ne peuvent plus refuser d'admettre ces résultats, et que les micrographes restent dans le domaine de l'observation subordonnée.

Partant de cette idée rationnelle, il examine les tumeurs cancéreuses dans ce qu'elles ont de commun; il en décrit les caractères généraux, expose des recherches nouvelles sur la disposition de leur tissu et s'appesantit surtout sur les caractères propres de leurs éléments anatomiques. Montrant tout le vague qui règne encore dans la détermination des produits réputés hétéromorphes, il prétend qu'un grand nombre de tumeurs cancéreuses sont constituées par des hypergénèses, c'est-à-dire par une hypersécrétion des éléments anatomiques préexistants, mais, et c'est là un des points capitaux de ses recherches, il fait voir que ces éléments homœomorphes diffèrent sensiblement de ceux qu'on rencontre dans les organes sains, soit qu'ils aient subi des altérations spéciales, soit qu'ils représentent des formes transitoires. Il nous est impossible de suivre l'auteur dans tous ces détails anatomiques. Notons seulement, en passant une observation de leucocythémie se rapportant à un individu atteint de cachexie cancéreuse sans présenter le moindre engorgement de la rate.

Puisque le macrocyte (cellule cancéreuse) ne caractérise pas à lui seul le cancer et qu'il n'a pas le monopole de la malignité, il doit y avoir plusieurs espèces de tumeurs cancéreuses, en se basant seulement sur l'élément anatomique qui les constitue. D'après M. Ollier, tous les éléments cellulaires de l'organisme, épithéliums, cellules ou noyaux du tissu conjonctif en voie de développement, éléments de la moelle des os, du tissu nerveux, peuvent constituer des cancers. De là des espèces différentes. Il n'est guère encore possible d'en déterminer la fréquence relative, mais, d'après les faits propres à l'auteur, l'épithélioma et le médulloma seraient bien plus fréquents qu'on ne l'a supposé jusqu'ici. Ces considérations ont un grand intérêt au point de vue clinique. Pour donner à son travail une valeur réellement pratique, il le termine par une appréciation étendue des applications que le microscope fournit à l'art chirurgical. Tout en acceptant l'existence et même la préexistence d'une diathèse, M. Ollier soutient que le cancer reparaît le plus souvent, parce que le chirurgien n'a pas enlevé toutes les racines du mal, se basant sur des autopsies de sujets morts peu de temps après l'opération. Il démontre que l'œil et le toucher sont souvent des guides insuffisants pour déterminer les limites d'un cancer. On croit à une ablation radicale, mais un imperceptible fragment laissé dans les couches sous-jacentes, ou dans les ganglions voisins ne tarde pas à devenir le point de départ d'une nouvelle poussée cancéreuse.

Nous laissons à des confrères plus compétents le soin de rejeter, d'admettre ou de vérifier les appréciations du jeune et intelligent auteur. Il nous suffit d'avoir fait connaître sommairement, entre les idées exposées par M. Ollier, celles qui lui sont propres et qui, sur un sujet bien neuf encore, donnent à son travail un caractère d'originalité et à la science d'utiles éléments de controverse.

L. Cerise.

(1) Montpellier et Paris, 1856, in-8, avec planche. Chez Victor Masson.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie des sciences.

Séance du 21 Juillet 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Rhinoplastie.

M. Ch. Sédillot communique une note sur un nouveau procédé de rhinoplastie qu'il a imaginé pour obvier à l'un des principaux inconvénients qu'ont généralement les procédés en usage dans les cas où la cloison nasale a été totalement détruite, de ne donner qu'une saillie nasale qui s'affaisse et s'aplatit inévitablement. Le moyen proposé par M. Sédillot consiste à constituer par un double tégument superposé les faces supérieure et inférieure de la sous-cloison en les continuant régulièrement avec le nez et avec la lèvre.

Voici la description du procédé :

Dans un premier temps, on taille, comme d'habitude, le lambeau frontal, mais on donne plus de longueur et de largeur à la languette tégumentaire destinée à la sous-cloison.

Dans un deuxième temps, on détache de la partie moyenne et de toute la hauteur de la lèvre supérieure un lambeau d'un centimètre environ de largeur, dont la base est en haut l'extrémité libre en bas, et qui s'étend en arrière jusqu'auprès de la muqueuse sans l'intéresser.

Le lambeau, relevé à angle droit, présente une face supérieure épidermique et une face inférieure traumatique ou sanglante. En plaçant au-dessous de cette dernière, et en contact avec elle, le prolongement du lambeau frontal, on forme une cloison sous-nasale épaisse, résistante, revêtue de peau supérieurement et inférieurement, isolée, sans

possibilité d'adhérences avec les parties voisines, continue au nez et à la lèvre dont elle provient, et peu susceptible de rétraction, puisque les deux lambeaux qui la composent tendent chacun à se rapprocher de leur base, et que leur retrait en sens inverse doit, en partie, se neutraliser.

Les deux lambeaux superposés sont fixés par quelques points de suture, et l'extrémité libre du lambeau frontal est engagée dans l'angle supérieur de la plaie de la lèvre et y est assujettie par l'une des épingles qui réunissent la solution de continuité labiale, comme dans l'opération du bec-de-lièvre. Si l'extrémité de ce lambeau a été prise dans le cuir chevelu, les cheveux qui s'y développent se confondent avec la moustache et en font partie. L'extrémité libre du lambeau labial répond à la face postérieure du lambeau frontal, s'y unit, et concourt à former et à soutenir la saillie du nez.

M. Sédillot a appliqué ce procédé sur un militaire reçu à l'hôpital de Strasbourg, le 14 février 1856, pour une affection spécifique compliquée de la perte d'une grande partie du nez.

Les os du nez étaient affaissés, mais n'avaient pas été détruits. Le cartilage de la cloison, toute la portion saillante du nez et la sous-cloison n'existaient plus. Une petite portion restée intacte des ailes du nez, aplatie et dirigée en haut et en dedans, contribuait à fermer incomplétement l'ouverture antérieure des fosses nasales. Les bords de cette large perte de substance étaient d'un rouge brun, amincis, et laissaient écouler un ichor sanieux, abondant et très fétide. Le mal étant constitutionnel, on fit d'abord usage des pilules mercurielles de Sédillot, et après deux mois et demi de traitement, les ulcérations étaient cicatrisées et tous les autres symptômes avaient disparu.

L'opération fut pratiquée le 3 mai. Il fallut fendre transversalement les téguments au-dessus des segments encore intacts des ailes du nez, pour pouvoir abaisser convenablement ces derniers. Le pédicule du lambeau frontal fut engagé dans une incision continuée à gauche depuis la plaie frontale jusqu'à l'avivement de la perte de substance, le procédé de M. Sédillot exécuté comme il a été décrit, et l'arête nasale soutenue par l'épingle transversale de M. Philips.

Aucun accident ne survint, et le malade, guéri et très satisfait de son état, quitta l'hôpital le 17 juin pour reprendre son service.

M. Sédillot résume en ces termes les règles auxquelles l'expérience l'a conduit :

1° Il y a danger et inutilité à tenter la réunion immédiate de la plaie frontale, dont la cicatrisation s'accomplit avec une innocuité et une régularité remarquables sous l'influence de simples pansements à plat.

2° La conservation du pédicule du lambeau est indispensable dans la méthode indienne, la seule dont nous nous occupions. C'est le meilleur moyen d'assurer le relief de la racine du nez, et d'éviter toute crainte de mortification du lambeau.

3° Les téguments anaplastiques empruntés au front n'éprouvent pas immédiatement de retrait très appréciable, et doivent offrir de prime abord la forme la plus régulière et la plus exacte. La période de perfectionnement que nous avions pu admettre pour d'autres anaplasties n'existe pas pour les rhinoplasties bien faites. Il faut seulement que le lambeau ait des dimensions plus fortes que nature, et qu'il présente des saillies latérales correspondant aux anfractuosités à combler.

4° On réussit à donner à l'arête du nez une saillie mince et triangulaire par l'emploi d'une épingle passée transversalement d'un côté à l'autre du lambeau, un peu au-dessous du point correspondant à l'extrémité inférieure des os du nez, qu'ils existent ou non, et à 6 à 8 millimètres environ en arrière du bord libre formé par la plicature longitudinale du lambeau. La pression est pratiquée par de petits disques de carton et d'agaric, soutenus d'un côté par la tête et de l'autre par la pointe de l'épingle courbée et renversée sur elle-même.

5° On donne aux portions du lambeau destinées à reconstituer les ailes du nez la forme triangulaire, afin d'en reployer l'extrémité et d'obtenir un bord libre, mousse et permanent par l'adossement de la peau.

6° Le procédé que nous avons décrit sera exécuté conformément aux préceptes ci-dessus formulés.

7° Les plaies devront être disposées en lignes droites, aux points de réunion, en évitant tout pli et toute tension, afin d'avoir des surfaces planes et des cicatrices moins apparentes.

8° Les ailes du nez et la cloison seront moulées et soutenues sur des tubes d'ivoire ou d'argent d'une grandeur convenable, et conservés pendant la cure pour éviter l'affaissement et la déformation des parties. Des tuyaux de plume ou des morceaux de sonde en gomme élastique, entourés de charpie ou d'une étoffe quelconque molle et douce, offriraient les mêmes avantages.

Action du sel marin et de la saumure sur l'économie.

M. A. Goubaux adresse un mémoire sur le sel marin et la saumure. L'auteur s'est proposé, dans ce travail, de résoudre expérimentalement les questions suivantes :

1° Le sel marin peut-il exercer sur les animaux une action toxique ?

2° Dans l'affirmative, à quelles doses précises acquiert-il cette propriété ?

3° Quelle est sa manière d'agir sur l'économie animale, et principalement sur les organes digestifs ?

4° La saumure a-t-elle une action différente de celle du sel marin qu'elle tient en dissolution ?

Ces recherches expérimentales, mises en regard des faits observés par divers praticiens sur la plupart des espèces domestiques, peuvent se résumer dans les propositions qui suivent :

Le sel marin, administré par les voies digestives au delà d'une certaine dose, devient manifestement toxique. Cette dose varie un peu suivant les animaux et l'état de vacuité ou de plénitude de l'appareil gastro-intestinal. Ce résultat est produit par 60 ou 80 grammes de sel marin chez les chiens de taille moyenne. Pour le cheval, un 200e du poids du corps est toxique en un espace de douze heures.

La première action du sel marin ingéré dans les voies digestives est semblable à celle des émétiques. Elle se traduit par des nausées, des efforts violents de vomissement.

Les effets qui se manifestent en second lieu montrent que le sel agit comme drastique avec une énergie proportionnelle à la dose. Ceux-ci consistent en déjections fréquentes opérées avec violence au début, sans effort et presque involontairement sur la fin. Ces déjections, d'abord normales, deviennent bientôt molles, puis très fluides; elles prennent successivement la teinte blanchâtre du mucus, celle de la bile; enfin elles acquièrent une teinte rosée et rougeâtre de plus en plus foncée.

Des phénomènes généraux très remarquables se développent parallèlement et consécutivement aux troubles des fonctions digestives. L'animal éprouve habituellement une vive excitation, des convulsions ou des tremblements épileptiformes, et au bout d'un certain temps il tombe dans un état de stupeur, de prostration, où il reste plongé jusqu'au moment de la mort.

A l'autopsie des sujets qui succombent à la suite de l'ingestion du sel marin, on trouve l'intestin plein de mucosités, souvent sanguinolentes. La muqueuse gastro-intestinale est vivement mais inégalement enflammée dans toute son étendue; il y a fréquemment un peu d'irritation à la muqueuse de la vessie et à celle du bassinet, et du côté du système nerveux de l'injection de la pie-mère, des ecchymoses diffuses à la surface du cervelet et des hémisphères cérébraux.

En comparant le sel marin à la saumure, sous le triple rapport de l'action que ces substances exercent sur l'appareil digestif, de leurs effets généraux et des lésions matérielles qui se développent à la suite de leur administration, on s'assure que la saumure agit à la manière du sel et par le sel qu'elle tient en dissolution. Ainsi, les animaux auxquels on donne une quantité déterminée de saumure en éprouvent sensiblement les mêmes effets que les animaux auxquels on a fait prendre une quantité de sel égale à celle tenue en dissolution dans la saumure administrée aux autres.

Les propriétés toxiques spéciales attribuées à la saumure sont donc purement fictives; ses propriétés sont celles du sel marin lui-même. Ainsi il n'y a pas de raison de proscrire l'usage de la saumure, soit à titre de condiment, soit à celui de médicament stimulant. Toutes les précautions à prendre pour prévenir les mauvais effets de ces deux composés consistent à en régler les doses d'après les données de l'expérimentation, et en se guidant sur l'instinct de chaque espèce. (Comm. MM. Pelouze et Cl. Bernard.)

Typhus.

M. Canat adresse une note sur des cas de typhus observés chez des militaires entrés du 16 au 24 mai à l'hôpital militaire de Châlon-sur-Saône.

Les quatorze militaires qui font le sujet de ces observations appartenaient pour la plupart au même régiment qui laissa quelques jours plus tard des malades à l'hôpital de Neufchâteau. Outre ces militaires, l'hôpital de Châlon a eu quatre personnes, un malade civil, un infirmier et deux sœurs hospitalières, atteintes du typhus. Des dix-huit malades, deux seulement sont morts de cette maladie; un troisième, qui avait été guéri du typhus, a succombé après deux mois à une diarrhée colliquative. La durée moyenne de la maladie a été de vingt jours. Les convalescences ont été généralement franches et rapides. (Comm. MM. Cloquet et Velpeau.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 29 Juillet 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Deux rapports de MM. Dufresse de Chassaigne et Roussel, médecins-inspecteurs des eaux minérales de Bagnols et de La Chaldette, sur le service médical de ces établissements pendant l'année 1854. (Com. des eaux minérales.)

— Les tableaux des vaccinations pratiquées dans les départements de l'Aisne, de l'Aude, de la Nièvre, de Seine-et-Oise, de la Côte-d'Or, de Maine-et-Loire pendant l'année 1855. (Comm. de vaccine.)

— Une lettre du ministre de l'instruction publique, qui transmet un mémoire de M. le docteur Liégey, de Rambervillers, intitulé : *Quelques cas de fièvre intermittente à forme néphrétique, guéris par le sulfate de quinine.* (Com. M. Ségalas, rapporteur.)

La correspondance particulière se compose des pièces suivantes :

MM. Cap et Camille Bernard, d'Apt, demandent à être inscrits sur la liste des candidats au titre de membres associés.

— M. Dechaux, de Montluçon, informe l'Académie que cette ville est depuis un mois sous l'influence de fièvres graves dont il indique les principaux caractères.

— M. le docteur Lenoir, de Besançon, communique une *observation d'imperforation de l'anus et d'hypospadias.* (Commission nommée pour examiner le travail de M. Leprestre, de Caen.)

— M. le docteur Heurteloup présente un mémoire ayant pour titre : *De la sonde à double effet, ou moyen de connaître l'épaisseur des parois des cavités qui contiennent les matières anormales non liquides et la nature de ces matières.* (Même commission.)

— M. Charrière présente un *nouveau spiromètre* construit d'après les indications de M. Jules Guyet. — Voici la description de cet instrument :

Je me suis proposé de faire exécuter un instrument portatif et d'un emploi commode, qui peut servir à rendre plus faciles les expériences spirométriques, tout en permettant d'obtenir le degré d'approximation qu'on a intérêt à rechercher.

Mon instrument se compose d'un tube en laiton de 15 millim. de diamètre, formé d'une partie cylindrique et d'une partie recourbée, raccordées entre elles. Une hélice, à ailes très légères, est montée sur une tige d'acier qui se trouve dans l'axe de la partie cylindrique du tube. Une des extrémités de cette tige sort du tube en traversant un trou pratiqué dans la paroi, et porte une vis sans fin destinée à communiquer le mouvement à un compteur.

Deux roues dentées engrènent avec cette vis sans fin; l'une porte l'aiguille du compteur qui marque sur un cadran fixé, divisé en autant de parties que la roue a de dents (50) les unités du nombre des tours de l'hélice. L'autre roue dentée n'a que 48 dents. Par conséquent, quand l'autre qui a 50 dents a fait un tour complet, elle a fait un tour plus 2/48 ou 1/24; elle porte un cadran mobile divisé en 24 parties; et chaque fois que l'hélice fait 50 tours, l'aiguille se déplace, par rapport au cadran mobile, d'une division de ce cadran. Le compteur enregistre donc le nombre des tours de l'hélice à 1,200.

Usage de l'instrument. — 1° J'ai dû me préoccuper d'abord de la mesure de la quantité d'air que l'on peut expirer, après une inspiration aussi forte que possible. MM. Nulchinson et Bonnet (de Lyon) ont déjà appelé l'attention sur cette mesure qui leur a paru être d'un grand intérêt, au point de vue du diagnostic des maladies du poumon. Le premier a expérimenté avec un gazomètre équilibré : les indications de son instrument nécessitent une correction variable avec la température de l'eau de son gazomètre. J'ignore s'il en a tenu compte; mais, assurément, elle n'est pas négligeable, puisqu'elle peut s'élever à près d'un litre pour de très fortes expirations. Pour s'en assurer, on peut calculer à l'aide des formules de la physique, la variation de volume qu'éprouve l'air saturé à 40° en passant dans de l'eau à 10°. La même correction est nécessaire pour les volumes que donne un compteur à gaz, et cet instrument présente de plus l'inconvénient de donner des indications inexactes (trop faibles) dans les grandes vitesses que fournissent presque toutes les personnes que l'on fait souffler. En traversant mon spiromètre, l'air conserve très sensiblement le volume qu'il a dans le poumon; il n'y a donc point de correction à faire aux volumes qui sont indiqués par le nombre de tours du volant. Il est très facile de s'assurer que, dans les limites des vitesses que fournit une expiration forcée donne un tube de 15 millim. de diamètre (3 à 8 mil. par seconde environ); les indications sont très sensiblement les mêmes pour la même quantité d'air : on fait souffler dans le tube, en recommandant de ne pas faire d'effort; on a noté la position initiale de l'aiguille par rapport au 0 du cadran fixe et au 0 du cadran mobile; on note la position finale : le déplacement sur le cadran mobile donne les cinquantaines sur le cadran fixe, les unités des nombres des tours de l'hélice. On voit sur un petit tableau préalablement construit à quel volume en décilitres correspond ce nombre de tours. Il est, je pense, inutile de rechercher une approximation plus grande que celle d'un décilitre la quantité que l'on mesure étant elle-même un peu variable, suivant l'effort d'inspiration qu'on a fait.

2° On peut faire respirer à travers le tube; l'effort nécessaire est assez faible pour que les malades eux-émes n'en éprouvent pas de gêne sensible. La durée et l'ampliticole variable des oscillations de l'aiguille fournissent des données dont on pourra peut-être faire ressortir l'importance quand on aura expérimenté sur ce sujet. On peut, en mettant un encliquetage à l'une des roues dentées, faire que le mouvement ne soit possible que dans un sens. Alors, le déplacement des aiguilles sur le cadran au bout d'un certain nombre de respirations exécutées à travers le tube donne approximativement la somme de l'air inspiré ou expiré.

Quand on fait respirer à travers le tube, les roues du compteur étant libres, on observe un certain déplacement dans le sens du mouvement que donne l'air expiré. Cela tient à ce que celui-ci a plus de volume que l'air inspiré. La grandeur du déplacement, après un certain nombre de respirations, permet encore de juger de leur amplitude.

La formule empirique de M. Mutchinson, que l'accroissement de la capacétériale est proportionnelle à l'accroissement de la taille se vérifie à peu près, dans la grande majorité des cas. Les chiffres qu'il donne m'ont paru, en général, un peu faibles, et peuvent être pris pour des minimum.

Je pense que cette formule, qui se recommande à la pratique par son extrême simplicité, n'est que le premier degré d'une approximation qu'on peut pousser plus loin et expérimenter avec soin, sans pouvoir jamais cependant dépasser une certaine limite d'erreur, qu'il serait utile de pouvoir reculer et déterminer de plus en plus possible.



La figure représente l'instrument sur trois plans :

1° Coupe passant par l'axe parallélement aux roues dentées du compteur;

2° Élévation;

3° Plan explicatif de la disposition du compteur.

AA (coupe) axe. — B hélice. — C vis sans fin. — D tube. — E roue dentée de 50 dents portant l'aiguille P sur son axe *e*. — F roue dentée de 48 dents montée sur un canon qui porte le cadran mobile R. — S cadran fixe (faute de dessin); la vis sans fin C' devrait être représentée parallèle à l'axe AA. — (Comm. MM. Bouillaud et Poiseuille.)

NOTICE MÉDICALE sur les BAINS DE MER

De BIARRITZ (Basses-Pyrénées)

DU DOCTEUR R. AFFRE,

Médecin inspecteur de ces bains, lauréat de l'Académie impériale de médecine de Paris, Directeur des secours du Sauvetage, et membre correspondant de plusieurs Sociétés médicales

TABLE DES CHAPITRES :

Introduction.
Chap. Ier. Des caractères physiques et chimiques de l'eau de mer.
Chap. IIe. Des divers moyens d'employer l'eau de mer.
Chap. IIIe. Des règles à suivre dans l'emploi des bains de mer.
Chap. IVe. Des plages de Biarritz.
Chap. Ve. Des bains de mer chauds et des bains de sable marin.
Chap. VIe. Des effets généraux des bains de mer froids.
Chap. VIIe. Des effets thérapeutiques des bains de mer froids.
Chap. VIIIe. Considérations sur les maladies de la peau guéries par les bains de mer, avec des observations de guérison.
Chap. IXe. Des maladies des femmes guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
Chap. Xe. De quelques causes de stérilité guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
Chap. XIe. Des contre-indications des bains de mer froids avec des observations à l'appui.
Chap. XIIe. Des accidens produits par l'abus ou la fausse application des bains de mer, avec des observations à l'appui.

Quelques mots sur la cause principale, sur les symptômes et le traitement du choléra, qui a sévi dans le département des *Basses-Pyrénées.*

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale.* — Prix : 2 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 94. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 5 Août 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. CLINIQUE MÉDICALE : Rougeole anomale ; bronchophonie grave récidivant deux fois ; gangrène double de la bouche. — II. CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS : Pneumonie avec délire et épistaxis, traitée sans succès par la saignée et l'émétique jusqu'au sixième jour, guérie rapidement sous l'influence de l'administration de la vératrine ; réflexions. Un mot sur les tendances de la médecine actuelle. — III. REVUE GÉNÉRALE : Moyen de rendre les urines alcalines. — Nécessité de respecter les tumeurs fibreuses interstitielles de l'utérus. — Cataracte guérie par le traitement mercuriel. — Emploi de la conicine dans la photophobie scrofuleuse. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Discussion sur l'emploi du chlorate de potasse dans la stomatite gangréneuse, et dans les stomatites ulcéro-membraneuses. — V. VARIÉTÉS. — VI. FEUILLETON : Coup d'œil historique et critique sur la médecine et la chirurgie françaises au XIXe siècle.

CLINIQUE MÉDICALE.

ROUGEOLE ANOMALE ; — BRONCHOPNEUMONIE GRAVE RÉCIDIVANT DEUX FOIS ; — GANGRÈNE DOUBLE DE LA BOUCHE ;

Observation avec réflexions lues à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur E. BARTHEZ, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

Messieurs,

Je vais avoir l'honneur de vous montrer un jeune garçon qui a guéri d'une maladie très grave. Si je désire vous faire connaître cette observation, ce n'est pas parce qu'elle renferme des choses neuves et inconnues ; c'est simplement parce qu'il s'agit de la guérison d'une succession de maladies qui, lorsqu'elles sont isolées, sont souvent ou presque toujours mortelles (rougeole anomale avec bronchopneumonie grave, récidivant deux fois, gangrène double de la bouche) ; c'est aussi parce que l'arrêt de la mortification a coïncidé avec l'administration du chlorate de potasse. A ce double titre l'observation m'a paru digne de vous être soumise.

Gustave Lambert, âgé de 7 ans, est entré dans mon service à l'hôpital Ste-Eugénie le 21 janvier 1856, et en est sorti guéri à la fin d'avril (1).

Résumé de l'observation. — *Rougeole anomale compliquée de bronchopneumonie très étendue avec accidents généraux graves ; amélioration à partir du 16me au 18me jour. — Le 22me jour, gangrène de la bouche à droite, cautérisation ; le lendemain, gangrène de la bouche à gauche, mort imminente. Emploi du chlorate de potasse ; guérison rapide de la gangrène, puis nécrose d'une grande partie des deux maxillaires supérieurs ; — Deux rechutes de la bronchopneumonie dans l'intervalle de six semaines ; — abcès multiples ; — ablation d'une partie des maxillaires supérieurs. — Guérison définitive après trois mois de maladie.*

Cet enfant, qui jouit d'une très bonne santé habituelle, est d'une constitution robuste et est doué d'un embonpoint plus qu'ordinaire à son âge.

La maladie qui l'amène à l'hôpital date du 18 janvier 1856 : il a été pris d'une fièvre intense accompagnée dès le lendemain d'éternuements, de coryza, de larmoiement et de toux.

Au moment de l'entrée, le 22 janvier, mon interne trouve le petit malade très abattu, en proie à une fièvre ardente, sa peau est brûlante et sèche, le pouls est très rapide, la toux est fréquente et grasse, bien que l'auscultation ne révèle que des râles ronflants dans toute la poitrine. La langue est recouverte d'un enduit blanc épais, les gencives sont très rouges et sèches. Le ventre est souple, il n'y a pas d'évacuations.

Ces symptômes indiquaient l'existence d'une rougeole, dont l'éruption se faisait attendre au delà du temps moyen, puisque les prodromes avaient déjà cinq jours de durée. Ils indiquaient aussi que la fluxion se faisait d'abord et de préférence sur les muqueuses ; ce qui devait faire craindre une éruption anomale et des complications bronchopulmonaires.

Ce fut à peu près ce qui arriva : car, après une nuit agitée par le délire et une fièvre violente, il parut sur la face une éruption de rougeole irrégulière et incomplète, accompagnée de cinq évacuations d'une diarrhée très liquide, sans changement dans les autres symptômes, si ce n'est une aggravation de l'abattement et de l'anxiété peinte sur la figure.

Dans le but de favoriser l'éruption et de diminuer l'âcreté et la sécheresse de la chaleur fébrile, on donna un bain chaud suivi d'un enveloppement dans une couverture de laine ; et l'on fit prendre 20 centig. de poudre de Dower.

A la suite de ce traitement, la transpiration s'établit pour quelques heures seulement ; l'éruption se généralisa, mais resta pâle et incomplète. En somme, je n'avais rien gagné, car le lendemain, 24 janvier (septième jour de la maladie, deuxième de l'éruption), la peau était redevenue aussi sèche et la chaleur aussi âcre qu'auparavant. L'abattement était extrême, l'enfant ne pouvant plus soutenir sa tête ; la respiration était plus fréquente et plus anxieuse que jamais ; et, bien que l'on perçût seulement des râles sonores dans toute la poitrine, le bruit respiratoire était si obscur et si incomplet, que l'imminence d'une bronchopneumonie étendue et grave était plus évidente que jamais.

Dans les cas de cette espèce, une émission sanguine est souvent utile ; elle diminue la congestion pulmonaire non encore fixée, c'est-à-dire non encore passée à l'état de phlegmasie ; elle diminue cette espèce d'éréthisme fébrile qui maintient la peau sèche et aride, et, par suite, elle favorise la transpiration et l'éruption qui se fait avec peine.

Cependant en présence de la prostration extrême de l'enfant, en présence de l'aspect typhoïde qu'il prenait, et de la petitesse de son pouls, je craignis de l'affaiblir encore : l'affaiblissement devant être nuisible dans une lutte que je prévoyais devoir être longue. Je préférai donc essayer une action vigoureuse sur la surface cutanée, et je prescrivis une lotion générale faite avec une éponge imbibée d'eau vinaigrée froide, suivie d'un enveloppement à nu dans une couverture de laine pendant une heure. Dans la journée, on devait faire plusieurs applications de sinapismes sur la plus grande partie du corps.

Je n'obtins cependant pas de cette médication l'effet immédiat que j'en attendais ; car, du 25 janvier au 1er février, l'état du petit malade alla sensiblement en s'aggravant. L'éruption ne parut jamais d'une manière franche, et les symptômes fébriles et thoraciques eurent toujours une marche ascendante. La bronchopneumonie s'établit ; les râles devinrent humides et gros, puis fins et très abondants, et bientôt ils furent mêlés de respiration bronchique, surtout à la base du côté droit. Je combattis le mal suivant les indications qui me parurent ressortir journellement de l'état de l'enfant, par l'ipécacuanha et l'émétique, par les sinapismes promenés sur tout le corps et par les vésicatoires appliqués sur la poitrine ; par les lotions froides ; par une potion composée de décoction de polygala, de sirop de Tolu et de poudres de James.

Cependant, vers la fin de cette période, et malgré la persistance des symptômes thoraciques et de l'affaissement du malade, une légère détente sembla s'établir dans l'intensité des phénomènes. La peau, moins sèche et d'une chaleur moins âcre, restait plus longtemps humide après les lotions vinaigrées : l'expression générale du malade avait quelque chose de meilleur, quoique le pouls fût petit, tremblotant, misérable, quoique l'enfant fût toujours abattu, endormi et se refusât à prendre toute nourriture.

En présence de cette détente, quelque légère qu'elle fût, je n'hésitai pas à mettre l'enfant au régime des toniques ; il prit de l'extrait de quinquina, un peu de vin et de bouillon. Le lendemain, 2 février, il parut se réveiller et sortir de son état semi-comateux. Il accepta aussi un peu de nourriture. Le 4 février (dix-huitième jour de la maladie, dixième de la broncho-pneumonie), la nuit a été tranquille avec bon sommeil, l'enfant s'assied de lui-même sur son lit pour la première fois. Mais l'état des poumons n'a pas changé sensiblement, et le pouls, bien que plus fort et relevé, n'a pas perdu de sa fréquence.

Je fis remarquer aux élèves qui suivent ma visite, ce désaccord entre les symptômes locaux et généraux, et je tirai un augure favorable de la manière dont il se présentait. Car lorsque, dans le cours d'une maladie grave, un pareil désaccord s'établit, et que les symptômes généraux s'amendent pendant que les lésions locales paraissent conserver toute leur intensité, la guérison est plus probable que si l'inverse a lieu.

En effet, du 4 au 7 février, le mieux, dans l'état général de mon petit

(1) L'observation a été recueillie par M. Gibert, interne du service.

Feuilleton.

COUP D'ŒIL HISTORIQUE ET CRITIQUE SUR LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE FRANÇAISES AU XIXme SIÈCLE (1) ;

Par le docteur MICHÉA.

Sommaire. — Année 1800. — MÉDECINE. — Pinel envisagé comme homme, comme savant, comme professeur et comme praticien. — Son *Traité de l'aliénation mentale*. — La clinique interne de l'École à l'hôpital de la Charité. — Corvisart.

A la tête des ouvrages de pathologie interne, se trouvait le traité de Pinel sur l'*Aliénation mentale*. C'était le second écrit de ce médecin qui avait mis au jour sa *Nosographie* trois ans auparavant.

Pinel, qui jouissait d'une grande célébrité à Paris, qui professait la pathologie interne à l'École de santé, et qui était médecin de la Salpêtrière, avait alors 55 ans. Il était né dans le département du Tarn, à St-Paul, près de Lavaur. Reçu docteur à Toulouse en 1764, il avait d'abord habité Montpellier, où, trop jeune pour s'y créer une clientèle, il s'était vu dans la nécessité de donner des leçons de géométrie. A son arrivée à Paris, en 1778, recommandé à un célèbre géomètre qui se nommait Cousin, et qui lui trouvait une grande aptitude pour les mathématiques, il avait aussi enseigné la géométrie à quelques élèves qui se destinaient à la carrière de l'artillerie et du génie. Admis bientôt par Cabanis et Roussel dans la petite Société d'Auteuil, chez Mme Helvétius, dont le salon créait alors des renommées, il y noua des relations qui lui furent très utiles. Il devint rédacteur du *Journal de Paris* pour la partie scientifique, puis directeur de la *Gazette de Santé*. En 1792, il avait été nommé médecin de Bicêtre. Titulaire, à l'École de santé, de la chaire d'hygiène et de physique médicale, il était passé peu de temps après à celle de pathologie interne.

D'une constitution vigoureuse, d'une physionomie vive, d'une humeur impatiente, il avait une petite taille et une petite voix. Très modeste, lui seul méconnaissait son propre mérite. Très simple dans les goûts et les habitudes, il avait un intérieur peu fait pour en imposer à ceux qui jugent de la valeur des hommes suivant leur train de maison et leur degré de luxe. Très désintéressé, il fuyait les occasions de s'enrichir, répétant souvent qu'il serait fâché d'avoir une grande fortune, parce qu'elle paralyserait son ardeur au travail. Sans mépriser les distinctions, il n'allait jamais au devant d'elles, tant la plus légère démarche lui répugnait. Quoique habituellement taciturne et concentré en lui-même, il avait l'âme tendre, ardente, livrée à toutes les impressions d'une sensibilité presque féminine. Quand il alla à Ermenonville, en 1778, visiter le tombeau de Jean-Jacques, écrivain dont il était idolâtre, il en revint si ébranlé par les émotions, qu'il en perdit l'appétit pendant cinq jours et le sommeil pendant cinq nuits. La douleur d'un malade faisait saigner son cœur, et ses larmes coulaient avec celles que répandaient en sa présence et les épouses préoccupées de la santé de leurs maris et les mères qui tremblaient pour les jours de leurs enfants. Sa compassion envers le malheur s'élevait parfois jusqu'à l'héroïsme. Pendant la Terreur, il avait dérobé à l'échafaud plusieurs victimes de la persécution en les cachant à Bicêtre sous les habits de ses malades. C'était lui qui, de concert avec Boyer, avait procuré, rue Servandoni, chez Mme Vernet, une retraite sûre au malheureux beau-frère de Cabanis, à l'ex-secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences, au marquis de Condorcet, dont il aurait peut-être empêché la fin si tragique et si attendrissante dans les carrières de Montrouge, s'il n'eût pas été lui-même souffrant et surveillé au moment où la noble victime s'échappait de sa retraite pour ne pas abuser du dévoûment de son non moins noble sauveur. Quoique passant pour un aristocrate et pour un modéré, et malgré cette réponse peu encourageante de Couthon : Citoyen, j'irai demain te faire une visite à Bicêtre ; mais malheur à toi si, parmi tes insensés, tu recèles des ennemis du peuple, Pinel n'en avait pas moins insisté auprès de la commune de Paris pour obtenir la chute des chaînes qui, dans cet hospice, faisaient rugir les malades comme autant de bêtes fauves.

Pinel attirait la foule à ses leçons, et cependant il professait mal. Sa parole était sans abondance et sans harmonie. Il ne savait pas disposer aisément de ses idées qui sortaient de son esprit avec peine et par efforts saccadés. Son embarras et son défaut d'assurance étaient encore augmentés par la conscience trop profonde que sa modestie lui inspirait de se sentir inférieur à lui-même. Son excessive timidité le rendait d'ailleurs impropre à toute lutte de paroles. Aussi échoua-t-il en 1784, quand il voulut concourir pour une chaire de docteur-régent, qui fut donnée à un ancien gendarme, homme sans idées, mais discoureur hardi et à la voix de Stentor.

Il était parfait dans ses rapports avec ses confrères. Il savait que position oblige, et que plus un médecin est haut placé dans la science plus il doit se montrer affable, disposé à rendre service. Lui parlait-on de renommée, de sa position : « Ce sont des circonstances heureuses, répondait-il, le bonheur, le hasard qui ont présidé à tout. » Il y avait sans doute trop de modestie dans cette réponse, puisque Pinel était un homme d'un esprit supérieur, qui devait tôt ou tard conquérir sa véritable place ; mais s'il voulait dire que, sans le salon de Mme Helvétius, il n'eût peut-être pas été tout ce qu'il était devenu, on ne pouvait qu'approuver le jugement qu'il portait ainsi sur lui-même.

Il recevait avec une bienveillance extrême tous ceux qui s'adressaient à lui, il écoutait avec intérêt toutes leurs observations. Il s'appliquait notamment à encourager le talent timide, à mettre en relief le mérite méconnu ou entravé. Aussi, était-il aimé, soutenu, défendu. Il avait des disciples qui prenaient chaudement l'intérêt de sa gloire : on disait l'École de Pinel, comme on avait dit l'École de Boerhaave.

En consultation, Pinel parlait très peu. Il donnait son opinion en quelques mots, laissant à ses confrères le soin de discuter sur chaque symptôme de la maladie. Dans une assemblée, dans son cabinet, même tendance à la méditation, même insouciance de paraître ce qu'il était. A cause de cela, et aussi pour ses nombreuses distractions et le peu de confiance qu'il semblait avoir dans la vertu des médicaments, certains malades le jugeaient souvent fort mal. Un officier supérieur autrichien, qui était venu tout exprès de Vienne pour le consulter au sujet d'une affection nerveuse, et qui en avait reçu pour toute prescription le conseil de suivre l'exemple du grand Pascal, fut si surpris de trouver en lui le médecin célèbre dont lui avait parlé Pierre Frank, que, persuadé de la possibilité d'une méprise, il alla s'informer lui-même à la Salpêtrière de l'existence du vrai M. Pinel.

Dans l'intimité seule, on pouvait l'apprécier. Quand il était à son aise avec les gens, quand il les connaissait, pour peu que son cœur fût inté-

(1) Suite. — Voir les numéros des 1er, 8, 15 et 22 Juillet 1856.

malade, se maintient et s'accroît ; il y a même quelque diminution dans la fréquence du pouls et dans l'abondance des râles. Aussi, malgré la persistance de la respiration bronchique, je conserve un espoir fondé de voir la maladie se terminer par la guérison.

Cet espoir ne dura pas longtemps, car, le 8 février, j'aperçus, sur la joue droite, un gonflement qui avait paru la veille au soir, et qui, déjà, présentait la rougeur violacée et luisante, l'engorgement dur et la fétidité de la gangrène. Il existait, en effet, une ulcération gangréneuse déjà profonde de la joue droite, des gencives, et de la mâchoire supérieure au niveau des grosses molaires. (Cautérisation immédiate avec le nitrate acide de mercure.)

Dans la journée, la joue gauche se prend dans une étendue aussi grande que la droite. Une bouffissure générale envahit toute la figure avec teinte blafarde des téguments ; les paupières ne peuvent plus s'ouvrir. Le pouls est petit, tremblotant, l'affaissement est extrême, il semble que l'enfant ne doive pas passer la nuit. Le lendemain, cependant, je le trouve encore dans le même état, sauf que la gangrène a fait des progrès sensibles.

La cautérisation avait été inutile, la mort était imminente ; alors, pour ne pas m'avouer que j'abandonnais mon malade, plutôt que poussé par un espoir quelconque, je donnai 4 grammes de chlorate de potasse, car ce médicament, souverain contre la stomatite, a été aussi vanté contre la gangrène de la bouche.

Je m'attendais donc à ne plus trouver mon petit malade ; et ce ne fut pas sans étonnement qu'à la visite du lendemain je l'aperçus couché dans son lit. Mais mon étonnement fut bien plus grand encore, lorsque je constatai que la bouffissure de la face avait presque complétement disparu ; que les paupières pouvaient s'ouvrir, que la gangrène avait cessé de s'étendre ; que les râles pulmonaires avaient diminué d'abondance et la respiration bronchique d'étendue. Une amélioration générale accompagnait cet amendement des symptômes locaux, et dans la journée, l'enfant demanda à manger et mangea plus qu'il n'avait fait depuis le début de sa maladie. (Continuer le chlorate de potasse.)

Le lendemain, 11 février, on trouve l'enfant assis dans son lit, découpant des images, riant et ne paraissant pas s'occuper de sa maladie. La gangrène est arrêtée ; les escarrhes commencent à se détacher, et bientôt laissent deux cavités très profondes occupant toute l'épaisseur des joues. Les plaies sont rouges et ont le meilleur aspect. Les deux maxillaires supérieurs sont dénudés dans une grande étendue. (Chlorate de potasse, extrait de quinquina.)

A partir de ce moment, l'état de la bouche ne cesse pas de s'améliorer ; mais la bronchopneumonie ne s'est jamais guérie ; les râles, qui ont diminué, n'ont jamais disparu complétement, et le 20 février (vingt-cinquième jour du début de la bronchopneumonie), ils augmentent ; la respiration bronchique apparaît de nouveau des deux côtés de la poitrine, surtout à droite ; la fièvre reprend une nouvelle intensité ; l'enfant s'affaisse, cesse de jouer et de manger, prend une diarrhée très liquide, et cette récidive de la brochopneumonie le met une troisième fois dans un état voisin de la mort.

Pendant cette troisième rechute, je le traite par les toniques (quinquina, vin de Bagnols) et par les révulsifs cutanés.

L'affaissement, la fièvre, accompagnés d'un grand amaigrissement, vont en augmentant jusqu'au 25 février, puis un mieux sensible se manifeste. Alors j'exige que l'enfant se lève et soit porté au jardin, bien qu'il puisse à peine se tenir sur ses jambes et malgré la persistance des râles et de la respiration bronchique. Un peu d'exercice et le grand air lui rendent de l'appétit ; il mange, l'amélioration augmente et les forces reviennent.

Du 27 février au 15 mars, la santé continue à se remettre et la broncho-pneumonie guérit malgré ou plutôt avec le développement de plusieurs abcès sous-cutanés. Mais, à ce moment, la fièvre se montre encore une fois accompagnée d'une toux très grasse et de râles humides dans toute la poitrine et surtout au sommet ; l'enfant s'alite de nouveau. La persistance de ces râles, la continuité de la fièvre, les transpirations habituelles, l'amaigrissement revenant avec rapidité, bien que l'enfant ne cessât pas de se nourrir, me font craindre l'existence d'une nouvelle maladie, fréquente à la suite de la rougeole, la tuberculisation aiguë. Ce fut sans espoir d'enrayer le mal et par le seul désir de modérer le mouvement fébrile que j'ordonnai chaque jour une potion contenant 4 grammes d'alcoolature d'aconit.

Je me trompais cependant : cet enfant, quatre fois condamné, se releva une quatrième fois. Environ quinze jours après le début de cette rechute, la fièvre avait disparu, le bruit respiratoire était redevenu naturel partout, l'enfant se levait et ne tarda pas à reprendre de l'embonpoint. Il ne restait plus qu'une nécrose étendue des deux os maxillaires supérieurs fournissant une suppuration fétide.

Aussi, je me décidai bientôt à faire enlever ces parties mortes, seul obstacle à une guérison complète. Le 5 avril pour le côté droit, le 13 pour le côté gauche, on retire, en les brisant par morceaux, toutes les parties nécrosées des maxillaires. Avec elles, tombent quatre ou cinq dents de la seconde dentition. Après l'extraction du séquestre, il reste deux grandes cavités séparées par l'os intermaxillaire, supportant en avant trois incisives seulement, sur les côtés desquelles paraît l'extrémité de deux incisives permanentes dont la racine se cache dans la partie restante des os. La mâchoire supérieure du malade ressemble ainsi à celle des rongeurs.

Cette extraction est suivie d'un état évident d'amélioration : l'enfant s'engraisse rapidement et peut, dès le 15 avril, être considéré comme rendu à la santé.

Peu de temps après je l'envoyai passer un mois à la maison de convalescence. Il en revint doué d'une santé des plus florissantes, ainsi que vous pouvez en juger. Les énormes cavités qu'il portait au niveau des os maxillaires se sont en grande partie comblées ; la suppuration est tarie ; et, dans quelque temps, un appareil construit par le dentiste de l'hôpital, M. Delestre, permettra à l'enfant de mâcher plus complétement qu'il ne le fait avec ses trois incisives.

Tout en vous racontant les fâcheuses péripéties d'une maladie qui s'est cependant terminée d'une manière aussi heureuse qu'imprévue, je me suis efforcé de vous tenir au courant de la suite de mes impressions et de quelques-unes des raisons qui ont dirigé le traitement. C'est une manière de rendre l'observation moins aride, c'est aussi un moyen de faire saisir la variation journalière des indications thérapeutiques. C'est enfin une raison pour me dispenser de faire suivre l'observation d'une longue série de remarques.

Je ne puis cependant pas m'empêcher de noter la singulière coïncidence qui a eu lieu entre l'emploi du chlorate de potasse et l'arrêt de la gangrène. Les choses se sont passées exactement de la même manière et avec la même rapidité que lorsque le médicament est employé contre la stomatite ulcéro-membraneuse. De ce seul fait je ne veux pas conclure à l'utilité de ce sel contre la terrible maladie dont il s'agit. Je considère ce qui est arrivé chez le jeune Lambert comme une simple coïncidence. Cependant il ne faut pas oublier que le docteur Hunt a vu le chlorate de potasse, donné à forte dose, réussir deux fois (1). C'est quelque chose que trois cas de guérison pendant l'emploi du même moyen, lorsqu'il s'agit d'une maladie aussi souvent mortelle que l'est la gangrène de la bouche. J'ai donc cru devoir essayer le médicament dans quelques autres cas. Les résultats sont peu encourageants. Les voici en abrégé :

Un enfant est atteint, dans mon service, d'une gangrène de la bouche ; j'emploie d'abord les moyens habituels ; les voyant échouer, je donne le chlorate à l'intérieur. Le lendemain, l'état local est évidemment amélioré ; mais l'état général est tout aussi mauvais, et l'enfant succombe dans la nuit.

(1) Tourdes. Thèse sur le noma, page 80.

Un autre enfant entre dans mes salles à la période ultime d'une gangrène de la bouche. L'interne de mon service, qui recherchait alors les effets topiques du chlorate, en fit l'application deux ou trois fois dans le même jour. Il crut observer une modification favorable de l'état local ; mais le malade mourut dans la nuit et avant que je l'aie vu. Enfin, chez un troisième enfant, la gangrène, traitée dès son début par le chlorate donné à l'intérieur et appliqué en topique, resta stationnaire le premier jour ; mais, à partir du second jour, pendant une absence que je fis, on cessa ce moyen pour cautériser au fer rouge, et la maladie reprit sa marche ascendante pour quelques jours. Aujourd'hui, cependant, l'enfant est encore dans mes salles, et la gangrène paraît s'être limitée (2).

Il ne m'est donc pas permis d'attribuer au chlorate seul l'honneur de la guérison du jeune Lambert. Il m'eût été cependant très agréable de penser que ce moyen et tous les autres mis en usage avaient été assez puissants pour triompher seuls de cette maladie longue de trois mois, et composée de plusieurs maladies toutes mortelles. Il n'est pas de praticien qui n'aime à regarder de tels succès comme étant son ouvrage. Je crois cependant devoir y ajouter l'influence de deux autres causes de guérison très prépondérantes et qui méritent d'être signalées, parce qu'on n'a peut-être pas assez l'habitude de les remarquer.

Le petit Lambert est doué d'une constitution robuste. On a pu voir comme, après chaque rechute, il se relevait avec vivacité et promptitude ; à peine quelques symptômes graves étaient-ils seulement amendés, que l'enfant se rattachait à la vie avec vigueur, et prenait des forces et de l'embonpoint avec une extrême rapidité. C'était, passez-moi l'expression, une balle élastique qui rebondissait avec d'autant plus de vigueur, qu'elle avait été jetée à terre avec plus de force. Lambert est donc doué d'une grande énergie de la force vitale ; d'une grande puissance des forces *radicales*, comme eût dit mon illustre aïeul P.-J. Barthez ; et cette énergie doit bien compter pour quelque chose dans la guérison.

Autre remarque d'une portée plus générale. Pendant les quatre premiers mois de cette année, j'ai pu constater dans mon service les faits suivants : Le nombre des malades admis a été très faible, — la proportion du nombre des maladies légères a été considérable, — les rares maladies graves que j'ai eu à traiter ont guéri facilement ; — aucune maladie sérieuse n'a régné sous forme d'épidémie, — la mortalité a été bien plus faible que celle observée jusqu'à ce jour et en toute saison depuis la fondation de l'hôpital.

Je crois pouvoir affirmer que ces circonstances favorables régnaient dans la plupart des quartiers qui alimentent notre hôpital d'enfants. Voici sur quoi je me fonde : En ma qualité d'inspecteur de la vérification des décès, je reçois journellement les tables de la mortalité des 7me, 8me et 9me arrondissements, qui entourent l'hôpital. Dans cette partie de Paris (j'ignore ce qu'il en est pour le reste de la ville), la mortalité a été relativement très faible : en sorte qu'il me faut remonter jusqu'en 1850 et 1852, c'est-à-dire de quatre à six ans en arrière pour trouver un aussi petit nombre de décès dans les mois de janvier, février, mars et avril. Nous avons donc joui d'une constitution médicale telle, que la mortalité a été faible, et les maladies graves rares et facilement curables.

Je n'hésite pas à croire que les principales causes de la guérison du jeune Lambert doivent être cherchées dans la vigueur de sa force vitale, et dans la constitution médicale favorable qui a régné pendant sa maladie. Joignez-y peut-être, si vous le voulez, que

(1) Depuis ce moment l'enfant a paru, en effet, marcher vers la guérison. Mais peu après une récidive de la gangrène a déterminé la mort.

---

ressé dans la question, il sortait de sa réserve et de son silence habituels, il parlait avec éloquence, il avait, comme autant d'éclairs, des reparties vives, promptes et pleines de sel.

Pinel n'était-il réellement supérieur qu'en médecine théorique, ainsi qu'on l'a prétendu ? En considérant la sagacité avec laquelle il saisissait les caractères d'une maladie, la clarté et la précision qu'il apportait dans l'analyse des symptômes, la justesse et la sûreté de son pronostic, certainement il ne mériterait pas ce reproche. Mais si par médecin praticien on entend un homme guidé par l'inspiration et non par l'étude, un savant qui conclut moins qu'il ne devine, et qui, au lit du malade, offre un ton tranchant, un extérieur et un aplomb qui en imposent, certes Pinel ne l'était pas. Candide, distrait, silencieux, réservé, timide, le *Lafontaine* de sa profession, comme l'a appelé un de ses biographes, il n'était nullement propre à la pratique civile, qu'il n'aimait pas du reste. Il avait moins d'éloignement pour la pratique de l'hôpital qu'il regardait comme suffisante à entretenir l'habitude de l'observation. Ce qui rendait aussi Pinel relativement inférieur dans l'exercice de la médecine, c'était sa sensibilité excessive qui s'affligeait du moindre revers, et son esprit discipliné par l'étude des mathématiques, qui là se trouvait moins à l'aise que dans la partie purement dogmatique de la science, car, autant son cœur était doux, féminin, en quelque sorte, autant son intelligence était virile, amie de la rigueur et de la précision.

L'étude de la géométrie marquait même trop chez lui son empreinte. Il avait dans ses ouvrages un style haché, dépourvu de grâce et de souplesse. Il voulait qu'à l'instar de la botanique et de l'histoire naturelle, la médecine se créât une langue sans verbes, sans conjonctions, presque toute composée de substantifs, qui eût la concision d'un aphorisme. Sa phrase n'était pas seulement trop sèche et trop heurtée, elle était encore trop souvent interrogative. Ses continuelles apostrophes, en voulant exprimer les *desiderata* de la science, en traduisaient par trop les incertitudes.

Quoi qu'il en soit, Pinel avait ranimé en France le goût des bonnes études médicales éteint par le souffle des orages politiques. Il avait donné aux idées une impulsion et une direction meilleures. En appliquant à l'étude de la clinique interne l'esprit d'observation et la sévérité de méthode qui le distinguaient, il avait contribué au perfectionnement de cette branche de la médecine. En commençant à prendre les tissus pour base de la classification des maladies, en faisant sortir la pathologie du domaine des idées spéculatives, en ne reconnaissant d'autre méthode que celle des faits mis en lumière par l'analogie et l'induction, il avait, dans sa *Nosographie*, véritable chef-d'œuvre d'esprit philosophique, introduit le germe d'une révolution impérissable. Mais si ce premier ouvrage, tout immortel qu'il était, laissait percer encore quelques taches, s'il renfermait une doctrine inclinant trop au solidisme, il n'en était pas de même du *Traité de la manie*.

Là, l'auteur s'attachait scrupuleusement à la méthode descriptive dans les faits qu'il observait ; il se gardait de tout asservissement à aucun ordre systématique, à aucune manière de voir exclusive, il n'employait que des termes bien définis, et il éloignait de son travail toute discussion métaphysique.

Avant Pinel, l'analyse n'avait pas pénétré dans le domaine de la pathologie mentale. Le mélancolique qu'une seule idée domine, le maniaque qui, avec les marques d'un jugement sain, se laisse entraîner, comme malgré lui, aux actes de la violence la plus extrême ; le malade qui réunit le délire à la fureur, l'insensé qui conserve à peine la faculté de concevoir quelques idées fugitives et incohérentes, sans pouvoir les associer ou les comparer entre elles, l'idiot réduit à l'état de nullité intellectuelle, tous étaient regardés comme atteints d'une même maladie, presque sans distinction de genres, d'espèces, de variétés ; et, par suite de cette confusion, un traitement à peu près semblable leur était indifféremment appliqué.

D'un très grand nombre d'observations recueillies à Bicêtre, jour par jour, avec beaucoup d'exactitude et une longue persévérance, Pinel avait déduit cinq classes d'aliénation, auxquelles il donnait les noms suivants : mélancolie, manie délirante, manie sans délire, démence, idiotisme.

Cette classification naturelle et méthodique était préférable aux divisions incomplètes et arbitraires de Sauvages et de Cullen, en tant qu'elle offrait un cadre plus exact à tous les faits observés. De plus, elle conduisait l'auteur à s'élever contre un préjugé assez ordinaire, celui de regarder la folie comme le produit constant d'une affection organique du cerveau, préjugé en vertu duquel on séquestrait les aliénés, on les confiait à des gardiens ignorants et souvent inhumains, dans des maisons où l'on ne songeait à les soumettre à aucun traitement, parce qu'on les croyait toujours incurables. Enfin, elle le portait à compter avec les moyens hygiéniques et moraux, très peu connus en France, et dont la médecine anglaise faisait un secret, si toutefois nos voisins possédaient alors ce qu'ils prétendaient nous cacher.

La clinique interne officiellement établie à l'École de Paris, ne fut régulièrement et définitivement constituée qu'en 1800, époque où le ministre de l'intérieur, Chaptal, vint en faire lui-même l'ouverture avec pompe à l'hôpital de la Charité, dans l'amphithéâtre dont l'entrée située rue des Saints-Pères, est aujourd'hui celle de l'Académie de médecine. Le titulaire de cette chaire était Corvisart qui professait en même temps la médecine théorique au Collége de France.

Corvisart avait alors passé la quarantaine. Il était né en 1755, à Dricourt, près Vouziers, pendant l'exil de son père, procureur au Parlement de Paris, banni avec les magistrats de la capitale pour avoir épousé leurs querelles avec le clergé, et dont la fortune s'était dissipée en folles acquisitions de tableaux. Élevé au collége Ste-Barbe, où il montrait peu d'aptitude aux connaissances classiques, il avait été violenté dans sa vocation par son père qui, voulant en faire un procureur, le forçait à travailler dans son étude. Mais, ayant entendu un jour professer Louis et Petit, frappé de leur éloquence, il avait abandonné l'étude paternelle pour se réfugier à l'Hôtel-Dieu, où il était resté caché pendant deux mois. Depuis lors, sa véritable vocation lui avait été révélée ; et, un moment indécis entre la médecine et la chirurgie, il avait donné la préférence à la première.

Reçu en 1782 docteur-régent de la Faculté de Paris, il s'était attaché à Desbois de Rochefort, après avoir fait des cours particuliers d'anatomie, de médecine opératoire et d'accouchements. Desbois de Rochefort avait été le premier médecin occupé du soin d'introduire en France l'enseignement régulier de la médecine au lit des malades. Il y avait fondé à l'hôpital de la Charité la clinique interne, comme Desault avait créé à l'Hôtel-Dieu la clinique chirurgicale. A sa mort, survenue en 1788, Corvisart l'avait remplacé. En 1795, il était devenu professeur de clinique médicale à l'École de santé, et en 1797, professeur de médecine théorique au Collége de France.

(La suite à un prochain numéro.)

les indications thérapeutiques ont été convenablement saisies; qu'en conséquence, les remèdes n'ont pas contrarié l'impulsion naturelle heureuse, mais lui ont été en aide. C'est là, pour le dire en passant, une manière bien souvent vraie de comprendre l'action de la thérapeutique; *medicus, naturæ minister*.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

PNEUMONIE AVEC DÉLIRE ET ÉPISTAXIS, TRAITÉE SANS SUCCÈS PAR LA SAIGNÉE ET L'ÉMÉTIQUE JUSQU'AU SIXIÈME JOUR, GUÉRIE RAPIDEMENT SOUS L'INFLUENCE DE L'ADMINISTRATION DE LA VÉRATRINE; RÉFLEXIONS. — UN MOT SUR LES TENDANCES DE LA MÉDECINE ACTUELLE.

L'UNION MÉDICALE reproduit souvent, et avec raison, les travaux, mémoires ou articles relatifs à la pneumonie. C'est qu'en effet, pour être fidèle à son titre, — union, ou intérêts de tous, du plus grand nombre, — ce journal ne saurait mieux faire que de revenir souvent sur une maladie qui représente la moitié de la besogne du médecin dans les campagnes et les deux tiers de la mortalité. La plupart des travailleurs des campagnes, en effet, hommes ou femmes, meurent de pneumonie; or, un médecin qui saurait parfaitement traiter cette maladie aurait son pain assuré.

Cette considération, c'est-à-dire l'intention de faire connaître à mes confrères des campagnes un mode de médication qui m'a singulièrement réussi dans un cas de pneumonie avec délire, la forme la plus grave, comme on le sait, de toutes les formes de la pneumonie, et contre laquelle on dirige, le plus souvent sans succès, toutes les batteries de l'arsenal thérapeutique, m'engage à recourir à la bienveillance du savant comité de rédaction de l'UNION pour la reproduction, dans les colonnes de ce journal, de l'observation suivante, remarquable à plus d'un titre :

OBSERVATION. — Le 4 avril dernier, je suis mandé pour voir le fils Bodaud, cultivateur, âgé de 20 ans, de Charbonnette. Ce jeune homme, d'un tempérament nerveux assez marqué, est malade depuis six jours. Il a été vu deux fois par un confrère intelligent, capable, qui lui a pratiqué une saignée le troisième jour de la maladie, et donné du tartre stibié le lendemain. Ce jeune homme a eu plusieurs épistaxis abondantes depuis qu'il est alité. Depuis deux jours, il est atteint de délire tantôt calme, tantôt furieux.

Au moment où je le vois pour la première fois — 7 heures du matin — il est très pâle, a le regard égaré, la pupille dilatée, et ne répond que par moments d'une manière lucide aux interrogations que je lui adresse. A chaque instant, il fait des efforts pour se lever de son lit, et aller vaquer, dit-il, aux travaux des champs. Il faut une ou deux personnes continuellement près de lui pour le contenir.

Le pouls est très petit, un peu dur, et bat 95 fois à la minute. La respiration est précipitée et les crachats rouillés. La percussion et l'auscultation révèlent une pneumonie au deuxième degré, très étendue dans les parties postérieure et supérieure du poumon droit.

Ce jeune homme a perdu par les épistaxis trop de sang, et le pouls est trop petit pour qu'il me soit permis de songer à une saignée. Je fais appliquer un large vésicatoire derrière le poumon droit et continuer le tartre stibié, déjà prescrit par le médecin qui avait vu le malade avant moi. Je demande l'heure à laquelle doit revenir mon confrère qui réside loin de là; on me répond : vers les quatre heures. Je ne manque pas de revenir à l'heure indiquée, dans l'intention de me concerter avec lui. Mais mon collègue vient plus tôt qu'on ne s'y attendait, et dit aux parents du malade de continuer le traitement suivi jusque-là.

Mais le délire, au moment où je revois le malade pour la seconde fois de la journée, paraît encore avoir augmenté, il est surtout plus furieux que le matin; d'autre part, l'état du poumon ne s'est point amélioré. Dans cet état de choses, ne suis-je point autorisé à demander à d'autres agents thérapeutiques une amélioration que m'ont refusée jusque-là les moyens usités habituellement contre la pneumonie? N'est-ce pas le cas de recourir au musc, au castoréum, etc., vantés autrefois par Récamier et d'autres célébrités contre cette forme si grave de la pneumonie? Mais pour qui a expérimenté, quelquefois en pareils cas, les médicaments, il y a peu de confiance à avoir en eux; ils sont d'une efficacité bien incertaine.

Je me décide, en fin de compte, à administrer la vératrine, me fondant sur la rareté du délire qui survient dans le cours des pneumonies que j'ai l'habitude de traiter, depuis longtemps, par la vératrine. Je laisse donc à Bodaud cinq à six pilules de vératrine de 4 milligr. chaque, à prendre une toutes les six heures.

Or, voici les changements heureux qui n'ont pas tardé à se manifester dans l'état du malade : à minuit, c'est-à-dire deux heures après la prise de la seconde pilule, le délire qui avait été si violent dans cette soirée, qu'il avait fallu le concours de plusieurs personnes pour contenir le malade, le délire, dis-je, cesse comme par enchantement. Le malade devient très calme, et goûte quelques heures de sommeil jusqu'au jour.

Le lendemain, 5 avril, je constate donc un calme parfait, l'intelligence très nette, le faciès naturel; le pouls est à 75, plus plein et moins dur (1) que la veille; l'auscultation fait entendre du râle crépitant de retour, et le corps est baigné de sueur. — Je fais continuer la vératrine *ut suprà*, et donne une potion au kermès, pour aider l'expectoration qui commence par s'établir plus franche et meilleure.

Le 6, mieux général très marqué; la dernière nuit a été bonne et tranquille; pouls à 74, moins plein que la veille; expectoration assez abondante et rouillée de loin en loin. La résolution de la pneumonie s'opère bien; pourtant, au sommet du poumon, il existe encore un peu d'hépatisation. — Continuer la vératrine et le kermès, *ut suprà*.

Le 7, la résolution de la pneumonie est très avancée. Pouls à 60, normal; état général excellent. Le malade se plaignant d'un peu d'amertume de la bouche, et n'ayant pas eu de selles depuis cinq jours, j'ordonne 25 grammes d'huile de ricin; je laisse de plus deux pilules de vératrine, à prendre de douze heures en douze heures.

Le 8, point de fièvre. L'expectoration a beaucoup diminué; on entend encore quelques râles crépitants secs, disséminés çà et là dans le poumon malade. Appétit. Bouillon et lait.

La vératrine n'a provoqué, chez le malade, ni vomissements, ni coliques, comme cela se voit assez souvent.

J'avais oublié de dire que les épistaxis n'avaient point reparu à partir du moment où j'avais employé ce précieux médicament.

RÉFLEXIONS. — Il reste souvent, à la suite d'une expérimentation thérapeutique, un doute terrible dans l'esprit du médecin. Y a-t-il toujours un rapport de causalité entre le médicament ingéré et l'effet qui suit prochainement? Ou bien n'y a-t-il qu'une simple affaire de coïncidence? Dans l'espèce, pour le cas dont il s'agit, le rapport de la cause à l'effet est clair, patent, indéniable. C'est après que saignée et tartre stibié ont complétement échoué, que la vératrine est donnée, au plus fort de la maladie, et sept ou huit heures après l'administration de cet alcaloïde, après que deux pilules seulement ont été prises, on voit le délire cesser comme par enchantement. Tout aussitôt, les phénomènes organiques s'amendent également, et la pneumonie entre en voie de résolution; puis l'amélioration générale et locale continue sous l'influence du même médicament, et la guérison s'accomplit sûrement et rapidement.

Comment a donc agi la vératrine pour amender aussi vite, aussi utilement l'état morbide de ce jeune malade? Sur quel élément de la maladie a-t-elle porté son action? Le moment n'est pas encore venu pour moi d'expliquer le mécanisme d'un pareil mode d'action; j'espère le faire plus tard, ici, dans ce journal, dont l'hospitalité m'a été généreusement offerte par le rédacteur en chef. Il faudrait, pour être autorisé à tirer des inductions sérieuses, légitimes, à formuler de nouveaux principes, puisque *un fait nouveau appelle des principes nouveaux*, a dit M. Ed. Auber, dans son savant *Traité des sciences médicales*, il faudrait une exposition que je ferai en son temps. Qu'il me suffise de dire que la vératrine, dans le cas en question, comme il est facile de le voir, a agi primitivement sur l'innervation générale troublée, pervertie, innervation, action nerveuse qu'elle a modifiée, régularisée; que, consécutivement, elle a agi sur la circulation et l'affection pulmonaire.

Tous ces effets se rattachent à une action spécifique, unitaire que possède la vératrine sur les centres nerveux. J'espère démontrer prochainement cette action, d'une façon péremptoire.

Comment se fait-il qu'un médicament d'une puissance aussi héroïque que la vératrine, dans certaines maladies, la pneumonie entre toutes, ait fait si peu son chemin dans le monde médical, quoique des médecins qui s'appellent Bordsley, Turnbull, Magendie, Piedagnel, Aran, etc., aient fait tous leurs efforts pour en populariser l'emploi?...

La raison de cette indifférence, de cet oubli gît tout entière dans les préoccupations d'écoles qui font que, de nos jours, on ne voit dans les maladies que des altérations chimiques d'humeurs ou de tissus, des pléthores ou des anémies, des produits plastiques, etc.; de là une thérapeutique exclusivement évacuante, déplétive, altérante ou reconstitutive.

Tout ce qui, de près ou de loin, dans les maladies ou les médicaments, n'aboutit pas à la plasticité, est réputé chimique; tout ce qui semble sortir de ce cercle fatalement matérialiste et reconnaître quelque chose de moins brutal, de plus subtil, un moteur quelconque, une dynamique, une force vitale ou nerveuse, est traité d'imaginations, de folie. Il semble que toute la médecine se soit retirée dans les bocaux du musée Dupuytren!.. Aussi, voyez le triste état de notre thérapeutique, l'impasse où elle est engagée. Que pouvons-nous dans les maladies où l'élément plastique ne joue qu'un rôle en sous-ordre, comme le choléra, la dysenterie, la fièvre typhoïde, etc.?

Il est aisé de prévoir que si l'école de Paris ne sort pas de ces stériles errements, avant cinquante ans, le sceptre de la médecine lui aura échappé!

On ne part pas de l'anatomie pathologique, a dit une lumière de la chirurgie française, M. Velpeau, dans un discours célèbre, à l'Académie, on y arrive. L'anatomie pathologique, en effet, n'a pour raison d'être que l'opération finale de la maladie; à cette période de la maladie, il y a plutôt place pour le naturaliste que pour le médecin. Mais on veut voir, palper à tout prix — hors de là point de salut — sans souci de cette belle pensée de Gœthe, que j'emprunte à un excellent petit journal (1) : « Les sciences naturelles » ont des problèmes qu'on ne saurait résoudre sans appeler la mé» taphysique à son secours, non cette métaphysique d'école qui » n'est qu'un bavardage vide de sens, mais la science réelle qui » était, qui est et qui sera, avant, avec et après la physique. »

Dr BOUYER.

Fursac (Creuse), le 18 juillet 1856.

(1) On observe assez souvent cet effet remarquable, le premier ou le deuxième jour qui suit l'administration de la vératrine.

REVUE GÉNÉRALE.

MOYEN DE RENDRE LES URINES ALCALINES.

Dans un mémoire où il semble avoir ignoré ou avoir oublié les travaux publiés dans ce journal même par M. le dr de Crozant, médecin-inspecteur des eaux de Pougues, sur les altérations de la membrane muqueuse des voies urinaires comme cause de l'alcalinité des urines, M. C. Owen Rees donne les préceptes suivants sur les moyens de rendre artificiellement les urines alcalines :

« Toutes les fois qu'on se propose de rendre l'urine sécrétée alcaline, la méthode la plus sûre et la plus expéditive consiste à administrer des sels neutres formés par des acides végéteux combinés à des bases alcalines. Quelques-uns de ces sels sont purgatifs, d'autres ne le sont pas ou ne le sont que faiblement; en employant les uns ou les autres ou en les combinant, on pourra à volonté agir sur le tube digestif ou n'exercer sur lui-même aucune influence, tout en rendant dans les deux cas l'urine alcaline après l'emploi de quelques doses. On a cherché à établir que, lorsque ces sels produisent un effet purgatif, ils n'ont plus assez d'action sur l'urine pour en modifier les qualités; mais, pour se convaincre aisément du contraire, il suffit d'observer les effets de la poudre de Sedlitz commune (combinaison de tartrate de soude et de potasse), qui, tout en purgeant, détermine un état alcalin de l'urine des plus prononcés. Les acides végétaux ainsi combinés aux bases subissent très rapidement l'oxygénation au sein de l'organisme, et un carbonate supérieur de la même base se développe alors dans l'urine très peu de temps après l'ingestion du médicament.

» C'est chose si facile que de rendre ainsi l'alcalinité à l'urine sécrétée, que ce sont ces sels neutres que j'emploie généralement de préférence. Les carbonates alcalins n'agissent pas avec autant de facilité, et on sait très bien qu'on peut absorber plusieurs jours de suite une solution d'*alcali caustique*, sans que l'urine acquière une alcalinité prononcée. Selon l'état du tube digestif, j'ai recours au tartrate de potasse à la dose de 2 à 4 grammes en deux ou trois fois par jour, combinés avec les toniques végétaux dont l'emploi me paraît indiqué. Tout en cherchant à modifier la qualité de l'urine sécrétée, il ne faut pas oublier de revenir aux agents thérapeutiques propres à combattre la cause morbide qui préside à la transformation de l'urine excrétée, et l'expérience m'a appris qu'on arrive à modifier l'état de la membrane muqueuse en administrant en même temps que les sels alcalins, quelques altérants peu énergiques, et en s'occupant de l'état de la peau. Dans ce but, on prescrira des bains chauds, deux ou trois fois par semaine, selon l'état du malade, et on donnera le soir de petites doses de mercure uni à la rhubarbe, en ayant soin de se tenir en garde contre les effets purgatifs de cette substance, par l'addition d'une petite quantité de craie.

» En terminant ces réflexions, je ne saurais trop engager les chirurgiens à recourir à la médication alcaline après les opérations de la taille et de la lithotritie. Le fait dont j'ai parlé montre qu'il est des circonstances qui réclament hautement l'intervention du médecin; en effet, à la suite de ces opérations, la sécrétion d'une urine, même normalement acide, et son passage sur les surfaces muqueuses enflammées pourra, comme dans la blennorrhagie, irriter cette membrane, beaucoup plus que si elle eût perdu ses qualités acides. Or, l'emploi du citrate de potasse peut, en pareille circonstance, rendre de grands services, surtout après l'opération de la taille, quand les troubles généraux persistent sans cause appréciable. » — (In *Archives générales de médecine*, août 1856.)

(1) L'*Ami des sciences*, numéro du 6 avril 1856.

NÉCESSITÉ DE RESPECTER LES TUMEURS FIBREUSES INTERSTITIELLES DE L'UTÉRUS.

Faut-il chercher à combattre par une opération les tumeurs fibreuses intestinales de l'utérus? Quelles sont, dans ce cas, les chances d'une opération? Qu'adviendra-t-il si l'on n'opère pas? Telles sont les questions éminemment pratiques que se posait il y a quelques jours M. Nélaton, en présence d'une malade intéressée à leur solution, et dont voici en deux mots l'histoire :

C'est une femme de 51 ans environ, qui était déjà entrée à la Clinique il y a un an, pour les mêmes accidents qui l'y ramènent maintenant, des hémorrhagies utérines. Cette femme a éprouvé pour la première fois, il y a cinq ans, les symptômes initiaux de son affection actuelle : douleurs dans le bas-ventre et dans les reins suivie, quelque temps après, de petites hémorrhagies répétées à intervalles irréguliers.

Lors de sa première entrée dans les salles, M. Nélaton constata par l'exploration l'existence d'une tumeur intra-utérine faisant corps avec les parois de cet organe. Après l'avoir gardée quelque temps pour la laisser reposer et pour observer l'évolution de cette tumeur, voyant que celle-ci n'avait présenté aucune modification sensible dans son volume et que les pertes étaient diminuées, il la renvoya chez elle. Mais après plusieurs mois passés sans hémorrhagies et dans un état de bien-être et de santé relative, les pertes ayant reparu avec une nouvelle intensité, cette femme est venue de nouveau réclamer un asile et des soins à l'hôpital.

Une nouvelle exploration a fait reconnaître que la tumeur avait augmenté de volume; elle s'élève maintenant jusqu'à l'ombilic. Elle présente, comme nous l'avons dit, tous les caractères de ces tumeurs fibreuses dites interstitielles développées aux dépens et dans l'épaisseur même des parois de l'utérus.

En présence de cette double circonstance fâcheuse, l'accroissement de la tumeur et les hémorrhagies devenant de plus en plus abondantes et réitérées, et pouvant finir évidemment par compromettre la vie de la malade, qu'y avait-il à faire?

Aucune des opérations usitées pour les polypes pédiculés n'était ici applicable. Une seule opération eût été possible, celle qui a été proposée et pratiquée deux fois avec succès par Amussat. On sait qu'Amussat avait été conduit, par une étude attentive de l'anatomie pathologique des corps fibreux de l'utérus, à concevoir et à exécuter une opération qui consistait à débrider le col, à aller accrocher la tumeur avec de longues érignes ou des pinces de Museux appliquées successivement les unes au-dessus des autres, et en leur imprimant une sorte de mouvement de torsion ou de rotation, afin d'abaisser la tumeur et de l'amener à l'orifice de l'utérus ainsi agrandi; puis arrivé à ce point, à inciser la membrane

muqueuse utérine qui l'enveloppe, de manière à l'engager à travers cette sorte de boutonnière, et à l'amener au dehors.

Bien que cette opération ait été pratiquée deux fois avec succès par Amussat, ainsi que nous venons de le dire, les accidents graves qui l'ont suivie chaque fois (une fois une résorption purulente heureusement conjurée et un renversement de l'utérus, la deuxième fois une phlébite utérine) ont paru à M. Nélaton de nature à ne point encourager de nouvelles tentatives du même genre.

Le chirurgien de la Clinique professe donc en principe qu'il faut s'abstenir en pareil cas, en se bornant à combattre par les divers moyens que l'art possède, les hémorrhagies à mesure qu'elles se produisent, à les modérer du moins autant que possible, à soutenir les forces des malades et attendre ainsi l'époque de la ménopause. Ce précepte est fondé sur l'observation de ce fait, que M. Nélaton a eu l'occasion de constater un très grand nombre de fois lorsqu'il était chirurgien de la Salpêtrière, que ces sortes de tumeurs, une fois la crise menstruelle passée, restent ordinairement stationnaires, qu'elles cessent de donner lieu à des hémorrhagies, et que les femmes qui les portent peuvent parcourir une longue carrière sans en être sensiblement incommodées.

Toute la question est donc de gagner du temps et d'arriver sans trop d'encombre à la période critique; mais il est bon que l'on sache que cette époque est ordinairement beaucoup plus tardive dans ces conditions que dans l'état normal, et la malade qui fait le sujet de ces réflexions en est elle-même un exemple. — (In *Gaz. des hôp.*, nº 91.)

CATARACTE GUÉRIE PAR LE TRAITEMENT MERCURIEL.

Sabatier dit qu'il est peut-être possible de guérir la cataracte commençante avec le calomel, le sublimé, la ciguë, les vésicatoires et la saignée pratiquée en divers lieux. Demours prétend que des observations authentiques ont démontré que quelques cataractes reconnues par des symptômes non équivoques ont cédé à l'action du mercure. Boerhaave avait déjà écrit : *Incipientes cataractas mercurius solvit.* Chelius a rapporté des observations de cataractes véritables ou causées par la syphilis, guéries par ce métal.

Voici une nouvelle observation qu'il faut joindre à celles que la science possède déjà :

Obs. — Militaire de 42 ans, bon tempérament; il fut atteint d'une maladie vénérienne primitive, à laquelle il n'opposa qu'un traitement local; il prit cependant aussi de l'iodure de potassium et de la décoction de salsepareille. Depuis il eut une nouvelle blennorrhagie qu'il traita par les moyens ordinaires; ceci remonte à six ans. Au milieu du mois d'août 1855, il éprouva des phénomènes de congestion à la tête, se fit saigner, et le jour suivant il commença à s'apercevoir d'un trouble dans la faculté visuelle de l'œil droit; ce dont il ne fit point de compte, le regardant comme passager et dépendant de la faiblesse causée par la saignée.

Bientôt il fut progressivement tourmenté par une douleur gravative à la région frontale droite, avec horreur de la lumière. Examiné à cette époque, c'est-à-dire en septembre, il présentait une légère rougeur de toute la conjonctive, avec un éclat plus grand qu'à l'ordinaire de la cornée transparente, qui offrait encore une légère opacité en haut, à son insertion à la sclérotique.

Un vésicatoire et un collyre au nitrate d'argent n'eurent aucun effet. Au contraire, la tache de la cornée s'étendait sans couvrir toutefois le champ de la pupille, derrière lequel on apercevait, en outre, une légère opacité. Cette opacité, d'un blanc sale, s'accrut rapidement, au point de paraître à la mi-octobre sous l'aspect d'une cataracte capsulaire. Ce n'est qu'entourés d'un nuage que les objets apparaissaient au malade; plus tard, il ne put plus les distinguer du tout.

Voyant l'inefficacité des remèdes conseillés précédemment, M. Peruzzi prescrivit le bichlorure de mercure en pilules.

Peu de jours après le commencement de ce traitement, le malade éprouva quelque amélioration dans la vision, une diminution de l'opacité de la cornée et de la cataracte.

Dix jours après, l'amélioration était remarquable et augmenta graduellement jusqu'à la disparition complète de la cataracte et de la tache de la cornée. La guérison se maintint après la fin du traitement. — (In *Il Raccoglitore medico di Fano* et *Gaz. méd. de Paris*, juillet 1856.)

EMPLOI DE LA CONICINE DANS LA PHOTOPHOBIE SCROFULEUSE.

Le docteur Mauthner prétend s'être fort bien trouvé dans plusieurs cas de cette affection, sans inflammation, de l'application répétée deux ou trois fois par jour de l'émulsion suivante :

Conicine.	25 centig.
Huile d'amandes douces. .	4 gram.

Cette application se fait au moyen d'un pinceau de poils de chameau. Il ajoute que des sujets réfractaires à tout autre traitement ont été guéris dans l'espace de huit à quatorze jours. — (In *Jour. für Kinderkr.*, et *pert. de Répharm.*, juillet 1856.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 25 Juin 1856. — Présidence de M. Guérard.

Sommaire. — Observation d'*ulcère simple de l'estomac*, par M. Hérard. — Observation de *rougeole anomale, bronchopneumonie grave récidivant deux fois, gangrène double de la bouche*, par M. E. Barthez. Discussion : MM. Becquerel, Vigla, H. Roger, Legendre, Legroux, Grisolle, Bébier.

M. Hérard lit une observation d'ulcère simple de l'estomac. — (Voir l'Union Médicale du 10 juillet 1856.)

— M. Barthez (Ernest) présente un malade qui a été atteint de rougeole anomale; bronchopneumonie grave récidivant deux fois; gangrène double de la bouche. — (Voir plus haut, article : *Clinique médicale.*)

M. Becquerel : M. Barthez vient de parler de l'emploi du chlorate de potasse dans la stomatite gangréneuse, et dans les stomatites ulcéro-membraneuses : il y a dix jours environ, on apporta dans mon service à la Pitié une jeune fille de 16 ans dans un état d'une extrême gravité : la suffocation était extrême, l'asphyxie très avancée, la parole nulle et la toux très enrouée. Il existait un croup très violent avec angine couenneuse, et, en effet, la bouche était couverte de fausses membranes épaisses, exhalant une odeur fétide. La mort me paraissait imminente, et je pensais à pratiquer la trachéotomie, sans espoir de succès, lorsque l'idée me vint d'employer le chlorate de potasse. Il fut administré en collutoire (miel, 30 gr., — chlorate de potasse, 6 gr.) et en potion (eau, 125 gr., — chlorate de potasse, 5 gr.). En même temps, je fis prendre deux fois le sulfate de cuivre à dose vomitive. Aucun autre agent thérapeutique ne fut mis en usage, et sous l'influence de ces deux vomitifs et du chlorate de potasse, en vingt-quatre heures l'amélioration a été des plus notables, et en quarante-huit heures, la guérison fut complète. Je ne voudrais pas tirer de conclusions de ce seul fait, mais il a fixé mon attention, et j'engage à essayer ce médicament.

M. Vigla souhaite vivement que ces faits se multiplient, mais il craint que des succès aussi éclatants ne soient que de rares exceptions. Il y a eu dans ces derniers temps, à Plaisance, village à la porte de Paris, une véritable épidémie d'angine couenneuse; M. Vigla fut appelé en consultation pour un enfant qui était atteint d'*angine couenneuse* mais sans *croup*, peut-être y avait-il un peu de gangrène; le chlorate de potasse avait déjà été employé par le médecin qui soignait cet enfant, il fut de nouveau administré sans amener aucune modification ni dans l'état local, ni dans l'état général, et l'enfant succomba dans l'adynamie au bout de sept ou huit jours. Le même médecin avait vu le même résultat sur d'autres malades. M. Vigla emploie encore le chlorate de potasse, mais sans y donner une confiance absolue. Il ne faut pas se faire d'illusions et il faut faire une large part à la marche naturelle des maladies aiguës, le temps seul amène souvent des résultats que l'on est trop tenté d'attribuer aux médicaments. Le chlorate de potasse, aujourd'hui l'objet d'un engouement général, a déjà joui, il y a vingt ans, d'une vogue extrême, ainsi que l'a rappelé M. Boudet; prenons garde qu'il ne tombe encore dans l'oubli d'où on vient de le tirer.

M. Barthez ne saurait trop approuver ce que vient de dire M. Vigla au sujet de la marche naturelle des maladies aiguës. Dans la stomatite ulcéro-membraneuse, par exemple, par l'expectation seule, on guérit au moins une fois sur trois en quatre, cinq, six, sept ou huit jours; mais, pour moi, l'expectation comporte les soins de propreté : ainsi l'on fait des injections fréquentes d'eau tiède dans la bouche, on gratte et on lave les dents. Il ne faut donc pas attribuer au chlorate de potasse toutes les guérisons que l'on obtient, et cependant on ne peut lui contester une utilité très réelle.

Dans l'angine couenneuse, les résultats ont paru varier à l'infini; il faut renoncer à employer le chlorate de potasse à l'intérieur seulement, son action n'est pas suffisante; il faut toujours combiner son action topique sur les parties malades avec son action générale à la suite de l'ingestion. Quelquefois il faut saupoudrer les parties malades, ou faire garder dans la bouche, pendant quelque temps, la solution de chlorate de potasse avant de l'avaler. Une fois, entre autres, j'ai vu une guérison très rapide; mais, dans d'autres cas, j'ai dû abandonner le chlorate de potasse pour avoir recours aux caustiques.

M. Roger : Certainement il faut tenir compte de la marche naturelle de la maladie, et ne pas attribuer au chlorate de potasse ce qui ne lui appartient pas; mais ce qu'il y a de remarquable dans l'action de ce médicament pris à l'intérieur, c'est la rapidité de son action. Cette action est des plus remarquables dans la stomatite pseudo-membraneuse, qu'il modifie sensiblement en douze ou vingt-quatre heures. Au bout de quelque temps, il est vrai, elle paraît s'épuiser. Sans être aussi certaine, aussi constante dans l'angine couenneuse, l'action du chlorate de potasse n'en est pas moins très digne d'attention; s'il est loin de guérir dans tous les cas, du moins très souvent il simplifie la maladie; c'est certainement le médicament qui offre le plus de ressources contre l'angine couenneuse; et il est bien précieux, dans une maladie comme celle-là, d'avoir entre les mains un médicament qui ait une action évidente. Le point pratique important, c'est que le chlorate de potasse me paraît avoir une action nette, rapide et intense dans une affection pseudo-membraneuse, et qu'on peut espérer le même résultat avantageux dans d'autres phlegmasies également couenneuses.

M. Legendre a employé fréquemment le chlorate de potasse dans la stomatite ulcéro-membraneuse, et il en a obtenu des résultats immédiats. Un jour, on lui amène un enfant atteint de stomatite ulcéro-membraneuse, avec odeur très fétide; il administre le chlorate de potasse topiquement et en potion. Le lendemain, il n'y avait plus traces de fausses membranes. Souvent, on obtient la guérison en trois ou quatre jours. Cependant, il arrive fréquemment qu'après la première modification, les ulcérations persistent malgré l'usage prolongé du chlorate de potasse, et alors, il faut cautériser; il est à remarquer aussi que les maladies paraissent récidiver plus fréquemment à la suite de l'emploi de ce médicament, et il faut ajouter que l'on n'obtient pas toujours des résultats aussi satisfaisants. M. Legendre a employé aussi le chlorate de potasse dans le croup; ainsi, par exemple, chez un enfant de 6 ans qui fut amené atteint d'un croup très grave avec fausses membranes dans la gorge, le chlorate de potasse fut mis en usage à la dose de 4 g' dans une potion, avec addition de 0,50 de musc pour combattre l'élément spasmodique qui paraissait exister. Le lendemain, pas de modification, le traitement fut continué. Dans la nuit suivante, survint une notable amélioration. La sécrétion bronchique et glandulaire fut considérablement augmentée, le malade rendit des crachats nombreux contenant des fausses membranes en abondance; la sécrétion muqueuse avait aidé le détachement des fausses membranes. La toux est moins stridente, la voix moins rauque, et enfin l'enfant guérit parfaitement. A côté de ce succès, il est bon de citer un autre cas où la mort survint en quarante-huit heures, malgré l'emploi du chlorate de potasse. En résumé, le chlorate de potasse, quand il agit, agit rapidement, mais son action n'est pas durable.

M. Legroux insiste sur le fait remarquable de l'augmentation des sécrétions qui a une bien grande importance pour faciliter le décollement des fausses membranes, ce fait a été mis en évidence par M. Isambert dans sa thèse. Chez un adulte atteint de trachéo-bronchite couenneuse, le chlorate de potasse détermine une sécrétion extrêmement abondante, des vomitifs furent administrés pour expulser les fausses membranes et le malade guérit. M. Legroux a employé aussi plusieurs fois le chlorate de potasse en ville, chez des enfants atteints de croup, et, dans aucun cas, il n'a vu de modifications. Le médicament a été administré à l'intérieur.

M. Grisolle a administré le chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle et il en a vu des résultats immédiats. Chez un homme qui avait un gonflement énorme des gencives, qui pouvait à peine entr'ouvrir la bouche, le lendemain était survenue une amélioration extraordinaire, le deuxième jour il commençait à manger et le troisième jour il était guéri. Chez une femme, la guérison survint dans les vingt-quatre ou trente-six heures qui suivirent le début du traitement. Il en fut de même dans un troisième cas. Chez un homme qui portait des ulcérations scorbutiques de la bouche, le chlorate de potasse, employé avec persévérance, resta sans effets. Dans un cas d'angine couenneuse, chez une petite fille qui guérit cependant, on ne put saisir aucune action.

M. Barthez croit devoir revenir encore sur la propriété que possède le chlorate de potasse d'agir rapidement; si son action n'est pas rapide, il faut l'abandonner, et ne pas hésiter à employer un autre mode de traitement, parce qu'il n'agira pas. Il s'est assuré de cette propriété remarquable dans les stomatites ulcéro-membraneuses de la manière suivante : il a divisé un certain nombre de malades, atteints de stomatite ulcéro-membraneuse, en quatre catégories; aux uns, il a fait seulement nettoyer la bouche; à d'autres, il a donné le chlorate de potasse à l'intérieur en potion; à d'autres, enveloppé dans du pain azyme; chez les autres, il l'a employé topiquement. Par le nettoyage seul, il a obtenu des modifications aussi rapides que par le chorate administré en potion. Enveloppé, il n'a produit que peu d'effet; appliqué topiquement, il a agi plus rapidement qu'une potion. Quant à la suite de son usage interne seulement, les fausses membranes ont disparu et qu'il reste des ulcérations, son application topique les guérit. La meilleure manière d'employer le chlorate de potasse est donc de l'administrer à la fois en potion et en topique.

M. Bébier : On a obtenu parfois des résultats très remarquables avec le bicarbonate de soude. Il y a sept ou huit mois, j'ai vu un malade atteint d'angine couenneuse grave, et qui devait succomber, selon toutes les prévisions. On appliqua du bicarbonate de soude directement sur les fausses membranes; le lendemain matin, après quatre applications, elles avaient entièrement disparu, et ne se sont pas reproduites. J'en ai vu un autre exemple où une seule application a suffi. Quant au chlorate de potasse employé dans la stomatite mercurielle, j'ai été moins heureux que M. Grisolle. Je n'en ai obtenu aucun bon résultat, tandis qu'avec le jus de citron j'ai des guérisons très rapides.

M. Delasiauve n'a jamais fait usage du chlorate de potasse; mais il ne s'étonne pas de la différence d'action que l'on a signalée, chaque malade a sa susceptibilité particulière, et il n'est pas surprenant que, dans certains cas, le chlorate agisse avec une rapidité merveilleuse, tandis que, dans d'autres cas, il n'agisse nullement.

M. Ch. Bernard rapporte le fait d'une jeune fille qui était atteinte depuis un mois d'une stomatite intense; il y avait une salivation abondante, mais pas de gonflement bien notable. Il fut impossible de découvrir la cause de cette maladie. Le chlorate de potasse fut administré à la dose de 4 grammes, et, au bout de vingt-quatre heures, l'amélioration était manifeste; en quatre jours la malade fut guérie. Dans la stomatite mercurielle légère, il n'en a pas vu d'effets.

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

VARIÉTÉS.

Une très importante question d'hygiène rurale a fourni à M. Huzard, membre de la Société impériale et centrale d'agriculture et du conseil d'hygiène et de salubrité publiques, le sujet d'observations dont voici la substance :

Dans presque toutes les fermes, les employés que que leurs occupations attachent aux étables, aux écuries, aux bergeries, etc., couchent dans les endroits où séjournent les animaux auxquels ils donnent leurs soins. Non seulement on ne regarde pas cette habitude comme vicieuse, mais encore, dans quelques campagnes, on pense que certaines maladies sont guéries par un séjour plus ou moins prolongé dans les étables.

D'après M. Huzard, cette méthode, basée sur la routine, doit être répudiée par le bon sens. Il considère comme anormal et en dehors de toutes les règles de l'hygiène le séjour des hommes dans un endroit rempli d'animaux, attendu qu'on ne peut y respirer qu'un air usé, vicié par la respiration de ces derniers et manquant des principes organiques nécessaires à la santé.

Les cultivateurs chez lesquels ce système est en faveur, et ils sont nombreux, objecteront sans doute, fait-il remarquer, que leurs gens n'éprouvent pas de malaise et ne se plaignent d'aucun dérangement de santé. Sans doute, dit-il alors, ils n'attribuent pas à cette cohabitation les maladies dont ils sont atteints, par exemple, les écrouelles, les accidents morbides du système lymphatique, et cependant il est certain qu'ils en sont la conséquence.

Toutefois, l'auteur des observations reconnaît que les symptômes provenant de cet état de choses sont longs à se déclarer, parce qu'il y a intermittence dans la situation, et que l'air du jour peut, jusqu'à un certain point, remédier à l'absorption des miasmes putrides de la nuit; mais il affirme que, si l'influence exercée est tardive, son existence n'en est pas moins réelle et nuisible.

Il admet encore que, pendant l'été, il y a moins d'inconvénients peut-être, par la raison que l'air est généralement sec, que les animaux sont dehors une partie de la journée, et que la nuit on établit des courants d'air; mais l'hiver il n'en est pas ainsi. En effet, les bêtes à cornes et les moutons restent presque toujours enfermés; les ouvertures pouvant donner passage à l'air extérieur sont hermétiquement bouchées; les exhalaisons animales n'ont, en conséquence, aucune issue, et alors, d'après M. Huzard, il y a barbarie et danger sérieux à forcer les ouvriers des fermes à y demeurer la nuit.

L'administration du chemin de fer de l'Est a décidé qu'elle accorderait une réduction de moitié sur le prix du voyage (aller et retour) aux médecins qui viendraient à Paris les 19 et 20 août, et seraient porteurs d'une carte d'entrée au banquet.

— MM. les médecins de l'armée et de la flotte qui ont pris part à la guerre d'Orient et qui n'ont point reçu de circulaire d'invitation au banquet, sont priés de se considérer comme invités, bien qu'un oubli ait pu être commis à leur égard.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 95. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 7 Août 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne, aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ (M. Trousseau) : Maladie d'Addison ou maladie bronzée. — III. CHIMIE PHYSIOLOGIQUE : Du rôle chimique de l'acide carbonique dans l'économie animale. — IV. ODONTOGÉNIE : L'ivoire est-il le produit d'une sécrétion, d'une transsudation à la surface du bulbe dentaire? ou est-il le résultat d'une transformation et d'une véritable ossification de ce bulbe? — V. ÉPIDÉMIOLOGIE : Réponse à la note de M. Bonnafont sur la différence de la spécificité contagieuse du choléra et du typhus démontrée par des faits. — VI. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 5 août : Correspondance. — Lectures. — Présentation. — VII. PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE : Dans un empoisonnement par les cantharides et la cantharidine, doit-on administrer des corps gras? — Accouchement prématuré artificiel, provoqué d'après la méthode du professeur Scanzoni. — VIII. Correspondance.

PARIS, LE 6 AOUT 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Deux lectures de savants étrangers à l'Académie et une communication de M. Bouley ont suffi pour remplir cette séance.

M. le docteur Legouest a lu un mémoire dans lequel il a cherché à établir les résultats définitifs des amputations partielles du pied et de la partie inférieure de la jambe, par l'appréciation des divers procédés et des diverses méthodes employées. Les conclusions fort sages de l'auteur seront sans doute confirmées par la commission qui est chargée d'examiner son travail.

La publication que nous faisons dans ce numéro même du mémoire lu par M. Mialhe nous dispense de toute analyse.

La communication faite par M. Bouley est relative aux accidents déterminés par la ligature de l'œsophage ; c'est un nouveau fait ajouté à ceux que ce savant vétérinaire avait produits dans la dernière séance, mais cette fois avec pièces justificatives, c'est-à-dire avec le cadavre du pauvre animal qui a été le sujet du sacrifice.

Cette question très grave, puisque si les faits observés à Alfort venaient à être confirmés par l'opinion générale, ils ne tendraient à rien moins qu'à jeter la perturbation dans la doctrine toxicologique régnante, cette question, disons-nous, est renvoyée à l'examen d'une commission dont les expérimentations vont bientôt commencer. Il est prudent de rester sur la réserve. Si nous sommes bien informé, un expérimentateur dont personne ne contestera l'habileté et la compétence, M. Jobert de Lamballe, aurait pratiqué déjà quatre fois, depuis mardi dernier, la ligature de l'œsophage, et les quatre chiens victimes de cette expérience l'auraient subie sans conséquence grave et sans présenter ce cortége de symptômes qui a été observé à Alfort. A Alfort même, nous assure-t-on, il y aurait dissidence, car il y aurait différence dans les résultats obtenus. Pendant qu'entre les mains de MM. Bouley et Raynal la ligature de l'œsophage entraînerait presque toujours des accidents graves et souvent la mort, sous les mains plus heureuses de M. Colin, cette opération serait à peu près innocente et indemne de toute conséquence fâcheuse.

Ne nous hâtons donc pas de rien conclure, et sachons attendre les résultats de l'expérimentation nouvelle.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. TROUSSEAU.

MALADIE D'ADDISON OU MALADIE BRONZÉE (1).

Messieurs,

Les médecins, qui rendent difficilement justice à leurs confrères, quelquefois pourtant, peut-être parce que cela leur est plus commode, peut-être aussi par un sentiment d'équité, qui est trop rare malheureusement, les médecins, dis-je, imposent aux maladies des noms qui rappellent ceux qui les ont découvertes. C'est ainsi que, dans le siècle dernier, on a dénommé cette maladie de la colonne vertébrale caractérisée par la présence des tubercules, par la carie, par le ramollissement des vertèbres, par les abcès, par la paraplégie, par la gibbosité, que nous appelons la carie vertébrale, on l'a dénommée du nom de Pott, et le nom est resté : *Maladie de Pott*. Dénomination qui est un témoignage de reconnaissance rendu à un médecin recommandable qui, le premier, a appelé l'attention sur cette affection.

De nos jours, nous avons eu la même libéralité pour M. Bright, qui a décrit si merveilleusement une maladie toute nouvelle, non pas nouvelle dans son existence, mais nouvelle par la description qu'il en a donnée, l'*albuminurie chronique* avec ses formes diverses, et nous l'avons dénominée *maladie de Bright*, et, je le répète, ce nom est admirable, en ce qu'il est un témoignage de reconnaissance publique.

Je regrette, pour mon compte, que l'on ne continue pas à dénommer l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte du nom de Corrigan, *la maladie de Corrigan*. Je regrette qu'on n'appelle pas l'endocardite *la maladie de Bouillaud*. Je le regrette profondément ; c'est une iniquité de ne pas le faire.

Aujourd'hui, je veux imposer à la maladie que nous avons au n° 5 de la salle Saint-Agnès, le nom de celui qui l'a découverte, et c'est encore un médecin anglais, Addison, le doyen des médecins de l'hôpital de Guy, à Londres. Je veux appeler *maladie d'Addison* la maladie qu'il a caractérisée sous le nom de *bronze disease*, maladie qui rend la peau *bronzée*. Je trouve plus équitable, plus moral, de l'appeler *maladie d'Addison*, comme on a appelé l'albuminurie chronique *maladie de Bright*, comme on devrait appeler l'endocardite *maladie de Bouillaud*.

Addison est un des collègues et des collaborateurs de Bright ; il était déjà connu il y a vingt ans par les travaux qu'il a publiés dans les divers recueils de médecine, et surtout par ses travaux confirmatifs des belles recherches de Bright. Dans le cours de sa pratique hospitalière, il fut frappé plusieurs fois de la coloration très étrange que prenaient certains individus, coloration ressemblant à du bronze et se manifestant d'une manière plus spéciale sur les mains, sur le pénis, sur les bourses, au pli des cuisses, au pli des aisselles, maladie qu'il ne comprit pas d'abord, maladie dont il rechercha les conditions anatomiques, attendu qu'il ne vit pas survivre un seul des individus qui en aient été atteints. Recherchant, car il était habitué à le faire, les lésions des reins dans une maladie où l'anémie semblait exister, il reconnut que ces malades avaient tous des lésions des *capsules surrénales*. Il avait de bonne heure été frappé de cette singulière coïncidence ; il lui sembla que le premier chez lequel il avait découvert les lésions que je viens d'indiquer pourrait bien lui avoir donné la clé de la maladie. Il publia, l'année dernière, onze observations de la *maladie bronzée*, dans lesquelles l'autopsie put être faite, et invariablement on trouva des lésions des capsules surrénales. Il se crut en droit de dire, non pas que la *maladie bronzée* était la conséquence nécessaire de la lésion des capsules surrénales, pas plus qu'un médecin raisonnable ne serait en droit de dire que la fièvre putride est la conséquence de la lésion des glandes de Peyer, ou que la variole est la conséquence des pustules de la peau, ou que la fièvre intermittente est la conséquence de la lésion de la rate. Il ne dit pas cela, mais il dit : Voici une condition anatomique spécifique qui me permet de reconnaître cette forme d'anémie au milieu des autres anémies ; ce sera l'anémie, ce sera la maladie générale dans laquelle il y a des lésions des capsules surrénales, sans prétendre que ces lésions soient la cause de la maladie.

Puis autour de lui, des collègues de son hôpital, des médecins de la Grande-Bretagne, firent des recherches dans le même sens, et cette *maladie d'Addison*, qui ne commença à être connue que l'année dernière par les travaux qu'il avait publiés, a été retrouvée un assez grand nombre de fois et invariablement aussi avec des lésions des capsules surrénales. Aujourd'hui, dans notre service, un homme se présente avec cette même maladie que je vais essayer de vous décrire, d'abord d'après l'exemple clinique que vous avez sous les yeux, ensuite en prenant la description qu'en a donnée Addison, description que vous retrouvez dans une analyse remarquable, publiée récemment par M. Lasègue, dans les *Archives de médecine*.

Cet homme est âgé de trente ans ; il est cocher du ministre de l'intérieur. Il a un métier assez rude, mais pourtant infiniment moins rude que celui d'un cocher de place, d'un cocher d'omnibus, que celui de ces gens qui sont sur leur siége depuis le matin jusqu'au soir, exposés à toutes les intempéries, mal couverts, mal nourris comme ils le sont très souvent. Il était donc dans des conditions relativement assez bonnes pour un cocher, bien payé, bien nourri, bien vêtu, traité par ses chevaux, ayant seulement un sommeil qu'il ne pouvait pas prendre aussi aisément qu'il l'eût désiré, lorsque, il y a quatre ou cinq mois, il commença à maigrir. Il nous dit : qu'il a maigri de plus *des trois quarts ;* cela veut dire, en tenant compte de l'exagération, qu'il était gras et qu'il est devenu maigre ; il a maigri singulièrement, de manière à alarmer sa famille et à être alarmé lui-même. Puis, il s'est aperçu, il y a trois mois, que ses mains devenaient noires. — Il les lavait, il les lavait encore, et la coloration ne disparaissait pas. — Je l'ai fait baigner hier dans une solution de sous-carbonate de soude ; ses mains sont un peu plus noires qu'elles ne l'étaient auparavant.

Il s'aperçut donc que ses mains devenaient noires, que sa figure prenait la teinte bise, enfumée d'un mulâtre. Il s'aperçut que la membrane muqueuse de ses lèvres devenait noire comme celle de certains chiens ; que, sur son corps, différentes parties devenaient noires ; qu'il avait la peau comme malpropre. — Quand nous l'examinions, nous trouvions ses ongles d'une blancheur extraordinaire, preuve que la teinte de ses mains ne tient pas aux souillures de l'épiderme. Ses ongles avaient la blancheur des ongles des anémiques. Ses mains ont presque la couleur des mains d'un nègre ; le pénis est lui-même très noir, ainsi que les bourses, ainsi que le pli de l'aine et le pli des bras. — L'auréole du mamelon n'est pas colorée d'une manière extraordinaire. Cependant il a été indiqué que l'auréole du mamelon, dans cette maladie, prenait, dans beaucoup de circonstances, une teinte excessivement foncée, comme la teinte qu'on observe chez les femmes enceintes à la fin de leur grossesse.

Cet homme nous dit qu'il est profondément débilité, qu'il ne peut plus faire une course, que ses jambes fléchissent sous lui. Lorsque nous l'auscultons, nous trouvons du bruit de souffle dans les vaisseaux comme nous en trouvons chez les individus anémiques. Du côté du cœur, au 1er temps et vers la base, un souffle extrêmement doux comme le souffle qu'on trouve chez les chlorotiques et chez les anémiques. Les poumons et l'estomac dans de bonnes conditions ; le foie, la rate, sans hypertrophie ; aucune lésion appréciable, ce malade n'a pas non plus d'albumine ni de glycose, dans les urines (notez cette circonstance) ; nous les avons examinées deux fois déjà. Il nous conte que, de temps en temps, il a, dans les profondeurs des flancs des douleurs comme rhumatismales, douleurs qui paraissent, cessent, reparaissent et cessent de nouveau ; rien de fixe, de net, et j'ai d'autant plus insisté sur ce point, que j'espérais trouver une lésion des capsules surrénales, caractérisée par quelque douleur fixe.

Cet homme a donc les symptômes attribués par Addison à la *maladie du bronze*, à la *maladie bronzée*.

Revenons maintenant, Messieurs, à l'analyse du travail d'Addison et comparons tout de suite les symptômes éprouvés par ce malade à ceux qu'Addison a rapportés dans son ouvrage.

Vous savez, et de reste, que nous ne savons rien des capsules surrénales. Ces capsules, le thymus, sont des organes très développés dans le fœtus, et aussitôt que l'œuf éclot, les capsules surrénales s'atrophient ainsi que le thymus. Pas de conduits excréteurs. Il y a pourtant une texture glanduleuse ; mais nous ne comprenons pas à quoi le thymus et les capsules surrénales peuvent être bons. Ce que nous savons, c'est que, quelquefois, les capsules surrénales subissent des altérations graves comme tous les autres organes, qu'il y vient des kystes, des hémorrhagies apoplectiformes, des tubercules, des cancers divers. Quant à la physiologie de ces organes, nous ne savons rien.

Il est vrai qu'il est un organe qui, dans une autre forme d'anémie, est bien gravement atteint, c'est la rate, et que nous ne savons pas davantage à quoi il peut servir ; nous ne lui connaissons non plus aucun vaisseau excréteur ; nous ne savons pas à quoi elle est bonne ; nous savons que ses lésions coïncident avec de graves désordres dans la santé, mais nous ne savons à quoi elle est bonne physiologiquement, et peut-être l'ignorerons-nous longtemps encore.

Quant aux capsules surrénales, on constate un fait assez curieux : c'est qu'elles sont beaucoup plus volumineuses chez les nègres que chez les blancs. Ainsi il semblerait, mais n'allons pas trop loin dans cette direction, il semblerait qu'elles ne sont pas sans relation avec les sécrétions du pigment. Les nègres sont plus riches en pigment que nous ; ils ont un pigment très spécial au moins. On remarque chez les nègres un développement plus considérable des capsules surrénales. — Chez l'enfant dans le sein de sa mère, il y a très peu de pigment. Nous ne voyons pas à quoi servirait cet organe qui alors devrait en sécréter beaucoup ; nous ne voyons pas que les enfants qui naissent soient plus noirs que les adultes ; c'est le contraire. — Par conséquent, cette espèce d'aperçu physiologique qu'on veut essayer de faire, pourrait bien n'être qu'une sorte d'effort auquel il ne faudrait attacher qu'une importance très secondaire. — Mais enfin lorsqu'on voit une maladie dans laquelle, comme dans la *maladie d'Addison*, il y a des modifications pigmentaires, et qu'en même temps on trouve cet organe beaucoup plus développé chez les nègres, on est induit à trouver quelque relation entre cet organe et les sécrétions pigmentaires.

(1) L'intérêt qui s'attache à cette maladie bizarre, nous engage à publier dès aujourd'hui la leçon de M. Trousseau sur la maladie d'Addison ; nous reprendrons immédiatement la suite des leçons sur les maladies chroniques de l'estomac. La version que nous publions a été revue par le professeur.

Je n'en dis pas davantage, et je vous prie de croire que ceux-là mêmes qui en parlent n'établissent pas de plus grandes analogies que je n'en établis moi-même, et gardent tout à fait la même réserve.

(La suite prochainement.) Dr ARCHAMBAULT.

CHIMIE PHYSIOLOGIQUE.

DU ROLE CHIMIQUE DE L'ACIDE CARBONIQUE DANS L'ÉCONOMIE ANIMALE ;

Mémoire lu à l'Académie impériale de médecine, le 5 Août 1856,

Par M. MIALHE.

Le travail que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie a pour but de rechercher quel est le rôle chimique de l'acide carbonique dans l'économie animale.

M. Dumas, dans le discours d'ouverture prononcé à la Faculté de médecine de Paris, le 16 novembre 1846, s'exprimait ainsi :

« Les os abandonnés à eux-mêmes sur le sol, se divisent peu à » peu et disparaissent. Quelle est la force nouvelle qui intervient » pour en dissoudre les éléments? D'après mes expériences, c'est » l'eau, non pas l'eau pure : le phosphate de chaux des os y est » insoluble; mais l'eau chargée d'acide carbonique, celle des » pluies, des sources, celle en un mot qui baigne partout le sol. » A la faveur de cet acide carbonique, le phosphate de chaux se » dissout, les os se désagrègent, et les derniers vestiges de la vie » animale disparaissent. »

En méditant l'éloquent exposé de M. Dumas sur le rôle de l'acide carbonique comme agent de dissolution chez tous les êtres organisés, nous avons été conduit à étudier comment, chez les animaux, l'acide carbonique détermine ces phénomènes de dissolution.

I.

§ — L'acide carbonique, qui existe dans l'économie animale, est le résultat de la combustion directe ou indirecte de l'oxygène avec tout ou partie du carbone des matières alimentaires : il est en grande partie immédiatement saturé par les bases alcalines contenues dans le sang avec lesquelles il forme des combinaisons. Or, les expériences de Liebig, Marchand, Lehmann et les nôtres propres, ont actuellement mis hors de doute que les éléments alcalins de l'économie sont à l'état de bicarbonates, et non d'alcalis libres ou simplement carbonatés, comme on l'avait tour à tour admis.

Ces bicarbonates, dont la formation est en quelque sorte forcément déterminée par la production incessante et l'excès d'acide carbonique qui sursature les liquides alcalins, ne peuvent à la pression et à la température animale être réduits en carbonates neutres ou sesqui-carbonates, de sorte que le sang qui les renferme constitue un liquide alcalin bicarbonaté offrant, abstraction faite des principes organiques, la plus grande analogie avec certaines eaux minérales, telles que celles de Vichy, de Vals, de Pougues, de Carlsbad.

Il en résulte que les composés salins à base de chaux et de magnésie qui arrivent dans le sang par voie d'absorption, se trouvant en présence de bicarbonates de soude et de potasse, doivent subir une double décomposition qui donne lieu à de nouveaux sels alcalins et à des bicarbonates de chaux et de magnésie, composés solubles, susceptibles de parcourir tout le cercle circulatoire sans éprouver de décomposition et de précipitation.

§ — S'il est facile de comprendre que les sulfates et carbonates calcaires puissent être décomposés par les bicarbonates de l'économie, on se rendra plus difficilement compte de l'action de ces bicarbonates sur le phosphate calcaire basique qui existe dans les tissus des animaux, et l'on aura peine à concevoir comment l'acide carbonique, acide faible et uni à des bases qui en paralysent encore l'action, puisse attaquer et dissoudre la chaux combinée avec un acide aussi puissant que l'acide phosphorique.

Cependant le fait a lieu, et les déjections nous fournissent de nombreux exemples de ces transformations. Tout en nous maintenant dans les lois générales de la chimie, nous croyons pouvoir ainsi expliquer ces phénomènes : L'oxygène introduit dans l'économie par les voies respiratoires, se porte sur les éléments organiques et les brûle en donnant naissance à de l'eau et à de l'acide carbonique dont la majeure partie est immédiatement saturée par les bases alcalines contenues dans le sang (bases qui elles-mêmes, pour a plupart, sont dues à la combustion des sels alcalins à acides organiques); mais, en même temps, il se porte également sur le soufre et le phosphore existant dans les matières albuminoïdes, et détermine la production d'une certaine quantité d'acides sulfurique et phosphorique, acides qui ont le pouvoir de transformer le phosphate de chaux basique insoluble, en phosphate acide soluble, et, partant, susceptible d'être réactionné par les bicarbonates alcalins contenus dans le sang, et d'être transformé en bicarbonate de chaux, et en phosphates de soude et de potasse, tous composés solubles pouvant parcourir les voies circulatoires pour aller se perdre dans les urines.

§ — A l'appui de cette explication, nous allons citer des faits qui prouvent que ces mutations chimiques ne peuvent s'opérer que sous l'influence des bicarbonates alcalins, car les bicarbonates donnent lieu à des combinaisons solubles, tandis que les carbonates donnent lieu à des combinaisons insolubles, incompatibles avec la santé et l'existence.

1° Nous avons congulé par la chaleur une partie de sang de bœuf mêlé à quatre parties d'eau distillée : nous avons obtenu un précipité qui, séparé par décantation des matières animales, a fourni du carbonate de chaux et quelques traces de carbonate de magnésie. Ces carbonates insolubles résultaient évidemment de l'action de la chaleur sur les bicarbonates calcaires et magnésiens existant dans le sang.

2° Nous avons traité par la pepsine du lait de vache nouvellement trait, et nous avons eu un sérum qui, après filtration, offrait une transparence parfaite. Ce sérum, soumis à une température de 80 à 100 degrés est devenu trouble et a laissé déposer des matières terreuses et caséeuses. L'analyse a démontré que les matières terreuses étaient formées par des carbonates de chaux et de magnésie qui s'étaient précipités en perdant l'excès d'acide carbonique qui les maintenait en dissolution.

3° M. Bernard a montré que la salive parotidienne laisse déposer du carbonate de chaux cristallisé dès qu'on l'expose à l'air : il est incontestable que ce carbonate de chaux tire son origine du bicarbonate existant en dissolution dans le liquide salivaire, qui, au contact de l'air, laisse échapper l'excès d'acide carbonique qui rendait soluble le carbonate de chaux.

4° M. Stass a trouvé dans les eaux de l'amnios et de l'allantoïde du veau, des sels bicarbonatés tout semblables à ceux qui existent dans les urines de la vache.

5° Nous avons démontré, en étudiant l'influence des eaux de Vichy sur l'économie animale, que le bicarbonate de soude, versé dans les urines normalement acides, ne détermine aucun précipité : il se fait un échange de bases entre les phosphates acides en dissolution dans l'urine et les bicarbonates introduits, de sorte qu'il se forme des phosphates de soude et de potasse et des bicarbonates de chaux et de magnésie, tous sels solubles parfaitement stables à la température animale.

Les urines physiologiquement alcalisées par l'absorption des eaux de Vichy, soit en bains, soit en boissons, présentent exactement les mêmes réactions, et elles restent claires, limpides, ne donnant lieu à aucun précipité.

Or, dans l'un et l'autre cas, les urines contiennent des sels devenus solubles uniquement par la présence des bicarbonates, et ce qui le prouve, c'est qu'elles perdent leur limpidité et se troublent complétement si on les soumet à l'ébullition : par la chaleur, on chasse l'excès d'acide carbonique qui tenait les bases en dissolution et balançait la puissance de l'acide phosphorique; ce dernier, en présence de carbonates simples, reprend ses bases de chaux et de magnésie et forme un précipité auquel se joint une plus ou moins grande quantité de carbonates.

C'est en vertu de ces transformations chimiques que les urines alcalisées par l'eau de Vichy ne peuvent, dans aucun cas, fournir les éléments d'un calcul, car elles arrivent dans la vessie parfaitement solubles et limpides, et ne précipitent que par l'ébullition les sels qu'elles contiennent. Lorsque les urines, ainsi que nous l'avons indiqué dans un travail spécial sur les calculs vésicaux, sont avant, soit après l'ingestion des eaux de Vichy, présentent un dépôt de phosphate de chaux ammoniaco-magnésien, ce dépôt est nécessairement formé dans la vessie par une certaine quantité d'ammoniaque résultant de la modification de l'urée par l'altération des membranes. Alors l'ammoniaque, dont la quantité très variable est continue ou temporaire, précipite les phosphates de chaux et de magnésie tout aussi bien des urines naturellement acides que des urines rendues alcalines par le bicarbonate, et forme un composé triple de phosphate de chaux, d'ammoniaque et de magnésie, lequel peut devenir la cause d'un calcul, dit calcul fusible, ou bien se déposant sur un calcul urique ou oxalique déjà existant, peut produire un calcul alternant.

Comme ce sont toujours les mêmes lois chimiques qui président aux mêmes réactions dans l'économie animale, les phénomènes de décomposition des bicarbonates et de précipitation des sels insolubles se reproduiront partout où se rencontrera l'ammoniaque. Ainsi, dans les humeurs de l'œil (humeur aqueuse et humeur vitrée), où M. Millon a reconnu la présence de l'urée, il se forme, dans certains cas d'inflammation, des précipités de phosphates et carbonates de chaux et de magnésie, précipités qui sont dus à l'action des éléments ammoniacaux résultant de la décomposition de l'urée par l'altération des membranes. C'est à ces causes que, selon nous, doit être rapportée la formation de certaines variétés de cataractes, vraies ou fausses, désignées sous le nom de cataractes crayeuses.

§ — Il résulte manifestement de ces faits et de ces expériences, que la précipitation des sels de chaux et de magnésie a forcément lieu quand les liquides ne sont plus à l'état de bicarbonates. De sorte que le sang qui contiendrait des alcalis libres ou simplement carbonatés, ne tarderait pas, par la précipitation continuelle des éléments calcaires, à engorger la cavité des vaisseaux sanguins, de même que les eaux riches en carbonates de chaux et de magnésie encroûtent rapidement leurs tuyaux conducteurs.

En rendant impossible dans l'économie animale l'existence des alcalis libres ou simplement carbonatés, la nature a résolu un double problème : elle a évité l'action trop caustique des liquides alcalins sur les tissus vivants, et elle a assuré la libre circulation de tous les composés à base de chaux et de magnésie introduits par les aliments et les boissons.

II.

§ — Mais le rôle de l'acide carbonique et des bicarbonates auxquels il donne naissance ne se borne pas à des phénomènes de dissolution, il est également indispensable à la combustion de certaines substances telles que les sucres, qui, ne pouvant s'unir directement à l'oxygène, échappent à l'oxydation intraviscérale dès que les alcalins font défaut.

Nous soutenons depuis longtemps cette opinion, et nous demandons à l'Académie l'autorisation de combattre, par quelques arguments, les conclusions du travail que M. Poggiale lui a dernièrement communiqué.

Telles sont ces conclusions :

« En augmentant considérablement l'alcalinité du sang, le sucre » ne diminue pas et la proportion de ce principe peut s'élever à 7 » pour 1000 dans les urines alcalines, lorsqu'on nourrit les ani- » maux avec des aliments féculents ou sucrés additionnés de bi- » carbonate de soude.

» Si l'on injecte dans la veine jugulaire d'un lapin un demi- » gramme de glycose dissoute dans l'eau distillée, on retrouve le » sucre dans les urines; si l'on injecte la même quantité de gly- » cose additionnée d'un gramme de bicarbonate de soude, on re- » trouve dans les urines autant de sucre que lorsque l'injection se » fait avec une dissolution sucrée seulement.

» Les carbonates et bicarbonates alcalins, en dehors de l'écono- » mie animale, n'agissent pas sur la glycose au-dessous de 95 de- » grés; or, en admettant que l'action des carbonates alcalins » sur la glycose soit dans l'organisme analogue à celle qui s'opère » dans le laboratoire, cette action ne peut s'effectuer dans le sang » dont la température ne dépasse pas 37 degrés. »

§ — Pour nous, lorsque nous avons cherché les causes de destruction de la glycose dans l'économie, nous avons commencé à établir par des expériences qui peuvent être facilement vérifiées, que la glycose seule, soit à froid, soit à chaud, n'a aucune affinité pour l'oxygène; qu'elle est complétement sans action sur le bioxyde et les sels de cuivre; qu'elle n'acquiert de propriété réductive, qu'elle ne peut absorber l'oxygène et se combiner avec lui, qu'autant qu'elle est décomposée, transformée en substances nouvelles, et que ces transformations ne peuvent avoir lieu que sous l'influence des alcalis libres ou carbonatés.

Ces faits incontestables nous ont conduit à penser que, dans l'économie animale, la glycose doit être soumise aux mêmes lois chimiques, et qu'elle ne peut se combiner avec l'oxygène sans l'intervention des éléments alcalins. Mais nous n'avons jamais prétendu que les alcalins dussent seuls opérer la destruction de la glycose, nous avons tenu grand compte des phénomènes de circulation et de respiration, qui, sous la dépendance du système nerveux, exercent une si grande influence sur l'oxygénation, et nous avons dit : les phénomènes généraux de combustion intra-vasculaire sont en rapport direct avec la destruction de la glycose : tout ce qui activera la circulation et la respiration, marche, travail, efforts musculaires, air pur et abondant, sera favorable à cette destruction.

Or, lorsqu'on dit avoir, dans des expériences faites sur les animaux, augmenté l'alcalinité du sang sans voir diminuer la proportion du sucre dans les urines, c'est qu'on n'a rempli qu'une des conditions du problème qu'on se proposait; c'est qu'on n'a pas augmenté en même temps la circulation et la respiration, c'est-à-dire le mouvement et l'oxygène nécessaires à la destruction de la glycose : c'est positivement un foyer qu'on a fortement chargé de matières combustibles, sans lui donner la quantité d'oxygène indispensable à sa combustion.

§ — Il en est de même pour les injections faites avec une solution de glycose seule ou mélangée avec du bicarbonate de soude : M. Bernard a parfaitement démontré que, si l'on injecte une solution sucrée soit directement dans le sang, soit dans le tissu cellulaire sous-cutané, il ne faut pas dépasser certaines doses, autrement la matière sucrée apparaissait dans les urines. M. Lehmann a également constaté chez les chiens et les lapins que, dès que la quantité du sucre dans le sang arrivant au poumon, dépasse 30 centigrammes pour 100 grammes, le sucre apparaît dans les urines.

Mais, contrairement à ces résultats, les expériences de MM. Bernard et Barreswil, de MM. Bouchardat et Sandras, de M. Lehmann, les nôtres propres, ont parfaitement établi depuis longtemps que si les sucres de canne ou de betterave, introduits directement dans le sang, ne se détruisent pas et sont constamment éliminés par les urines, au contraire la glycose et les sucres intervertis, injectés dans les veines en certaine limite, sont complétement détruits et n'apparaissent point au dehors. Et d'après M. Bernard, c'est environ un gramme de sucre qui doit être considéré comme la dose limite de la destruction de cette substance chez les lapins pesant de 1,000 à 1,200 grammes.

Ces expériences décisives et maintes fois constatées ne permettent donc pas d'admettre qu'après avoir injecté dans la veine jugulaire d'un lapin une solution de glycose et de bicarbonate de soude, on ait pu retrouver dans les urines autant de glycose que lorsque l'injection se fait avec une dissolution sucrée seulement. Car ce dernier résultat ne peut être obtenu qu'autant qu'on s'est mis complétement en dehors des conditions physiologiques, puisqu'il est prouvé qu'en se maintenant dans les limites déterminées d'expérimentation, on ne retrouve jamais de glycose dans le liquide urinaire.

§ — Quant à la question de température, il est certain que l'économie n'a pas besoin de 95 et 100 degrés de chaleur pour effectuer ses phénomènes d'oxydation et de combustion.

C'est à la température ordinaire de 37 degrés que tous les corps qui peuvent se combiner, soit directement, soit indirectement, avec l'oxygène, sont oxydables dans l'économie animale. Ainsi, les hydrogènes sulfuré, sélénié, arsénié, deviennent presque instantanément vénéneux, en raison de la rapidité avec laquelle ils

absorbent l'oxygène et se combinent avec lui ; — le tannin s'oxyde en produisant de l'acide gallique ; — les sels alcalins à acides organiques sont brûlés en donnant pour résidus des bicarbonates alcalins qu'on retrouve en dissolution dans les liquides urinaires ; — l'alcool est entièrement brûlé puisqu'il n'en reste aucune trace ; — les matières albuminoïdes et azotées s'oxydent en produisant de l'eau, de l'acide carbonique, de l'acide urique, de l'urée, divers acides, etc.

Bien mieux, les conditions de l'économie vivante sont beaucoup plus favorables que celles des milieux chimiques ordinaires, puisque, dans beaucoup de cas, l'oxydation est plus rapide et plus complète, et qu'il suffit de quelques heures à l'organisme pour transformer des substances qui, dans l'air ambiant, ne s'oxydent qu'incomplétement et en un temps beaucoup plus long. Telles sont l'huile volatile d'amandes amères, qui passe à l'état d'acide benzoïque, et l'essence de canelle, qui se transforme en acide cinnamique.

§ — Dans ces diverses transformations, ce sont les phénomènes chimiques qui dominent, le système nerveux ne joue qu'un rôle accessoire, en présidant à la circulation et à la respiration : car le système nerveux exerce également son influence sur toutes les matières sucrées introduites par l'alimentation, et cependant, dans l'état normal de santé, les unes, la glycose et ses congénères, sont constamment détruites ; les autres, la gomme et la mannite ne le sont jamais. La cause de cette différence est uniquement due à l'aptitude qu'ont ces matières de se combiner ou non avec l'oxygène : la glycose avec l'intervention des alcalins peut, soit en dedans, soit en dehors de l'économie, être décomposée et se combiner avec l'oxygène ; la gomme et la mannite, qui ne s'unissent ni directement ni indirectement à l'oxygène, n'éprouvent aucune action de la part des réactifs de l'économie, c'est pourquoi elles traversent les voies digestives sans subir la moindre altération, et sortent dans le même état qu'elles y étaient entrées.

On ne peut donc considérer le système nerveux comme cause première dans ces circonstances, il est cause indirecte, cause à laquelle nous devons toutefois, comme nous l'avons déjà dit, attacher une grande importance en raison des mouvements de circulation et de respiration : car nous avons souvent expérimenté que, après l'ingestion de 30 grammes de tartrate de potasse et de soude, les urines deviennent alcalines en moins de deux heures, si l'on fait un violent exercice ; et qu'elles ne s'alcalisent qu'après quatre ou cinq heures, si l'on se tient au repos.

Cette tranformation si prompte et si complète du sel de seignette en bicarbonates de soude et de potasse, est une des meilleures preuves que nous puissions invoquer pour démontrer que la chaleur n'est pas la condition indispensable des oxydations intraviscérales, puisque chacun sait que dans nos laboratoires il ne faut pas moins d'une température rouge qui excède de beaucoup 100 degrés, pour réduire le tartrate de potasse et de soude en carbonates.

§ — Voilà des phénomènes d'oxydation dont on ne peut contester la réalisation dans l'économie animale, pourquoi se refuserait-on à admettre l'oxydation du sucre qui implique un bien moindre degré de température ?

D'ailleurs, il n'y a aucune parité à établir entre le foyer de l'économie et le foyer du laboratoire. Ce dernier a une puissance absolue qui brûle toute substance attaquable, détruit tout produit organique ; tandis que le foyer de l'économie a une action beaucoup plus limitée ; il n'attaque pas indistinctement toutes les matières, mais seulement celles qui, soit directement, soit indirectement, sont aptes à se combiner avec l'oxygène, en leur faisant subir des transformations comparables à celles qui résulteraient de leur contact avec l'air libre.

Cette oxydation vitale, qui s'effectue à une basse température, nous paraît devoir être rapportée à un phénomène catalytique entièrement semblable à l'oxydation déterminée par certains corps poreux et condensateurs de l'oxygène, tels que le noir et l'éponge de platine. L'admirable disposition des membranes, la multiplicité des surfaces, la porosité infinie, le mouvement circulatoire qui multiplie les contacts, font de l'organisme un appareil propre, comme le noir et l'éponge de platine, à condenser l'oxygène du sang et à le rendre apte à oxyder, brûler des corps sur lesquels il est sans action dans les circonstances ordinaires de l'atmosphère. Exemple : Le noir de platine alcalisé transforme à la température ordinaire la glycose en eau et acide carbonique, l'organisme détruit la glycose en la transformant aussi en eau et acide carbonique ; le noir de platine n'exerce aucune action sur le sucre de canne, la gomme et la mannite ; l'organisme n'exerce également aucune action sur ces substances.

C'est ainsi que nous comprenons le mécanisme de ces phénomènes qui, malgré les dénégations de nos adversaires, ne s'en produisent pas moins tous les jours sous nos yeux. Les faits cliniques et physiologiques sont tous en notre faveur ; et quant à ce qui concerne l'affection diabétique, il n'est personne aujourd'hui qui puisse nier les bons résultats des eaux alcalines ; de sorte que le vieil adage, *curationes naturam morborum ostendunt*, semblerait donner complète raison à la théorie que nous avons présentée sur la nature et le traitement du diabète. Cette théorie que nous défendons avec conviction, nous serons les premiers à l'abandonner quand il sera clairement démontré que la glycose peut s'unir directement à l'oxygène sans l'intervention des alcalins.

§ — En résumé, nous concluons des faits et des remarques qui précèdent, que l'acide carbonique, loin d'être un produit excrémentitiel n'ayant aucune utilité et devant être rejeté de l'économie animale, comme on le professait jusqu'à présent, est au contraire, en raison des bicarbonates auxquels il donne naissance, l'agent le plus indispensable des phénomènes de dissolution et de circulation des éléments calcaires et magnésiens, et de combustion des matières sucrées.

Aussi existe-t-il dans l'organisme toujours en quantité considérable et suffisante pour assurer la réalisation des réactions importantes auxquelles il préside ; et si, par hypothèse, il venait à faire défaut, la mort en serait bientôt l'inévitable conséquence.

ODONTOGÉNIE.

L'IVOIRE EST-IL LE PRODUIT D'UNE SÉCRÉTION, D'UNE TRANSSUDATION A LA SURFACE DU BULBE DENTAIRE ? OU EST-IL LE RÉSULTAT D'UNE TRANSFORMATION ET D'UNE VÉRITABLE OSSIFICATION DE CE BULBE ?

Par le docteur Oudet, membre de l'Académie impériale de médecine.

(Suite. — Voir le numéro du 31 Juillet 1856.)

Deux choses m'étonnent dans le sort qu'a éprouvé la théorie de la formation de l'ivoire aux dépens du parenchyme de la pulpe : l'une, c'est qu'elle n'ait pas obtenu d'abord un assentiment plus général, et qu'elle ne se soit pas maintenue même après les travaux de Hunter ; l'autre, c'est que, depuis les mémoires que j'ai publiés sur la dentition des rongeurs, elle ait été reprise de nouveau par des hommes qui font autorité dans la science. On peut dire, en effet, de cette théorie, qu'elle est réellement née de l'observation. En voyant, chez l'homme, la pulpe perdre graduellement de son volume à mesure que l'ivoire prend plus d'accroissement, on a dû naturellement être porté à en conclure que cette dernière substance se formait aux dépens de la première. Cette explication était tellement plausible, que je ne sache pas quelle objection on eût pu lui adresser. Mais qu'aujourd'hui, et trente ans après que je l'ai réduite à sa juste valeur, on vienne la reproduire, c'est, qu'on me passe l'expression, commettre un anachronisme.

Il en est de cette question comme de toutes celles qui intéressent la physiologie dentaire : ce n'est pas chez l'homme, dont les dents, par leur composition compliquée, cachent à l'observateur le véritable caractère des actes organiques qui s'y accomplissent et en rendent la forme extérieure souvent trompeuse, ce n'est pas, dis-je, à ces dents qu'il faut s'adresser, mais à celles qui, comme les incisives des rongeurs, nous montrent par la simplicité de leur constitution anatomique l'organisme dentaire sous ses traits les plus certains et les plus faciles à découvrir. Eh bien, c'est pour avoir méconnu cette vérité, que se sont élevées tant d'hypothèses qui n'auraient pas dû voir le jour, et qu'on a pu aller jusqu'à qualifier du nom d'idée ingénieuse ce qui n'est qu'une erreur de physiologie.

La nature, en accordant aux incisives des rongeurs la faculté de croître sans cesse, et en fixant, au contraire, des limites à l'accroissement des dents humaines, à tout coordonné pour arriver à ces deux résultats opposés sans sortir des lois générales qui régissent la dentition. Pour les incisives des rongeurs, elle a donné à leur pulpe la configuration des bulbes des autres productions du système tégumentaire. Par cette disposition, qui imprime à la dent un mouvement continu d'accroissement au devant de la pulpe, elle a évité, d'une part, qu'aucune gêne ne fut apportée au développement de cet organe, et, de l'autre, qu'aucun obstacle ne vint arrêter le cours des vaisseaux qui lui apportent les matériaux destinés à la nutrition et aux fonctions qu'il a à remplir. Aussi, toujours libre par sa base au fond de l'alvéole, la pulpe augmente-t-elle de volume jusqu'à un certain âge de l'animal, bien que, pendant tout ce temps, elle n'ait cessé de produire de nouvelles couches de substance éburnée, et conserve-t-elle dans la suite ce volume, bien encore que ses fonctions continuent de s'exercer sans interruption. Or en présence d'un fait aussi palpable et qui caractérise l'acte fonctionnel dans ce qu'il a de plus saisissable à l'observation, est-il permis d'attribuer la formation de l'ivoire à une transformation successive qu'éprouverait le parenchyme de la pulpe, et peut-on dire avec Raschkow, Schwann, Henle, R. Owen, MM. Flourens, Duvernoy, etc., que la substance principale de la dent n'est que la pulpe ossifiée ? Il y a plus : une telle hypothèse serait insuffisante. Il faudrait encore supposer que, pendant la dentition des rongeurs, la pulpe se renouvellerait en entier et fréquemment, pour subvenir à la production incessante de l'ivoire, qui commence presque avec la vie de ces animaux et ne se termine qu'avec elle. A ce point de vue, la question nous semblerait jugée ; mais passons à l'argument principal qui lui a donné naissance.

Certainement on ne peut nier que, chez l'homme, la diminution du volume de la pulpe ne coïncide avec l'accroissement de l'ivoire. Mais peut-on en conclure, avec les auteurs que je viens de citer, que ce soit aux dépens de la pulpe que s'effectue cet accroissement. Tout s'élève contre une telle proposition. Une dent humaine se forme et s'accroît comme une incisive de rongeur. Elles sont soumises l'une et l'autre aux mêmes lois ; seulement la forme et la direction du travail de production sont différentes chez elles. Pour les dents simples des rongeurs, nous avons vu de quelles précautions la nature avait usé afin que leur pulpe demeurât toujours libre et qu'aucun obstacle ne vint jamais interrompre le long exercice de ses fonctions. Pour les dents composées de l'homme et de la plupart des mammifères, il ne pouvait en être ainsi. En fixant au mouvement d'accroissement de ces dents des bornes qu'elles ne doivent pas dépasser, elle a, par cela même, marqué d'avance un terme à l'existence de leur pulpe, terme auquel cet organe arrive successivement et par des degrés presque insensibles. Pour atteindre ce but, il lui a suffi d'ajouter à la couronne des dents de l'homme des racines qui, en s'étendant sur la pulpe, l'embrassent de toutes parts, la compriment, interceptent ses communications vasculaires et nerveuses, et la font enfin disparaître.

Telle est, en ces quelques mots, l'explication que je donnais, en 1823, de ce fait dont les auteurs ne me paraissent pas avoir tous saisi la signification. La diminution du volume de la pulpe, que l'on remarque chez l'homme lorsque la dent est parvenue à un certain état de développement, n'atteste pas qu'un changement ou une modification quelconques soient survenus dans le parenchyme de cet organe ; elle est le simple résultat de la pression mécanique que la pulpe éprouve de la part des couches de substance éburnée qui, en s'accumulant autour d'elle, affaiblissent d'abord et interceptent plus tard ses communications vasculaires. Cela est tellement vrai, que tant que la couronne se forme, c'est-à-dire que tant que rien ne vient à gêner la libre circulation qui s'opère dans la pulpe, celle-ci se maintient dans sa configuration première et dans son volume, si même ce dernier ne s'accroît. Ce n'est qu'à dater de l'époque où les racines se développent, qu'on la voit s'allonger, s'amincir de plus en plus, et subir les changements que nous avons fait connaître. Or, comment concilier, dans ce cas, cet état de la pulpe, qui conserve son volume pendant tout le temps de la formation de la couronne, avec une transformation d'une portion de sa substance. Ce n'est pas tout. Si cette transformation s'effectuait réellement, si, comme l'ont avancé Schwann, Henle, R. Owen, M. Flourens, etc., l'ivoire n'était que la pulpe ossifiée, il devrait nécessairement faire corps avec elle. Et cependant, qui ne sait avec quelle facilité on l'en sépare ? C'est ce défaut d'union de la pulpe avec l'ivoire qui permet d'enlever si aisément les incisives des rongeurs sans entraîner avec elles la pulpe qu'elles renferment dans leur intérieur. Au reste, il suffisait, pour lever tout doute à cet égard, d'examiner les premières écailles dentaires qui se montrent sur les points les plus saillants du bulbe ; on se fût alors aisément convaincu qu'elles sont simplement superposées à la surface externe de son enveloppe sans lui adhérer autrement, ce qui n'arriverait certainement pas si elles étaient le résultat de la transformation osseuse des couches les plus superficielles du parenchyme de cet organe.

Ainsi tombe l'argument principal qui a donné lieu à l'opinion que nous discutons. Non seulement il repose sur une fausse interprétation des phénomènes qui se manifestent pendant le développement des dents, mais encore l'observation qui lui sert de base n'est pas exacte.

Du moment où l'on a considéré l'ivoire comme le résultat d'une ossification de la pulpe, on a été amené, par une conséquence inévitable, à admettre qu'il se formait en dedans de la membrane pulpaire. Eh ! chose singulière, c'est G. Cuvier, un des plus habiles défenseurs de la théorie de Hunter, qui a émis le premier cette idée, qui, si elle était vraie, en serait la réfutation la plus complète. Voici en quels termes il l'a exposée dans son travail sur les mâchelières de l'éléphant :

« Il faut cependant remarquer qu'entre la prétendue substance osseuse » et l'émail, il y a une membrane très fine, que je crois avoir décou- » verte. Lorsqu'il n'y a encore aucune partie de la substance transu- » dée, cette membrane enveloppe immédiatement le petit mur gélati- » neux (pulpe dentaire) et le serre de très près. A mesure que ce petit » mur transsude cette substance, il se rapetisse, se retire en dedans et » s'éloigne de la membrane qui lui sert néanmoins toujours de tunique, » mais de tunique commune à lui et à la matière qu'il a transsudée. » L'émail, de son côté, est déposé sur cette tunique par les productions » de lame interne de la capsule, et il la comprime tellement contre la » substance interne ou osseuse qu'elle sépare de lui, que bientôt cette » tunique devient imperceptible dans les portions durcies de la dent, ou » du moins qu'elle n'y paraît que sur la coupe, comme sur une ligne » grisâtre fort fine qui sépare l'émail de la substance interne. »

Arrêtons-nous un instant ; car ce point a une importance capitale dans la question que nous traitons.

(La fin au prochain numéro.)

ÉPIDÉMIOLOGIE.

RÉPONSE A LA NOTE DE M. BONNAFONT SUR LA DIFFÉRENCE DE LA SPÉCIFICITÉ CONTAGIEUSE DU CHOLÉRA ET DU TYPHUS DÉMONTRÉE PAR DES FAITS.

Monsieur le rédacteur en chef,

Le numéro du 2 août de l'Union Médicale contient une sorte de parallèle, établi par M. Bonnafont, entre le typhus et le choléra d'Orient, au point de vue de leur propagation. Je n'ai pas l'intention de discuter les appréciations émises par cet honorable confrère ; je prendrai seulement, quant à présent, la liberté de rectifier ou de compléter quelques données statistiques sur lesquelles il s'appuie sans indiquer la source où il les a puisées.

M. Bonnafont, pour donner plus de force à sa démonstration par la voie de la statistique, a borné celle-ci à la mortalité *« du personnel le plus exposé à la contagion et spécialement consacré aux soins et au traitement des malades aux hôpitaux et ambulances. »*

Or, M. Bonnafont passe sous silence la mortalité des infirmiers par le choléra et n'explique pas l'apparente immunité des sœurs ; dans le seul hôpital de Gallipoli, 19 infirmiers ont succombé pendant cinq semaines (juillet-août) ; l'hôpital-caserne de Varna en a perdu 21 dans le même espace de temps, plus, une sœur de charité ; si les décès n'ont pas été nombreux parmi les sœurs, c'est que nous n'avons eu le bonheur de les voir arriver au milieu de nous qu'après les premiers ravages de l'épidémie. Au Pirée, même mortalité des infirmiers ; deux officiers d'administration, l'aumônier, un sous-intendant y ont aussi succombé au choléra.

Quant au tribut payé à cette maladie par le corps médical de l'armée à Varna et à Gallipoli, M. Bonnafont aurait dû indiquer l'effectif total des médecins alors présents dans ces deux places ; il ne dépassait pas 70, c'est-à-dire qu'il était inférieur de plus de moitié à l'effectif du corps médical en Orient, pendant la période de la plus grande activité du typhus.

Au sujet de cette dernière affection, il y aurait d'autres éclaircissements à donner ; l'erreur est de croire qu'elle s'est développée presque subitement en 1856. Dès le 24 août 1854, j'écrivais de Varna à S. Exc. M. le maréchal Vaillant : « Quelques cas de typhus et d'affection scor- » butique se détachent dans le tableau des maladies régnantes ; il y » faut noter encore des accidents assez multipliés de gangrène, des paro- » tides suppurées, des furoncles charbonneux. » Dans la Dobrudsa, il y a eu un mélange de typhus et de choléra, de choléra et d'impaludation au degré pernicieux. Ces combinaisons morbides, indices d'une étiologie complexe, ont été parfaitement saisies par nos médecins, et se sont continuées à Varna après le retour des trois divisions qui avaient été, contrairement à mon avis, dirigées vers la Dobrudsa.

En février 1855, le typhus existait en Crimée ; c'est à cette époque que je vis arriver à Constantinople le général Bouat, les docteurs Colmant, Marmy, Maillefer, etc., tous atteints du typhus ; ils avaient été précédés par le docteur Thomas, atteint gravement de la même maladie, etc.

Et cependant, ce n'est que bien longtemps après toutes ces manifestations restreintes du typhus, mises en doute par quelques-uns, que cette maladie a pris, sous l'empire de causes appréciables, un dévelop-

pement très épidémique et, d'après l'opinion presque unanime des médecins, un caractère marqué de contagion.

Vous le voyez, Monsieur le rédacteur, l'histoire du typhus de notre armée d'Orient a des commencements qui sont de nature à justifier cette doctrine épidémiologique bien connue, savoir, que des maladies d'origine infectieuse, peuvent s'exaspérer dans leur évolution à un degré où la contagion s'y ajoute.

Lorsqu'on tentera le parallèle intéressant et approfondi des deux grandes épidémies qui ont frappé notre armée en Orient, il y aura à tenir compte, non seulement de quelques résultats statistiques partiels, mais encore de leur début, de leur marche, de leur mode d'extension, de leurs caractères mixtes dans un grand nombre de cas; on n'oubliera pas que le choléra de Varna, de Gallipoli et du Pirée a accumulé tous ses effets sur une courte période, que le typhus a eu un *processus* lent et a prolongé ses ravages; on comparera les chiffres mortuaires avec les effectifs numériques des catégories qui les ont fournis; on n'oubliera pas non plus que le typhus a frappé, à une époque avancée de la campagne d'Orient, sur des hommes plus détériorés, sur des médecins épuisés par un long labeur, etc., etc.

Quant à l'influence de la dissémination des malades, c'est-à-dire de la dissipation des foyers morbides à l'air libre, M. Bonnafont se trompe en avançant qu'el e n'agit pas sur le choléra comme sur le typhus : le traitement des cholériques sous les tentes et dans les espaces confinés des bâtiments, a donné deux séries de résultats que je publierai plus tard et qui ne laisseront de doute dans aucun esprit.

Votre affectionné,

Michel Lévy.

Paris, 3 août 1856.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 5 Août 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855, dans le département de Seine-et-Marne.

— Le rapport final de M. Dehée, médecin des épidémies de l'arrondissement d'Arras, sur une épidémie de variole qui a régné dans la commune de Boiry (Pas-de-Calais).

(Commission des épidémies.)

— Un mémoire du consul général de France à Livourne, contenant une statistique de toutes les eaux minérales et thermales de la Toscane.

— Un rapport de M. le docteur Kuhn, médecin-inspecteur des eaux minérales de Niederbronn (Bas-Rhin), sur le service médical de cet établissement en 1854.

— Un rapport de M. le docteur Bach, sur le service médical des eaux de Soultzmatt (Haut-Rhin), en 1854.

(Commission des eaux minérales.)

— Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département du Rhône et de la Sarthe.

(Commission de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivants :

Une lettre de M. A. Richet, qui prie l'Académie de le comprendre sur la liste des candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale.

— Lettres de M. Fonssagrives, médecin en chef de la marine, et de M. Eugène Marchand, pharmacien à Fécamp, qui prient l'Académie de les inscrire le premier sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, et le second au nombre des candidats au titre de membre associé.

— De M. le docteur Letellier, de Saint-Leu-Taverny, qui rappelle à l'Académie qu'il a émis il y a dix-neuf ans, sur l'albuminurie, les idées qui viennent de recevoir une nouvelle consécration par le travail de MM. Vernois et Becquerel.

— Une note de M. Massola, médecin militaire, sur l'*emploi de l'ergotine dans la diarrhée épidémique* des troupes sardes en Orient, pendant l'été de 1855. (Comm. MM. Guibourt, Michel Lévy et Trousseau.)

— Une lettre de M. Lustreman, conçue en ces termes :

« Monsieur le Président,

» J'apprends à l'instant même que M. le docteur Poggioli s'est appuyé devant l'Académie sur une observation prise dans mon service au Val-de-Grâce, pour établir l'efficacité de la pommade dont il est l'inventeur.

» Je me rappelle, en effet, qu'il y a quelques année, M. Poggioli, qui avait tout naturellement ses entrées dans mes salles, en sa qualité d'ex-chirurgien sous-aide, me demanda l'autorisation d'employer cette pommade sur un malade affecté d'une névralgie rebelle, et je dois ajouter qu'une certaine amélioration s'ensuivit; mais le militaire, sujet de l'observation, fut bientôt perdu de vue, et rien n'autorise à donner à ce fait une valeur qu'il ne mérite à aucun égard.

» Prévoyant d'ailleurs la possibilité d'une publicité inopportune donnée à ce fait si simple de l'essai d'un médicament qui n'a rien de nouveau que le mode particulier d'association des éléments qui le composent, j'avais prié M. Poggioli de ne se servir en aucune circonstance ni de ce fait lui-même, ni surtout de mon nom.

» J'ai l'honneur, etc.

» Médecin principal au Val-de-Grâce. »

— Une lettre de M. Mounier sur le même sujet. Elle est ainsi conçue :

« Monsieur le Président,

» Aucun médicament nouveau n'est employé dans les hôpitaux militaires sans avoir été préalablement approuvé par le Conseil de santé des armées, et autorisé par le ministre de la guerre.

» Après l'accomplissement de ces deux formalités, les médecins traitants peuvent prescrire ce médicament, en étudient les effets et rendent compte en temps opportun de leur expérimentation. M. Poggioli, n'ayant rempli ni l'une ni l'autre des deux conditions aussi prudentes que sages imposées par l'administration, ne saurait se prévaloir des succès qu'il prétend avoir obtenus au Val-de-Grâce, et qui n'ont aucun caractère authentique ni officiel. Le seul malade, à ma connaissance, qui ait été soumis dans mon service, sous mes yeux, à l'usage de la pommade de M. Poggioli, n'a pas obtenu un résultat assez concluant pour que je me porte garant de l'efficacité de ce remède.

» J'ai l'honneur, etc.

» Médecin principal au Val-de-Grâce. »

Ces lettres seront insérées dans le compte-rendu des séances de l'Académie.

— M. le d^r^ E. Leudet, professeur de clinique médicale à l'école de médecine de Rouen, communique à l'Académie deux mémoires : 1° Compte-rendu du service de médecine affecté, à l'Hôtel-Dieu de Rouen, à l'enseignement de la clinique médicale pendant l'année 1855; — 2° *Nouvelles recherches sur l'ulcération et la perforation du gros intestin consécutives à la fièvre typhoïde.*

(Ces deux mémoires sont renvoyés à l'examen d'une commission composée de MM. Louis, Grisolle et Barth.)

M. le Président annonce à l'Académie que M. le docteur Rufz, de la Martinique, membre correspondant, est présent à la séance.

M. Legouest, agrégé à l'École de médecine militaire, lit un mémoire intitulé : *Étude sur les résultats définitifs des amputations partielles du pied et de la partie inférieure de la jambe.* Il résume ce travail dans les conclusions suivantes :

1° L'amputation sous-astragalienne, théoriquement, ne présente pas les conditions d'une bonne opération, et ne semble pas appelée à rester dans la pratique;

2° La résection tibio-calcanéenne (opération de M. Pirogoff) ne compte pas encore des résultats assez nombreux pour pouvoir être appréciée définitivement;

3° Les inconvénients de ces deux opérations ne sont contrebalancés que par la conservation d'un peu plus de longueur du membre; cet avantage est insignifiant toutes les fois que la flexion de la jambe sur la cuisse est conservée, et que l'extrémité du moignon peut appuyer impunément sur le sol;

4° L'amputation tibio-tarsienne avec résection des malléoles est préférable aux deux opérations précédentes et mérite d'être conservée;

5° L'amputation intra-malléolaire peut remplacer avantageusement l'amputation tibio-tarsienne et pourra quelquefois être mise en usage au lieu de l'amputation sus-malléolaire;

6° L'amputation double de la jambe au-dessus des malléoles doit être rejetée;

7° L'amputation sus-malléolaire simple est une opération qui ne peut être généralisée.

(Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Bégin, Jobert et Velpeau.)

M. Mialhe donne lecture d'un mémoire intitulé : *Du rôle chimique de l'acide carbonique dans l'économie animale* (voir plus haut). — (Renvoi à la section de pharmacie.)

M. Bouley montre une pièce anatomique provenant d'un chien auquel il a pratiqué la ligature de l'œsophage après lui avoir administré 10 cent. d'émétique, dose incapable de donner la mort. La ligature a été pratiquée avec les plus grandes précautions pour ne pas y comprendre les nerfs qui avoisinent ce conduit : ç'a été moins une opération qu'une dissection minutieuse, et l'on peut se convaincre par l'examen de la pièce que l'œsophage seul, à l'exclusion de tout autre organe, a été embrassé dans le lien constricteur. Ce chien n'en a pas moins succombé trente heures environ après l'opération, et la mort a été précédée des accidents que M. Bouley a décrits dans son mémoire lu à la dernière séance.

Depuis la discussion que la lecture de ce mémoire a soulevée, et afin d'apprécier la valeur des doutes qui ont été émis au sujet des premiers résultats annoncés, M. Bouley a pratiqué encore à deux autres chiens la ligature de l'œsophage, à l'un, après lui avoir fait ingérer de l'eau chaude, à l'autre, sans lui avoir rien administré. Le chien qui avait pris de l'eau chaude a présenté, à la suite de la ligature, des accidents très remarquables, mieux accusés même que chez le sujet chez qui l'opération avait été précédée de l'administration de l'émétique; il a succombé au bout de trente et quelques heures. L'autre animal, celui qui n'a subi que la seule ligature de l'œsophage est mourant et peut-être mort en ce moment.

D'après cela, M. Bouley se voit autorisé à persister dans son opinion relativement aux fâcheux effets que produit la ligature de l'œsophage, indépendamment de toute lésion accidentelle. Que ces effets résultent de la lésion immédiate ou de l'inflammation consécutive des filets nerveux si nombreux renfermés dans les parois même de l'œsophage, cela est possible; mais ces inconvénients accompagnent inévitablement, fatalement la ligature en question; ils sont inhérents à l'opération avec quelques précautions qu'on la pratique.

La séance est levée à cinq heures.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

DANS UN EMPOISONNEMENT PAR LES CANTHARIDES ET LA CANTHARIDINE, DOIT-ON ADMINISTRER DES CORPS GRAS?

Par le professeur Schrapf, de Vienne.

Cette question est aujourd'hui résolue différemment depuis qu'on connaît la cantharidine; auparavant, tout le monde était d'accord pour l'affirmative. Des expériences entreprises par le célèbre pharmacologiste de Vienne, sur des lapins, avec la cantharidine et les cantharides, associées ou non à de l'huile, ont donné les résultats suivants : les phénomènes observés pendant la vie ne présentent pas de différence; ils concordent parfaitement dans les deux séries. Quand on administre l'huile en même temps que le poison, ou bientôt après, la mort survient plus rapidement que sans huile. Un gramme de poudre de cantharides avait tué le lapin en cinq heures; additionnée d'huile, en quatre heures. 50 centigrammes de poudre, avec de l'huile, avaient amené la mort en dix-neuf heures, quoique l'animal fût âgé de 6 mois; tandis que la même dose, donnée sans huile à un lapin de 4 mois, n'avait entraîné ce résultat qu'en vingt-six heures. 10 centigrammes de cantharidine, avec de l'huile, avaient tué le lapin en quatre heures, et la même quantité, sans huile, n'avait déterminé la mort qu'en sept à dix heures. L'autopsie a toujours prouvé que les cantharides et la cantharidine, additionnées d'huile, avaient exercé une action locale moindre que sans huile. Ainsi pas de phlyctènes sur la langue; inflammation moindre de l'estomac et du canal intestinal. Par contre, l'inflammation des organes urinaires était bien plus étendue et plus profonde quand on avait donné de l'huile.

Il en résulte que dans les cas où l'on peut craindre le contact de l'huile avec ces substances, il ne suffit pas de l'administrer; car si on diminue les accidents locaux, on facilite l'absorption du principe toxique et l'on hâte ainsi la mort. Il n'en est plus de même lorsque l'empoisonnement a eu lieu par application externe de cantharides, ou quand on peut supposer que le poison a été rejeté totalement par les vomissements ou par les selles.

Dans un cas, M. Schroff a observé un phénomène singulier chez un lapin qui avait succombé à 1,00 de poudre de cantharides. L'autopsie fut faite une heure après la mort. A l'ouverture du péricarde, l'oreillette droite se mit à se contracter régulièrement, mais plus lentement que pendant la vie; les contractions partaient de l'insertion des deux veines et se propageaient vers la cloison auriculo-ventriculaire. Le ventricule droit ne participait pas toujours à ce mouvement; il ne le faisait que toutes les trois à cinq contractions de l'oreillette; une fois seulement à la onzième; ses contractions étaient également plus lentes que dans l'état normal. Ce phénomène, qui avait duré encore assez longtemps, est remarquable par l'intervalle considérable écoulé depuis la mort de l'animal jusqu'à l'autopsie. Christison, qui avait trouvé une action analogue à la conicine, n'indique pas quel temps séparait la mort de l'autopsie. Dans tous les cas, M. Schroff se propose d'étudier ce fait. — (*Wochenbl. d. zeitschr. d. k. k. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n°s 48 et 49.)

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL, PROVOQUÉ D'APRÈS LA MÉTHODE DU PROFESSEUR SCANZONI;

Par le professeur suppléant Spaeth, de Vienne.

Cette méthode consiste dans l'application prolongée et réitérée d'appareils à succion sur les seins; ils sont composés d'une vessie en caoutchouc, forte, longue de 1 décimètre, large de 8 centimètres, à laquelle on adapte un pavillon en verre évasé. On les laisse en place pendant quelques heures, et on y revient après une interruption plus ou moins longue, jusqu'à ce que le travail soit définitivement engagé. Dans le cas de M. Spaeth, il n'y a eu que des commencements de travail qui ne se sont pas soutenus, et à la fin l'endolorissement des mamelles a forcé l'opérateur à renoncer à la méthode et à employer la douche, qui, grâce aux changements déjà obtenus, a très promptement agi. Dans 8 autres cas publiés, elle a réussi à fois; l'action la plus rapide a été obtenue en 7 heures, après 4 heures d'application interrompue des ventouses; l'action la plus lente avait exigé 21 applications de l'appareil, en tout 63 heures en 13 jours. D'autres observations, au nombre de 5, portent sur des applications modifiées de la méthode; ainsi, emploi de ventouses ordinaires ou d'autres moyens administrés concurremment, etc. Quant à l'action de l'appareil sur les seins, il y eut 1 fois un abcès du sein, c'était un cas où l'on voulait faire saillir artificiellement les mamelons enfoncés (aucune action sur la matrice), et 4 fois des excoriations des mamelons et de grandes douleurs qui ont forcé de suspendre l'application de ces ventouses; mais ces accidents n'ont pas eu de suites.

Cette méthode est moins sûre que les autres, comme la ponction, la douche, le tamponnement du vagin et l'éponge préparée; elle est aussi souvent plus douloureuse; mais elle a l'avantage de n'exercer aucune influence fâcheuse ni sur la matrice ni sur le fœtus. Lors donc, qu'on n'est pas pressé de déterminer l'accouchement, on peut la tenter, quitte à la remplacer par une autre, quand elle est inactive ou qu'elle n'est pas supportée; elle aura souvent produit un commencement d'action qui tournera au profit de la méthode employée en second lieu. — (*Wochenbl. d. zeitschr. d. k. k. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1855, n°s 15 et 18.)

COURRIER.

La compagnie des chemins de fer de l'Ouest (Saint-Germain, Rouen, Havre, Dieppe, Fécamp, Caen, Cherbourg et Ouest) vient de décider qu'elle réduirait au quart du tarif, le voyage (aller et retour) pour les médecins qui, le 19 et le 20 août, viendraient à Paris porteurs d'une carte d'entrée au Banquet.

Nous rappelons que l'administration des chemins de fer de l'Est a réduit à moitié prix le voyage pour les médecins venant sur sa ligne.

Le maréchal Vaillant, ministre de la guerre, ainsi que le maréchal Magnan, commandant en chef de la 1re division militaire et de l'armée de Paris, accordent à tous les médecins de l'armée l'autorisation d'assister au Banquet offert par le corps médical.

Dans l'impossibilité où la Commission du Banquet s'est trouvée de connaître les noms et les adresses actuelles de tous les médecins de l'armée et de la flotte qui ont pris part à la guerre d'Orient, elle n'a envoyé de circulaire d'invitation qu'à un certain nombre d'entr'eux.

Elle prie ceux qui n'en ont pas reçu de vouloir bien néanmoins se considérer comme invités.

Elle rappelle que ceux qui pourront assister au Banquet devront en informer, avant le 10 août, M. le secrétaire-trésorier de la Commission.

Elle rappelle également aux souscripteurs qu'ils devront faire parvenir le montant de leur souscription (15 fr.) chez l'un des membres de la Commission ou dans les bureaux de l'un des journaux désignés.

Les souscripteurs de province devront envoyer un bon de poste, contre le reçu duquel il leur sera adressé une carte d'entrée au Banquet.

— L'affaire de M. l'officier de santé Renaut a été appelée samedi dernier devant la Cour impériale d'Amiens. Après la plaidoirie de l'avocat de M. Renaut et le réquisitoire de M. l'avocat général, la Cour a remis à huitaine pour le prononcé de l'arrêt.

Nous avons reçu à l'occasion de cette affaire un grand nombre de communications et de lettres que nous éprouvons le regret de ne pouvoir publier, mais dont nous devons très vivement remercier nos confrères. Si les circonstances l'exigeaient, nous ne pourrions trouver que d'excellentes indications dans toutes ces communications.

— Nous apprenons par la *Gazette médicale de Lyon* que M. le docteur Faure, ex-médecin sanitaire à Damas, a été nommé médecin inspecteur-adjoint à l'établissement thermal de Néris.

— Par un arrêté de M. le Préfet de la Seine, en date du 17 juillet 1856, M. le docteur Mouzard est nommé médecin du bureau de bienfaisance du 1er arrondissement, en remplacement de M. Tavernier (de la Nièvre), démissionnaire.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 96. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 9 Août 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. CLINIQUE MÉDICALE : (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — II. CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS : Observation de calculs volumineux de la région prostatique de l'urètre. — III. ODONTOGÉNIE : L'ivoire est-il le produit d'une sécrétion, d'une transsudation à la surface du bulbe dentaire? ou est-il le résultat d'une transformation et d'une véritable ossification de ce bulbe? — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie des sciences). Séance du 28 juillet : Emploi de l'éther comme antidote du chloroforme. — Électro-physiologie. — Strabisme. — V. VARIÉTÉS : Banquet offert aux médecins de l'armée et de la flotte. — VI. CONCOURS pour quatre emplois d'agrégés à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires. — VII. FEUILLETON : Humble supplique aux expérimentateurs.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (1) ;

Recueillies par M. RICHARD-MAISONNEUVE, interne du service.

Cinquième Leçon.

Pied-bot valgus. — Les valgus ou pied-bots internes sont bien moins fréquents que les varus. Quelquefois on rencontre, d'un côté, un varus et, de l'autre, un valgus, des muscles différents ayant été affectés à droite et à gauche. Vous en voyez un exemple sur ces deux moules qui représentent les jambes d'un sujet atteint de spina-bifida.

Nous distinguerons trois variétés de valgus :

1° Le *valgus direct;* 2° le *valgus-talus;* 3° le *valgus équin*. Les deux premiers sont presque toujours congénitaux, le troisième est ordinairement accidentel. Je réunirai les deux premières variétés dans une seule description, sous le nom de *valgus commun ;* la troisième sera décrite dans les pieds-équins.

Valgus commun. — De même que le varus se complique habituellement de l'extension du pied sur la jambe, le valgus tend généralement à s'associer un certain degré de flexion. Et cela se comprend si l'on fait attention à la réunion naturelle de l'extension à l'adduction, de la flexion à l'abduction, dans l'exécution des mouvements physiologiques.

Les agents musculaires de cette déviation des pieds en dehors sont les antagonistes de ceux qui produisent le varus. Ce sont spécialement le court péronier latéral et le long extenseur des orteils, puis le long péronier; enfin secondairement, l'extenseur du gros orteil, et le jambier antérieur.

Les muscles allongés sont ceux qui se trouvent raccourcis dans le varus, à savoir : le jambier postérieur, le triceps sural, les fléchisseurs des orteils.

Remarquez que deux troncs nerveux distincts, le nerf sciatique poplité externe et le nerf sciatique poplité interne, correspondent à ces deux ordres de muscles affectés; d'où la division des pieds-bots, proposée par M. Bonnet, en pied-bot poplité interne et pied-bot poplité externe, division qui serait bonne, s'il n'y avait que des varus et des valgus.

Je décris trois degrés principaux dans le valgus commun. Dans le premier, le pied forme avec son axe normal un angle très obtus; le bord interne porte sur le sol dans toute sa longueur; c'est presque le pied plat de la deuxième espèce. Vous en voyez des exemples sur ces pièces sèches et sur ces moules. Le renversement qui se voit dans le pied plat est ici exagéré; les saillies de la malléole interne astragalienne du côté interne de la tête, et du scaphoïde, sont plus prononcés, ainsi que la dépression sous-malléolaire externe. C'est cette déformation qu'on observe souvent chez les jeune apprentis qui travaillent debout; elle finit par amener un état très douloureux du pied par la distension des ligaments dans un sens, et par la compression qui a lieu dans le sens opposé.

Les deuxième et troisième degrés ressemblent à un varus retourné; l'angle est encore obtus dans le deuxième degré; le bout du pied commence à se détacher du sol, et le bord interne appuie surtout par sa partie postérieure. Dans le troisième, l'angle est presque droit, la déformation est plus prononcée, l'avant-pied peut être fléchi sur le côté externe de la jambe, comme il l'est dans le varus sur son côté interne; le bord interne ne pose plus que dans sa région tarsienne.

Examinons le déplacement qu'éprouvent les os du pied dans ce valgus.

L'astragale est à peine modifié dans sa situation. Comme dans le varus, ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il se contourne de manière que sa face inférieure regarde en dehors. Le calcanéum, au contraire, est contourné de manière que la concavité de sa voûte regarde en bas, la partie inférieure du talon en dehors. En outre, le grand axe du calcanéum est oblique, son extrémité antérieure portée en dedans, la postérieure plus en dehors. Ce déplacement peut être tel qu'il y ait articulation entre le calcanéum et la malléole externe, comme on le voit sur cette pièce. M. Laugier a cité un fait semblable recueilli par M. Marjolin fils.

Le scaphoïde présente une subluxation en dehors et en haut; il laisse à nu la tête de l'astragale en dedans et en bas. En même temps, il éprouve une rotation qui incline la face dorsale du pied en dedans.

Le cuboïde éprouve aussi une subluxation, mais dans une direction contraire à celle qu'il prend dans le varus.

C'est cette rotation du calcanéum, du scaphoïde et du cuboïde, qui produit celle du pied tout entier.

La conséquence de ces déplacements est, comme dans le varus, la formation d'un angle médio-tarsien. Seulement, ici, le côté saillant est en dedans, le côté rentrant en dehors. Sur le côté saillant, on voit trois éminences osseuses; l'une est formée par la malléole interne, l'autre, située plus bas, par la tête de l'astragale; la troisième, moins proéminente, est formée par le tubercule du scaphoïde.

Le côté rentrant présente un creux très profond, qui répond au cuboïde et au calcanéum.

La base de sustentation est triangulaire; un côté est formé par le calcanéum, un autre par le scaphoïde, le premier cunéiforme et le bord interne du métatarse, un troisième par le côté interne de la plante. Cette base de sustentation est bien plus défavorable que celle du varus; aussi la marche est-elle moins assurée et plus pénible que dans celui-ci. La difficulté de la locomotion varie d'ailleurs suivant le degré de renversement du pied. Quand ce renversement est considérable, le sujet ne marche plus que sur le côté interne du calcanéum, du scaphoïde, de l'astragale et même sur la malléole interne.

S'il y a valgus talus, le poids du corps porte principalement sur le talon, qui fournit un point d'appui plus solide; mais l'avant-pied devient presque inutile pour la sustentation.

La face plantaire est ordinairement aplatie dans le valgus. Les muscles abducteurs et fléchisseurs ont une tendance à aplatir le pied en l'élargissant.

Je vous ai parlé de l'absence congéniale de quelques os dans certains pieds-bots; or, une coïncidence remarquable s'observe sur presque toutes les pièces de valgus que je vous montre; il y manque un ou deux orteils, et ce sont ceux du côté externe; dans un de ces cas, il n'y a pas de péroné. Il existe certainement un rapport entre l'absence de ces os et la déviation du pied; on peut comprendre que les muscles du côté externe du membre n'ayant pas trouvé la même résistance que ceux du côté interne, ont entraîné le pied dans leur sens.

Tout ce que j'ai dit des déformations osseuses, des changements subis par les ligaments et les muscles, dans le varus, s'applique également au valgus. Il faut seulement tenir compte de la direction opposée de la déviation.

L'ankylose ne paraît pas très rare dans le valgus; vous en voyez ici plusieurs exemples.

Pied-équin. — Les pieds-équins sont les plus communs des pieds-bots accidentels, et les plus rares des pieds-bots congénitaux.

(1) Voir les numéros des 8, 17, 19, 26 et 31 juillet 1856.

Feuilleton.

HUMBLE SUPPLIQUE AUX EXPÉRIMENTATEURS.

Je voudrais adresser quelques humbles remarques aux physiologistes, aux expérimentateurs, aux vivisecteurs. Voici une immense hécatombe de chiens qui se prépare, que dis-je? qui est commencée. Dans une seule série d'expérimentations, MM. Bouley et Reynal ont sacrifié d'un coup dix-neuf de ces pauvres bêtes. Une trentaine de ces malheureuses victimes attendent en ce moment, dans les cabanes d'Alfort, la réunion de la commission, et Alfort ne veut convoquer la commission que lorsqu'elle aura au moins un demi-cent de ces animaux à offrir au couteau, aux pinces et aux ligatures de messieurs les commissaires. Ce n'est pas tout, quiconque sait manier un bistouri et a un malheureux chien sous la main, veut répéter l'expérience d'Alfort. C'est, sur toute la ligne de Vincennes à Neuilly et de Montmartre à Montrouge, une fureur générale de ligatures de l'œsophage. Et comme par ces temps caniculaires, la police est très exigeante envers les chiens, ces animaux abondent à la fourrière, et les vivisecteurs peuvent faire de faciles et amples provisions. Aussi, de tous côtés, ce ne sont qu'œsophages liés, coupés et suturés.

Viens çà, *mon chien*, viens çà, que je te coupe
Ce large et long tuyau par où passe la soupe.

Pas de sensiblerie; les vivisections sont utiles, elles ont rendu d'incontestables services à la science, je ne dis pas seulement à la curiosité scientifique, mais à la science pratique et appliquée, et leur but les exonère du reproche qu'on leur adresse d'être un procédé d'étude barbare et cruel.

La question grave soulevée à Alfort ne peut être évidemment résolue que par l'expérimentation sur l'animal vivant, et l'on comprendra que si la solution pouvait empêcher la justice de s'égarer une seule fois, si un seul innocent pouvait être sauvé, les souffrances subies par quelques chiens, et leur mort même, seraient un bien petit sacrifice en regard du résultat.

Mais sans porter atteinte aux droits de la science et aux exigences de l'étude, on peut se demander si ces immenses holocaustes de chiens et ces immolations en masse de ces pauvres animaux sont véritablement indispensables. On a beau vouloir chercher des excuses et des prétextes, on ne peut se défendre d'une impression de répugnance et d'un sentiment de pitié au récit de ces tristes et douloureuses expériences pratiquées sur un animal aussi inoffensif que le chien. Ces récits font mal même aux oreilles médicales, que doit-ce être aux oreilles des gens du monde? N'y aurait-il donc aucun moyen de rendre ces sacrifices moins nombreux et moins fréquents? C'est vraiment une chose affligeante que, pour établir un fait qui semble si simple à constater, celui de la nocuité ou de l'innocuité de la ligature de l'œsophage, il faille tourmenter et immoler tant d'innocentes victimes.

Ah! partisans du *fait*, philosophes du *fait*, vous tous qui prenez un petit ton vainqueur en nous jetant un *fait* à la face, vous tous qui croyez à la suprême importance du *fait*, et qui, comme invincible argument, invoquez la brutalité du *fait*, voyez donc, matérialistes insensés, ce que c'est qu'un *fait*, de quels éléments complexes il se compose, de quelles difficultés sa constatation est entourée, quelles précautions il exige, quelles obscurités l'entourent, quels voiles le couvrent, quelles déceptions l'environnent, quels périls il cache, sur quels écueils il peut se briser!

Pauvres philosophes! un fait!... Mais c'est ce qu'il y a dans les sciences de plus grand et de plus rare, de plus beau et de plus perfide, de plus solennel et de plus décevant. Dans notre science à nous, pathologie, physiologie, nous n'avons jamais affaire à ce que, dans le langage de la philosophie générale, on appelle *faits simples*. Le fait est toujours pour nous *composé* et *compliqué*. Tournez et retournez la pathologie et la physiologie, je vous défie de trouver un seul fait simple. L'élément douleur, dans la névralgie la plus localisée, n'est pas même un fait simple. Vous tenez sous le scalpel, sous le microscope, un fragment organique. Vous en avez décrit la forme, la couleur, la composition histologique et chimique, vous possédez, croyez-vous, un fait d'histoire naturelle. Erreur pour le philosophe. Ce fragment inerte et mort, isolé et sans rapports avec l'ensemble, a été doué de ce quelque chose complétement indéfinissable que nous appelons la vie; tout à l'heure il jouissait de propriétés merveilleuses, de tonicité, de sensibilité, de plasticité, et ses liaisons avec l'ensemble étaient tellement délicates et fines, que de cette fibre la plus petite fibrille excitée éveillait dans l'organisme entier des sympathies rapides, des réactions inattendues. Admirable clavier dont une seule touche fait vibrer et résonner tout l'instrument! Magnifique ensemble où les sens ni l'esprit ne peuvent percevoir la moindre solution de continuité!

Se déclarer systématiquement l'adversaire des vivisections serait un tort; les vivisections sont utiles dans une certaine limite, c'est un procédé de recherches que, dans quelques circonstances, rien ne peut remplacer. Mais souvent on en fait abus, et ce serait une égale erreur de croire que, par elle, peuvent être soulevés tous les voiles qui couvrent notre science. Comme tous les procédés d'étude, la vivisection est sujette à des contestations, et les contradictions qu'elle a jetées dans la science deviennent tous les jours plus nombreuses et plus graves. Cela est fatal et tient à l'essence même des recherches auxquelles elle s'applique. La complexité des phénomènes doit conduire à l'hétérogénéité des résultats. Et comme jamais le physiologiste n'a à s'exercer sur des phénomènes simples, jamais non plus, on peut le prédire hardiment, il n'arrivera à des résultats univoques. Aussi je me garderai bien d'assurer que les expérimentateurs se mettront d'accord sur les résultats de la ligature de l'œsophage. Bien des chiens en souffriront et en périront, et ce que je vois de plus clair après le rapport, si le rapport est fait, c'est qu'Alfort aura jeté un doute de plus dans notre science, déjà si pleine de doutes.

J'adresse cette modeste question aux expérimentateurs :

Est-il absolument et irrévocablement impossible d'empêcher les chiens de vomir sans lier l'œsophage?

Il me semble avoir vu dans ma jeunesse — je prie M. Bouillaud et M. Ségalas de me rectifier si je me trompe — des chiens auxquels, après ingestion de substances à expérimenter, on liait le museau de telle façon que, sans opération sanglante, le vomissement était tout à fait impossible.

Je parle de l'équinisme pur ou dominant, et non de l'équinisme accessoire qui accompagne presque tous les varus de naissance. Delpech, qui avait reconnu ce dernier fait, en avait conclu que le varus congénital n'était d'abord qu'un pied-équin se compliquant plus tard de déviation en dedans. Cette opinion ne repose sur aucune preuve.

Une cause fréquente du pied-équin accidentel est la formation d'abcès, d'ulcères au mollet, produisant la rétraction du triceps sural.

Les principales variétés du pied-équin sont : 1° le pied-équin direct ; 2° le pied-équin varus ; 3° le pied-équin valgus, que je réunis au valgus-équin.

Suivant la forme et la direction de l'avant-pied, le pied-équin est encore dorsal ou plantaire, plat ou creux.

Pieds-équins en général ; — pied-équin direct. — Le caractère général des pieds-équins est l'extension de l'articulation tibio-astragalienne par la rétraction du triceps sural seul ou associé au long péronier, plus rarement à d'autres muscles.

Cette extension offre divers degrés dépendant de l'étendue du raccourcissement musculaire. J'en distinguerai trois principaux :

Dans un premier degré, la flexion du pied sur la jambe est seulement bornée ; elle atteint l'angle droit ou un angle très voisin du droit, mais ne le dépasse pas. Le pied est d'ailleurs bien conformé ; on ne s'aperçoit pas de ce léger défaut dans la station simple, la jambe étant placée dans une direction verticale ; toute la plante du pied pose sur le sol ; le talon est à peine soulevé. Mais, dans la marche, la jambe ne peut accomplir en entier son mouvement d'arc de cercle d'arrière en avant sur l'astragale ; le talon est presque continuellement soulevé ; les sujets atteints de cette déviation ne peuvent poser le pied à plat en gravissant un plan ascendant ; le tendon d'Achille est fortement tendu dans tous ces efforts de flexion, de même que dans ceux qu'on exécute avec la main. Sa résistance est insurmontable, et sa distension forcée est souvent même accompagnée de douleurs.

Le deuxième degré du pied-équin est caractérisé par le soulèvement continuel du talon dans la station, par l'extension permanente du pied, qui forme avec la jambe un angle obtus.

Dans le troisième degré, cet angle est complétement effacé, l'axe du pied est dans la direction de l'axe de la jambe ; le talon est encore plus élevé au-dessus du sol.

L'astragale s'abaisse en avant dans les deuxième et troisième degrés, comme nous avons vu qu'il s'abaisse dans le varus commun. Mais, dans le troisième degré, l'inclinaison de cet os est portée encore plus loin ; son axe devient presque vertical et sa tête regarde presque directement en bas. Sa poulie, en grande partie découverte, fait saillie au-dessous du tibia.

Il semblerait que le calcanéum dût toujours suivre simplement l'astragale dans son déplacement. Cela se passe ainsi quelquefois ; mais, le plus souvent, le calcanéum concourt de deux manières à l'extension du pied. D'une part, il s'abaisse avec l'astragale ; le talon se rapproche de la jambe ; la peau se plisse en travers, au niveau du tendon d'Achille ; la facette cuboïdienne se dirige en bas, comme la tête de l'astragale. Mais, d'une autre part, il se produit dans l'articulation calcanéo-astragalienne un mouvement singulier, qui donne au calcanéum une situation un peu différente de celle de l'astragale. Les facettes réciproques de l'astragale et du calcanéum s'inclinent en avant ; le calcanéum est comme écrasé à sa partie antérieure. Il résulte de ce nouveau mode de jonction des deux os, très apparent sur ces pièces, que leurs axes forment un angle plus ouvert au lieu d'approcher du parallélisme normal, que le calcanéum est moins dévié en bas que l'astragale, moins relevé en arrière ; qu'en un mot, il participe moins que l'astragale à l'extension exagérée du pied. Le poids du corps tombant obliquement sur la partie antérieure du calcanéum, produit sans doute ce changement en affaissant peu à peu cette partie de l'os et en lui donnant une coupe plus oblique. Suivant la résistance du calcanéum à cet affaissement, son parallélisme avec l'astragale est plus ou moins conservé ; de là les variétés qu'on observe sur ces moules. Le talon est élevé, sur les uns, en proportion de l'extension du pied, et non sur les autres, le calcanéum étant, sur les premiers, à peu près vertical comme l'astragale, et se rapprochant davantage, dans les seconds, de la position horizontale. Voici une pièce sur laquelle le déplacement de l'astragale par rapport au calcanéum a été porté si loin, que les axes de ces deux os forment presque un angle droit, et que la face inférieure de l'astragale s'articule avec la face antérieure du calcanéum.

(Prochainement la suite de la 5e leçon.)

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

OBSERVATION DE CALCUL VOLUMINEUX DE LA RÉGION PROSTATIQUE DE L'URÈTRE.

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous adresser une observation de calcul volumineux de la région prostatique de l'urètre. Si vous pensez, comme moi, que cette observation puisse offrir quelque intérêt à vos nombreux lecteurs, je vous prierai de lui donner une place dans les colonnes de votre estimable journal.

M. Maulonet, âgé de 47 ans, est père de deux enfants. Il n'a jamais eu aucune maladie. Il ne peut donner aucun renseignement sur ses parents. C'est à l'âge de 10 ans qu'il fait remonter l'origine de ses souffrances. Depuis cette époque, il a toujours eu de la peine et de la douleur pour uriner. Il a vécu ainsi trente-sept ans. Ce n'est qu'à la fin que, vaincu par la douleur, il se décida à recourir aux conseils de la science, aux ressources extrêmes de l'art. On ne sait vraiment de quoi s'étonner le plus du courage incroyable ou de l'incurie insensée de cet homme, qui attend pour consulter un médecin que la douleur l'ait réduit à la pensée du suicide.

Depuis trois mois, chaque goutte d'urine n'était expulsée qu'au prix de souffrances atroces. Les envies d'uriner le reprenaient à chaque instant, et, pour les satisfaire, le malheureux se torturait la verge, les bourses, le fondement ; il entrait dans des accès de rage, de désespoir.

Je le vis pour la première fois, avec mon père, le 6 juin 1854. Après avoir recueilli tous ces renseignements, après avoir été témoin d'une des scènes que je viens de raconter, je pratiquai le cathétérisme de l'urètre. Arrivé à la région membraneuse, la sonde est arrêtée par un corps dur, résonnant comme de la pierre, lisse, arrondi. En cherchant à le contourner, la sonde pénètre entre sa convexité et la paroi de l'urètre, mais à une profondeur de 2 centimètres, elle est arrêtée dans tous les sens et ne peut aller plus loin. Cette exploration donne issue à une petite quantité d'urine.

Le toucher par le rectum permet de constater, à l'entrée du fondement, un bourrelet circulaire, produit par la tuméfaction de la muqueuse rectale, qui fait procidence toutes les fois qu'il fait des efforts pour uriner. On sent dans la partie qui correspond à la région prostatique une tumeur lisse, arrondie, très dure, tellement volumineuse, qu'il est impossible de la circonscrire avec le doigt. Elle donne tout à fait la sensation que l'on éprouve lorsqu'en touchant une femme enceinte on sent la tête de l'enfant qui se présente.

Le palper hypogastrique ne présente rien de particulier. Le malade veut à tout prix être débarrassé ; il comprend toutes les chances périlleuses d'une opération ; il les accepte avec joie comme seul moyen de mettre un terme à ses cruelles douleurs.

Je priai mon confrère, le docteur Réber, interne à l'asile des aliénés de Saint-Dizier, de vouloir bien nous prêter son concours éclairé. Nous nous réunîmes le 8 juin.

Tout étant préparé pour l'opération, nous fîmes placer le malade sur une table recouverte d'un matelas, comme pour l'opération de la taille. Trois aides vigoureux sont chargés de le maintenir. Je rase le périnée, j'introduis le cathéter, et le donne à tenir solidement à un aide qui est en même temps chargé de relever les bourses. M. Réber commence l'éthérisation au moyen d'une compresse pliée en godets. L'anesthésie fut assez difficile à obtenir, malgré la docilité du malade ; il fallut employer une assez grande quantité de chloroforme. Lorsque je me fus assuré de l'insensibilité, je procédai comme pour la taille bilatérale. Je fis une incision semi-lunaire, passant à 2 centimètres de l'aine et allant se terminer de chaque côté sur le milieu de la ligne qui sépare l'anus de la tubérosité ischiatique. Arrivé sur la pierre, après une incision faite sur le cathéter au canal de l'urètre, je conduisis le long du doigt indicateur gauche, introduit dans la plaie, un long bistouri droit boutonné à lame étroite. Je fis sur la pierre une incision latérale gauche qui divisa l'espèce de poche à parois résistantes qui l'enveloppait. Je fis une incision semblable à droite. Je passai mon doigt entre le calcul et son enveloppe, et cherchai à lui imprimer quelques mouvements de dégagement, mais en vain. J'introduisis chaque branche des tenettes séparément, l'une à droite, l'autre à gauche, comme dans une application de forceps ; mais le calcul ne me présentait pas la moitié de sa sphère antérieure ; les branches échappèrent. Je repris mon bistouri boutonné, et refis dans plusieurs sens de nouvelles incisions sur le calcul, en les prolongeant aussi loin que possible. J'introduisis alors une curette à la partie supérieure de la pierre, et cherchai à la dégager d'arrière en avant ; cette nouvelle tentative fut encore infructueuse.

Fatigué de mes efforts, je priai mon père de prendre ma place et d'essayer, en introduisant de nouveau les tenettes, de briser les enveloppes de cette énorme pierre. Après quelques efforts de pression, qu'une vigueur de poignet peu commune dut rendre très énergiques, il fut assez heureux pour décortiquer en quelque sorte ce noyau central, qui, devenu libre au milieu de son enveloppe brisée, fut facilement amené au dehors. Les fragments qui restaient furent ensuite extraits sans difficulté.

Cette opération longue, laborieuse, que le manque d'instruments convenables avait rendue d'une exécution encore plus difficile, ne s'accompagna pas d'hémorrhagie ; c'est à peine si le malade perdit 250 grammes de sang. Je retirai avec le doigt tous les petits fragments qui restaient dans la plaie et fis quelques injections pour entraîner le reste. En introduisant le doigt dans le rectum, je constatai avec bonheur que, malgré les manœuvres laborieuses auxquelles nous nous étions livrés, il n'y avait pas de déchirure.

Le malade a été tenu presque tout le temps dans un état d'anesthésie assez complet pour n'éprouver que de faibles douleurs.

Une sonde introduite dans la vessie permit de constater qu'il n'y avait pas d'autre calcul ; sa capacité était peu considérable, comme on l'a observé du reste en pareil cas ; la poche où était logé le calcul remplaçait en quelque sorte la vessie.

Au lieu de présenter une glande traversée par un canal, la prostate était à l'état d'organe creux ; la substance glandulaire avait complétement disparu ; il ne restait que l'élément fibreux qui servait d'enveloppe à cette vaste poche. La petite extrémité ovoïde du calcul s'avançait dans la région sous-membraneuse de l'urètre ; la grosse extrémité répondait au col de la vessie où elle était sans doute engagée. Le noyau central est de la grosseur et de la forme d'un gros œuf de poule. Son poids, avec les débris que nous avons recueillis, est de 250 grammes. Dans son plus grand diamètre, il mesure une circonférence de 16 centim. 50, et dans son petit une circonférence de 14 centimètres. En replaçant sur le noyau quelques débris de son enveloppe corticale, on trouve une mesure approximative de 26 centim. 50 de circonférence dans le grand diamètre, et de 24 centim. dans le petit. La partie centrale, très dure, paraît formée d'un seul morceau ; l'enveloppe est composée de plusieurs couches superposées et de densité différente.

Après avoir attendu quelques instants pour voir s'il ne surviendrait pas une hémorrhagie ; je fais reporter le malade dans son lit, préparé

Je plaide un peu, sans m'en défendre, la cause de ces pauvres chiens que l'on soumet souvent à des tortures inutiles. Dans dix ou douze ans, l'impôt aidant et les mesures de police, la race canine aura à peu près disparu de France. Serait-ce un bien ou un mal ? On répond oui ou non, selon le degré d'estime et d'affection qu'on a pour les bêtes. Je fais ma réponse *in petto*, et ma réserve ne troublera pas, je l'espère, la marche du char de l'État.

Expérimentateurs, ce n'est pas seulement la complexité et la complication des phénomènes qui viennent jeter obscurité et doute sur vos résultats. J'ai écrit quelque part un petit morceau que je ne veux pas appeler de philosophie médicale, ce serait beaucoup trop ambitieux, mais qui ne me semble pas hors de toute application dans les circonstances actuelles. Il y a plus de quinze ans que je disais ceci :

Dans les sciences positives, un fait une fois bien constaté reste toujours le même quelles que soient les théories régnantes ; il peut bien leur emprunter des explications de causalité ou des rapports d'application ; les conséquences de ce fait peuvent bien d'abord rester inconnues, ou dès le principe faire entrer la science dans une voie toute nouvelle ; mais ces circonstances n'altèrent en rien la nature et, qu'on me passe cette expression, la phénoménalité du fait.

Lorsque plusieurs siècles avant l'ère vulgaire les philosophes grecs découvrirent qu'un morceau d'ambre soumis au frottement avait la propriété d'attirer les corps légers, sans doute qu'ils ne virent pas dans ce fait la base sur laquelle devait s'élever cette science qui prime toutes les autres, la science de l'électricité ; sans doute que leurs explications de ce fait, qui faillit passer inaperçu, n'étaient point légitimes ; mais le fait en lui-même n'en a pas moins traversé les siècles dans une parfaite intégrité et rien n'a pu en altérer la nature.

Combien les choses sont loin de se passer ainsi en pathologie ! Chaque école, chaque théorie, chaque système a des faits qui lui sont propres. Est-ce le vitalisme qui gouverne les esprits, tous les faits pathologiques seront imprégnés de vitalisme. L'humorisme règne-t-il dans les écoles, avec une étonnante unanimité tous les faits convergeront vers l'humorisme. Le solidisme, enfin, aura-t-il envahi l'enseignement, tous les observateurs apporteront à son édification leur contingent de faits.

J'ai la quelque part que les astronomes chinois étaient en dissidence complète sur la couleur de la lumière émanée d'une planète visible seulement à l'aide de fortes lunettes : les uns la croyaient rouge, les autres bleue, les autres verte. Un jésuite français, frappé de cette dissidence, voulut examiner de près les lunettes et vit que les astronomes chinois avaient tous raison quoiqu'ils se trompassent tous : les verres, en effet, étaient mal fabriqués et donnaient leur teinte, diversement colorée, aux rayons lumineux parfaitement blancs de la planète. Avec un peu de hardiesse pour la comparaison, je dirais que les systèmes en pathologie, sont ces lunettes chinoises mal fabriquées, qui colorent de leur teinte trompeuse les faits examinés dans leur champ d'observation. Mais encore, si sous cette influence des systèmes les faits ne subissaient qu'une altération de couleur et qu'elle laissât intacts leur forme, leur physionomie, leurs caractères ! Il n'en est pas ainsi ; souvent les phénomènes embarrassants d'un fait sont mis dans l'ombre pour faire saillir en lumière ceux qui viennent en aide à la théorie ; souvent aussi les circonstances les moins importantes d'un fait sont précisément celles qu'on met en évidence, parce qu'elles seules portent secours à l'idée favorite. Les exemples de cela sont innombrables, et pour ne citer que le plus récent, demandez-vous ce que vous croyez aujourd'hui et ce que vous croyiez il y a quinze ans sur la fréquence des maladies inflammatoires de l'estomac. Des quatre à cinq cents faits de gastro-entérite aiguë spontanée, qui remplissent les journaux de 1820 à 1830, j'affirme qu'il n'y en a pas dix qui résistent à une analyse sérieuse.

Altérabilité, altérations sous l'influence des systèmes, second caractère des faits pathologiques.

Dans les sciences exactes, qu'il soit question d'un fait spontané ou d'un fait provoqué, le commencement, la durée, la terminaison de ce fait sont toujours appréciables ; de sorte qu'un fait semblable venant à se renouveler, l'observateur pourra en constater la période initiale, en préciser la durée, en prédire la terminaison. Impossible d'agir avec cette exactitude en pathologie. Le commencement d'un fait nous échappe presque toujours, et la nuance qui sépare la santé de la maladie est tellement fine et délicate, que nous ne pouvons presque jamais la percevoir. Il nous est même impossible de dire, dans quelque maladie que ce soit, quel est l'organe ou le système d'organe primitivement affecté. On sait que c'est là un point de doctrine fort controversé, de savoir si la maladie (et il est bien entendu que je ne parle que des maladies internes spontanées) est primitivement générale ou locale. Cette immense question est loin d'être résolue, et je ne crois pas qu'elle le soit de longtemps. Quant à la durée et à la terminaison d'un fait, les circonstances de l'étendue et de la complication de la lésion, des forces du sujet, de l'âge, du sexe, du tempérament, du climat, des constitutions régnantes, des perturbations en bien ou en mal apportées par la thérapeutique, etc., tout cela est si divers, si mobile, si difficile à apprécier que, dans l'état actuel des choses et surtout avec la tendance actuelle des esprits, je ne crois pas qu'il y ait un médecin en position de faire ce qu'on pourrait appeler l'histoire naturelle d'un fait abandonné à lui-même.

Ignorance où nous sommes sur leur mode d'évolution, troisième caractère des faits pathologiques.

Les faits pathologiques sont-ils toujours semblables à eux-mêmes ? En d'autres termes, y a-t-il identité dans les faits soumis à l'observation du médecin ? Cette question a été longuement débattue, il y a quelques années, dans le sein de l'Académie de médecine, lors de la discussion sur la statistique médicale, et, de cette discussion, il résulta, je crois, cette conclusion pour tout le monde, que l'identité parfaite des faits en pathologie est une chimère, et que l'observation n'a jamais à s'exercer que sur des analogies plus ou moins grandes. Maintenant, ces analogies sont-elles tellement sûres, tellement étroites, que des faits passés on puisse conclure à des faits présents ? Voilà posé en quelques mots le plus grand problème qui se puisse présenter aux méditations du médecin, car de sa solution dépend la confiance qu'il peut avoir aux traditions historiques, à l'expérience de ses prédécesseurs, à celle de ses contemporains, à la sienne propre.

Non identité, quatrième caractère des faits pathologiques.

Tout progrès dans une partie quelconque des sciences médicales affai-

de manière que le bassin ne puisse pas enfoncer; je relève les bourses à l'aide d'une compresse longuette; j'applique une compresse imbibée d'eau fraîche sur la plaie, et par-dessus une vessie remplie de glace. L'opéré a passé la fin de cette journée presque sans souffrance, dans un état aussi satisfaisant que possible.

9 juin. Aucun accident sérieux ne s'est encore déclaré. Le malade va aussi bien qu'il est permis de l'espérer. Pas de douleurs: presque pas de fièvre; pas d'hémorrhagie. — Deux pilules d'extrait d'opium à 0,025 millig. chacune, à prendre dans la soirée; continuation de la glace sur la plaie.

10 juin. Le matin, dans les efforts qu'il fit pour aller à la garde-robe, il ressentit profondément dans le bas-ventre des douleurs assez vives. Pendant la nuit, il a eu de la fièvre et deux vomissements bilieux. Trois ou quatre petits caillots de sang s'échappent par la plaie, et en même temps une assez grande quantité d'urine. Après plusieurs injections, la plaie, sondée avec le doigt, n'offre rien de particulier; peu de gonflement. Il existe dans la fosse iliaque droite une sensibilité assez grande, le ventre est tendu, météorisé. Le pouls est petit, peu résistant, à 90.

Application de douze sangsues sur le bas-ventre; frictions mercurielles, cataplasmes laudanisés, deux pilules d'extrait thébaïque. Fragments de glace à sucer de temps en temps. Continuation de la glace sur la plaie: le malade lui-même la réclame.

Nous le visitons de nouveau dans la soirée. La sensibilité du ventre est un peu moins grande; mais l'état général est toujours le même; il n'y a pas eu de selle ni de vomissement. Le faciès exprime l'inquiétude, le découragement.

11 juin. La position de notre pauvre malade s'est encore aggravée. Il a vomi plusieurs fois et eu plusieurs selles diarrhéiques. Le ventre est très sensible. Soif vive, hoquet presque continuel. La plaie, un peu gonflée, est salie par des matières liquides d'une odeur fétide. Le pouls est petit, filiforme, très fréquent. Dans la journée, les vomissements et la diarrhée continuent; les extrémités deviennent froides, les yeux sont enfoncés, la voix est éteinte. Il se plaint faiblement de quelques douleurs dans les jambes. Le pouls s'éteint complétement; il expire à sept heures du soir.

Les parents, à notre grand regret, nous refusèrent l'autopsie, malgré nos instances réitérées.

Il est évident que la mort de ce malheureux peut être attribuée à une péritonite. Il ne serait cependant pas irrationnel d'admettre que l'influence cholérique, qui devait faire tant de victimes dans ce village et qui commençait à se faire sentir, n'y a pas été complétement étrangère. Peut-être, sans elle, aurions-nous eu le bonheur de le sauver?

Dr A. Maigrot, de St-Dizier.

ODONTOGÉNIE.

L'IVOIRE EST-IL LE PRODUIT D'UNE SÉCRÉTION, D'UNE TRANSSUDATION A LA SURFACE DU BULBE DENTAIRE? OU EST-IL LE RÉSULTAT D'UNE TRANSFORMATION ET D'UNE VÉRITABLE OSSIFICATION DE CE BULBE?

Par le docteur Oudet, membre de l'Académie impériale de médecine.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 31 Juillet et 7 Août 1856.)

Je serais très embarrassé de dire sur quelles indications les auteurs ont admis ce déplacement de la tunique de la pulpe. G. Cuvier attribue à la présence de cette membrane la ligne grisâtre qu'on remarque entre l'ivoire et l'émail. Mais cette opinion, qu'aucune démonstration positive ne confirme, ne repose, comme l'a déjà fait remarquer M. Flourens, que sur une illusion d'optique. Que ferait cette membrane ainsi pressée entre les deux substances solides des dents, et privée de toutes communications vasculaires. A quoi servirait-elle? G. Cuvier la croit destinée à attacher les parties durcies de la dent au fond de la capsule; car, ajoute-t-il, sans elle il y aurait solution de continuité. Cette explication, dont j'ai de la peine à saisir le sens, ne saurait tenir lieu du fait qui lui manque; et si G. Cuvier a voulu parler de l'union de l'ivoire et de l'émail, je pourrais objecter que cette union existe entre la substance corticale et l'ivoire des racines, quoique aucun tissu membraneux ne leur serve d'intermédiaire.

Cependant, pour peu qu'on y eût réfléchi, ou qu'on se fût livré à la plus simple inspection des parties, on eût évité une pareille erreur. Il est de toute évidence que si l'ivoire était formé en dedans de la membrane de la pulpe, celle-ci devrait se trouver, à un temps donné, entièrement privée de son enveloppe primitive. Or, qu'on examine la pulpe, soit avant, soit pendant, ou après la production de l'ivoire, et on la trouvera toujours revêtue de sa tunique extérieure. Ce caractère anatomique, qu'elle partage avec tous les organes sécréteurs, elle ne le perd jamais. La membrane qui l'embrasse de toutes parts lui est tellement inhérente, elle constitue une partie si essentielle de son organisation, qu'on la voit survivre même après la disparition du parenchyme de la pulpe. C'est elle qui demeure la dernière.

Il y a plus: si cette opinion avait la moindre réalité, comment la ferait-on concorder avec ce qui se passe dans la dentition des rongeurs? Car c'est toujours là qu'on est obligé de recourir toutes les fois qu'il s'agit de s'éclairer sur des points obscurs de la physiologie des dents. Chez ces animaux, la nature eût accompli une œuvre inutile en revêtant d'une enveloppe extérieure la pulpe de leurs incisives. L'ivoire de ces dents, dont le mouvement d'accroissement et d'usure est continuel, s'il se fût formé sous la membrane du bulbe dentaire, n'aurait pas tardé à l'entraîner avec lui dans une destruction commune, et le bulbe eût été obligé, au bout d'un certain temps, de procéder, sans sa membrane, à la production de l'ivoire, comme il y avait procédé primitivement quand il en était pourvu.

M. Flourens (*Recherches sur le développement des os et des dents*, Paris, 1842), dans le rapprochement qu'il a cherché à établir entre le travail d'ossification du bulbe dentaire et celui qui s'opère dans le cartilage osseux, avait certainement bien senti que cette opinion ne pouvait se concilier avec la présence d'une membrane autour du bulbe: aussi n'admet-il pas l'existence de cette membrane. En cela, cet illustre académicien s'est montré plus conséquent que les auteurs qui, avant et après lui, se sont occupés du même sujet.

Encore si cette doctrine était une et nettement définie. Elle n'est évidemment pas la même pour Kolliker, qui limite le travail d'ossification de la pulpe à sa couche la plus externe, que pour Raschkow, Schwann et Owen, qui l'étendent non seulement à tout le parenchyme de cet organe, mais y comprennent en outre sa membrane externe ou préformative, comme ils l'appellent. Quant à M. Duvernoy, nous savons que son opinion tient le milieu entre celles exprimées par ces habiles micrographes.

Ainsi, voilà déjà trois grandes modifications apportées à l'ancienne théorie de la formation de l'ivoire. Sur quoi sont-elles fondées? Je l'ignore; car dans l'école d'où elles nous viennent, on affirme et l'on ne démontre pas. Assurément elles ne peuvent invoquer l'observation microscopique. Ce serait, en effet, soumettre cette dernière à une épreuve trop difficile que de lui demander à quels signes appréciables on peut, dans le tissu qui constitue le parenchyme de la pulpe, distinguer la portion qui doit se convertir en ivoire, de celle qui conservera son état primordial. Kölliker, tout en avouant la force et la justesse de cette objection, a cru l'atténuer en disant qu'il n'existe pas moins entre elles une séparation *histologique*. Cette explication peut satisfaire l'hypothèse; seulement je doute qu'elle soit de nature à satisfaire la raison.

Mais une autre et grave difficulté se présente dans la théorie que nous discutons. S'il est vrai, ainsi qu'on le prétend, que le bulbe dentaire se transforme en os, comme le cartilage osseux, que deviennent les vaisseaux du bulbe après son ossification? Ne devrait-on pas les retrouver dans l'ivoire comme on les retrouve dans les os? En vain, pour échapper à cette conséquence, Henle a-t-il imaginé de faire retirer les vaisseaux vers le centre du germe dentaire, à mesure que celui-ci s'ossifie de dehors en dedans. Je doute fort que cet habile anatomiste se soit assuré de ce retrait. Mais il ne nous dit pas non plus ce que deviennent ces vaisseaux après que le travail d'ossification est terminé. Probablement ils disparaissent, puisqu'il reconnaît, avec le plus grand nombre des micrographes, que chez l'homme, au moins, l'ivoire n'est pas vasculaire.

Soit donc qu'on ait égard à la constitution anatomique du bulbe dentaire, soit qu'on étudie la manière dont il se comporte pendant la production de l'ivoire, tout s'élève contre une doctrine qui se trouve tellement en contradiction avec les faits les mieux établis, que je n'avais même pas jugé, dans un travail publié en 1835, devoir la réfuter (*Dictionnaire de médecine*, déjà cité, article Dentition, 1835). L'induction physiologique ne la repoussait pas moins. Toutes les parties qui dépendent d'un même système organique ont des caractères communs et constants qu'elles conservent toujours, quelles que soient les modifications qu'elles subissent. Admettre qu'une seule de ces parties puisse s'en dépouiller sans qu'aussitôt les liens qui l'unissaient au tout ne soient rompus, c'est accuser ou une erreur de la science ou une erreur de l'observation. Si, comme l'affirment Henle, Owen, M. Flourens et la plupart des micrographes modernes, l'ivoire est le germe dentaire ossifié, pourquoi lui refuser la vascularité et les autres attributs des os? Car ce n'est qu'à ces conditions qu'il peut appartenir au système osseux. Si, au contraire, il est démontré, comme une vérité désormais acquise à la science et même acceptée par le plus grand nombre de ces auteurs, que la place des dents soit marquée parmi les productions du système tégumentaire, comment les en distraire par l'acte le plus important qui s'accomplisse en elles? Prétendrait-on les rattacher tout à la fois à deux systèmes aussi différents que les systèmes osseux et tégumentaire? Mais ce qui me frappe surtout, c'est peut-être moins encore le peu de fondement et l'incohérence de ces hypothèses, que les déductions physiologiques qui doivent inévitablement en découler. Sans doute, en les émettant, les auteurs n'ont eu en vue que les dents; mais sont-ils bien certains qu'à leur insu elles ne prennent plus d'extension et ne tendent à se formuler en théorie générale? En histologie, les théories sont solidaires les unes des autres, en ce sens qu'elles doivent s'appliquer également et uniformément à toutes les dépendances d'un même système organique. Lors donc que vous me dites que l'ivoire est le résultat d'une transformation du germe dentaire, je suis en droit d'en conclure que les substances cornées sont le résultat d'une transformation de leur bulbe, ou de vous demander dans quel système anatomique vous rangez les dents.

Quant à moi, je ne puis voir, dans la théorie de l'ossification du bulbe dentaire, qu'une vue hypothétique, et pas autre chose. Professée par l'école microscopique, elle ne peut même pas s'appuyer de l'instrument qui l'a fait revivre. Cependant elle semble dominer aujourd'hui en Allemagne, en Angleterre, en France, et compte parmi ses partisans d'illustres anatomistes. Pour venir la combattre à cette tribune, il a fallu que mes convictions fussent bien profondes. A des autorités que je respecte, j'ai opposé les enseignements donnés par l'anatomie et la physiologie, et me suis surtout efforcé de réduire la question à ses termes les plus simples et les plus décisifs. Si l'ivoire n'est que la pulpe ossifiée, il faut de toute nécessité admettre qu'il se forme en dedans de la membrane de la pulpe, et cet organe producteur doit, au bout d'un temps déterminé, se trouver dépouillé de son enveloppe primitive. Or, l'observation anatomique rejette une telle assertion. La théorie de la formation de l'ivoire par une sécrétion, une transsudation à la surface externe de la membrane du bulbe dentaire, en un mot, par un acte organique semblable à celui qui préside à la production de toutes les substances cornées, reçoit donc de cette démonstration et des considérations dans lesquelles je suis entré, une consécration nouvelle. Sans doute, ce n'est pas un progrès; mais n'est-ce point encore servir la science que d'empêcher qu'elle ne fasse des pas rétrogrades?

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 Juillet 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Emploi de l'éther comme antidote du chloroforme.

M. A. Fabre lit un mémoire sur l'emploi de l'éther comme antidote du chloroforme. L'éther, dit l'auteur, détermine dans l'économie animale des effets opposés, suivant les doses qu'on emploie, suivant la fréquence et la durée des inhalations. Il est d'abord excitant; ce n'est que par des inhalations prolongées, à des doses élevées, qu'il devient anesthésique. Sa principale propriété est d'être excitant; aussi tous les auteurs de théblit, annihile quelquefois la valeur de toute une série de faits. Qui oserait aujourd'hui édifier la pathologie des maladies du cœur ou de la poitrine, sans tenir compte dans les faits des résultats fournis par la percussion et par l'auscultation? Eh bien! ce que vous refuseriez, et à bon droit, à un contemporain, la logique vous oblige à le faire pour vos devanciers, et si vous êtes conséquent, il faut absolument rejeter comme stérile tous les faits antérieurs à la magnifique découverte de Laënnec. L'exploration pathologique peut prendre un tel développement, elle peut appeler à son aide tant de secours, elle peut s'exercer sur des éléments si nombreux et interroger tant de choses, que tous les jours son domaine s'agrandit sans que cependant vous puissiez fixer ses limites. Aussi un fait qui hier était complet, est incomplet aujourd'hui, et le fait complet aujourd'hui peut ne l'être plus demain.

Incertitude sur leur intégrité, cinquième caractère des faits pathologiques.

Tous ces points de vue divers ne sont pas les seuls sous lesquels on puisse et on doive envisager les faits pathologiques. Pris en lui-même, ce fait offre à considérer ses éléments de causalité, ses éléments de symptomatographie, de séméiographie, de diagnose, de pronose, de terminalité, de nécrosgraphie, etc., et sur tous ces éléments se retrouvent les cinq principaux caractères qu'on peut assigner aux faits pathologiques.

Comme on le voit, ces caractères sont tous négatifs, comparativement aux caractères des faits appartenant aux sciences exactes. De sorte que si, pour caractériser ceux-ci, on n'a qu'à dire ce qu'ils sont, pour caractériser ceux-là il faut précisément dire ce qu'ils ne sont pas. Et qu'on veuille bien croire que ceci n'est ni un jeu d'esprit, ni un paradoxe: je suis parfaitement convaincu qu'il est très important d'envisager ainsi le fait pathologique, et que de grandes conséquences découlent de cette manière de voir. Ainsi, si vous êtes bien sûr que le fait pathologique est complexe ou compliqué, qu'il est altérable sous certaines influences, que vous ignorez son mode d'évolution, qu'il n'est point identique à un autre fait, que son intégrité est incertaine, emploierez-vous, pour étudier ce fait, la méthode que vous emploieriez dans une science exacte où le fait est simple, inaltérable, d'une évolution connue, toujours semblable à un fait du même ordre et constamment complet? Tirerez-vous du fait pathologique les mêmes conséquences que du fait scientifique; et dans l'application vous laisserez-vous déterminer par les mêmes motifs? La logique à bon droit murmurerait de cette conduite irrationnelle; et certainement, s'il se présentait parmi vous un médecin qui, tourmenté, affligé de l'incertitude de notre art, conçût la pensée de le soumettre aux règles exactes, austères, inflexibles de la science, vous seriez bien convaincu que son ambition noble et généreuse, sans doute, serait complétement décevante. — Il est certain que la manière d'envisager le fait médical est le point de départ de toute philosophie médicale; d'elle aussi découlent les idées qu'on apporte dans la pratique de l'art, pratique qui ne peut être celle du physicien ou du chimiste, car le fait médical n'est pas purement un fait chimique ou physique, mais quelqu'autre chose d'un ordre bien plus élevé, bien plus inaccessible aux investigations scientifiques, et dont la raison d'existence échappe à l'œil le plus audacieusement scrutateur.

J'avoue, après ces développements, que j'ai promis plus que je ne pouvais tenir en annonçant ce qu'il fallait entendre par *faits* en médecine; j'aurais dû dire ce qu'il ne faut pas entendre. Cette sorte d'exhibition négative ne sera peut-être pas inutile au moment où tant d'intelligences s'égarent à la recherche d'un positivisme et d'une exactitude impossible; peut-être ne sera-t-il pas superflu d'avoir rappelé quelques principes de philosophie générale, qui prouvent combien est chimérique cette prétention actuelle des esprits. Je le dis avec une sincère conviction, si tant d'efforts, tant d'études et de temps étaient consacrés à l'expérimentation thérapeutique, à l'expérimentation empirique, puisqu'il faut l'appeler par son nom, les limites si bornées de notre art pourraient être reculées bien plus sûrement que par tout cet appareil scientifique dont les résultats sont désespérants de stérilité pratique. Oui — et il faut quelque courage pour oser le dire, — la médecine actuelle est déviée de ses voies naturelles: elle a perdu de vue son but, son noble but qui est de soulager ou de guérir; la thérapeutique est rejetée sur le dernier plan, et sur le plan le mieux éclairé se placent les recherches purement spéculatives propres tout au plus à satisfaire une vaine et stérile curiosité. Sans thérapeutique, cependant, le médecin n'est plus qu'un inutile naturaliste passant sa vie à reconnaître, décrire, classer et dessiner les maladies de l'homme, sans souci de leur terminaison ou fatale ou heureuse. C'est la thérapeutique qui élève et ennoblit notre art; par elle, par elle seule il a un but, et j'ajoute que par elle seule cet art peut devenir une science. Vos molécules de fibrine se précipitant au fond d'un verre à réactifs, vos globules sanguins faisant leurs évolutions sur le porte-objet d'un microscope, vos savantes analyses d'une gouttelette de mucus, tout cela est fort curieux, sans doute, mais de grâce, savants illustres, ayez pitié de ce malheureux que la phthisie dévore, que le typhus accable! Prenez garde surtout que vos sublimes élucubrations ne vous conduisent là, où à travers les cornues et les filtres furent conduits Paracelse et Sylvius.

Amédée Latour.

Les membres de la Commission du Banquet offert par le corps médical de France aux médecins de l'armée et de la flotte d'Orient, afin de laisser à leurs confrères éloignés de Paris tout le temps nécessaire pour faire parvenir leur adhésion, ont décidé que la clôture de la souscription au Banquet serait remise au vendredi soir 15 août.

Le secrétaire-trésorier, Dr Mareux. — *Le président de la Commission*, Baron Paul Dubois.

Les compagnies des chemins de fer de Lyon, du Nord, de l'Est, d'Orléans s'engagent à faire une réduction de moitié sur le prix du voyage (aller et retour) à nos confrères des départements qui, les 19 et 20 août, viendront à Paris, porteurs d'une carte d'entrée au Banquet.

La compagnie des chemins de fer de l'Ouest (Rouen, Havre, Dieppe, Fécamp, Caen, Cherbourg et Ouest) porte cette réduction au quart du tarif.

— M. Pascali, étudiant en médecine, a succombé le 30 juillet aux suites d'une piqûre anatomique. Jeudi dernier, un grand nombre de médecins et d'élèves s'étaient réunis à l'hôpital du Midi, pour conduire cet infortuné jeune homme à sa dernière demeure. La presse prend toujours soin de livrer à la publicité les accidents auxquels donnent si souvent lieu les dissections et les ouvertures cadavériques, dans le but de faire redoubler d'attentions ceux qui manient le scalpel à l'amphithéâtre; mais, malheureusement, il ne se passe pas d'année sans que le corps des internes des hôpitaux et des élèves de la Faculté n'ait à déplorer plusieurs pertes de ce genre. — (*Gazette des hôp.*)

rapeutique le placent-ils à la tête des stimulants diffusibles. Il était donc rationnel de l'employer comme stimulant pour neutraliser les effets hyposthénisants, pour remédier aux défaillances et aux syncopes que détermine le chloroforme : les prévisions de la théorie ont été réalisées par l'expérience, c'est ce que l'auteur cherche à démontrer dans ce travail, basé sur cent dix-sept expériences.

J'ai administré, dit M. Fabre, l'éther en inhalations intermittentes, à la dose d'une demi-cuillerée à café, versée sur une éponge et placée devant la bouche entr'ouverte du sujet à jeun (lapin ou cochon d'Inde). Mes deux points de repère sont le sommeil, ou suspension de la vie animale, et le réveil, ou retour du sujet à la station sur les quatre membres.

J'ai examiné les effets de l'éther sur la durée du sommeil anesthésique produit par le chloroforme; sur les fonctions de l'économie, modifiées ou suspendues par cet agent. Pour constater l'influence de l'éther sur la durée du sommeil, j'ai mesuré, d'une part, la durée moyenne du sommeil anesthésique non troublé, d'autre part la durée moyenne de celui contre lequel a été employé l'éther.

L'éther activait d'abord les mouvements de la respiration et les battements du cœur. En même temps ou peu après, les fonctions de la vie animale reprenaient leur cours, les paupières se mouvaient, puis les mâchoires se contractaient, le sujet relevait la tête et remuait les membres; par un nouveau progrès, il se maintenait sur ses membres antérieurs, essayant en même temps de se redresser sur ses membres postérieurs, et consumant parfois plusieurs minutes pour arriver à ce dernier résultat. Mais si les inhalations intermittentes d'éther à dose modérée neutralisent si bien l'action adynamique et anesthésique du chloroforme, les fortes doses, au contraire, et surtout les inhalations continues, reproduisent le sommeil s'il a cessé, le rendent plus profond et même mortel s'il existe déjà. Administré pendant la période d'excitation déterminée par le chloroforme, l'éther maintient l'excitation : ce sont deux actions semblables qui se succèdent, mais ne se neutralisent pas. Si, dans cette circonstance, on en continue l'emploi, l'éther produit le sommeil après un temps dont la longueur est en raison inverse des doses inhalées. Quand j'ai versé sur la même éponge la dose ordinaire de chloroforme (une forte cuillerée à café) et une quantité d'éther égale ou un peu plus considerable, le mélange a agi comme l'aurait fait le chloroforme seul. Mais quant à la même dose de chloroforme, je n'ai mêlé qu'une quantité d'éther de moitié moindre, la période d'excitation a été évidemment prolongée. Dans le premier cas, ces deux substances possédant des propriétés semblables ne sont pas neutralisées. Dans le second, l'action stimulante de l'éther a entravé l'influence adynamique et anesthésique du chloroforme. Ainsi l'éther, convenablement employé, est un antidote *physiologique* du chloroforme.

La médecine peut retirer de ces expériences un triple avantage :

1° L'emploi du chloroforme deviendra moins dangereux, plus fréquent et plus utile : moins dangereux parce qu'en activant les fonctions de l'économie ralenties ou suspendues par le chloroforme, l'éther doit remédier aux accidents que détermine cet agent; plus fréquent et plus utile, parce qu'on pourra désormais employer le chloroforme chez les sujets débiles, sans avoir à redouter l'adynamie qui en accompagne et quelquefois en suit l'administration; parce qu'on y recourra sans crainte et à plusieurs reprises dans les opérations multiples, dans les opérations longues, à plusieurs temps douloureux, dans les accouchements; enfin parce qu'on ne doit plus redouter l'anesthésie complète, et que, par conséquent, on ne s'arrêtera plus à cette période de demi-sommeil où la sensibilité est seulement émoussée, quelquefois même encore exaltée.

2° La science sera mieux éclairée sur le mode d'action de cette classe d'antidotes que j'appelle physiologiques, et sur les moyens de les reconnaître. Je dirai, au sujet de ces antidotes, en m'appuyant sur l'exemple de l'éther, du chloroforme, de l'aldéhyde et de l'ammoniaque, qu'ils peuvent déterminer dans l'économie des effets opposés suivant certaines conditions dont les doses sont les principales; que l'une de ces catégories d'effets est semblable aux effets toxiques de la substance qu'ils peuvent antidoter; que l'autre est opposée à l'influence toxique. Il est évident pour moi que c'est en vertu de cette seconde action opposée à l'influence toxique et non pas en vertu d'un principe de similitude, qu'agissent ces antidotes. Il n'en est pas moins vrai que, par la connaissance seule de propriétés anesthésiques de l'aldéhyde, je suis arrivé à présumer et à employer les propriétés antianesthésiques de cet agent. Mais on peut aussi, et à plus forte raison, en ne connaissant d'une substance que les propriétés qui sont opposées à une action toxique, l'utiliser comme antidote; c'est ainsi que j'ai administré l'ammoniaque. On peut enfin connaître, chez un même agent, ces deux catégories de propriétés opposées, et employer l'une pour détruire des effets semblables à ceux que détermine l'autre; c'est ce que j'ai fait avec l'éther.

Il résulte encore de ces expériences que deux substances qui s'antidotent si on les emploie à des doses différentes, agissent au contraire dans le même sens si on les administre en proportions relativement égales; c'est ainsi qu'un mélange d'éther et de chloroforme peut déterminer l'anesthésie. Bien plus, c'est parmi les succédanés qu'il faut chercher les antidotes, et réciproquement. Ces conclusions intéressent à la fois la thérapeutique des empoisonnements, qu'elles enrichissent de règles sûres et de moyens puissants, et l'expérimentation clinique, qu'elles délivrent de ses dangers.

3° Enfin, un résultat de cette découverte, c'est qu'elle confirme d'une manière évidente ce principe important qu'un même agent peut, suivant des conditions connues, déterminer dans l'économie animale des effets opposés. (Commissaires, MM. Flourens, J. Cloquet, Jobert de Lamballe).

Strabisme.

M. Castorani communique un mémoire sur le strabisme, dont nous extrayons ce qui suit :

Pour moi, dit l'auteur, la cause du strabisme ne réside pas dans la contracture d'un des muscles oculaires, mais dans l'affaiblissement de la sensation rétinienne du seul œil affecté, lequel ne peut dès lors fonctionner en harmonie avec son congénère. C'est pour cela que je définis le strabisme un défaut d'accord total ou partiel d'un œil avec l'autre dans l'accomplissement de la fonction visuelle, se trahissant au dehors par un manque de convergence régulière entre les deux axes optiques. En voici le mécanisme. Si la cause éloignée du strabisme réside dans les opacités ordinaires de la cornée, qui sont le néphélion, l'albugo et le leucome, lorsqu'elles sont centrales, en masquant plus ou moins le champ pupillaire, elles empêchent les rayons lumineux d'arriver normalement sur la rétine. Il en résulte que l'œil affecté devient faible pendant que l'autre, s'exerçant plus ou moins seul, finit par acquérir plus de force encore. A partir de ce moment, tout rapport visuel entre les deux yeux est rompu, l'œil faible se dévie, et si l'on ne remédiait à la cause fonctionnelle en même temps qu'à la cause organique, l'œil affecté s'affaiblirait de plus en plus, quand bien même les taches cornéennes auraient disparu, de la même façon qu'un membre longtemps privé d'exercice finit par perdre la faculté de se mouvoir. Dans ces circonstances, si l'on cache l'œil sain, l'œil louche se redresse, et il reprend tout à fait la direction normale. Mais s'il y avait contracture, l'œil louche ne devrait pas se redresser. On voit donc que l'œil malade louche quand il fonctionne avec l'œil sain, et tout simplement par défaut de simultanéité dans la vision des deux yeux.

Il peut arriver, quoique rarement, que la presbytie occasionne le strabisme. A l'inverse de ce qui a lieu pour la myopie, le malade louche de près et non de loin, à moins que la presbytie n'ait aboli les fonctions de l'œil affecté.

Lorsque la paralysie de la sixième paire est la cause éloignée de strabisme, ce que l'on observe chez les enfants, on constate qu'après la guérison de la paralysie un strabisme la remplace, parce que, pendant tout le temps qu'elle a persisté, l'œil sain, ayant l'habitude de s'exercer seul en grande partie, a pris le dessus et a fini par le conserver tandis que l'autre, ne pouvant pas également fonctionner, est devenu relativement plus faible.

Une autre cause de strabisme des enfants, c'est l'habitude de les tenir près d'une fenêtre ou d'un objet brillant capable d'attirer leur curiosité quand ils sont dans leur berceau; car, dans ce cas, ils tournent toujours les yeux du même côté, tout en ne voyant souvent les objets qu'avec un seul œil, lequel s'exerçant seul chaque jour, finit par prendre plus de force sur son congénère, et de cette inégalité de force résulte, comme nous l'avons vu, le strabisme.

Il existe d'autres causes de strabisme, qui sont une cataracte pyramidale ou lenticulaire commençante, ou même quelquefois une amaurose lorsque l'une de ces affections n'existe qu'à un seul œil.

Dans le strabisme, l'œil affecté se dévie ordinairement en dedans et non dans les autres directions, parce que les axes oculaires convergeant naturellement en bas et en dedans, le muscle droit interne a, par cet exercice, acquis une prédominance de force qui a entraîné de son côté la direction moyenne de l'œil à l'état de repos, comme on le constate quand, chez une personne endormie, on soulève légèrement la paupière supérieure, qui nous laisse voir alors les deux axes oculaires tournés en bas et en dedans. Dans un œil faible et ordinairement myope, le muscle droit interne s'exerçant beaucoup plus énergiquement encore qu'à l'état physiologique, tandis que le muscle droit externe reste presque inerte, la déviation de l'œil en dedans se prononce de plus en plus, la direction moyenne est plus convergente, et le strabisme est constitué. Quant au sens de la déviation dans le strabisme, on trouve dans les auteurs que lorsque la tache de la cornée est en rapport avec la partie externe de la pupille, la déviation est en dedans, et en dehors si la tache est en regard avec la partie interne. Cela est vrai pour le premier cas; mais pour le second cela est rare, et n'arrive que lorsque la tache, par son étendue et sa position, ne permet en aucune manière à la vision de s'exercer en bas et en dedans, suivant la convergence physiologique des axes. Alors le malade, ne pouvant distinguer avec les deux yeux que les objets situés du côté externe de l'œil affecté, finit, par un effort continuel de tous les jours, par prendre l'habitude de regarder en dehors de ce côté.

On voit donc que nous croyons à la prédominance d'action, suite d'exercice d'un des muscles de l'œil strabique sur l'autre, mais non à sa contracture; car s'il y avait contracture, comme nous l'avons déjà dit, l'œil louche ne devrait pas se redresser quand on ferme l'œil sain. Ce qui vient encore à l'appui de notre explication, c'est que, si un seul œil est frappé subitement de cécité, il suit toutes les directions de son congénère, mais il ne devient pas louche, parce qu'alors aucun de ses muscles n'a pu prendre de prédominance d'action sur l'autre; tandis que, si un œil déjà louche vient à être complétement atteint de cécité, il reste dévié par suite de la prédominance acquise déjà à l'un des muscles. Dans ce cas, on a beau couvrir l'œil sain, l'œil louche ne se redresse pas, parce qu'il ne fonctionne plus; cependant, sous l'empire de la volonté, il tourne dans toutes les directions.

Lorsque le strabisme est très ancien, nous voyons chaque jour la vision s'affaiblir par insuffisance ou défaut d'exercice, et une amaurose peut en être la conséquence. La déviation elle-même augmente par l'affaiblissement croissant du muscle relâché et par le léger retrait sur lui-même du muscle contracté, ainsi que cela arrive, par exemple, pour la déviation en dedans, qui est la plus fréquente. Ici, en effet, le muscle droit interne finit par se raccourcir très légèrement, tandis que le muscle droit externe s'allonge en perdant sa force contractile. Alors le malade ne peut porter complétement son œil en dehors, comme on le constate en établissant la comparaison avec l'œil sain, ce qui demande une certaine habileté pratique, car la différence est très légère.

D'après tout ce que nous venons de dire sur le strabisme, il résulte que le traitement rationnel, et sur lequel on doit insister, c'est l'exercice isolé de l'œil faible. On ne doit recourir à l'opération que lorsque le strabisme est très ancien, par ce qu'il y a réellement alors un léger raccourcissement du muscle droit interne, et qu'on a déjà essayé l'exercice.

VARIÉTÉS.

Le Banquet offert aux médecins de l'armée et de la flotte reçoit de toutes parts l'accueil le plus sympathique. Chacun se fait un devoir de prendre part à une manifestation destinée à honorer nos dignes confrères.

Ils méritent bien, en effet, la reconnaissance et l'admiration de tous, ces médecins qui, pendant trois ans, ont servi sans bruit, sans éclat, mais avec tant de zèle, la cause de notre patrie et de l'humanité. Depuis Varna jusqu'à Sébastopol, dans les hôpitaux et dans les ambulances, sous le feu de l'ennemi et au milieu de meurtrières épidémies, combien d'actes d'abnégation et de courage, quel long dévouement de leurt part! Tous tombent malades, beaucoup meurent, qu'importe, leur devoir est de se dévouer, et aucun n'abandonne le poste où il a été placé. Dans l'épidémie de choléra qui sévit avec tant de violence sur notre armée dans la Dobruscha, ils se montrent si actifs, que malgré des difficultés et des fatigues inouïes, malgré l'insuffisance de leur nombre, aucun soldat ne manqua de secours. Varna rappelle le zèle et le dévouement de nos médecins militaires, comme Alma, Inkermann, Sébastopol rappellent la valeur de nos troupes.

Plus tard, lorsque le typhus vint ajouter ses horreurs à celles de la guerre, leur conduite continue d'être admirable. Dans l'ambulance de la 1re division du 3me corps, 15 médecins sur 16 sont frappés de la maladie. 62 succombent dans le courant de trois mois; ceux qui survivent, loin d'être abattus, semblent redoubler de courage; ils ne se reposeront que lorsque le fléau sera vaincu; ils ne reviendront en France que lorsque notre dernier soldat pourra revenir avec eux.

Le chiffre des médecins qui ont trouvé la mort à l'armée d'Orient dépasse 100. Les noms de ces nobles victimes, l'armée ne les a point oubliés, elle leur conserve à tous un souvenir de reconnaissance. Que ceux de nos confrères, s'il s'en trouve, à qui il répugne d'honorer les vivants, se joignent du moins à nous pour célébrer la gloire de tant de martyrs du dévouement et de l'honneur.

Un résultat de notre manifestation sera de dissiper certaines préventions qui existent encore à l'endroit de la médecine militaire. Quelques médecins civils continuent à regarder ceux de l'armée comme leurs inférieurs en instruction et en pratique. Ils ne leur accordent qu'avec une certaine réserve le titre de confrères. Cette prévention, qui pouvait avoir quelque fondement autrefois, n'en a plus, Dieu merci, de nos jours. La science et l'instruction pratiques sont, en effet, égales d'un côté comme de l'autre. Ajoutons que si, parmi nous, nous comptons des hommes dont nous sommes fiers, la médecine militaire n'a rien à nous envier. Les noms des Bégin, des Michel Lévy, des Larrey, des Baudens, ne sont-ils pas aussi éclatants que les noms les plus glorieux de la médecine et de la chirurgie civiles?

Désormais la médecine militaire et la médecine civile pourront se tendre une main amie, franchement confraternelle. Le corps médical s'entendra de tout ce qui, en France, porte le nom de médecin, qu'il appartienne à la pratique civile, à l'armée, à la flotte, et la gloire de chacun, qu'elle ait été conquise à Paris ou sur les champs de bataille de la Crimée deviendra la gloire et le patrimoine de tous.

Pour finir, un dernier mot à propos du Banquet.

Autrefois, et dans les deux derniers siècles en particulier, les médecins jouissaient d'une considération et d'une faveur qu'ils n'ont plus aujourd'hui. Quelques-uns étaient les amis des rois, ils assistaient à leur conseil, ils avaient une puissance qui contrebalançait celle des plus grands seigneurs eux-mêmes. Actuellement, rien de tout cela n'existe plus. Le médecin n'a sa place dans aucun des grands corps de l'État. Notre profession, ce divin sacerdoce, a perdu tout son prestige; quelquefois même, oserai-je l'avouer? elle est devenue pour nous presque comme une sorte de défaveur, témoin l'exemple de Double, ce praticien si honorable, à qui, sous le dernier règne, une place fut offerte à la pairie, à la condition qu'il renoncerait à l'exercice de son art.

La cause de cet abaissement de la médecine est facile à expliquer : elle tient à l'état d'isolement, je dirai presque d'égoïsme dans lequel nous vivons aujourd'hui, autant qu'aux abus si nombreux qui désolent la profession.

Le moyen de faire disparaître ces abus et de reconquérir notre influence est bien simple : c'est de nous unir. Saisissons donc l'occasion si belle qui nous est offerte. Venons en masse à notre Banquet! Tout en rendant hommage à ceux qui se sont si bien conduits en Orient, établissons la fraternité entre tous les membres de notre famille, à quelque catégorie qu'ils appartiennent; constituons, en un mot, cette union qui, sous le nom de corporation médicale, existait autrefois, et dont le retour nous ramènera la prospérité, l'indépendance et la considération que nous n'aurions jamais dû perdre.

Dr Maheux.

CONCOURS POUR QUATRE EMPLOIS D'AGRÉGÉS A L'ÉCOLE IMPÉRIALE D'APPLICATION DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE MILITAIRES.

Paris, le 6 août 1856.

Un concours sera ouvert le 1er décembre prochain à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce, pour quatre emplois de professeur agrégé, créés par le décret du 12 juin 1856, à l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires.

Ces quatre emplois se rattachent à chacun des enseignements suivants :

Clinique chirurgicale;
Hygiène et médecine légale militaires;
Maladies et épidémies des armées;
Anatomie des régions.

Les épreuves de ce concours sont celles indiquées ci-après :

MÉDECINE.

I. Composition écrite sur une question d'épidémiologie militaire.
II. Examen clinique de deux malades fièvreux atteints, l'un de maladie aiguë, l'autre d'affection chronique.
(Leçon sur les deux cas observés.)
III. Leçon sur une question d'hygiène et de médecine légale militaires.
IV. Autopsie cadavérique avec démonstration des lésions qu'elle révèle, et, s'il y a lieu, de médecine légale.

CHIRURGIE.

I. Composition écrite sur une question de pathologie chirurgicale tirée particulièrement des lésions observées aux armées.
II. Examen clinique de deux malades atteints, l'un d'une lésion aiguë, l'autre d'une affection chronique.
(Leçon sur ces deux cas.)
III. Préparation d'une région anatomique. Description de cette région. Indication des applications de pathologie interne ou externe, et de médecine opératoire qu'elle comporte.
IV. Pratique de deux opérations chirurgicales avec appréciations des méthodes et des procédés qui s'y rattachent. Pansements. Application de deux bandages ou appareils.

Aux termes de l'article 6 du décret du 13 novembre 1852, organique de l'École de médecine et de pharmacie militaires, ne peuvent être admis au concours pour les emplois d'agrégé que les médecins des grades d'aide-major de 1re classe, de major de 2e classe et de major de 1re classe.

Les officiers de santé de ces trois grades qui désireront concourir soumettront au ministre, avant le 1er septembre prochain, une demande régulière appuyée d'un avis motivé de leurs chefs.

Cette demande, qui devra faire connaître pour quelle spécialité le candidat qui l'aura formée se présente au concours, devra parvenir au ministre par l'intermédiaire du général commandant la division militaire, ou par celui de l'intendant de la division, selon que ce candidat appartient à un corps de troupe ou à un hôpital.

Il sera délivré aux candidats, en temps utile, des congés pour se rendre à l'avance à Paris, afin qu'ils puissent se préparer au concours. — (*Moniteur universel.*)

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc., etc., avec une *Introduction* par M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique, etc. — *Deuxième édition* revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'École de médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 97. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 12 Août 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Qu'est-ce que le valérianate d'ammoniaque? Question professionnelle à l'occasion de cette substance. — II. CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ (M. Trousseau) : Maladie d'Addison ou maladie bronzée. — III. OBSTÉTRIQUE : Accouchement prématuré artificiel, provoqué par des fumigations d'acide carbonique. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médicale de Constantinople.* Suite de la discussion sur le typhus. — V. RÉCLAMATION : Ligature de l'œsophage. — VI. Sur le Banquet offert aux médecins de l'armée et de la flotte. — VII. COURRIER.

PARIS, LE 11 AOUT 1856.

QU'EST-CE QUE LE VALÉRIANATE D'AMMONIAQUE? — QUESTION PROFESSIONNELLE A L'OCCASION DE CETTE SUBSTANCE.

Dans notre *Revue générale* du 8 juillet dernier, nous avons reproduit, d'après le *Bulletin de thérapeutique*, une observation de névralgie faciale ancienne et rebelle guérie presque subitement par l'emploi du *valérianate d'ammoniaque*. Cette observation était publiée par M. le docteur Declat, et nous l'avons reproduite textuellement. La nouveauté du médicament employé, le succès et la rapidité de la cure, la signature d'un docteur en médecine au bas de cette observation, la prudence et l'honorabilité du journal où nous trouvions cette observation, tout nous engageait à porter à la connaissance de nos confrères un moyen thérapeutique qui venait de rendre un si éclatant service dans un cas grave.

Nous aurions dû ajouter, et nous regrettons de ne l'avoir pas fait, que nous ne connaissions pas le valérianate d'ammoniaque, que nous ne l'avions jamais vu employé, et quant aux doses auxquelles M. le docteur Declat venait de le prescrire, nous aurions dû faire quelques réserves et poser un point d'interrogation.

Ce que nous n'avons pas fait alors, un honorable pharmacien de Paris nous donne l'occasion de le faire aujourd'hui. Nous avons, en effet, reçu la lettre suivante, que nous nous empressons de publier :

A Monsieur Amédée LATOUR, *rédacteur en chef de* L'UNION MÉDICALE.

Monsieur,

Il n'est pas douteux que l'insuccès journalier du médecin, dans le traitement de la névralgie, ne donne à la communication du docteur Declat une importance dont la valeur scientifique ne sera bien connue que lorsque l'expérience pratique sera venue confirmer les espérances que celle-ci laisse entrevoir. Mais, avant tout, il est essentiel que l'expérimentation clinique soit faite avec le soin et l'exactitude que comporte un semblable sujet.

Or, le fait que je m'empresse de porter à votre connaissance vous montrera à quelle incertitude et à quel danger vos confrères sont exposés sur les données qui sont consignées dans votre estimable journal.

Le 17 du mois de juillet, je recevais dans mon officine une ordonnance d'un honorable médecin de Paris, ainsi formulée : Valérianate d'ammoniaque 30,00 à prendre par cuillerées à café matin et soir.

Comme alors je ne connaissais pas la note du docteur Declat insérée dans le *Bulletin de thérapeutique*, je fus, je l'avoue, effrayé de la dose comme du mode d'administration de ce médicament.

En présence d'une telle situation, je priai mon client de vouloir bien m'accorder jusqu'au lendemain matin pour lui livrer sa préparation, lui faisant bien comprendre que la difficulté de l'opération exigeait de sa part cette concession. Ce temps obtenu, je ne perdis pas un instant, j'allai au domicile du docteur qui avait formulé l'ordonnance, considérant comme un devoir de ma part de m'assurer si une erreur n'aurait pas été commise en écrivant cette prescription.

A mes observations et à mes craintes, l'honorable médecin, très satisfait de ma prudence, me répondit : Je vous avouerai bien franchement que c'est la première fois que j'use de ce médicament, je ne m'y suis déterminé que parce qu'à bout de moyens contre une névralgie rebelle, j'étais heureux d'offrir à mon pauvre malade le spécifique merveilleux préconisé par le docteur Declat dans mon UNION MÉDICALE du 8 de ce mois.

Quant à la prescription du médicament, je n'ai pas pensé qu'il était possible de mieux faire que de copier la formule de l'auteur lui-même, croyant, à la lecture de sa note, que le valérianate d'ammoniaque des pharmacies était un liquide comme l'acétate d'ammoniaque.

Il est bien regrettable, ajoutait-il, que notre confrère n'ait pas jugé nécessaire d'indiquer à ses collègues la dose exacte qu'il donne à ses malades pour obtenir les effets si heureux qu'il nous annonce. Un peu moins de réserve à cet égard épargnerait des tâtonnements qui font perdre du temps et fatiguent le patient.

De notre entretien, il fut convenu que je ferais tous mes efforts pour obtenir de la bienveillance toute scientifique de M. Declat une communication plus complète ; qu'en cas d'absence, pour éviter que le malade ne s'aperçût de notre hésitation, nous lui donnerions 2 grammes de valérianate d'ammoniaque solide dissous dans 30 grammes d'eau distillée, à prendre par cuillerée à café matin et soir.

Ayant appris que M. le docteur Declat était en Belgique le jour où je me proposais de le voir, je me résignai à délivrer le médicament suivant nos conventions, me promettant bien de faire plus tard tout ce qu'il faudrait pour obtenir les renseignements que je sollicite aujourd'hui dans un intérêt purement scientifique. Je dois ajouter, pour la satisfaction de notre conduite, que notre malade s'est parfaitement trouvé de cette préparation, qu'en ce moment le mieux se maintient, son docteur ayant jugé à propos d'élever la dose à une cuillerée à dessert.

Je ne sais si je me trompe, mais il me semble que la position délicate par laquelle je viens de passer porte avec elle un enseignement qui ne vous échappera pas ; aussi permettez-moi de demander à vous, Monsieur, qui apportez toujours tant de soin à éclairer les questions professionnelles, ce que le médecin et le pharmacien auraient eu à répondre au magistrat si, exécutant à la lettre la formule du docteur Declat, il fût survenu un empoisonnement !

Croyez-vous que leur responsabilité eût été suffisamment couverte par la publication de l'observation de ce médecin dans le *Bulletin de thérapeutique* et dans votre excellent journal? Je ne le pense pas. Mais la crainte d'errer sur cette question me porte à désirer de votre part une réponse qui lève mes doutes à cet égard.

En finissant cette lettre, que j'eusse bien voulu abréger, je ne puis m'empêcher d'espérer que l'honorable praticien qui vient d'indiquer au monde médical un spécifique de la névralgie, sentira la nécessité de lui faire connaître chimiquement le valérianate d'ammoniaque qui a été l'objet de ses observations.

Sans cela, cette médication serait un véritable danger, car il n'est pas indifférent de livrer aux malades soit le valérianate d'ammoniaque solide, soit celui devenu liquide par déliquescence, ou bien encore celui à l'état de dissolution plus ou moins étendue dans l'eau distillée.

Comme ce composé est un produit trop nouveau dans la pratique médicale pour être déjà très répandu dans nos officines, j'ai cru devoir le préparer moi-même, et comme cette opération est longue et difficile, je n'ai pas hésité de profiter de la collaboration savante de mon honorable ami, M. Fontaines, aujourd'hui directeur de la maison Robiquet et Boyveau. Dans une communication prochaine, nous ferons connaître les résultats de nos recherches à cet égard, et qui permettront aux praticiens de se livrer avec sécurité à l'expérimentation clinique que je sollicite au début de cette lettre.

Recevez, etc. LABOUREUR, pharmacien.

Pour répondre à la question que M. Laboureur veut bien nous adresser, nous dirons que le pharmacien qui a rempli, comme il l'a fait dans cette circonstance, les devoirs de prudence et de convenance, nous semblerait indemne, devant l'opinion comme devant la loi, de toute espèce de responsabilité. Le pharmacien doit exécuter les prescriptions du médecin. Voilà le principe. Quand une de ces prescriptions lui paraît entachée d'erreur évidente, et que cette erreur peut avoir des conséquences graves pour le malade, son droit stricte et rigoureux est de refuser d'exécuter la prescription, mais les convenances et les bienséances exigent que, comme l'a fait M. Laboureur, il prenne quelqu'adroit détour vis-à-vis du client afin de se donner le temps de conférer avec le médecin qui a signé l'ordonnance. Si celui-ci, comme cela arrive presque toujours, reconnaît l'erreur, tout est dit, et la prescription est rectifiée. Si, au contraire, le médecin persiste — et cela s'est vu — le pharmacien n'a plus d'autre guide que sa conscience, mais devant la loi il aurait rempli tous ses devoirs et il ne saurait être responsable de l'événement qui pourrait survenir.

Nous croyons donc que, dans l'espèce, M. Laboureur ayant fait ce qu'il a fait, si le médecin, auteur de l'ordonnance, eût persisté dans sa prescription et qu'un empoisonnement eût eu lieu, M. Laboureur, en sa qualité de pharmacien, eût dû être exonéré de toute responsabilité.

En eût-il été de même du médecin ?

La question est grave et délicate. Nous demandons la permission de la résoudre, moins avec les éléments que peuvent fournir le droit et la jurisprudence, matières qui nous sont étrangères, qu'avec les seules lumières du bon sens qui est le droit naturel. Nous n'exprimons d'ailleurs ici qu'une opinion personnelle, au sujet de laquelle nous ouvrons volontiers la discussion.

L'expérimentation thérapeutique a des droits et des exigences que personne ne peut contester. Mais elle a aussi ses limites que personne ne doit dépasser.

Les progrès de notre art ne sont que l'histoire de l'expérimentation thérapeutique, expérimentation souvent hardie, quelquefois téméraire, quelquefois même malheureuse, mais, en définitive, conduisant à la conquête de moyens nouveaux et utiles. Si un *veto* absolu avait été mis sur l'expérimentation thérapeutique, l'art en serait encore réduit à la matière médicale des peuples primitifs, à peine serait-il sorti des temps heureux de la thériaque et du diascordium. Tous nos meilleurs médicaments n'ont pénétré dans la pratique que parce qu'il s'est trouvé des médecins assez courageux pour oser les expérimenter sur l'homme sain ou malade. De tous temps aussi l'expérimentation thérapeutique a eu ses oppositions, ses adversaires et ses détracteurs. C'est l'histoire de l'esprit humain en toutes choses ; les uns qui le poussent en avant, les autres qui cherchent à le retenir.

Mais si les droits de l'expérimentation sont incontestables, l'expérimentateur a aussi des devoirs auxquels il ne peut non plus se soustraire. Ces devoirs sont de n'essayer l'emploi d'un médicament nouveau qu'en en connaissant la composition, le mode d'action physiologique, la posologie.

Dans l'espèce, le valérianate d'ammoniaque, tel qu'il a été employé par M. le docteur Declat, est si peu connu, qu'on ne sait pas encore s'il se présente à l'état solide ou à l'état liquide. M. Declat l'a prescrit à la dose de petites cuillerées à café, ce qui suppose qu'il est liquide ; or, à cet état, l'opinion de M. Mialhe est que M. Declat n'a pu donner qu'une solution de valérianate d'ammoniaque, ce qui explique la dose à laquelle il a pu le donner sans danger. Quant à l'action physiologique, nous ne savons pas qu'aucune expérience ait été faite sur ce médicament, et relativement à la posologie, le valérianate d'ammoniaque pur, à la dose de 30 grammes, doit certainement être un poison.

L'honorable praticien de Paris, qui, sur la foi de son confrère, sur les indications données par deux journaux de médecine, a prescrit le valérianate à la dose indiquée, si un malheur était survenu, aurait donc pu être tourmenté et tracassé, malgré les bonnes excuses qu'il aurait eu à faire valoir.

De tout cela doit résulter un enseignement pour tous et un devoir pour nous-même.

Un enseignement pour nous tous, c'est de ne pas nous hâter de tenter l'emploi de médicaments nouveaux ou inconnus, dont l'action physiologique n'est pas constatée et dont la posologie est incertaine.

Un devoir pour nous, celui de ne reproduire qu'avec réserve, qu'avec restriction, et sous forme de doute, les indications thérapeutiques qui nous sont adressées ou que nous puisons ailleurs.

Mais pour M. le docteur Declat résulte un devoir encore plus pressant et plus grave : celui de faire immédiatement connaître à ses confrères la composition, les doses, la formule complète du valérianate d'ammoniaque tel qu'il l'emploie. Ce qui vient de se passer rend pour lui cette obligation impérieuse, et nous osons espérer qu'il la remplira.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. TROUSSEAU.

MALADIE D'ADDISON OU MALADIE BRONZÉE (1).

Je vous ai dit qu'Addison faisait déjà depuis longtemps des recherches sur ce qu'on appelle l'anémie essentielle. Il trouvait, ce que nous avons tous trouvé, que, dans certaines anémies, il y a une prédominance des globules blancs, globules jusqu'à un certain point analogues aux globules du pus, et constituant ce qu'on a appelé la *leucémie* ou *leucocythémie*, dont j'ai déjà eu l'occasion de vous parler ; que, dans ce cas, c'était la rate qui était le plus ordinairement affectée ; que, dans d'autres anémies, le foie ou les ganglions lymphatiques semblaient être plus particulièrement atteints, que, dans d'autres anémies, les capsules surrénales étaient affectées, mais que, dans celles où les capsules surrénales étaient lésées, il y avait invariablement une coloration bronzée, et tandis que, dans l'anémie splénique, il ne constatait que la teinte subictérique que vous connaissez tous, cette coloration particulière qui n'est pas celle de la chlorose ni de l'anémie par perte de sang, mais qui est la coloration intermédiaire entre la coloration cancéreuse et celle de l'anémie, il en trouvait une toute particulière, dans laquelle la peau prenait un ton bronzé, un ton enfumé, analogue à celui de la peau des mulâtres, coloration apparaissant plus particulièrement, comme je le disais, sur la main, sur le col, sur le pénis, sur le scrotum, sur l'auréole des mamelons, au-dessous des aisselles.

Mais, en même temps, il remarquait, chez un assez grand nombre de ces malades des plaques de *vitiligo*. Or, ceux de vous qui ont pu étudier les maladies de la peau à l'hôpital St-Louis, ont dû voir un assez grand nombre d'individus, soit à la consultation, soit dans les salles, atteints de *vitiligo*, autre espèce de cachexie fort étrange, dans laquelle les individus pâlissent, ont des bruits de souffle dans les vaisseaux, et, au lieu d'avoir des taches noires sur la peau, ont des portions de peau complétement et absolument décolorées, tranchant par leur blancheur mate sur le reste de la

(1) Voir le numéro du 7 Juillet 1856.

peau. Chose curieuse ! dans la *maladie d'Addison*, vous retrouvez des taches de *vitiligo* chez un assez grand nombre d'individus, se mêlant aux taches bronzées, comme s'il y avait un déplacement du pigment qui abandonnât un point de la peau pour venir se fixer sur un autre.

Toujours est-il que, maintenant que l'éveil a été donné par Addison, maintenant qu'il nous a montré la corrélation qu'il y a, ou plutôt, l'espèce de marche parallèle qu'il y a quelquefois entre le *vitiligo* et la *maladie de bronze*, il est possible que, recherchant, chez les individus atteints de vitiligo, l'état des capsules surrénales, on trouve des lésions de ces capsules comme dans la *maladie d'Addison*, et alors le vitiligo n'en serait qu'une des modifications, qu'une des formes.

Quant aux symptômes fonctionnels, on observe un allanguissement général, une débilité extrême, un dépérissement qui va toujours augmentant, un état d'anémie caractérisé par la pâleur des tissus qui ne sont pas noircis et ensuite par le bruit de souffle dans les vaisseaux comme dans les anémies profondes.

Dans les colorations, il y en a une qui n'est pas indiquée par Addison; c'est celle des membranes muqueuses. Chez notre malade, en relevant les lèvres, vous voyez les lèvres teintes en noir, comme les chiens de race ont l'intérieur de la gueule teint en noir. C'est là quelque chose d'étrange; je vous le signale.

Qu'y a-t-il dans le sang? J'ai fait retirer chez cet homme du sang, non pas de telle manière que cela puisse le moins du monde modifier l'état de sa santé; je regarderais cela comme coupable. Faire une saignée copieuse chez un malade pour connaître l'état de son sang dans la palette, est une de ces choses que je ne me suis jamais permises et que je ne croirai pouvoir me permettre jamais; mais faire retirer quelques grammes de sang par une ventouse, ne peut en aucune façon modifier la constitution. J'ai fait porter le sang chez M. Robin; il n'a rien trouvé d'anormal dans le sang, si ce n'est une diminution des globules rouges, comme chez les individus atteints d'anémie ordinaire. Les urines, examinées par lui, ont permis de constater l'existence de quelques globules de pus; mais en quantité qui, suivant l'expression de M. Robin, ne constituait pas un état pathologique.

Cet homme tombe dans l'allanguissement; mais, chose curieuse, il a bon appétit, excepté pour les viandes, comme sont certains individus atteints de cancer.

Disons de suite que les filles chlorotiques, les individus simplement anémiques par perte de sang, peuvent avoir aussi un dégoût notable pour les viandes qui leur seraient pourtant si utiles, et ont, au contraire, un goût extrêmement prononcé pour les acides, pour les fruits qui ne sont pas mûrs, pour les légumes, et principalement quand ils sont acerbes. Par conséquent, ce dégoût pour les viandes, que nous observons chez notre malade, ne serait pas quelque chose d'exceptionnel dans l'anémie. Je l'indique seulement parce que cela n'a pas été particulièrement indiqué par Addison.

Quant au pronostic, Addison et les médecins qui ont écrit après lui, déclarent n'avoir jamais vu guérir un seul malade atteint de cette singulière affection. Il est vrai que, dans la leucémie qui s'accompagne d'une hypertrophie de la rate, nous voyons les malades mourir tous ou presque tous. Il est vrai encore que, dans la plupart des anémies, nous voyons les individus mourir, quand ces anémies ne sont pas survenues sous l'influence d'une mauvaise alimentation ou sous l'influence de pertes de sang, ou sous celle de l'intoxication par le miasme palustre, et lorsqu'elles ont duré longtemps. Mais, dans la *maladie d'Addison*, jusqu'à présent non seulement on ne connaît pas un seul fait de guérison, mais on ne connaît que des faits de mort. Des individus pourraient, en effet, se rétablir, bien que conservant la couleur bronzée caractéristique; et, bien que la couleur bronzée fût conservée, on pourrait dire que ces gens sont guéris, s'ils avaient d'ailleurs récupéré l'intégrité de leur santé. Mais les choses ne se passent pas ainsi; on n'a jamais vu guérir dans ce sens; la maladie a été toujours marchant, les individus déclinant, et ils ont tous succombé.

Quelles lésions a-t-on trouvées ?

Sur les onze observations qu'Addison a publiées (et quelques autres ont été recueillies par ses collègues en Angleterre), on a trouvé des kystes dans les capsules surrénales chez quelques-uns, des apoplexies avec hémorrhagies, des indurations squirrheuses de ces capsules, des tubercules, des cancers et quelquefois plusieurs de ces lésions à la fois; et on n'a jamais manqué, dans les autopsies, ainsi que je le disais au commencement de cette conférence, de trouver la lésion des capsules surrénales, à quelque degré que fût cette lésion.

Mais comme Addison est un homme de bonne foi, il déclare en même temps que son attention et son esprit étant fixés déjà depuis plusieurs années sur les lésions des reins et des capsules surrénales, car son mémoire, publié en 1855, a été nécessairement fait avec des travaux remontant plus haut, il a trouvé chez les individus qui, pendant leur vie, n'avaient présenté aucun symptôme d'anémie, qui succombaient à des maladies aiguës ou à des maladies chroniques dans lesquelles il n'y avait rien qui se rapportât à la maladie bronzée, il a trouvé quelquefois des lésions très graves des capsules surrénales. — Par conséquent il a dit ceci : Il n'y a jamais de *maladie bronzée sans lésions des capsules surrénales, mais il y a lésions des capsules surrénales sans maladie bronzée.* — Ce n'est pas tout à fait la même proposition, prenez-y garde.

Toujours est-il que voilà, dans le cadre des maladies chroniques, une affection nouvelle. Voilà encore une *maladie spécifique;* il faut bien que vous l'acceptiez comme cela. Voilà une *espèce* dans les anémies, comme la maladie de Bright est une *espèce* dans les anémies. Et remarquez, Messieurs, quels services immenses rendent les hommes qui établissent ainsi des espèces dans les maladies chroniques comme dans les maladies aiguës. Lorsque nous commencions nos études médicales, il y a trente-six ou trente-huit ans, dans quelle espèce de trouble n'étions-nous pas en présence des hydropisies ! Comment pouvions-nous y comprendre quelque chose, quand les travaux de Bouillaud sur les oblitérations des veines n'étaient pas faits? quand les travaux de Bright n'étaient pas faits? quand les beaux travaux qui ont été publiés depuis vingt ou vingt-cinq ans sur les maladies du cœur n'étaient pas faits? quand les affections chroniques, telles que la *leucémie* et la *maladie d'Addison*, n'étaient pas connues? Nous savions bien qu'il y avait des foies hypertrophiés, cancéreux; qu'il y avait des foies *cirrhosés* (car on connaissait la cirrhose); nous savions qu'on trouvait des oblitérations de la veine porte et des ascites à la suite de ces diverses lésions. Mais quand nous avions pu exclure ces lésions et que nous voyions un individu avec une anasarque générale, que pouvions-nous dire avant les immortels travaux de Bright ? Comment pouvions-nous distinguer cette œdématie si cruellement incurable ou presque incurable des leucophlegmaties que nous prenons sous l'influence d'un coup de froid, que nous prenons à la suite des fièvres intermittentes, qui guérissent avec du quinquina, et même sans aucune médication ? Comment vouliez-vous que nous pussions reconnaître les hydropisies curables, comme celle de cette femme qui est au n° 1 de notre salle Saint-Bernard, que nous avons traitée pendant huit jours seulement, et guérie d'une hydropisie ? Comment, avant les travaux de Bright, comprendre un mot à ces médications? Alors nous étions éternellement dans l'empirisme à propos des hydropisies, ou nous ne savions pas faire des espèces. Voici, en effet, une affection que nous appelons maladie de Bright, et qui s'accompagne d'une hydropisie à peu près incurable. Au contraire, vingt individus vont prendre des fièvres quartes, tomber dans l'anémie, dans l'hydropisie, vous donnez du quinquina, de la digitale, du fer, et un mois suffit pour guérir ces maladies.

Il était donc important que des hommes comme Bright, comme Bouillaud, comme Addison, fissent ces recherches qui vous instruisent à reconnaître, dans des maladies chroniques, celles auxquelles vous pouvez encore appliquer les secours de la médecine et celles auxquelles vous ne savez rien appliquer : alors, quand vous guérissez, vous savez au moins ce que vous avez guéri, vous savez quelle espèce de médication vous avez faite, et vous ne l'appliquez plus empiriquement; et quand vous ne guérissez pas, vous savez ce que vous n'avez pas guéri. Je le répète, il y a trente ans, nous ne savions rien de la plupart de ces maladies.

Voilà pourquoi, en définitive, nous devons tant aux hommes qui, même pour des maladies rares, viennent éclairer la pathologie, et qui, par conséquent, nous ont donné le fil qui nous permet de nous égarer moins souvent dans ce labyrinthe si difficile que nous avons à parcourir.

Dr Archambault.

OBSTÉTRIQUE.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL, PROVOQUÉ PAR DES FUMIGATIONS D'ACIDE CARBONIQUE;

Par le professeur Scanzoni, de Wurzbourg.

Quoique les moyens de provoquer l'accouchement soient assez nombreux, il n'en est pas un seul qui atteigne ce but d'une manière sûre et innocente pour la mère et pour l'enfant.

Connaissant l'observation de M. Brown-Séquard, que l'acide carbonique détermine rapidement des contractions des fibres musculaires lisses, et ayant remarqué lui-même que les parties génitales exposées pendant quelque temps au même gaz, deviennent le siége d'une congestion sanguine, capable de vaincre l'aménorrhée, M. Scanzoni a employé l'acide carbonique dans un cas, pour atteindre le but proposé. Il remarque lui-même que cette seule observation ne suffit pas pour prouver la bonté de ce nouveau moyen, mais le résultat a été assez satisfaisant pour engager les praticiens à l'employer dans l'occurrence, d'autant plus facilement, qu'il est innocent et n'entraîne, au pis aller, que la perte de temps de quelques jours.

L'acide carbonique fut dégagé dans un vase de verre de deux litres de capacité, renfermant du bicarbonate de soude, sur lequel on versait de l'acide acétique. Ce vase était fermé par un bouchon percé de deux ouvertures; l'une recevait un tube en verre, allant presque au fond, et par lequel on versait l'acide; dans l'autre, servant d'écoulement au gaz, on passait un tube en corne, qui se continuait avec un tuyau élastique, terminé par une canule de seringue à injection. Un spéculum en verre fut introduit dans le vagin, et, pour empêcher l'acide de s'écouler trop librement au dehors, on fit passer la canule à travers le trou d'un bouchon qui fermait l'ouverture libre du spéculum.

La première application eut lieu le 2 février, à 8 heures du soir, pendant 20 minutes, sans aucun résultat. — Le 3, application le matin, à 8 heures, pendant 25 minutes, et le soir à 8 heures, pendant 30 minutes. Durant l'injection d'acide, la femme éprouvait dans le vagin une sensation désagréable de picotement, et dans le courant de la journée des élancements dans la région ombilicale. Le col de la matrice, qu'on avait trouvé long de 5 à 6 lignes, assez résistant, à orifice exactement fermé, paraissait ramolli le soir. — Le 4, deux applications de 30 minutes. Dans la journée, le doigt pénétrait dans le col et atteignait le segment inférieur de l'œuf, renfermant la tête. Dans la nuit, il survint des douleurs lombaires assez vives, s'irradiant vers les aines, et vers le matin des contractions de l'utérus, sensibles à la main, qui disparurent plus tard. — Le 5, nouvelle application le matin. L'orifice s'était dilaté dans le diamètre d'une pièce de un franc; il était mou, extensible; la sécrétion vaginale était augmentée. Vers midi, contractions utérines douloureuses, allant en augmentant. La poche des eaux se rompit à 6 heures 1/2 du soir, et l'enfant vint au monde une demi-heure après. Il était vivant et pesait 3 livres 6 onces, poids de Bavière. Une légère métrorrhagie survenue un quart d'heure après, nécessita l'extraction du placenta. Les couches furent normales. — (*Wiener med. wochenschr.*, 1856, n° 11.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE.

Séance du 10 Mai 1856. — Présidence de M. Fauvel, vice-président.

Dans sa séance du 24 mai dernier, la Société impériale de médecine de Constantinople a procédé au renouvellement de son président et de ses vice-présidents, dont les pouvoirs étaient expirés. Elle a élevé à la présidence M. Fauvel, et à la vice-présidence M. Cazalas, médecin en chef de l'hôpital militaire français dit de l'École, et M. Comisetti, médecin en chef de l'armée sarde. A la place de secrétaire général, vacante par suite du départ de M. Pincoffs, a été porté M. Bartoletti, secrétaire du Conseil de santé de Constantinople.

La Société a conféré le titre de membre honoraire, au moment de leur départ, à M. Pincoffs, son promoteur, et à M. l'inspecteur général Baudens, son premier président.

M. Netter a la parole. Il fait d'abord l'éloge de la partie de l'ouvrage de Hildenbrand qui traite de la séméiotique, de la prophylaxie, etc. Il soutient ensuite que par cela seul que le typhus, devenu très rare, n'est guère connu des médecins que par Hildenbrand, son ouvrage a exercé une grande influence sur les discussions relatives au typhus. Il ne croit donc pas inutile d'en faire l'examen avec l'expérience récemment acquise. M. Netter veut se limiter à la doctrine sur la contagion telle que l'a conçue cet auteur, parce qu'elle constitue le fond et le cadre de son ouvrage et qu'elle lui a fait faire fausse route à lui-même, ainsi qu'à ceux qui sont venus après lui.

M. Netter cite les textes et montre par quelle filiation d'idées Hildenbrand a été conduit à ranger le typhus dans la classe des pyrexies exanthématiques, qui lui ont ensuite servi de modèle pour composer son tableau du typhus. De là les divisions qu'il en fait, les périodes qu'il lui assigne, etc. Mais, d'après M. Netter, la doctrine d'Hildenbrand n'est qu'un prisme qui, en altérant la couleur des faits, l'a conduit à présenter un tableau méconnaissable pour qui surtout a été témoin des deux récentes épidémies. L'évolution de l'éruption cutanée est sans rapport avec les symptômes généraux; elle appartient à l'empoisonnement typhique au même titre que l'herpes labialis aux intermittentes et l'éruption vésiculeuse à l'empoisonnement par les moules; il n'y a pas dans le typhus une forme toujours semblable à elle-même, et la forme cérébrale n'a pas la constance que Hildenbrand lui a attribuée.

Après avoir fait remarquer que les nosologistes, tout en évitant de classer le typhus dans les fièvres éruptives, ont néanmoins adopté la description de Hildenbrand, M. Netter conclut que la doctrine de cet auteur ne soutient pas l'examen. S'il l'a exposée assez longuement, c'est parce qu'elle a été la source de plusieurs erreurs et entr'autres de celle sur l'identité du typhus et de la fièvre typhoïde. Opinion inadmissible, car si le typhus n'est pas à comparer avec une fièvre éruptive, il n'y a pas même à poser la question quand il s'agit de la fièvre typhoïde considérée avec raison comme une variole interne. Pour M. Netter, l'ouvrage de Gauthier de Claubry est une erreur qui dérive de celle de Hildenbrand, et la doctrine de la contagion est un terrain où l'on a dû nécessairement se fourvoyer. Il en cite pour preuve la partie de l'ouvrage qui fait l'apologie de la théorie de Hildenbrand sur la contagion.

Après cette discussion, M. Netter examine jusqu'à quel point le typhus est transmissible par les miasmes que dégagent les typhiques. Il rapporte deux faits qui ont eu lieu, l'un à l'infirmerie de Saint-Benoît, l'autre à l'hôpital civil français. Parmi les 160 sœurs de charité employées dans les hôpitaux, 68 ont contracté le typhus du 1er janvier au 30 avril; 54 ont été traitées à l'infirmerie de Saint-Benoît. Aucune des 36 sœurs employées aux travaux de la maison et dont 30 ont veillé assidûment les malades, n'a eu la maladie. Quatre des sœurs de l'infirmerie ont été atteintes du typhus, avoue M. Netter, mais il observe qu'elles l'ont contracté dehors. Dans l'espace de quatre mois, l'hôpital civil a reçu environ cent typhiques venant de la Crimée. Aucun des malades qui se trouvaient à l'hôpital, aucune des quatorze sœurs de l'établissement, n'a été atteint, et des six infirmiers du service des salles, un seul a eu une fièvre typhoïde légère et sans délire. Mis en regard de ce qu'a éprouvé le personnel des hôpitaux militaires, ces faits paraissent à M. Netter de nature à combattre la doctrine de la contagion telle qu'on l'admet généralement, ce qui l'a obligé à chercher une autre explication.

Pour lui, le typhus est un empoisonnement miasmatique. « Le miasme, » d'abord produit probablement dans l'air au sein d'une matière organique, continue à se reproduire par une fermentation au sein de » cette même matière partout où il est mis en contact avec elle. » Originaire de la Crimée, ce miasme a été apporté dans les hôpitaux de Constantinople avec le produit des sécrétions des malades. Il s'est accumulé dans tous les objets à leur usage et ces salles sont devenues des foyers d'infection, tandis que les établissements civils, tenus avec propreté par les sœurs ont joui de l'immunité.

Cette théorie n'est pas neuve, confesse M. Netter; elle se trouve partie dans Hildenbrand, partie dans le discours préliminaire de Gasc, son traducteur, et en rappelant un passage de ce dernier, il estime avec lui qu'une fois formé dans l'air, le miasme se reproduit ensuite par un procédé analogue à celui de la fermentation panaire, où une portion du froment spontanément produit, mêlée aux matières qui servent à faire le pain, donne lieu à une fermentation plus prompte et plus facile.

En conclusion, M. Netter est d'avis que l'histoire du typhus est à refaire et qu'on doit chercher à déterminer, puisque le typhus est un empoisonnement miasmatique, dans quelles circonstances et dans quelle matière organique se produit le miasme typhique; si la fermentation du miasme nécessite également le contact de quelque matière organique spéciale et enfin quels sont les organes sur lesquels il a une action élective et par quelle voie la nature opère son élimination.

La parole est accordée à M. Cazalas. M. Cazalas exprime d'abord un regret, c'est que le vœu qu'il a manifesté, que chacun apportât le résul-

tat de sa pratique sans se préoccuper de ce qui s'est passé ailleurs, ne se soit pas réalisé. Au lieu de cela, on a discuté ses faits et sa doctrine, et l'on a conclu, non des faits à la théorie, mais de la théorie aux faits. Il croit devoir revenir sur la question, moins dans un intérêt d'amour-propre que parce qu'elle intéresse l'armée et l'humanité tout entière.

Si, poursuit M. Cazalas, il avait eu affaire à des personnes étrangères à l'art, il aurait déclaré la présence du typhus; mais il parlait à des médecins ayant pour mission, non de prévenir, mais de guérir; il ne pouvait donc pas se dispenser, en face des états complexes qui se présentaient, de faire la part et de déterminer l'importance des éléments morbides qui les constituaient. Sa pensée n'a pas été comprise, voilà pourquoi il a eu tant d'adversaires. Leur nombre diminuera, s'il rappelle que loin d'avoir exclu l'élément typhique, il a au contraire déclaré que cet élément entrait dans tous les états pathologiques. Mais ce qu'il a dit et ce qu'il soutient encore, c'est qu'au point de vue thérapeutique, l'élément typhique doit être considéré comme secondaire, car on est sans arme contre lui, tandis qu'on possède de puissantes ressources contre d'autres éléments qui l'accompagnent et dont il importe de le dégager, soit pour empêcher l'invasion du typhus, soit pour en régulariser la marche, soit enfin pour en atténuer la gravité quand il est trop tard pour le prévenir.

La question toute clinique ne peut être résolue que par les faits cliniques convenablement catégorisés. Or, les maladies en question diffèrent suivant les individus qu'elles atteignent et les localités où elles se manifestent. Il fallait donc, pour éviter le vague, en faire autant de catégories que de genres de malades, et prendre les masses et non les exceptions. On n'a pas suivi cette voie, et, quelque importants qu'ils aient été, les travaux resteront stériles. M. Cazalas insiste sur l'importance d'une catégorisation comme il la comprend, la recommande comme propre à mener à la connaissance de la nature de la maladie et à son traitement et annonce qu'il va successivement s'occuper du type du typhus, de l'identité, du parallèle des deux épidémies et qu'il terminera par un exposé de ses résultats cliniques.

En pathologie, dit M. Cazalas, comme en histoire naturelle, toutes les espèces n'ont qu'un type. Pas d'espèce sans type et dès qu'une espèce a plusieurs types, l'espèce disparaît. Tout le monde admet que l'espèce typhus existe. Elle a donc un type, et ce type, Hildenbrand l'a supérieurement tracé. Ici M. Cazalas fait l'éloge de l'ouvrage de Hildenbrand, qui peut contenir quelques erreurs inhérentes à l'époque, mais qui n'en restera pas moins comme un modèle. On a soutenu que le typhus de Hildenbrand n'existait pas parce que tous les cas n'entraient pas dans son type. On ne comprendrait cette assertion qu'en admettant qu'on a confondu le type avec les formes, l'espèce avec les variétés, le typhus avec les accidents typhiques. Dans la description d'une maladie on ne peut pas prétendre encadrer dans le type tous les cas. On signale à part les variétés. C'est là ce que Hildenbrand a fait. Pourquoi vouloir procéder dans la circonstance actuelle autrement qu'on ne l'a fait dans les autres cas? M. Cazalas n'en voit pas la raison, et il persiste à soutenir que le type du typhus est bien celui de Hildenbrand et que les états typhiques qui n'entrent pas dans ce type ne sont pas le typhus. Pour établir les bases de la thérapeutique, il faut donc avant tout distinguer la maladie des complications et le typhus des accidents typhiques, qui se greffent sur d'autres affections en leur donnant de la ressemblance avec le typhus espèce.

Après cette discussion sur le type, M. Cazalas en vient à l'identité. Il remarque d'abord qu'il n'est devenu partisan de cette doctrine qu'après les récentes observations qu'il a faites en grand et sur nature. La question est plutôt théorique. Dans son premier travail il n'a fait que l'effleurer, pensant que ceux qui ne partageaient pas son opinion n'y attacheraient pas plus d'importance que lui-même. Depuis, on a longuement insisté sur ce sujet, force lui est donc de s'y arrêter à son tour. Il déclare que si les propositions de M. Jacquot, dans son parallèle des deux maladies, étaient exactes, la non-identité serait évidente. Il n'en est pas ainsi, et ces distinctions, si tranchées en théorie, disparaissent devant l'observation des faits.

M. Jacquot ne veut pas que la fièvre typhoïde soit une intoxication miasmatique animale. Mais, indépendamment de l'opinion générale, les faits combattent journellement sa manière de voir et démontrent l'identité de cause. Après avoir démontré que dans les pensionnats l'encombrement produit la fièvre typhoïde, comme il produit le typhus dans les camps, M. Cazalas examine cette cause morbifique en montant et en descendant ce qu'il nomme son échelle de gravité. Dans les casernes, agissant sur des individus dans de bonnes conditions, l'encombrement occasionne une maladie qu'on appelle encore fièvre typhoïde, mais qui est déjà plus grave et plus générale que dans les pensionnats; dans les prisons, où les conditions sont plus défavorables, on a une maladie appelée fièvre typhoïde par les uns et typhus par les autres; dans les camps, les ambulances etc., conditions plus mauvaises encore, les épidémies, plus généralisées, sont caractérisées sous le nom de typhus. Le fond de toutes ces épidémies est le même, parce qu'elles procèdent toutes de la même cause; les formes varient parce que les conditions des sujets atteints sont différentes.

Après avoir monté, M. Cazalas descend cette échelle de gravité, et il remarque qu'au-dessous des colléges, il n'est plus question que de fièvre typhoïde, dont le degré de gravité varie en raison indirecte de l'encombrement; aussi elle est plus grave dans les grandes villes que dans les petites, dans celles-ci que dans les villages, etc., etc. Partout où il y a un homme, il y a des miasmes animaux. Il suffit, suivant M. Cazalas, de les respirer dans un endroit enfermé ou resserré pour contracter la maladie. On a pris le palais du riche et le camp le plus encombré, et, n'y trouvant pas de rapports, on a nié l'identité. Il n'en sera plus de même si l'on ne néglige pas les intermédiaires de ces deux extrêmes et si l'on considère la question d'un point de vue plus élevé. Quant à l'objection appuyée de l'immunité de l'armée pendant son voyage en Orient, M. Cazalas répond que dans ce cas l'encombrement n'a pas duré assez longtemps. Il est persuadé que si cela avait eu lieu, la maladie aurait fini par se produire.

En abordant la question de la contagion, M. Cazalas définit d'abord tout ce qui la concerne. Il refuse au typhus la faculté de se transmettre par le contact direct des malades ou de leurs effets, et il pense que la contagion s'opère par l'intermédiaire de l'air. Il se prononce contre les mesures purement quarantenaires et recommande celles qui découlent de l'opinion qu'il s'est formée sur la transmission de la maladie. Il combat ensuite les arguments invoqués en faveur de la contagion directe.

Le fait de la marche du typhus de lit à lit et de salle à salle ne prouve rien. Les malades d'une salle et même d'un hôpital se trouvent dans des conditions identiques; ils s'infectent dans le même temps et sous l'influence de la même cause. Un voisin d'un typhique n'a pas besoin de son contact pour avoir le typhus, infecté qu'il est comme lui. Les malades qui entrent dans une salle, contractent la maladie par l'atmosphère déjà infectée qui les prépare au typhus, et celui-ci se déclare chez eux à la première cause déterminante. Une simple coïncidence a fait que des malades contigus ont été atteints à la suite les uns des autres, ce qui est d'ailleurs une exception. M. Cazalas en a acquis la preuve en tenant une note des numéros des lits et des attaques qui ont eu lieu. Le fait des infirmiers préposés à Foundoukly au débarquement des malades ne prouve pas davantage. D'abord le personnel n'a pas été renouvelé trois fois, ainsi que M. Jacquot l'a rapporté, mais seulement une fois et demie. D'un autre côté, deux des infirmiers en question ont été conduits dans le service de M. Cazalas. En donnant le détail de leur maladie, il établit que si l'un a eu le typhus ou la fièvre typhoïde, l'autre, guéri en neuf jours, ne peut pas l'avoir eu. Il est porté à croire que pour le reste les résultats ont été analogues. Il remarque d'ailleurs que les hommes préposés à l'embarquement ou au débarquement des malades, disposés à avoir le typhus, peuvent le contracter sans que ce fait témoigne pour cela en faveur de la contagion directe, car, en dehors des causes morbifiques communes, tous ces hommes entrent dans les bâtiments et ils y respirent l'air infecté par les malades. La est toute la cause de la maladie et non dans le contact. Le fait des infirmiers des magasins de réserves n'est pas non plus probant. Le linge des magasins est neuf; s'il en arrive du vieux, il est plus que probable qu'il a été lavé et que par conséquent il est désinfecté. Treize parmi ces infirmiers sont tombés malades, mais qui peut dire que ce fût du typhus? Dans cet effectif formé de douze titulaires et de six auxiliaires, il y a eu quatre malades chez les premiers, six chez les seconds. La différence ne serait-elle pas due à ce que les auxiliaires venaient de la Crimée? Dans tous les cas, il faut admettre que ceux-ci, qui ont été si rudement éprouvés, ont dû être soumis à l'action de causes spéciales, et le fait peut s'expliquer sans qu'on soit obligé d'admettre la contagion directe. Les effets, si tant est qu'ils aient été infectés, dégageaient des miasmes : l'inspiration de ces miasmes a occasionné la maladie. Pour terminer cette question, M. Cazalas passe en revue ce que l'on a vu en Crimée et à Constantinople, et en remarquant que ceux-là seuls qui sont dans des conditions d'encombrement ou qui respirent l'air infecté par le miasme typhique, contractent le typhus, pendant qu'à côté d'eux ceux qui se trouvent dans des conditions opposées jouissent de l'immunité, il en fait un argument en faveur de l'opinion qu'il soutient.

Pour M. Cazalas, la fièvre typhoïde est contagieuse comme le typhus, et la contagion s'opère par le même procédé. Il en appelle au témoignage de tous les médecins. Puis il observe que si l'encombrement seul produit le typhus ou la fièvre typhoïde, à plus forte raison les exhalaisons des malades de fièvre typhoïde doivent-elles occasionner les mêmes effets. Typhus et fièvre typhoïde sont donc contagieux et la contagion se fait de la même façon, non par le contact direct, mais par l'intermédiaire de l'air.

Quant à la constance de l'état épidémique du typhus opposée à l'état sporadique de la fièvre typhoïde, M. Cazalas répond par ce qu'a dit M. Arnaud sur le typhus sporadique des bagnes, et par le fait que la fièvre typhoïde agit épidémiquement dans les casernes, les colléges, etc. A l'assertion que le typhus ne s'observe pas dans les épidémies de fièvre typhoïde et que le typhus ne devient jamais fièvre typhoïde, il réplique que ce n'est pas une preuve pour ceux qui admettent l'identité, et que dans toute épidémie de fièvre typhoïde on voit toutes les formes du typhus et *vice versâ*; à l'argument tiré de la différence de durée, qu'avec tous les auteurs et tous les praticiens, il s'inscrit en faux contre cette proposition : il y a des typhus à longues durée et des fièvres typhoïdes à durée courte et pour soutenir le contraire il faut qu'on ait pris pour typhus vrai de simples accidents typhiques apparaissant dans les conditions plusieurs fois signalées dans la discussion; à cette fatalité de marche de la première, mise en regard de la brève disparition du second, qu'ici, même remarque que pour la proposition précédente : un état morbide qui se termine en peu de jours n'est pas le typhus, ce sont des accidents typhiques qu'on peut arrêter quelquefois, tandis qu'on ne peut pas arrêter le typhus qui, comme la variole, doit parcourir toutes ses périodes; à l'assertion que la convalescence courte dans le typhus, est longue dans la fièvre typhoïde, que cela est vrai si l'on compare le typhus ou les accidents typhiques légers avec la fièvre typhoïde grave, mais que la différence s'efface si l'on procède autrement. Pour ce qui est du météorisme, du délire, de la stupeur, des fuliginosités, M. Cazalas soutient que le premier, qui manque souvent dans les accidents typhiques ou dans le typhus à brève terminaison, est presque constant dans le typhus vrai et qui suit régulièrement ses périodes. Même observation pour le délire, la stupeur, les fuliginosités; et cet exanthème prétendu caractéristique, M. Forget ne l'a vu qu'une fois sur onze, tandis qu'ici les moindres accidents fébriles présentent souvent une éruption qui lui est très analogue. En ce qui concerne la lésion intestinale, M. Cazalas rappelle que M. Forget en admet la possibilité dans le typhus, il répète ensuite en abrégé ce qu'il a déjà dit sur la matière et il finit en observant qu'à supposer exact tout ce qui a été affirmé sur ce sujet, cela n'infirmerait pas l'identité, puisqu'en fin de compte la lésion intestinale, symptôme interne, ne peut être découverte qu'après la mort et ne peut par conséquent fournir aucune indication thérapeutique.

M. Cazalas termine ce qui est relatif à la question d'identité par les observations suivantes sur M. Forget d'abord, MM. Jacquot et Arnaud ensuite.

M. Forget a présenté quatorze observations. M. Cazalas donne l'extrait des réflexions dont cet auteur les accompagne. Il fait voir que huit fois le diagnostic a été erroné, deux fois douteux, même après l'autopsie, que quatre fois ce diagnostic n'est basé que sur la provenance des malades, que M. Forget prend l'une des deux maladies pour l'autre en les traitant identiquement sans aucun inconvénient; qu'enfin, pour soutenir son opinion, il s'en tient à la provenance seule quand le malade guérit, à la provenance et aux caractères anatomiques quand il meurt, et il demande ensuite si cela suffit pour prouver la réalité de l'identité. M. Cazalas ne veut pas discuter l'opinion personnelle de M. Arnaud, qui n'apporte pas de faits à son appui. Mais quant aux opinions des médecins de la marine que M. Arnaud a citées, il les cite un à un à son tour et, en avouant que M. Blache seul a essayé de démontrer la non identité sans y réussir, il prétend n'avoir trouvé d'opinion bien arrêtée que celle de M. Arnaud, les opinions des autres étant loin d'être catégoriques. A M. Jacquot, il oppose ses propres paroles dans un passage de la *Gazette médicale*, où ce médecin confesse n'avoir pu diagnostiquer le typhus sur trois individus qu'à l'autopsie et n'avoir reconnu qu'il avait affaire au typhus qu'à cause de l'absence de la lésion intestinale.

M. Cazalas, qui voudrait qu'on abandonnât les mots : fièvre typhoïde et typhus fever, pour le remplacer par le mot spécifique : typhus, auquel on ajouterait le qualificatif que les circonstances exigeraient : sporadique, épidémique, etc., etc., aborde le parallèle des deux épidémies. Citant ce qu'en a dit M. Jacquot, il remarque que ce médecin, qui n'a pas vu celle de 1855, puisqu'il n'était pas alors à Constantinople, a dû procéder par induction, ce qui fait perdre la valeur à ses appréciations. Pour M. Cazalas, qui a observé l'une et l'autre, il trouve qu'elles ont le même fond et il déclare que le typhus de 1856 se complique aussi souvent que l'autre de gangrènes, etc. Ce phénomène fréquent dans son service, où, grâce à la méthode thérapeutique adoptée, le typhus parcourt toutes ses phases, ne s'observe pas dans d'autres services où la mort survient trop tôt pour lui donner le temps d'apparaître. Si la pourriture d'hôpital est plus rare, il faut l'attribuer au nombre moins considérable des blessés dans l'année actuelle, et si l'épidémie de 1856 a été plus générale et plus meurtrière, c'est que l'armée aussi était plus nombreuse à la fois et plus cachectique. Il y a eu des nuances de formes, mais le fond était le même, et les indications fondamentales, au point de vue thérapeutique, n'ont pas dû différer dans les deux épidémies.

Pour nier l'intervention de l'intermittence, on a nié l'existence des marais en Crimée. L'observation clinique d'un côté, et de l'autre ceux qui ont vu la Crimée, ont démenti ces assertions purement théoriques. On a ajouté que les fièvres intermittentes n'existaient pas en hiver. Mais depuis la paix, les médecins russes ont fait connaître l'existence habituelle en Crimée, après les premiers froids, d'une maladie fébrile composée d'intermittence et de continuité. C'est cette fièvre qui se greffant sur le scorbut ou sur les autres états morbides dont l'armée était affectée et se compliquant de typhus ou d'accidents typhiques, qui a constitué les deux épidémies auxquelles M. Cazalas voudrait donner le nom de fièvre rémittente typhique et scorbutique.

M. Cazalas expose ensuite les faits cliniques qu'il a annoncés en débutant. La mortalité générale de l'hôpital de l'École a été en mars de 12,90 pour 100 malades traités; en avril, de 12,44; dans son service particulier, de 8,84 le premier mois, de 8,41 le second. Ces chiffres, résumé général des détails dans lesquels il entre, parlent assez, dit-il, en faveur de sa méthode pour le dispenser de s'y arrêter. Il passe ensuite au typhus et accidents typhiques de son service, et, rappelant la division qu'il avait adoptée dans son premier travail — malades de la Crimée, malades de Constantinople, — il remarque que, s'il s'est arrêté surtout sur les premiers, c'est parce qu'ils avaient été aux autres dans la proportion de treize sur un. Il critique la méthode suivie par M. Jacquot dans le sujet, et soutient qu'une divergence d'opinions entre eux n'a rien qui doive surprendre, puisque les faits sur lesquels parle chacun d'eux sont dissemblables sous tous les rapports. M. Cazalas continue à adopter la division qu'il a faite antécédemment.

Sur vingt-sept malades de la Crimée atteints d'affections typhiques graves, entrés dans son service en mars et avril, sept sont morts. Quatre-vingt-un convalescents ont été, pendant ces deux mois pris des mêmes maladies : chez eux la mortalité a été de un sur vingt. M. Cazalas signale le chiffre des attaques dans chacune des parties de son hôpital. Ses nouvelles observations ont confirmé ce qu'il a dit sur l'influence de la température. Il soutient du reste qu'il n'a pas nié celle de l'encombrement, mais qu'il a fait remarquer seulement que dans son hôpital cette influence n'a pas eu d'action sur la généralisation, qui s'est opposée par suite des brusques altérations de l'atmosphère. Pour preuve il donne le résultat de ses nouvelles observations thermométriques, comme il l'a fait dans son premier travail, et en comparant ce qui s'est passé sous ce rapport dans son service avec ce qui a dû avoir lieu en Crimée, dans des proportions naturellement beaucoup plus considérables et dans les conditions où se trouvait l'armée, il donne à juger quel degré d'action ont dû exercer les altérations de l'atmosphère dans l'épidémie.

La durée moyenne a été de sept jours. Bien que les quatre-vingt-un malades se trouvassent sous l'influence du typhus, on ne peut pas dire, suivant M. Cazalas, que tous aient eu cette maladie. Chez trente-neuf il s'agissait de fièvres rémittentes bénignes avec fond scorbutique et complications typhiques peu importantes; les vingt-et-un suivants étaient atteints d'affections complexes de même nature, mais un peu plus graves; les derniers avaient le typhus compliqué de scorbut, d'embarras gastrique et de phénomènes intermittents. Le traitement a été celui qu'il a déjà fait connaître. Il lui attribue les bons résultats qu'il a obtenus, et il affirme que ceux de ses collègues qui ont suivi une méthode analogues ont eu des effets aussi favorables. Il rappelle le fait cité par M. Arnaud sur les quarante malades de M. Arnoux, et il observe que l'expérimentation voulue par le premier est faite et qu'on peut se prononcer.

M. Cazalas expose ensuite le détail des recherches qu'il a entreprises pour déterminer la part d'influence que le séjour à l'hôpital a pu exercer sur la généralisation de cette affection, et il en vient à cette conclusion que les soldats de la Crimée arrivent avec la prédisposition et que celle-ci n'augmente pas par le séjour à l'hôpital. A l'assertion que l'intermittence et la rémittence n'étaient que des exacerbations vespériennes, M. Cazalas oppose le fait qu'un grand nombre, parmi les soldats venus de la Crimée, avaient eu des fièvres intermittentes, et pour les malades de Constantinople, il affirme que presque toutes les maladies qu'il avait eu occasion de voir en ville présentaient l'élément intermittent et que tous les médecins civils lui ont assuré que cet élément était ici prédominant à cette époque de l'année. M. Cazalas a tenu note pendant les mois de mars et avril des moments où le phénomène avait lieu chez ses

malades. Il a pu s'assurer que sur cent onze cas, trente-huit fois il a eu lieu de minuit à dix heures du matin et quarante fois à dix heures du soir. Ce phénomène a donc bien le caractère qu'il lui a attribué, et ce qu'il a observé dans les deux derniers mois a confirmé l'avantage du sulfate de quinine dans ce cas et son désavantage quand l'affection était purement continue. Les recherches qu'il a encore faites sur l'influence de la variation de la température, et dont il donne également le détail, confirme en tout aussi ses premières assertions sur ce point.

M. Cazalas, qui ne s'est pas appesanti dans son premier travail sur la seconde catégorie des malades, parce qu'il n'y a vu que ce qui se passe d'habitude chez des individus qui se trouvent dans les mêmes conditions, s'y arrête maintenant qu'on les a fait entrer dans la même catégorie que les malades de la Crimée. Sur dix à douze médecins, dont trois requis, deux ont eu le typhus et ont guéri. Les autres, et M. Cazalas lui-même, ont été malades et ont présenté quelques phénomènes typhiques. Traités à temps et convenablement, tous se sont rapidement rétablis. Point de maladie ou seulement des indispositions éphémères chez les pharmaciens et les officiers d'administration. L'aumônier, plusieurs fois indisposé, tombe malade et meurt à l'hôpital civil. Toutes les sœurs de charité, qui n'écoutaient que leur zèle, ont été atteintes du typhus. Elles étaient cinq : sur deux envoyées à Galata, l'une est morte ; les trois autres, traitées à l'hôpital de l'École, ont guéri. Ainsi, ajoute M. Cazalas, huit personnes sont gravement attaquées : sur les trois traitées dehors, deux décès ; sur les cinq traitées à l'hôpital, cinq guérisons. L'effectif moyen des infirmiers a été de cent trente à cent quarante. On a compté quatre-vingt-dix-sept malades : dix-sept sont morts, c'est-à-dire que la mortalité a été de 1 sur 5,7. Dans son service spécial, M. Cazalas en a traité quarante-sept, il y a eu sept décès ou 1 mort sur 6,7. Sur un effectif moyen de douze à quatorze infirmiers attachés à ses salles, M. Cazalas a eu, en quatre mois, seize malades et un mort. Les autres provenaient des autres services, et les plus graves de ceux des bains et de la lingerie. Ses recommandations hygiéniques généralement suivies, et le traitement pour les moindres indispositions ont été, suivant lui, la cause du petit nombre d'infirmiers tombés malades chez lui, et pour laquelle il n'a eu qu'un décès. Pour faire voir le cours de la maladie chez les infirmiers, il donne le détail de trois observations, il en fixe la durée et il demande si l'on peut appeler typhus une affection qui guérit en trois ou quatre jours et dont la convalescence, sur quarante cas, est assurée dès le cinquième jour. Pour lui, il ne le pense pas. La maladie des infirmiers n'est pas, généralement parlant, le typhus légitime au commencement. Elle le devient cependant pour peu qu'on néglige la période prodromique, ou qu'on traite au début comme typhus ce qui n'est que fièvre rémittente gastrique ou des états morbides complexes composés des éléments gastrique, intermittent ou typhique.

M. Cazalas termine en présentant trente-cinq propositions, corollaires de son travail, et qui résument ses doctrines sur les affections typhiques ou typhoïdes et ses opinions sur celles des hôpitaux de Constantinople.

Le secrétaire spécial, LEVAL.

RÉCLAMATION.

LIGATURE DE L'ŒSOPHAGE.

M. le professeur H. Bouley, d'Alfort, nous adresse la lettre suivante :

Alfort, le 9 août 1856.

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans le premier article de votre numéro du 7 août, les lignes suivantes : « A Alfort même, nous assure-t-on, il y aurait différence dans » les résultats obtenus. Pendant, qu'entre les mains de MM. Bouley et » Reynal, la ligature de l'œsophage entraînerait presque toujours des acci» dents graves et souvent la mort, sous *les mains plus heureuses* de » M. Colin, cette opération serait à peu près innocente et indemne de » toute conséquence fâcheuse. » Vous n'avez pas été exactement renseigné, Monsieur le rédacteur ; mardi dernier, sur *cinq* animaux d'expérience, *deux* étaient morts à la suite de la ligature de l'œsophage pratiquée par les *mains* de M. Colin, et ils étaient morts, après avoir présenté la série des symptômes principaux que j'ai indiqués dans ma note à l'Académie. J'ai été témoin de ces faits et je les garantis. J'attendais de la loyauté de M. Colin la rectification spontanée de l'erreur involontaire que vous avez commise à son avantage ; M. Colin s'étant abstenu, je vous serai obligé, Monsieur le rédacteur, de donner place à ces quelques lignes dans votre prochain numéro. Je tiens d'autant plus à ce que les faits que je vous signale ne soient pas dissimulés, que M. Colin se proposait par ses expériences de contrôler celles que nous avons fait connaître, M. Reynal et moi, et de prouver l'*innocuité parfaite* de la ligature de l'œsophage, même lorsqu'on laissait à demeure le lien dont il est étreint. Cependant, et malgré l'attention scrupuleuse avec laquelle il a fait cette opération, deux de ses chiens sont morts, tous les deux après s'être livrés à des efforts prolongés et énergiques de vomissement. Quels que soient les résultats que l'on obtienne *à l'avenir*, ces deux faits sont d'une importance considérable pour l'histoire *passée* de la ligature œsophagienne. Si M. Colin a déterminé par la constriction de l'œsophage les efforts de vomissement que nous avons indiqués comme la conséquence possible de cette opération, et cela malgré toutes les précautions qu'il a prises pour les éviter, combien d'autres opérateurs ont dû arriver insciemment à ce résultat dans leurs expériences de toxicologie !

Veuillez recevoir, etc. H. BOULEY.

Nous n'avons qu'un mot à répondre à cette lettre, c'est que, quoique nous n'ayons annoncé le fait qu'avec la formule de la réserve, nous en avions entendu le récit de la bouche de la personne même qui nous paraissait en situation d'être le mieux renseignée que possible sur l'exactitude de ce récit. A. L.

M. le docteur Michel Lévy a adressé la lettre suivante à M. le Président de la Commission du Banquet offert aux médecins de l'armée d'Orient :

Paris, 5 août 1856.

Monsieur le Doyen,

J'ai reçu successivement une lettre d'invitation au banquet qui se prépare sous les auspices d'une commission dont vous êtes le Président, et une circulaire qui m'engage à y souscrire.

Permettez-moi de vous soumettre quelques observations qui vous feront comprendre mon embarras.

Quand M. Maheux m'a fait l'honneur de venir m'entretenir de son projet de manifestation en faveur des médecins de l'armée d'Orient, il m'a clairement expliqué que le banquet serait offert par les médecins civils. Cependant l'appel de la Commission s'adresse simultanément aux médecins militaires qui n'ont point participé à la campagne d'Orient ; il s'adresse même aux stagiaires du Val-de-Grâce. Vous sentez, Monsieur le Doyen, vous, le chef de la grande École médicale de Paris, ce que cet appel aux élèves du Val-de-Grâce a de délicat pour le directeur et les professeurs de cette École qui ont été en Orient.

Il ne vous échappera pas non plus que l'unité morale d'une corporation telle que la médecine militaire, est, jusqu'à un certain point, compromise par la distinction de ses membres en deux catégories, suivant qu'ils ont ou non participé aux épreuves de la campagne d'Orient. Ceux qui ont porté leur dévouement en Orient ont obéi comme ceux qui ont continué à bien servir en France et en Algérie. Une fête de famille, offerte par ceux-ci à leurs camarades de l'armée d'Orient ne pourrait être qu'une manifestation spontanée, je ne m'attendais pas à la voir provoquée accessoirement et comme renfort de souscriptions par une initiative civile.

Enfin, Monsieur le Doyen, tout en remerciant M. Maheux du bon sentiment qui l'a guidé, je l'avais engagé, en cas que la souscription pour le Banquet prît quelque développement, à proposer d'en affecter le produit au soulagement des veuves et des orphelins des médecins militaires qui ont succombé glorieusement en Orient, sur le champ de bataille de notre profession. L'honorable M. Maheux m'a paru goûter cette pensée ; je comptais qu'il imprimerait lui-même cette direction aux efforts qui sont venus s'associer à son zèle ; je conserve encore cet espoir, et je vous demande la permission de renouveler ici le même vœu dont l'accomplissement concilierait tous les suffrages.

Agréez, etc. Michel LÉVY.

En réponse à ce qui précède, MM. les membres de la Commission du Banquet ont écrit à M. Michel Lévy la lettre suivante :

A M. le docteur Michel LÉVY, *directeur de l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce, membre du Conseil de santé des armées*, etc.

Monsieur et honoré confrère,

La Commission regrette profondément que la publicité que vous avez donnée à la lettre adressée par vous à son Président la mette dans l'obligation de vous répondre publiquement.

Vous parlez de vos embarras ; la Commission en éprouve de plus grands pour comprendre les susceptibilités que vous avez cru devoir exposer au public, susceptibilités qu'elle n'avait pu ni prévoir ni pressentir, qu'elle a tout fait pour détruire, aussitôt qu'elles lui ont été connues, qu'elle espérait même avoir effacées de votre esprit, lorsque la publication, bien inattendue, et, dans tous les cas, bien inopportune de votre lettre, est venue lui prouver qu'elle s'était trompée.

La Commission ne peut et ne doit entrer dans la discussion des motifs que vous avez exposés dans votre lettre. Elle s'est associée avec chaleur et sans réserve à la belle pensée d'honorer par une manifestation confraternelle le dévouement et le courage des médecins de l'armée et de la flotte. Il est possible que, dans sa précipitation, et pressée par le temps, elle ait commis quelques erreurs, quelques inadvertances, quelques manquements aux règles de la hiérarchie, mais elle a cru que ces méprises inévitables s'effaceraient devant la pensée qui l'anime, et qu'elles passeraient surtout inaperçues par les esprits élevés auxquels elle s'adresse.

Permettez-nous de vous dire, Monsieur et très honoré confrère, que les distinctions que vous établissez dans votre lettre nous paraissent plus subtiles que légitimes. Nous avons voulu honorer nos confrères de l'armée d'Orient, il était donc tout naturel que nos invitations s'adressassent à eux seuls. Mais à cette fête confraternelle et de famille devions-nous empêcher de participer nos autres confrères de l'armée ? C'est alors certainement que nous eussions mérité un blâme, et nos confrères de l'armée, qui n'ont pas fait la guerre d'Orient, eussent eu raison de nous demander les motifs d'une exclusion blessante. Pendant que nous fêterons nos confrères, nous avons voulu qu'ils puissent aussi fêter leurs camarades, et cette fusion des deux éléments de la famille médicale dans une seule fête nous a paru, et nous persistons à la croire digne, loyale et sincèrement confraternelle.

Les honorables médecins stagiaires au Val-de-Grâce ont été appelés à souscrire à notre fête au même titre que les internes de nos hôpitaux civils, parce qu'il nous a paru bon et utile de placer les élèves à côté des maîtres, et que c'est toujours un enseignement sain et digne de montrer aux jeunes hommes qui entrent dans la carrière l'exemple vivant de ceux qui la parcourent avec honneur et gloire.

Pas n'était besoin, Monsieur et très honoré confrère, de votre manifestation publique en faveur des veuves et des orphelins de nos confrères de l'armée d'Orient. Cette belle et généreuse pensée s'était fait jour spontanément dans le sein de la Commission. Mais la Commission a pensé qu'il ne fallait pas la jeter comme une diversion à la fête qui se prépare ; elle a voulu étudier la question sur laquelle elle ne possède encore aucun élément ; elle a voulu surtout éviter qu'une manifestation de ce genre pût être considérée comme une critique des actes du gouvernement, et quand les circonstances lui paraîtront favorables, soit collectivement, soit par chacun de ses membres, elle saura donner à cet acte, s'il est nécessaire, le caractère qui lui convient.

Monsieur et honoré confrère, nous avons fait un appel libre à tous les éléments de la famille médicale, et la famille médicale, qui n'a pu prévoir que des objections et des embarras nous viendraient du côté d'où nous devions le moins les attendre, a répondu avec empressement à notre appel. La fête sera digne de son but, digne des honorables et braves confrères que la famille médicale a voulu honorer, elle sera digne de vous, cher et illustre médecin militaire, car nous n'avons jamais perdu l'espoir de vous voir assis à notre table amie.

Agréez, etc.

Le secrétaire-trésorier de la commision, Le président de la Commission,

Dr MAHEUX. Baron Paul DUBOIS.

L'ambassadeur de la Grande-Bretagne a écrit à M. le Président de la Commission du Banquet la lettre suivante :

Paris, le 9 août 1856.

Monsieur le baron,

Je me suis empressé d'en référer à mon gouvernement au sujet de votre lettre datée le 25 du mois passé.

Le ministre de la guerre a nommé sir Jonh Hall, chevalier commandeur de l'ordre du Bain, inspecteur général des hôpitaux en Orient, et le département de l'amirauté a désigné M. David Deas, compagnon dudit ordre et inspecteur médical de nos flottes et hôpitaux maritimes dans la mer Noire, comme devant se rendre à l'honorable invitation de la Commission du Banquet, fixé pour le 20 août, afin d'y représenter le corps de santé militaire et maritime anglais.

Je dois observer que M. David Deas est en ce moment en route pour retourner en Angleterre, où on l'attend vers le 16 du courant ; mais s'il n'arrivait pas à temps, les lords de l'amirauté enverraient M. le docteur Charles R. Kinnear, sous-inspecteur des mêmes hôpitaux et flottes, pour représenter le service médical au Banquet.

Veuillez agréer, Monsieur le baron, l'assurance de ma considération la plus distinguée. COWLEY.

Le docteur Sinapian, professeur à la Faculté de médecine de Constantinople, est désigné par l'ambassadeur turc, pour représenter au Banquet le corps médical de l'Empire ottoman.

COURRIER.

Nous nous empressons de faire connaître à nos confrères l'heureuse issue de l'affaire Renaut devant la Cour impériale d'Amiens. Par un arrêt motivé, mais dont nous n'avons pas encore le texte, la Cour, réformant le jugement du tribunal de Château-Thierry, a relaxé M. Renaut sur le fait d'homicide par imprudence. La peine de l'amende a été seulement maintenue sur les deux faits de contravention aux lois de ventôse et de germinal.

— C'est par erreur que, dans notre dernier numéro, nous avons dit que les compagnies de l'Ouest feront une réduction d'un quart sur le prix du voyage, aux médecins des départements venant au Banquet. Cette réduction est des trois quarts. Ils n'auront donc à payer que le quart du tarif légal.

La Commission du Banquet aurait voulu envoyer des circulaires de souscription à tous les médecins de l'armée et de la flotte qui ne sont point allés en Orient, comme elle en a envoyé à un assez grand nombre de médecins civils. Dans l'impossibilité où elle s'est trouvée, à cause des mouvements de troupes nombreux qui ont lieu en ce moment, de connaître les noms et la demeure actuelle de chacun d'eux, elle n'a fait parvenir qu'un petit nombre de circulaires. Elle prie MM. les médecins militaires et de la flotte qui n'en ont pas reçu de vouloir bien néanmoins se considérer comme engagés à prendre part, comme souscripteurs, au Banquet offert à leurs confrères.

— On lit dans l'*Armoricain*, journal de Brest : Plusieurs habitants de Recouvrance nous signalent le trait suivant de courage et de dévouement accompli par M. le docteur Tison, médecin aide-major au 30e de ligne. Cet officier venait dimanche, dans l'après-midi, de prendre un bain à l'anse de Lanninon, et se disposait à rentrer en ville, lorsque des cris de détresse, poussés à une grande distance en mer, éveillèrent son attention. Ces cris étaient jetés par un marin de la frégate *l'Audacieuse*, lequel, s'étant imprudemment éloigné du rivage, se trouvait pris de crampes et appelait du secours. M. le docteur Tison, quoique n'étant pas encore remis de la lassitude momentanée que causent toujours les bains de mer, ne balança pas à venir en aide au malheureux qui luttait contre un mort imminente. Quittant spontanément ses vêtements, il s'élança au secours du marin ; mais celui-ci, impuissant à se soutenir plus longtemps sur l'eau, disparaissait, alors qu'une distance de quelques brasses à peine le séparait du docteur. M. Tison n'en persista pas moins dans son œuvre bienfaisante ; il plongea à deux reprises sur le pauvre matelot, et deux fois revint sans résultat. Puisant dans son dévouement une vigueur surhumaine, il s'engouffra une troisième fois, et eut le bonheur de ramener à la surface de l'eau le corps, mais inanimé.

M. Tison conduisit à terre son précieux fardeau, complétant comme médecin, avec la sûreté de la science, l'acte d'humanité si noblement accompli par le courageux citoyen. En effet, après des soins assez prolongés, le marin était rendu à la vie, et M. le docteur Tison, comme s'il n'avait fait qu'une chose très ordinaire, reprenait ses habits, et, avec modestie et empressement, se dérobait aux marques de vive reconnaissance et d'estime que lui accordaient à l'envi 60 à 80 personnes témoins de son admirable conduite.

Le lendemain, le marin deux fois préservé de la mort par M. le docteur Tison se présentait à son sauveur et lui exprimait sa gratitude dans des termes chaleureux.

NOTICE MÉDICALE sur les BAINS DE MER

De BIARRITZ (Basses-Pyrénées)

DU DOCTEUR R. AFFRE,

Médecin inspecteur de ces bains, lauréat de l'Académie impériale de médecine de Paris, Directeur des secours du Sauvetage, et membre correspondant de plusieurs Sociétés médicales

TABLE DES CHAPITRES :

INTRODUCTION.
CHAP. Ier. Des caractères physiques et chimiques de l'eau de mer.
CHAP. IIe. Des divers moyens d'employer l'eau de mer.
CHAP. IIIe. Des règles à suivre dans l'emploi des bains de mer.
CHAP. IVe. Des plages de Biarritz.
CHAP. Ve. Des bains de mer chauds et des bains de sable marin.
CHAP. VIe. Des effets généraux des bains de mer froids.
CHAP. VIIe. Des effets thérapeutiques des bains de mer froids.
CHAP. VIIIe. Considérations sur les maladies de la peau guéries par les bains de mer, avec des observations de guérison.
CHAP. IXe. Des maladies des femmes guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
CHAP. Xe. De quelques causes de stérilité guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
CHAP. XIe. Des contre-indications des bains de mer froids avec des observations à l'appui.
CHAP. XIIe. Des accidents produits par l'abus ou la fausse application des bains de mer, avec des observations à l'appui.
Quelques mots sur la cause principale, sur les symptômes et le traitement du choléra, qui a sévi dans le département des *Basses-Pyrénées*.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*. — Prix : 2 fr.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FÉLIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 98. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 14 Août 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Banquet offert aux médecins de l'armée d'Orient. — II. Sur la séance de l'Académie de médecine. — III. CLINIQUE MÉDICALE : (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 12 août : Correspondance. — Ligature de l'œsophage. — Recherches sur l'opium. — Recherches sur la composition chimique et les équivalents nutritifs des aliments de l'homme. — Présentation. — V. VARIÉTÉS : Le distomum hæmatobium, comme cause de maladies des voies urinaires. — VI. COURRIER.

PARIS, LE 13 AOUT 1856.

BANQUET OFFERT AUX MÉDECINS DE L'ARMÉE D'ORIENT.

La Commission du Banquet a fait individuellement auprès de plusieurs personnes tout ce qu'il était possible qu'elle fît pour dissiper certaines préventions qu'on lui faisait connaître, et elle a été assez heureuse pour y réussir souvent. Mais il paraît que ses efforts n'ont pas eu le même succès sur tout le monde, et que quelques personnes persistent à donner à la manifestation du 20 août un but et un caractère que la Commission ne peut accepter.

La Commission croit donc devoir publiquement déclarer qu'aucun de ses membres ne se serait associé à une autre pensée que celle qui a été ouvertement annoncée dès le début, que celle qui a été comprise par les nombreuses adhésions qu'elle a reçues, que celle à laquelle ont répondu nos confrères de l'armée d'Orient qui lui ont déjà fait l'honneur d'accepter son invitation, c'est-à-dire d'honorer dans leurs personnes, collectivement et non en vue de telle ou telle individualité, le courage, le dévouement et le talent de TOUS nos confrères de l'armée d'Orient, quelle que soit la position qu'ils occupent dans la hiérarchie militaire.

La Commission repousse avec énergie toute autre interprétation, et elle exprime l'espoir qu'après cette déclaration loyale, toutes les préventions se dissiperont.

La fête du 20 août a pour but d'honorer nos confrères de l'armée d'Orient qui ont survécu à cette grande guerre. Mais cette manifestation aurait paru incomplète à la Commission, si un pieux souvenir n'était aussi donné à ceux qui sont morts pour la patrie et loin d'elle. Le meilleur moyen d'honorer leur mémoire est de secourir les veuves et les enfants que la mort a privés de leur soutien. La généreuse pensée qui a été exprimée à cet égard a trouvé de l'écho dans le sein de la Commission. M. le Président en a fait le sujet d'une communication spéciale qui a été mûrement examinée par la Commission. Dans sa pensée, le Banquet du 20 août, hommage confraternel en faveur des vivants, doit être en quelque sorte complété par une manifestation d'un autre genre.

Aussi, dans sa dernière réunion, la Commission a pris la décision suivante :

L'institution d'une Commission sera proposée avec mission d'étudier la question d'une souscription à ouvrir en faveur des veuves et des orphelins des médecins de l'armée et de la flotte morts pendant la guerre d'Orient.

Seront invités à faire partie de cette Commission :

M. le baron Paul DUBOIS, doyen de la Faculté de médecine de Paris ;
M. BÉGIN, président du Conseil de santé des armées ;
M. Michel LÉVY, membre du Conseil de santé des armées, directeur de l'École militaire de médecine du Val-de-Grâce ;
M. BAUDENS, membre du Conseil de santé des armées ;
M. BATER, membre de l'Institut, etc. ;
M. le professeur BOUILLAUD ;
M. le professeur NÉLATON ;
M. le baron H. LARREY, professeur au Val-de-Grâce ;
M. le docteur MAHEUX, comme secrétaire.

Au nom de la Commission :

Le secrétaire, Dr MAHEUX, — *Le président,* Baron Paul DUBOIS.

Son Excellence M. de Villamarina, ambassadeur de Sardaigne, vient d'informer M. le Président de la Commission du Banquet, que son Gouvernement a désigné pour assister au Banquet M. le chevalier Comisetti, médecin en chef du corps expéditionnaire sarde, et M. Mazzolini, médecin de régiment de 1re classe, près le 6e régiment d'infanterie.

Le Banquet offert par le corps médical de France aux médecins de l'armée et de la flotte d'Orient aura lieu au grand Hôtel du Louvre, rue de Rivoli, le mercredi, 20 août, à 7 heures 1/2 précises.

La Commission a décidé qu'aucun toast ne sera porté sans lui avoir été préalablement soumis.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La séance a été presque entièrement consacrée à des communications relatives à la ligature de l'œsophage. Si M. Chevallier, par un consciencieux rapport et trop peu écouté sur le beau travail de M. Reveil relatif à l'opium, si M. Poggiale, par la lecture d'un savant mémoire de chimie physiologique sur les aliments, n'eussent jeté ces éléments de variété dans la séance, il n'eût été question que de malheureux chiens soumis au couteau de nos physiologistes. La journée a été rude pour eux. Comptons bien :

M. Jobert a fait quatre expériences ;
M. Orfila neveu, cinq ;
M. Colin, d'Alfort, dix.
Total, dix-neuf.

Toutes ces expériences sont venues, au dire de leurs auteurs, protester contre les résultats annoncés par MM. Bouley et Reynal.

Pendant la communication de M. Jobert, tous les yeux cherchaient M. Bouley, mais M. Bouley était absent, il est arrivé trop tard pour l'entendre, mais il a demandé la parole pour la séance prochaine.

Nous résumons toutes ces communications dans notre compte-rendu, qui est si étendu, que l'espace nous manque pour résumer aussi nos impressions.

La bataille entre les *nocuistes* et les *innocuistes* va s'engager sur des proportions formidables. Car tout ce qui se dit actuellement à l'Académie ne peut être considéré que comme des escarmouches. La grande affaire ne viendra que lorsque la commission fera son rapport.

A la fin de la séance, M. Maisonneuve a représenté le sujet sur lequel il a été enlevé, il y a quelques mois, le maxillaire inférieur en entier. Un dentiste habile a confectionné pour ce sujet une mâchoire artificielle, à l'aide de laquelle cet intéressant opéré mastique et articule d'une façon très convenable. Ce résultat est très beau.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (1) ;

Recueillies par M. RICHARD-MAISONNEUVE, interne du service.

Cinquième Leçon (suite).

Dans les degrés extrêmes d'extension, le calcanéum peut se trouver en contact, non seulement avec le tibia, mais encore avec le péroné. M. Chassaignac l'a vu articulé avec la partie postérieure du péroné, et nous observons la même disposition sur une de nos pièces ; on y voit l'astragale, chassé en avant, en partie luxé sur le calcanéum, dont la facette supéro-postérieure répond en arrière aux os de la jambe.

Le reste du pied ne présente quelquefois aucun signe de déformation, comme vous le voyez sur ce moule. Son aspect ne diffère pas de celui d'un pied normal qui serait constamment soulevé sur la pointe, c'est-à-dire, qui poserait uniquement sur les orteils et sur les têtes des métatarsiens ; c'est ce qu'on peut appeler le *pied-équin simple*.

Mais, pour peu que la rétraction soit ancienne, elle entraîne d'autres changements dans le reste du pied.

L'articulation médio-tarsienne s'infléchit à la longue vers la plante. Le scaphoïde est porté en bas, au delà du mouvement que lui imprime déjà dans ce sens l'inclinaison de l'astragale ; la tête astragalienne se trouve à nu au dos du pied ; vous voyez la saillie qu'elle fait sur tous ces cas de pieds-équins. Voici un moule où cette saillie est tellement prononcée, que la luxation semble complète.

Le cuboïde s'incline de la même manière sur le calcanéum.

Il y a donc ordinairement, dans le pied-équin, un angle médio-tarsien comme dans le varus et le valgus, mais autrement dirigé. Son côté saillant répond directement en haut, à la tête de l'astragale ; le côté rentrant, en exagérant la concavité de la plante du pied, lui donne l'aspect du pied creux. Aussi le pied-équin est-il habituellement un pied creux. Le long péronier paraît être l'agent principal de cette déformation ; ce muscle étendant son action jusqu'au métatarse, il en résulte que cette partie du pied participe aussi, quoique légèrement, à la courbure de la région tarso-métatarsienne.

Passons aux changements de direction des orteils. Ils se rapportent à deux dispositions : dans la plus commune, les orteils se relèvent par l'action de leurs extenseurs, aidée par la pression du sol ; ils se renversent plus ou moins sur le métatarse ; la région métatarso-phalangienne est donc courbée en sens inverse de l'inflexion médio-tarsienne. A la concavité exagérée de la plante, en arrière, succède l'exagération de sa convexité en avant. Le pied, vu de côté, offre alors la forme d'une S. C'est cette partie antérieure, fortement convexe et saillante, qui constitue essentiellement la nouvelle base de sustentation. Le talon antérieur sous-métatarsien supplée au talon normal. La peau et le tissu cellulaire de cette région s'organisent en conséquence.

Les orteils, posant par leur face inférieure et fortement appliqués au sol par les petits muscles de la plante du pied, agrandissent en avant cette base de sustentation. Vous les voyez, sur ces moules, étalés, aplatis, élargis par l'effet de la pression.

Le pied prend ainsi une configuration particulière ; il est large à son extrémité, ramassé, arrondi ; c'est cette disposition, plutôt encore que l'élévation du talon, qui l'a fait, dans l'origine, comparer à un pied de cheval. Pline le naturaliste avait dit des habitants de certaines îles qu'ils passaient pour avoir des pieds de cheval, ce qui les avait fait nommer *hippopodes, equinis pedibus homines*. A l'exemple de Pline, Andry, dans son *Orthopédie*, n'a entendu désigner par le nom de *pied-équin* qu'une forme particulière du pied. Il ne fait pas même mention de l'élévation du talon, dont il traite dans un autre article.

Des déviations particulières des orteils peuvent se joindre à cette forme commune de pied-équin. La plus fréquente est l'extension forcée de la première phalange du gros orteil avec flexion de la seconde. Quand plusieurs orteils ont cette forme, cela produit l'apparence de griffes, comme dans la déviation analogue des doigts.

Le pied-équin direct est *plantaire*, dans cette première disposition des orteils, comme le pied-équin *simple*. Comment est-il maintenu dans cette situation ? C'est par l'effet d'un *consensus* entre le triceps sural et le long péronier ; c'est le résultat d'une égalité d'action entre ces deux muscles. J'adopte pleinement ici les vues exposées récemment par M. Duchenne, dans la première partie de son mémoire sur les muscles moteurs du pied. Le triceps sural fait porter le pied sur le côté externe de la saillie sous-métatarsienne ; le long péronier a pour fonction spéciale d'abaisser et de tourner un peu en dehors le premier métatarsien et les os qui le supportent ; c'est presque la seule extension qu'il produise, car il n'agit que très faiblement sur le talon. Il corrige donc l'obliquité d'action du triceps sural et fait appuyer le côté interne de la saillie sous-métatarsienne, comme le triceps son côté externe ; d'où la sustentation directe du corps.

Dans la seconde disposition des orteils, qui est exceptionnelle, toute la région métatarso-phalangienne est courbée vers la plante, le pied tout entier est roulé de haut en bas sur lui-même, il y a une concavité générale du talon à la pointe ; ce n'est plus le pied creux du long péronier, c'est le pied creux des fléchisseurs des orteils. On peut l'appeler *pied-équin enroulé*, ou encore *pied-équin dorsal*, parce que c'est le dos du pied, vers son extrémité, qui pose sur le sol. On l'a appelé par la même raison *pied-équin en dessous*.

Cette forme de pied-équin dorsal est rarement directe, mais elle est fréquemment compliquée de varus ; elle peut l'être de valgus postérieur. Elle rend ordinairement la station et la locomotion fort difficiles.

Si les fléchisseurs des orteils ne l'emportent pas assez sur le long péronier pour empêcher la sustentation sur les têtes du métatarse, il peut arriver qu'ils se bornent à recourber l'extrémité des orteils, qui ne sont plus relevés par les extenseurs. L'extrémité des dernières phalanges est alors pressée sur le sol, au point que les ongles en sont usés et raccourcis.

Pied-équin-varus. — C'est un pied-bot dans lequel, l'extension étant le caractère dominant, la pointe du pied et sa plante sont, en outre, plus ou moins déviés en dedans. Il résulte, dans son plus léger degré, de la rétraction isolée du triceps sural ; et dans un degré plus avancé, la rétraction de ce muscle est augmentée de celle du jambier postérieur et des fléchisseurs des orteils.

Ses caractères se composent de ceux du pied-équin et du varus au premier degré. La base de sustentation est beaucoup plus défavorable que dans l'équin direct plantaire, les orteils se trouvant refoulés et même luxés.

Certains pieds-bots sont à la fois équins-varus et varus-équins, suivant qu'ils sont abandonnés à eux-mêmes ou pressés par le poids du corps. Voici un cas de ce genre, qui était en même temps valgus postérieur : ce plâtre représente un équin-varus, parce que

(1) Voir les numéros des 8, 17, 19, 26, 31 juillet et 9 août 1856.

le pied a été moulé dans la position horizontale. Quand le corps était dans la station verticale, le pied se pliait en deux entre les deux rangées du tarse, et devenait un varus-équin; sa pointe regardait directement en dedans et en arrière; le poids du corps reposait sur le talon supplémentaire, qu'on voit, du côté externe, à la face dorsale. Le talon, déjà un peu tourné en dehors dans la première attitude du membre, se renversait encore davantage, comme dans le valgus, en sorte que ce pied-bot est un véritable équin-varus-valgus.

Le *pied-équin-valgus* et le *valgus-équin*, dont il me reste à vous parler, offrent la réunion de l'extension et de l'abduction. Le long péronier ne peut seul produire ces formes de pieds-bots, parce que, seul, il ne peut pas soutenir le talon élevé. Il faut la participation du triceps sural pour que l'équinisme ait lieu. L'abduction qui s'y ajoute peut résulter de la seule action du poids du corps, quand les adducteurs n'ont pas assez de force pour soutenir les articulations du côté interne. Cette abduction est plus souvent l'effet de la rétraction des muscles abducteurs, associée à celle du triceps sural.

Il suffit, pour se faire une idée des caractères de l'équin-valgus et du valgus-équin, de combiner les caractères de l'équin et du valgus.

Pour terminer, vous allez examiner trois enfants atteints, les deux premiers, de pieds-équins, le dernier de valgus.

Chez le premier, il serait survenu, à l'age de 4 ans, une hémiplégie incomplète à gauche, sans causes apparentes. C'est depuis lors que son pied a pris la forme d'un pied équin. Remarquez comme le talon est élevé; cela fait croire, au premier abord, à un grand raccourcissement des muscles du mollet; mais que l'enfant essaie d'appuyer complétement le pied sur le sol, vous voyez disparaître aussitôt ce raccourcissement; le pied devient alors légèrement valgus et pied plat. C'est donc un cas de rétraction légère accompagnée d'une forte contraction anormale. Ainsi, sur le même pied, nous trouvons un pied-équin à peu près direct, quand l'enfant marche; un valgus, quand il appuie à terre; et enfin, quand la jambe est soulevée, il y a un équin légèrement varus. Le triceps sural a plus d'action que le long péronier latéral; le bord externe est abaissé; les muscles antérieurs agissent à peine, mais les mouvements d'adduction et d'abduction sont assez sensibles. Quant aux orteils, vous voyez une rétraction très forte du premier orteil, qui, néanmoins, cède assez facilement. L'enfant marche en partie sur les orteils, dont les ongles sont usés.

Sur cet autre garçon, atteint aussi, il y a quelques années, d'une hémiplégie gauche, la main ne conserve aujourd'hui qu'un peu de faiblesse musculaire; mais le pied offre un léger équinisme. Il est susceptible des mêmes remarques que le précédent, mais c'est un cas beaucoup moins prononcé.

Le troisième malade est une petite fille de 3 ans, dont le système nerveux est resté profondément ébranlé à la suite d'une maladie convulsive intra-utérine, ou survenue dans la première année; nous manquons de renseignements certains. On remarque un affaiblissement général de l'innervation; le crâne est très petit, déprimé, l'intelligence en partie détruite. Il y a chez elle plusieurs rétractions musculaires. Ainsi les fléchisseurs des genoux l'emportent sur leurs extenseurs, et le membre s'étend avec peine. Aux pieds, nous trouvons des valgus légèrement équins. Mais la plante du pied, chez cette enfant, a conservé sa concavité habituelle, ce qui indique le peu d'influence qu'a eue le long péronier.

Il y a une forte tension dans le long extenseur commun, dans le court péronier et dans le triceps sural, presque pas d'action dans le jambier antérieur, et fort peu d'adduction volontaire.

Remarquez qu'il y a encore ici plutôt contraction que rétraction permanente. On fait céder assez facilement les muscles en apparence rétractés, et la déviation s'efface en grande partie. Elle se reproduit ensuite à un haut degré par la contraction involontaire des muscles prédominants, et l'on observe alors tous les caractères d'un valgus très prononcé: saillie du côté interne de l'astragale, déviation de la pointe du pied en dehors, renversement de la plante, concavité du bord externe, dépression sous-malléolaire près de ce bord, etc.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 12 Août 1856. — Présidence de M. Bussy.

Le correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. Le Cœur, médecin des épidémies à Caen, sur une épidémie de variole compliquée de rougeole et d'angine, qui a régné en mai et juin 1856 sur les jeunes soldats du 1er de ligne en garnison dans cette ville. (Comm. des épidémies.)

— Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département du Pas-de-Calais. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivants :

Une lettre de M. Poggiale, conçue en ces termes :

« Monsieur le Président,

» Dans un travail lu à l'Académie impériale de médecine, le 5 de ce mois, M. Mialhe a prétendu que je n'avais pas rapporté exactement une expérience de MM. Bernard et Lehman, dans mon mémoire intitulé : *Action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale*. M. Mialhe s'est complétement trompé, et, pour le prouver, il me suffira de placer en regard de ma rédaction le texte même du passage suivant des leçons imprimées de M. Bernard :

M. Bernard.	M. Poggiale.
« Si l'on injecte dans la veine jugulaire d'un lapin un demi-gramme de glucose dissous dans l'eau pure comparativement avec l'injection d'une même quantité de sucre additionné de 1 gramme de carbonate de soude, on verra que, dans les deux cas, le glucose apparaît dans les urines; seulement il nous a semblé s'éliminer plus rapidement quand il y avait addition de carbonate de soude.	« J'ai injecté dans la veine jugulaire d'un lapin, comme l'avaient fait avant moi, MM. Bernard et Lehmann, un demi-gramme de glucose dissous dans de l'eau distillée, et j'ai retrouvé le sucre dans les urines. Dans une expérience comparative, j'ai injecté la même quantité de glucose, additionné de 1 gramme de bicarbonate de soude, et les résultats ont été identiques. » (*Journal de pharm. et de chimie*, 1856, page 186.)

» Lehmann et de Becker ont fait des expériences semblables d'injections de sucre avec des alcalis, et sont arrivés à la même conclusion, savoir, que le sucre ne se détruit pas en plus grande quantité dans ces conditions que dans les circonstances ordinaires. »

(*Leçons de physiologie* de M. Bernard, page 237.)

» On voit que l'expérience de MM. Bernard et Lehman et la mienne ont été exécutées absolument dans les mêmes conditions, et que nous avons obtenu les mêmes résultats. J'ajouterai qu'il me suffirait de relater, dans toute leur intégrité, les expériences de ces deux physiologistes pour en faire ressortir la condamnation de la théorie de M. Mialhe, que l'un et l'autre considèrent comme erronée.

» M. Mialhe n'a opposé aucune expérience nouvelle aux faits nombreux qui ont été publiés par MM. Bouchardat, Bernard, Lehmann, de Becker et Reynoso, et à ceux que j'ai présentés moi-même à l'Académie. Vous apprécierez, Monsieur le Président, le sentiment qui m'empêche aujourd'hui d'insister sur ce sujet. J'y reviendrai plus tard, quand les circonstances ne m'imposeront plus la même réserve.

» Veuillez agréer, etc. Poggiale. »

— *Observations sur la rage* adressées par M. le docteur Valentin, de Vitry-le-François. (M. Renault, rapporteur.)

— Deux mémoires de M. le professeur Tigri, de Sienne, l'un *sur le sang et sur l'urine*; l'autre *sur la pathologie générale du choléra-morbus*. (Renvoi à la commission déjà nommée, à laquelle M. Lecanu est invité à s'adjoindre.)

— Une observation communiquée par M. Pons, de Bez, et relative à un *rétrécissement de l'urètre*.

— MM. de Crozant, Chapel, Chassinat prient l'Académie de les comprendre au nombre des candidats au titre de membre correspondant.

— M. Poggioli adresse à l'Académie la lettre suivante :

« Monsieur le Président,

» Dans une précédente lettre que j'ai eu l'honneur de vous adresser, j'ai expliqué comment M. le rapporteur de mon mémoire, qui avait cité par inadvertence M. Larrey, que je n'avais pas nommé, parce que effectivement, aucune de mes observations n'avait été prise dans son service, avait été cause d'un malentendu qui pouvait faire suspecter ma véracité.

» Aujourd'ui, je suis obligé, bien malgré moi, de répondre aux lettres de MM. Lustreman et Mounier.

» Ces honorables confrères, mes anciens maîtres, que je n'ai jamais cessé d'affectionner comme tels, ont sans doute oublié, vu la longueur du temps écoulé, la manière dont les faits se sont passés, relativement à l'emploi de mon liniment antinévralgique, dans leurs services : je n'ai qu'une réponse à faire; elle est simple et péremptoire, c'est que j'ai en mains les observations des faits recueillis dans leurs services, signés de leurs noms, et portant le cachet de l'hôpital.

» Ces observations, Monsieur le Président, j'ai l'honneur de vous les adresser par *duplicata*, afin que vous puissiez juger de leur authenticité et aussi de leur valeur. Au surplus, je les publierai prochainement, avec les autres faits, et le public médical jugera à son tour.

» On allègue que j'ai fait mes essais (qui n'en étaient pas pour moi, attendu que depuis longtemps j'avais éprouvé l'innocuité et l'efficacité du topique) *sans avoir rempli aucune des conditions imposées par l'administration pour l'expérimentation des remèdes*.

» A cela je réponds que mon liniment se compose de substances qui figurent toutes dans le *Formulaire* des hôpitaux militaires, et que, d'ailleurs, si j'avais eu des conditions à remplir, il fallait m'en prévenir en temps opportun, au lieu de m'en faire un reproche tardif.

» Au reste, ce que j'ai fait au Val-de-Grâce, je l'ai fait avec le même succès, de la même manière et sans récriminations ultérieures, à l'hôpital de la Charité, à Paris, et dans trois grands hôpitaux de Londres : Winstminster, Middlesex et University College.

» Vous comprendrez, Monsieur le Président, qu'il m'était impossible de rester sous le coup de réclamations qui pouvaient faire penser que j'avais avancé des faits controuvés, et il n'a fallu rien moins que la crainte d'une pareille opinion sur mon compte pour me forcer à répondre à MM. Lustreman et Mounier, qui, j'espère, s'ils se mettent un moment à ma place, me pardonneront d'avoir défendu mon honnêteté scientifique.

» Agréez, etc. Dr Poggioli,

» Ex-chirurgien aide-major au 22e léger. »

— M. le docteur Heurteloup adresse à l'Académie une lettre relative au concours du prix d'Argenteuil.

— M. le docteur Guépin, de Nantes, adresse un mémoire intitulé : *Deux mots sur le traitement des cataractes sans opération*. (M. Velpeau, rapporteur.)

— M. Laforêt donne des renseignements complémentaires sur une épidémie de variole dont il a déjà entretenu l'Académie dans une précédente communication.

M. le Président annonce à l'Académie la perte qu'elle vient de faire dans la personne de M. Vallée, membre correspondant au Mans (Sarthe).

M. Jobert prend la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. Jobert de Lamballe : J'aurais désiré me trouver mardi à l'Académie, lorsque notre honorable collègue, M. Bouley, a pris la parole pour exposer le résultat de ses nouvelles expériences. C'eût été l'occasion pour moi de rendre compte à la savante compagnie de vivisections entreprises dans l'intention de jeter aussi quelque lumière sur le même sujet.

Ce début semble déjà indiquer qu'elles ne sont pas de tout point conformes à celles du professeur que je viens de nommer. C'est un embarras de plus pour l'Académie; car, il s'agit de démêler, au milieu de ces controverses, de quel côté se trouve la vérité.

Première expérience. — Le 1er août, sur un chien noir, âgé de 7 mois, l'œsophage a été mis à nu, séparé des parties environnantes, lié avec un fil qui a été coupé au ras d'un double nœud.

L'animal a perdu peu de sang, et il s'est plaint beaucoup pendant l'opération.

Abandonné à lui-même, cet animal a marché sans embarras et sans gêne; mais bientôt il s'est couché. Il semblait abattu. Puis il s'est relevé, s'est promené, comme s'il voulait éviter quelque chose qui le gênait. Il a fait quelques efforts en ouvrant la bouche comme dans le dernier temps du vomissement. Il a rendu pendant quatre heures une grande quantité de liquide blanc, filant, mousseux. A différentes reprises, le même liquide s'est écoulé.

Le soir même il est sorti.

Les sens étaient intacts. L'intelligence était complète: lorsqu'on appelait cet animal, il se levait et se rapprochait des personnes qui l'avaient opéré, remuant la queue en signe de satisfaction.

Le lendemain, le même liquide sortait de la bouche. Le chien a pu descendre un deuxième étage et le remonter sans difficulté.

La plaie du cou est guérie.

L'animal, depuis le samedi, 2 août, veut boire de l'eau; mais bientôt elle retombe mêlée à du mucus.

Aujourd'hui, 7 août, le chien a parfaitement avalé le lait. Il est fort, plein de santé, a les mouvements libres, faciles. On ne dirait pas qu'il a subi une opération.

Deuxième expérience. — Le 2 août, à deux heures, la ligature de l'œsophage est pratiquée sur un chien blanc, très intelligent, âgé de 2 ans.

La plaie extérieure est réunie par deux points de suture entre-coupée, et l'animal est abandonné à lui-même. Comme le premier, il marche, se promène, et semble vouloir fuir quelque chose qui le tourmente. Il se glisse sous les meubles, monte sur les chaises, se rapproche des personnes qui ont assisté à l'expérience.

Cet animal a conservé entièrement son intelligence, les sens, les mouvements et la sensibilité.

Mais il fait des efforts comme pour vomir et bientôt il rend une grande quantité d'un liquide blanc, mousseux et filant. L'animal appuie dessus avec ses pattes pour s'en débarrasser, il adhère fortement aux lèvres.

Depuis ce moment, il perd beaucoup de ce liquide qui, maintenant est expulsé sans effort.

Le 4 août, l'animal a l'œil parfait, il jouit de tous ses mouvements, de sa sensibilité et de son intelligence; mais il rend un liquide blanc et tenace.

Il a voulu boire de l'eau. Il a pu y réussir parfaitement; mais il a dû la rendre mêlée à du mucus.

Le mardi, 5 août, cet animal est mort. L'autopsie a été faite le mercredi, à trois heures et demie.

Entre l'œsophage et la colonne vertébrale, se trouvait un abcès étendu. Le pus, dans des endroits, était à l'état d'infiltration, et, dans d'autres, à l'état de foyer; dans la région carotidienne, du côté gauche, on trouvait de la matière purulente, ainsi que sur le bord gauche de la trachée.

Le canal intestinal était vide. Il contenait beaucoup de bile, et le foie était congestionné.

L'œsophage, entouré par le lien, était complétement divisé par la ligature, si bien que l'anse de fil était contenue à peu près complétement dans l'intérieur de l'œsophage. J'ai dit à peu près complétement, parce que quelques points du fil se trouvaient encore recouverts par de la membrane muqueuse œsophagienne. Tout l'extérieur de l'œsophage était réuni et cicatrisé avec lui-même.

Troisième expérience. — Le 4 août, à trois heures, l'œsophage a été lié sur un jeune chien de cinq mois fort et intelligent. Quelques nerfs ont été agacés volontairement, et l'animal a poussé de grands cris.

Abandonné à lui-même il s'est promené, s'est couché à différentes reprises, et il a écarté ses deux pattes de devant afin d'appuyer la partie antérieure du cou sur le sol comme pour se soulager.

Peu d'instants se sont écoulés sans qu'il ai fait des efforts de vomissement. Il a ouvert la bouche, a expulsé un liquide abondant, blanc, séreux et filant.

L'expulsion de ce liquide l'a soulagé. La quantité du liquide versée à l'extérieur m'a paru beaucoup plus considérable que chez les précédents animaux.

L'intelligence, les mouvements, la sensibilité ont été complétement conservés.

Pendant presque tout le temps, il demeure debout pour retirer le liquide filant qui adhère fortement à ses lèvres.

L'animal vient lorsqu'on l'appelle.

Le 7 août, le chien paraît abattu. On lui présente du lait qu'il lappe parfaitement; mais il le rend mêlé à du mucus.

Le 9, tous les liquides parviennent dans l'estomac.

Aujourd'hui, 13 août, l'animal mange toutes espèces d'aliments sans difficulté. Il a pris de l'embonpoint.

Quatrième expérience. — Sur un chien de chasse, la ligature de l'œsophage a été faite avec un gros fils ciré.

L'asophage a été isolé et, sur lui, une constriction a été exécutée avec le lien à double nœud.

Après l'opération, l'animal, qui a perdu fort peu de sang, était un peu abattu, mais il a continué à demeurer debout et à se promener sans éprouver aucun trouble nerveux. Au bout d'une heure, il a manifesté quelques efforts de vomissement, et, en effet, il est sorti de la bouche, largement ouverte, une grande quantité de liquide blanc, filant et spumeux.

Le lendemain, cet animal était abattu; mais il a été conduit dans une cave et ramené avec deux autres chiens de la rue Saint-André-des-Arts à l'Hôtel-Dieu.

Cette opération a été faite le 5 août, à trois heures de l'après-midi.

Le 7 août, l'animal a voulu boire du lait, et il l'a, en effet, parfaitement lappé. Mais, au bout d'une demi-minute, il l'a rendu en faisant de grands efforts pendant lesquels la respiration était embarrassée, et il était haletant comme si le liquide avait pénétré dans la trachée. Bientôt il s'est apaisé, et tout est rentré dans l'ordre.

Le 9 août, à six heures du soir, cet animal est mort. Le matin même il a été examiné et il n'a offert aucun trouble nerveux, mais il était abattu et ne bougeait pas de la place où il s'était niché.

Le 6, le 7, le 8 août, il a voulu boire de l'eau et du lait, et chaque fois il a fait de grands efforts et a éprouvé des symptômes de suffocation.

L'animal a vécu quatre jours et quatre heures.

A l'autopsie, faite avec soin, nous avons trouvé, du côté droit, un foyer purulent qui communiquait avec l'œsophage. Cet organe était béant et présentait deux bouts continus par un point seulement.

La trachée et les bronches contenaient du mucus et une bandelette de sang.

Les deux poumons étaient adhérents à la plèvre costale par des fausses membranes récentes. Ces adhérences étaient partielles et se rencontraient sur des surfaces assez étendues de pneumonie lobulaire. Il n'y avait pas de pus dans le foie ni dans les veines.

L'œsophage me paraît s'être rompu pendant les efforts qu'il a faits en dernier lieu pour expulser les boissons et les aliments.

La pneumonie lobulaire est-elle due à l'introduction de corps étrangers dans la trachée?

Il résulte des expériences précédentes, qu'aucun animal n'a présenté de troubles nerveux après la ligature de l'œsophage, que les sens sont demeurés parfaitement intacts, ainsi que l'intelligence, et, qu'enfin, la sensibilité et le mouvement n'ont pas éprouvé de modification.

Comme on a pu le voir sur tous ces animaux, rien de particulier ne s'est montré avant le quatrième jour, et c'est alors seulement que les complications sont survenues chez ceux qui ont succombé.

Que l'Académie me permette d'exposer en quelques mots les effets de la ligature.

On peut reconnaître dans la ligature de l'œsophage, trois périodes qui peuvent se distinguer sous le nom de période de constriction, de période adhésive et d'une troisième qui est représentée par la chute du fil.

Première période. — Au moment où le fil exerce une constriction autour de l'œsophage, il y a douleur, et elle se continue pendant assez longtemps sous la forme d'une gêne, d'un embarras qui fait que l'animal appuie le cou sur le sol, le frotte, et se déplace comme s'il voulait éviter les effets du lien.

L'obstacle que le lien apporte à la déglutition se fait connaître en un temps plus ou moins court, par la sortie d'une grande quantité de liquide spumeux, filant, blanc, par la bouche, expulsé qu'il est avec effort de la cavité pharyngienne. Après les premiers heures, ces spasmes pharyngiens se calment, et le liquide est chassé sans trop d'effort, excepté lorsqu'il va pénétrer dans le larynx.

L'animal a conservé toute son intelligence. Il vient quand on l'appelle, et les yeux sont intacts. Il est souvent calme ou abattu après l'expérience, comme cela arrive dans toute circonstance pareille.

Le mouvement et la sensibilité sont parfaitement intacts.

Lorsque les nerfs pneumo-gastriques ou autres ont été tourmentés, la respiration est gênée et les battements de cœur sont exagérés pendant quelques instants. Mais, hors ces accidents, je n'ai pas observé ces phénomènes.

Deuxième période. — Elle commence très peu de temps après que la contriction a été exercée autour de l'œsophage. L'action du fil ramollit, coupe tous les tissus de dehors en dedans, et de la lymphe coagulable le recouvre pour fermer la plaie qui persisterait sans elle. Les tissus sont, par conséquent, ramollis et, pendant tout le temps que dure ce travail, l'obstacle existe à l'accomplissement de la déglutition. De temps en temps, le chien expulse le liquide avec ou sans effort. Les chiens peuvent bien lapper le lait, l'eau, les liquides, mais bientôt l'animal est menacé de suffocation par leur entrée dans les voies aériennes. C'est alors qu'ils font de grands efforts d'expiration pour les expulser.

Troisième période. — Dans cette dernière période, le fil a coupé les parois de l'œsophage qui sont cicatrisées à mesure qu'il cheminait vers son intérieur où il tombe pour être rejeté par la bouche ou par les voies inférieures. L'animal peut avaler des liquides et des aliments ; il devient plus gai et se jette avec précipitation sur ce qu'on lui présente.

C'est le quatrième, le cinquième, le sixième jour que tout le travail est terminé. Le chien aboie comme par le passé.

Dans aucune de ces périodes, le mouvement, la sensibilité et l'intelligence ne sont troublés.

M. Bouley regarde la ligature de l'œsophage comme étant à peu près toujours mortelle, tandis que je suis disposé à la regarder comme infiniment moins sérieuse, et j'oserai même dire à peu près constante dans ses effets sur l'organisme.

Il est important de se demander si ces dissidences ne sont pas dues à des *modus faciendi* différents. Je suis tout disposé à le croire, et je pense qu'il sera même facile de le prouver. L'habileté bien connue de M. Bouley à expérimenter dans les races ovines, bovines, canines, etc., ne permet pas de croire qu'il ait compris dans la ligature autre chose que l'œsophage. A quoi sont donc dus les accidents mortels qu'il signale dans ses expériences? Il me semble possible d'en rechercher l'origine dans le procédé ou dans les moyens d'exécution qu'il emploie.

Dans l'espèce humaine, nous savons très bien que le procédé opératoire exécuté par deux mains différentes et également habiles n'est pas toujours suivi du même résultat. Je me bornerai à donner quelques exemples : un chirurgien fait une petite ouverture dans la taille latéralisée, il se sert de grosse tenettes pour aller à la recherche du calcul. Un autre opérateur fait une longue incision et se sert d'une tenette moyenne pour extraire le corps étranger.

Un médecin, dans la ligature d'une artère, fait une petite fenêtre aux tissus pour la mettre à découvert, et un autre en fait une grande. L'un se sert d'un gros lien placé dans le voisinage d'une anastomose, et l'autre en emploie un moyen et dans un point éloigné d'une communication anastomotique. Il est évident que les résultats ne doivent pas être les mêmes; car la petite incision ne permet pas qu'on arrive facilement sur les vaisseaux. De là, des tâtonnements, des hésitations et des déchirures de tissus qui compromettent l'opération.

L'opération de la cataracte par abaissement est exécutée par les uns par dépression et enfoncement du cristallin et de sa capsule dans le corps vitré, et par d'autres, par broiement, déchirure du cristallin, et abaissement ensuite.

Dans les amputations par la méthode de Verniale, de Ravaton, de Verduin, etc., on laisse souvent trop peu ou trop de chair, de là des résultats différents.

Pourquoi les choses ne se passeraient-elles pas ainsi dans les expériences faites sur les animaux? Quand on opère sur ceux-ci, il faut prendre les mêmes précautions que sur l'homme, et c'est ce que notre confrère, M. Bouley, a admirablement fait.

Je me suis demandé quelle était la forme des liens dont notre confrère faisait usage. M. Trousseau a bien voulu me dire que M. Bouley se sert tout simplement d'un gros et large lien, tandis que je me sers de fil ciré.

En peu de mots, je vais rapporter les expériences que j'ai exécutées avec un large ruban, comme celui dont se sert M. Bouley.

Le 9 août, à neuf heures un quart du matin, j'ai mis l'œsophage à découvert sur deux chiens blancs de petite race.

L'œsophage a été isolé complétement de tous les filets nerveux qui pouvaient l'entourer; un lien large, non ciré, ayant les dimensions d'un lien de tablier, a été jeté autour, et une constriction a été assurée sur lui par un double nœud.

Les deux chiens ont ensuite été abandonnés à eux-mêmes. Ils ont offert la même agilité, la même force dans les mouvements qu'avant l'opération.

Aucun trouble nerveux n'a existé.

L'intelligence est demeurée complète, et il semblait qu'on ne leur avait rien fait.

Le 10, au matin, le plus faible était grandement abattu et respirait avec peine; pendant la nuit, il a eu de la difficulté à respirer. A midi et demi, il était mort.

L'autopsie a été faite en présence de mon honorable collègue, le docteur Bégin, de plusieurs autres médecins et de plusieurs élèves.

Il existait une fort petite quantité de pus infiltré; les lèvres de la plaie étaient réunies à peu près partout.

L'œsophage a été délié, et on a pu reconnaître un amincissement très prononcé à l'endroit où la constriction avait été exercée. En plaçant cette portion de l'œsophage devant la lumière, on apercevait la transparence.

La trachée contenait une petite quantité de sang dans son intérieur. Une ecchymose très prononcée existait dans toute l'épaisseur de la paroi postérieure de la trachée, dans l'étendue d'une pièce de dix sous. C'est dans cet endroit que la ligature de l'œsophage avait porté. A la surface du poumon, on apercevait plusieurs points ecchymotiques.

Le chien le plus fort offrait de la résistance ; mais il était affaibli et, à trois heures de l'après-midi, il l'était davantage. Cependant, il marchait, allait, venait et obéissait parfaitement. La surface du cou était baignée de pus.

J'ai enlevé les fils qui réunissaient la peau; j'ai désuni profondément les lèvres de la plaie, et, saisissant le lien qui en occupait le fond, j'ai coupé le nœud et l'ai enlevé.

L'animal a été mis en liberté. On lui a été donné, et il l'a bu avec une certaine hésitation, et, voyant qu'il passait bien, il a continué.

Un flot de pus s'est écoulé au moment de l'écartement de la plaie.

M. Velpeau : Les faits que nous a communiqués M. Bouley m'ont d'autant plus surpris, que j'ai été, comme beaucoup d'autres, témoin des expériences toxicologiques d'Orfila, et que j'ai pu apprécier le soin avec lequel il exécutait l'opération de la ligature de l'œsophage sur des chiens. Les faits annoncés par M. Bouley ne tendaient à rien moins qu'à renverser une grande partie des travaux d'Orfila. Entre l'autorité de ces travaux et les résultats de M. Bouley, j'étais embarrassé. Ce que vient de dire M. Jobert, éclaircit jusqu'à un certain point la question ; car il en résulte que si les animaux succombent, c'est longtemps après avoir eu l'œsophage lié, et que par conséquent les accidents de l'opération ne sauraient, en aucune façon, être confondus avec ceux qui reconnaîtraient pour cause l'ingestion d'une substance vénéneuse, et qui se manifestent en quelques heures au plus. C'est là le seul point important pour le moment ; s'il est établi, les résultats d'Orfila sont mis hors de toute atteinte. J'engage la commission, nommée par l'Académie, à ne pas perdre de vue cette distinction qui me paraît importante entre les dangers immédiats de la ligature de l'œsophage et les dangers subséquents. Ceux-ci sont du ressort de la chirurgie ou de la physiologie pathologique, et n'ont aucune signification sous le rapport toxicologique.

M. Chatin a fait plusieurs fois la ligature de l'œsophage chez des chiens pour des recherches de toxicologie, et il a observé si peu d'accidents, qu'il lui est arrivé d'opérer deux fois le même animal : rétabli de sa première opération, il servait ainsi à une seconde expérience. Parmi les chiens soumis à cette ligature répétée, deux ont survécu très longtemps.

M. Bégin : Je partage complétement l'idée de M. Jobert, relativement à l'importance qu'il faut accorder à la grosseur du lien employé pour lier l'œsophage, et je voudrais insister, plus que ne l'a fait M. Jobert, sur ce fait qu'un gros lien s'oppose à la section des tissus, et produit une ecchymose qui s'ajoute à la pression de la ligature pour presser sur la trachée.

La discussion sera reprise, s'il y a lieu, après que la commission aura communiqué son rapport.

M. Chevallier, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Caventou et Trousseau, donne lecture d'un rapport sur un travail de M. Réveil, intitulé : *Recherches sur l'opium*. Ne pouvant entrer dans le détail des faits chimiques dont ce mémoire contient l'exposé, nous nous contenterons de rappeler que, d'après les expériences de M. Réveil, la morphine et les autres alcaloïdes de l'opium sont tout à fait étrangers aux phénomènes que produit cette substance quand on la fume; il se base sur ce qu'il n'a pas trouvé d'alcali organique dans les produits de la combustion, et sur l'amertume très prononcée des bases organiques ; or, aucun des auteurs qui ont écrit sur les fumeurs d'opium n'ont signalé la sensation d'amertume comme ayant été ressentie par les fumeurs; tous s'accordent à dire, au contraire, que ces fumées sont douces et agréables. L'auteur pense que les phénomènes physiologiques et toxiques produits par les fumées de l'opium doivent être attribués en grande partie à un principe vireux insaisissable, au cyanhydrate d'ammoniaque et surtout à l'oxyde de carbone.

Conclusions : 1° Remercier M. Réveil pour son intéressante communication; 2° renvoyer son mémoire au comité de publication. (Adopté.)

M. Orfila donne lecture d'une *note sur la ligature de l'œsophage*, à propos d'une communication récente de MM. Bouley et Reynal.

M. Orfila a eu l'occasion de lier cinq fois l'œsophage. Une première fois chez un petit chien, le 21 décembre, à quatre heures; la mort a eu lieu dans la nuit du 29 au 30 ; aucun autre symptôme que de l'abattement.

Une deuxième expérience a été faite le 15 mai, à quatre heures, sur un chien maigre et très jeune ; mort le 23 mai dans la matinée.

Troisième opération le 15 mai, à trois heures ; l'animal opéré est pendu le 17, à dix heures du matin ; l'autopsie ne laisse découvrir que les lésions ordinaires de l'asphyxie.

Quatrième ligature faite sur un chien de très petite taille, le 19 mai à midi ; quarante heures après la ligature est enlevée ; le septième jour l'animal, qui s'était rétabli, fut trouvé mort : il avait mangé les restes d'un lapin empoisonné par la strychnine.

Cinquième opération, pratiquée le 17 juin sur un chien boule-dogue très vigoureux ; par l'ouverture faite à l'œsophage, on introduit une solution contenant 4 grammes d'acétate de morphine, l'œsophage est lié ; le lendemain, comme l'animal paraissait bien portant, et que l'on désirait le tuer promptement, une nouvelle solution d'acétate de morphine (5 gr. de sel) est introduite ; la mort ne survient que quatre-vingt-seize heures après la première opération.

L'auteur, mettant en regard les expériences de MM. Bouley et Reynal d'un côté, et de l'autre celles d'Orfila et les siennes propres, fait ressortir l'opposition qui existe entre les résultats que ces expériences ont donnés. Évidemment, dit-il, en terminant, cette opposition dépend de ce que les conditions de l'expérience ne sont pas les mêmes. Le mémoire de MM. Bouley et Reynal ne permet pas de découvrir où est la différence, des expériences comparatives la feront bien vite ressortir. La nouvelle étude que l'Académie a ordonnée, nous donnera la clef de l'énigme. Alors toute hésitation s'évanouira ; personne ne doutera plus du passé. Les fondements de la toxicologie qui auront résisté à tant d'épreuves inspireront enfin assez de confiance, il faut l'espérer, pour que les nouveaux travailleurs ne se préoccupent plus que de faire monter l'édifice. (Renvoi à la commission nommée.)

M. Poggiale lit un premier mémoire intitulé : *Recherches sur la composition chimique et les équivalents nutritifs des aliments de l'homme.*

Les recherches que l'auteur soumet au jugement de l'Académie, forment la première partie d'un travail qu'il a entrepris dans le but de déterminer la composition chimique et les équivalents nutritifs des principaux aliments de l'homme. Il a participé, depuis quelques années, aux travaux de diverses commissions chargées d'étudier la composition, la valeur nutritive et la substitution des aliments, et il a dû, par conséquent, rechercher par l'expérience la solution de ces questions qui intéressent à un si haut degré l'alimentation de l'homme.

Pour connaître, au moins approximativement, la valeur nutritive des substances alimentaires, il est indispensable d'avoir des notions exactes sur les éléments qui les forment. Malheureusement, nous ignorons encore la composition des principaux aliments, et nous manquons, par conséquent, de données certaines pour établir une échelle de nutrition. D'un autre côté, les physiologistes ont singulièrement exagéré l'importance des substances azotées, en cherchant dans la proportion de ces principes la mesure de la valeur nutritive des aliments.

La détermination des matières grasses, de l'amidon, du sucre et des substances congénères n'ayant pas été faite avec le degré de précision que méritent de pareilles questions, quelques chimistes, M. Liébig, par exemple, ont dû, en dressant des tableaux comparatifs, négliger les matières grasses ou les représenter pour une quantité déterminée de matière amylacée. C'est ainsi que 24 parties d'amidon seraient l'équivalent de 10 parties de graisse. Mais, en supposant que ces chiffres expriment fidèlement les rapports qui existent entre ces principes, au point de vue de la chaleur qu'ils peuvent produire, il est certain que ceux-ci ne remplissent pas dans l'économie les mêmes fonctions, et l'observation la plus vulgaire constate que la graisse ne peut pas être entièrement remplacée par les matières amylacées ou sucrées. Il faut que le carbone, qui pénètre dans l'économie, n'affecte pas seulement l'état de glucose, mais aussi la forme de graisse. Ces questions réclament donc de nouvelles études.

Les méthodes analytiques employées par les chimistes pour isoler les substances, qui composent les aliments, offrent de grandes difficultés dans leur application. L'auteur a fait tous ses efforts pour les surmonter, en apportant le plus grand soin dans les analyses qu'il a exécutées ou en modifiant les procédés connus. Il fait connaître dans son mémoire les moyens dont il a fait usage pour la détermination de l'eau, des matières grasses, du ligneux, des matières azotées, de l'amidon, etc. Il a employé un procédé nouveau pour le dosage du ligneux, et a rendu beaucoup plus facile et plus sûre la détermination de l'azote.

Les aliments fournis par les céréales et les légumineuses font l'objet principal de ce premier mémoire; ainsi les blés durs et les blés tendres, l'orge, le riz, le maïs, le seigle, l'avoine et les produits des légumineuses, ont été soumis à une analyse chimique rigoureuse.

Appelé depuis plusieurs années, comme membre de la commission des subsistances, à examiner un grand nombre d'échantillons de blés durs et de blés tendres, M. Poggiale pense qu'il sera utile, pour la science et pour la pratique, de publier les résultats qu'il a obtenus. La proportion de ligneux étant beaucoup plus élevée dans ses expériences que dans celles des observateurs qui l'ont précédé, l'auteur insiste, avec raison, sur ce point. Lorsqu'on traite le blé successivement par les acides, les alcalis étendus, l'eau bouillante, l'alcool et l'éther, la quantité de cellulose résistante ne dépasse pas 1,5 p. 100. Mais ce procédé analytique donne-t-il des résultats exacts? L'auteur ne le pense pas. Il s'est assuré, en effet, que la cellulose des enveloppes du blé est dissoute par les alcalis et les acides. Le ligneux du blé contient, en outre, d'autres substances qui ne sont pas alimentaires, telles que des matières colorantes, résineuses, extractives, etc., et qui, pourtant, sont dissoutes dans la séparation de la cellulose. D'un autre côté, l'auteur a démontré, dans un autre travail, que tout l'azote du blé n'est pas fourni par des matières azotées assimilables. Si on sépare mécaniquement la première enveloppe du blé, et si on la fait bouillir, pendant quelques minutes, avec une eau acidulée, composée de 100 grammes d'eau distillée et de 5 grammes d'acide chlorhydrique fumant, on trouve que 100 parties d'enveloppes donnent 50 p. 100 de glucose; et comme elles ne contiennent pas d'amidon, il faut bien admettre que le sucre provient de la cellulose. Le bois lui-même fournit des résultats analogues. Cette méthode d'analyse est donc défectueuse. Dans l'état actuel de la science, la seule substance qui permette d'isoler les matières amylacées de la cellulose, c'est la diastase. M. Poggiale a indiqué les précautions qu'il convient de prendre dans l'emploi de cette substance.

Divers blés ont été traités par le procédé de l'auteur, et ont fourni les résultats suivants : blé blanc de la Baltique, 4,3 de ligneux p. 100; blé poulard, 4,5; blé dur d'Afrique, 3,8; blé roux d'Amérique, 4,8; blé tendre indigène, 4,6.

Dans plusieurs expériences qui ont exigé beaucoup de temps et de patience, on a détaché avec la main la première enveloppe de quelques blés tendres qui ont fourni, en moyenne, 3,5 d'enveloppes desséchées p. 100 de blé. Cette pellicule, examinée au microscope, ne présente que des cellules et ne contient ni gluten, ni amidon, ni matière grasse. Elle renferme 2 p. 100 de matières fixes et 3 de matière azotée non alimentaire. Sous cette pellicule se trouvent d'autres téguments.

Tous les essais de décortication du blé qui ont été faits dans ces derniers temps, et particulièrement ceux de M. Sibille, confirment les expé-

riences de M. Poggiale. Il résulte, en effet, des épreuves de décortication faites à la manutention militaire, dans le courant de l'année 1855, sous les yeux d'une commission nommée par le ministre de la guerre, que le blé tendre donne, par la décortication, environ 3 pour 100 de de pellicules qui ne renferment aucune substance alimentaire. Ainsi, la proportion de ligneux contenue dans le blé est beaucoup plus considérable qu'on ne l'a cru jusqu'ici. C'est un fait important sur lequel M. Poggiale appelle toute l'attention des médecins hygiénistes. On comprend ainsi l'utilité du blutage et la différence qu'on remarque entre le pain blanc et le pain de ménage. L'auteur donne de longs développements sur la question de blutage.

L'auteur fait connaître dans son mémoire la composition des blés et de l'orge. Il résulte de ses analyses que l'orge contient moins d'azote que le blé et une proportion un peu plus élevée de matières grasses. 100 parties d'orge fournissent, en moyenne, 10 d'enveloppe qui, comme celle du blé, ne contient ni amidon, ni gluten, et qui est, en grande partie, formée de ligneux. Quelques expériences faites sur les animaux prouvent que l'orge est moins nutritif que le froment. Dans une de ces expériences, un coq, pesant 2 kil, 635 gr., a été nourri, pendant treize jours, avec 1 kil. 300 gr. d'orge et il a perdu 75 grammes de son poids. Un autre coq, pesant 2 kil. 434 gr., a reçu également, pendant treize jours, 1 kil. 300 gr. de blé dur. Il a augmenté de 37 grammes. D'autres expériences confirment ces résultats.

Le riz entrant dans la composition des approvisionnements de siége et son usage s'étant introduit dans les subsistances militaires, M. Poggiale a étudié avec soin sa composition et sa valeur nutritive. Suivant les uns, cette substance alimentaire n'a qu'un pouvoir nutritif très faible, suivant les autres, elle doit être considérée comme une nourriture très substantielle. Il résulte des expériences de M. Poggiale que le riz est très riche en aliments respiratoires et qu'il renferme, au contraire, peu de substances azotées, grasses et salines. Le principe carboné dépassant, dans une forte proportion, les matières grasses et albuminoïdes, l'alimentation animale ne saurait être complète avec le riz qu'à la condition de l'associer avec des aliments riches en substances plastiques, comme la viande, le poisson, le lait, etc....

L'auteur a fait plusieurs expériences pratiques pour déterminer la valeur nutritive du riz. Il a soumis, pendant un certain nombre de jours, des coqs très vigoureux et autant que possible de même force, les uns au régime du riz, les autres au régime du blé, et il a constamment observé que ceux qui étaient alimentés avec du riz perdaient une partie de leur poids, tandis que le poids des autres avait notablement augmenté.

Le mémoire de M. Poggiale comprend de longues études sur l'avoine, le seigle, le maïs, les semences des légumineuses qui servent à la nourriture de l'homme.

L'auteur a observé, en examinant les pois, que la quantité relative d'azote diminue dans les aliments du règne végétal parvenus à leur maturité. Les pois, les fèves et les haricots, conservés par le procédé Masson, renferment plus de substances albuminoïdes et ont, par conséquent, un pouvoir alimentaire plus grand que les légumes secs ordinaires.

Dans un second mémoire, que l'auteur publiera prochainement, il continuera l'étude des substances alimentaires de l'homme, et alors seulement il établira scientifiquement une échelle de nutrition. Les recherches chimiques et physiologiques, faites depuis une vingtaine d'années, ont démontré que l'homme adulte qui travaille, consomme, par jour, environ trois cent cinquante grammes de carbone nécessaire à l'entretien de la chaleur animale et 130 grammes de matières azotées chargées de la régénération de nos tissus. Il faut donc que la ration alimentaire de l'homme contienne les matières salines, le carbone et l'azote émis dans les vingt-quatre heures, pour qu'elle puisse entretenir sa santé et sa force. Mais suffit-il, pour évaluer la valeur nutritive des aliments, de déterminer la proportion des matières minérales, grasses, protéiques et hydrocarbonées ? L'auteur ne le pense pas. La théorie des équivalents nutritifs est vraie, mais à la condition qu'elle ne sera pas appliquée d'une manière trop systématique et que les résultats théoriques seront constamment contrôlés par la pratique. En effet, le pouvoir nutritif des substances alimentaires dépend aussi de leur forme, de leur cohésion, de leur digestibilité, et souvent une substance riche en principes alimentaires, mais d'une digestion difficile, nourrit moins, produit moins de force qu'une autre matière facilement dissoute par les sucs digestifs.

M. Poggiale considère dans chaque aliment et séparément les matières azotées, le principe carboné, les substances grasses, les matières minérales, et il se propose de former, pour chacun de ces principes, une table particulière.

M. Colin, dans un mémoire dont il donne lecture, et qui a pour titre : *Des effets de la ligature de l'œsophage sur les animaux de l'espèce canine*, expose les résultats des recherches qu'il a faites à ce sujet depuis quinze jours. La question lui paraît double : 1° L'œsophage peut-il demeurer lié assez longtemps pour permettre à l'observateur d'étudier l'action d'un agent introduit dans l'estomac, et les effets de la ligature peuvent-ils empêcher de reconnaître ceux de la substance ingérée ? 2° Quelles sont les conséquences de la ligature appliquée sur l'œsophage et laissée jusqu'à sa chute ou son élimination ?

Relativement à la première question, l'auteur pense que les dissidences relatives à l'innocuité ou aux résultats fâcheux de la ligature ne peuvent dépendre que de la manière d'opérer. Il décrit en détail le procédé mis en usage et les suites immédiates de l'opération. Les symptômes éprouvés par les animaux n'ont rien, dit-il, qui puisse masquer aux yeux de l'observateur les effets d'un agent toxique ou d'un contre-poison. Lorsqu'on tue l'animal ou lorsqu'il meurt, un, deux ou trois jours après l'opération, on ne trouve pas de lésions ni à l'estomac, ni à l'intestin, si ce n'est peut-être une légère injection partielle à la muqueuse du rectum, due sans doute à la constipation. — L'auteur rapporte ensuite six expériences faites sur des chiens ; elles confirment, dit-il, pleinement les expériences propres d'Orfila, celles de MM. Bégin, Jobert (de Lamballe), Robert, et celles que l'on doit à M. Sédillot. Elles démontrent que la ligature de l'œsophage, pratiquée avec les précautions convenables, n'apporte pas de perturbation grave dans l'état de l'animal, ni de troubles sensibles dans les fonctions digestives, et ne fait point naître de lésions gastro-intestinales.

Quant à la deuxième question relative aux conséquences qu'entraîne la ligature appliquée sur l'œsophage et laissée jusqu'à sa chute ou son élimination, M. Colin n'a fait pour la résoudre que quatre expériences. Après en avoir indiqué les détails, il dit que les dissidences sur ce sujet résultent du mode opératoire. Pour quiconque se donne la peine de réfléchir, il est manifeste que les accidents graves et la mort qui résultent de cette opération doivent tenir à l'une ou plusieurs des causes suivantes : 1° la ligature de l'un ou des deux nerfs vagues et celle des récurrents ; 2° le tiraillement, la dilacération, le pincement de ces nerfs, lésions graves, dont les effets ne sont pas moins funestes que ceux d'une ligature ou d'une section ; 3° la blessure des vaisseaux qui peuvent verser assez de sang pour comprimer les nerfs laissés intacts ; 4° La trop grande étendue donnée à la plaie dans laquelle les nerfs, mis à découvert, peuvent vivement s'irriter ; 5° la traction trop considérable exercée sur l'œsophage, laquelle peut entraîner un emphysème à l'entrée de la poitrine, à la base du cœur et dans les médiastins.

« Il faudrait méconnaître les données les plus élémentaires de la physiologie, pour croire qu'un chien puisse mourir en deux ou trois heures par le fait d'une simple ligature de l'œsophage. Et il est permis de dire aux observateurs à venir, comme Orfila à ses adversaires, qu'ils ne se tromperont plus sur les effets de la ligature de l'œsophage, s'ils veulent se donner la peine de pratiquer cette opération avec les soins qu'elle réclame. Autrement, en opposant le fait erroné au fait exact, il ne resterait pas un seul point qui ne dût être remis en question : l'édifice sapé à tout instant croulerait bientôt, et il faudrait le reconstruire avec ses propres débris. »

(Ce travail est renvoyé à l'examen de la commission nommée.)

M. Maisonneuve présente à l'Académie le malade auquel il a pratiqué, il y a quelques mois, l'ablation du maxillaire supérieur, et dont la guérison a déjà été constatée. Actuellement ce sujet peut, à l'aide d'un dentier artificiel, exécuter les mouvements de la mastication, et parle d'une façon très intelligible. Le périoste ayant été conservé et l'insertion des muscles respectée, il n'y a pas de changement notable dans l'aspect de la face, et les mouvements continuent à se faire avec une facilité remarquable.

La séance est levée à cinq heures.

VARIÉTÉS.

LE DISTOMUM HÆMATOBIUM, COMME CAUSE DE MALADIES DES VOIES URINAIRES EN ÉGYPTE ;

Par le docteur Bilharz, médecin au Caire.

Cet entozoaire, de la classe des trématodes, se rencontre en grand nombre dans la veine porte, dans ses racines et ses ramifications, et dans le plexus vésical et hémorrhoïdaire. C'est un des plus répandus parmi les indigènes d'Égypte. On reste plutôt au-dessous qu'au-dessus du chiffre, en admettant que la moitié de la population adulte de la tribu égyptienne, les Fellahs et les Coptes, possède ou a possédé ce parasite. Il n'est pas rare chez les Nubiens, mais M. Bilharz ne sait pas s'il existe également dans leur patrie, parce que tous les individus qu'il a eu l'occasion d'examiner, habitaient l'Égypte depuis des années. Dans les nombreux cadavres de nègres, il n'en a trouvé qu'un seul qui possédât cet animal. Il ne sait pas si les Turcs et les Européens en sont également exempts ; leurs cadavres n'arrivent pas à la dissection, et ils ne présentent pas les symptômes qui dénotent la présence de cet hôte.

Les distomes de l'homme n'étaient représentés, jusqu'à ce jour, que par deux espèces, rarement observées, le *D. hepaticum* et le *D. lanceolatum*, fréquents chez les herbivores et surtout chez les ruminants. M. Bilharz en a découvert deux autres en Égypte, le *D. heterophyes*, qui se rapproche des précédents, et le *D. hæmatobium*, qui s'en éloigne par la séparation des sexes et surtout par la forme du corps.

La longueur en est de quatre lignes, tantôt plus, tantôt moins, selon que l'animal s'étend ou se contracte. Le mâle a l'épaisseur d'un gros fil à coudre ; il est d'un blanc de lait. Le premier huitième de son corps est aplati de haut en bas, en forme de lancette, garni à l'extrémité antérieure d'un suçoir buccal percé, et à la face ventrale, d'un suçoir ventral imperforé. Derrière celui-ci, les parties latérales du corps se recourbent en bas, de manière à se toucher sur la ligne médiane du ventre. La plus grande partie du corps prend ainsi la forme d'un tuyau fendu dans sa longueur. Ce tuyau est destiné à loger la femelle. Celle-ci n'a été rencontrée encore que dans son réceptacle ; elle est beaucoup plus grêle, plus fine que le mâle, et transparente comme du verre. Elle n'a pas de canal caudal. (Voir, pour plus de détails, la *Zeitschrift für wissenschaftl. zoologie*, t. IV, 1852-53, p. 52 et planche V ; et *supplément*, p. 454, et table XVII.)

Les individus adultes de cet entozoaire ont été trouvés dans le tronc et les branches de la veine porte, dans la veine splénique, les veines mésentériques et le plexus veineux du rectum et de la vessie. Ils se nourrissent de sang, dont les globules remplissent toujours le canal intestinal. Les œufs ont été rencontrés dans le parenchyme du foie, entre et dans les tuniques de l'intestin grêle ; mais surtout, en quantité énorme, dans le tissu cellulaire sous-muqueux, dans la muqueuse de la vessie, des uretères, des vésicules séminales et de la fin du gros intestin, ainsi qu'à la surface de cette muqueuse.

On connaît la grande fréquence des maladies des voies urinaires chez les indigènes de l'Égypte ; on peut dire, sans exagération, qu'à peine la moitié de ces habitants possèdent ces organes à l'état normal. Une des affections les plus ordinaires est l'inflammation catarrhale de la vessie et des uretères. A l'état aigu, on trouve par plaques, la muqueuse un peu gonflée et ramollie, d'un bleu ou brun-rouge, entourée de vaisseaux capillaires variqueux, recouverte d'une couche de mucus tenace, vitreux, renfermant souvent des gouttelettes de sang, retenues souvent encore en partie dans la lumière béante d'un petit vaisseau sanguin.

Les suites de cette inflammation aiguë sont : 1° l'induration ; 2° des excroissances polypeuses ; 3° l'ulcération. Les deux premières, surtout la première, sont les plus fréquentes et occupent ordinairement des surfaces étendues. Dans l'*induration*, la muqueuse est épaissie, coriace, de couleur jaune-verdâtre ou grisâtre, anémique et criant un peu sous le scalpel. Elle est farcie d'une grande quantité de petites granulations luisantes, qui ne sont autre chose que des œufs de distome morts, remplis en partie de graisse, mais surtout de carbonate calcaire. La surface de ces plaques est tantôt lisse, tantôt rugueuse. Ce dernier état provient d'une couche de cellules fusiformes agglutinées, entremêlées de beaucoup d'œufs, contenant rarement de l'acide urique. Pruner a déjà observé qu'on y rencontrait souvent des concrétions lithiques, de la grosseur d'un grain de millet, dans l'intérieur desquelles on trouve parfois des œufs.

L'*hypertrophie polypeuse* est moins fréquente. Elle est constituée par des excroissances de différentes formes, jusqu'à la grosseur d'une fève, parcourues d'un réseau capillaire développé, à vaisseaux souvent élargis, au point de former des cavités, communiquant entre elles et renfermant parfois des exemplaires de distomes adultes. Le parenchyme de ces végétations contient un grand nombre d'œufs, ordinairement frais. L'*ulcération* n'a été observée qu'une fois dans la vessie, et le fond de l'ulcère n'était pas exempt d'amas d'œufs.

Sans vouloir prétendre que ces lésions, surtout l'inflammation catarrhale, ne puissent provenir des mêmes causes que partout ailleurs, le docteur Bilharz ne voit pas une coïncidence fortuite entre elles et la présence du distome. Il admet que, dans ces cas, le dépôt d'œufs dans les capillaires, dans le tissu sous-muqueux et dans la muqueuse de la vessie et des uretères, a été la cause immédiate de l'inflammation. Ses raisons sont les suivantes :

1° Il y a toujours trouvé de grandes quantités de ces œufs dans les parties malades.

2° La quantité et l'état des œufs est dans un rapport constant avec l'intensité et le développement de la lésion. Les places saines ou peu malades ne contiennent pas ou peu d'œufs ; plus elles sont malades, plus elles en contiennent. Les endroits où siége l'inflammation aiguë et les végétations polypeuses, renferment de préférence des œufs frais, remplis de masses de vitelline ou d'embryons, les endroits indurés, au contraire, sont parsemés d'œufs morts, remplis de produits de décomposition.

3° Les lésions cadavériques décrites coïncident avec la présence de l'helminthe. En Europe, où ce ver n'a pas encore été trouvé, les altérations pathologiques n'existent pas, du moins dans leurs formes bien tranchées. Les cadavres de nègres ne les ont présentées qu'une fois, et c'était également le seul cas où le distome ait été trouvé. Les deux sont au contraire très fréquents chez les Égyptiens.

On pourrait expliquer la pathogénèse de cette maladie de la manière suivante : Un mâle, portant dans son canal gynécophor une femelle fécondée, pénètre dans le plexus veineux de la vessie. Dans les vaisseaux un peu larges, il se meut surtout au moyen de ses deux suçoirs, et dans les canaux plus rétrécis, les poids raides de la surface de son corps lui viennent en aide. Arrivés dans un capillaire trop étroit, la femelle dépose les œufs probablement réunis en un globule par une masse gélatineuse, qui peut-être les colle encore contre la paroi du vaisseau. La présence de ces œufs, ainsi que celle des animaux eux-mêmes, produit une hyperémie passive de ce capillaire ; et si cette altération se fait dans plusieurs vaisseaux et reste permanente, il s'en suit une exsudation de lymphe plastique et la déchirure de quelques vaisseaux. Par ce dernier mécanisme, les œufs seront ou bien portés à la surface de la muqueuse et entraînés par l'urine à l'extérieur, où ils peuvent continuer leur évolution, ou bien déposés dans les tissus, dans lesquels ils entretiennent l'inflammation, à la manière des corps étrangers. C'est pour cette raison que la résolution paraît ne pas pouvoir se faire.

L'induration en est la terminaison la plus fréquente. Alors les parties liquides de l'exsudation sont absorbées ; les solides restent, compriment les capillaires, les rendent imperméables, et s'opposent ainsi à de nouvelles hyperémies, inflammations et hémorrhagies. L'entozoaire est obligé de changer de résidence, le contenu des œufs déposés se transforme en graisse, puis en carbonate de chaux ; le dépôt d'acide urique dans l'enveloppe de l'œuf est rare et ne se montre guère qu'à la surface de la muqueuse. Dans d'autres cas, il en résulte une dilatation permanente des capillaires, et formation nouvelle de tissus et de vaisseaux.

Les excroissances polypeuses molles sont prédisposées aux hémorrhagies, et paraissent se prêter longtemps au dépôt d'œufs frais. Les vaisseaux de leur substance se dilatent parfois en des cavités spacieuses, qui peuvent loger plusieurs vers.

L'ulcération est très rare. Elle peut provenir de l'oblitération subite des vaisseaux d'une portion de la muqueuse, déterminant la mortification de ces tissus.

La maladie peut être facilement diagnostiquée au moyen du microscope. On découvre les œufs dans le dépôt muqueux de l'urine, et surtout dans les petits coagulums sanguins (1).

Dans cet article, le docteur Bilharz a déjà parlé de la probabilité de la formation de calculs urinaires à la suite de ces lésions. Ces calculs sont extrêmement fréquents en Égypte, et sévissent surtout sur la population indigène. Le professeur Rayer, au Caire, a publié un travail très étendu et intéressant sur la lithiasse dans ce pays, dans les nos 14, 15, 16, 17 du même journal. Il confirme non seulement la relation de cause à effet, entre la présence des œufs de distome et les maladies des voies urinaires, mais il insiste surtout sur les conséquences de ces maladies, qui donnent souvent naissance à la pierre, par suite de la cystite étendue et persistante. De plus, il ne rejette pas l'idée que les concrétions qui se rencontrent sur la surface rugueuse de la muqueuse altérée, ne puissent devenir directement les noyaux de calculs. Il cite un calcul de sa collection qui présentait au centre une cavité renfermant une masse brunâtre, ratatinée, reconnue pour de la fibrine, et contenant des quantités innombrables d'œufs de distome. Disons seulement, en passant, que c'est la taille médiane qui est l'opération préférée.

Dr S.

Les ateliers étant fermés vendredi, 15 août, le journal ne paraîtra pas samedi.

— La séance du Comité de rédaction n'aura pas lieu à cause de la fête du 15 août.

---

(1) Extrait du *Wiener med. wochenschr.*, 1856, numéros 4 et 5.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 99-100. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 19 Août 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris ;*
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. THÉRAPEUTIQUE : Note sur le chlorate de potasse employé contre la stomatite hydrargyrique avec continuation du traitement mercuriel. — II. CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ (M. Trousseau) : Gastrite chronique comparée à l'ulcère simple et au cancer de l'estomac. — III. REVUE CHIRURGICALE : Mal perforant du pied. — Traitement de la sciatique rebelle par les pois à cautère médicamenteux. — Application des vésicatoires sur le col de l'utérus dans le traitement des affections de cet organe. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médicale d'émulation de Paris* : Discussion sur divers projectiles et pièces anatomiques recueillis à l'armée d'Orient. — V. FEUILLETON : Coup d'œil historique et critique sur la médecine et la chirurgie françaises au XIXe siècle.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE CHLORATE DE POTASSE EMPLOYÉ CONTRE LA STOMATITE HYDRARGYRIQUE AVEC CONTINUATION DU TRAITEMENT MERCURIEL ;

Par A. FOURNIER, interne des hôpitaux.

I.

Des applications nombreuses qu'a reçues le chlorate de potasse, depuis l'époque où le docteur Herpin, de Genève, a rappelé l'attention sur ce médicament, il en est une qui paraît aujourd'hui bien confirmée par l'expérience : c'est l'emploi de cet agent dans le traitement de la stomatite mercurielle.

M. Herpin, de Genève, a le premier signalé l'heureuse influence exercée par le chlorate de potasse sur les accidents buccaux produits par les préparations hydrargyriques. La plupart des observateurs qui ont, après lui, expérimenté ce médicament dans les mêmes conditions, se sont également accordés à en reconnaître l'efficacité. M. Demarquay, dans une étude récente du plus haut intérêt, le considère comme un véritable *spécifique* de la salivation mercurielle, et déjà la presse médicale contient un grand nombre de faits qui ne peuvent laisser en doute la valeur d'un remède ainsi soumis au contrôle impartial des praticiens les plus éclairés.

Cependant, il faut le reconnaître, les observations publiées jusqu'à ce jour laissent un point d'appréciation difficile dans l'exposé des résultats fournis par le chlorate ; et les conditions même de l'expérimentation, telle qu'elle a été entreprise et dirigée jusqu'ici, sont insuffisantes à donner la mesure exacte de l'efficacité du remède.

Voici, en effet, ce que la plupart des observateurs se sont bornés à constater : Un malade, soumis aux préparations mercurielles, est affecté de stomatite. Immédiatement le mercure est suspendu ; puis l'on administre le chlorate ; en quelques jours les accidents buccaux disparaissent et le malade est guéri. Là se borne l'expérimentation.

Or, il est de toute évidence qu'un double élément doit entrer ici en ligne de compte pour la guérison : d'une part, l'influence médicatrice du remède, influence véritablement incontestable ; d'autre part, condition également importante, la soustraction du malade à l'influence pathogénique, par la suspension immédiate du traitement mercuriel.

Mais pour quelle proportion chacun de ces éléments entre-t-il dans le résultat obtenu ? Quelle part doit-on faire à la suspension simple du traitement, quelle part à l'agent antiptyalique ? Quelles sont les limites précises de chacune de ces influences ? C'est ce qu'ont négligé de rechercher ou tout au moins de nous apprendre les différents observateurs : c'est ce que nous ignorions avant les expériences plus rigoureuses de M. Ricord, expériences dont je viens rendre compte.

Sans doute, la suspension du traitement mercuriel, au début même d'une stomatite, ne suffit pas dans tous les cas à en arrêter le développement, ni même à la maintenir dans des proportions d'intensité moyenne ; sans doute l'on trouverait des observations pour démontrer qu'une dose très minime de mercure, et même qu'une dose unique a pu produire des salivations violentes. Il faut donc accepter ce fait, qu'il est des stomatites sur lesquelles, une fois lancées, la cessation du traitement mercuriel n'exerce presque aucune influence pour en arrêter le développement. Mais ce sont là des faits exceptionnels, des raretés pathologiques. En revanche, l'expérience journalière apprend que, dans l'énorme majorité des cas, la suspension du mercure arrête l'explosion ou modère le développement de la stomatite. Cette condition seule suffit quelquefois à la guérison, et l'on sait qu'elle a déjà servi d'argument pour contester les effets thérapeutiques du chlorate.

Je le répète, dans les observations publiées jusqu'à ce jour, l'on n'a jamais fait que juger d'ensemble et en bloc des résultats complexes, dépendant d'une double cause. Je ne vois point que l'on ait encore cherché à séparer les influences combinées que doivent exercer sur les phénomènes morbides la suppression de l'agent provocateur et l'intervention du correctif, non plus qu'à apprécier isolément chacune d'elles.

C'est à distinguer ces deux éléments que s'est attaché M. Ricord, pour connaître la mesure exacte de l'action thérapeutique du chlorate dans la stomatite mercurielle.

Le problème se trouvait posé dans ces termes : Quelle efficacité possède le chlorate de potasse sur les accidents de la salivation hydrargyrique, indépendamment de l'influence que peut exercer sur ces accidents la suppression de la médication mercurielle ?

Voici sur quelle base l'expérimentation fut instituée par M. Ricord :

Un malade soumis à une certaine dose d'une préparation mercurielle (proto-iodure) venait à présenter des symptômes de stomatite : le chlorate était immédiatement administré ; mais simultanément le mercure était continué à la dose productrice des accidents buccaux. — De la sorte, le malade restant incessamment maintenu sous l'influence hydrargyrique, le chlorate se trouvait appelé à combattre une cause d'excitation permanente. Dès lors, le résultat obtenu n'était plus que l'effet d'une action unique qui devait être attribuée tout entière au médicament.

Je puis le dire par avance : ce résultat fut des plus favorables. Sous l'influence puissante du chlorate de potasse, et malgré l'administration continuée du mercure, les phénomènes d'excitation buccale se trouvèrent promptement modifiés : salivation, tuméfaction des gencives, douleur, ulcérations de la muqueuse, etc., tous les symptômes de la stomatite spécifique s'amendèrent ou disparurent en quelques jours.

Je citerai pour exemple de cette merveilleuse action du chlorate, quelques-unes des observations recueillies le plus récemment dans le service.

OBS. I. — M..., âgé de 32 ans, affecté de syphilide exanthématique, de plaques muqueuses, d'alopécie, etc., est soumis, depuis trois semaines, au traitement mercuriel. Dans les deux premières semaines, il a pris chaque jour une pilule de 5 centigrammes de proto-iodure, sans excitation buccale bien manifeste. Dans la dernière semaine, deux pilules chaque jour.

M..., se présente le 15 juin dans l'état suivant : rougeur et tuméfaction des gencives, le collet des dents, [illegible] inférieures, est entouré d'un cercle très rouge, avec ulcération superficielle sur quelques points. — Enduit limoneux des dents ; enduit blanchâtre de la face dorsale de la langue. — Fétidité de l'haleine. — Ulcération de la largeur d'une pièce de 50 centimes, en arrière de la dernière molaire inférieure du côté gauche. — Mastication très douloureuse. — Hémorrhagies gingivales fréquentes. Salivation assez abondante.

Traitement : 2 pilules de proto-iodure. — Julep gommeux, 200 gr., avec addition de 6 grammes de chlorate de potasse, à prendre en deux fois dans la journée. — Tisane amère.

16 juin. — Le malade raconte qu'après chaque prise du chlorate il a éprouvé les symptômes d'un ptyalisme violent. Ce phénomène s'est ma-

Feuilleton.

COUP D'ŒIL HISTORIQUE ET CRITIQUE SUR LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE FRANÇAISES AU XIXme SIÈCLE (1) ;

Par le docteur MICHÉA.

Sommaire. — Année 1800. — Médecine. — Corvisart au physique et au moral. — Pourquoi il refusa d'être médecin de l'hôpital Necker. — Sa manière d'être envers les élèves et les malades. — Caractère de son enseignement clinique à l'hôpital de la Charité. — Parallèle entre sa méthode et celle de Pinel. — Comment il devint médecin du premier consul. — Sa réponse à la femme du général Bonaparte, qui l'interrogeait sur l'avenir de la santé de son époux. — Retour de Barthez sur le théâtre de la science. — Détails sur la vie et la personne de ce médecin.

Jusqu'à l'âge de 30 ans, Corvisart avait été dans la plus grande gêne pécuniaire, obligé d'emprunter pour vivre ; et jusqu'à 40, il n'était encore ni très connu dans le monde, ni suffisamment rétribué de sa clientèle. Il aurait pu devenir plus tôt médecin d'hôpital s'il eût eu la force de sacrifier son amour-propre et sa coquetterie d'homme encore jeune à un caprice de femme prude et ridicule. La mère de Mme de Staël, la femme du ministre Necker, avait besoin d'un médecin dans l'hôpital fondé par elle en 1778, et Corvisart s'était présenté chez elle pour solliciter la place. Mais Mme Necker ayant exigé de lui, par excès de rigorisme protestant, qu'il s'affublât d'une perruque d'octogénaire, il refusa net, préférant à tout sa coiffure à la *Titus*.

Doué d'une forte constitution, d'une grande dextérité dans les mouvements, et remarquable par une physionomie vive et enjouée, Corvisart passait à tort pour un homme de plaisir et de dissipation. Sous son masque de frivolité et d'enjouement, il cachait un grand fond de tristesse et d'ennui. Il était morose, soupçonneux, et il n'y avait guère que dans l'intimité, avec les artistes, dont il aimait à faire sa société, qu'il se livrait à l'esprit de verve et de saillie. Encore sa gaîté provenait-elle de la tête et jamais du cœur. Il était si naturellement enclin à la mélancolie, qu'il méprisait tout ce que les hommes désirent le plus : la louange et les honneurs. Dans ses moments d'*humour*, il disait, en se comparant au héros d'un conte de Voltaire : « Le Mésrour avait perdu l'œil qui voit le mauvais côté des choses ; je suis borgne comme lui, mais c'est l'autre œil que j'ai perdu. » Cette disposition naturelle à la tristesse, développée par les contraintes et les privations qu'il avait éprouvées, se trouvait encore entretenue par un malheur de famille, la mort d'un fils unique. Du reste, s'il était trop brusque avec les malades, s'il ne ménageait pas assez leur sensibilité, à l'égard de ses confrères il montrait des qualités, il respectait leur opinion sans renoncer à la sienne ; il était circonspect, peu affirmatif, et ne semblait connaître ni l'envie ni la médisance.

Corvisart enseignait la clinique interne d'une tout autre manière que Desbois de Rochefort, son maître. Il n'en faisait pas, comme celui-ci, un simple foyer de causeries et d'entretiens familiers. Imitateur de Stoll, il élevait la clinique de la Charité à la hauteur majestueuse de l'École de Vienne. A l'hôpital, à l'égard des malades et des élèves, il agissait comme s'il eût procédé envers une division d'armée. Il prenait le ton de commandement d'un général entouré d'un nombreux état-major ; il faisait régner dans les salles une sévérité qui rappelait le régime des camps, et tous les matins il exerçait les élèves à la science de l'observation par groupes, par pelotons, comme s'il eût fait manœuvrer des régiments au Champ-de-Mars. Dans un temps de guerre et dans un pays où tout homme naît avec les qualités du soldat ou les admire, cette manière d'agir en médecine était un moyen certain d'exciter l'enthousiasme des élèves.

Doté par la nature de sens exquis, d'une grande finesse de l'ouïe, de la vue et du tact ; d'un esprit sinon vaste et profond du moins juste et rigoureux, Corvisart, qui aspirait à élever la médecine au niveau des sciences exactes, apportait en clinique la sévérité et la netteté des notions de la chirurgie. Il était si dédaigneux envers la science purement théorique, que, dans sa jeunesse, il avait refusé de faire partie de la société royale de médecine.

La préoccupation du classement des maladies jouait un très grand rôle dans la doctrine de Pinel qui, sans faire totalement abstraction des organes affectés, prenait surtout les symptômes pour base de sa distribution nosologique. A très peu d'exceptions près, les maladies étaient pour ce professeur ce qu'elles avaient été pour Sauvages, Linnée, Sagar, Vogel, Macbride, Cullen et Selle, des groupes de symptômes, des assemblages de signes, les uns constants et fondamentaux, les autres accidentels et secondaires, puisés parmi trois ordres de phénomènes, les fonctions, les excrétions et les qualités, et distribués en classes, en genres, en espèces, en variétés, suivant la méthode des botanistes. Tout en réduisant beaucoup, à l'instar de Cullen, les 295 genres et les 2,400 espèces de maladies établis par Sauvages, Pinel, à l'exception de l'ordre des phlegmasies, ne cherchait pas assez ou même ne cherchait pas du tout à comparer les symptômes avec l'état des organes après la mort. Sa pathologie n'était pas autre chose qu'une sorte d'histoire naturelle des fonctions en désordre.

Appliquer à l'étude des maladies la méthode des botanistes, était une prétention aussi fausse que vaine. Établir que les symptômes sont aux individualités pathologiques ce que les feuilles, les fleurs, les tiges sont aux plantes, c'était admettre entre les attributs des végétaux, si constants, si uniformes dans leur combinaison et les expressions si variables et si complexes des organes malades chez l'homme une analogie qui n'existe pas. Cette manière de distribuer les maladies avait le tort immense d'occasionner au praticien de grandes déceptions au lit des malades, car au lieu de rencontrer des affections simples et toujours identiques dans leurs symptômes, il se trouvait en face d'organes affectés à des degrés divers, participant souvent à l'altération d'autres organes, par conséquent dont les expressions de souffrance étaient très variables et très compliquées. D'ailleurs, en s'attachant de préférence aux symptômes, en négligeant trop l'étude du siége des maladies, Pinel s'exposait souvent à prendre l'apparence pour la réalité. Au lieu de classer des organes malades, il groupait des êtres purement métaphysiques. De plus, dans ses groupes arbitraires et tout artificiels de symptômes, il courait le risque de considérer comme indifférents des symptômes fondamentaux, ou comme pathognomoniques des signes très secondaires.

Contrairement à Pinel, son rival, Corvisart était ennemi des classifications. Il croyait que la médecine devait être basée sur l'anatomie et la physiologie, et non sur l'analyse des symptômes, parce que ceux-ci ont rarement un caractère simple et une physionomie franche. Il pensait que la pathologie interne a une méthode à elle, qui ne ressemble nullement à celle des botanistes, et que cette méthode consiste dans l'alliance d'un jugement droit et de sens exercés, dans l'étude des faits particuliers et exclusivement des faits particuliers, les seuls qu'il admettait en médecine.

Ce mépris des faits généraux et cette tendance marquée à tout rapporter aux sens, en laissant à l'esprit aussi peu de besogne que possible, faisaient de Corvisart le praticien par excellence, comme les qualités

(1) Suite. — Voir les numéros des 1er, 8, 15, 22 Juillet et 5 Août 1856.

nifesté une heure environ après l'ingestion du médicament; il a persisté près d'une heure et demie. — Il s'accompagnait de la perception d'une saveur saline particulière. En dehors de ces deux accès de ptyalisme, la salivation a notablement diminué. — Douleur de mastication moindre. — Diminution déjà appréciable de la rougeur et de la tuméfaction des gencives. — Même traitement.

18 juin. Même effet ptyalique à la suite de chaque prise du chlorate, mais de moins en moins prononcé. A part ce ptyalisme chloratique, la salivation a presque complétement disparu. Les gencives sont beaucoup moins tuméfiées et moins rouges; les ulcérations festonnées de la muqueuse autour du collet des dents sont cicatrisées; l'ulcération située en arrière de la dernière molaire inférieure, du côté gauche, a notablement diminué d'étendue, et la plus grande partie de sa surface est recouverte d'un épithélium de nouvelle formation. — Nulle douleur dans la mastication. — Hémorrhagies gingivales devenues plus rares. — Même traitement.

20 juin. L'ingestion du chlorate ne s'accompagne plus que d'un léger ptyalisme, persistant de dix à vingt minutes. — Nulle salivation. — La tuméfaction des gencives a considérablement diminué et la rougeur du feston dentaire a presque entièrement disparu. — Cicatrisation achevée de l'ulcération située en arrière de la dernière molaire. — Nulle douleur; mastication facile; pas d'hémorrhagie gingivale. — Même traitement.

22. A part un léger boursoufflement des gencives, encore subsistant, tous les symptômes de stomatite ont disparu.

Le 26, on cesse l'emploi du chlorate. — Le mercure est continué à la même dose, 10 centigrammes de protoïodure chaque jour. Le 20 juillet, il ne s'est pas manifesté de nouveau symptôme d'excitation buccale. Les gencives conservent toujours un léger degré de boursoufflement.

Obs. II. — D..., âgé de 21 ans, entre à l'hôpital du Midi, le 20 mai, affecté de plusieurs chancres indurés, avec adénopathie inguinale spécifique. — Il est soumis, depuis un mois, au traitement mercuriel à raison d'une pilule par jour au début, puis de deux pilules depuis une quinzaine.

Traitement prescrit lors de l'entrée : Pommade au calomel sur les chancres. — deux pilules chacune de 5 centigrammes de protoïodure.

Des accidents de stomatite se manifestent à la fin de mai; ils sont conjurés par le chlorate, mais avec suspension du traitement mercuriel.

Le traitement mercuriel est repris le 5 juin, à raison d'une pilule; le 10, deux pilules.

16 juin. Accidents de stomatite datant de trois jours : rougeur et boursoufflement des gencives, spécialement au niveau des incisives inférieures, dont le collet est entouré d'un liseré très rouge, ulcéré sur quelques points. — Enduit limoneux des dents. — Ulcération superficielle mais assez étendue, siégeant en arrière de la dernière molaire inférieure du côté gauche. — Douleurs vives dans la mastication, avec hémorrhagies gingivales répétées. — Salivation moyenne. (Deux crachoirs environ dans le cours d'une journée.)

Traitement : continuation de la médication mercurielle. — Julep gommeux, avec addition de 6 grammes de chlorate de potasse.

18. Chaque prise de chlorate s'est accompagnée d'un ptyalisme abondant, persistant environ une heure. A part ce phénomène intermittent, la salivation a considérablement diminué. — Moins de rougeur et de tuméfaction des gencives. — L'ulcération buccale postérieure se rétrécit [illegible] sans douleur, sans hémorrhagie. — Même traitement.

20. La salivation mercurielle est suspendue; l'effet ptyalique du chlorate se manifeste encore, mais il est beaucoup moindre. — Encore un léger degré de rougeur et de tension des gencives. — Cicatrisation complète de l'ulcération située en arrière de la dernière molaire. Nulle douleur. — Même traitement.

23. Excellent état. — Les gencives sont encore un peu tuméfiées; mais sans rougeur morbide. — Tous les autres symptômes de stomatite ont disparu. — On supprime le chlorate de potasse; le traitement mercuriel est continué sans accident.

Le *ptyalisme*, que l'on trouve signalé dans les deux observations précédentes, consécutivement à l'ingestion de chaque dose de chlorate, est le seul effet physiologique de ce médicament qu'il nous ait été donné de remarquer. Ce phénomène se reproduit sur un grand nombre de malades, mais avec des degrés d'intensité variables : il consiste tantôt en un simple crachotement que les malades confondent avec la salivation mercurielle; tantôt en un ptyalisme très abondant, vif, subit, aigu en quelque sorte, et facilement distinct des effets qui appartiennent en propre au mercure. Ce n'est plus, en effet, cette salivation irritative et continue que produit l'agacement des dents ou la tension des gencives; c'est une simple hypersécrétion indolente, passive et temporaire : l'eau vient à la bouche à flots et sans douleur, comme sous l'empire d'une perception gustative et par un effet complétement analogue à l'afflux salivaire qu'excite l'odeur ou la vue d'un mets désiré.

Au point de vue des effets thérapeutiques, les résultats signalés dans les deux observations précédentes, et reproduits sur un nombre considérable de malades, ne pouvaient laisser de doute sur l'efficacité puissante du chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle. Ils démontraient d'une façon incontestable que ce médicament possède une influence toute spéciale sur les accidents buccaux produits par le mercure.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. Trousseau.

GASTRITE CHRONIQUE COMPARÉE A L'ULCÈRE SIMPLE ET AU CANCER DE L'ESTOMAC.

(Suite. — Voir les numéros du 22 Juillet et du 2 Août 1856.)

Voyons les autres signes de l'ulcère simple de l'estomac.

Celui auquel M. le professeur Cruveilhier attache l'importance la plus considérable, c'est l'hématémèse et le méléna. En effet, dit M. Cruveilhier, contrairement à l'opinion commune, les hématémèses foudroyantes, les méléna foudroyants, sont plus ordinairement le résultat de l'ulcère simple que du cancer de l'estomac. Je l'accepte, sous quelques réserves, pourtant. Ainsi, dans les autopsies que l'on fait d'individus, non pas à la suite de ces petites hématémèses de 1 ou 2 grammes chaque jour, qui laissent dans le fond de la cuvette un dépôt couleur de marc de café ou de suie délayée, mais à la suite de ces hématémèses qui jettent immédiatement le malade dans la syncope et le tuent par l'abondance de l'hémorrhagie, on trouve assez souvent, et ici l'expérience clinique est d'accord avec M. Cruveilhier : on trouve, dis-je, assez souvent des ulcères simples de l'estomac. Mais si, dans le cancer de l'estomac, et les exemples en sont fréquents, nous avons aussi des hématémèses de ce genre, si nous avons des méléna considérables, le méléna, pas plus que l'hématémèse, ne sont des moyens de diagnose entre ces deux affections. Lorsqu'un individu n'aura pas un teint cancéreux; quand nous ne sentirons pas de tumeur dans la région stomacale; quand il n'aura pas ce dégoût extraordinaire pour les viandes qu'ont habituellement les gens atteints de cancer, et qu'il rendra une quantité énorme de sang par les vomissements ou par les selles, nous aurons lieu de supposer une hémorrhagie par ulcère simple de l'estomac; si surtout le malade a une douleur xiphoïdienne violente, s'il a une douleur répondant en même temps du côté du rachis, nous aurons lieu de croire à un ulcère simple, mais nous n'aurons pas le droit d'affirmer, car nous pourrions avoir affaire à un cancer de l'estomac, cancer qui donne si souvent lieu à l'hémorrhagie stomacale qui se traduit soit par le vomissement, soit par des selles mélaniques.

Au mois d'août 1855, j'étais consulté, dans mon cabinet, par un homme de 40 ans, habitant une petite ville des environs de Paris. Je le trouvais exsangue : il me racontait que, quelques jours auparavant, il avait éprouvé des douleurs dans le ventre, que ses forces s'étaient subitement anéanties, et que, dans la journée, il avait rendu, par les garde-robes, plusieurs litres d'une matière qu'il comparait lui-même à du goudron. Depuis quelques mois il avait un appétit moins franc, et quelques pesanteurs d'estomac. Rien de plus.

Je palpais le ventre avec un soin extrême, et cela me fut d'autant plus facile que les parois abdominales étaient souples et peu épaisses. Il m'était impossible de trouver rien d'anormal. Je craignais un cancer situé dans une partie de l'estomac que mes moyens d'exploration ne pouvaient atteindre; et j'inclinais pourtant à penser que l'hémorrhagie pouvait être liée à un ulcère simple; il est vrai que je ne trouvais pas les douleurs indiquées par M. Cruveilhier; mais vous conviendrez, Messieurs, que je devais y voir bien moins encore les symptômes qui appartiennent au cancer. Devais-je supposer une exhalation essentielle de l'estomac? Cette supposition, je l'avoue, était la seule que justifiassent les troubles si légers que le malade avait éprouvés, la seule, d'ailleurs, qui me conduisît à un acte thérapeutique utile. Je conseillais des préparations martiales, du quinquina, de temps en temps on devait faire usage de ratania, et quelquefois aussi de craie et de magnésie, s'il survenait des brûlures dans la région de l'estomac.

Un mois plus tard, je revoyais mon malade, coloré, engraissé, et ne se plaignant de rien. L'exploration de la région de l'estomac ne donna pas des renseignements plus précis que ceux du mois précédent, et l'on dut continuer le traitement en l'interrompant de temps en temps.

Dix mois se passèrent sans que j'entendisse parler du malade. Il m'est revenu, ces jours passés, amaigri, avec un peu moins d'appétit; mais sans douleurs, sans hémorrhagies nouvelles. Il sent, dit-il, au creux de l'estomac, une grosseur. Je l'examine, et je trouve, en effet, au voisinage du pylore, une tumeur grosse comme œuf, inégale, dure, immobile, et appartenant bien, évidemment, à la portion duodénale de l'estomac.

Vous devinez et de reste mon diagnostic et le triste pronostic qui en est le corollaire.

J'ai eu, dans ma famille, un homme d'une vigueur exceptionnelle, qui, plusieurs années avant de mourir, a eu des hémorrhagies intestinales énormes, et, six mois seulement avant le terme fatal, la présence d'une tumeur cancéreuse considérable s'est révélée à l'épigastre.

L'hématémèse et les garde-robes noires ne sont donc pas encore un signe diagnostique certain, d'autant plus que le méléna et l'hématémèse, dans un assez grand nombre de cas, ne sont nullement dépendants d'une lésion organique, c'est-à-dire d'un ulcère simple, ou d'un cancer. Ainsi, il existe de par le monde des gens qui ont eu, il y a dix ans, des hématémèses énormes qui les ont surpris dans l'état de santé la plus parfaite. Je connais entre autres un de mes amis, que tous vous connaissez très bien aussi, car c'est un employé supérieur de la Faculté, qui a eu, au sortir d'un dîner, se portant admirablement bien, n'ayant pas eu une minute de malaise, qui a eu une méléna de plusieurs litres. Il a été jeté subitement à la suite de cet accident dans un état d'anémie effroyable.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis plus de quatre ans, sa santé

---

opposées, la généralisation et le besoin de classification rendaient Pinel supérieur en médecine théorique.

Du reste, à défaut d'esprit de systématisation, on ne savait chez Corvisart ce qu'il fallait le plus admirer du praticien ou du professeur.

Praticien, il avait le don de voir vite et juste, en partie par l'intuition de son esprit éminemment primesautier, et en partie par l'habitude d'avoir exercé ses sens, instruments dont il recommandait sans cesse aux élèves de perfectionner l'éducation. Cette rapidité et cette justesse de coup d'œil le conduisaient, comme d'un trait, à la connaissance de la nature et du siége du mal, à l'aide des signes les plus vagues et les plus fugitifs, l'attitude du malade, les inflexions de la voix, etc. Il passait surtout pour diagnostiquer les maladies du cœur, à peine naissantes, d'après l'inspection de la physionomie. On disait même qu'à la vue d'un simple portrait il pouvait annoncer si la personne était morte ou devait mourir d'une affection de ce genre.

Dans le professorat de la médecine clinique, outre une grande force d'attention, une extrême promptitude et une rare sûreté de jugement, il avait de la sagacité dans les recherches, de l'habileté dans la disposition des matériaux, il usait de toutes les ressources d'une dialectique serrée, il prodiguait des trésors d'une érudition saine et servie par une mémoire heureuse, il exposait les faits clairement, d'une manière concise, animée et avec tous les charmes de l'élocution la plus facile. Il se livrait, le plus ordinairement, à des improvisations étincelantes d'idées prises dans sa vaste expérience ou tirées de la lecture des grands observateurs, qui produisaient beaucoup d'effet sur l'esprit des élèves. La patience dans l'étude, le travail qui sentait l'huile, n'était pas du goût de Corvisart : « Je veux en parler, disait-il, me sentir à l'aise; la contrainte d'une préparation me gêne, elle éteint ma verve, elle m'ôte toute liberté. »

Au Collége de France, dans son cours de médecine théorique, il exposait les aphorismes de Stoll, dont il avait publié une traduction en 1797; il les commentait, et, fortifiant les doctrines par les faits, il soumettait celles-ci au creuset de la vérification clinique.

Devenu premier consul, le général Bonaparte, qui était malade et peu content des soins de Sue dont les conseils ne le guérissaient pas, avait fait appeler successivement Pinel, Portal et Corvisart. Ce dernier médecin, quoique plus jeune que les deux autres, lui avait convenu davantage. Lui avait-il accordé sa confiance parce qu'il l'avait vu plus attentif à examiner sa personne, ou parce qu'il y avait quelque analogie entre leurs caractères, comme Dupuytren inclinait à le croire? Le dernier motif est peu admissible. Corvisart plaisait assez peu comme homme au premier consul qui le trouvait trop brusque, défaut que ce médecin poussait parfois, en effet, jusqu'à une sorte de franchise cruelle, témoin l'évanouissement de Mme Comtat dans la cour de son hôtel, un jour que cette artiste de la Comédie-Française, après l'avoir consulté assez longtemps pour une affection de l'utérus, en avait reçu un billet à l'adresse du chirurgien Boyer, conçu en ces termes : *Carcinôme incurable.*

La protection de la femme du premier consul n'était pas étrangère au choix dont l'honorait son époux. Corvisart avait connu Mme de Beauharnais chez Barras où il s'était fait présenter par Lecoulteux de Canteleu, un de ses premiers clients, et il avait été mis en rapport avec le premier consul par Joséphine elle-même.

— A quelles maladies le général est-il exposé, lui demanda-t-elle un jour devant son époux?

— Aux maladies du cœur, répondit Corvisart.

— Ah! fit le premier consul, vous avez écrit un livre là-dessus?

— Non, général, mais je me propose d'en écrire un.

— Faites, faites vite, répliqua Bonaparte, et nous en reparlerons.

Malgré son habileté à reconnaître les maladies dans leur germe, Corvisart s'était, comme on voit, singulièrement mépris sur la nature de l'affection qui devait emporter vingt-et-un ans plus tard l'empereur Napoléon, et cependant, après les maladies organiques du cœur, les lésions squirrheuses de l'estomac étaient celles qu'il connaissait le mieux, puisqu'il avait écrit sur ce sujet un ouvrage qui malheureusement ne se retrouva pas à sa mort.

L'école de la Charité ne différait pas seulement de l'école de Pinel par les traits que j'ai déjà signalés : l'instinct suppléant à l'étude, le diagnostic par intuition, le rejet des classifications, la prédominance des faits particuliers sur les faits généraux, Corvisart s'éloignait encore de Pinel en ce sens qu'il n'était pas exclusif au point de vue doctrinal, qu'il reconnaissait à l'humorisme autant de droits qu'au solidisme, tandis que, moins conciliateur, Pinel bannissait presque entièrement l'humorisme.

Barthez, qu'on croyait mort pour la science, fut nommé membre correspondant de l'Institut, et fit sa réapparition en publiant un travail sur *les coliques iliaques* (1). Quoique appartenant plus au XVIIIme siècle qu'au XIXme, la vie de ce célèbre médecin doit trouver place dans cette histoire.

Barthez avait plus de 60 ans. Il était né en 1734, à Montpellier. Dès l'âge de 4 ans, il avait montré un goût effréné pour l'étude. Il le portait si loin, que, une année après, soumis à une opération douloureuse, l'extirpation de la dernière phalange du pouce de la main gauche, il ne consentit à l'amputation que sous la pression de ses parents qui le menacèrent de lui interdire toute lecture. Reçu docteur dans sa ville natale, en 1753, il vint à Paris en 1754. Ayant eu le bonheur d'inspirer de l'intérêt à un vieillard aimable, médecin consultant du roi, le bibliophile Falconnet, celui-ci, à force de voir le jeune Barthez dévorer les 45,000 volumes de sa bibliothèque, qu'il avait mise à sa disposition, en conçut une haute estime. Il en parla d'abord au ministre d'Argenson comme d'un prodige de mémoire, puis il le présenta au président Hénault, au comte de Caylus, à l'abbé Barthélemy, à d'Alembert, avec lequel il se lia plus particulièrement, et dans la société duquel il contracta l'habitude de l'anecdote piquante. Par la faveur du Président de Lamoignon-Malesherbes, il obtint le titre de censeur royal, et fut nommé co-rédacteur du *Journal des savants*, pour la partie de la médecine, à la place de Lavirotte qui venait de mourir. En 1760, il concourut avec Crassous, Vigarous et René pour une chaire devenue vacante à la Faculté de Montpellier. Il éprouva dans ce concours une foule de tracasseries. Il eut surtout à subir la malveillance du gendre de Sénac, François Imbert, qui, dans le but de l'éliminer, porta plainte au chancelier de Lamoignon, déclarant que Barthez et quelques autres s'étaient portés à des invectives grossières et conduits avec une indécence qui avait donné l'idée la plus défavorable de leur caractère. Heureusement pour lui, Barthez était protégé par M. de Malesherbes, fils du chancelier. Grâce à cet appui, il ne fut point écarté du concours, et, après avoir obtenu la majorité des suffrages, il fut nommé professeur en 1761. Sensible à l'excès, il n'oublia jamais les mauvais procédés de ses juges. Mais il n'était pas au bout des tribulations qu'il devait éprouver de la part de ses confrères.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Insérée dans le tome III des *Mémoires de la Société médicale d'émulation*. Paris, an VIII (1800), p. 401.

est restée inébranlable : pas la plus petite gastralgie, pas la moindre inaptitude à la digestion. Il n'y a donc pas eu là d'ulcère stomacal ni de cancer de l'estomac ; il y a eu là une hémorrhagie comme il y en a au nez, comme il y en a à la surface utérine, comme il peut y en avoir ailleurs, sans qu'on puisse facilement en expliquer l'origine. Ces exemples sont assez communs : il arrive à certains individus de pâlir tout à coup, d'éprouver une syncope avec un sentiment vague de colique dans le ventre. Puis ils vont à la garde-robe une heure, deux heures après, et rendent des matières sanglantes ou noires comme de la poix. Les matières restent noires un jour, deux jours, trois jours, et tout est dit. Ils conservent de la faiblesse, du sifflement dans les oreilles, de la décoloration des membranes muqueuses, un peu de gastralgie, de l'inappétence ; mais ils se remettent à manger au bout de quelques jours, reprenant leurs forces, leur teint, et ne ressentant plus rien. Mais quelquefois deux mois, trois mois plus tard, et même deux ans ou trois ans après, les mêmes accidents se reproduisent, méconnus du malade, et du médecin qui ne sait pas les interpréter, lorsqu'il est si facile de le faire par la pâleur singulière et subite qui s'empare des individus. Et ces gens-là vivent plusieurs années ayant ainsi ces hémorrhagies intestinales jusqu'au jour où une hémorrhagie plus grande vient à les foudroyer ; ou bien ils guérissent parfaitement, comme des individus guérissent d'hémoptysies, comme d'autres, habitués à saigner abondamment du nez, guérissent de l'épistaxis.

Cette forme du méléna peut se présenter avec les caractères les plus formidables comme dans le cas que je viens de citer. Je voyais il y a cinq ans, une vieille dame de 65 ans qui avait été prise d'un méléna épouvantable et qui avait rendu deux litres de sang dans une nuit. Pendant quatre jours encore elle rendit des matières noires en quantités énormes, elle était dans un tel état de débilitation qu'il lui était impossible de lever la tête sans avoir une syncope ; elle prit du fer, de la rataia, du quinquina, un mois après cet accident, elle était rétablie. Elle vit encore, pleine de santé, sans le plus léger trouble du côté du ventre : ce n'était pas la première fois que cela lui arrivait : elle nous racontait que quelques années auparavant, elle était devenue tout à coup pâle, à ce point que tout le monde dans la famille en était effrayé ; elle ne pouvait plus marcher, elle avait des essoufflements qui ont duré un an ; son hémorrhagie avait eu lieu sans qu'elle s'en aperçût.

Quand des malades vous parleront d'un méléna, interrogez-les avec grand soin sur leurs antécédents, sur leur santé ; demandez-leur s'ils n'ont pas été surpris par une pâleur extraordinaire deux, trois ou quatre fois dans leur vie, pâleur qui ait duré pendant huit ou quinze jours, les laissant avec un mauvais état de santé et revenant encore avec la même soudaineté.

Cela suffit pour vous éclairer sur l'existence d'hémorrhagies intestinales antérieures ; mais quand une fois l'attention des malades est nettement fixée sur ce point, quand vous leur avez appris à reconnaître la teinte de leurs selles et à distinguer la couleur des garde-robes noires de la couleur des évacuations ordinaires, des garde-robes que peuvent produire les préparations de bismuth ou de fer qu'on fait prendre dans quelques circonstances, les malades ne s'y trompent pas et ils savent bien vous dire : J'ai eu encore mon hémorrhagie. Ils ont ainsi quelquefois des hémorrhagies extrêmement minimes qu'ils reconnaissent par l'inspection seule de leurs garde-robes, n'ayant aucune espèce de malaise qui les avertisse, leurs selles prenant une teinte rougeâtre, noirâtre ou bistrée. En un mot, on a des hémorrhagies stomacales, duodénales, iliaques, coliques, comme on a des hémorrhagies du rectum, des hémorrhagies hémorrhoïdales ; cela est moins fréquent, cela est plus grave, mais on a de ces hémorrhagies sans lésions organiques.

L'hématémèse, quoique plus fréquente, j'en conviens, dans l'ulcère simple de l'estomac que dans d'autres affections stomacales, l'hématémèse n'est pas suffisante pour faire reconnaître ces affections. Quels sont les autres signes diagnostiques, ceux auxquels M. Cruveilhier attache plus d'importance.

C'est, dit-il, l'absence de tumeur. Vous avez vu ce qu'il en fallait penser, d'après ce que je vous ai raconté tout à l'heure ; c'est d'ailleurs un signe négatif. Et puis, ajoute-t-il, l'issue de la maladie est différente : l'ulcère est curable, le cancer ne l'est pas. Ce n'est pas là un signe diagnostique. La maladie reste donc pour lui lettre close pour ainsi dire, tant qu'elle n'est pas guérie. Quand elle est guérie, il dit : J'ai eu affaire à un ulcère simple de l'estomac. Eh bien, dans le cas où un individu a, suivant M. Cruveilhier, les signes d'une gastrite chronique avec des hémorrhagies stomacales revenant assez souvent, avec douleurs vives au creux de l'estomac, douleurs se propageant jusqu'à la colonne vertébrale, et qu'après ces accidents-là qui ont duré quelques semaines, quelques mois ou quelques années, l'individu guérit bien, M. Cruveilhier dit : il y a eu ulcère simple de l'estomac. Moi aussi je le dirai, s'il y a eu des hématémèses ; et s'il n'y a pas eu d'hématémèses avec les signes qu'indique M. Cruveilhier, je dirai qu'il y a une gastrite chronique, et je croirai bien plutôt à la gastrite chronique qu'à l'ulcère simple de l'estomac.

Si, après des troubles gastriques durables, après des hématémèses ou des évacuations alvines noires, et même sans ces derniers accidents, surviennent tout à coup les signes d'une péritonite, M. Cruveilhier diagnostiquera un ulcère simple de l'estomac ayant amené la perforation, comme dans le cas tout récemment rapporté, dans l'Union Médicale, par M. le docteur Hérard. Je serai encore de l'avis de M. Cruveilhier ; en faisant toutefois mes réserves, parce que, assez souvent, des cancers stomacaux déterminent tout à coup de violentes péritonites, et même, quoique rarement, j'en conviens, de véritables perforations.

(La suite prochainement.) Dr Archambault.

REVUE GÉNÉRALE.

MAL PERFORANT DU PIED.

Nous croyons devoir reproduire une très intéressante leçon clinique faite sur ce sujet par M. le professeur Dieulafoy, de Toulouse, et recueillie par M. A. Bardé, prosecteur à l'École de médecine de cette ville :

Au n° 1 de la salle Saint-Roch, est couchée une femme, âgée de 40 ans, d'un tempérament lymphatique et dont la constitution est débilitée. Dès son jeune âge, elle fut habituée à courir dans la campagne, et son état de bergère l'obligeait toujours à marcher. Il y a vingt-huit ans, c'est-à-dire à l'âge de 12 ans, un durillon se forma à la face plantaire de l'articulation de la seconde phalange avec la troisième du médius. Légèrement incommodée de cette production hétérogène, elle n'usa d'aucun ménagement et ne prit point de précautions. Aussi le mal ne fit qu'empirer, et la désorganisation fut si grande, que le chirurgien qui la vit se crut dans la nécessité d'amputer les deux phalanges. Bientôt après, l'autre partie du doigt fut extraite et successivement tous les os du pied furent éliminés ; il n'est resté que l'astragale et le calcanéum, qui, chose bien extraordinaire, sont contigus avec les phalanges unguéales des quatre doigts du pied. En examinant ce pied, on croirait facilement que la lésion est congénitale, et qu'elle n'est pas la conséquence d'un mal acquis. Le pied n'a plus qu'une longueur de 11 centimètres, et les ongles qui sont encore restés ne sont éloignés du plan de la ligne saillante de la jambe que par un intervalle de 2 centimètres. En outre, on remarque sur la face plantaire de l'astragale, un durillon au centre duquel se trouve une ouverture qui fait découvrir un ulcère dont le fond est parfaitement limité.

Telle est l'histoire de cette femme qui présente un cas si singulier. Vous chercheriez en vain dans les auteurs classiques un article spécial sur cette maladie. Quoique Boyer et Marjolin aient positivement annoncé que le durillon peut, dans certains cas, avoir des conséquences funestes, il faut arriver à M. Nélaton, qui, en 1852, publia dans la *Gazette des Hôpitaux*, un travail sur ce sujet et qui donna à cette maladie le nom qu'elle porte aujourd'hui. Plus tard, M. Vésignié d'Abbeville en publia quatre cas dans la *Gazette des Hôpitaux* de la même année. Enfin huit observations, prises dans le service de M. Richet, ont été consignées par M. le docteur Leplat dans sa thèse qui donne une connaissance pleine et entière de la question.

Elle est neuve, comme vous le voyez ; elle est intéressante, comme vous l'apprendrez ; elle est importante aussi, comme vous pourrez en juger.

Pour mieux vous la faire comprendre, acceptons la division de la maladie en quatre périodes.

La première comprendra l'étude du durillon ; la seconde, celle de l'ulcération et des fistules dermiques ; la troisième, celle de l'inflammation des bourses muqueuses, des synoviales, etc. ; et enfin la quatrième celle des lésions organiques des os.

C'est ainsi que le mal va toujours de dehors en dedans, rongeant constamment tout ce qu'il trouve sur son passage et arrivant à perforer complétement le pied.

On l'observe le plus souvent à la plante du pied, sur la ligne saillante des articulations métatarso-phalangiennes, au talon et à l'extrémité libre des orteils.

Faut-il vous dire maintenant si je reconnais à cette affection une cause générale ou locale ? On a remarqué l'influence bien positive de l'hérédité, celle des constitutions et aussi celle des professions. Il faut donc admettre qu'il y a, dans la production de cette maladie, l'intervention nécessaire de deux causes ; en effet, l'on comprend le point de départ fourni par la fatigue, la compression habituelle du pied, et ce premier résultat d'une cause toute locale modifié, dans ses manifestations ultérieures par le tempérament, la constitution, les cachexies et les diathèses. En un mot, tous ceux qui ont des durillons les rapportent à la compression ; mais tous ceux qui ont des durillons n'arrivent pas au mal perforant.

Le durillon est donc, comme je l'ai déjà dit, la première période de cette affection : on l'appelle encore *calus*. Il est quelquefois très douloureux ; il est constitué par l'épaississement et l'endurcissement de l'épiderme ; on l'observe toujours aux parties du corps qui sont exposées à une pression habituelle, ou à l'action soutenue d'une température élevée ; on le rencontre aussi spécialement aux pieds et aux mains, non seulement à cause de la compression habituelle de ces parties, mais encore à cause de l'organisation particulière de la peau qui les recouvre. Les points de ces parties le plus fréquemment atteints, sont le talon où le durillon devient très volumineux ; et les articulations métatarso-phalangiennes, spécialement celle du premier métatarsien avec le gros orteil, où il a reçu le nom d'*ognon*. On le retrouve encore quelquefois au genou comme chez les couvreurs et les carreleurs, que leur profession oblige à se tenir habituellement sur ces parties.

Ce durillon commence par une dureté dont la couleur et la structure lamelleuse, le rapprochent beaucoup de la corne ; peu à peu, et par la persistance des causes productrices, de nouvelles lames s'ajoutent aux premières et finissent quelquefois par donner au point atteint une épaisseur et une consistance très grandes. Alors, par la compression qu'il exerce sur les tissus sous-jacents, il remplit l'office d'un corps étranger ; il irrite ces tissus, les enflamme et provoque leur suppuration plus ou moins abondante qui en détermine ordinairement la chute.

Par cet exposé très succinct, vous voyez qu'il ne faut pas attendre l'élimination du durillon pour lui opposer un traitement ; car alors il arrive à la seconde période qui peut le conduire successivement au mal perforant.

Il est donc nécessaire de s'en occuper de bonne heure. Et d'abord, s'il reconnaît pour cause la compression, il s'agit de soustraire à son influence les parties qui en sont le siége. C'est le point important, le plus essentiel, celui sans lequel on ne peut espérer une guérison radicale. Que si, pour des raisons majeures, les malades ne peuvent souscrire à cette condition, ils ne doivent s'attendre qu'à un soulagement momentané et à une cure incomplète. Alors comme dans le premier cas, il faudrait recourir à certains moyens, tels que les bains, les cataplasmes émollients, les emplâtres de savon ; l'érosion avec les limes douces décorées du nom de *sulfuriques* ou *magnétiques*, la pierre ponce ; ou bien l'excision superficielle avec le bistouri, que je préfère à tous les autres moyens, quand elle est faite avec prudence et habileté.

Il ne faut pas oublier, et ceci est d'une importance majeure, à notre point de vue, alors surtout qu'il survient de l'inflammation et de la suppuration, d'interroger la constitution, le tempérament du sujet, et de lui administrer, en conséquence, les remèdes appropriés.

Agissez toujours selon ces préceptes, et vos malades n'arriveront jamais au mal perforant.

Il vous semblera peut-être que, pour un mal léger, je me suis étendu beaucoup ; mais quand ce mal léger peut amener des résultats si graves, et quand, par sa connaissance approfondie, l'on peut en arrêter le développement fâcheux, on ne doit pas craindre d'entrer dans les détails nécessaires.

Voyez plutôt ce qui est arrivé chez notre malade. Pendant deux ans, elle a porté un durillon à l'articulation de la seconde et de la troisième phalange du médius ; elle courait toujours sur la montagne sans chaussure, et ne prenait aucun soin, soit hygiénique, soit prophylactique ; aussi par la persistance des causes, le durillon enflamma les parties voisines et passa à la seconde période que nous allons étudier.

Que la callosité soit tombée naturellement par le fait de la suppuration, ou bien qu'un traitement maladroit ait conduit trop profondément l'instrument tranchant, vous trouverez une petite cavité au-dessous de l'épiderme, produite par le décollement des couches épithéliales de la surface papillaire ; elle contient presque toujours une certaine quantité d'un liquide séro-sanguinolent, ichoreux, avec quelques globules de pus. Cette cavité a la forme conique, la base dirigée en dehors. Le fond de cette surface ulcérée est constitué par un grand nombre de villosités coniques d'une texture dense et serrée, paraissant naître du derme. Le liquide visqueux qu'elle laisse suinter forme, en se desséchant, une croûte épaisse, dure et adhérente, ainsi que l'a si bien décrit Marjolin. Ces ulcérations ont peu de tendance à la cicatrisation ; si elle arrive quelquefois, elle ne dure pas longtemps, et l'on ne tarde pas à voir une reclute et quelquefois même des désordres plus graves.

Puisque cet ulcère ne tend pas à la cicatrisation naturelle, il faut que le chirurgien vienne en aide à la nature. Qu'il ne s'arrête pas aux onguents et aux emplâtres irritants, il perdrait un temps trop précieux ; qu'il attaque le mal, comme Marjolin, en enlevant avec le bistouri le cercle épidermique et la surface ulcérée ; qu'il panse avec la teinture d'iode ; qu'il touche profondément avec le nitrate d'argent ; qu'il brûle avec la potasse caustique, comme l'a fait M. Vésignié, ou avec le fer rouge, comme je le préfère et comme il sera fait chez notre malade. Il aura une guérison d'autant plus rapide et plus assurée, que l'agent aura été plus énergique et la plaie mieux nettoyée.

Si, dans la première période du mal, coïncidant avec un vice quelconque des humeurs, je vous ai conseillé d'employer les agents médicamenteux propres à reconstituer l'économie, c'est encore ici le lieu de vous le recommander : l'on n'est bon chirurgien qu'à la condition d'être bon médecin.

Examinez la femme soumise à notre observation, et vous verrez d'une manière manifeste le passage du durillon à l'ulcération. Chez elle, nous mettrons en pratique les conseils que je vous ai donnés pour le traitement ; nous ne voulons pas que cette ulcération arrive aux dernières périodes de la maladie, comme celle des orteils qu'il ne nous a pas été donné d'observer. C'est que, en effet, ces ulcérations, livrées à elles-mêmes ou mal soignées, dégénèrent en fistules qui amènent l'inflammation des bourses muqueuses synoviales, du périoste ou des os qui se carient ou se nécrosent. Aussi, notre malade raconte que, par suite de ses inflammations successives, elle a vu tomber l'un après l'autre des tendons et des os.

Si nous avions eu à soigner cette malade dans ce moment, qu'aurions-nous eu à faire ? Évidemment, il aurait fallu tout d'abord combattre l'inflammation, par tous les moyens antiphlogistiques connus, et s'il y avait eu quelque séquestre par suite de la nécrose d'un os ou d'une portion d'un os, nous aurions eu à en faire l'extraction, la résection ou l'amputation.

Nous sommes donc arrivé à une question des plus importantes : faut-il amputer ou non ? et, dans le cas de l'affirmative, dans quel point faut-il faire cette amputation ? Je ne puis m'étendre aussi longuement que je le voudrais, et que je le devrais peut-être pour vous donner la réponse à cette question. Cependant, pour ne pas passer outre, je vous dirai : si la lésion de l'os n'est pas très profonde, tentez de la résection ; si l'os attaqué n'est pas trop volumineux, faites-en l'extraction ; enfin, si les désordres sont graves, si le danger est urgent, décidez-vous à l'amputation. Mais ne la faites jamais avant d'avoir pour ainsi dire saturé l'économie des médicaments reconstituants, afin d'éviter les récidives ; ne la faites jamais aussi, soit dans la continuité des os malades ou dans l'articulation contiguë ; c'est-à-dire éloignez-vous le plus possible du mal.

Que s'est-il passé, en effet, chez notre malade avant son entrée à l'hôpital ? Aucun traitement général n'a été dirigé contre l'affection ; l'amputation partielle des orteils a été faite sur le point malade et les symptômes du mal se sont de nouveau déclarés avec la même marche, la même physionomie et la même intensité. Soyez donc toujours prudent, vous serez dignes d'éloges ; osez dans les cas graves, vous accomplirez un devoir.

J'espère, Messieurs, qu'au moyen de la médication énergique à la fois et réparatrice, nous parviendrons à conserver ce qu'il reste d'os dans ce pied délabré et que nous aurons de la sorte conjuré les dangers d'un mal si bénin dans son aspect, et si terrible dans ses résultats. — (In *Journal de méd., chir. et pharm. de Toulouse*, juillet 1856.)

TRAITEMENT DE LA SCIATIQUE REBELLE PAR LES POIS A CAUTÈRE MÉDICAMENTEUX.

Depuis vingt-trois ans que M. Trousseau a recours à ce mode de traitement, après avoir épuisé les moyens généralement usités contre cette affection, c'est celui qui lui semble être le plus efficace. Ce médecin commence toutefois par prescrire la térébenthine, dont Graves de Dublin avait signalé les bons effets, et qu'à son exemple M. Bretonneau a employée avec quelque succès, en

variant le procédé d'administration adopté par Graves. Ce dernier praticien donnait 6, 8, 10 et 15 grammes d'essence de térébenthine dans une potion; mais, au bout de huit à dix jours, l'estomac se fatiguait; et force était de renoncer à la médication. En remplaçant la potion par des lavements, M. Bretonneau a cru mieux faire; et, en effet, on parvient peut-être plus souvent ainsi à vaincre le mal sans troubler les fonctions digestives. M. Trousseau a l'habitude de prescrire concurremment les lavements et la potion; mais celle-ci contient alors une dose de térébenthine moins élevée que la potion de Graves. Voici les formules qu'on peut mettre en usage dans cette combinaison :

Potion.

Pr.	Huile essentielle de térébenthine. . . .	4 grammes.
	Jaune d'œuf.	n° 1/2.
	Sirop d'écorces d'oranges.	40 —
	Eau distillée.	60 —

F. s. a.

Lavement.

Pr.	Huile essentielle de térébenthine. . .	4 grammes.
	Jaune d'œuf.	n° 1.
	Eau	200 grammes.
	Laudanum de Sydenham.	10 gouttes.

F. s. a. A prendre en deux fois, matin et soir, à l'aide d'une seringue préalablement chauffée.

Mais il s'en faut de beaucoup que la térébenthine fasse disparaître aisément une sciatique invétérée, alors même que celle-ci est idiopathique. Ainsi, pour n'en citer qu'un exemple, elle a échoué complétement ces temps derniers chez un jeune homme couché au n° 6 de la salle Sainte-Agnès, et qui, depuis dix-huit mois, souffrait d'une sciatique cruelle. M. Trousseau aurait pu songer ici à l'application des sels de morphine sur la surface dénudée du derme; mais si ce moyen est utile et facile à employer dans les névralgies récentes, il a peu de chance de réussir dans les névralgies anciennes, et surtout dans la sciatique, sans compter la difficulté que présentent le pansement et l'entretien des vésicatoires, pour que l'effet endermique de la morphine se produise dans toute sa puissance. Aussi ce médecin a-t-il préféré ici le cautère, pansé avec des pois médicamenteux, comme étant ce qu'il y a de plus simple, de plus énergique et de moins douloureux.

Pour établir ce cautère, on a fait coucher le malade sur le ventre sans le prévenir de ce qui allait se passer; un pli transversal a été fait à la peau, entre l'ischion et le grand trochanter, dans le voisinage du point d'émergence du nerf sciatique. Ce pli, saisi d'un côté par l'opérateur, et de l'autre par un aide, a été traversé avec le bistouri, et divisé de bas en haut d'un seul trait. Il en est résulté une incision de 3 à 4 centimètres de longueur, suffisamment profonde pour recevoir le bout du doigt. Le premier jour, on a rempli ce vide avec un bourdonnet de charpie, et le lendemain, on a procédé au pansement du cautère avec des pois médicamenteux.

Il y a quelques années, M. Trousseau faisait composer ces pois de la manière suivante :

Pr.	Extrait alcoolique de belladone. . .		1 gramme.
	Extrait d'opium.		0,50 centig.
	Mucilage de gomme adr. . . .	ãã.	1 gramme.
	Poudre fine de gaïac.	ãã.	1 gramme.

F. s. a. 10 pois.

La formule dont on s'est servi pour le malade encore en traitement à l'Hôtel-Dieu est celle-ci :

Pr.	Chlorhydrate de morphine . . .	ãã.	1 gramme.
	Extrait alcoolique de belladone.	ãã.	1 gramme.
	Mucilage de gomme adr.	ãã.	1 gramme.
	Poudre fine de gaïac	ãã.	1 gramme.

Ces pois, séchés à l'étuve, acquièrent par la présence de la poudre de gaïac qu'ils renferment une dureté de bois. On en met un ou deux, matin et soir, dans l'incision, en les recouvrant d'un peu de charpie et d'un morceau de diachylon. Si deux pois ne produisent pas d'effet narcotique, on place au fond de la plaie de 5 à 8 centigrammes de chlorhydrate de morphine pur, et par dessus de la charpie, ou même un ou deux pois.

C'est là ce qui a été fait chez le malade en question, et voici quel en a été le résultat : le cautère avait été établi le 7 juillet ; le 8, pansement avec deux pois; le 10, avec trois pois. Le 15, la douleur, quoique moindre, persistant toujours, le pansement se fait avec 5 centigrammes de chlorhydrate de morphine et deux pois médicamenteux. Le 18, même prescription. A cette date, la douleur avait disparu pour la première fois depuis six mois. On a continué toutefois à panser de la même manière plusieurs jours encore, et à la fin de juillet, le résultat acquis se maintenait parfaitement. Le malade sera-t-il guéri définitivement de sa sciatique? Cela est très probable; mais, afin de prévenir une récidive, il est convenable qu'il persiste pendant trois semaines dans le traitement qu'il a commencé avec un succès si considérable. Au bout de trois semaines, il pansera son cautère avec des pois ordinaires. Il en mettra d'abord trois, puis deux, et se conduira ainsi pendant un mois. — H. Chaillou. — (In *Journal de chirurg. et de méd. prat.*, juillet 1856.)

APPLICATION DES VÉSICATOIRES SUR LE COL DE L'UTÉRUS DANS LE TRAITEMENT DES AFFECTIONS DE CET ORGANE.

M. Aran résume par les conclusions suivantes le mémoire qu'il vient de publier sur ce sujet :

1° Les vésicatoires peuvent être appliqués sur le col de l'utérus, et leur application y détermine des phénomènes analogues à ceux dont elle est suivie sur les parties extérieures du corps;

2° L'application des vésicatoires sur le col ne donne lieu à aucune espèce d'accidents ni vers l'utérus, ni vers les organes voisins, pas même vers la vessie;

3° Les vésicatoires appliqués sur le col peuvent rendre des services dans la thérapeutique des affections utérines, principalement dans les affections chroniques, comme moyen : 1° de calmer et de faire disparaître les douleurs, quels que soient sa forme et son caractère, qu'elle soit idiopathique ou symptomatique d'une altération quelconque de l'organe autre que le cancer; 2° de faire diminuer et même de faire disparaître les engorgements hypertrophiques de l'organe avec ou sans induration; 3° de modifier topiquement les surfaces malades du col (érosions, ulcérations, granulations, etc.) et de les amener rapidement à cicatrisation. — (In *Bulletin de thérapeutique*, juillet, 1856.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS,

Séante à la Faculté de médecine.

Séance du 7 Juin 1856. — Présidence de M. Herpin (de Genève).

La correspondance comprend le numéro du moi de mai du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques;*

Les n°s du mois de mai de l'*Union Médicale*, offerts par M. Larrey;

Le discours prononcé par M. Larrey, au nom de l'Académie de médecine, sur la tombe d'Amussat.

Une brochure anglaise (*On cystic entozoa in the human kydney*) dont M. Giraldès voudra bien rendre compte.

Recherches sur les dilatations des bronches, par M. Barth.

M. le Secrétaire général énumère à la Société les divers ouvrages, brochures et mémoires que, sur l'invitation de M. le ministre de l'instruction publique, il a été retirer au nom de la Société.

M. le docteur Maurice Perrin présente à la Société divers projectiles et pièces anatomiques qu'il a recueillis à l'armée d'Orient. Quelques-uns de ces projectiles sont singulièrement déformés, et cette altération de leur forme serait, suivant M. Perrin, souvent la cause de la bizarrerie de leur trajet et de l'étrangeté des lésions qu'ils produisent. C'est ainsi qu'une balle, ayant frappé et perforé les parois de la voûte du crâne, reste à cheval sur la plaie osseuse; la moitié du projectile se trouve en dedans et l'autre en dehors du crâne. Voici un biscayen, projectile de fer, dont la surface présente des aplatissements en différents endroits. Ici, la déformation s'expliquerait par le contact et le choc des autres projectiles lancés à la fois par la même bouche à feu.

En général, les balles cylindro-coniques sont peu déformées quand on les retire des tissus. Aussi a-t-on remarqué que leur trajet est le plus ordinairement direct.

M. Perrin présente encore un fragment d'obus, long d'environ 12 centimètres, épais de 2, ayant 3 à 4 centimètres de large dans son plus grand diamètre, dont le trajet, la situation dans les tissus et les suites, comme lésion, sont des plus remarquables.

Le 17 juin 1855, un soldat de marine, étant de travail à la tranchée, reçut, pendant qu'il était baissé dans la position qu'exige l'emploi de la pioche, une blessure large entre le coccyx et l'anus. Immédiatement ce soldat fut pris de douleurs intolérables, et qui, chose curieuse, lui arrachaient des cris rhythmés fort analogues à ceux que pousse une femme en proie aux grandes douleurs de l'enfantement. On transporta le blessé à l'ambulance. Après quelques recherches, et ayant fait placer le malade comme pour l'opération de la taille, le chirurgien rencontra le projectile, que le toucher lui fit reconnaître pour un éclat d'obus. L'exploration fit aussi reconnaître que le rectum, en proie à des contractions violentes à la hauteur des sphincters, n'était cependant pas lésé. Le coccyx était luxé en arrière; le projectile était logé très haut dans le petit bassin, au niveau de son détroit supérieur, près de l'angle sacro-vertébral.

Le tire-balle ordinaire put à peine ébranler le corps étranger, que la première indication était d'extraire. M. Perrin le saisit alors avec de fortes pinces, et, faisant porter par un aide le rectum en avant, il put, par un mouvement de va-et-vient, l'attirer enfin au dehors. Quelques soins consécutifs, des injections détersives dans ce vaste foyer de suppuration, amenèrent la guérison en quarante jours, sans qu'il restât, soit du côté du rectum, soit du côté de la vessie, aucune modification fonctionnelle.

M. Depaul demande s'il y a eu quelques troubles soit du côté de la sensibilité, soit du côté de la motricité des membres inférieurs.

M. Perrin n'a observé que ces douleurs intolérables dont il a parlé; elles ont duré seulement trois jours après l'extraction de l'éclat d'obus, qui d'ailleurs avait été faite presque immédiatement, vingt minutes environ après l'accident.

M. Forget désirerait savoir pendant combien de temps les évacuations spontanées ont été impossibles.

M. Perrin ne peut répondre à cette question, car il a cru devoir pendant le traitement, et pour éviter les accidents, tenir artificiellement les dernières voies libres.

M. Larrey, à propos des projectiles déformés et de leur influence sur la nature des plaies, dont M. Perrin a touché quelques mots, rappelle que souvent c'est avec intention et pour causer des troubles plus graves, qu'on opère cette déformation; que, d'ailleurs, il arrive aussi que, vers la fin d'un siége, l'assiégé, à bout de munitions, emploie comme projectiles toutes sortes de matières dures, telles que morceaux de fer, éclat d'obus, balles ramassées, pierres, etc....

Comme à l'appui de ce qui vient d'être dit, M. Perrin présente à la Société un bout de fémur provenant du membre inférieur d'un soldat russe. Ce malheureux avait eu le genou broyé par un boulet. M. Perrin s'apprêtait à faire l'amputation au-dessus des condyles, quand il aperçut un peu plus haut une petite plaie très étroite, qu'avec la sonde cannelée il reconnut pénétrer jusqu'à l'os. Modifiant alors son procédé opératoire, il découvrit une fêlure qui remontait jusqu'à 5 ou 6 centim. au-dessus du point où il devait d'abord amputer; l'opération modifiée permit de séparer toute la partie du fémur éclatée, et voici alors ce qui se présenta : Au niveau de l'étroite plaie dont il a été question, sur l'os lui-même, se trouvait une petite pierre, dont la surface ne dépassait certainement pas 1 centimètre carré, ce petit gravier était incrusté dans l'os, et, ayant agi à la manière d'un coin, avait fait éclater le fémur dans toute son épaisseur sur une longueur de 6 centimètres environ.

M. Larrey se rappelant avoir vu, en 1830, une fracture comminutive produite par une bille de marbre chez un colonel de la garde, demande si les Russes, en Crimée, lançaient des projectiles de pierre.

M. Perrin a vu lancer dans des boîtes à mitraille des fonds de bouteille; mais il n'a pas observé de blessures qui en soient résultées. Cependant, l'effet des obus au milieu des sacs à terre rendaient très fréquentes les blessures par éclats de graviers.

Revenant à la fracture en long du fémur, M. Larrey a de la peine à admettre l'action seule du petit gravier, il pense plutôt que l'effet du projectile volumineux qui a broyé le genou a dû se faire ressentir au loin, comme c'est du reste l'ordinaire, et produire ce que l'on a attribué au gravier.

M. Fournet, en examinant la pièce pathologique, fait remarquer que la fracture existe dans toute l'épaisseur de la diaphyse et qu'il y a glissement d'un des fragments sur l'autre. Il se rattache à l'opinion de M. Larrey et pense que le gravier n'est venu frapper un des fragments que lorsque déjà la fracture existait et qu'il en a produit ainsi le déplacement.

M. Forget ne peut apercevoir sur la pièce présentée le point où s'arrête la fissure de l'os.

M. Perrin affirme que cette fissure ne descendait pas jusqu'au genou, d'ailleurs le boulet avait frappé au-dessous de l'épine du tibia, nullement sur le fémur et le membre amputé a été désigné, mais M. Perrin est moins affirmatif relativement au bout conservé du fémur.

M. Forget pense qu'alors il est bien possible qu'une fracture par contre-coup ait eu lieu et que la fracture longitudinale soit partie de l'articulation coxo-fémorale.

M. Perrin, répondant à M. Fournet, est convaincu que le déplacement des fragments a été produit postérieurement à l'amputation, lorsque la pièce s'est desséchée.

M. Giraldès cherche à savoir si la fêlure a été réellement produite par le gravier seul. Il y a, au niveau de la place qu'occupait celui-ci, une empreinte assez grande qui indiquerait le choc d'un corps plus volumineux. Pourquoi le gravier n'aurait-il pas été chassé devant un projectile qui, lui-même, aurait été perdu, lorsqu'on déshabilla le blessé, par exemple?

M. Perrin fait remarquer que la plaie des téguments était trop petite pour avoir laissé passer un autre corps que le gravier.

M. Giraldès rappelle que souvent l'ouverture d'entrée d'un projectile est dans une disproportion inconcevable avec le volume de ce projectile; et que l'on a vu des corps très considérables s'être introduits dans les tissus en donnant lieu à des plaies relativement très petites; il en cite un exemple : Un homme s'était tiré à bout portant un coup de pistolet dans la figure, il en résulta une petite plaie, on aurait dit une simple écorchure au niveau de la mâchoire inférieure; le projectile avait pénétré profondément dans le cou, produit un anévrysme artérioso-veineux, et, lorsqu'on le retira, on vit que c'était un morceau de plomb assez gros et en dehors de toute proportion avec la petite plaie d'entrée.

M. Larrey, tout en admettant fort bien qu'un corps étranger peu volumineux puisse agir à la façon d'un coin, suivant la théorie de M. Perrin, conserve encore quelques doutes dans l'espèce. Il ne lui répugne pas non plus d'admettre la fracture par contre-coup, comme la comprend M. Forget, mais il regrette surtout que la scie dans l'amputation n'ait pas porté au-delà des limites de la fêlure.

M. Perrin présente encore a la Société une étoupille de bombe dont le choc a produit une fracture du fémur qu'il a amputé; il fait remarquer combien ce corps est léger.

M. Fournet explique cet effet par une loi de physique bien connue : la quantité de mouvement est égale à la masse multipliée par la vitesse. Or, l'un des facteurs étant très faible, si l'autre est énorme, on conçoit toujours l'étendue de l'effet produit.

Le secrétaire des procès-verbaux, Dr Ch. Clairin.

Nous rappelons que le Banquet offert à nos confrères de l'armée et de la flotte qui ont pris part à la guerre d'Orient, aura irrévocablement lieu demain mercredi, 20 août, à 7 heures 1/2 précises, au grand Hôtel du Louvre, rue de Rivoli.

Dans leur dernière réunion, les commissaires du Banquet, en attendant l'institution de la Commission qui a été annoncée pour préparer les voies et moyens d'une souscription en faveur des veuves et des orphelins de nos confrères de l'armée et de la flotte, ont décidé qu'une souscription serait ouverte immédiatement parmi eux.

Ont souscrit les membres présents :

MM. Paul Dubois, 200 fr.; Maheux, 20 fr.; Jamain, 20 fr.; Cerise, 20 fr.; Bouillaud, 100 fr.; Alex. Mayer, 20 fr.; Dechambre, 20 fr.; Chassaignac, 20 fr.; Boinet, 20 fr.; Latour (Amédée), 20 fr.; Ricord, 100 fr.

On peut souscrire chez M. le président Paul Dubois, rue Monsieur-le-Prince, 12.

NOTICE MÉDICALE sur les BAINS DE MER

De BIARRITZ (Basses-Pyrénées)

DU DOCTEUR R. AFFRE,

Médecin inspecteur de ces bains, lauréat de l'Académie impériale de médecine de Paris, Directeur des secours du Sauvetage, et membre correspondant de plusieurs Sociétés médicales

TABLE DES CHAPITRES :

Introduction.
Chap. Ier. Des caractères physiques et chimiques de l'eau de mer.
Chap. IIe. Des divers moyens d'employer l'eau de mer.
Chap. IIIe. Des règles à suivre dans l'emploi des bains de mer.
Chap. IVe. Des plages de Biarritz.
Chap. Ve. Des bains de mer chauds et des bains de sable marin.
Chap. VIe. Des effets généraux des bains de mer froids.
Chap. VIIe. Des effets thérapeutiques des bains de mer froids.
Chap. VIIIe. Considérations sur les maladies de la peau guéries par les bains de mer, avec des observations de guérison.
Chap. IXe. Des maladies des femmes guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
Chap. Xe. De quelques causes de stérilité guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
Chap. XIe. Des contre-indications des bains de mer froids avec des observations à l'appui.
Chap. XIIe. Des accidens produits par l'abus ou la fausse application des bains de mer, avec des observations à l'appui.
Quelques mots sur la cause principale, sur les symptômes et le traitement du choléra, qui a sévi dans le département des *Basses-Pyrénées*.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*. — Prix : 2 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 101. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 21 Août 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. THÉRAPEUTIQUE : Note sur le chlorate de potasse employé contre la stomatite hydrargyrique avec continuation du traitement mercuriel. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 19 août : Correspondance. — Anus artificiel. — Ligature de l'œsophage. — Rapport sur un fait artificiel fait avec du bouillon. — Présentation. — IV. FEUILLETON.

PARIS, LE 20 AOUT 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a sagement fait hier de renvoyer la discussion sur la ligature de l'œsophage après le rapport qui devra être fait sur la communication première de MM. Bouley et Reynal. Ainsi que l'a fait observer M. Velpeau, l'Académie assistait depuis quelques séances au spectacle inusité de voir les membres de cette commission venir exposer des résultats contradictoires. C'est ce qui est encore arrivé hier. Dans un discours très réussi, très spirituel et d'une argumentation pressante, M. Bouley a répondu à l'importante communication faite mardi dernier par M. Jobert, ainsi qu'au mémoire lu par M. Colin. M. Jobert a repris immédiatement la parole et a exposé de nouveaux faits et de nouveaux motifs qui le font persister dans une opinion entièrement opposée à celle de MM. Bouley et Raynal. Nous devons nous borner pour le moment à reproduire impartialement les faits et les motifs produits par ces savants expérimentateurs. Toute prétention de pouvoir arrêter son opinion en présence d'un tel conflit et d'une semblable divergence de résultats serait assurément bien peu fondée. Mais, il faut le dire, l'Académie le sent, et la commission en sera sans doute impressionnée, cette discussion a jeté une grande anxiété dans les esprits. Il faut se hâter de la dissiper. Hier encore, M. Bouley a exposé des faits très émouvants et qui contrediraient formellement les expériences et les résultats annoncés par Orfila, relativement au moins à l'influence toxique du nitrate de potasse et du sous-nitrate de bismuth. Mais voyez comme il est difficile de tenir compte de toutes les circonstances d'un fait et de toutes les causes qui peuvent en perturber la signification ! Il a été un temps, et tous les praticiens se le rappellent, où l'emploi médicinal du sous-nitrate de bismuth était soumis à certaines réserves et à certaines précautions sans lesquelles on pouvait s'exposer à des accidents. Aujourd'hui on donne ce médicament à des doses énormes et sans inconvénient apparent. A quoi attribuer cette différence dans les résultats ? A une cause bien simple. Le médicament autrefois était mal préparé ; il retenait presque toujours une certaine proportion d'arsenic dont les fabricants de produits chimiques savent le dégager aujourd'hui. Avec quel sous-nitrate de bismuth Orfila a-t-il expérimenté ? Et M. Bouley a-t-il employé une substance identique ?

Nous aurions beaucoup d'autres réflexions à faire sur le discours de M. Bouley, si nous ne nous méfiions pas des impressions d'une simple audition. Nous préférons attendre que cette communication soit imprimée. Elle est d'une gravité extrême et mérite par cela même un examen attentif.

Nous ferons la même réserve sur la communication de M. Jobert qui, dans un sens opposé, a la même importance et la même gravité.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE CHLORATE DE POTASSE EMPLOYÉ CONTRE LA STOMATITE HYDRARGYRIQUE AVEC CONTINUATION DU TRAITEMENT MERCURIEL (1) ;

Par A. FOURNIER, interne des hôpitaux.

II.

Cependant, l'expérimentation ambitieuse ne se contenta pas de cette épreuve qui, pratiquement, paraissait plus que suffisante. Le chlorate venait d'enrayer les phénomènes de la stomatite en présence même du mercure et malgré son administration continuée. L'on essaya davantage : l'on en vint, au moment même où l'action pathogénique de ce dernier médicament se traduisait sur la bouche par des phénomènes d'excitation plus ou moins vifs, l'on en vint, dis-je, à tenter d'exagérer encore cette influence ptyalique, pour mieux apprécier la puissance du correctif qu'on lui devait opposer. Ainsi, en présence d'une stomatite bien et franchement déclarée, non seulement l'on continuait l'emploi des mercuriaux, mais, de plus, l'on en augmentait les doses, en même temps qu'on prescrivait l'emploi du chlorate.

Cette seconde épreuve fut encore favorable au puissant antiptyalique, mais non pas cependant d'une façon aussi absolue que la première. La plupart des malades, malgré l'augmentation des doses mercurielles, guérirent rapidement des accidents buccaux sous l'influence du chlorate. Mais, chez quelques-uns, l'amélioration se fit attendre et l'excitation buccale persista au delà de ses limites ordinaires. Dans certains cas même, que leur rareté permet d'appeler exceptionnels, le chlorate fut insuffisant, et, après avoir longtemps maintenu l'influence hydrargyrique, il fut en quelque sorte débordé par elle.

L'observation suivante offre l'exemple d'une stomatite dans laquelle le chlorate résista à deux augmentations successives des doses mercurielles.

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

Obs. III. — B..., âgé de 29 ans, entre au Midi, le 29 avril, pour un chancre induré et des plaques muqueuses. — Il est immédiatement soumis au traitement mercuriel : 5 centig. de protoiodure chaque jour. Le 7 mai, 10 centigram. de protoiodure : Cette dose est continuée dans le courant de mai et de juin.

Vers la fin de ce dernier mois, éclatent des accidents de stomatite. Le 28, tuméfaction légèrement douloureuse des régions parotidienne et sous-maxillaire ; boursouflement et rougeur des gencives ; ulcération commençante au pourtour de la dernière molaire inférieure du côté droit. Gencives extrêmement douloureuses, rendant la mastication très pénible. Salivation abondante, ayant rendu tout sommeil impossible dans les deux dernières nuits.

Traitement : 6 grammes de chlorate de potasse en 12 pilules. La médication mercurielle est continuée à la même dose le 28 et le 29 ; mais le 1er juillet, la dose de protoiodure est portée à 15 *centigrammes*.

3 juillet. La tuméfaction des régions parotidienne et sous-maxillaire a complétement disparu ; les gencives ont perdu leur rougeur morbide et ne présentent plus qu'un léger degré de tuméfaction ; elles sont indolentes. Mastication facile. — Nulle salivation. — Sommeil. — Même traitement.

9. Il subsiste toujours une certaine tuméfaction des gencives ; du reste, nul phénomène d'excitation buccale. — Le malade se plaignant d'une céphalée violente et de douleurs péri-articulaires, la dose de protoiodure est portée à 20 *centigrammes*. — Continuation du chlorate (6 grammes en 12 pilules).

Cette nouvelle augmentation de la dose mercurielle n'exerce aucune influence sur l'état de la bouche, qui reste toujours très satisfaisant.

Le 15, le chlorate est supprimé. — Nul accident buccal consécutif.

Ici donc, le succès est complet. Mais, je le répète, cette heureuse influence est loin de s'exercer dans tous les cas, et le chlorate ne résiste pas toujours à l'accroissement des doses mercurielles. Telle est l'observation suivante que je cite seulement en résumé : Stomatite violente, produite par la dose quotidienne de 10 centig. de protoiodure. Dès le jour où se manifestent les accidents (16 juin), la dose est portée à 15 centigrammes ; — 6 grammes de chlorate de potasse. La salivation diminue rapidement ; les ulcérations buccales se cicatrisent ; mais il subsiste une tuméfaction gingivale assez prononcée qui témoigne de l'action continue du mercure sur la bouche. Ce boursouflement des gencives ne s'accompagne d'ailleurs d'aucun autre symptôme d'excitation buccale. Il persiste encore le 9 juillet, lorsqu'on prescrit une augmentation nouvelle de la dose de mercure (20 centigrammes de protoiodure). Il se manifeste aussitôt des symptômes violents de stomatite qui forcent à suspendre la médication mercurielle. L'administration du chlorate est continuée à la dose quotidienne de 6 grammes. — Guérison rapide.

Feuilleton.

A M. Amédée Latour.

J'attendais, Monsieur, que la provocation si bien inspirée de M. le docteur Legrand eût donné tout son fruit, ne voulant ni devancer ni défigurer les excellentes idées que vous nous gardiez au sujet de l'Association. Cette réserve enlève peut-être à ma réponse quelque chose de son à-propos, qui est son seul mérite. Mais j'en prends volontiers mon parti. Aujourd'hui que nous avons entendu votre nouvel appel et reçu votre dernier mot, permettez-moi de passer par vos mains pour remercier mon très spirituel et très honoré confrère, et de lui dire :

Vous avez fait, Monsieur, beaucoup d'honneur à une improvisation qui représente mes sentiments plus encore que mes idées sur la matière. J'ai vu une situation menaçante et j'en ai donné les causes les plus avouables sans les interpréter ni les juger. Vous m'autorisez à revenir sur quelques points du sujet en discussion, en parlant de mon article avec une grande bienveillance, non sans une nuance de malice ; car vos questions sont pressantes et délicates, et le problème complique. Mais l'hospitalité de l'UNION MÉDICALE est large comme son nom ; chacun de nous a la liberté de son appréciation, puisque tous deux nous cherchons de bonne foi le bien de tous. Je reprendrai donc quelques points restés obscurs et je réparerai quelques accidents typographiques ou de rédaction. Je crois qu'il nous sera facile de nous entendre, car nous sommes animés d'un égal amour pour la profession et nous voulons, l'un et l'autre, ce qui la fait noble et grande plus encore que ce qui pourrait la rendre riche.

Un mot d'abord au sujet d'une coquille qui a entraîné une interprétation trop étendue de ma pensée. J'avais écrit : « L'hygiène sociale, terre vaste et féconde sur laquelle *s'associera* pour un règne fertile en bienfaits, la réforme agricole et industrielle, qui, etc., » on a imprimé : *s'associera*. Restituez le texte, et, avec cette variante, mon idée devient tout à la fois plus simple et plus vraie ; mon rêve n'a plus rien d'excentrique et qui fasse sourire. L'hygiène n'est-elle pas le but définitif de notre science et son expression suprême ? L'hygiène philosophique est la vie régularisée dans son entier, la science pressant d'une force égale et simultanée sur les conditions physiques et morales de l'homme, le redressant et l'élevant pour sa double prédestination. L'homme social doit recevoir et garder son empreinte.

L'objection que vous m'adressez au sujet du médecin qui, pour remplir les destinées de la science, devra devenir un fonctionnaire, n'a rien qui m'embarrasse ou m'effraie. Il n'est pas besoin que le médecin soit personnellement *revêtu d'une autorité sanctionnée par un pouvoir supérieur*. Je veux au contraire qu'il garde comme individu son indépendance, qui est en même temps son autorité et sa dignité. Mais il y a dans le groupe naturel qui constitue le *corps médical*, une force concrète qu'il faut utiliser. La science marche au-dessus des hommes ; elle les domine et s'impose. C'est donc aux collections que j'attribue cette action sur les applications sociales de la médecine. Seules, les collections ont l'indépendance, le pouvoir et le désintéressement. On est fort quand on parle au nom des principes, on est par quand on représente l'honneur commun, on est brave quand on soutient la gloire de la profession, qui est la patrie. Je ne sais rien qui puisse retremper plus fortement l'esprit de la génération médicale qui commence que la solidarité de l'honneur et la mutualité de l'effort, que le sentiment de la puissance collective, de la dignité professionnelle que l'on porte avec soi, que l'on porte haut malgré soi, si j'ose ainsi dire. C'est là encore et surtout une des virtualités de l'Association. Mais ici je m'arrête. Vous connaissez la plume alerte et vive, si séduisante et pourtant si pratique qui a fait de l'Association sa conquête et son empire, je n'essaierai pas d'usurper. Un mot cependant. Je ne veux pas renverser seulement les termes du problème, et, au faisceau solidement lié par des intérêts hostiles et que nous ne pouvons entamer, opposer une action commune de féodalité pratique, assistée d'exploits et de procureurs. Moi aussi je pensais à la société engagée tout entière dans l'affaire ; mais je n'oubliais point ses intérêts qui sont aussi les nôtres. M. Amédée Latour vous a dit, mieux que je ne pourrais le faire, que nous défendre c'est encore la protéger et la servir.

La question des abonnements me laisse un peu plus d'inquiétude. Elle est toutefois susceptible d'une solution honorable. Les procédés actuels de la société dans ses rapports avec nous, inspirés par l'économie sociale et bientôt dénaturés par le mercantilisme de l'époque, sont, à tout prendre, le bien et le progrès pour les masses ; c'est là une vérité contre laquelle il n'est point de refuge.

Un de de ces procédés, les abonnements, est pour les collections et les individus une sorte d'assurance contre la profession médicale ; quelques-uns d'entre nous voudraient en faire une variété d'assurance contre les déceptions de la pratique. Le moyen peut être défendu au point de vue de ces intérêts divers, et j'ai bien peur que cette considération finisse par avoir, seule, raison. Puissé-je être mauvais prophète !... Mais en attendant, l'abonnement ne doit être accepté par nous que pour les institutions qui ont un but réel de soulagement et d'assistance, là où il est bien entendu que le médecin met une part de son cœur et de sa peine au service d'une bonne action. Sous toute autre forme, il doit être nettement repoussé, car il est une atteinte à la dignité de l'homme et à la liberté de l'art. Les systèmes variés qui ont été proposés, sous prétexte de nous tirer d'affaire, qu'ils soient un impôt légal ou qu'ils s'offrent sous l'aspect d'une contribution consentie, proportionnelle, etc., qu'ils ne comprennent qu'une part de rémunération ou qu'ils la renferment tout entière, constitueront toujours une situation blessante où le médecin n'est plus seulement un fonctionnaire du gouvernement près duquel il trouverait du moins considération pour sa personne et protection contre les exigences illégitimes, mais où il tomberait aux gages des individus, la pire des servitudes. Quel est celui qui sachant le niveau des sentiments humains consentirait à la subir ?

Et ici encore c'est la société que je défends au-dessus de nous ; elle est la raison supérieure de la résistance que j'invoque, dans la mesure du possible, aux dangers qui nous pressent. On ne pense peut-être pas assez à cette vérité : que la médecine n'a été ce qu'elle a valu comme science et comme art que parce qu'elle était libre, volontaire, indépendante. Rien de puissant et de bon ne saurait remplacer cette condition ; le bien de la société, la prospérité de la profession y sont l'un et l'autre attachés. C'est le besoin de la lutte, le sentiment de la concurrence,

Ce n'est donc qu'après une augmentation considérable et deux fois répétée des doses mercurielles, que l'action du chlorate se trouve ici débordée par l'influence hydrargyrique.

En somme, de cette seconde série d'expériences, il ressortait ce résultat important et incontestable : que, dans la grande majorité des cas, *une nouvelle addition de mercure, prescrite dans le cours d'une stomatite, n'empêche point l'action préservatrice du chlorate sur la muqueuse buccale.*

III.

Il se rattache à ces expériences, entreprises par M. Ricord, un autre intérêt que celui d'une curiosité thérapeutique. Il en ressort, avec une connaissance plus exacte de l'efficacité réelle du médicament, une série d'indications pratiques, qu'il me reste à présenter, comme autant de conclusions légitimes des résultats observés.

1° *Une stomatite mercurielle étant produite, il n'est pas nécessaire, pour en conjurer les accidents, de supprimer la médication spécifique. Le chlorate de potasse, employé concurremment avec le mercure, suffit à la guérison.*

L'on conçoit quelle peut être l'importance de cette médication combinée, dans tous les cas où se présentent ces deux indications également pressantes, et qu'on regardait autrefois comme mutuellement exclusives l'une de l'autre, à savoir : remédier à l'influence pathogénique du mercure sur la muqueuse buccale, et combattre les accidents propres à la syphilis, menaçant l'intégrité d'un organe important.

2° *Dans le cours d'une stomatite, la dose des préparations mercurielles peut même être augmentée, concurremment à l'administration du chlorate, dans les cas où la gravité des accidents syphilitiques nécessite l'intervention immédiate d'une médication énergiquement répressive.*

Le plus souvent, cette exagération de l'influence mercurielle ne se traduit par aucune surexcitation des symptômes buccaux.

3° *Le chlorate de potasse ne constitue pas seulement un agent* CURATIF *des accidents buccaux produits par le mercure, il peut être également employé au titre d'agent* PROPHYLACTIQUE.

Ici, s'ouvre une voie nouvelle et encore inexplorée de la thérapeutique.

Il est fréquent, dans les hôpitaux consacrés spécialement à la syphilis, de rencontrer des malades tellement sensibles à l'action du mercure, que l'administration de ce médicament devient une difficulté de pratique incessante et souvent insurmontable. Cette idiosyncrasie regrettable déjoue tous les calculs, toutes les combinaisons de la thérapeutique, et finit par laisser le médecin et le malade dans l'alternative fâcheuse, ou bien de renoncer au traitement mercuriel, au mépris des manifestations présentes de la syphilis et de ses conséquences ultérieures, ou bien d'insister quand même sur la médication spécifique, en dépit de l'excitation buccale qu'elle provoque et qu'elle entretient.

Cet embarras n'existe plus aujourd'hui. Le chlorate de potasse en effet, n'est pas seulement puissant à dominer l'influence pathogénique du mercure, alors qu'elle s'est traduite sur la muqueuse buccale par les symptômes d'une irritation plus ou moins vive; il suffit encore à *prévenir ces manifestations*, ou, si l'effet ptyalique s'est déjà produit, à en empêcher le retour. — C'est du moins ce que semble démontrer l'expérimentation clinique :

1° Sur toute une série de malades soumis au chlorate de potasse dès le début de la médication mercurielle, aucun accident de stomatite ne s'est déclaré.

2° Sur plusieurs sujets qui présentaient une extrême sensibilité aux préparations hydrargyriques, le chlorate de potasse a dominé cette idiosyncrasie, de façon à contenir l'action morbide du mercure, c'est-à-dire à prévenir la reproduction des accidents buccaux.

A ce double titre, donc, le chlorate de potasse constitue l'*agent prophylactique de la stomatite mercurielle.*

Il devient le compagnon obligé du mercure, dans tous les cas où l'influence pathogénique de ce médicament doit être prévenue et réprimée.

Une objection toutefois se présente : le chlorate de potasse, en contre-balançant les effets physiologiques du mercure, n'en contrarie-t-il pas également l'influence médicatrice ? Or, d'une part, une longue expérience thérapeutique a démontré que le mercure n'agit point sur la syphilis par les conditions morbides qu'il peut développer, et c'est même un fait généralement accepté de nos jours, que l'action médicatrice est souvent suspendue dès que les effets pathogéniques commencent à se produire. De là cette conclusion légitime : prévenir les effets pathogéniques du mercure n'est point en réprimer l'influence thérapeutique.

D'autre part, l'expérimentation clinique a déjà fait justice de l'objection précédente. L'on a pu voir, dans les services du Midi, des malades présentant des accidents à peu près analogues soumis, comparativement, les uns aux préparations mercurielles seules, les autres à l'usage simultané du mercure et du chlorate. Or, les faits observés jusqu'à ce jour semblent permettre d'établir que *l'action médicatrice des mercuriaux n'est en rien suspendue par le traitement antiptyalique.*

Cette question, du reste, en raison de son importance capitale, exige une étude approfondie. Les expériences se continuent, dirigées par M. Ricord, et des conclusions certaines pourront être établies sur leurs résultats ultérieurs.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 19 Août 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. le docteur Masson, de Mirecourt, relativement à différentes formes d'épidémie qui ont régné sur les enfants de cette commune.

— Un rapport de M. le docteur Heulard, d'Arcy, sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Pougues. (Commission des épidémies.)

— Un rapport de M. le docteur Mejiaulac, sur le service médical des eaux minérales de Sainte-Marie (Puy-de-Dôme), pendant l'année 1854. (Comm. des eaux minérales.)

— Les états des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Lozère, du Finistère, de la Meurthe et du Puy-de-Dôme. (Comm. de vaccine.)

La correspondance particulière se compose des envois suivants :

Une lettre de M. Lefort, qui prie l'Académie de le comprendre au nombre des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie.

— Une lettre de M. le docteur Lunier, médecin de l'asile des aliénés du département de Loir-et-Cher, qui sollicite le titre de membre correspondant et envoie ses titres à l'appui de sa demande.

— M. Scoutteetten sollicite le titre d'associé national. (Renvoi aux commissions nommées.)

— M. Jules Rochard, de Brest, adresse à l'Académie un *mémoire sur l'opération de l'anus artificiel par la méthode de Littre* dans les cas d'imperforation de l'anus. L'auteur rapporte l'histoire de plusieurs opérés qui ont survécu pendant de longues années, et notamment d'un homme âgé de plus de 40 ans, et jouissant d'une parfaite santé. (M. Robert, rapporteur.)

— Un travail de MM. Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, et Bonjean, pharmacien à Chambéry, intitulé : Mémoire pratique sur l'emploi du silicate et du benzoate de soude unis aux préparations de colchique et d'aconit dans le traitement de la gravelle, du rhumatisme chronique et goutteux, du catarrhe vésical, de la sciatique et de plusieurs névralgies. (Comm. MM. Ségalas et Guibourt.)

— Un mémoire *sur l'assimilation de l'ivresse à la folie, et sur l'ivrognerie considérée comme une forme de folie-suicide*, par M. le docteur Joire, médecin de l'asile d'aliénés de Lommelet. (Comm. MM. Falret, Guérard.)

— M. Mialhe adresse à l'Académie la lettre suivante :

Monsieur le Président,

Avant d'établir des discussions sur un fait, il est important de bien préciser ce fait : j'ai dit et je maintiens que, lorsqu'un demi-gramme de glycose est injecté dans les veines d'un animal, ce demi-gramme est décomposé, détruit, et ne se retrouve pas dans les urines.

MM. Bouchardat et Sandras, les premiers, M. Bernard, M. Lehmann, et nos expériences propres ont incontestablement établi ce fait physiologique. Or, quand on ajoute au demi-gramme de glycose un gramme de bicarbonate de soude, l'absorption et la destruction du sucre dans l'économie ne s'en fait ni plus ni moins; et jamais le sucre n'apparaît dans les urines, quand la dose de glycose n'est pas augmentée et quand l'injection est faite avec la lenteur et les soins nécessaires.

Dans ses *Leçons de physiologie*, M. Bernard dit, page 210 : « Si l'on » ajoute du sucre dans le sang d'un animal jusqu'à une certaine limite, » ce sucre pourra être complétement détruit et n'apparaîtra pas au » dehors. »

Page 212 : « Nous faisons une injection de 15 grammes d'eau contenant 50 centigrammes de sucre de fécule, et nous ne rencontrons » pas les moindres traces de sucre dans les urines, une demi-heure » après l'injection. »

Page 214 : « On voit que le sucre du foie est celui dont on peut » injecter les plus grandes quantités sans qu'on le retrouve dans les » urines. »

Page 215 : « Il résulte de tout ce qui précède que les sucres qui sont » destructibles ont cependant leurs limites de destructibilité qui ne » sauraient être dépassées sans que, immédiatement, l'excès de cette » substance apparaisse dans les urines. »

Page 216 : « C'est environ 1 gramme de sucre qui doit être considéré » comme la dose limite de la destruction de cette substance chez des » lapins pesant de 1,000 à 1,200 grammes. »

Page 224 : « Ces expériences prouvent qu'il faut, pour que le sucre » se détruise dans l'organisme, qu'il soit destructible, et, en outre, qu'il » n'arrive pas dans le sang en trop grandes quantités à la fois. »

Comment M. Bernard, qui avait parfaitement reconnu la facile destruction d'un demi-gramme de glycose dans l'économie, page 212, a-t-il constaté dans une leçon subséquente, page 237, une expérience contradictoire : « Si l'on injecte dans la veine jugulaire d'un lapin un demi- » gramme de glycose dissous dans de l'eau pure, comparativement avec » l'injection d'une même quantité de sucre additionné de 1 gramme de » carbonate de soude, on verra que, dans les deux cas, la glycose appa- » raît dans les urines; seulement, il nous a semblé s'éliminer plus rapi- » dement quand il y avait addition de carbonate de soude. » Nous n'avons pas à rechercher les causes de cette contradiction, mais nous nous étonnerons que ce soit cette seule expérience qui ait servi de base au travail et à la réclamation de M. Poggiale.

En effet, un demi-gramme de glycose introduite dans le sang d'un animal apparaît-il oui ou non dans les urines? Non, d'après les recherches de tous les expérimentateurs et d'après M. Bernard lui-même.

C'est pourquoi nous avons contesté et que nous contestons encore la seule expérience qui prouverait le contraire; et si M. Poggiale a retrouvé dans les urines le demi-gramme de glycose injecté dans les veines, c'est qu'il ne s'est pas maintenu dans les conditions chimiques et physiologiques qui ont été si bien établies par M. Bernard.

Il ne s'agit pas ici de théorie, il s'agit d'un fait capital, point de départ, il est vrai, d'applications plus ou moins importantes pour la thérapeutique.

Quant à l'application de notre théorie sur le diabète, c'est-à-dire à la nécessité des alcalins pour la combustion et la destruction de la glycose dans l'économie, si M. Bernard lui refuse sa sanction, nous pouvons lui opposer l'adhésion de M. le docteur Lehmann qui, contrairement à l'assertion de M. Poggiale, professe publiquement nos opinions sur la nécessité des alcalis pour la destruction de certaines substances dans l'économie.

Précis de chimie physiologique animale, 1855, page 318 : « On peut » affirmer avec certitude que les *alcalis*, dans les conditions où ils se

---

c'est la poursuite courageuse du succès et de la réputation qui excite l'effort, inspire les travaux et fait avancer la science. Le dévouement lui-même prend sa source et sa force dans ces légitimes ambitions; ce sont elles qui jettent dans notre cœur je ne sais quelle mystérieuse ardeur pour ce qui est justice, devoir, charité. Supprimez ce pouvoir intime qui nous presse, que restera-t-il ? L'homme *physiologique* (n'idéalisons pas) a besoin d'un mobile pour faire de grandes choses; écartez le mobile, et vous verrez les conséquences. Je ne mesurerai pas assurément dès aujourd'hui ce qu'y perdrait la science; mais assurément tant pis pour les malades.

J'ai dit qu'une partie de notre situation était le fruit mérité de nos torts. C'est pour ce chapitre que je garde mes réserves. Quoique je pense avec vous, Monsieur, que la vérité est belle à voir quand elle sort de son puits naïve, éclatante et pure, il faudrait, pour entrevoir celle que j'imagine, analyser des positions difficiles, oser des opinions mal sonnantes, risquer peut-être un *tollé* général. La confraternité n'autorise pas certaines rudesses, et le mieux intentionné des hommes n'est pas toujours admis à regarder trop avant dans le cœur qui le touche de plus près.

Il me reste cependant un côté de notre vie extérieure dont nous pouvons parler. On accepte généralement, comme une donnée historique légitime, que la philosophie régnante domine la médecine et lui imprime sa direction; la proposition est vraie par certains côtés. Mais ce qui est plus vrai, c'est que nous nous sommes laissé emporter, comme profession, par le courant des idées, des sentiments, des mœurs publiques. Tandis que nous devions rester libres des passions du forum et des appétits du siècle, solidement enfermés dans la retraite respectée que nous assurait le caractère de nos services et l'universalité de nos interventions, à nous aussi la tête a tourné, et nous nous sommes jetés en étourdis dans le torrent. Les uns, beaucoup trop, ont fait de la politique, se sont compromis et nous ont compromis avec elle. Les autres, obéissant au mot d'ordre de la société moderne, ont entrepris des *affaires médicales*. Pour un trop grand nombre, ce qui était autrefois une carrière n'est plus qu'un instrument; on dédaigne les joies modérées de la vie positive pour prendre les cupidités de la vie sensuelle : quelques exemples dangereux de succès rapides ont affolé les jeunes hommes. La médecine n'est plus telle profession sérieusement embrassée, constituant le fond et la broderie de toute une existence, et qui, si elle n'amenait avec elle qu'un gain lent et modeste, donnait du moins beaucoup d'honneur. C'est aujourd'hui un appoint, une exploitation égoïste, une véritable industrie. Qui pourrait dire ce que les meilleurs et les plus purs ont apporté à cet édifice qui grandit tous les jours de nos imprudences et de nos fautes?

En résumé : Le progrès naturel des sciences et des méthodes sociales déplace certaines conditions de l'existence des médecins, et nous impose une transformation dans l'exercice de la profession et l'esprit qui doit y présider à l'avenir. Cette force qui nous pousse est continue, mieux encore elle est légitime. A de telles nécessités on ne résiste pas, on marche en avant.

Les mœurs sociales, subissant des évolutions qui ne sont pas toutes, à beaucoup près, l'expression des nobles sentiments et des généreux instincts, amoindrissent notre profession, déconsidèrent ses services, méconnaissent par certains côtés son importance sociale. Ici, réaction, résistance énergique, protection mutuelle, Association.

Nos fautes ont agrandi le mal et justifié les accusations. Sous l'étreinte de cette triple violence avec laquelle il faut bien compter, il n'est ni homme, ni pouvoir auquel nous puissions dire avec espoir : Sauvez-nous, nous périssons. Mais nous pouvons dire, en nous relevant : Sauvons-nous nous-même; l'individualisme nous laisse faibles et désarmés; abjurons nos haines proverbiales; faisons un pacte et soutenons-nous. L'antagonisme nous tue : associons-nous. L'industrie médicale et son cortége de misères et de honte nous déconsidère et nous ruine : défendons-nous en nous respectant nous-mêmes.

Mais qui nous donnera tout ce qu'il faudrait d'énergie morale? Où trouver les combattants? Malgré de généreux efforts, le corps médical est livré au hasard, les ténèbres se font dans les esprits, et un malaise général s'est emparé des consciences. Il n'y a, au point de vue professionnel et (pourquoi ne le dirais-je?) au point de vue de la science elle-même, il n'y a plus de principes; il ne reste que des situations. On vit au jour le jour, sans avenir et sans histoire, gaspillant tristement, dans une étroite personnalité, les destinées élevées et resplendissantes que pouvaient promettre le mouvement des sciences.

Je ne veux pas me faire le louangeur exagéré du temps qui n'est plus; je ne porte, croyez-le, ni poudre ni dentelles. Mais en songeant au passé, en jetant un regard sur la route parcourue, et en voyant tout ce que nous avons perdu, je ne peux m'empêcher de regretter cette calme et heureuse figure du médecin d'autrefois, lettré, aimable, souriant, soigneux de sa personne, vieil ami de la maison, que deux ou trois générations aimaient et respectaient. Il n'avait pas fait tous les progrès dont nous nous glorifions. Guérissait-il moins ses malades? Qui sait? Mais il était secourable et bon : il semait autour de lui des gratitudes éternelles; il recueillait des affections et des dévouements, et s'en allait plein de jours et d'honneur. Cela ne valait-il pas nos existences tourmentées, nos réputations discutées et contestées, les amertumes, les mécomptes, les luttes blessantes et les déchéances prématurées?

M'accusera-t-on de rêver au pied d'un chêne et de faire de la réaction en idylle? Me prendra-t-on pour un de ces civilisés qui, faisant le procès aux conquêtes de l'industrie, pleurent la solitude violée de leur province, ses joies intimes, ses fraîcheurs et ses simplicités? Je ne m'en affligerai pas; car je sens, malgré tout, que de ce côté que je regarde avec tristesse étaient la vie calme, douce et pleine, l'honorabilité la plus respectable, le bonheur peut-être.

Ed. Sanderet.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc., etc., avec une *Introduction* par M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique, etc. — *Deuxième édition* revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'École de médecine.

» se trouvent placés dans le sang en circulation, doivent exercer une » action oxydante sur un certain nombre de matières organiques. »

Et plus loin, page 319 : « Faut-il s'étonner de la rapide combustion » que subit le sucre dans le sang, lorsqu'on voit cette substance, *en pré-* » *sence des alcalis*, s'emparer même de l'oxygène combiné, et l'enlever » à l'oxyde de cuivre et à plusieurs autres oxydes? »

Et plus récemment encore, en janvier 1856, M. Lehmann, en rendant compte de notre ouvrage de chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique, dans le journal allemand de Leipzig, *Schmidlit's Jahrbücher*, s'exprime ainsi :

« Cette théorie du diabète, que M. Mialhe soutient depuis longtemps, » l'a amené à proposer l'usage modéré du bicarbonate de soude, et par- » ticulièrement de l'eau de Vichy. Or, l'expérience a largement sanc- » tionné les brillants résultats de cette méthode curative chez un grand » nombre de diabétiques dont la maladie ne présentait pas de complica- » tion. » (Union Médicale, 24 janvier 1856.)

Nous maintenons donc ce fait dans toute son intégrité, c'est que un demi-gramme de glycose, introduite dans le sang d'un animal, se détruit et n'apparaît plus dans les urines; ainsi qu'il résulte des expériences de MM. Bouchardat et Sandras, Bernard, Lehmann, etc., etc., contrairement à l'assertion de M. Poggiale.

Fait dont nous attendons une nouvelle confirmation par la commission choisie dans le sein de l'Académie.

Agréez, je vous prie, Monsieur le Président, etc.

Mialhe.

A l'occasion du procès-verbal, M. Larrey communique une lettre adressée par M. le docteur Willaume, de Nancy, pour servir de document dans la discussion sur l'établissement d'un anus artificiel.

En janvier 1825, M. Willaume fut appelé auprès d'un enfant âgé de 13 jours et sur le point de succomber par suite d'un vice de conformation de l'anus, qui avait occasionné la rétention des matières alvines. On n'observait au périnée qu'une petite rainure bergne, quelques matières s'échappaient par l'urètre. M. Willaume fit au périnée une ponction avec le bistouri, il agrandit l'ouverture vers le coccyx; avec le doigt, porté au fond de la plaie, il parvint à sentir l'extrémité du rectum distendu; une incision faite sur l'intestin livra issue à une grande quantité de matières; il parvint, quoique avec peine, à maintenir l'orifice en y plaçant des corps dilatants. Le sujet fut perdu de vue. Mais M. Willaume eut l'occasion de le revoir âgé de 34 ans; il apprit qu'il y avait eu plusieurs abcès dans les bourses (l'un de ces abcès avait été déterminé par un noyau de prune, avalé quatre mois auparavant). Depuis l'âge de 28 ans, l'opéré n'avait employé aucun moyen pour maintenir béant l'anus artificiel, cependant les fecès sont excrétées sans difficultés, et retenues même quand leur consistance est faible. Le jeune homme est bien portant, gai, aimable.

M. Bouley prend la parole à l'occasion du procès-verbal.

M. Bouley : J'ai beaucoup regretté d'avoir été absent au moment où, dans la dernière séance, M. Jobert a parlé de la ligature de l'œsophage; je le regrette moins aujourd'hui, car j'ai pu rassembler quelques documents propres, selon moi, à prouver d'une manière irréfutable la thèse que je soutiens. J'arrive ici avec une conviction profonde, éprouvée, comme le recommande Haller, *ex constante repetitorum periculorum eventu*. Cette conviction, j'espère la faire partager à ceux qui n'ont sur la ligature de l'œsophage aucune opinion arrêtée; bien plus, j'y compte ramener même mes adversaires. Si j'insiste, Messieurs, c'est par un sentiment de déférence envers l'Académie, car c'est lui rendre hommage que de lui montrer qu'avant de discuter cette question, je me suis muni de toutes les preuves qui peuvent porter la conviction dans les esprits.

Permettez-moi de commencer par une profession de foi. J'ai une grande vénération pour la mémoire d'Orfila, une admiration sincère pour ses travaux. Mais Orfila était homme, partant, faillible. Nous ne sommes pas venus ici, MM. Reynal et moi, avec l'idée de démolir son œuvre; c'est l'observation qui nous a conduits à y découvrir une erreur. Cette erreur, je vais essayer de vous la démontrer encore.

Ramenant la question sur son véritable terrain, la physiologie, d'où l'on a eu le tort de la déplacer pour en faire une question de chirurgie, je veux prouver les deux propositions suivantes :

1° La ligature de l'œsophage chez les chiens est une cause prédisposante et quelquefois une cause immédiatement déterminante d'efforts de vomissements.

2° Ces effets de la ligature sont d'autant plus prompts, d'autant plus énergiques, que l'estomac contient quelque chose; ces effets sont d'autant plus prompts, d'autant plus énergiques, d'autant plus prolongés, que ce quelque chose a des propriétés émétiques; enfin, les efforts de vomissements sont susceptibles d'entraîner la mort dans un grand nombre de cas.

Je dis, en premier lieu, que la ligature de l'œsophage est une cause prédisposante et quelquefois immédiatement déterminante d'efforts de vomissements chez le chien. Je pourrais citer à l'appui de cette proposition les expériences rapportées dans ma première communication à l'Académie. Mais ces faits ayant été, je ne sais trop pourquoi, entachés de suspicion, je ne m'en servirai pas. C'est, dit-on, notre procédé opératoire qui tue les chiens. Je l'admets; soit. Mais examinons les expériences de M. Jobert lui-même; elles vont nous apprendre que le premier chien « a fait quelques efforts en ouvrant la bouche, comme dans le dernier temps du vomissement; » que le second « fait des efforts comme pour vomir, et bientôt il rend une grande quantité d'un liquide blanc, mousseux et filant....; » pour le sujet de la troisième expérience, que, « peu d'instants se sont écoulés sans qu'il ait fait des efforts de vomissements; il a ouvert la bouche et expulsé un liquide abondant, blanc, séreux et filant; » pour le quatrième chien, que, « au bout d'une heure, il a manifesté quelques efforts de vomissements, et, en effet, il est sorti de la bouche, largement ouverte, une grande quantité de liquide blanc, filant et spumeux. » Vous le voyez, nous n'avons pas été des observateurs inexacts; la ligature de l'œsophage a positivement pour effet de provoquer des efforts de vomissements.

Que dirai-je des jouissances ineffables dont on vous a dépeint toutes les manifestations chez les chiens opérés, chiens qui jappent, qui remuent la queue en signe de joie, qui viennent caresser l'opérateur comme pour lui dire « merci? » A ce tableau charmant, trop charmant, il manque quelques couleurs sombres pour être vrai. L'auteur qui vous l'a présenté dans la dernière séance, vous a raconté ses expériences en détail. Or, j'ai assisté à deux d'entre elles. L'un des chiens a été en proie à des efforts continuels pour vomir, et il a succombé, vingt-quatre heures après l'opération, à une rupture de l'œsophage. Remarquez ceci : pour me prouver que je me trompe et que la ligature est chose inoffensive, on expérimente devant moi, vous devinez avec quel soin, quelles précautions; on lie l'œsophage, rien que l'œsophage, et immédiatement des efforts de vomissements se manifestent, et, au bout de quelques heures, l'animal étant près de mourir, je surprends l'expérimentateur *en flagrant délit d'hydrothérapie*, prodiguant à son malade des affusions froides, des lavements froids! Le chien n'en est pas moins mort, un peu plus tard seulement que cela n'aurait eu lieu probablement sans les soins empressés dont il a été l'objet. Et alors l'auteur de la communication à l'Académie vient dire : A l'autopsie, il s'est trouvé que l'un des récurrents avait été lié! Le fait est-il bien exact? Je ne le crois pas. Et puis j'admire la complaisance des nerfs : Nous savons tous quelles sont les fonctions du nerf récurrent et que sa ligature rend les chiens aphones; mais voilà que l'auteur d'un ouvrage de physiologie justement estimé, vient changer tout cela pour les besoins d'une cause que l'on ne conçoit pas et nous apprendre que la même ligature est capable d'occasionner la mort!

Ainsi, M. Jobert et l'auteur de la communication faite dans la dernière séance sont tous deux nos auxiliaires, l'un par ses faits publiés, l'autre par ses faits inédits. Ce n'est pas à dire que tous les chiens soient gravement incommodés par la ligature de l'œsophage, il en est qui la supportent très bien. Toutefois, je ferai observer que lorsqu'un chien agite la queue, ce n'est pas précisément un signe du bien-être qu'il éprouve; ce peut être, de la part de cet animal si aimant et si bon, moins une manifestation de reconnaissance envers celui qui l'a fait souffrir, qu'une prière de ne pas le tourmenter davantage. Je ferai encore observer qu'il ne faut pas rester auprès d'un chien, qu'il ne faut pas le solliciter à chaque instant, si l'on veut constater qu'il est dans un état d'abattement. Maintenant, je conviens qu'il y a des sujets plus ou moins susceptibles, impressionnables à des degrés très divers, et que tel chien est complétement réfractaire aux effets de la ligature.

Je considère comme parfaitement établi ce premier point : la ligature dont il s'agit donne lieu à des efforts de vomissement. On objecte que ce sont simplement les mucosités qui s'accumulent dans l'œsophage, et que l'animal expulse de temps en temps. Non, quand la paroi du ventre se déprime au point de toucher parfois les lombes, quand en même temps les côtes se dilatent, on ne saurait se méprendre sur la signification du phénomène. (Qui ne sait d'ailleurs qu'au moment de vomir, alors que l'estomac est sollicité, la bouche se remplit de liquide par suite d'une hypersécrétion des glandes salivaires?)

Et cela, vous ne le comptez pour rien? Vous croyez qu'il est indifférent qu'un animal éprouve le besoin de vomir et ne puisse vomir? J'en appelle aux médecins, j'en appelle surtout aux malades; s'il est un tourment atroce, s'il est une sensation affreusement pénible, c'est bien celle d'une nausée qui se prolonge sans que le vomissement y mette un terme; je sais, par ma propre expérience, à quoi m'en tenir là-dessus. Quant à la gravité d'un vomissement incessant, incoercible, les médecins la connaissent trop bien pour que j'y insiste.

Arrivons à la deuxième proposition. Les efforts de vomissements, ai-je dit, sont d'autant plus prompts, d'autant plus énergiques, que l'estomac contient quelque chose, ils sont d'autant plus prolongés, que ce quelque chose est doué de propriétés émétiques; ils peuvent entraîner la mort.

Voici les faits que j'apporte à l'appui de cette proposition. Je les diviserai en deux séries.

Première série d'expériences : Ligature de l'œsophage après ingestion d'eau tiède.

Première expérience. — 2 août, sept heures du matin. Chien caniche de 2 ans. Ligature de l'œsophage après ingestion de deux décilitres d'eau tiède. Efforts de vomissement pendant quatre heures. Ils diminuent dans la soirée. Abattement pendant toute la journée du 3 août. Rejet de mucosités spumeuses de temps à autre. Mort dans la nuit du 3 au 4, quarante heures après l'expérience.

Autopsie : La ligature n'embrasse que l'œsophage. Intestin grêle rempli de bile. Foie congestionné. Muqueuse de l'estomac congestionnée par places.

Deuxième expérience. — Griffon de 2 ans. Même opération le 2 août. Mêmes symptômes. Mort au bout de vingt-quatre heures.

Troisième expérience. — Chien de race commune de 2 ans. Même opération le 3 août. Mêmes symptômes. Mort le 4 août, à trois heures, trente-deux heures après l'opération. Même état morbide de l'intestin.

Quatrième expérience. — Chien très vigoureux de 18 mois. Même opération le 4 août. Immédiatement efforts considérables de vomissemens qui continuent jusqu'au moment de la mort survenue le 5, à quatre heures du soir (trente-deux heures après l'opération).

A l'autopsie, on constate que la bile accumulée dans l'estomac, a reflué dans l'œsophage jusqu'au point où la ligature a été appliquée.

Résumé : Quatre chiens auxquels on a fait prendre deux décilitres d'eau chaude avant la ligature, quatre morts.

Ces phénomènes ne se produisent pas sur tous les animaux. En voici un qui a été réfractaire au vomissement et qui a guéri.

Cinquième expérience. — Chien de grande taille. Ingestion d'un litre d'eau tiède. Ligature. Pas de vomissement. Voulant apprécier les effets du vomissement sur cet animal insensible aux effets de la ligature, nous avons injecté un grain d'émétique dans la veine jugulaire. Aucun phénomène appréciable. Au bout de trois jours, ce chien est parvenu à déglutir les liquides, bien que la ligature fût restée à demeure, et il est aujourd'hui parfaitement portant.

Ce fait vient à l'appui de ce qu'a avancé M. Jobert sur le mode possible de cicatrisation de l'œsophage.

A côté de ce fait, qui prouve quelle énorme influence exercent les efforts de vomissement sur l'organisme, je dois placer celui-ci.

Sixième expérience. — Chien de 15 mois. Ingestion de 2 décilitres d'eau tiède le 8 août, et ligature de l'œsophage. Efforts extrêmes de vomissement. La ligature est enlevée le 9. Le chien refuse de boire et de manger, et meurt dans la nuit du 10 au 11 août.

Ainsi, sur un chien qui ne vomit pas, pas d'accidents après la ligature. Sur un chien qui a fait des efforts pour vomir, mort, malgré l'enlèvement de la ligature.

Deuxième série d'expériences : Ingestion d'émétique; ligature de l'œsophage.

Première expérience. — Chien blanc de 18 mois. Ingestion de 10 centigrammes d'émétique. Ligature de l'œsophage avec un fil ciré. Vomissements excessifs au bout de trois quarts d'heure. Mort dix-huit heures après l'opération.

Deuxième expérience. — Même opération le 8 août, à quatre heures du soir, sur un chien de petite taille. Mort à neuf heures du matin, le lendemain.

Troisième expérience. — Même opération, même résultat au bout de dix-huit heures.

J'aborde ma deuxième série de preuves. Aux résultats que j'ai annoncés, on objecte que notre procédé opératoire, à M. Reynal et à moi, est cause de la mort. Examinons la valeur de cet argument. Oh! ici je suis dans une redoute inexpugnable. Ce n'est pas moi qui vais prouver qu'Orfila s'est trompé, c'est Orfila lui-même!

Voulez-vous savoir à quelle dose le nitrate de potasse est toxique? à la dose de 4 grammes. Ne vous en étonnez pas : rien de plus exact, si l'on en juge d'après les expériences où l'œsophage a été lié. Je les ai répétées, et en effet avec 4 grammes de sel de nitre, j'ai fait mourir deux chiens dans l'espace de quinze heures. Mais j'ai fait aussi la contre-épreuve : cette même dose de 4 grammes je l'ai administré à deux chiens qui l'ont absorbée sans la vomir; ils ont été indisposés, ont eu du tremblement, de la diurèse, mais le lendemain ils étaient complétement rétablis. Ce n'est pas tout; voici une démonstration encore plus convaincante. Quatre jours après, nous avons repris l'un de ces chiens qui avait supporté sans aucun dommage et sans vomir l'administration de 4 grammes de sel de nitre. Nous lui avons administré une deuxième fois 4 grammes de sel de nitre, mais cette fois, en liant l'œsophage, et il est mort au bout de quinze heures.

Est-ce assez clair cela?

Poursuivons : le sulfate de zinc est un émétique puissant pour les chiens dont on n'a pas lié l'œsophage, il est toxique à la dose de 30 grammes; or 2 grammes de ce sel ont suffi pour donner la mort à deux chiens, à l'un en vingt heures, à l'autre en dix-huit heures; la ligature de l'œsophage leur avait été pratiquée et avait provoqué des efforts excessifs. Pour rechercher si le sulfate de zinc est vénéneux par lui-même à la dose de 2 grammes, voici les deux expériences qui ont été faites : à deux chiens, administration de 2 grammes de sulfate de zinc. Ligature de l'œsophage pendant deux heures et demie, et déligature au bout de ce temps. Cessation immédiate des efforts de vomissement. Grand abattement des sujets pendant toute la journée. On leur donne de l'eau à trois heures, elle est déglutie. Le lendemain, mieux-être. Aujourd'hui, ces chiens sont parfaitement portants; il y a quatre heures que l'expérience a été faite.

Est-ce clair? Le chien meurt quand on lui donne une dose de substance supposée toxique, en maintenant l'œsophage lié; et il ne meurt pas si on délie à temps.

On ne dira donc pas que c'est mon procédé opératoire qui est mortel aux chiens, car s'il l'était, on ne comprendrait pas qu'il ait laissé survivre ces animaux à qui la ligature a été appliquée puis enlevée au bout d'un certain temps. Il est évident qu'il aurait dû leur être aussi pernicieux qu'aux autres.

Encore une preuve tirée de l'ouvrage d'Orfila... Je suis fâché de ne pas voir M. Trousseau, j'aurais fait pâlir son front de remords et d'horreur. Car M. Trousseau donne le sous-nitrate de bismuth à la dose de 30 gram.; M. Monneret en prescrit, me dit-on, jusqu'à 80 gram.! Et quelle est la dose toxique, d'après Orfila? 3 grammes, Messieurs! Oui, le sous-nitrate de bismuth, cette substance inerte, insoluble, insipide, donne la mort en dix-huit à vingt heures aux chiens!... dont on a, bien entendu, lié l'œsophage. J'ai fait l'expérience et la contre-épreuve :

Cinquième série : Nous avons administré à trois chiens 3 grammes de sous-nitrate de bismuth et l'œsophage a été lié. Efforts excessifs de vomissement après la ligature. Mort en dix-huit à vingt heures.

Cette même substance, qui paraît tuer à cette dose quand on lie l'œsophage, laisse les chiens parfaitement indifférents lorsqu'on la leur administre par la bouche, et qu'ils ne la vomissent pas. Cette contre-épreuve a été faite sur deux chiens; et l'un de ces animaux, qui avait supporté parfaitement la dose de 3 grammes de sous-nitrate de bismuth, est mort ensuite sous l'influence de la même dose, quand on lui eut lié l'œsophage.

Est-ce clair cela?

Voici cependant une dernière preuve de l'influence de la ligature.

Sixième série : M. Goubaux a cru démontrer, par des expériences faites avec beaucoup de soin et en voie de publication dans les *Archives*, que le sel constituait un poison pour le chien à la dose de 40, 50 ou 60 grammes; et M. Goubaux a raison aussi si l'on veut ne pas tenir compte de la ligature de l'œsophage.

Mais voici deux expériences qui prouvent que cette ligature joue un rôle important.

Nous avons pris deux chiens de grande taille et à chacun 50 grammes de sel en solution concentrée ont été administrés; puis ligature de l'œsophage.

Sur l'un de ces chiens, les effort de vomissement ont été immédiats et très accusés au bout de deux heures et demie. Enlèvement de la ligature. *Cessation immédiate des efforts de vomissement.* Aucune réjection de l'estomac. Grand accablement du sujet. On lui donne de l'eau pure qui est déglutie, et un peu de vin de quinquina sucré. Le lendemain, mieux-être; le surlendemain, appétit revenu. Aujourdh'ui l'animal se porte bien.

Le deuxième chien était réfractaire au vomissement. La ligature était enlevée aussi au bout de deux heures et demie. L'animal est un peu abattu, mais moins que le premier sujet. Il boit avec avidité l'eau pure qu'on lui offre. Le lendemain, c'est à peine s'il présente quelques signes morbides. Il boit et mange. Aujourd'hui, santé parfaite.

Cette démonstration me paraît irréfutable. Le nitrate de potasse, le bismuth, le sel, le sulfate de zinc, paraissent évidemment toxiques si l'œsophage est maintenu lié; ne le liez pas ou déliez-le à temps et les effets toxiques s'évanouissent. Que répondre à cela?

Peut-on, après de telles preuves, invoquer encore l'influence de notre

procédé opératoire? Ç'a été le principal argument que M. Jobert ait opposé à nos résultats. Pour les infirmer, il a fait lui-même des expériences dont vous avez entendu dans la dernière séance l'intéressant récit. Mais les faits de M. Jobert sont, en somme, semblables à beaucoup d'autres. Lui aussi a été témoin de ce tourment du système abdominal sur lequel j'ai insisté en commençant et qui est le résultat direct de la ligature de l'œsophage, car, avec cette ligature, le chien est forcé de vomir, et il en est empêché. Après vous avoir dépeint les efforts auxquels les animaux se livrent, M. Jobert a fait une dissertation sur la cause de nos dissidences. C'est le manuel opératoire qu'il en accuse exclusivement; il a fait ressortir la différence qu'il y a quant au résultat définitif entre une une grande incision et une petite, etc. Mais, c'est là la condamnation la plus formelle de l'opération! Car si vous faites tout dépendre de la dextérité de celui qui lie l'œsophage, à peine trouverez-vous dans la série des siècles deux hommes également aptes à exécuter cette ligature, et jamais vous ne pourrez affirmer que dans un cas donné les accidents soumis à votre appréciation sont le fait du poison ou le fait de l'opérateur. En conscience, je crois que M. Jobert a fait au procédé opératoire beaucoup plus d'honneur qu'il n'en mérite.

M. Orfila neveu, guidé par un sentiment fort louable assurément, est venu à cette tribune réclamer contre nos assertions; lui aussi, pour se rendre compte des résultats contradictoires, a invoqué la différence des procédés opératoires : c'est une énigme dont il cherche le secret. Notre secret? mais c'est de faire comme tout le monde. Nous incisons les parties molles du cou, puis nous les décollons jusqu'à la rencontre de l'œsophage, organe mou, contractile, qui échappe facilement; tous les chiens ne sont pas dociles : s'il en est qui viennent d'eux-mêmes tendre au fer de Calchas une tête innocente, d'autres se livrent à des contorsions, à des mouvements désordonnés, poussent des cris, et il peut arriver que le doigt, en cherchant l'œsophage, touche les trois paires de nerfs qui longent ce conduit. Ce n'est pas de ce fait de hasard que dépend l'issue de l'opération; elle est subordonnée à une autre condition bien plus insaisissable et cependant capitale, la susceptibilité individuelle des animaux. Il est des chiens réfractaires qui ne vomissent pas. Il y a exagération à parler de faits observés sur quatre ou cinq chiens de cette espèce et à en tirer des conclusions générales auxquelles on attribue une grande portée.

Le hasard a voulu que, dans nos expériences, nous ayons rencontré des chiens extrêmement impressionnables. J'ai vu, vu de mes yeux, mourir en trois heures un chien auquel je n'avais lié exclusivement que l'œsophage seul. Et M. Colin, qui s'est donné la mission de contrôler nos expériences, aurait vu de même mourir très rapidement l'un de ses chiens s'il l'avait abandonné à son sort au lieu de le soumettre au traitement que j'ai dit. Ceci est d'une importance capitale, Messieurs. On entreprend de nous désabuser, de mettre à néant nos prétentions, on veut nous prouver que nous nous y sommes mal pris et nous montrer la bonne façon d'opérer, et quand l'opération a pour résultat la mort de l'animal, on vient dire que le nerf récurrent a été lié! Quoi, vous aussi vous liez donc les récurrents avec l'œsophage! Si le récurrent a été lié réellement, je l'ignore, n'ayant pas assisté à l'autopsie; mais ce que je sais, c'est que la ligature de ces nerfs a pour résultat de rendre l'animal aphone et d'épargner à l'expérimentateur ses cris d'angoisse, sans influencer jamais le système abdominal.

J'ai voulu voir quels serait l'effet de la ligature du pneumogastrique et du trisplanchnique. Eh bien, je les ai maintenus liés avec l'œsophage pendant quelque heures, puis j'ai enlevé la ligature, et — c'est à peine si j'ose le dire, mais, si extraordinaire que cela puisse paraître, cela est pourtant — après avoir éprouvé de l'essoufflement, quelques vomissements, le sujet se porte aujourd'hui admirablement. J'ai renouvelé l'expérience sur un autre chien, il a succombé avec les symptômes qui suivent d'ordinaire la ligature de l'œsophage, et à l'autopsie, j'ai trouvé une pleurésie avec fausses membranes occasionnée, comme dans l'un des faits de M. Jobert, par la pénétration dans la plèvre du pus qui avait fusé le long des nerfs. Je me garderai bien de dire que la ligature de ces nerfs ne doive être évité, mais, enfin, je suis autorisé à croire que l'on en a singulièrement exagéré l'importance dans cette question.

On nous objecte encore que nous avons sans doute tiraillé l'œsophage; sans ce tiraillement, nous n'aurions pas déterminé d'accidents... Erreur : tel chien opéré avec une élégance parfaite succombe, tel autre dont l'œsophage n'est lié qu'après de laborieuses recherches guérit parfaitement.

Cette longue discussion sur la ligature de l'œsophage m'a remis en mémoire un grand principe du grand-maître de la physiologie expérimentale, de Haller, que je demande la permission de reproduire ici, en manière de conclusion, parce que cette citation me paraît pleine d'à-propos, et qu'on ne saurait trop la graver dans les esprits :

Est in omnibus experimentis lex, cujus neglectæ pœnas maximi aliquando viri luerunt. Nullum unquam experimentum, administratio nulla semel debet institui, neque verum innotescit, nisi ex constante repetitorum periculorum eventu. Plurima sunt aliena quæ se in experimenta immiscent; discedunt ea in repetendo, ideo quia aliena sunt, et pura supersunt quæ ideo perpetuo similiter eveniunt, quod ex ipsa rei natura fluant.

Si Orfila, *maximus vir* en toxicologie, s'est trompé dans celles de ses expériences que je viens de rappeler, c'est qu'il n'a pas attribué dans ces expériences une importance suffisante à cet élément étranger : *la ligature de l'œsophage.*

Je conclus en disant : qu'il faut maintenant l'isoler, lui attribuer son vrai rôle dans les expériences *passées*, et le réduire le plus possible à l'avenir, en ne maintenant l'œsophage serré que deux ou trois heures, et je crois qu'au lieu d'un lien on fera bien de ne se servir que d'une pince à coulants et à larges mors, faite exprès pour cette opération, facile à mettre en place et facile à ôter.

Et quand on aura pris toutes ces précautions, il faudra tenir compte de ce fait important, *quod ex ipsa rei natura fluit*, à savoir, *les efforts de vomissement* dont la constriction de l'œsophage est, dans un si grand nombre de cas, la cause déterminante.

M. Jobert propose à l'Académie de convoquer la commission nommée pour vérifier les résultats de M. Bouley. Des expériences qui pourraient être faites dans un local voisin de la salle des séances mettraient promptement fin à cette discussion. Je viens de faire, ajoute M. Jobert, six expériences : trois chiens ont survécu, trois sont morts, et de ces trois derniers, un a succombé à des abcès, un à la rupture de l'œsophage, un autre à des accidents asphyxiques.

Une différence dans le procédé opératoire peut seule expliquer des résultats aussi dissemblables. M. Bouley se sert d'un gros lien de tablier.

M. Bouley : Non.

M. Jobert : Toujours est-il qu'aucun de mes opérés n'a eu d'accidents nerveux. Comment le hasard me favoriserait-il à ce point et avec une si étonnante persistance? Je ne dis pas que la ligature de l'œsophage ne soit une opération sérieuse, je ne vais pas jusqu'à dire, comme le prétend M. Bouley, que les chiens n'en souffrent pas et qu'ils aboient; mais je maintiens que les accidents sont connectifs et en rapport avec l'étendue des lésions locales. — Quant à la ligature des gros nerfs, je m'étonne que M. Bouley en parle comme d'une chose insignifiante.

M. Jobert fait passer sous les yeux de ses collègues plusieurs pièces anatomiques sur lesquelles on voit le fil constricteur tantôt parvenu à la cavité de l'œsophage, tantôt encore engagé dans l'épaisseur de ses parois.

Il termine en critiquant la confusion que M. Bouley tendrait à faire d'une question de physiologie avec une question de toxicologie.

M. Bouley : Mais là est tout l'intérêt de la discussion!

M. Velpeau a la parole pour une motion d'ordre :

Une commission a été nommée, dit-il, pour examiner les faits de M. Bouley et de M. Jobert. Je propose de renvoyer toute discussion sur ces faits et toutes les communications qui s'y rattachent à l'époque où la commission aura lu son travail à l'Académie.

M. Malgaigne insiste pour avoir de M. Bouley un renseignement d'une importance extrême : M. Bouley s'est-il servi d'un lien volumineux ou d'un simple fil? La ligature a-t-elle été coupée près du nœud?

M. le Président s'oppose à la continuation de la discussion et met aux voix la proposition de M. Velpeau.

Une première épreuve est déclarée douteuse.

M. Velpeau développe les raisons qui le déterminent à présenter à l'Académie la proposition de clore pour le moment toute discussion. Il ne serait pas convenable que les séances se trouvassent absorbées par des communications et des réflexions toujours relatives au même sujet; c'est à la commission de les entendre et de les juger.

M. Bouley : Dans le cas actuel, la commission n'a pas été nommée pour juger le travail d'une personne étrangère à l'Académie; c'est une commission de collaborateurs.

M. le Président met aux voix pour la seconde fois la proposition de M. Velpeau. L'Académie adopte.

M. Piorry donne lecture d'une note sur un *lait artificiel fait avec du bouillon.*

M. Gaudin et M. Choumara ont observé que du bouillon qui s'échappait d'un autoclave mal fermé avait l'aspect lactiforme. Ils recueillirent la substance, la firent condenser dans un vase, et trouvèrent que le liquide résultant de cette condensation présentait un grand nombre des caractères du lait.

Ce liquide présente exactement l'apparence d'un lait crémeux; la coloration, la consistance, la façon dont il coule sont les mêmes; à l'aréomètre, son poids est en général supérieur à celui du lait ordinaire; son odeur est du même genre, mais moins suave, à chaud, elle rappelle celle du bouillon; la saveur de ce liquide est analogue à celle du lait naturel. Pour ne pas m'en laisser imposer par mes propres sensations, j'en ai fait goûter par vingt élèves, dont la moitié ne savaient pas d'où il provenait; tous l'ont considéré comme du lait.

En général ceux qui le trouvaient mauvais étaient ceux qui en connaissaient l'origine, pour ma part je le trouve fade, point aromatique, et quand je l'ai bu, il me laisse sur la langue un goût de crème très marqué et très agréable, Mélangé avec le café, et sucré, il est excellent.

Vu au microscope, le lait artificiel présente comme le lait naturel des globules ronds de dimensions diverses. Dans une première expérience, ils m'ont paru moins nombreux et plus petits; ils avaient une tendance à s'accoler les uns aux autres, en formant de petits groupes; mais ils ne se réunissaient pas véritablement, car à la moindre secousse, ils se séparaient et roulaient dans le liquide séreux où ils étaient suspendus. J'ai repris avec plus de soin ces expériences microscopiques; je les ai faites comparativement sur du lait artificiel frais et naturel frais, sur des laits artificiels et naturels condensés par l'ébullition, sur des laits naturels et artificiels conservés depuis quelques jours, comme aussi sur ces deux liquides commençant à présenter l'odeur putride. Or, je déclare que dans ces ces divers liquides, la dimension, la forme des globules, la manière dont ils coulaient, les variations dans les diamètres de ces mêmes globules, dont les uns étaient plus gros et les autres plus petits, n'ont pas différé dans le lait naturel et dans le lait artificiel.

Le troisième lait qui m'a été adressé était peut-être plus riche en globules que la meilleure crème naturelle; bien plus, les deux espèces de lait, traités par l'acide acétique et vus au microscope ne pouvaient être distinguées entre elles et, cependant, ce même acide acétique coagulait le lait de vache et ne coagulait pas le lait artificiel. Je dépose sur le bureau des échantillons des deux sortes de lait.

Abandonné à l'air, le lait de MM. Gaudin et Choumara se coagule incomplétement, et le caillot, ainsi que les agrégations des globules vus au microscope, se dissolvent facilement, surtout à l'aide de la chaleur, ce qui n'arrive pas pour le lait naturel; ce caillot est mollasse et ressemble à celui d'un lait incomplétement caillé. Les inventeurs affirment qu'abandonné à lui-même, il prend l'odeur du fromage. Ce lait se putréfie difficilement; j'en conserve depuis dix jours dans un bocal par une température de 30 + 0 en contact avec l'air, ses propriétés restent en partie les mêmes, seulement l'odeur en devient fétide, une couche d'un corps gras, qui n'est pas de véritable beurre, se dépose sur les parties supérieures du vase qui contient le liquide; ce corps gras est sans doute la moelle des os qui ont servi à la confection du liquide.

On ignore encore si ce lait est nourrissant et surtout à quel degré il peut l'être. J'ai commencé avec M. le docteur Belouino, des expériences sur ce sujet. Je rendrai compte plus tard à l'Académie des résultats de nos recherches.

Les expérimentations chimiques faites sur ce liquide sont aussi à l'état initial, on n'y trouve ni sucre de lait, ni beurre (qui est ici remplacé par le corps gras dont il a été parlé). Dans une communication ultérieure, je ferai part à l'Académie des résultats de l'analyse chimique du liquide remarquable dont il est ici question.

Voici comment on obtient le lait artificiel :

On dépose dans un autoclave ou marmite à Papin, une quantité déterminée, 3 kilogrammes par exemple d'os frais concassés et 1 kilogr. au plus de viande, on y ajoute cinq ou six fois autant d'eau : l'autoclave est hermétiquement fermée, un double fond l'entoure et dans cette cavité on fait circuler un courant de vapeur qui échauffe le contenu de la marmite à 140 degrés au-dessus de zéro; après quarante minutes de cette élévation de température on ouvre un robinet dont l'ouverture est étroite et de laquelle s'échappe brusquement un flot de vapeur dont l'arôme rappelle celui du bouillon; quelques secondes après sort un jet d'un liquide blanc qui ramolli dans une bassine n'est autre que le lait artificiel, dont j'ai précédemment indiqué les caractères physiques et microscopiques. Lorsqu'on en a extrait la quantité que l'on juge convenable, on ouvre l'autoclave et l'on n'y trouve autre chose que la viande et les os bouillis et un bouillon d'une qualité médiocre.

Quelque extraordinaires que paraissent de tels résultats, ils sont positifs et au-dessus de toute contestation; c'est à la grande usine de MM. Chollet et Compagnie, rue Marbeuf, que j'ai vu l'expérience dont étaient les témoins M. le docteur Belouino, avec lequel je me livre à des expériences sur l'alimentation des animaux par ce lait; M. Chollet, directeur-gérant; M. Wislin, ancien pharmacien; M. Huguet, avocat à la Cour de cassation; M. Bruno, régisseur de l'usine, et une foule d'autres personnes. M. Payen a été récemment témoin d'une expérience semblable. Si je n'avais vu de tels faits j'y croirais à peine, mais ils sont patents, faciles à reproduire, et si les membres de l'Académie le désirent, MM. Gaudin et Choumara fabriqueront devant eux, autant de fois qu'ils le désireront, leur lait artificiel.

On ne peut nier que la découverte dont il s'agit ne puisse avoir une grande portée au point de vue de la science, de la pratique et de l'alimentation publique. Le mécanisme des secrétions peut être d'abord singulièrement éclairci par de tels faits : de la gélatine, de l'albumine, peut-être de la fibrine, de l'osmazome, suspendues ou dissoutes dans de l'eau, passent en un jet continu, à une haute température, à travers un tube de petite dimension; voici que tout à coup dans ce canal retréci s'engendre un liquide lactiforme; il contient des globules du même genre que ceux du lait. Comment une telle transformation peut elle avoir lieu? — Certes ce n'est pas une force vitale qui détermine ce profond changement; il s'agit bien dans ce cas d'une action physique, mais quelle est-elle? Serait-ce une coagulation de molécules d'albumine et de gélatine, qui par les frottements qu'elles exercent les unes sur les autres, en roulant avec une extrême rapidité prendraient la forme ronde? S'opérerait-il encore quelque chose de semblable à ce qui a eu lieu, alors que sur une pelle rougie à blanc, l'eau passe à l'état sphéroïdal? Serait-ce sous une influence électrique qu'un semblable phénomène se manifesterait? Ce sont là des suppositions que des expériences bien faites pourraient seules renverser ou bien élever à la hauteur d'une théorie. Se passerait-il dans les organes secrétants quelque chose d'analogue, alors que du sang artériel composé d'éléments animalisés divers, et poussé avec force par le cœur, sous une température de 38 + 0, passe par des ouvertures capillaires où il peut être modifié par l'action électrique et par l'action nerveuse? Des ouvertures vasculaires variables en dimension, en forme, et admettant chacune des molécules organiques diverses, des canaux différents en longueurs, des variations dans la rapidité des courants, etc., seraient-elles les circonstances organiques qui déterminent la diversité si grande observée entre les fluides secrétés par les membranes, par les glandes, etc.? Quel champ les faits précédents n'ouvrent-ils pas à l'expérimentation!

Le lait artificiel, encore imparfait, ne peut-il pas être amélioré, soit par des conditions variées de température, soit par des quantités relatives d'os, de viande, de gélatine, etc., soit par la longueur, la dimension et la forme du tuyau à travers lequel s'échappe le liquide, soit encore dans les variations survenues dans la force de l'impulsion avec laquelle il est lancé, soit enfin par les additions que l'on peut faire aux substances qui sont ainsi transformées en lait? l'arôme qui manque au lait artificiel, n'est-il pas possible de le lui communiquer en mettant dans l'autoclave quelques végétaux aromatiques, etc.? la moelle des os qui se rencontre dans le lait artificiel ne pourrait-elle pas, par cette addition, prendre quelque chose de l'arôme du beurre? le sucre du lait qui fait ici défaut ne serait-il pas avantageusement remplacé par le sucre ordinaire? s'il y avait plus de substance animale, proportionnellement à l'eau, ne pourrait-il pas en résulter une augmentation dans le nombre et le volume des globules? le caillot imparfait que l'on obtient jusqu'à présent ne deviendrait-il pas alors plus ferme et plus apte à se convertir en fromage, etc., etc.? Autant de questions du plus haut intérêt, et dont la solution s'appliquerait à un grand nombre de points physiologiques relatifs au mécanisme des secrétions.

Que ces réflexions mécontentent les ultra-vitalistes, je le comprends, le fait de transformation d'une substance animale, telle que le bouillon, en un liquide lactiforme et à globules, sous l'influence de circonstances tout à fait matérielles et physiques, est ce que l'on peut arguer de plus fort contre les prétentions de ces messieurs; mais ce fait est encore une fois incontestable, et les questions qu'il soulève tendent toutes à mettre à néant les explications commodes que l'on a faites des secrétions par le principe vital, la force et les propriétés de la vie.

La pratique médicale peut utiliser un lait artificiel qui, tiré des os, doit contenir de fortes proportions de phosphate de chaux; c'est même là l'idée qui tout d'abord a frappé M. Gaudin, qui, ayant entendu parler de mes travaux sur l'emploi de ce sel dans l'ostéomalacie, la rachésophymie, les ostéites chroniques, et des succès que je dois à ce mode de traitement, est venu me proposer d'employer dans des cas pareils le liquide qu'il a découvert. Mais cette découverte pourrait avoir une bien autre portée; elle pourrait sans doute être bien autrement utile au point de vue de l'économie sociale; mais il faut préalablement avoir recours à des expériences sur l'alimentation des animaux et de l'homme.

Il est actuellement permis de supposer qu'un liquide analogue au lait, contenant comme lui des globules et ayant en grande partie sa saveur, fabriqué avec la gélatine, l'albumine, le fibrine et l'osmazome, enfin avec du bouillon, est propre à nourrir, mais pour le savoir, il faut expérimenter, et c'est là ce qui se fait actuellement, soit au point de vue chimique, soit au point de vue hygiénique. Il faut même établir dans le cas où il nourrirait, s'il le fait autant que le lait, si par l'évaporation on peut rapprocher ses éléments solides et augmenter ses qualités alimentaires, il faut savoir s'il est préférable à la gélatine et à ses analogues qui paraissent du reste nourrir beaucoup plus qu'on ne l'a prétendu, etc., etc.

Si l'on était assez heureux pour que le lait artificiel pût remplacer le lait naturel, ce serait un véritable bienfait pour l'humanité, son prix de revient est si faible (10 centimes le litre, alors même qu'il est fait avec des os et des viandes de choix), qu'en vérité il serait pour l'alimentation du pauvre, pour l'engraissement des volailles, des bestiaux, d'une fameuse utilité; ajoutez que les os frais, la viande de tous les animaux, du cheval par exemple, peuvent être convertis en lait artificiel, qu'il en est ainsi de tous les tissus blancs et même, dit-on, du suif et de la gélatine à l'état de colle-forte.

Quand même il arriverait, ce qui n'est pas probable, que le lait artificiel ne nourrisse pas, il n'en résulterait pas moins que ce serait là une substance nouvelle, dont les applications à l'industrie et à l'économie sociale pourraient être nombreuses et d'une grande utilité.

Je vous propose, Messieurs, d'encourager la découverte de MM. Gaudin et Choumara, en nommant une commission pour suivre les travaux auxquels se livreront sur le lait artificiel, MM. Gaudin et Belouino, sous la direction du chimiste que vous désignerez et avec l'assistance de celui de vos membres qui a l'honneur de vous soumettre cette note.

M. Boullay s'élève contre la dénomination de *lait* donnée par M. Piorry à une émulsion qui ne renferme pas les sels, le sucre propres au lait, et dont les propriétés nutritives ne sont pas démontrées. M. Boullay aurait préféré que les inventeurs du produit dont il s'agit, présentassent un travail à l'Académie et qu'une commission fût nommée pour confier un rapport à l'Académie. La lecture de M. Piorry lui semble empiéter sur les fonctions de cette commission.

M. Velpeau présente quelques observations dans le même sens.

M. Piorry répond à M. Boullay, qu'en désignant le liquide dont il a fait la présentation à l'Académie, sous le nom de *lait artificiel, liquide lactiforme*, il a cru suffisamment indiquer qu'il ne s'agit pas de lait naturel, véritable. Cependant ce n'est pas là une émulsion : car on y trouve au microscope non les amas amorphes de substance solide, mais de véritables globules, et d'ailleurs, l'aspect, la saveur, sont identiquement ceux du lait véritable.

La forme que j'ai donnée à ma communication, ajoute M. Piorry, a été trouvée insolite. Mais c'est un droit que je me suis toujours cru de faire part à l'Académie de mes observations, de mes recherches. Ce n'est pas de l'invention de M. Gaudin que j'ai parlé, c'est du résultat de mes propres expérimentations, et j'étais persuadé, les jugeant dignes de son attention, que je faisais bien d'en saisir le corps savant auquel j'ai l'honneur d'appartenir.

M. Moreau : Pour justifier l'analogie du liquide qu'il nous a montré, avec le lait, M. Piorry a allégué la forme des globules; mais il ne nous dit rien de leur composition chimique, des réactions qu'ils présentent avec l'éther...

M. Piorry : C'est précisément parce que la composition du liquide n'est pas bien connue, que j'ai proposé à l'Académie d'inviter un chimiste à procéder à cet examen.

M. le Président propose le renvoi du rapport de M. Piorry au conseil d'administration. (Adopté.)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 102. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 23 Août 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT

Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, à *Paris* ;

DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,

Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 22 AOUT 1856.

LA FÊTE DU 20 AOUT.

La fête du 20 août a été magnifique. Elle laissera une longue impression sur l'esprit et sur le cœur. Depuis le Congrès médical, il n'y avait pas eu de réunion de médecins aussi nombreuse et aussi imposante. Plus de quatre cents de nos confrères, venus de tous les points de la France et plusieurs médecins étrangers, se sont associés à cette belle manifestation confraternelle, qui eût été plus belle encore sans les hésitations et les embarras des derniers jours, et qu'il faut confraternellement rejeter sur un malentendu fâcheux. A la dernière heure, pour ainsi dire, tout s'est éclairci, les préventions se sont dissipées, les susceptibilités se sont éteintes, les appréhensions se sont calmées, et, comme nous l'avions toujours espéré, ceux-là mêmes qui avaient manifesté le plus de craintes, vaincus par l'évidence, vaincus par l'insistance aussi prudente que ferme de la Commission et de son digne président, sont venus s'asseoir à ce Banquet mémorable. Honneur à eux! Honneur à tous! Oubli, union, confraternité, force nouvelle pour tous les éléments de la famille, voilà ce qui doit ressortir de ce Banquet, même après ses orages, comme après le trouble et les agitations de la fermentation se dépose et coule un vin limpide et généreux.

Dès sept heures, invités et invitants arrivaient dans la grande cour couverte de l'Hôtel du Louvre, où chaque convive recevait une carte qui lui indiquait le numéro de la table et le numéro de la place qu'il devait occuper à cette table. Cette simple et utile mesure a évité les embarras et la confusion des premiers instants, et quand la salle du festin a été ouverte, chacun a trouvé sa place avec facilité et sans désordre.

Cette salle du festin est imposante comme une galerie de Versailles. A la magnifique décoration dont elle est ornée, la commission avait fait ajouter les drapeaux, les trophées et les emblèmes des armées alliées, et lorsque toute l'assistance a été assise, le coup d'œil de cette immense assemblée était vraiment féerique. L'éclat des lustres, la beauté du décor, le nombre des convives parallèlement rangés le long de onze immenses tables, le scintillement et la variété des costumes et des insignes, les invités militaires placés entre les invitants civils, l'animation, la gaieté, la douce et bonne confraternité qui se peignaient sur tous les visages, tout cela formait un spectacle que n'oublieront jamais ceux qui l'ont vu et qui, dans tous les cœurs, a fait naître le désir de le revoir encore.

A l'une des extrémités de la salle du Banquet, et dominant toute l'assemblée, avait été dressée la table où s'est assis M. le Président de la Commission, autour de laquelle étaient groupés MM. les médecins envoyés par les gouvernements alliés de la Grande-Bretagne, de la Sardaigne et de l'Empire ottoman, M. Bégin, président du Conseil de santé des armées, MM. Michel Lévy et Baudens, MM. Larrey, Scrive, Scoutetten, à côté de MM. Rayer, Bouillaud et Nélaton, membres de la Commission; puis venaient les professeurs du Val-de-Grâce, les médecins invités de l'armée d'Orient, encadrés dans un groupe d'invitants, chaque table étant présidée par un membre de la Commission, portant comme signe un ruban bleu frangé d'or.

Malgré l'étendue de la salle du festin, il a fallu, au grand regret de la Commission dresser quelques tables supplémentaires dans la grande galerie de réception, et, à son plus grand regret encore, il a fallu, dès mardi soir, refuser la souscription d'un grand nombre de retardataires. Huit jours plus tard, et quelques embarras préliminaires du moins, et ce n'était plus le grand Hôtel du Louvre qui eût pu réunir la foule des invités et des invitants, c'était au Jardin-d'Hiver qu'il eût fallu transporter cette immense table confraternelle.

Le vin de Champagne pétille dans les verres, et, par une impulsion irrésistible, unanime et soudaine, tous les convives se lèvent et le choc des verres, le serrement des mains, les effusions les plus chaudes jettent sur ce moment de fraternisation une émotion indicible. Voilà, voilà la véritable et sincère signification de la fête!

Mais M. le Président Paul DUBOIS s'avance vers le milieu de l'assemblée; le plus profond silence s'établit, et l'illustre Président de la commission prononce le discours suivant :

Messieurs et chers confrères,

Lorsqu'au milieu de l'émotion la plus vive et la plus profonde, Paris vit rentrer dans ses murs les premières colonnes de notre armée victorieuse, une voix illustre et puissante rappela, dans un magnifique langage, qu'après les guerres heureuses de la République, le Sénat et les consuls allaient aux portes de Rome pour recevoir et féliciter leurs légions triomphantes.

La fête qui nous rassemble ne saurait avoir le prestige de ces grands souvenirs, mais elle tend au même but moral; elle a lieu dans les mêmes circonstances; elle est inspirée par les mêmes sentiments, et la table hospitalière, à laquelle nos invités sont venus s'asseoir, est le symbole modeste de ces anciennes et sympathiques ovations. (Applaudissements.)

Vous le savez, mes chers confrères, un double sentiment de reconnaissante admiration et de pieux patriotisme a inspiré la pensée de cette réunion confraternelle. Nous avons voulu féliciter et fêter ceux de nos confrères de l'armée et de la flotte d'Orient, qui ont eu l'heureuse fortune de braver les dangers et de résister aux labeurs indicibles d'une guerre formidable et lointaine. Nous avons voulu signaler à la haute estime et à la gratitude de notre pays l'humanité courageuse et habile dont ils ont donné tant de preuves.

Mais un devoir plus impérieux encore nous était imposé, celui d'invoquer le souvenir et de glorifier la mémoire de ceux de nos confrères qui, dans l'accomplissement de leurs fonctions périlleuses, sont tombés victimes de leur zèle et de leur dévouement.

Vous avez répondu à notre appel avec un empressement digne de la noble profession à laquelle vous appartenez, des grands événements qui viennent de s'accomplir et de l'œuvre sainte à laquelle vous vous êtes libéralement associés.

Lorsque pour assister à cette réunion vous avez presque tous franchi de grandes distances, et délaissé vos occupations et vos familles, vous ne vous êtes pas mépris sur le caractère et sur la portée de cette imposante manifestation. Vous n'avez songé ni au choix de l'heure et du lieu, ni aux détails secondaires et insignifiants de la forme qu'elle revêtirait, vous n'avez eu qu'une pensée, celle de donner un grand et généreux exemple de patriotisme et d'union confraternelle. C'est à l'expression de ces sentiments élevés que se sont associés les gouvernements de la Grande-Bretagne, de la Sardaigne et de l'Empire Ottoman lorsqu'ils nous ont fait l'honneur de choisir pour représenter la médecine militaire de leurs nations les hôtes illustres qui sont assis à nos côtés.

Mais quelque éclatants que soient les témoignages de votre gratitude, ne craignez pas qu'ils puissent être supérieurs aux mérites que vous voulez honorer. Nos confrères ont dû malheureusement donner l'exemple de tous les courages. (Applaudissements.)

Dans cette guerre de siége, l'ambulance était pour ainsi dire sur le champ de bataille, elle touchait à la tranchée, et là, protégés imparfaitement par des murs délabrés, confondus avec des bataillons accroupis dans la neige et dans la boue, à travers les balles et les obus, les représentants du corps médical, veillaient jour et nuit, et quand sonna l'heure de l'attaque du Mamelon-Vert ou de la tour Malakoff, le sang de plusieurs d'entre eux, blessés dans les colonnes d'assaut, se mêla à celui de leurs compagnons d'armes et scella cette noble et suprême communauté.

Mais ce champ de bataille sur lequel se déployaient les qualités brillantes de nos soldats, l'intrépidité, la bravoure, l'ardeur impétueuse et irrésistible, le champ de bataille n'est pas le théâtre exclusif de tous les courages et de tous les dévoûments. La force d'âme, le respect inébranlable du devoir, porté jusqu'à l'héroïsme, se sont montrés souvent sur une autre scène, annexe douloureux et inséparable du champ de bataille, l'hôpital.

Aucun des fléaux qui naissent sous les pas des armées nombreuses, qu'elles traînent fatalement après elles, et qui les déciment sans relâche, aucun de ces fléaux n'a épargné notre armée d'Orient. Afin de suspendre ou du moins de modérer, si cela était possible, les conséquences redoutables de cette calamité, on s'empressa de créer des hôpitaux sur les hauteurs qui dominent Constantinople et sur les rives du Bosphore et des Dardanelles. Mais des transports périodiques et nombreux de la Crimée les remplirent trop rapidement, et ces asiles de la souffrance et du courage malheureux devinrent en quelques jours des foyers pestilentiels.

La conscience d'un péril dont ils connaissaient toute l'étendue, n'ébranla pas un instant, chez nos confrères, la conscience de leur devoir, ils le remplirent jusqu'à la fin, avec la constance et l'abnégation des âmes fortement trempées; beaucoup d'entre eux succombèrent, et tel est aujourd'hui le nombre connu de ces glorieuses victimes, qu'il n'a point d'égal dans les différents corps d'officiers de l'armée d'Orient. Ces pertes sont douloureuses, elles laissent des veuves et des orphelins dans un état voisin de l'indigence. Une loi, devant l'autorité de laquelle nous devons nous incliner, aurait pu adoucir des situations regrettables, elle l'a fait incomplétement.

Nous venons d'honorer par une manifestation bien méritée le corps médical de l'armée d'Orient dans la personne de ceux qui le représentent à ce banquet. Après cette justice éclatante rendue aux vivants, honorons utilement la mémoire des morts; nous ne le ferons jamais mieux, mes chers confrères, qu'en soulageant, autant qu'il est en nous, les veuves et les orphelins qui sont restés sans fortune et sans appui.

Les acclamations unanimes de l'assemblée et une triple salve d'applaudissements accueillent ces éloquentes et touchantes paroles.

M. le Président reprend la parole et annonce qu'il va porter les toasts et qu'il les produira successivement.

L'assemblée se lève et M. Paul DUBOIS s'exprime ainsi :

A l'Empereur!

Sa sollicitude pour tout ce qui touche à l'honneur et au bien-être de l'armée ne s'est jamais démentie. En aucun temps, elle ne fut plus active et plus efficace que dans la guerre qu'il a terminée par une paix glorieuse.

Puisse la médecine militaire lui devoir un jour le rang et les avantages que possèdent les autres hiérarchies de l'armée, et qui assureraient la considération et le bien-être dont elle est si digne.

Puisse cette sollicitude bienveillante et généreuse ajouter son puissant concours à nos propres efforts pour le soulagement des veuves et des orphelins que la mort de nos confrères a laissés sans fortune et sans appui. (Applaudissements.)

A la mémoire des médecins de l'armée et de la flotte d'Orient qui ont glorieusement rempli leur devoir, et sont tombés, victimes généreuses de leur zèle et de leur dévouement. (Applaudissements.)

A nos confrères de l'armée et de la flotte d'Orient qui, par leur humanité courageuse, habile et infatigable, ont mérité l'admiration et la reconnaissance de leurs concitoyens. (Applaudissements.)

Aux membres du corps médical de la Grande-Bretagne, de la Sardaigne et de l'Empire ottoman qui nous ont fait l'honneur d'assister à ce banquet. L'union politique de ces puissances a fait notre force. Que notre union confraternelle soit la consécration de notre estime et de notre affection réciproques. (Applaudissements.)

M. le Président regagne sa place au milieu des bravos de l'assemblée. Au bout de quelques instants le silence se rétablit et M. BÉGIN, président du Conseil de santé des armées, prend la parole en ces termes :

Messieurs,

Vous trouverez naturel sans doute que le plus ancien des médecins de l'armée ajoute quelques mots aux paroles chaleureuses que vient de vous adresser le digne doyen de la Faculté de médecine de Paris.

Puissent les vœux qu'il a si parfaitement exposés, avec la double autorité d'une haute raison et d'une mûre expérience, en faveur du corps médical militaire, arriver jusqu'au chef auguste à qui aucune amélioration n'est présentée en vain.

Après une guerre glorieuse, qui illumine de l'éclat de la victoire les conquêtes merveilleuses et pacifiques des sciences, des arts et de l'industrie, c'est une fête de famille douce à nos cœurs que celle dans laquelle nous honorons ceux des officiers de santé de l'armée qui ont prodigué, avec tant de constance et de dévoûment, aux braves de tous les grades, atteints par le feu de l'ennemi ou par le fléau des contagions, les secours de notre art réparateur.

Médecins de l'armée d'Orient, vos camarades, retenus en France par le devoir, ont suivi avec un anxieux intérêt vos pénibles travaux; ils ont partagé, par la pensée et par le cœur, vos fatigues et vos dangers; ils ont applaudi avec transport à vos services courageux autant qu'éclairés; ils vous sont reconnaissants du lustre que vous avez jeté sur le corps médical tout entier, en obligeant la voix publique de proclamer que, fidèle à sa tradition, il a, cette fois encore, bien mérité de la science, de l'armée et du pays.

Et vous, très honorables confrères des armées alliées de la France, nous nous félicitons de vous voir réunis dans ce banquet, comme vous l'étiez naguère sur le champ de bataille et dans les hôpitaux, à nos camarades de l'armée d'Orient. Ils ont admiré votre organisation hospitalière, un grand nombre de vos moyens d'actions, et surtout l'habileté et l'excellente direction pratique de vos services. Ces souvenirs ne s'effaceront pas parmi nous. Recevez et transmettez à vos collaborateurs le témoignage de parfaite estime que je suis heureux de vous exprimer au nom de la médecine française.

Messieurs, si la médecine est *une* dans son origine, dans ses principes, dans ses études, cette unité se montre bien plus fortement encore dans son esprit et dans l'accomplissement du devoir qu'elle impose. Partout où il y a une douleur à soulager, le médecin accourt tout d'abord.

Exercée dans la population isolée de nos campagnes ou au milieu des classes pauvres de nos cités, sollicitée au profit de tous pendant des épidémies meurtrières ou à la suite de sinistres catastrophes, la profession médicale s'élève, dans l'ordre civil comme à l'armée, à la hauteur d'un sacerdoce, auquel, à la gloire de notre patrie, elle est toujours restée fidèle. (Applaudissements.)

Les médecins de l'armée sont profondément touchés des sentiments qui ont inspiré cette réunion, où ils reconnaissent avec bonheur des condisciples, des émules et des maîtres. Ce jour aura de l'écho dans l'avenir, il resserre encore, s'il est possible, les liens qui ont uni, dans tous les temps, les enfants de la même famille lorsqu'il s'est agi du progrès de l'art et de l'amour de l'humanité. (Bravos.)

A nos confrères de la médecine civile, reconnaissance pour leur cordial accueil!

Cette allocution est suivie des applaudissements unanimes de l'assemblée.

M. le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon, s'avance vers la tribune et prononce le discours suivant :

Messieurs et chers confrères,

Que de motifs de reconnaissance et de joie pour les médecins de la marine, quand ils apprendront quels ont été, à leur égard, votre accueil, vos paroles et vos sentiments dans cette grande et solennelle réunion! Vous leur avez prodigué tout ce que la bienveillance a de plus délicat, le langage de plus flatteur, le cœur de plus chaleureux, et pour répondre à tant de témoignages de sympathie confraternelle, c'est moi que vous choisissez pour parler en leur nom dans cette imposante assemblée! Combien je regrette davantage encore que M. Quoy, inspecteur-général du service de santé de la marine, soit retenu loin de cette enceinte; nul mieux que lui, n'eût répondu au toast du président du banquet et aux acclamations unanimes de nos confrères; l'âge, l'élévation du grade, la distinction du mérite, ne permettant qu'à lui seul d'honorer le corps médical de France par un juste hommage rendu

A la commission du banquet,

A l'illustre doyen de la Faculté de médecine de Paris, M. le docteur baron Paul Dubois, (Applaudissements.)

A l'illustre président du Conseil de santé des armées, M. le docteur Bégin. (Applaudissements.)

Au modeste promoteur de cette magnifique fête, M. le docteur Maheux. (Applaudissements.)

Dans son absence, je ne puis décliner l'honneur de le représenter ici et de parler au nom de mes confrères de l'armée navale; mais permettez-moi, je vous prie, d'accepter ce périlleux honneur comme un devoir et en échange de votre hospitalité.

Recevez, Messieurs, les remercîments bien sentis et l'expression de la profonde gratitude de tous les médecins de la flotte, pour votre invitation à ce banquet splendide, dont la pensée restera dans nos annales comme une éclatante manifestation de votre estime pour leur savoir, de votre admiration pour leur dévouement. (Applaudissements.)

Vous le savez, Messieurs, la médecine s'exerce en France dans trois conditions, *la vie civile*, *l'armée*, *la marine*. Mais ces trois lignes de notre noble profession sont comme les embranchements d'une même famille, ou, si vous l'aimez mieux, comme trois sœurs que le même cœur anime et que dirigent les mêmes instincts. (Approbation.)

Dès nos premiers pas dans la carrière, nous avons appris à aimer nos confrères honorables qui, dans les campagnes et dans les villes, sous le chaume comme sous les lambris dorés, dans les temps calmes comme dans les jours d'agitations et d'épidémies, répandent sans cesse les secours d'un art bienfaiteur; nous avons appris à admirer ceux qui, dans les hôpitaux, la presse, la littérature médicale, les arts utiles à notre profession, consacrent, chaque jour, les plus belles facultés de l'esprit et les impulsions du génie, au bien de l'humanité, au développement de la science, au perfectionnement de nos institutions; nous avons appris à vénérer les intelligences d'élite qui, dans les Facultés, les Sociétés savantes, l'Académie, l'Institut, par la grandeur de l'enseignement et la consécration du progrès, sont la gloire et l'éternel honneur de la médecine française. (Applaudissements.)

Vous connaissez, Messieurs, comme nous les connaissons nous-mêmes, nos braves camarades de l'armée; il ont le bonheur d'avoir des hôpitaux, une école de médecine dans la capitale, de vivre en grand nombre au milieu de vous, et de s'associer à toutes vos réunions. Vous savez qu'aussi instruits que modestes, aussi courageux qu'infatigables, ils sont si dévoués que, chez eux, l'abnégation est une vertu vulgaire : et vous appréciez tous, au degré de leur haute valeur, ces chefs éminents qui, par la distinction de leurs services, l'importance de leurs travaux, la supériorité de leurs talents, dignes émules des Percy, des Broussais, des Desgenettes, des Larrey, jettent le plus vif éclat sur la médecine militaire.

Il faut en convenir, Messieurs, vous connaissez moins les médecins de la marine, également dignes de toutes vos sympathies; leur destinée est de vivre loin de vous, de n'avoir que très rarement l'occasion de prendre part à vos fêtes de famille, et de resserrer, avec vous, par l'échange des meilleurs sentiments, les liens de la plus cordiale confraternité. Les nécessités du service les retenant habituellement à la mer ou dans les hôpitaux des ports, ce n'est qu'exceptionnellement, et pour ainsi dire qu'à la dérobée, qu'ils viennent, dans les Facultés, demander le diplôme de docteur, et dans vos hôpitaux chercher le perfectionnement pratique aux inspirations cliniques des grands médecins et des grands chirurgiens dont la France s'honore. Je voudrais vous entretenir encore de vos confrères de l'armée navale, vous dire leur avancement au concours, leurs études sérieuses, leurs connaissances étendues, les services qu'ils rendent à la flotte, les travaux dont ils ont enrichi l'hygiène, la médecine, la chirurgie, l'histoire naturelle, mais je craindrais de m'éloigner du but qui nous rassemble et d'abuser de votre attention si bienveillante pour moi.

Dans le siége mémorable qui vient d'étonner le monde, et dans cette guerre exceptionnelle, la plus grande du siècle, où, secondant les impulsions du chef de l'État, tous ont rivalisé d'intrépidité héroïque, les médecins des armées et des flottes alliées, dans la Baltique comme dans la mer Noire et leurs illustres chefs que j'ai l'honneur de saluer ici, sont constamment restés à la hauteur de leur noble position toute de courage, de science et de charité. Compagnons fidèles des soldats et des matelots, ils les suivaient dans les combats et dans les épidémies, les disputaient à la mitraille comme aux fléaux destructeurs, les protégeaient contre les atteintes d'invisibles ennemis, jusqu'au jour où, frappés comme eux du fer des batailles ou des coups de la contagion, plus de cent les ont accompagnés dans la tombe!

Dans tous les temps, il a été beau de mourir pour la patrie, le glaive à la main, dans l'excitation de la gloire et l'enthousiasme du combat; c'est là une vertu antique. Mais mourir lentement dans une épidémie, attendre froidement la mort, la recevoir avec fermeté, sans éclat, sans bruit, sans renommée! C'est là plus que de la bravoure, Messieurs, c'est de l'héroïsme! (Applaudissements.) Sainte abnégation, fille d'une moderne civilisation; vertu sublime que l'antiquité payenne aurait divinisée, et que les sociétés contemporaines, grandies sans doute par les exemples de nos confrères, considèrent comme le simple accomplissement du devoir!

Messieurs, nos pères avaient la pieuse coutume de se réunir dans des banquets de famille pour s'entretenir des parents qui n'étaient plus et célébrer leur mémoire. Quel moment plus solennel pour les imiter! Honneur, mille fois honneur au talent, au courage, au dévouement de nos généreux confrères des armées et des flottes d'Orient, morts du choléra, du typhus, au champ d'honneur, au chevet du matelot et du soldat.

Une acclamation unanime accueille cette belle et éloquente oraison, prononcée avec chaleur et émotion.

M. le docteur Baudens, membre du Conseil de santé et inspecteur de l'armée en Orient, répond de la manière suivante au toast de M. le Président :

Messieurs et très honorés confrères,

Jamais solennité pareille n'a réuni les membres de la grande famille médicale dont vous êtes les délégués.

Jamais, aussi, les officiers du corps de santé n'avaient trouvé une plus belle occasion de prouver leur dévoûment traditionnel à la France, à l'armée, qui les a toujours traités en frères, et dans les rangs de laquelle ils ont toujours été si fiers de compter.

Il appartenait à des hommes de labeur, de science, comme vous, chers confrères, de récompenser par une manifestation encore sans exemple le travail et le savoir. « La gloire s'achète par le travail, » disait, il y a peu de jours, le savant et illustre maréchal Vaillant. (Bravos.)

Tandis qu'à l'Alma, à Inkermann, à Tracktir et sur les ruines sanglantes de Sébastopol, nos intrépides soldats burinaient l'histoire moderne de la Chersonèse Tauride avec leurs baïonnettes victorieuses, le chirurgien parcourait ces glorieux champs de bataille, calme et recueilli au milieu des boulets. Il disputait à la mort ses victimes par d'ingénieux procédés nouveaux, et ajoutait une grande page scientifique au livre des plaies d'armes à feu.

Plus tard, pour préserver l'armée, nous avons isolé le typhus contagieux, nous l'avons emprisonné dans des hôpitaux spéciaux. Y pénétrer, c'était aller au-devant de la mort. Nul n'a reculé devant le danger; aussi, presque tous les médecins ont-ils été atteints par l'épidémie. Quinze de nos confrères, MM. Arcelin, Gaullet, Caumont, Lambert, Daga, Huard, Didion, Quesnoy, Carmouche, Vansteenkiste, Petibon, Coynard, Darcy, Gouraud, Courbet, avaient été déjà blessés par le feu de l'ennemi.

Plus de quatre-vingts sont morts sur ce champ de bataille des officiers de santé de l'armée où les avait si noblement dirigés leur digne chef, M. Scrive.

Ce dévouement, cette abnégation, vous les aviez inculqués par votre exemple, bien chers et illustres maîtres, à vos élèves de l'armée d'Orient. Ils n'ont voulu que vous imiter en perpétuant les saines traditions des écoles et du corps médical tout entier. Souffrez que je vous rende ici un public et éclatant hommage.

Cette fête fera époque : l'Angleterre, la Turquie, la Sardaigne, en s'y faisant représenter par les plus grands médecins de leurs armées de terre et de mer lui ont donné les proportions d'un véritable événement.

Vous avez, chers confrères, cédé à l'élan et à l'inspiration du cœur; le sentiment public, si bon appréciateur des pensées généreuses, partage en ce moment vos sympathies.

Le gouvernement de l'Empereur, dont le nom soutenait l'intrépide courage de l'armée et exaltait tous les genres de dévoûment; le vainqueur de Sébastopol, dont l'énergique concours ne nous a jamais fait défaut, vous sauront aussi gré d'avoir, à votre tour, glorifié l'immortelle campagne de Crimée.

C'est par de tels actes que les professions s'honorent et grandissent dans l'estime publique.

Je propose le toast suivant :

Les médecins de l'armée de Crimée reconnaissants, à leurs confrères de l'ordre civil.

Ce discours, prononcé avec animation, est suivi des plus chauds témoignages de satisfaction de l'assemblée.

Sir John Hall, inspecteur général des hôpitaux anglais en Orient, prononce en anglais l'allocution suivante, dont voici la traduction :

Monsieur le baron, Messieurs,

En mon nom et au nom de MM. les médecins de l'armée anglaise employés à la guerre d'Orient, je vous offre mes remercîments pour la manière gracieuse avec laquelle nous, et les médecins des armées alliées, avons été accueillis dans cette réunion mémorable.

Je regrette d'être empêché de m'exprimer dans la langue française, et je le regrette d'autant plus, que plusieurs d'entre vous peut-être, n'entendent pas la langue anglaise. Or, je voudrais que vous tous, Messieurs, pussiez comprendre combien nous tous, médecins de l'armée anglaise, estimons ces médecins de l'armée française que vous avez réunis aujourd'hui dans cette enceinte, et dont vous fêtez l'heureux retour dans la patrie après une campagne si périlleuse et si rude.

Comme chef du département médical de l'armée anglaise, en Orient, pendant toute la durée de la guerre, que de nombreuses occasions n'ai-je pas eues d'admirer le talent, le zèle et le courage de nos braves confrères de France, et [illegible] bonne et utile entente cordiale avec leurs confrères des armées alliées! Je me rappelle avec une vive gratitude les secours que vous nous avez offerts après la bataille de l'Alma, et l'assistance que vous nous avez prêtée en plusieurs occasions pour le transport de nos blessés et de nos malades à Balaclava, pendant l'hiver de 1854, quand nos moyens de transport étaient devenus insuffisants. Je me suis si bien convaincu alors de la supériorité de vos *cacolets* et de vos *litières* sur nos voitures, que j'ai recommandé l'emploi des mêmes moyens dans l'armée anglaise, et que maintenant ils forment une partie de notre équipage pour le champ de bataille.

Une alliance comme celle qui existe entre la France et l'Angleterre devait porter les médecins des armées alliées vers un rapprochement agréable et sincère. Je conserverai toujours un précieux souvenir des occasions qui m'ont valu de faire la connaissance de médecins aussi distingués que MM. Baudens, Michel Lévy, Scrive et tant d'autres, que je peux, je l'espère, compter à l'avenir au nombre de mes meilleurs amis.

Messieurs, un lien nouveau est venu resserrer notre confraternité, c'est la réciprocité des récompenses qui nous ont été accordées par nos gouvernements respectifs. Vous le voyez, comme vous, et grâce à la générosité de l'Empereur, je porte sur la poitrine l'étoile de l'honneur. Je suis fier de cette distinction, et j'en porte les insignes avec orgueil, car tout homme doit se trouver bien honoré d'appartenir à un ordre si célèbre et qui compte tant d'illustres membres.

Notre honorable confrère de la Grande-Bretagne a pu voir, par les applaudissements de l'assemblée, que la langue anglaise, quand elle exprime d'aussi beaux sentiments, est généralement comprise en France.

M. le chevalier Comisetti, médecin en chef du corps expéditionnaire sarde, remercie l'assemblée en ces termes :

Chef du corps sanitaire piémontais en Orient, et son représentant à cette mémorable réunion, en même temps que je vous félicite de l'heureuse idée de donner un banquet aux braves confrères de retour de la campagne d'Orient, je vous remercie de toute mon âme de m'avoir procuré l'honneur de connaître personnellement tant d'hommes illustres, que j'avais appris depuis longtemps à suivre, à admirer dans leurs ouvrages scientifiques. Veuillez, Messieurs, agréer de ma part, et de la part de mes confrères du Piémont, les félicitations les plus sincères et l'assurance d'une gratitude éternelle.

Permettez-moi de porter un toast à vous tous, Messieurs, au doyen, digne représentant de la Faculté médicale de Paris, à tout le corps médical, qui a tant mérité de la science et de l'humanité par ses productions intellectuelles et son habileté; à cette illustre branche de la grande famille sociale qui de tout temps a contribué si puissamment aux progrès et à la gloire des nations. Puisse ce banquet rester le symbole éternel de l'union et de la fraternité; puisse-t-il étendre son influence et ses bienfaits sur le monde médical entier, et être [illegible] par tous, comme sont [illegible] les bienfaits de vos travaux scientifiques. (Applaudissements unanimes.)

M. le colonel-docteur Sinapion, professeur à l'École de médecine de Constantinople, répond ainsi au toast de M. le Président :

Messieurs,

Vous avez bien voulu m'associer à cette fête fraternelle comme représentant de mes confrères de Turquie, qui ont pris part à cette glorieuse campagne de Crimée; je vous remercie en leur nom et en mon nom particulier, et je vous prie de croire qu'ils auront été aussi heureux et aussi fiers que moi de pouvoir venir s'asseoir à cette table, où ils auraient vu de près leurs maîtres illustres, et leurs confrères, gloires du corps médical de France et de l'armée française.

Messieurs, en conviant aujourd'hui à ce banquet les médecins de l'armée et de la flotte, vous avez voulu proclamer hautement et une fois de plus, leur zèle, leur courage, leur dévouement et leur abnégation sur le champ de bataille.

Lorsqu'il s'agit de proclamer et de fêter de pareilles vertus, c'est la France qui prend toujours l'initiative, comme c'est à la France aussi que revient l'honneur de précéder les peuples dans la voie du progrès et de la civilisation; suivons, Messieurs, la France dans cette voie et buvons tous à sa prospérité. (Bravos et applaudissements.)

M. le docteur Ricord propose le toast suivant qui est chaleureusement accueilli par l'assistance :

Messieurs et chers confrères,

Après les paroles éloquentes que vous venez d'entendre, j'ose prendre la parole avec confiance, convaincu que vous accueillerez avec sympathie, le toast que je vais vous proposer.

Lorsque le canon a cessé de gronder, lorsque nous n'entendons plus que la détonation pétillante du champagne, nous devons nous souvenir des confrères absents.

Avant, pendant et après les grandes luttes, tous les membres de la famille médicale sont toujours unis et doivent toujours être unis, car ils ont un même but à atteindre : le soulagement de l'humanité; le même ennemi à combattre, la mort.

Pour qui tombe sur ce champ de bataille, il n'y a pas de nationalité, pas plus que pour celui qui a le bonheur de le secourir.

Dans la grande guerre qui vient de se terminer d'une façon si heureuse, tout le monde a fait son devoir : nous devons à tous des remercîments.

Permettez-moi donc de vous proposer un toast à nos confrères de Russie, aux médecins et aux chirurgiens des armées russes de Crimée.

M. le docteur Maheux prononce l'allocution suivante :

Je suis touché des paroles si flatteuses qui viennent de m'être adressées par M. Jules Roux, de Toulon; je remercie mon honorable confrère du plus profond de mon cœur.

Lorsque j'ai conçu l'idée de cette réunion confraternelle, je n'ai obéi qu'à un sentiment d'admiration pour la glorieuse conduite des médecins de l'armée et de la flotte; j'ai cru que le corps médical de France, qui a lieu d'être si fier d'eux, se ferait une joie et un devoir de leur en témoigner publiquement sa reconnaissance. Je vois avec bonheur que je ne me suis pas trompé, puisque le corps médical a répondu avec tant d'empressement à mon modeste appel.

Si après l'estime de soi, celle de ses pairs est la plus douce, nos confrères de l'armée peuvent être doublement heureux, car, nous pouvons dire : ils ont bien mérité de la profession. Non seulement, ils ont servi honorablement la patrie en se dévouant pour nos soldats sur les champs de bataille [illegible] épidémies, mais encore dans nombre de circonstances ils se sont souvenus [illegible]; nos ennemis eux-mêmes ont eu de leur part des soins aussi empressés qu'ils en eussent trouvés chez leurs propres médecins.

Je dois ajouter du reste, pour être juste, que les officiers de santé de l'armée russe ont fait preuve, à notre égard, des mêmes sentiments d'humanité et que notre pays doit à leur dévoûment désintéressé la vie d'un grand nombre de ses braves défenseurs.

Les grandes réunions, dit-on, élèvent l'âme, elles inspirent l'idée du bien. Espérons que celle-ci aura pour heureux résultat de resserrer les liens de la grande famille médicale en développant chez nous l'amour de la vraie, de la pure confraternité, et en faisant comprendre à tous que le meilleur moyen d'honorer la profession, c'est de nous honorer nous-mêmes par une vie médicale exempte de tout reproche.

Je porte un toast à la confraternité médicale!

Les témoignages les moins équivoques de sympathie et de gratitude accueillent ces nobles paroles prononcées par le promoteur du Banquet.

M. le professeur Piorry, dont la muse est toujours prête à chanter toutes les gloires, récite une cantate sur la guerre d'Orient, qui reçoit les acclamations de l'assemblée.

Après le café, l'assistance se répand dans la galerie et les salons de réception, et des glaces, des sorbets, du punch et des cigares sont offerts aux invités.

Il était plus d'une heure du matin quand les commissaires ont pu se retirer.

Ainsi s'est terminée cette belle fête, imposante et généreuse manifestation en faveur de nos confrères de l'armée et de la flotte, grande pensée dont l'initiative appartient à un jeune et modeste confrère de Paris, M. le docteur Mabeux, à qui je suis heureux de rendre un public hommage d'affection et de gratitude. De gratitude, car il a efficacement concouru à la réalisation de la grande pensée qui nous anime ici, l'union confraternelle. L'avons-nous souvent répété! Le corps médical ne se connaît pas assez. Toutes les fois que d'heureuses circonstances le mettent en présence de lui-même, il se sent comme étonné et charmé. Il éprouve comme une illumination soudaine de sa force et des prodigieux résultats que produirait son union. Moments précieux, pourquoi passez-vous si vite? Pourquoi ne revenez-vous pas plus souvent?

Amédée Latour.

LISTE DES PERSONNES QUI ASSISTAIENT AU BANQUET.

Invités.

Sir John Hall, chevalier commandeur de l'ordre du Bain, inspecteur général des hôpitaux anglais en Orient; David Deas, chevalier de l'ordre du Bain, et inspecteur médical des flottes et des hôpitaux maritimes de l'Angleterre dans la mer Noire; le docteur Wyatt, médecin dans la garde de la reine.

Le chevalier Comisetti, médecin en chef du corps expéditionnaire sarde; le docteur Mazzolini, médecin de régiment de 1re classe près le 6e régiment d'infanterie.

Le colonel-docteur Sinapian, professeur à l'École de médecine de Constantinople.

Médecins-inspecteurs de l'armée française :

Baudens, membre du Conseil de santé des armées; Michel Lévy, membre du Conseil de Santé des armées et directeur de l'école de médecine militaire du Val-de-Grâce,

Médecins principaux de première classe :

Cambay; Morgue, médecin en chef à l'hôpital militaire de Lyon; Scoutetten, ex-médecin en chef de tous les hôpitaux de Constantinople; Scrive, ex-médecin en chef de l'armée d'Orient.

Médecins principaux de deuxième classe.

Artigues; Castano; Lustremann, professeur à l'École de médecine militaire du Val-de-Grace; Méry, médecin en chef du 3e corps de l'armée de Crimée; Mounier, professeur à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce,

Médecins-Majors :

Armand; Bertrand; Bertrand (du 39e de ligne); Brisset; Brivin; Caumont; Chenu; Delahaye; Ditz; Garnier; Huart; Lacronique; Laforest; Legouest, agrégé au Val-de-Grâce; C. Latour; Masse; Maublanc, pharmacien; Mérimée; Nicolas; Périer, médecin des invalides, ex-médecin en chef de la 3e division à l'armée d'Orient; Pietri; Thinus; Raichon, Tholozan, professeur agrégé au Val-de-Grâce; Varlet; Vergesse.

Médecins aides-majors :

Th. Bailly; Barberet; Billon; Blin; Chauffrailly; Ed. Chartier; Chevassu; Corne; Gourboulis; Darcy; Paul Dauvé; de Glaesel; de Guillin; de Potor; de Séré; Dronet; Ely; Germain; Hubert de Sainte-Croix; Isidore (dit Dukerley); Janvier; A. Lacome; Maupou; Martin; Mignot; Morel; Mouret; Noël; Normand; Nuzliat; Perrin; Poignet; Prévost; Pucelle; Puech; Roliet; Rozan; Rueff; Sala; Sancery; Sardou; Thomas; Vallois; Vincent.

Médecins de la marine :

A. Bastin, ex-chirurgien sur le vaisseau amiral le *Montebello;* Damicourt, chirurgien-major de la corvette à vapeur l'*Aigle;* Legoarant; Mondière; Morin; Olivier, chirurgien de 1re classe.

Invitans.

Adde-Margras; Allaire; Allevin, de Montreuil-aux-Lions; Andrieux, de Saint-Denis; Arasté, de La Chapelle-Saint-Denis; Arnal, médecin de l'Empereur par quartier; Augé, de Pithiviers; Augouard père; Aulet d'Houdan; Auzelly, de Brie-Comte-Robert; Azum, d'Égreville (Seine-et-Marne).

Babut, de Clermont-Ferrand; Baraillier, médecin en chef de la marine à Toulon; Barbin, de Droué (Loir-et-Cher); Bardinet, professeur à l'École de médecine de Limoges; Baret; Baroilhet; Barthelemy, de Saumur, médecin-major en retraite; Batbie, de Meudon; Bédor fils, de Troyes; Bédor père, de Troyes; Bécourt; Becquet, de Neuilly; Bégin, président du Conseil de santé des armées; Bellière, d'Houdan; Berger, de Bischwiller (Haut-Rhin); Bergeron, médecin des hôpitaux; Bergonier; Beugnot; Bigelow; Bigot, de Montmartre; Bisson; Blanc; Blatin; Blondet, interne des hôpitaux; Boinet, membre de la Société de chirurgie; Bonjean, pharmacien à Chambéry; Bonnafont, médecin de l'hôpital militaire du Roule; Bossu; Boucher-de-la-Ville-Jossy, médecin des hôpitaux; Boué; Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine; Boulard, Boulland, de Limoges; Bourdin; Boutin de Beauregard; Brawaski, de Chaumont (Oise); Brierre de Boismont; Brochin, rédacteur en chef de la *Gazette des hôpitaux;* Brou, de Maisons-Laffitte.

Cabanellas, secrétaire général de l'Association des médecins de la Seine; Cadet, de Maintenon; Calvo; Campbell; Camus, médecin-major au 2e carabiniers, à Versailles; Capron; Caron; Carrère; Cellières; Cerise; Chabory, de Moy (Aisne); Chambard, de Lyon; Chamerot; Charrière fils; Charrière père; Chassaignac, chirurgien des hôpitaux; Chenet, de Belleville; Chénier, d'Orsay (Seine-et-Oise); Civiale, membre de l'Institut; le chevalier Clermède; Jules Cloquet, professeur à la Faculté de médecine; Collin, de la Villette; Combe, de Saint-Germein-en-Laye; Cominal, aide-major au 6e chasseurs à cheval, à Verdun; Compérat; Conneau, premier médecin de l'Empereur; Contour; Coster; Courtin, de Valenciennes; Crestey.

Dassonneville; Dechambre, rédacteur de la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie;* Déclat; Deflandre de Bohain (Aisne); Dehaut, pharmacien; Delage; Delangard; Delarue; Deleau jeune; Delmas, médecin-major, secrétaire-adjoint du Conseil de santé des armées; Denisart; Deperrière, de Saumur (Maine-et-Loire); Dequevauviller; Deschaumes; Desmarres, professeur d'ophthalmologie; Desprez, chirurgien des hôpitaux; Détouches; Deval; Devergie, médecin des hôpitaux; Deverre; Doquin, médecin-major au 16e régiment de ligne; le baron Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine, président de la commission du banquet; Dubois, de Montfermeil; Dubuc, de Monville (Seine-Inférieure); Ducheane de Boulogne; Duchesne, du Havre; Ducommun; Ch. Dufour; Dufour, aide-major à St-Germain-en-Laye; Dumas; Dupertuis, de Champigny; Dupont; Durozier; Durriau; Duval, de Chaillot; Duvivier.

Espéron.

Faivre; Falret, médecin des hôpitaux; Fantin; Faure, médecin à l'hôpital des Invalides; le professeur Faye, de Christiania, médecin de S. M. le roi de Suède; Ferrand, de la Petite-Villette; Fiaux; Filhos; Finot, de La Chapelle-Saint-Denis; Foucault, de Nanterre; Fouques; Fourneret, de Fontainebleau; Fournier-Deschamps; Furnari.

Galet; Germer-Baillière; Giboin; de Gislain, de Montargis (Loiret); Girault, de Rambouillet; Godelier, professeur au Val-de-Grâce; Gorlier, de Rosny (Seine-et-Oise); Gosselin, chirurgien des hôpitaux; Goupil; Grenet; Jules Guérin, rédacteur en chef de la *Gazette médicale;* Guersant, chirurgien des hôpitaux; Guillon père, Guillon fils.

Hadou, d'Armentières (Nord); Handvogel; Harsans, de Rambouillet; Heath, premier aide-chirurgien à l'hôpital de Manchester; Hénoque; Henri de Navenne; Hériçé, de Livourne (Gironde); Hervé, de Lavaur; Hervez de Chégoin; le baron Heurteloup; Houzelot, de Méaux; Hulard, de Monville (Seine-Inférieure); Hurteaux; Hutin, médecin en chef de l'hôpital militaire des Invalides.

Jallon, d'Orléans; Jamain, rédacteur de la *Gazette des hôpitaux,* et des *Archives d'ophthalmologie;* Janin; Jobert de Lamballe, professeur à la Faculté de médecine; Josias, de Charenton-Saint-Maurice; Junod; Juzaux, aide-major au 13e de ligne.

Kunckel.

Labé; Labitte, de Clermont (Oise); Lacipière, aide-major à l'artillerie à pied de la garde à Versailles; Lacroix, de Fontenay-aux-Roses; Lagneau, membre de l'Académie de médecine; Laloy, de Belleville; Lamaestre; le baron Larrey, sous-directeur et professeur de l'École militaire du Val-de-Grâce; Larroze; Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union médicale;* Lebreton; Le Cœur, de Caen; Lécorché, interne des hôpitaux; Lefebvre; Lefebvre (Alfred); Lefol; Legendre, médecin des hôpitaux; Legoux, docteur en médecine, pharmacien en chef à l'hôpital militaire de Saumur; Lemaire; Lerma; Leroy-d'Étiolles; Leroy-des-Barres, de Saint-Denis; Leroy-Dupré; Le Sourd frères; Lhoste, aide-major au 17e de ligne; de Ligneroles, à Lignerolles (Calvados); Lisle; Loiseau, à Montmartre; Lorne; Lubanski, de Lyon; Lucas, d'Orléans; Lucas-Championnière; Lucien Boyer; Lüer.

Machelard; Maher, directeur du service de santé à Rochefort; Maheux, secrétaire-trésorier de la commission du banquet; Maigrot, de St-Dizier; Maillot, médecin-inspecteur du service de santé des armées; Maisonneuve, chirurgien des hôpitaux; Malingre; Manget; Marchal de Calvi, agrégé libre de la Faculté de médecine; Margain, chirurgien de la marine; Marie; Martin, médecin-major; Massiani, de Melun; Mathieu; Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie; Mattei; Alex. Mayer, médecin de l'inspection générale de la salubrité et de l'hospice des Quinze-Vingts; Mazard, de Limoges; Meding, président de la Société médicale allemande; Meliet de St-Arnoult; Mennessier; Mesnet; Meurdefroy; Mialhe, pharmacien de l'Empereur; Michel; Migon; Moissenet, médecin des hôpitaux; Monod, chirurgien des hôpitaux; Montée; Mouzard; Moynier.

Nélaton, professeur à la Faculté de médecine; Nicot.

Obiglio Buchey; Olliffe, médecin de l'ambassade d'Angleterre; Ortiguier, de Chevreuse (Seine-et-Oise); O'Rorke; Otterbourg; Ozouf.

Paquet, de Roubaix; Paris, de Gray; Pelport; Perdrix, secrétaire général honoraire de l'Association des médecins de la Seine; Perron; Pétel, du Câteau (Nord); Petit, de Château-Thierry (Aisne); Peyre, médecin à l'hôpital militaire des Invalides; Peyron, de Marines (Seine-et-Oise); Piedallu, d'Ouzouer-le-Marché (Loir-et-Cher); Pinault de Châteauroux (Indre); Pineau, interne des hôpitaux; Piorry, professeur à la Faculté de médecine; Pirault-des-Chaumes, de Puteaux; Poggioli; Portallier; Poterin-Dumotel; Protheroe; Putel, de Neuilly (Seine); Quinement, de Muron (Charente-Inférieure).

Raciborski, ancien chef de clinique de la Faculté; Rampont, de Villiers-le-Bel (Seine-et-Oise); Raoul, de Toulon; Rapatel, de Brunoy; Rayer, membre de l'Institut; Reboul, de Lisieux; Riboulet, médecin principal, secrétaire du Conseil de santé des armées; Richard, d'Évreux; Richelot; Ricord (Ph.) chirurgien des hôpitaux; Riégé; Riembault; Rigo di Macedo, médecin en chef de l'armée brésilienne; Rochard; Roelands, de Courbevoie; Rogé, de Guitres; Henri Roger, médecin des hôpitaux; Rousset; Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon.

De Saint-Germain, interne des hôpitaux; de Saint-Jean; de St-Martin-de-la-Plagne, de Nantes; Samson; Sarret; Schnepf; Ségalas; Sellier; Semelaigne, de Neuilly; Sénard, chirurgien principal adjoint à l'inspection générale du service de santé de la marine; de Séré; Sestier, médecin des hôpitaux; Shrimpton, Sichel, professeur d'ophthalmologie; Simonet; Surbled, de Corbeil (Seine-et-Oise).

Ambroise Tardieu, médecin des hôpitaux; Tassel, interne des hôpitaux; Theullier, chirurgien-major de la gendarmerie de la Seine; Thibaut; Thinus, pharmacien à Fontainebleau; Thomas, de Longueville; Tiger; Tournier; de Trétaigne.

Ulcocq.

Vaillant, membre du Conseil de santé des armées; Varin, de Metz; Vaucanu, d'Yvetot (Seine-inférieure); Verdé-de-Lisle; Verdier; Vergne; Vernet, de Villeneuve-de-Berg (Ardèche); Verron, de Vertus (Marne); Vidal, de Poitiers; Villeneuve; Vincenot, de Gentilly; Voisin, médecin des hôpitaux; Vosseur.

Wertheim.

Le baron Yvan.

Zurcher.

Le lendemain de la fête, les médecins militaires et de la marine, représentés par une députation, ont été remercier M. Paul Dubois, président du banquet, et MM. les membres de la commission; M. Scoutetten, ancien médecin en chef des hôpitaux de Constantinople, a prononcé les paroles suivantes :

Monsieur le Président,

Les médecins militaires de l'armée d'Orient, reconnaissants de l'accueil bienveillant et chaleureux des médecins civils de Paris et de la France, ont voulu, avant de s'éloigner, vous exprimer leurs sentiments de reconnaissance et de parfaite confraternité.

La fête que vous leur avez donnée, et que vous avez présidée avec une dignité qui en relève l'éclat, présente un caractère de grandeur et de noblesse qui frappe tous les esprits. N'écoutant que vos inspirations, vous avez voulu honorer des actes de courage, de dévouement ou de ferme résignation. Cette manifestation nous touche et nous élève; personne, mieux que nos pairs, ne peut être juge de notre conduite, et, lorsque vous dites qu'elle a répondu aux sentiments qui vous animent vous-mêmes, la France vous croira, parce qu'elle sait que vous êtes des hommes de cœur et de haute intelligence.

Aux bonnes et grandes pensées, vous avez su allier les sentiments généreux; personne n'a été oublié; présents et absents ont eu part à vos souvenirs et à ceux de MM. les membres de la commission; vous avez honoré les morts et vous voulez consoler les veuves et les orphelins; cette sympathie touchante trouvera de l'écho; les médecins civils et les médecins militaires s'uniront encore dans cet acte de pieuse confraternité, et bientôt des voix reconnaissantes s'élèveront pour bénir les amis des pères qui n'existent plus.

Merci, à vous, Monsieur le Président, merci, à vous, Messieurs les médecins civils, les annales de notre corps enregistreront soigneusement tous les faits de cette belle et bonne journée.

Après ce discours, M. le docteur Jules Roux, chirurgien en chef de la marine à Toulon, a pris la parole au nom des médecins de la flotte, et a prononcé quelques mots de remercîment qui ont été vivement accueillies par M. le Président et les membres de la commission du banquet.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE D'ORIENT.

Souscriptions reçues, depuis le 18 jusqu'au 22 août, par M. Paul Dubois, Président de la Commission :

MM. Paul Dubois, président de la Commission, 200 francs; Maheux, secrétaire de la Commission, 20 fr.; Jamain, 20 fr.; Cerise, 20 f.; Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 100 fr.; Jules Cloquet, 120 fr.; Alex. Mayer, 20 fr.; Dechambre, 20 fr.; Chassaignac, 20 fr.; Amédée Latour, 20 fr.; Boinet, 20 fr.; Ricord, 100 fr.; Desmarres, 100 fr.; Deleau, 10 fr.; Charrière père, 20 fr.; Charrière fils, 20 fr.; Lerma, 20 fr.; le baron Larrey, 100 fr.; Louis, 50 fr.; Michel Lévy, 100 fr.; Adde-Margras, 20 fr.; Rayer, 100 fr.; Leroy-d'Étiolles, 50 fr.; Le Cœur, de Caen, 20 fr.; Blot, chef de clinique à la Faculté de médecine, 20 fr.; Roux (Jules), de Toulon, 50 fr.

Souscription ouverte par le *Moniteur des Hôpitaux,* et dont le produit a été versé entre les mains de M. le doyen de la Faculté :

MM. Wurtz, professeur à la Faculté de médecine, 20 fr.; J. Regnault, 5 fr.; O. Reveil, 10 fr.; Duchenne de Boulogne, 10 fr.; Gobley, 20 fr.; Mialhe, 20 fr.; Broca, 10 fr.; Guérard, 10 fr.; Buignet, 5 fr.; Maisonneuve, 20 fr.; L. Orfila, 10 fr.; De Castelnau, 10 fr.; Delpech, 10 fr.; A. Thierry, 20 fr.; Collin, ancien officier de santé militaire démissionnaire, 10 fr.; A Foucart, 10 fr.

Total. . . . . 1,680 fr.

Les souscriptions sont reçues chez M. le baron Paul Dubois, président de la commission, rue Monsieur-le-Prince, 12.

Au nombre des membres de la commission, il faut ajouter le nom de M. le professeur Jobert de Lamballe.

THÉRAPEUTIQUE.

TRAITEMENT DU TYPHUS ET DE LA FIÈVRE TYPHOÏDE;

Par le professeur Dietl, de Cracovie.

Le point le plus important, dans l'appréciation des divers traitements de cette maladie, est le diagnostic, et celui-ci n'est pas toujours facile. Il est beaucoup d'affections qui s'accompagnent des symptômes typhoïdes et qui s'amendent spontanément ou sous l'influence des médications employées; si on les regarde comme des fièvres typhoïdes, on croit à une guérison dont on est cependant bien innocent. Le typhus (nous emploierons généralement cette expression, à l'exemple de l'auteur allemand, puisqu'elle est plus brève; mais il reste bien entendu que ce que nous dirons s'applique au typhus et à la fièvre typhoïde, à moins que nous ne spécifiions l'un ou l'autre de ces états pathologiques), le typhus ne peut être coupé ni amoindri par aucun traitement préventif; une fois que ses symptômes sont nettement tranchés, il faut qu'il parcourre ses évolutions pathologiques, sans que nous puissions intervenir par un spécifique quelconque. Les vomitifs au début n'exercent aucune action favorable. Dans quelques cas, il est vrai, la peau devient plus moite, la tête plus libre; mais, quelques heures après, l'ancien état est revenu, avec cette différence, que la faiblesse du malade a augmenté, et que les phénomènes gastriques, s'il en avait existé, sont devenus plus intenses. Il n'est pas rare de voir les vomitifs déterminer une diarrhée incoercible. Parfois, ils n'évacuent ni par le haut ni par le bas; alors le malade se trouve dans un état extrêmement pénible; il a des nausées continuelles, la faiblesse est considérable et souvent accompagnée de syncopes. Il en résulte une gastrite, avec inappétence totale, dégoût invincible de toute nourriture, des boissons, des médicaments, une diarrhée épuisante, une prostration profonde, un amaigrissement rapide et une décomposition prompte du sang. Rarement ces effets désastreux des vomitifs manquent totalement. Il n'y a qu'un cas qui permette leur emploi, c'est une réplétion de l'estomac, constatée par la percussion.

Les purgatifs ont une action aussi pernicieuse que les vomitifs. Il y a également d'abord une apparence d'amélioration, suivie bientôt d'aggravation.

Les émissions sanguines doivent être également bannies; les sangsues même ne font jamais de bien, et augmentent la faiblesse et les phénomènes cérébraux.

Quoique nous ne possédions aucun moyen d'enrayer la marche du typhus, le médecin n'est cependant pas réduit à rester spectateur inactif de la lutte; il peut intervenir activement et augmenter les chances de succès pour le malade. Ce sont surtout des soins hygiéniques et diététiques, et en second lieu seulement, les agents médicamenteux qui constituent son arsenal.

Comme on ne peut combattre directement la maladie, il faut fournir au malade, avant tout, les moyens de soutenir l'agression, en le fortifiant autant que possible par une alimentation appropriée à son état. La sensation d'inappétence ne doit pas devenir une indication à une diète rigoureuse, car elle découle d'une torpeur, d'une impressionnabilité amoindrie du système nerveux, analogue à celle des mélancoliques, des aliénés, des gens fortement préoccupés ou en proie à une tristesse profonde, etc. Il faut donner une nourriture liquide, mais bonne et fortifiante, surtout à base de lait et de bon bouillon, et à mesure que le malade aura commencé à en prendre, son appétit se réveillera et l'on n'aura plus besoin de l'engager et de le forcer même à en consommer.

Il faut entourer le malade d'un air constamment frais et renouvelé. Le typhus s'accompagne d'un travail de décomposition rapide et incessant, durant jusque dans la convalescence, et donnant naissance à des produits ammoniacaux. Le malade devra donc être couché dans la pièce la plus grande, la plus aérée, la plus sèche; en hiver, il faut ouvrir les croisées, deux, trois fois par jour, pendant une demi-heure, la différence de la température intérieure et de l'extérieure suffira pour renouveler toutes les couches de l'air. En été, en l'absence de cette condition, il faudra établir un courant d'air et laisser les croisées ouvertes jusque dans la soirée.

Les fomentations froides continues sur la tête sont plutôt nuisibles qu'utiles. La somnolence et le coma ne sont pas le résultat d'une congestion cérébrale active et simple, mais dépendent d'une

affection dyscrasique; le froid continu paralyse les vaisseaux et les nerfs, et favorise ainsi la congestion passive et le coma. Il n'en est pas de même de l'application interrompue du froid, faite jusqu'à diminution de la chaleur de la tête et de l'intensité des pulsations des artères du cou et de la tête; suspendue alors et reprise quand ces phénomènes se montrent de nouveau.

Parmi les moyens externes, un des plus puissants est, sans contredit, les lotions faites avec parties égales d'eau dégourdie, non froide, et de vinaigre. Ce dernier exerce certainement une action remarquable, parce que les lotions d'eau seule ne produisent pas le même résultat; est-ce par une excitation des nerfs périphériques? est-ce par la neutralisation du carbonate d'ammoniaque? Peu importe. Il suffit de laver les extrémités pour obtenir la rémission des symptômes fébriles et cérébraux, sans toucher au tronc. Le lavage doit être accompagné de frictions un peu énergiques, faites avec la main ou avec une grosse éponge, et continuées jusqu'à ce que la peau commence à redevenir un peu sèche; les parties frottées seront légèrement recouvertes. Si la rémission ne se montre pas bientôt après, on peut recommencer cette manipulation toutes les trois heures; dans le cas contraire, on attend que la peau soit redevenue chaude et sèche.

Les temps ne sont plus, heureusement, où l'on accordait une grande importance à la valériane, à l'angélique, à la serpentaire, à l'arnica, au camphre, au musc et aux excitants. Le professeur Dietl a largement employé surtout le musc et le camphre, depuis les plus petites jusqu'aux plus hautes doses, et il en est complétement revenu. On ne peut nier que souvent, ces moyens, donnés au commencement de la période nerveuse, aient produit une action d'abord favorable. Le pouls se ralentissait, les soubresauts des tendons cessaient, la langue devenait humide et était tirée plus facilement, le délire et le coma diminuaient et le malade devenait plus tranquille et plus éveillé. Mais jamais cette amélioration n'avait été de durée. Le lendemain ou au plus tard, le surlendemain, tous les symptômes fébriles et nerveux revenaient avec une intensité insolite, et la maladie offrait un ensemble de symptômes plus graves qu'avant l'administration de ces remèdes. En vain les doses furent élevées ou les médicaments furent suspendus de temps en temps; l'orage était attiré et ne semblait pas vouloir se calmer. L'augmentation considérable des doses, surtout du camphre et du musc était très pernicieuse; presque toujours la décomposition des traits, le coma et le délire continuels, le tremblement des extrémités, une chaleur mordicante ou bien des sueurs accablantes, un pouls filiforme, précipité et un profond affaissement en étaient les suites fâcheuses. Les doses modérées amenaient des accidents semblables, quoique moindres et plus lents à se développer. Les bons résultats obtenus par d'autres praticiens ne doivent être mis que sur le compte de la bénignité de l'épidémie; car il en est où, quoi que l'on fasse, on ne perd que 3 à 4 sur 100.

Parmi les médicaments internes, les acides minéraux jouissent d'une grande réputation. Une observation attentive prouve qu'ils n'ont pas d'action directe sur le typhus; néanmoins on peut les employer, car ils sont innocents et soulagent les malades, auxquels ils plaisent généralement. Aucun d'eux n'a une propriété particulière; cependant le plus recommandable est l'acide phosphorique, parce que son goût est agréable et qu'il n'incommode ni les dents (?) ni l'estomac. Il faut le donner à dose faible; 0,50 d'acide liquide sur 250 gr. d'eau, avec 30 gr. de suc de framboises; une à deux cuillerées toutes les heures.

Nous possédons dans la quinine un remède précieux dans le typhus; non pas qu'elle guérisse cette maladie, mais, convenablement employée, elle écarte plusieurs symptômes graves et même dangereux. Donnée dès le début, à la dose de 0,05 à 0,10 toutes les deux, trois heures, elle reste sans action évidente sur la maladie. Il n'en est plus de même quand on l'administre plus tard, pendant la période nerveuse. Le dixième ou onzième jour, quand la fièvre diminue, quand la face devient plus pâle et se creuse, quand il se montre de l'agitation, de l'excitation, des tremblements, des soubresauts des tendons, de la carphologie, du délire, de la typhomanie, c'est alors que la quinine est un médicament très actif, véritablement spécifique. Elle agit rapidement et sûrement; au bout de cinq à six heures, au plus tard de douze heures, le malade le plus agité et sans connaissance, devient tranquille, revient à lui, reconnait les assistants, leur répond convenablement; tous les symptômes nerveux diminuent et disparaissent, la respiration devient régulière et tranquille, le pouls plus lent, la peau perd la chaleur et la sécheresse, il vient un sommeil tranquille et le malade entre ordinairement en convalescence. Ces résultats ont été si souvent observés par le professeur Dietl et dans des circonstances si variées, qu'il a la conviction la plus intime de ne pas être le jouet d'une illusion, du hasard ou de conditions particulières.

Pour obtenir ces résultats favorables! il est nécessaire de donner de fortes doses de quinine à la fois, et non de petites et souvent renouvelées. Elle est un des médicaments qui agissent tout autrement selon le mode d'administration; 1 gr. donné en une fois, a, sur le typhus, une action évidente, tandis que la même quantité, prise dans les vingt-quatre heures, par 0,05, reste sans influence notable. Il est indispensable de donner le médicament en solution, rarement en poudre, et jamais en pilules, et de n'y ajouter aucun autre agent médicamenteux de quelque nature qu'il soit. D'après ces règles, 3 gr. de sulfate de quinine sont dissous dans 180 gr. d'eau distillée, avec addition de 1,50 d'acide sulfurique étendu, de sorte que chaque cuillerée, calculée à 15 gr., renferme 0,25 de sulfate de quinine.

S'il y a de la typhomanie, on donne aux adultes deux à quatre cuillerées à bouche toutes les heures; contre les symptômes nerveux graves une cuillerée par heure, et toutes les deux heures seulement quand les phénomènes sont plus légers. On continue ainsi jusqu'à ce que les accidents nerveux aient cédé, ce qui arrive ordinairement en cinq à six heures et plus tard en douze à quinze heures. M. Dietl n'a pas vu ces phénomènes récidiver, une fois qu'ils avaient cédé à la quinine; presque toujours le malade se rétablit très vite, sans retomber dans son ancien état d'excitation et d'adynamie. Quand donc les symptômes nerveux ont disparu, il faut cesser la quinine; s'il en reste encore quelques vestiges, on pourra donner encore une cuillerée deux à trois fois par jour. Dans les cas les plus graves, on arrive ainsi jusqu'à 6 grammes de quinine; ordinairement, 2 ou 3 grammes suffisent pour apaiser l'orage.

Jamais M. Dietl n'a vu survenir d'effets fâcheux de ce traitement; les symptômes quiniques sont toujours fugaces et disparaissent sans laisser de suites. Néanmoins, il ne faut pas continuer les fortes doses plus longtemps qu'il n'est nécessaire; on aurait à craindre de la gastrite, de la diarrhée, de l'anorexie, du ralentissement d'abord, puis de l'accélération du pouls, de l'apathie et de l'épuisement.

Il n'existe pas de véritable contre-indication à l'emploi de la quinine; son action est diminuée et même tout à fait anéantie par la complication d'une gastrite et plus encore d'une diarrhée profuse. Dans ces deux cas, le médicament ne se retrouve pas dans l'urine et n'a donc pas passé dans le sang. Les fortes doses sont alors formellement défendues; elles ne sont pas seulement inutiles, mais augmentent souvent la diarrhée et déterminent des vomissements. Dans ce cas, il vaut mieux donner la quinine à petite dose; 0,05 à 0,10 par heure, jusqu'à ce que l'effet soit produit, ce qui n'a lieu que bien plus lentement que par les doses précédentes.

Quoique la quinine donnée à petite dose et dès le début, reste sans effet évident sur le typhus, M. Dietl dit cependant avoir cru observer que la marche en était peut-être plus calme; on peut la donner, car elle est sans aucun mauvais effet, et on ne possède aucun moyen réellement actif contre cette maladie.

Enfin ce praticien recommande encore le calomel comme le meilleur antidiarrhéique de la fièvre typhoïde, non au début, mais vers le treizième ou quinzième jour dans la période d'ulcération, quand les selles deviennent trop abondantes et profuses. On administre 0,02 à 0,03 toutes les deux à trois heures. Ce médicament donne des résultats plus sûrs et plus prompts que l'alun et les autres astringents.

Quoique la communication précédente renferme des données déjà connues, nous n'avons pas hésité à la publier avec quelques détails, car il est des points de la thérapeutique du typhus qui ne sont pas encore adoptés par tout le monde, notamment l'emploi des excitants. Il était curieux, sous ce rapport, de connaître l'opinion d'un des grands praticiens de l'Allemagne, que nous continuons toujours encore à regarder comme le foyer et le refuge des traitements appelés incendiaires. Il est évident que les convalescences si rapides observées après les fortes doses de sulfate de quinine, ne peuvent avoir lieu que dans le typhus et non dans la fièvre typhoïde; dans cette dernière, il ne faut pas oublier qu'il existe des ulcérations intestinales qui exigent forcément du temps pour se cicatriser. Néanmoins, il nous semble que les phénomènes nerveux peuvent être combattus dans les deux maladies par le même moyen; malheureusement, dans la fièvre typhoïde, la diarrhée abondante contrariera souvent le praticien dans l'administration de hautes doses de sulfate de quinine (1). Dr S.

(1) Extrait du *Wiener med. wochenschr.*, 1856, numéros 48, 49, 50.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

ENCORE UN CAS DE FIÈVRE INTERMITTENTE ÉCLAMPTIQUE OU ÉPILEPTIQUE CHEZ UN JEUNE ENFANT; — GUÉRISON RAPIDE PAR LES PRÉPARATIONS DE QUINQUINA; — RÉFLEXIONS AU SUJET DE L'INFLUENCE DU TRAVAIL DE LA DENTITION, QUI PEUT ÊTRE ASSIMILÉE A UNE CAUSE TRAUMATIQUE.

Rambervilliers, 14 Juillet 1856.

Monsieur le rédacteur,

En vous remerciant d'avoir bien voulu insérer, dans le numéro du 21 juin de votre excellent journal, ma note intitulée : *Un mot sur la fièvre éclamptique ou épileptique*, je viens vous demander d'accorder également la publication à l'observation ci-dessous, qui, comme l'indique ce titre, est relative au même sujet, et que je fais suivre de réflexions pouvant offrir quelque intérêt.

Observation. — Le 1er de ce mois, dans l'après-midi, je suis demandé chez un maçon de notre ville, pour un enfant de 2 ans, et, arrivé près de lui, je recueille de la bouche de ses parents les renseignements qui suivent :

Ce petit garçon, nourri par sa mère et sevré à l'âge de 10 mois, n'a jamais eu de maladie grave, et a fait quatorze dents sans éprouver autre chose que de légers mouvements de fièvre; mais le travail dentaire, qui a recommencé il y a environ quinze jours, s'accompagne d'accidents.

Depuis le 26 juin jusqu'au 1er juillet, il y a eu, chaque matin, une série d'alternatives fréquentes de pâleur et de coloration vive, de froid et de chaleur, avec ou sans moiteur, et de la soif, série commençant vers sept heures, mais dont la durée était croissante. Dans les intervalles d'accès, excepté le dernier jour, le petit malade paraissait être dans son état normal, sauf un peu de pâleur. Le 30 juin, abattement prononcé et perte presque complète de l'appétit.

Le 1er juillet, vers dix heures, au milieu des alternatives dont je viens de parler, et qui, ce jour-là, ont commencé vers neuf heures, l'enfant jette un cri, renverse sa tête en arrière, puis est pris de convulsions générales, avec écume à la bouche. Après la durée d'une demi-minute environ, ces convulsions font place à un état comateux qui, lui-même, est bientôt, mais graduellement, remplacé par le sommeil ordinaire. Pendant ce sommeil, l'enfant, vivement coloré, est en moiteur. Lorsqu'il se réveille, une heure environ après les convulsions, il est abattu, manifeste une soif très vive, se jette avec avidité sur le verre d'eau que sa mère lui donne.

Je constate de l'abattement, une chaleur moite, une assez vive coloration de la face, un beu de blancheur sur la langue, de tuméfaction aux gencives, dans les points correspondants aux canines, qui ne se montrent pas encore. L'enfant, me dit-on, est un peu constipé.

Cette circonstance me fait commencer le traitement par l'emploi d'une dose purgative de calomel, bien que les antipériodiques doivent évidemment constituer la médication fondamentale. Peut-être, me dis-je, le sel mercuriel, comme je l'ai vu quelquefois, modifiera-t-il avantageusement l'accès, le ramènera-t-il à sa bénignité première.

Visite du 2, vers le milieu du jour. On est venu me chercher en toute hâte, au moment où j'arrivais de campagne. Un nouvel accès éclamptiforme, mais plus intense que le premier, vient d'avoir lieu, malgré plusieurs selles produites, dans la nuit, par le calomel. Je trouve l'enfant dans un demi-coma, dont, il est vrai, je parviens à le tirer. Je constate plus d'abattement que la veille; comme la veille, la peau est chaude, mais sans moiteur. Il n'y a pas manifestation de soif.

En face de cette intensité croissante, la temporisation n'est plus permise, et je me trouve mis en demeure de faire administrer sur-le-champ les préparations de quinquina. Je prescris : Sultate de quinine, 40 centigrammes; extrait de quinquina, 2 grammes; infusion de café torréfié et sucré, 40 grammes; par cuillerées à bouche, de manière que tout soit pris pour le lendemain matin.

Deux cuillerées ont été vomies, mais le reste a été pris, avec difficulté il est vrai.

Le 3, rien autre chose qu'un accès bénin semblable à ceux qui ont précédé l'accès pernicieux, mais de plus longue durée qu'aucun d'eux. Même traitement; seulement, les doses seront moindres.

Le 4, accès bénin, moins long que celui du 3, sueur abondante; l'enfant commence à demander des aliments. Bouillon léger, petites doses quiniques.

Le 5, c'est à peine si l'on constate de la fièvre. Abattement bien moindre, augmentation de l'appétit. Semoule légère au gras; doses fébrifuges minimes.

Le 6, on me prie de cesser mes visites, attendu que l'enfant, qui a bon appétit et dort bien, n'a pas le moindre vestige de fièvre. Comme avant sa maladie, il manifeste de légères douleurs dentaires.

Réflexions. — A cette question : Quelle part étiologique le travail dentaire a-t-il eue dans ce cas? Je réponds : Il a joué le rôle de cause déterminante; il a agi comme aurait pu le faire toute autre influence augmentant l'impressionnabilité nerveuse, heurtant le système nerveux, s'il m'est permis de m'exprimer ainsi.

Dans mon mémoire sur notre constitution médicale et sur nos névroses, on peut lire ceci : « Ces maladies (névralgies, pyrexies et névropathies), pour se produire, semblent préférer certaines circonstances physiologiques où le système nerveux est le plus impressionnable et l'organisme affaibli. Ces circonstances sont :

» A. *La première dentition.* J'ai vu beaucoup d'enfants chez qui l'éruption de chaque dent, pour ainsi dire, donnait lieu à des accès de fièvre intermittente à forme convulsive ou autre, dont le quinquina faisait justice. On peut dire d'une manière générale que l'éruption des premières dents est plus douloureuse, cause plus souvent des accidents aujourd'hui qu'autrefois.

» B. *La seconde dentition.* Le renouvellement des dents est aussi une cause occasionnelle très fréquente d'accidents nerveux. En général aussi, la chute des premières dents et la sortie des autres dents sont maintenant plus douloureuses qu'autrefois; et souvent d'une des premières dents cariées ou nécrosées, s'irradient, dans tout un côté de la face des douleurs que j'ai vues se reproduire d'une manière périodique, et qui, alors ont été traitées aussi avec succès par les préparations de quinquina.

» C. *La perte des secondes dents.* Ce que je viens de dire des premières est applicable à celles-ci, qui, en général, s'altèrent plus tôt qu'autrefois.....

» D. *La menstruation*.....

» E. *La grossesse*.....

» F. *L'accouchement*.....

» G. *Les influences traumatiques*..... etc., etc. »

L'éruption dentaire me semble pouvoir être assimilée à ces influences traumatiques, pour la détermination des affections nerveuses pyrétiques ou apyrétiques.

Tant dans le mémoire dont je viens d'extraire quelques lignes que dans d'autres travaux, dont plusieurs ont été publiés dans l'Union Médicale, j'ai cité un grand nombre de cas de ces névroses à formes variées, où les accidents ont eu pour point de départ une influence traumatique. Parmi ces cas, il est des fièvres intermittentes délirantes, tétaniques, un cas d'épilepsie publié dans le numéro du 25 mars dernier, de la *Gazette médicale de Strasbourg*; des névralgies, des états névropathiques. Aussi, ai-je lu avec le plus vif intérêt, dans le numéro du 3 juillet de l'Union Médicale, au compte-rendu de la séance du 3 mai de la Société médicale d'émulation, l'analyse d'un travail intitulé : *Névropathie et épilepsie traumatiques*, par M. Larrey. Je suis heureux de voir cet éminent chirurgien faire des observations analogue aux miennes, dont il me reste encore un certain nombre à publier. Je dis analogues et non pas identiques, parce que M. Larrey lie dit pas si, chez ses malades, il existait de la périodicité, type qui se présente chez la plupart des malades que j'ai observés. Quoi qu'il en soit, il est digne de remarque que des accidents analogues aient lieu chez des soldats revenant de Crimée, et chez les malades de ma clientèle. Du reste, ce n'est pas la première fois que je constate de l'analogie entre les maladies de notre contrée et les maladies de contrées plus ou moins éloignées. Je reviendrai plus tard sur ce sujet, qui a bien son importance.

Je pourrais ajouter d'autres réflexions, mais, Monsieur le rédacteur, je craindrais d'abuser de votre obligeance, et je finis en vous renouvelant l'expression de ma gratitude et de mes meilleurs sentiments confraternels.

Dr Liégey.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 103. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 26 Août 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. THÉRAPEUTIQUE : Note sur le traitement de la phthisie pulmonaire. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médicale de Constantinople.* Suite de la discussion sur le typhus. — IV. PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE : Observation d'hypospadias considérable ; fécondation. — Observation de trouble de la cornée, revenant chaque fois après le sommeil. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Coup d'œil historique et critique sur la médecine et la chirurgie françaises au XIXe siècle.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE;

Par M. Amédée LATOUR.

I.

Plusieurs de nos confrères, soit de Paris, soit des départements, et même de l'étranger, m'ont invité à formuler, avec plus de développements que je n'ai pu le faire dans ma lettre à Amussat, publiée dans le numéro du 19 février 1856, les moyens que j'emploie et que je conseille dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Je suis d'autant plus porté à céder à cette invitation, que j'apprends, d'une part, que le savant médecin-inspecteur d'une des sources les plus renommées, et où affluent les phthisiques, expérimente en ce moment même sur une assez grande échelle le traitement que j'ai indiqué; et, d'autre part, qu'un très honorable confrère qui exerce dans une localité où les phthisiques vont en très grand nombre passer la saison d'hiver, se dispose à l'expérimenter aussi sur de vastes proportions pendant la saison prochaine.

Que l'expérimentation se fasse, je l'ai appelée et je l'appelle encore de tous mes vœux. Mais il importe qu'elle soit instituée dans les circonstances, dans les conditions, avec les précautions où je l'ai faite moi-même. Aussi, autant dans le but d'indiquer tous les éléments d'une expérimentation qui peuvent la rendre probante, que pour répondre à d'honorables marques de confiance, je vais rappeler ici les principes qui me guident dans le traitement d'une maladie dont la marche, si généralement fatale et si peu influencée par les traitements ordinaires, m'a paru susceptible d'être souvent enrayée par les moyens que je prescris.

Ces moyens, je les demande plus au régime qu'à la pharmacie, et mon traitement est une pure et presqu'exclusive diététique. Je ne fais intervenir, en effet, la matière médicale, qu'à titre d'auxiliaire et pour combattre ou pour calmer des accidents actuels plus ou moins douloureux et inquiétants.

N'ayant rien de nouveau à dire sur les divers éléments pathologiques de la maladie, sur son étiologie, ses symptômes ses formes, son diagnostic, son anatomie pathologique, etc., je passe outre; je me permettrai seulement cette courte réflexion que j'adresse surtout à mes jeunes confrères qui quittent les hôpitaux pour entrer dans la pratique.

L'histoire de la phthisie pulmonaire, telle qu'elle résulte des beaux travaux de Bayle, de Laënnec, de Louis, etc., a été faite avec des éléments presque exclusivement nosocomiaux. Or, à l'hôpital, la guérison de la phthisie pulmonaire est un événement d'une rareté extrême. D'une part, nos pauvres malades des hôpitaux viennent presque toujours trop tard réclamer les secours de l'art; et d'autre part, par le fait même des conditions nosocomiales dans-lesquelles ils sont placés, ces secours de l'art sont presque toujours inefficaces.

De cette léthalité terrible de la phthisie dans les hôpitaux et de cette inefficacité de la thérapeutique dans ces établissements, est résulté, dans notre littérature médicale, une histoire de cette maladie sombre, désolante et fatale, et dans la pratique un doute, un découragement et une incertitude qui, pour la plupart des médecins, se traduisent soit par l'abstention de tout moyen actif, soit par des essais incorrects et mal soutenus de quelques traitements vantés d'ici et de là.

Eh bien, c'est contre le pronostic fatal et terrible de nos livres, c'est contre la croyance générale à l'impuissance absolue de notre art dans la phthisie pulmonaire, que j'ose essayer de protester et que j'engage mes jeunes confrères à se prémunir.

La phthisie, dans la pratique civile, observée dès son début, sur des sujets qu'il est possible de placer dans des conditions hygiéniques convenables, traitée par les moyens que je vais rappeler, est souvent, plus souvent qu'on ne le pense, susceptible d'être arrêtée dans sa marche.

On ne meurt presque jamais d'une première *poussée* tuberculeuse. Ce sont des poussées successives qui finissent par envahir une portion plus ou moins considérable du poumon, et le rendre impropre à la respiration, soit par son imperméabilité, soit par la fonte qui creuse leur parenchyme d'abcès et de cavernes.

S'opposer, dès ses premières manifestations, aux manifestations ultérieures de la diathèse tuberculeuse, voilà l'indication capitale et suprême à remplir.

La nature toute seule, mais par des procédés dont la connaissance nous échappe, suffit souvent à cette indication. Il est certain et avéré par l'observation et par l'anatomie pathologique que tous les tuberculeux ne meurent pas. Chercher à placer les tuberculeux dans les conditions où la nature les guérit, tel est le but que j'ai eu en vue et que je crois avoir atteint dans des circonstances si nombreuses aujourd'hui, que c'est avec une conviction profonde que j'ose dire à mes confrères : essayez !

Le traitement, ou plutôt la diététique que je conseille aura d'autant plus de chances de réussir qu'on l'emploiera à une époque plus rapprochée du début des premiers symptômes. Les moyens que je conseille ont été employés avec succès dans plusieurs familles où la maladie était manifestement héréditaire et où elle avait fait déjà plusieurs victimes. Je possède, dans mes observations, des faits de guérison datant de quinze et de dix-huit ans, et qui concernent des jeunes gens parcourant aujourd'hui avec succès des carrières honorables, ou de jeunes demoiselles qui se sont mariées et sont mères de famille. Mes faits les plus récents datent de quelques mois, et ces faits me corroborent de plus en plus dans mes convictions. Ainsi la jeune et intéressante malade qui a fait le sujet de la consultation publiée dans notre numéro du 19 février 1856, se trouve, en ce moment, dans l'état de santé le plus satisfaisant. Elle a repris des forces, de l'embonpoint et du teint, et j'ai eu à lutter contre ses désirs de rester à Paris, vaquer aux soins de son ménage, pour l'envoyer passer la belle saison à la campagne. Le jeune consul étranger qui m'a été adressé, au mois d'avril dernier, par un honorable confrère de La Rochelle, a subi une métamorphose complète sous l'influence du régime que je lui ai prescrit, et auquel il s'est soumis avec une exactitude si scrupuleuse, que je n'ai eu besoin de le voir que deux fois pendant la durée de son traitement. Je l'ai envoyé passer une demi-saison aux Eaux-Bonnes pour compléter une cure que je crois définitive. Mon honorable confrère de La Rochelle, s'il lit ces lignes, pourra dire dans quel triste état il m'a adressé ce malade.

Le lait d'une chèvre nourrie avec des aliments additionnés de chlorure de sodium, est le moyen capital que j'emploie dans le traitement de la phthisie pulmonaire.

Mais soit dans le régime de la chèvre qui doit fournir le lait, soit dans la manière dont le malade doit faire usage de ce lait, il y a des précautions à prendre et des règles à suivre qui influent considérablement sur le résultat.

1° *Régime de la chèvre.* — La chèvre doit être jeune et bonne laitière. Il ne faut pas la tenir exclusivement à l'étable, si l'on veut que son lait ne contracte pas d'une manière trop marquée le goût qui est particulier au lait de ces animaux et qui déplaît à certaines personnes. Un peu d'exercice tous les jours et une heure ou deux de pâture dans les champs ou dans les prés, sont les moyens les plus convenables d'obtenir ce résultat. Par cette mesure aussi, la chèvre sera moins disposée à contracter des irritations, des inflam-

Feuilleton.

COUP D'ŒIL HISTORIQUE ET CRITIQUE SUR LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE FRANÇAISES AU XIXme SIÈCLE (1);

Par le docteur MICHÉA.

SOMMAIRE. — Année 1800. — MÉDECINE : Barthez au physique et au moral. — Son démêlé avec Bouvart. — Accusation grave portée contre lui au Châtelet de Paris par un ennemi qu'il croyait être Bouvart lui-même. — Son mémoire sur les *coliques iliaques*. — Alibert, son portrait, sa traduction du *Traité des pertes de sang* d'André Pasta. — Fodéré et ses *Mémoires de médecine pratique*. — Comment il était parent de Joseph Bonaparte et du général Bernadotte. — Critique de son opinion sur les causes des fièvres intermittentes.

Quoique privé de la plupart des qualités extérieures, si utiles pour captiver un auditoire; malgré la petitesse de sa taille, l'inégalité de ses yeux, l'irrégularité de sa bouche, son teint pâle et cachectique, sa vue basse, sa prononciation quelque peu défectueuse, sa voix aigre et criarde, Barthez avait eu des succès comme professeur. Il rachetait tous ces défauts par un front large, une physionomie mobile et spirituelle, un maintien grave, un geste naturel, un air de bonne foi, une facilité et une chaleur de débit qui soutenaient constamment l'attention. D'ailleurs, n'épargnant ni le temps ni le travail, il avait su introduire dans ses leçons beaucoup de méthode, une logique serrée, une clarté et une exactitude d'expressions, qui s'appropriaient à l'intelligence de tous les élèves.

A Montpellier, Barthez avait également réussi dans la pratique. Doué d'assurance et d'aplomb, ayant beaucoup d'habitude du monde, possédant des manières pleines d'urbanité et l'art de causer, à un degré éminent, bien qu'il abusât souvent du monologue, il avait ce qui plaît dans les hautes classes. Consulté par tout ce que les provinces du Midi renfermaient de personnes riches et distinguées, il avait fini par conquérir une réputation qui s'étendait à toute la France. Cependant, jusqu'à l'âge de 40 ans, il n'avait encore écrit aucun ouvrage; et, en 1778, quand il publia les *Nouveaux éléments de la science de l'homme*, le plus important de ses livres dogmatiques, et son plus beau titre de gloire, il n'en avait retiré d'abord aucun profit pour sa renommée, tant la critique s'était déchaînée contre lui.

Malgré l'estime que son talent et son caractère commandaient, Barthez s'était créé beaucoup d'ennemis parmi ses confrères. Il n'avait jamais rien tenté pour obtenir leur bienveillance. Il cherchait trop à faire briller son mérite, et, en négligeant de plaire à ceux que son talent effaçait, il ne savait point en obtenir le pardon de sa supériorité. Habile à décocher le trait de l'épigramme, s'il avait le bon esprit de ne jamais se constituer l'agresseur, il n'était du moins point assez généreux pour renoncer au plaisir de la vengeance. Égoïste, un peu méfiant et misanthrope, il passait pour très difficile à vivre. Pour le caractériser, Fouquet, qui était son ennemi personnel, disait de lui, en faisant un jeu de mots sur le reproche d'Haller à certains physiologistes : ne confondons pas l'irritabilité avec la sensibilité. Très restreint dans le nombre de ses affections, peu disposé à se servir de son crédit pour obliger ses confrères ou ses élèves, ceux-ci s'étaient peu à peu éloignés de lui, ne prenant nul souci de contribuer à la gloire d'un homme qui ne faisait rien pour eux.

Fatigué de tous les désagréments dont il était l'objet de la part des médecins de Montpellier, voulant surtout briller sur un plus grand théâtre, il était venu à Paris en 1781. Précédé d'une grande réputation de praticien chez les grands, il avait été presque aussitôt choisi par le duc d'Orléans pour remplacer son premier médecin, Tronchin qui venait de mourir. Assez heureux pour avoir guéri une grande dame reconnaissante de ses soins, Mme de Montesson, il était bientôt devenu un médecin à la mode, un des praticiens de Paris les plus répandus. Malheureusement, là comme à Montpellier, il avait rencontré beaucoup d'ennemis parmi ses confrères. Au nombre des plus acharnés, il comptait Bouvart, qu'on était sûr de voir en travers du chemin de quiconque parvenait à la renommée. Bouvart avait d'abord cherché à décrier Barthez en lui adressant des compliments pleins de perfidie, en le vantant comme un excellent professeur, un homme universel, un savant très fort en droit, en physique, en mathématiques et même en médecine. Barthez, qui n'était point endurant, avait riposté sur le même ton, par l'épigramme. Mais bientôt la querelle s'envenima. Des sarcasmes on en était venu aux injures et des injures à des procédés plus graves. Sans vider leur différend le fer à la main comme deux célèbres médecins anglais, Mead et Wodward, ils étaient allés un jour dans la chambre d'un malade chez lequel ils se trouvaient en consultation, aussi loin que peuvent aller deux hommes qui, pour se mesurer, n'ont ni épée ni pistolet à leur disposition.

Si cette querelle n'avait pas eu les suites sanglantes de celle de Mead et de Woodward; si Barthez n'était pas tombé comme ce dernier percé d'outre en outre, en disant à son adversaire pendant le râle de l'agonie : Le coup est rude, et cependant je l'aime encore mieux que votre médecine, la scène avait eu pour lui une conséquence très désagréable. Il avait été sur le point d'être arrêté lui et sa gouvernante, sous l'accusation de violence exercée sur une jeune fille qui était venue lui tendre des pièges dans son cabinet. Le Châtelet avait donné suite à la plainte, et, sans les démarches du duc d'Orléans, qui acquit la conviction que cette misérable créature agissait par les instigations d'un ennemi de Barthez, celui-ci aurait peut-être subi l'humiliation d'avoir à se justifier devant les tribunaux. Quel avait été l'auteur de ces instigations? Barthez, vingt ans après l'aventure, répétait encore avec l'accent de la certitude que c'était Bouvart, le persécuteur acharné et le calomniateur odieux de Bordeu.

Toujours dévoré d'une ambition insatiable, nommé associé libre de l'Académie des sciences, associé ordinaire de la Société royale de médecine, médecin consultant du roi, médecin en chef de tous les régiments de dragons, associé libre de l'Académie des inscriptions et belles-lettres, membre du conseil d'état, dernier poste dont il n'eut jamais la possession complète par le fait du principal ministre, M. de Brienne qui ne lui pardonna pas de l'avoir blessé par un jeu de mots (1), Barthez s'était retiré en Languedoc au commencement de la Révolution, à la fin de 1789, avec une fortune de trente mille livres de rentes. Là, habitant

(1) Suite.— Voir les numéros des 1er, 8, 15, 22 Juillet, 5 et 19 Août 1856.

(1) Un jour que ce prélat lui montrait dans son archevêché de Sens des livres de liturgie propre à ce diocèse : Je vois bien, lui dit Barthez, les cérémonies de Sens; mais vous serait-il aussi facile, Monseigneur, de me montrer le sens des cérémonies ?

mations de l'intestin auxquelles la prédispose un long usage du sel marin.

Sa nourriture doit être saine et abondante, pas exclusivement sèche et mêlée d'un tiers au moins d'herbes vertes ou de racines fraîches. On mêlera à la ration quotidienne le chlorure de sodium qu'il faudra qu'elle absorbe, et le meilleur moyen à employer pour cela est de le mêler avec du son ou des croûtes de pain pilées.

Les premiers jours on mêlera aux aliments de la chèvre de 12 à 15 grammes de sel. Il n'est pas prudent de commencer d'emblée par une dose plus forte. Tous les cinq jours, on augmentera de 5 grammes la dose de sel, pour arriver jusqu'à 30 grammes, qu'il est rarement utile de dépasser, à laquelle il faudra se tenir pendant toute la durée du traitement. Le lait d'une chèvre ainsi nourrie contracte, au bout de deux ou trois jours, un goût salé manifeste, mais nullement désagréable et l'analyse chimique le retrouve en grandes proportions dans ce liquide.

Tous les ruminants, dit-on, aiment le sel marin; cette proposition n'est pas absolument vraie pour la chèvre, et j'en ai déjà rencontré un certain nombre auxquels il a été impossible de faire manger des aliments salés ou le sel isolément. Aussi je conseille actuellement aux malades de prendre, pendant quelques jours, à l'essai, la chèvre qu'ils veulent acheter, afin de ne pas faire une acquisition inutile. La chèvre est d'ailleurs, et son nom l'indique, un animal fort capricieux dans sa nourriture. Quelquefois, après quelques jours de bon et régulier appétit, elle refuse net l'alimentation salée. Ne la rebutez pas par une obstination qui serait inutile d'ailleurs. Laissez à côté des aliments non salés, ceux qui contiennent le sel, et d'elle-même souvent elle reviendra à ceux-ci pour ne plus les quitter.

On a beaucoup écrit, beaucoup discuté, beaucoup expérimenté sur l'influence du sel sur les animaux. Il me paraît probable que, sur la chèvre, le chlorure de sodium a une influence favorable très marquée. Je dis probable, car toujours l'expérience a été complexe, et il a fallu tenir compte aussi de l'alimentation plus abondante et plus saine à laquelle ces animaux ont été toujours soumis. Cependant, dans quelques cas, les modifications ont été si promptes sur le lustre du poil, sur la vivacité de la bête, sur l'appétit qui devenait quelquefois et subitement insatiable, qu'il est difficile de ne pas l'attribuer à l'influence du chlorure de sodium.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (1);

Recueillies par M. Richard-Maisonneuve, interne du service.

Sixième Leçon.

Talus. — Jusqu'ici, je vous ai décrit trois groupes de déviations du pied, les déviations en dedans, en dehors et en bas.

Aujourd'hui, nous allons étudier la déviation en haut, ou pied-bot *talus*.

C'est la plus rare des déviations des pieds. Cependant le valgus congénital est presque toujours en même temps talus; la flexion y est même dominante; mais le talus accidentel est beaucoup moins fréquent que le valgus.

Les variétés du talus qui vont nous occuper sont : 1° le talus direct, 2° le talus valgus, 3° le talus pied creux.

I. *Talus direct, — talus commun.* — Le talus direct est extrêmement rare; je ne le crois pas impossible comme l'a dit M. Bonnet. Il est d'ailleurs des cas qui approchent tellement du talus pur, que c'est à peine s'ils méritent le nom de talus-valgus. On voit sur cette planche de M. Little un exemple de talus direct, le plus concluant que je connaisse; l'auteur dit formellement que le bord externe du pied n'était pas relevé; seulement, il a omis d'indiquer la direction du talon (1).

En général, un certain degré de valgus se joint donc au talus, comme dans le cas publié par M. Scoutetten en 1838, comme dans celui que j'ai décrit, la même année, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, comme dans les exemples qui sont sous vos yeux. C'est là le talus commun.

Ce talus commun nous offre à considérer plusieurs degrés.

A. *Premier degré.* — Dans un premier degré, la pointe du pied ne peut pas s'abaisser au delà de l'angle droit, l'extension est limitée, tandis que la flexion est plus étendue que dans l'état normal. Le corps ne peut être soulevé sur la pointe du pied, et le talon pose bien plus que celle-ci dans la marche. Les tendons des fléchisseurs se soulèvent et se tendent quand on s'efforce d'abaisser la pointe du pied; le tendon d'Achille est relâché et peu saillant.

B. *Deuxième et troisième degrés.* — Dans un deuxième degré, la flexion du pied sur la jambe produit un angle moindre que l'angle droit. Enfin, dans le troisième degré, cet angle devient si aigu que l'axe du pied est bien près d'être parallèle à l'axe de la jambe.

Ces deux derniers degrés résultent d'un affaiblissement du triceps sural et d'une forte rétraction des fléchisseurs du pied. Il s'y joint un certain degré d'abduction dû à plusieurs causes, à savoir : le poids du corps, la prédominance d'action de l'extenseur des orteils sur le jambier antérieur, et enfin la rétraction du court péronier latéral s'ajoutant à celle des fléchisseurs.

L'articulation tibio-astragalienne est le siége essentiel de la déviation. L'astragale s'enfonce d'avant en arrière sous la mortaise tibiale, il y cache une partie de son col. Sa poulie abandonne le tibia en arrière et reste en partie à découvert sous les ligaments et les tendons de la région postérieure. Ce déplacement peut aller jusqu'à constituer une subluxation de l'astragale en arrière.

Le calcanéum suit le mouvement de l'astragale. Ces deux os, relevés en avant, prennent une direction oblique, approchant de la verticale, comme dans le pied-équin, mais dans un sens opposé. Dans les cas anciens, il se fait, en outre, un commencement de subluxation du calcanéum sur l'astragale, comme on le voit sur cette pièce de talus-pied creux. La facette postérieure du calcanéum est en partie à nu derrière l'astragale, et les axes des deux os forment un angle ouvert en arrière, comme dans certains cas de pied-équin, quoique par une cause agissant dans un sens opposé.

Par suite du double déplacement de l'astragale et du calcanéum, le talon n'est plus saillant au-delà du tibia; il est reporté en dessous de la jambe, à laquelle il fait suite, et qu'il termine comme l'extrémité d'un pilon. Au lieu d'appuyer par son plan inférieur, la tubérosité calcanienne pose sur le sol par sa partie inféro-postérieure, dans le point qui donne attache au tendon d'Achille; c'est à cet espace étroit que se réduit la base de sustentation. De là le nom de *calcanien* qu'on a donné à ce pied-bot. (Scoutetten, Little.)

L'avant-pied ne fait guère que suivre la direction de l'astragale et du calcanéum; cependant il se manifeste un léger mouvement de bas en haut qui diminue l'angle médio-tarsien et la courbure naturelle du pied. Il peut même se produire une faible convexité à la plante du pied. C'est ce qui a eu lieu sur cette pièce de talus, dans un cas où, à la vérité, il manquait plusieurs os du tarse, ce qui a beaucoup diminué la résistance de la voûte tarsienne.

Les os sont primitivement moins altérés dans le talus que dans les autres pieds-bots, et surtout que dans le varus. Voici un dessin qui représente en regard les os du tarse d'un enfant de 6 semaines, qui portait un varus au pied droit, un talus au pied gauche; les os du talus ne diffèrent pas sensiblement de l'état normal; ceux du varus sont très notablement déformés. Toutefois la forme des os se modifie également à la longue. Ainsi, ce calcanéum n'a plus sa figure normale; sa grosse tubérosité s'est déprimée dans le haut, sans doute par suite de son inclinaison et de la pression du tendon d'Achille; tout l'os paraît allongé et se termine en arrière par une extrémité conique.

De la flexion générale du pied sur la jambe, de l'abduction légère qui s'y joint, dérivent les caractères extérieurs du talus commun. La pointe du pied est plus ou moins élevée au-dessus du sol, plus ou moins rapprochée de la jambe; elle peut être plus ou moins déviée en dehors. La région du talon est aplatie; à peine sent-on le tendon d'Achille; c'est peut-être un cas de ce genre que Palletta a pris pour une absence complète de ce tendon. La face plantaire est allongée; la face dorsale, plus courte, se rapproche du côté antéro-externe de la jambe. Elle lui est même souvent accolée à la naissance; mais cet excès de flexion disparaît de lui-même dès les premières semaines. Enfin, la direction, la forme des bords du pied sont déterminées par le degré de valgus qui complique le talus.

On comprend que, dans le talus commun à un haut degré, l'étroitesse de la base de sustentation gêne beaucoup la locomotion qui est mal assurée.

II. *Talus pied creux.* — Le talus pied creux n'est qu'un demi-talus; c'est-à-dire qu'en arrière, existe la disposition du talon que nous venons de décrire; en avant, au contraire, l'avant-pied, au lieu de suivre la direction de l'astragale et du calcanéum, se replie en bas et ramène la pointe du pied sur le sol. De là l'exagération de la concavité plantaire, le *pied creux* ajouté au talus.

Je ne connais pas d'exemple de talus pied creux congénital; mais il pourrait s'en présenter.

Cette forme de pied-bot s'est montrée jusqu'ici liée à la paralysie ou à un affaiblissement extrême du triceps sural, et à la rétraction concomitante des fléchisseurs du pied et du long péronier ou des longs fléchisseurs des orteils.

Pourquoi se produit-il tantôt un talus droit, tantôt un talus creux? M. Duchenne a donné la raison de ce fait; dans le talus droit, il n'y a pas paralysie du triceps. Voici trois moules provenant de sujets que j'ai connus moi-même; chez aucun d'eux, il n'existait de paralysie du triceps, mais seulement une moindre résistance de ce muscle, accompagnée d'un spasme très prononcé des fléchisseurs du pied. Dans le talus creux, au contraire, la paralysie existant toujours, il suffit, pour l'emporter sur le triceps, d'une légère rétraction des fléchisseurs du pied, qui ne résistent alors que très faiblement aux fléchisseurs de l'avant-pied.

Ces derniers muscles sont sollicités à agir par deux causes; d'une part par la volonté, d'autre part, parce que leur contraction est provoquée par la tension que leur imprime la flexion de la rangée postéro-tarsienne. C'est ce que vous saisirez aisément, en jetant un coup d'œil sur ces muscles artificiels adaptés à un membre de squelette par M. le docteur Duchenne.

Les muscles de la plante du pied et l'aponévrose plantaire se raccourcissent consécutivement dans le talus pied creux. Je pense, avec M. Duchenne, que leur rétraction n'est point primitive.

(1) Voir les numéros des 8, 17, 19, 26, 31 juillet, 9 et 14 août 1856.

(1) W. J. Little, *On the*, etc., ou *Traité du pied-bot*, p. 263, Londres, 1839.

---

tour à tour Narbonne, Carcassonne, Toulouse, Montpellier, il s'était mis à l'abri des orages politiques en faisant de la médecine gratuite. Mais sous le gouvernement du premier consul, quand il vit l'ordre renaître à l'intérieur, il avait voulu, malgré ses soixante-six ans, reparaître sur l'horizon de la science Parisienne.

L'opuscule de Barthez sur les *coliques iliaques* était un excellent travail, où, comme praticien, l'auteur faisait preuve d'un esprit éminemment observateur et libre des entraves de tout système. Il y discutait les symptômes caractéristiques, la cause et le traitement des coliques iliaques qui ne dépendent ni d'une lésion matérielle, ni d'un vice humoral, c'est-à-dire qui sont purement nerveuses ou dynamiques. Il trouvait la cause prochaine de ce genre de colique dans le mouvement antipéristaltique des intestins qui prédominait sur le péristaltique, et il conseillait les antispasmodiques à petites doses fréquemment répétées, notamment l'assa fœtida et le camphre. Puis, terminant par des considérations de pathologie générale, il saisissait l'occasion de se déclarer l'adversaire de la médecine expectante, blâmant Stahl d'avoir exagéré la puissance médicatrice de la nature, assurant que parmi les maladies, si celles qui sont légères guérissent d'elles-mêmes, l'art seul vient à bout de triompher des affections graves et compliquées.

Alibert, qui était docteur depuis un an, mais qui, avant sa dissertation inaugurale, se trouvait déjà secrétaire général de la Société d'émulation qu'il avait fondée avec Bichat, et qui avait publié en tête du premier volume des mémoires de cette compagnie un discours aussi distingué par la forme que solide par le fond sur les *rapports de la médecine avec les sciences physiques et morales*, Alibert débutait en pathologie par la traduction de l'ouvrage d'un médecin italien.

Gros, court, brun, doué d'un son de voix enchanteur, d'une figure pleine de charmes et d'animation, sans être belle, ce médecin était né en 1776 dans le Rouergue, à Villefranche. Fils d'un magistrat qui avait pris un soin extrême de son éducation, compatriote, condisciple et ami de Laromiguière, il était d'abord entré avec ce philosophe dans la congrégation de l'Oratoire, puis arrivé avec lui à Paris vers l'époque où la Révolution allait commencer, et après être resté quelque temps à l'École normale, il était devenu homme de lettres, et s'était révélé comme tel dans un poème intitulé : *La dispute des fleurs*. Mais quoique toujours rêveur et sentimental, il avait, à l'âge de 26 ans, fini par quitter la littérature pour embrasser l'étude des sciences; et sans cesser de demeurer l'admirateur de Bernardin de St-Pierre et de son école, il était devenu l'élève de Cabanis, l'ami de Roussel et l'intime de Bichat.

A peine reçu docteur en 1799, il avait eu une clientèle nombreuse. Fin, délié, persuasif, laborieux, rempli de savoir, et encore plus de savoir-faire, Alibert ne pouvait manquer de réussir promptement. Sans être précisément né pour la pratique, la clientèle devait l'accueillir à bras ouverts, surtout la clientèle d'une certaine classe de la société. Si, par ses distractions, son apparence de frivolité, son habitude de causer d'arts, d'histoire et de littérature, il devait peu plaire aux vrais malades ou du moins n'avait rien de ce qui était nécessaire pour les conserver longtemps, en revanche, il possédait tout ce qu'il fallait pour séduire les demi-malades, les malades par ennui et par désœuvrement, qui prennent un médecin pour se distraire, car il savait discourir et causer agréablement, il avait des connaissances superficielles, mais aussi variées qu'étendues, une bonhomie piquante, beaucoup de grâce, d'originalité et d'atticisme dans l'esprit. D'ailleurs, Alibert ne pouvait guère avoir parmi ses confrères d'inimitiés profondes, de haines acharnées à lui barrer le passage. Doué de cordialité naturelle et non pas affectée, disposé à rendre service, d'humeur douce et facile, spirituel sans médisance, moqueur sans pousser le trait de sa malice au delà de l'épiderme, s'estimant à sa juste valeur, prisant moins les illusions de la gloire que les réalités de la renommée, il possédait à un suprême degré l'art de ménager les amours-propres si chatouilleux des médecins.

Très versé dans l'étude des langues méridionales, Alibert traduisait donc de l'italien un ouvrage d'un médecin de Bergame, André Pasta, intitulé : *Traité des pertes de sang chez les femmes enceintes, et des accidents relatifs aux flux de l'utérus, qui succèdent à l'accouchement* (1). Cette traduction était précédée d'une introduction où le jeune secrétaire général de la Société médicale d'émulation présentait un résumé nerveux et concis de tout ce que les médecins connaissaient sur ce point de la science, et où il mettait à contribution avec beaucoup de tact les opinions de Schreyer sur les fonctions du placenta et les usages du cordon ombilical, les recherches de Thouret sur ce dernier sujet, les expériences de Vauquelin et Buniva sur le liquide de l'amnios, enfin les travaux purement anatomiques de Sœmmering.

Parmi les bons travaux de pathologie interne, se trouvait aussi l'ouvrage de Fodéré, intitulé : *Mémoires de médecine pratique sur la cause la plus fréquente de la diarrhée chronique des jeunes soldats, sur l'épidémie de Nice et sur les maladies du Mantouan* (1).

Ce médecin était déjà connu avantageusement dans la science. Il avait publié à Turin, en 1789, des opuscules de médecine et de chimie qui renfermaient son excellent *Traité du crétinisme et du goître*, et, en 1798, il avait mis au jour son *Traité de médecine légale*, premier ouvrage complet qui paraissait en France sur cette matière, et qui la sortait des ornières de la routine et de l'ignorance.

Né en 1764, à Saint-Jean-de-Maurienne, Fodéré était devenu Français en 1792, par l'annexion de la Savoie à notre territoire. Après avoir fait, comme médecin militaire, les campagnes d'Italie, il était venu à Marseille avec la division du général Carteaux. Nommé médecin des aliénés et de l'hospice de l'Humanité de cette ville, il y avait épousé la fille du docteur Moulard. Allié à la famille Clary par ce mariage, il était devenu cousin germain de la femme de Joseph Bonaparte et de celle du général Bernadotte, dont les noces avaient eu lieu à Marseille dans la même année, et presque en même temps que les siennes, en 1798.

Si, dans son mémoire sur les fièvres intermittentes qu'il avait observées aux environs de Mantoue, Fodéré en attribuait trop hypothétiquement la cause à la surabondance d'acide carbonique oxygéné répandu au sein de l'atmosphère des pays soumis aux débordements du Pô, en revanche, il y constatait en fidèle observateur l'influence avantageuse que le quinquina exerçait sur les engorgements de la rate et autres augmentations de volume des viscères abdominaux.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Deux volumes in-8°, Paris, an VIII (1800).

(2) Paris, 1800.

Les caractères extérieurs du talus pied creux médio-tarsien, ou du long péronier, sont ceux du talus commun, dans la région du talon, et du pied creux, dans la région antérieure du pied. Cette dernière déformation est tout à fait semblable au pied creux que l'on observe dans le pied-équin commun. L'identité est telle, dans les deux cas, qu'on distingue à peine les squelettes de ces deux espèces de pieds-bots, placés l'un à côté de l'autre; ils ne diffèrent que par la manière dont ils se joignent aux os de la jambe. Seulement, dans le talus pied creux entier, on remarque un pli profond à la plante, et la saillie sous-métatarsienne y est moins prononcée que dans le pied-équin.

L'exagération de la voussure tarsienne finit par déformer les os, comme dans le pied-équin. On voit, sur cette pièce, le scaphoïde et le cuboïde amincis du côté de la plante et taillés en forme de coin, comme les pièces d'une voûte.

L'autre espèce de talus pied creux, celui des fléchisseurs des orteils, présente, comme la variété correspondante de pied-équin, une concavité plantaire moins prononcée et générale, avec effacement de la saillie sous-métatarsienne, et une courbure uniforme de la face dorsale. De plus, le bord interne du pied est un peu relevé comme dans un léger varus, parce que les longs fléchisseurs des orteils sont en même temps adducteurs. Le pied creux du long péronier présente une disposition contraire.

Les orteils peuvent être diversement déviés dans le talus. Ils offrent la forme de griffe dans le talus pied creux, quand les muscles interosseux sont paralysés. Ils sont droits ou relevés vers le dos du pied, lorsque ces muscles sont sains.

La sustentation est plus assurée dans le talus pied creux que dans les autres formes de pied-bot. Les fonctions du membre sont cependant plus ou moins lésées par la paralysie du triceps sural.

Je n'ai distingué que deux sortes de talus pied creux, suivant que la courbure exagérée du pied est produite par le long péronier ou les longs fléchisseurs des orteils; mais il en existe une troisième, dans laquelle les trois muscles sont associés. C'est ce qu'on peut appeler le *talus pied creux direct*.

Voici un jeune garçon qui vous montre un exemple de cette dernière variété. Cette déviation est la conséquence de convulsions survenues à l'âge de 18 mois, et suivies de la paralysie du triceps sural. Vous voyez que le talon ne se relève pas; j'ai constaté moi-même que l'électricité n'a pas d'action sur le muscle paralysé. Il y a un pli très profond à la plante, et un grand élargissement du talon. Il ne paraît pas, aujourd'hui, y avoir de valgus avec cette déviation; mais cette complication existait primitivement; sa disparition est due au traitement mécanique que l'enfant subit depuis un an. La base de sustentation se fait sur toute la plante, les orteils ne présentent point de griffes, le fléchisseur des orteils agit fortement, ainsi que le long péronier; il en résulte que le pied n'est ni relevé, ni abaissé à son bord interne, comme cela a lieu dans la rétraction isolée de chacun de ces muscles.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DU PIED-BOT. — Il semble tout d'abord que le diagnostic des pieds-bots ne peut présenter aucune difficulté; c'est une difformité qui frappe les yeux.

Cependant la vue peut tromper en pareil cas, et le diagnostic différentiel de ces déviations des pieds mérite que nous nous y arrêtions quelques instants.

Quand la déviation passe les limites des mouvements physiologiques et qu'elle va jusqu'à la subluxation, nul doute que la vue suffise pour la reconnaître. Mais il n'en est pas de même quand elle consiste en une simple attitude exagérée, tout à fait semblable à celles qui se produisent dans les mouvements physiologiques.

La déviation peut être simulée; on a vu des conscrits feindre le pied-bot, et la vue ne suffit pas pour déjouer cette manœuvre. La difformité peut aussi dépendre de causes pathologiques, d'une simple contraction involontaire, temporaire, liée à la circonstance qui l'a fait naître, au lieu de représenter un état permanent, local.

Au commencement de ma pratique, je fus appelé dans une famille pour une jeune fille qui marchait sur la pointe du pied; je crus avoir affaire à un pied-équin, mais un de mes maîtres que j'avais appelé en consultation diagnostiqua une maladie de la moelle, et il se trouva avoir raison.

Une autre fois, je fus consulté, avec un de mes collègues des hôpitaux, par une dame qui trouvait quelque chose d'insolite dans la démarche de sa fille. Notre diagnostic fut négatif; plus tard, nous trouvâmes sur la jeune fille un abcès par congestion.

La contracture hystérique, la contracture rhumatismale, la contracture aiguë des enfants, des nourrices, etc., pourraient en imposer de la même manière. C'est surtout par l'ensemble des symptômes, et en observant la marche de ces affections, qu'on distinguera leur effet local du vrai pied-bot.

Même quand le mal est borné au pied, et que l'enfant l'apporte en naissant, il peut n'être qu'une contracture passagère, comme on le voit après certains accès d'éclampsie.

Il faut, dans tous ces cas, s'attacher à distinguer la contraction de la rétraction.

On déterminera avec soin à quel moment de sa formation se trouve le pied-bot, s'il présente un mélange de contraction et de rétraction, à quel degré la rétraction proprement dite est parvenue.

On devra ensuite passer en revue tous les éléments qui constituent le pied-bot. Ainsi, il faudra explorer l'état de la contractilité des différents muscles, l'état de leur nutrition; s'assurer de la conformation des os accessibles à la vue et au toucher, et déterminer la situation de chacun d'eux; reconnaître les déviations composées; examiner enfin le pied sous toutes ses faces et dans les positions diverses du membre.

Puis on appréciera la disposition des articulations, leur degré de mobilité, les rapports de leurs surfaces.

Le membre inférieur tout entier doit être lui-même l'objet d'un examen particulier.

On a, en effet, à constater quelles sont la conformation, la direction des os de la jambe et de la cuisse, leur longueur comparée à celle de l'autre membre, la force et la disposition des muscles qui les meuvent. On verra si la situation des malléoles répond à celle des condyles du fémur, si le genou n'est point fléchi, étendu, dévié d'une manière permanente, si l'articulation de la hanche est dans l'état normal.

TRAITEMENT DU PIED-BOT.

Jusqu'ici, nous n'avons envisagé le pied-bot que comme un objet d'histoire naturelle, que sous le rapport graphique. Ces notions préliminaires étaient indispensables pour arriver à la thérapeutique, qui est le but vraiment utile de cette étude.

Voyons donc ce que l'art peut faire contre les pieds-bots.

Et d'abord, je ne mets pas en question s'il importe de guérir le pied-bot. Ce n'est pas assurément une lésion qui menace la vie ou quelque grande fonction; mais c'est une infirmité fâcheuse au point de vue de l'esthétique, ainsi qu'au point de vue physiologique.

Il y a bien un vieux proverbe grec qui dit que ἄριστα χωλὸς οἴφει, c'est-à-dire, *optimè claudus rem veneream agit*, et Montaigne cite un proverbe italien, où *clauda* est substitué à *claudus*. On dit que c'est par suite de cette opinion vulgaire, que les anciens ont donné la déesse de la beauté en partage à un dieu kyllopode.

Il s'est encore trouvé au XVIIe siècle un auteur nommé Mutius Floriatus, qui, boiteux lui-même, a vanté d'un ton moitié sérieux, moitié plaisant, les avantages de la claudication dans une dissertation ayant pour titre: *Epistola apologetica in qua defenditur commendaturque claudicatus*, et dédiée *magno claudorum principi Vulcano*.

Mais ces compensations, en les supposant réelles, consolent peu les boiteux. Quelle amertume le pied-bot n'a-t-il pas répandue sur la vie de lord Byron!

Dieffenbach assure que sur un grand nombre de femmes qu'il a traitées pour cette difformité, une seule était mariée; les autres étaient condamnées par leur infirmité à un célibat forcé (1).

Au point de vue physiologique d'ailleurs, vous savez que beaucoup de pieds-bots nuisent à la locomotion et la rendent quelquefois impossible. Dans les cas les plus favorables, ce n'est que dans la jeunesse que le membre remplit passablement ses fonctions; les progrès de l'âge aggravent le mal; il peut même survenir des ulcères, des caries.

Cet état fonctionnel du membre pied-bot prive les pauvres d'une foule de travaux manuels et restreint ainsi considérablement leurs moyens d'existence. Dans toutes les classes, il est un obstacle à l'exercice de beaucoup de professions. Le trop célèbre Talleyrand fut condamné par son pied-bot à embrasser l'état ecclésiastique, pour lequel il avait, je crois, peu de vocation. Vous le voyez, quelquefois le sort de toute une existence est dans nos mains quand nous sommes appelés à remédier au pied-bot.

Les anciens, si soigneux de tout ce qui touche à la beauté du corps, l'avaient bien senti. Ils faisaient tous leurs efforts pour corriger les déviations des pieds. On trouve dans le Traité περὶ ἄρθρων, ou *des Articulations*, de la collection hippocratique, des préceptes admirablement tracés sur le traitement des pieds-bots. Ils furent complétés plus tard par le commentaire de Galien.

Malheureusement, les arts mécaniques, alors dans l'enfance, ne répondaient qu'imparfaitement aux vues si judicieuses de l'école d'Hippocrate.

Cette branche de l'art de guérir tomba plus tard dans un profond oubli. On abandonna longtemps la thérapeutique des pieds-bots aux rebouteurs, aux bandagistes, comme si elle eût été au-dessous de la dignité médicale. Malgré les tentatives louables d'Ambroise Paré, de Fabrice de Hilden et de quelques autres, le traitement du pied-bot fit si peu de progrès, que Dionis, il n'y a pas plus de cent cinquante ans, déclarait que « quand le pied est mal fabriqué dès la première conformation, on emploie toutes sortes de moyens sans pouvoir corriger ce défaut (2). » A la fin du siècle dernier, Camper déclarait encore que, malgré le mérite de certaines machines, il était obligé de confesser qu'il n'avait que très rarement réussi à redresser les pieds-bots (3).

Des médecins, des chirurgiens éminents, comprirent enfin le tort qu'avaient eu leurs prédécesseurs. A l'exemple de Cheselden, les Scarpa, les Boyer, les Dupuytren consacrèrent quelques-uns de leurs loisirs au perfectionnement du traitement des pieds-bots. Des artistes ingénieux les secondèrent; d'honorables praticiens devinrent eux-mêmes artistes et les méthodes se multiplièrent.

Cependant l'application de l'orthopédie au pied-bot resta encore concentrée entre les mains d'un petit nombre de spécialistes, jusqu'à l'invention de la ténotomie.

Il faut avoir médité sur la marche de l'esprit humain, il faut se rappeler que Fulton fut presque traité de visionnaire, pour comprendre avec quelle lenteur se développa l'invention de la ténotomie.

Après des essais informes de praticiens ignorés, Delpech pratique, en 1816, la première section du tendon d'Achille qui ait reçu quelque publicité. Il réussit; mais son procédé était mauvais; on le critique, on le blâme, et l'idée reste stérile.

Cependant Delpech, dès 1823, écrivait ces lignes remarquables, qui renfermaient tout l'avenir de la ténotomie : « Nous sommes pleinement convaincu aujourd'hui que cette opération est très praticable dans *toutes les régions* où des tendons s'opposent à l'attitude naturelle des membres, quelle que soit l'origine de la difformité (1). »

Malgré cette conviction, Delpech ne répéta pas lui-même son opération; dix-huit années se passèrent ainsi. Il fallut que la méthode nous revint d'Allemagne, rajeunie, transformée par Stromeyer, pour être enfin accueillie comme elle le méritait.

Depuis, on a bien réparé le temps perdu; la ténotomie, poussée quelquefois même jusqu'à l'abus, est devenue une partie importante du traitement du pied-bot.

Ce traitement se compose, en effet, de trois ordres de moyens : 1° les moyens mécaniques; 2° les opérations ténotomiques; 3° les diverses médications dirigées contre les causes, effets ou complications de la difformité.

On divise aussi le traitement en préservatif et curatif. Le traitement préservatif est celui de la première période ou période de formation, pendant laquelle les muscles sont contractés et non rétractés. Les moyens à employer dans ce cas sont les mêmes que dans les plus légers degrés de pied-bot confirmé; nous les retrouverons donc dans le traitement curatif.

(1) Dieffenbach, *Ueber*, etc., ou *De la section des tendons*, p. 76, Berlin, 1841.

(2) Dionis, *Cours d'opérations de chirurgie*, p. 530, Bruxelles, 1708.

(3) *Sur la meilleure forme de souliers*, p. 51, 1781.

(1) *Chirurgie clinique de Montpellier*, t. I, 1823.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE.

Séance du 24 Mai 1856. — Présidence de M. BAUDENS.

M. GRELLOIS a la parole. Après avoir établi que tous reconnaissent unanimement que les affections typhiques ou typhoïdes forment un groupe nosologique naturel, M. Grellois remarque que cette unanimité disparaît sitôt qu'on veut considérer comme espèces distinctes certains états pathologiques, certains groupes de symptômes, certaines circonstances particulières ou accidentelles. Dans les manifestations variées de ces affections, les uns appliquent à tout ce mot de fièvre typhoïde, type pour eux; les autres, dont le nombre augmente journellement, considèrent la fièvre typhoïde comme une espèce, et en distinguent complétement le typhus. Que si, sans spécialiser de la sorte, on prend une coupe plus large, on trouve un groupe d'états morbides qui se traduisent par un symptôme commun, la stupeur, et reconnaissent également une seule et même cause, l'introduction dans l'économie d'un miasme animal (pyoémie de la phlébite et de la fièvre puerpérale, morve aiguë, affections typhoïdes). L'organisme animal engendre donc certains produits toniques, dont la stupeur, qui n'est qu'accidentelle dans les intoxications végétales, et très rare dans les empoisonnements par les minéraux, est le phénomène dominant. A ce phénomène s'en joignent d'autres, qui, dépendant de la nature de chacun des produits en question, permettent de les différencier. Le miasme de la morve, le pus dans le sang occasionnent des phénomènes dont le diagnostic est rarement incertain. Dans le premier cas, l'agent toxique est communiqué des animaux aux hommes, dans le second, le sujet s'empoisonne lui-même. Mais il est aussi un autre cas, c'est celui où l'empoisonnement se fait d'homme à homme. M. Grellois fait ici un tableau de ce qui advient dans l'encombrement d'hommes dans un espace fermé et trop resserré. Dans des conditions si délétères, l'homme, poursuit-il, peut vivre encore par la force réactionnaire dont il est doué, mais il contracte aussi une aptitude pathologique. Pour peu que des causes débilitantes agissent, la maladie se déclare presque infailliblement, à moins d'une sorte d'acclimatement; le mal atteint surtout les jeunes gens, à cause de l'énergie de leur absorption.

M. Grellois opine que là se trouve l'origine de la fièvre typhoïde, soit dans les villes, soit dans les campagnes, où existent les causes qu'il a signalées, et il considère cette maladie qui a son analogue chez les animaux, parce qu'ils subissent une intoxication du même genre, comme un empoisonnement miasmatique animal. Il ne nie pas le fait, que la fièvre typhoïde ne revête quelquefois la forme épidémique et ne frappe des individus se trouvant dans les conditions les plus avantageuses. Mais il le trouve explicable. Une épidémie de fièvre typhoïde est, comme toutes les autres épidémies qui développent chez les individus qui y sont soumis, une aptitude à contracter la maladie. Quand une fièvre typhoïde règne, elle donne lieu à l'aptitude en question. Dès lors, la cause déterminante la plus faible suffit souvent pour se développer.

Après ces considérations, M. Grellois se demande si les causes de la fièvre typhoïde existent en Crimée. Il expose en détail les conditions dans lesquelles se trouve l'armée, et en infère qu'en Crimée existait sur une vaste échelle l'ensemble des circonstances qui produisent la fièvre typhoïde, et, pour lui, quiconque aurait connu cette situation, aurait pu, sans avoir été témoin de l'épidémie actuelle, en donner les caractères dominants et reconnaître qu'il devait s'agir de fièvre typhoïde ou de typhus.

Amené à traiter la question de l'identité, M. Grellois se demande avant tout s'il peut être question d'identité absolue. Il ne le pense pas, parce que, dans l'ordre des connaissances naturelles, il n'est pas d'être identique à un autre. Il ne s'agit donc que d'identité relative. Mais, dans ce cas, où doit se limiter l'identité? Ici une première difficulté, source de la dissidence.

Un même agent morbide agissant sur des organes ou tissus différents, produit deux états pathologiques identiques au fond, mais différents par la forme : le chancre et le bubon dans la syphilis, le boursouflement des gencives et les ecchymoses dans le scorbut, par exemple. Ces manifestations différentes d'une même maladie donneraient lieu à d'interminables discussions, si l'on ne s'était pas entendu dans ce cas sur la valeur du mot identité. D'autre part, un symptôme à action prédominante a été souvent qualifié de maladie; ainsi deux tumeurs, identiques par leur forme, peuvent être bien dissemblables quant au fond. Dans un troisième cas, deux expressions morbides peuvent être semblables pour le fond et la forme, et il n'y aura entre elles que des différences qui séparent deux individus de la même espèce : l'identité est évidente alors. Mais deux affections différentes, soit par la forme, soit par le fond, sont-elles identi-

ques? La discussion serait impossible si la médecine avait des bases solides de classification. Il n'en est pas ainsi, et l'on ne peut arriver à une solution que par une sorte de convention arbitraire. On peut toutefois établir que, malgré la similitude de forme, quand le fond ou le principe est différent, il n'y a pas identité.

Mais si, dans deux maladies, la forme diffère, quoiqu'elles dérivent de la même origine, doit-on admettre l'identité? Suivant M. Grellois, il faut encore ici distinguer. Une influence morbide, momentanément appliquée, peut déterminer des lésions variables : le froid, par exemple, produisant une pneumonie, un rhumatisme articulaire, etc. Ces deux états ne peuvent pas être identifiés. Il n'en est plus de même pour les états morbides qu'une cause spécifique, agissant avec continuité, a produits. Sous ce point de vue, les résultats de l'infection par un miasme sont identiques, que l'action soit générale ou qu'elle se localise, car la différence dans la manifestation symptomatique ne dérive que de causes accessoires qui, s'ajoutant à la cause essentielle, donne une résultante variable. Pour déterminer *à priori* les effets pathogéniques d'un miasme, il faut connaître aussi par quelles influences son action tantôt se généralise et tantôt produit des effets purement locaux. Mais ces influences sont si insaisissables et leurs effets si variables, qu'il semble très difficile de nommer chaque variété, et ici l'ontologie deviendrait impossible. Quelle que soit cependant la variabilité des formes, il y a, dans ce cas, un fond qui les unit, la communauté d'origine et l'analogie des indications thérapeutiques, et ce fond les constitue comme un faisceau divergeant, mais uni par les extrémités.

M. Grellois reconnaît que l'épidémie actuelle, résultat d'un miasme animal, est une véritable affection typhique, et qu'il existe entre elle et la fièvre typhoïde de nombreuses différences. Mais, suivant lui, ces différences sont trop secondaires pour faire de cette épidémie et de la fièvre typhoïde deux entités distinctes.

La régularité de la marche et la constance de la lésion dans la fièvre typhoïde dépendent de ce que les circonstances de sa production sont à peu près semblables. Mais si ces circonstances changent comme dans l'armée de Crimée, par exemple, on aura la réunion des symptômes variables que l'on observe dans l'épidémie actuelle. Causes complexes, effets complexes. Cela est si vrai que, dans la même salle, on observe le typhus abdominal, pectoral, méningien en même temps que la fièvre typhoïde, qui, à l'autopsie, présente même sa lésion caractéristique, et cela sans qu'on puisse dire qu'il y a diversité de maladie, ni où s'arrête le typhus et commence la fièvre typhoïde. Toute la difficulté consiste dans la présence ou l'absence de la lésion intestinale. Mais M. Grellois croit que, sans elle, la fièvre typhoïde peut exister, et que « si quelque » circonstance s'oppose à la localisation du mal sur ses voies d'élection, » il ne porte soit au cerveau, soit au poumon, soit dans tout autre or» gane. » C'est ce qui arrive ici, et, cela admis, les autres différences ne sont que des corollaires. En somme, toutes les différences symptomatiques des formes typhiques, comparées à la fièvre typhoïde, ne sont dues qu'à la différence du siége. Dans celle-ci, c'est le système folliculeux qui est atteint, dans les autres, il ne l'est que secondairement. Pour faire disparaître les dissentiments, M. Grellois voudrait remplacer les mots adoptés par celui de typhus folliculeux, pulmonaire, etc.

M. Grellois a recherché s'il y a quelque réalité dans le fait admis par Hildenbrand, que le typhus était le résultat d'une autre maladie que cet auteur n'a pas, du reste, déterminée. Le choléra, les flux intestinaux, le scorbut, ont été les entités morbides les plus générales de l'armée. M. Grellois ne trouve aucune filiation entre l'épidémie actuelle et les deux premières. Il pense aussi que le scorbut non plus n'a pas eu d'influence, parce que de nombreux malades ont eu le typhus sans avoir eu le scorbut, et sans avoir même éprouvé l'influence de cette dernière maladie (le personnel des hôpitaux et les malades de l'hôpital des officiers.)

En résumé, M. Grellois pense que les affections typhiques caractérisées par la stupeur forment une division dans la classe des intoxications miasmatiques animales; que le miasme humain, résultant de grands rassemblements, détermine des états morbides identiques quant à leur nature, mais variables en raison des causes accessoires qui modifient l'action de la cause principale ; que, pour se produire, le typhus n'a pas besoin de l'existence préalable d'une autre maladie.

La parole est accordée à M. Pincoffs. M. Pincoffs s'est assuré que les maladies qu'il a observées dans son service spécial, sont les mêmes que celles des autres hôpitaux anglais, il ne croit donc pas inutile de communiquer à la Société le résultat de ses observations.

On a prétendu, continue-t-il, que, contrairement à ce qui se passe pour l'armée française, les malades des hôpitaux anglais de Constantinople ne représentent pas exactement l'état de l'armée anglaise en Crimée : cela n'est vrai qu'en partie. Instruits par l'expérience de l'année précédente, les Anglais ont à grands frais et en sacrifiant cette admirable mobilité qui caractérise l'armée française, élevé en Crimée, non des ambulances, mais des hôpitaux permanents, où leurs malades restaient jusqu'à la convalescence. L'effectif peu considérable de l'armée, permettait que les blessés y fussent soignés jusqu'à la fin et cela sans encombrement. Rien de pareil chez les Français à cause du nombre de leurs troupes, et, après chaque affaire, les blessés existants étaient évacués à Constantinople pour laisser leurs places aux nouveaux arrivants. Tel a été leur nombre, que, parfois, on en a expédié avant même qu'ils n'eussent subi aucune opération. M. Pincoffs signale cet état de choses pour expliquer comment on ne pouvait pas juger, par les malades de Constantinople, l'état de l'armée anglaise en Crimée. En voulant le faire, on aurait conclu à l'absence de toute gravité dans les maladies. Le contraire avait lieu pour l'armée française, dont les malades les plus graves étaient envoyés à Constantinople.

On ne doit donc pas être surpris en apprenant qu'aux hôpitaux anglais de Scutari (Constantinople), sur 10 entrants, on pouvait compter 6 convalescents, c'est-à-dire qu'il n'y avait réellement de malades que 30 sur 100. Sur les 400 premiers malades entrés dans son service, il y avait 277 convalescents. Le reste étaient affectés de maladies diverses dont M. Pincoffs signale la nature (diarrhées chroniques, intermittentes, rebelles, maladies organiques, syphilis, pneumonies, rhumatismes, etc.) et parmi lesquels il y avait 17 fièvres typhiques et rémittentes. Sur les malades en question, dont quelques-uns provenaient d'Angleterre et du dépôt de Constantinople, M. Pincoffs n'a eu que 6 décès. 292 ont parfaitement guéri. Les autres ont été dirigés en Angleterre pour leur complet rétablissement ou pour être réformés.

Chez la plupart la durée était de six à huit semaines. La majorité avaient eu la fièvre principalement typhique; plusieurs avaient eu la fièvre intermittente à type tierce le plus ordinairement. Puis venaient les diarrhées. Le scorbut, très rare, ne se voyait guère que comme un reflet dans les diarrhées chroniques. L'anémie était l'état morbide le plus général. Les urines examinées chez presque tous les malades ont fourni de l'albumine 6 fois sur 10, effet attribué, par M. Pincoffs, à une nourriture trop animale et à l'usage des alcooliques et de la bière chez des hommes à sanguinification morbide et dont les sécrétions étaient languissantes.

Une nourriture légère, quelques bains, les soins hygiéniques résumaient toute la thérapeutique de laquelle étaient bannis les stimulants dont on n'avait pas à se louer.

Les rechutes s'observaient chez ceux qui avaient mal supporté le voyage ou qui avaient fait quelque écart de régime. Souvent, dans ces cas, la fièvre prenait un léger caractère typhique. Les diarrhées dysentériques ont été les plus rebelles. Malgré tous les soins, peu de malades ont pu quitter l'hôpital parfaitement rétablis et ce sont ceux qui ont fourni le plus grand nombre d'envois en Angleterre. L'autopsie offrait les caractères qui distinguent ces genres d'affections. L'examen des fièvres intermittentes rebelles a montré à M. Pincoffs qu'elles étaient liées à une affection organique du foie, de la rate ou des reins. A cette occasion, il signale le fait d'un individu chez qui la fièvre avait résisté à l'usage du sulfate de quinine et de l'arsenic. Un purgatif administré pour un embarras gastrique intercurrent, amena un fragment de tænia lata. L'administration de la fougère mâle débarrassa l'individu du tænia et de la fièvre. M. Pincoffs observe qu'il n'a pas eu un seul cas de fièvre intermittente contractée à Scutari; celles auxquelles il avait affaire venaient de l'Angleterre, des Indes ou de la Crimée.

Le petit nombre de maladies aiguës observées chez les individus résidant à Constantinople, consistaient en diarrhées, dysenteries, inflammations pulmonaires et fièvres typhiques, qualifiées de fièvres continues ordinaires dans le cadre nosologique des hôpitaux anglais, bien qu'elles eussent le caractère de ce qu'on appelle en Angleterre typhus fever, en France fièvre typhoïde, ici typhus, etc.

A cette occasion, M. Pincoffs croit devoir présenter sa profession de foi en ce qui concerne l'identité. Sorti des hôpitaux anglais, il a fait pendant huit semaines un service à l'hôpital de l'École, et il a pu s'assurer de la difficulté du diagnostic du typhus et de la fièvre typhoïde. Après avoir insisté sur les points de similitude des deux maladies, il déclare croire, avec M. Cazalas, à une parfaite identité. Comme lui encore, il ne croit pas que le typhus soit un effet inévitable de la guerre. Il compte que l'expérience récemment acquise ne sera pas perdue pour l'avenir.

M. Pincoffs signale ensuite ce qui s'est passé dans la légion anglo-allemande. Les chasseurs du premier régiment arrivèrent au commencement de décembre. Trop bien nourris en Angleterre pour leurs habitudes, ils ne furent pas si bien traités pendant leur voyage, et, en arrivant ici, ils furent casernés à Selimié (Scutari), dans une partie humide et mal exposée de l'hôpital. Quelques diarrhées, manifestées pendant la traversée, augmentèrent ici par l'usage des boissons rafraîchissantes et d'oranges encore aigres. Tout d'un coup se déclara à Sélimié une épidémie assez violente de choléra, sans qu'on puisse déterminer si le premier cas se manifesta chez eux ou parmi l'artillerie à cheval Osmanli. Les chasseurs, les troupes nouvellement arrivées, la cavalerie de la Crimée et l'artillerie Osmanli, furent surtout éprouvés. Les cholériques étaient envoyés à un hôpital spécial. M. Pincoffs, qui prit le service des chasseurs, n'en connaît pas le chiffre exact, mais il croit qu'il n'a pas dépassé trente-cinq. Sur huit cents hommes formant le régiment, il y avait, trois semaines après, cent dix-sept malades. On fit camper le régiment à Haïdar-Pacha. De grandes pluies survinrent, ce qui fit que le nombre des malades ne diminua pas. La diarrhée prit le caractère dysentérique, les pleuro-bronchites furent fréquentes, mais il n'y a pas eu de fièvres. Les bonnes conditions de l'hôpital ont fait que les maladies n'ont pas pris de gravité, et pendant six semaines, sur 245 malades il n'y a eu que deux décès, et six individus seulement ont dû être renvoyés en Angleterre. Le temps se remit au beau, le nombre des malades diminua et le régiment passé à la caserne de Kouléli finit par se trouver dans un parfait état de santé.

M. Pincoffs termine en communiquant ce qu'il a pu recueillir sur l'état des hôpitaux anglais en 1855. De ses renseignements puisés à bonne source, il résulte qu'à cette époque les hôpitaux de Scutari ont été dans une situation pire que celle des hôpitaux français cette année; que la maladie régnante alors était le scorbut et que la fièvre typhique n'en était que la conséquence; que la majorité des décès était due à la diarrhée scorbutique, aux congestions internes, suite des écarts de régime ou des changements de température ; qu'une alimentation abondante produisait, chez les scorbutiques, des accidents typhiques; qu'un régime trop succulent et les toniques stimulants qu'affectionnaient les jeunes médecins anglais, mieux supportés en Angleterre, ont produit, à Scutari, beaucoup de fièvres typhiques; que les fièvres marchaient comme celles de Constantinople ; que, même pendant l'été suivant, on trouvait des restes de scorbut chez les convalescents de la Crimée et que chez eux, le moindre écart de régime produisait des stases sanguines, accidents peu graves quand ils étaient pris à temps et qu'on en reconnaissait la nature.

M. Temple proteste contre l'assertion de M. Pincoffs, relative aux stimulants. Il soutient que les jeunes médecins n'ont pas obtenu moins de succès avec leurs méthode que les autres.

M. Cazalas donne une note des malades entrés depuis le 1er mai dans son service, et signale la nature de leurs maladies. De ces faits, dit-il, qui confirment ses opinions, il résulte que si l'intermittence simple n'a pas d'importance, elle entre comme élément important dans les affections continues, que l'épidémie diminue avec le secours de l'hygiène et l'arrivée de la bonne saison, que les éléments typhiques et scorbutiques vont s'effaçant ; tandis que les éléments gastrique et intermittent, se dépouillant des autres éléments morbides, viennent dominer presque sans partage la constitution médicale de la Crimée.

Le secrétaire spécial, Leval.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

OBSERVATION D'HYPOSPADIAS CONSIDÉRABLE; FÉCONDATION;

Par le docteur Traxel, de Kremsier.

Ce cas est important pour la médecine légale, parce qu'il offre un exemple d'hypospadias, ayant permis la fécondation. Le 1er avril 1856, on a apporté à ce médecin un enfant nouveau-né, à l'effet d'en déterminer le sexe. La sage-femme raconta que le père et la mère étaient des servantes de paysan. Examen fait des parents, le docteur Traxel a trouvé que la première était un homme par tous les caractères extérieurs; l'urètre, un peu moins long qu'à l'ordinaire, mais volumineux, était imperforé; le scrotum divisé en deux poches, renfermant chacune un testicule. Les surfaces adossées étaient garnies d'une peau rouge, et la division était aussi profonde que les poches étaient longues. A la racine de la verge, dans l'angle antérieur de ces poches, existait une ouverture de la grosseur d'une lentille; c'était l'orifice de l'urètre. La partie inférieure de la verge était creusée d'une demi-gouttière, commençant à cette ouverture et se terminant à la pointe du gland, à sa terminaison normale. Pas de prépuce. A peu près à une ligne derrière la couronne du gland et dans le demi-canal, se trouvaient deux ouvertures elliptiques, recevant facilement une grosse soie de porc; un troisième petit trou existait plus loin, à deux lignes de l'orifice de l'urètre. Cet homme avait toujours passé pour une femme et servait avec une véritable femme chez un paysan. Les deux couchaient dans la même chambre et avouaient avoir eu ensemble de nombreux rapports beaucoup plus intimes. La femme protesta n'avoir plus eu aucun commerce avec un homme depuis trois ans, et son amant ne mettait pas le moindre doute dans cette assertion ; aussi les deux ne pouvaient assez s'étonner de la grossesse.

Une circonstance particulière anéantit l'objection d'une cohabitation avec un autre homme, c'est que l'enfant avait la même conformation des parties génitales que le père. Il est évident qu'il y a plus qu'une simple coïncidence.

Comment la fécondation a-t-elle eu lieu? Les trois ouvertures signalées près du gland sont probablement les orifices de canaux excréteurs de glandes de Cowper, et l'on sait que ces canaux cheminent parfois au loin. Mais quand il existe déjà des anomalies, ne pourrait-il pas s'en faire ici une autre, et ces ouvertures ne seraient-elles pas les orifices des canaux éjaculateurs? Il est à regretter que M. Traxel qui soulève cette question n'ait pas sondé ces canaux; leur longueur et leur direction auraient tiré au clair ce fait. La fécondation s'explique encore en admettant que pendant un coït la paroi postérieure du vagin a remplacé la paroi manquante de l'urètre et a ainsi rétabli un canal complet. Cette dernière explication est la plus probable. — *(Wiener méd. wochenschrift*, 1856, n° 19.)

OBSERVATION DE TROUBLE DE LA CORNÉE, REVENANT CHAQUE FOIS APRÈS LE SOMMEIL;

Par le docteur Ch. Rosas, de Vienne.

Un homme de 25 ans, présentait depuis un an et demi la lésion suivante : La cornée devenait trouble tous les matins, après le réveil, du moment où le malade faisait le moindre effort pour se soulever; le phénomène n'avait pas lieu aussi longtemps qu'il restait couché. En cinq minutes l'obscurcissement avait atteint son point culminant, restait stationnaire pendant une heure, et diminuait peu à peu, pour finir quatre heures après le début. Le mouvement exagéré et en général tous les excitants appliqués dans le voisinage de l'œil, le prolongeaient d'une heure à peu près; les douches froides sur la tête, au contraire, le faisaient disparaître une demi-heure après leur application. Cette singulière altération n'existait que sur l'œil droit, et doit s'être montrée pour la première fois au réveil d'un sommeil de quelques heures, après que, depuis deux jours, les yeux eussent été fatigués extraordinairement par un travail presque continu. Quand la cornée était transparante, on observait une injection modérée de la conjonctive palpébrale et oculaire ; la cornée elle-même était tout a fait normale, la sclérotique bleuâtre, renfermant quelques vaisseaux hypérémiés; rien dans la chambre antérieure. L'iris était détaché du cercle ciliaire en quelques endroits, mais seulement dans sa couche antérieure, la couche pigmentaire étant intacte; par là la pupille n'était pas centrale, mais située à l'angle inférieur et interne; elle avait une forme ovale, était de grandeur naturelle et se contractait promptement sous l'influence de la lumière. L'ophthalmoscope faisait reconnaître une hyperémie modérée de la rétine. Celle de la choroïde était évidente même à l'œil nu. Les renseignements très obscurs font supposer que l'affection de l'iris avait précédé celle de la cornée.

Tous les traitements furent sans résultats. La douche froide sur la tête, continuée pendant quinze jours, faisait toujours disparaître l'obscurcissement en une demi-heure, mais ne l'empêchait pas de revenir le lendemain. Même inefficacité du sulfate de quinine à dose progressive, de l'opium, de la morphine, de l'iodure potassique. L'onguent mercuriel et l'électricité prolongeaient la durée du trouble. Après six semaines d'essais infructueux, le malade fut obligé de repartir sans avoir vu son état modifié en rien.

M. Rosas, et M. Brücke, qui a vu également ce malade, ne peuvent s'expliquer cette lésion. Il eût été intéressant de voir si elle se serait reproduite également après un sommeil dans la journée, ou bien après un sommeil peu prolongé. — *(Weener med. wochenschrift*, 1856, n° 3.)

Nous avons reçu le 30 juillet dernier, et nous avons oublié de mentionner à cette époque, une lettre de M. le docteur Verron, directeur-médecin de l'asile public des aliénés du Jura, en réponse à la lettre de M. le docteur Lombard, insérée dans notre numéro du 26 du même mois, et relative à quelques incidents du fait publié par M. le docteur Verron sur un cas d'empoisonnement par des pains à cacheter. Dans sa nouvelle lettre, M. le docteur Verron persiste à soutenir l'exactitude du récit qu'il a publié, et c'est là l'important; il répond ensuite à quelques autres points de la lettre de M. le docteur Lombard, et ici finit l'intérêt scientifique.

— M. le docteur Declat nous adresse une lettre relative à l'emploi du *valérianate d'ammoniaque*. Nous sommes obligés d'en renvoyer l'insertion au prochain numéro.

— Nous avons reçu un assez grand nombre de communications relatives au banquet du 20 août, avant et après cette fête. Nos honorables correspondants auront dû voir par l'attitude de conciliation que nous avons voulu prendre dans cette circonstance, qu'il ne nous était pas possible de publier leurs communications sans manquer le but que nous avions en vue.

Amédée Latour.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 104. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 28 Août 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. CLINIQUE CHIRURGICALE : Note sur le meilleur procédé de ligature des artères, avec observation de ligature de l'artère fémorale pour un anévrysme poplité. — III. Des effets de l'occlusion des paupières dans deux cas de kératite ulcéreuse générale. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 22 août : Correspondance. — Maladie bronzée ou maladie d'Addison. Discussion. — Considérations sur l'iritis et son traitement. — Anévrysme de l'artère dentaire inférieure. — Opération du phimosis. — V. COURRIER.

PARIS, LE 22 AOUT 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

On ne se douterait pas, à l'Académie de médecine, que nous sommes en pleines vacances. Jamais séance d'hiver n'a été mieux remplie que la séance de mardi dernier.

Signalons d'abord, dans la correspondance, une communication importante de M. le docteur Follin qui vient porter témoignage en faveur des expériences faites à Alfort par MM. Bouley et Reynal. Nous publions cette communication de M. Follin qui devait être contre-balancée, selon le programme de la séance, par une exhibition de chiens sur lesquels M. Orfila neveu a pratiqué sans inconvénients la ligature de l'œsophage ; mais cette partie du programme a fait défaut ; les chiens de M. Orfila n'ont pas été présentés.

Nous n'avons pas ouï dire que la commission ait commencé ses expérimentations.

C'est hier que M. Trousseau a fait son début académique, et si quelqu'un a pu douter du succès qui attendait le nouvel académicien à la tribune, ce quelqu'un a pu être immédiatement rassuré. Dans une improvisation brillante et animée, M. Trousseau a porté devant l'Académie le sujet intéressant et neuf de la maladie bronzée, de la maladie d'Addison sur lequel l'éloquent professeur a donné à l'Hôtel-Dieu des leçons qui ont été très suivies et que nous avons reproduites ici (Voir UNION MÉDICALE, nos des 7 et 12 août 1856). M. Trousseau a complété hier l'observation du malade qui a fait le sujet de ses leçons. Le pronostic grave qu'il avait porté s'est malheureusement vérifié et l'autopsie a justifié de tous points le diagnostic anatomique. Les capsules surrénales seules étaient le siége d'une désorganisation tuberculeuse profonde. On trouvera à notre compte-rendu l'exposition faite par M. Trousseau, les observations de M. Bouillaud sur cette communication, les velléités d'opposition de M. Gibert, toutes choses auxquelles M. Trousseau nous paraît avoir répondu avec autant de bonheur dans la forme que de justesse dans le fond.

M. le docteur Jules Roux, de Toulon, membre correspondant, a lu un intéressant mémoire sur l'emploi des injections iodées dans le traitement des kystes congéniaux du cou. L'opération, pratiquée deux fois par cet habile chirurgien, a été suivie des meilleurs résultats.

A M. Jules Roux a succédé M. Quadri fils, de Naples, qui a lu un mémoire sur l'iritis et sur son traitement, mémoire d'où il résulterait que l'iritis, grave et rebelle dans les pays chauds, n'aurait qu'une faible importance pathologique dans le Nord.

M. Rufz, membre correspondant à la Martinique, a présenté un maxillaire inférieur sur lequel on voit un anévrysme de l'artère dentaire inférieure, seul cas de ce genre qui soit connu dans la science.

Enfin, M. Bonnafont a présenté un instrument très ingénieux et d'une grande simplicité, destiné à faciliter l'opération du phimosis.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

NOTE SUR LE MEILLEUR PROCÉDÉ DE LIGATURE DES ARTÈRES, AVEC OBSERVATION DE LIGATURE DE L'ARTÈRE FÉMORALE POUR UN ANÉVRYSME POPLITÉ ;

Par le docteur NOTTA, chirurgien de l'hôpital de Lisieux, membre correspondant de la Société de chirurgie, etc.

Quel est le procédé de ligature qui expose le moins aux hémorrhagies secondaires? Il semble, au premier abord, que cette question soit complétement résolue depuis les mémoires de Jones, de Béclard, de M. Manec, etc. Et, il faut le reconnaître, c'est grâce aux travaux de ces auteurs qu'on a aujourd'hui à peu près complétement renoncé à la ligature médiate de Scarpa.

Cependant, si l'on interroge la pratique des chirurgiens modernes, on trouve dans leur manière de faire des différences dont l'importance se révèle lorsqu'on étudie le travail de cicatrisation des artères à la suite de leur ligature.

Prenons au hasard quelques exemples parmi les observations publiées dans ces dernières années.

En 1848, pour la ligature de l'iliaque externe, Blandin se sert d'un fil simple, très fort. Les deux bouts du fil sont coupés au ras du nœud. La plaie est pansée simplement avec un linge enduit de cérat. (UNION MÉDICALE, 1848, p. 565.)

M. Chassaignac, pour la ligature de l'iliaque primitive, emploie un fil simple, et panse la plaie par occlusion. (*Gazette des hôp.*, 1850, p. 479.)

Pour une ligature de la fémorale, le même chirurgien fait usage d'un fil simple de soie. La plaie est pansée par occlusion. Le fil est fixé hors de la plaie à un morceau de sparadrap placé dans le voisinage. (*Archives de méd.*, 4e série, t. XXV, p. 26.)

En 1849, étant interne de M. le professeur Malgaigne à l'hôpital St-Louis, je lui ai vu pratiquer une ligature de l'artère fémorale. L'artère, dénudée dans une très petite étendue, fut liée avec un fil double ciré et fortement serré. Les bouts du fil furent coupés au ras du nœud ; et la plaie réunie par une suture à points passés. Le membre fut fixé solidement sur un double plan incliné, afin d'être immobilisé. C'est là, du reste, le procédé auquel M. Malgaigne donne la préférence dans son *Manuel de médecine opératoire*.

M. Richard emploie également un fil double pour une ligature de l'artère fémorale et réunit la plaie par première intention. (*Revue médico-chirurg.*, novembre 1855.)

M. le professeur Velpeau, pour une ligature de l'artère humérale, se sert d'un fil double, réunit la plaie par deux bandelettes de diachylon, le fil à ligature pendant entre elles hors de la plaie. (UNION MÉDICALE, 1853, p. 399.)

Enfin M. Sédillot coupe l'artère entre deux ligatures, et s'oppose à la réunion par première intention par une bandelette de linge introduite entre les lèvres de la plaie. (*De la section des artères entre deux ligatures* ; Paris, 1850.)

C'est à cause de l'autorité du nom de M. Sédillot que je fais ici mention de ce procédé ; car, excepté ce chirurgien, personne ne l'emploie plus aujourd'hui. J'ai démontré ailleurs (*Mémoire sur la cicatrisation des artères*, in *Mémoires de la Société de chirurgie*, t. IV, p. 502) que les arguments allégués par M. Sédillot en faveur de cette méthode sont loin d'être concluants, et que, loin d'offrir des avantages, elle présente de grands inconvénients et expose aux hémorrhagies consécutives.

Les citations précédentes, qu'il me paraît inutile de multiplier, donnent une idée exacte des divers procédés employés par les chirurgiens modernes. Ainsi, les uns emploient un fil simple, d'autres un fil double ; les uns coupent les deux chefs au ras du nœud, les autres les fixent hors de la plaie ; les uns, et c'est la majorité, réunissent la plaie par première intention, les autres pansent la plaie à plat ; d'autres enfin coupent l'artère entre deux ligatures, et s'opposent à la réunion par première intention par l'introduction d'une mèche entre les lèvres de la plaie.

En présence de méthodes si diverses, on est naturellement porté à se demander si toutes ont une égale valeur.

Déjà, par des expériences fort bien faites, M. Manec avait fait connaître les conditions dans lesquelles une ligature expose le moins aux hémorrhagies secondaires. J'ai répété les mêmes expériences, et je suis arrivé aux mêmes résultats, c'est-à-dire que les moyens d'assurer le succès d'une ligature d'artère sont les suivants :

1° L'emploi d'un fil simple fortement serré.

2° Section d'un des chefs de la ligature au ras du nœud, l'autre chef maintenu hors de la plaie.

3° Dénudation du vaisseau aussi peu étendue que possible.

4° Empêcher la plaie faite aux parties molles de la réunion par première intention, de manière à obtenir la cicatrisation de la gaîne de l'artère avec celle des parties superficielles de la plaie.

5° Maintenir le membre dans l'immobilité, et empêcher le malade de faire aucun effort jusqu'à parfaite cicatrisation. (*Mém. de la Soc. de chirurg.*, t. IV, p. 477 et suiv.)

Sans doute, chacun de ces préceptes, pris isolément, a déjà été appliqué depuis longtemps ; mais ce qui ne l'est pas, c'est leur ensemble, et c'est de leur ensemble que dépend le succès de la ligature. On peut voir, dans le mémoire de M. Manec et dans le mien (*loc. cit.*), des faits qui prouvent que l'omission d'un seul de ces préceptes peut devenir cause d'hémorrhagie. Aussi me suis-je bien gardé d'en négliger aucun dans l'observation suivante :

OBSERVATION. — Gournay (Virginie), âgée de 41 ans, ouvrière dans une filature de coton, entre à l'hôpital de Lisieux, le 17 septembre 1852.

Cette femme a toujours eu une bonne santé. Aucun des membres de sa famille n'a été affecté d'anévrysme. Elle a eu trois enfants, et, à part le temps nécessaire pour ses couches, elle n'a jamais été alitée. Elle n'a jamais eu de douleurs rhumatismales. Sa profession l'oblige à rester debout et à soulever des fardeaux assez lourds avec les bras, mais elle n'a aucun effort à faire avec les jambes.

Il y a cinq mois environ, elle ressentit, pour la première fois, sans cause appréciable, des crampes dans le mollet et des douleurs dans le creux du jarret gauches. Les douleurs augmentèrent graduellement d'intensité. Il y a deux mois seulement la malade s'aperçut que la jambe gauche enflait et qu'une tumeur s'était développée dans le creux du jarret. Elle fit alors, sur la jambe, des fomentations émollientes, mais sans résultat.

Il y a six jours, après avoir travaillé pendant vingt-quatre heures de suite, elle éprouva une telle fatigue et des douleurs si vives dans la jambe, qu'elle fut obligée de s'aliter. La tumeur n'avait cependant pas sensiblement augmenté de volume. Après deux journées de repos, n'éprouvant pas de soulagement, elle se décida à entrer dans mon service.

État actuel, 18 septembre. — Constitution moyenne, physionomie exprimant la souffrance. La malade marche très difficilement, et, bien qu'appuyée sur le bras de son mari, elle a été obligée, pour se rendre à l'hôpital, de se reposer à plusieurs reprises.

Dans le creux poplité de la jambe gauche, on observe une tumeur oblongue dont le grand axe est dirigé dans le sens de l'artère. Cette tumeur remplit complétement le creux du jarret et fait même saillie en arrière des tendons qui la limitent de chaque côté. Elle a environ le volume du poing. Inférieurement, elle cesse au niveau du pli transversal de la peau qui s'observe dans le creux du jarret ; en sorte qu'elle est située en totalité derrière la face postérieure de l'extrémité inférieure du fémur. Supérieurement, elle remonte jusqu'au niveau de l'anneau du troisième adducteur. La peau qui la recouvre est mobile et a sa coloration normale. La tumeur n'adhère point à l'os ; si on la saisit entre les doigts, les muscles étant dans le relâchement par la flexion de la jambe, on peut lui imprimer des mouvements de latéralité. Elle offre des mouvements d'expansion très manifestes, isochrones à ceux du pouls. A l'aide du stéthoscope appliqué sur la tumeur, on perçoit un bruit de souffle rude qui coïncide avec chaque mouvement d'expansion de la tumeur. Si on comprime l'artère fémorale au niveau de l'arcade crurale, les battements et le bruit de souffle cessent complétement, et le volume de la tumeur diminue au moins d'un quart. La jambe gauche n'est point œdémateuse, la pression du doigt n'y laisse pas de trace, mais elle est comme engorgée, en un mot, elle est plus volumineuse que la droite. Ainsi le mollet gauche a 33 centim. 1/2 de circonférence, tandis que le droit n'en a que 29 1/2. La peau est injectée et présente un lacis de petits vaisseaux variqueux qu'on ne remarque pas sur la jambe droite. La jambe gauche est le siége de douleurs lancinantes très intenses, qui suivent particulièrement le trajet du nerf tibial postérieur. Dans le lit, la malade tient habituellement ce membre un peu fléchi.

Les bruits du cœur sont réguliers, on perçoit un léger bruit de souffle au premier temps à la pointe ; la second temps est normal. Il n'y a jamais eu de palpitations ni d'oppression.

Le 20 septembre, je pratique la ligature de l'artère fémorale au sommet du triangle de Scarpa, par conséquent au-dessous de la fémorale profonde. La malade est préalablement endormie par le chloroforme. L'artère, mise à nu, est dénudée dans une étendue d'un centimètre à peine ; la ligature, qui se compose d'un fil rond, simple, de moyenne grosseur, ciré, est fortement serrée. Un de ses chefs est coupé au ras du nœud, l'autre est fixé hors de la plaie avec un petit morceau de diachylon. Une bande de linge, enduite de cérat, large de 2 centimètres, est placée entre les lèvres de la plaie jusque sur la ligature. Quant aux deux angles de la plaie extérieure, ils sont réunis chacun à l'aide d'un point de suture entortillée. Pansement simple, peu serré. Le membre est ensuite placé sur un double plan incliné, de manière à ce qu'il soit dans la demi-flexion et dans une immobilité complète. Pendant l'opération, la malade a perdu à peine une cuillerée de sang. Immédiatement après la ligature, les battements ont cessé dans la tumeur, et son volume a diminué de moitié.

La jambe s'est d'abord refroidie, mais à l'aide d'alèzes chaudes et de bouteilles, la chaleur a reparu dans le membre au bout d'une heure. Diète.

21 septembre. La malade est calme, se trouve très bien. Apyrexie. Bouillons, potages.

22 septembre. Les deux angles de la plaie sont réunis. J'enlève les épingles. La bandelette de linge cératé, qui s'oppose à la réunion de la plaie à sa partie moyenne, est enlevée ; la suppuration est bien établie ; néanmoins, j'interpose un peu de charpie entre les lèvres de la plaie. Apyrexie. La malade ne ressent plus aucune douleur dans le mollet et dans le jarret. Deux portions.

23 septembre. La plaie est béante ; le pus s'écoule facilement au dehors ; il est peu abondant et de bonne nature ; en pressant autour de la plaie, on n'en fait pas sortir.

Les jours suivants, des compresses graduées sont appliquées à la face interne de la cuisse et sont fortement serrées par un bandage, de manière à ce que le fond de la plaie soit comprimé et que le pus n'y puisse stag-

ner. La plaie est rose, vermeille, et la suppuration diminue de jour en jour.

Le 11 octobre, la plaie est réunie, excepté à sa partie moyenne, dans une étendue de 2 centim. La ligature n'est pas tombée, quoique depuis j'exerce sur elle des tractions à chaque pansement. En pressant fortement la plaie, on ne fait sortir qu'une ou deux gouttes de pus. J'enlève le double plan incliné sur la demande de la malade, et je constate que la tumeur anévrysmale, diminuée de volume, est dure, indolente, sans aucun battement.

23 octobre. Le fil se détache sous l'influence d'une traction assez forte. Examiné à la loupe, il contient dans son anse une matière opaline molle, qui forme une sorte de diaphragme et qui paraît constituée par du tissu fibreux.

3 novembre. La plaie est presque entièrement cicatrisée. Je permets à la malade de se lever.

Le 27 novembre, elle sort parfaitement guérie. Elle marche très bien, sans aucune douleur.

La plaie de la ligature est entièrement cicatrisée.

La tumeur anévrysmale est réduite des deux tiers; elle est dure, sans aucun battement.

La jambe gauche est encore un peu plus grosse que la droite, mais elle a sensiblement diminué de volume, de 2 centimètres depuis l'opération. Depuis, j'ai revu la malade à plusieurs reprises. Sa jambe gauche est aussi bonne que la droite, et elle a repris l'exercice de sa profession.

Après les réflexions qui ont précédé cette observation, il me reste peu de choses à ajouter.

Je ferai remarquer que la jambe et la cuisse sont restées fixées sur le double plan incliné jusqu'au vingt-deuxième jour. A cette époque seulement, cédant aux instances de la malade, je me suis décidé à l'enlever, bien que la ligature ne fût pas encore tombée, parce que j'avais affaire à une femme très docile, qui me promettait de rester tranquille, et de s'abstenir de tout effort. D'autre part, quoique le fil ne fût pas tombé, la suppuration était si peu abondante, qu'il était bien évident que l'inflammation déterminée par sa présence était très modérée.

La chute de la ligature n'a eu lieu que le trente-cinquième jour; et un séjour aussi prolongé dans la plaie n'a eu aucune influence fâcheuse sur la cicatrisation de l'artère. Toutes les précautions prises pour favoriser l'écoulement du pus, et la réunion des parties profondes ne sont peut-être pas étrangères à ce résultat.

OPHTHALMOLOGIE.

DES EFFETS DE L'OCCLUSION DES PAUPIÈRES DANS DEUX CAS DE KÉRATITE ULCÉREUSE GÉNÉRALE;

Par le docteur Jules MASCAREL, médecin à l'hôpital de Chatellerault.

OBSERVATION I.

Ducloz, garde de nuit du chemin de fer d'Orléans, âgé de 31 ans, d'un tempérament lymphatico-nerveux, n'ayant jamais été malade, est pris de malaise, de lassitude générale, avec douleur dans les hypochondres, et bientôt d'un flux de sang dysentérique abondant. L'ipécacuanha, la tisane de cachou et les lavements amylacés et opiacés employés pendant deux jours font cesser ces accidents; mais en même temps les paupières rougissent, les yeux s'injectent vivement avec douleur, et une double ophthalmie métastatique prend naissance.

Tous les moyens sont mis en usage pour rappeler le flux intestinal; ainsi purgatifs et suppositoires aloétiques, sangsues sur les veines hémorrhoïdales, pédiluves et bains de siége sinapisés, lotions d'eau très chaude sur les globes oculaires; vains efforts, la dysenterie ne revient pas et l'ophthalmie marche à grands pas, avec photophobie, larmoiement, céphalalgie orbitaire, douleurs vives dans les yeux, surtout pendant la nuit, peu de fièvre le matin, mais frissons et redoublement le soir, avec sueurs générales le matin. Les purgatifs sont répétés tous les deux jours. La décoction de quinquina et le sulfate de quinine ne produisent aucun effet, et en huit à neuf jours les yeux sont dans un état des plus graves.

Il y a double blépharopthalmie, avec kératite et commencement d'iritis sur l'œil gauche.

La conjonctive palpébrale est d'un rouge pourpre. La cornée est dépolie : elle commence à s'ulcérer du côté gauche, où l'épiphora, la photophobie et les douleurs sont portées au plus haut degré; la pupille est resserrée et la vision presque abolie. Peu de fièvre, mais redoublement le soir, avec aggravation de tous les accidents.

Le pouls n'étant pas très développé et le sujet peu vigoureux, nous prescrivons un petit nombre de sangsues à l'anus, qui donnent beaucoup.

Purgatif avec { calomel. . . . 60 centig. / jalap. . . . . 4 grammes.

Lotions sur les yeux avec un collyre composé d'une décoction de jusquiame et de guimauve laudanisée; frictions sur tout le front et les tempes, de deux en deux heures, avec la pommade mercurielle et belladonisée par parties égales.

Vésicatoire perpétuel de Jamin à la nuque.

Malgré l'emploi simultané de ces moyens, il ne se produit aucun mieux appréciable du côté gauche, mais l'œil droit, primitivement moins affecté, se dégage; cependant la cornée est encore dépolie, et la vision n'est pas nette.

Du côté gauche, une ulcération serpigineuse embrasse la plus grande partie de la cornée, avec ses rebords comme décollés; la pupille est serrée et un peu déformée; le malade ne distingue plus les objets de ce côté, et les douleurs, qui prennent par intervalle le caractère lancinant, ne laissent plus de repos au malade, surtout pendant la nuit. Les instillations de laudanum de Sydenham, de teinture de digitale, les collyres de toute espèce, au nitrate d'argent, au sulfate de cuivre ammoniacal, ou faibles ou forts, les pilules de Belloste à l'intérieur, les purgatifs au calomel, poussés jusqu'à la salivation, les pilules de Plummer, le vésicatoire au bras, l'emplâtre stibié entre les épaules, aucune médication ne paraît enrayer la marche croissante de cette affection, et la lame superficielle de la cornée est presque entièrement détruite, au point que l'œil est devenu tout à fait rugueux et douloureux sous la pression des paupières. Les frictions avec l'opium pur sur l'orbite ne calment qu'imparfaitement la douleur.

C'est dans ces déplorables conditions, et ne conservant pour ainsi dire plus l'espoir de sauver cet œil, que nous appliquons le procédé de l'occlusion de la manière suivante: à défaut de collodion, nous maintenons les paupières rapprochées en permanence au moyen de deux petites bandes de taffetas gommé, couchées horizontalement sur les paupières, puis deux autres sont appliquées perpendiculairement aux premières, de manière à laisser entre elles de petites intervalles pour l'écoulement des liquides.

Dès le soir même, *le malade s'endort et ne se réveille plus qu'au matin.* Les douleurs ont entièrement cessé. Rien n'est changé au traitement.

Au bout de quarante-huit heures, l'œil ayant été humecté avec de l'eau tiède, les bandelettes sont enlevées, et nous ne sommes pas peu surpris du changement remarquable qui s'est opéré. La conjonctive oculaire n'est presque plus injectée, les bords décollés de l'ulcération cornéale sont aplatis, mais l'épiphora continue par suite du contact de la lumière et de l'air.

Nous réappliquons les bandelettes. Même calme, même bonheur inexprimable éprouvé par le malade, qui continue seulement l'usage des pilules de Plummer comme précédemment. Après quatre jours d'occlusion, le malade commence à apercevoir certains objets qu'il ne pouvait pas distinguer auparavant, et en huit jours le travail de réparation et de cicatrisation de la cornée s'est fait avec une telle rapidité qu'on criait au miracle. Nous n'avions nous-même jamais été témoin d'une guérison de kératite ulcéreuse aussi prompte. La vision s'est complétement rétablie, et il ne reste plus qu'un léger nuage sur la cornée, qui n'empêche pas Duclos de faire son service de garde de ligne, mais seulement pendant le jour. Nous lui avons interdit le service de nuit.

OBSERVATION II.

La seconde observation n'est pas moins digne d'intérêt.

C'est un soldat du 27e de ligne, âgé de 21 ans, d'un tempérament lymphatique, et admis à l'hôpital pour deux abcès situés dans les lames de la cornée du côté droit : l'un en haut, plus petit, est ouvert, avec fond jaunâtre et bords escarpés; l'autre, situé plus en dedans, est volumineux, un peu bosselé, jaunâtre et sur le point de perforer l'œil; toute la conjonctive est vivement injectée, la vision presque abolie; des douleurs vives s'irradient vers le front, avec photophobie et épiphora; peu de fièvre, excepté le soir; sueurs et insomnie pendant la nuit.

La maladie est au quatorzième jour.

Purgatif avec { poudre jalap. . 4 grammes. / calomelas . . . 60 centig.

Onctions de deux en deux heures sur le pourtour de l'orbite et le front avec la pommade suivante :

Extrait de belladone. . . . 10 grammes.
Onguent napolitain . . . . 10 grammes.

Emplâtre stibié sur l'apophyse mastoïde du côté droit.

Collyre avec la décoction de guimauve, de pavot, additionnée de mucilage de pepins de coings. Un quart de portion d'aliments.

Le lendemain, 15 juin, l'œil est moins rouge; le second abcès est ouvert, les bords sont décollés; le malade souffre moins. Il y a eu cinq à six selles.

Prescription matin et soir. Prendre une des pilules suivantes :

Savon médicinal. . . . . 4 grammes.
Calomelas. . . . . 1 gramme.
Extrait de ciguë. . . . . 1 centig.

Pour 20 pilules. Houblon et sirop de gentiane; un quart de portion et vin. Même collyre, même frictions.

Le 16, l'œil est plus rouge; les abcès se détergent mal; le frottement de l'œil contre les paupières est très douloureux. Il y a photophobie et épiphora; peu de fièvre.

1° Huile de ricin. . . . . 30 grammes.
2° Collyre : Eau de rose. . . . . 100 grammes.
Laudanum de Sydenham. . 4 grammes.
Mucilage de coings . . . . 8 grammes.

Vésicatoire à la nuque.

17 et 18. L'amélioration s'établit difficilement; instillation de laudanum pur dans l'œil matin et soir. Même traitement.

19. Même état. Purgatif avec calomelas, 1 gramme.

20. Plusieurs selles. L'œil perd de sa rougeur chaque fois que le malade est purgé, mais la cicatrisation des ulcères ne semble faire aucun progrès. Il y a un commencement de salivation. On cesse le calomel et les frictions mercurielles. Houblon, gentiane et eau de Sedlitz.

21. Les paupières sont toujours rouges et tuméfiées; le malade ne distingue pas les objets; les ulcères ont toujours un mauvais aspect; le globe oculaire ne pâlit que le lendemain du jour des purgations. Cependant l'iris ne paraît pas affecté.

Occlusion des paupières avec des bandelettes de taffetas gommé.

Le 22 et le 23, plus de douleur. Le 24, le malade se trouve très bien. Les paupières sont agglutinées par une humeur jaunâtre, en partie concrétée. Les bandelettes sont enlevées. L'œil a perdu plus des trois quarts de sa rougeur; les bords de l'ulcération ne sont plus élevés, et les vaisseaux déliés qui passaient de la cornée opaque à la cornée transparente ont disparu.

Même traitement.

Les 25, 26 et 27, le mieux continue de plus en plus. Instillation de trois gouttes de laudanum. Même traitement.

Le 30 juin. L'ulcération supérieure est cicatrisée, et il ne reste plus qu'une tache blanchâtre. L'ulcération interne marche aussi très rapidement à la cicatrisation, et le malade commence à distinguer les objets.

L'occlusion est continuée encore pendant trois jours avec un succès croissant. Les plaies de la cornée sont fermées; il reste seulement des taches blanches (albugo) assez profondes vers l'angle interne de l'œil.

Collyre au nitrate d'argent; instillation le soir de teinture thébaïque.

L'efficacité de l'occlusion des paupières dans ces deux cas très graves, n'échappera à personne, et c'est avec bonheur que nous livrons ces faits à la publicité, bien persuadés qu'ils pourront trouver leurs analogues.

N'ayant employé le procédé de l'occlusion des paupières que dans ces deux circonstances, je ne m'étendrai pas davantage sur ce sujet, et ce moyen dût-il ne plus me réussir, je n'en conserverai pas moins le souvenir qu'il a sauvé les yeux à deux hommes dans la force de l'âge.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 26 Août 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. le docteur MATTER, médecin-inspecteur des eaux minérales de Castéra-Verduzan, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854. (Comm. des eaux minérales.)

— Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements des Pyrénées-Orientales, de la Haute-Loire, du Loiret, du Cher, de l'Hérault, des Hautes-Alpes, des Landes. (Comm. officielle.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivants :

Lettre de M. BRACHET, de Lyon, qui sollicite le titre d'associé national.

— Une note de M. POGGIALE, relative à l'*action des alcalis sur le sucre dans l'économie.*

Dans la lettre adressée à l'Académie le 19 de ce mois, dit M. Poggiale, M. Mialhe, au lieu de répondre directement à mes objections, s'écarte entièrement des termes du débat, et insiste sur des faits admis par tout le monde.

M. Mialhe n'ayant point d'arguments à opposer à la citation textuelle contenue dans ma dernière lettre, a essayé de mettre M. Bernard en opposition avec lui-même; il a rapporté pour cela deux expériences en apparence contradictoires, mais qui en réalité ont été faites l'une et l'autre dans les conditions physiologiques. En effet, si dans ses expériences, qui n'avaient pas le même but, M. Bernard n'a pas obtenu les mêmes résultats, en injectant 5 décigrammes de glucose dans la veine jugulaire d'un lapin, cela tient tout simplement à la rapidité avec laquelle se fait l'absorption suivant que la solution sucrée est plus ou moins concentrée, M. Bernard a établi par de nombreuses recherches que M. Mialhe connaît, « que toutes les fois qu'on injecte plus de 1 gr. » de glucose *dissous dans 25 centimètres cubes d'eau*, il en passe dans » les urines où il apparaît d'autant plus vite que la liqueur est plus con» centrée. » (Leçons de physiologie, page 216.)

Plus loin, page 219, M. Bernard ajoute : « Dans les expériences pré» cédentes, nous avions toujours une solution de 1 gramme de sucre » pour 25 centimètres cubes d'eau. Dans ces circonstances, le *sucre* » *n'apparaissait pas au dehors.* Si, au lieu de cela, nous prenons » 1 gramme de sucre dissous dans 8 centimètres cubes d'eau, le sucre » *passe dans les urines*, bien qu'on n'en ait injecté sous la peau que » *un gramme seulement, comme dans le premier cas.*

» Ainsi, il peut se faire que, sans rien changer du côté des condi» tions physiologiques de l'animal, *ni dans la quantité de sucre injectée*, » l'apparition de cette substance dans les urines ait lieu par l'influence » seule de la *proportion d'eau* de l'injection. »

Ces faits et d'autres que je pourrais relater dans cette note, démontrent qu'il n'existe aucune contradiction dans les deux expériences de M. Bernard, et que, dans l'une, comme dans l'autre, on ne s'est pas mis en dehors des conditions physiologiques. J'affirme donc avec ce physiologiste qui, au besoin, me donnerait l'appui de son nom, que, malgré les dénégations de M. Mialhe, 1/2 gramme de glucose introduit dans le sang disparaît ou passe dans les urines suivant la proportion d'eau employée.

M. Mialhe semble avoir oublié la question principale, la théorie du diabète, pour ne s'occuper que de faits secondaires qui nous intéressent peu dans cette discussion. Il ne s'agit pas, en effet, de savoir ici que, d'après les expériences de MM. Bouchardat et Sandras, Bernard, Lehmann, etc., le sucre de canne est éliminé par les urines et que le glucose, au contraire, disparaît dans l'économie. Nous ne demandons pas à M. Mialhe de nous apprendre que, suivant M. Bernard, si l'on fait pénétrer du sucre dans le sang d'un animal, jusqu'à une certaine limite, ce sucre pourra être détruit et n'apparaître pas au dehors, que le sucre du foie est celui dont on peut injecter les plus grandes quantités, et, enfin, que les sucres qui sont destructibles ont cependant leurs limites de destructibilité.

Mais nous contestons avec M. Bernard et tous les physiologistes que le sucre ne soit transformé en eau et en acide carbonique dans l'organisme que par les alcalis et qu'il se détruise en *plus grande quantité* lorsqu'il est introduit dans le sang avec des carbonates alcalins. C'est ainsi que j'ai démontré, avec MM. Bernard, Lehman et de Becker, qu'en injectant dans la veine jugulaire d'un lapin une solution de sucre et de bicarbonate de soude, on retrouve dans les urines *autant de sucre* que lorsque l'injection se fait avec une dissolution sucrée seulement. J'ai reconnu également que le sang des animaux *nourris à la viande* avec ou sans bicarbonate de soude contient sensiblement *la même quantité de sucre*, qu'en augmentant considérablement l'alcalinité du sang, le sucre ne diminue pas et qu'en dehors de l'économie animale les carbonates alcalins n'agissent pas sur le glucose au-dessous de 95 degrés.

D'un autre côté, il résulte des expériences de MM. Bernard, Lecomte et Reynoso, que les urines se chargent de sucre, sous l'influence du curare, de l'azotate d'uranium, des vapeurs éthérées, ou en piquant la moelle allongée, certains muscles de la poitrine, etc. Dans toutes ces expériences, la quantité d'alcali n'est ni augmentée ni diminuée, et ce n'est pas par le défaut d'alcalinité du sang que le glucose est éliminé par les urines. D'ailleurs, la faible proportion d'alcali du sang ne permet pas de comparer les réactions de ce liquide à celles de la potasse caustique, par exemple.

Il est difficile de concevoir comment M. Mialhe a pu trouver dans les travaux de M. Lehmann la confirmation de sa théorie. En effet, les analyses quantitatives faites par ce chimiste sur le sang de divers diabétiques, prouvent que, ni dans le sérum, ni dans la cendre provenant de la calcination, la proportion d'alcali ne se trouve diminuée.

M. Lehmann a voulu étudier d'une manière plus intime l'action des alcalis sur le sucre dans le sang de divers animaux, et il a fait avec M. Uhle des expériences nombreuses, desquelles il résulte :

1° Que le carbonate de soude *favorise plutôt* qu'il n'arrête la sécrétion du sucre par l'urine. Ainsi, avec une solution de sucre simple, l'excrétion par l'urine ne se continue pas au delà de la quatrième heure après l'injection; le sucre mêlé d'alcali, au contraire, se montre encore même après dix-huit heures;

2° Qu'en injectant dans le sang d'un lapin de l'acide tartrique au lieu de carbonate de soude, on arrête presque complétement l'excrétion du sucre par l'urine. Après la seconde injection, l'urine devenait acide, et elle ne renfermait pas la moindre trace de sucre. On continua cette injection pendant quinze jours, et on observa le même effet sur la composition de l'urine.

Ainsi, suivant M. Lehmann, l'alcali du sang ne détermine pas l'oxydation du sucre, et, au lieu d'empêcher son passage dans l'urine, il semble le favoriser. M. Mialhe dira-t-il encore que sa théorie a reçu la sanction de M. Lehman?

Les expériences physiologiques d'un grand nombre d'observateurs, et celles que nous avons présentées à l'Académie, nous autorisent donc à considérer comme erronée la théorie de M. Mialhe. Nous défendrons cette opinion jusqu'au moment où il prouvera par la *méthode expérimentale* et non *par des hypothèses*, que l'oxygène n'agit pas sur le glucose sans l'intervention des alcalis.

— Un mémoire de M. le docteur VIGIER, de Pontoise, sur une épidémie de variole et de varioloïde qu'il a observée dans cette ville pendant les cinq premiers mois de l'année 1856.

— Un mémoire sur une épidémie de rougeole observée en 1855 à Abbeville, par M. le docteur HECQUET, d'Abbeville.
(Commission des épidémies.)

— Un mémoire relatif à *quelques effets de la saumure sur le porc*, par M. FESTAL, vétérinaire à Sainte-Foy. (Commission nommée.)

— Une note intitulée : *Observations raisonnées sur la manière de traiter les cholériques*, par M. Guilhon, officier démissionnaire. (Comm. du choléra.)

— M. le professeur Retzius, de Stockholm, associé à l'Académie, lui adresse un moule en plâtre d'après le bassin de la géante dite la *grande Lapponienne*.

— M. Colin, chef du service d'anatomie et de physiologie, à Alfort, réclame contre l'interprétation qui a été donnée de ses expériences par M. Henry Bouley. Il cherche à établir : 1° que le prétendu traitement hydrothérapique a consisté à jeter sur la tête de l'un des chiens, et précisément de celui qui a succombé, une bassine d'eau froide ; 2° que si M. Bouley n'a pas vu l'autopsie de cet animal, c'est qu'il a refusé d'y assister.

M. Colin a entrepris de nouvelles expériences confirmant pleinement celles dont il a rendu compte à l'Académie ; « elles démontrent, comme les autres, que la ligature de l'œsophage, exécutée convenablement, n'a pas de conséquences fâcheuses. » — (Comm. nommée.)

— M. le professeur Sédillot, de Strasbourg, adresse à l'Académie une lettre accompagnée de deux dessins, et dans laquelle il rappelle ses recherches sur le rétablissement spontané de la continuité de l'œsophage à la suite de la section complète de cet organe par la ligature. Il a toujours constaté, dans ses expériences, de grands efforts de vomissements ; que l'on doit attribuer, selon lui, à la section ou à la blessure des nerfs pneumogastriques et de leurs branches ; en effet, ces lésions laissent libres et sans antagonisme les mouvements antipéristaltiques de l'estomac.

— M. Follin communique la lettre suivante :

Monsieur le Président,

Depuis que la question de la ligature de l'œsophage a été soulevée par M. Bouley, j'ai entrepris quelques expériences qui serviront peut-être à jeter un certain jour sur quelques points de ce débat. Je viens vous demander la permission d'en rendre compte à l'Académie.

Trois de ces expériences ont été faites dans des conditions telles, qu'il existait un léger obstacle à l'expulsion de la salive épaisse et spumeuse qu'on voit se produire rapidement chez les animaux auxquels on a pratiqué la ligature de l'œsophage : j'ai placé, en effet, sur le museau de ces chiens, quelques tours de ficelle assez serrés pour empêcher les animaux de crier et j'ai pu m'assurer que leur salive épaisse n'était expulsée qu'avec une certaine difficulté, — de là est née sans doute l'agitation assez violente que j'ai pu constater sur ces animaux et qui, dans les trois cas, s'est rapidement terminée par la mort.

Dans les trois cas, l'autopsie m'a montré des lésions qui ont un rapport direct avec un trouble notable dans les fonctions respiratoires. Il existait, en effet, une vive rougeur de la muqueuse trachéale et de la muqueuse bronchique, en même temps que des plaques ecchymotiques disséminées dans les lobes pulmonaires. Ces trois faits, Monsieur le Président, n'auraient peut-être pas grande valeur si, rapprochés d'autres cas où le museau des chiens n'ayant pas été lié et la mort étant survenue — plus tardivement à la vérité, — il a été possible de retrouver sur ces derniers animaux des lésions identiques. — Ces expériences s'éclairent alors les unes par les autres, et c'est pour cela que j'ai voulu les porter à la connaissance de l'Académie.

Je vais d'abord exposer succinctement la première catégorie des faits.

1° Chien adulte d'assez forte taille, — l'œsophage est lié le 12 août, à trois heures de l'après-midi, avec un cordonnet de soie ciré, seule espèce de lien dont nous avons fait usage. — Quelques tours de ficelle sont maintenus autour du museau de l'animal qui ne tarde pas à s'agiter et à laisser couler avec peine, de chaque côté de la bouche, une salive fort épaisse.

Cette agitation continuait encore à six heures du soir, quand je quittais l'animal. — Le lendemain, 13 à huit heures et demie du matin, je trouve le chien mort. — La température de son corps me permet de penser qu'il a succombé dans la seconde partie de la nuit.

A l'autopsie, je constate que le lien n'a porté que sur l'œsophage et qu'aucun filet nerveux n'est compris dans la ligature. — Il existe une salive épaisse dans le larynx et dans la partie supérieure de la trachée, — rougeur vive des muqueuses trachéale et bronchique — assez nombreuses ecchymoses dans les lobes pulmonaires, les unes superficielles, les autres d'un centimètre de profondeur environ, — aucune autre lésion du poumon.

2° Chien blanc de moyenne taille, — l'œsophage est lié le 16 août, à deux heures et demie, — l'animal n'a presque pas perdu de sang dans l'opération, — quelques tours de ficelle sont maintenus autour du museau, — un quart d'heure environ après la ligature, l'animal commence à s'agiter, à se rouler sur lui-même, — une salive épaisse et blanchâtre sort avec difficulté des parties latérales de la bouche, — une heure et demie après l'opération, j'examine de nouveau l'animal, l'agitation a tellement augmenté et l'asphyxie est tellement imminente que j'enlève la ficelle qui rapprochait les deux mâchoires et je place une muselière en cuir assez lâche. — Les mêmes phénomènes continuent toutefois, car l'animal ne peut pas laisser couler facilement la salive qui l'étouffe et la mort a lieu dans la nuit. — A l'autopsie faite le 17 août, à huit heures et demie du matin, je constate les mêmes lésions : salive gluante entre les cordes vocales ; ecchymoses disséminées dans les lobes pulmonaires.

3° Le même jour et à la même heure, j'ai opéré un chien noir à peu près de la même taille. — Une ficelle a été maintenue pendant deux heures seulement autour du museau ; mais, voyant l'agitation extrême dans laquelle se trouvait l'animal, je l'ai débarrassé de toute entrave à l'expulsion de la salive. Il n'en a pas moins succombé dans la nuit ; et le lendemain, l'autopsie m'a révélé des désordres analogues à ceux que j'avais déjà constatés sur les précédents animaux.

Il ressort de tous ces faits que, dans les expériences toxicologiques avec la ligature de l'œsophage, on devra laisser le museau des chiens complétement libre.

Dans une seconde catégorie de faits qui comprend quatre chiens, j'ai eu soin de mettre les animaux dans des conditions telles, que l'expulsion de la salive ait pu se faire facilement. Je vais donner les détails de ces expériences avant de chercher à en expliquer les résultats :

1° Un chien noir de forte taille est opéré par M. Orfila et par moi le mercredi, 20 août, à deux heures et demie. Ligature faite avec un cordonnet de soie, et peu serrée. Aussitôt après l'opération, l'animal est abandonné à lui-même, sans ligature du museau. Au bout de quelques minutes, il expulse la salive sans efforts. Point d'agitation. Revu deux heures après, ce chien ne présente aucun symptôme alarmant.

Le lendemain 21, à une heure et demie, on trouve l'animal dans un état de calme parfait, et on enlève facilement la ligature.

Depuis cette époque, ce chien a continué à bien aller, et aujourd'hui il paraît jouir d'une santé parfaite ; la plaie du cou est en bonne voie de cicatrisation.

2° Un chien de moyenne taille est opéré le même jour et à la même heure. La ligature est très serrée. L'animal est abandonné sans muselière. Expulsion difficile de la salive ; agitation bien plus marquée que dans la précédente expérience. Au bout de trois heures, cette agitation était encore assez vive, sans qu'on pût croire que la mort fût imminente. Le lendemain 21, le chien est calme, un peu abattu. La ligature est laissée en place.

22. Même abattement de l'animal. — Je ne touche point à la ligature. — Mort dans la nuit.

L'autopsie faite samedi 23, à trois heures, m'a fait voir que la ligature avait déjà en partie coupé la tunique musculeuse de l'œsophage ; la muqueuse était saine, mais circulairement ecchymosée au point où le lien avait porté. — Déjà une couche de lymphe plastique entoure le fil qui chemine vers la cavité de l'œsophage suivant le mécanisme qu'a si bien étudié M. le professeur Jobert de Lamballe.

Les poumons offrent d'assez graves désordres : — Ecchymoses multiples du volume d'un pois disséminées dans différents points des lobes pulmonaires. La moitié inférieure des deux lobes est dure et paraît à la coupe infiltrée de sang et de sérosité. — Dans plusieurs points où l'on constate une induration plus marquée, au lieu de l'infiltration sanguine on trouve une sorte d'induration grisâtre et friable. — MM. Sappey et Marc Sée ont pu constater avec moi ces lésions pulmonaires. L'estomac était parfaitement sain.

3° Le 23, vers deux heures, j'ai lié l'œsophage à un chien de petite taille. — L'animal est laissé sans muselière après l'opération. — Un peu d'agitation quand la salive remplit la bouche.

Le 25, à neuf heures du matin, je trouve l'animal abattu, se déplaçant avec peine et toujours prêt à se coucher. — J'enlève la ligature et aussitôt le chien se met à boire avec avidité.

Mort dans la soirée.

L'autopsie, faite devant M. le docteur Dechambre, nous permet de constater les mêmes ecchymoses pulmonaires que j'ai signalées sur d'autres animaux.

4° Le même jour et à la même heure, je place une ligature sur l'œsophage d'un chien de taille moyenne. — Afin de faciliter la sortie de la salive, je pratique au-dessus de la ligature une incision longitudinale à l'œsophage. — L'animal n'est point muselé. — Peu d'instants après l'opération je vois sortir un liquide spumeux, à la fois par la bouche et par la plaie de l'œsophage. — Aucun effort d'expulsion, aucune agitation.

24. Le chien est calme ; la salive s'écoule toujours en partie par la plaie ; on promène facilement l'animal dans le jardin ; je laisse la ligature.

25. L'animal paraît toujours bien portant ; abondant écoulement de liquide par la plaie ; j'enlève la ligature. — Le chien se met à boire facilement.

Des faits que j'ai l'honneur de communiquer à l'Académie, il serait téméraire, sans doute, de tirer des conclusions absolues. Mais, en interrogeant les lésions trouvées dans les poumons des chiens qui sont morts, n'est-on pas admis à supposer que ces animaux ont succombé à une asphyxie rapide ou lente, et que cette asphyxie a été produite par la salive épaisse et gluante qui est venue boucher la partie supérieure des voies respiratoires.

Si cette opinion paraît facilement admissible pour les animaux que j'ai maintenus muselés, ne peut-on pas trouver chez les autres chiens laissés libres, certaines conditions de faiblesse, certaines idiosyncrasies enfin, qui sont rebelles à cette expulsion de la salive et favorisent ainsi l'asphyxie.

Si l'opinion que j'émets est confirmée par les faits, il faudrait engager ceux qui expérimentent dans un but toxicologique, à pratiquer l'opération sur de gros animaux, et de telle sorte que l'écoulement de la salive fût toujours laissé libre : à cet égard, il faut reconnaître qu'une incision au-dessus de la ligature met l'animal dans des conditions très favorables à la guérison.

Quoi qu'il en soit de mon hypothèse, j'ai voulu seulement exposer devant l'Académie les faits que j'ai observés : il ne me reste plus, Monsieur le Président, qu'à vous offrir de nouveau l'assurance du profond respect avec lequel j'ai l'honneur d'être, etc.

E. Follin.

A l'occasion de la correspondance, M. Velpeau, en son nom et au nom de M. Barth, offre à l'Académie un ouvrage de M. le professeur Bennett, d'Édimbourg, intitulé : *Leçons cliniques*. Ce sont des recherches micrographiques, mises en regard des observations que M. Bennett a recueillies dans le service important dont il est chargé à Édimbourg.

M. le Président, au nom de l'Académie, adresse des remercîments à M. Bennett.

M. le Président annonce à l'Académie que M. Saucerotte, de Lunéville, membre correspondant, assiste à la séance.

M. Trousseau demande la parole. Il s'exprime en ces termes :

Je demande la permission d'attirer l'attention de l'Académie sur cette affection bizarre qu'Addison a désignée sous le nom de *maladie bronzée*, et que j'ai appelée *maladie d'Addison*, pour rattacher à son nom celui du médecin qui l'a découverte : maladie cachectique qui mène nécessairement et fatalement à la mort les individus qui en sont atteints, et qui a pour caractère anatomique de très graves lésions des capsules surrénales. Il ne s'ensuit pas, veuillez bien le remarquer, que les lésions de ces capsules donnent lieu toujours et nécessairement à la *maladie bronzée* ; de même les glandes de Peyer et de Brunner sont constamment altérées dans la fièvre typhoïde, et cependant les glandes de Peyer et de Brunner peuvent être gravement malades, sans qu'il y ait fièvre typhoïde ; de même encore l'engorgement de la rate existe dans toutes les fièvres intermittentes légitimes, et pourtant cet engorgement n'implique pas toujours le développement d'une fièvre intermittente.

Les capsules surrénales avaient été mises en oubli par les anatomistes, les physiologistes et les pathologistes. Les recherches d'Addison et de M. Brown Séquard nous prouvent qu'il faudra compter désormais avec ces organes et en physiologie et en pathologie.

Voici les principaux faits que M. Brown Séquard a découverts relativement à la physiologie des capsules surrénales et qu'il a soumis à une autre société savante :

1° Ces capsules sont très sensibles ;

2° Elles gagnent en poids et en volume depuis la naissance jusqu'à l'âge adulte, de sorte qu'il ne faut plus les regarder comme les vestiges d'un organe de la vie embryonnaire ;

3° L'extirpation des deux capsules tue les animaux tout aussi sûrement et même plus rapidement que l'extirpation des deux reins ; M. Brown Séquard a expérimenté sur soixante animaux, il a vu la mort survenir onze heures et demie après l'extirpation ;

4° La durée de la survie ne dépasse pas dix-sept heures quand on a extirpé seulement l'une des capsules ;

5° Dans aucun de ces cas la mort n'a pu être attribuée à une hémorrhagie, à une péritonite, à la lésion des reins, du foie ou de tout autre organe important placé au voisinage des capsules ;

6° Les lésions du ganglion semi-lunaire (lequel est d'ailleurs très rarement atteint dans cette extirpation) précipitent les battements du cœur, mais ne sont pas une cause de mort rapide chez les animaux ;

7° Lorsqu'on a extirpé les deux capsules, on voit se produire une série de phénomènes à peu près constants : une excessive faiblesse ; une respiration d'abord plus active, mais bientôt ralentie, saccadée, irrégulière ; de l'accélération dans les battements du cœur, un abaissement de la température, et aux approches de la mort, des phénomènes nerveux, tels que vertiges, convulsions, coma ;

8° Une seule capsule étant extirpée, les mêmes symptômes se produisent, mais plus tardivement et après une première période pendant laquelle l'animal semble se rétablir ; quand les convulsions se produisent elles ont lieu du côté où l'extirpation a été pratiquée, et l'on voit alors l'animal tourner sur lui-même, *en vrille*, comme cela a lieu après la section de l'un des pédoncules cérébelleux moyens ; ce mouvement rotatoire s'exécute du côté opéré vers le côté sain ;

9° Il règne parmi les lapins de Paris une enzootie ou une épizootie caractérisée par une inflammation des capsules surrénales, inflammation qui produit les mêmes effet que l'extirpation de ces organes.

10° Le sang des lapins malades injecté à d'autres lapins détermine des désordres semblables à ceux qui résultent de l'extirpation et de l'inflammation des capsules surrénales ;

11° Les plaies de la moelle épinière, et ce point a été établi par M. Brown Séquard dès 1851, occasionnent une hypertrophie des capsules d'où résulte soit une hypertrophie, soit une inflammation véhémente à laquelle les lapins ne tardent pas à succomber.

De cet ensemble de faits, M. Brown Séquard conclut : premièrement, que les capsules surrénales sont des organes absolument essentiels à la vie ; deuxièmement, que leur extirpation ou leurs altérations influencent l'économie, soit en enrayant les fonctions de ces organes, comme glandes sanguines, soit en irritant le système nerveux, ce qui donne lieu à des convulsions limitées à une moitié du corps.

Si ces expériences sont exactes, et je ne doute pas qu'elles ne soient exactes, ou, pour mieux dire, si les conclusions que M. Brown Séquard en a tirées sont légitimes, il en résulterait que les capsules surrénales ont, dans l'économie, une importance infiniment plus grande qu'on n'a cru jusqu'à présent.

Mais venons-en à la pathologie. Il y a quelques mois, mon excellent ami, le docteur Lasègue, a publié dans les *Archives*, un résumé très bien fait des travaux d'Addison et d'autres médecins de la Grande-Bretagne sur les maladies des capsules surrénales. Les travaux de ces médecins établissent qu'il est des individus atteints d'une cachexie toute particulière, d'une anémie semblable sous beaucoup de rapports à d'autres anémies, à celle produite par des pertes de sang, et bien différente de l'anémie spéciale, à laquelle on a donné le nom de *leucocythémie* (ce nom n'est pas de moi, et Dieu me garde d'en forger de semblables !) lycocythémie dans laquelle le sang contient des globules analogues aux globules de pus.

Dans la cachexie décrite par Addison, il y a une faiblesse extrême, hors de toute proportion avec les lésions que l'on peut découvrir, car ces lésions, celles du moins que l'on connaissait avant les travaux d'Addison, étaient à peu près nulles (je ne parle, bien entendu, ni des tubercules, ni d'autres maladies intercurrentes ;) et en même temps que cette débilité, on remarque une coloration *bronzée* de la peau, notamment au visage, à la face interne des lèvres, aux aisselles, au pénis, dans plusieurs autres points : il se forme sous l'épiderme ou sous l'épithélium des amas de matière pigmentaire qui donnent au malade l'aspect d'un mulâtre, les mains et le pénis prennent même quelquefois une teinte noire comme chez le nègre. Addison établit, en outre, que cette maladie est toujours mortelle et que dans les autopsies, lui aussi bien que plusieurs autres médecins ont trouvé constamment, sans exception, de graves lésions des capsules surrénales : cancer, tubercules, transformation graisseuse, collections purulentes, hypertrophie considérable, etc.

Depuis que ces travaux sont connus en France, deux faits de *maladie bronzée* ont été observés dans les hôpitaux de Paris, l'un à Saint-Louis, dans les salles de M. Cazenave, par M. Second Ferréol, interne du service, l'autre dans mes salles à l'Hôtel-Dieu.

Le malade soumis à mon observation était un homme de 37 ans, cocher du Ministre de l'intérieur, placé en apparence dans de bonnes conditions, bien nourri. Depuis cinq à six mois sa peau avait contracté une coloration particulière, et pour nous servir de l'expression de sa femme, il devenait *sale*, mais il avait beau se savonner, la teinte persistait. En même temps, il allait s'affaiblissant de plus en plus, il ne mangeait plus et avait surtout un dégoût prodigieux pour la viande ; il disait avoir maigri des trois quarts, ce qui, en faisant la part de l'exagération, revenait au moins à dire qu'il avait été gras et qu'il était devenu maigre. Les symptômes présentés par cet homme nous ont tous frappés, d'autant plus que nous avions présents à l'esprit les détails résumés par M. Lasègue, dans son travail des *Archives*, et je diagnostiquai une maladie d'Addison. Bientôt le malade fut pris d'une diarrhée abondante, au point d'avoir huit à dix garde-robes dans les vingt-quatre heures, de refroidissement de tout le corps, et il succomba (rien qui pût donner l'idée du choléra, ni extinction de la voix, ni selles spéciales, ni suppression des urines). A l'autopsie, nous n'avons trouvé dans le cerveau, les poumons, le cœur, les intestins, aucune lésion capable d'expliquer la mort ; rien non plus dans les reins, si ce n'est une légère hypertrophie, et d'après M. Brown-Séquard qui les a examinés, quelques granulations tuberculeuses et des filaments fibreux ; mais dans les capsules surrénales de nombreuses masses tuberculeuses que vous pourrez examiner tout à l'heure. L'un des poumons renfermait au sommet un petit tubercule gros comme une lentille ; il n'y avait de tubercules ni dans les ganglions bronchiques, ni dans les ganglions mésentériques. — Le sang avait été examiné par M. Robin : il ne présentait pas d'autres altérations que celles de l'anémie ordinaire par perte de sang.

Voilà donc un homme encore jeune qui prend tout à coup une maladie cachectique, cacochymique, inexplicable par les données que nous fournissent nos connaissances en pathologie ; on reconnaît chez cet homme la maladie d'Addison, il meurt, et l'autopsie nous révèle des lésions des capsules surrénales et nulle autre !

L'autre observation de *maladie bronzée* a été recueillie avec beaucoup de soin par M. Second Ferréol, interne des hôpitaux. Elle est relative à un garçon de café, âgé de 35 ans (c'est à peu près l'âge qu'avait aussi notre malade), qui avait fait toute sorte d'excès et avait contracté une blénorrhagie un an avant son entrée à l'hôpital. Il avait été d'abord reçu à Necker et traité pour des troubles sérieux du côté des organes alimentaires ; à ce moment il présentait une coloration foncée du visage et cette coloration augmentait ou diminuait selon l'état des voies digestives ; il prit à cette époque de l'eau d'Enghien, ce qui fait supposer qu'il avait déjà quelque maladie pulmonaire. Vers la fin de l'année 1855, il se présenta à l'hôpital St-Louis avec les signes évidents de tubercules au sommet des poumons ; néanmoins il était dans un état de débilité plus profonde que cela n'a lieu même chez les phthisiques. Il quitta l'hôpital, puis il y rentra, et enfin il y mourut. A l'autopsie, dont tous les détails ont été fort bien notés par M. Second Ferréol, on trouva la structure des capsules surrénales complétement modifiée : il n'y avait plus ni substance corticale, ni substance centrale ; on voyait seulement une masse graisseuse, d'un jaune intense, comme si elle était colorée par de la bile ; ces capsules étaient traversées par des tractus filamenteux, com-

posés d'un tissu qui avait l'apparence du fibro-cartilage : entre les courbes sinueuses décrites par ces prolongements se trouvait la substance jaune, ayant l'aspect de la graisse..... M. Robin y a trouvé des globules graisseux, des globules purulents, pas de tubercules. — M. Féréol ajoute que des lanières de la peau des mains, enlevées sur le cadavre et examinées au microscope, ont présenté les caractères de la peau du nègre, et qu'on y trouvait des granules de pigment en grande abondance.

Remarquons que, dans la race nègre et chez les individus qui, à un degré quelconque se rattachent à cette race, les capsules surrénales offrent un volume considérable ; d'une autre part, la production accidentelle d'un excès de matière pigmentaire se lie à un accroissement de volume ou à une altération des mêmes capsules; on pourrait donc en inférer que ces organes sont en rapport avec la production du pigment.

M. Trousseau termine en mettant sous les yeux de ses collègues les capsules surrénales tuberculeuses prises sur le cadavre de l'homme chez lequel il avait reconnu la *maladie bronzée* d'Addison.

M. Jules Roux, de Toulon, membre correspondant de l'Académie, donne lecture d'un mémoire intitulé : *Injections iodées dans deux kystes congénieux du cou.*

L'auteur trace d'abord l'historique de diverses opérations qui ont été pratiquées dans les cas de kystes congénitaux du cou : ponction, incision, excision, suture, etc. L'existence d'une cavité multiloculaire, le voisinage d'organes importants pouvant être comprimés par les tissus gonflés à la suite de l'injection, pouvant eux-mêmes participer à l'inflammation que provoque la présence d'un liquide irritant : telles sont les circonstances qui, jusqu'à présent, semblent avoir éloigné les chirurgiens de traiter les kystes par une méthode appliquée à tant d'autres lésions du même genre. Malgré ces conditions défavorables, M. Jules Roux a tenté deux fois l'application de cette méthode. L'injection du liquide iodé (teinture d'iode, eau distillée, *aâ* 50 grammes, iodure de potassium, 2 grammes) a été précédée d'une ponction sous-cutanée, à l'aide d'un ténotome et de la lacération des cloisons qui se seraient opposées à la dissommation du liquide injecté dans l'intérieur du kyste. Un succès complet a couronné ces opérations : la tumeur s'est réduite à une sorte de noyau solide, circonscrit, résultant de l'atrophie des parois du kyste après la disparition de sa cavité.

M. le Président annonce : 1° Que deux nouveaux membres ont été adjoints à la commission chargée d'examiner la question de la ligature de l'œsophage ; ce sont MM. Larrey et De'afond.

2° Que relativement au *lait artificiel*, dont M. Piorry a entretenu l'Académie dans la dernière séance, le Conseil a jugé convenable, avant de nommer une commission, d'attendre que la demande en soit faite directement par les inventeurs eux-mêmes.

M. Bouillaud demande la parole au sujet de la communication que vient de faire M. Trousseau.

Cette communication, dit M. Bouillaud, se compose de deux parties distinctes : d'un travail clinique et d'une sorte de prologue physiologique. Les expériences rapportées par M. Trousseau m'ont paru être de la physiologie amusante plutôt que de la science sérieuse ; il faudrait des expériences faites avec le plus grand soin, répétées un grand nombre de fois, et devant des témoins compétents pour les juger, avant d'arriver, au sujet du rôle physiologique des capsules, à des conclusions aussi graves. Il est très vrai que l'étude de ces organes a été négligée jusqu'à présent, et l'on peut prévoir que l'attention étant fixée sur eux, on y découvrira fréquemment des lésions que l'on n'avait pas eu la pensée d'y chercher. Mais ces lésions ont-elles l'importance que l'on serait forcé de leur attribuer, en acceptant, comme démontré, que les capsules surrénales agissent directement sur la respiration, la circulation, les fonctions cérébrales? C'est là ce que j'ai peine à croire.

L'observation recueillie par M. Trousseau n'en reste pas moins très intéressante, puisque notre collègue, d'après un certain ensemble de phénomènes, a porté un diagnostic dont l'autopsie est venue démontrer l'exactitude. Mais peut-être M. Trousseau a-t-il ajouté trop de prix à ce fait plus curieux que fécond ; car, *à priori*, il répugne d'admettre qu'une lésion des capsules surrénales puisse donner lieu à un trouble grave des principales fonctions de la vie. Pendant que nous examinions la pièce anatomique, le médecin du ministère, qui a connu le malade de M. Trousseau, nous a signalé une circonstance très importante, c'est que cet homme s'était laissé mourir de faim par avarice. J'ajouterai, enfin, que chez les individus cachectiques, il est très rare de trouver des lésions isolées dans un organe, qu'on en rencontre le plus souvent de nombreuses disséminées dans une foule de points de l'economie, et que, sous ce rapport encore, le fait de M. Trousseau est fort exceptionnel.

M. Trousseau : Le jugement porté par M. Bouillaud sur les expériences physiologiques que j'ai citées tout à l'heure, me paraît sévère; M. Brown-Séquard est un observateur très sérieux, un de ces travailleurs à l'adresse desquels ils ne devrait tomber d'une tribune académique que des paroles d'encouragement. Il est possible que M. Brown-Séquard se trompe; mais lorsque sur soixante animaux on a extirpé les capsules surrénales, en prenant les plus minutieuses précautions pour ne pas blesser les organes voisins, n'est-il pas étrange de voir ces animaux succomber plus vite que lorsqu'on enlève les reins? Je ne veux pas ici soutenir que les capsules surrénales aient toute l'importance que leur accorde M. Brown-Séquard, mais je suis bien forcé d'admettre que l'ablation des capsules produit des désordres terribles. Il se pourrait que le rôle physiologique de ces organes fût beaucoup plus restreint qu'on ne l'a dit, et que, cependant, leurs lésions ou leur extirpation causâssent un grand dommage à l'économie.

M. Bouillaud se tromperait s'il me prêtait cette idée, que les lésions des capsules, les tubercules, les hypertrophies, etc., sont graves par elles-mêmes. Je n'ai rien dit de semblable, mais je dis que, lorsque sur quinze autopsies d'individus atteints de maladie bronzée on trouve quinze fois les capsules malades, c'est là un fait étrange et qui mérite qu'on y réfléchisse. Observez, d'ailleurs, que ce même Addison a fait une foule d'autopsies de sujets morts par suite de maladies chroniques et qu'il lui est arrivé très rarement de trouver les capsules malades. Què ce ne soit pas la lésion de la capsule qui occasionne la mort, c'est ce dont je suis parfaitement convaincu; je ne crois pas davantage que dans la fièvre tyhhoïde on meure parce qu'on a une lésion des glandes de Peyer et de Brunner (sauf cependant les cas de perforation intestinale) ; ni que dans l'angine couenneuse on meure parce que la gorge est couverte de fausses membranes ; mais on peut imaginer que la lésion de la capsule donne lieu, comme conséquence éloignée de son développement, à une altération du sang qui est incompatible avec la vie ; on peut imaginer, en commençant à la lésion des capsules une concaténation de phénomènes dans laquelle l'altération du sang, phénomène tertiaire ou quartenaire, si vous voulez, viendra troubler et enfin suspendre l'exercice des grandes fonctions de la vie.

Le médecin du ministère, qui était présent tout à l'heure à l'examen des pièces pathologiques, nous apprend que mon malade s'était laissé mourir de faim. Comme tous les avares, cet homme cachait son défaut. J'accepte le renseignement qu'on me donne. Mais, sur tant d'individus qui, par suite d'un régime détestable, deviennent cachectiques, combien en voyons-nous qui contractent la maladie bronzée? Il faut de toute nécessité admettre ici une condition commune, le défaut d'alimentation, et une condition spécifique qui est la maladie des capsules.

M. Bouillaud dit que j'attache trop d'importance aux observation d'Addison. C'est que je les trouve très importantes, en effet, surtout au point de vue du pronostic. Tous les jours nous sommes embarrassés en présence d'individus qui présentent une pâleur et une débilitation profondes sans qu'il nous soit donné d'en connaître la cause. Or, chez l'un, nous constatons une hypertrophie de la rate, du foie ou des ganglions lymphatiques, nous disons qu'il y a *leucémie ;* nous ne savons pas pour cela comment les choses se sont passées, le mode d'évolution des symptômes nous échappe, mais au moins nous reconnaissons qu'il existe une lésion anatomique à laquelle se rattache une grave altération du sang, et nous savons de plus que, malgré tous nos traitements, cet individu doit succomber. Voici un autre malade, celui-là présente une autre cachexie, il a la peau bronzée, et Addison nous apprend que les capsules surrénales sont gravement altérées, tout comme d'autres nous ont appris que dans telle cachexie il y avait une lésion du foie, de la rate, des ganglions, des reins, du cœur. C'est une manière de distinguer les cachexies les unes des autres, de les spécialiser. Or, il importe infiniment de savoir quelles sont les cachexies qui guérissent et quelles sont celles qu'il faut considérer comme incurables. Le travail d'Addison n'aurait-il servi qu'à cela, ce serait déjà un immense service rendu à la science et à la pratique.

Mais il est un point sur lequel Addison lui-même insiste et qu'il ne faut pas perdre de vue; c'est que toutes les fois que la *maladie de bronze* existe, les capsules surrénales sont malades, il est vrai ; mais que les lésions de ces capsules n'impliquent pas nécessairement la *maladie de bronze.*

M. Bouillaud : Ce que M. Trousseau vient de dire ne m'a pas fait changer d'avis relativement aux expériences qu'il a citées, je persiste à les considérer comme étant de la physiologie amusante. Que M. Trousseau me dise s'il les connaît, quelles sont, d'après ces expériences, les fonctions des capsules surrénales.

M. Trousseau : Je les ignore, mais j'ignore aussi les fonctions de la rate, et cependant l'extirpation de la rate amène de graves désordres dans l'économie...

M. Ségalas : J'ai extirpé plusieurs fois la rate à des chiens qui ont parfaitement survécu à cette mutilation.

M. Trousseau : Mais d'autres fois ils en meurent.

M. Gibert : M. Trousseau me semble accorder une importance trop grande aux faits de coloration noire dont il nous a entretenus. Une première chose qui m'étonne (mais qui m'étonne moins, parce qu'il s'agit de faits recueillis à l'étranger), c'est qu'un seul observateur ait pu, dans l'espace de quelques années, rencontrer un si grand nombre d'individus présentant de semblables altérations. Ces faits sont extrêmement rares. Les colorations de la peau sont les unes passagères, quoiqu'elles puissent devenir très foncées, — celles-là sont dues à une altération du sang au contact de l'air; les autres sont durables, c'est une teinte bronzée qu'il ne faut pas confondre avec celle produite par le nitrate d'argent, dont nous avons vu des exemples à St-Louis, quand Biett essayait l'usage de ce médicament à l'intérieur. J'ai vu moi-même un fait, un seul, de cette coloration bronzée (survenue spontanément chez une femme à la suite d'émotions morales pénibles) ; elle était accompagnée d'un purpura qui disparaissait à certains moments, revenait dans d'autres : la coloration bronzée persistant toujours. Il n'y avait rien de notable du côté des voies urinaires; quant aux capsules surrénales, je ne sais si elles étaient malades, la femme n'ayant pas succombé.

M. Trousseau : M. Gibert accueille défavorablement les découvertes qui nous viennent de l'étranger. Cette méfiance prend sa source dans un sentiment de patriotisme fort louable assurément. Mais ce sentiment ne doit pas nous empêcher de rendre justice à nos collègues d'outre-Manche, il ne doit pas nous faire oublier quel prodigieux service nous a rendu la découverte de Bright, par exemple. Ceux qui appellent notre attention sur des maladies que nous ne connaissons pas, ces maladies fussent-elles incurables, comme la maladie de Bright elle-même l'est presque toujours, ceux-là ont droit à la reconnaissance de tous les médecins. Or, il s'agit d'Addison, collègue et collaborateur de Bright; c'est en explorant fréquemment les reins pour y découvrir les lésions de l'albuminurie chronique qu'il a été amené à étudier les lésions des capsules surrénales.

M. Gibert objecte le nombre considérable de cas de maladie bronzée que Addison dit avoir observés. Mais il en a été de même pour toutes les maladies longtemps ignorées : quand on est venu à en signaler l'existence, elles ont paru se multiplier tout à coup. L'endocardite, nous la voyions tous les jours, et nous ne la voyions pas, avant que M. Bouillaut eût publié ses beaux travaux; la maladie de Bright, nous ne la voyions pas d'avantage, bien qu'elle ne fût pas plus rare, il y a quelques années qu'elle n'est aujourd'hui. Nous voyions des hydropisies, mais la pensée ne nous venait même pas d'en rechercher la cause dans une maladie des reins, avant les travaux de Bright, ni dans une maladie du cœur ou des vaisseaux, avant que M. Bouillaud les ait signalées comme cause d'hydropisie. Nous donnions banalement des pilules de Bontius et autres choses du même genre, sans savoir si l'hydropique pouvait guérir ou devait mourir. Or, je le répète, c'est un service immense rendu à la pratique, que cette distinction devenue possible entre les maladies curables et les maladies nécessairement et fatalement incurables. C'est pour en venir à ce point que des hommes comme Addison ou comme Bright, par ses magnifiques et immortels travaux, ont acquis des droits à notre reconnaissance et à notre respect.

M. Alexandre Quadri fils, de Naples, lit un mémoire intitulé : *Considérations sur l'iritis et son traitement.*

M. Quadri a été frappé du peu de gravité de l'iritis à Vienne, à Berlin, et de l'intensité beaucoup plus grande, du pronostic plus fâcheux que la même inflammation offre à Naples. Il cherche à se rendre compte de ce phénomène, d'une part, en invoquant l'influence de la lumière plus vive à laquelle l'œil est soumis dans les contrées du Midi, et, d'une autre part, en considérant que l'iris des habitants du Nord est généralement gris ou bleu, celui des méridionaux, au contraire, d'une teinte plus ou moins foncée ; cette coloration, d'après l'auteur, témoignerait de la vascularité de la membrane et de son aptitude plus grande à devenir le siége d'inflammations rapidement dangereuses.

M. Quadri expose ensuite la méthode très énergique suivie à Naples dans le traitement de l'iritis. Elle consiste en frictions répétées faites sur la face dorsale des pieds avec la pommade de Cyrillo (sublimé 1 partie, graisse 9 parties) ; frictions pratiquées de trois en trois heures sur les tempes, le front, etc., avec un mélange de 3 grammes de sublimé, 3 drachmes d'extrait de belladone et 3 drachmes de graisse ; collyre au sulfate d'atropine ; saignées locales et générales employées avec une extrême réserve, car elles pourraient avoir pour résultat une amaurose surajoutée à l'iritis ; administration de la liqueur de Vanswieten. Les conditions hygiéniques ont une importance très grande dans le traitement, et il a quelquefois suffi d'un changement d'habitation pour produire dans l'état de l'œil une modification avantageuse.

Ces moyens ont donné à M. Quadri, sur 100 cas d'iritis, 95 guérisons et 5 insuccès par atrophie ou par abcès. — (Commissaires : MM. Velpeau et Ricord.)

M. Rufz, membre correspondant de l'Académie, présente un maxillaire inférieur sur lequel on voit une lésion curieuse : c'est un *anévrysme de l'artère dentaire inférieure* dans l'intérieur de son canal osseux.

Cette pièce provient d'une jeune fille qui, à diverses reprises, avait eu des crachements de sang. Ce n'étaient pas des hémoptysies : la malade elle-même disait que le sang provenait des dents, et, en effet, on voyait suinter ce liquide d'une petite fongosité ayant environ 1 millimètre de diamètre, et située à la face externe du maxillaire inférieur; les dents molaires présentaient une mobilité singulière, et les pressions exercées sur elles augmentaient l'écoulement sanguin; la même manœuvre faisait reconnaître l'existence d'un mouvement pulsatile, qui cessait néanmoins quand on rendait la pression plus forte. Un *épulis* fut diagnostiqué, et l'opération décidée; déjà les instruments avaient été préparés par l'opérateur. A ce moment, dit M. Rufz, je voulus examiner la tumeur de nouveau, et avec plus de soin que je ne l'avais fait auparavant; en pressant sur les dents molaires, je déterminai la sortie d'un jet de sang très considérable, la malade s'évanouit, je me hâtai de débrider la commissure labiale, dans le but de comprimer plus directement l'orifice par où se faisait l'hémorrhagie; mais la malade était morte.

L'examen de la pièce démontre sur le trajet de l'artère dentaire, dans l'épaisseur du maxillaire, l'existence d'une cavité osseuse au niveau de laquelle les parois vasculaires ont complétement disparu; au-dessus de ce point elles paraissent dilatées, mais au niveau de l'orifice où l'artère pénètre dans l'os, elles n'offrent plus rien d'anormal.

Cette lésion est des plus rares; M. Broca m'a dit ne pas connaître d'exemple analogue dans la science; c'est pourquoi j'ai cru devoir soumettre cette pièce à l'examen de l'Académie.

M. Bonnafont présente un instrument destiné à simplifier l'opération du phimosis. On sait que par tous les procédés, même celui de M. Ricord, qui est le plus généralement adopté, la section de la peau et de la muqueuse ne se fait jamais au même niveau, et qu'il faut toujours, après avoir excisé la première, pratiquer une incision sur la seconde et ébarber les angles de cette incision avant de réunir la plaie. Tous ces temps, quoique faits rapidement, constituent, chez les enfants surtout, une complication que M. Bonnafont a cherché à faire disparaître, et il y est heureusement parvenu au moyen de son instrument, lequel, introduit comme un stylet dans l'ouverture du prépuce, forme, par un mécanisme fort simple, un renflement cylindrique dans la cavité préputiale qui l'empêche de sortir. L'opérateur, en tirant à lui l'instrument, tend également tout le prépuce en ménageant (chose très importante), les rapports de la muqueuse et de la peau. La tension ainsi opérée, on fait la circoncision du prépuce immédiatement derrière les limites de l'instrument, en se servant des branches d'une pince dans laquelle on engage le prépuce, et qui servent de guide au bistouri.

L'avantage de ce mode opératoire consiste dans sa rapidité, et surtout à éviter toute incision secondaire, en coupant la peau et la muqueuse au même niveau.

Nous donnerons plus tard le dessin de ce petit instrument.

La souscription en faveur d'un médecin inondé est close. Cette souscription, qui avait été provoquée par une circulaire adressée aux médecins de Paris, a produit, soit dans nos bureaux, soit dans ceux de la *Gazette des hôpitaux*, soit par les offrandes remises entre les mains de M. le docteur Vosseur, la somme de neuf cent vingt francs (920 fr.), qui a été remise par notre caissier au confrère lui-même, qui en a donné reçu.

Iconographie ophthalmologique ou description, avec figures coloriées, des maladies de l'organe de la vue, comprenant l'anatomie pathologique, la pathologie et la thérapeutique médico-chirurgicales; par J. Sichel, docteur en médecine et en chirurgie des Facultés de Berlin et de Paris.

16e livraison, in-4, Paris, 1856. — Prix : 7 fr. 50 c.

Auscultation appliquée à l'étude de la grossesse, par le docteur L. Mailliot. Brochure in-8 de 95 pages et planches intercalées dans le texte, 1856. — Prix : 2 fr. 50 c.

Mémoires de la Société médicale d'observation de Paris. Tome III, in-8 de 616 pages, avec une planche, 1856. — Prix : 8 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 105. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 30 Août 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Clinique médicale de la Faculté (M. Trousseau) : Gastrite chronique comparée à l'ulcère simple et au cancer de l'estomac. — II. Clinique chirurgicale : Observation d'une ulcération très vaste de la plante du pied, d'une nature suspecte, guérie par l'iodure de potassium. — III. Polype volumineux intra-utérin ; issue spontanée dans le vagin ; ligature partielle ; chute totale. — IV. Thérapeutique : De l'emploi du valérianate d'ammoniaque dans le traitement des névralgies. — V. Académies et sociétés savantes. (Académie des sciences). Séance du 18 août : Emploi de l'éther comme antidote du chloroforme. — Développements des corps organisés. — VI. Presse médicale allemande : Remarques sur les bruits d'auscultation chez les femmes enceintes. VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : A M. le docteur Sanderet.

CLINIQUE MÉDICALE DE LA FACULTÉ.

Hôtel-Dieu. — M. Trousseau.

GASTRITE CHRONIQUE COMPARÉE A L'ULCÈRE SIMPLE ET AU CANCER DE L'ESTOMAC.

(Suite et fin. — Voir les numéros des 26 Juillet, 2 et 19 Août 1856.)

Maintenant, s'il s'agit du cancer, il est évident que vous allez avoir des symptômes différents, si vous le comparez à la gastrite chronique et à l'ulcère simple ; différents, si vous le prenez suivant les points qu'il occupe dans l'estomac.

Le cancer est-il au cardia, vous aurez les symptômes que vous rencontrez chez cet homme auquel nous introduisons chaque jour une sonde œsophagienne; vous aurez une dysphagie particulière caractérisée par la facilité de la déglutition et par une régurgitation immédiate, quand l'individu a pris assez d'aliments pour remplir la portion qui s'étend du larynx au cardia ; alors, en effet, que les aliments sont accumulés même à la partie inférieure du pharynx, pourvu qu'ils ne débordent pas du côté du larynx, le malade peut les supporter. Mais pour peu qu'ils débordent, et ils débordent facilement, malgré la distensibilité et la distension de l'œsophage, l'individu est pris d'un effort de toux et d'un mouvement léger de vomissement ou de régurgitation qui lui fait rendre la petite quantité d'aliments qu'il a pu placer dans son œsophage. Dans quelques circonstances, lorsque l'aliment arrive au cardia, une contraction énergique de l'œsophage qui n'a pas encore été dilaté pendant longtemps, fait que la matière est repoussée vivement du côté de la bouche, et l'individu a une régurgitation rapide. Cela arrive surtout dans les premiers temps de la maladie, quand l'œsophage n'a pas encore pris l'habitude de se laisser distendre sans réagir avec vivacité. Le malade ne peut prendre que des aliments liquides ou demi-liquides, et il finit par avoir peine à prendre même des liquides, pour peu qu'il les veuille avaler rapidement.

Ce n'est pas que quelquefois on ne voie des personnes atteintes de cancer du cardia, qui, pendant un et plusieurs mois, ont pu seulement avaler des liquides, pouvoir tout à coup manger des aliments demi-solides, et faire passer des bouchées assez volumineuses. Que cette amélioration, Messieurs, ne vous en impose pas, elle tient, dans quelques cas, à un ramollissement plus étendu de la tumeur; et, quelques jours après, l'obstruction peut se reproduire, si des végétations cancéreuses viennent de nouveau fermer l'ouverture œsophagienne de l'estomac.

Les signes que j'ai indiqués plus haut sont ceux de l'obstruction du cardia, obstruction qui, très certainement, dans la presque universalité des cas, est une obstruction cancéreuse, qui peut être, bien que rarement, une obstruction spasmodique, une obstruction dépendant d'une tumeur qui se trouve au voisinage de l'œsophage, mais qui, je le répète, est presque toujours une obstruction cancéreuse. Lorsque, avec cela, les signes généraux du cancer surviennent, nous ne doutons pas de la maladie, et l'autopsie démontre que nous ne devions pas en douter.

Si la lésion existe au pylore, l'individu aura ordinairement des vomissements *rares*, je me sers à dessein de cette expression, assez fréquents au début de la maladie, et devenant de plus en plus rares, à mesure que l'obstruction du pylore augmente. Les vomissements, dans les premiers temps de la maladie, pouvaient survenir quatre, cinq, six, huit fois par jour; lorsque l'obstruction du pylore a duré longtemps et que la distension de l'estomac a été énorme, le malade peut accumuler dans son estomac un jour, un jour et demi, deux jours de boissons et d'aliments, et alors il rend en un flot immense de vomissements tout ce qu'il y a accumulé pendant ce temps. L'excessive abondance du vomissement, son peu de fréquence relativement à ceux qui se produisent dans les autres maladies de l'estomac, indiquent le cancer du pylore. Il existe, en outre, une grande constipation, à moins que le cancer ne soit profondément ulcéré, auquel cas le pylore livre les aliments tels qu'il les reçoit, les vomissements deviennent moins fréquents, et l'individu, au lieu d'avoir de la constipation, a de la diarrhée d'abord, et un peu plus tard de la lientérie.

Dans le cas de cancer du pylore, vous pouvez, à peu près invariablement, en constater l'existence par la palpation. Vous trouvez une tumeur fixe, immobile, ne changeant jamais de rapports, parce que le pylore lui-même est immobile, fixe, et ne change pas de rapports. Quand, au contraire, le cancer existe dans la grande courbure de l'estomac, la tumeur est essentiellement mobile et ses rapports changent tous les jours suivant que l'estomac est plus ou moins distendu par des liquides ou par des gaz et suivant que le colon lui-même peut l'être. Dans ce cas, tantôt vous sentez la tumeur au niveau de l'ombilic, tantôt plus haut, vers l'appendice xyphoïde.

Il n'est pas besoin de dire que les tumeurs qui appartiennent au foie, suivent, dans les mouvements de la respiration, les oscillation du foie lui-même qui s'élève et s'abaisse avec le diaphragme, signe diagnostique de la plus grande valeur.

Reste maintenant la nature des vomissements : vomissements noirâtres, hémorrhagiques, très copieux quelquefois, peu abondants le plus souvent, ayant la coloration particulière de la suie ou du café délayés dans l'eau; prenant quelquefois, en même temps que les éructations, une fétidité horrible. Le malade, en outre, s'émacie rapidement, prend cette teinte jaune-paille que vous connaissez tous, teinte jaune-paille qui peut exister lors même qu'il n'y a pas eu d'hémorrhagie, tandis que celui qui a un ulcère simple ou des hématémèses ne prend cette teinte jaune-paille que lorsqu'il a eu des hémorrhagies. Mais il est un signe diagnostique du cancer interne, à quelque organe qu'il appartienne, sur lequel je crois avoir le premier, il y a plus de quinze ans, appelé l'attention des pathologistes, ce signe c'est la *phlébite oblitérante*.

Lorsque vous êtes indécis sur la nature d'une maladie de l'estomac, que vous hésitez entre une gastrite chronique, un ulcère simple et un cancer, si tout à coup vous voyez survenir une *phlegmatia alba dolens* dans la jambe ou dans le bras du malade, vous pouvez dire : j'ai là une maladie cancéreuse de l'estomac. Et, en effet, dans le plus grand nombre des cas, s'il s'agit de maladies chroniques de nature indéterminée, l'apparition de la *phlegmatia alba dolens* est l'indice d'une affection carcinomateuse pouvant exister très loin du point où existe le cancer, c'est-à-dire dans la jambe ou dans le bras chez un individu qui a un carcinome de l'estomac.

Tout récemment, mon collègue et excellent ami, M. le docteur Legroux, me faisait voir, dans son service, un homme d'une soixantaine d'années, profondément anémique. Il n'avait jamais eu d'hémorrhagies, ne vomissait pas. Il avait des troubles gastriques caractérisés par de l'inappétence. Il ressemblait parfaitement aux sujets atteints de leucémie. Bien que la rate et le foie n'eussent pas un volume anormal, nous inclinions vers ce dernier diagnostic; mais nous découvrions à l'une des jambes une œdématie considérable, avec douleur vive à la partie postérieure du mollet, en un mot, une *phlegmatia alba dolens* évidente. J'affirmai alors l'existence d'un cancer de l'estomac; et, un peu plus tard, l'autopsie prouva que le diagnostic n'avait pas été erroné.

Quant au traitement du cancer de l'estomac, je n'ai pas besoin de dire que nous n'y connaissons rien, et que nous n'avons que

Feuilleton.

A Monsieur le Professeur SANDERET, à Besançon.

Très cher et éloquent confrère,

Je ne réponds pas à votre lettre publiée dans notre numéro du 21 août dernier, et cela parce que je n'ai rien à y répondre, me trouvant avec vous en parfaite concordance d'idées, en complète communion de sentiments. Je viens seulement vous en remercier, car c'est un honneur insigne pour notre journal d'appeler à lui des penseurs de votre force et des écrivains de votre talent. Dût votre modestie s'en alarmer, je ne résiste pas au plaisir de vous dire que ce dernier et ferme écrit, sorti de votre plume toujours inspirée, a produit une forte sensation sur les esprits sérieux et sincères dont l'approbation doit le plus vous toucher. Cette énergique et virile peinture de notre situation professionnelle peut produire le plus grand bien, surtout si, après avoir reconnu la justesse de votre diagnostic, tout le monde accepte vos moyens de traitement.

Mais c'est sur ce point, il faut le craindre, très honoré confrère, que vont se montrer les dissidences. Nous sommes tous à peu près d'accord sur le mal et sur son caractère; mais nous avons tous dans la poche un remède différent. Et quand je dis *tous*, c'est par pur euphémisme; car je ne peux l'entendre que de ceux qui, comme vous, prennent quelque souci de notre profession, de son présent et de son avenir, consacrant quelques loisirs à développer sur ce sujet de bonnes idées quelquefois, de bons sentiments toujours; ce qui rend à mes yeux respectable toute tentative faite à cet égard.

Le nombre des indifférents est, hélas! immense. Nous avons d'abord les indifférents de position, ceux dont le succès, la fortune et les honneurs dorent l'existence, et pour qui naturellement tout va pour le mieux dans ce meilleur des mondes possible. Ceux-là sont sourds aux cris de souffrance et de détresse de la profession, ou si parfois leurs oreilles en sont frappées, ils s'en étonnent comme d'une révélation, heureux quand ils ne s'en irritent pas comme d'une importunité. Préservons-nous de toute déclamation envers les heureux à l'égard desquels elle est si facile et si tentante. Mais ne pensez-vous pas, comme moi, que ce serait un exemple aussi moral que salutaire que ce qu'on appelle les gros bonnets de notre profession se missent partout, à Paris comme dans les départements, à la tête des idées qui ont pour but l'amélioration, la conservation, la dignité de cette profession elle-même et le bien-être de tous ceux qui l'exercent? Cela leur serait si facile; tandis qu'il faut plus que du courage à d'humbles médecins comme moi pour braver les interprétations désobligeantes qui s'attachent inévitablement à toute initiative prise sans autorité, mais par pur dévouement et dans l'intérêt général.

De ces interprétations mauvaises je viens de voir récemment un exemple qui m'a affligé autant et plus que si j'en eusse été moi-même la victime, car je commence heureusement à me cuirasser contre les éventualités de ce genre.

Un jeune, honorable et modeste confrère émet spontanément une idée du cœur, loyale et généreuse ; il fait appel à la famille médicale pour s'associer à une manifestation confraternelle en faveur de nos braves médecins de l'armée et de la flotte qui, dans cette terrible guerre de Crimée, ont porté si haut et si ferme le drapeau de l'honneur médical. Eh bien, j'éprouve un très grand regret de vous le dire, très digne confrère, cet appel a été peu entendu dans un certain monde médical. Ce monde-là aurait dû donner l'exemple, il a préféré se laisser donner une leçon par tous ceux — et heureusement ils ont été nombreux — qui cèdent naïvement à une bonne impulsion du cœur plus qu'au plaisir de faire une épigramme. Conservez le souvenir de quelques mais trop rares éminents confrères que leur dignité n'a pas retenus au rivage, car nous serions sûrs de les retrouver au jour où un appel plus direct et plus pressant leur serait fait en faveur de nos intérêts professionnels. Souvenons-nous surtout de la belle, noble et courageuse action de M. Paul Dubois qui, dans cette occasion solennelle, n'a pas craint d'en appeler des injustices de la loi à une justice auguste en faveur d'une intéressante portion de la famille médicale. La famille médicale tout entière applaudit à cette généreuse initiative, qui est pour elle et pour ses intérêts généraux un gage d'espérance et une promesse d'avenir.

Viennent ensuite les indifférents que j'appellerai par désespérance. Ceux-là ont vu, depuis trente ans, tant de projets d'organisation, ont vu se succéder tant de commissions officielles ou officieuses, ont assisté à un si grand nombre de réunions, congrès, cercles, ont pris part à tant d'agitations médicales et tout cela sans que rien ait pu aboutir, qu'ils se sont retirés découragés, dans l'indifférence et l'inaction. Ajoutez que, pour cette catégorie, l'expérience de l'*indiscipliination* du corps médical a pu singulièrement refroidir le zèle et que l'âge, d'ailleurs, a aussi amorti la passion et éteint le feu sacré. Aux jeunes idées, quoi qu'on en dise, il faut de jeunes esprits qui les propagent avec l'enthousiasme et les illusions de la jeunesse. Prévoir toutes les difficultés qu'une idée va rencontrer pour faire son chemin, est le propre de l'expérience, c'est-à-dire de l'âge, et quand on prévoit ces difficultés, on n'est plus tenté de produire l'idée. On se dit alors : va pauvre idée, suis ta voie si tu le peux, mais, je le crains, étoile filante dans le firmament intellectuel, tu vas briller un instant pour t'éteindre dans les profondeurs de l'espace.

Une troisième catégorie d'indifférents se rencontre parmi les esprits inquiets et chagrins qui ne sont contents de rien et s'opposent à tout. Ce sont les neutres, les eunuques de notre famille médicale. Ils ne peuvent rien par eux-mêmes et empêchent de faire ceux qui ont puissance et virilité. Une idée surgit-elle, ils s'en offusquent d'abord parce qu'elle n'est pas sortie de leur cerveau débile, ils la ridiculisent ensuite parce qu'ils ne peuvent la comprendre, ils la combattent enfin par étroit et vil sentiment de jalousie. Vous n'avez peut-être pas idée, mon cher confrère, combien est nombreuse cette race déshéritée des eunuques envieux et de ce qu'il faut de patience, de résignation et de courage pour subir sans défaillance les sarcasmes, les moqueries, les interprétations perfides et les accusations calomnieuses de ces malheureux infirmes.

Si vous saviez, très digne confrère, tout ce que j'ai entendu dire sur l'honnête et brave promoteur de la fête du 20 août!.... Mais je me suis promis de jeter un voile pieux sur toutes ces faiblesses du cœur et de l'esprit; le résultat d'ailleurs m'a rendu tolérant.

Toutes ces catégories éliminées, ces indifférents, ces opposants, ces envieux, tous ces médecins de l'expectation et du *statu quo* qui consentiraient plutôt à la mort du malade qu'à faire un pas dans la voie de l'ex-

des palliatifs à donner. Mais, pour l'ulcère simple, le traitement devient le même que pour la gastrite chronique dont je vous parlais l'autre jour. L'emploi des alcalins, principalement de l'eau de chaux, de l'eau magnésienne, de la magnésie diluée dans l'eau, du bicarbonate de soude, du bicarbonate de potasse; les eaux minérales de Vichy, de Pougues, de Carlsbad, de Selters; l'emploi du nitrate d'argent, du sulfate de cuivre, du sulfate de zinc; l'usage de quelques préparations amères, telles que la décoction de quinquina, l'infusion de quassia, de colombo; quelquefois l'usage de certaines substances amères légèrement purgatives, comme la rhubarbe, l'aloës, et de quelques autres laxatifs légers; tous ces moyens sont utiles, mais surtout le régime. C'est dans cette maladie que le régime doit être particulièrement choisi pour le malade, et approprié aux aptitudes de son estomac. Le malade saura bientôt ce qu'il digère le mieux, et, quand il le saura, c'est à vous de l'inviter à s'y tenir d'une manière à peu près exclusive pendant un certain temps. Mais, dès que l'estomac devient un peu plus tolérant, il faut essayer d'autres aliments, car la diversité des mets est peut-être la plus utile des médications dans les dyspepsies.

Je ne saurais assez vous dire et vous répéter que l'estomac aime la variété; et, contrairement à ce que je vois prescrire par la plupart de nos confrères, j'exige que les personnes dont l'estomac est mauvais changent plusieurs fois de mets dans le même repas. Je ne dis pas qu'il faille arriver là brutalement et *primo saltu;* mais il faut y arriver, et l'on y arrive plus vite qu'on ne le pourrait supposer.

Dr Archambault.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

OBSERVATION D'UNE ULCÉRATION TRÈS VASTE DE LA PLANTE DU PIED, D'UNE NATURE SUSPECTE, GUÉRIE PAR L'IODURE DE POTASSIUM;

Par M. le docteur G. Sinapian, professeur à l'École impériale de médecine, à Constantinople.

Le nommé J. P..., au service de la légation russe à Constantinople, âgé de 32 ans, d'une constitution forte et d'un tempérament sanguin, avait eu, il y a six ans, comme manifestation vénérienne, une blénorrhagie, sans ulcère apparent sur la verge, et dont il se débarrassa au bout de six mois par un traitement simple, sans mercure.

Six ans après la disparition de cet écoulement urétral, et sans qu'aucun symptôme particulier se montrât dans l'intervalle (au dire du malade), ni du côté de la peau, ni de celui des muqueuses, rien enfin dans les commémératifs qu'on puisse rattacher à une infection syphilitique, le malade a remarqué à la plante du pied droit, vers le milieu de la saillie postérieure qui forme le talon, une induration accompagnée de picotements.

Cet accident attribué à une marche forcée faite quelques jours avant, J... n'y fit pas attention; toutefois, le centre de cette induration s'est excorié au bout de quelques jours, et un véritable ulcère s'y est formé; cette ulcération, après deux semaines que l'induration fut remarquée, était assez large et suffisamment douloureuse pour empêcher le malade de vaquer à ses affaires.

J'ai vu ce malade, pour la première fois, le 7 février 1846; l'affection avait déjà treize mois de date, et cette ulcération de la plante du pied offrait alors l'état suivant:

Le tiers postérieur de la surface plantaire du pied droit était envahie; cette partie saillante de la plante du pied était littéralement rongée, et la perte de substance aurait déjà entamé la limite de la gouttière tibio-calcanéenne en avant et contournait le bord postérieur du talon en arrière; sur les deux bords interne et externe du pied, on voyait également des traînées d'ulcérations, si je puis m'exprimer ainsi, qui, en lignes irrégulières et d'une couleur rouge-violacé, serpentaient et s'élevaient presque à la hauteur des chevilles; de telle sorte qu'en faisant poser le pied à plat sur le parquet, et en regardant, soit du côté du talon en arrière, soit du côté des bords ou externe ou interne du pied, on croyait le tiers postérieur de cet organe comme renfermé dans une chaussure bizarrement façonnée.

Quand à l'ulcération elle-même, en forme de godet, plus affaissée vers son centre que tout autour, elle présentait une surface anfractueuse, d'une coloration rouge-foncé lie-de-vin, couverte dans presque tous ces points de fongosités flasques, violacées et saignantes aux moindres attouchements; ses bords, d'une couleur brune, déchiquetés et renversés, étaient durs et d'un aspect lardacé; du pus mal lié contenant du sang et d'une odeur repoussante, s'exhalait de cette vaste ulcération qui était vraiment hideuse à voir.

Le malade n'y ressentait point de véritables douleurs, il est vrai, mais se plaignait d'une sensation de cuisson et de picotements incommodes; chose à remarquer peut-être, ces sensations de brûlure et de picotements étaient plus fréquentes et plus intenses la nuit que le jour.

Le médecin qui traitait ce cas depuis dix mois, et qui avait essayé un peu de tout sans succès aucun, et effrayé, avec raison, du progrès rapide et envahissant du mal, avait réuni plusieurs de ses confrères en consultation afin de prendre une décision: ces messieurs avaient décidé à l'unanimité que l'amputation du pied restait la seule ressource pour sauver le malade.

J..., réduit à cet extrémité et en désespoir de cause, avait voulu, le jour même de cette consultation, avoir mon avis sur l'opportunité de l'opération qu'on lui avait proposée d'une manière si catégorique.

Après avoir examiné les choses attentivement, et après m'être enquis de toutes les circonstances qui précédèrent et accompagnèrent le mal jusqu'à l'époque où il était arrivé, j'ai formulé mon opinion de la manière suivante:

La blennorrhagie que le malade avait eue, il y a six ans, quoique sans ulcération apparente sur la verge, pouvait bien être de nature syphilitique, avec chancre dans l'intérieur du canal; que les phénomènes secondaires de peu d'importance avaient passé inaperçus pour le malade; que, dans l'état général, rien ne dénotait l'existence d'une diathèse cancéreuse, que l'absence d'engorgement dans les ganglions pouvait également éloigner cette idée; que la maladie était pour ainsi dire vierge de tout traitement spécifique, que l'opération pouvait être parfaitement bien remise à une époque éloignée, en supposant même qu'on soit obligé d'y revenir sans danger aucun pour le malade, et que, enfin, pour toutes ces raisons, je proposais l'usage de l'iodure de potassium à haute dose.

Le malade s'étant rendu à cet avis, le traitement fut commencé le même jour avec 2 grammes d'iodure, qui devait être augmenté de 20 centigrammes tous les jours, et comme traitement local, de la charpie imbibée dans l'eau phagédénique noire (calomel et eau de chaux), et renouvelée chaque deux heures.

Au bout de trois semaines, sous l'influence de ce traitement, l'amélioration était déjà si sensible, que je n'hésitais point de promettre au malade la conservation de son pied, et une guérison prompte.

Sans entrer ici dans les détails, sans insister sur les incidents de peu de valeur qui ont marqué la marche de la cicatrisation de ce vaste ulcère, et sans parler aussi de modifications de peu d'importance dans la dose et dans la continuité du traitement par l'iodure, modifications qui nous ont été suggérées par la susceptibilité des premières voies ou par l'apparition de cette éruption caractéristique de la peau sous l'influence de préparations iodurées, nous dirons, pour nous résumer, que, au bout de trois mois et demi et après que le malade eût ingéré 470 gr. d'iodure de potassium, la cicatrisation était complète et aujourd'hui, après dix ans de guérison, à la place de cet ulcère, au milieu du talon, on voit une cicatrice difforme, goffrée, plus pâle que la peau des parties voisines, de la grandeur d'une pièce de cinq francs.

POLYPE VOLUMINEUX INTRA-UTÉRIN; — ISSUE SPONTANÉE DANS LE VAGIN; — LIGATURE PARTIELLE; — CHUTE TOTALE;

Par le docteur Ripoll, chirurgien-adjoint de l'Hôtel-Dieu de Toulouse.

Les polypes de l'utérus sont assez fréquemment observés, et, d'une manière générale, ne constituent pas une maladie grave, surtout lorsqu'ils sont reconnus de bonne heure. Le chirurgien en vient presque toujours à bout assez facilement, soit par l'excision, soit par la ligature; cependant, d'assez nombreuses exceptions ont malheureusement été observées, dans lesquelles les femmes atteintes de cette affection ont succombé, lorsque le polype était volumineux, soit aux hémorrhagies qui en étaient le siége, soit aux désordres fonctionnels que sa présence déterminait, soit à l'opération elle-même tentée pour les guérir. Sous ce dernier point de vue, tous les auteurs sont assez généralement d'accord, que l'excision, lorsqu'elle peut être faite, est de beaucoup préférable à la ligature, d'abord parce qu'elle est bien moins douloureuse, en second lieu, qu'elle est suivie de moins d'accidents. Elle n'expose guère qu'à un seul, l'hémorrhagie; mais on ne l'observe que rarement, et, quand elle se produit, on la réprime assez facilement par un tamponnement bien fait.

Pour ma part, dans le courant de l'année dernière, j'ai excisé deux polypes insérés dans le col de l'utérus; M. Dieulafoy en a excisé un troisième; dans les trois cas, l'opération a été facile: il n'y a pas eu d'hémorrhagie, et les malades n'ont éprouvé aucun accident. La malade de M. Dieulafoy, opérée à l'Hôtel-Dieu, est sortie à pied le lendemain, sur sa demande; et des deux miennes, opérées en ville, l'une d'elles ne s'est pas même alitée. M'en rapportant à l'opinion générale et à ma propre observation, je suis donc d'avis que l'excision doit être préférée le plus souvent. Mais je pense aussi, qu'en chirurgie, on ne saurait trop se garantir des tendances à l'exclusivisme; il y a évidemment des cas dans lesquels la ligature doit être préférée, soit parce qu'elle peut être plus facilement exécutée, soit parce que l'excision est elle-même, en définitive, impossible. C'est surtout lorsque les polypes sont volumineux, lorsque leur pédicule est large, leur insertion trop élevée, que la ligature présente des avantages comparatifs. Elle est elle-même, dans ces cas, d'une exécution difficile, mais les résultats en sont infaillibles. Si aucun accident ne vient contrarier l'application de la ligature, toute la partie située au-dessous du fil, meurt et tombe, il ne reste plus, dans une opération secondaire, qu'à détruire ce qui reste par le fer rouge.

Dans quelques cas même, on observe un phénomène extrêmement remarquable et non moins heureux, c'est que la constriction exercée par la ligature ne borne pas son action à faire périr la partie de la tumeur située au-dessous d'elle, mais l'étend aussi à sa partie supérieure, de telle sorte, que le polype tout entier est étouffé et se détache en masse, au point même de l'utérus où il était implanté. Ce fait, déjà signalé par quelques chirurgiens, est cependant assez rare pour que j'aie pu penser qu'on trouverait de l'intérêt dans l'observation suivante:

Observation. — Au n° 25 de la salle Saint-Martin, à l'Hôtel-Dieu, est couchée la nommée Breil (Françoise), brassière, atteinte d'un polype de l'utérus.

Cette femme, âgée de 45 ans, d'une constitution robuste, a toujours joui d'une bonne santé avant l'invasion de la maladie qui l'a fait entrer à l'hôpital. Les menstrues ont toujours été abondantes et régulières.

Elle a eu, il y a vingt ans, et à cinq ans d'intervalle, deux enfants du sexe féminin; ses grossesses ont été heureuses, et ses couches, naturelles, ne furent suivies d'aucun accident.

C'est donc au milieu de la santé la plus parfaite en apparence, que cette femme fut prise, il y a six ans, de pertes blanches abondantes,

---

périmentation, nous nous trouvons en présence des médecins à thérapeutique plus ou moins active, plus ou moins téméraire et imprudente. Ici, les difficultés se déplacent, mais n'en sont pas moins sérieuses. Chacun, en effet, tient à ses idées, à ses projets, à ses plans, et naturellement les croit meilleurs que ceux de son voisin.

En face de ces divergences qui existaient alors comme elles existent aujourd'hui, j'eus un jour l'idée de réunir une grande consultation. Le Congrès médical fut le résultat de cette idée. Tous les thérapeutistes de la profession y furent convoqués, il en vint un grand nombre, à chacun fut laissée la liberté d'y produire et d'y défendre ses projets, et la majorité jugea, adopta, rejeta.

Sur l'immense majorité des vœux émis par le Congrès, je suis resté en conformité de vues et de principes avec cette grande assemblée, qui fit preuve d'autant de modération que de prudence. Ce n'est pas sa faute ni celle de ses promoteurs si des événements immenses et fort imprévus alors, en changeant les destinées du pays, ont détourné l'attention des pouvoirs publics de nos intérêts professionnels. Mais, sans chercher à refaire aujourd'hui ce qui put se faire alors, nous croyons vous et moi — car je suis heureux et fier de vous avoir désormais pour auxiliaire — que cette grande expérience de 1845 ne doit pas être perdue. Cette expérience nous a dit qu'il est chimérique, peut-être imprudent de compter sur les pouvoirs publics absorbés par des intérêts plus généraux et plus considérables; qu'il est d'autres raisons encore qui tiennent à l'essence essentiellement libre de notre profession, qui commandent que nous essayions au moins, avant de nous livrer aux chaînes administratives, de nous organiser nous-mêmes, librement, spontanément, dans les limites et sous le bénéfice des lois actuelles, qui protégent et encouragent toutes les association professionnelles; que c'est là une grande expérimentation à faire, à peu près inédite, à peu près vierge, qui réserve pour l'avenir toutes les idées, tous les plans, tous les projets, qui n'en adopte provisoirement aucun, mais qui permet de les étudier tous et de la manière la plus rationnelle et la plus saine, par des expériences successives et comparées.

Cher et éloquent confrère, votre lettre a ranimé toute mon espérance, l'espérance qui, pour certains esprits, est cette fleur dont parle le poète, qui boutonne sans cesse, sans s'épanouir jamais.

Comment ne concevrais-je pas cet espoir? L'idée de l'Association générale est dans l'air; elle se reposera prochainement dans les esprits et y fructifiera. Voyez, quelle heureuse coïncidence! Le jour même où, dans nos colonnes reconnaissantes, paraissait votre remarquable lettre, et le lendemain de la fête des Criméens, j'assistais à une autre fête confraternelle, au banquet annuel des médecins du chemin de fer de Paris à Bordeaux et de tous ses affluents vers l'Ouest, le Centre et le Midi. Cinquante confrères environ se trouvaient réunis chez Véfour qui, certainement, sans la bienfaisante initiative de leur chef, l'honorable docteur Bisson, ne se seraient jamais vus, jamais connus, jamais aimés et estimés comme ils le font à cette heure. Et savez-vous de quel spectacle inouï et sans précédents j'ai été témoin dans cette réunion? Ah! mon cher confrère, pour arriver à le deviner, chassez loin, bien loin de vous le triste et décourageant souvenir de nos passions, de nos rivalités, de nos jalousies professionnelles. J'ai vu et entendu une réunion de cinquante médecins acclamer une proposition de pétition ayant pour but de demander la croix d'honneur pour un de leurs confrères, pour leur chef, pour ce même honorable docteur Bisson, pour qui ce moment a dû être bien doux. Et de fait, si le pouvoir tient à récompenser le mérite utile, modeste, pratiquant le devoir sans bruit et sans ostentation, la pétition de nos confrères des lignes de Bordeaux aura les plus grandes chances de succès.

L'Association multipliera ces prodiges.

Oui, puisque vous l'adoptez et la protégez, je tiens pour bonne et pour excellente l'idée de l'association générale de la famille médicale française. Avec votre suffrage, si j'étais plus jeune et si j'avais votre éloquence, pauvre pélerin, humble missionnaire, j'irais de ville en ville et de village en village annoncer la bonne nouvelle à nos confrères qui souffrent, leur prêcher l'association confraternelle de bienfaisance, de prévoyance, de tolérance et d'honorabilité professionnelles, et, j'en suis sûr, le pauvre pélerin trouverait partout le pain et le vin de l'hospitalité.

Amédée Latour.

COURRIER.

Par suite de la mort d'un assez grand nombre de médecins de l'armée d'Orient, des veuves et des orphelins se trouvent actuellement dans le plus grand besoin. Nous rappelons qu'afin de leur venir en aide, une commission s'est formée, et a décidé qu'une souscription serait ouverte en leur faveur chez MM.

Le baron Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine, président de la commission, rue Monsieur-le-Prince, 12;

Le docteur Maheux, secrétaire de la commission, rue des Jeûneurs, 39.

On recevra les souscriptions des personnes étrangères à la profession médicale.

— Dans la dernière séance de l'Académie des sciences, le président, M. Despretz, a annoncé, dans les termes suivants, la mort de M. Gerhardt. Ces termes touchants montreront une fois de plus à quelles tristes extrémités sont exposés les savants les plus éminents, lorsqu'à l'esprit de conception ils ont le mérite et le malheur d'associer l'esprit d'indépendance. Il est à espérer que les nobles vœux exprimés par M. Despretz seront réalisés d'une manière digne du savant qui en a été l'objet; dans le cas où il n'en serait pas ainsi, nous serons heureux pour notre part, de contribuer à la réalisation de ces vœux de la manière la plus compatible avec le respect que doit inspirer la mémoire de Gerhardt:

« J'ai la douleur d'annoncer à l'Académie, a dit M. Despretz, la mort de l'un de ses plus jeunes et de ses plus actifs correspondants, M. Gerhardt, professeur à la Faculté des sciences et à l'École de pharmacie de Strasbourg.

» Les hommes compétents s'accordaient à placer Gerhardt au rang des chimistes les plus savants et les plus habiles de l'Europe.

» Gerhardt a eu le sort de son malheureux ami et collaborateur Laurent, il a été enlevé à la science, dans la force du talent, quand il allait mettre la dernière main à la publication d'un ouvrage très étendu sur l'ensemble de la chimie organique.

» Il laisse une veuve et quatre enfants en bas âge et sans fortune. Il est à désirer que les amis de la science réunissent leurs efforts pour protéger cette famille si digne d'intérêt, et pour alléger le fardeau très lourd qui pèsera sur la veuve de Gerhardt. »

que l'emploi d'injections astringentes ne put faire disparaître.

Au bout de deux ans, des pertes blanches, accompagnées de douleurs lombaires violentes, se déclarèrent et leur abondance effraya tellement la malade, qu'elle se soumit dès lors à un examen qu'elle avait repoussé jusque-là.

A la suite de cette visite, divers traitements furent mis en usage : elle eut à subir tour à tour des émissions sanguines, générales et locales fréquentes, des cautérisations avec les acides et le cautère actuel, des douches, des injections plus ou moins astringentes, etc. ; le tout sans résultat heureux.

Elle se décida alors à demander un lit à l'Hôtel-Dieu, où elle entra le 16 novembre 1855.

A son entrée, la malade se plaint de vives douleurs dans les reins et le bas-ventre, de pertes rouges et blanches abondantes, de constipation, d'une sensation de poids insupportable vers l'anus. Sa constitution est fortement ébranlée par la médication précédemment mise en usage et les pertes sanguines qui, de plus en plus abondantes, se répètent à de plus courts intervalles.

La palpation abdominale et le toucher vaginal et rectal, font reconnaître une tumeur utérine, du volume de la tête d'un fœtus à terme. En outre, le doigt introduit dans le vagin, trouve le col dilaté, comme dans une grossesse à terme, et la cavité utérine remplie par une tumeur élastique, indolente. Le doigt contourne une portion de la tumeur, et annonce ainsi que la moitié antérieure, au moins, est libre dans l'utérus. Ces diverses manœuvres d'exploration donnent lieu à un écoulement sanguin assez considérable.

Le spéculum introduit confirme entièrement les prévisions fournies par le toucher : c'est d'un polype intra-utérin qu'il s'agit.

Quelques tentatives sont faites pour amener la tumeur au dehors, mais sans aucun résultat. Une hémorrhagie considérable en est la conséquence, et avait obligé de tamponner.

Vu l'impossibilité de l'excision et la difficulté que présenterait la ligature dans l'utérus, d'une tumeur aussi volumineuse, dont on ne sent pas d'ailleurs le pédicule, on se résout à l'attaquer par le cautère, qui, dans des cas analogues, a donné, dans les mains de M. Dieulafoy, des résultats étonnants. Des cautérisations énergiques au fer rougi à blanc sont pratiquées tous les cinq ou six jours, mais ne produisent d'autres effets que de creuser un sillon au centre du polype, et d'arrêter les hémorrhagies qui ne se sont plus produites spontanément, pendant toute la durée du séjour de la malade à l'hôpital.

Vers le mois de janvier, une indisposition passagère força à suspendre les cautérisations pendant quelques jours, et je fus bien étonné, au nouvel examen auquel je procédai, de trouver la tumeur remplissant le vagin. La malade avait accouché de son polype.

Une exploration attentive donna les résultats suivants : l'excavation du petit bassin est complétement remplie par la tumeur ; l'introduction du spéculum n'est plus possible. Le doigt fait le tour de la tumeur, mais n'est pas assez long pour arriver jusqu'à l'utérus ; la sonde utérine pénètre dans le vagin jusqu'au manche, et son extrémité, promenée autour du polype, ne donne nullement la sensation d'un bourrelet circonscrivant le pédicule de la tumeur, bourrelet qui constitue dans les cas ordinaires le signe différentiel des polypes et du renversement de l'utérus. Mais il y a d'autres faits qui éloignent cette dernière idée ; ainsi, le souvenir des cautérisations antérieures faites sans accidents et ayant même déterminé une perte de substance centrale. En outre, le doigt introduit dans le rectum perçoit une tumeur solide ; enfin, une sonde introduite dans la vessie pénètre difficilement, et se dirige du côté de l'ombilic. Il n'y a pas de doute possible : la tumeur est constituée par un polype, et un polype très gênant, car il porte obstacle à la défécation et à l'excrétion de l'urine ; il provoque de la douleur et de la faiblesse dans les jambes par suite de son volume considérable. Quelques tentatives sont faites pour amener le polype hors du vagin ; on le déchire, mais il ne bouge pas ; une hémorrhagie foudroyante se déclare, et la malade, tamponnée, est rapportée exsangue dans son lit.

Elle mit longtemps à reprendre ses forces, et ce ne fut que vers le milieu du mois de février que l'on songea à débarrasser la malade. La ligature sur place, malgré les difficultés qu'elle présentait, fut résolue et fixée au 26 février 1856.

Cependant, au moment d'opérer, je me laissai encore séduire par l'espoir d'en venir plus facilement à bout en attirant la tumeur au dehors. J'essayai donc de l'amener, après l'avoir saisie dans les cuillers d'un petit forceps, dont la concavité était hérissée de petites dents. Le forceps déchira la surface du polype, provoqua une hémorrhagie abondante, et le polype ne bougea pas. Des érignes, des pinces de Museux, etc., successivement appliqués, ne firent qu'augmenter l'hémorrhagie. La malade pâlissait à vue d'œil, et se plaignait de souffrir horriblement ; il y avait plus d'une demi-heure que les manœuvres duraient, je me hâtai de pratiquer la ligature sur place.

Les porte-nœuds, l'un droit, l'autre courbe, armés d'un cordonnet de soie de deux tiers de millimètre de diamètre, sont introduits à 15 centimètres de profondeur, mais le volume excessif du polype gêne singulièrement la manœuvre, et cette première tentative échoue complétement. Je remplace alors le porte-nœuds courbe par un second droit ; tous les deux, introduits au niveau de la commissure supérieure de la vulve, pénètrent à la même profondeur que tout à l'heure ; enfin, après des efforts considérables, faisant exécuter à chacun d'eux un demi-tour à droite et à gauche, je les ramène à la commissure postérieure. Cette fois, le polype est saisi ; un serre-nœuds de Græfe, de 22 centimètres de longueur, est mis en place et pénètre aux trois quarts ; une constriction modérée est opérée à l'aide de la vis de rappel : un tampon est placé à l'orifice du vagin, et la malade est rapportée dans son lit.

Prescription : Diète, eau sucrée, extrait thébaïque, 10 centigrammes en dix pilules.

27 janvier. Quelques douleurs légères dans le vagin, mais paraissant résulter surtout de la malaxation que les parties ont subie la veille pendant l'opération ; pouls petit, filiforme ; décoloration complète de la malade ; face grippée, affaiblissement extrême des forces.

Prescription : Bouillon, eau sucrée, 10 centigrammes extrait thébaïque ; le tampon est enlevé, le fil serré de nouveau, injection émolliente.

28 février. Etat général inquiétant, état anémique complet ; pouls misérable, douleurs vives dans les fosses iliaques, écoulement de sanie fétide par le vagin.

Prescription : Onctions sur l'abdomen, avec l'onguent napolitain belladoné, cataplasme, lavement émolient, bouillon, une cuillerée de vin sucré, un verre infusion quinquina à froid, potion tonique par cuillerées. Le fil est un peu lâché, injection émolliente légèrement chlorée.

29 février. A partir de cette époque, les menaces d'inflammation du ventre se dissipent, les douleurs disparaissent, les forces reviennent, les aliments sont de mieux en mieux supportés ; après l'administration d'un léger purgatif, qui débarrasse le tube intestinal, l'appétit s'éveille ; la ligature est serrée tous les jours, des injections émollientes et légèrement détersives, sont faites matin et soir. Enfin, le 4 mars, l'état général est des plus satisfaisants ; mais, en opérant une nouvelle constriction, la ligature se rompt au niveau de son entrée dans le serre-nœuds. Celui-ci est extrait, et je constate que l'anse qui embrassait le polype n'a plus que 2 centimètres à peine de diamètre.

5 mars. La malade se sentant assez forte, demande à se lever pour prendre un bain.

6 mars. Le mieux continue, la malade se lève, et, en se promenant dans la salle, sent tomber quelque chose ; c'est le polype, dont la chute a eu ainsi lieu, le neuvième jour après l'opération.

7 mars. Je procède à une exploration de l'utérus, il est à peu près revenu sur lui-même ; le col, légèrement entr'ouvert, permet un examen facile et complet de la cavité utérine ; elle est parfaitement libre. Ces recherches ne provoquent qu'un peu de fatigue.

9 mars. Nouvelle exploration ; l'utérus est à peu près à l'état normal, le col est presque fermé ; l'état général est aussi bon que possible. La malade demande sa sortie, qui lui est accordée.

Quant au polype, l'examen qui en est fait démontre les faits suivants :

Il est de texture fibro-vasculaire.

Tout flétri qu'il est, il a encore le volume et la forme d'une grosse poire de 8 centimètres de diamètre à sa base.

La ligature a été placée juste sur le pédicule, d'apparence beaucoup plus fibreuse que la partie renflée. Un commencement de section existe au point où la ligature a été appliquée.

Le pédicule est réduit au volume du pouce ; il a une longueur de 2 centimètres environ au-delà du point où la ligature a été placée.

Il se termine en forme de cône.

La base de la tumeur est creusée à son centre, par suite des cautérisations qui avaient été pratiquées.

Quoique flétrie, sa décomposition est peu avancée.

THÉRAPEUTIQUE.

DE L'EMPLOI DU VALÉRIANATE D'AMMONIAQUE DANS LE TRAITEMENT DES NÉVRALGIES.

A M. Amédée Latour.

Monsieur et très honoré confrère,

J'apprends un peu tard qu'il a paru dans votre estimable journal une lettre dans laquelle vous me demandez des renseignements sur le valérianate d'ammoniaque.

Je regrette que vous n'ayez pas reproduit les détails que j'ai donnés dans l'article du *Bulletin de thérapeutique*, et auxquels je croyais ne devoir rien ajouter pour ne pas encourir le soupçon d'entrer trop favorablement dans les intérêts du pharmacien : mais puisque vous me faites une loi d'éclairer nos confrères sur le mode d'emploi de ce nouveau médicament, je vais le faire.

Le valérianate d'ammoniaque de M. Pierlot, dont je me suis toujours servi est un liquide brun peu limpide, d'une saveur désagréable, sentant fortement l'odeur spéciale à la valériane : il contient un vingt-cinquième de son poids de valérianate pur, c'est-à-dire 0,20 par cuillerée à café de 5 grammes.

Je l'emploie à la dose d'une cuillerée à café dans les névralgies continues et dans l'hystérie ; de deux et même de trois cuillerées à café dans les névralgies par accès, au moment même de la douleur.

J'ai observé que son effet était beaucoup plus actif, plus énergique et plus prompt en lavement, surtout après que le malade a fait préalablement usage d'un lavement purgatif. J'augmente progressivement jusqu'à la dose d'une grande cuillerée à soupe ; Mme la marquise de Fontanelle est arrivée à en prendre jusqu'à deux cuillerées à dessert au moment des accès.

La première observation des effets curatifs du valérianate d'ammoniaque m'est personnelle.

A la suite d'une méningite grave contractée pendant mon séjour dans les hôpitaux (1849), il me resta des céphalalgies fréquentes que l'opium et la poudre fraîche de racine de valériane pouvaient seuls calmer ; ce fut pour moi l'occasion de m'occuper plus spécialement des névralgies et de l'action de la valériane sur elles.

En 1851, je publiai une thèse sur les névroses du grand sympathique, dans laquelle j'indiquais la valériane comme étant le remède le plus héroïque dans les névroses et les névralgies idiopatiques. En 1853, je fus mis en rapport avec un pharmacien s'occupant spécialement de cette substance. J'appris de lui que l'acide valérianique préexistait dans la racine fraîche de valériane (il m'en donna la preuve en écrasant l'écorce de cette racine sur un papier de tournesol, qui se rougit aussitôt). Que cet acide disparaissait à peu près complétement dans la racine sèche et qu'il l'extrayait de toute pièce de la plante fraîche. Il me donna une eau dans laquelle se trouvait une assez grande proportion de cet acide.

Deux cuillerées à soupe prises le soir, un jour de névralgie, me procurèrent un sommeil analogue à celui que j'obtenais par un grain d'opium, avec cette différence que le matin je n'avais pas comme d'habitude après l'opium, cette pesanteur de tête, et cet embarras de l'esprit me rendant impossible pendant vingt-quatre heures tout travail sérieux. Plusieurs jours après, je combattis un nouvel accès avec la même substance, mais la liqueur avait changé de goût, perdu son odeur spéciale ; son effet fut à peu près nul, l'acide valérianique s'était presque entièrement transformé en acide acétique.

C'est alors que le pharmacien me remit une nouvelle préparation d'acide valérianique saturé d'ammoniaque, qu'il me livra sous le nom de valérianate d'ammoniaque.

Au premier accès de migraine, j'en pris une forte cuillerée à café en lavement ; l'effet fut presque instantané ; j'éprouvai subitement un trouble général analogue à l'ébriété ; la douleur fut calmée. Je m'endormis profondément. Je continuai chaque soir, pendant vingt jours, l'usage de ce liquide : aujourd'hui, je n'ai que de très rares névralgies.

J'ai souvent prescrit, depuis cette époque, le valérianate d'ammoniaque dans l'hystérie et dans les névralgies mensuelles des femmes : son effet a été constant. Cependant, les faits observés ne me paraissaient pas assez saillants pour mériter une publicité isolée. J'aurais attendu d'en avoir un assez grand nombre pour les réunir dans un mémoire destiné à l'Académie de médecine, si l'importance des deux observations que j'ai publiées ne m'avait imposé le devoir de faire connaître cette substance nouvelle.

Depuis plusieurs années, j'ai observé des faits nombreux de névralgie ; je ne me crois pas cependant en droit de formuler des conclusions rigoureuses sur les effets du valérianate d'ammoniaque, sur ceux de l'acide valérianique et de l'ammoniaque pris séparément, comparés à ceux des antispasmodiques. J'ai pourtant remarqué jusqu'à ce jour :

1° Que l'ammoniaque pris dans de l'eau agit fortement sur le système nerveux, mais ne produit son effet que lentement et sans procurer de sommeil.

Le docteur Debout suit l'observation d'un asthmatique auquel il fait prendre l'ammoniaque pur. Cet homme, depuis longtemps, ne pouvait rester couché ; il passait les nuits dans un fauteuil. L'usage prolongé de l'ammoniaque dans l'eau lui permit la position horizontale, mais il eut peu de sommeil. Quelques jours auparavant, le valérianate d'ammoniaque lui avait procuré du sommeil et donné la possibilité de se coucher.

2° Que l'acide valérianique, extrait de la racine de valériane, pris à petite dose, procure un sommeil profond et sans céphalalgie, calme la douleur momentanément, mais ne la modifie que faiblement ; pris à grande dose, il agite et procure un malaise général.

3° Que l'acide valérianique, extrait de l'huile de pomme de terre, calme peu et ne donne qu'un sommeil très imparfait.

4° Enfin que la solution de valérianate d'ammoniaque du commerce, qui est préparée généralement, comme me l'a dit M. Gobley, avec de l'acide valérianique d'huile de pomme de terre, agit dans le sens de la solution de l'inventeur, mais procure peu de sommeil. Les personnes qui ont pris d'abord de la liqueur contenant l'acide valérianique extrait de la racine fraîche de valériane, et qui ensuite prennent une solution de valérianate d'ammoniaque du commerce s'en aperçoivent, même sans savoir que la substitution a eu lieu.

Je n'ai pas encore pu recueillir assez de faits pour que ces conclusions aient quelque valeur, tant sont multiples les formes de névrose ; mais je me propose de réunir un grand nombre d'observations qui m'ont été promises par plusieurs confrères des plus honorables, de les joindre aux miennes, et d'en faire un mémoire que j'aurai l'honneur d'adresser à l'Académie.

Tous les détails que je viens d'écrire, j'ai eu l'honneur de les donner verbalement à M. Laboureur. Je regrette que sa lettre laisse croire le contraire. M. Laboureur s'est présenté chez moi deux fois : la première, j'étais, il est vrai, en Belgique, auprès d'un client de M. le professeur Chomel ; mais, deux jours après, je satisfis à la juste curiosité de ce pharmacien en présence d'un externe distingué des hôpitaux, M. Baranger. M. Laboureur me promit même de m'envoyer l'observation de son client, et m'assura que, jusqu'alors, elle était favorable à l'efficacité du valérianate.

Je ne puis lui en dire davantage aujourd'hui ; c'est à lui, comme chimiste, à savoir si la liqueur que j'emploie contient autre chose que du valérianate d'ammoniaque. Quant à moi, je m'en rapporte à la loyauté d'un homme qui, me fournissant un médicament utile de son invention, m'affirme sur l'honneur qu'il ne contient, comme partie active, que du valérianate d'ammoniaque dont l'acide est extrait directement de la racine de valériane.

Je fais des expériences cliniques et comparatives de l'action des différents valérianates de quinine, de zinc, d'atropine et d'ammoniaque ; j'expérimente sur des chiens la posologie de ces divers médicaments. J'aurai l'honneur de faire connaître plus tard le résultat de mes recherches.

Agréez, etc.

Dr Déclat,
Lauréat au concours général de 1848.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 28 Juillet 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Électro-physiologie.

M. Matteucci, dans une lettre adressée à M. Cl. Bernard, expose quelques observations relatives aux conditions qui font varier, chez les grenouilles, la durée de la contraction musculaire après la mort et à la cause de la contraction induite.

Le phénomène électrique de la contraction induite suivant M. Matteucci, est inséparable de l'existence d'un courant et de la direction de ce courant dans le circuit avant la contraction ; ce phénomène est indépendant d'une force électro-motrice opposée qui serait en quelque sorte cachée dans le circuit ; ce phénomène consiste dans un courant instantané ou plutôt dans une décharge qui a lieu dans le muscle pendant sa contraction. La nature de ce phénomène est ainsi incontestablement établie, ajoute ce savant philosophe, et je prouverai dans mon Mémoire qu'elle est d'accord avec nos connaissances actuelles d'électricité animale.

Séance du 18 Août 1856.

Emploi de l'éther comme antidote du chloroforme.

M. Jules Cloquet, au nom d'une commission composée de MM. Flourens, Jobert de Lamballe et J. Cloquet, rapporteur, lit le rapport suivant :

Un jeune physiologiste, M. Augustin Fabre, a lu devant l'Académie, dans sa séance du 28 juillet dernier, un mémoire sur l'emploi de l'éther comme antidote du chloroforme.

« L'éther, dit l'auteur, détermine dans l'économie animale des effets opposés suivant la dose qu'on emploie, suivant la fréquence et la durée des inhalations : il est d'abord excitant ; ce n'est que par des inhalations prolongées, à des doses élevées qu'il devient anesthésique ; sa principale propriété est d'être excitant... »

D'après ces faits bien connus de l'action de l'éther sur l'économie

animale, l'auteur a pensé « qu'il était rationnel d'employer cet agent comme stimulant pour neutraliser les effets hyposthénisants, pour remédier aux défaillances et aux syncopes que détermine le chloroforme. »

« Les prévisions de la théorie, dit-il, ont été réalisées par l'expérience, » et il croit l'avoir démontré dans son travail, qui est basé sur cent dix-sept expériences.

La lecture de ce mémoire et sa publication par extraits dans vos *Comptes-rendus* et dans les journeaux de médecine ont vivement impressionné l'Académie, les savants, et surtout les chirurgiens, qui font un usage journalier du chloroforme comme moyen anesthésique pour la pratique des opérations et dans celle des accouchements.

Il était donc urgent de prendre connaissance des faits contenus dans le mémoire de M. Fabre, et d'en apprécier la valeur par des expériences répétées par l'auteur sous les yeux de vos commissaires.

L'importance du sujet, qui touche de si près aux intérêts les plus sacrés de l'humanité, vous expliquera l'empressement qu'a mis votre commission à s'acquitter du devoir dont vous l'aviez chargée et à savoir si réellement l'éther pouvait être proclamé, ainsi qu'on l'avait dit, comme l'antidote du chloroforme; si l'on pouvait trouver dans cet agent anesthésique lui-même un moyen puissant d'arrêter, en les neutralisant, les effets parfois pernicieux du chloroforme. La commission s'est donc réunie dans le laboratoire de M. Flourens, au Muséum d'histoire naturelle, le 9 et le 12 août. Elle avait convoqué M. Fabre pour lui faire répéter devant elle les principales expériences qui servent de base à tout son travail.

C'est l'exposé succinct de ces expériences que le rapporteur de la commission va faire connaître.

PREMIÈRE SÉANCE (9 août 1856). — *Première expérience*, faite par M. Fabre :

Un lapin adulte est soumis à l'inhalation des vapeurs de chloroforme. Au bout de trois minutes, sommeil complet, anesthésie absolue.

On cesse la chloroformisation, et on laisse le lapin respirer librement l'air atmosphérique. Une minute trente secondes se sont à peine écoulées que le lapin remue la tête et se lève sur ses pattes antérieures. Quelques instants après il se dresse sur ses quatre membres; il est complétement revenu à lui.

Deuxième expérience. — Lapin adulte. M. Fabre expérimentateur.

On chloroformise l'animal. Au bout d'une minute le sommeil est complet.

M. Fabre pratique alors l'éthérisation intermittente. Au bout de trois minutes quarante-cinq secondes seulement, l'animal se réveille, et se met sur ses quatres pattes.

Troisième expérience. — M. Fabre expérimentateur.

Chloroformisation d'un lapin adulte. Deux minutes quinze secondes jusqu'au sommeil complet.

M. Fabre pratique ensuite l'éthérisation intermittente. Au bout de de deux minutes trentes secondes, commencement du réveil. Au bout de trois minutes, réveil un peu plus complet.

Quatrième expérience. — M. Jobert expérimentateur.

Un lapin est soumis pendant deux minutes aux vapeurs du chloroforme. La chloroformisation est poussée très loin, l'animal semble mort. pendant quelques instants la respiration cesse complétement; puis après un court espace de temps, les mouvements respiratoires se montrent de nouveau.

Il y a quelques convulsions cloniques.

Quatre minutes après la cessation de l'inhalation du chloroforme, les convulsions disparaissent; une demi-minute plus tard, l'animal se réveille, mais la faiblesse dure longtemps. Environ cinq à six minutes après le réveil, le lapin ne s'est pas encore relevé sur ses membres. M. Jobert propose alors de le galvaniser. Un pôle de la pile de M. Duchenne de Boulogne est introduit dans la bouche, un autre dans l'anus. Secousses générales et violentes. L'action galvanique est suivie immédiatement d'une grande amélioration : l'animal peut se tenir sur ses quatre membres.

DEUXIÈME SÉANCE (12 août 1856). — *Première expérience*, faite par M. Fabre :

Un lapin adulte est soumis à l'inhalation des vapeurs de chloroforme. L'anesthésie et le sommeil ne sont complets qu'au bout de huit à neuf minutes.

M. Fabre pratique alors l'éthérisation intermittente. Au bout de six minutes, l'animal n'est pas encore revenu, il est sur le point de succomber; M. Fabre renonce à l'éthérisation. Immédiatement on place un pôle de la pile dans la bouche de l'animal et un autre dans l'anus. Secousses violentes. On interrompt de temps en temps la galvanisation. Au bout de six minutes, l'animal peut se tenir sur ses membres antérieurs.

Deuxième expérience, faite par M. Philippaux :

On chloroformise un lapin adulte. Au bout de deux minutes, le sommeil est complet, l'anesthésie absolue. On laisse l'animal respirer librement l'air atmosphérique. Deux minutes quinze secondes après, il se lève sur ses pattes antérieures. Au bout de [illegible], il se lève sur ses quatre membres et marche.

Telles sont les principales expériences dont nous avons été témoins dans les deux longues séances que nous avons eues au laboratoire du Muséum d'histoire naturelle.

Les expériences répétées par M. Fabre sont loin de répondre aux résultats annoncés dans son mémoire. Peut-être ce jeune physiologiste, au zèle, à la candeur, à la persévérance duquel nous aimons à rendre justice, n'a-t-il pas encore acquis cette dextérité, cette précision que donne seule une longue habitude des expériences tentées sur les animaux.

Il a paru, par exemple, à vos commissaires, que M. Fabre, en faisant inspirer le chloroforme à ses animaux, bouchait trop hermétiquement leurs narines avec son éponge, et ne laissait pas pénétrer dans les poumons une quantité d'air atmosphérique suffisante pour entretenir la respiration, de sorte que l'anesthésie dans laquelle tombaient ces animaux dépendait peut-être autant, sinon plus, de l'asphyxie que de l'action directe du chloroforme sur le système nerveux; ce qui change nécessairement les éléments de la question, et a dû tromper M. Fabre dans ses observations.

Vos commissaires ont donc cru pouvoir conclure :

1° Que les fonctions vitales se rétablissent plus promptement chez un animal anesthésié par le chloroforme quand on l'abandonne à lui-même, que lorsqu'on lui fait inspirer de l'éther, soit d'une manière continue, soit à certains intervalles;

2° Que l'éther, loin d'être un antidote du chloroforme, ne fait qu'en prolonger, peut-être aggraver les effets anesthésiques, et que, par conséquent, on doit se donner garde de l'employer pour neutraliser et arrêter les effets du chloroforme, dans les cas où l'action de cet agent aurait été poussée au delà des limites qu'enseigne la prudence dans son administration.

Température animale.

M. Cl. BERNARD lit un mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur la température animale.* (Nous publierons prochainement cet intéressant travail.)

Développements des corps organisés.

M. COSTE, en présentant à l'Académie l'atlas de son grand ouvrage intitulé : *Histoire générale et particulière du développement des corps organisés*, dont il a déjà présenté le premier volume, s'exprime de la manière suivante :

Parmi les faits que ces planches représentent, se trouvent d'abord ceux qui se rapportent à la menstruation chez la femme, à la maturation de l'œuf, maturation qui, par son influence sur l'ovaire et par la réaction de cette influence sur le reste de l'organisme, provoque une évolution spéciale de la muqueuse utérine, et, si je puis ainsi dire, prépare le lit de cet œuf pour le moment où il y descendra; car, chez l'espèce humaine, l'œuf ne se borne pas, comme chez les mammifères, à se mettre en contact avec la muqueuse utérine, il s'enterre dans cette muqueuse, et la transfigure en ce que les auteurs ont désigné sous les noms de membrane *caduque pariétale*, de membrane *caduque réfléchie*, de membrane *caduque sérotine*; ce que je démontre par la représentation des pièces anatomiques comprenant l'histoire tout entière de la gestation jusqu'après l'accouchement. Ces préparations anatomiques, dont j'ai formé une collection unique dans le monde, m'ont permis de suivre pas à pas toutes les phases du développement du fœtus humain dans d'aussi favorables conditions que s'il se fût agi d'animaux sur lesquels on expérimente. C'est un but que j'ai atteint en ouvrant, pendant une douzaine d'années, tous les cadavres des femmes suicidées, qu'on apportait à la Morgue de Paris.

Après l'histoire de la gestation et du développement de l'œuf chez l'espèce humaine, vient celle de la gestation et du développement de l'œuf des mammifères, qui a été pour moi le sujet d'un très grand nombre de recherches, et que j'établis en prenant pour types le lapin et la brebis.

Passant ensuite au développement de l'œuf des oiseaux, j'y remplis une lacune considérable en découvrant une phase tout entière de son évolution qui était restée jusque-là complétement voilée : je veux parler du remarquable phénomène de la segmentation de la cicatricule, phénomène qui m'a permis de démontrer que cette cicatricule était l'analogue de tout le contenu de l'œuf des mammifères et de l'espèce humaine, et de la plupart des invertébrés.

A la suite du développement des mammifères et des oiseaux, je donne des figures représentant le développement de l'œuf des poissons osseux, et, par des observations complétement neuves, j'établis que cet œuf se présente à deux états différents et successifs. Dans le premier cas, les granules moléculaires destinés à former le germe, y sont dispersés ou uniformément répartis dans la cavité de la membrane vitelline, et, à ce moment, cet œuf a une certaine analogie avec celui des mammifères; dans le second cas, les granules moléculaires changent de place et vont se réunir à l'un des pôles de l'œuf pour y former une cicatricule qui, après la fécondation, deviendra le siége du phénomène de la segmentation. Cet œuf a alors une certaine analogie avec celui des oiseaux, et par là toutes les classes de la série se trouvent, en ce qui concerne l'organisation du germe, dans une règle commune.

Enfin, parmi les planches qui composent cet atlas, il y en a deux qui se rapportent à l'histoire de la formation de la matière séminale : elles sont consacrées à l'étude du développement des spermathophores chez les mollusques céphalopodes, et montrent, par une série d'observations qui ne laissent entre elles aucune lacune, que ces amas d'animalcules spermatiques s'entourent, en parcourant le canal vecteur, de produits adventifs tout à fait analogues à ceux dont se recouvre l'œuf des oiseaux en parcourant l'oviducte.

M. Coste expose ensuite en ces termes quelques-unes des expériences qui doivent faire partie du second volume : elles sont relatives à la fécondation :

Quel est le lieu où s'opère la fécondation chez les mammifères, chez les oiseaux, et par conséquent chez l'espèce humaine? Tel est le problème que je me suis proposé de résoudre par des expériences de précision.

L'œuf tombant spontanément de l'ovaire sans que l'intervention du mâle soit nécessaire, il s'ensuit que la rencontre de cet œuf avec les molécules fécondantes peut se faire soit à l'ovaire, soit dans l'oviducte, soit dans la matrice, suivant le moment où ces molécules fécondantes ont été introduites dans le sein maternel. Ainsi, par exemple, si le rapprochement des sexes a lieu un certain nombre d'heures avant que les capsules ovariennes se déchirent pour laisser échapper l'œuf, les molécules fécondantes ont le temps de parcourir toute l'étendue du canal vecteur, et, dans ce cas, c'est à l'ovaire que se fait la rencontre; si le rapprochement a lieu au moment même de la déhiscence, c'est dans l'oviducte que se fait la rencontre; si le rapprochement a lieu plus tard, l'œuf aura le temps de descendre dans la matrice, et c'est là que se fera la rencontre. Mais de ce que le fluide séminal peut rencontrer l'œuf soit à l'ovaire, soit dans un point quelconque du canal vecteur, il ne s'ensuit pas que partout la fécondation soit possible. Voici des expériences qui le démontrent :

Je me suis assuré que les poules qui pondent régulièrement tous les deux jours, vers midi, par exemple, ont un nouvel œuf qui se détache de l'ovaire le lendemain vers cinq heures du matin, c'est-à-dire dix-huit heures environ après la dernière ponte.

Je me suis également assuré que, chez la poule, les molécules fécondantes mettent douze heures pour arriver du col de l'utérus, où elles sont introduites, jusqu'à l'ovaire.

Ces deux faits étant constatés, j'ai pris soin que l'accouplement eût lieu de façon que les molécules fécondantes n'arrivassent au haut de l'oviducte que deux ou trois heures après qu'un œuf s'y était engagé, et, toutes les fois que l'opération a été faite dans ces conditions, le premier œuf pondu, c'est-à-dire celui que le fluide séminal a rencontré dans le haut de l'oviducte, était stérile, tandis que les cinq ou six suivants étaient féconds; d'où il suit que, chez les oiseaux, c'est exclusivement à l'ovaire ou *seulement* à l'entrée du pavillon que se fait la fécondation.

Chez les mammifères, l'expérience n'est pas aussi facile à conduire, par la raison que les femelles ne sont disposées à s'accoupler que lorsque les œufs se trouvent en état de maturation dans l'ovaire. Aussitôt que ces œufs ont rompu leur capsule et sont tombés dans l'oviducte, l'excitation causée par le travail ovarien cessant, les femelles résistent aux tentatives du mâle, et l'on ne peut opérer à son gré comme chez les oiseaux. Cependant, comme il n'y a pas de règle sans exception, il m'est arrivé, en multipliant les essais, de rencontrer des lapines qui ont consenti à s'accoupler après l'époque du rut et lorsque les œufs étaient déjà dans l'oviducte. Dans ces cas, les molécules fécondantes ont fait leur ascension comme de coutume, sont arrivées jusqu'au point du canal vecteur occupé par les œufs, ont passé sur eux sans pénétrer l'albumen qui les entoure, sans même y rester adhérentes, et n'ont exercé sur eux aucune influence; car, loin de présenter les traces caractéristiques de développement, c'est-à-dire le phénomène de la segmentation du vitellus, ces œufs étaient les uns complétement inertes, et les autres en partie détériorés. Par conséquent, la fécondation chez les mammifères ne peut se faire ni dans la matrice ni dans l'extrémité inférieure de l'oviducte : j'ajoute même qu'elle ne peut avoir lieu qu'à l'ovaire, dans le pavillon, et peut-être aussi à quelques millimètres au-dessous, mais pas plus bas; car, d'après des expériences antérieures que j'ai depuis longtemps publiées, les signes de décomposition du germe commencent à se manifester avant que l'œuf ait parcouru la moitié de la longueur de l'oviducte.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

REMARQUES SUR LES BRUITS D'AUSCULTATION CHEZ LES FEMMES ENCEINTES;

Par le docteur E. MARTIN, de Iéna.

L'auteur réfute l'opinion de ceux qui font dériver les bruits ou souffles appelés placentaires, du placenta ou de la compression des vaisseaux abdominaux et du bassin. Il les regarde comme provenant des artères utérines, comprimées par les parois de l'abdomen, et explique, de cette manière, les différents cas où ces bruits disparaissent ou peuvent être perçus alternativement. Ainsi, au commencement d'une contraction utérine, ils deviennent plus intenses, chantants, parce que la compression à laquelle ces artères sont soumises augmente; en même temps les contractions du cœur se précipitent un peu. Au summum de la douleur, les bruits cessent tout à fait; la circulation est interrompue et cet arrêt, s'il se prolonge, comme il arrive parfois dans les accouchements précipitités, peut menacer la vie de l'enfant. Quand la contraction utérine commence à diminuer, le sang passe de nouveau dans les artères, reproduit le son renforcé, et, vers la fin, on entend de nouveau le souffle ordinaire. Il n'a pas de grande valeur séméiotique pour la constatation de la grossesse, parce qu'il existe en dehors de celle-ci, par exemple, dans les cas de tumeur fibreuse considérable de l'utérus. L'existence du bruit fœtal, des battements redoublés, bien constatés, est d'une valeur sans réplique, tandis que son absence ne permet pas de conclure positivement à l'absence d'un fœtus. On sait que le bruit du cœur du fœtus est entendu le plus distinctement à l'endroit où la partie gauche du dos correspond le plus directement à la paroi de l'utérus. Une exception très intéressante à cette règle se rencontre dans les présentations de la face, l'occiput renversé sur la nuque, écarte considérablement la paroi utérine du dos du fœtus; alors le cœur est entendu du côté de la mère, correspondant au thorax de l'enfant. Le souffle fœtal, caractérisé par un bruit soufflé sec, isochrone au second bruit du cœur du fœtus, est perçu seulement à des places très restreintes du ventre, le plus souvent à un endroit où le dos de l'enfant appuie contre la paroi utérine. Ce bruit n'est nullement ordinaire, car, sur 253 femmes enceintes, examinées dans cette vue, il n'a été rencontré que 23 fois. Les uns le font provenir d'une altération des valvules du cœur de l'enfant. Cette origine peut et doit exister, car l'autopsie a prouvé la réalité de cette lésion, mais elle est rare, car ordinairement on entend à côté de ce souffle fœtal, les bruits du cœur normaux. Il dépend de la compression du cordon ombilical, déterminée par une partie de l'enfant contre les parois utérines, ou entre les membres et le tronc de l'enfant. Ce bruit est parfois fugace; il disparaît alors à la suite de mouvements du fœtus et revient bientôt après. Sur les 23 cas où on l'a entendu, il y en avait 15 accompagnés d'entortillement du cordon, tandis que, sur 28 autres cas d'entortillement observés à cette époque, ce bruit n'a pu être perçu. Il en résulte que le souffle fœtal ne peut avoir de signe diagnostique à un entortillement du cordon. — (*Monatsschr. f. geburtsk*, 1856, n° 3.)

— Par décret du 19 août, ont été promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, à l'occasion de l'Exposition universelle agricole :

Au grade d'officier : M. Renault, directeur de l'École impériale vétérinaire d'Alfort.

Au grade de chevalier : MM. Magne, professeur à l'École impériale vétérinaire d'Alfort; et Lhomme, jardinier en chef du jardin botanique de l'École de médecine.

— On lit dans la *Presse médicale belge* :

« Une ordonnance des ministres de l'intérieur et des finances de l'empereur d'Autriche vient de sanctionner que les veuves et les orphelins des médecins, des chirurgiens et des infirmiers morts à la suite des services prêtés pendant l'épidémie cholérique, ont droit aux pensions et aux subsides ordinaires pour l'éducation, quand même l'individu décédé compterait moins de dix ans de services. — Exemple bien digne d'être imité! »

NOTICE MÉDICALE sur les BAINS DE MER

De BIARRITZ (Basses-Pyrénées)

DU DOCTEUR R. AFFRE,

Médecin inspecteur de ces bains, lauréat de l'Académie impériale de médecine de Paris Directeur des secours du Sauvetage, et membre correspondant de plusieurs Société, médicales.

TABLE DES CHAPITRES :

INTRODUCTION.
CHAP. Ier. Des caractères physiques et chimiques de l'eau de mer.
CHAP. IIe. Des divers moyens d'employer l'eau de mer.
CHAP. IIIe. Des règles à suivre dans l'emploi des bains de mer.
CHAP. IVe. Des plages de Biarritz.
CHAP. V^e. Des bains de mer chauds et des bains de sable marin.
CHAP. VIe. Des effets généraux des bains de mer froids.
CHAP. VIIe. Des effets thérapeutiques des bains de mer froids.
CHAP. VIIIe. Considérations sur les maladies de la peau guéries par les bains de mer, avec des observations de guérison.
CHAP. IXe. Des maladies des femmes guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
CHAP. X^e. De quelques causes de stérilité guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
CHAP. XIe. Des contre-indications des bains de mer froids avec des observations à l'appui.
CHAP. XIIe. Des accidens produits par l'abus ou la fausse application des bains de mer, avec des observations à l'appui.
Quelques mots sur la cause principale, sur les symptômes et le traitement du choléra, qui a sévi dans le département des *Basses-Pyrénées*.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*. — Prix : 2 fr.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FELIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 106. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 2 Septembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. THÉRAPEUTIQUE : Note sur le traitement de la phthisie pulmonaire. — II. CLINIQUE MÉDICALE : Observation de calcul biliaire retenu dans l'intestin grêle, où il a déterminé des symptômes d'étranglement interne, qui ont rapidement cessé à la suite de la palpation de l'abdomen. — III. SYPHILIOGRAPHIE : De la durée de l'incubation de la syphilis secondaire. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Sur les lésions valvulaires des cavités droites du cœur. — Rapport sur le *Précis des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, de M. Forget, de Strasbourg. — Discussion sur une observation de calcul biliaire. — V. FEUILLETON : Coup d'œil historique et critique sur la médecine et la chirurgie françaises au XIXe siècle.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE (1) ;

Par M. Amédée LATOUR.

II.

2° *Régime lacté.* — Je l'ai déjà dit, c'est au régime lacté, à la manière dont le malade prendra ce lait de chèvre tenant en dissolution le chlorure de sodium absorbé par l'animal, et à la quantité qu'il en ingérera par jour que j'attache et qu'il faut attacher la plus grande importance dans le traitement que j'emploie contre la phthisie pulmonaire.

Comme règle générale, on peut dire que, plus le malade pourra prendre de lait chaque jour, mieux et plus vite iront les choses, à la condition que le lait sera digéré et assimilé. J'ai vu des malades en prendre avec fruit deux litres par jour. La dose ordinaire est d'environ un litre, et cette dose est en général suffisante, si elle est prise avec les précautions que je vais indiquer.

Ces précautions bien simples, consistent à ne prendre qu'une très petite quantité de lait à la fois, mais à de très courts intervalles. Ainsi, le malade porte constamment avec lui sa petite bouteille de lait et de façon à le mettre en équilibre de température avec son corps, et, toutes les deux ou trois minutes, il prend une gorgée de lait. A la fin de la journée il a ainsi épuisé sa provision, sans fatigue pour l'estomac, sans dégoût, inconvénients qui ne manqueraient pas à se manifester si le malade ingérait son litre de lait en deux, trois ou quatre fois.

Une des conditions de succès de ce traitement étant sa durée qui doit se prolonger presque toujours pendant plusieurs mois, on voit qu'il est très important de prévenir la lassitude et le dégoût. Or, le meilleur moyen d'arriver à ce résultat est de ne pas charger coup sur coup l'estomac d'une grande quantité de lait à la fois, mais de n'en confier au contraire que de faibles proportions à ses forces digestives. De cette façon, l'absorption et l'assimilation s'en opèrent à merveille, rien n'est perdu, et le but qu'on veut atteindre est complétement atteint.

Je ne crains pas d'entrer dans ces détails qui paraîtront peut-être minutieux ; mais je les considère comme d'une grande importance et comme devant assurer le succès du traitement. J'ai vu plusieurs malades me revenir après quelques jours de traitement et m'assurer qu'ils ne pouvaient le continuer, tant leur répugnance s'était manifestée vive pour le lait de chèvre. Renseignements pris, j'apprenais qu'ils n'avaient pas compris ma prescription, et qu'ils s'étaient ingurgité de grandes tasses de lait à la fois. Mieux pilotés, après quelques jours de repos, ils revenaient à l'usage du lait à doses fractionnées et s'en trouvaient bien.

La durée de ce traitement, ai-je dit, est, en général, de plusieurs mois. On comprend qu'il soit impossible de rien préciser à cet égard, et qu'il faut nécessairement tenir compte de la période de la maladie pour laquelle on est consulté, de son acuité, de ses complications et d'une foule d'autres circonstances qu'il est inutile d'énumérer.

Un point sur lequel je crois devoir insister, c'est qu'une fois commencé, le traitement par le lait chloruré ne doit pas être interrompu. Si, malgré les précautions indiquées, la lassitude et le dégoût s'emparaient du malade, accordez-lui trois, quatre jours de suspension tout au plus, diminuez la dose si le malade la trouve trop forte, mais encouragez-le par toutes vos exhortations à persévérer. Du reste, le premier mois est le plus difficile ; ce premier mois passé, l'habitude est en général prise, et les malades prennent leur gorgée de lait comme les priseurs prennent leur tabac, sans y penser et instinctivement.

Je n'ai pas encore vu de malade dont le traitement ait exigé moins de trois mois consécutifs. Il en est d'autres qui y ont été soumis pendant un an et davantage. En général, le traitement est plus long en ville et pendant l'hiver qu'à la campagne et pendant la belle saison. Les conditions hygiéniques dans lesquelles les malades sont placés, et que j'énumérerai plus bas, ont une influence considérable, et tout le monde doit le comprendre, sur la durée et sur l'efficacité de ce traitement. Je doute qu'il pût jamais réussir dans les hôpitaux, en supposant que son application y fût possible. Je l'ai vu tristement échouer chez de pauvres gens qui avaient pu faire le sacrifice de l'achat d'une chèvre, mais qui ne pouvaient faire conjointement celui d'une habitation saine, d'une nourriture fortifiante et des autres conditions du traitement. Aussi à ce traitement un reproche sérieux peut-il être adressé, et je m'en afflige sincèrement, c'est qu'il n'est accessible qu'aux classes aisées ou riches. Un temps viendra peut-être, si l'expérience générale confirme mes résultats, comme je l'espère, où quelque fondation charitable pourra permettre de placer les malheureux phthisiques des classes pauvres dans les conditions convenables à l'application du traitement.

Le premier effet de l'usage du lait de chèvre au chlorure de sodium est de calmer et d'éteindre l'état inflammatoire plus ou moins prononcé, mais si fréquent de l'estomac chez les phthisiques. Avec la disparition de cet état, l'appétit revient quand il est perdu, les digestions se régularisent, l'état fébrile se modère, les quintes de toux deviennent plus courtes et plus rares, les sueurs nocturnes moins abondantes et le sommeil plus réparateur.

Ce premier résultat de l'emploi du lait chloruré est à peu près constant, mais malheureusement il n'est pas toujours durable. Si la diathèse tuberculeuse ne peut pas être enrayée, tous les premiers symptômes reprennent leur acuité, de nouvelles poussées de tubercules se succèdent, et le triste cortége symptomatique de la fonte tuberculeuse apparaît.

A cette période de la maladie, le traitement que j'indique n'a pas eu plus de succès que tous les autres. Quelquefois il m'a donné peut-être la consolation de prolonger l'existence des malades. Dans deux ou trois circonstances au plus, sur un nombre considérable de phthisiques que j'ai vus, le traitement a pu s'attribuer l'honneur de modifier si profondément la scène pathologique, qu'une véritable guérison relative est survenue ; mais ce sont là des exceptions bien rares, et je n'en dois pas moins reconnaître que la phthisie arrivée à la période de fonte tuberculeuse, lorsqu'une grande partie du poumon a été envahie, et à plus forte raison quand les deux poumons sont malades, ne trouve qu'un léger palliatif dans l'emploi du lait chloruré.

Cependant cela ne doit s'entendre que d'une phthisie ancienne et dont les poussées tuberculeuses successives ont détruit, par leur fonte, une portion considérable du poumon. Une première poussée tuberculeuse peut être et est presque toujours suivie de fonte, une caverne existe au sommet de l'un des poumons, ce n'est pas une raison de désespérer de la guérison ; la diathèse tuberculeuse peut être enrayée, la caverne peut se cicatriser, et c'est précisément dans cet état que, le plus ordinairement, se présentent les malades

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 Août 1856.

Feuilleton.

COUP D'OEIL HISTORIQUE ET CRITIQUE SUR LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE FRANÇAISES AU XIXme SIÈCLE (1) ;

Par le docteur MICHÉA.

Sommaire. — Année 1800. — MÉDECINE : Thouret et le comité central de vaccine. — Vaume et son opposition à la découverte de Jenner. — Lair et son travail sur les *combustions humaines*. — CHIRURGIE : Personnel de la chirurgie parisienne au commencement du Consulat. — Sabatier, son portrait. — Son injustice à l'égard de Percy dans son travail sur *un moyen de suppléer à l'amputation du bras dans l'article*. Son rapport à l'Institut sur l'opération de la pupille artificielle, par Demours. Ce qu'était Demours. — Boyer et ses études à l'hôpital de la Charité avec le tragédien Talma.

Au nombre des médecins français qui mettaient le plus d'empressement à examiner la découverte alors contestée de Jenner, Thouret se plaçait au premier rang. De concert avec M. de la Rochefoucauld-Liancourt, il avait fondé à Paris le célèbre comité central de vaccine, auquel la France est redevable du triomphe de cette grande découverte.

Thouret, qui était directeur de l'École de médecine de Paris, avait quitté la pratique de son art pour se livrer aux travaux de l'administration. Né dans le département du Calvados, à Pont-l'Évêque, en 1749, il avait été membre de la Société royale de médecine. Doué d'une heureuse organisation, d'une conception facile, d'une mémoire exercée, d'un jugement sain et d'un tact délicat, il aurait pu prétendre à de grands succès comme praticien.

Sans avoir beaucoup écrit, ses recherches sur le magnétisme animal, la part qu'il avait prise à la rédaction des mémoires de la Société royale de médecine, son compte-rendu des exhumations faites sous sa direction dans le cimetière des Innocents, ses études sur la rage, l'allaitement artificiel, la structure du cerveau, etc., ne permettaient pas de mettre en doute son mérite d'érudition et son talent d'observateur. Néanmoins, son goût et des circonstances particulières l'avaient porté vers la carrière des emplois administratifs. En 1791, il était devenu inspecteur des hôpitaux civils et des maisons de force, en remplacement de Colombier, qui l'avait fait nommer son adjoint.

(1) Suite.— Voir les numéros des 1er, 8, 15, 22 Juillet, 5, 19 et 26 Août 1856.

Plein d'égards, de complaisance, de sollicitude pour ses confrères, il était estimé et aimé de tous. L'intérêt des élèves lui était non moins cher. L'entrée à la bibliothèque et aux cabinets de l'École, le rétablissement de l'École pratique, les prix décernés chaque année, étaient l'œuvre de ce doyen.

Infatigable au travail, d'une vigilance extrême dans toutes les parties de son administration, Thouret inspectait avec le même soin les cliniques de l'École et la bibliothèque, les collections de matière médicale et les laboratoires d'anatomie et de chimie. L'École pratique et les concours pour les prix étaient surtout de sa part l'objet d'une attention particulière.

Désirant faire revivre l'esprit de l'ancienne Société royale de médecine, renversée par la Révolution, il en avait réuni tous les membres restants pour les admettre dans la Société de l'École, nouvelle compagnie à la formation de laquelle il avait puissamment contribué.

Les expériences du comité central de vaccine, fondé par Thouret, et dont faisaient partie Pinel, Leroux, Guillotin, Salmade, Doussin-Dubreuil, etc., commencèrent le 13 prairial. Sans se montrer systématiquement hostile à la découverte de Jenner, ce comité procéda d'abord envers elle avec une réserve voisine de la méfiance. Il semblait que la France, alors en désunion politique avec l'Angleterre, redoutât le présent que lui faisait sa voisine. Néanmoins, comme la science, cosmopolite de sa nature, ne connaît ni douanes ni blocus, il y eut entre les médecins anglais et les médecins français un assaut d'égards, de politesse, de confraternité qui surprit tout le monde. Le docteur Woodville vint lui-même à Paris guider les premiers pas du comité ; et du vaccin fut envoyé régulièrement de Londres dans des fioles remplies d'hydrogène et fermées très soigneusement avec du mercure recouvert d'une vessie.

Quoiqu'il fût encore dans le doute sur la réalité de la découverte, Thouret ne voulut pas laisser à un autre membre du comité l'honneur de pratiquer le premier la vaccine en France. Il inocula le pus de la petite vérole artificielle à neuf enfants, et en même temps il établit à l'École de santé une clinique d'inoculation, où deux professeurs étaient chargés de faire aux élèves des leçons théoriques et pratiques.

Mais tous les médecins français ne procédèrent pas avec autant de calme et d'impartialité. En dépit de l'évidence, plusieurs se constituèrent les défenseurs exaltés de l'ancienne méthode d'inoculation, et l'on en vit même un, Vaume, médecin-adjoint de l'hospice du Roule, conclure, sans examen, au rejet complet de la vaccine (1).

Le fait des combustions humaines était connu depuis longtemps dans la science, mais il n'avait pas attiré d'une manière suffisante l'attention des savants, et personne n'en avait encore fait d'application à la médecine légale, lorsque Pierre-Aimé Lair vint éclairer la justice criminelle qui, ignorant les effets produits par l'abus des liqueurs spiritueuses avait naguère condamné à périr sur l'échafaud un malheureux habitant de Reims faussement accusé d'avoir brûlé sa femme (2).

Dans son intéressant opuscule, Lair, après avoir rassemblé tous les cas de combustion humaine qu'il put trouver parmi les auteurs, les analysait avec soin, les comparait avec ceux qu'il avait observés lui-même, pour en déduire que les combustions dont il s'agit ont exclusivement lieu chez les femmes âgées qui ont contracté l'habitude de l'ivrognerie ; qu'elles sont accidentelles et non pas spontanées ; que, dans ces conditions, les tissus peuvent fort bien s'enflammer au contact de la chaleur, attendu que les expériences faites sur les ivrognes ne permettent pas de mettre et doute que leurs muscles soient imprégnés d'alcool.

CHIRURGIE.

Au commencement du Consulat, il n'y avait pas à Paris beaucoup de chirurgiens capables, je ne dirai pas de faire oublier la grande lumière de la fin du XVIIIme siècle, de relever le sceptre que Desault tenait d'une main si ferme, mais seulement de remplir le vide que sa mort avait causé. Larrey était en Égypte. Percy, Noël, Saucerotte, Thomassin, Lombard entraînés par leurs penchants naturels ou cédant aux nécessités de leur époque, suivaient aussi nos armées sur les champs de batailles. Pelletan, qui occupait la chaire de Desault à l'Hôtel-Dieu, brillait moins par sa pratique que par son érudition et son talent oratoire. Lassus, qui venait de composer un traité de médecine opératoire

(1) *Réflexions sur la nouvelle méthode d'inoculer la petite vérole avec le virus des vaches*. Paris, 1800, broch.

(2) *Essai sur les combustions humaines produites par l'abus des liqueurs alcooliques*. In-12, Paris, 1800.

et qu'on a des conseils à leur donner. C'est dans ces conditions qu'il faut tenir grand compte, pour le pronostic, des circonstances commémoratives, car, il faut le dire, les signes que révèlent la percussion et l'auscultation, tout précieux qu'ils sont, le sont moins ici que la connaissance exacte de la marche de la maladie. Le stéthoscope et le plessimètre, si vous les consultez seuls, vous jetteront dans le doute et le découragement ; les signes anamnésiques, au contraire, s'ils sont bien interprétés, vous pousseront dans les voies d'une thérapeutique souvent efficace.

C'est donc surtout dans la première période de la maladie et aussi dans la seconde que le traitement par le lait chloruré convient et rendra les services qu'il a rendus entre mes mains.

Quand les choses doivent bien se passer, aux premiers signes d'amélioration que j'ai signalés, succèdent la coloration et l'animation de la peau, un retour évident des forces, un sentiment de mieux-être. Les nuits deviennent de plus en plus calmes, la toux de plus en plus rare, la maigreur se dissipe et le malade reprend du teint, de la graisse et des muscles. Déjà, au bout d'un mois de traitement, ces signes de modification favorable sont sensibles, ils le deviennent tous les jours davantage, et le malade, plein d'espoir et de courage, continue avec ardeur le traitement dont il voit les résultats évidents.

Mais le traitement par le lait chloruré doit être accompagné d'un régime général que je dois aussi indiquer.

3° *Régime général.* — La saine pathologie ne permet plus aujourd'hui de considérer la phthisie comme une maladie locale. A cette manière étroite, doit succéder et a succédé, pour les pathologistes les plus avancés, une façon plus large, plus sérieuse et aussi plus utile de l'envisager. La phthisie est une maladie essentiellement générale, une diathèse, une maladie des humeurs, une maladie du sang. Ce n'est pas le poumon qui sécrète des tubercules, c'est le sang qui les dépose dans ces organes d'abord, et ailleurs ensuite, car la belle loi anatomique posée par M. Louis est aussi vraie et aussi générale que peut l'être une loi pathologique qui ne sera jamais qu'un fait très général, susceptible d'exceptions.

On est phthisique avant d'avoir des tubercules, c'est-à-dire que le sang présente déjà cette condition en vertu de laquelle, dans un temps donné, il laissera se déposer sur le poumon cet élément terrible dont les évolutions, si bien étudiées par le microscope et le scalpel, constituent les phases anatomiques de la maladie localisée.

De cette manière de comprendre la maladie résulte une thérapeutique plus en rapport avec sa nature. Ce n'est plus seulement l'élément local, qu'il s'agit de modifier, mais surtout et avant tout l'élément général, c'est-à-dire le sang, dont l'altération vient si fatalement retentir sur le poumon.

Je crois, et j'en dirai plus loin mes motifs, que le chlorure de sodium est un des modificateurs les plus puissants de l'économie que nous connaissions ; mais, avec l'action de ce modificateur, il faut combiner d'autres actions puissantes aussi, telles que l'alimentation, l'habitation et le climat, l'emploi de certains médicaments, de quelques eaux minérales, etc., etc., toutes conditions que je vais passer en revue.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATION DE CALCUL BILIAIRE RETENU DANS L'INTESTIN GRÊLE, OU IL A DÉTERMINÉ DES SYMPTOMES D'ÉTRANGLEMENT INTERNE, QUI ONT RAPIDEMENT CESSÉ A LA SUITE DE LA PALPATION DE L'ABDOMEN ;

Lue à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur MARROTTE, médecin de la Pitié.

Les observations dans lesquelles une grosse pierre biliaire s'est arrêtée dans l'intestin grêle et y a déterminé des accidents d'étranglement, sont peu nombreuses. M. Faucomeau-Dufresne, à qui la science doit des recherches si patientes et si utiles sur les affections du foie et sur l'affection calculeuse en particulier, n'en a pu rassembler que 5, dues à MM. Mayo, Monod, Renaut et Reignier, Broussais et Puyroyer. Sous ce rapport, le fait que je vais vous raconter, méritait d'être enregistré à côté des précédents. Mais il a d'autres titres à votre intérêt que sa rareté : des cinq observations relatées par notre savant confrère, une seule, celle du docteur Mayo, a été suivie de guérison. Par une heureuse exception, ma malade a guéri comme celle du docteur Mayo ; comme elle, elle a vu les accidents cesser après une exploration attentive de l'abdomen ; comme elle, enfin, elle dit avoir senti, après cet examen, quelque chose qui se déplaçait dans le ventre. Mon observation se recommande encore par la ressemblance de ses symptômes les plus importants avec ceux des observations analogues.

Mme V... est âgée de 60 et quelques années ; de petite taille et très obèse. L'obésité est surtout prononcée à l'abdomen, qui est énorme ; ce qui lui rend difficile toute marche un peu longue. Quoique le volume du ventre et l'épaisseur de la paroi abdominale, en particulier, eussent diminué sous l'influence d'une affection antérieure, au moment où la malade a ressenti les premiers symptômes importants du côté des voies biliaires et surtout au moment où elle a été si cruellement éprouvée par les accidents d'étranglement interne, l'exploration la plus attentive des viscères n'a jamais pu me donner les sensations nettes et précises qu'elle fournit dans des conditions moins défavorables.

Mme V... est souvent tourmentée par une ophthalmie, à retours lents ou soudains, reliquat d'un eczéma de la figure, qu'elle a eu il y a longues années. Depuis plus de vingt ans, elle est affectée d'un emphysème occupant à peu près exclusivement le poumon gauche, et il ne se passe pas d'hiver qu'elle ne soit obligée de garder la chambre et même le lit plusieurs semaines, retenue par un catarrhe pulmonaire plus ou moins aigu, accompagné d'une dyspnée asthmatique et d'une fièvre à marche continue rémittente, que le sulfate de quinine a quelquefois combattu utilement. Je n'ai pas trouvé dans le régime de la malade l'explication du développement des calculs biliaires. Mme V... est sobre et a toujours fait un usage modéré de viande.

Jamais elle n'a eu d'ictère ; jamais depuis cinq ans que je lui donne des soins, je n'ai observé chez elle la moindre teinte jaune des sclérotiques, qu'elle fut bien portante ou malade. Le seul symptôme qui m'ait frappé, c'est la rareté extrême des urines, leur coloration rouge, puis bientôt la précipitation abondante des sels, toutes les fois que la malade était prise de sa fièvre catarrhale. La dyspnée asphyxique qui accompagnait cette maladie m'avait fait toujours supposer qu'elle avait comme satellite une congestion du foie. Mais l'apparition constante du phénomène pendant la fièvre catarrhale, lui était toute valeur au point de vue du diagnostic des calculs biliaires.

La seule circonstance commémorative qui eût pu fixer mon attention de ce côté, mais qui ne me fut révélée qu'après coup, était l'existence d'une douleur subite que Mme V... appelait sa colique, et qui la prenait à des intervalles très éloignés depuis une dizaine d'années, tantôt au commencement, tantôt au milieu ou à la fin du repas ; douleur passagère et qui n'avait jamais déterminé ni nausées ni vomissements.

L'année dernière, dans le mois d'avril et au moment où la malade était convalescente de sa fièvre catarrhale, elle fut prise tout à coup de douleurs suraiguës et exacerbantes dans la région de la vésicule. Cette région était tendue, rénitente, douloureuse au moindre contact ; on n'en pouvait pincer la peau sans provoquer des cris ; il y existait une hyperesthésie tout à fait névralgique. Pendant les accès, les élancements se propageaient à tout l'abdomen ; mais ils avaient toujours la région de la vésicule pour point de départ. Il n'existait ni nausées ni vomissements, mais l'estomac se révoltait contre les boissons. Les urines et la sclérotique n'étaient pas altérées dans leur couleur. L'épaisseur des parois abdominales, la sensibilité névralgique des téguments, ne permettaient pas d'avoir des notions précises sur l'état des parties profondes ; aussi mon diagnostic conserva-t-il quelque incertitude, quoique j'eusse soupçonné dès lors l'existence des calculs biliaires. Des applications de chloroforme à l'extérieur, un peu d'opium à l'intérieur, avaient paru enlever les douleurs en quelques heures ; mais le lendemain, elles reparurent, durèrent une partie de la journée, plus rares et plus faibles, puis cessèrent complétement au bout de vingt-quatre heures, et la malade recouvra sa santé habituelle.

Cette année, elle avait passé la première partie de l'hiver sans encombre, grâce à la précaution qu'elle avait prise de garder l'appartement, sur ma recommandation expresse ; mais sous l'influence du froid très vif et des variations de température qui régnaient à cette époque, elle fut prise de fièvre catarrhale le 6 février, et fut contrainte de garder le lit jusqu'à la fin du mois. Les symptômes pulmonaires avaient diminué ; la fièvre avait cessé ; les urines ne déposaient plus et avaient à peu près repris leur teinte naturelle ; mais la malade ne recouvrait pas l'appétit ; la bouche restait pâteuse, et la présence des aliments provoquait un état nauséeux.

Ces accidents persistèrent avec des alternatives de bien et de mal jusqu'au 12 mars, époque à laquelle la malade ressentit des troubles plus prononcés vers la vésicule du fiel. Les douleurs y étaient vives, elles augmentaient par la pression ; mais elles étaient moins exacerbantes, et s'irradiaient moins loin que la première fois. La diminution de l'embonpoint qui était assez notable, rendait plus évidente la tension de l'hypochondre droit. La palpation donnait la sensation d'une rénitence assez étendue, mais profonde, et qui semblait assez brusquement circonscrite. En même temps, la fièvre s'était réveillée et s'accompagnait de chaleur sèche de la peau, de petitesse et de fréquence du pouls ; il y avait tous les soirs des paroxysmes qui se terminaient quelquefois le matin par de la moiteur ; les urines avaient repris leur rareté et leurs dépôts habituels. Considérés dans leur ensemble, ces phénomènes ne suivirent pas une marche exactement régulière ; il y eut, suivant les jours, des exacerbations et des améliorations alternatives ; mais ce fut le 8 mars qu'ils acquirent leur summum. A partir de ce moment, il y eut une amélioration notable. Le 3 avril, le mouvement fébrile avait cessé, ainsi que la tension de l'hypochondre, et il ne restait plus qu'un peu de sensibilité à la palpation.

Pendant tout le temps qu'avaient duré les accidents aigus, il y avait eu de la constipation ; je n'avais obtenu des selles qu'à l'aide d'un verre ou deux d'eau de Pullna ; mais jamais ces évacuations artificielles n'avaient présenté d'indice de concrétions biliaires. Malgré cette amélioration notable, la malade ne se sentait pas remise ; elle conservait dans la bouche une saveur amère qui lui inspirait du dégoût pour les aliments. Ceux qu'elle ingérait provoquaient des nausées ; elle avait une soif aussi vive que pendant la durée de la fièvre, tout cela avec des alternatives de mieux et de pis, et en dépit du vin de rhubarbe, des eaux gazeuses ou alcalines. Les garde-robes, si régulières en bonne santé, devaient toujours être sollicitées par des lavements ou de l'eau de Pullna.

Le 2 juin, la malade paraissait un peu améliorée par le séjour à la campagne, lorsqu'elle fut prise, vers midi, de coliques d'abord légères et éloignées, puis intenses et rapprochées. A six heures du soir, elle arrivait à Paris en proie aux accidents les plus sérieux.

Suivant elle, les douleurs étaient aussi vives que l'année précédente ; elles avaient aussi des exacerbations assez violentes pour arracher des cris ; mais un examen attentif me convainquit bientôt que leur nature et

---

dans le but de rappeler au public la fin de son émigration en Italie avec les tantes de Louis XVI, cherchait en vain à tirer son nom de l'oubli où il se trouvait plongé. L'ancien adjoint de Desault et l'adjoint actuel de Pelletan, Giraud, était trop exclusivement opérateur ; Lallement plus occupé de belles-lettres que de son art, Deschamps trop modeste ou pas assez ambitieux pour conquérir une grande renommée. Le vieux Sabatier et deux autres hommes, jeunes encore, Alexis Boyer et Antoine Dubois, se partageaint à eux seuls l'empire de la chirurgie.

Malgré ses 68 ans, Sabatier ne songeait nullement à la retraite. Dans la pratique de son art, comme dans le travail du cabinet, il montrait toujours beaucoup de zèle. Membre de l'Institut, professeur à l'École de santé et chirurgien en chef de l'hôtel des Invalides, il trouvait encore le temps d'écrire des mémoires et de faire des rapports à l'Institut.

Remarié depuis deux ans avec une jeune femme, c'était un beau vieillard, à l'air calme et noble, à la démarche grave, qui n'avait presque rien perdu de la vivacité de ses yeux trop dominés par la saillie des sourcils. En professant, il s'énonçait avec trop de volubilité ; et sa voix, d'un timbre désagréable, n'était point assez sonore. Parlant très purement et très facilement l'Anglais et l'Italien, il avait à ses leçons beaucoup d'élèves étrangers qu'il savait adroitement flatter dans leur amour-propre national. Malgré son abord réservé et sa politesse un peu étudiée, il ne déplaisait point à ses confrères, pour lesquels il avait beaucoup de condescendance et qu'il désarmait par sa modestie.

Sabatier était compris parmi ceux des chirurgiens qui ne faisaient pas exclusivement consister leur art dans le talent d'opérer, qui reléguaient au second plan l'adresse de la main, et qui croyaient que la chirurgie s'honore et se distingue davantage en évitant, par de savantes ressources, les nécessités d'une opération, qu'en la pratiquant même avec la plus complète dextérité.

Sous le titre de : *Nouveau moyen de suppléer à l'amputation du bras dans l'article*, il lisait devant l'Institut, le 16 frimaire, un mémoire dans lequel il proposait de conserver le membre dans les articulations affectées de carie et dévastées par une longue suppuration. Soit affaiblissement de sa mémoire, soit défaut de bienveillance envers l'élève et l'ami d'un maître auquel il ne rendit jamais complétement justice, Sabatier rapportait, dans son travail, l'observation très équivoque d'un chirurgien de Pézénas, qui prétendait avoir vu sortir, par un ulcère fistuleux pénétrant dans l'articulation scapulo-humérale, la tête cariée et isolée de l'os du bras ; il relatait aussi le fait de Vigaroux, désavoué depuis par ce chirurgien, dans lequel il était question de la résection de cette tête encore attachée à l'humérus, et il passait sous silence un des cas les plus connus et les mieux constatés de la chirurgie, celui de Percy, qui avait présenté, en 1789, à l'Académie de chirurgie, non seulement le sujet guéri sans amputation, mais encore la tête même de l'humérus gauche.

Il mettait au nombre des observations qui l'avaient enhardi à proposer et à pratiquer cette nouvelle méthode, le fait d'un officier qui, après la bataille de Fontenoy, n'ayant pas consenti à ce qu'on lui amputât le bras dans l'articulation brisée par un assez gros projectile, avait été guéri au moyen de larges incisions et de l'extraction des esquilles, et il ne citait même pas le nom du célèbre chirurgien de l'armée de la Moselle qui, dès l'année 1795, lui avait fait le récit de plusieurs résections de ce genre, tentées par lui avec le plus grand succès, et qui lui avait même présenté des militaires de divers grades, dans le but de le convaincre que les blessés chez lesquels on sauve le bras en opérant l'extraction de la tête de l'humérus et en vidant l'articulation scapulo-humérale de tous les fragments osseux et les débris produits par les coups de feu, offrent à la place de la tête de l'os qui ne se régénère pas, une sorte d'union fibro-cartilagineuse qui suspend le bras sans presque le raccourcir.

Dans son rapport à l'Institut sur la pupille artificielle, Sabatier était plus juste envers Demours qui venait d'enrichir la chirurgie oculaire d'une opération très hardie et très curieuse.

Demours était né à Paris en 1762. Il avait eu pour père Pierre Demours, docteur en médecine, oculiste célèbre, membre de l'Académie des sciences, qui lui avait fait obtenir la survivance de sa place d'oculiste de la cour. Connu par un enseignement particulier et surtout par l'intéressant mémoire sur les filaments voltigeants, lu en 1788 devant l'Académie des sciences, Demours avait acquis en peu d'années une réputation européenne dont il profitait pour rétablir sa fortune détruite par la Révolution.

L'opération de la pupille artificielle, pratiquée d'après le procédé de Demours, réalisait en oculistique un progrès considérable. Ce procédé agrandissait le domaine de la chirurgie, en ce sens qu'avant cet auteur, personne n'avait songé à ouvrir une pupille artificielle dans un point de l'iris aussi voisin de la sclérotique ; et il l'emportait sur celui de Chéselden par sa précision plus grande et son emploi dans des cas où ce dernier n'était pas applicable. Enfin, même en ne réussissant pas, le procédé de Demours avait sur celui de Chéselden l'avantage de ne point aggraver l'infirmité, puisqu'il la laissait dans l'état où elle se trouvait avant l'opération.

Les deux chirurgiens qui ne faisaient que d'arriver à la renommée, tandis que Sabatier finissait la sienne, Alexis Boyer et Antoine Dubois étaient professeurs aussi à l'École de santé. L'un enseignait la clinique externe à l'hôpital de la Charité, et l'autre, indépendamment de son cours officiel d'anatomie à l'École pratique, faisait des leçons de médecine opératoire et d'accouchements, en qualité de professeur particulier.

Boyer, qui n'avait pas autant de popularité que Dubois parmi les élèves, était plus jeune de quatre ans. Il était né dans le Limousin, en 1760. Fils de parents presque pauvres, il était venu d'Uzerches à Paris sans aucune recommandation, ayant à peine 17 ans, pour y étudier la chirurgie. Lauréat de l'École pratique du Collége de chirurgie en 1781, il avait obtenu au concours, en 1782, une place d'élève interne à l'hôpital de la Charité, desservi alors par des moines séculiers, dont plusieurs pratiquaient la médecine opératoire avec l'assistance d'un chirurgien en chef ou celle d'un chirurgien-adjoint désigné sous le nom de gagnant-maîtrise. Là, il s'était d'abord formé sous les yeux du père Potentien, moine charitain qui avait une grande habitude de l'opération de la fistule à l'anus. Puis, il s'était attaché à Desault, alors chirurgien en chef de cet hôpital, qui devint son principal maître, et dont il suivait les leçons avec un autre élève, depuis transfuge de la chirurgie au grand avantage de la scène française. C'était le temps où le tragédien Talma, avant de revêtir au théâtre la toge de Cinna ou de Manlius, débitait des vers et se drapait déjà en Romain pour inspirer du courage aux malades pusillanimes.

(La suite à un prochain numéro.)

M. le docteur Calvo, par un acte récent, vient d'être nommé médecin titulaire de la Conciergerie.

leur siége avaient changé. Le point de départ n'en était plus dans l'hypocondre droit, mais dans l'intervalle qui sépare l'ombilic de l'appendice xyphoïde. Elles prenaient naissance au-dessus de l'ombilic et remontaient vers l'épigastre où elles aboutissaient en déterminant des nausées et parfois des vomissements. La région correspondante était distendue et douloureuse à la pression, mais la peau elle-même n'était le siége d'aucun excès de sensibilité. Il y avait en même temps une sonoréité très prononcée. L'hypochondre droit était, au contraire, complétement intact. Point de sensibilité; point de tumeur rénitente; le foie débordait très peu les côtes et ne paraissait pas avoir un volume exagéré. Dans les flancs et dans la région sous-ombilicale, la paroi abdominale, affaissée par son poids, s'étalait en débordant les crêtes iliaques et rendait plus sensible la tuméfaction diffuse de la région épigastrique. Il n'y avait pas de chaleur à la peau; mais le pouls était petit, serré, la soif vive, la malade était tourmentée par un état nauséeux continuel, et il y avait eu des vomissements qui ne se composaient encore que de matières mucoso-bilieuses et des liquides ingérés.

Les accidents parurent se calmer sous l'influence de la glace, du sirop de morphine, pris par cuillerées à café toutes les demi-heures, et d'un liniment chloroformé. La malade eut une assez bonne nuit. Mais le lendemain matin, 3 juin, les vomissements revinrent plus nombreux et plus abondants. Ils avaient une coloration jaune-verdâtre qui différait déjà de celle de la bile; la malade se plaignait du goût désagréable qu'ils laissaient dans sa bouche, et je fus frappé moi-même de leur odeur qui rappelait déjà celle des matières contenues dans le jéjunum. La glace, la morphine, dont la malade avait interrompu l'usage, furent repris à doses plus élevées, et j'y joignis l'usage d'un lavement purgatif destiné à débarrasser le gros intestin qui m'avait paru contenir des matières endurcies. Les accidents furent calmés de nouveau, mais pas aussi complétement que la veille; il y eut, dans la journée et dans la soirée, plusieurs vomissements, où l'aspect et l'odeur des matières intestinales ne pouvaient être méconnus. Le lavement purgatif n'ayant produit qu'un résultat insignifiant, j'en prescrivis un second, et continuai le sirop de morphine et la glace.

La nuit fut mauvaise; Mme V... n'avait pas été soulagée par l'émission de quelques matières fécales endurcies. Les vomissements s'étaient répétés d'une façon alarmante; et le 4 juin, au matin, je trouvai le visage grippé, le pouls plus petit et plus serré. C'est alors que je procédai à un examen plus attentif et plus prolongé que la veille, pour rechercher si je n'avais pas méconnu quelque cause d'étranglement autre que celle que je soupçonnais. L'hypochondre droit et la région épigastrique furent surtout l'objet d'une exploration attentive et méthodique. Cette exploration avait été d'abord pénible pour la malade; mais vers la fin, et pendant que je palpais la région épigastrique, elle me dit qu'il lui semblait que j'avais déplacé la cause de son mal et qu'elle y éprouvait moins de douleur et d'angoisse.

Je ne tins pas grand compte, je l'avoue, de ce dire, et je partis, après avoir conseillé de continuer la glace, le liniment chloroformé, et l'administration d'un nouveau lavement purgatif, et après avoir fait connaître à la famille toute la gravité de la situation.

Je fus donc agréablement surpris d'apprendre, en revenant au milieu de la journée, qu'après mon départ les nausées et les vomissements avaient cessé sans retour, que toute douleur avait disparu et qu'il y avait eu deux garde-robes semi-liquides; la dernière, rendue une heure avant mon arrivée, contenait, me dit-on, un gros bouchon de matière dure, qui avait fait du bruit en tombant dans le vase, et qui devait être la cause de tous les accidents.

Dès qu'il me fut montré, je reconnus facilement un calcul biliaire. Il était de couleur noirâtre, ayant la forme et le volume d'un cerneau; sa légèreté contrastait avec son volume. Lorsque je voulus le diviser, les couches superficielles se brisèrent en plusieurs morceaux, et laissèrent à nu un noyau d'un blanc jaunâtre, gros comme une amande de noisette, qui donna à la coupe une surface rayonnée et d'apparence cristalline. Mon bon ami Grassi, pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu, qui a bien voulu analyser ce calcul, a trouvé le noyau composé de cholestérine à peu près pure. Cette substance entrait également en grande proportion dans la couche corticale, où elle était mêlée à de la matière colorante. Quelques calculs, gros comme des lentilles ou des grains de raisins, de couleur noirâtre et sans noyaux distincts, ont été recueillis dans les selles les deux ou trois jours suivants. Depuis lors, un examen journalier n'en a plus découvert.

Arrivée à ce point, mon observation perd son principal intérêt; aussi n'entrerai-je pas dans de plus longs détails sur les incidents et sur le traitement de la convalescence. Je vous demanderai seulement la permission d'en résumer en quelques mots les circonstances les plus importantes.

Considérée dans son ensemble, la maladie dont vous venez d'entendre l'histoire a présenté trois phases distinctes. Pendant la première qui a été fort longue, l'affection calculeuse du foie n'a manifesté sa présence que par des douleurs revenant à de grands intervalles, de courte durée et assez légères pour ne pas fixer l'attention de la malade. Elles étaient habituellement provoquées par l'ingestion des aliments. C'est en 1855 seulement que s'est manifesté le premier accès violent; encore n'était-il pas très caractéristique de l'existence des calculs, puisqu'il s'accompagnait d'irradiations évidemment névralgiques sur la peau du ventre et qu'il n'a pas été suivi de coloration jaune, non seulement de la peau, mais des conjonctives et des urines.

La seconde phase est caractérisée par le développement d'accidents aigus survenus dans l'hypochondre droit, comme les précédents; mais qui en différaient par la nature des douleurs, par leur durée, par la tension de la vésicule et par l'existence de la fièvre. Cette phase doit correspondre à une inflammation ulcérative de la vésicule, qui a établi une communication entre elle et le duodénum, et a permis le passage de calculs volumineux qui avaient tenté en vain de se frayer une sortie par les voies habituelles. La composition du calcul me paraît confirmer cette manière de voir; puisqu'il était entièrement composé des matériaux de la bile.

Enfin, et c'est ici que commence la troisième phase, les accidents d'étranglement n'ont été séparés des phénomènes d'inflammation que par un intervalle de quelques semaines.

Les symptômes déterminés par l'arrêt du calcul dans les intestins grêles sont remarquables par leur similitude avec les symptômes énumérés dans les cinq observations que j'ai rappelées.

Invasion subite des accidents, apparition d'une violente douleur abdominale, qui revient d'abord sous forme de colique chez ma malade; douleur bientôt suivie de vomissements, qui surviennent assez brusquement, et qui sont enrayés, mais non suspendus par la glace et les narcotiques. Les matières vomies, d'abord alimentaires, puis bilieuses, deviennent rapidement verdâtres, d'un jaune-verdâtre, et enfin stercorales.

L'identité est plus complète encore pour les symptômes locaux. Le résumé très exact fait par M. Fauconneau-Dufresne des cinq observations qu'il a rassemblées, rappelle exactement ceux de mon observation : abdomen très douloureux, ballonné à l'épigastre et dans sa partie supérieure, plat et comme empâté dans sa partie inférieure; constipation constante; on sentait des fécès dans le gros intestin.

Mais ce qui constitue le véritable intérêt de mon observation, c'est le déplacement du corps étranger après l'exploration de l'abdomen, comme chez la malade du docteur Mayo, déplacement qui s'est accompagné dans les deux cas d'une sensation semblable. C'est enfin le rapprochement à établir entre ces deux faits et qui conduirait à pratiquer, dans un but thérapeutique, une manœuvre qui n'avait pour but que d'arriver au diagnostic. Si pareil cas se représentait, ne serait-il pas rationnel, non pas seulement de palper le ventre, mais de le malaxer, en quelque sorte, avec précaution, afin d'obtenir un résultat bien désirable, puisque tous les moyens rationnels ont échoué quatre fois sur six.

SYPHILIOGRAPHIE.

DE LA DURÉE DE L'INCUBATION DE LA SYPHYLIS SECONDAIRE;

Par le professeur Sigmund, de Vienne.

Quoique la plupart des observations par le savant professeur de Vienne ne soient que des confirmations de celles que nous devons à M. Ricord, nous n'hésitons pas à les communiquer avec quelques détails. Il est des vérités que l'on ne saurait trop répéter.

Généralement on est d'accord à fixer le terme le plus rapproché de l'invasion des accidents secondaires, à six semaines à peu près après la naissance du chancre. Il n'en est plus de même pour le terme le plus éloigné, et ce point serait peut-être plus important que le premier. Les causes principales de ces divergences résident dans l'examen incomplet des malades et dans de faux calculs; en second lieu dans la différence des définitions des accidents secondaires; enfin, quelquefois, dans la difficulté de reconnaître ces accidents.

Quant à l'examen incomplet des malades, on peut se convaincre journellement que des taches sur la peau, des engorgements de ganglions, de l'hypérémie et des excoriations superficielles de la muqueuse de l'arrière-gorge passent tout à fait inaperçus, ou sont autrement expliqués. En général, les malades ne s'en plaignent pas et les attribuent à une foule d'autres causes; l'examen de la peau et de la région vulvo-anale est difficile à obtenir chez les femmes; la plupart des médecins négligent la recherche des ganglions, si le malade ne s'en plaint pas, et ce sont principalement les ganglions indolores ou presque pas douloureux, durs, s'agrandissant lentement, qui sont plus caractéristiques; très souvent on néglige d'examiner le chancre s'il est guéri, quoique l'état de la cicatrice puisse donner des indications précieuses. Il résulte de tout cela, que l'on ne peut attribuer la moindre valeur aux dires du malade et qu'il faut s'en tenir à un examen rigoureux. Bien plus, les renseignements et les assertions des collègues, quand ils s'écartent de la règle ordinaire, ne doivent être acceptés qu'avec défiance, et sont à rejeter tout à fait, quand ils ne résultent pas d'une observation journalière, exacte et minutieuse du malade.

Le diagnostic des accidents secondaires est le même chez tous les spécialistes; mais les médecins qui ne s'occupent pas beaucoup de la syphilis en ont des idées variables et souvent fausses. Les premiers symptômes d'infection générale sont d'abord l'induration du chancre, puis l'engorgement dur, indolore des ganglions du voisinage immédiat de l'ulcère et puis de la plupart des ganglions sensibles aux doigts. Bientôt après surviennent les papules des muqueuses et de la peau, les taches de la peau et la rougeur circonscrite, la tuméfaction et enfin l'ulcération superficielle de la muqueuse de l'arrière-gorge et des amygdales. Ces phénomènes se développent dans cette succession assez constante, dans l'espace de trois mois. Voici un tableau dressé sur 293 cas, choisis parmi 1,473 malades chez lesquels on a observé spécialement ce temps d'incubation. Ce sont les cas où il n'y a eu qu'un seul coït, ou bien où un long intervalle s'est écoulé entre l'avant-dernier coït et le coït infectant, cas où l'ulcère existait encore avec ses caractères et où, enfin, aucun traitement de quelqu'influence n'avait été entrepris. Dans ces 293 cas, on a trouvé :

Les ganglions malades	293 fois.
Le chancre induré	261
La muqueuse buccale malade	248
Des taches de la peau	204
Des papules, pustules, plaques muqueuses	134

Ces formes se sont combinées dans les proportions suivantes :

1° Toutes réunies	103 fois.
2° Ganglions, chancre induré, taches, muqueuse buccale, papules, pustules et plaques	109
3° Ganglions, chancre induré, taches, muqueuse buccale	187
4° Ganglions, chancre induré, taches	191
5° Ganglions, chancre induré	261
6° Ganglions	293

L'engorgement ganglionnaire s'est fait

Dans la	4,	5,	6,	7,	8,	9,	10,	11,	12e	semaine,
	31,	44,	56,	74,	66,	20,	13,	9,	0	fois.

Les taches se sont manifestées

Dans la	6,	7,	8,	9,	10,	11,	12e	semaine,		
	2,	41,	68,	45,	22,	11,	2	fois.		

Les papules, pustules et plaques

Dans la	7,	8,	9,	10,	11,	12e	semaine,			
	3,	10,	11,	24,	27,	31	fois.			

La muqueuse de l'arrière-gorge était malade

Dans la	7,	8,	9,	10,	11,	12e	semaine,			
	7,	22,	34,	41,	41,	42	fois.			

Le chancre s'est induré

Au	9,	10,	14,	17,	19,	21e	jour,			
	71,	84,	76,	15,	12,	3	fois.			

L'affection secondaire peut se faire, quoique rarement, sans se manifester par les symptômes ordinaires tranchés. Ce sont des cas où la diagnostic n'est possible que quand on a connu les personnes au moins immédiatement avant leur maladie. Les symptômes qui se rapportent à cet état sont les suivants : peau pâle, jaunâtre, brunâtre, sèche, flétrie, rude, ayant perdu son élasticité; diminution de la dureté, de l'élasticité, de l'énergie des muscles; toute la nutrition souffre; souvent amaigrissement rapide; troubles divers de la digestion; douleurs dans plusieurs parties, le plus souvent dans la tête, la nuque, les articulations, les muscles, etc.; sommeil troublé; faiblesse; moral affecté; parfois mouvements fébriles. Tous ces phénomènes peuvent certainement avoir leur point de départ dans d'autres causes, mais c'est au médecin instruit à résoudre ce problème difficile. Un des signes qui accompagne presque constamment cet état, est l'altération générale des ganglions, quoique moins marquée qu'à l'ordinaire. Ces cas méconnus et suivis plus tard de phénomènes secondaires ou tertiaires évidents, sont également une des causes qui font admettre la longue incubation de la syphilis.

M. Sigmund la nie et ne demande qu'un seul cas évident et bien observé pour revenir de son opinion qu'il formule de la manière suivante : Lorsque, dans les trois mois qui suivent le début d'un chancre, le chancre lui-même étant guéri, il ne survient pas d'induration de l'ulcère; pas d'affection des ganglions, de la peau, de la muqueuse buccale, des parties génitales, de l'anus, ni l'état général précédemment décrit, on peut se croire à l'abri d'accidents ultérieurs, pourvu qu'il ne survienne aucune nouvelle infection dans l'intervalle. — (*Wiener med. Wochenschr.*, 1856, n° 18.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 9 Juillet 1856. — Présidence de M. Guérard.

Sommaire. — Mémoire *sur les lésions valvulaires des cavités droites du cœur*, par M. Ch. Bernard. — Rapport de M. Hérard sur le *Précis des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*, par M. Forget, de Strasbourg. — Observation de *calcul biliaire*, par M. Marrotte. Discussion : MM. Bouvier, Moutard-Martin, Legroux, Béhier.

M. Ch. Bernard lit un mémoire *sur les lésions valvulaires des cavités droites du cœur, à propos d'un cas de rétrécissement siégeant dans le ventricule droit*, et dont voici les traits principaux : La femme qui fait l'objet de cette observation, était âgée de 57 ans, avait eu vingt ans auparavant un rhumatisme articulaire, avec endocardite, et depuis cette époque seulement souffrait de troubles circulatoires. De l'ensemble des symptômes généraux et locaux, on crut pouvoir diagnostiquer une affection organique du cœur gauche. Rien ne permettait de soupçonner l'existence de la lésion qu'est venu révéler l'autopsie, et qui consistait en un rétrécissement fibreux, siégeant dans le ventricule droit, à 1 centimètre de l'orifice pulmonaire. Les autres parties du cœur étaient parfaitement saines, à cela près d'une hypertrophie générale.

M. Ch. Bernard n'a trouvé dans la science qu'un cas analogue au sien, et ses recherches l'ont amené à conclure que les lésions valvulaires de l'orifice pulmonaire congénitales ou développées à l'époque de la naissance, quand il existait une communication anormale entre les cavités droites et les cavités gauches, se montraient aussi fréquemment que se produisent rarement les lésions valvulaires des cavités droites acquises dans le courant de la vie (1).

— M. Hérard fait le rapport verbal suivant :

Messieurs,

J'ai à vous rendre compte d'un ouvrage que vous a adressé M. le professeur Forget, et qui est intitulé : *Précis théorique et pratique des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang*. Pour remplir ce vaste cadre, M. Forget a divisé son sujet en quatre parties :

La première partie est consacrée à la pathologie générale du cœur.

L'auteur, après une courte esquisse anatomo-physiologique, étudie d'une manière générale l'étiologie des affections du cœur, les symptômes organiques, autrement dit l'anatomie pathologique, les symptômes fonctionnels subdivisés en locaux et généraux; les premiers consistant dans la douleur, la voussure précordiale, la matité, les bruits anormaux, etc., et constatés à l'aide de l'inspection, de la palpation, de la percussion, etc.; les seconds observés en dehors du cœur lui-même, et portant sur le système artériel, sur le système veineux, sur le système nerveux. — La marche, la durée, les terminaisons, les complications, le diagnostic différentiel, le pronostic et le traitement des affections du cœur considérées en général, complètent ce premier livre. — Dans le second livre, M. Forget décrit à part toutes les maladies du cœur, depuis les vices congénitaux jusqu'aux névroses de cet organe. — Le livre III est consacré à l'étude des vaisseaux sanguins, et spécialement de l'artérite, des anévrysmes de l'aorte et de la phlébite. — Enfin, dans le livre IV, M. Forget traite des maladies du sang. Considérant le sang comme un organe, il recherche successivement les causes de ses maladies, causes nombreuses; les symptômes tirés des altérations physiques, chimiques, et par addition d'éléments insolites (normaux ou anormaux), la marche, les terminaisons, les complications, le diagnostic, le pronostic et le traitement de ces maladies.

Envisagé d'une manière générale, l'ouvrage de M. le professeur Forget nous a paru remplir le but que s'était proposé l'auteur; c'est un précis, un résumé théorique et pratique de nos connaissances les plus récentes

(1) Voir les *Archives de médecine* du mois d'août 1856.

et les plus positives touchant les affections du cœur, des vaisseaux et du sang. Ce précis se distingue, entre autres qualités, par la clarté et l'élégante concision du style. Ce n'est pas un simple résumé, une compilation sèche des principaux écrits qui traitent de ces maladies; on y remarque des vues originales, des aperçus nouveaux, quelquefois contestables, mais presque toujours ingénieux.

Parmi les idées propres à l'auteur et qui nous ont paru offrir un réel intérêt, nous signalerons spécialement les considérations relatives à la *loi des obstacles*. L'appareil circulatoire, dit M. Forget, peut être figuré comme un tube continu représenté d'avant en arrière par rapport au cœur par le système artériel, l'orifice aortique, le ventricule gauche, l'orifice mitral, l'oreillette gauche, les veines pulmonaires, le parenchyme pulmonaire, l'artère pulmonaire, l'orifice pulmonaire, le ventricule droit, l'orifice tricuspide, l'oreillette droite, le système veineux, et finalement le système capillaire, qui clot le cercle parcouru par le sang. Ce tube est dilatable, élastique, renforcé de couches musculaires constituant la masse du cœur, et parcouru par un courant plus ou moins énergique qui représente une force agissant *à tergo*. Or, qu'un obstacle vienne à se produire dans un point quelconque d'un canal offrant ces conditions, il arrivera que ce canal se dilatera au-dessus de l'obstacle; c'est ce fait bien connu que l'auteur appelle la loi de *rétro-dilatation*. En outre, les points où existe un appareil musculaire tendront à s'hypertrophier en raison du redoublement d'action, et consécutivement de l'excès de nutrition résultant de la présence de l'obstacle situé en avant; d'où une nouvelle loi, la loi d'*hypertrophie en arrière*. Faisant application de ces principes à l'orifice aortique rétréci, nous constaterons, ainsi qu'il vient d'être dit plus haut, d'abord la dilatation, puis l'hypertrophie du ventricule gauche. Sans doute, ces phénomènes peuvent se produire plus ou moins loin de l'obstacle, mais c'est toujours le ventricule gauche qui en ressent le premier les effets. Je ne connais pas, dit M. Forget, un seul fait d'obstacle aortique, ayant produit la dilatation et l'hypertrophie des cavités du cœur, à l'exclusion du ventricule gauche. Supposons maintenant un obstacle à l'orifice auriculo-ventriculaire; d'après les lois précédentes, on notera la dilatation et l'hypertrophie de l'oreillette gauche; mais au ventricule gauche qu'observera-t-on? Ici une nouvelle loi posée par M. Forget, la loi de *coarctation en avant*.

Tout conduit rétractile, comme l'est le tube circulatoire, tend à revenir sur lui-même, alors que disparaît ou diminue la puissance qui le tient dilaté. Cette loi s'applique à toutes les cavités de l'économie, à l'estomac, aux intestins, à la vessie, à la vésicule biliaire, qui diminuent de capacité dès qu'elles cessent de recevoir les matières qui doivent les traverser. Or, dans le cas où il existe un rétrécissement mitral, qui ne laisse passer dans le ventricule gauche qu'une faible quantité de sang, on remarque la diminution, l'effacement de la cavité ventriculaire. C'est là ce que la plupart des auteurs, avec Bertin, ont appelé *hypertrophie concentrique*, expression mauvaise, qui sera avantageusement remplacée par celle de *retrait ventriculaire* proposée par M. Cruveilhier. Ce retrait s'observe: 1° dans les cas d'obstacles aux orifices auriculo-ventriculaires; 2° dans les obstructions pulmonaires; 3° dans les grandes hémorrhagies, comme chez les suppliciés par décollation; 4° chez les individus anémiés par le fait de maladies longues ou de lésions organiques.

Nous avons cru devoir exposer avec quelques détails les idées de M. Forget sur la dilatation et les diverses formes d'hypertrophie du cœur. Aussi bien l'auteur y revient souvent dans son *Précis* comme sur un sujet de prédilection, et quoiqu'on les trouve en germe dans plusieurs ouvrages, dans Sénac même, on peut dire que M. Forget les a rendues siennes par les nombreux et intéressants développements qu'il leur a consacrés.

Nous mentionnerons encore, sans nous y arrêter, des considérations pratiques sur les circonstances qui peuvent faire manquer les bruits de souffle liés aux altérations valvulaires.

Nous avons remarqué cette idée qui nous paraît vraie: de toutes les causes des bruits de souffle, la plus positive est l'altération de texture des orifices valvulaires, d'où résultent le plus souvent le rétrécissement et l'insuffisance. Nous sommes disposé à croire, avec M. Forget, que l'on a attribué au rétrécissement et à l'insuffisance la production des bruits qui doivent être rapportés aux lésions valvulaires seules. Pour en avoir une démonstration, il faut savoir ce qui se passe dans les rétrécissements et les insuffisances simples. Eh bien, dans l'insuffisance de la valvule tricuspide, cette lésion si commune dans les dilatations passives du cœur droit, le souffle manque toujours. M. Forget cite de plus un cas de rétrécissement congénital de l'orifice aortique, sans altération de texture, dans lequel le bruit de souffle faisait totalement défaut. Hâtons-nous d'ajouter néanmoins que cette distinction n'a pas grande importance dans la pratique, attendu qu'il est infiniment rare que les rétrécissements et les insuffisances du cœur gauche ne soient pas liées aux altérations valvulaires, et qu'ainsi on a pu rapporter à la lésion consécutive ce qui revient plus justement à la lésion primitive.

A côté des points nombreux sur lesquels nous avons été heureux de nous trouver d'accord avec M. Forget, il en est quelques autres sur lesquels nous ne pouvons partager son opinion, et nous devons maintenant vous en présenter l'examen critique.

Un de ces points est relatif au rhythme des mouvements du cœur. L'acte circulatoire, dit M. Forget, se divise en deux temps: le premier, qui est marqué par la contraction des ventricules et la dilatation des oreillettes (systole); le second, pendant lequel les ventricules se dilatent et les oreillettes se contractent. Je dis que cette manière de considérer le rhythme des battements du cœur ne nous paraît nullement acceptable dans l'état actuel de la science. C'est un fait aujourd'hui démontré et généralement admis, que la contraction vasculaire n'alterne pas avec la contraction ventriculaire de la façon indiquée par M. Forget. La systole auriculaire précède la systole ventriculaire d'un intervalle tellement court, que l'on peut dire qu'elles s'effectuent en même temps au premier temps. La pathologie le prouve en nous enseignant que les rétrécissements de l'orifice mitral (sans insuffisance de la valvule mitrale) produisent un bruit de souffle au premier temps. La physiologie nous en fournit également des preuves; et pour n'en citer qu'un, je rappellerai le fait du sieur Graux, examiné par M. Forget et par une commission nommée parmi les membres de la Société des hôpitaux. Pour M. Forget, comme pour les membres de la commission, la tumeur était bien formée par l'oreillette. Eh bien, à peine l'oreillette s'était-elle contractée, que la pulsation était perçue à l'artère radiale. C'est un point sur lequel tous es auteurs sont aujourd'hui d'accord. M. Beau a eu l'honneur de rappeler les modernes à l'opinion oubliée des anciens, et j'ai peine à m'expliquer comment M. Forget (*Gazette des hôpitaux* du 17 février 1855) a pu prétendre que l'opinion qu'il soutient est celle d'Harvey. Tout au contraire, Harvey, pour prouver la presque simultanéité de la systole auriculaire et de la systole ventriculaire, s'est servi de la comparaison de la détonation d'une arme à feu, et encore du transport rapide du bol alimentaire de l'isthme du gosier dans l'œsophage. Le rhythme des mouvements du cœur est donc le suivant. *Premier temps*: Contraction de l'oreillette, passage du sang de l'oreillette dans le ventricule, dilatation du ventricule, contraction du ventricule, passage du sang dans l'aorte. *Deuxième temps*: Abaissement des valvules sygmoïdes par l'ondée rétrograde; et en même temps afflux du sang dans l'oreillette et dans le ventricule relâché.

Un autre reproche que nous adresserons à M. Forget, c'est d'avoir établi le diagnostic des lésions valvulaires sur des bases incertaines, et d'avoir au contraire déprécié des signes auxquels on accorde généralement une grande valeur. Pour notre honorable confrère, tout se borne à constater l'existence ou la non existence de la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche, et, d'après les lois indiquées plus haut, c'est connaître s'il y a lésion de l'orifice aortique ou lésion de l'orifice mitral. Malheureusement, dans la pratique, la chose n'est pas aussi simple qu'en théorie. En effet, d'après M. Forget, les signes de la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche sont: 1° l'étendue de la matité; 2° la voussure précordiale; 3° la force d'impulsion du cœur hypertrophié; 4° la force, la dureté, la vibrance du pouls. Mais, ainsi que M. Forget le reconnaît lui-même, ces signes font défaut: 1° au début des lésions valvulaires, avant que la dilatation et l'hypertrophie ne soient établies; 2° dans les cas où la dilatation étant portée trop loin, le cœur a perdu de son ressort, de manière à ne plus produire l'impulsion forte et la dureté du pouls; 3° dans certains cas où le cœur étant situé profondément et recouvert par d'épaisses lames du poumon, se développe sans produire beaucoup de matité, ni de voussure précordiale appréciable. J'ajoute que la dilatation et l'hypertrophie pourraient porter exclusivement sur le cœur droit, d'où résulteraient la matité, la voussure, et conséquemment une cause d'erreur. De plus, dans la manière de voir de M. Forget, on ne sépare pas le rétrécissement de l'insuffisance aortique, et quoique l'auteur pense que c'est une distinction de pure curiosité, on n'ignore pas que le traitement de ces deux affections n'est pas le même. Les signes invoqués par M. Forget pour le diagnostic des lésions aortiques, nous paraissent donc devoir être rejetés à cause de leur infidélité.

Voyons maintenant pour l'orifice mitral. Les signes sont d'après l'auteur: 1° la matité produite par la dilatation des trois cavités du cœur, autres que celle du ventricule gauche; 2° le défaut de voussure précordiale, voussure qui n'accompagne guère que la dilatation avec hypertrophie du ventricule gauche; 3° le peu de force d'impulsion du cœur, le ventricule gauche n'étant pas augmenté d'épaisseur et d'énergie; 4° la petitesse du pouls, mais sans la dureté, la vibrance qui impliquent l'excès de puissance du ventricule gauche. Eh bien, je dis que ces signes sont encore plus difficiles à constater que ceux qui indiquaient une lésion aortique. Quel est le praticien assez expert en percussion pour décider si la dilatation porte sur les trois cavités du cœur autres que celle du ventricule gauche? N'avons-nous pas vu, d'ailleurs, qu'il est des cas de lésions contiguës avec absence des signes de la dilatation et de l'hypertrophie du ventricule gauche? Comment les distinguer des lésions de l'orifice mitral, déterminant les mêmes symptômes? Messieurs, M. Forget a tellement senti les difficultés d'un pareil diagnostic, qu'il les signale avec une grande bonne foi; or, après un pareil aveu et les raisons exposées plus haut, nous persistons à penser que la loi des obstacles constitue un fait d'anatomie pathologique très intéressant, mais que jamais la clinique ne pourra en tirer grand profit.

Quoi qu'en dise M. Forget, les véritables signes diagnostiques des lésions valvulaires du cœur, signes quelquefois obscurs, nous en convenons volontiers, sont les *bruits de souffle* dont on aura grand soin de préciser le *siége* maximum et le *temps* précis.

M. Forget refuse absolument au siége du bruit de souffle la moindre valeur pour le diagnostic de la lésion, parce que les orifices sont tellement rapprochés les uns des autres, qu'il est difficile de rapporter le bruit anormal à tel orifice plutôt qu'à tel autre. Eh bien, cela peut être vrai en théorie, mais c'est complétement inexact en pratique.

Pour ne parler que des deux orifices le plus souvent en cause, l'orifice aortique et l'orifice mitral, les bruits de souffle se perçoivent dans des points très distants les uns des autres; ceux de l'orifice aortique vers la base du cœur, souvent propagés vers l'aorte ascendante; ceux de l'orifice mitral, au contraire, vers la pointe et vers l'aisselle, souvent beaucoup plus bas que l'orifice mitral. Le siége du bruit a pour moi une telle valeur, que bien souvent j'ai pu diagnostiquer une double lésion à l'aide de ce signe. Dans ce cas, l'oreille perçoit un bruit de souffle à la pointe du cœur; ce bruit s'affaiblit à mesure que l'on remonte vers la base; puis arrive un moment où l'on entend un nouveau bruit de souffle, souvent avec un timbre différent du premier.

Si le siége du bruit de souffle indique l'orifice malade, le temps précis de ce bruit de souffle complète le diagnostic et fournit souvent des données utiles sur la nature des lésions.

Un bruit de souffle au premier temps ou *systolique* dénote un rétrécissement aortique ou un rétrécissement mitral. C'est la conséquence des idées que nous adoptons avec Harvey, Haller, M. Beau, etc., sur le rhythme des mouvements du cœur. Quant à l'insuffisance mitrale, nous avons ailleurs expliqué pourquoi elle jouait, dans la production du premier bruit un rôle bien moins important que ce rétrécissement. Nous avons peine à comprendre comment M. Forget, dans un article publié dans la *Gazette des hôpitaux* (17 février 1855), a pu croire que ceux qui, avec M. Beau, admettent le rétrécissement mitral comme cause d'un bruit de souffle au premier temps, refusent au rétrécissement aortique la production d'un même bruit de souffle au premier temps. Telle n'a n'a jamais été leur pensée; j'ajoute qu'elle n'était pas possible, si l'on veut bien réfléchir à leur théorie des mouvements du cœur. Aussi je ne m'explique nullement le but et la portée de l'observation de rétrécissement aortique avec bruit de souffle au premier temps que contient ce même article de la *Gazette des hôpitaux*. Ces observations sont vulgaires dans la science, et on peut dire que c'est un des points sur lequel tous les pathologistes sont d'accord.

Le bruit de souffle *présystolique* dénote le rétrécissement mitral. C'est véritablement un signe pathognomonique, et M. Forget nous paraît commettre une erreur quand il dit (page 194) que ce signe peut tout aussi bien dériver de l'insuffisance aortique que du rétrécissement mitral. Évidemment ici M. Forget ne s'est pas bien rendu compte de ce qu'on entend et de ce qu'on doit entendre par bruit de souffle présystolique. C'est le bruit qui précède *immédiatement* le premier bruit du cœur, ou encore le choc de la pointe du cœur; mais ce n'est pas le bruit qui existe au deuxième temps, ou même au commencement du grand silence. Ces bruits rentrent dans les bruits diastoliques, quoique, en ayant égard à l'étymologie seule, ils soient présystoliques, puisqu'ils précèdent, (mais d'un temps très long) la systole.

Enfin, le bruit de souffle du second temps ou *diastolique*, indique presque toujours l'insuffisance aortique, et dans quelques cas exceptionnels, ainsi que je crois l'avoir démontré dans un mémoire lu à la Société des hôpitaux, le rétrécissement mitral. Ici encore, nous sommes loin de croire avec M. Forget qu'il existe des rétrécissements aortiques simples dans lesquels le souffle se rencontre au second temps, et, d'un autre côté, que le souffle du second temps manque souvent dans les insuffisances aortiques les mieux caractérisées. Que M. Forget veuille bien examiner de nouveau ces faits sans idée préconçue et avec connaissance exacte des opinions des auteurs qu'il combat, et nous ne doutons pas qu'il ne reconnaisse lui-même que les bruits de souffle constituent encore les signes les plus certains pour le diagnostic des affections du cœur.

— M. Marrotte fait la communication suivante: *Observation de calcul biliaire retenu dans l'intestin grêle, où il a déterminé des symptômes d'étranglement interne, qui ont rapidement cessé à la suite de la palpation de l'abdomen.* — (Voir plus haut, *Clinique médicale*.)

M. Bouvier: La manœuvre qui a été suivie d'une rapide amélioration chez la malade de M. Marrotte, n'est pas chose nouvelle. C'est un moyen employé usuellement à Stockholm et à Berlin, où l'on prétend méthodiquement traiter par le massage et avec succès la constipation et les étranglements; on agit d'une façon différente suivant les affections.

M. Moutard-Martin: Je ne vois rien dans l'observation de M. Marrotte qui puisse l'autoriser à dire qu'il y a eu perforation de la vésicule biliaire. Il me paraît bien plus probable que le calcul a été arrêté dans les voies biliaires, où il a produit les symptômes inflammatoires signalés; puis, étant tombé dans l'intestin grêle, il y a déterminé les symptômes d'étranglement. Cette explication me semble plus rationnelle que la perforation de la vésicule, admise par M. Marrotte pour expliquer le passage du calcul dans le duodénum. Le volume du calcul ne peut empêcher d'adopter cette explication, car j'ai vu à la Salpêtrière des calculs très volumineux engagés dans le canal cholédoque, et quelquefois même faisant saillie dans l'intestin.

M. Marrotte: J'ai cru devoir rapprocher l'observation que j'ai recueillie des faits analogues cités par M. Fauconneau-Dufresne, et dans lesquels il y a eu perforation de la vésicule, démontrée par l'autopsie. Chez ma malade, je n'ai pas eu heureusement à vérifier anatomiquement l'état des organes; mais j'ai eu à constater des douleurs, puis, plus tard, une inflammation de la vésicule, qui m'a semblé démontrée par la fièvre, la tension de l'hypochondre droit et la douleur. C'est ce qui m'a fait admettre la perforation consécutive pour expliquer les accidents ultérieurs, et notamment l'expulsion du calcul par les selles. Quant aux faits de M. Moutard-Martin, je ne les nie pas; mais ils sont des plus rares; et dans le fait observé par moi, il ne pouvait en être de même, puisque le calcul recueilli ne présentait aucune trace d'étranglement à son pourtour; d'ailleurs il n'avait évidemment pas séjourné dans l'intestin, puisque la cholestérine le composait presque en entier, et il était trop volumineux pour avoir pu traverser les canaux biliaires.

M. Legroux: J'adopte l'interprétation de M. Moutard-Martin sur le fait de M. Marrotte, et je crois aussi à la facilité du passage de gros calculs dans le canal cholédoque. J'ai donné des soins à un malade russe qui avait de temps à autre des douleurs vives cessant par l'expulsion de grosses concrétions biliaires; et, dans ma famille, j'ai observé le fait d'un calcul ayant la grosseur d'un marron et qui, après son expulsion dans l'intestin, avait longtemps séjourné au-dessus de l'anus. Je ne puis admettre qu'il y ait eu perforation de la vésicule dans le fait de notre collègue, parce que cette perforation donne lieu à la gangrène et à des symptômes plus graves que ceux qui ont été observés.

M. Marrotte: Dans la colique hépatique avec simple passage des calculs dans les voies biliaires, la terminaison est plus brusque que dans les cas de perforation de la vésicule dans l'intestin. L'inflammation, dans cette dernière circonstance, est sans grand danger, parce qu'elle est graduelle et qu'elle produit des adhérences.

M. Moutard-Martin: J'insiste encore sur deux points principaux. M. Marrotte a dit que les ulcérations de la vésicule était plus fréquentes que la rétention des calculs engorgés dans les voies biliaires. C'est tout le contraire que j'ai observé dans les autopsies de la Salpêtrière. Tous les symptômes d'inflammation de M. Marrotte s'expliquent très bien par la rétention du calcul dans le canal cholédoque. Comme corps étranger, il a déterminé l'inflammation et les accidents décrits, puis il est passé dans l'intestin où il a déterminé l'étranglement.

M. Bérier: Je reviens sur l'interprétation de M. Marrotte. Non seulement la présence du calcul dans les canaux biliaires me paraît expliquer les symptômes observés, ainsi qu'à M. Moutard-Martin; mais je vais plus loin en disant que les signes d'étranglement me paraissent tenir à la seule présence du calcul à l'orifice du canal cholédoque. Il s'est passé ici ce que l'on observe dans le simple pincement de l'intestin, qui donne lieu à tous les symptômes d'un étranglement interne. Je ne crois donc pas que le calcul ait oblitéré le duodénum; l'intestin est trop dilatable sur toute sa longueur pour que l'on puisse y croire. Il y a donc eu pour moi, dans le fait de M. Marrotte, chute du calcul dans l'intestin par suite des manœuvres de palpation, puis cessation des accidents.

M. Legroux fait remarquer que les phénomènes ont présenté deux phases: hépatique et intestinale. Il admet, avec M. Marrotte, l'étranglement intestinal par le calcul tombé dans l'intestin, mais non la perforation de la vésicule.

M. Bérier ne peut admettre l'interprétation de MM. Legroux et Marrotte relative à l'étranglement, attendu qu'il y avait absence de ballonnement.

M. Marrotte doute que l'engagement des calculs par moitié dans l'orifice intestinal des voies biliaires puisse produire le vomissement de matières fécales.

Le secrétaire, Dr Woillez.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 107. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 4 Septembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à *Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital Cochin, M. Beau) : De l'emploi du tartre stibié et du sulfate de quinine dans le rhumatisme articulaire aigu. — III. BIBLIOTHÈQUE : Recherches sur le traitement des maladies des organes urinaires. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 2 septembre : Correspondance. — Ligature de l'œsophage. — Discussion sur le phimosis. — Rapport officiel sur un lit du premier âge. Discussion. — Recherches sur les matières grasses contenues dans la bile. — Recherches sur l'iodoforme. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'a nos jours.

PARIS, LE 3 SEPTEMBRE 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Dans la dernière séance et à l'occasion de la communication faite par M. Trousseau sur la maladie bronzée, M. Bouillaud avait sévèrement apprécié les expériences de M. Brown-Séquard relatives à l'influence sur l'organisme des mutilations, piqûres, déchirures, broiement, arrachement, etc., des capsules surrénales. On se souvient que, pour M. Bouillaud, c'étaient là des expériences de *physiologie amusante !* amusante ! Ce n'est certes pas pour les pauvres animaux — une centaine !... — qui les ont subies. Cette qualification a étonné tout le monde, et surtout M. Brown-Séquard. Dans une lettre qui a reçu les honneurs de la lecture publique, cet habile expérimentateur a tenu à se justifier de toute prétention à vouloir *amuser* M. Bouillaud, et après un préambule un peu long peut-être sur les droits et les devoirs de l'expérimentation, il a résumé les travaux qu'il vient d'entreprendre sur ce point intéressant de physiologie, en indiquant la signification qu'il croit pouvoir leur donner dès à présent. M. Trousseau avait déjà indiqué les conclusions de M. Brown-Séquard, et nous les retrouverons dans l'extrait du mémoire que ce physiologiste a lu à l'Académie des sciences.

Toute discussion sur ce nouveau travail de M. Brown-Séquard serait prématurée ; il faut attendre, non pas de nouvelles expériences, en vérité il n'en est pas besoin, mais l'examen appréciatif et l'interprétation de celles qui ont été déjà faites. Il paraît avéré que la lésion et la soustraction de ces petits corps dont on ne connaît pas les fonctions produisent les accidents les plus graves et même la mort. Voilà jusqu'ici ce qu'il y a de plus clair. Nous en resterons là pour notre compte, jusqu'à lecture attentive du mémoire de M. Brown-Séquard qui, avec l'appréciation de la question de la ligature de l'œsophage, nous fournira probablement l'occasion de dire notre opinion sur les droits et les devoirs, la valeur, les limites et la portée de l'expérimentation physiologique.

M. Orfila a présenté la question de la ligature de l'œsophage sous un point de vue nouveau et digne d'attirer l'attention de la commission. Les chiens auxquels on a lié l'œsophage, dit le neveu de l'illustre physiologiste, meurent asphyxiés par la bave écumeuse qui se sécrète dans toutes les parties de l'œsophage et du pharynx situées au-dessus de la ligature. Ménagez, comme le faisait Orfila, une ouverture de sortie à ces matières, et l'opération se présente avec toute l'innocuité dont Orfila l'avait douée. C'est un pieux sentiment qui pousse M. Orfila neveu à exonérer les travaux de son oncle des reproches graves qui leur sont actuellement adressés.

C'est aussi un sentiment d'honorable susceptibilité qui a poussé M. Bouley à prendre la parole pour protester contre une assertion de M. Colin qui tendait à infirmer la vérité d'un fait annoncé par lui. Mais l'Académie ayant foi à la parole honnête, brave et sincère de M. Bouley, n'a pas voulu entendre la lecture de l'attestation, sorte de certificat que M. Bouley s'était fait délivrer par les témoins du fait invoqué par lui.

La communication faite par M. Bonnafont, dans la dernière séance d'un petit instrument destiné à faciliter l'opération du phimosis, a soulevé un incident presque orageux. M. Ricord a saisi cette occasion d'exposer devant l'Académie la méthode de circoncision qu'il a déclaré avoir été mal jugée parce qu'elle a été mal comprise. Cette méthode, M. Ricord la trouve aussi simple, aussi facile, aussi peu douloureuse que la simple incision ancienne, et elle présente de plus l'avantage de ne laisser après elle aucune difformité, avantage bien apprécié par les malades.

Ce n'a pas été l'avis de M. Gibert, entre les mains de qui l'ancienne incision a toujours réussi, et qui accuse les chirurgiens qui sont en possession d'une opération simple, facile et sûre, de chercher des complications inutiles et des procédés nouveaux.

Cette accusation a été relevée par M. Malgaigne, qui a soutenu, au contraire, que la méthode ancienne était la plus généralement employée et la meilleure, la méthode de M. Ricord n'étant que d'un usage exceptionnel et pouvant exposer les malades à un phimosis consécutif de la muqueuse.

Ce n'était pas là l'affaire de M. Ricord qui, avec sa verve accoutumée, a précisé les indications de sa méthode, applicable surtout chez les enfants et aux cas très nombreux chez l'adulte, où la longueur du prépuce expose, par la méthode ancienne, à une difformité désagréable. C'est cette difformité qu'il a voulu éviter, et quant au phimosis consécutif de la muqueuse, sa méthode a précisément pour but, en coupant du même trait et sur le même plan la peau et la muqueuse, d'empêcher celle-ci d'étreindre ou de brider le gland ou sa couronne. Ainsi, et pour résumer pratiquement cette petite discussion, dans le phimosis, prépuce court, méthode ancienne ; prépuce long, méthode de circoncision de M. Ricord.

Un court rapport officiel fait par M. Londe, sur un lit destiné à la première enfance, n'a pas été approuvé par l'Académie, qui, sur les observations judicieuses de M. Trousseau, en a renvoyé les conclusions à la commission.

Il nous est impossible d'apprécier, sur une simple audition, un savant mémoire de M. Gobley sur les matières grasses de la bile, et une intéressante lecture de M. Moretin sur l'iodoformé.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital Cochin. — M. BEAU.

DE L'EMPLOI DU TARTRE STIBIÉ ET DU SULFATE DE QUININE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU ;

Par M. Félix BARBEAU, interne des hôpitaux.

En septembre 1842, M. Briquet, alors médecin de l'hôpital Cochin, eut le premier l'idée d'employer le sulfate de quinine à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu. Depuis lui, cette médication a été mise en usage par un grand nombre de médecins.

La plupart des observations qui ont été prises sont relatives à des succès ; quelques cas cependant ont résisté à l'agent thérapeutique.

D'où viennent ces insuccès ? Nous pensons qu'ils sont dus à ce qu'on n'a pas tenu assez compte de l'état des voies digestives.

Si, en effet, vous interrogez un malade atteint de rhumatisme articulaire aigu, il vous dira le plus souvent que depuis quelques jours il a perdu l'appétit ou bien qu'il mange sans faim, sa bouche est amère, pâteuse, sa langue est blanche, il a des envies de vomir et quelquefois des vomissements : il y a donc là ce qu'on appelle un embarras gastrique.

Il faut dissiper cet embarras gastrique qui entretient l'état maladif, et empêche la médication par le sulfate de quinine de réussir.

De même que pour l'absorption d'un lavement médicamenteux, il est nécessaire de donner d'abord un lavement émollient ou plutôt évacuant pour déblayer le gros intestin des matières qui y sont contenues : de même pour l'absorption du médicament dans l'estomac, il est urgent de débarrasser celui-ci des liquides nuisibles qu'il renferme : dans ce cas, on donne un vomitif.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
Pendant le 1er semestre de 1853-1854,
PAR M. ANDRAL,
Professeur de pathologie et de thérapeutiques générales,
Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Pyrétologie galénique. — Analyse du *De febrium differentiis*. Essence de la fièvre. — Les fièvres essentielles et les fièvres symptomatiques. — Étiologie des fièvres : influence de l'air ; miasmes paludéens ; Galien volé par Lancisi. — Influence des aliments, des boissons, des causes morales, de l'action musculaire : Galien, Becquerel et Breschet. — Le cœur centre de la chaleur et de la fièvre. — Origine et siége de la fièvre : les humeurs, les solides. — Classification des fièvres : fièvres continues, fièvres intermittentes. De la fièvre hectique. — Parallèle entre la fièvre tierce et la fièvre quarte, etc.

XXVIII (1).

Pathologie de Galien (suite). — *Pyrétologie galénique.*

Après avoir passé en revue les divers ouvrages que Galien a composés sur la pathologie générale, ouvrages où l'on trouve le vrai canevas de cette science, les grands principes qui la constituent, les grandes divisions dont elle est formée ; où l'on voit tracée la seule route digne d'être suivie, la plus simple, la plus raisonnable, celle qu'indiquent le bon sens, l'observation, l'expérience ; la seule, en effet, qui ait été constamment suivie à travers les changements de doctrines et les révolutions médicales, depuis Galien jusqu'à nos jours ; après avoir parcouru ces divers ouvrages où sont exposés les principes généraux, la philosophie de la pathologie, nous allons examiner maintenant quelques livres qui tiennent le milieu entre les traités de pathologie générale et ceux de pathologie spéciale. Ces livres seront consacrés à des considérations sur certaines classes de maladie, et particulièrement sur la plus importante de toutes, celle des fièvres. Voyons donc quelles sont les idées de Galien en *pyrétologie*.

Dans le *De differentiis febrium, Traité des fièvres*, l'auteur commence par se poser cette question : Qu'est-ce que la fièvre ? « L'essence des fièvres, répond-il, consiste dans la production d'une chaleur contre nature. » A l'existence de cette chaleur anormale sont liés nécessairement, comme les effets à leur cause, deux phénomènes remarquables, savoir : l'accélération du pouls et celle de la respiration. C'est là une conséquence naturelle des idées de Galien sur le rôle de l'air, des mouvements respiratoires et des battements artériels. L'air a pour mission de rafraîchir le sang et, par le sang, le corps. Le cœur et les artères distribuent cet air à toute l'économie. Il en résulte que si la chaleur du corps est augmentée, il faut, pour le rafraîchir, qu'il entre une plus grande quantité d'air dans le poumon et que les artères en distribuent davantage. De là, en vertu d'une attention prévoyante de la nature, l'accélération des mouvements respiratoires et la fréquence du pouls. Ainsi, Galien subordonne la fréquence du pouls et l'accélération de la respiration à l'augmentation de la température du corps. L'excès de chaleur est le phénomène primitif, les autres ne sont que secondaires. C'est autour de ce principal symptôme que viennent se grouper tous les autres symptômes de la maladie.

Mais, dit Galien, cette chaleur contre nature, fait primordial de la fièvre, qui engendre tous les autres, comment est-il lui-même produit ? Deux cas peuvent se présenter. Tantôt cet excès de chaleur est le fait morbide primitif au-delà duquel on ne peut remonter, tantôt au-dessus de lui on trouve un autre fait qui le domine, dont il n'est que la conséquence. Dans le premier cas, l'excès de chaleur est le fait essentiel, général de la maladie, il constitue la maladie ; dans le second, il n'est plus qu'un fait accessoire, particulier ; il ne constitue qu'un symptôme. De là la célèbre division des fièvres en *fièvres essentielles*, (c'est-à-dire existant par elles-mêmes sans lésion matérielle appréciable, mais non pas sans causes), et en *fièvres symptomatiques* d'une lésion matérielle.

Étiologie des fièvres. — Galien réunit les causes des fièvres sous deux chefs principaux dont l'un comprend les influences diverses qui agissent sur la constitution pour la modifier, et dont l'autre renferme l'ensemble de ces modifications organiques elles-mêmes.

A. *Influences antécédentes qui agissent sur la constitution.* — 1° La principale est celle de l'*air* qui peut agir de trois manières différentes : par l'élévation de sa température, que cette élévation soit naturelle ou qu'elle soit artificielle ; par l'abaissement de cette même température ou le refroidissement ; par sa viciation au moyen de principes délétères : émanations cadavériques, exhalations *marécageuses*. Pour la première fois, nous voyons indiquée positivement l'influence des miasmes paludéens sur la production de la fièvre. C'est donc à Galien et non à Lancisi, comme on se plaît à le répéter, que revient la gloire de cette découverte.

L'altération de l'air par les émanations qui s'exhalent du corps d'individus atteints de maladies contagieuses, telles que la *phthisie pulmonaire*, la *peste*, etc., peut encore donner naissance à la fièvre. De quelle peste Galien veut-il parler ? De la peste d'Orient ? Quoiqu'il ne la décrive pas d'une manière complète, le médecin de Pergame montre qu'il connaissait la peste d'Orient, puisqu'il dit dans un passage du *De differentiis febrium* : « Parmi les fièvres putrides, les plus graves sont celles qui s'accompagnent de *tumeurs* et de *charbons aux aines* et *aux aisselles*. » En présence de ce passage parfaitement clair, on est étonné de voir écrit partout que Galien n'a nulle part indiqué les caractères de la peste.

2° Outre l'air, les aliments peuvent produire la fièvre, en donnant naissance, soit par leur quantité, soit par leurs qualités, à des sucs épais ou viciés.

3° Les boissons et surtout les boissons alcooliques, peuvent, d'après Galien, augmenter la chaleur d'où naît la fièvre.

4° Il en est de même des poisons et des médicaments.

5° Certains actes de la vie animale : les troubles de l'âme, les chagrins, les passions, et plus particulièrement la colère, peuvent amener dans les actes de la vie organique des troubles capables de produire la fièvre. Cette observation de Galien est fort ingénieuse. Le défaut, comme l'abus de l'action musculaire, de l'exercice, excite également une augmentation de chaleur dont le développement de la fièvre est le résultat final. Ainsi, d'après Galien, l'action musculaire augmente la température générale du corps. Il est curieux de rapprocher cette idée du résultat expérimental obtenu par MM. Becquerel et Breschet à l'aide de l'appareil thermo-électrique qui leur a fait constater, à chaque contraction musculaire, un élévation de température.

Voilà donc un ensemble de circonstances qui, placées en dehors du système de la vie *végétative*, peuvent exercer une certaine influence sur l'augmentation de la température générale. Mais, ajoute Galien, ces

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 janvier, 7, 19 février, 8, 15 avril, 15, 22, 27 mai, 26 juin, 3, 10 et 31 juillet 1856.

Cette manière d'agir n'est pas nouvelle. Stoll, dans l'angine bilieuse, la pneumonie bilieuse, l'hémoptysie bilieuse, donnait un émétique ; il fallait, disait-il, chasser la bile de l'estomac, sous peine de voir les maladies résister aux agents thérapeutiques.

Les quelques observations qui suivent nous montrent combien l'administration d'abord du tartre stibié, puis du sulfate de quinine, a de bons résultats.

Nos malades étaient tous atteints d'un état saburral des premières voies : ils avaient de l'anorexie, la bouche mauvaise, pâteuse, des envies de vomir, des alternatives de diarrhée et de constipation : la langue était blanche, la soif intense.

Il faut bien dire qu'il n'en est pas toujours ainsi ; l'embarras gastrique peut ne pas exister ou bien être difficile à reconnaître ; pour ce qui nous concerne, les faits qui suivent seront la preuve de cet état complexe. Dans les cas douteux, il est prudent d'agir toujours comme si cette complication saburrale existait.

Dès le premier jour la potion ipéca-stibiée (ipéca, 1 gramme, tartre stibié, 0,10) fut administrée.

Son ingestion fut suivie de vomissements bilieux, abondants, et de selles nombreuses. Les malades se sentirent tout à coup soulagés, et la fièvre baissa considérablement.

Le deuxième jour, le sulfate de quinine fut donné, à la dose de 1,50 ; et porté quelquefois jusqu'à 2 grammes.

Sur nos cinq cas, nous avons eu cinq succès rapides, complets.

L'ingestion du tartre stibié enlevant les matières nuisibles contenues dans l'estomac, le sulfate de quinine est rapidement absorbé et arrive en peu de temps à sa destination : ce que nous indiquent les vertiges, les bourdonnements d'oreilles, la surdité dont sont atteints les malades.

Quelques jours suffisent pour faire disparaître l'affection. L'état général s'améliore avant l'état local ; ainsi la fièvre diminue et cesse avant que les articulations ne soient tout à fait revenues à leur état normal.

Il faut bien se garder de cesser trop vite l'administration du sulfate de quinine, ou même de baisser les doses trop brusquement ; car alors la fièvre revient immédiatement, avec intensité, ainsi qu'on l'a déjà observé. On doit continuer la même dose jusqu'à ce que le pouls soit revenu à sa fréquence habituelle et s'y maintienne ; alors seulement on diminue de 0,25 à 0,50 centig. par jour.

Quelle autre médication peut donner des résultats aussi remarquables : l'affection disparaît en quelques jours ; l'appétit revient vite ; la convalescence est rapide ; car on n'a pas traité le malade aux dépens de sa propre substance, et on l'a guéri sans lui enlever ses forces.

Deux de nos hommes ont été atteints d'endocardite ; chez l'un d'eux, l'affection cardiaque a disparu rapidement ; chez l'autre, elle a persisté : avions-nous, dans ce dernier cas, affaire à un véritable rétrécissement organique déjà ancien, ou bien le cœur était-il devenu malade depuis quelques jours seulement, c'est ce qu'il nous a été impossible de préciser.

Le sulfate de quinine a quelques inconvénients ; il arrive quelquefois qu'il ne peut être supporté, et provoque des vomissements ; mais, dans le rhumatisme, ces accidents sont presqu'insignifiants ; on en est quitte pour baisser la dose, ou bien pour l'administrer d'une autre façon.

Au contraire, dans la péritonite puerpuérale, dont il sera bientôt question, les inconvénients sont très sérieux. Si le sulfate de quinine est rejeté, la maladie marche avec toute son intensité, et les accidents les plus graves peuvent survenir.

Voici les faits qui viennent à l'appui de ce que nous venons d'avancer :

Obs. I. — Le nommé Drouart (Louis), 22 ans, garçon boucher, entre à l'hôpital Cochin, salle St-Jean, n° 10, le 30 janvier 1856, pour un rhumatisme articulaire aigu.

31 janvier. Ce malade est un homme fort et vigoureux : il exerce l'état de boucher ; sa santé est bonne habituellement ; il n'a jamais éprouvé de douleurs.

Il y a quelques jours, il s'est exposé à un froid assez intense étant en transpiration, et le soir même il était pris des symptômes que nous observons aujourd'hui.

Il faut dire que, depuis une douzaine de jours, ce malade souffrait de l'estomac, avait perdu l'appétit, et se sentait moins apte à faire son travail.

État actuel. — Un grand nombre d'articulations sont atteintes ; ainsi les articulations métatarso-phalangiennes des deux orteils ; les articulations tibio-tarsiennes du genou droit, du poignet et du coude du côté droit sont gonflées, chaudes, tendues ; la peau qui les recouvre est d'un rouge assez prononcé ; la douleur est excessivement intense ; le moindre mouvement l'exaspère : le poids des couvertures ne peut pas même être supporté.

En même temps, il y a perte d'appétit ; la langue est blanche, la bouche amère. Il y a de la soif, des envies de vomir, des douleurs épigastriques, de la constipation. Il y a donc évidemment ici embarras gastrique.

Le malade éprouve de la céphalalgie ; la peau est chaude, le pouls plein et fréquent ; 108 pulsations.

Nous trouvons un bruit de souffle léger au premier temps du cœur et dans les carotides, surtout du côté gauche.

Potion, tartre stibié 0,10 ; épica 1 gramme. Diète.

1er février. Le malade a beaucoup vomi : il a rendu des matières vertes, bilieuses en abondance ; il a été deux fois à la selle. Il se trouve un peu mieux. Les douleurs sont moindres, mais le gonflement des articulations n'a pas diminué, et même le genou gauche a été atteint cette nuit. Le pouls est à 96.

Une bouteille eau de Sedlitz. Diète.

2 février. Même état, sous le rapport de la douleur et du gonflement. La peau est chaude et sèche ; cependant le pouls a encore diminué ; il n'est plus qu'à 88.

Sulfate de quinine 1,50. Diète.

3 février. Le malade est beaucoup mieux ; il est sourd, étourdi ; il éprouve moins de douleurs, et le gonflement des articulations diminue ; les articulations des pieds et tibio-tarsiennes sont en partie revenues à leur état normal. A peine entend-on encore au cœur un léger bruit de souffle.

Le pouls descend toujours, il est à 80.

Sulfate de quinine 1,50. Diète.

Soir. Ce matin, l'élève chargé du cahier des prescriptions a oublié de marquer le sulfate de quinine. Le malade en a donc été privé toute la journée ; et, chose singulière, l'amélioration, qui était survenue si rapidement, a disparu pour faire place à une aggravation de tous les symptômes locaux et généraux ; les douleurs sont plus vives dans les articulations affectées ; l'état général est moins satisfaisant ; il y a du malaise ; la peau est chaude et sèche ; la céphalalgie est assez intense ; le pouls, qui était à 80 le matin, est remonté ce soir à 90.

A l'instant même, je prescris la potion de sulfate de quinine 1,50, que le malade prendra pendant la nuit.

4 février. Un grand changement est survenu depuis hier soir : l'état général est meilleur ; le malaise a disparu ; la peau est bonne ; le pouls est descendu à 72. En même temps il y a beaucoup d'amélioration du côté des articulations.

Le malade est sourd, étourdi. Il commence à avoir faim.

Sulfate de quinine 1,50. Diète.

5 février. Le mieux continue d'une manière très sensible. Les articulations sont moins rouges et moins gonflées, et il n'y a plus de douleurs que dans le genou gauche et le coude du côté droit.

L'appétit revient ; l'état général est bon ; la peau est fraîche ; il n'y a plus de bruit de souffle au cœur, ni dans les carotides ; le pouls baisse toujours, il est à 64.

La surdité, les sifflements dans les oreilles, les bourdonnements persistent au même degré.

On donne du bouillon et on continue la potion 1,50 sulf. quinine.

6 février. La peau est un peu plus chaude ce matin ; le pouls est à 70. Mais le malade se sent toujours bien et a appétit.

Bouillon. Sulfate de quinine 1,50.

7 février. Le jeune homme se trouve tout à fait bien. Il n'a plus du tout de douleur dans les articulations primitivement malades ; en même temps le gonflement a disparu.

L'appétit devient plus grand. La peau n'est pas du tout chaude. Le pouls est à 64.

On donne deux bouillons, deux portions, et on ne prescrit plus que le sulfate de quinine, 1 gramme.

8 février. L'amélioration continue, et on peut considérer le malade comme tout à fait guéri ; cependant, pour plus de précautions, on continue le sulfate de quinine à la dose de 0,50. — Deux bouillons, deux potages.

9 février. Une portion ; sulfate de quinine, 0,50.

10 février. Deux portions ; sulfate de quinine, 0,50.

11 février. Trois portions ; sulfate de quinine, 0,50.

12 février. Aujourd'hui on supprime tout à fait le sulfate de quinine.

13 février. Depuis quelques jours, le malade nous demandait à se lever, car il n'éprouvait plus de douleurs, ni spontanément, ni à la pression, ni par des mouvements ; mais, en raison de la température froide, on a jugé prudent de le garder encore au lit.

Aujourd'hui, il se lève, se promène dans la salle ; mange avec appétit, va bien à la selle.

16 février. Le jeune homme descend de la salle. Il se trouve très bien. Le pouls est à 66, probablement son état normal.

Pour affermir la guérison, on donne trois ou quatre bains sulfureux.

27 février. La guérison est tout à fait complète depuis longtemps. On donne l'exeat aujourd'hui.

Ce malade était atteint d'un embarras gastrique. L'administration du tartre stibié enlève cet état maladif des premières voies, et en même temps la fièvre diminue.

Alors nous administrons le sulfate de quinine, et chaque jour la guérison fait des progrès rapides. Pense-t-on que si nous n'avions pas d'abord fait disparaître l'embarras gastrique, nous eussions eu un aussi bon résultat ?

Un seul jour, on oublie de donner la potion, et, dès le soir même, la fièvre revient avec accidents du côté des articulations. Une nouvelle dose de sulfate de quinine amende tous ces symptômes. Ceci nous montre toute la puissance de cet agent thérapeutique.

Le retour de l'appétit arrive le sixième jour de l'entrée du malade, et le neuvième jour la guérison est parfaite. Le jeune homme reste à l'hôpital jusqu'au 27 février.

Il a pris du sulfate de quinine pendant dix jours à doses successivement décroissantes.

(La suite à un prochain numéro.)

---

diverses conditions ne peuvent, *à elles seules*, devenir causes génératrices de la fièvre. Pour atteindre ce but, il faut une certaine aptitude individuelle qui consiste dans un certain ensemble de dispositions ou de modifications organiques particulières qui rendent l'individu susceptible de contracter la fièvre sous l'influence de causes dont l'action seule ne pourrait la produire. Dans tous les cas, quelle que soit la cause excitatrice du mouvement fébrile, il faut, pour que la fièvre se déclare, une condition essentielle, la propagation dans le cœur de la chaleur en excès. Cet organe est le centre d'où émanent et où viennent aboutir toutes les voies de transport du calorique, en sorte que, pour se répandre dans l'économie, cet agent doit ou bien partir du cœur ou bien passer par le cœur. C'est, en effet, ce qui arrive. Dans certains cas, le cœur est le siége primitif de l'excès de chaleur, et, par conséquence, il est le premier point de départ de la fièvre. C'est ainsi que l'inspiration d'un air trop chaud, en alimentant directement le foyer de chaleur qui existe dans cet organe permet à celui-ci d'échauffer outre mesure la masse du corps en y distribuant, par les innombrables tubes caloriféres dont il dispose, une quantité anormale de calorique. Si l'explication de Galien est erronée, dit M. Andral, du moins le fait est vrai, car j'ai constaté sur des individus soumis, dans des étuves, à de hautes températures, une augmentation de deux degrés et plus (ce qui est énorme), de la chaleur générale. La colère, qui est, suivant Galien, le *produit d'une ardeur et d'un mouvement violent de la force irascible qui siége dans le cœur*, pourra déterminer le même effet, c'est-à-dire, faire naître un mouvement fébrile qui aura, dans le cœur, son premier point de départ.

Dans d'autres cas, qui sont de beaucoup les plus nombreux, la chaleur en excès prend sa source dans une partie plus ou moins éloignée du cœur, et de là se propage à cet organe, soit par continuité de tissu, soit par sympathie, *lege contortii*.

Ainsi, 1° fièvre *primitive* ayant dans le cœur son siége et son point de départ ; 2° fièvre *secondaire* prenant sa source hors du cœur, soit dans les humeurs, soit dans les solides.

A. *Dans les humeurs.* — Certaines modifications du sang peuvent déterminer un excès de température et donner ainsi naissance à la fièvre. Ainsi agit : 1° l'augmentation de la masse du sang, la pléthore, qui reconnaît diverses causes : une disposition organique particulière, l'habitude d'un régime substantiel, l'influence du printemps qui produit une pléthore accidentelle et passagère ;

2° L'altération de la composition du sang par la présence dans ce liquide d'un excès de *bile jaune*. Cette humeur qui est, après le sang, la seule humeur chaude et capable, en conséquence de produire, la fièvre, pourra se trouver en excès dans le sang, soit par suite de sa production trop abondante, soit pour cause de défaut ou d'insuffisance d'élimination de la part du foie.

Ici Galien place une remarque pratique. Il est vrai, dit-il, que la bile jaune, par son excès, peut amener la fièvre, cependant j'ai souvent observé des individus ictériques qui n'avaient pas de fièvre. D'où il conclut qu'indépendamment de sa surabondance, il faut, dans les cas où l'augmentation de la bile jaune s'accompagne de fièvre, que la composition de cette humeur ait subi quelque altération. La fièvre qui a sa source dans un excès de bile, prend le nom de *fièvre bilieuse*.

3° Le sang peut devenir encore cause de fièvre lorsqu'il est altéré dans sa composition par la présence de sucs mauvais qui ont été introduits dans ce liquide, ou de matériaux hétérogènes qui n'ont pas été expulsés.

4° Enfin, il est certaines fièvres qui sont liées à une altération particulière du sang, dont la cause réside dans le mélange, avec ce liquide, d'un air vicié par des principes putrides.

Mais, demande Galien, comment tout cela va-t-il produire la fièvre ? Comment ces mauvais sucs, ces principes putrides vont-ils agir ? La condition indispensable à la production de la fièvre, répond Galien, c'est l'existence, dans le sang, d'un excès de chaleur. Or, dans tous ces cas, le séjour, dans le liquide sanguin, de ces principes délétères empruntés à l'air, aux aliments, ou spontanément développés, excite, au sein du liquide, un travail de décomposition qui en détermine la putrescence ; or, tout travail de putréfaction s'accompagne de production de chaleur ; de là au développement de la fièvre, il n'y a qu'un pas. Voilà cette fameuse théorie des maladies putrides si longtemps en vogue en médecine.

B. *Dans les solides.* — Lorsque le point de départ de la fièvre est dans les solides, cela tient à un mouvement fluxionnaire qui se fait au sein de ces parties. Cet afflux de sang a pour effet d'augmenter la température de la partie qui en est le siége. Cette augmentation de température est d'abord toute locale, se borne à l'organe affecté ; elle ne deviendra générale et n'amènera la fièvre que lorsque l'excès de chaleur de la partie ira, par continuité de tissu ou en vertu de la loi de sympathie, se propager jusqu'au cœur.

Ainsi, la fièvre peut avoir trois siéges ou trois points de départ différents : le cœur, le sang, les solides.

Au point de vue du type, les fièvres se divisent encore en deux grandes classes : 1° les fièvres à type continu ; 2° les fièvres à type intermittent.

Les *fièvres continues* se divisent, à leur tour, en raison de leur durée en fièvre *éphémère*, c'est-à-dire qui dure un, deux ou trois jours, et en fièvre *synoque*, qui a toujours une durée plus considérable, obligée qu'elle est de parcourir le cercle fatal des périodes.

La fièvre *éphémère* dure peu de temps, disparaît sans accidents, par suite de l'épuisement facile de la cause, cette cause étant par elle-même de courte durée dans son application, soit une insolation, soit une émotion morale vive, un accès de colère, par exemple, soit encore une fatigue musculaire trop considérable, une inflammation légère, de cause externe, une brûlure, toutes causes qui n'ont pas de racines dans l'économie. La fièvre éphémère ne peut avoir sa source dans les humeurs, le travail d'élaboration et d'élimination des humeurs morbifiques exigeant toujours, pour s'accomplir, un certain laps de temps.

La fièvre *synoque* dure toujours un certain temps, au moins sept à huit jours, quelquefois quarante, cinquante, soixante et quatre-vingts jours. Au double point de vue de la cause et de l'expression symptomatique, on peut, suivant Galien, en établir plusieurs variétés.

1° La *synoque inflammatoire* qui s'accompagne d'une vive réaction : vertiges, éblouissements, tintements d'oreilles, chaleur halitueuse, pouls dur, vibrant, indiquant l'énergie des battements du cœur ; c'est le *causus* d'Hippocrate, elle est due à la pléthore ;

2° La synoque ou fièvre *bilieuse* qui tient à un excès de bile dans le sang ;

3° La synoque *putride*, fièvre putride qui tire son origine, soit de l'introduction dans le sang d'un air vicié ou d'aliments de mauvaise qualité, soit de la décomposition, au sein de ce liquide, de sucs mauvais que l'absorption y a introduits, ou de matériaux hétérogènes que la force d'élimination n'en a pas séparés. Ces conditions peuvent amener et amè-

BIBLIOTHÈQUE.

RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DES ORGANES URINAIRES,

CONSIDÉRÉES SPÉCIALEMENT CHEZ LES HOMMES AGÉS ET SUR CELUI DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE, SUIVIES D'UN ESSAI SUR LA GRAVELLE ET LA PIERRE, PRINCIPALEMENT SUR LA LITHOTRITIE, L'EXTRACTION DE FRAGMENTS ET SUR CELLE DES AUTRES CORPS ÉTRANGERS; par L.-Aug. Mercier, D.-M. P., etc. Un vol. in-8°. — Paris, Labé, 1856.

Ce livre est composé d'une série de mémoires déjà publiés dans divers recueils périodiques, les uns reproduits *in extenso*, les autres résumés, auxquels est ajouté un chapitre sur la pierre, la lithotritie et l'extraction des corps étrangers de la vessie. L'auteur y a pour but principal d'exposer ses découvertes et ses idées particulières sur divers points de la pathologie urinaire, mais surtout les déductions pratiques qu'il en a tirées au point de vue de la thérapeutique et les méthodes de traitement qu'il a instituées d'après elles.

La première partie de l'ouvrage est un mémoire justificatif où M. Mercier répond aux accusations de ses détracteurs et s'efforce de démontrer que, loin d'avoir jamais emprunté à d'autres les idées qu'il a émises, il a au contraire été fréquemment copié ou imité par ceux mêmes qui l'accusent. On comprend que cela ne se prête point à l'analyse. Nous passons donc aux deux premiers mémoires qui traitent *De l'inertie ou atonie de la vessie et de son rôle dans la production de certaines rétentions d'urine*. Voici en substance ce qu'on y trouve.

Il y a des hommes et surtout des vieillards non paralysés affectés de rétention d'urine plus ou moins complète, chez lesquels cependant il n'existe pas de rétrécissement de l'urètre. Les sondes, même volumineuses, arrivent dans la vessie, mais l'urine sort lentement et sans force. Ces cas étaient considérés jadis par tous les chirurgiens et le sont encore par M. Civiale comme dépendant d'une *atonie essentielle* de la vessie; ce dernier prétend même qu'il y a souvent alors atrophie de l'organe et il admet aussi des cas compliqués où il peut exister en même temps divers obstacles dans l'urètre.

M. Mercier s'est convaincu et s'efforce de démontrer que cette atonie, qu'il appelle *inertie* de la vessie, est *à peu près toujours* consécutive à un obstacle au cours de l'urine; obstacle de telle nature qu'il n'empêche pas l'introduction des sondes. Il n'a rencontré *que trois exceptions*, et encore conserve-t-il des doutes sur elles. Les obstacles qui peuvent se comporter de la sorte sont les *valvules prostatiques* signalées déjà par E. Home et sur l'importance desquelles M. Mercier a beaucoup insisté, et les *valvules musculaires* du col de la vessie; valvules que l'auteur a découvertes et décrites dans un autre ouvrage, qui ne sont qu'une exagération de l'état normal, et qui, formées par les fibres musculaires qui soulèvent transversalement la muqueuse en arrière du col de la vessie, tantôt sont permanentes à l'état de *rétraction*, tantôt à l'état de simple *contracture*, peuvent disparaître et ne se trouvent plus après la mort. Ces valvules formant soupape de dedans en dehors n'empêchent pas les sondes de pénétrer dans la vessie, mais s'opposent à la sortie de l'urine qui, les poussant devant elle, se ferme à elle-même le passage.

Dès que cet obstacle se forme, la vessie exagère d'abord ses contractions pour le vaincre, et s'hypertrophie.

Tant que l'énergie des contractions est en rapport avec la gêne qu'apporte l'obstacle, la miction continue de se faire assez bien; mais lorsque celui-ci devient tel que la vessie a épuisé ses forces avant de s'être entièrement vidé, alors, ne revenant jamais complétement sur elle-même, la vessie se laisse peu à peu distendre, elle s'affaiblit et la rétention survient. Suivant les dispositions individuelles et l'énergie primitive du réservoir urinaire, ce moment arrive plus ou moins vite; mais il ne manque jamais d'arriver tôt ou tard; la rétention finit ordinairement par devenir complète. Or, on comprend qu'une simple *atonie* sans obstacle donnerait lieu au regorgement, ce qui n'a pas lieu dans ce cas. On comprend aussi que la vessie soit presque toujours hypertrophiée, et, contrairement à l'opinion de M. Civiale, M. Mercier ne l'a trouvée amincie que dans un seul cas où l'obstacle s'étant produit subitement, la distension de la vessie avait été rapide et avait immédiatement détruit sa contractilité.

On peut s'attaquer directement à l'inertie et en réveillant l'énergie des contractions vésicales leur rendre assez de force pour vaincre l'obstacle; mais de cette façon, la guérison ne peut être solide, et l'obstacle persistant, la rétention ne tarde pas à se reproduire par le même mécanisme. Le plus sûr est de s'en prendre immédiatement à la valvule, et l'obstacle une fois détruit, la vessie reprend habituellement d'elle-même et peu à peu ses fonctions. Malheureusement, ce résultat n'est pas absolument constant, soit que la vessie ait été trop affaiblie, soit que l'opération n'ait pas réussi à détruire entièrement l'obstacle au cours de l'urine. L'auteur en tire cette conclusion qu'il faut se hâter de traiter cette maladie avant que l'affaiblissement de la vessie soit arrivé à un tel point et qu'il est quelquefois nécessaire de répéter l'opération plusieurs fois pour obtenir un résultat complétement satisfaisant.

Le troisième mémoire a pour titre: *Diverses remarques sur les sondes et sur le cathétérisme*. L'auteur y expose d'abord les divers obstacles qui peuvent empêcher l'introduction de la sonde. Ces obstacles sont (outre les rétrécissements et les fausses routes qui peuvent siéger en différents points de l'urètre), dans la région balanienne, l'incurvation brusque du canal qui se dirige quelquefois très rapidement du méat vers la face inférieure de la verge, et la valvule décrite par M. Guérin, que M. Mercier n'a rencontrée que chez la moitié des sujets qu'il a examinés; dans la région spongieuse, le coude quelquefois très marqué et difficile à redresser qui fait faire à l'urètre le ligament suspenseur un peu trop court; dans la région membraneuse, l'incurvation en S que lui impriment les muscles de Wilson et ceux de Santorini en le tirant en sens inverse quand ils se contractent fortement, incurvation que l'on prend habituellement pour un *rétrécissement spasmodique*; enfin, dans la région prostatique, les déviations produites par des hypertrophies partielles de la prostate, les valvules prostatiques ou musculaires, et les tumeurs qui se développent au col de la vessie.

M. Mercier établit que les obstacles peuvent toujours être franchis et qu'on ne doit jamais être dans la nécessité de recourir à la ponction de la vessie. Il conseille l'emploi des sondes de gomme élastique de préférence aux algalies de métal et il veut que les sondes soient courbées régulièrement à partir de leur extrémité, fermée dans une étendue de 8 centimètres, de telle façon que cette extrémité fasse, avec la partie droite, un angle un peu plus grand que le droit. Mais si cette courbure est bonne pour les cas ordinaires, il préfère de beaucoup, pour les cas difficiles, sa sonde coudée qui, pour toute courbure, n'a qu'un coude presque droit à 1 centimètre 1/2 de son extrémité. Cette sonde s'introduit plus facilement dans la portion membraneuse de l'urètre lorsque celle-ci est fortement courbée en avant par la contraction musculaire; elle évite plus facilement les fausses routes qui, presque toujours, se trouvent sous la paroi inférieure, son bec suivant presque nécessairement la supérieure et son coude écartant l'inférieure; enfin, elle déprime avec un grande facilité les valvules prostatiques ou musculaires contre lesquelles nul bec ne peut point arcbouter comme celui des sondes ordinaires. Comme elle passe quelquefois avec peine par dessous le pubis, à cause de sa tige droite, l'auteur en a faire faire qui, outre ce premier coude, un peu moins marqué, en présentent un second à 3 centimètres du premier. Il leur donne le nom de *sondes bicoudées*. Elles ont à peu près les mêmes avantages que les premières quand on ne veut pas s'en servir comme moyen d'exploration, et leur introduction est plus facile.

Dans le cas de fausse route inévitable, l'auteur recommande une manœuvre qui lui a bien réussi, et qui consiste à introduire jusqu'à la fausse route une sonde d'étain, et à faire passer par l'œil que ces sondes présentent sur leur concavité une petite sonde de gomme bien flexible qui, nécessairement déviée de la fausse route où la première est engagée, passe habituellement avec facilité dans le canal. Dans ce mémoire, se trouvent encore quelques autres détails sour la manœuvre des sondes; mais nous ne pouvons y insister davantage.

Le quatrième mémoire, intitulé: *Considérations générales sur la cure radicale des dérangements de l'excrétion urinaire chez les hommes âgés*, se résume de la façon suivante:

Le traitement médical est inutile, ou pour le moins très incertain. Les excitants de la contractilité musculaire, ou les sondes à demeure, ne sont pas sans avoir de graves dangers; ces dernières n'agissent d'ailleurs qu'en déprimant l'obstacle. La ligature des tumeurs prostatiques est très rarement et très difficilement applicable. L'arrachement, tout aussi difficile, est, en outre, fort dangereux. L'excision est préférable, mais ne laisse pas que de présenter encore d'assez nombreuses difficultés. La dépression est plus simple et doit être essayée d'abord. On a inventé bon nombre d'instruments pour la pratiquer. Celui de l'auteur consiste en deux cathéters, l'un droit, l'autre bicoudé, glissant l'un sur l'autre, et qui, s'écartant dans la vessie, forment un angle propre à produire facilement cette dépression. Dans le cas d'incontinence d'urine par hypertrophie de la prostate, on n'a de ressource que dans les excitations portées sur le col de la vessie. La cautérisation avec le nitrate d'argent paraît à l'auteur préférable à tout autre genre d'excitation.

Dans le cinquième mémoire, l'auteur traite des *inflammations, ulcérations et fistules produites et entretenues par le séjour des sondes dans l'urètre*. S'appuyant sur un bon nombre d'observations, il montre que les sondes et bougies d'un certain volume maintenues à demeure dans le canal le dépriment toujours très fortement dans l'angle rentrant de ces courbures, et principalement au niveau du ligament suspenseur de la verge. De là des ulcérations et tous les accidents qui en peuvent être la suite, destruction de toute l'épaisseur de l'urètre, abcès diffus ou circonscrits de la cloison, infiltration urinaire de toutes les tuniques scrotales, fistules, inflammation et hémorrhagie de la tunique vaginale, démudation et inflammation du testicule.

C'est dans le traitement des hypertrophies de la prostate plutôt que dans celui des rétrécissements de l'urètre que ces accidents se produisent, parce que les sondes employées dans ces cas sont plus volumineuses, et parce que les sujets sont généralement des hommes âgés; mais on voit aussi après le traitement des rétrécissements par les bougies à demeure, de semblables ulcérations devenir la cause de nouveaux rétrécissements dans la portion de l'urètre correspondant au ligament suspenseur. On conçoit que l'usage où l'on est de traiter les fistules urinaires par les sondes à demeure, contribue à entretenir ces fistules mêmes; aussi les voit-on céder parfois à la seule suspension du traitement.

Dans le sixième mémoire, l'auteur expose son *traitement des valvules du col de la vessie par l'incision et l'excision*. Rappelant en quelques mots la différence de structure et de conformation des valvules musculaires et des valvules prostatiques, il établit que les premières doivent être traitées par l'incision, parce que la rétraction suffit pour effacer les lambeaux dès qu'elles ont été incisées, tandis qu'on ne gagne rien à faire une et même plusieurs incisions dans une valvule prostatique, dont les portions divisées demeurent accolées les unes aux autres, et continuent de mettre obstacle au passage de l'urine. Ces dernières doivent donc être excisées. Il pratique l'incision à l'aide d'un instrument assez semblable pour la forme à une sonde coudée, et dans le coude de laquelle se trouve cachée une lame arrondie tranchante sur tous ses bords, et qui peut faire saillie tant dans l'angle du coude que vers le talon de l'instrument. Il suffit pour pratiquer l'incision, après avoir reconnu l'obstacle et l'avoir accroché avec le coude de l'instrument, de faire sortir la lame qui coupe par des mouvements de va-et-vient. Les dimensions de l'instrument et les moindres détails de construction sont ici de grande importance, car ils doivent être combinés de façon à ne point produire de désordres au voisinage de l'obstacle que l'on veut inciser.

Quant à l'exciseur, il ressemble assez à un lithotribe à deux branches, dont la branche, fenêtrée à son talon, reçoit la branche mâle qui y entre à frottement et coupe sur les bords tranchants de cette fenêtre la valvule préalablement fixée par une aiguille en fer de lance qui se trouve dans l'instrument. Cette opération est, au dire de l'auteur, peu douloureuse, et les suites en sont des plus simples. L'écoulement du sang,

---

nent la putréfaction des humeurs, putréfaction qui s'accompagne d'augmentation de température et fait éclater la fièvre, lorsque l'accès de chaleur s'est propagé de proche en proche jusqu'au cœur.

A cette classification des fièvres, les modernes ont ajouté une quatrième espèce de fièvre, la fièvre *muqueuse*, à la création de laquelle Galien n'aurait jamais songé, puisque, dans ses idées, la prédominance de la pituite ou mucus, humeur froide, ne peut donner lieu à l'augmentation de la chaleur, et partant, à la fièvre.

Une variété de synoque putride admise par Galien est une fièvre qu'il désigne sous le nom de *peste* ou fièvre *pestilentielle*, maladie toujours grave, de caractère putride et accompagnée de bubons aux aines. Ce sont là les caractères de la peste d'Orient que Galien avait dû voir, sans doute, sévir sous forme épidémique, soit à Rome, soit dans l'Asie-Mineure, où il exerça quelque temps la médecine.

Jamais ces fièvres ne passent à l'état chronique, elles conservent les caractères de l'état aigu, pendant toute leur durée, qui se prolonge quelquefois au delà de deux mois. Cependant, ajoute Galien, il est des cas où la fièvre ne se présente pas avec les caractères d'une maladie aiguë. Elle dure longtemps, trois, quatre, cinq, six mois et davantage, pour ainsi dire indéfiniment et ne cesse guère qu'à la mort des malades; la guérison en est excessivement rare. Cette fièvre est caractérisée surtout par une exténuation lente, une perte progressive des forces, un amaigrissement général, un marasme de plus en plus prononcé. Elle se montre d'abord par intervalles, puis les excès se rapprochent, se touchent, se confondent et la fièvre devient continue. Jamais, d'ailleurs, ce mouvement fébrile ne revêt les caractères d'une véritable fièvre. Pas de frisson initial, mais, d'emblée, la chaleur arrive et après elle la sueur.

Cette fièvre, à laquelle Galien donna le nom d'*hectique*, se distingue des précédentes non seulement par ses symptômes, mais encore par sa cause. En effet, tandis que les autres fièvres ont le plus ordinairement leur origine dans une altération des humeurs, la fièvre hectique, au contraire, se lie à peu près constamment à une lésion profonde et persistante de quelque solide. Dans quelques cas exceptionnels, dont l'existence est même douteuse, il se déclare une fièvre hectique *essentielle*, dont le point de départ est dans le cœur. Dans d'autres cas, sans qu'il y ait d'organe manifestement altéré, à la suite de grands chagrins, de longues tristesses, de perturbations morales profondes, sous l'influence de l'excitation continuelle de passions violentes, telles que la jalousie, la fièvre hectique se développe et conduit lentement le malade au tombeau. D'autres fois, enfin, la fièvre hectique est la transformation d'une synoque qui n'a pu aboutir ni à la guérison, ni à la mort. Mais tous ces cas sont rares, et il est bien plus commun de voir la fièvre hectique être le résultat d'une altération manifeste des solides. Parmi les organes dont les maladies sont le point de départ du marasme fébrile, au premier rang il faut compter: les poumons dans la phthisie pulmonaire, les plèvres dans l'empyème; au second rang, l'estomac, le foie, les intestins, etc.

Voilà, d'après Galien, le tableau des fièvres *continues* divisées en fièvre éphémère et en fièvres synoques. Celles-ci sont subdivisées en synoque inflammatoire, synoque bilieuse, synoque putride. La fièvre hectique forme une espèce à part.

B. *Fièvres intermittentes.* — Quant aux fièvres intermittentes, Galien, dans l'étude qu'il en fait, s'attache principalement aux deux types tierce et quarte qui ont le plus de gravité, et peuvent donner lieu, comme conséquences, à l'induration de la rate et à l'hydropisie. Galien étudie la fièvre tierce au double point de vue de la durée des accès et de la gravité des accidents. Les accès peuvent être courts et durer moins d'une heure, ou bien être longs et se prolonger pendant vingt-quatre, trente-six, quarante-huit heures, de telle sorte que l'intervalle qui les sépare échappe, par sa brièveté, à l'observation, et donne à la maladie la forme d'une fièvre continue. Galien appelle sur cette fièvre fausse continue l'attention toute spéciale des praticiens.

Quant à la gravité de la fièvre tierce, elle ne saurait être contestée. Il n'y a pas de type qui donne lieu à d'aussi graves symptômes; les fièvres pernicieuses revêtent souvent la forme tierce.

La fièvre quarte, moins grave que la fièvre tierce par l'intensité des symptômes, est plus grave par sa durée et sa ténacité. Elle est beaucoup plus difficile à guérir que le type précédent, c'est à sa suite et sous son influence que l'on voit survenir l'hydropisie et les engorgements énormes dont la rate est le siége. Il suffit de jeter les yeux sur ce parallèle que Galien établit entre les deux types tierce et quarte de la fièvre intermittente, pour se convaincre de l'attention toute spéciale que les anciens avaient portée dans l'étude des maladies paludéennes, dont la gravité avait dû, sans aucun doute, les frapper, à une époque où l'on ne possédait pas le précieux spécifique dont la science moderne a fait l'heureuse conquête.

Quant au type *rémittent*, Galien l'a indiqué sans le nommer, lorsqu'il parle de cas dans lesquels le type intermittent se joint au type continu, et où il se fait un mélange de synoque et de fièvre intermittente. Telle était la fièvre *hémitritée*, maladie grave résultant d'un mélange de fièvre continue et de fièvre intermittente à type tierce.

Galien, esprit essentiellement investigateur, se demande la raison du phénomène de l'intermittence dans certaines maladies. Il la découvre dans le besoin qu'éprouve quelquefois la nature de s'y prendre à plusieurs fois pour élaborer, déplacer, expulser la matière morbifique. L'intervalle des accès est mis à profit pour l'élaboration de cette matière que les accès doivent expulser. C'est là une explication ingénieuse, étant données les idées humorales de Galien, de ce fait dont nous ignorons encore aujourd'hui la véritable cause.

Voilà la pyrétologie de Galien, dans laquelle on trouve le point de départ et le germe d'idées qui, en traversant les siècles, ont perdu leur signification première. A mesure qu'elles se sont éloignées de leur source, elles se sont mélangées, dénaturées; les mots ont pris un sens nouveau; on a autrement entendu les expressions de fièvre *bilieuse, putride*, etc.; mais quels que soient les changements introduits dans les doctrines par la marche naturelle du temps et des idées, ce n'en est pas moins dans les livres du médecin de Pergame qu'il faut chercher l'origine et le point de départ de la pyrétologie moderne.

(La suite du cours prochainement.)

Vu l'absence d'un grand nombre de ses membres, le Comité de rédaction de l'Union Médicale ne se réunira pas pendant le mois de septembre.

— La Société médico-psychologique, dans sa dernière séance, a renouvelé son bureau ainsi qu'il suit:

M. Peisse, président;
M. Baillarger, vice-président;
M. Cerise, secrétaire général;
M. Belerre de Boismont, secrétaire particulier;
M. Brochin, secrétaire trésorier.

MM. Trélat, Michéa, Delasiauve, ont été nommés membres du comité de rédaction du Bulletin de la Société.

toujours assez abondant au premier moment, s'arrête presque toujours assez promptement; cependant, dans certains cas, une disposition individuelle, soit excitabilité plus grande des organes urinaires, soit par suite d'un ténesme qui l'entretient, l'hémorrhagie ne s'arrête pas et peut devenir embarrassante. Son traitement, dans ces cas, ne diffère pas du traitement habituel de l'hématurie. L'auteur recommande surtout d'éviter et de combattre le ténesme, sans user toutefois des sondes à demeure, dont l'effet est toujours fâcheux. Lorsque l'opération a été bien faite, la guérison est presque toujours radicale.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 Septembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend les états de vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements du Morbihan, de la Somme, des Bouches-du-Rhône. (Comm. de vaccine.)

La correspondance particulière se compose des envois suivants:

Une lettre de M. le docteur Laforgue, professeur à l'école de médecine de Toulouse, qui prie l'Académie de l'inscrire au nombre des candidats au titre de membre correspondant dans la section de chirurgie et d'accouchements. (Comm. des correspondants nationaux.)

— Une lettre de M. Brown-Séquard, relative aux expériences de ce physiologiste sur les capsules surrénales, expériences exposées à l'Académie dans la dernière séance par M. Trousseau, et que M. Bouillaud a critiquées en disant qu'elles étaient de la physiologie amusante. Cette lettre se termine par les conclusions suivantes : 1° l'étude des accidents qui succèdent à l'extirpation ou à la lésion des organes ou des portions d'organes, appartient à la physiologie *sérieuse;* 2° les fonctions des capsules surrénales, bien qu'encore indéterminées, sont indispensables à l'entretien de la vie et paraissent même être plus importantes que celles des reins; 3° la précédente proposition, appuyée sur un nombre extrêmement considérable d'expériences, est un premier pas fait vers la connaissance des fonctions des capsules surrénales. (Impression au *Bulletin.*)

— Une lettre de M. Delafond, qui prie l'Académie de désigner un membre pour le remplacer dans la commission chargée d'examiner la question de la ligature de l'œsophage.

— M. Depaul donne lecture d'une note *sur la ligature de l'œsophage,* adressée par M. L. Orfila.

Depuis le 19 de ce mois, dit M. Orfila, j'ai pratiqué, sur 18 chiens, la ligature de l'œsophage et j'ai reconnu que les animaux succombent quelquefois après cette opération. Dans ces cas, la mort doit, suivant moi, être attribuée à l'action de ce liquide blanc, spumeux, gluant, qui s'accumule dans le pharynx et à l'entrée du larynx, et qui pénètre même dans la trachée et dans les bronches. Cette pensée a, du reste, été déjà indiquée par M. Follin et par M. Sée. Voici sur quelles observations est fondée ma conviction :

1° Lorsque la ligature a été convenablement faite, les chiens qui ne salivent pas, ne meurent pas, alors même que le lien constricteur reste appliqué sur l'œsophage pendant vingt-quatre heures.

2° Les chiens qui salivent et qui ne peuvent se débarrasser de leur salive, meurent à un moment plus ou moins éloigné de l'opération, après avoir présenté les symptômes les plus caractéristiques de dyspnée et de suffocation : respiration courte, haletante, toux, agitation quelquefois convulsive. Quant aux efforts de vomissement, ils n'ont d'autre but que l'expulsion de ce liquide, car les animaux qui salivent sont les seuls chez qui on remarque ces efforts. Si, au bout de deux, quatre ou six heures après l'opération on tue (par la section du bulbe rachidien) les animaux qui sécrètent, sans pouvoir s'en débarrasser, cette salive spumeuse et gluante, on retrouve ce liquide parfaitement reconnaissable, bouchant le larynx et ayant même pénétré dans la trachée et dans les bronches.

D'un autre côté, si on laisse mourir ces animaux, l'autopsie ne permet de découvrir que des lésions plus ou moins étendues de l'appareil respiratoire : engouement, congestion, inflammation; du sang très noir remplit principalement le cœur droit et le système veineux; souvent les bronches renferment un liquide spumeux et sanguinolent. Le foie, dans certains cas est congestionné. Le tube digestif ne présente jamais que des lésions insignifiantes.

3° Enfin, lorsqu'on pratique une ouverture à l'œsophage, au-dessus de la ligature, la salive s'écoule par cette ouverture; les animaux alors, ne présentent d'autres symptômes que de l'abattement, et vivent au moins trois jours, souvent jusqu'à sept ou huit jours après l'opération.

Qu'il me soit permis de rappeler que, dans toutes ses expériences, Orfila pratiquait cette ouverture pour introduire la substance dont il voulait étudier l'action. Or, de ce qui précède, il résulte que cette condition est très importante, et par conséquent, les travaux contradictoires faits jusqu'à présent *sans qu'il ait été tenu compte de cette circonstance,* n'infirment nullement les résultats obtenus par Orfila, et n'infirmeront pas les études des expérimentateurs qui opéreront comme lui, et qui se conformeront à ses préceptes.

M. le Président désigne MM. Guérard, Bérard, Boudet et Piorry pour examiner le *lait artificiel* de MM. Gaudin et Choumara, et pour en faire l'objet d'un rapport à l'Académie.

M. Bouley : Dans une lettre qui a été lue à la dernière séance de l'Académie, M. Colin déclarait inexact un fait que j'avais avancé, à savoir que cet expérimentateur avait essayé, à l'aide d'un traitement hydrothérapique, d'interrompre le cours naturel des phénomènes chez un chien à qui il avait lié l'œsophage. J'ai été confondu d'entendre nier un fait qui s'était passé devant de nombreux témoins. Comme il s'agit ici de bonne foi scientifique, et qu'en somme, l'Académie n'a pas de raisons pour ajouter foi plutôt à ma parole qu'à celle d'un autre, j'ai été obligé de recourir au seul moyen qui me restait : à une déposition de témoins. J'apporte ici un certificat signé par plusieurs jeunes gens qui ont vu le fait en litige; ce certificat établit que M. Colin a fait les tentatives dont j'ai parlé. Je demande la permission de ne pas lire ce document et de le déposer simplement sur le bureau.

M. Ricord demande la parole à propos du procès-verbal.

M. Ricord : M. Bonnafont, en présentant à la dernière séance un instrument destiné, selon lui, à faciliter l'opération du phimosis par circoncision, a reproché au procédé que j'emploie de ne pas mettre au même niveau la division de la peau du prépuce et celle de la semi-muqueuse. Depuis vingt ans que je l'emploie, on lui a toujours fait ce reproche, et cela certainement parce qu'on l'a mal compris. Mon procédé est cependant le plus simple que je sache, et il s'exécute avec le plus petit appareil instrumental possible. Voici en quoi il consiste : on commence par tracer à l'encre sur le prépuce la ligne ovalaire où devra porter l'incision; puis on traverse le prépuce de bas en haut à l'aide d'une aiguille quelconque, dont la pointe est garnie d'une boulette de cire destinée à la rendre mousse momentanément; les deux feuillets cutané et muqueux étant ainsi fixés, on introduit dans la cavité préputiale une paire de pince; enfin, dans l'intervalle des branches écartées de cet instrument d'une part, et de l'aiguille d'une autre part, on fait, dans la direction tracée d'avance, une incision avec un bistouri, incision qui, d'un seul coup, emporte la portion exubérante du prépuce, et qui intéresse exactement au même niveau la peau et la membrane muqueuse.

M. Gibert : Je suis souvent appelé à opérer le phimosis chez des individus atteints d'eczéma du gland et du prépuce, maladie quelquefois très rebelle, et qui guérit comme par enchantement quand on met le gland à découvert. Il m'a semblé que la plupart des chirurgiens ont une certaine tendance à substituer la circoncision à la simple incision, sous prétexte que cette dernière est suivie de difformité. Or, non seulement chez les enfants, mais encore chez beaucoup d'adultes, le prépuce incisé se rétracte peu à peu et se réduit à un bourrelet qui n'a rien de difforme.

M. Malgaigne : C'est à tort que M. Gibert reproche à tous les chirurgiens de rejeter la simple incision comme moyen de combattre le phimosis. La circoncision reste toujours une opération exceptionnelle.

M. Ricord : La simple incision suffit quand il s'agit d'un prépuce juste assez long pour loger le gland; mais lorsque le prépuce est exubérant, cette incision donne un mauvais résultat, elle produit une difformité qui a ici une importance toute spéciale, puisque chez certains sujets elle devient une cause de mélancolie profonde. Il n'est même pas rare de voir les individus, à qui l'opération de M. Gibert a laissé sur le côté du gland deux ailes pendantes, réclamer une nouvelle opération, tant ils tiennent à une conformation régulière de ces parties. Pour éviter cette difformité, on peut réséquer les deux ailes en question; mais il est bien plus simple de faire, comme je le propose, d'un seul coup la section des quatre feuillets du prépuce. La plaie n'est guère plus étendue, la douleur est la même, et le résultat bien plus élégant, — et ceci, c'est quelque chose.....

M. Larrey : Je partage l'opinion de M. Malgaigne et pense que la circoncision est applicable seulement à certains cas exceptionnels. Si l'incision simple supérieure ne suffit pas, on peut en faire une seconde en bas. Cette discussion sur une opération aussi minime que celle du phimosis ne me paraît pas digne, d'ailleurs, de fixer plus longtemps l'attention de l'Académie.

M. Malgaigne : L'opération du phimosis, si petite qu'elle soit, a bien son importance, puisque les difformités du prépuce sont quelquefois le point de départ d'une hypochondrie fort sérieuse. Le procédé de M. Ricord (et M. Ricord sait bien que son procédé ne diffère de celui de Guillemot que par l'introduction d'une aiguille qui allonge un peu l'opération), ce procédé, dis-je, est rarement applicable aux adultes, parce qu'une longueur exagérée du prépuce est elle-même une exception à cet âge. Il expose d'ailleurs à un inconvénient provenant du peu d'extensibilité de la muqueuse; c'est que le phimosis se reforme. Les rabbins, qui le savent bien, ont l'habitude, après l'incision circulaire, de déchirer la muqueuse pour prévenir cet inconvénient. En somme, tout en réservant la circoncision pour les cas de prépuces très longs, j'adopte l'incision simple, mais avec cette précaution de poursuivre la section de la muqueuse jusqu'auprès de la couronne du gland. Le plus simple est de la faire avec des ciseaux courbes, et d'arrondir les deux lambeaux au lieu de réséquer les angles, ce qui produirait d'autres angles.

M. Ricord : J'en demande pardon à l'Académie; si cette discussion se prolonge, la faute en est à la longueur du prépuce. M. Malgaigne reproche à mon procédé d'être plus lent que l'autre — le temps de passer une aiguille ! — Il lui reproche en outre de ne pas couper la muqueuse au même niveau que la peau et d'exposer à la formation d'un phimosis consécutif. C'est là ce que je repousse de toute l'énergie de ma conviction. Je sais combien peu de personnes sont désireuses de se faire réopérer, et je n'en ai guère vu qui montrassent quelque vocation pour cela; or, j'affirme que *jamais* le phimosis ne se reforme après l'opération faite selon mon procédé. Sans doute si vous tirez trop le prépuce en avant du gland, vous vous exposerez à retrancher un excès de peau, à dénuder même la verge, sans avoir entamé la muqueuse et sans avoir remédié au phimosis; si vous n'attirez pas assez le prépuce, par une résection nécessairement insuffisante, vous ne ferez que substituer un rétrécissement au tissu cicatriciel, à une étroitesse des tissus normaux. Mais il en est tout autrement quand on sait surprendre le prépuce à l'état de repos; suivant la ligne marquée à l'encre et que j'ai l'habitude d'appeler le *tracé du chemin de fer,* le bistouri d'un seul coup fait exactement au même niveau la section des deux feuillets du prépuce maintenus en rapport, et, je le répète, jamais le phimosis ne se reproduit; le gland reste découvert, vous avez une plaie ovalaire, régulière, placée à 1/2 centimètre ou à 1 centimètre au devant de la couronne du gland. Au bout de quelques années, il est difficile, même chez les adultes, de reconnaître si une opération a été pratiquée.

M. Londe donne lecture d'un rapport officiel sur un *lit du premier âge,* inventé par Mme Boudou. Il propose, en terminant, d'écrire au ministre que ce lit a obtenu l'approbation de l'Académie.

M. Trousseau : C'est chose grave que l'approbation de l'Académie, surtout quand il s'agit d'objets qui concernent l'industrie. Le lit dont M. Londe vient de faire la description, me semble une excellente chose, mais je ne vois pas en quoi il est supérieur à beaucoup d'autres. Il me paraît trop cher pour les pauvres et inutile pour les riches. Une sorte de baldaquin recouvert d'une toile métallique ou d'une dentelle, garantira les enfants contre les insectes et les animaux domestiques. Mais les filets, les moustiquaires, journellement employés, rendent, ce me semble, le même service. On propose, pour empêcher les enfants de se salir et de s'excorier, de leur placer le siége sur l'ouverture d'un coussin en caoutchouc; précaution parfaitement superflue et qui n'aboutit guère qu'à économiser le lavage de quelques langes de plus. Le lit de Mme Boudou permet aux enfants de rester exposés à l'air et au soleil; mais on trouve chez tous les vanniers des berceaux en osier qui se meuvent sur des roues et qui offrent le même avantage. Enfin, dans le lit dont nous a parlé M. Londe, les enfants peuvent être bercés; or, tous les lits d'enfants sont faits de façon à permettre un certain balancement. En résumé, ce lit est peut-être meilleur que les autres; mais il ne me semble pas assez meilleur pour mériter l'approbation de l'Académie.

M. Londe : M. Trousseau dit avec raison que les avantages présentés par le lit de Mme Boudou peuvent être réalisés d'autres manières; mais, par cela même qu'il offre tous ces avantages réunis, je l'ai jugé excellent, d'autant plus qu'il est loin d'être aussi cher que le croit M. Trousseau.

M. Gibert propose de remplacer la conclusion du rapport par celle-ci : « L'Académie pense que le lit en question ne présente pas d'inconvénients. »

M. Moreau : « Qu'il ne présente pas d'inconvénients et qu'il n'y a pas lieu de lui accorder d'approbation. »

M. Renault propose la rédaction suivante : « Ce lit n'offre pas d'avantages assez saillants pour mériter l'approbation de l'Académie. »

M. Londe persiste dans ses conclusions.

M. le Président : Le rapport sera renvoyé à la commission, à laquelle M. Trousseau est prié de s'adjoindre.

M. Goblet, candidat à la place vacante dans la section de pharmacie, donne lecture d'une note intitulée: *Recherches sur la nature chimique et les propriétés des matières grasses contenues dans la bile.* Il résulte des faits contenus dans ce travail :

1° Que les acides oléique et margarique ne préexistent pas dans la bile, comme on l'admet généralement;

2° Qu'ils sont des produits de dédoublement de la lécithine sous l'influence des agents chimiques ou de la putréfaction;

3° Que l'oléine, la margarine, la cholestérine et surtout la lécithine, sont au nombre des principes gras de la bile;

4° Que les matières grasses de la bile, lorsqu'elles se répandent avec cette dernière dans l'intestin, sont presque en totalité absorbées par cet organe, puisqu'on ne retrouve dans les matières excrémentitielles qu'une petite quantité d'huile fixe (oléine et margarine), avec des traces de cholestérine;

5° Qu'il est difficile, par suite, d'admettre que la bile soit sans utilité et absolument sans usage, puisque les matières grasses qu'elle renferme sont presque complétement absorbées par l'intestin et qu'il faut à l'animal qui en est privé une plus forte proportion de nourriture et des aliments plus substantiels.

(Ce travail est renvoyé à la section de pharmacie.)

M. Moretin, en son nom et au nom de M. Em. Humbert lit un travail intitulé: *Recherches chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur l'iodoforme.* Ce corps, découvert par Sérullas, et que M. Dumas et M. Bouchardat ont surtout fait connaître, se présente à l'état solide, sous la forme de paillettes nacrées, d'un jaune de soufre, friables, douces au toucher, d'une odeur aromatique très persistante; il renferme plus de 9/10 de son poids d'iode; sa saveur est douce et n'a rien de corrosif. Administré à des chiens, il tue à dose plus faible que l'iode, après avoir donné lieu à un abattement plus ou moins prononcé, rarement à des vomissements; à l'abattement succède une période d'excitation : convulsions, contractures, etc. L'iodoforme est totalement dépourvu d'action locale irritante, il ne donne pas lieu à la plus légère vascularisation de la muqueuse de l'estomac et de l'intestin. Quant aux propriétés thérapeutiques de l'iodoforme, les auteurs les ont consignées dans les propositions suivantes :

1° En raison de la grande quantité d'iode que renferme l'iodoforme, ce médicament peut remplacer l'iode et les iodures dans toutes les circonstances où ces derniers agents sont indiqués;

2° L'absorption de l'iodoforme se fait avec la plus grande facilité, en effet, l'iode étant combiné avec l'hydrogène et le carbone pour le constituer, on a pour ainsi dire un composé organique;

3° L'iodoforme appliqué à la thérapeutique a sur les autres iodiques l'avantage de ne déterminer aucune irritation locale et aucun des accidents qui forcent, dans certains cas, de suspendre l'emploi de ces derniers;

4° Outre les propriétés qui lui sont communes avec l'iode, l'iodoforme jouit de vertus spéciales : il calme les douleurs dans certaines affections névralgiques et détermine une sorte d'anesthésie locale et partielle du rectum, lorsqu'il a été déposé dans cet organe;

5° Les doses auxquelles on peut l'administrer sont de 5, 10, 15, 25, 50 centigrammes par jour. M. Bouchardat l'a porté jusqu'à 60 centigrammes;

6° Les principales maladies dans lesquelles nous l'ayons employé avec avantage, sont : le goître endémique, la maladie scrofuleuse, le rachitisme, la syphilis, certaines affections du col de la vessie ou de la prostate, quelques névralgies. Sans nul doute, entre les mains de M. le professeur Piorry, il aurait toute l'efficacité de l'iode dans la phthisie pulmonaire;

7° Enfin l'iodoforme se prête avec la plus grande facilité aux formes pharmaceutiques les plus importantes. (Comm. MM. Grisolle, Wurtz, Bouchardat.)

La séance est levée.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE D'ORIENT.

Souscriptions reçues depuis le 22 août jusqu'au 2 septembre :

MM. Natalis Guillot, professeur à la Faculté de médecine, 40 fr.; Rostan, id., 40 fr.; Jobert de Lamballe, id., 100 fr.; Bouchardat, id., 40 fr.; Moquin-Tandon, id., 20 fr.; Piorry, id., 25 fr.; Cruveilhier, id., 50 fr.; Gavarret, id., 20 fr.; Dumas, 20 fr.; Roger, 40 fr.; Moissenet, 40 fr.; Moynier père, 25 fr.; Tardieu, 20 fr.; Guersant, 20 fr.; Sir John Hall, inspecteur général des hôpitaux anglais en Orient, 100 fr.; David Dess, inspecteur médical des flottes et des hôpitaux maritimes de l'Angleterre dans la mer Noire, 100 fr.; John Wyatt, médecin dans la garde de la reine d'Angleterre, 50 fr.; Chailly-Honoré, 50 fr.; Vigla, 20 fr.; Hervez de Chégoin, 40 fr.; Montanier, 20 fr.; Barbin, de Droué (Loir-et-Cher), 20 fr.; le chevalier Comisetti, médecin en chef du corps expéditionnaire sarde, 50 fr.; le docteur Mazzolino, médecin de régiment de 1re classe près le 6e régiment d'infanterie sarde, 50 fr.; Trousseau, professeur à la Faculté de médecine, 100 fr.

Liste précédente	1,680 fr.
Total au 2 septembre.	2,790 fr.

Par erreur du copiste, le nom de M. le professeur Nélaton se trouve omis dans la première liste, bien que sa souscription (100 fr.) ait été comprise dans le total.

M. P. Dubois, président de la commission de cette souscription, a reçu la lettre suivante qu'il nous prie de publier. Tout fait espérer que l'honorable initiative prise par la Société médicale de Clermont-Ferrand sera imitée par toutes les Sociétés et Associations médicales de l'Empire. Ce serait, en effet, un moyen commode et facile d'arriver à de plus grands résultats, tout en simplifiant la tâche de la commission de Paris. Nous déférons donc avec empressement au désir de M. le président de la commission, bien convaincu que l'exemple donné par la Société médicale de Clermont-Ferrand sera partout suivi :

« Monsieur le Président,

» Les éloquentes et généreuses paroles qui terminent le discours que vous avez prononcé au banquet du 20 août ne sont pas restées sans écho.

» Je suis heureux de vous apprendre qu'elles sont arrivées jusqu'à nous, et que le bureau de la Société médicale de Clermont-Ferrand vient de prendre l'initiative d'ouvrir, parmi tous les médecins du département du Puy-de-Dôme, une souscription en faveur des veuves et des orphelins des médecins qui sont morts pendant la guerre d'Orient.

» Nous avons pensé faciliter par ce moyen les opérations de la commission de Paris que vous avez l'honneur de présider.

» Notre proposition sera bien accueillie, nous en sommes assurés; puisque, *les premiers en France,* le médecins de Clermont-Ferrand ont fêté, dans un banquet improvisé à la hâte, ceux de leurs glorieux confrères qui revenaient parmi nous.

» Vous pouvez compter, Monsieur le Président, sur tout notre zèle pour mener à bonne fin une œuvre qui, je puis bien le dire, fait naturellement partie de notre profession, une œuvre de dévouement.

» Nous vous ferons parvenir, le plus tôt que nous le pourrons, les sommes que nous aurons recueillies.

» J'ai l'honneur d'être, Monsieur le Président, votre tout dévoué serviteur,

Le secrétaire de la Société médicale de Clermont-Ferrand,

Dr J. Grandclément.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 108. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 6 Septembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Clinique médicale (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — II. Physiologie : Recherches expérimentales sur la température animale. — III. Hydrophobie : Hydrophobie rabique ; incubation de dix-huit mois ; incidents pénibles ; mort. — IV. Académies et sociétés savantes. (Académiedes sciences). Séance du 25 août : Physiologie et pathologie des capsules surrénales. — Existence fréquente d'une poche amnio-choriale jusqu'à une époque avancée de la grossesse. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (1) ;

Recueillies par M. Richard-Maisonneuve, interne du service.

Septième Leçon.

Traitement curatif : — **Moyens mécaniques.** — La ténotomie ne suffit pas pour amener la guérison des pieds-bots ; dans presque tous les cas, il faut joindre à l'opération l'emploi des moyens mécaniques, sous peine de manquer le but. Quelquefois même, ces moyens sont les seuls applicables.

La première condition des moyens mécaniques, c'est d'agir en sens inverse des muscles qui ont produit la déviation.

Il faut aussi considérer dans l'application de la force mécanique le lieu d'application, l'intensité et la direction de cette force.

Relativement au lieu d'application, il faut se rappeler que les différentes lignes articulaires du pied sont affectées de diverses manières. Les principales de ces lignes sont les lignes tibio-tarsienne et médio-tarsienne. Mais il faut aussi tenir compte des lignes astragalo-calcanienne et tarso-métatarsienne, ainsi que des orteils.

Les déviations sont simples, quand elles n'affectent qu'une de ces lignes ; composées, lorsque plusieurs sont atteintes.

Dans les déviations composées, la force mécanique doit agir sur toutes les lignes articulaires déviées, sur toutes les déviations élémentaires dont se compose le pied-bot.

Ces déviations élémentaires se trouvant tantôt dans le même sens, tantôt dans un sens alternativement opposé, ou enfin dans des plans différents, comme l'extension et l'adduction du varus commun, la force qu'on leur oppose doit agir dans des directions en rapport avec ces variétés.

Quant à l'intensité des forces mécaniques, elle doit être en rapport avec l'intensité des résistances à vaincre.

Ces résistances diffèrent suivant le lieu qu'elles occupent. Elles peuvent siéger uniquement ou principalement dans les muscles ; elles consistent alors dans une espèce d'attitude ; elles peuvent encore siéger dans les os et les ligaments, comme dans les subluxations.

En général, dans les déviations tibio-tarsiennes, la résistance principale est dans les muscles, tandis qu'elle provient souvent des ligaments et des os dans les déviations médio-tarsiennes.

L'intensité de la résistance varie encore suivant la nature des muscles ; la plus considérable provient de la rétraction du triceps sural dans la déviation tibio-tarsienne.

L'ancienneté de la déviation augmente aussi cette résistance ; de là le précepte déjà indiqué par Hippocrate, et développé surtout par Dupuytren (1), de traiter les pieds-bots le plus tôt possible, et même dès les premières semaines de l'existence. Pour moi, j'adopte pleinement l'opinion de Dupuytren ; et si quelque motif grave fait retarder le traitement, il faut du moins employer quelques moyens préservatifs pour empêcher la résistance de s'organiser plus complétement.

Enfin le pied-bot accidentel cède plus facilement aux moyens mécaniques que le congénital.

Examinons, d'après ces données générales, les effets qu'on peut attendre des trois sortes de puissances employées dans le traitement des pieds-bots, savoir : 1° la main ; 2° les bandages ; 3° les machines ou appareils mécaniques.

1° *Emploi de la main.* — La main est la première de ces forces. Elle peut agir seule, et de plus, son emploi est un préliminaire indispensable des autres procédés mécaniques. Aussi l'article d'Hippocratedont j'ai parlé, indique-t-il déjà la manière de s'en servir pour redresser le pied-bot. De nos jours, Brückner (2) et M. Mellet (3) sont entrés dans de nouveaux détails sur cette manœuvre, spécialement pour le varus. Rien de plus simple que ces manœuvres, si le pied-bot est simple et la résistance peu considérable. Ainsi, dans le pied-équin simple, dans le talus, dans le varus et le valgus directs, il suffit qu'une main fixe la jambe, tandis que l'autre agit sur le pied et l'attire ou le repousse en sens contraire de la déviation.

La chose est un peu plus compliquée, si la déviation est complexe et s'il y a subluxation. Ainsi dans le varus prononcé, il ne faut pas seulement porter la pointe du pied et la rangée antéro-tarsienne en dehors, il faut encore abaisser celle-ci du côté interne, relever le côté externe du pied, pour remédier en même temps à la rotation que, suivant l'expression de Scarpa, le scaphoïde et le cuboïde ont éprouvée sur leur petit axe. Puis, avec la même main qui appuie sur le côté externe de l'astragale et du calcanéum, il faut faire un autre effort, du côté interne, sur l'articulation astragalo-calcanienne pour reporter le talon en dehors. Il faut enfin fléchir l'articulation tibio-tarsienne.

Mais il est difficile de produire tous ces mouvements à la fois, et on recommande généralement, pour peu que les déviations soient étendues, la résistance forte, de ne s'occuper de la flexion qu'après avoir ramené le pied sous l'axe de la jambe, ou l'avoir *déroulé*, comme on dit, c'est-à-dire après avoir effacé les inclinaisons des os dans les lignes astragalo-calcanienne, médio-tarsienne et tarso-métatarsienne.

Dans le valgus, on procède comme dans le varus, mais en sens contraire. Une main repousse le talon en dedans et presse sur le côté interne de l'astragale et du calcanéum, tandis que l'autre main ramène la pointe du pied en dedans, abaisse son bord externe et fait tourner la rangée antéro-tarsienne de haut en bas et de dehors en dedans.

Mais on a encore affaire ici le plus souvent à une déviation composée. Il faut, tout en redressant le valgus, remédier au talus, produire l'extension du pied sur la jambe. C'est ce qu'on opère, comme dans le varus, simultanément quand cela est possible, en deux temps dans les cas graves. La même règle est applicable au valgus-équin, dans lequel il faut fléchir le pied au lieu de l'étendre.

Les déviations multiples du pied-équin creux, ou du pied-équin enroulé, peuvent être aisément attaqués par un même effort des mains, parce qu'elles se font dans le même sens. Il n'y a d'exception que pour la déviation des orteils en haut, dans le pied-creux du long péronier ; il faudra les abaisser.

Les déviations alternatives du talus pied-creux exigent une manœuvre plus difficile. On a, dans ce cas, à étendre l'arrière-pied, par conséquent à abaisser en avant la rangée postéro-tarsienne, et à relever en même temps l'avant-pied, trop fléchi dans l'articulation médio-tarsienne. On y parvient en relevant fortement le talon et en pressant à la fois sur la convexité du coude-pied et sur la saillie sous-métatarsienne.

Tous ces efforts manuels doivent être faits avec douceur, ménagements, lenteur ; on doit les continuer longtemps et répéter les manœuvres plusieurs fois par jour. *La coaptation* des subluxations du pied ne peut être obtenue ici qu'à la longue et non sur-le-champ, comme dans les luxations ordinaires.

L'emploi de la main a, sans contredit, un grand avantage sur

(1) Voir les numéros des 8, 17, 19, 26, 31 juillet, 9, 14 et 26 août 1856.

(1) *Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. II, p. 127, 1839.
(2) *Loc. cit.*, p. 67.
(3) *Manuel d'orthopédie*, p. 433, 1835.

Feuilleton.

CAUSERIES.

La foule aux eaux minérales. — Préférences des consultants pour telles ou telles sources. — Petit specimen sur ce sujet. — Les prédilections pour les médecins des eaux. — Le reboutage. — Jugement important sur ce point. — Antécédent précieux.

Jamais, dit-on, de mémoire d'hydrologiste, on n'a vu autant de monde que cette année aux eaux minérales. Si cette foule qui encombre nos thermes était un indice certain de l'état de la santé publique, il en faudrait conclure que la santé publique est bien malade. Le monde riche et élégant, surtout, le monde de loisir et de plaisir serait dans une situation fort alarmante, si le registre des maîtres-d'hôtels des établissements thermaux n'était qu'un catalogue de malades. Mais, heureusement, il n'en est pas ainsi ; tous les visiteurs de nos thermes ne sont pas des buveurs ou des baigneurs, et même tous les buveurs et les baigneurs ne sont pas des malades. On va aux eaux un peu pour sa santé, beaucoup par distraction et par mille autres causes que les chroniqueurs de la fashion ont seuls le droit d'indiquer. Les priviléges de la chronique médicale ne vont pas jusque-là, et son domaine est plus étroit. Il faut reconnaître que la mode, je ne dis pas seulement la mode mondaine, mais aussi la mode médicale, est aux eaux minérales. Les médecins prescrivent aujourd'hui, beaucoup plus qu'autrefois, l'usage des eaux ; partant, il y a aux eaux beaucoup plus de malades, et, par conséquence, beaucoup plus d'amateurs. Les propriétaires et fermiers des sources, pas plus que nos honorés confrères les médecins-inspecteurs, ne se plaignent de cette mode, qui, pour eux, n'est que le résultat de la connaissance plus sérieuse des effets thérapeutiques des diverses sources. Je le veux bien, et dans le journal officiel de la *Société d'hydrologie*, il serait malséant de dire le contraire.

Cependant il doit être permis de dire que, si le nombre des goutteux, des rhumatiques, des diabétiques, des hépatiques, des dermopathiques, des apoplectiques, des phthisiques, des pierreux, des graveleux et autres souffreteux, n'a pas augmenté, c'est certainement le nombre des indications à l'emploi des eaux minérales qui a pris une augmentation considérable. Je veux bien croire et je crois que toutes ces indications sont rationnelles et sérieuses, mais je ne peux m'empêcher de communiquer une remarque que j'ai faite et qui, je l'espère, ne pourra blesser personne. Du reste, je la donne ici très naïvement et sans aucune intention critique.

Il m'a semblé — et cela résulte de plus de vingt années de relations médicales avec les praticiens de Paris — que nos consultants célèbres ont, en fait d'eaux minérales, chacun une prédilection si marquée pour telle ou telle source, qu'un malade étant donné et le consultant connu, cinq fois sur six j'oserais parier où ce malade ira passer la saison des eaux.

Citerai-je quelques exemples ? Pourquoi non, puisque je ne critique pas, que je ne blâme pas, et que je me borne à rappeler des faits bien connus des praticiens et surtout des malades.

M. Chomel, ce consultant si éclairé, si prudent et si sagace, sacrifie surtout aux nalades de Plombières, et puis à celles des Eaux-Bonnes.

M. Bretonneau, ce praticien dont la thérapeutique est si variée et si hardie, n'a cependant qu'un culte presque exclusif en fait d'eaux minérales, le culte de Néris.

M. Trousseau, son célèbre élève, a hérité de la prédilection de son maître. Cependant, que les nymphes de Néris lui pardonnent, il leur fait de fréquentes infidélités pour celles des Eaux-Bonnes, du Mont-Dore et de Pougues. Il faut avoir des amis partout, surtout parmi les nymphes.

M. Rayer a des amours moins inconstantes. Cet esprit si droit, si net et si ferme, n'a guère cédé aux séductions que de deux naïades, celle de Vichy et celle des Eaux-Bonnes.

En sa qualité d'inspecteur général de toutes les eaux minérales de France, M. Mélier ne peut convenablement afficher aucune prédilection. Je lui suppose néanmoins un secret penchant pour les naïades de Vichy, et surtout pour celle des *Célestins*.

Le savant professeur de pathologie et de thérapeutique générales se montre assez éclectique en fait d'hydrologie. Il affectionne cependant le Mont-Dore, les Eaux-Bonnes, Cauterets, Aix-en-Savoie.

L'austère historien de la fièvre typhoïde et de la phthisie, M. Louis, a son arsenal hydrologique plus complet et plus varié. Bagnères-de-Luchon, Cauterets, Ems, Vichy, le Mont-Dore, voilà de quoi remplir des indications nombreuses.

A M. Blache, ce sont les eaux de Pougues qui sourient le plus. Viennent ensuite dans les prédilections de ce bon confrère et de cet excellent praticien les sources d'Ems, de Kreutznach et du Mont-Dore.

Le savant promoteur et défenseur de la médecine organique, M. Rostan, dirige plus volontiers ses malades vers Vichy, vers Bourbonne, vers Néris, et aussi vers Plombourg, afin de sacrifier un peu aux malades étrangères.

M. Velpeau est encore plus galant à l'endroit de ces dernières. Si un premier malade est envoyé à Barèges, le second sera dirigé vers Aix-en-Savoie ; si le troisième part pour Pougues, le quatrième a des chances pour aller à Aix-la-Chapelle. L'illustre professeur voit peut-être là une une question d'équilibre européen.

En fait d'eaux étrangères, M. Nélaton ne prescrit guère que celles d'Ems ; toutes ses affections sont pour les sources françaises de Bourbonne, de Pougues et de Vichy.

M. Civiale est très carrément le protecteur des nymphes de Contrexéville et de Vichy.

Sur les mêmes autels sacrifie M. Ségalas, qui porte aussi de nombreuses offrandes aux naïades de Pougues.

C'était presque exclusivement aux eaux de Pougues que mon si regrettable ami Amussat avait pleine confiance.

Je crois que notre si ingénieux confrère, M. Leroy-d'Étiolles, partage aussi la confiance d'Amussat en la nymphe de la Nièvre, tout en ne négligeant ni celle de Vichy, ni celle d'Aix-la-Savoyarde.

Voilà un petit specimen de l'hydrologie parisienne. En province, le choix de nos confrères est surtout dirigé par la proximité et le voisinage des sources. Strasbourg envoie ses malades aux eaux des bords du Rhin, Lyon les guide surtout vers Néris et vers Vichy. Les malades de Marseille sont pilotés vers les montagnes de l'Ardèche, de la Drôme et des deux Alpes. Montpellier adore Balaruc. Toulouse, Bordeaux n'ont que

les autres procédés mécaniques. Guidée par la volonté, c'est un instrument intelligent, doux et puissant tout à la fois, qui satisfait immédiatement à toutes les indications à mesure qu'elles se présentent.

Mais son action est nécessairement intermittente, et son effet se perd en grande partie pendant les intervalles de repos. Une autre difficulté, c'est de trouver des personnes propres à exécuter ces manœuvres aussi longtemps que cela est nécessaire. L'application de la main ne saurait constituer à elle seule une méthode curative générale; elle ne réussirait que dans des cas isolés.

M. Stoltz a vu un jeune garçon qui se guérit lui-même par des efforts soutenus, en exerçant les muscles de son pied et en les redressant très fréquemment avec la main.

J'ai moi-même observé un enfant pied-bot de naissance, dont le varus avait été réduit à l'équinisme par le dévouement d'une tante qui lui tenait lieu de mère. Cette dame allait jusqu'à tenir le pied dans sa main la nuit, tout en dormant.

Des praticiens habiles, M. Mellet, à Paris, un orthopédiste de Lyon cité par M. Bonnet, se sont très bien trouvés de ces manipulations unies à l'action des machines.

Il ne serait pas exact, toutefois, de prétendre que cette association soit généralement nécessaire. Je ne puis admettre, avec M. Mellet, que, sans les manipulations, la guérison soit très imparfaite, et que le membre reste demi-ankylosé; je n'ai jamais rien vu de semblable dans ma pratique.

2° *Bandages.* — Dès le temps d'Hippocrate, on reconnut l'insuffisance des procédés manuels, et les bandages employés pour le pansement des plaies, des fractures, furent aussi appliqués au traitement des pieds-bots. L'invention des machines n'a pas même fait disparaître les bandages, et beaucoup de chirurgiens en ont continué l'usage, poussés par le désir de s'affranchir de l'intervention oblitée des mécaniciens. La découverte de la ténotomie donna l'espoir d'y parvenir. Voyons jusqu'à quel point cet espoir est fondé.

Les bandages sont simples ou composés.

Une simple bande roulée peut ramener la pointe et la plante du pied en dehors, et l'y maintenir, dans le varus des enfants très jeunes, si l'on a soin de donner aux tours de bande une direction contraire au sens de la déviation. Hippocrate avait déjà dit : « Les tours du bandage marcheront dans le sens du redressement opéré par les mains. » C'est ce qu'on obtient dans le varus, en appliquant la bande de gauche à droite, pour le pied droit, et de droite à gauche pour le pied gauche.

Brückner a décrit et représenté un bandage de ce genre : il commence par faire plusieurs tours de bande au bas de la jambe, et laisse pendre à son côté interne un premier chef d'une certaine longueur; il continue les tours de bande dans le sens convenable, de façon que l'autre chef se trouve au bord externe du pied; il réunit alors les deux chefs en les croisant sur la face dorsale, et termine en les fixant au-dessus des malléoles.

Brückner assure avoir obtenu des effets très avantageux sur des nouveau-nés, et même sur des enfants plus âgés, en associant à l'emploi de ce bandage des manipulations fréquentes et des onctions avec des corps gras.

Si, à ce bandage simple, on ajoute des corps solides comme des attelles, des plaques métalliques, ou si on rend le bandage lui-même solide, inflexible, par la dessiccation des matières dont on le pénètre, on a le bandage composé.

Le bandage d'Hippocrate était un appareil composé. Il y entrait plusieurs bandes, des compresses, une semelle en cuir ou en plomb qu'on plaçait entre les bandes. Celles-ci étaient enduites d'un cérat contenant une forte proportion de résine, « pour mieux adhérer à la peau, dit Galien, et pour mieux tenir les parties immobiles, dans la position qu'on leur a donnée. » Le bandage appliqué, on cousait à sa surface inférieure, du côté du petit orteil, le bout d'une bande qu'on tirait en haut et qu'on arrêtait solidement au-dessus du mollet pour empêcher le pied de retomber.

Il y a plus de cent ans, Cheselden employait contre le pied-bot un bandage composé de bandelettes trempées dans un mélange de farine et de blanc d'œufs. Cette idée lui fut suggérée par un souvenir de son enfance. Un bandage du même genre lui avait été appliqué pour une fracture du cubitus, par un praticien de Leicester, nommé Cowper; les fragments furent bien contenus et le résultat très favorable (1).

De nos jours, on emploie un bandage qui ressemble à celui de Dupuytren pour la fracture du péroné.

Voici une attelle coudée, portant une semelle de bois, qui forme avec elle un angle obtus. En fixant le pied sur la semelle, on se sert de l'attelle comme d'un levier pour redresser le varus, et d'autres tours de bande maintiennent le membre dans cette situation. Mon collègue, M. Guersant, a employé ce moyen avec quelque avantage. Il s'est aussi servi, dans le pied-équin, de cette gouttière en bois, articulée avec une semelle sous un angle que l'on fait varier au moyen de liens qui traversent des fentes pratiquées sur les deux pièces de cet appareil.

Les bandages amidonnés de M. Seutin, les appareils dextrinés, si souvent employés au traitement des fractures, ont été aussi appliqués à celui des pieds-bots. Dieffenbach étendit aux pieds-bots l'usage de ses moules en plâtre, qu'il avait imaginés pour les fractures, et cette méthode a paru chez nous assez importante pour devenir l'objet d'une communication à l'Académie des sciences.

Nous avons eu depuis les appareils en stuc de M. Richet, les bandages plâtrés de M. Mathijssen, les plaques de gutta-percha, appliquées molles sur le pied redressé avec les mains, et presque instantanément solidifiées par le refroidissement; M. Giraldès a particulièrement tiré parti de cette substance dans le traitement des pieds-bots.

Quelle est la valeur de tous ces bandages? Les premiers, les bandages simples, se dérangent facilement, et le pied tourne dans ces bandes. Ils sont d'ailleurs incapables de résister aux puissances qu'ils doivent vaincre, pour peu que celles-ci soient fortes.

Les bandages inamovibles sont assez puissants pour vaincre de grandes résistances, mais ils ont des inconvénients d'un autre genre. Mal appliqués, ils produisent des paralysies, des gangrènes. On ne peut visiter le pied aussi souvent qu'il faudrait, ni relâcher ou augmenter à volonté les pressions, en varier le siége suivant les indications journalières. En outre, jusqu'au moment où l'appareil est complétement solidifié, le pied peut être dérangé de la position qu'on veut lui donner. On peut craindre aussi les effets de cette immobilité trop absolue pour les mouvements et la nutrition du membre.

En résumé, les bandages, même composés, ne peuvent, à mon avis, remplacer avantageusement les machines dans le plus grand nombre des cas. Ils peuvent réussir, lorsqu'on n'a point à remédier à des subluxations anciennes ou à la rétraction permanente de muscles puissants. Ils conviennent particulièrement après la ténotomie, lorsqu'on n'a point de bonnes machines et que le squelette participe peu à la déformation (2).

(1) Cheselden, *Anathomy of the body*, Lond., 1756.

(2) Voyez, pour le parti que l'on peut tirer, dans ce cas, des bandes plâtrées : Michaux, *sur les pieds-bots*, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*, t. XV, n° 8, 1856.

3° *Machines.* — Les machines ou appareils mécaniques applicables au traitement des pieds-bots ont singulièrement varié depuis le brodequin en cuir bouilli d'Ambroise Paré, depuis les lames de fer que Fabrice de Hilden fit forger par un serrurier de village, jusqu'aux appareils luxueux de tous les pays, qui ont figuré à notre exposition universelle.

Je ne veux point vous décrire tous ces appareils; ce n'est pas leur nombre, mais leur degré d'utilité qui nous importe ici, et je dirais volontiers avec notre fabuliste :

Le trop d'expédiens peut gâter une affaire;
. . . . . .
N'en ayons qu'un, mais qu'il soit bon.

Ces machines peuvent se ranger en deux classes. Les unes forcent le malade à rester immobile ou sur un siége; les autres ne s'opposent pas d'une manière absolue à la deambulation. Je ne m'occuperai que de ces dernières, les seules généralement en usage.

Les machines doivent répondre à deux conditions principales : continuer l'action des mains ou la remplacer, être assez puissantes pour exagérer le redressement du pied, pour lui donner un commencement de déviation dans le sens opposé, double principe déjà exprimé par Hippocrate.

Un médecin suisse, Venel, a, le premier, bien compris le moyen d'atteindre ce double but. Malheureusement il n'a pas décrit lui-même son appareil; aussi en a-t-on eu longtemps une fausse idée. Voici un appareil dit de Venel, longtemps décrit comme tel, et que ses successeurs renient. C'est une chaussure en fer, offrant sur chaque bord une plaque mobile mue par une vis. L'une de ces plaques repousse le côté externe, l'autre la partie antéro-interne du pied.

MM. d'Ivernois et Mellet ont rétabli les faits à cet égard; ils ont décrit le véritable appareil ou *sabot* de Venel, comme on l'appelle. C'est à peu près le modèle que je mets sous vos yeux. La chaussure diffère notablement de la précédente; c'est une semelle de bois, portant à son côté externe une plaque de fer et percée de deux fentes vis-à-vis du talon. Ces fentes livrent passage aux courroies d'une talonnière, qui se fixent à des boutons, et qui retiennent le pied sur la semelle avec une autre courroie appliquée sur la face dorsale. La pièce principale de l'appareil est d'ailleurs, comme dans celui qu'on a faussement attribué à Venel, une tringle placée dans une douille fixée à la plaque qui correspond à la malléole externe. Cette tringle, c'est le *levier* de Venel. On donne à ce levier des courbures diverses, et l'on a ainsi un écartement en dehors et en avant, suivant la direction et la courbure du pied.

Ce levier se retrouve dans presque tous les appareils construits depuis.

J'ai réuni sous vos yeux les machines pour pieds-bots de plusieurs fabricants de Paris. Je vais tâcher de vous en donner une idée sommaire. Je désignerai chaque appareil par le nom du fabricant, sans rien préjuger toutefois relativement aux questions d'invention et de priorité.

Tout appareil de pied-bot se compose de deux parties; l'une embrasse le pied comme une chaussure, c'est la pièce *podale* ou *pédienne;* l'autre est placée le long de la jambe, c'est la pièce *jambière.*

Partie podale. — Dans l'appareil le plus simple, la pièce podale n'est autre que le sabot de Venel; on y retrouve une talonnière, morceau de cuir embrassant le bas de la jambe, fermé en avant par un lacet, et terminé par deux courroies destinées à s'opposer à la sortie du talon. Seulement, le côté interne de la semelle porte en arrière une seconde plaque de fer, et les courroies de la

---

l'embarras du choix pour les eaux si variées et si efficaces de la chaîne des Pyrénées. Et ainsi de suite.

Y a-t-il une signification bien précise à tirer du choix de nos confrères pour telle ou telle source? Non, leurs motifs de prédilection sont aussi divers que leurs prédilections mêmes. Celui-ci se détermine en vertu de ses croyances physiologiques; celui-là suit l'impulsion de ses doctrines chimiatriques. Quelques-uns se sont bien trouvés eux-mêmes ou leurs proches de l'usage de telle eau, et ils lui ont voué une vive reconnaissance; autrefois, ils auraient appendu un *ex voto* sur les murailles de ces thermes; aujourd'hui, leur gratitude plus efficace se traduit par l'envoi de leurs malades à la source bienfaisante.

Il en est qui veulent protéger et servir un confrère ami qui réside et exerce près de tel établissement thermal, et ici la chronique, si elle était indiscrète, aurait de bien piquantes révélations à faire. La concurrence, en effet, aussi âpre et plus âpre, aussi inquiète et plus inquiète, aussi jalouse et plus jalouse là qu'ailleurs, exerce son inexorable influence dans les diverses stations d'eaux minérales. Si peu la source soit-elle importante et fréquentée, il y a d'abord le médecin-inspecteur, puis l'inspecteur-adjoint, quelquefois un deuxième inspecteur-adjoint, dans quelques établissements, un médecin de l'armée, puis la foule des médecins libres, et chacun de ces praticiens a ses amis, ses adhérents, ses accointances dans les divers centres médicaux de France et de l'étranger; car il est rare qu'un malade, un vrai malade, arrive aux eaux sans être recommandé par son médecin ordinaire à un des médecins de la station. C'est le choix de nos confrères Parisiens pour le médecin de la station qu'il serait intéressant et curieux de faire connaître. Mais, ici, la chronique doit se taire, car elle ne peut demander à personne les motifs de sa confiance. Il résulte cependant de cette liberté du choix et de la liberté que tout docteur en médecine possède de s'installer dans les établissements hydrologiques, que souvent le médecin officiel n'est pas celui qui a le plus de vogue et le plus de succès. On voit quelquefois aussi le sous-inspecteur primer l'inspecteur titulaire, et ailleurs un médecin libre les primer tous.

On a publié beaucoup de *Guides aux eaux minérales*, il y manque à tous un chapitre essentiel, une appréciation sérieuse et sincère de leur personnel médical. Mais qui oserait entreprendre une tâche si délicate et si compromettante? A coup sûr, ce n'est pas moi.

C'est assez causé d'eaux minérales, et je passe à un autre sujet.

Un des fléaux de la médecine, fléau social plus encore que professionnel, c'est l'exercice illégal, et parmi les nombreuses spécialités du genre, la plus fréquente et la plus fâcheuse, c'est le reboutage. Les rebouteurs pullulent; il n'est pas un département aujourd'hui où il n'en existe un ou plusieurs. On leur a fait la guerre, il est vrai, mais une petite guerre, et d'ailleurs, par une combinaison aussi ingénieuse qu'immorale, presque partout aujourd'hui les rebouteurs savent se soustraire aux poursuites du parquet. Cette combinaison consiste, pour eux, à s'abriter sous le manteau d'un homme de l'art, et, à la honte de notre profession, ces vils exploitateurs de la crédulité humaine trouvent des médecins assez indignes pour prostituer ainsi leur diplôme.

Eh bien, grâce à l'initiative aussi courageuse qu'intelligente, prise par un jeune magistrat, par M. le substitut du procureur impérial d'Avranches, grâce à l'interprétation de la loi, aussi sévère que sagace, faite par le tribunal correctionnel de cette ville, cette position, que le reboutage croyait inexpugnable, ne l'est plus. Un jugement récent et qui est destiné, il faut l'espérer, à faire jurisprudence, vient d'être rendu par ce tribunal. Je le reproduis avec empressement. Son libellé expose suffisamment les faits de la cause:

« Considérant qu'il est parfaitement établi par l'information que la femme Jacob, malgré la condamnation précédemment prononcée contre elle, continue de se livrer à l'exercice illégal de la chirurgie;

» Considérant, en effet que si la femme Jacob paraît, dans la persuasion qu'elle pourrait ainsi se soustraire aux poursuites de la justice, s'être associée avec un docteur médecin, il n'en est pas moins évident, d'après tous les faits révélés par l'information, que c'est toujours la femme Jacob qui opère ou qui dirige les opérations;

» Considérant que c'est toujours chez la femme Jacob que les blessés demandent qu'on les conduise; que c'est constamment dans la maison de cette femme que se font les opérations et que si on appelle le docteur L..., c'est dans la pensée que sa présence mettra à l'abri de toutes poursuites;

» Considérant qu'il est impossible de comprendre comment un docteur médecin n'opère jamais chez lui et se transporte toujours dans un cabaret, voisin de sa maison, pour faire ses opérations; qu'on ne peut surtout comprendre pourquoi il laisse son registre à la disposition de la maîtresse du cabaret, et pourquoi il la charge d'inscrire les paiements et de régler ce qui lui est dû, que cela ne peut être que le résultat d'une association;

» Considérant que si la femme Jacob, lorsqu'elle est appelée dans les communes voisines, n'y va jamais seule, et si le sieur L... l'accompagne, il n'en est pas moins évident que c'est elle qui a toute la confiance des blessés et de leur famille, que c'est elle qui dirige l'opération; qu'il a même été prouvé qu'elle allait seule visiter les malades;

» Considérant, enfin, qu'il a été établi que la femme Jacob a soigné seule les nommés Hébert et Rault, qu'elle a seule levé et replacé un appareil sur la blessure d'un nommé Perruault;

» Considérant que toutes ces circonstances réunies démontrent de la manière la plus évidente qu'il y a une association entre le docteur L... et la femme Jacob, et que celle-ci se livre journellement à l'exercice illégal de l'art de la chirurgie;

» Considérant que la femme Jacob ayant été condamnée, il y a environ deux ans, à cinq francs d'amende, se trouve en récidive; que c'est alors le cas de lui faire l'application des art. 35 et 36 de la loi du 19 ventôse an XI.

» Par ces motifs, le tribunal condamne la femme Jacob en 20 francs d'amende et six jours d'emprisonnement. »

J'ajoute que le docteur L... (je lui fais la grâce de ne pas écrire son nom en toutes lettres), assigné comme témoin, a reçu une sévère semonce de M. le Président et a subi un accablant réquisitoire de M. l'avocat impérial. Il le méritait bien!

Je remercie mon honorable confrère, M. le docteur Béchet, d'Avranches, de m'avoir communiqué ce renseignement précieux, qui peut devenir un utile antécédent.

Amédée Latour.

talonnière passent par des fentes qui traversent ces deux plaques latérales.

Dans l'appareil de M. Ferdinand Martin, le pied est fixé très solidement sur une simple semelle plate, sans rebord. C'est par l'art avec lequel il sait disposer les courroies croisées en divers sens autour du pied, que M. Martin supplée à tout autre moyen de contention.

M. Louis Martin ne fixe pas non plus le talon à l'aide d'une talonnière. Le pied est emboîté dans une chaussure à bords peu élevés, dont la partie postérieure est munie d'un épais bourrelet qui maintient le talon en place, conjointement avec les courroies placées sur le coude-pied.

On construit, pour les cas de fortes courbures médio-tarsiennes latérales, des semelles brisées dans leur milieu par une articulation à mouvements latéraux, mécanisme déjà décrit par Boyer.

Dans cet appareil de M. Cottin, le mouvement de cette articulation est produit par une vis sans fin qui fait marcher une pièce à engrenage.

Comme exemple de l'emploi des appareils mécaniques dans la première enfance, je vous présente un enfant âgé de 4 mois 1/2, qui porte à droite un varus congénial du premier degré, et à gauche un valgus; vous avez ainsi sous les yeux deux appareils agissant en sens contraire pour les deux formes principales du pied-bot. La mère de cet enfant a fait une chute pendant le cinquième mois de sa grossesse. Il est probable qu'il est survenu chez l'enfant une affection convulsive durant la vie intra-utérine, affection qui a eu pour résultat un affaiblissement des muscles fléchisseurs abducteurs du côté droit et des muscles opposés du côté gauche. Le valgus a presque disparu depuis l'emploi des machines, et il ne reste guère aujourd'hui qu'un premier degré de talus. Chez cet enfant, il y a eu en même temps une paralysie incomplète du membre supérieur.

Cet autre enfant est un exemple curieux des difformités multiples, dont je vous ai entretenus précédemment. Les membres supérieurs, paralysés presque complétement, sont dans l'extension, les mains fléchies sur l'avant-bras. Les membres inférieurs, écartés très largement, sont dans la rotation en dehors; on éprouve de la résistance quand on veut rapprocher les genoux. Ceux-ci sont fléchis, et la rétraction des muscles fléchisseurs ne permet pas de leur donner l'extension normale. Les rotules sont rudimentaires. Sur le devant des genoux, existe une dépression assez profonde, dont l'apparition, d'après la mère, aurait coïncidé avec l'embonpoint de l'enfant. Le peu de laxité du tissu cellulaire en ce point a probablement empêché la peau de se laisser distendre par le tissu adipeux, ainsi que nous le voyons dans les parties voisines. Aux pieds, nous trouvons des pieds-équins enroulés, fait rare parmi les congénitaux. Du côté droit, il y a un léger degré de varus; à gauche, l'équin est presque direct. Le triceps sural est fortement rétracté. A la plante du pied, vous pouvez remarquer un pli assez profond qui, ordinairement, appartient au pied creux du long péronier latéral, mais que nous retrouvons ici, quoique le long fléchisseur des orteils soit également rétracté; car le pied creux est direct, et les orteils sont aussi recourbés. Dans le traitement, il faudra agir dans le même sens pour toutes les lignes articulaires.

La mère de cet enfant nous dit que, à un mois de sa grossesse, elle eut avec son mari une violente querelle, et fut même frappée. Il est probable que l'enfant a éprouvé dans l'utérus une affection convulsive. Avant cette grossesse, la mère a eu neuf enfants, tous bien constitués. Ce fait dépose évidemment en faveur de la théorie de la rétraction musculaire convulsive, théorie dont je ne combats que l'exagération.

PHYSIOLOGIE.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TEMPÉRATURE ANIMALE;

Par M. Claude Bernard.

(Communication faite à l'Académie des sciences, séance du 18 août.)

DES MODIFICATIONS DE TEMPÉRATURE QUE LE SANG ÉPROUVE EN TRAVERSANT L'APPAREIL DIGESTIF.

L'appareil digestif reçoit son sang de l'aorte ventrale par le tronc cœliaque et par les artères mésentériques. Après avoir circulé dans les vaisseaux capillaires du canal intestinal, du pancréas et de la rate, etc., et avoir servi à l'accomplissement des différents phénomènes sécrétoires ou autres qui se passent dans ces organes, ce sang parvient dans la veine porte et se dirige dans le foie, où il est soumis à une nouvelle élaboration des capillaires pour sortir finalement par les veines hépatiques qui le versent dans la veine cave inférieure, non loin du cœur. On voit ainsi que la circulation de l'appareil digestif diffère de celle des autres appareils de l'économie animale, en ce que le sang artériel, après avoir traversé le système capillaire des intestins et avoir été changé en sang veineux, ne se rend pas immédiatement dans le système veineux général, mais traverse encore un autre système de vaisseaux capillaires, celui du foie, qui le rend encore veineux de nouveau avant qu'il parvienne dans le cœur. Nous aurons donc, dans cet appareil, par exception, à examiner la température du sang dans trois ordres de vaisseaux :

1° Dans les artères qui amènent le sang au canal intestinal;

2° Dans la veine porte, qui contient le sang qui a traversé l'intestin et qui le dirige vers le foie;

3° Dans les veines hépatiques qui se rendent dans la veine cave inférieure, et contiennent le sang qui a traversé la totalité de l'appareil digestif.

Pour prendre la température du sang dans ces différents vaisseaux, il est convenable, d'une part, de ne pas apporter des troubles considérables dans la circulation locale, et, d'autre part, de ne pas découvrir les organes, afin de ne pas les exposer à des causes de refroidissement artificiel.

Le procédé qui m'a paru être le moins sujet aux inconvénients que je viens de signaler est le suivant :

L'animal étant convenablement maintenu, on pratique dans l'hypochondre droit une incision oblique, étendue depuis l'articulation de la dernière côte à la colonne vertébrale jusqu'au bord externe du muscle droit abdominal, au niveau de la crête de l'os des îles. Lorsqu'on est arrivé dans la cavité abdominale, il faut empêcher l'éventration d'avoir lieu, et maintenir le paquet intestinal refoulé du côté gauche. On aperçoit alors au fond de la plaie le tronc de la veine cave, ainsi que les veines rénales qui s'y abouchent. Le rein droit est très facile à atteindre, et il se trouve placé dans l'angle le plus élevé de la plaie et comme couché sur l'articulation de la dernière côte. Dans le fond de la même plaie se rencontre encore parallèlement au tronc de la veine cave inférieure, et à gauche d'elle, l'aorte ventrale, que l'on reconnaît très facilement par ses battements, mais dont le calibre est masqué par du tissu cellulaire et par un grand nombre de rameaux nerveux qui l'entourent. Enfin, on aperçoit à droite et en haut, au-dessous de l'anse du duodénum, les veines mésaraïques principales qui remontent vers le tronc de la veine porte qui est situé au-dessous du foie.

Pour obtenir, à l'aide de ce procédé, la température du sang artériel qui entre dans l'appareil digestif, il faut prendre cette température non pas dans les artères mésentériques, ce qui est impraticable, en général, à raison de l'exiguïté des vaisseaux, mais il faut aller la constater dans l'aorte ventrale, au niveau de l'émergence du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique. Pour avoir la température du sang qui sort des intestins, il faut la prendre dans le tronc de la veine porte. Enfin, pour constater la température du sang qui sort du foie, il faut arriver jusqu'aux veines hépatiques en pénétrant par la veine cave inférieure.

Lorsqu'on a affaire à des animaux (chiens) de forte taille, on peut parvenir dans les différents vaisseaux que nous venons de nommer sans troubler notablement la circulation. Voici alors comment on s'y prend : on attire le rein droit qui se trouve placé à découvert; on isole avec précaution les vaisseaux rénaux, et on les entoure de ligatures convenablement placées pour empêcher l'écoulement du sang. Par une incision pratiquée à la veine rénale, on fait pénétrer le thermomètre dans la veine cave inférieure, puis on le pousse en haut jusqu'à ce qu'il soit arrivé au niveau de l'abouchement des veines hépatiques; on peut même faire pénétrer la cuvette du thermomètre dans ces veines par une manœuvre convenable qui consiste à incliner au même moment le corps de l'animal de droite à gauche.

Ensuite, au moyen d'une incision pratiquée à l'artère rénale, on arrive de même dans l'aorte ventrale, très près du lieu d'émergence du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique. Il ne reste plus alors que le tronc de la veine porte, dans lequel on arrive facilement par la veine duodénale qui sert à introduire le thermomètre jusque dans le tronc de la veine, au-dessous du foie.

Dans ce premier procédé qui vient d'être décrit, le thermomètre pénètre, à l'aide de rameaux vasculaires collatéraux, jusque dans les troncs où la cuvette de l'instrument se trouve entourée de tous côtés par une quantité de sang assez considérable pour être isolée des parois des vaisseaux. Mais lorsque les animaux (chiens) sont de moyenne ou de petite taille, il devient impossible de pénétrer dans les troncs vasculaires au moyen de branches collatérales, ainsi que nous venons de le dire, et il faut se résigner à entrer directement dans la veine cave, dans la veine porte et dans l'aorte; ce qui nécessite ensuite l'application de ligatures qui interceptent plus ou moins complétement la circulation dans ces vaisseaux. Toutefois, il est possible de placer ces ligatures de telle façon qu'elles soient à peu près sans influence sur la circulation intestinale. Pour cela, je pénètre dans l'aorte, au-dessous de l'émergence des artères rénales, puis je dirige la cuvette du thermomètre jusqu'au niveau du tronc cœliaque et de l'artère mésentérique, pour obtenir ainsi la température du sang artériel qui va se distribuer dans l'appareil digestif. On voit de cette manière que la circulation ne se trouve interceptée qu'au-dessous de la ligature, et qu'elle reste libre au-dessus dans les vaisseaux qui vont aux organes digestifs. En pénétrant de même dans le tronc de la veine cave inférieure au-dessous des veines rénales, on ne gêne la circulation que dans les membres postérieurs, mais aucunement dans les veines hépatiques. Il est plus difficile dans ce second procédé d'arriver à pénétrer dans le tronc de la veine porte sans porter atteinte à la circulation intestinale. Cependant, on peut ne la modifier que partiellement en faisant la ligature de la veine porte au-dessous de l'abouchement des veines splénique, stomachique et duodénale. Il reste alors l'estomac et une assez grande étendue de la portion supérieure de l'intestin grêle, dans lesquels la circulation s'accomplit encore très bien et ramène le sang dans la partie supérieure du tronc de la veine porte. Enfin, pour atténuer autant que possible ces inconvénients inévitables, on s'arrangera de manière à ne prendre la température du sang dans la veine porte qu'après l'avoir prise dans les autres vaisseaux.

Dans les nombreuses expériences que j'ai pratiquées par les deux procédés décrits, j'ai acquis la certitude qu'à part certaines influences que la ligature de ces gros troncs vasculaires peut avoir sur la température absolue du sang, influences sur lesquelles nous reviendrons plus tard, elles ne modifient pas notablement les températures relatives; et ce qui le prouve, c'est que j'ai obtenu sensiblement les mêmes rapports entre les températures des divers vaisseaux de l'appareil digestif, en opérant alternativement par les deux procédés décrits précédemment. Il est à peine utile d'ajouter que, dans toutes ces expériences, il faut agir avec célérité, afin d'éviter le refroidissement des organes sur lesquels on expérimente et d'empêcher que l'organisme de l'animal ne se modifie trop par les fatigues de l'opération. Il arrive, en effet, quelquefois, chez les animaux affaiblis par la durée de l'opération, que la température du corps s'abaisse; et il faut être bien prévenu de cette circonstance, afin que l'on ait soin de ne comparer entre elles que celles des observations de température faites dans des vaisseaux différents au même moment de l'expérience. Il y a même plus, c'est que dans les mouvements violents d'agitation, il peut survenir des conditions circulatoires telles, qu'elles entraînent des modifications de température très notables. Les causes de ces modifications nous occuperont plus tard, mais nous n'en tiendrons pas compte aujourd'hui dans les résultats de nos expériences, qui ont été obtenus seulement pendant que l'animal était calme et que la circulation était aussi normale que possible.

Les thermomètres dont j'ai fait usage sont tantôt des thermomètres métastatiques à mercure de Walferdin, tantôt des thermomètres à mercure construits par Fastré. J'ai toujours fait mes expériences comparatives avec le même thermomètre qui était plongé successivement dans les différents vaisseaux. J'ai suivi cette méthode, qui est généralement recommandée, parce qu'en effet il est bien préférable, pour comparer ses résultats, de ne pas avoir à tenir compte des différences qui peuvent se rencontrer dans les instruments d'observation que l'on emploie. Je dois, toutefois, faire observer que, dans les expériences faites sur les animaux vivants, cette méthode n'a plus les mêmes avantages; et il serait infiniment plus convenable d'avoir, si cela était possible, deux thermomètres bien comparables qui fussent au même instant plongés dans les deux sangs dont on veut comparer la température. Il peut arriver, en effet, dans ce milieu si mobile constitué par l'organisme vivant, que pendant le temps, si court qu'il soit (et il exige toujours une ou deux minutes), qui sépare deux observations successives, il survienne des modifications passagères capables d'influencer notablement la température du sang, suivant que l'animal est calme ou agité, suivant qu'il s'affaiblit ou qu'il souffre, etc. C'est pour cela qu'il ne faut jamais se contenter d'une seule observation; il faut revenir plusieurs fois dans les mêmes vaisseaux en rendant inverse l'ordre des observations, afin de s'assurer que le résultat différentiel que l'on a obtenu n'est pas accidentel.

La cuvette du thermomètre dont je me suis le plus ordinairement servi avait de 4 à 5 millimètres de diamètre et de 2 à 3 centimètres de long. Le volume de cette cuvette ne gênait pas la circulation dans les vaisseaux où on la plaçait, et ses parois très minces permettaient au thermomètre d'avoir une grande sensibilité. Chaque degré centésimal du thermomètre était divisé en cinquièmes, dont il était facile d'apprécier la moitié, c'est-à-dire un dixième de degré. Enfin, j'ajouterai que la cuvette du thermomètre était toujours plongée profondément dans des parties qui n'avaient pu être refroidies par le contact de l'air. C'est ainsi que les veines hépatiques, la veine porte, le tronc cœliaque et l'artère mésentérique, dans lesquels j'avais à observer la température du sang, se trouvent également placés contre la colonne vertébrale, à peu près au niveau du diaphragme, dans des conditions identiques de protection contre le refroidissement extérieur.

Maintenant, après avoir exposé aussi exactement que possible la marche suivie dans les expériences, je vais en donner les résultats, que j'ai groupés dans trois tableaux qui correspondent aux trois ordres de vaisseaux de l'appareil digestif.

Le premier tableau donne les résultats de la comparaison de la température du sang avant et après l'appareil digestif, c'est-à-dire dans l'aorte ventrale et dans les veines hépatiques.

Le deuxième tableau donne la température comparative du sang avant et après l'intestin, c'est-à-dire du sang artériel aortique et du sang de la veine porte.

Le troisième tableau donne les résultats de l'examen comparatif de la température du sang avant et après le foie, c'est-à-dire du sang de la veine porte et de celui des veines hépatiques.

A l'inspection de ces trois tableaux, on constate qu'il y a un accroissement constant de la température du sang dans tout son trajet à travers l'appareil digestif, et en même temps on peut voir la part que l'intestin et le foie prennent à cet accroissement.

Il serait tout à fait illusoire et même erroné de tirer des valeurs moyennes des nombres consignés dans les tableaux précédents, parce que les animaux que l'on a observés se trouvant dans des conditions souvent différentes, ne sont pas exactement comparables entre eux. Ce sont les observations faites sur les vaisseaux différents du même animal, qui sont seules comparables, et c'est seulement de ces comparaisons que nous déduirons les conséquences.

On peut voir, en outre, par l'inspection des résultats contenus dans le premier tableau, *que le sang à sa sortie de l'appareil digestif*, après avoir traversé les deux systèmes capillaires sanguins, celui de l'intestin et celui du foie, *se trouve constamment plus chaud qu'à son entrée*.

Les états d'abstinence ou de digestion, qu'il paraissait si important *à priori* de comparer entre eux, ne semblent pas apporter de grandes modifications dans le résultat constant que nous venons de signaler, et souvent l'accroissement de température s'est montré plus fort chez des animaux à jeun.

Le deuxième tableau donne les changements de température que le sang éprouve en traversant le système capillaire seul de l'intestin. On voit d'une manière générale que la température s'accroît. Cependant, il y a quelques observations dans lesquelles il y a eu égalité ou même un léger abaissement de température. Ces particularités s'expliquent facilement parce que la membrane muqueuse de l'intestin est en réalité une surface extérieure sur laquelle peuvent se rencontrer, par suite de l'ingestion alimentaire, des substances venues du dehors, et parfois susceptibles d'apporter un refroidissement qui se communique nécessairement au sang qui circule dans ces parties.

Le troisième tableau montre les modifications de température que le sang éprouve en traversant le tissu capillaire hépatique seul. Ici, il y a un accroissement constant dans la température du liquide sanguin, et, en examinant les chiffres des différences, on voit que cet accroissement de température est relativement très fort.

En résumé, les expériences dont les résultats sont contenus dans ce travail établissent :

1° Que l'appareil digestif fait éprouver au fluide sanguin un réchauffement constant, de telle sorte que, dans cet appareil, le sang veineux est plus chaud que le sang artériel.

2° Le sang qui sort de l'appareil digestif par les veines hépatiques est une source constante de calorification pour le sang qui va au cœur par la veine cave inférieure. Nous pouvons même ajouter, dès à présent, que c'est la principale; car nulle part, dans le système circulatoire, le sang n'est aussi chaud que dans les veines hépatiques, et nos tableaux d'expériences montrent que, chez les animaux les plus vigoureux, cette température peut atteindre 41°.6 centigrades.

3° Parmi les organes qui concourent au réchauffement du sang dans l'appareil digestif, le foie occupe le premier rang. D'où il résulte que cet organe doit être considéré comme un des foyers principaux de la chaleur animale.

Dans une très prochaine communication, j'entretiendrai l'Académie des modifications de température que le sang éprouve en traversant l'appareil respiratoire.

HYDROPHOBIE.

HYDROPHOBIE RABIQUE; — INCUBATION DE DIX-HUIT MOIS; — INCIDENTS PÉNIBLES; — MORT.

Vitry-le-François, août 1856.

Dans la nuit du 6 au 7 octobre 1839, vers deux heures du matin, je fus appelé chez le sieur R... (Alexis), manœuvrier, âgé de 46 ans, atteint, me dit-on, d'une grande fièvre et d'un violent mal de gorge.

Le pouls, en effet, était fréquent et développé, la peau chaude, les yeux brillants, injectés, impressionnables à la lumière. Un léger malaise de quelques jours, qui s'était accru dans la journée du 6, avait forcé le malade à se mettre au lit de bonne heure. Je fis une saignée du bras assez copieuse, et me disposais à me retirer, insistant sur la prescription de boissons mucilagineuses, lorsque la femme me dit que la déglutition était impossible et que son mari, en voulant boire, éprouvait des convulsions. Je présentai moi-même un verre d'eau, mais à peine eut-il touché les lèvres du malade que celui-ci fut pris d'une violente constriction du pharynx avec renversement de la tête en arrière. Plusieurs tentatives renouvelèrent les mêmes phénomènes. La saignée, cependant, avait procuré un bien-être général et je sortis l'esprit préoccupé, toutefois, d'une sinistre pensée.

Je revins à six heures : il y avait plus de fréquence du pouls, de l'agitation nerveuse, même impossibilité de boire, mêmes manifestations ; mais je ne pus obtenir sur les causes soupçonnées de l'affection que des renseignements négatifs.

Cependant le caractère de la maladie se dessinait de plus en plus; les calmants étaient restés sans effet; bientôt la clarté un peu vive du jour, les corps brillants, la vue des liquides provoquaient des crises. Dans l'après-midi, un confrère, en mon absence, abusé par les dénégations de la famille, crut à une affection tétanique et prescrivit un grand bain; il fallut pour le donner l'effort de plusieurs hommes vigoureux.

L'agitation devient extrême dans la soirée ; le mot d'hôpital exalte le malade ; on a peine à le contenir sur son lit; l'air de sa chambre lui semble chargé de poussière; il étouffe et prie qu'on s'éloigne; ses cris et ses convulsions font fuir la plupart des assistants. C'est alors qu'un voisin déclare, en précisant le lieu et l'époque, que R... a effectivement été mordu par un mauvais chien. Devenu plus calme vers les dix heures, et, sur sa demande, on le laisse seul dans l'espoir qu'il va trouver enfin quelque repos ; mais ici va se passer une scène pénible à raconter : pendant un nouvel accès, il s'élance par une fenêtre dans les jardins des habitations voisines, franchissant ou brisant les clôtures, tombant et se torturant sur le sol. La nuit est très obscure ; on ne sait où il est ; l'effroi du quartier est à son comble. On court à la police qui requiert la garde et l'on vient demander s'il faut tirer dessus !... J'apprends bientôt qu'il entre à l'hôpital. Cerné par les baïonnettes dans une rue adjacente, il était rentré dans le plus grand calme, s'était laissé vêtir, mettre la camisole et conduire tranquillement.

Le 8 au matin, loquacité délirante, crachotement continuel, sueur froide et visqueuse, agitation fibrillaire de tout le corps, pouls imperceptible, mort à neuf heures.

Le malheureux R..., au mois d'avril de l'année précédente, dix-huit mois environ avant l'apparition des symptômes rabiques, avait été mordu à l'un des doigts de la main par son petit chien malade; il n'avait réclamé aucun secours de l'art, mais pour calmer ses inquiétudes d'alors, il avait, dans sa religieuse conviction, fait bénir du linge et dire une messe à Saint-Hubert, par un vicaire de la paroisse. Je rapporte ces circonstances qui fixent bien l'époque de l'incubation.

Dr Valentin,
Chirurgien de l'hôpital de Vitry-le-François.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 Août 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Physiologie et pathologie des capsules surrénales.

M. Brown-Séquard lit un mémoire intitulé : *Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie des capsules surrénales.* En voici un extrait :

Un livre remarquable publié par le docteur Addison a appelé récemment l'attention sur les capsules surrénales. Jusqu'alors, malgré un savant mémoire d'anatomie pathologique de M. Rayer, et malgré de belles recherches d'anatomie normale dues à Ecker, les physiologistes et les médecins avaient presque complétement négligé l'étude de ces petits organes. On proportionnait probablement leur importance à leurs dimensions : on se trompait. Des expériences extrêmement nombreuses que j'ai faites depuis plus de huit mois, concernant ces organes, m'ont conduit à cette conclusion, assurément imprévue, même après les faits pathologiques rapportés par Addison, que la fonction des capsules surrénales est non seulement essentielle à la vie, mais l'une des plus importantes de l'économie.

J'ai constaté que ces organes ont une sensibilité très vive, surtout sur les lapins. La découverte faite par M. Flourens de l'existence d'une sensibilité très vive dans les ganglions semi-lunaires rendait déjà probable l'existence de cette propriété vitale dans les capsules surrénales qui reçoivent leurs nerfs surtout de ces ganglions.

On croit que ces capsules appartiennent surtout, sinon exclusivement, à la vie embryonnaire. C'est une erreur ; car j'ai constaté que ces organes gagnent en poids presque autant que les reins, à partir de la naissance jusqu'à l'âge adulte, chez l'homme, le chat, le chien, le lapin et surtout le cochon d'Inde.

L'ablation des capsules est une opération beaucoup plus facile qu'on ne pourrait le croire, à en juger par leur situation profonde. Quant à la durée de la vie, voici quels sont mes résultats :

1° Sur 44 lapins, la survie moyenne a été de 9 heures et quelques minutes, la survie minimum a été de 5 heures 30 minutes, la survie maximum de 13 heures : 7 lapins seulement sur 44 ont survécu plus de 10 heures à l'opération.

2° Sur 5 chiens et 2 chats adultes, la survie moyenne a été de 14 heures 30 minutes, la survie minimum de 12 heures 30 minutes, la survie maximum de 17 heures.

3° Sur 9 cochons d'Inde, la survie moyenne a été de 11 heures, la survie minimum de 9 heures, et la survie maximum de 16 heures.

4° De deux souris, l'une a survécu 7 heures 30 minutes, l'autre 8 heures 30 minutes. La moyenne générale pour ces cinq espèces d'animaux a été de 11 heures 30 minutes à peu près. Je dois dire que peut-être quelques animaux auxquels j'ai enlevé les capsules surrénales ont survécu plus longtemps que ceux qui sont compris dans les précédentes listes. En effet, je n'ai tenu compte dans ces listes que des animaux que j'ai vus mourir ; et sur plusieurs autres, dont je ne connais pas exactement l'heure de la mort, j'ai vu la vie durer presque autant que le maximum indiqué ci-dessus : ils ont donc très probablement vécu plus longtemps que ce maximum. Sur 6 chats et 5 chiens nouveau-nés (âgés de 2 à 12 jours environ) la survie a été, en moyenne, de 37 heures; minimum, 19 heures, maximum 49 heures.

Après l'ablation d'une seule capsule surrénale, j'ai constaté :

1° Sur 16 lapins, une survie moyenne de 23 heures environ : minimum 14 heures, maximum 40 heures ;

2° Sur 5 cochons d'Inde, survie moyenne 24 heures 30 minutes; minimum 17 heures, maximum 33 heures ;

3° Sur 2 chats et 2 chiens adultes ou âgés d'au moins 3 mois, survie moyenne 34 heures : minimum 27 heures, maximum 55 heures.

Bien que je n'aie pas vu jusqu'ici un seul animal survivre définitivement à l'ablation d'une des capsules surrénales, je crois probable qu'en multipliant les expériences on verra des survies définitives après cette opération.

Je renvoie à mon mémoire pour la description des symptômes qu'on observe après l'ablation des deux capsules surrénales, me bornant à dire :

1° Que ces symptômes sont à peu près les mêmes pour les animaux d'espèces diverses sur lesquels j'ai expérimenté ;

2° Qu'ils consistent surtout en un affaiblissement notable, des troubles variés de la respiration, de la circulation, et enfin des convulsions, du tournoiement, du délire et du coma.

Les convulsions, surtout fréquentes chez les lapins, ont lieu par action réflexe, comme celles dues à l'empoisonnement par la strychnine et d'autres poisons. Chez les animaux dépouillés seulement d'une capsule surrénale, souvent les convulsions sont plus fortes du côté de l'opération que de l'autre. Quelquefois, dans ces conditions, les lapins roulent sur eux-mêmes comme lorsqu'on a lésé certaines parties de la base de l'encéphale, en répétant les célèbres expériences de Magendie et de M. Flourens. Ce roulement commence ordinairement par le côté opposé à celui de l'opération. On trouve assez souvent la pupille plus resserrée du côté opéré que de l'autre.

J'ai constaté que la mort n'est due, après l'ablation des capsules surrénales, ni à une hémorrhagie, ni à une péritonite, ni à une blessure des viscères voisins des capsules. D'une part, ces causes de mort n'ont pas existé dans les expériences dont j'ai tenu compte ; d'une autre part, dans des expériences nombreuses où j'ai dilacéré le péritoine en plusieurs endroits et où j'ai blessé les viscères voisins des capsules, sans enlever ces petits organes, j'ai vu les animaux survivre, en général, bien plus longtemps qu'après l'ablation des capsules, et j'en ai vu quelques-uns se rétablir définitivement. Il est très bien connu, du reste, que les plaies pénétrantes de l'abdomen, chez les animaux comme chez l'homme, sont loin d'être toujours mortelles, et, s'il en était besoin, nous pourrions rappeler à cet égard bien des expériences célèbres dues à des membres éminents de l'Académie (MM. Flourens, Cl. Bernard, Jobert (de Lamballe).

En comparant la durée de la vie des animaux dépouillés des deux capsules surrénales à la durée de la vie après l'ablation des reins, on trouve avec étonnement qu'elle est plus courte dans le premier cas que dans le second. C'est ce qui résulte non seulement de ce que j'ai vu moi-même après l'extirpation des reins, mais de ce qu'avaient trouvé, à propos de cette dernière opération, MM. Prévost et Dumas, M. Ségalas, MM. Cl. Bernard et Barreswil, Frerichs et d'autres.

Tout le monde sait que la mort peut être le résultat presque instantané de lésions du nerf grand sympathique abdominal. M. Flourens, dans le remarquable travail qu'il a publié sur ce nerf, dit avec raison : « Que tout ce que tant d'habiles observateurs ont dit de cette haute » puissance nerveuse, résidant, selon eux, vers la région diaphragmatique, et tour à tour célébrée par eux sous les noms d'*archée*, de » *præses systematis nervosi*, de *centre phrénique, épigastrique*, etc., » paraît en quelque sorte justifié par la sensibilité du réseau semi-» lunaire. » En cherchant comment ce petit centre nerveux si sensible peut causer subitement la mort, j'ai trouvé que c'est en arrêtant les battements du cœur, comme lorsqu'on galvanise la moelle allongée ou les nerfs vagues, ou lorsqu'on excite mécaniquement la moelle allongée, ainsi que je l'ai fait voir à la Société de biologie en 1850. Le plus souvent le cœur ne s'arrête pas quand on écrase les ganglions semi-lunaires, mais ses battements deviennent en général plus lents. Si l'on a coupé soit les nerfs grands splanchniques, soit les nerfs vagues, l'écrasement de ces ganglions n'a plus d'influence manifeste sur le cœur.

Ces faits rendent probable que l'irritation des filets du grand sympathique, qui vont aux capsules surrénales, doit jouer un rôle dans les phénomènes qu'on observe après l'ablation de ces organes. Mais la longue survie des animaux sur lesquels on a blessé ou coupé en divers endroits le grand sympathique abdominal ou les nerfs grands splanchniques, dans les expériences de Haffter, dans celles de M. Cl. Bernard et dans les miennes, montre que la mort, après l'ablation des capsules, ne peut être considérée comme étant exclusivement ni même principalement le résultat d'une blessure du grand sympathique.

Le sang chez les animaux dépouillés des capsules surrénales semble se charger d'un principe toxique : du moins, ce sang (pris sur des lapins à l'agonie) hâte considérablement la mort des lapins chez lesquels on a enlevé, depuis quelques heures, une seule capsule, et, d'un autre côté, du sang de lapin en bonne santé, injecté dans les veines d'un lapin à l'agonie après l'ablation de l'une ou des deux capsules, le fait revenir à la vie pour quelques heures.

A l'autopsie des animaux morts après l'extirpation des capsules, on ne trouve aucune autre altération dans les centres nerveux qu'une congestion plus ou moins considérable.

J'ai trouvé que les capsules surrénales chez les lapins sont très souvent le siége d'une inflammation très vive, qui amène rapidement la mort après avoir occasionné des phénomènes tout à fait semblables à ceux qui suivent l'extirpation de ces organes.

Après les plaies de la moelle épinière à la partie inférieure de la région dorsale ou à la partie supérieure de la région lombaire, chez les mammifères, les capsules surrénales, ainsi que je l'ai trouvé il y a déjà cinq ans, se congestionnent et s'hypertrophient. En outre, ainsi que je l'ai trouvé récemment, elles s'enflamment alors quelquefois, et la mort semble être la conséquence inévitable de cette inflammation.

Ne voulant tirer des faits rapportés dans mon mémoire que les conclusions qui semblent absolument certaines, en négligeant ici celles qui ne semblent être que plus ou moins probables, je me bornerai à dire :

1° Que les capsules surrénales paraissent être des organes essentiels à la vie, au moins chez les chiens, les chats, les lapins et les cochons d'Inde ;

2° Que l'ablation de ces organes amène, en général, la mort plus rapidement que l'ablation des reins ;

3° Que les capsules surrénales ont avec le centre cérébro-rachidien de nombreuses relations d'influence.

Développement de la forme du crâne de l'homme.

M. Gratiolet lit un mémoire sur le développement de la forme du crâne de l'homme, et sur quelques variations qu'on observe dans la marche de l'ossification de ses sutures. (Com. MM. Velpeau, Cl. Bernard.)

Existence fréquente d'une poche amnio-choriale jusqu'à une époque avancée de la grossesse.

M. Mattei adresse sur ce sujet la note suivante :

Il n'est pas admis en obstétrique qu'à une époque avancée de la grossesse, la membrane amnios soit assez séparée du chorion pour former une poche où peut se réunir du liquide assez abondant.

Cette poche, j'ai eu lieu plusieurs fois de la constater, et elle paraît être même assez fréquente. Elle existe :

1° Dans les cas où la femme enceinte perd tout à coup des eaux assez abondantes pour croire à un accouchement imminent, tandis que la grossesse va encore très loin, ou bien, par le toucher, on constate qu'il existe encore une poche amniotique intacte ;

2° Elle existe dans les cas d'hydrorrhée pendant la grossesse ;

3° Dans les cas où, au moment du travail, on est obligé, pour un seul œuf, de percer successivement deux poches distinctes, qui donnent chacune un liquide de même couleur ou de couleur différente.

Dans ces cas, la poche externe qui se rompt la première est composée du chorion et de la caduque. La deuxième ou interne, est formée par l'amnios. Le sac amniotique peut être alors tellement isolé, qu'il n'adhère même pas à la surface fœtale du placenta. Il ne tient au cordon ombilical que par son insertion au point où cette tige s'implante sur le gâteau placentaire.

Depuis que mon attention a été attirée sur ce sujet, ajoute M. Mattei, j'ai constaté plusieurs fois cette cavité, même en dehors des cas que je viens de citer, et où probablement l'amnios se rompant avant le chorion, il était impossible de constater d'avance la présence de la poche *amnio-choriale*. Ces faits, par leur fréquence, me prouvent que cette cavité, qui existe dans les premières semaines de la grossesse, ne s'oblitère pas toujours ; ils peuvent même faire revenir sur quelques points du développement de l'œuf. En attendant, ils expliquent, de la manière la plus naturelle, ce qu'on appelle les fausses eaux, l'hydrorrhée, la poche supplémentaire et la diversité de couleur du liquide épanché ; phénomènes sur lesquels on n'avait jusqu'ici que des données incertaines. (Comm. MM. Cl. Bernard, J. Cloquet.)

COURRIER.

Le doyen des médecins de Toulouse, M. le docteur Dufour, professeur honoraire de l'École de médecine, ancien médecin des hôpitaux, membre de l'Académie des sciences, de la Société de médecine, ancien membre du conseil municipal, etc., vient de mourir dans un âge fort avancé, à sa campagne de Lespinasse-St-Jory.

Les obsèques de cet homme recommandable à tant de titres, ont eu lieu le 1er septembre, à Lespinasse. La population tout entière et de nombreux amis l'ont accompagné jusqu'à sa dernière demeure. MM. les docteurs Dassier et Larrey, organes de la Société de médecine, de l'Académie des sciences et de l'École de médecine, lui ont adressé, au nom de leurs compagnies, un suprême adieu.

M. Piquot de Lamare, ancien chirurgien aide-major sous l'Empire, ancien maire, et chirurgien en chef de l'hôpital d'Honfleur, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur par décret du 21 août dernier.

— M. Réné, professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Montpellier, vient d'être nommé, par S. M. la reine d'Espagne, commandeur de l'ordre d'Isabelle-la-Catholique.

TIRAGE du journal LA PRESSE,

DATE DE LA FONDATION : 1er JUILLET 1836.

1836,	9,931,	après six mois de fondation.
1837,	13,200.	
1838,	2,300.	
1839,	9,550.	
1840,	13,485.	
1841,	13,485.	
1842,	15,170.	
1843,	16,092.	
1844,	16,895.	
1845,	22,971,	agrandissement du format.
1846,	25,770.	
1847,	32,800.	
1848,	63,869.	
1849,	34,779.	
1850,	31,479.	
1851,	21,336.	
1852,	18,857.	
1853,	22,782.	
1854,	34,665,	tirage en deux heures ; cinq compositions.
1855,	42,646.	

Tirage de 1854. 34,775
— de 1855. 42,646
AUGMENTATION. 7,871

La *Presse* est le journal français qui tire le plus grand nombre d'exemplaires.

Il a tiré dans l'année 1855 :

QUINZE MILLIONS trois cent cinquante-deux mille quatre cent quatre-vingt-dix-huit feuilles (15,352,498 feuilles).

Et payé au Trésor public, pour droits de timbre :

UN MILLION deux cent vingt-six mille huit cent cinq francs (1,226,805 fr.)

En 1854, il avait tiré *douze millions* quatre cent quarante-neuf mille cinq cent soixante-huit feuilles (12,449,568 feuilles), et avait payé au Trésor public, pour droit de timbre, la somme de neuf cent quatre-vingt-seize mille sept cent soixante-quatorze francs (996,774 fr.).

Son tirage s'exécute au moyen de CINQ COMPOSITIONS qui roulent *simultanément* sous cinq presses à quatre cylindres, exécutées par M. Hip. Marinoni.

On peut assister tous les jours, de 4 heures 1/2 à 6 heures 1/2, au tirage du journal la *Presse*, en s'adressant rue Montmartre, 123, à MM. Serrière et Cie, imprimeurs de la *Presse*, du *Livret officiel de l'Exposition universelle*, des *Cinq Centimes illustrés*, etc.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 109. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 9 Septembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. THÉRAPEUTIQUE : Note sur le traitement de la phthisie pulmonaire. — II. THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE : Le valérianate d'ammoniaque, tel qu'on le trouve aujourd'hui dans le commerce, n'est pas un médicament à composition définie. — III. Sur l'emploi du silicate et du benzoate de soude, unis aux préparations d'aconit et de colchique dans le traitement de la goutte, de la gravelle, du rhumatisme chronique et goutteux, etc. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médicale de Constantinople.* Suite de la discussion sur le typhus. — V. VARIÉTÉS : Les mangeurs de feu. — VI. Rectification. — VII. FEUILLETON : Coup d'œil historique et critique sur la médecine et la chirurgie françaises au XIXe siècle.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE (1) ;

Par M. Amédée LATOUR.

III.

A. *Alimentation.* — L'alimentation des phthisiques exige la plus grande attention. Je ne craindrai pas d'entrer, à cet égard, dans des détails qui pourront paraître puérils à ceux qui vont chercher leurs armes pour combattre la maladie dans les arsenaux de la matière médicale, mais qui ne seront peut-être pas dénués de tout intérêt pour ceux qui, pour modifier favorablement la diathèse tuberculeuse, croient plus à l'influence de la diététique et du régime qu'à celle de la pharmacie.

La base de l'alimentation des phthisiques doit être la viande de bœuf et de mouton, rôtie ou grillée. Voici comme j'ai coutume de prescrire le régime alimentaire des malades.

Plusieurs petits repas par jour, au lieu d'un ou de deux copieux.

Le matin, au lit, ou dès le lever, une bouillie alternativement faite avec de la farine de maïs ou de la farine d'avoine, bien cuite dans du bon lait de vache, additionnée d'un peu de sel, sucrée et aromatisée avec un zest d'orange ou de citron.

A dix heures, une côtelette de mouton grillée; un fruit bien mûr de la saison.

A quatre heures, potage gras, bœuf rôti ou grillé assaisonné de cresson, légumes et fruit de la saison.

A neuf heures, potage gras (semoule, sagou, tapioka).

La boisson aux repas se compose de vin vieux de Bordeaux, mêlé d'infusion de quinquina. (Quinquina rouge en poudre, 30 gr. ; eau, deux litres. — Faites infuser à froid pendant douze heures, filtrez.)

Chez les enfants qu'il est difficile de soumettre rigoureusement à un régime quelconque, chez certains malades névropathiques, pour qui toute règle est insupportable, on peut varier, combiner, alterner ce régime, car l'essentiel est que le malade s'alimente, que l'absorption de principes nutritifs s'opère et que la grande fonction de la nutrition s'exécute. Aussi, chez les malades que l'uniformité de ce régime fatigue ou répugne, suspendez-le pendant quelques jours; remplacez-le chez les enfants par des tartines de bon beurre salé de Bretagne, pour lesquelles ils ont généralement une vive appétence.

Il est important néanmoins de prendre quelques précautions quand on est appelé auprès d'un phthisique soumis depuis longtemps à un régime plus ou moins sévère. Un changement brusque et complet dans l'alimentation d'un malade est toujours une circonstance défavorable; c'est par gradation que ce changement doit s'opérer, et vous n'irez pas soumettre subitement à un régime fortement réparateur, un malade qui, depuis longtemps, ne vit que de laitages et de pruneaux; vous commencerez par les potages, par les gelées de viande, pour arriver aux viandes grillées et rôties. D'ailleurs, pourvu que la base de l'alimentation soit fortement réparatrice, le malade ne se privera ni de fruits ni de légumes, pris avec mesure et sobriété et dans des conditions de maturité parfaite.

Le malade évitera avec soin les excitants alcooliques, le café et le thé. Un peu de vin vieux à ses repas doit lui suffire.

En résumé, le régime alimentaire des phthisiques commande une sérieuse attention. Si nous nous occupions des causes de la phthisie pulmonaire et des conditions qui ont une influence directe sur son développement, les preuves arriveraient surabondantes de l'action immense de l'alimentation dans la pathogénie de cette affection. Les modifications qu'elle imprime au développement régulier et normal des organes, à l'énergie de leurs fonctions, sont lentes, mais profondes, durables, et d'autant plus actives qu'elles s'exercent sur des sujets nés faibles et à prédisposition tuberculeuse et strumeuse. C'est aussi sur les enfants qui se trouvent dans de telles conditions qu'une surveillance attentive pour l'alimentation est de rigueur. Les premiers sont relatifs à l'allaitement, si souvent la cause première du développement de ces funestes maladies qui moissonnent prématurément tant de jeunes victimes de l'incurie ou de l'ignorance.

Une mère née de parents phthisiques, celle dont la constitution faible et délicate peut faire présager l'invasion plus ou moins prochaine de la phthisie, celle en qui des chagrins profonds, de longues privations, des excès de tout genre, ont plus ou moins altéré la constitution, celle enfin qui ne peut donner à son enfant qu'un allaitement insuffisant et peu réparateur, celles-là, disons-nous, doivent renoncer aux devoirs qu'impose la maternité, car avec leur lait elles feraient sucer à leur enfant le germe d'une maladie qui tôt ou tard exercera ses funestes ravages. S'il existe un moyen propre à s'opposer à l'extension de cette cruelle maladie, c'est assurément celui qui consisterait à empêcher les mères suspectes de phthisie, soit héréditaire, soit acquise, de nourrir leurs enfants. Des médecins sont allés jusqu'à émettre le vœu que le mariage fût défendu aux individus en qui la phthisie est confirmée ou seulement probable. La réalisation de ce désir, par trop draconien, est impossible, mais il serait très possible que la société, éminemment intéressée à n'avoir dans son sein que des membres utiles, exerçât une active surveillance sur les enfants qui naissent dans des conditions défavorables. Il faudrait pour cela que l'attention publique fût préoccupée d'autres intérêts que ceux auxquels elle prête en ce moment une aussi vive attention; il faudrait surtout que les médecins jouassent, dans notre ordre social, le rôle humanitaire auquel les appellent leurs études et leur dévouement.

L'allaitement d'un enfant né dans des conditions déplorables d'hérédité tuberculeuse doit être confié à une nourrice forte et robuste, qui habite la campagne, et qui puisse apporter la première et très certaine modification à la prédisposition morbide de son nourrisson. Plus tard, et pendant toute la période de l'enfance, une alimentation énergique est de rigueur. Elle doit se composer de viandes grillées et rôties, de gibier, de potages gras, de fécules au bouillon, de gelées de viandes, et d'un peu de bon vin, en un mot de tout ce qui peut fournir au sang des éléments riches et réparateurs.

Dans la phthisie confirmée, l'alimentation exige encore la plus grande surveillance : quand des symptômes locaux d'inflammation n'existent pas, c'est encore à une nourriture fortement réparatrice qu'il faut demander l'amélioration du malade. La nature semble même nous mettre sur la voie de ce qu'il convient de faire à cet égard. L'observation la plus générale démontre que les fonctions digestives sont les dernières à s'éteindre chez les phthisiques, et quel est le praticien qui n'a pas vu de ces malheureux, dévorés par la consomption pulmonaire, et arrivés au dernier terme de la maladie, dire avec confiance : l'estomac est très bon, c'est mon rhume qui ne finit pas! En effet, le plus grand nombre de phthisiques conservent de l'appétit presque jusqu'au dernier moment, jusqu'à ce que les ulcérations intestinales donnent lieu à cette diarrhée colliquative, funeste avant-coureur d'une mort prochaine. Cette circonstance me paraît une indication précieuse fournie par la nature, et, d'après des observations nombreuses, je

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 Août et 2 Septembre 1856.

Feuilleton.

COUP D'OEIL HISTORIQUE ET CRITIQUE SUR LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE FRANÇAISES AU XIXme SIÈCLE (1) ;

Par le docteur MICHÉA.

Sommaire. — Année 1800. — CHIRURGIE : Détails sur les commencements de Boyer. — Son portrait. — Ce qu'il était comme chirurgien, comme opérateur et comme professeur. — Jeunesse d'Antoine Dubois. — Pamphlet de Sacombe contre lui. Son départ pour l'expédition d'Egypte. — Ses relations avec le général Bonaparte et le général Kléber. — Pourquoi il était revenu en France avant la fin de l'expédition. — Son portrait.

En 1788, Boyer avait été nommé au poste de chirurgien gagnant maîtrise, autrement dit adjoint, à la Charité, poste dont le service, dans cet hôpital comme à l'Hôtel-Dieu, expirait tous les cinq ans. En 1793, il devait donc cesser ses fonctions; mais à cette date de terrible mémoire, l'administation des hôpitaux avait bien autre chose à faire qu'à s'occuper de concours. Soit ajournement, soit oubli, elle ne remplaça aucun des chirurgiens-adjoints, et de cette façon Boyer put continuer son service à la Charité, comme Giraud le sien à l'Hôtel-Dieu.

En 1791, Boyer avait concouru avec Larrey et Lombard pour le dernier sujet de prix proposé par l'Académie royale de chirurgie avant de succomber au milieu de la tourmente révolutionnaire. Comme écrivain, il n'était encore connu que par son *Mémoire sur les aiguilles* composé en vue du concours dont je viens de parler, et par son *Traité d'anatomie.*

Professeur d'anatomie, il attirait déjà, du vivant de Desault, une grande affluence d'élèves; mais il était encore sans célébrité comme chirurgien. Nommé professeur de médecine opératoire à l'École de santé, en 1795, il avait bientôt quitté cette chaire pour celle de pathologie externe.

Là, il était sur son véritable terrain; et ce sont ses cours de pathologie chirurgicale, commencés vers 1798, qui servaient de base à sa réputation déjà assez considérable.

Alexis Boyer était d'une contenance grave, sans aucune affectation, d'un air doux, mais extrêmement réservé, qui inspirait le respect à tous ceux qui l'approchaient. Homme de concentration, sans vanité, dépourvu de tout sentiment de curiosité à l'égard des choses extérieures, il vivait à peu près retiré au sein de sa famille, fréquentant peu le monde afin de ne pas en subir les déceptions. Ses seuls délassements consistaient dans la lecture des écrits de Cicéron, de Sénèque et de Voltaire. Il était si peu avide de distractions et de plaisirs extra-domestiques, qu'il n'était jamais allé au Théâtre-Français entendre Talma, son condisciple à l'hôpital de la Charité.

Chirurgien, c'était un esprit sans originalité, une intelligence dépourvue d'initiative. On ne connaissait de lui ni méthodes, ni procédés, ni instruments nouveaux. Soit défaut d'imagination, soit attachement trop vif au culte du passé, il croyait peu au progrès de l'art, dont, pour lui, Desault avait à peu près prononcé le dernier mot, ou du moins dont l'Académie royale de chirurgie en avait été, pour ainsi dire, les colonnes d'Hercule. Aussi, inclinait-il moins à aider qu'à enrayer le mouvement ascensionnel de la chirurgie.

Opérateur peu entreprenant, sans goût pour les hardiesses, trop réservé peut-être, il maniait l'instrument sinon avec beaucoup de grâce, du moins avec assez d'aplomb et de dextérité. Dans l'application des appareils, dans la préparation des objets nécessaires aux pansements, comme dans les pansements eux-mêmes, il apportait une surveillance extrême, un soin qui ne reculait devant aucun détail, si infime qu'il fût, tant il avait la conviction que tout importe en chirurgie pratique.

Envers les malades, il était doux, humain, patient, sans brusquerie, d'une grande égalité d'humeur.

Professeur, il n'était ni érudit, ni disert, ni éloquent comme Pelletan à l'Hôtel-Dieu. Sa parole avait de la monotonie : elle manquait à la fois d'animation, de charme et d'éclat. Mais sa diction lente était ordinairement facile et toujours correcte. Ennemi de la phraséologie et des digressions oiseuses, prompt à aller au but et y marchant sans détour, il désirait avant tout se bien faire comprendre, et, pour cela, il visait extrêmement à la clarté et à la méthode. Il cherchait, en effet, moins à plaire à son auditoire qu'à le convaincre, il aspirait plus à l'entraîner par la force du raisonnement qu'à le captiver par les séductions et les artifices de l'esprit. Mais, trop routinier et trop scolastique, il n'avait ni assez de spontanéité, ni assez d'imprévu dans ses démonstrations. Du reste, sans personnalité bien prononcée, il n'aimait pas à toujours parler de lui; il invoquait même plus souvent l'expérience d'autrui que la sienne propre. Bien supérieur à Desault au point de vue de la délicatesse scientifique, comparable en tout point à Jean-Louis Petit pour la sincérité, il ne leurrait jamais les élèves. Quand il disait avoir fait une opération extraordinaire, on pouvait le croire : les cas qu'il rapportait étaient exacts et non pas inventés, exagérés ou dénaturés à dessein pour le besoin d'une cause.

En somme, le trait distinctif du talent de Boyer, c'était l'esprit d'application, le soin qu'il mettait à féconder tout ce qu'il y avait de bon, d'utile, de réalisable dans les préceptes des auteurs soumis à l'examen de sa critique et à la vérification de son expérience. Sous ce rapport, il rendait de grands services à la chirurgie pratique, et il en rendait de plus grands encore à sa vulgarisation par le zèle extrême, l'attention soutenue, la méthode excellente, la clarté parfaite, la prudence louable et la bonne foi sans bornes qui caractérisaient son enseignement.

Comme Boyer, Antoine Dubois était un homme de science éminemment pratique; mais, contrairement à lui, il exerçait et enseignait son art uniquement en vue des avantages qu'il lui offrait dans le présent, et nullement avec la préoccupation de transmettre à la postérité son nom et ses travaux.

Il avait passé déjà la quarantaine. Il était né en 1756 dans une petite ville de l'ancienne province du Quercy, à Gramat qui fait aujourd'hui partie du département du Lot. Fils d'un receveur de l'enregistrement des domaines mort jeune et sans fortune, il avait obtenu une bourse au collége de Cahors, dont il était sorti à l'âge de vingt ans pour venir dans la capitale achever ses études classiques et tenter le hasard d'une profession. Après avoir fait le chemin de Gramat à Paris, à pied, en com-

(1) Suite. — Voir les numéros des 1er, 8, 15, 22 Juillet, 5, 19, 26 Août et 2 Septembre 1856.

n'hésite pas à ériger en principe que l'alimentation du phthisique doit être entièrement opposée à celle généralement prescrite. La diète végétale et lactée présente des inconvénients graves ; on ne doit y avoir recours que dans les cas d'inflammation locale intercurrente ou lorsque les symptômes locaux offrent une recrudescence d'irritation.

B. *Vêtements.* — Le phthisique, ou celui qui est prédisposé à le devenir, doit être couvert de flanelle de la tête aux pieds, et dans toutes les saisons. Il doit avoir le plus grand soin de ne pas garder des vêtements humides ou mouillés, et de changer les vêtements immédiatement appliqués sur la peau aussitôt qu'ils ont été pénétrés par la transpiration. Le froid aux extrémités est fatal aux phthisiques ; aussi doivent-ils être très soigneux de bien couvrir leurs pieds et de n'y endurer longtemps ni le froid ni l'humidité. Ils devront ne jamais se découvrir alors qu'ils ont chaud, comme aussi ne mettre des vêtements plus légers que lorsque le retour du froid n'est plus à craindre et que la saison d'été est définitivement fixée. Il est toujours imprudent de rester dans sa chambre légèrement couvert pendant qu'on s'occupe des soins de la toilette ; les phthisiques doivent soigneusement éviter cette imprudence et éloigner toutes les causes productrices des rhumes.

C. *Exercices physiques, intellectuels.* — Les individus prédisposés à la tuberculisation pulmonaire sont en général remarquables par un allanguissement du système locomoteur, qui les rend apathiques, indolents ; le mouvement, l'exercice leur répugnent ; ils passeraient volontiers la plus grande partie du jour dans leur lit ou sur un fauteuil. Nous ne craignons pas de dire que la trop grande condescendance qu'on porte généralement aux désirs de ces individus, hâte la production et la marche de la maladie dont ils portent le germe. C'est surtout à cette époque que les exercices physiques jouissent de grands avantages et qu'il convient d'y soumettre ceux qui, par la nature de leur constitution, par des conditions d'hérédité, par des circonstances quelconques, sont dans la période d'imminence de la phthisie. Malheureusement tout est à faire sur ce sujet. Nous manquons de documents certains pour prescrire, avec quelque apparence de raison, tels ou tels exercices ; nous ne savons pas jusqu'à quel point ils doivent être poussés, sur quelles parties du système locomoteur il faut porter l'action physique. Depuis quelques années la gymnastique a été introduite dans les maisons d'éducation ; c'est un progrès qu'il faut louer. Mais, il importe de le dire, ce progrès ne donne pas tous les résultats qu'on devait en attendre. Nous croyons que cela tient à ce qu'en général les exercices gymnastiques sont prescrits sans intelligence et sans connaissance des médications qu'ils sont appelés à remplir. Le système vicieux d'éducation intellectuelle donné à tous les esprits, sans distinction de leurs aptitudes diverses, est également suivi dans ce qu'on pourrait appeler l'éducation physique donnée à toutes les organisations, sans distinction de leurs forces diverses. Entrez dans un pensionnat, au moment où les élèves s'exercent aux jeux gymnastiques ; n'est-il pas vrai que vous verrez cet enfant faible et chétif faire les efforts les plus énergiques pour produire ce que celui-ci, fort et vigoureux, produit en se jouant ? N'est-il pas vrai qu'on exige d'un tempérament débile ce qu'on obtient facilement d'un tempérament dur et robuste ? Et pense-t-on que ce qui n'est pour l'un qu'un amusement agréable et utile ne soit pas pour l'autre une fatigue nuisible ? Rien ne serait plus utile qu'une surveillance active et éclairée, exercée sur les conditions physiques auxquelles il faudrait soumettre les enfants livrés à l'éducation commune. L'Université entretient à grands frais des inspecteurs chargés de constater l'état intellectuel des élèves qui se confient à elle ; rien de mieux assurément. Mais ne serait-il pas tout aussi utile qu'elle chargeât aussi des médecins inspecteurs de lui rendre compte de l'état physique de ces mêmes élèves, et des conditions hygiéniques auxquelles il faudrait les assujettir ? L'amélioration des races, la beauté des générations, la rareté et peut-être même l'extinction totale de l'affreuse maladie qui nous occupe, sont étroitement liés aux mesures que pourrait prendre l'administration, et au zèle, aux lumières et au dévouement qu'elle trouverait auprès des médecins.

Le moyen d'exercice dont l'efficacité a été le plus vantée est l'équitation. On sait que Sydenham avait en lui la plus grande confiance, et qu'il n'a pas hésité à lui attribuer les cures les plus merveilleuses. Sur l'autorité de ce praticien célèbre, l'équitation a été généralement conseillée, et il est encore aujourd'hui peu de médecins qui ne la prescrivent à leurs malades. Cependant elle ne convient pas indistinctement à toutes les périodes de la maladie, et elle exige quelques précautions. Il faut se garder d'y avoir recours après que le malade vient d'avoir un crachement de sang, il est d'observation que cet exercice ramène une hémoptysie récente et qu'il est préjudiciable aux malades qui en sont fréquemment atteints. L'équitation sera surtout utile dans la période d'imminence, et alors que les symptômes locaux ne sont pas encore bien développés. Plus tard, quand une grande partie des poumons est envahie par les tubercules, quand surtout il existe des cavernes, l'équitation n'est pas seulement inutile, elle est dangereuse. Dans tous les cas, l'exercice du cheval doit être pris avec modération ; ce ne sont pas des *courses* qu'il faut faire, mais de petites promenades fréquemment répétées, et au pas du cheval que l'on monte qui produira le moins de secousses.

A toutes les époques de la maladie, tant que les malades auront assez de forces pour sortir, de petites promenades vers le milieu du jour, au grand air et au soleil, leur seront infiniment utiles. La vie sédentaire, le séjour prolongé dans la même chambre, la privation de tout exercice, sont des conditions complétement défavorables aux phthisiques. Mais, encore ici, les conditions opposées seront d'autant plus utiles qu'on y aura soumis les malades plus tôt.

Exercices intellectuels. — Les phthisiques doivent s'abstenir de tout travail intellectuel prolongé. Ce n'est point que nous leur défendions toute occupation de l'esprit ; au contraire, l'oisiveté les prédispose à la tristesse, l'ennui qu'ils en éprouvent augmente leur malaise et les rend plus attentifs et plus inquiets sur leur état de maladie. Mais ils ne doivent pas se livrer à une contention d'esprit trop forte ; le mathématicien doit oublier ses formules, le poète, sa muse, pour se livrer à quelque étude attrayante et facile, à une lecture qui intéresse sans émouvoir, à un jeu qui plaise sans captiver l'attention.

Sur les enfants chez lesquels on a à craindre la prédisposition tuberculeuse, l'éducation intellectuelle demande les plus grands soins. C'est vers l'organisation physique plutôt que vers les forces du cerveau qu'il faut diriger les tendances de l'enfant. Il sera toujours temps de cultiver son esprit, mais il n'est pas toujours temps de fortifier son corps. Cette observation est d'autant plus utile que, par une coïncidence fatalement fréquente, les enfants prédisposés à la phthisie sont remarquables par une aptitude intellectuelle très grande, et par la précocité de leur entendement. Qui n'a vu de ces petits phénomènes d'intelligence, la joie et l'orgueil de leurs parents, s'allanguir et s'étioler vers l'époque de la puberté et mourir dans les premiers temps de l'adolescence ? Quelles amères douleurs les mères ne s'épargneraient-elles pas si leur tendresse, plus éclairée, dirigeait leur sollicitude plus sur le développement physique que sur le développement intellectuel de leurs enfants ! Et pourquoi faut-il que ceux qui président aux destinées des peuples ne se souviennent pas plus souvent, dans leurs lois sur l'éducation, de ce précepte de l'antique sagesse : *Mens sana in corpore sano !*

Je vais aborder maintenant la grande question de l'habitation et des climats.

(La suite à un prochain numéro.)

THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE.

LE VALÉRIANATE D'AMMONIAQUE, TEL QU'ON LE TROUVE AUJOURD'HUI DANS LE COMMERCE, N'EST PAS UN MÉDICAMENT A COMPOSITION DÉFINIE.

A M. Amédée Latour.

Monsieur le rédacteur,

Tout en regrettant le défaut de mémoire de M. le docteur Déclat sur le très court entretien qui a précédé de quelques jours la publication de ma lettre, je ne puis m'empêcher d'être fort édifié du louable empressement qu'il a mis à répondre à la demande toute confraternelle et pleine de convenance que vous lui avez adressée dans l'intention de voir dissiper les incertitudes qui existent encore sur la nature exacte du remède qui a servi si heureusement à guérir la comtesse de Fontanelle.

Aujourd'hui on affirme que le liquide noir qui a servi à l'expérience contient un vingtième de valérianate d'ammoniaque pur ; mais, quant aux substances étrangères qui donnent de la coloration à la mixture, on n'en tient aucun compte.

La réserve à cet égard dans laquelle se place ce médecin n'existera plus sans doute en présence des explications très loyales de mon honorable confrère, M. Pierlot, qui, en cette circonstance, tiendra à honneur de livrer à la science et à tous ses collègues les détails pratiques de la préparation d'un produit qu'il a eu l'heureuse idée d'appliquer au traitement de la névralgie.

Si, par impossible, il n'en était pas ainsi, l'appel fait aux chimistes serait entendu ; pour notre part, en toute modestie, nous tenterions de démontrer et de faire connaître les noms des substances qui semblent n'être placées dans le mélange que comme un accessoire et un complément de la formule. Écartant donc de ma pensée tout ce qui pourrait froisser des amours-propres, je ne veux voir que le côté sérieux de la question.

Je vous demanderai donc, Monsieur le rédacteur, la permission d'user à nouveau de votre si obligeant concours pour soumettre à vos lecteurs quelques réflexions nées dans mon esprit par l'étude du sujet ; elles n'ont, du reste, de valeur que parce qu'elles me semblent répondre aux désirs que nous possédons tous de ne pas voir une chose supposée bonne devenir l'occasion d'un désappointement regrettable.

S'il est une vérité hors de toute contestation, c'est bien la loi qui oblige tout expérimentateur de demeurer dans des conditions bien définies, afin d'arriver sûrement à des conclusions précises, et par là même de mettre à l'abri des coups d'une appréciation sévère et consciencieuse.

Faute de cette première précaution, il s'expose à voir s'évanouir en un instant ses plus chères espérances, et, infailliblement, son expérimentation subira des mécomptes dont nos livres médicaux nous font la très longue histoire.

Appliquant à notre sujet ce que je crois être une règle commune, ne suis-je pas en droit de dire que, dans l'espèce, l'expérimentateur ne saurait avoir une marche ferme et assurée, n'ayant à sa disposition que des produits fort divers et difficiles à titrer ?

N'eût-il pas été bien préférable que l'étude chimique de ce corps eût précédé son introduction dans la thérapeutique ? Le silence des auteurs sur sa préparation et sa composition semblait y inviter.

Jusqu'à ce jour, rien de semblable n'a été fait ; le valérianate d'ammoniaque, préparé de la racine fraîche ou sèche, est affirmé théoriquement, et personne ne l'a obtenu à l'état solide et cristallisé comme celui qui se fait, quoique difficilement, par l'action de l'acide valérianique de l'alcool amylique sur l'ammoniaque.

Je ne crois donc pas m'abuser en disant que le jour où remplaçant

---

pagnie d'un roulier, il était descendu rue Bailleul, chez un oncle, petit marchand dévot, ladre et stupide qui, le lendemain de son arrivée, l'avait conduit au port au blé, et, lui chargeant les épaules d'un énorme sac de sel, le lui avait fait apporter au logis, probablement pour s'épargner les frais d'un porte-faix. L'oncle, qui ne se souciait pas d'héberger et de nourrir longtemps son jeune neveu, l'avait fait entrer, par la protection du curé de St-Germain-l'Auxerrois, dans la classe de philosophie du collége Mazarin. Ce collége était alors une sorte de grand séminaire, et pour y être admis, Dubois avait été obligé de prendre le petit collet, et de se soumettre à la tonsure. Mais, n'ayant aucune vocation pour l'état ecclésiastique qu'on voulait lui faire embrasser ; résolu à tout essayer plutôt que d'entrer dans les ordres, il s'était décidé à étudier la chirurgie. Dans ce but, bravant la colère de son oncle qui lui refusait le logement et qui lui accordait à peine la table, il s'était mis à donner des leçons de lecture et à copier des expéditions chez un huissier.

Recommandé à Desault par Peyrilhe, Antoine Dubois avait eu ce grand chirurgien pour principal maître, s'il faut en croire M. Dubois (d'Amiens) (1). D'après Roux, au contraire, il avait été surtout formé par Pelletan. Quoi qu'il en soit, il était devenu, à l'âge de 25 ans, prévôt de Desault en anatomie, et, vers 1786, prévôt de Baudelocque, qu'il remplaçait dans ses cours d'accouchements. Il faisait simultanément, tant comme professeur suppléant officiel qu'en qualité de professeur particulier, des cours d'anatomie, de médecine opératoire et d'obstétrique, quand, en 1790, il fut nommé membre de l'Académie royale de chirurgie, et, en 1791, professeur d'anatomie à l'École de chirurgie.

Au moment de la chute de la Monarchie, oubliant trop vite peut-être que sa nomination de professeur à l'École de chirurgie avait été la dernière qu'eût signée le malheureux Louis XVI, Dubois était devenu tout à coup révolutionnaire ardent, républicain exalté. De la chirurgie civile et du professorat, il était passé dans la chirurgie militaire. Successivement chirurgien-major de l'hôpital de Melun, puis inspecteur des hôpitaux de l'armée des Pyrénées Orientales, il avait été nommé, en 1795, à la création des écoles de santé, professeur d'anatomie à l'École de Paris, et, à la mort de Desault, peu s'en était fallu qu'il le remplaçât à l'Hôtel-Dieu, dans la chaire de clinique chirurgicale obtenue par Pelletan.

En 1796, il avait été l'objet d'un pamphlet écrit par un accoucheur excentrique et paradoxal qui s'était fait un nom en adressant des injures à Baudelocque et en se posant, au nom des droits de l'humanité, comme un vengeur des victimes de l'opération césarienne. Cet accoucheur, qui voulait à tout prix sortir de l'obscurité, était Sacombe, auteur d'un poëme didactique en huit chants sur l'art des accouchements intitulé : *La Luciniade.*

Une femme à laquelle Dubois venait de pratiquer l'opération césarienne au grand hospice de l'humanité, était morte entre ses bras. Le chef de l'école anti-césarienne, comme il s'appelait lui-même, Sacombe, qui avait traité Baudelocque d'assassin, était toujours à l'affût de ces sortes d'opérations. Ayant appris l'accident survenu à son confrère, il s'était mis aussitôt à écrire une brochure intitulée : *Encore une victime de l'opération césarienne ou le cri de l'humanité.* Indigné contre Dubois, le mari de cette femme avait cru devoir lui intenter une action judiciaire en vue d'en obtenir des dommages-intérêts. Mais, mieux avisé que Baudelocque qui s'était vengé maladroitement de Sacombe en le faisant traduire en police correctionnelle, ou pensant peut-être avec raison qu'on ne brise pas aussi facilement la plume d'un pamphlétaire qu'on en obtient une condamnation, Dubois avait habilement déjoué la trame ourdie par Sacombe, en voulant être le parrain de l'enfant de la malheureuse opérée, enfant du sexe féminin, auquel, pour lui rappeler les circonstances de son entrée dans la vie, il avait donné le nom de *Césarine.* De cette façon, et en dépit de ces deux vers de Sacombe, aussi mauvais de style que de sentiment :

Que Dubois lui vendit assez cher la naissance
Pour dispenser son cœur de la reconnaissance,

il était parvenu à obtenir le désistement judiciaire du père de sa filleule.

En 1798, enrôlé par Berthollet, Antoine Dubois avait fait partie de l'expédition d'Égypte, non pas comme chirurgien militaire, mais en qualité de médecin de la commission des arts. Il avait d'abord hésité à s'embarquer pour une expédition dont le but était tenu secret par le général Bonaparte ; toutefois, moins opiniâtre que Cuvier, qui, à cause de ce mystère, avait résisté aux propositions de Berthollet, il s'était enfin décidé à partir. En Égypte, au mois de juillet, pendant que Larrey accompagnait le général Bonaparte en marche pour le Caire, A. Dubois était resté à Alexandrie, afin de donner ses soins au général Kleber, qui avait été blessé à l'assaut de cette ville. Mais, après le combat naval d'Aboukir, où il s'était rendu extrêmement utile par ses conseils aux chirurgiens de la marine, il avait pris l'Égyte en dégoût. Soit que, partageant l'opposition de Kléber, lié avec lui d'une étroite amitié, il ne voulût pas soumettre plus longtemps sa fierté républicaine au pouvoir absolu du général en chef, ou soit, comme l'assure Larrey (1), qu'il fût réellement atteint d'une nostalgie compliquée de flux dysentérique, il avait adressé à l'Institut du Caire, le 16 vendémiaire de l'an VII (1799), une lettre où il sollicitait l'autorisation de rentrer en France pour cause de maladie.

Surpris de cette lettre, le général Bonaparte avait mandé Dubois au Caire ; il l'avait reçu dans son intimité, il l'avait fait asseoir à côté de lui sur un divan, cherchant à le retenir en Égypte par toutes sortes de cajoleries qui ne produisirent pas le résultat qu'il en attendait. Voyant Dubois inébranlable, il avait fini par lui dire avec humeur que sa présence au sein de la commission des arts était nécessaire, qu'il s'agissait de l'honneur et de la gloire de la patrie. Même persistance de Dubois à vouloir partir. C'est alors qu'il avait reçu quelques jours après du général Bonaparte assez mécontent, l'ordre de s'embarquer sur un aviso qui ramenait en France Louis Bonaparte. A son arrivée à Paris, il s'était hâté de reprendre son enseignement et de se rappeler au souvenir de sa clientèle.

Antoine Dubois avait le front haut, l'œil bleu, le teint clair, une physionomie mâle et sévère où respiraient à la fois la bonté, la franchise, la fermeté, l'indépendance, le sang-froid, la sagacité et la finesse d'esprit.

Avec de la hardiesse, de la spontanéité, de l'imprévu dans les conceptions, ce n'était point non plus un esprit inventif, une intelligence animée du besoin d'augmenter le nombre des ressources de la chirurgie.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Voyez l'*Éloge* d'Antoine Dubois, prononcé à l'Académie de médecine.

(1) *Mémoires de chirurgie militaire*, tome I, p. 192.

toutes les dissolutions plus ou moins étendues de ce sel par le valérianate d'ammoniaque de la racine à composition bien définie, ce jour-là l'expérimentation rentrera dans ses voies naturelles.

Le médecin, alors éclairé sur la posologie, diminuera, augmentera, à sa volonté, les doses de ce corps actif, sans avoir à craindre les dangers que j'ai signalés, et qui subsistent toujours, malgré les utiles explications du docteur Déclat.

En saurait-il être autrement? Qui ignore les différences énormes d'acide valérianique rendu, soit que l'on distille la grande ou la petite valériane?

La particularité de l'influence du terrain sur les plantes ne trouve-t-elle pas ici sa plus complète vérification?

Chacun sait que les quantités en huile et en acide valérianique fournies par les racines récoltées sur les hauteurs ou bien dans les lieux humides et le long des rivières, sont si considérables, qu'elles peuvent aller jusqu'à 40 p. 100.

Le moment de l'année comme l'âge de la plante est encore une cause de variation plus forte.

Si maintenant les fabricants de produits chimiques, se contentant de combiner l'ammoniaque à tous ces acides d'un pouvoir de saturation si divers, livraient de tels valérianates à la médecine, à quel péril, à quelle incertitude l'observation clinique ne serait-elle pas exposée?

L'avenir nous apprendra ce que valent de telles considérations. Seront-elles assez puissantes pour bannir de nos officines des produits si mal connus? Je ne puis l'affirmer; mais, ce qui paraît certain, c'est que nos médecins ne les emploieront plus qu'avec une extrême réserve.

M. Déclat, nous n'en doutons pas, sera le premier à considérer comme une bonne fortune pour la suite de ses recherches, l'instant qui le mettra en possession d'un valérianate ammoniacal tiré de la racine fraîche qui soit identique à lui-même.

La réalisation de cette pensée est si bien sentie, que déjà plusieurs fabricants ont délivré du valérianate à des pharmaciens solide qui n'en ont en aucune façon la composition.

Il en est qui sont presque entièrement composés de carbonate d'ammoniaque.

L'odeur, l'effervescence par les acides, l'insolubilité dans l'alcool, traduisent facilement la mauvaise qualité du produit.

Sans doute, le danger pour les malades n'est pas grand, puisque, à la dose où l'on prescrit le valérianate, le carbonate alcalin est inoffensif; mais, ce qu'il y a de grave et de déplorable, c'est l'attente vaine d'une guérison impossible; pendant que le médecin observe et espère, le patient, en proie à des douleurs d'ordinaire intolérables, ne peut ressentir aucun soulagement à ses cruelles souffrances.

Devant de tels faits, n'est-il pas évident, que toutes les expériences faites dans le but de juger de l'efficacité de ce remède, ne serviront qu'à voiler la vérité et à soulever contre ce médicament des préventions toujours difficiles à détruire, lorsqu'elles sont une fois établies?

Ma lettre est déjà bien longue; cependant je ne la terminerai pas sans vous remercier cordialement de l'empressement bienveillant que vous avez mis à répondre à ma consultation sur la question délicate qui s'est présentée à moi sans l'avoir cherchée. La conclusion que vous en tirez est pour moi un encouragement et surtout un guide assuré dans ma pratique de l'avenir.

Recevez, etc.

LABOUREUR.

NOTE DU RÉDACTEUR EN CHEF.

Les observations de M. Laboureur sont très justes. Il est évident que, dans l'état actuel des choses, il existe dans le commerce de la pharmacie autant de valérianates d'ammoniaque qu'il existe de fabricants de produits chimiques. Nous avons voulu nous convaincre par nous-même des différences sensibles que présentent ces divers produits, seulement quant aux propriétés physiques de couleur et de consistance, et voici ce que nous avons vu :

Valérianate d'ammoniaque préparé par M. Pierlot, pharmacien. — C'est une véritable solution qui se présente sous la forme d'un liquide brun-noirâtre.

Id., id. de la maison Rousseau. — État solide, blanchâtre, cristallisé sous forme d'aiguilles.

Id., id. de la maison Thibomery et Dubose. — Liquide incolore.

Id., id. de la maison Wittmann et Poulenc. — Id., id., plus dense.

Id. id. de la maison Ménier. — Liquide jaune opalin de consistance oléagineuse.

Id. id. de la maison Dervault. — Solide pulvérulent, amorphe, grisâtre.

Qu'est-ce donc que ce produit qui se présente sous des aspects physiques si différents? Nos confrères ne doivent pas être encouragés à essayer l'emploi d'un médicament qui peut varier de composition comme il varie d'aspect d'une pharmacie à l'autre. Ils attendront prudemment que les recherches chimiques et l'expérimentation clinique les aient éclairés sur sa nature et sur ses propriétés.

EXTRAIT D'UN MÉMOIRE SUR L'EMPLOI DU SILICATE ET DU BENZOATE DE SOUDE, UNIS AUX PRÉPARATIONS D'ACONIT ET DE COLCHIQUE DANS LE TRAITEMENT DE LA GOUTTE, DE LA GRAVELLE, DU RHUMATISME CHRONIQUE ET GOUTTEUX, ETC.

Présenté à l'Académie impériale de médecine de Paris, le 19 Août 1856,

Par le docteur J.-A. SOCQUET, médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur suppléant à l'École de médecine, lauréat de l'Académie impériale de médecine, etc., et J. BONJEAN, pharmacien à Chambéry, secrétaire-adjoint de l'Académie royale de Savoie, lauréat de la Société de pharmacie de Paris, chevalier des S. S. Maurice et Lazare, correspondant de la Société impériale et centrale d'agriculture de France, etc.

[En attendant le rapport de l'Académie, nous croyons utile de publier un extrait de ce mémoire, et surtout les procédés et les formules que les auteurs ont fait connaître. De cette manière, l'essai de ce traitement, en devenant plus général, ne tardera pas à fournir des matériaux propres à en faire bientôt apprécier la valeur thérapeutique; nous savons, du reste, qu'il fixe, depuis un an, l'attention pratique de MM. Socquet et Bonjean, et celle de plusieurs autres praticiens éclairés. Tout ce que nous pouvons dire aujourd'hui, sans préjuger en rien le jugement de l'Académie, c'est que les travaux antérieurs de ces deux auteurs se distinguent par une conscience d'exactitude et un cachet d'utilité qui sont d'un bon augure pour le résultat de cette nouvelle production scientifique.]

L'ensemble des moyens que nous venons proposer aux praticiens, et que nous désignons sous le nom générique de *préparations dialytiques* (1), nous semble appelé à rendre de grands services dans ces affections qui, sous diverses dénominations, se rattachent toutes de près ou de loin à une diathèse analogue.

1° La goutte des articulations;

2° La sciatique goutteuse et rhumatismale;

3° La goutte des viscères (névralgies de l'estomac, des intestins, de la tête);

4° La goutte des reins (néphrite goutteuse);

5° Enfin, en admettant l'identité complète de nature entre les concrétions articulaires des goutteux et la gravelle.

Ces diverses diathèses se traduisent, aux yeux de l'observateur, non seulement par des douleurs sur les articulations, mais encore par des accidents morbides siégeant sur d'autres appareils. De là naissent des sciatiques, des migraines, des coliques, des affections diverses des voies urinaires, etc. En effet, si, par une cause qu'il n'est pas d'ailleurs toujours facile de découvrir, le dépôt d'acide urique ou d'urates (ce qu'on appelle la *jetée goutteuse*) cesse sur les articulations pour se faire sur la vessie, les reins, la tête, les poumons, le névrilème des principaux nerfs, l'on verra apparaître tous les symptômes de la goutte rentrée ou déplacée des auteurs. Alors naîtront des coliques, des céphalées intenses, des accès d'asthme, des douleurs violentes dans les reins, des graviers, des inflammations catarrhales de la vessie, des sciatiques et diverses autres névralgies.

Nous ajouterons à l'appui, comme nouvelle preuve de l'identité de nature entre la gravelle et la goutte, que des enfants nés de parents goutteux sont devenus graveleux, et réciproquement des parents sujets à la gravelle, ont donné le jour à des enfants goutteux.

Nous avons divisé notre travail en deux parties, comprenant : 1° le traitement; 2° les préparations pharmaceutiques.

PREMIÈRE PARTIE. — TRAITEMENT.

Le traitement doit reposer sur les principes suivants :

1° Détruire l'excès d'acide urique et dissoudre les urates qui existent dans l'économie;

2° Modifier la diathèse, c'est-à-dire la prédisposition qui tend à reproduire ces corps.

Le traitement se divise en *interne* et *externe*.

1° *Traitement interne.* — Les médicaments qui entrent dans la composition des deux formules que nous avons adoptées pour l'usage interne (pilules et sirops), ont été choisis parmi ceux qui possèdent au plus haut degré la faculté de décomposer l'acide urique ou les urates, de les expulser hors de l'économie, afin d'en prévenir le renouvellement au sein de nos humeurs. Ces substances sont : le *silicate de soude*, le *benzoate de soude*, le *colchique* et l'*aconit*.

On peut en résumer le mode d'agir dans les trois propositions suivantes :

1° *Le silicate de soude facilite l'élimination de l'acide urique*, et son influence peut aller jusqu'à rendre même les urines alcalines. En outre, par son action tonique sur les fonctions digestives, et sa vertu diurétique, ce sel l'emporte de beaucoup sur les carbonates de soude ou de potasse, qui donnent leurs principales propriétés aux eaux minérales alcalines tant vantées, avec raison, dans les affections graveleuses, rhumatismales, goutteuses et névralgiques.

2° Le benzoate de soude que renferment les pilules et le sirop dialytiques, transforme l'acide urique en un autre acide (hippurique) dont les combinaisons sont extrêmement solubles, tandis que celles de l'acide urique ne l'étaient presque pas. Le médicament, en modifiant ainsi la partie d'acide qui aurait pu échapper à l'action du silicate de soude, contribuera donc aussi, pour sa part, à en diminuer notablement la quantité.

3° Le colchique entraînera promptement par la voie des urines le reste de l'acide urique que pourrait encore contenir le sang.

4° De l'aconit comme devant agir spécialement sur l'élément douleur.

2° *Traitement externe.* — Les frictions, considérées en elles-mêmes et faites avec douceur, ont déjà une grande utilité lorsqu'il s'agit de calmer les souffrances et d'activer la résolution des engorgements. Leur efficacité devient encore plus grande, si elles sont pratiquées avec des substances qui leur ajoutent leur propre action calmante et résolutive. Tels sont les principes qui nous ont guidés dans les combinaisons des agents qui composent nos *liniments*. Ainsi, les essences hydro-carbonées et en particulier celles de térébentine et de naphte, ont été employées, même seules, avec avantage, soit contre les sciatiques, soit contre les douleurs articulaires; en les mélangeant, comme nous le faisons, avec une huile fixe chargée des parties actives de quelques plantes narcotiques, nous avons réuni dans une seule préparation tous les avantages que présentent séparément et les essences et les stupéfiants.

Quant à l'éther acétique, qui entre dans la formule de notre second *liniment dialytique*, son action calmante dans les douleurs des articulations a été depuis longtemps parfaitement reconnue. Sédillot, dans l'ancien *Journal de médecine*, Récamier, Double, Martin, Desgrange, et bien d'autres praticiens n'ont eu qu'à s'en louer dans ces circonstances. Notre propre observation nous en a démontré toute l'efficacité; et, uni comme il l'est ici aux préparations d'aconit et d'arnica, il opère encore avec plus d'énergie.

3° *Médication adjuvante.* — La médication adjuvante a pour but de venir en aide, de prêter un secours non interrompu, mais doux, à celle plus active que fournissent nos préparations internes et externes. Elle se compose de plantes dites dépuratives. Nous avons formulé quatre de ces préparations et nous conseillons de les alterner de semaine en semaine, pour éviter que l'habitude ne vienne à en émousser l'action si l'on se bornait à une seule de ces tisanes. L'on sait, en effet, que c'est une loi de la vie d'affaiblir l'activité des médicaments, même les plus énergiques, si l'on n'a pas l'attention d'en varier les préparations après un certain laps de temps. Or, cette insensibilité à l'action de nos tisanes serait bien vite acquise si l'on se bornait à une seule d'entre elles. Il est donc très important d'en changer rapidement la compostion pour obtenir une action dépurative non interrompue pendant tout le temps de leur administration.

(1) De *dialuo*, je dissous, je détruis, je disperse.

DEUXIÈME PARTIE. — CHIMIE ET PHARMACIE.

MM. Socquet et Donjeau attachent une grande importance à la bonne préparation des composés qui forment leur traitement, les textures et les extraits, entre autres, n'ayant pas toujours le degré d'efficacité des plantes qui les ont fournis. Voici les procédés et les formules qu'ils font connaître dans le mémoire qui nous occupe.

1° *Préparation du silicate de soude.*

Silice pure	1 partie.
Carbonate de soude pur et desséché	2 parties.

Après avoir mêlé ces substances d'une manière bien intime, on introduit le mélange dans un creuset en terre réfractaire qui ne doit être chargé qu'à demi, et l'on soumet le creuset à l'action d'une chaleur forte et soutenue dans un fourneau à réverbère. La matière commence à devenir pâteuse, puis elle se liquéfie après un fort coup de feu. Au bout d'un certain temps de fusion, on coule sur une pierre polie et on laisse refroidir. On obtient ainsi un premier produit consistant en une masse amorphe, d'une saveur franchement alcaline, et d'une couleur qui varie du gris-clair au brun, suivant la pureté des matières employées.

Le silicate est mis en poudre, puis traité par l'eau bouillante qui ne le dissout qu'en partie. Les liqueurs filtrées et concentrées laissent déposer un sel mal cristallisé que l'on reprend par l'eau à cent degrés; cette nouvelle dissolution filtrée et suffisamment rapprochée, fournit enfin du silicate de soude dans un état de pureté désirable. Ce silicate se dissout très facilement dans l'eau : la dissolution, traitée par un acide faible, laisse précipiter de la silice pure sous forme de gelée blanche.

Bien que simple en apparence, cette opération est loin d'offrir toujours des résultats identiques. La pureté des substances employées, la quantité sur laquelle on opère, le degré de chaleur, la durée du mélange en fusion, etc., sont autant de causes qui influent sur la nature du produit d'une manière remarquable, sans qu'il soit possible de tracer aucun règle précise à cet égard. L'habitude seule, mieux que tout ce que nous pourrions dire, peut indiquer à l'expérimentateur les moyens de réussite.

2° *Préparation du benzoate de soude.*

Le benzoate de soude se prépare tout simplement en saturant l'acide benzoïque par du carbonate de soude cristallisé et bien pur, l'un et l'autre dissous dans une suffisante quantité d'eau. La liqueur étant filtrée, on la concentre par l'évaporation à une douce chaleur, et on laisse cristalliser.

Le dépôt, s'il n'est pas très blanc, est repris par l'eau bouillante, et le liquide, filtré et rapproché de nouveau, fournit de beaux cristaux blancs de benzoate de soude. Ces cristaux sont en belles aiguilles blanches qui s'effleurissent à l'air; il faut s'assurer que ce sel, fourni par le commerce, est exempt de tout mélange frauduleux.

Le benzoate de soude doit être préparé avec l'acide benzoïque retiré du *benjoin*, et non avec l'acide benzoïque produit par la distillation de la houille. Le premier de ces acides a pour caractères essentiels de se volatiser entièrement sous l'influence d'une faible chaleur, et de se dissoudre en grande proportion dans l'eau et l'alcool bouillants.

3° *Pilules dialytiques.*

Silicate de soude	25 grammes.
Extrait hydro-alcoolique de colchique	15 —
— — d'aconit napel	30 —
Benzoate de soude	50 —
Savon médicinal	30 —

Faites une masse bien homogène pour être divisée en mille pilules qu'on fera drager en rose après une dessication *complète*, pour en faciliter la conservation.

La dose est de une d'abord, puis deux, trois et quatre par jour, moitié le matin et moitié le soir.

4° *Sirop dialytique.*

Silicate de soude	600 grammes.
Benzoate de soude	300 —
Sirop de gomme	10 kil.

Faites dissoudre séparément le silicate et le benzoate dans suffisante quantité d'eau chaude, filtrez et mêlez les deux dissolutions au sirop, que l'on concentre ensuite jusqu'à trente degrés bouillants.

Dose : Une à deux cuillerées à café par jour, dans un verre de tisane dépurative.

5° *Liniment dialytique bitumineux.*

Naphte pur	80 grammes.
Huile narcotique (1)	15 —
Huile volatile de térébentine	5 —

Mêlez, agitez de temps en temps, et filtrez après quelques heures de repos.

Ce liniment est d'une belle couleur verte, il doit être limpide et sans dépôt.

Liniment dialytique éthéré.

Éther acétique	80 grammes.
Teinture alcoolit d'aconique napel	15 —
— — d'arnica (racine)	5 —

Mêlez et filtrez. Ces liniments s'emploient surtout en frictions; par-

(1) L'huile narcotique employée dans ce liniment doit être préparée de la manière suivante :

Feuilles sèches de belladone	de chaque 100 grammes.
— d'aconit napel	
— de nicotiane	
— de jusquiame	huile d'olive, 5 kilog.
— de ciguë	
— de stramoine	

Ces plantes étant réduites en poudre grossière, on les humecte peu à peu avec de l'eau chaude, de manière à les réduire en bouillie épaisse. Après vingt-quatre heures de contact, on ajoute l'huile, on fait macérer huit jours sur des cendres chaudes, en agitant souvent le mélange. On passe avec expression et on filtre ensuite. Cette huile est très active; sa couleur est d'un beau vert.

fois, on peut en mettre une compresse, ou même en prendre un bain local à l'aide d'une enveloppe en caoutchouc ou en taffetas gommé.

Médication adjuvante. — Tisanes dépuratives.

a. Tisane de saponaire, douce-amère et réglisse.
b. Tisane des quatre bois sudorifiques et réglisse.
c. Tisane de fumeterre, patience et réglisse.
d. Tisane de feuilles de frêne et de buglosse, avec racine de fraisier.
On alterne l'usage de ces tisanes de semaine en semaine.

Purgatifs.

L'expérience a démontré qu'il convient par intervalle (une à deux fois par mois), de purger soit avec le bochet purgatif de Lyon, soit avec le sulfate de soude ou de magnésie, associés avec de la manne. Telle était la pratique du grand Sydenham qui recommandait cette médication adjuvante.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE.

Séance du 7 Juin 1856. — Présidence de M. Fauvel.

Dans la séance du 4 juillet, à la place de vice-président, vacante par le départ de M. Commisetti, médecin en chef de l'armée sarde, la Société impériale de médecine de Constantinople a nommé M. Arnaud, médecin en chef de l'hôpital de la marine impériale, à Thérapia.

La Société a conféré le titre de membre honoraire à M. Commisetti, pour le concours qu'il a prêté à sa fondation.

M. le Président annonce que MM. Alferief, professeur de pathologie et de thérapeutique médicales à l'Université de Kieff, et M. Moering, professeur d'hygiène et de médecine légale à l'hôpital militaire de la même ville, chargés par le gouvernement de Russie d'étudier l'épidémie régnante dans les diverses localités où elle sévit, sont présents à la séance.

M. le Secrétaire général donne lecture d'une lettre de M. le professeur Jules Roux, de Toulon, qui remercie la Société de l'avoir associé à ses travaux en lui conférant le titre de membre correspondant, et qui la prie de lui permettre d'y prendre immédiatement part, en lui exprimant quelques opinions sur la question en discussion.

Essentiellement différent de la fièvre typhoïde, le typhus, écrit M. J. Roux, naît de l'encombrement et des causes débilitantes qui altèrent le le sang, se propage par infection, se dissipe par l'isolement et par les conditions propres à régénérer le sang. A de très rares exceptions près, les chirurgiens de la marine rejettent l'opinion de l'identité, parce qu'ils ont eu fréquemment l'occasion d'observer des épidémies de typhus au bagne de Toulon, et les mémoires adressés à l'Académiede médecine en 1830 par M. Fleury, en 1845 par M. Faure, en 1855 par M. Barallier, proclament la non-identité. Suivant M. Roux, le typhus diffère de la fièvre typhoïde sous tous les rapports. Dans les deux épidémies de typhus au bagne de Toulon, en 1855 et en 1856, sur 30 autopsies, M. J. Roux n'a pas rencontré une seule fois les ulcérations dothiénentériques. Comme un second caractère essentiel, il établit que la contagion par l'air est la règle dans le typhus, tandis qu'elle n'est que l'exception dans la fièvre typhoïde. M. Roux annonce ensuite que de tous les rapports des chirurgiens de la marine, il résulte que l'embarquement des militaires de l'armée a occasionné le typhus à bord des bâtiments et que la maladie se propageait en raison du nombre et de l'état des soldats qu'on embarquait. M. Roux insiste sur l'incubation dont la durée, suivant lui, peut être de *un à soixante* jours, sans qu'on puisse cependant avoir la certitude que tous les cas entrent dans cette échelle. En conclusion, M. J. Roux pense que le typhus à bord des navires doit son origine au typhus de la Crimée, et qu'il en est de même pour les hôpitaux de Constantinople et de France qui s'en sont trouvés infectés.

M. Sotto lit un mémoire sur le typhus de la Silésie, qu'il a eu l'occasion d'observer.

M. Arnaud a la parole. Quand il prit part au débat pour la première fois, dit-il, il était dans les conditions voulues par M. Cazalas, c'est-à-dire qu'il apportait ses observations, sans se préoccuper de ce qui pouvait avoir eu lieu ailleurs. Aussi fut-il surpris d'entendre M. Cazalas le ranger parmi ses adversaires. Depuis, M. Arnaud a lu avec attention les deux mémoires de ce médecin. Il a acquis la conviction que M. Cazalas n'a pas observé des faits semblables aux siens. Il pense que si M. Cazalas avait été appelé à voir ce que lui-même a vu chez les marins, il n'aurait pas établi l'impossibilité de différencier au lit du malade le typhus de la fièvre typhoïde. Quand le typhus apparut à bord des navires, les uns, parmi les chirurgiens, le prirent au commencement pour une grippe, les autres crurent avoir affaire à quelque fièvre exanthématique, et les premiers cas entrés à l'hôpital de la marine et qui étaient marqués sur les billets comme fièvre typhoïde, surprirent le chirurgien de garde, qui en référa au jugement de M. Arnaud. M. Arnaud réserva son diagnostic en observant, toutefois, que rien ne semblait annoncer cette maladie. Il signale cette première impression, parce qu'elle s'ajoute aux preuves qu'il va faire valoir pour montrer l'impossibilité de confondre les deux maladies.

M. Arnaud ne veut pas sortir de la ligne qu'il s'est tracée dès le commencement. A propos des chirurgiens de la marine, dont il a cité les opinions de mémoire seulement, parce qu'il n'avait pas à sa disposition leurs ouvrages, par ces citations, il avait pour but d'établir que, dans la marine, on faisait depuis longtemps la différence entre le typhus et la fièvre typhoïde. Quand il a parlé de MM. Arnoult, Moras, Lefèvre et Montgrand, il se proposait de faire connaître l'existence dans les bagnes du typhus, tantôt confondu avec la fièvre typhoïde par ceux qui admettent qu'elle peut exister sans la lésion intestinale, tantôt seulement soupçonné, et tantôt enfin parfaitement distingué. M. Arnaud analyse ce que M. Cazalas a dit des opinions des chirurgiens de la marine, et il maintient ce qu'il a déjà avancé sur ce sujet, en s'appuyant sur la lettre de M. Jules Roux, lue au commencement de la séance. Il pense, du reste, que le travail de M. Barrallier, résultat d'une observation de 1,500 cas de typhus, convaincra les plus incrédules, et il termine cette partie de son discours en donnant un extrait de l'ouvrage de M. Lefèvre pour montrer le rapprochement que fait ce chirurgien de l'épidémie qu'il a observée à Rochefort avec le typhus.

M. Arnaud reconnaît qu'il n'a pas apporté assez de faits à l'appui de son opinion. S'il en a agi ainsi, c'est parce que, sous le point de vue des symptômes et du diagnostic, M. Jacquot qui l'avait précédé dans la discussion, avait été complet. M. Arnaud n'aurait pas insisté sur la question si le diagnostic n'était, en effet, possible qu'à l'autopsie. Mais cela n'est pas, les deux maladies diffèrent sous tous les rapports, et, tandis que l'histoire de la fièvre typhoïde, qu'on rencontre tous les jours, est complète, celle du typhus, qu'on rencontre dans certaines circonstances, est encore à faire. L'ouvrage de Hildenbrand n'est plus suffisant, parce que cet auteur a manifestement fait entrer dans son cadre des cas de fièvre typhoïde.

Dans l'ordre étiologique, on convient qu'une même cause peut produire des effets différents, le froid, par exemple. A supposer que le typhus et la fièvre typhoïde dérivent d'une même cause, peut-on dire qu'ils doivent être confondus? Le typhus est épidémique et contagieux comme les maladies miasmatiques, parmi lesquelles il faut le classer. Est-ce cependant une raison pour le confondre avec le choléra, la fièvre jaune, etc.? Il y a plus, et ce caractère est essentiel pour la distinction des deux maladies, c'est qu'on peut produire le typhus à volonté. L'encombrement l'occasionne avec plus de constance que les causes des autres affections miasmatiques n'occasionnent celles-ci, et l'encombrement ne produit que lui. Devant cet état de choses, les discussions sur la contagion et l'infection deviennent inutiles, et la présence de typhiques dans un lieu encombré n'est qu'un fait secondaire. M. Arnaud ne cherchera pas à concilier ce qu'on dit les médecins sur la présence à bord de typhiques, avec l'assertion des chirurgiens de la marine qui ont prétendu le contraire. De la manière dont les évacuations se faisaient, quelques cas de typhus ont pu, dans une traversée de courte durée, avoir échappé à l'observation de ses collègues. Mais, ici encore, la chose est secondaire. Ce qui est essentiel, c'est que l'encombrement produit le typhus, qui, une fois créé, acquiert des propriétés contagieuses. Voilà en quel sens M. Arnaud considère le typhus comme un effet de la guerre. La connaissance de la cause du mal indique, du reste, le moyen de le prévenir. En parlant des causes du scorbut, on y a rattaché le développement du typhus. Le scorbut, sans doute, crée une prédisposition en affaiblissant la réaction contre l'intoxication, mais sans parler de l'opinion qui admet un antagonisme entre le scorbut et le typhus, M. Arnaud remarque que les matelots ont été atteints au milieu de la santé la plus florissante.

M. Arnaud n'entend pas trancher la question de la contagion de la fièvre typhoïde; mais, à ce point de vue encore, il ne croit pas à la parité. Un nombre donné de typhiques produit le typhus; il n'en est pas de même de la fièvre typhoïde. Dans ses salles, M. Arnaud place au hasard les individus atteints de cette dernière affection, et il n'en a pas vu d'inconvénients. Il ne le fait pas pour le typhus, et, malgré tous ses soins, malgré le renouvellement des infirmiers, deux ont contracté la maladie dans son service. Sous le rapport de l'étiologie, il existe donc une différence entre ces deux affections, et qui se trouve en premier lieu dans le mode de propagation.

M. Arnaud admet dans le typhus cinq périodes : prodromes, intoxication confirmée, période nerveuse, période de rémission ou d'augment, convalescence. Il fixe de dix à quinze jours la durée de la première, à sept en moyenne celle de la seconde, et il trace un tableau des symptômes en notant que, dans le typhus qui a trois formes, l'ataxique, l'adynamique et la rémittente, la convalescence est généralement franche et rapide. Il résume son tableau en établissant qu'une marche régulière, une éruption spéciale, la constipation au début, l'absence de douleurs abdominales et du météorisme, le gargouillement sans fixité, la constance de la céphalalgie, l'injection des conjonctives, le faciès turgide, impriment au typhus une physionomie propre.

M. Arnaud a comparé la durée de la maladie et de la convalescence du typhus à celle de cinquante cas de fièvre typhoïde pris dans son hôpital. La durée de la maladie a été la même dans le typhus et dans la fièvre typhoïde; celle de la convalescence a été de dix jours dans le premier et de vingt dans la seconde.

Trente autopsies qu'il a faites ne lui paraissent pas suffisantes pour résoudre la question des lésions anatomiques. Mais M. Romain, qui a observé l'épidémie du bagne de Toulon, lui a assuré que quatre-vingts autopsies ne lui ont pas laissé de doute sur la différence. Dans son premier travail, M. Arnaud a fait connaître le résultat de ses recherches sur le point en question; il ne croit donc pas nécessaire de s'y arrêter encore aujourd'hui.

Le traitement, suivant M. Arnaud, se rapproche de celui des fièvres exanthématiques. Il pense que les préceptes de Sydenham trouvent dans le typhus une heureuse application. Il n'exclut, du reste, aucune des méthodes dont il a été question dans le cours de la discussion, et il accepte le sulfate de quinine pour les cas d'intermittence. Mais il ne veut pas qu'on perde de vue qu'à la cause de la maladie, l'absorption d'un miasme, est dû le développement des symptômes qui se déroulent successivement.

M. Arnaud rangerait le typhus dans la classe des fièvres exanthématiques. Mais, conclut-il, le confondre avec la fièvre typhoïde est plus qu'une erreur, c'est un danger parce que l'apparition d'un seul cas de typhus dans une armée doit devenir le signal des plus sévères précautions. La question en débat est une de celles qui intéressent l'humanité au plus haut degré. Il faut donc l'étudier à fond, et si la guerre éclate encore, que l'expérience actuelle serve à l'enseignement de l'avenir.

La parole est accordée à M. Pardo. En rendant hommage au dévouement des médecins de l'armée qui, au milieu de la guerre et d'une épidémie meurtrière, travaillent encore pour la science, et en rappelant que des dissidences d'opinion se sont élevées, M. Pardo annonce qu'il ne reproduira que des souvenirs historiques et des impressions cliniques, surtout au point de vue de la thérapie.

M. Pardo mentionne les épidémies qui ont régné depuis le XVIIIe siècle, les théories de chaque époque, les discussions de ces derniers temps sur l'identité, et il conclut qu'avec les plus éminents praticiens de Paris, on peut l'admettre d'autant plus que le traitement est le même dans le typhus et dans la fièvre typhoïde. L'essentiel pour lui est l'examen de la méthode qui a fourni les meilleurs résultats. Les succès doivent être moins attribués à la méthode employée qu'au génie épidémique variable dans chaque époque. Avant tout, on doit donc s'attacher à reconnaître le caractère de ce génie épidémique. Si le sulfate de quinine a procuré des avantages dans l'épidémie actuelle, c'est à cause du génie épidémique régnant. Des observations particulières lui ont démontré plus d'une fois la vérité de sa manière de voir. L'intermittence prédomine dans le pays par le fait des marais artificiels, qu'on trouve jusqu'au centre même de la ville. M. Fauvel a bien apprécié ces conditions dans un travail où il prouve la compatibilité de la fièvre typhoïde avec les fièvres intermittentes. M. Pardo rappelle l'assertion de M. Caratheodory sur l'absence de ces dernières à Constantinople et l'opinion opposée de M. Fauvel, et il déclare que, pour son compte, il a observé à Constantinople, même des fièvres pernicieuses et que d'autres médecins ont été dans le même cas.

Passant en revue les divers traitements de la fièvre typhoïde et leurs résultats, M. Pardo conclut que les saignées générales doivent être exclues, que, dans certains cas, les déplétions sanguines locales sont utiles, qu'un émético-cathartique au début, des purgatifs de temps à autre, des boissons abondantes acidulées, le sulfate de quinine et les préparations quiniques dans la période adynamique sont les remèdes qu'il faut employer.

(La suite de la séance prochainement.)

VARIÉTÉS.

LES MANGEURS DE FEU.

L'Akhbar publie sur les mangeurs de feu les lignes suivantes : Dans un de nos derniers numéros, nous nous sommes plaints du vacarme que font, pendant certaines nuits, les Aissaoua, ces mangeurs de feu, dont les pratiques font l'étonnement des nouveaux débarqués.

Une observation attentive fait reconnaître que la plupart de ces pratiques sont beaucoup moins dangereuses qu'elles n'en ont l'air au premier abord.

Elles reposent, pour la plupart, sur le charlatanisme le plus grossier, et si elles parviennent à produire quelque illusion, ce n'est qu'à la faveur du mystère dont les Aissaoua ont toujours soin d'entourer les préparations, et du cachet religieux qu'ils ont su donner à leurs exercices pour agir plus vivement sur l'imagination d'une multitude superstitieuse.

Reconnaissons cependant que l'état d'excitation physique et morale dans lequel ils se mettent par toutes sortes d'exercices violents et par leurs cérémonies religieuses, pourrait avoir pour résultat d'abolir, dans une certaine mesure, leur sensibilité nerveuse. De nombreux exemples, entre autres celui des convulsionnaires, autoriseraient à le croire jusqu'à un certain point.

Nous avons toutes sortes de raisons de penser que les scorpions et les serpents avec lesquels ils jouent sont beaucoup moins venimeux qu'ils n'en ont l'air, et que les piquants des feuilles de cactus qu'ils dévorent ont été soumis, au préalable, à quelque préparation qui les a convenablement ramollis.

Quant à l'insensibilité de leur corps soumis à l'action d'un fer rouge, leur secret n'en est plus un depuis longtemps.

En effet, d'après un chimiste distingué, M. Julia-Fontenelle, un espagnol, nommé Lionetto, se montra à Paris en 1809, et étonna tout le monde par son insensibilité au contact du feu.

Ce Lionetto, à l'instar de nos Aissaoua, maniait impunément une barre de fer rouge, du plomb fondu; il buvait de l'eau bouillante, etc.

C'était merveilleux, et personne ne comprit rien au mystérieux procédé qui pouvait lui donner cette insensibilité.

Malheureusement, Lionetto se rendit à Naples où il voulut renouveler ces prodiges. Mais là, le professeur Sementini remarqua tout d'abord « qu'on voyait s'élever une vapeur épaisse lorsqu'il plaçait sur ses cheveux une plaque de fer rouge; le même effet était produit lorsqu'il passait un fer rouge sur la plante du pied, sur la langue, etc. »

C'est ce que nous avons également remarqué dans les cérémonies des Aissaoua.

Sementini voulut découvrir les procédés de Lionetto; il fit sur lui-même quelques expériences, et voici les conclusions auxquelles il arriva :

1° Au moyen de frictions avec les acides, particulièrement avec l'acide sulfurique étendu d'eau, la peau devenait insensible à l'action de la chaleur du fer rouge;

2° Une solution d'alun, évaporée jusqu'à ce qu'elle devint spongieuse, était encore plus propre à cet effet, en l'employant également en frictions;

3° Les parties du corps rendues insensibles, et frottées ensuite avec du savon dur, puis lavées, étaient plus insensibles encore; on parvenait, par ce moyen, à se frotter avec un fer rouge sans *qu'un poil de la peau fût brûlé.*

Enfin, les mêmes préparations faites sur la langue et sur la bouche produisent les mêmes résultats.

Comme on le voit, le procédé est des plus simples; il est à la portée de tout le monde, et nos Aissaoua ne peuvent pas se vanter d'en avoir seuls le secret.

RECTIFICATION.

Quelques erreurs s'étant glissées dans notre compte-rendu de la dernière séance de l'Académie de médecine, nous rétablissons comme il suit la description faite par M. Ricord de son procédé de circoncision.

M. Ricord : ..... Voici en quoi consiste mon procédé : On commence par tracer à l'encre sur le prépuce la ligne ovalaire où devra porter l'incision; puis on traverse le prépuce de bas en haut, à l'aide d'une aiguille, dont la pointe garnie d'une boulette de cire (destinée à la rendre mousse momentanément), a été introduite dans la cavité préputiale sur la face dorsale du gland. Les deux feuillets cutané et muqueux étant ainsi fixés, on saisit le prépuce entre les deux branches écartées d'une longue pince; celles-ci sont appliquées sur ses côtés en arrière de l'aiguille, et, enfin, entre la pince d'une part et l'aiguille de l'autre, on fait, dans la direction tracée d'avance, une incision avec le bistouri, incision qui, d'un seul coup, emporte la portion exubérante du prépuce et qui intéresse au même niveau la peau et la membrane muqueuse.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc., etc., avec une *Introduction* par M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique, etc. — *Deuxième édition* revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'École de médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 110. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 11 Septembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital Cochin, M. Beau) : De l'emploi du tartre stibié et du sulfate de quinine dans le rhumatisme articulaire aigu. — III. BIBLIOTHÈQUE : Recherches sur le traitement des maladies des organes urinaires. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 9 septembre : Correspondance. — Rapport sur les remèdes secrets. — Lectures : Sur le traitement abortif des bubons vénériens suppurés. — Étude médicale sur les inhalations respiratoires d'eau minérale. — Démonstration d'un second conduit pancréatique chez le bœuf, s'ouvrant dans le canal cholédoque. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

PARIS, LE 10 SEPTEMBRE 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous signalerons dans la correspondance une lettre de M. Bonnafont, en réponse aux observations présentées dans la dernière séance, par M. Ricord sur l'opération du phimosis, sur les avantages de la modification qu'il propose pour cette opération et sur les indications hygiéniques et morales de la circoncision; une lettre de M. Mialhe, dans laquelle il répond de nouveau aux critiques de M. Poggiale sur la théorie du diabète, qui a pour elle, jusqu'à présent, dit ce savant chimiste, la sanction des succès thérapeutiques.

Dans les rapports, nous indiquerons d'abord une série de rapports sur les remèdes secrets faits par M. Robinet et dont les conclusions, toujours négatives, n'ont donné lieu à aucune discussion.

Puis M. Pâtissier a lu un très favorable rapport sur un travail de M. le docteur Sales-Girons, relatif aux inhalations respiratoires d'eau minérale qu'il a instituées aux eaux de Pierrefonds. *A priori*, et par ce que nous savons des bienfaisants résultats de l'atmosphère maritime sur les poumons malades, nous augurions bien des inhalations sulfureuses et autres. Nous sommes heureux que l'observation de M. Sales-Girons, confirmée par l'autorité de M. Pâtissier, réalise les espérances que l'emploi de ce moyen, déjà essayé ailleurs, avait fait concevoir.

Deux lectures ont été faites, l'une par M. H. Buignet, sur un nouveau procédé de dosage de l'acide carbonique dans les eaux minérales, que l'auteur a fait suivre de considérations sur la constitution des eaux de Vichy : savante lecture, sans doute, mais qu'il est bien difficile de suivre et surtout d'apprécier à la simple audition.

L'autre lecture a été faite par M. Broca, et est relative au traitement abortif des bubons vénériens suppurés. Nous publions une analyse suffisamment étendue de ce travail, pour que les praticiens puissent essayer l'emploi de la méthode proposée par M. Broca, et dont il a exposé les résultats.

M. le docteur Poinsot a clos la séance par la démonstration d'un second conduit pancréatique chez le bœuf, conduit s'ouvrant dans le canal cholédoque. Cette découverte anatomique a une certaine importance au point de vue de la théorie des fonctions du suc pancréatique édifiée par M. Cl. Bernard. Récemment, un physiologiste, s'appuyant précisément sur des expériences pratiquées sur le canal pancréatique du bœuf, avait nié la doctrine de M. Bernard. La découverte de M. Poinsot a pour résultat d'infirmer la valeur de ces expériences, puisqu'en ne liant qu'un seul conduit, le suc pancréatique a pu s'échapper par l'autre conduit resté ouvert, et l'expérience n'a pu donner ainsi que des résultats confus et incomplets.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital Cochin. — M. BEAU.

DE L'EMPLOI DU TARTRE STIBIÉ ET DU SULFATE DE QUININE DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU (1);

Par M. Félix BARBRAU, interne des hôpitaux.

Obs. II. — La nommée Demante (Marie), âgée de 41 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Cochin, salle Saint-Philippe, n° 13, le 10 mars 1856, pour un rhumatisme articulaire aigu.

11 mars. Cette femme est forte et d'une bonne constitution; elle se porte bien habituellement et est parfaitement réglée. Elle n'a jamais eu de douleurs articulaires.

Son état de blanchisseuse l'oblige à avoir presque toujours les mains et les jambes dans l'eau. Elle est employée à la buanderie de l'hôpital, et forcée quelquefois de sortir d'un endroit chaud et humide pour aller à l'air.

C'est dans la nuit du vendredi au samedi 8 mars qu'elle a été prise de frissons. Elle eut froid dans tous les membres, et fut très longtemps à pouvoir se réchauffer au moyen de boules d'eau chaude, de serviettes chaudes, etc. En même temps il survint des douleurs dans quelques articulations et dans la jambe droite.

Depuis quelque temps cette malade mangeait moins; sa bouche était amère, pâteuse; elle avait mal à l'estomac, et même elle avait eu des vomissements.

État actuel. — Embonpoint considérable. La malade est couchée sur le dos, dans une immobilité presque absolue, car les mouvements sont impossibles, en raison de la douleur; on a été obligé de la transporter dans les salles sur un brancard.

Ce sont les articulations des membres inférieurs qui sont atteintes. Les articulations tibio-tarsiennes sont douloureuses, très gonflées; la peau qui les recouvre est rouge, luisante, tendue, surtout à droite. Les deux genoux sont aussi le siége de douleurs et de gonflement. Il est impossible d'imprimer le moindre mouvement à ces articulations sans arracher des cris à la malade. La pression des doigts, le seul poids des couvertures, ne peuvent être tolérés.

En même temps, il y a un malaise général; la peau est chaude, brûlante; la figure est animée; point d'appétit; soif vive; bouche amère; langue blanche; constipation.

Il y a un bruit de souffle très léger au premier temps du cœur, et dans la carotide droite.

Le pouls est à 120. Hier soir, 130.

Pot. Tartre stibié . . . . . 0,10.
Ipéca. . . . . 1 gramme.

12 mars. La malade est déjà mieux; elle a vomi abondamment des matières bilieuses, verdâtres; elle a été aussi à la selle. Cependant les articulations du membre supérieur droit (scapulo-humérale, coude, poignet) ont été atteintes depuis hier.

Ce matin, le pouls est à 102. Hier soir, à 110.

Potion sulfate de quinine 1,50. Diète.

13 mars. Cette femme est sous l'influence du sulfate de quinine; elle est tout étourdie, a des bourdonnements d'oreilles; il lui semble qu'elle est dans un état d'ivresse assez prononcée. En même temps, elle se trouve mieux; elle peut un peu soulever les deux jambes; le bras droit cause aussi moins de douleur. Le pouls est à 98.

Potion sulfate de quinine 1,50. Diète.

14 mars. Le mieux continue, mais l'appétit n'existe pas. Le pouls est à 92. — Sulfate de quinine 1,50. Diète.

15 mars. Les jambes et le bras droit reviennent à leur état normal; la malade ne va pas à la selle. Le pouls est à 88. Anorexie.

Huile de ricin, 30 grammes. — Sulfate de quinine 1,50. Diète.

16 mars. Elle a été à la selle. Il y a un peu d'appétit ce matin. Le pouls est à 76. — Sulfate de quinine 1,50. Diète.

17 mars. Plus de douleurs ni de gonflement. Plus de bruit de souffle au cœur. Appétit. Pouls à 72.

Sulfate de quinine 1 gramme. — Bouillon.

18 mars. Chaque jour la guérison fait des progrès. Le pouls est à 68. On continue le sulfate de quinine à la dose de 0,75, et on donne deux bouillons et deux potages.

19 mars. 62 pulsations. Sulfate de quinine, 0,75. Une portion. La malade se lève; se promène dans la salle; mange avec appétit.

20 mars. On supprime le sulfate de quinine.

25 mars. La malade est tout à fait bien, et elle sort de l'hôpital le 3 avril, complétement guérie.

Cette malade s'est trouvée mieux après l'ingestion du tartre stibié, et en même temps la fièvre a diminué.

Chez elle, comme chez nos autres malades, c'est l'état général

(1) Voir le numéro du 4 Septembre 1856.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
Pendant le 1er semestre de 1853-1854,
PAR M. ANDRAL,
Professeur de pathologie et de thérapeutiques générales,
Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Théorie de Galien sur l'inflammation ; opinion de l'auteur relativement à l'influence des saignées dans cet état morbide. — Réflexions de M. Andral sur la doctrine galénique : l'hypothèse ancienne et l'observation moderne. — Galien et MM. Cl. Bernard et Brown-Séquard ; rapprochements curieux !

XXIX (1).

Pathologie de Galien (suite). — De l'inflammation.

Dans une foule d'endroits de ses œuvres, Galien s'est occupé de l'inflammation, mais il en a surtout traité dans le livre *Des tumeurs*. Toute partie est réputée atteinte de phlegmon ou d'inflammation quand elle est rouge, chaude, tuméfiée, douloureuse. Cette réunion de phénomènes forme le caractère de l'inflammation, et ce nom doit être refusé à tout groupe de symptômes dans lequel la série est incomplète par défaut de l'un quelconque des phénomènes.

La cause immédiate du phlegmon tient à une surabondance ou afflux de sang dans la partie qui en est le siége. Les vides ou porosités de la partie se remplissent de sang qui transsude à travers les parois des vaisseaux. Ce sang épanché dans la trame organique subit, sous l'influence de la force altératrice, des modifications qui aboutissent à sa transformation en pus. Ce pus, produit de l'élaboration de l'humeur, est chassé au dehors par la force expultrice. Cette transformation en pus est une condition nécessaire à la guérison de l'inflammation ; cependant, il est des cas où, sans que le pus se forme, le phlegmon guérit, soit par l'influence de la nature, soit par celle de l'art. Le phlegmon est dit alors se terminer par *résolution*. Voilà la part de l'observation ; voici maintenant celle de l'hypothèse. Si, dit Galien, de la masse du sang extravasé, il se sépare de la bile jaune, l'érysipèle survient ; si c'est de la bile noire, la gangrène prend naissance.

Le phlegmon, une fois produit, peut rester localisé dans la partie où il s'est développé, ou bien il se généralise et fait éclater la fièvre en vertu de la propagation de la chaleur locale au cœur et à tout le corps.

Quelle est la cause de l'inflammation ? Galien aborde cette importante question si souvent débattue. Cette cause réside dans un état général de l'organisme. Sauf les cas où le phlegmon est produit par une cause externe : une épine, l'application d'un corps trop chaud, d'un caustique, etc., les phénomènes de phlogose qui se passent dans une partie sont sous la dépendance d'un état général de l'économie. Voici comment l'auteur développe sa proposition. Plusieurs cas, dit-il, peuvent se présenter : tantôt le sang est en excès, tantôt il est chargé de principes excrémentitiels, de matériaux hétérogènes, de sucs viciés, mal élaborés incomplétement expulsés de l'organisme. Ces matières morbifiques se portent, avec le sang qui les contient, d'un lieu dans un autre. Dans les parties où les facultés attractrice, retentrice, expultrice, sont en équilibre, les humeurs ne s'arrêtent pas, ne séjournent pas, ne s'accumulent pas; mais dans celles où l'équilibre est rompu, où la force expultrice, par exemple, est affaiblie ou paralysée, les humeurs morbifiques s'arrêtent, s'accumulent et font naître le phlegmon. La maladie alors n'est pas purement locale, puisque l'altération de l'organe particulier qui en est affecté n'est que la manifestation d'un état général. Suivant cette manière de voir, ce ne serait pas l'excès de vitalité d'une partie, mais au contraire le défaut d'énergie vitale qui provoquerait en elle l'inflammation. C'est pourquoi, dit Galien, chez les pléthoriques et les cacochymiques, ce sont les parties les plus faibles qui deviennent le siége des fluxions dont la persistance engendre le phlegmon. D'où il suit que si, dans l'inflammation, la saignée est utile, en diminuant la masse du sang, et par suite, l'engorgement de la partie, elle n'est cependant pas le moyen radical de guérison. Effectivement, ajoute Galien, c'est en donnant de la force, de l'énergie à la partie qui est le siége d'une fluxion, que l'on fait disparaître celle-ci.

Voilà, certes, une théorie de l'inflammation complétement opposée à celle qui a été professée à diverses époques, comme à celle qui, de nos jours, est encore en vigueur. Nous ne la défendons pas; mais comme il y a toujours quelque chose à tirer des idées jetées dans le monde par des hommes de la valeur de Galien, arrêtons-nous ici quelques instants pour émettre les réflexions que la méditation de cette doctrine fait naître dans l'esprit.

D'abord, sous cette dénomination générale d'inflammation, on a réuni des choses très différentes. Si les phénomènes qui se passent dans un organe enflammé sont toujours les mêmes pour l'anatomiste, ils ne sauraient avoir, dans tous les cas, la même signification pour le médecin. Lorsqu'on cherche à développer sur un animal vivant des phénomènes semblables à ceux de l'inflammation, on arrive à des résultats assez remarquables. Si mettant à nu le mésentère d'un animal, on le soumet à l'action d'un corps chaud ou au contact de l'acide acétique, on voit, dans cette partie, la circulation s'accélérer. Mais cette accélération n'est que momentanée, et, du reste, elle n'existe pas seulement au niveau du point touché ou échauffé; car, si, sous le champ du microscope, on considère l'état de la circulation à la fois au niveau de ce point et ailleurs, on voit cette accélération du mouvement circulatoire se produire partout en même temps; d'où il suit que c'est là moins un phénomène local qu'un phénomène général résultant du retentissement dans tout l'organisme de la douleur causée à l'animal, retentissement qui, dans le système circulatoire, se traduit par un accroissement d'énergie de ce système, et, conséquemment, par l'accélération du cours du sang.

Cette accélération, avons-nous dit, n'est que passagère; bientôt, en effet, le mouvement se ralentit de telle sorte, que la circulation finit par s'arrêter complétement dans la partie soumise à l'expérience. A mesure que, par suite de cette stase, le sang s'accumule, on voit les vaisseaux se dilater, et cette dilatation augmente de plus en plus avec l'accumulation du sang. Voilà ce qui arrive dans l'immense majorité des cas. Ce n'est

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 janvier, 7, 19 février, 8, 15 avril, 15, 22, 27 mai, 28 juin, 3, 10, 31 juillet et 4 septembre 1856.

qui a subi la première amélioration; et ce n'est que plus tard que se sont dissipés les symptômes du côté des articulations.

Il est évident que nous n'aurions pas eu un succès aussi rapide et aussi certain, si nous avions laissé subsister l'embarras gastrique; celui-ci eût empêché l'action de la médication quinique.

L'appétit est revenu le sixième jour, et la guérison est complète dès le septième.

La malade est restée vingt-quatre jours à l'hôpital.

Le léger bruit de souffle qui existait au cœur a rapidement disparu.

Le sulfate de quinine a été donné pendant huit jours.

Obs. III. — Le nommé Blondeau (François), 35 ans, domestique, entre à l'hôpital Cochin, salle St-Jean, n° 10, pour un rhumatisme articulaire aigu.

12 avril. Ce malade ne semble pas d'une bonne constitution. La figure est maigre et exprime un abattement très grand; ses yeux sont caves, enfoncés dans les orbites (c'est, nous dit-il, sa physionomie habituelle); sa voix est faible.

Il est souffrant depuis six jours, après s'être exposé au chaud et au froid. Il a d'abord été pris de frisson, puis de fièvre, et au bout de trois jours, les douleurs sont survenues.

Il nous dit n'avoir jamais eu de rhumatismes.

Cet homme est dans le décubitus dorsal et dans une immobilité à peu près complète.

Plusieurs articulations sont affectées : ainsi les deux genoux, le coude-pied du côté droit, la symphise du pubis, sont le siége de douleurs et de gonflement; mais ici, c'est surtout la douleur qui domine; le malade éprouve des élancements, des tiraillements; une pression légère avec les doigts exaspère les souffrances; et le moindre mouvement ne peut être exécuté en raison de la sensation pénible éprouvée.

La peau est chaude et brûlante. Le pouls est à 126.

Il n'y a rien au cœur.

En même temps, il existe depuis quelques jours un embarras gastrique évident.

Ainsi, il y a perte d'appétit, bouche pâteuse et amère, langue blanche, soif vive, quelques nausées, de la constipation.

On prescrit tartre stibié 0,10; ipéca 1 gramme.

13 avril. Le malade a beaucoup vomi et a été à la selle. Il se sent un peu soulagé.

Le pouls est à 110. Les douleurs sont les mêmes.

Sulfate de quinine 1,50.

Soir. 102 pulsations.

14 avril. Il y a encore amélioration dans l'état général; le pouls a baissé, il est à 84; mais l'état local est le même. On continue la même prescription : Sulfate de quinine 1,50. D'ailleurs, il n'y a pas encore d'effets quiniques bien marqués.

15 avril. Depuis hier, il y a eu augmentation du pouls; l'état général et l'état local sont moins satisfaisants. Le pouls est à 100.

On augmente la dose de sulfate de quinine, 2 grammes. Diète.

16 avril. Le malade est beaucoup mieux; il est sourd, a des bourdonnements dans les oreilles, est étourdi. Il a moins de douleurs et a un peu dormi. La peau est moins brûlante, le pouls est à 80.

On continue sulfate de quinine 2 grammes. Diète.

Soir. La troisième dose de sulfate de quinine n'a pu être supportée, elle a été vomie. Du reste, l'amélioration persiste. Ainsi, le pouls n'est plus qu'à 70. Il n'y a plus de douleur que dans le bras droit. La surdité est intense. L'appétit ne revient pas.

17 avril. Le mieux fait des progrès rapides; il n'y a plus de chaleur à la peau; plus de douleur qu'au pouce de la main droite. Le malade a faim. Le pouls est à 64. Surdité. Rien au cœur.

En raison de l'amélioration, on a baissé la dose de sulfate de quinine, et on ne donne plus que 1 gr. 50 centig. Bouillon.

Soir. 66 pulsations. Rien. Le malade a eu quelques envies de vomir sa potion, mais ne l'a pas vomie.

18 avril. Les douleurs ont cessé dans le poignet droit. Il y a encore un peu d'engourdissement dans l'articulation du pouce. Du reste, il n'y a plus de gonflement ni de rougeur.

Le malade a bien dormi et a faim. Le pouls est à 64.

Pot. Sulfate quinine 1 gramme. Bouillon.

Depuis ce moment jusqu'à la sortie, on diminue progressivement le sulfate de quinine; on augmente les aliments, et la guérison est complète.

19 avril. Sulfate de quinine 1 gramme. Deux bouillons, deux potages.

20 et 21. Sulfate de quinine 0,50. Une et deux portions.

22 et 23. Idem.

24. On supprime le sulfate de quinine. Quatre portions.

26. Exeat. Guérison parfaite.

Dans cette troisième observation, nous voyons encore la fièvre diminuer après le tartre stibié qui enlève l'état saburral des premières voies, et favorise ainsi l'action du sulfate de quinine en simplifiant la maladie.

Le retour de l'appétit arrive le sixième jour. La maladie cesse le septième jour.

Et le 26 avril, l'exeat est accordé. Nous pouvons constater combien la convalescence a été rapide.

Chez cet homme, nous avons été obligé d'aller jusqu'à 2 gram. de sulfate de quinine pour produire l'ivresse et obtenir l'amélioration qui depuis a toujours été progressive.

Il y a eu quelques vomissements produits par la haute dose du sulfate de quinine, mais ces accidents se sont rapidement dissipés.

Le sulfate de quinine a été donné pendant onze jours.

Obs. IV. — Le nommé Gaunoux (Calixte), 29 ans, brocanteur, entre le 3 juin à l'hôpital Cochin, salle Saint-Jean, n° 17, pour un rhumatisme articulaire aigu.

4 juin. Ce malade a été traité, il y a environ un mois, d'une pneumonie dont il a parfaitement guéri.

Habituellement il se porte bien, et n'a jamais eu de rhumatismes.

Il y a quinze jours, à la suite d'un bain de vapeur qu'on lui avait ordonné pour quelques douleurs dont il se plaignait, il a été pris de refroidissement et de frisson; bientôt après, il a éprouvé des douleurs plus vives dans tout le corps, et surtout dans les principales articulations des membres supérieurs et inférieurs.

Depuis ce moment, il n'a cessé de souffrir, et aujourd'hui il nous présente l'état suivant :

Face pâle, amaigrie; prostration très grande; peau chaude et sèche. Pouls à 92.

Douleurs dans tous les membres et surtout dans les articulations scapulo-humérales, les coudes, et les genoux des deux côtés. Gonflement, rougeur de la peau. Bouche pâteuse, envies de vomir. Constipation. Perte complète d'appétit depuis quelque temps. Soif vive.

Potion : ipéca 1 gramme; tartre stibié 0,10. Diète.

Soir. Légère amélioration; 80 pulsations.

5 juin. Le malade a beaucoup vomi. Il a été à la selle. Il se trouvait mieux après la potion, mais, en allant aux lieux d'aisances, il a été pris de froid, et il s'est remis au lit assez souffrant.

Les douleurs et le gonflement des articulations n'ont pas varié.

Au cœur, il y a une impulsion assez énergique, et au premier temps un bruit de souffle qui se fait entendre jusque dans la carotide gauche.

La peau est chaude, le pouls est plein, à 86.

Potion : sulfate de quinine 1,50. Diète.

Soir. 76 pulsations; mieux.

6 juin. Cet homme se trouve dans un état plus satisfaisant; il souffre beaucoup moins dans les jambes, dans les genoux qui sont moins tuméfiés; mais il éprouve toujours des douleurs dans les articulations des membres supérieurs.

La peau est toujours brûlante. L'appétit ne revient pas. La soif est vive.

L'endocardite est au même degré. Le pouls est à 76.

Il n'y a pas d'effets quiniques produits; point d'étourdissements, point de surdité.

On augmente la dose de sulfate de quinine, qu'on porte à 2 grammes. Diète.

Soir. 76 pulsations. Même état.

7 juin. Même état; 76 pulsations. Point d'ivresse quinique.

On continue sulfate de quinine 2 grammes. Diète.

8 juin. Il y a une grande amélioration chez notre malade sous tous les rapports. Ainsi, il ne souffre plus du tout depuis hier; les mouvements s'exécutent bien dans toutes les articulations; la soif n'existe plus et l'appétit est revenu. Le pouls est descendu à 65.

D'un autre côté, le sulfate de quinine a agi avec efficacité; cet homme a, dit-il, un engourdissement général dans la tête; il est étourdi, a des bourdonnements d'oreilles, entend à peine quand on lui parle.

On le voit donc, il a fallu aller jusqu'à 2 grammes pour produire des effets quiniques, l'abaissement du pouls et l'amélioration très grande du malade. Comme il y a eu quelques envies de vomir hier après la potion, on ne donne plus aujourd'hui qu'un gramme de sulfate de quinine. Diète.

9 juin. Le mieux continue. Il n'y a plus ni douleurs ni gonflement des articulations. L'état général est très bon, l'appétit est tout à fait revenu. 64 pulsations.

Sulfate de quinine 1 gramme. Bouillon.

10 juin. État satisfaisant. On baisse graduellement le sulfate de quinine, car on peut craindre le retour de la maladie par la cessation brusque de ce médicament puissant.

Sulfate de quinine 0,50. Bouillon, potages.

11 juin. Le malade se lève. Il se trouve très bien, ne souffre nulle part. Il n'existe plus de bruit de souffle au premier temps du cœur.

Sulfate de quinine 0,50. Une portion.

12 juin. On supprime aujourd'hui le sulfate de quinine, et on donne deux portions.

13 juin. Le malade, tout à fait guéri, sort de l'hôpital.

Ici, l'affection subaiguë et insigniflante d'abord, a pris un accroissement très grand après un refroidissement subi par le malade; alors on a eu affaire à un véritable rhumatisme articulaire aigu ou fébrile.

Après l'ingestion du tartre stibié, l'embarras gastrique disparaît, et le pouls diminue de fréquence.

L'appétit revient le cinquième jour de l'entrée.

Le sulfate de quinine a été donné pendant sept jours, et il a fallu aller jusqu'à 2 grammes pour produire l'ivresse quinique.

Le malade est resté dix jours à l'hôpital, et est sorti parfaitement guéri.

Le bruit de souffle, qui existait à l'entrée, avait disparu.

Obs. V. — Le nommé Weiss (François), 24 ans, carrier, entre à l'hôpital Cochin, salle St-Jean, n° 3, le 29 mai 1856, pour un rhumatisme articulaire aigu.

27 mai. Ce jeune homme est d'une bonne constitution; il est robuste, et n'a jamais été malade.

Il est souffrant depuis quatre jours; mais depuis plus longtemps il avait perdu l'appétit; il mangeait bien encore, mais sans avoir faim.

A la suite d'un travail pénible, il a eu très grand chaud, puis il s'est refroidi, et a été pris d'un frisson qui a duré près d'une demi-heure. En même temps est survenu la fièvre; et les articulations du genou droit et de l'épaule droite sont devenues douloureuses et gonflées.

Malgré le malaise général qu'il éprouvait, le jeune homme a encore essayé de travailler, mais, il y a deux jours, il a été forcé de s'aliter.

État actuel. — Décubitus dorsal, figure rouge, animée. Peau chaude, brûlante; pouls à 110, plein.

Le poignet droit et l'articulation métacarpo-phalangienne du médius gauche sont le siége de douleurs très vives et d'un gonflement assez considérable. La peau est rouge et tendue. Le genou droit et l'épaule droite sont aussi atteints, mais à un moindre degré.

Le malade nous dit que, depuis deux jours, il n'a pu prendre de repos,

---

qu'exceptionnellement que l'on voit le sang affluer de toutes parts vers le point irrité; cela n'arrive que lorsqu'on se sert de la pointe acérée d'un instrument pour irriter le mésentère, auquel cas l'afflux du sang dont on est témoin résulte de l'écoulement de ce liquide à travers la solution de continuité produite dans quelque petit vaisseau, par la pointe de l'aiguille, et, loin d'être un phénomène vital, ne constitue en définitive qu'un phénomène d'hydraulique.

Si l'on remonte à la considération des causes sous l'influence desquelles se produisent ces phénomènes, on voit que les circonstances dans lesquelles ils prennent naissance, sont très différentes les unes des autres, de telle sorte que l'on ne peut songer à les rattacher tous à une même théorie et à la faire dériver d'une cause commune. Comment voulez-vous qu'agissent de même le chaud et le froid? Comment pourrait-il y avoir similitude complète entre l'action d'un agent qui porte son influence directement sur le sang et celle d'un autre agent qui l'exerce d'abord sur le solide? — Il est des cas où l'inflammation dépend d'une altération dans la composition du sang, eh bien, il y aura une grande différence entre ces cas et ceux où le point de départ de la fluxion sanguine ressemble à ce qui arrive dans certains faits de sécrétion. Ainsi, la membrane muqueuse digestive rougit et se congestionne au contact des aliments; il semble qu'une force spéciale pousse le sang vers les parties qui vont devenir le siége d'une sécrétion particulière. On a signalé souvent aussi la congestion sanguine remarquable qui se produit chez les cerfs, à l'époque du renouvellement du bois, vers cette partie du frontal où la pousse va se faire. Dans les deux cas, on voit un effort, un *molimen hemorrhagicum*, un travail hypérémique se faire pour servir à l'accomplissement d'un phénomène de sécrétion ou de nutrition. Tout ces faits montrent combien de points de départ différents proviennent des phénomènes semblables. Pour compliquer encore davantage la question, voici venir deux physiologistes éminents, MM. Bernard et Brown-Séquard. D'après ces habiles expérimentateurs, si l'on vient à couper sur un animal vivant, un lapin, par exemple, la portion cervicale du grand sympathique, on voit le pavillon de l'oreille correspondante à la section rougir, ses vaisseaux se dilater, se remplir de sang et sa température s'élever. M. Brown-Séquard cherche à établir que si, dans cette expérience, le sang s'accumule dans les vaisseaux du côté de la section, et si la température s'élève, c'est que les parois des vaisseaux auxquelles se rendaient les filets du nerf coupé sont frappées de paralysie, c'est-à-dire que la partie congestionnée est plus faible, possède moins d'énergie vitale. Ce fait d'expérimentation nous ramènerait, à un certain point de vue, à l'idée de Galien, qui veut que l'accumulation du sang se fasse dans les parties les plus faibles. Nous avons cité cette expérience pour montrer combien le phénomène de l'inflammation est un fait complexe, depend de causes différentes et réclame des moyens thérapeutiques variés.

Pour moi, dit M. Andral, je n'ai pu m'empêcher d'être frappé des rapprochements singuliers qui existent entre l'idée théorique de Galien et le fait expérimental mis en lumière par MM. Bernard et Brown-Séquard. C'est ainsi que, par la lecture attentive des anciens auteurs, on peut tirer des notions utiles et curieuses au point de vue de la comparaison des idées anciennes avec les idées modernes. Il faut se garder cependant de vouloir toujours habiller les anciens à la moderne et de chercher constamment dans ce qu'ils ont écrit, le point de départ de ce que nous savons. Il faut les prendre tels qu'ils sont, mais en même temps il faut examiner d'un œil attentif et curieux comment l'esprit humain s'est exercé, aux différentes époques, à chercher et à découvrir la vérité, comment les moyens dont il s'est servi ont varié avec les temps et les progrès de la science (au commencement l'hypothèse, plus tard l'observation et l'expérience); puis, enfin, admirer comment, chose singulière! l'hypothèse ancienne et l'observation moderne arrivent souvent à se rencontrer sur le même chemin!

Après ces considérations sur le phlegmon qu'il regarde comme une tumeur, Galien parle d'autres tumeurs qu'il distingue de l'inflammation proprement dite. Tel est l'érysipèle, né, suivant lui, de la prédominance de la bile jaune dans le sang extravasé, tel est aussi l'œdème ou fluxion pituiteuse. Il décrit encore vaguement un certain nombre d'autres tumeurs auxquelles il donne des noms dont plusieurs sont restés dans la science; exemple : les athéromes, mélicéris, les stéatomes, le squirrhe, le tubercule (petite tumeur de la peau), le bubon, l'hydrocèle, etc., etc.

Voilà, en résumé, ce que contiennent les livres de Galien, sur la pathologie générale. Passons maintenant à l'examen de son grand traité de pathologie spéciale, du *De locis affectis*, ouvrage qui, au dire de Haller, est la plus belle œuvre pathologique du médecin de Pergame.

(La suite du cours prochainement.)

Par décret impérial en date du 25 août 1856, rendu sur la proposition du ministre secrétaire d'état de la guerre,

M. Scrive (Gaspard-Léonard), médecin principal de 1re classe, chef du service médical de l'armée d'Orient, a été promu au grade de médecin-inspecteur, en remplacement de M. le docteur Alquié, admis à la retraite.

— Malgré la pénalité terrible qui frappe les consommateurs, les introducteurs et les détenteurs d'opium, l'usage de cette drogue abominable se répand de plus en plus dans le Céleste-Empire. Cette année, les contrebandiers en ont introduit plus de 30,000 caisses, pesant chacune 100 catyes (600 kilog.). Dans une période de douze ans, de 1827 à 1839, l'importance n'avait été que de 161,000 caisses.

Trois sortes d'opium sont expédiées en Chine. L'une, la plus estimée, de couleur brune, appelée *terre* ou fange noire, est tirée du Bengale, et l'autre, dite *pihpa* (peau blanche), vient de Benarès; la troisième, dite *hang pe* (peau rouge), du Malwa. Autrefois, l'opium n'était employé en Chine que comme partout ailleurs, c'est-à-dire sous forme de médicament et sous le nom de *hoofooyung*. Aujourd'hui cette drogue est devenue un besoin irrésistible. Depuis 1799, l'introduction en était sévèrement prohibée et la confiscation de la matière saisie était la moindre peine que pût encourir un Chinois. Les contraventions étaient souvent punies de prison, de strangulation, du bannissement. Malgré la rigueur de ces lois, la consommation de l'opium n'a cessé de s'accroître; les supplices les plus horribles n'arrêtent pas les fraudeurs.

ERRATA. — Dans notre dernier numéro, il s'est glissé une erreur dans l'article de MM. Sucquet et Boujean. A la 1re ligne de la 2me colonne de l'article, *au lieu de :* depuis un an, *lisez :* depuis dix ans.

tant ses souffrances étaient grandes ; il n'a pas faim. Sa langue est blanche, sa bouche est pâteuse. Il ne va pas régulièrement à la selle.

En auscultant le cœur, on entend au premier temps un bruit de souffle râpeux, qui est certainement produit par un rétrécissement. Dans la carotide droite, on entend un bruit de souffle, qui n'est autre chose que le retentissement de celui du cœur. En même temps, il y a une impulsion irrégulière du cœur.

Potion : Ipéca 1 gramme ; tartre stibié 0,10.

30 mai. La peau est moins chaude qu'hier soir, et le malade, qui a beaucoup vomi et été beaucoup à la selle, se sent bien soulagé. Cependant, les douleurs persistent dans les articulations affectées, ainsi que le gonflement et la rougeur.

Au-dessus de la carotide primitive gauche, on perçoit un léger frémissement, et dans l'artère on entend un bruit de souffle. Le pouls est descendu à 56.

Potion : Sulfate de quinine 1,50 ; trois pots limonade.

Soir. Le malade se trouve mieux ; il dit avoir besoin de manger. Le sulfate de quinine n'a encore produit aucun effet du côté du cerveau ; il n'y a ni étourdissements, ni bourdonnements d'oreilles, ni surdité. Le pouls est à 88. La peau est bonne.

31 mai. La visite impressionne vivement le jeune homme ; on compte maintenant 112 pulsations, et il n'y a qu'un instant on en comptait que 80 quand on était seul.

La figure est meilleure ; il n'y a pas de chaleur à la peau ; les articulations sont à peine douloureuses, et quelques mouvements peuvent être exécutés sans causer de grandes souffrances ; le gonflement a aussi beaucoup diminué.

Mais si les symptômes du côté des articulations se sont amendés, ils ont augmenté du côté du cœur ; il y a une impulsion plus forte, plus énergique ; un bruit de souffle plus intense ; des palpitations.

L'appétit est peu considérable ; la soif est peu vive. Pas de surdité.

On prescrit une potion avec sulfate de quinine 2 grammes, et on applique un vésicatoire volant sur la région précordiale.

Soir. Même état. 84 pulsations.

1er juin. Le malade n'est pas du tout étourdi ; il n'éprouve aucun phénomène quinique : il se trouve bien ; le gonflement et la douleur des articulations primitivement affectées ont disparu.

Le cœur est toujours très impressionnable. A la visite, nous comptons 102 pulsations, tandis qu'avant nous venions de compter 84 pulsations.

On continue la potion avec sulfate de quinine 2 grammes.

Soir. Le sulfate de quinine est enfin arrivé à destination ; aussi le pouls a-t-il considérablement baissé : ce matin il était à 84, ce soir il n'est plus qu'à 66. Le malade éprouve des bourdonnements, des tintements d'oreilles ; il est sourd : il faut parler assez haut pour qu'il entende ce que nous lui disons.

2 juin. Il n'y a plus rien du côté des articulations, mais l'endocarde existe au même degré. Le malade se trouve très bien, il a faim et demande à manger. Le pouls est à 80 ; la peau est bonne.

On continue sulfate de quinine 2 grammes, et on continue à donner du bouillon.

Soir. Le pouls est à 64. Le matin il était à 80 ; mais nous devons toujours tenir compte de l'impressionnabilité extrême du malade au moment de la visite.

3 juin. Le mieux continue. Sulfate de quinine 1,50. Potages.

4 juin. Le pouls est à 60. La peau est bonne. Le malade demande à se lever. Toujours impulsion et bruit de souffle au premier temps du cœur. Sulfate de quinine 1 gramme ; une portion.

5 juin. Même prescription. Deux portions.

6 et 7 juin. 0,75 sulfate de quinine ; trois portions. Pouls à 60. État très satisfaisant du côté des articulations. Mais l'endocardite persiste, sans douleur pour le malade.

8 juin. Exeat. Guérison complète du rhumatisme articulaire aigu.

Dans ce cas, comme dans les précédents, on voit que nous avons encore obtenu les meilleurs résultats de l'emploi du tartre stibié et du sulfate de quinine.

Le premier médicament a enlevé le mauvais état des premières voies ; le deuxième a dissipé complétement le rhumatisme.

La dose de sulfate de quinine a dû être portée à 2 grammes pour produire de l'ivresse.

L'appétit est revenu le cinquième jour de l'entrée.

Le sulfate de quinine a été donné pendant neuf jours.

Le séjour à l'hôpital a été de onze jours. La guérison a été parfaite à la sortie.

Ce malade nous présentait à son arrivée un bruit de souffle râpeux au premier temps du cœur. Les renseignements incomplets fournis par le jeune homme ne nous permettent pas de dire depuis combien de temps existe le rétrécissement. Le bruit de souffle est aussi intense à la sortie qu'à l'entrée.

BIBLIOTHÈQUE.

RECHERCHES SUR LE TRAITEMENT DES MALADIES DES ORGANES URINAIRES,

CONSIDÉRÉES SPÉCIALEMENT CHEZ LES HOMMES AGÉS ET SUR CELUI DES RÉTRÉCISSEMENTS DE L'URÈTRE, SUIVIES D'UN ESSAI SUR LA GRAVELLE ET LA PIERRE, PRINCIPALEMENT SUR LA LITHOTRITIE, L'EXTRACTION DE FRAGMENTS ET SUR CELLE DES AUTRES CORPS ÉTRANGERS ; par L.-Aug. MERCIER, D.-M. P., etc. Un vol. in-8°. — Paris, Labé, 1856.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 4 Septembre 1856.)

Le septième mémoire a pour sujet le *traitement du catarrhe de la vessie*. L'auteur, entrant d'abord dans quelques considérations sur l'étiologie et la symptomatologie de cette affection, s'efforce surtout de démontrer qu'elle reconnaît pour cause, dans la très grande majorité des cas, ou la présence d'un corps étranger ou l'existence d'une rétention d'urine qui empêche la vessie de se vider jamais complétement et y maintient toujours une certaine quantité d'urine qui s'altère dans sa cavité. Il en conclut que c'est à ces causes surtout qu'il faut s'attaquer parce que le plus souvent le catarrhe disparaît ensuite de lui-même. Mais, comme ce traitement exige presque toujours des opérations qui peuvent réveiller l'inflammation, pour peu qu'elle ait quelque chose d'aigu, il faut, dans ce cas, combattre d'abord l'élément inflammatoire par les antiphlogistiques locaux et généraux. Enfin, lorsque l'altération de la vessie est trop profonde pour disparaître spontanément ou par un traitement général, il faut y appliquer le traitement local à l'aide des injections. De toutes les injections, celles de nitrate d'argent lui ont donné les meilleurs résultats. Faites avec les précautions convenables, elles n'ont jamais produit d'accidents et presque toujours elles procurent une amélioration rapide.

Le huitième et dernier mémoire a pour titre : *Quelques observations sur l'hématurie et son traitement*. Nous ne croyons pas devoir l'analyser en entier, la plupart des préceptes qu'on y trouve n'appartenant pas à l'auteur. Nous noterons toutefois un fait signalé par lui, et qui pourrait, s'il était ignoré, devenir une cause d'erreur. C'est que les hémorrhagies qui se font dans la partie membraneuse de l'urètre, au-dessus du point où celle-ci traverse l'aponévrose moyenne du périnée, refluent dans la vessie et peuvent être prises pour des hématuries proprement dites. Le moyen de diagnostic conseillé par l'auteur consiste, après avoir rempli la vessie par une injection, à maintenir le bec d'une sonde pendant quelques instants à la profondeur de l'urètre, et à la repousser ensuite dans la vessie. Si l'hémorrhagie a véritablement sa source dans l'urètre, les premières portions de ce liquide sortiront fortement teintes de sang, mais le reste passera parfaitement limpide.

Nous arrivons à la seconde partie de l'ouvrage, dans laquelle l'auteur expose le *résumé de ses recherches sur la nature et le traitement des déviations spasmodiques et des rétrécissements de l'urètre*.

Il s'occupe d'abord des *déviations spasmodiques* habituellement appelées rétrécissements spasmodiques, lesquels peuvent siéger, soit dans la portion membraneuse de l'urètre, soit au col de la vessie où elles constituent les valvules musculaires. Nous ne reviendrons pas sur leur mode de formation qui a déjà été exposé plus haut. Quant au diagnostic, il se tire, suivant l'auteur, de ce signe qu'une bougie droite ne peut pénétrer ou du moins ne pénètre sans les plus grandes difficultés jusque dans la vessie, tandis que la même bougie, convenablement coudée, s'engage assez facilement, et peut être ensuite retirée sans éprouver une grande résistance. Ces spasmes étant la plupart du temps, du moins au début, symptomatiques d'une irritation des parties profondes de l'urètre, c'est cette irritation qu'on doit d'abord combattre, et c'est dans cette espèce de rétrécissements qu'on obtient de bons résultats des antiphlogistiques et des antispasmodiques ou calmants. Le cathétérisme contribue aussi quelquefois à faire cesser le spasme. Mais quand la maladie est arrivée à son second degré et que la *contracture* est passée à l'état de *rétraction permanente*, les antiphlogistiques et la dilatation même n'y peuvent plus rien. M. Mercier préfère alors l'incision du canal, et il la pratique avec le même instrument qui lui sert à inciser les valvules du col, en faisant saillir la lame du côté de son talon.

Les rétrécissements proprement dits de l'urètre, qu'ils succèdent à une ulcération, à une inflammation des parois du canal, à un abcès, à une rupture, sont tous *fibreux*. C'est une vérité aujourd'hui généralement admise et dont l'auteur réclame la paternité. Cette transformation fibreuse atteint toujours la muqueuse, qui est toujours, à ce niveau, rétractée et non pas plissée comme on l'a dit ; mais elle s'étend aussi plus ou moins en profondeur, envahissant quelquefois toute l'épaisseur du tissu spongieux dont les vacuoles s'effacent et qui se trouve converti, dans ce point, en une virole fibreuse plus mince que le reste de l'organe. Tantôt elle occupe tout le pourtour de l'urètre et lui forme un anneau complet, tantôt, au contraire, elle se borne à une partie de la circonférence laissant le reste sain. Les siéges habituels de ces rétrécissements peuvent être indiqués, selon leur ordre de fréquence, de la façon suivante : fond du bulbe, fosses naviculaires, partie de l'urètre correspondante à la racine des bourses, méat urinaire, différent point de la portion spongieuse.

La gêne que ces sortes de rétrécissements apportent à l'émission des urines n'est pas toujours en rapport avec l'étroitesse du canal. L'auteur montre que la variabilité de ce symptôme se rapporte à l'hypertrophie de la vessie, qui peut suffire pour vaincre aisément l'obstacle, à son inertie consécutive, qui peut rendre la rétention presque complète, ou au spasme du col qui s'y ajoute. Il explique par là comment l'éjaculation du sperme, à laquelle le spasme du col ne saurait s'opposer, se fait souvent assez bien, alors que l'émission de l'urine est impossible ou presque impossible.

De tous les moyens d'exploration, celui auquel l'auteur donne la préférence est la bougie à boule de Ch. Bell, qui permet de reconnaître le degré du rétrécissement et son étendue. Le rétrécissement une fois constaté, l'auteur commence toujours par en essayer la dilatation. Mais l'introduction des bougies à l'aide desquelles se fait cette dilatation présente souvent des difficultés qui tiennent soit à ce qu'il n'est pas possible d'en trouver l'ouverture, soit à ce qu'elle ne cède pas et ne se laisse pas traverser même par les bougies fines. La difficulté à trouver l'orifice d'un rétrécissement tient presque toujours à ce qu'il est excentrique et compliqué de fausses routes. Pour l'atteindre, l'auteur conseille de courber légèrement l'extrémité de la bougie, et, par des mouvements de circumduction et de va et vient successifs, de faire parcourir à sa pointe tous les points du cul-de-sac dans lequel l'orifice se trouve nécessairement, jusqu'à ce qu'on tombe sur lui... Si l'induration est trop résistante pour se laisser distendre par une bougie assez fine pour pénétrer dans le rétrécissement, il conseille une manœuvre qui lui réussit toujours parfaitement. Elle consiste à introduire successivement une bougie fine qui opère un premier degré de dilatation à l'entrée du rétrécissement, puis une autre plus volumineuse et à extrémité moins allongée qui, agrandissant cette entrée, permet à la bougie fine de progresser un peu plus loin, n'étant plus serrée par la première partie dilatée. En réitérant ces introductions successives un plus ou moins grand nombre de fois, l'auteur est presque toujours parvenu à pénétrer dans la vessie séance tenante quand il y avait urgence.

Quand les rétrécissements sont trop durs pour céder à la dilatation, ou lorsqu'ils se reproduisent trop vite, l'auteur a recours à l'*incision*. Dans cette opération, son but est, ne pouvant agrandir le tissu induré, d'y faire une ou plusieurs plaies qui, se cicatrisant isolément, constituent des *pièces d'allongement*. Il veut qu'on n'incise que le tissu malade et qu'on ménage les parties saines qui sont assez dilatables pour n'avoir nul besoin d'être incisées. Il veut surtout éviter d'ouvrir les cellules du tissu spongieux et de s'exposer par là aux accidents d'hémorrhagie ou de phlébite. Ses instruments ont des lames très peu saillantes parce que le tissu induré, ne cédant point devant elles, se laisse trancher bien plus sûrement que les parties saines. L'auteur a fait faire, dans ce but, trois instruments. L'un dont les quatre lames cachées, introduites d'abord en arrière du rétrécissement, font ensuite saillie et coupent en marchant d'arrière en avant ; le second, destiné aux rétrécissements trop étroits pour admettre la tige du premier et pour laisser passer les lames avant d'être incisé, coupe d'avant en arrière ; enfin, le troisième permet d'agir à volonté avec une seule lame, soit d'avant en arrière, soit d'arrière en avant, ou mieux encore, de compléter, en retirant la lame, la dilatation commencée dans son mouvement d'avant en arrière.

Nous passons, comme on voit, sur tout ce qui est simple controverse, quoiqu'il y en ait beaucoup dans ce livre, car l'auteur y élève de nombreuses réclamations. Mais la controverse ne s'analyse pas. Tout au plus, peut-on se faire une opinion sur ces matières, quand on a devant les yeux toutes les pièces du procès. Nous avons donc cru être plus utile au lecteur en lui faisant connaître purement et simplement les opinions de l'auteur et l'esprit dans lequel il dirige ses médications.

La dernière partie du livre de M. Mercier est un *Essai sur la gravelle et la pierre, et particulièrement sur la lithotritie dans les cas compliqués de rétentions d'urine*. L'auteur y décrit fort au long les caractères physiques et chimiques des calculs urinaires et les symptômes auxquels ils donnent lieu ; il discute aussi avec détails les avantages et les inconvénients du traitement médical des calculs et les chances qu'il offre ; mais, comme en présence des heureux résultats de la lithotritie, celui-ci perd beaucoup de son importance, ne nous y arrêtons pas.

Les instruments lithotriteurs ont éprouvé de bien nombreuses modifications depuis que cette méthode de traitement est en usage. Adoptant la lithotritie à deux branches de M. Heurteloup, M. Mercier y a apporté quelques modifications qu'il est bon de faire connaître. Il l'a fenêtré seulement vers le talon, et il a garni ses mors plats d'aspérités qui empêchent le calcul de glisser. Cette forme, en laissant à l'instrument beaucoup de force, l'empêche de s'engorger et le rend plus sûr. Il se sert de la pression opérée à l'aide d'un pignon denté ou de la percussion, suivant la nature du calcul. Mais lorsque la pierre est broyée, tout n'est pas fini, et l'expulsion des fragments est quelquefois fort difficile, surtout quand la vessie se contracte mal. C'est pour ces cas que l'auteur a inventé sa *sonde évacuatoire à double courant*, qui permet de faire dans la vessie des injections abondantes, lesquelles entraînent, par un canal largement ouvert, tous les petits fragments de calculs emportés par le courant du liquide. On trouve encore dans cette partie de l'ouvrage des détails nombreux sur les procédés d'extraction des fragments engagés dans le canal de l'urètre et des corps étrangers introduits dans la vessie ; mais l'étendue déjà trop grande de cette analyse ne nous permet pas d'y insister.

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 Septembre 1856. — Présidence de M. BOSSY.

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. le docteur CHALERAND, médecin-inspecteur des eaux minérales de Monestier (Hautes-Alpes), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854.

— Un rapport de M. le docteur FUZET-DUPOUGET, médecin-inspecteur des eaux minérales de St-Laurent-les-Bains (Ardèche), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854.

(Commission des eaux minérales.)

— Les états des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements de la Marne, de l'Eure, de la Moselle. (Comm. de vaccine.)

La correspondance particulière se compose des envois suivants :

M. PUTEGNAT, de Lunéville, sollicite le titre de membre associé. — (Commission nommée.)

— Un travail de M. GOBLEY, intitulé : *Essais analytiques sur la liqueur lactescente de MM. Gaudin et Choumara*. Cette liqueur, dit M. Gobley, ressemble au lait ordinaire par son aspect, mais elle en diffère par ses autres propriétés physiques et chimiques et par sa composition. (Commission nommée.)

— Une note intitulée : *Quelques faits à propos de la maladie d'Addison*, par M. PUECH, chirurgien chef interne des hôpitaux civils de Toulon. (M. Trousseau, rapporteur.)

— Un mémoire ayant pour titre : *De la respiration amphorique dans la pleurésie*, par M. LANDOUZY, directeur de l'École de médecine de Reims.

— Un travail sur l'*inoculation post-vaccinale*, par M. le docteur L. PAPILLAUD, de Saujon (Charente-Inférieure). (Comm. de vaccine.)

— Une lettre de M. BONNAFONT, ainsi conçue :

Monsieur le secrétaire perpétuel,

Dans la dernière séance de l'Académie, l'honorable M. Ricord a cru devoir prendre la parole pour défendre son procédé opératoire contre le phimosis, que je n'avais nullement attaqué. J'avais dit seulement que le petit instrument que j'ai imaginé rendait cette opération beaucoup plus simple et surtout plus rapide. Je maintiens un fait que l'expérience confirmera sans aucun doute.

Du reste, le procédé de M. Ricord et le mien ne diffèrent que dans la manière de fixer la muqueuse et la peau au même niveau. M. Ricord arrive à ce résultat en traçant avec de l'encre une ligne ovalaire sur le prépuce, appelée, à l'hôpital du Midi, *tracé du chemin de fer*, en enfonçant une aiguille dans la cavité préputiale, en la faisant sortir entre le prépuce et le gland, et puis en excisant le tout avec les branches d'une pince et un bistouri. Tandis que, dans mon procédé, je fixe la muqueuse à l'aide d'une pince dilatatrice interne, dont l'introduction est des plus faciles, laquelle, en se déployant dans la cavité préputiale, tend fortement la muqueuse et fixe très solidement le membre viril. Cette pince, une fois introduite et déployée, est confiée à un aide. L'opérateur alors n'a qu'à tendre la peau en arrière avec le pouce et l'index de la main gauche, à fixer ainsi le gland en le refoulant en bas et en arrière, et puis à couper, soit avec un bistouri, ou mieux avec des ciseaux un peu forts, l'excédant du prépuce qui dépasse ses doigts. (On peut, si l'on veut, remplacer les doigts par les branches d'une pince.) Tout cela se fait dans quelques secondes seulement, sans qu'on puisse jamais faillir au résultat désiré ; la section de la peau et de la muqueuse étant constamment faite au même niveau.

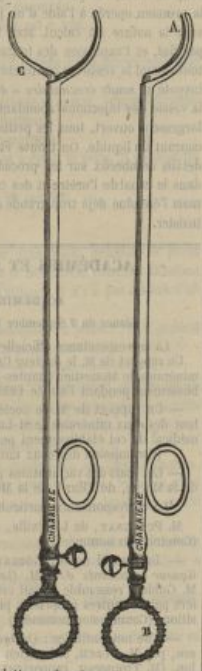
Le procédé de M. Ricord, très facile pour l'âge adulte, nous paraît d'une application difficile chez les enfants qui ont le prépuce très long avec une ouverture très étroite, comme celui, par exemple, que j'ai opéré dernièrement à Versailles, en présence de mes honorables confrères Audigane et Foris. L'ouverture était tellement étroite qu'une aiguille garnie d'une boule de cire aurait eu bien de la peine à passer.

Du reste, le procédé de M. Ricord, considéré dans sa généralité, ressemble entièrement, comme l'a dit M. le professeur Malgaigne, à celui de Guillemeau, moins toutefois l'aiguille et le tracé du chemin de fer ; mais, en 1649, il était bien permis aux élèves de Guillemeau d'ignorer ce genre de ligne. On doit reconnaître, cependant, que l'aiguille constitue, à elle seule, une modification très importante de ce mode opératoire.

Cette réclamation de M. Ricord a soulevé une discussion à laquelle ont pris part M. le professeur Malgaigne et MM. Larrey et Gibert. Mais, disons-le tout de suite, ces débats n'ont porté que sur l'opération elle-même, et sont restés, par conséquent, dans les limites des divers procédés opératoires employés; tandis que les causes qui peuvent nécessiter l'opération du phimosis ont été à peine indiquées. Ainsi, M. Ricord se contente d'en signaler deux pour l'adulte : la présence de chancres ou autres affections sous le prépuce, et la difficulté de se livrer à certain acte physiologique, à cause de l'étroitesse de cette exubérance cutanée. Mais aucun de ces orateurs éminents n'a songé aux motifs graves et sérieux qui, chez l'enfant, exigent impérieusement cette opération. Il y en a deux pourtant qui doivent être pris en sérieuse considération. L'un, concernant spécialement l'hygiène et la propreté, a été résolu par cette loi de Moïse qui prescrit la circoncision chez tous les enfants en bas âge. L'autre, qui tient essentiellement à la morale, et que nous n'avons trouvé indiqué nulle part, c'est l'onanisme, comme conséquence fréquente du phimosis congénial. Voici comment les enfants qui sont atteints de cette infirmité peuvent contracter cette funeste habitude :

Quand le prépuce est très long et son ouverture très étroite, on sait qu'il s'accumule fréquemment dans sa cavité une humeur sébacée qui irrite plus ou moins la muqueuse. Cette irritation provoque, à son tour, une démangeaison plus ou moins vive, qui oblige les enfants, et même les grandes personnes, à y porter fréquemment les mains. Ces attouchements répétés déterminent, chez l'enfant, un phénomène physiologique qu'il n'avait nullement l'intention de provoquer, mais qui, une fois produit, entraîne l'habitude. Les praticiens qui s'occupent plus particulièrement des maladies de l'enfance, doivent avoir certainement des faits à l'appui de l'opinion que je signale. Quant à moi, depuis quelque temps, j'en ai recueilli trois qui ne laissent aucun doute à cet égard. J'ai opéré trois enfants, l'un âgé de 8 ans, l'autre de 7, l'autre de 5 seulement, tous trois atteints de cette infirmité, et ayant déjà contracté certaines habitudes qui inquiétaient beaucoup leurs parents. Les deux premiers, opérés depuis deux mois environ, sont complétement guéris de ce mauvais penchant, et j'espère que le troisième, opéré depuis une vingtaine de jours, sera aussi heureux que les deux autres.

Il y a là, comme on le voit, une grande question d'hygiène et de morale à résoudre, car si l'onanisme peut être la conséquence naturelle et spontanée d'une maladie occasionnée par un vice de conformation du prépuce, je demande s'il n'y aurait pas lieu à prendre quelques mesures pour en prévenir les causes?



Dessin de l'instrument dilatateur du prépuce :

La figure *A* représente l'instrument fermé.

La figure *C* représente l'instrument ouvert.

— M. Mialhe adresse à l'Académie la lettre suivante :

Monsieur le Président,

Je regrette infiniment de fatiguer la bienveillance de l'Académie par mes réponses aux argumentations de M. Poggiale. Bien que ma théorie sur le diabète soit une simple conséquence de travaux plus importants présentés à l'appui de ma candidature, je me crois obligé de la défendre parce qu'elle repose sur des faits incontestables qui sont, d'une part : 1° la transformation de la fécule en glycose sous l'influence de la diastase animale; et d'autre part, 2° la nécessité de l'intervention des alcalis pour que la glycose puisse s'unir à l'oxygène.

Je n'ai jamais nié à M. Poggiale que un demi-gramme de glycose introduit dans le sang disparaît ou passe dans les urines, suivant la proportion d'eau employée, mais je lui ai nié et je lui nie encore le résultat de son expérience, quand il annonce, sans parler aucunement de proportion d'eau plus ou moins grande, que un demi-gramme de sucre injecté dans les veines, se retrouve dans les urines en même quantité, lorsqu'il a été employé avec ou sans addition de bicarbonate de soude.

« Il ne s'agit pas, dit M. Poggiale, de savoir que, d'après les expé» riences de MM. Bouchardat et Sandras, Bernard, Lehmann, etc., le » sucre de canne est éliminé par les urines, et que la glycose, au con» traire, disparaît dans l'économie. »

Mais, pour moi, c'est justement la véritable question : Pourquoi la glycose disparaît-elle? Pourquoi le sucre de canne ne disparaît-il pas?

Le sucre de canne ne disparaît pas, parce que, pour subir les réactions de l'économie, il doit passer à l'état de glycose, mutation qui ne peut avoir lieu dans le sang alcalin, mais qui s'effectue pendant l'acte de la digestion.

La glycose disparaît, parce qu'elle est toute disposée aux réactions chimiques, et que, trouvant dans le sang les alcalis nécessaires à sa combinaison avec l'oxygène, elle brûle en se transformant en eau et en acide carbonique : transformation que nous voyons parfaitement s'opérer en dehors de l'économie. Or, comme je n'admets pas pour l'organisme des lois chimiques différentes de celles qui régissent la nature entière, j'en ai conclu que la destruction du sucre a lieu par les mêmes phénomènes en dedans et en dehors de l'organisme; et que si la glycose ne trouve pas dans l'organisme les alcalis nécessaires à sa combustion, elle est rejetée comme le sucre de canne.

Voilà ma théorie : je ne la présente pas comme une vérité absolue et démontrée, je la présente comme l'explication raisonnée et probable d'une maladie jusqu'à présent inexplicable.

Qu'on donne une meilleure explication, et alors la mienne pourra être dite *erronée* : jusqu'à présent, elle a pour elle la sanction des succès thérapeutiques.

Dans tout ce que j'ai fait à ce sujet, j'ai cherché à rendre ma pensée aussi claire que facile à juger, et je ne comprends nullement les attaques dont elle a été l'objet. Comme je ne pourrais opposer aux mêmes argumentations que les mêmes faits et les mêmes raisonnements, je m'abstiendrai dorénavant de toute discussion, attendant du temps, des recherches nouvelles et des observations cliniques, la confirmation ou la condamnation de ce que j'ai appelé théorie du diabète.

Agréez, etc. MIALHE.

M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions sont adoptées.

M. H. Buignet lit un travail *sur un nouveau procédé de dosage de l'acide carbonique dans les eaux minérales*, suivi de *considérations sur la constitution des eaux de Vichy*. (Section de pharmacie.)

M. Broca donne lecture d'un mémoire *sur le traitement abortif des bubons vénériens suppurés*.

L'auteur commence par distinguer dans la marche des bubons suppurés deux périodes, caractérisées chacune par des symptômes différents et des lésions particulières. En effet, dans la première, la suppuration occupe les ganglions seuls; dans la seconde, après s'être frayé une voie au dehors de ces organes, elle envahit le tissu cellulaire qui les environne, y produit des désordres souvent fort étendus, décolle et ulcère la peau, jusqu'à ce qu'enfin elle se fasse jour à l'extérieur. Dans ces conditions, lorsque le foyer vient à s'ouvrir, la cicatrisation se fait lentement, exige souvent trente à quarante jours pour s'accomplir, ou même un temps beaucoup plus long, si l'ouverture étant étroite, un trajet fistuleux se forme; enfin, les malades gardent pour toute la vie une cicatrice plus ou moins étendue, souvent gênante et toujours accusatrice. Quand l'abcès ganglionnaire contient du pus virulent, à ces inconvénients s'ajoute le danger de voir l'ouverture du foyer prendre le caractère d'un véritable chancre, et parfois d'un chancre phagédénique.

Les accidents de la seconde période peuvent être considérés comme des complications, et les chirurgiens ont fait des efforts pour en prévenir le développement. C'est dans ce but que l'on a mis en usage les vésicatoires, les sangsues, les frictions dites résolutives, les cataplasmes, la compression. Mais tous ces moyens échouent, parce que ce n'est pas à une simple inflammation phlegmoneuse qu'on les oppose, mais à une collection purulente, souvent virulente, toute formée au centre des ganglions, et que l'absorption est l'une des terminaisons les plus rares de la maladie.

Aussi les chirurgiens ont-ils renoncé à ces essais d'un traitement abortif, et se bornent-ils généralement à l'application de cataplasmes émollients, jusqu'à ce que la fluctuation devienne manifeste; alors seulement ils ont recours à de larges incisions, ou, ce qui est préférable, à des ponctions étroites; les ponctions sous-cutanées de MM. Milton et Scouth, le séton filiforme de M. Bonnafont, sont des moyens du même ordre; on peut placer dans la même catégorie la pratique suivie par MM. Jules Roux, Marchal (de Calvi), plus tard par MM. Abeille, Bertherand, Boinet, Marmy, plus récemment encore par MM. Noguès et Perrin, et qui consiste à vider le foyer par une ponction étroite, puis à y pousser une ou plusieurs injections iodées. Sur quinze malades de M. J. Roux, la durée de la maladie, depuis la première ponction jusqu'à la guérison complète, a été de quinze jours; MM. Noguès et Perrin ont obtenu une moyenne de cinq à six semaines; M. Broca, en opérant à la seconde période, a guéri l'un de ces malades en quinze, l'autre en vingt jours; mais chez un troisième, dont le bubon contenait un pus inoculable, la plaie s'est ulcérée et la guérison s'est fait attendre beaucoup plus longtemps.

Les méthodes généralement employées laissent donc beaucoup à désirer; toutes ont l'inconvénient d'intervenir trop tard, alors qu'à l'adénite primitive s'est ajouté un abcès circonvoisin. M. Broca s'est proposé précisément de combattre la maladie avant qu'elle n'aif pris cette extension.

Mais la première question que l'on doit se poser en présence d'un engorgement ganglionnaire, est celle du diagnostic. Un gonflement occupant un ou plusieurs ganglions qui sont durs, arrondis, bien circonscrits, mobiles sous la peau dont la couleur n'est pas altérée, ressemble sous beaucoup de rapports à ces adénopathies liées à une syphilis constitutionnelle qui ne se terminent pas par suppuration. M. Broca entre dans quelques détails au sujet de ce diagnostic, et, à l'exemple de M. Ricord, il en trouve les éléments dans l'origine des deux espèces de bubons, dans la nature de l'accident primitif, dans l'état général de l'organisme. Le traitement abortif n'est applicable, bien entendu, qu'au bubon local, et non à celui désigné par M. Ricord sous le nom de bubon constitutionnel.

Dès que la tumeur naissante est parvenue au volume d'une noisette, on la saisit entre les deux doigts de la main gauche, afin que la peau s'applique étroitement sur le ganglion; on plonge un bistouri aigu jusqu'au centre de la tumeur; puis, sans lâcher prise, on retire le bistouri et le remplace par une sonde cannelée; on exerce alors de fortes pressions latérales sur les ganglions, et l'on voit aussitôt glisser dans la cannelure de la sonde une matière demi-liquide, jaunâtre, visqueuse : c'est le pus mal élaboré qui existait au centre du ganglion; on exprime la tumeur jusqu'au sang, pour être sûr que tout le pus a été évacué, manœuvre qui ne laisse pas que d'être assez douloureuse. S'il existe plusieurs ganglions engorgés, on les vide de la même façon en une seule séance, par autant de ponctions successives.

Après l'opération, la tumeur diminue de volume; le lendemain, on la trouve de nouveau un peu plus grosse, moins toutefois qu'avant la ponction; il faut alors réintroduire par la petite plaie la sonde cannelée pour vider le pus qui s'est de nouveau formé, et recommencer ainsi tous les jours jusqu'à ce que la suppuration soit tarie ou la plaie devenue fistuleuse.

Dans les cas de bubons liés à la présence actuelle d'un chancre, je m'attendais, dit M. Broca, à voir le pus s'inoculer à la plaie de l'opération et celle-ci se convertir en un chancre dont les dimensions cependant me semblaient devoir être assez petites. Cette crainte ne s'est pas réalisée chez mon premier malade (obs. I), sans doute parce que le bubon ne contenait pas de pus virulent. Dans deux autres cas (obs. II et III), voulant prévenir la même complication, j'associai les injections iodées aux ponctions, et j'ai pu me convaincre que si la teinture d'iode n'empêche pas entièrement l'inoculation, au moins elles en atténue les effets. Deux bubons récents ont guéri en douze et treize jours, bien que l'un de ces bubons contînt du pus virulent, ainsi que l'a démontré le résultat positif donné par l'inoculation sur la cuisse du malade. L'injection iodée n'a, du reste, aucun effet nuisible, même quand on l'emploie contre les bubons non virulents, coïncidant avec une blennorrhagie (obs. IV). Mais dans tous ces cas, les injections ne sont qu'un moyen accessoire; c'est l'évacuation précoce du pus qui constitue la condition essentielle et suffisante du succès. Ainsi, chez un même malade atteint de deux bubons inguinaux, celui du côté droit, datant de quatre jours, fut complétement guéri en cinq jours; celui du côté gauche, négligé jusqu'au huitième jour, quoique traité par les ponctions et les injections iodées, n'en amena pas moins un décollement de la peau, et c'est après un mois et demi seulement que cessa la suppuration (obs. V et VI).

Jusqu'à ce jour, M. Broca a eu l'occasion de traiter neuf bubons par cette méthode abortive; jamais il n'a observé d'accidents, toujours la suppuration du tissu péri-ganglionnaire, le décollement et l'ulcération de la peau, ont été évités. Une fois la guérison a été complète au bout de trois jours; trois fois en cinq jours; une fois en six jours; ce qui revient à dire que, dans la moitié des cas, la cicatrisation s'est accomplie en moins d'une semaine; dans les autres, elle n'a été complète qu'après douze, treize, trente-sept jours; une fois au bout d'un mois et demi.

Mais alors même que la suppuration n'a pu être arrêtée dans l'abcès ganglionnaire, le traitement a été encore abortif, en ce sens que le tissu cellulaire voisin a été complétement préservé et la marche du bubon réduite au maximum de sa simplicité. C'est ainsi que chez un malade portant un bubon dans chacune des régions inguinales, tandis que le bubon droit guérit en quatre jours, le bubon gauche fut seulement arrêté dans son développement; en effet, la guérison ne s'acheva qu'au bout de trente-sept jours (obs. VII et VIII). Ce retard semble devoir être attribué à l'induration des ganglions. Un autre sujet, affecté d'un bubon qui datait de huit jours, et soumis comme les précédents aux ponctions et aux injections iodées, supporta ce traitement sans aucun accident, mais conserva une ouverture fistuleuse qui se ferma seulement après un mois et demi (obs. IX). Il faut tenir compte de cette circonstance, que le malade dont il s'agit avait continué à marcher pendant la durée du traitement. Toutefois, l'immobilité n'est pas absolument nécessaire, et M. Broca a vu guérir, dans l'espace de quatre jours, l'un de ses opérés, porteur d'un bubon inguinal qui datait de quatre jours (obs. X). C'est là, sans doute, un fait exceptionnel, et il vaut mieux tenir les malades au lit, surtout pendant les premiers jours.

Peut-être, dit en terminant M. Broca, le hasard m'a-t-il favorisé d'une *série* heureuse; mais si l'on considère que sur neuf bubons, cinq se sont terminés en moins d'une semaine; que, dans tous, le décollement de la peau a été évité; que tous ont guéri sans cicatrice apparente; on sera forcé de reconnaître qu'il faut ouvrir les bubons de très bonne heure, avant qu'ils ne soient parvenus à la deuxième période, c'est-à-dire avant que le pus n'ait dépassé les limites du ganglion. C'est dans ce sens que j'appelle *abortif* le traitement dont je viens d'exposer les effets : il fait avorter la suppuration du tissu cellulaire qui, avec celle du ganglion lui-même, contribue à former le bubon.

(Comm. MM. Ricord, Gibert, Larrey.)

M. Patissier, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. O. Henry, lit un rapport sur un travail de M. le docteur Sales-Girons, intitulé : *Étude médicale sur les inhalations respiratoires d'eau minérale*, à propos de la chambre de respiration instituée à l'établissement des eaux sulfureuses de Pierrefonds-les-Bains (Oise). A l'aide d'un appareil particulier, l'eau sulfureuse est divisée au point de se répandre dans l'athmosphère, sous la forme d'une espèce de *fumée blanche*. En séjournant dans la salle de respiration, même ouverte, on est frappé d'une odeur sulfureuse non désagréable; les divers réactifs font reconnaître l'existence de toutes les substances signalées dans l'eau de Pierrefonds, et la présence des éléments sulfureux à côté de certaines quantités d'hyposulfite, n'y est pas douteuse. Les applications faites par M. Sales-Girons de la nouvelle méthode inhalatoire ont parfaitement répondu à ses espérances.

Conclusion : Remercîments et dépôt aux archives. (Adopté.)

M. le docteur Poissot fait la démonstration d'*un second conduit pancréatique chez le bœuf, s'ouvrant dans le canal cholédoque*. L'auteur a pu suivre dans des recherches précédentes, par la dissection sur un pancréas de veau, deux conduits excessivement ténus jusque dans le canal cholédoque où ils venaient se jeter. Dans ses recherches avec l'appareil à hydrotomie de Lacauchie, il ouvrit non seulement l'intestin, mais encors les canaux cystique et hépatique ainsi que la vésicule biliaire et, ajoute-t-il, je pus voir avec la plus grande netteté l'eau sourdre tantôt par un, tantôt par deux, trois, quatre petits pertuis à la naissance du canal cholédoque, là où les deux canaux cystique et hépatique se réunissent pour le former. En essuyant la surface de ces canaux et ouvrant et fermant alternativement le robinet de l'appareil, on voit immédiatement l'eau sourdre dans le point indiqué. Si l'on a soin de laisser de l'air dans l'appareil, cet air, chassé par l'eau, vient sortir par l'ouverture unique, ou les ouvertures, sous forme de bulles. Puisque l'air et l'eau, poussés par le canal de Wirsung, sortent aussi facilement dans ce point du canal cholédoque, et là seulement, il est bien évident qu'il y a une communication directe entre ces deux points extrêmes, et que cette communication ne peut être que le canal pancréatique. D'ailleurs, j'ai pu suivre ce canal dans un pancréas de veau jusque dans le canal cholédoque.

Il y a donc chez le bœuf un conduit qu'on ne soupçonnait pas, et qui permet au fluide pancréatique, non seulement de parvenir dans l'intestin, mais encore dans le canal cholédoque, et cela d'autant plus sûrement, que le canal de Wirsung aura été lié. Or, comme on se le rappelle, c'est sur les suites de cette ligature que l'auteur de certain mémoire se fondait pour déclarer le suc pancréatique inutile à l'émulsion de la graisse.

Le mélange que l'existence de ce canal pancréatique accessoire entraîne nécessairement entre la bile et le liquide pancréatique, ne permet pas d'attribuer à la bile seule le pouvoir d'émulsion qui lui a été accordé par quelques physiologistes.

(Commission nommée pour examiner un travail de M. Colin sur le rôle du suc pancréatique.)

La séance est levée.

Sidi slouti, livre de la miséricorde dans l'art de guérir les maladies et de conserver la santé, traduction littérale de l'arabe, par M. Perron, interprète à l'armée d'Afrique, revue, précédée d'une introduction et annotée par le docteur A. Bertherand, médecin principal de l'armée. In-8, Paris, 1856, J.-B. Baillière, libraire.

Eaux minérales de l'Algérie, Oioun-Sekhakhna (dans la Boa-Zarrea) au Frais-Vallon, à trois kilomètres d'Alger, par le docteur A. Bertherand. In-8, Paris, 1856, J.-B. Baillière.

Compte-rendu des travaux de la Société de médecine de Nancy, pendant l'année 1854-1855, par son secrétaire, le docteur Ch. Chatelain. In-8, Nancy, 1856.

De la douleur, des moyens qu'on peut lui opposer, et spécialement des moyens dits anesthésiques, etc., par M. le docteur J. Gimelle. In-8, Bruxelles, 1856.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 111. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 13 Septembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. CHIRURGIE : Études sur les amputations faites au moyen des caustiques dans certains accidents consécutifs aux lésions traumatiques des membres. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — III. PATHOLOGIE : Études du ramollissement gélatineux de l'estomac chez les petits enfants. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie des sciences). Séance du 1er Septembre : Usage alimentaire de la viande de cheval. — Influence de l'oblitération de la veine porte sur la sécrétion de la bile et sur la fonction glycogénique du foie. — Effets de l'ablation des capsules surrénales. — Action de la strychnine sur la moelle épinière. — V. FEUILLETON : Causeries.

CHIRURGIE.

ÉTUDES SUR LES AMPUTATIONS FAITES AU MOYEN DES CAUSTIQUES DANS CERTAINS ACCIDENTS CONSÉCUTIFS AUX LÉSIONS TRAUMATIQUES DES MEMBRES;

Par MM. SALMON et MAUNOURY, chirurgiens de l'hôpital de Chartres.

L'histoire de la chirurgie des amputations se compose des préceptes relatifs à la détermination du lieu où la section doit être faite; des moyens employés pour se rendre maître du sang, pendant l'opération; des méthodes diverses suivant lesquelles se pratique la division des parties; des procédés destinés à mettre à l'abri du retour des hémorrhagies; enfin des soins consécutifs à donner aux amputés, et des différents modes d'appareil et de pansement.

Les anciens, qui ignoraient les lois générales de la circulation du sang et redoutaient par dessus tout l'hémorrhagie, devaient être sobres de grandes opérations. Ils cherchaient dans les caustiques les moyens d'enrayer les maladies chroniques, pour lesquelles aujourd'hui nous pratiquons avec tant de facilité l'ablation d'un membre, et quand ils avaient jugé nécessaire cette ablation, ils se servaient encore de la cautérisation comme auxiliaire efficace du procédé opératoire contre l'accident *hémorrhagie*. Avaient-ils beaucoup de succès? Nous n'en savons rien, et nous ne possédons aucun document sur ce sujet important; cependant, au temps de Guy de Chauliac, en qui se résume la chirurgie du moyen-âge, à ces époques de guerres continuelles et de scrophules endémiques, les amputations devaient être assez fréquentes, et peut-être assez souvent suivies de succès, si l'on s'en rapporte aux chroniques, qui nous indiquent le nombre effrayant des mutilés de toute espèce encombrant les porches des églises.

Depuis la révolution chirurgicale opérée au XVIe siècle par Ambroise Paré, les chirurgiens devenus maîtres de l'hémorrhagie par la ligature des artères, purent amputer et tailler sans crainte. La cautérisation fut abandonnée, et les instruments tranchants furent employés seuls à l'exclusion des caustiques qui restèrent entre les mains de quelques empiriques. Mais on abusa des instruments, et au XVIIIe siècle, l'amputation des membres, surtout à la suite des plaies d'armes à feu, était faite avec une telle facilité, que plusieurs chirurgiens, entre autres Faure, Bilguer et Schmucker s'élevèrent avec énergie contre cette pratique désordonnée, et condamnèrent l'amputation dans plusieurs cas. Pour une céphalalgie intense, on en était arrivé à pratiquer la trépanation; la chirurgie était essentiellement instrumentale, et Bichat lui-même, *quando que bonus dormitat homerus*, Bichat s'ingéniait à découvrir l'utilité d'un petit écrou pour relever la pointe du trépan.

Au commencement de notre siècle, les chirurgiens, éclairés par la discussion célèbre de 1752 sur les indications dans les amputations, et revenus à une pratique plus conservatrice sous la direction du prudent Larrey, furent moins enclins aux opérations; les amputations pour les lésions traumatiques furent moins fréquentes; on perdit un peu moins d'opérés, et ces succès doivent être attribués au mode opératoire, aux pansements plus méthodiques, et à ce qu'on saisissait mieux le temps propice à l'amputation.

De nos jours, bien que le nombre des amputations ait diminué par suite du perfectionnement des moyens mis en usage pour le traitement des affections locales; bien que les indications d'amputer soient pesées avec plus de soin; bien que le pronostic des amputations, c'est-à-dire l'étude et l'appréciation des accidents consécutifs, soit posé avec plus de certitude par l'école statistique moderne; cependant la mortalité, à la suite des amputations traumatiques, est encore tellement effrayante, qu'elle a nécessité pour nous, dans certains cas, la recherche d'une nouvelle méthode opératoire, ou plutôt le retour à quelques points pratiques de la chirurgie ancienne. Nous examinerons d'abord les documents fournis par la statistique des amputations faites dans les hôpitaux de Paris pour les lésions traumatiques récentes ou les accidents consécutifs à ces lésions; nous chercherons ensuite si la méthode opératoire, que nous proposerons pour certains cas, ne parviendrait pas à diminuer la mortalité.

§ Ier. — DE LA MORTALITÉ DANS LES GRANDES AMPUTATIONS, A LA SUITE DES LÉSIONS TRAUMATIQTES.

La principale statistique sur les amputations est celle que M. Malgaigne a publiée, en 1842, dans les *Archives* (1); elle est la plus complète, et surtout elle a été faite avec cet esprit de critique judicieuse qui caractérise cet éminent professeur.

M. Malgaigne, instruit par l'expérience qu'il avait acquise comme chirurgien divisionnaire de l'armée polonaise en 1831, et ayant perdu presque tous ses opérés, commença à douter des résultats avantageux qu'annonçaient certains chirurgiens sur leur pratique des amputations. « Toutes les statistiques, dit-il, faites de mémoire, » sont horriblement infidèles, et c'est à leur emploi que nous » devons encore les illusions étonnantes presque généralement » professées, touchant la gravité réelle des amputations..... » J'ai pris alors la ferme résolution de poursuivre et de dévoiler » la vérité (1). »

» Je me mis en révolte contre cette parole des maîtres que j'avais » jusque-là aveuglément adorée, et de ce jour data l'esprit d'in- » dépendance scientifique dont peut-être j'ai quelquefois fait preuve. » Je revins (de Pologne) à Paris dans ces dispositions, et suivant » assidûment la clinique de Dupuytren, je m'aperçus facilement, » aux journées de juin 1832, que cet illustre maître n'était guère » plus heureux que son humble disciple : la mortalité parmi ses » amputés fut si forte, qu'il jugea nécessaire de l'expliquer par la » démoralisation des blessés de l'ordre civil qui venaient d'être » vaincus; et il appela en témoignage ses succès de 1830, où la » joie du triomphe avait tant facilité la guérison (2). »

Quels étaient ces succès de 1830? M. Ménière les indique dans un travail très circonstancié sur les blessés de l'Hôtel-Dieu :

11	amputations de cuisse.	9 morts.
3	amputations de jambe	3 morts.
10	amputations de l'épaule et du bras . .	5 morts.
24	amputations.	17 morts.

En voyant ces résultats, M. Malgaigne fut moins affecté de ses insuccès de Pologne, et il continue :

« Je crois que, pour les chirurgiens déjà avancés dans la car- » rière, il y aura deux grandes questions à discuter, savoir, *si la* » *mortalité dépend de la disposition vicieuse des hôpitaux, ou* » *du traitement médical généralement suivi pour les opérés;* » mais, quelles que soient les réponses, je le dis avec une convic- » tion profonde, et je pense que tout le monde en sera bientôt » convaincu comme moi, *il est impossible que la chirurgie mo-* » *derne continue à suivre des errements qui lui donnent de tels* » *résultats, et, pour me servir d'une expression célèbre : il y a* » *là quelque chose à faire* (3). »

Nous sommes convaincus, comme M. Malgaigne, mais nous pensons que ce n'est pas dans la disposition vicieuse des hôpitaux,

(1) *Archives générales de médecine*, 3e et nouvelle série, tome XIII.

(1) *Idem*, page 391.
(2) *Idem*, page 398.
(3) *Idem*, page 401.

Feuilleton.

CAUSERIES.

A MES LECTRICES.

PETITE PRÉFACE. —

A mes lectrices !... Je vous vois sourire, ô mes lecteurs; et que veut dire ce sourire, si ce n'est : présomption, vanité, outrecuidance de ma part, de croire que les beaux yeux de vos dames et de vos demoiselles daignent s'arrêter quelquefois sur les pauvres lignes de cet humble feuilleton. Eh bien, ô mes lecteurs, dût votre sourire se changer en signe de courroux, le fait, tout incroyable qu'il soit, m'est attesté de tant de côtés à la fois, qu'il m'est impossible de ne pas croire à sa réalité. C'est votre faute aussi. Vous laissez négligemment courir sur le bureau de votre cabinet les feuilles précieuses de l'UNION MÉDICALE, au lieu de les ranger avec soin sur les rayons de votre bibliothèque. Or, qu'arrive-t-il? Sous prétexte d'ordre, et durant vos absences, vos femmes et vos filles viennent défaire le charmant désordre de votre chambre de travail; elles empilent et empaquettent livres, papiers, journaux, brochures, et si bien que, lorsque vous avez une recherche à faire dont vous croyiez avoir la source sous la main, tout a disparu sous la main symétrique de vos ménagères; il vous faut entreprendre un nouveau et long voyage à la recherche du document désiré. Je connais cela et de longue date.

Or, pendant que vos femmes ou vos filles se livrent à cette terrible besogne d'arrangement et d'ordre, il arrive que leurs yeux tombent sur ce titre : *Causeries!....* avouez donc que vous tentez le diable. Quelle femme résisterait à ce titre attractif, causeries? Elles en sont bien souvent punies, les curieuses, et ma prose maussade leur fait payer cher leur indiscrète lecture. Mais, enfin, elles me lisent, c'est certain, et vous voyez, lecteurs trop prompts à sourire ou à vous courroucer, que l'honneur n'en revient pas à moi, mais à mon titre, et je n'ai pas le droit d'en tirer vanité.

Mais je me suis dit, ô mes lecteurs : Si vos femmes me lisent, je peux tirer parti de cette flatteuse circonstance pour les intéresser directement et personnellement au succès de quelques idées, auxquelles, je suis obligé de le reconnaître avec tristesse, vous ne vous montrez pas très empressés d'adhérer. Si j'ai vos femmes pour moi, mes idées sont triomphantes. C'est donc une séduction en masse que je tente. Prenez-garde à vous! Et si voulez éviter le piége que je vous tends, cachez bien cette feuille, car, pour parodier les premiers mots d'une préface fameuse : Toute femme qui lira la présente *Causerie* est une femme vouée de cœur et d'âme à mes projets.

Mesdames,

Petit exorde par insinuation :

Je déclare que vous êtes toutes jeunes, toutes jolies, toutes aimables et toutes bonnes. Qui dirait le contraire je courrais sus, casque en tête, visière baissée, lance en arrêt, car je suis et veux être votre féal et intrépide chevalier.

Second petit exorde par précaution :

Cependant, pour vouloir conquérir vos bonnes grâces et votre appui, je ne peux ni ne dois m'attirer les soupçons de vos maris. Or, pour les rassurer, que dire de mieux si ce n'est que votre chevalier, hélas! n'est plus jeune, que ses cheveux grisonnent, qu'il est laid, affublé d'un gros nez rehaussé de lunettes et qu'il bourre de tabac. Le portrait n'est pas séduisant, mais il n'est pas flatté.

Maintenant que me voilà en règle et avec la galanterie et avec la prudence, j'entre en matière.

De quoi s'agit-il, Mesdames? mon Dieu! d'une chose qui doit vous plaire, et d'un mot qui vous fera tressaillir :

De l'association.....

Ah! qu'ai-je fait?... Ce mot vous effarouche?... Je vous entends vous écrier en chœur :

Association! association! avec qui, comment? Est-ce qu'un mari n'est pas suffisamment associé avec sa femme?

Permettez, Mesdames.... Ne vous fâchez pas.... On peut tout concilier. Depuis longtemps, il me semble, qu'il serait possible de simplifier beaucoup les rouages du gouvernement....

— Allez-vous nous parler politique?

— Non, certes, et je ne veux pas sortir du ménage. Or, si j'étais gouvernement, je prendrais exactement modèle sur vos ménages qui sont tous excellents, j'en suis sûr, et je n'aurais que deux ministres : le ministre de l'intérieur — ce doit être la femme dans tout ménage bien ordonné — et le ministre des affaires extérieures — ce doit être le mari dans toute conjugaison harmonique. Et voyez quel beau rôle est le vôtre! Bourse et finances; commerce et industrie; justice et instruction publique; agriculture et travaux publics; personnel et police! Quoi encore? Tenez-vous-en surtout à la police; mais, croyez-en votre vieux chevalier, exercez-la adroitement, gentiment, sans bruit et sans scandale...

Or, suivez bien ce raisonnement : Dans tout gouvernement, qu'il y ait six ou seulement deux ministres, il faut une certaine entente et un concours d'action. Si l'intérieur et l'extérieur n'agissent pas d'accord et d'ensemble, il y aura trouble et confusion dans l'État. Le premier proposera ce qui doit nuire au second, et réciproquement. Et voilà comment finissent les empires.

Eh bien, mesdames! ce que je vous reproche..... Non, ce mot frise la critique, et votre chevalier n'en veut pas faire — ce que je vous conseille, c'est de mettre d'accord l'extérieur et l'intérieur.

Vous êtes toutes d'excellentes ménagères et bien attentionnées pour vos maris. Le matin, vous ne le laissez pas sortir, ce cher homme, sans qu'une tasse de quelque chose de bon et de chaud le garantisse contre l'influence des vapeurs matinales, et quand il rentre, le soir, sa douil-

ni dans le traitement médical qu'il faut chercher le remède à cette mortalité, et c'est peut-être dans une méthode opératoire particulière qu'on trouvera, dans certains cas, le moyen de salut pour quelques malades. Quoi qu'il en soit, voyons maintenant la statistique générale des grandes amputations traumatiques dans les hôpitaux de Paris.

Depuis le 1er janvier 1836 jusqu'au 1er janvier 1841 :

Membres.	Amputations.	Morts.	Guérisons.
1° Cuisse.	46	34	12
2° Désarticulation du genou	9	7	2
3° Jambe.	79	50	29
4° Désarticulation scapulo-humérale.	7	7	0
5° Bras.	30	17	13
	171	115	56

Les deux tiers des opérés ont donc succombé à la suite des amputations traumatiques.

En présence de ces chiffres, M. Malgaigne termine ainsi :

« L'impression que j'ai reçue moi-même de mon travail a été » fort triste; les progrès de la chirurgie moderne paraissent bien » moins brillants, mesurés à cette échelle effroyable de mortalité; » encore cependant ai-je enlevé aux chiffres un peu de leur » rigueur; ainsi, j'ai compté comme guéris tous les amputés qui » n'étaient pas morts, et il s'en faut que ces guérisons prétendues » puissent toutes être comptées parmi les succès de l'art; plus » d'une amputation n'est point arrivée à la cicatrisation complète, » plus d'un malade sorti prématurément est rentré plus tard dans » le même hôpital ou dans un autre, pour y subir de nouvelles » opérations et souvent y mourir. Je ne devais pas omettre ce der- » nier trait d'un si lugubre tableau, il fallait dévoiler en entier » cette plaie profonde de notre chirurgie; maintenant les maîtres » sont avertis et mis en demeure d'y pourvoir, *cavcant consules, ne quid respublica detrimenti capiat* (1). »

Pour la mortalité dans les amputations traumatiques, nous pensons que M. Malgaigne est probablement au-dessous de la vérité; plusieurs malades sont inscrits à la colonne des guérisons qui devraient être à la colonne des morts. Notre opinion est basée sur une statistique particulière que l'un de nous a faite à l'Hôtel-Dieu, pendant les années 1840 et 1841, dans le service de M. le professeur Roux. C'est après avoir observé et enregistré jour par jour, tous ces faits malheureux, que nous nous portons garants de l'exactitude de ce chiffre mortuaire :

Sur 9	amputations il y eut	9	morts.
4	amputations de cuisse. . . .	4	morts.
3	— de jambe . . .	3	morts.
2	— de bras	2	morts (2).

Nous ne parlons ici que des amputations traumatiques, car M. Roux, ce chirurgien d'une probité antique, qui aimait à publier ses revers plus que ses succès, a été relativement heureux pendant ces deux années dans ses amputations pour des lésions organiques. Sur 22 amputations faites dans ces cas, il y eut 15 guérisons et 7 morts.

12	amputations de cuisse,	7 guérisons.	5 morts.
9	— de jambe,	7 guérisons,	2 morts.
1	— de bras,	1 guérison (3).	

(1) *Archives*, tome XIV, page 80.

(2) Nous ne rangeons pas l'amputation d'avant-bras dans les grandes amputations, pas plus que les désarticulations du pied.

(3) M. Roux ne pratiquait presque jamais l'amputation du bras pour les tumeurs blanches du coude; c'est la résection qu'il employait : il avait fait 5 résections dans les deux années, 4 succès, 1 mort.

Examinons succinctement pour quelles lésions immédiates, d'après quelles indications et à quel moment ces amputations traumatiques ont été pratiquées et quelles ont été les causes de la mort.

QUATRE AMPUTATIONS DE CUISSE.

Obs. I. — Homme de 65 ans; piqûre au talon gauche par un clou. Erysipèle phlegmoneux à la jambe, suppuration abondante, gangrène de la peau. — Amputation faite vingt-cinq jours après la piqûre et dix jours après son entrée à l'hôpital. — Continuation de l'érysipèle et de la gangrène dans le moignon. Mort quarante-huit heures après l'opération.

Obs. II. — Homme de 34 ans. Plaie faite avec une hache à la région dorsale du pied; lésion de l'artère pédieuse; réunion immédiate de la plaie. — Erysipèle phlegmoneux de la jambe, abcès, décollement de la peau, fièvre intense avec frissons. — Amputation, neuf jours après. — Symptômes d'infection purulente, mort, quatorze jours après l'opération.

Obs. III. — Homme de 36 ans, fracture comminutive de la jambe à la partie moyenne, avec plaie des parties molles. Suppuration abondante. — Amputation deux mois après. — Mort au dix-septième jour, des suites d'une infection purulente.

Obs. IV. — Homme de 60 ans. Plaie contuse de la jambe par la pression d'une roue de voiture; épanchement de sang sous-aponévrotique; muscles réduits en bouillie; gangrène. — Amputation trois jours après l'accident. — Mort au dixième jour de l'opération. — La gangrène a continué dans le moignon. Fièvre cérébrale traumatique.

TROIS AMPUTATIONS DE JAMBE.

Obs. V. — Homme de 30 ans, fracture comminutive de la jambe gauche, à 4 centimètres au-dessus des malléoles, à la suite d'une chute sur le pavé, d'une hauteur de huit mètres, issue du fragment supérieur par la plaie; articulation tibio-tarsienne ouverte en avant; — inflammation, suppuration abondante, frissons irréguliers, fièvre. — Amputation au lieu d'élection, au vingtième jour. — Mort le quatrième jour, des suites d'une gangrène du moignon et de l'infection purulente.

Obs. VI. — Homme (âge non noté), fracture comminutive de la jambe, érysipèle phlegmoneux, irrigations d'eau froide. — Amputation de la jambe au lieu d'élection. — Mort le troisième jour de l'opération des suites de l'érysipèle.

Obs. VII. — Homme de 31 ans. Fracture comminutive de la jambe à la partie moyenne, par la pression d'un tonneau plein d'eau, petite plaie de la peau; épanchement de sang, inflammation, abcès considérable, frissons irréguliers, fièvre, délire, saillie à l'extérieur des deux fragments osseux qui baignaient dans le pus. — Amputation au lieu d'élection, le vingtième jour. — Mort, neuf jours après l'amputation, des suites de l'infection purulente, arthrite purulente du genou, phlébite de la veine crurale.

DEUX AMPUTATIONS DE BRAS.

Obs. VIII. — Homme de 27 ans; plaie du petit doigt par un fragment de verre, érysipèle phlegmoneux de la main et de l'avant-bras. Suppuration abondante; muscles profonds disséqués et séparés; fièvre intense — Amputation le dixième jour. — Mort, vingt-sept jours après l'opération, par suite de la continuation de la suffusion purulente, jusque dans l'aisselle.

Obs. IX. — Homme de 42 ans; plaie contuse de la main, inflammation phlegmoneuse, suppuration abondante, fièvre. — Amputation le treizième jour. — Continuation de l'inflammation dans le moignon, dénudation de l'humérus. Mort, cinq mois après l'opération.

Ces neuf amputés étaient tous du sexe masculin; le moins âgé avait 27 ans, le plus âgé 65 ans.

Chez tous, il y avait, au moment de l'amputation, fièvre, inflammation suppurative commençante ou déjà très étendue.

Chez cinq, le désordre inflammatoire et pyoémique existait dans les parties molles des membres, sans lésions des os.

Chez quatre, ce désordre inflammatoire avait pour cause et pour aggravation une fracture comminutive des os de la jambe.

Chez quatre, les lésions primitives étaient d'abord légères, elles se sont compliquées d'inflammation phlegmoneuse et gangréneuse qui a nécessité l'amputation.

Dans toutes ces opérations, le chirurgien a fait ou cru faire l'amputation dans des tissus sains, et bien au-delà des parties malades qu'il voulait retrancher.

Aucune amputation n'avait pour cause des plaies d'armes à feu; aucune amputation n'a été immédiate; c'est le troisième, le neuvième, le dixième, le treizième, le vingtième, le vingt-septième et et le soixantième jour après l'accident primitif que ces amputations ont été pratiquées.

Quatre opérés sont morts des suites de l'infection purulente. Chez cinq, l'inflammation érysipélateuse, phlegmoneuse et gangréneuse a continué dans le moignon.

Chez presque tous, le moral était abattu, car ils ne s'attendaient pas, à leur entrée à l'hôpital, à être privés d'un membre.

La mort est survenue après l'amputation, chez quatre, du deuxième au dixième jour; chez quatre, du dixième au vingt-septième jour; un seul a survécu cinq mois.

Chez cinq opérés, les deuxième, quatrième, septième, huitième et neuvième, nous pensons qu'il y avait indication favorable de l'ablation des membres par les caustiques.

En présence de tous ces faits malheureux, on s'écrie avec M. Malgaigne : IL Y A LA QUELQUE CHOSE A FAIRE, IL EST IMPOSSIBLE QUE LA CHIRURGIE MODERNE CONTINUE A SUIVRE DES ERREMENTS QUI LUI DONNENT DE TELS RÉSULTATS.

M. Roux devait-il agir *immédiatement*, d'après l'indication de Boucher et de Larrey ? Comme il n'avait eu affaire à aucune lésion traumatique par armes à feu, il a jugé convenable d'attendre; cette temporisation, due tantôt à l'espérance de conserver le membre, tantôt à la résistance du malade, a peut-être contribué à augmenter le nombre des insuccès.

Devait-il s'abstenir ?

« Dans les amputations pour des lésions traumatiques récentes, » dit Samuel Cooper, quelque compliqué que soit le cas d'une » fracture, il y a toujours du doute, au premier abord, s'il con- » vient ou non de retrancher le membre; mais s'il survient de la » suppuration, de la fièvre et un état érysipélateux, l'opération » doit être faite, sans quoi le malade succomberait infaillible- » ment. »

D'ailleurs, quel chirurgien ne tenterait l'amputation comme le seul moyen de conserver la vie près de s'éteindre? Y a-t-il plus d'humanité dans l'abandon d'un malade voué à une mort certaine et rapide, si l'art ne vient lui porter remède, que dans un acte qui donne encore une lueur d'espérance ?

Il y a donc nécessité d'agir; mais ce n'est pas *dans la disposition vicieuse des hôpitaux, ni dans le traitement médical* qu'il faut chercher le remède à cette effrayante mortalité. — Dans tous les temps, dans tous les lieux, elle est pour ainsi dire la même; au XVIIIme siècle, en France, en Prusse, en Angleterre, Faure, Bilguer et Pott sont tous d'accord sur ce point. Pott dit avoir vu souvent pratiquer l'amputation des membres sur lesquels la gangrène commençait à se manifester, mais qu'il ne l'a jamais vue accompagnée de succès, et qu'elle a constamment hâté la mort du malade. (Samuel Cooper.)

De nos jours, la statistique vient révéler les mêmes résultats désolants.

Le succès, dans plusieurs cas d'amputations traumatiques, repose peut-être sur la nécessité d'amoindrir ou d'éloigner, par la cauté-

---

lette et ses pantoufles sont toujours prêtes, l'odeur d'une bonne soupe bien mitonnée le dispose à un repas réconfortant, surveillé par vous avec sollicitude; les doublures du paletot sont inspectées avec soin, aucun bouton ne manque jamais à l'appel; vous êtes pour lui bonne, douce et prévenante, et cependant vous le voyez souvent préoccupé, soucieux, inquiet, parfois irrité.

Et pourquoi ?

C'est qu'il aura rencontré un ingrat client qui lui marchande et veut honteusement lui réduire ses légitimes honoraires;

C'est qu'il en aura vu beaucoup d'autres qui, le pouvant, ne veulent pas l'honorer du tout;

C'est qu'il se sera heurté contre quelque indigne et âpre concurrence qui aura baissé de 50 p. 100 le prix déjà si bas des honoraires;

C'est qu'il s'indigne de voir d'ignorants et crédules clients porter leurs économies à de cupides charlatans, rebouteurs, mèges, sorciers qui, impunément, exploitent le canton;

C'est qu'il aura été victime de quelque jalousie confraternelle;

C'est qu'il est peut-être sous le coup de quelque réquisition illégale et qu'il manque de guide et de conseil pour se diriger;

C'est qu'un malheur inévitable, arrivé dans la pratique, menace de tourner contre lui en action de responsabilité, criminelle ou civile;

C'est qu'il aura appris l'infortune et la détresse d'un honorable confrère, ou de quelque famille médicale tout à coup tombée dans la misère par la mort de son chef, et que son cœur saigne de ne pouvoir tout seul soulager cette triste position.

Ne voilà-t-il pas assez, Madame, de sujets de préoccupations, de soucis, d'inquiétudes et d'irritation pour votre cher mari ? Eh bien ! c'est ici que j'ai l'honneur de réclamer toute votre attention, car elle doit vous rendre, je l'espère, ma complice.

Il y a quinze ans et plus que je dis et redis à votre cher mari :

La plupart des maux dont vous souffrez, des abus qui vous oppriment, des illégalités qui vous ruinent, et des infractions professionnelles qui vous déconsidèrent, vous avez sous la main un moyen efficace de les atténuer du moins, si vous ne pouvez les détruire entièrement.

C'est l'isolement et l'individualisme qui vous tuent.

Associez-vous donc et agissez en commun.

Par l'association, vous ne vous laisserez pas honteusement marchander et réduire une réclamation d'honoraires sincère et légitime. L'association interviendra au besoin et vous prêtera son appui moral.

Par l'association, les clients qui, le pouvant, ne veulent pas vous honorer, et que vous répugnez à poursuivre judiciairement, seront collectivement poursuivis, et par une action collective.

Par l'association, vous préviendrez l'avilissement du prix des honoraires en fixant un minimum au-dessous duquel chaque associé s'est engagé à ne pas descendre;

Par l'association et par son action collective, tous les charlatans du canton, tous ceux qui par l'exercice illégal de la médecine exploitent ignoblement la crédulité publique, seront désignés à la justice qui sera bien alors obligée d'ouvrir les yeux.

Par l'association, les jalousies, les passions confraternelles seront forcées de se taire, de se calmer, et d'ailleurs, le contact et le rapprochement adoucissent et effacent les angles.

Par l'association, vous trouverez guide, conseil, protection pour résister à une réquisition illégale et pour vous conduire en connaissance de cause.

Par l'association, si la justice, trompée ou égarée par de fausses apparences, vous demande compte d'un de vos actes professionnels, vous serez appuyé, protégé, secouru, et l'action criminelle ou civile ne trouvera plus seulement un homme derrière elle, mais une profession.

Par l'association, si la vieillesse paralyse vos forces, si la maladie ou l'infirmité a brisé votre carrière, vous trouverez la bienfaisance et la prévoyance confraternelle pour venir à votre secours. Si une mort imprévue vous enlève à votre femme et à vos enfants, dont vous êtes le soutien, l'association vient à leur aide, et votre mort sera moins amère.

Hélas ! le croiriez-vous, Madame, ces bonnes idées ont une peine extrême à germer dans l'esprit de votre mari. Et c'est pour cela que, bravant les préjugés et le ridicule qui peut s'attacher à ma tentative actuelle, j'ose m'adresser à vous, aimable lectrice. Ce que femme veut, Dieu le veut, dit un vieux proverbe, et vous voudrez vous intéresser à une cause qui est la vôtre, après tout, celle de vos chers petits enfants, que vous aimez tant, d'une cause dans laquelle, aux si beaux titres d'épouse et de mère, vous avez le droit d'intervenir.

Intervenez donc, Madame. Les temps approchent. Notre pauvre profession tous les jours un peu s'amoindrit. Usez de toute votre influence sur le cœur et l'esprit de votre cher époux. Cette influence est immense, parce qu'elle est permanente et incessante. Le plus fier d'entre nous, le plus amoureux de son indépendance est, bon gré mal gré, obligé de la subir. C'est un fil de laine, bien fin, bien ténu, presque imperceptible, que vous nous passez tous les jours autour de l'esprit et du cœur, et il arrive un beau jour que nous sommes si bien empaquetés et pelotonnés, que nous ne pouvons plus marcher sans vous, parler sans vous, penser sans vous, adroites et séduisantes femmes que vous êtes.

Prenez donc, Madame, l'association sous votre patronage. Ne vous occupez pas des détails; ministre de l'intérieur, ne vous préoccupez que du principe; votre collègue des affaires extérieures aura pour besogne de s'enquérir des rouages et du fonctionnement. Répétez-lui sans cesse, et de votre voix la plus tendre et la plus câline, que l'association seule peut conduire la profession et ceux qui l'exercent dans les voies de cet avenir que nous rêvons pour elle et pour eux, que c'est par elle qu'il faut inévitablement commencer, que sans elle nous ne ferons que rouler sans cesse de déceptions en mystifications, que sans elle les plus généreux projets et les plus nobles aspirations individuelles s'éteindront sans retentissement et sans écho.

Oh ! que votre voix sera puissante, aimable lectrice, si vous le voulez !

Et si vous le voulez, charmante fleur, je vous promets, en retour, les greffes des plus belles roses de mon petit jardin.

Agréez, Mesdames, les sentiments respectueux de votre vieux mais fidèle chevalier,

AMÉDÉE LATOUR.

risation, les causes de la fièvre purulente, qu'on pourrait appeler *fièvre virulente*; il repose peut-être sur la réalisation de conditions nouvelles d'ablation du membre. Ce sont ces conditions que nous allons rechercher dans le paragraphe suivant.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (1);

Recueillies par M. Richard-Maisonneuve, interne du service.

Huitième Leçon.

Avant de poursuivre l'étude des machines employées dans le traitement du pied-bot, examinons un enfant affecté d'un pied-bot double, compliqué d'une difformité remarquable des genoux.

Cet enfant, âgé de 5 ans, est le onzième de sa famille; ses frères et sœurs sont tous vivants et bien conformés. Nous n'avons pas de renseignements sur cette dernière grossesse.

A droite, vous voyez un pied-équin enroulé. Le pli plantaire est aussi prononcé que dans le pied creux du long péronier; ce pied creux est probablement, en raison de l'égale inclinaison des deux bords du pied, de ceux qui dépendent à la fois du long péronier et des fléchisseurs des orteils. Si on cherche à redresser le pied, on éprouve une grande résistance.

A gauche, il y a un équin-valgus, légèrement enroulé. Vous remarquez la saillie de la tête de l'astragale, au côté interne du pied; le talon et la pointe du pied sont portés en dehors; le pli plantaire est assez prononcé. Il y a ici rétraction des deux péroniers latéraux, et moins sensiblement qu'au pied droit, rétraction des fléchisseurs des orteils.

Quant aux genoux, on peut les porter dans une extension tellement exagérée, qu'on forme un angle rentrant en avant, tandis que le jarret devient bombé. A droite, la déviation est, en outre, latérale, et ce genou est cagneux. La rotule droite est très peu développée; on la trouve en dehors, sous forme d'un petit tubercule osseux. Celle du côté gauche est plus volumineuse, et l'angle du genou de ce côté très peu prononcé.

Des deux côtés, on ne peut communiquer aux genoux qu'un mouvement de flexion très borné, et la flexion volontaire est complétement abolie. M. Duchenne a constaté que les fléchisseurs du genou paralysés ne répondent même pas à l'excitation électrique.

Ce fait est un exmple rare de la rétraction du triceps crural, compliquant le pied-bot. C'est ordinairement la rétraction des fléchisseurs de la jambe qu'on observe dans ce cas.

Revenons à la description des machines.

Partie jambière. — Nous avons parlé de leur partie podale ou pédienne. La partie jambière ou tibiale se compose d'une ou de deux tiges métalliques, qui rappellent le levier de Venel. Elles en diffèrent par la manière dont elles sont jointes à la semelle: au lieu d'être fixe, la tige est mobile sur l'équerre appelée *étrier*, qui fait corps avec la semelle. Le point de jonction de cette articulation métallique correspond à peu près au niveau des malléoles.

Le levier lui-même est ordinairement divisé en deux parties articulées à peu de distance de sa jonction avec l'étrier.

Ces deux articulations sont disposées de manière que leurs mouvements, réglés par une vis, inclinent la sandale, par rapport à la partie supérieure du levier, sous un angle variable à volonté. L'une des articulations produit une inclinaison dans le sens antéro-postérieur; l'autre en produit une dans le sens transversal.

Dans les appareils placés sous vos yeux, il y a deux genres de mécanisme qui conduisent à ce but. Dans l'un, chaque articulation est une charnière; l'une des pièces a un prolongement qui dépasse cette charnière. Une vis traversant l'autre pièce presse sur ce prolongement et fait mouvoir ou basculer la première; si celle-ci résiste, elle fait mouvoir la seconde. C'est ce mécanisme très simple que vous voyez dans ces appareils de MM. Charrière, Lebelleguic, etc. Dans ces appareils, le mouvement de l'articulation n'est arrêté que dans un sens; il peut être aussi étendu que l'on veut, dans le sens opposé à la déviation. Le second mécanisme ne laisse subsister aucune mobilité dans les deux articulations. La vis est une vis sans fin; elle fait marcher une partie dentée qui forme l'extrémité de la pièce opposée. Tel est le mécanisme de l'appareil de M. F. Martin, de plusieurs appareils postérieurs de MM. Charrière, Lebelleguic et Cottin, que vous avez sous les yeux.

Vous comprenez que le haut du levier étant fixé au-dessous ou au-dessus du genou, les mouvements des deux brisures de ce montant agissent sur la sandale, comme le levier courbé ou coudé de Venel. Les mouvements du second mécanisme font même plus: comme ils inclinent les pièces du montant à égal degré des deux côtés, ils peuvent renverser sa courbure de façon que le même appareil tourne à volonté la semelle et la plante du pied en dehors ou en dedans, élève ou abaisse la pointe, et par conséquent s'applique également au varus et au valgus, au pied-équin et au talus.

Je trouve en outre, dans ces appareils de MM. Charrière et Cottin, une vis qui fait tourner toute la sandale horizontalement sur la pièce jambière comme sur un pivot. Cela peut servir pour redresser la pointe du pied, dans certains cas.

Dans la plupart de ces appareils, les montants sont composés de deux pièces à coulisse, afin de pouvoir s'allonger et se raccourcir à volonté.

Je me sers habituellement de l'appareil de M. Louis Martin. Il a deux montants articulés en nœud de compas avec l'étrier; il existe, en outre, une charnière à l'union de chacune des branches verticales de l'étrier avec sa portion horizontale. L'un des montants sert de tuteur, l'autre de levier. Le montant interne, s'il s'agit d'un varus, est un tuteur qui reste placé le long de la jambe; il est attaché en haut par une jarretière formée d'un demi-cercle métallique terminé par une courroie et portant une seconde courroie pour fixer le levier. Une rondelle, placée à son extrémité supérieure, lui donne un point d'appui sur le côté interne du genou. Le montant externe sert de levier; une vis, qui traverse l'étrier près de la charnière, règle l'inclinaison latérale de ce levier, en l'écartant plus ou moins de la sandale.

Les deux montants portent de longues vis qui traversent des pièces à écrou fixées sur la semelle, et qui servent à faire varier l'angle de leur articulation avec l'étrier. Les pièces à écrou ont des coulisses qui conservent à cette articulation quelque mobilité dans le sens de la flexion. L'extrémité supérieure du levier est fixée à la jambe, non immédiatement comme dans les autres appareils à un seul montant, mais au moyen de la courroie que porte le cercle métallique du tuteur interne; ce qui offre deux avantages: d'une part, l'appareil est moins exposé à tourner, à se déplacer; de l'autre, l'effort du levier porte moins directement sur le tibia, et tend moins à le courber.

Pour le valgus, l'appareil est le même, sauf que le tuteur doit être en dehors, et le levier en dedans. Nous avons vu que l'appareil de M. F. Martin et d'autres conviennent tout à la fois aux différentes espèces de déviations. On n'a qu'à changer le sens du mouvement de la vis, pour avoir un appareil à varus ou un appareil à valgus.

Un mécanisme plus simple est employé dans le pied-équin et dans le talus. Il suffit de l'articulation destinée à produire la flexion ou l'extension du pied sur la jambe. Je préfère, dans ce cas, deux montants articulés à un seul; leur extrémité supérieure est réunie à un demi-cercle rembourré, prenant son point d'appui à la partie supérieure de la jambe, en arrière dans le pied-équin, en avant dans le talus. Il est bon toutefois qu'un mécanisme quelconque donne la facilité d'incliner la sandale en dedans ou en dehors, afin de prévenir le renversement du pied d'un côté ou de l'autre.

C'est à l'aide de pressions, au moyen des coussins et des courroies, que l'on combat la courbure exagérée du pied-équin et du talus pied creux, en agissant sur l'astragale saillant au coude-pied et sur les deux extrémités de la face plantaire.

Mode d'application des appareils mécaniques. — L'application de ces appareils est en général facile, quand on connaît leur manière d'agir. Je vais appliquer devant vous celui de M. Louis Martin, dont je fais habituellement usage.

Supposons un cas de varus: on commence par redresser le pied avec la main, et on le pose à plat dans la sandale; en même temps qu'on maintient le pied et la sandale bien appliqués l'un sur l'autre, on place deux coussins, l'un sur le côté interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil, l'autre sur le sommet de la courbure médio-tarsienne. La courroie correspondant à chaque coussin est fixée aux boutons de la semelle; si le pied ne paraît pas suffisamment fixé, on peut ajouter d'autres courroies. On relève alors le tuteur, de façon que sa rondelle porte sur le condyle interne du fémur, et on le fixe. Il ne reste plus qu'à ramener le levier vers le côté externe de la jambe, dont on l'approche plus ou moins suivant la résistance du pied; on le maintient au moyen de la courroie qui lui est destinée.

L'habitude fait connaître le degré de constriction qu'il faut donner aux courroies. Si elles sont trop lâches, le talon ne reste plus au fond de la sandale, il se soulève; le pied tourne tout entier et répond à la semelle par son bord externe et non plus par sa plante. Si elles sont trop serrées, on a à redouter l'arrêt de la circulation et ses suites. La couleur des orteils doit être un guide dans cette manœuvre; s'ils deviennent trop pâles, ou s'ils se colorent en violet, c'est que la pression est trop considérable.

Dans les premiers temps, on ne laisse l'appareil en place que pendant quelques heures ou toute une journée, suivant la tolérance. Mais il faut arriver à le laisser appliqué continuellement, jour et nuit. Seulement on doit le visiter souvent, s'assurer de l'état de la peau dans les points où elle supporte le plus de pression, où elle est mince et collée aux os, aux tendons, sur la tubérosité postérieure du calcanéum et le tendon d'Achille, sur les saillies osseuses de l'astragale et du calcanéum, vis-à-vis l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien, au côté interne de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil. On diminue, on adoucit ou on change les points de pression, dès qu'on aperçoit des rougeurs permanentes. Cette précaution est encore plus nécessaire, s'il se forme une phlyctène.

Lorsqu'on n'a pu éviter la formation d'une escarre, on se hâte de supprimer toute pression dans ce point. Si l'escarre est superficielle, cette lésion peut encore guérir sans suppuration; il se forme une croûte sèche, qui laisse, en se détachant, une cicatrice toute faite. Si l'on n'a pu prévenir la suppuration, il faut suspendre le traitement mécanique jusqu'après la guérison de la plaie.

On a fait aux appareils mécaniques le reproche d'exposer les malades aux ulcérations du derme. J'ai essayé autrefois de les remplacer par les bandages en plâtre coulé de Dieffenbach; ceux-ci se moulent en effet très exactement autour des parties, leur pression est uniforme; mais nous avons vu qu'ils avaient d'autres inconvénients. J'ai employé aussi les coussins à air, sans en être bien satisfaits. En voici de nouveaux, perfectionnés par M. Gariel. Ce sont des bourrelets élastiques, dans lesquels on peut doser à volonté la quantité d'air qu'ils renferment; il est facile alors de varier la pression sans toucher aux courroies ni à l'appareil. J'espère pouvoir en faire l'essai prochainement.

Si l'on n'a pas été arrêté par les accidents dont il vient d'être question, on augmente par degrés l'action de l'appareil, en inclinant de plus en plus le levier. Quand le redressement latéral est assez avancé, on commence à porter le pied dans la flexion. Cette seconde partie du traitement est plus longue que la première, plus difficile, et c'est surtout alors que la ténotomie devient utile.

On ne se borne pas à amener le pied à la rectitude normale; on pousse la flexion jusqu'au point où la sandale forme avec les montants un angle aigu. Il faut toutefois éviter de tomber dans un excès nuisible. Si l'on n'y faisait pas attention, on pourrait convertir en valgus *permanent* certains varus très souples, produire trop d'aplatissement de la plante, déterminer la perte de l'extension et un véritable talus, surtout après l'emploi de la ténotomie.

Le redressement peut être entravé par trois obstacles: 1° la douleur causée par l'application des appareils; 2° l'indocilité du malade; 3° la résistance des parties.

La douleur est en rapport avec la résistance des tissus et la sensibilité du sujet; l'indocilité est une conséquence de la douleur.

On peut distinguer trois âges, eu égard aux difficultés que je signale.

Dans la première année, et même dans la seconde, si le pied-bot est au premier degré, la résistance est faible; il n'y a pour ainsi dire pas de douleur, si l'on procède avec la douceur convenable. Le deuxième et le troisième degrés ne se redressent pas sans douleurs à cet âge, si le pied-bot est congénial. L'équinisme du varus surtout ne cède alors qu'avec des pressions plus ou moins pénibles au coude-pied, à la plante, au talon. Cette gêne finit par être supportée par certains enfants; mais chez d'autres, dont le système nerveux est plus irritable, ce sont des cris continuels, c'est une insomnie fatigante; les digestions peuvent se déranger, la diarrhée survient. Si l'on insiste avec trop d'opiniâtreté, l'exaspération des petits malades peut aller jusqu'à produire des convulsions. La dentition vient quelquefois ajouter son influence à celle du traitement, et retarder encore la guérison. Aussi la cure marche-t-elle souvent avec beaucoup de lenteur, lorsqu'on se borne aux moyens mécaniques. Dans ces cas, la ténotomie nous vient en aide; en diminuant les résistances dans une proportion considérable, elle réduit les pressions à celles qu'exigerait un pied-bot du premier degré.

Après trois ans, les difficultés croissent, si le pied-bot est congénial. La douleur est constante, même avec la ténotomie, quand il s'agit d'un varus très prononcé. C'est alors que les manipulations peuvent rendre des services réels. Leur action, plus douce, plus mesurée que celle des machines, repose les enfants et leur fait ensuite mieux supporter l'action des appareils.

Dans cette période de l'enfance, l'indocilité des malades peut être si grande, qu'après avoir employé tous les moyens de persuasion, il faut arriver à la contrainte physique. On enferme alors le membre dans une enveloppe qu'on fixe solidement au genou.

Si le pied-bot est accidentel, les douleurs sont beaucoup moindres, mais en rapport cependant avec l'ancienneté de la lésion.

Dans l'âge adulte, les douleurs causées par l'application des machines sont toujours intenses, si le pied-bot est congénial, et très vives aussi s'il est accidentel et ancien. Le malade éprouve des sensations de déchirement, de torsion, d'arrachement. Il ressent dans le membre une chaleur si incommode, qu'il le laisse à découvert la nuit, même dans les saisons froides. Aussi trouve-t-on rarement à cet âge, après la ténotomie, des malades assez courageux pour compléter les avantages qu'ils ont retirés de l'opération, en se soumettant à un traitement mécanique capable d'amener une guérison aussi parfaite que l'état des parties le permet. Je n'ai guère rencontré ce courage que chez des femmes animées du désir de sortir de cet isolement mentionné par Dieffenbach, ou soutenues par une vocation ardente pour la vie religieuse, à laquelle s'opposait leur infirmité.

Appareils contentifs. — Quand on est arrivé à un redressement à peu près complet, il faut conserver ce redressement et prévenir les récidives. Dans cette intention, on emploie les divers brodequins mécaniques.

Le but de ce genre de chaussures est de borner les mouvements du pied dans le sens de la déviation dont il était atteint. Déjà par elle-même, la tige du brodequin tend à retenir le pied dans une bonne situation; mais, ordinairement, ce n'est pas suffisant, et on ajoute au brodequin divers mécanismes destinés à augmenter sa résistance à une nouvelle torsion. Vous en avez sous les yeux plusieurs modèles: tous présentent, comme les appareils de redressement, un ou deux montants, articulés avec un étrier rivé entre les deux cuirs de la semelle. La résistance de ces branches met obstacle aux mouvements latéraux exagérés du pied.

En outre, presque tous ces appareils sont disposés de manière à limiter l'extension du pied et le soulèvement du talon, afin de s'opposer à une nouvelle rétraction du triceps sural dans le varus et le pied-équin. On peut se servir d'une simple vis, fixée dans une des pièces de l'articulation des montants et logée dans une fente en quart de cercle que présente l'autre pièce; cette vis, tout en permettant une flexion étendue, renferme le mouvement d'extension dans d'étroites limites. Mais, presque toujours, c'est à une force élastique qu'on a recours pour produire cet effet. Le res-

(1) Voir les numéros des 8, 17, 19, 26, 31 juillet, 9, 14, 26 août et 6 septembre.

sort le plus usité est le ressort des batteries de fusil, employé d'abord par Delacroix et d'Ivernois. Vous le voyez sur ces appareils de MM. Charrière, Lebelleguic et autres. Sa disposition est telle que, relâché dans la flexion, il se tend dans l'extension, qu'il borne plus ou moins.

On peut encore faire servir à cet usage des bandes de caoutchouc, des élastiques de bretelles, etc. Voici un brodequin de cette espèce construit par M. Charrière.

Il est souvent nécessaire d'ajouter à ces moyens contentifs une construction particulière du brodequin lui-même : on met des contre-forts du côté où le pied tend à se dévier. On emploie quelquefois un autre artifice, déjà indiqué par Amb. Paré ; il consiste à donner à la semelle une épaisseur inégale sur ses deux bords. Dans le varus, le bord externe sera plus élevé ; dans le valgus, il faut une disposition inverse. En outre, dans cette dernière forme, à l'aide d'une seule branche externe, d'une sorte de tuteur courbe, on repousse le pied en dedans. Dans le pied-équin, il suffit du ressort élastique dont j'ai parlé.

Une étude approfondie des paralysies, et en particulier des paralysies du mouvement, a conduit M. le docteur Duchenne à employer un système de déligation, qui a un certain rapport avec ces appareils mécaniques à ressorts. Il se compose de cordons élastiques, représentant la direction, les attaches des muscles, et destinés à remplacer ceux dont l'action est affaiblie ou perdue.

Déjà M. Rigal de Gaillac avait imaginé de redresser les pieds inclinés en divers sens, à l'aide de liens de caoutchouc agissant suivant la direction des muscles affaiblis. C'est cette même idée que M. Duchenne poursuit avec ténacité, dans une application plus étendue.

Hippocrate avait déjà posé le principe, en disant : « Il faut coudre les bandes diversement, suivant la manière dont la partie doit être soutenue. »

Ce qu'il y a de particulièrement neuf dans les recherches de M. Duchenne, c'est la détermination plus précise des muscles affectés ; d'où l'indication plus nette des moyens appelés à les suppléer. Il reproche aux appareils en usage de n'agir qu'en masse, de ne représenter que grossièrement les effets de la contraction musculaire, et il s'est efforcé de reproduire ces effets en détail, en prenant muscle par muscle.

Les deux malades que vous allez voir vous donneront une idée des moyens qu'emploie M. Duchenne.

Sur cette jeune fille, voici le bandage tel qu'il est appliqué. Les pieds sont enfermés dans un chausson. Il n'y a ni montant métallique, ni étrier, ni vis ; mais une molletière en cuir, qui supporte des boutons ou des agrafes auxquels viennent s'attacher des ressorts de bretelles qui simulent la puissance, le muscle ; ces ressorts se terminent au chausson par une ou plusieurs divisions représentant les tendons des muscles. Mais l'insertion supérieure des muscles sur les os est fixe, tandis qu'ici cette insertion est mobile. Aussi M. Duchenne a-t-il cherché à fixer la molletière en haut par une jarretière. Ceci ne suffisant pas encore, M. Duchenne a uni la jarretière à la molletière par deux tiges métalliques.

C'est déjà, vous le voyez, un retour vers les appareils mécaniques. Mais cela est encore plus frappant sur ce jeune homme. Ici vous trouvez deux tiges solides passées dans la molletière et aboutissant à un étrier placé sous le chausson. Les muscles sont représentés, comme précédemment, par des ressorts de bretelles.

Je ne jugerai pas définitivement du mérite de ce procédé, qui sera sans doute encore perfectionné ; mais quand bien même il ne répondrait pas entièrement aux espérances de son auteur, il en restera certainement quelque chose d'utile.

PATHOLOGIE.

ÉTUDES DU RAMOLLISSEMENT GÉLATINEUX DE L'ESTOMAC CHEZ LES PETITS ENFANTS ;

Par le docteur Kuttner, de Dresde.

Cette altération pathologique existe-t-elle déjà pendant la vie, et est-elle le fond de la maladie, ou bien se forme-t-elle après la mort, ainsi est-elle une lésion cadavérique ? Ces deux opinions trouvent chacune d'importants défenseurs, et le docteur Küttner cherche à élucider cette question, en se fondant sur vingt-cinq autopsies faites à l'hôpital des Enfants. Il se déclare pour la seconde, c'est-à-dire qu'il la regarde, avec Elsaëser, comme produite par une dissolution chimique des parois de l'estomac, opérée après la mort de l'enfant. D'abord, cette lésion ne se manifeste pendant la vie par aucun symptôme spécial qui puisse la faire reconnaître. Les phénomènes graves qu'on observe le plus souvent, et que les auteurs ont donné comme pathognomoniques, sont ceux du choléra infantum ; or, bien souvent cette maladie ne s'accompagne d'aucun ramollissement de la muqueuse intestinale. Dans ces 25 cas, des altérations des fonctions digestives ont précédé la mort plus ou moins longtemps, 20 fois, sur lesquelles 14 étaient aiguës. Les 5 autres cas se rapportent à 4 méningites tuberculeuses, et 1 à une décomposition méhanotique du sang.

Quant à l'âge, 13 cas furent observés chez des enfants dans les six premiers mois de leur vie, et les 12 autres étaient répartis jusqu'à 4 ans. Il y avait 16 garçons sur 9 filles, et, chose remarquable, les 7 enfants des 3 premiers mois étaient tous des garçons. Sur les 16 enfants formant le contingent de la première année, 4 prenaient encore le sein, 2 étaient sevrés depuis un mois, 9 avaient été nourris artificiellement, et l'indication manque chez un. Des 25 enfants, 6 étaient robustes et frais, 1 d'apparence moyenne, 9 faibles et plus ou moins atrophiques, 9 sans indication sur ce point.

Quant aux saisons, 5 maladies avaient eu lieu dans les trois mois d'hiver (décembre à février), 4 pour chacun des trimestres du printemps et de l'automne, et 12 pour l'été. Le temps qui s'est passé entre la mort et l'autopsie varie entre 24 et 50 heures. A cet égard, il est à regretter que l'auteur ait été un peu avare de détails. Cependant, nous trouvons que, dans 2 cas d'autopsie faite après vingt-quatre heures, la lésion était au premier degré. 20 fois le ramollissement de l'estomac avait envahi toutes les tuniques, à l'exception tout au plus de la péritonéale. Les 5 autres cas de lésion de la muqueuse seule furent observés, à part 1, dans la saison froide, et avec un intervalle de 24 à 38 heures après la mort. Les symptômes manifestés pendant la vie étaient en partie ceux du choléra infantum, en partie des affections chroniques des voies digestives, et une fois une maladie cérébrale inflammatoire.

Il est évident que le ramollissement avait toujours marché de l'intérieur à l'extérieur. Il siégeait 18 fois dans le cul-de-sac ; 6 cas sont sans indication précise, et une fois la lésion existait sur la petite courbure et sur la paroi antérieure de l'estomac, sans qu'on puisse en trouver de cause. (A-t-on fait attention à la position du cadavre ?) Le ramollissement gélatineux coexistait 3 fois dans l'intestin, et 6 fois on a observé un état ramolli de la muqueuse intestinale ; 2 fois on a trouvé également un ramollissement pultacé d'une partie des poumons.

Des traces d'inflammation dans les parties ramollies et dans leurs environs étaient une exception. On n'a noté qu'une fois une injection vasculaire fine de la muqueuse stomacale, et 2 fois celle de quelques places de l'intestin. Dans 20 cas, on a rencontré dans l'estomac, et parfois en quantité, des aliments composés 9 fois de caillots de caséum et de sérum du lait, et dans les autres, de bouillie et de pain ; 3 fois cette indication manque, et dans les 2 autres cas, il est dit que l'estomac ne renfermait que quelques débris d'aliments, ou bien rien du tout, mais répandait une odeur aigre spéciale. Cette dernière particularité a été notée 15 fois, et le contraire n'est affirmé que dans 2 cas. 15 fois il est fait mention d'une distension considérable de l'estomac et des intestins par des gaz.

Si le ramollissement de l'estomac avait existé pendant la vie au moins dans son entier développement, il n'est pas possible qu'on n'eût pas observé de rupture de cet organe chez l'un ou l'autre des enfants qui vomissaient jusqu'au moment de la mort ; car souvent on ne pouvait extraire l'estomac sans le déchirer. Il n'est pas le résultat d'une inflammation ; ni les symptômes, ni les lésions cadavériques ne parlent pour cette hypothèse. Il ne provient pas d'une anémie, quoiqu'on ait souvent rencontré cet état comme phénomène concomitant ; car la lésion a été observée chez des enfants sanguins, bien nourris ; car l'anémie se trouve souvent au plus haut degré chez les enfants ayant succombé au choléra infantum, sans ramollissement. Elle est tout au plus une circonstance qui en favorise le développement.

La lésion de l'innervation, surtout du nerf vague, invoquée par des auteurs pour expliquer cette lésion, n'est qu'une hypothèse qui n'avance en rien notre connaissance sur le mode de production du ramollissement. Aucun symptôme ne révèle ce point de départ, et nous ne voyons nulle part l'innervation troublée, produire le ramollissement gélatineux d'un tissu.

Enfin, on ne peut admettre davantage une dissolution chimique ayant eu lieu pendant la vie. Chaque fois que l'organisme vivant est attaqué par des agents chimiques, il se fait une réaction bien connue qui borne la périphérie du tissu altéré ; or, les autopsies n'ont jamais montré la moindre trace d'un tel acte.

On doit donc se rattacher à la théorie d'Elsasser, qui voit dans cette lésion le résultat d'une action chimique sur les tissus, produite par les matières contenues dans l'estomac et ayant subi une fermentation acide. Elle n'appartient donc pas à la pathologie, mais simplement aux altérations cadavériques. — (*Journal f. kinderkrankh*, 1856, nos 5 et 6.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 1er Septembre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Usage alimentaire de la viande de cheval.

M. Is. Geoffroy Saint-Hilaire présente à l'Académie un ouvrage qu'il vient de publier, et qui a pour titre : *Lettres sur les substances alimentaires et particulièrement sur la viande de cheval*. M. Geoffroy Saint-Hilaire, en présentant cet ouvrage, expose de vive voix quelques-unes des vues principales qui y sont développées relativement à la viande de cheval. Elles se résument en ces trois propositions :

La viande de cheval est saine ; elle est bonne ; elle est assez abondante pour prendre place très utilement dans l'alimentation du peuple.

Nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

Influence de l'oblitération de la veine porte sur la sécrétion de la bile et sur la fonction glycogénique du foie.

M. Oré adresse, sous ce titre, un mémoire dans lequel il rapporte une série d'expériences faites dans le but d'étudier l'influence de l'oblitération de la veine porte sur la sécrétion de la bile. Ces expériences ont été entreprises, d'après le désir de M. Gintrac (de Bordeaux), à propos d'une observation recueillie dans le service de ce médecin, et qui semblait infirmer la théorie physiologique qui considère la veine porte comme fournissant au foie les matériaux de la sécrétion biliaire.

Dans deux premières séries d'expériences, la veine porte est liée ou oblitérée par différents procédés, et l'on constate que, malgré cette oblitération, la vésicule est constamment pleine de bile et les matières contenues dans l'intestin colorées par ce liquide.

Dans une troisième série d'expériences, l'auteur a recherché à la fois l'influence de l'oblitération de la veine porte sur la sécrétion biliaire et sur la fonction glycogénique du foie. Les quatre expériences de cette série lui ont paru confirmer, d'une manière péremptoire, la théorie de la formation du sucre dans le foie établie par M. Cl. Bernard.

Ce physiologiste, dit l'auteur, a vu que le sucre disparaît dans le foie quand l'organe devient malade. Ce fait trouve sa confirmation dans l'une des expériences de la troisième série, où le foie, offrant des abcès dans un de ses lobes, ne contenait pas de sucre dans ce point, et en contenait, au contraire, beaucoup dans les parties restées saines.

Dans une autre expérience de la même série, le foie offrait des abcès dans toute son étendue ; il ne contenait pas du tout de sucre : n'est-ce pas là une nouvelle confirmation de ce qui a été dit plus haut ?

Enfin, dans la dernière expérience, il a été trouvé beaucoup de sucre dans le foie, bien que la veine porte fût oblitérée, et que les substances résultant de la transformation des matières alimentaires, c'est-à-dire albumineuse et glycose, ne pénétrassent plus dans cet organe. Cette dernière expérience montre évidemment que le foie n'est pas un réservoir de sucre qui lui viendrait de l'alimentation.

L'auteur résume son mémoire par les conclusions suivantes :

1° La sécrétion de la bile ayant continué malgré l'oblitération partielle ou complète du tronc de la veine porte, j'en conclus que ce n'est pas le sang de cette veine qui fournit les matériaux de cette sécrétion. C'est donc aux dépens du sang de l'artère hépatique que le foie sécrète ce liquide. La sécrétion biliaire, comme toutes les autres, se fait donc aux dépens du sang artériel. J'ai établi dans mon mémoire pourquoi les les oblitérations de l'artère hépatique ne peuvent pas servir à juger la question, et comment ces oblitérations ne peuvent infirmer en rien la conclusion que je viens d'énoncer.

2° La sécrétion du sucre par le foie n'ayant pas été altérée par suite de l'oblitération de la veine, n'est-il pas évident que la production de la matière sucrée est, comme l'a établi M. Claude Bernard, une sécrétion propre du foie, et complétement indépendante de l'alimentation.

3° Les matières, albuminose et glycose, résultant de la digestion des matières féculentes et albuminoïdes, ne pouvant plus traverser le foie, ne sont cependant pas perdues pour l'organisme à cause de cette circulation anastomotique qui s'établit entre la veine mésaraïque supérieure et la veine cave inférieure.

4° Enfin, et c'est avec la plus grande réserve que j'émets cette dernière conclusion, le sang artériel ne peut-il pas jouer un certain rôle dans la formation du sucre hépatique, comme dans celle de la bile ? (Commissaires : MM. Andral, Rayer, Cl. Bernard.)

M. Andral, à la suite de cette lecture, a cité un fait qu'il a observé dans sa pratique médicale et qui offre des résultats parfaitement concordants avec ceux qu'a obtenus M. Oré dans les expériences rapportées ci-dessus. Un malade, chez lequel des signes extérieurs faisaient soupçonner une oblitération de la veine porte (oblitération qui existait, en effet, et de la manière la plus complète, ainsi que le prouva l'autopsie), non seulement ne présentait point les symptômes qui indiquent une suspension de la sécrétion biliaire, mais encore fournissait la preuve que la fonction glycogénique persistait, car il était diabétique.

Effets de l'ablation des capsules surrénales.

M. P. Gratiolet communique une note sur les effets qui suivent l'ablation des capsules surrénales.

Les expériences de M. Gratiolet, entreprises dans le but de vérifier une hypothèse qu'il croit inutile d'exposer en ce moment, ont été faites dans le cours de l'hiver 1853-54, et sur des cochons d'Inde exclusivement. Le mode d'expérimentation était le suivant :

On rasait avec soin les poils de l'animal. Cela fait, une incision longitudinale était pratiquée sur les côtés de la région lombaire de l'abdomen, en arrière des fausses côtes, dans l'étendue de 2 centimètres et demi. La capsule surrénale mise à découvert était en partie déchirée avec une pince, puis raclée en entier avec une petite spatule d'ivoire. On fit des animaux soumis aux expériences trois catégories : les premiers furent opérés du côté gauche seulement, les seconds des deux côtés à la fois, les troisièmes du côté droit seulement.

Voici en quels termes M. Gratiolet expose les résultats de ses expériences :

I. *Animaux opérés du côté gauche.* — Chez les uns, la capsule fut détruite en totalité ; chez les autres, on en ménagea une petite partie. Il n'y eut, au moment où l'on agissait sur la capsule, aucun signe de sensibilité extraordinaire ; il n'y eut aucune trace de convulsions. Après l'opération, les viscères furent remis en place et les bords de la plaie de l'abdomen furent réunis par une suture. Deux minutes après, les animaux mangeaient. Cinq jours plus tard, la plaie extérieure était complétement cicatrisée. Je conservai ces animaux deux mois et demi environ. Ils étaient d'une extrême vivacité et rien ne pouvait faire soupçonner qu'ils eussent été soumis à une opération si grave. Je voulus enlever alors la deuxième capsule, c'est-à-dire la capsule droite. Ils moururent tous le surlendemain avec des signes évidents d'hépatite et de péritonite. L'autopsie, faite avec un soin tout particulier, démontra qu'il ne restait, chez les uns, aucune trace de la capsule gauche ; chez les autres, le petit fragment de capsule qu'on avait ménagé s'était arrondi et parfaitement cicatrisé.

Je conclus de ces expériences :

1° Que, par elle-même, l'ablation d'une capsule surrénale sur les cochons d'Inde n'entraîne point la mort ;

2° Qu'elle ne détermine point des convulsions nécessaires ;

3° Que les capsules surrénales blessées se cicatrisent et guérissent ;

4° Qu'après l'ablation de la capsule droite, les animaux meurent.

II. *Animaux opérés des deux côtés à la fois.* — Tous sont morts dans les quarante-huit heures qui ont suivi l'opération, avec des signes d'hépatite et de péritonite.

III. *Animaux opérés de la capsule droite seulement.* — Tous sont morts dans le même laps de temps avec les mêmes lésions.

Ces faits présentés, passons maintenant à leur discussion.

1. La mort qui suit l'ablation de la capsule surrénale droite tient-elle, en fait, à la soustraction de cette capsule en tant que capsule surrénale ? Non évidemment, puisque, dans nos expériences, l'ablation de la capsule gauche n'a point eu, sur la santé des individus opérés, une influence notable. Elle tient donc à certaines conditions particulières à la capsule surrénale droite ; je crois trouver ces conditions dans les relations anatomiques de cette capsule, cachée sous la racine du foie, et située si près de la veine cave inférieure qu'elle lui est pour ainsi dire accolée. Or, ces relations rendent une opération quelconque sur ce point aussi dangereuse qu'elle est difficile, et, dans tous les cas, la mort a été suffisamment expliquée par l'hépatite et la péritonite qui se sont développées. J'ai répété plusieurs fois cette cruelle expérience, et toujours avec le même résultat.

2. Si la mort est inévitable après l'ablation de la capsule droite, elle l'est *à fortiori* après l'ablation des deux capsules. Ainsi cette expérience n'ajoute rien aux autres, et l'on n'en peut rien conclure ; elle ne sera significative, du moins, que dans le cas inespéré où l'on aura pu obtenir la guérison d'animaux opérés d'abord de la capsule surrénale droite. Malheureusement tous les essais que j'ai faits dans ce sens ont été suivis d'un résultat fatal. (Commissaires : MM. Flourens, Rayer et Cl. Bernard.)

Action de la strychnine sur la moelle épinière.

M. G. Harley adresse un mémoire dans lequel il expose le résultat de ses recherches concernant l'action de la strychnine sur la moelle épinière.

Dans une première partie de son mémoire, l'auteur rapporte plusieurs expériences qui le conduisent à énoncer en manière de conclusions les propositions suivantes :

« Nous voyons d'abord que la strychnine, mise directement en contact avec la substance nerveuse, n'agit en aucune façon comme un poison. Nous remarquons ensuite qu'elle agit de la manière toxique la plus violente aussitôt qu'elle arrive dans la moelle épinière par l'intermédiaire des vaisseaux sanguins. Dans ces deux cas, le procédé mécanique qui permet le contact est toujours le même ; c'est par diosmose qu'il a lieu. Nous nous voyons donc forcé d'admettre que la strychnine agit chimiquement sur le sang, et qu'alors, ou bien elle prend elle-même les propriétés toxiques que nous lui connaissons, ou bien qu'elle en communique de semblables au sang. »

Dans une deuxième partie de son mémoire, l'auteur rend compte d'expériences qu'il a faites l'année passée relativement à une des actions chimiques que la strychnine, ainsi que d'autres alcaloïdes, exercent sur le sang. Le défaut d'espace nous oblige à nous borner à la simple indication de cette portion du mémoire. (Commissaires : MM. Flourens, Cl. Bernard.)

Du suicide, médecine, statistique, histoire et législation, par E. Lisle, docteur en médecine, directeur de l'Établissement d'aliénés du Gros-Caillou. Ouvrage couronné par l'Académie impériale de médecine, dans sa séance du 5 décembre 1848. Paris, 1856, un vol. in-8 de 500 pages. — Prix : 7 fr.
Chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Lettres sur les substances alimentaires, et particulièrement sur la viande de cheval, par M. Isidore Geoffroy Saint-Hilaire. Un volume grand in-18 de VIII-260 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.

Du siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme, par le docteur Max. Parchappe. Première partie : *Preuves pathologiques*. Un vol. in-8 de 180 pages. — Prix : 2 fr. 50 c.
Ces deux ouvrages se trouvent chez Victor Masson, libraire.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 112. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 16 Septembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. THÉRAPEUTIQUE : Note sur le traitement de la phthisie pulmonaire. — II. CHIRURGIE : Études sur les amputations faites au moyen des caustiques dans certains accidents consécutifs aux lésions traumatiques des membres. — III. CLINIQUE MÉDICALE : Fièvre gastrorrhagique intermittente pernicieuse, sans ulcération de l'estomac. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médicale de Constantinople.* Suite de la discussion sur le typhus. — *Société médico-chirurgicale de Paris* : Extrait des procès-verbaux de l'année 1856. — V. FEUILLETON : Coup d'œil historique et critique sur la médecine et la chirurgie françaises au XIXe siècle.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE (1) ;

Par M. Amédée LATOUR.

IV.

INCIDENT.

J'ai reçu plusieurs communications relatives à la note que je publie sur le traitement de la phthisie pulmonaire. Mon désir, d'accord avec mon devoir, est de les publier aussi. La seule difficulté, pour moi, est de trouver l'occasion et leur place, sans jeter une trop grande perturbation dans le plan que je me suis tracé.

Je crois devoir placer ici la lettre que M. le docteur Rufz, agrégé de la Faculté de Paris, membre correspondant de l'Académie de médecine à la Martinique, maintenant à Paris, m'a fait l'honneur de m'adresser. Une communication de cet observateur distingué est une bonne fortune pour tous. La lettre de notre savant confrère me servira d'ailleurs de transition naturelle pour aborder l'importante question de l'habitation et du climat à conseiller aux phthisiques.

A M. Amédée Latour.

Monsieur le rédacteur,

J'ai lu avec un intérêt tout particulier la note que vous publiez dans votre journal sur le traitement de la phthisie. Permettez-moi de vous soumettre quelques résultats d'une expérience exotique, acquise sous un ciel bien différent du vôtre, en dehors de la pratique commune et des idées régnantes sur la phthisie, mais qui me semblent corroborer, *à fortiori*, les excellents conseils que vous donnez.

Lorsque, il y a vingt-et-un ans, je quittai Paris pour exercer la médecine à la Martinique, j'étais encore, malgré la réaction qui commençait alors, fort empêché, fort retenu, fort intimidé par cette pusillanimité thérapeutique que le système de M. Broussais avait laissé dans tous les esprits. Je traitai la phthisie symptomatiquement, organiquement, accidentellement par accident, lésion par lésion. J'avais toujours pour point de mire, la toux ou l'hémoptysie, les sueurs ou la diarrhée, ou bien les cavernes et les ulcérations intestinales. Je recommandais religieusement la série des précautions, réserves, abstentions ou suppressions, qui font du traitement de là maladie une préparation à la mort.

Ma pratique ne fut pas plus heureuse que la pratique générale. Quelques faits frappèrent mon attention et me firent peu à peu incliner vers une conduite différente.

Un de nos confrères, le docteur Noverre, ancien interne de Laënnec, auscultè et reconnu par lui tuberculeux, était venu chercher aux Antilles un climat chaud. La clientèle l'envahit bientôt, et, selon l'usage du pays, il fut soir et matin sur le dos d'un cheval, exposé à toutes les intempéries de l'air, soleil à 45 degrés en plein champ, pluies diluviales, et toutes les transitions extrêmes produites par les variations de la brise qui souffle incessamment. Noverre vivait bien, buvait des meilleurs vins, et guérit si parfaitement de la phthisie qu'il n'y songeait plus, lorsqu'il succomba, après vingt-cinq ans de séjour dans l'île, à une dysenterie aiguë.

Il s'était trouvé si bien du parti qu'il avait pris, qu'il fit venir son ami Bidault, autre ancien interne des hôpitaux de Paris, qui lui écrivait mélancoliquement qu'il avait été condamné, lui Bidault, par tous les professeurs de la Faculté, et qu'il n'attendait plus que sa fin. Bidault enchérit sur Noverre : fort aimé, fort recherché par les habitants de l'île, il en adopta toutes les distractions, le jeu, la table, le cheval, passait des semaines entières sans se coucher, buvait au moins sa carafe de Madère tous les jours, et chaque jour faisait à cheval quinze à vingt lieues, mesurant les distances qu'il parcourait pour aller d'une habitation à une autre par le nombre des *bouts*, espèce de longs cigares qu'il fumait durant la route.

En me parlant de cette vie de *vieux*, il m'a souvent répété : Voilà comme il faut traiter la phthisie. Je m'en trouve bien pour moi et pour mes malades.

D'autres faits se joignirent à ceux-ci. Des malades traités méthodiquement par moi et par d'autres, s'étaient fatigués de la longueur et de l'inutilité des traitements, ils étaient rentrés, de guerre lasse, dans le train de la vie ordinaire. Ayant occasion de les rencontrer plus tard, je trouvais que leur état, non seulement n'avait pas empiré, mais souvent s'était amélioré. M'enquérant d'eux de ce qu'ils avaient fait, j'apprenais qu'ils s'étaient mis à bien vivre, avaient jeté de côté toutes les gênes, et que, tout en toussant et en ayant des hémoptysies le matin, ils sortaient le soir et n'y prenaient plus garde.

Ces faits m'engagèrent à ne plus *dorloter* les phthisiques ; gardez-vous bien, disais-je à ceux qui me venaient consulter, de prendre le bonnet, la robe de chambre et surtout le lit du malade. Allez, venez à pied, à cheval, comme vous pourrez, mais surtout allez ; vivez bien, quoique raisonnablement. J'en ai vu qui se louaient même des bains froids.

Il y a en ce moment à Paris un homme de lettres européen, qui a eu dans son enfance une luxation spontanée du fémur, et plus tard tous les signes d'une phthisie très avancée ; il a fait deux fois le voyage des colonies ; je l'y ai vu avec des hémoptysies effrayantes, à le croire mort. La dernière fois de cela, il y a douze ans, et je sais qu'il vit encore.

Je fus un jour appelé par un ecclésiastique, dont le sommet du poumon était plus que suspect, gros râle sous crépitant, matité du son sous l'une des clavicules, et tous les signes rationnels, hémoptysie, toux. Si j'étais à votre place, Monsieur l'abbé, lui dis-je, je monterais beaucoup à cheval et je mangerais beaucoup de mangots (le mangot est un fruit très sucré, qui exhale une forte odeur de térébenthine). L'abbé crut que je voulais me débarrasser de lui ; mais, mieux renseigné par d'autres personnes qui avaient vu les bons effets de conseils pareils, il suivit courageusement le régime prescrit, et deux ans après il venait me remercier, sans être reconnu par moi, tant il avait changé à son avantage.

Ce sont ces faits déjà indiqués par moi dans un mémoire sur la phthisie, imprimé dans les *Mémoires de l'Académie de médecine*, qui se sont tellement multipliés depuis, que j'ai pu en tirer une pratique presque générale pour le traitement de la phthisie à la Martinique, pratique qui a été aussi adoptée par plusieurs de mes confrères.

Je n'en conclus rien pour le ciel de Paris, je sais combien il est dissemblable de celui de la Martinique. Aussi ne sont-ce que des renseignements que j'ai la prétention de vous soumettre ; vous voyant engagé dans la thèse que vous soutenez, j'ai pensé que ce que vous venez de lire, serait comme une sorte de grossissement qui ferait mieux ressortir vos idées.

N'y a-t-il pas, d'ailleurs, dans la science, des faits qui peuvent être rattachés à cette manière de voir ? Les animaux sauvages des forêts ne sont-ils pas très rarement tuberculeux, tandis que ceux que l'on parque, que l'on *domestique* dans les étables et dans les cages, finissent, pour la plupart, par cette maladie ? Les professions sédentaires ne sont-elles pas considérées comme favorables au développement de la phthisie, tandis que cette affection est rare dans les colléges où la jeunesse est élevée virilement ?

Je livre ces faits à votre appréciation. Aujourd'hui, la facilité des voyages, la commodité des moyens de transport, ouvrent au traitement de la phthisie des perspectives nouvelles, infinies ! La médecine, comme le Jupiter antique, peut dire aux hommes, suivant leur constitution et leurs maladies :

Hinc vos,
Vos hinc mutatis discedite partibus. Eia !
Quid statis ? » Nolent, atqui licet esse beatis.

Je profite de l'occasion pour vous parler d'un médicament dont nous obtenons de bons effets : c'est l'émétique à doses vomitives, répété une ou deux fois par semaine, même dans les cas d'hémoptysie. Jamais je ne l'ai vu augmenter l'hémorrhagie. Bien au contraire, je m'en servais comme

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 Août, 2 et 9 Septembre 1856.

Feuilleton.

COUP D'ŒIL HISTORIQUE ET CRITIQUE SUR LA MÉDECINE ET LA CHIRURGIE FRANÇAISES AU XIXme SIÈCLE (1) ;

Par le docteur MICHÉA.

Sommaire. — Année 1800. — CHIRURGIE : Antoine Dubois envisagé comme savant, comme opérateur et comme professeur. — Parallèle entre lui et Boyer. — Début de Richerand en chirurgie. — Méhée et son *Traité des plaies d'armes à feu.* — OBSTÉTRIQUE : Jean-Louis Baudelocque et la polémique qu'il suscite.

Dubois n'avait, à proprement parler, aucun procédé, aucun instrument qui lui fût personnel. Si l'on disait, relativement à la lithotomie chez la femme, le procédé de Dubois, ce n'était pas parce qu'il avait imaginé ce mode dans l'opération de la taille, dont l'invention remontait à Laurent Collot, mais uniquement parce qu'il en faisait dans sa pratique un emploi habituel et une application ordinairement heureuse. Il en est de même du forceps qui portait son nom, et qui devait tout à Dubois, excepté son idée première.

Doué d'un rare bon sens, Dubois était un chirurgien supérieur par la critique.

De tout temps, la critique a fait partie essentielle du domaine de la science, où son degré d'urgence est en raison directe du développement des produits de l'esprit humain. Quoique la littérature médicale et chirurgicale fût bien loin alors d'être aussi féconde qu'aujourd'hui, ceux qui soumettaient ses élucubrations au crible d'un jugement droit et impartial, ceux qui, au lieu de découvrir, s'occupaient de réduire, n'en rendaient pas moins de grands services à la science. Or, ce qui caractérisait Dubois en chirurgie et le distinguait de presque tous ses confrères, c'était son penchant à tout simplifier, méthodes, procédés, instruments. Tandis que pour l'opération de l'anévrysme, Boyer incisait encore le sac en liant le vaisseau au-dessus et au-dessous, et alors que dans celle de la fistule à l'anus, il se bornait toujours à l'emploi du gorgeret de Marchettis, Antoine Dubois, se servant de la méthode d'Hunter, incomparablement plus commode et plus facile, liait le vaisseau loin du sac anévrysmal sans l'inciser ; et, à l'instar de Sabatier, faisait de l'opération de la fistule à l'anus, une des plus aisées de la chirurgie, en donnant pour conducteur au bistouri qui devait diviser les parties comprises entre le trajet fistuleux et le rectum une simple sonde cannelée flexible. C'est en vertu du même principe de simplification en toutes choses, que, pour l'opération de la cataracte, il était devenu, avec Scarpa, partisan exclusif de la méthode par déplacement longtemps abandonnée aux chirurgiens ambulants, peut-être à cause de sa facilité, et que, dans le traitement des plaies consécutives aux amputations et aux grandes ablations de tumeurs, il avait réintégré l'ancien mode de réunion par *première intention*. Non seulement il s'en tenait au plus petit nombre possible d'instruments chirurgicaux, mais encore, quand il pouvait s'en passer et leur substituer la main, qu'il regardait comme un instrument bien autrement supérieur à tous ceux de la mécanique, il se gardait bien de faillir à cette bonne fortune.

Il maniait du reste le bistouri avec une sûreté très grande et une aisance dénuée de toute prétention. Si quelqu'un pouvait l'égaler dans le manuel opératoire, il n'était du moins dépassé par personne. Quand il s'agissait de recourir à l'instrument tranchant, il avait la plus rare mesure, il gardait le milieu le plus équitable entre l'audace et la timidité.

Si chez Boyer il y avait plus de science que d'art, chez Dubois il y avait plus d'art que d'érudition. Si le premier était un chirurgien compassé, classique par excellence ; le second, beaucoup moins méthodique, avait plus d'élan, plus d'imprévu, plus d'indépendance dans les idées.

De même que Boyer, A. Dubois n'était pas un professeur éminent. Il n'avait rien de ce qui étonne l'esprit ou charme les oreilles. Non seulement il négligeait l'art d'orner son langage, mais il dédaignait encore les ressources de la dialectique : ses idées, presque toujours formulées en manière de propositions, manquaient d'ampleur et de développement. Il aphorisait trop et ne discutait pas assez. Sa phrase péchait surtout sous le rapport du goût et de l'élégance. A force de vouloir donner du relief à sa pensée et de chercher en quelque sorte à souligner ses paroles, et cela dans le but très louable de se faire mieux comprendre des élèves, il tombait dans des répétitions de mots fatigantes ou se servait d'images trop souvent frappées au coin de la trivialité ou du cynisme. En revanche, Dubois apportait dans ses leçons de la clarté, une bonhomie piquante, de l'originalité dans les expressions, qui expliquaient sa popularité plus grande que celle de Boyer.

Les mêmes qualités et les mêmes défauts se retrouvaient dans ses consultations publiques, genre d'enseignement qu'il avait créé en quelque sorte, et au milieu desquelles il questionnait successivement les élèves en les tutoyant tous.

Richerand préludait comme chirurgien par deux mémoires (1), l'un sur les fractures des côtes et l'autre sur celles de la rotule. Dans le dernier, qui était court, clair, rempli de faits, l'auteur, après des considérations très bien raisonnées sur les usages de la rotule, établissait successivement les distinctions de ses fractures, les causes qui les produisent, les signes qui les caractérisent, la marche que la nature suit dans leur guérison, et les moyens dont l'art peut se servir pour aider la nature. Seulement on remarqua que Richerand ne citait pas l'appareil imaginé par son maître, le professeur Boyer, pour maintenir les fragments rapprochés et le membre dans la position convenable.

La grande question des amputations tardives et des amputations extemporanées dans les plaies d'armes à feu, qui avait fait si grand bruit au sein de l'Académie royale de chirurgie, agitait toujours les esprits. Aux yeux des plus éminents chirurgiens des armées de la République, cette question n'avait plus rien de problématique. Comme Boucher, Larrey et Percy s'étaient déclarés partisans de l'amputation pratiquée sans délai ; le chirurgien en chef de l'armée d'Égypte voulait même qu'on y eût recours en dépit de l'état cachectique des sujets. Cependant d'autres chirurgiens militaires, beaucoup moins connus, inclinaient à la temporisation, à l'instar de Faure, dont l'Académie royale de chirurgie s'était peut-être trop hâté de sanctionner la doctrine. Sans aller aussi loin que ce dernier, sans prétendre qu'on avait abusé des amputations sur les champs de bataille, qu'on y avait mutilé une foule de blessés qui auraient pu conserver leurs membres, qu'on y avait provoqué, par des opérations inopportunes, effrayantes et souvent pratiquées exclusivement en vue d'attacher un nom propre à des procédés marquants, qu'on y avait provoqué la mort d'une foule de malades qui sans elles auraient pu vivre, ces chirurgiens tendaient à réduire les cas où l'amputation était indispensable. Ils voulaient qu'on la subordonnât aux circonstances et

(1) Suite. — Voir les numéros des 1er, 8, 15, 22 Juillet, 5, 19, 26 Août, 2 et 9 Septembre 1856.

(1) Insérés dans le tome III des *Mémoires de la Société d'émulation.*

hémostatique. Il ranime l'appétit rend la respiration plus facile, et pendant les deux ou trois jours qui suivent son emploi les malades se trouvent très certainement mieux.

L'ipécacuanha, et surtout le sulfate de zinc, remplaçaient l'émétique avec avantage, parce qu'ils déterminent moins de malaise nerveux et moins de sueurs, le sulfate de zinc surtout; je l'employais d'après la formule de Moseley, médecin anglais, qui a pratiqué longtemps avec succès à la Jamaïque.

Sulfate de zinc	6 grammes.
Alun.	4 grammes.
Teinture de cochenille . . .	quelques gouttes.
Eau.	500 grammes.

Une ou deux grandes cuillerées le matin, deux heures avant de sortir du lit. Dans les cas d'hémoptysie, on peut répéter jusqu'à cinq ou six fois cette dose en vingt-quatre heures. Je puis certifier que je n'ai jamais eu à regretter de m'être servi de cette médication, et souvent je m'en suis félicité.

Je vois bien qu'en tout cela, je ne vous envoie qu'un témoignage, sans cet accompagnement de preuves que l'on fait bien de demander à toute proposition, avant de lui donner le droit de cité dans la médecine. Mais cela est vrai pour ainsi dire, à livre ouvert, au premier essai. Cela enhardit, en montrant quelle latitude on a dans le traitement de la phthisie et jusqu'à quel point on peut y toucher. C'est une contre-épreuve de ce qui se pratique le plus ordinairement. Ce peut être aussi une ressource, un changement dans une maladie où l'on est si souvent à bout de ressources et de changements. Je voudrais faire savoir qu'on peut agir ainsi sans danger et quelquefois avec avantage. Et je n'hésite pas à prendre la responsabilité d'engager à en essayer.

Agréez, etc. E. Rufz.

Tous nos lecteurs comprendront l'importance et la valeur de la communication que M. le docteur Rufz a bien voulu nous faire. Dans les deux faits remarquables qu'il rapporte, et qui corroborent de plus en plus l'opinion consolante de la curabilité de la phthisie pulmonaire, nous trouvons la plupart des conditions dans lesquelles, depuis longtemps, nous cherchons à placer les phthisiques qui nous demandent nos conseils :

Voyage sur mer;
Alimentation énergique;
Climat chaud.

Voilà les plus puissants adjuvants du traitement par le lait au chlorure de sodium, et ces moyens suffisent seuls quelquefois, comme on vient de le voir, et comme nous en pourrons citer d'autres exemples, pour enrayer la marche de la tuberculisation pulmonaire.

Oui, M. Rufz a raison, et nous sommes heureux que l'autorité de son nom nous vienne en aide, le traitement de la phthisie pulmonaire doit abandonner les tristes voies qu'il parcourt depuis si longtemps. La thérapeutique a fait fausse route en ce qui concerne cette maladie. Les preuves nous arrivent de tous côtés; et quand nous dirons notre opinion sur les eaux minérales qu'il convient de prescrire aux phthisiques, nous ferons voir à quels principes minéralisateurs les eaux les plus célèbres, prescrites dans les maladies de poitrine, doivent leur action réelle, quand on y a recours sur des indications rationnelles. C'est encore une grave question que celle de l'emploi des eaux minérales dans le traitement de la phthisie. Nous espérons que la *Société d'hydrologie* appellera bientôt l'attention de ses membres sur ce sujet important, et sur lequel règne la confusion la plus complète.

Nous cherchons, quant à nous, et autant qu'il est en nous, dans cette note, à débrouiller le chaos de la thérapeutique de la phthisie, à simplifier son traitement en le rationalisant, et nous sommes heureux de voir, par les communications qui nous sont adressées, que nos efforts ne sont pas tout à fait stériles.

(La suite à un prochain numéro.)

CHIRURGIE.

ÉTUDES SUR LES AMPUTATIONS FAITES AU MOYEN DES CAUSTIQUES DANS CERTAINS ACCIDENTS CONSÉCUTIFS AUX LÉSIONS TRAUMATIQUES DES MEMBRES;

Par MM. Salmon et Maunoury, chirurgiens de l'hôpital de Chartres.

(Suite. — Voir le numéro du 13 Septembre 1856.)

§ II. — Récit de deux amputations des membres faites par les caustiques.

Voici dans quelles circonstances, en 1849, nous avons été amenés par la nécessité à pratiquer la première de nos deux amputations par les caustiques.

Premier fait. — Au commencement de l'année 1849, à six heures du matin, nous fûmes appelés à Thivars, près Chartres, pour pratiquer l'amputation du bras à un homme de 30 à 35 ans, blessé dans les engrenages d'un moulin. En arrivant près de ce malheureux, nous constatâmes une fracture simple des deux os de l'avant-bras droit et de nombreuses plaies contuses siégeant sur les faces antérieures et postérieures de l'avant-bras et du bras; en outre, à travers ces plaies produites par les dents de de l'engrenage, faisaient hernie des masses musculaires assez volumineuses.

Comme l'accident venait d'arriver, il n'y avait encore aucun gonflement du membre; le pouls battait avec régularité aux artères radiale et cubitale; la réduction de quelques masses musculaires ne pouvant avoir lieu, nous en pratiquâmes l'excision; puis, un bandage peu serré ayant été appliqué, nous fîmes transporter le blessé à l'hôpital de Chartres, où il fut couché dans le service de l'un de nous, salle Saint-Charles, n° 10.

Nous étions alors sous l'impression de deux accidents graves des membres, que nous étions parvenus à conjurer sans amputation.

Ce fait, si grave qu'il fût, nous trouva donc disposés à attendre, avant d'en venir à la dernière ressource; l'amputation du bras au-dessous du moignon de l'épaule. (Prescription : *Fomentations froides continues, opium à haute dose*, etc.)

Apparence de mieux pendant quatre jours; mais le cinquième, gonflement énorme emphysémateux de l'avant-bras, nouvelles hernies de masses musculaires à travers les plaies de l'avant-bras. (*Débridement du membre dans toute la hauteur du pli du coude au poignet; pansement à plat; cataplasmes alcoolisés.*)

Amélioration le sixième et le septième jour; le huitième, nous apprenons que le malade a éprouvé, pour la première fois, un léger frisson dans la soirée de la veille; la peau est sèche; la langue parcheminée; le facies jaunâtre; l'odeur du blessé spéciale; un gonflement emphysémateux énorme a envahi le bras, le moignon de l'épaule, la partie inférieure du cou, la partie supérieure du thorax en avant et en arrière.

Il fallait se décider rapidement à une opération; mais laquelle? pour arrêter un commencement probable d'infection purulente et pour modifier des tissus frappés déjà de ce ballonnement emphysémateux, prélude d'une infiltration gangréneuse générale. Habitués à combattre par la *cautérisation* des accidents analogues produits par la pustule maligne, nous n'hésitâmes pas. Nos deux collègues du service médical, MM. Durand et Greslou, partagèrent notre opinion, et l'*amputation par les caustiques fut résolue sur la limite même des points où cessaient les plaies produites par l'engrenage du moulin.*

Comme adjuvant indispensable de l'opération, des mouchetures furent pratiquées à l'instant même, avec une lancette, sur l'épaule, sur le cou et sur la poitrine; dans ces mouchetures faites en très grand nombre, furent laissés à demeure de petits cylindres de nitrate d'argent fondu. Quant à l'opération, voici comment elle fut combinée et exécutée à deux lambeaux :

Le trajet de l'artère brachiale ayant été préalablement bien reconnu, je traçai (1) à l'encre deux lignes courbes à concavité supérieure, formant deux arcs de cercle, dont les extrémités se réunissaient, d'un côté, sur le trajet même de l'artère; de l'autre, sur le bord externe du bras, au-dessus du V deltoïdien, c'est-à-dire sur le deltoïde lui-même. La profondeur de ces arcs était de 6 centimètres environ. Je plaçai du caustique de Vienne, circonscrit très exactement par des bandelettes de linge, recouvertes d'onguent de la mère et profondément découpées sur leurs bords opposés, pour s'appliquer et se mouler régulièrement sur la courbure des parties. L'escarrhe, produite au bout d'un quart d'heure, était très nette, avait un demi-centimètre environ de largeur, et devait avoir complétement détruit la peau. Sur cette escarrhe, le bistouri traça un léger sillon d'abord, puis, avec des ciseaux, j'incisai la peau mortifiée, en évitant constamment de produire de la douleur. Le pansement fut terminé par l'application de pâte caustique au chlorure de zinc et à l'alun, coupée en lanières et implantée dans la rigole résultant de l'incision de la peau (2). Une seule partie de celle-ci ne fut ni incisée, ni cautérisée de nouveau; ce fut une sorte de pont de 2 centimètres de longueur, et sous lequel devait être ménagée l'artère brachiale. (Prescription : *2 grammes de sulfate de quinine dans une potion de 125 grammes, additionnée de 30 grammes de vin de quinquina.)*

Deuxième séance le soir. — J'enlève les lanières de caustique placées le matin; je lacère l'escarrhe produite en la râclant avec une spatule ou la pointe d'un bistouri, puis je réapplique de nouvelles lanières comme ci-dessus.

Le lendemain, le gonflement emphysémateux du moignon de l'épaule à presque entièrement disparu : la nuit a été assez bonne, il n'y a pas eu de frissons, ni dans la soirée ni dans la nuit.

Troisième séance. — Le caustique ne paraît pas avoir encore intéressé en avant le muscle biceps : je désespère même, d'après ce que je sais de l'action du chlorure de zinc sur les muscles, d'arriver à cette destruction d'une manière rapide. J'imagine d'avoir recours au caustique rivaillé, c'est-à-dire à l'acide nitrique monohydraté, dans lequel on trempe de la charpie, à deux reprises, je laisse pendant un quart-d'heure celle-ci, fortement imprégnée d'acide, dans les rigoles faites jusqu'ici par la cautérisation; l'escarrhe est encore très peu profonde; je reviens au chlorure de zinc que j'implante entre les fibres musculaires et sous le muscle.

Quatrième séance le soir. — Cinquième et sixième le lendemain, c'est-à-dire le troisième jour; enfin, deux dernières séances, les septième et huitième, le quatrième jour, les lambeaux sont taillés en dédolant, ce qui m'oblige à une cautérisation très étendue; mais le résultat n'est pas encore suffisamment avancé pour notre malade et il ne reste plus qu'une couche musculaire assez épaisse autour de l'humérus. Le cinquième jour, après les préparatifs convenables, un aide faisant la compression de l'artère, je complète avec le bistouri la section des muscles : je divise d'un coup, le faisceau charnu situé en dedans du biceps pour protéger l'artère, je lie celle-ci immédiatement; je termine enfin par la section de l'os avec la scie. Les suites furent des plus heureuses; les deux lambeaux, après la chute des escarrhes, se rapprochèrent avec la plus grande facilité et recouvrirent l'os complétement.

Ainsi fut pratiquée notre première amputation, au lieu de nécessité, en grande partie par le caustique au chlorure de zinc, en petite portion par l'instrument tranchant. Dans une amputation du bras, pour *cause traumatique* « aussi grave, dit M. S. Fenwick, de » Newcastle-upon-Tyne, qu'une amputation de cuisse pour cause » organique, » nous avons réduit les dangers du malade à ceux que produisent les pansements les plus ordinaires; par la cautéri-

(1) Le mot *je* s'applique à M. Salmon, qui est le rédacteur de ces deux observations, et l'inspirateur du procédé d'*amputation à lambeaux par les caustiques au lieu de nécessité.* A. M.

(2) Pour être juste envers tout le monde, il faut dire que nous imitions ce procédé opératoire, d'après ce que nous avions vu faire à M. Girouard, médecin à Chartres, dans l'ablation des tumeurs du sein. Nous imitions donc aussi en cela M. Canquoin, que M. Girouard avait vu opérer à Paris, dans une circonstance dont ce dernier nous a rendu compte.

---

qu'on ne la mît en pratique qu'après avoir combattu les accidents.

Méhée était un des partisans les plus décidés de la chirurgie militaire conservatrice. Cet auteur, dont le fils d'abord espion de police de Louis XVI à l'étranger, ensuite complice de Danton dans les massacres de septembre, puis affilié à la conspiration de Babœuf, venait d'être emprisonné par ordre de Fouché, pour son hostilité démagogique au gouvernement du premier consul; cet auteur était un ex-praticien de Meaux, qui, après avoir exercé, en qualité de chirurgien-major et de chirurgien en chef de différents hôpitaux de France, était devenu professeur à l'école militaire d'instruction du Val-de-Grâce.

Dans son *Traité des plaies d'armes à feu* (1), Méhée rejetait, en effet, l'amputation des membres comme inutile quand une blessure était produite par des coups de fusil, même quand cette blessure intéressait une articulation, quand elle était très grave, quand elle s'accompagnait de grandes fractures et de délabrements. Il pensait que les corps orbes très volumineux, les boulets et l'éclat des bombes, indiquaient seuls l'amputation. Encore ne voulait-il jamais qu'on la précipitât et qu'on la pratiquât avant la manifestation de la gangrène, seul accident qui, selon lui, la rendait nécessaire. Toute amputation faite sur un champ de bataille était précipitée et par conséquent blâmable. Pour lui, opérer alors, c'était plus qu'inutile, c'était manquer de bon sens et d'humanité, c'était prévenir un danger moindre par un danger plus grand, c'était tuer le blessé pour l'empêcher de mourir.

On ne pouvait qu'approuver l'esprit sage et modéré de Méhée, qu'applaudir à sa temporisation qui épargnait au malade des douleurs atroces et souvent lui conservait la vie en lui conservant le membre. Seulement comme le blessé pouvait succomber avant l'apparition de la gangrène, il y avait toujours lieu à se demander si, dans ce cas, l'amputation précipitée ne l'aurait pas empêché de mourir.

Professeur d'obstétrique à l'École de santé de Paris, et chirurgien en chef de l'hospice de la Maternité, Jean-Louis Baudelocque était le plus célèbre accoucheur de la capitale. Il avait passé déjà la cinquantaine. Né en Picardie, il était élève de Solayrès, professeur particulier d'accouchements à Paris. Bien que disciple encore, il avait été choisi par ce maître pour le remplacer dans son cours, quand le premier symptôme de la maladie qui devait l'enlever si prématurément à son art, une aphonie presque complète, le contraignit à renoncer à l'usage de la parole en public. Agrégé au Collége de chirurgie en 1776, il était devenu bientôt conseiller de cette compagnie, et son livre sur l'*art des accouchements*, publié en 1781, l'avait naturellement désigné en 1795, parmi les débris de l'ancienne Académie de chirurgie, comme le professeur le plus capable de remplir la chaire d'obstétrique à l'École de santé de Paris.

Professeur peu brillant, mais clair et méthodique; esprit sans haute portée, mais doué de sagacité et de rectitude, il achevait la tâche que son maître Solayrès n'avait pas eu le temps d'accomplir. Il fixait dans ses leçons, comme dans ses livres, avec une précision beaucoup plus grande qu'aucun de ses devanciers, les rapports mécaniques qui existent entre le volume de la tête de l'enfant et les divers diamètres du bassin. Partisan de la temporisation en fait d'accouchements naturels, il simplifiait beaucoup l'obstétrique et la débarrassait d'une foule d'instruments inutiles dont on avait beaucoup abusé. On pouvait lui reprocher seulement d'être indifférent vis-à-vis du progrès, sourd à la voix des faits qui contrariaient ses opinions trop arrêtées.

L'incision qu'on pratiqua à Aurélia pour extraire de son sein l'enfant qui devait être Jules César, l'opération à laquelle cet illustre Romain donna ou emprunta son nom, était, depuis le milieu du XVIIe siècle, l'objet de controverses plus ou moins scandaleuses, la matière de discussions d'autant plus délicates que les auteurs paraissaient divisés au point de vue des intérêts de la morale. Les chirurgiens qui croyaient les droits à la vie de l'enfant plus sacrés que ceux à la vie de la mère, se déclaraient généralement pour l'hystérotomie. Les accoucheurs qui admettaient au contraire que les droits à la vie de la mère sont supérieurs aux droits à la vie de sa progéniture, bannissaient cette opération sur la femme vivante, au point de préférer, comme Jean Conrad Becker, faciliter l'accouchement en extirpant un des bras de l'enfant, ou du moins ils ne la trouvaient indiquée que chez les princesses pouvant donner un successeur au chef d'un État.

Comme Levret qui, au milieu du XVIIIe siècle, avait changé à lui seul la face de l'art des accouchements, Baudelocque pratiquait l'opération césarienne dans les grossesses extra-utérines et dans les cas d'étroitesse excessive du bassin, et il la faisait comme Solayrès, en incisant la ligne blanche. Toutefois, il n'avait pas la main heureuse : toutes les femmes mouraient entre ses bras.

Dans les sciences comme dans l'ordre politique, les réformes ne s'opèrent jamais sans résistance. Rarement on les obtient par l'entremise des bons sentiments, on les arrache presque toujours par la ruse ou la violence. S'il est triste, en effet, de voir des hommes s'obstiner dans l'erreur par la seule crainte de paraître céder à la pression de leurs adversaires, il est plus triste encore d'en voir d'autres obligés de recourir aux personnalités blessantes, à la médisance, à l'injure, voire même à la calomnie pour faire sortir de leur paresse ou de leur mauvais vouloir les gens dont le progrès trouble la quiétude ou dérange les intérêts.

A chaque insuccès de Baudelocque, Sacombe, le chef de l'école *anticésarienne*, ne manquait jamais de lancer contre lui ses invectives, ses sarcasmes, ses épithètes injurieuses. De cette façon, l'auteur de la *Luciniade* avait fini par obtenir les bonnes grâces du chirurgien en chef de la Maternité. De guerre lasse, ce dernier avait consenti à lui ouvrir, en 1799, les portes de cet hospice, dans le but d'expérimenter sa méthode.

Baudelocque n'avait point eu la même condescendance envers Alphonse Leroy qui, polémiste non moins ardent et tout aussi redouté, était plus sérieux, plus honnête homme que Sacombe, plus mesuré sinon dans le fonds du moins dans les termes de sa critique.

Alphonse Leroy prétendait que dans les cas d'étroitesse extrême du bassin, on pouvait substituer avec avantage la symphyséotomie à l'opération césarienne. Mais il avait beau prouver que l'Académie royale de chirurgie s'était montrée injuste en lui refusant son approbation, que la symphyséotomie, réhabilitée par Sigault, offrait une utilité réelle pour la mère; qu'elle donnait la facilité de terminer l'accouchement par les voies naturelles, qu'elle était plus simple, moins douloureuse, moins effrayante que l'hystérotomie; qu'on n'intéressait aucun organe essentiel à la vie; que le cartilage, qui se gonfle et s'amollit pendant la gestation, n'opposait aucune résistance à l'instrument tranchant; que l'hémorrhagie n'y était jamais à craindre, Baudelocque se montrait inébranlable, entêté comme un vrai Picard qu'il était. Au lieu d'adopter une opinion mixte, à l'instar de Dubois, il proscrivait à tort cette opération d'une manière absolue.

(La suite prochainement.)

(1) Paris, in-8°, an VIII (1800).

sation, nous avions peut-être empêché le développement de l'infection purulente; « localisant le mal et empêchant qu'il n'ait une » action délétère sur l'économie. » (Bonnet.) Mais, ce qui est incontestable, nous avions, dès le premier jour, suspendu le gonflement emphysémateux et l'œdème tendant à se généraliser; nous avions arrêté tous les accidents consécutifs à cette généralisation; nous n'avions plus à redouter le décollement de la peau et des muscles intéressés dans la formation des lambeaux, accidents si fréquents dans des conditions de cette nature; enfin nous avions été assez heureux pour n'enlever au malade que ce qui était strictement indiqué par la marche des accidents : « L'art assigne aux » amputations, dit M. Baudens, des lieux d'élection qui souvent » obligent à sacrifier des portions de membres susceptibles d'être » conservés, la nature n'enlève que ce qui, rigoureusement, ne » peut vivre; les lieux d'élection ne sont que des vues de l'esprit. » Pourquoi l'art ne chercherait-il pas à imiter la nature, comme nous avons essayé de le faire dans l'opération précédente et plus manifestement dans celle qui va suivre?

Deuxième Fait. — Le 1er décembre 1849, étant allé visiter un malade dans une commune des environs de Chartres, l'un de nous fut prié de voir un homme de 35 ans, quelque peu buveur, lequel, quinze jours auparavant, s'était fracturé, dans une chute, les deux os de l'avant-bras droit au-dessus du poignet. Il avait porté un appareil pour cet accident; mais quelle négligence eut lieu de la part du blessé, je l'ignore; toujours est-il qu'à ma visite, je trouvai la main et l'avant-bras énormément tuméfiés, insensibles et violacés; le membre était frappé de sphacèle; nous conseillâmes au malade de venir, sans temporiser, à l'Hôtel-Dieu de Chartres, où il fut couché salle Saint-Vincent-de-Paul, n° 5.

Pendant le temps qui séparait cette visite de celle du lendemain, où le blessé devait être amené à l'hôpital, nous avions pris un parti. Le blessé ignorait la gravité de son malheur; il croyait à un simple engorgement du membre facile à combattre; les parents avaient la même croyance; depuis la levée de l'appareil, une coloration rouge, située à la partie supérieure de l'avant-bras, laissait apercevoir le point où se limiterait la gangrène; à moins de tailler des lambeaux dans des parties mortifiées, on ne pouvait penser à une amputation de l'avant-bras seulement, et pourtant combien il était utile pour le malade de conserver les mouvements du coude, avec un moignon d'avant-bras, si court qu'il fût. Nous résolûmes donc de pratiquer l'amputation sans que le malade s'en doutât, au milieu des parties profondes enflammées et par les caustiques. En conséquence, je marquai avec de l'encre deux lambeaux, l'un en dedans, l'autre en dehors, atteignant par leur bord libre la limite de la gangrène de la peau, et par leurs extrémités se réunissant en avant, un peu au-dessous du pli du bras, et en arrière au-dessous et en dedans de l'extrémité supérieure de la diaphyse cubitale. L'artère humérale ou sa bifurcation comprise dans le lambeau interne ne devait être attaquée qu'en dernier lieu par le caustique ou la ligature, la cautérisation devant disséquer ce lambeau d'arrière en avant pour ménager le vaisseau.

Première séance, le 2 décembre. — Application pendant quinze minutes du caustique de Vienne entre deux bandelettes de linge enduites d'onguent de la mère, escarrhe d'un demi-centimètre de largeur, dessinant très nettement les limites des lambeaux et intéressant toute l'épaisseur de la peau; section de celle-ci avec le bistouri et les ciseaux; enfin, dans la rigole produite par cette section, application de lanières de pâte caustique au chlorure de zinc et à l'alun.

Deuxième séance le soir. — Des lanières nouvelles remplacent les précédentes.

Troisième séance, le 3 décembre. — En enfonçant une pince dans les interstices musculaires pour envelopper les chairs de caustique, je sens celle-ci pénétrer aisément dans des masses mortifiées; profitant de cette voie toute frayée, j'y implante de larges rubans de pâte qui contournent les masses musculaires et doivent les attaquer de tout côté. Dans le lambeau interne, chaque ruban est en outre appuyé de bourdonnets épais de charpie, destinés à établir une compression énergique en cas d'hémorrhagie.

Quatrième séance, le soir. — A la cinquième et à la sixième séance du 4 décembre, la cautérisation marche avec la plus grande rapidité, grâce aux clapiers qui s'ouvrent à mesure que nous avançons.

Septième et huitième séances, neuvième et dixième, le 6 décembre. — Le 7 décembre, rassuré sur la crainte d'une hémorrhagie, j'embrasse dans deux larges lanières de pâte caustique l'artère brachiale, à l'angle de réunion des deux lambeaux en avant; le 8, cautérisation dernière pour assurer le succès de la précédente. Enfin, le 9, les lambeaux étant fortement relevés, je les isole des os avec la pointe d'un couteau interosseux, non sans entamer toutefois des chaires saines; puis je scie les os immédiatement au-dessous de leur extrémité supérieure. Il n'avait pas été besoin d'appliquer de ligature; l'opération était terminée.

Restaient les suites de l'opération : elles furent des plus simples jusqu'au cinquième jour, époque à laquelle l'escarrhe commença à se détacher. Mais dans cette journée, *au moment où le malade était levé*, du sang inonde rapidement les pièces de l'appareil, le malade est pris d'une sueur froide; le sang continuant à couler, un infirmier comprime hardiment le bras qu'il saisit entre ses deux mains; j'arrivai aussitôt, et, sans attendre d'aide, je comprimai d'une main l'artère brachiale, et de l'autre, je détachai avec précaution les pièces d'appareil. Celles-ci enlevées, aucune surface ne parut saignante; une escarrhe noire, encore adhérente partout, recouvrait le moignon, excepté au centre, où se trouvaient les os coupés avec la scie, nulle bouche d'où pût s'écouler le sang, à moins que ce ne fût autour de ceux-ci, dans la profondeur des chairs; je lâchai la compression : rien encore. Mais tout à coup, un suintement nouveau apparaît; le sang bouillonne bientôt de toutes parts autour de la masse noire qui forme l'escarrhe; sans nul doute, le vaisseau est situé au-dessous de celle-ci. Sans attendre alors, j'en saisis les bords avec les angles, je l'arrache d'un mouvement rapide, et aussitôt apparaît l'artère humérale dardant le sang avec une extrême vigueur, à l'angle antérieur de la plaie. Compression sur son trajet pendant que j'essaie de la saisir avec le ténaculum; je la tiens un instant, mais les tissus se déchirent en les attirant pour la ligature. Une ligature appliquée sur un vaisseau, dans ces conditions, si je puis la placer, ne me donnera pas davantage de sécurité. Alors, prenant en considération la position superficielle du vaisseau, je n'hésite pas à traverser la peau et les chairs en arrière de l'artère avec une aiguille courbe armée d'un fil, et à comprendre le tout dans une ligature. L'hémorrhagie s'arrêta et ne se reproduisit plus.

Peu à peu, une sorte d'amaurose, dont fut frappé le malade après cet accident, s'effaça; la cicatrisation marcha sans encombre, attirant à elle les deux lambeaux parfaitement suffisants pour recouvrir les os; et aujourd'hui, le blessé, facteur à la halle, a armé son avant-bras d'un crochet, et exécute avec ce moignon des mouvements suffisamment étendus.

Cependant, nous ne pouvons terminer cette observation sans faire remarquer quelle faute grave nous avons commise, en confiant à la cautérisation seule le soin de fermer toute issue au sang dans l'artère humérale, et sans dire qu'il est de toute importance, dans les opérations de ce genre, de recourir à la ligature du vaisseau principal de la même manière que nous l'avons indiqué dans le premier fait.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

FIÈVRE GASTRORRHAGIQUE INTERMITTENTE PERNICIEUSE, SANS ULCÉRATION DE L'ESTOMAC;

Par M. le professeur Bonnet, de Poitiers.

L'Union Médicale du 7 juin 1856 contient une observation de gastrorrhagie sans ulcération de l'estomac, présentée à la Société médicale d'émulation par M. Fournet, et à sa suite une discussion pleine d'intérêt. A peu près à la même époque, je recueillais une hématémèse sans ulcération de l'estomac, mais que la nature de la maladie, sa forme extrêmement rare, peut-être devrais-je dire inobservée jusqu'à ce jour, et son point de départ, rendent non moins intéressante à tous les points de vue.

Le 20 mai dernier, la femme Mettois fut prise d'un accès de fièvre intermittente tierce. Cette femme, garde-barrière sur la ligne de Bordeaux, à 18 kilomètres de Poitiers, habite près d'un ruisseau plein d'herbes. La saison pluvieuse et les variations de température rendaient ces maladies très fréquentes. Cette femme, petite, boiteuse, est cependant rarement malade. Elle n'a jamais rien eu à l'estomac, n'a jamais craché ni vomi de sang. Sa menstruation est régulière; elle n'a jamais eu d'enfant.

Le 20, elle fut prise, sur les onze heures du jour, de frisson, puis de froid, de tremblement de tous les membres, qui l'obligèrent à se mettre au lit. Toutes les périodes de cette fièvre se développèrent; il y eut des vomissements bilieux, de la sueur, etc., et vingt-quatre heures après, l'accès était terminé. Elle se croyait guérie.

Le 22, à peu près à la même heure et au moment où elle signalait un train, elle fut prise d'un accès si violent, qu'elle fut obligée de se coucher sur le sable de la voie jusqu'à ce qu'on vînt la relever et la porter dans son lit. Il survint aussitôt du délire, une agitation extrême, et telle, qu'il fallait que plusieurs personnes la retinssent sur son lit, d'où elle serait tombée. La perte de la raison était absolue. Elle se plaignait de douleurs qui partaient de l'estomac et se portaient vers et sous les fausses côtes gauches; on fit venir un médecin du voisinage, qui ordonna du sulfate de quinine.

Mandé comme médecin de la compagnie le lendemain, j'arrivai auprès d'elle le 23 au soir. Elle avait vomi dans la nuit, au milieu du délire, une grande quantité de sang, évaluée à plus de deux verrées. Le sang était noir, en caillots. Puis, une heure environ après ces vomissements, elle en rendit à deux reprises par les selles, en caillots noirs et abondants. La sueur termina ce deuxième accès, qui était fini quand j'arrivai auprès d'elle. Le pouls était à 80 pulsations. Elle se plaignait d'une sensation de chaleur dans l'estomac, qui s'irradiait toujours à gauche, douleurs qu'augmentaient mes recherches vers la rate, que je trouvai un peu développée en déprimant la paroi abdominale sous et derrière les fausses côtes. En déprimant la paroi abdominale, j'y constatai de la matité. La face était pâle, décolorée, le ventre peu douloureux, l'abattement très grand. La poitrine était peu sonore à la percussion; à l'auscultation, il y avait peu d'expansion pulmonaire, ce qui me semblait dû à d'anciennes adhérences. Point de râles. Le sommet des deux organes était sain. Je prescrivis 1 gramme de sulfate de quinine, un peu de vin sucré étendu d'eau. En attendant que le sel fût arrivé de Poitiers, j'en fis prendre moi-même 50 centigrammes que je trouvai sous ma main, afin de prévenir le retour du troisième accès.

Il reparut, mais moins fort et moins long, sans vomissements ni délire. Le sulfate de quinine fut continué, mais à dose moins élevée.

Malgré cela, le lundi 26 mai, reparut un quatrième accès pendant lequel survinrent le délire, et vers le milieu de sa durée, pendant la période de chaleur, les vomissements de sang et les selles en caillots comme au deuxième accès. Cette femme a guéri assez promptement, et a pris en tout 4 grammes de quinine dans huit jours.

Plus d'un mois après, je l'ai vue chez elle, guérie, conservant toujours sous les côtes gauches un malaise que j'attribuai à la rate non complétement détuméfiée. Il n'y a pas eu de récidive.

Cette observation me paraît mériter de fixer au plus haut degré l'attention des praticiens sous deux points de vue : 1° sa nature; 2° le siége de l'hématémèse.

Quoique cette malade n'avait jamais eu de fièvre intermittente, il était facile d'en reconnaître la forme. La violence du second accès fut telle, qu'au moment où il revint, la malade fut renversée par terre sans pouvoir se relever. L'agitation, le délire, furent portés au plus haut point. Ce qui lui donna toute sa gravité, ce furent les vomissements de sang et les caillots qu'elle rendit par les selles. Ses jours furent mis dans le plus grand danger, et si l'hémorrhagie ne se fût arrêtée, nul doute qu'elle aurait succombé au milieu de ce deuxième accès.

De tous les auteurs dont j'avais les ouvrages entre les mains, Torti, Morton, Sydenham, Alibert, les dictionnaires, etc., aucun ne parle de la forme gastrorrhagique de la fièvre intermittente pernicieuse; et, à ce point de vue, cette observation est peut-être unique dans la science. J'en ai rencontré sous les formes comateuses, dysentériques, pneumoniques, et, aujourd'hui même, je traite, avec mon confrère Delaunay, une fièvre pernicieuse épileptiforme, mais jamais sous forme d'hématémèse. Les observations de Torti, sur les fièvres pernicieuses et sanglantes, entre autres celle du peintre Cerchiarius, sont loin de ressembler à des hématémèses, et ne sont caractérisées que par des matières muqueuses ensanglantées.

Dans son beau travail sur l'ulcération simple de l'estomac, M. Cruveilhier avance que les seules causes de la gastrorrhagie sont ou les cancers ou les ulcérations simples de cet organe. Cette opinion, adoptée par de bons esprits, fortifiée par les recherches et l'autorité de ce maître, semble se généraliser. M. Herpin, président de la Société d'émulation, disait : « qu'il regardait l'hématémèse comme dépendante de l'ulcération de l'estomac, tant qu'on n'aurait pas prouvé, *de visu*, qu'elle tenait à une autre cause. L'absence de toute lésion appréciable de la fonction digestive, ne lui paraît même pas une objection suffisante, parce qu'on voit quelquefois l'ulcération simple constatée à l'autopsie, ne s'être révélée pendant la vie par aucun signe appréciable de l'hématémèse. »

Cette opinion de l'un de nos maîtres les plus haut placé dans la science, me paraît beaucoup trop absolue et peut tenir à cette disposition de l'esprit humain qui fait généraliser la cause nouvellement découverte jusqu'à en faire oublier momentanément toutes les autres, comme l'a remarqué M. Fournet.

La gastrorrhagie dont je publie l'observation n'est point le résultat d'une ulcération de l'estomac; elle me semble incontestablement due ou à l'action d'un miasme, cause de la fièvre intermittente, qui a été assez puissante pour mettre dans un extrême péril les jours de cette malade au deuxième accès, miasme qui a altéré le sang, l'a rendu plus fluide et l'a disposé à s'écouler plus facilement; ou à la congestion qui, pendant la période de froid, augmentait d'une manière sensible le volume de la rate; j'ai pu constater cette augmentation de volume.

Cette malade n'a jamais accusé d'autre douleur que celle qui s'étendait de l'estomac vers les fausses côtes gauches, malaise qui a persisté après la guérison. Pendant la congestion, les vaisseaux courts qui vont de l'estomac à la rate, distendus par le sang, l'auront laissé exhaler d'autant plus facilement dans l'estomac, que ce sang était lui-même altéré par le miasme, cause de la fièvre. Il n'y avait jamais rien eu du côté de l'estomac qui pût faire soupçonner une lésion de cet organe. Le sang ne pouvait venir des poumons, qui étaient sains. Il était noir, en caillots volumineux et sans toux, comme dans l'hématémèse, et non rouge, rutilant, fluide comme dans l'hémoptysie. Toutes les fonctions se sont promptement rétablies aussitôt la fièvre arrêtée. S'il y avait eu des ulcérations simples dans l'estomac, le sel de quinine les aurait exaspérées pendant quelque temps; il aurait fallu combattre ces accidents secondaires. Rien de cela n'a eu lieu. La convalescence et la guérison ont été aussi promptes que les accidents et le danger avaient été pressants.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE.

Séance du 7 Juin 1856. — Présidence de M. Faivel.

(Suite. — Voir le numéro du 9 septembre.)

M. le Président prie MM. les médecins russes de communiquer à la Société un résumé des observations qu'ils ont faites dans le cours de leur mission.

M. Alferieff, prenant la parole, fait connaître que M. Moering et lui-même, chargés par le gouvernement de Russie d'étudier le typhus, se rendirent à Odessa; que là, ils prirent un service exclusivement composé de typhiques, et qu'après avoir recueilli leurs observations, ils allèrent en Crimée, d'où, après y avoir également étudié l'épidémie, ils sont venus à Constantinople.

Le typhus apparut dans l'armée russe, poursuit M. Alferieff, vers la fin de l'automne et au commencement de l'hiver, c'est-à-dire après que l'armée eût quitté Sébastopol. A cette époque, les troupes campèrent dans les vallées. Les fièvres intermittentes se manifestèrent en grand grand nombre, les malades encombrèrent les hôpitaux. A la suite de cet encombrement le typhus éclata. A symphéropol, à Nicolaieff, à Odessa, il y a eu également encombrement, et c'est cet encombrement qui a manifestement produit le typhus dans ces diverses villes. La mauvaise saison a dû aussi, suivant M. Alferieff, avoir exercé son influence; mais, dans tous les cas, l'encombrement doit être considéré sinon comme la cause unique, au moins comme la cause essentielle et la plus active de l'épidémie.

M. Alferieff trouve parfaite la description du typhus, telle que l'a donnée Hildenbrand. Il n'y a guère à changer que quelques termes qui, inhérents à l'état de la science à son époque, ne sont plus en relation avec les progrès qu'elle a faits depuis. L'épidémie présentait le typhus d'Hildenbrand. M. Alferieff ne croit donc pas nécessaire de s'arrêter sur les symptômes qu'il a observés. Il se limite à noter que l'éruption, qui semblable aux papules de la rougeole, se faisait généralement sur le thorax et l'abdomen, s'étendait aussi quelquefois sur tout le reste du corps et envahissait jusqu'aux paumes des mains. Il remarque, en outre, que toutes les muqueuses se trouvaient affectées. Dans la première période, oreilles, yeux, larynx, bronches, tout était pris, ce qui se traduisait par une voix voilée, par de la dyspnée, par de la toux, du farmoiement, etc. La seconde période présentait les symptômes nerveux, effets

des stases sanguines dans le cerveau, et qui se faisaient également dans les poumons.

La durée de la maladie était de sept, quatorze jours et au-delà. Quand la maladie se prolongeait, survenaient des complications dont la plus générale était la pneumonie, celle que M. Piorry caractérise sous le nom de pneumonie hypostatique. Mais cette pneumonie, lobulaire parfois et parfois lobaire, ne se limitait pas toujours à la partie postérieure et inférieure de l'organe, elle allait quelquefois jusqu'au sommet. Elle ne se traduisait, du reste, par aucun symptôme bien tranché; il y avait à peine un peu de toux, une dyspnée légère; les crachats caractéristiques manquaient, et sans l'auscultation, elle aurait passé le plus souvent inaperçue.

Les observations qu'il a faites, portent M. Alferieff à rejeter l'opinion de ceux qui admettent que le typhus et la fièvre typhoïde sont une seule et même maladie. D'après lui, le typhus reconnaît pour cause l'altération de l'air, et la physionomie de l'affection diffère suivant qu'elle atteint un homme bien portant et un homme déjà malade. Quant à l'opinion que cette maladie n'est qu'une fièvre rémittente que le sulfate de quinine peut juguler, M. Alferieff ne la partage pas. Il pense, il est vrai, que les individus, actuellement affectés de fièvre intermittente, sont plus aptes à contracter le typhus que ceux qui ont été guéris par le sulfate de quinine, et conséquemment qu'en employant ce remède sans retard dans les fièvres intermittentes, on les empêche de dégénérer en typhus, voilà tout; et pour M. Alferieff, l'épidémie en question est bien le typhus.

L'aération, les boissons acidulées, les ablutions avec le vinaigre seul ou uni au camphre, le changement de position pour éviter les stases sanguines dans le poumon, plus tard le quinquina, le vin, les toniques, tels sont les moyens auxquels il a eu recours avec son collègue, en adoptant naturellement, suivant les exigences des cas particuliers et la nature des symptômes, tel traitement que les circonstances particulières indiquaient.

M. Moering prend la parole après M. Alferieff. M. Moering, qui s'est réservé de communiquer à la Société ses recherches chimiques, microscopiques et anatomiques sur l'épidémie, débute en observant que l'ouvrage de Hildenbrand a été composé plusieurs années après les épidémies de typhus qu'il avait eu occasion d'observer et avec les éléments tirés à la fois de ces épidémies et de ce que cet auteur a pu recueillir pendant cet intervalle dans sa pratique particulière et par conséquent que Hildenbrand a dû confondre dans sa description plusieurs espèces, le typhus, la fièvre typhoïde, etc. Voilà pourquoi il y a tant de variabilités dans les lésions anatomiques qu'il décrit, voilà pourquoi son typhus est composé, pour ainsi dire, de plusieurs typhus, et pourquoi on ne peut pas se demander si le typhus actuel est celui de Hildenbrand.

Cela dit, M. Moering arrive au sujet qu'il se propose de traiter. L'application de la chimie ne lui a pas fourni de grands résultats. De l'albumine dans les urines vers la fin de la maladie, c'est là tout ce qu'il a pu constater. L'analyse du sang ne lui a jamais rien fourni de spécial. Il a plus particulièrement recherché la présence de l'ammoniaque et de l'acide sulfhydrique; ses recherches sont restées sans résultat.

Quant aux lésions anatomiques, M. Moering estime qu'il faut, en les examinant, tenir compte avant tout de la période de la maladie pendant laquelle le décès a eu lieu. Elles varient, en effet, suivant que la mort est survenue à la première, à la seconde ou à la troisième période. La mort est-elle arrivée à la fin de la première semaine, tous les organes en général sont hyperémiés. Les séreuses comme les muqueuses présentent tous les caractères de l'hyperémie, et l'hyperémie des secondes explique les symptômes qui, pendant la vie, caractérisent la première période du typhus. M. Moering décrit en détail les caractères de cette hyperémie qu'on trouve au cerveau et aux intestins au même degré que dans tous les autres organes. Les muscles qui sont secs et d'un rouge foncé, le tissu cellulaire qui présente une couleur jaune ou jaunâtre, participent à cet état. Il en est de même de la vésicule biliaire, il en est de même encore des reins, du foie, de la rate et des poumons. En pressant ces derniers, on fait sortir de leur tissu de petites masses blanches qui, vues au microscope, ne présentent pas les globules du pus, mais seulement les caractères de l'exhalation épithélique. Ces mêmes masses blanches sont également fournies par les reins. La bile, d'un vert noir, est épaisse et elle semble obstruer les voies biliaires, ce qui explique peut-être l'ictère qui se forme quelquefois. Examinée au microscope, la bile aussi offre ces masses blanches dont il a été question et qui, ici encore, ont les mêmes caractères.

Hyperémie affectant tous les organes et tous les tissus, telle est la lésion qui distingue anatomiquement la première période du typhus sans que celui-ci, pendant cette période, paraisse avoir aucun lieu d'élection.

Les résultats sont différents quand la mort a eu lieu au second septenaire. Le sang n'est plus si épais. Les membranes du cerveau paraissent plus particulièrement affectées, l'arachnoïde est opaque, poisseuse, sans que cependant le microscope révèle les globules du pus. M. Moering est disposé à croire qu'il y a là quelque effet cadavérique, comme pour le cervelet qui est moins dense, état qu'il faut probablement attribuer à la position ordinaire du cadavre. M. Moering a fait, à ce sujet, quelques expériences. Il a pu s'assurer qu'en laissant la tête penchée d'un côté, le point du cerveau occupant la partie du crâne correspondant au point incliné, offrait toujours plus de mollesse. Les poumons sont engoués dans leur partie postérieure et même antérieurement, excepté toutefois le sommet, qui ne participe pas à cet état. A cet engouement, se joint un certain degré d'emphysème, le plus souvent à la partie antérieure de l'organe. Ainsi, engouement postérieurement et antérieurement, emphysème, tel est, en général, l'état des poumons. Quelquefois M. Moering a trouvé un poumon engoué, tandis que l'autre était emphysémateux. Il attribue le fait à la recommandation sur laquelle il insistait, de ne pas laisser les malades sur le dos et qui, mal appliquée dans quelques circonstances, faisait tenir le malade sur le côté avec trop de constance. Dans l'intestin, il y avait des mucosités, et, parfois, les follicules étaient un peu gonflées et on voyait quelques points rouges, surtout dans la partie inférieure. Mais tout se borne à ces lésions. Le foie est moins foncé que dans la première période, la bile plus liquide. C'est à la fin de cette période qu'on observe les parotides.

Les semaines suivantes, les lésions étaient très variées et différaient suivant les cas particuliers. Le poumon et l'intestin, surtout dans sa partie inférieure, étaient les organes dans lesquels on trouvait le plus généralement des altérations. Mais la lésion de l'intestin n'était nullement celle de la fièvre typhoïde; elle ne consistait, en effet, qu'en un amollissement de la muqueuse. Deux fois seulement M. Moering a trouvé des ulcères dans l'intestin grêle, mais les individus étaient affectés de tuberculose, et bien évidemment les ulcères tenaient à la maladie générale, puisqu'ils n'avaient aucun des caractères assignés par M. Louis à la lésion dothiénentérique. Dans deux cas on avait, pendant la vie, observé tous les symptômes de l'œdème de la glotte; on trouva, à l'autopsie, des ulcères dans le larynx, mais sans les caractères anatomiques de l'œdème. Les poumons étaient hépatisés et emphysémateux comme dans la seconde période, mais à un degré plus élevé. Enfin, deux fois, M. Moering a trouvé, sur la muqueuse intestinale, des exsudations diphthéritiques sans qu'il puisse déterminer à quelle cause devait être attribuée cette lésion.

Le secrétaire spécial, Leval.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(ancienne Société médicale du Temple).

Compte-rendu extrait des procès-verbaux (1856). — Présidence de M. Dubaul.

Sommaire. — Hémiplégie avec retour de la mémoire et de l'intelligence quelques jours avant la mort. — Accouchements très prompts et sans douleurs. — Blessures de l'artère radiale guéries par la compression. — Hoquet. — Paralysie du muscle grand dentelé. — Du danger d'employer à contre-temps le bicarbonate de soude en boisson ou les injections dans la vessie. — Fièvre typhoïde compliquée.

La correspondance comprend :

1° Un exemplaire du compte-rendu des travaux de la Société médicale du 1er arrondissement de Paris pendant l'année 1855, par M. le docteur Mouzard, son secrétaire général ;

2° Le compte-rendu des travaux, en 1855, de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance de Paris, par M. le docteur Thibault, secrétaire général.

Ces deux brochures seront déposées dans nos archives et des remercîments adressés à leurs auteurs.

M. Géry nous communique le fait suivant : Un homme, occupant une position sociale élevée et qui a longtemps rempli des fonctions administratives, vient de mourir à l'âge de 83 ans. Hémiplégique depuis plusieurs années, son intelligence était troublée, il avait perdu la mémoire des substantifs, qu'il exprimait par des périphrases. Trois semaines avant sa mort, il fut affecté de gangrène sénile. A partir de ce moment, il recouvra la lucidité de ses facultés intellectuelles et la mémoire. M. Géry demande si l'on pourrait donner une explication physiologique satisfaisante de ce retour de l'intelligence et de la mémoire, lorsque bientôt la vie va s'éteindre; phénomène qu'il a observé chez plus d'un malade, mais sans pouvoir s'en rendre compte.

M. Gaide connaissait le malade dont vient de parler M. Géry. Chez lui, la mémoire des noms manquait complétement. Il lui était impossible de se rappeler le nom de son fils. Quand on lui demandait l'heure, il l'indiquait du doigt sur le cadran de sa montre, sans pouvoir en prononcer le chiffre. Habitué à se servir d'une carte géographique sur laquelle des couleurs différentes délimitaient les diverses contrées de l'Europe, s'il voulait désigner la Grèce, il l'appelait le petit pays jaune.

M. Belhomme : On vient de nous entretenir d'un hémiplégique ayant perdu la mémoire des mots. A mon avis, cette faculté a son siége dans les lobes antérieurs du cerveau et l'un d'eux a dû être, chez ce malade, affecté d'une hémorrhagie qui a pu y laisser un foyer apoplectique.

M. Duchenne de Boulogne croit à la localisation de la fonction du langage; mais il a vu le trouble de cette fonction survenir tout à coup sans hémiplégie ni hémorrhagie cérébrale. Ainsi un jeune homme ne pouvait prononcer que le mot couteau qu'il répétait à propos de tout.

M. Ségalas : Il y a des malades qui ne pouvant pas prononcer les mots, parviennent cependant à les écrire.

M. le Président rétablit la question telle que l'a posée M. Géry : La physiologie peut-elle expliquer le retour de la lucidité des idées et de la faculté de les exprimer chez un malade qui approche de ses derniers moments ? Le problème n'est pas résolu.

M. Grange : Une femme qui offre tous les signes d'un ramollissement du cerveau omet toutes les voyelles dans les mots qu'elle écrit. Malgré son état de maladie, elle est devenue enceinte et elle a tout à coup accouché dans un salon au moment où elle venait de se lever, et sans douleur.

M. Collomb : En fait d'accouchements terminés brusquement et sans douleurs, il arrive des choses bien imprévues. En voici un exemple : Une dame de 25 ans, primipare, était au lit; elle sent une légère colique, se lève et tout aussitôt accouche debout devant sa cheminée. La longueur du cordon se trouva juste suffisante pour empêcher que la tête de l'enfant ne vînt frapper sur le sol. J'arrivai à l'instant et il n'y eut d'accident ni pour la mère ni pour l'enfant qui était vivant, à terme et plutôt gros que petit. L'année suivante, j'accouchai cette même dame d'un enfant de la même grosseur, avec une présentation de la tête en première position. Cette fois, il y eut des douleurs soutenues et un travail qui dura six heures. Ainsi, à l'inverse de toute prévision, le premier accouchement a été incomparablement plus facile et plus prompt que le second. Il est probable que, dans un cas de médecine légale, un tribunal aurait de la peine à admettre l'exactitude des circonstances pourtant très vraies dans lesquelles eut lieu le premier accouchement.

M. Thibault communique à la Société le rapport qu'elle l'a chargé de faire sur une brochure contenant les travaux de la Société des sciences médicales de l'arrondissement de Gannat, pendant l'année 1854-55, par M. le docteur Trapenard, son secrétaire. Il entre en de longs détails sur ce recueil qui, fort bien écrit, renferme des observations nombreuses et intéressantes que le défaut d'espace ne nous permet pas de reproduire ici. Nous nous bornerons à mentionner les faits suivants :

Trois blessures à l'artère radiale. L'une chez un boucher qui, avec un couteau à lame très étroite et très acérée, se blessa vers le milieu de l'avant-bras, et fit à l'artère une sorte de ponction. On mit sur la plaie une compresse en plusieurs doubles, une pièce de monnaie par dessus; puis encore deux autres compresses. Le tout fut serré fortement à l'aide d'un bandage roulé. Ensuite on fléchit l'avant-bras sur le bras, autant que le permit la présence de cet appareil. Il y eut les jours suivants des douleurs assez intenses à l'avant-bras et à la main qui se tuméfia. On fit le sixième jour la compression de la brachiale au moyen d'une pelote. Le quinzième jour, on enleva tous les bandages, y compris celui de la brachiale. La plaie extérieure n'était pas encore cicatrisée; mais la circulation était rétablie dans la radiale, et l'on ne trouvait aucune trace d'anévrysme.

Les deux autres blessures ont eu lieu à l'endroit où l'on tâte habituellement le pouls. L'une avec la pointe d'un couteau, l'autre avec celle d'une faucille. On fit d'abord comprimer l'humérale par un aide. On réunit la plaie au moyen de bandelettes agglutinatives; et, avec un morceau de liége façonné *ad hoc* et entouré de linge, on comprima le bout supérieur jusqu'à une hauteur de 5 à 6 centimètres. On entoura les doigts et le poignet de bandes roulées. Les malades furent couchés, le membre demi-fléchi et maintenu immobile sur un coussin un peu élevé. Au bout de trois semaines, sans aucun accident, l'oblitération du vaisseau était et est restée solide et complète; les malades étaient guéris.

Une affection squammeuse de la peau, guérie par l'arséniate de fer en pilules, selon la formule de Biett.

Arséniate de fer.	15 centig.
Extrait de houblon	4 grammes.
Poudre de guimauve	2 grammes.
Sirop de fleur d'oranger.	q. s.

Mêlez. Faites 48 pilules. Chacune d'elles contient un seizième de grain d'arséniate. Une par jour. On y ajouta l'usage à l'intérieur de la tisane amère, et à l'extérieur de la pommade d'iodure de soufre.

Deux cas de hoquets idiopathiques permanents pendant plusieurs jours, qui furent guéris, l'un, au bout de sept jours, sous l'influence de pilules opiacées et d'une boisson antispasmodique. L'autre, seulement au bout de treize jours, par des bains frais et trois pilules par jour contenant chacune 5 milligrammes de morphine. — A ce propos, M. le rapporteur cite un fait de sa pratique particulière. C'est un hoquet survenu, sans cause appréciable, chez une jeune fille chlorotique. On avait inutilement eu recours à l'éther, à d'autres antispasmodiques, aux opiacés; on avait essayé la compression sur l'épigastre. La guérison ne put être obtenue qu'à la suite de l'anesthésie produite par des inspirations de *chloroforme*.

M. Duchenne de Boulogne a constaté chez deux jeunes personnes l'existence d'une maladie musculaire que l'on observe rarement. Il y a chez elles déformation de l'une des épaules qui se produit quand, l'avant-bras étant demi-fléchi sur le bras, le membre supérieur se trouve élevé à un certain degré, comme il arrive à une femme qui s'appuie sur son cavalier en valsant. Lorsque le bras est étendu le long du corps et au repos, la difformité n'existe plus. Cela tient, dit-il, à un commencement de paralysie du muscle grand dentelé qu'il est urgent de reconnaître et de combattre par l'usage de la faradisation localisée, au début de la maladie, pour en venir plus facilement à bout. Il fait passer sous nos yeux des dessins photographiques représentant chez ces jeunes personnes, d'une part l'état de repos, d'autre part la difformité en question.

M. Grange a été témoin d'un fait dont l'explication ne lui est pas possible. Un commis voyageur rend pendant une journée de l'urine très blanche. Au bout de vingt-quatre heures, il se fait au fond du vase un dépôt blanchâtre formé de phosphate ammonico-magnésien, quelques mucosités sont suspendues dans l'urine. Celle-ci reprend le lendemain son état normal, et puis, au bout de quelques semaines, sans cause appréciable, le même phénomène se reproduit et disparaît.

M. Collomb : Pourrait-on attribuer ce fait étrange à l'existence de la goutte ?

M. Ségalas : La quantité minime d'acide urique qui se trouve dans ces urines écarte l'idée de la goutte. Il ne saurait d'ailleurs fournir l'explication de ce fait. Mais le dépôt alcalin qu'on y rencontre lui rappelle un cas qui lui a semblé assez curieux. Un prote d'imprimerie, ayant ou craignant d'avoir la gravelle, prit pendant cinq mois sans interruption du bicarbonate de soude à doses élevées. Il était arrivé à en prendre 10 grammes par jour. Il finit par avoir une pierre dans la vessie; elle contenait une quantité notable de carbonate de chaux; ainsi une partie de l'acide carbonique du bicarbonate, pris en excès, avait quitté la soude pour se combiner avec la chaux des phosphates calcaires qui existent naturellement dans l'urine. Cet homme, par crainte de la gravelle, avait très probablement, sinon produit, au moins hâté la formation d'un calcul.

M. Moreau (de Tours) dit que le fait raconté par M. Ségalas lui semble important à noter pour les praticiens. Il lui est fréquemment arrivé d'employer comme révulsif, dans les affections cérébrales, le bicarbonate de soude à 4 grammes par litre d'eau, et même à des doses bien plus élevées, sans avoir rien observé de remarquable du côté des voies urinaires. Il se propose, à l'avenir, d'examiner les effets de cette médication sur la composition chimique de l'urine.

M. Ségalas avait opéré et guéri par la lithotritie un malade dont l'urine, contenant des mucosités, indiquait l'existence d'un catarrhe vésical. Il fit des injections dans la vessie. Il commençait par laver cet organe en injectant une assez grande quantité d'eau tiède, qui était évacuée par la sonde, et suivie d'une seconde injection avec une petite seringue, celle-ci contenant une solution d'azotate d'argent qui, au bout d'un instant, était aussi évacuée. Avant d'être complétement guéri, le malade impatient, retourna chez lui à Valenciennes. Il voulut continuer les injections. Mais, négligeant de laver préalablement la vessie, il se contentait d'une seule injection au nitrate d'argent, avec une grande seringue, et sans avoir le soin d'évacuer le liquide qu'il laissait à demeure dans la vessie. Bientôt fut reproduite une pierre d'un aspect noirâtre, dans laquelle M. Mialhe, notre collègue, trouva du chlorure d'argent. D'où il faut conclure que, quand l'existence d'un catarrhe de la vessie y fait pratiquer des injections contenant de l'azotate d'argent, celles-ci n'y doivent pas séjourner trop longtemps.

M. Grange : L'azotate d'argent, employé à dose seulement astringente, n'offrira probablement aucun danger, parce qu'il sera dissous dans la vessie pour peu que l'urine contienne une quantité minime d'ammoniaque. Il semble d'abord que l'ingestion du bicarbonate de soude, du citrate de magnésie devrait produire bien souvent la pierre; car les sels de soude et de potasse précipitent les phosphates et les carbonates, mais heureusement ce précipité, qui se fait à l'état pulvérulent, est journellement évacué dans l'émission des urines tant qu'il n'existe pas de catarrhe vésical. Si, au contraire, il y en a un, les mucosités forment une sorte de ciment qui lie cette poussière pour en former le noyau d'un calcul.

M. Mialhe désire, puisque l'action du bicarbonate de soude sur les urines vient d'être mentionnée, faire quelques remarques spécialement relatives aux effets de l'eau de Vichy prise en boisson. Si les urines sont rendues limpides par l'usage de l'eau de Vichy, cela ne doit pas être attribué à l'absence de sels de chaux ou de magnésie, mais à ce que ceux-ci sont à l'état de bicarbonates solubles que l'ébullition suffit à précipiter en les ramenant à l'état de bicarbonates basiques. Cette précipitation des urines par la chaleur, observée chez les diabétiques soumis au traitement alcalin, avait pu faire croire au remplacement du diabète par l'albuminurie, lorsqu'on se bornait à soumettre l'urine à l'ébullition. Un examen un peu plus attentif permet de reconnaître que la précipitation est alors due aux carbonates calcaire et magnésien; à part les cas, assez rares d'ailleurs, où le diabète est compliqué d'albuminurie. Enfin, si l'on a quelquefois remarqué que, sous l'influence de l'eau de Vichy, les calculs uriques se recouvraient de couches phosphatiques, cela n'a lieu que dans le cas où la diathèse calculeuse est compliquée d'un catarrhe de la vessie. Alors même l'usage des eaux alcalines gazeuses ne présenterait pas d'inconvénients sérieux, ayant pour effet, dans ce cas, de dissoudre le mucus et de permettre ainsi l'expulsion des phosphates sous forme pulvérulente, au fur et à mesure de leur dépôt à l'état d'urines jumenteuses.

M. Collomb vient d'observer un fait qui lui semble digne d'être, au moins sommairement, communiqué à la Société. Il s'agit d'un enfant de 2 ans 1/2 affecté d'une fièvre typhoïde des mieux caractérisée, et diagnostiquée telle par deux médecins d'une grande instruction successivement appelés en consultation. La maladie a duré deux mois et s'est présentée à l'état muqueux d'une véritable et classique dothienentérie. Pendant son cours, se sont développés d'abord la rougeole, ensuite la varioloïde, qui, toutes deux, ont marché d'une manière régulière. Avant et après, la fièvre typhoïde n'a paru en éprouver aucune espèce de modification.

M. Dreyfus : Il y a là simplement deux maladies intercurrentes.

M. Collomb : Certainement; mais il faut ajouter que si, en théorie et dans les livres, ces faits sont indiqués comme possibles, dans les réalités de la pratique, ils sont vraiment rares. Depuis un peu plus de trente ans d'exercice de la médecine, c'est la première fois que je rencontre une complication dessinée aussi nettement et doublement.

Le secrétaire général, Dr Collomb.

L'œil et la vision, étude physiologique, par A. Guérin, d.-m., ex-professeur à l'École de médecine de Nantes, etc., etc. In-8, Paris, 1856.

Mémoires de la Société de médecine de Strasbourg, t. II. — In-8, Strasbourg, 1856, chez Derivaux, libraire.

Comptes-rendus des séances et mémoires de la Société de biologie, t. I et II, nouvelle série. Paris, in-8, 1855 et 1856, chez J.-B. Baillière.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 113. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 18 Septembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. PATHOLOGIE : Étude expérimentale des périodes de la vie auxquelles se développent de préférence les affections hystériques. — III. CLINIQUE MÉDICALE (hospice de la Salpêtrière. M. Baillarger) : Traitement de la manie aiguë par la diète lactée. — IV. Fièvre intermittente pernicieuse épileptiforme ; effets du sulfate de quinine. — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 16 septembre : Correspondance. — Rapports sur des remèdes secrets. — Lecture. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

PARIS, LE 17 SEPTEMBRE 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie commence à se lasser d'entendre la série périodique des rapports de la commission des remèdes secrets. Quoique, depuis deux ans, le rapporteur de cette commission, M. Robinet, ait rempli sa tâche avec un succès sans antécédents pour une besogne aussi ingrate, la docte compagnie semble honteuse de se trouver si souvent obligée à délibérer officiellement sur les ridicules et ineptes propositions à propos desquelles l'administration la consulte. Hier, après plusieurs rapports de ce genre, dans lesquels on demandait à l'Académie, entre autres stupidités, ce qu'elle pensait d'un topique composé « de panne de porc mâle mêlée à de la fiente de poule (*sic*), M. Moreau, légèrement irrité, a proposé qu'on signalât expressément à M. le ministre, qui les signalerait à son tour au procureur impérial, les auteurs de ces burlesques formules, débitant et appliquant leurs drogues le plus illégalement du monde. M. Gibert veut qu'on aille plus loin encore, et propose qu'on dise carrément à M. le ministre que les demandes de ce genre, appuyées sur de prétendus faits de guérison, sont elles-mêmes une illégalité, car ces personnes étrangères à l'art n'ont pas qualité pour traiter des malades. Tout cela est fort juste, mais on n'a oublié qu'une petite circonstance, c'est que la plupart de ces inventeurs et débitants de remèdes ne s'adressent au ministre que parce que leur commerce a été troublé par les autorités locales, et qu'ils ont été déjà ou menacés ou poursuivis. Ils ne se réfugient guère sous l'aile des décrets régissant la matière, que parce qu'ils ne peuvent faire autrement ; et d'ailleurs, comme tout le monde est libre d'inventer des remèdes, comme tout le monde est libre de demander ce que par antiphrase on appelle les *bénéfices* de la législation, il faut bien que quelqu'un éclaire le ministre sur la valeur de ces demandes. Ce quelqu'un devrait-il être un corps aussi considérable que l'Académie de médecine ? Nous ne le pensons pas. Une simple commission de cinq à six membres suffirait à cette besogne ; et si l'on tient à ne pas dessaisir l'Académie de cette partie de ses attributions, la commission des remèdes secrets devrait être autorisée à n'appeler l'Académie à délibérer que sur des demandes réellement sérieuses concernant des médicaments véritablement nouveaux et pouvant être utiles. Tout le reste, tout ce fatras pharmaceutique proposé par des homme étrangers aux sciences médicales, la commission devrait pouvoir le juger sommairement et sans intervention de l'Académie, à laquelle on fait perdre tous les mois un temps précieux à entendre les billevesées de tous ces guérisseurs illégaux.

Grâce à M. le docteur Desétangs, le savant traducteur de Celse, la séance a pris une tournure plus intéressante et plus sérieuse. Même après les nombreux travaux qui ont été récemment publiés sur le suicide, M. Desétangs a su captiver l'attention par une lecture étendue sur ce sujet, lecture qui n'est que l'*Introduction* de l'ouvrage que notre honorable confrère se prépare à publier.

Cetravail a saisi l'assistance par des qualités extrêmement remarquables : élévation de la pensée, forme très littéraire, tendances évidentes de l'auteur vers les côtés moraux et philosophiques du sujet plus que vers le côté pathologique, hardiesse de quelques propositions, telles sont les impressions générales qu'a laissées cette lecture, qui est certainement l'œuvre d'un penseur et d'un écrivain.

Mais ce travail, s'il possède toutes les qualités du genre, en a montré aussi quelques inconvénients. C'est une introduction, avons-nous dit, et si l'auteur, dans ces pages, a l'avantage de pouvoir présenter un résumé brillant et rapide de son œuvre, un tableau vivant et animé du long travail intellectuel auquel il s'est livré, des points de vue qui frappent, des propositions qui saisissent, des critiques énergiques et qu'il croit fondées, l'auteur a aussi le désavantage de s'adresser à un auditeur qu'il déroute quelquefois, qu'il étonne toujours, et que, par cela même, il force à se tenir en garde contre la séduction de la forme et la nouveauté des idées. Privé qu'il est, l'auditeur, des témoignages, des preuves, des documents sur lesquels l'auteur a édifié son système, n'apercevant que la conclusion du raisonnement sans pouvoir apprécier la valeur des prémisses, il peut être ébloui sans être convaincu.

Nous dirons très franchement que c'est ce qui nous est arrivé hier en entendant la très remarquable lecture de M. Desétangs. Cet éloquent confrère nous a emporté à toute vapeur et avec une vitesse vertigineuse dans les graves et nombreuses questions que soulève l'étude du suicide. En vain aurions-nous voulu arrêter notre pensée sur tel point ou sur tel autre ; comme dans un train express, le paysage changeait à chaque seconde, l'inexorable locomotive nous entraînait toujours, nous déroulant des horizons nouveaux qui se dérobaient à leur tour à notre curieuse attention.

Il nous est donc impossible de formuler une appréciation sur ce travail qui, après tout, n'est qu'un programme que l'auteur doit développer et remplir. M. Desétangs a jeté contre la statistique des accusations graves et qu'il tiendra certainement à honneur de justifier. Nous craignons que notre savant confrère, pour mieux frapper son auditeur, ne se soit placé à un point de vue où personne, en réalité, ne se place parmi ceux qui se servent intelligemment de la statistique, non comme méthode, mais comme instrument, non comme raisonnement, mais comme forme de raisonnement. Rien n'est facile comme de critiquer ainsi des choses qu'aucun esprit sérieux ne propose et ne défend. Nous avons regretté que la haute raison de M. Desétangs ne l'ait pas préservé de l'ambition de ce facile triomphe, et nous l'attendons à la démonstration. Sans être un grand prophète, nous osons prédire que M. Desétangs aura été dans l'impossibilité formelle et absolue d'établir raisonnablement aucune de ses catégories de suicides sans recourir largement aux données fournies par la statistique. Un seul exemple : M. Desétangs assure que le nombre des suicides va en augmentant sans cesse. Comment le sait-il ?

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DES PÉRIODES DE LA VIE AUXQUELLES SE DÉVELOPPENT DE PRÉFÉRENCE LES AFFECTIONS HYSTÉRIQUES ;

Par M. le docteur BRIQUET, médecin de la Charité.

Le public, *ignobile vulgus*, jette souvent à la face des médecins, et comme une sorte de défi, ce dicton des vieux temps, — Quand Hippocrate dit oui, Galien dit non, — je ne puis disconvenir que le public n'ait quelquefois raison, car les deux patriarches de la médecine ne sont pas toujours d'accord entre eux ; cependant, il y a beaucoup de cas dans lesquels cet accord existe ; il en est un, entre autres, que j'ai plus particulièrement en vue, sur lequel il y a entre le père de la médecine et le prince des médecins, une sorte d'entente cordiale qui serait vraiment édifiante, si malheureusement elle ne portait sur un fait matériellement faux, et si, plus malheureusement encore, ce fait n'était pas un fait d'observation. Probablement, le divin vieillard était plus heureux sur les autres sujets, autrement on ne serait pas aussi embarrassé que

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

Professeur de pathologie et de thérapeutiques générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Examen du *De locis affectis*. Idée générale de cet ouvrage : réfutation des doctrines de l'école méthodiste. — Premiers essais d'anatomie pathologique. — Du diagnostic des affections locales ; moyens d'y arriver. Revue des *lieux affectés* : centre nerveux ; de l'épilepsie et de l'*aura épileptique*. — Tube digestif ; de la mélancolie et de ses rapports avec l'état de l'estomac. — Profession de foi de Galien.

XXX (1).

Pathologie de Galien (suite). — *Pathologie spéciale ; analyse du* De locis affectis.

De l'examen auquel nous nous sommes livrés de ses œuvres de pathologie générale, il résulte que Galien regarde la maladie comme un état général et non comme un état local, les états locaux n'étant que des manifestations de l'état général ou diathésique. D'après cela on pourrait être surpris que Galien ait composé un traité considérable sur les états locaux, *De locis affectis*. Pour bien comprendre cet ouvrage, il faut savoir quelle idée a guidé l'auteur dans sa composition. Le *De locis affectis* n'est rien qu'une œuvre de polémique, comme la plupart des œuvres de Galien. Ce n'est pas un livre de descriptions des maladies ; presque toujours, dans le cours de l'ouvrage, à propos de tel ou tel fait, Galien attaque tel ou tel auteur dont il réfute les explications. A son arrivée à Rome, le médecin de Pergame avait trouvée vivante encore cette secte méthodique dont il devait combattre si énergiquement les doctrines. Parmi les dogmes promulgués par elle, il avait remarqué le suivant : Dans les maladies, il ne faut considérer que l'état général, c'est de l'état général seul qu'il faut tirer les indications thérapeutiques. La cause des lésions locales n'est pas dans les solides ; elles n'ont aucune importance au point de vue de l'étiologie comme à celui du traitement. Décrivez-les si vous voulez, pour faire de l'histoire naturelle, mais seulement pour cela.

Ainsi parlaient les méthodistes. Galien s'inscrit en faux contre cette doctrine et c'est pour la combattre qu'il a composé le *De locis affectis*. Il montre que souvent, quoique la maladie ne réside pas tout entière dans le solide qui souffre, celui-ci peut cependant, par son changement de texture, par le trouble de ses fonctions, par les sympathies qu'il éveille au sein des autres organes, jouer un rôle important et commander une modification dans la thérapeutique. Il établit qu'il y a certainement des maladies primitivement locales, celles qui ont leur point de départ dans les solides et résultent soit d'une altération dans la conformation, les rapports, la situation, le volume des parties ; soit de la présence d'un corps étranger qui en trouble les fonctions, accroît la chaleur normale et peut, par la propagation de cette chaleur au cœur et de là dans le reste du corps, amener l'explosion de la fièvre et généraliser ainsi la maladie.

Lors même, ajoute Galien, que les lésions locales ne sont qu'une dépendance de l'état général, il n'importe pas moins de les connaître, soit en vue du pronostic, qui varie suivant l'importance des fonctions de l'organe lésé, soit en vue du traitement. Voilà la pensée qui a guidé Galien dans la composition de cette œuvre ; son but, sur lequel on s'est mépris, est d'apprendre à reconnaître les diverses affections des solides, soit primitives, soit consécutives. Ce but, comment l'atteindre ? En cas de *localisation externe*, rien de si facile, de si simple que de reconnaître la maladie, puisqu'on la voit et qu'on la touche. Mais, en cas de localisation *interne*, par exemple dans les poumons, le cœur, l'estomac, le foie, etc., il n'en est plus de même, la lésion est cachée, on ne peut la toucher, ni la voir, comment faire alors ? Il faudrait, dit Galien, lorsque, dans ces cas, la mort arrive, il faudrait pouvoir examiner les organes, constater leurs altérations, et, en les comparant aux symptômes observés pendant la vie, voir si ces derniers peuvent s'expliquer par les altérations que l'on trouve après la mort dans les parties internes. Or, ce travail, ajoute Galien, nous ne pouvons pas le faire. En effet, il fallait attendre encore quinze siècles avant de voir naître l'anatomie pathologique. Galien vivait au commencement du IIme siècle de l'ère chrétienne, et ce n'est, à vrai dire, qu'au XVIme siècle que l'anatomie pathologique a fait son entrée dans le monde.

En attendant cet avenir lointain, Galien fait ce qu'il peut ; il se livre, sur les animaux, à quelques recherches anatomo-pathologiques dont il tire quelques inductions qu'il applique à la pathologie humaine. Ainsi, chez certains animaux, il lui est arrivé de trouver, dans le péricarde, une grande quantité d'un liquide clair, transparent, un peu jaunâtre, tout à fait comparable à de l'urine. Une pareille accumulation de sérosité dans le péricarde ne peut avoir lieu, dit-il, sans déterminer une gêne des mouvements du cœur, d'où il conclut que les cas dans lesquels on observe, chez l'homme, cette gêne des mouvements du cœur, peuvent avoir pour cause l'accumulation de sérosité dans le péricarde. — Autre fait : un singe mourut après avoir passé par tous les degrés de l'émaciation et du marasme. A l'autopsie, on trouva intacts tous les organes contenus dans la poitrine, excepté le péricarde qui était distendu par un liquide *semblable à celui des tumeurs qu'on appelle des hydatides*. — Chez un coq, je ne trouvai aucun liquide dans le péricarde, mais les parois de cette poche étaient singulièrement épaissies et comme transformées en tumeur par un grand nombre de membranes dures, épaisses, appuyées les unes contre les autres : ce sont là tous les caractères d'une péricardite chronique. De ces faits, dit Galien, on peut raisonnablement conclure que les hommes sont susceptibles de contracter de semblables affections : *inde verosimilis conjectura inducitur, homines etiam similibus posse affectionibus infestari*. On contemple avec intérêt ces premiers essais d'une science qui devait, quinze siècles plus tard, éclairer la médecine d'une si vive lumière, devenir la pierre fondamentale de la pathologie et substituer aux hypothèses galéniques, des faits d'une immense valeur !

Ainsi, dans le *De locis affectis*, Galien s'efforce, en s'appuyant sur ses connaissances anatomiques et physiologiques, de remonter des symptômes des maladies aux altérations des solides qui leur donnent naissance. L'auteur proclame que l'anatomie et la physiologie sont les deux guides qu'il faut suivre pour s'élever des symptômes aux causes des maladies. La lésion de fonction nous permettrait toujours de découvrir le solide lésé, si l'observation ne nous avait pas appris que l'action ou la fonction d'un organe peut s'altérer par suite des troubles de l'action ou de la fonction d'un autre organe. Aussi, dit Galien, le symptôme saillant

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 janvier, 7, 19 février, 8, 15 avril, 15, 22, 27 mai, 26 juin, 3, 10, 31 juillet, 4 et 11 septembre 1856.

l'ont été ses commentateurs, pour comprendre le fameux aphorisme *πειρα σφαλερη, experientia fallax*. Quant à Galien, il ne se piquait pas le moins du monde d'observation, tous les matériaux lui semblaient bons dès qu'ils pouvaient servir à l'édification de ses théories humorales. Il eût été le dernier des hommes à imaginer la méthode numérique.

Voici le point que j'accuse d'erreur :

Galien dit avec l'assentiment complet et sans réserve, d'Hippocrate, qui l'avait dit auparavant, mais d'une manière moins formelle :

« Tous les médecins reconnaissent positivement que l'hystérie » est plus fréquente chez les veuves qui ont cessé d'être bien » menstruées, d'avoir des enfants, *atque virorum concubitus libenter gaudere*, que chez les autres femmes. » Puis il ajoute, comme correctif d'une assertion aussi exclusive, « que les jeunes filles, » *succulentes et viro maturæ*, sont dans le même cas. »

Voilà une assertion bien nette, base fondamentale de la théorie de la non-satisfaction de l'utérus. Eh bien, j'ose soutenir que ni Hippocrate, ni Galien, ni les auteurs leurs contemporains, n'ont réellement pas observé les faits avancés par eux avec tant d'assurance, qu'ils s'en sont rapportés à leurs souvenirs, faisant attention à ce qui les frappait, négligeant ce qui ne les frappait pas.

Un grave auteur du siècle dernier, Raulin, qui était fort loin d'accepter les idées hippocratico-galéniques sur l'hystérie, voulant concilier le respect dû à la mémoire des chefs de la médecine avec celui qui est dû à la vérité, a insinué que la constitution des femmes avait dû changer, et que ce qui n'est plus exact à présent, pouvait l'être à ces époques.

Je m'incline également avec respect devant ces illustres ombres, mais *amicus plato sed magis amica veritas ;* comme je veux attaquer directement leur doctrine que j'ai l'intention de détruire de fond en comble, parce que je la regarde comme la base de la théorie que je désire renverser, je dois prouver que la constitution des femmes n'a pas changé depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, et que les faits que l'observation actuelle peut constater, auraient pu l'être également par les anciens, si ils les avaient cherchés.

Il est naturel de croire que les prêtresses de Vénus ne devaient pas être des modèles de chasteté, ni les Bacchantes des exemples de retenue. Mais nous avons actuellement les dames du quartier Breda, et les danseuses du bal d'Asnières qui peuvent, sans trop de témérité, soutenir le parallèle ; et quant au reste, la condition générale des femmes n'a pas beaucoup changé, les femmes des classes élevées vivaient dans la mollesse et dans le luxe comme elles le font actuellement, et celles des basses classes de notre époque sont aussi peu heureuses et aussi maltraitées, si ce n'est plus, que leurs pareilles pouvaient l'être dans les temps anciens.

Mais j'aime mieux m'en rapporter, à cet égard, aux documents fournis par les divers auteurs qui se sont occupés de la matière et constater que, jusqu'à une époque bien peu éloignée de la nôtre, et à laquelle il est bien certain que la constitution des femmes ne différait en rien de leur constitution actuelle, les médecins regardaient encore la vérité et la justesse des assertions hippocratico-galéniques comme étant au-dessus de toute contestation.

Ainsi, depuis Cœlius Aurélianus, en 250, jusqu'à l'Arabe Avicenne, vers l'an 1000, la théorie médicale n'avait pas changé, et la preuve en est dans le nom de la maladie qui a toujours été celui de *præfocatio, suffocatio* ou *strangulatus uteri ;* il y eut seulement l'invention faite par Paul d'Égine de l'*aura prava*, vapeur maligne qui, produite par la matière séminale et par le liquide menstruel échauffé dans l'utérus, montait vers les parties supérieures du corps et occasionnait par cette ascension les accidents convulsifs et les troubles généraux qu'on remarquait dans l'hystérie.

Depuis l'époque d'Avicenne jusqu'à celle de Mauriceau, en 1774, c'est-à-dire pendant près de huit cents ans, la théorie médicale était restée la même pour le fonds des idées. Elle était un composé des opinions humorales de Galien et de la locomotion utérine d'Hippocrate, composé dans lequel chacun prenait plus ou moins selon son goût.

Ainsi Fernel, en 1554, reproche à Galien d'avoir employé des moyens captieux pour prouver l'immobilité de l'utérus, et d'avoir, de cette manière, induit les médecins en erreur. Car lui, Fernel, avait vu de ses yeux, et touché de sa main, l'utérus en état de pérégrination, il l'avait, bon gré, mal gré, contraint de revenir à sa place.

Eustachius Rudius, qui vint peu après Fernel, usait pour soutenir les assertions de son maître, d'un argument curieux. Si, dit-il, la matrice peut descendre et apparaître à la vulve, comme cela se voit dans les cas de prolapsus, pour quelle raison n'aurait-elle pas la faculté de monter jusqu'à la gorge, si cela lui convient ?

D'autres, comme Houlier, Sennert, s'en tenaient généralement aux humeurs séminale et menstruelle corrompues ; mais comme ils étaient quelquefois gênés par certains faits, ils avaient fini par introduire quelques corrections à la théorie antique.

Ainsi Rivière, en 1640, dit, il n'y a pas de doute que la semence et le sang menstruel corrompus ne produisent l'hystérie. Cependant comme on observe quelquefois cette maladie chez des vieilles femmes qui n'ont plus ni semence ni menstrues, et chez des jeunes filles qui n'ont encore ni l'une ni les autres, il faut bien admettre, dit-il encore, que les humeurs ordinaires qui se forment pendant la leucorrhée, en se renfermant dans l'utérus, sorte de cloaque ou de lieu de rendez-vous de toutes les impuretés, acquièrent, en s'y pourrissant, la propriété d'émettre des vapeurs malignes qui provoquent l'hystérie. Comme il faut un nom à toutes choses, ces humeurs furent appelées *humor crassus*, les humeurs grossières (1).

Il y a lieu d'être quelque peu humilié quand on voit des hommes éminents, des esprits qui faisaient l'honneur de leur époque, se payer de raisons aussi pauvres.

On peut enregistrer les noms de Mercurialis de Baillou, de Forestus, de Scunert, de Roderic a Castro, de Primerose, de Fréd. Hoffmann d'Astruc, de Mauriceau, etc., c'est-à-dire la majorité des auteurs les plus recommandables depuis 1550 jusqu'à 1774 parmi ceux qui adoptèrent sans aucune opposition et sans aucun contrôle la théorie qui fait de l'hystérie une maladie le plus souvent due à la lubricité non satisfaite (1).

Notez que tous ces auteurs s'appuient sur leur expérience particulière et que tous citent des faits. Ainsi l'observation leur avait prouvé, comme elle l'avait fait à Hippocrate et à Galien, que l'hystérie se voyait surtout chez les veuves, chez les lubriques, et chez celles chez qui la semence s'accumulait. Notez encore que ceux d'entre eux qui se piquaient d'anatomie, ont décrit les lieux où se faisait la semence chez la femme, et les canaux par lesquels ce liquide s'échappait.

Ainsi l'anatomie avait appris aux plus avancés, que les ovaires sécrétaient la semence de la femme, que cette liqueur sortait de l'ovaire par des canaux invisibles, qu'elle était saisie par la trompe, et qu'elle pénétrait dans l'utérus tantôt par l'orifice utérin de la trompe, et tantôt, quand l'utérus était en état de gestation, par un petit canal qui s'ouvrait en dedans de l'orifice interne du col.

Les moins avancés prenaient pour de la semence le mucus et l'exhalation séreuse du vagin ; ainsi que tous les liquides qui constituent la leucorrhée. Aussi, pour eux, les femmes leucorrhéiques étaient très exposées à l'hystérie, parce qu'ayant beaucoup de semence, elles étaient plus exposées à sa rétention que les femmes qui en avaient moins.

Il est donc bien établi que jusqu'en 1774, les médecins reconnaissaient que la constitution des femmes de leur temps était la même que celle des femmes du temps d'Hippocrate et de Galien, et que l'hystérie était due, à l'une et l'autre époques, aux mêmes influences morbifiques.

Je ne pense pas que de 1774 jusqu'à nos jours, on puisse supposer qu'il y ait eu de grands changements dans l'organisme des femmes. Nos révolutions, qui ont fait naître et laissé mourir tant de constitutions, ont respecté celle de la femme, et l'ont laissée en 1856 telle qu'elle était avant 1789 ; donc les observations faites pendant ces dernières années portent sur des sujets identiques à ceux du temps des Grecs, des Romains, des Arabes, des Arabistes et des observateurs des siècles derniers (2).

Voyons donc ce que donnera l'observation des faits pris sur une grande échelle.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Cette troisième espèce d'humeur hystérique ne suffit pas à Mauriceau, qui en ajouta une quatrième. Cet auteur avait vu des cas dans lesquels il n'y avait pas moyen, quoi qu'on en fît, de s'en prendre à la matrice, et alors il supposa que l'hystérie, dans ces cas, provenait de sa quatrième humeur qui fermentait dans les replis du mésentère, dans le pancréas, dans la rate ou dans les reins, devait produire les mêmes effets que celles qui s'accumulaient dans l'utérus, parce que ces parties sont animées par les mêmes nerfs que la matrice.

Enfin Langius, s'appuyant sur ce qu'il y avait des faits d'hystérie dans lesquels on ne pouvait attribuer la cause de la maladie à l'altération d'aucun organe en particulier, et se fondant sur l'état cachectique présenté par un grand nombre d'hystériques, prétendit que l'humeur qui était la cause de la maladie résidait partout et produisait dans toutes les parties du corps, dans l'utérus comme dans toutes les autres, une fermentation intérieure qui donnait naissance à la vapeur hystérique.

(1) On comprend pour quels motifs les prêtres qui, dans ces temps, écrivaient sur la médecine, n'ont jamais traité de l'hystérie dans leurs ouvrages ; écrire sur une pareille matière ne pouvait être compatible avec la réserve que leur imposait leur caractère.

(2) Le ridicule de ces théories humorales est devenu si palpable que, tout en conservant les idées qui en faisaient le fonds, les auteurs de notre époque ont cru devoir en modifier l'expression, et ils ont dit que l'hystérie était une maladie qui n'existait que pendant la période d'activité de l'utérus ou des organes génitaux. Idée, à la vérité, physiologique.

Cette dernière opinion a été soutenue avec talent par les médecins qui ont écrit depuis peu sur cette maladie, et parmi eux je dois citer MM. Dubois (d'Amiens), Monneret et Landouzy ; il n'y a plus qu'à constater si elle est exacte.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hospice de la Salpêtrière. — Service de M. Baillarger.

TRAITEMENT DE LA MANIE AIGUE PAR LA DIÈTE LACTÉE ;

Observations recueillies par M. Aristide Feron, interne du service.

Obs. I. — *Manie aigue. — Guérison après quinze jours de durée. — Traitement par la* DIÈTE LACTÉE.

La femme T..., âgée de 25 ans, profession de journalière, a été

d'une maladie peut ne pas occuper le lieu même de la lésion ; par exemple, le symptôme peut avoir son siége à la tête, et la lésion avoir le sien dans l'estomac. Il cite des cas de céphalalgie violente, de troubles de la vision dépendants d'une affection du ventricule. Tout en admettant que fréquemment le siége du symptôme saillant n'est pas celui de la lésion principale, Galien reconnaît que là où se trouve le symptôme, il y a aussi quelque chose d'altéré, altération *secondaire* qui est sous la dépendance de l'altération principale, et qui disparaît avec cette dernière. C'est ainsi que la céphalalgie ou le trouble de la vision, liés à un mauvais état de l'estomac, disparaissent par le retour de cet organe à son état normal. De là Galien prend occasion de rappeler le principe fondamental de ses doctrines médicales et de citer son adage favori : « Dans toute recherche ayant pour but de découvrir le siége des maladies, il faut d'abord se rappeler ce principe : qu'il n'est pas de lésion de fonction sans lésion d'organe. *Sit hoc initium methodi qua inveniri debent sedes affectæ, nullam actionem unquam lædi, nisi pars quæ ipsam facit affecta sit.*

Les affections locales sont divisées en idiopathiques et en symptomatiques ; Galien cherche à les distinguer les unes des autres à l'aide de certains signes tirés de la symptomatologie. Il fait remarquer combien sont nombreux les cas dans lesquels une affection de l'estomac est le point de départ de phénomènes morbides variés. Il rassemble un grand nombre de faits particuliers dans lesquels il relève des erreurs commises, parce que l'on ne s'avisait pas de chercher ailleurs que dans l'organe, dont la fonction était altérée, la cause de cette altération ; il cite un cas où l'abolition de la voix était due à la compression du nerf récurrent par la tumeur ; d'où il conclut que, au lieu d'aller chercher d'abord dans le larynx lui-même la cause de la perte de la voix, il faut commencer par examiner l'état des nerfs, puis celui des centres nerveux, moelle et cerveau, qui, eux-mêmes, peuvent devenir l'origine de cette altération.

Il est difficile de donner une idée exacte du *De locis affectis* dans les limites assignées à de simples leçons, à cause du grand nombre de faits particuliers que Galien y rassemble à l'appui de ses doctrines, à cause des répétitions fatigantes que l'on y trouve et du désordre fâcheux qui règne dans tout le cours de l'ouvrage. Néanmoins, nous allons essayer de le faire connaître dans son plan général et ses principales parties. Il se compose de six livres.

Le premier livre contient des préceptes généraux sur la manière dont il faut s'y prendre pour arriver à la détermination de la lésion des solides. On y arrive par l'étude des symptômes et des signes, tels que la douleur, les troubles de la fonction de l'organe malade, les matières qui sortent des parties lésées, les diverses modifications de forme, de volume, etc., de ces parties. Galien passe ensuite en revue les différents organes, en indiquant les altérations diverses dont chacun d'eux est susceptible d'être atteint.

Ce sont d'abord les centres nerveux dont les altérations se traduisent par des phénomènes symptomatiques ou sympathiques qui apparaissent sur des parties souvent très distantes du siége de la lésion. Ceci était, pour l'époque, un fait nouveau. Une main venait-elle à être paralysée, l'on ne cherchait pas ailleurs la cause de la perte de mouvement, c'était sur la partie même que l'on appliquait les agents thérapeutiques, et Galien passa d'abord pour un fou, lorsque, dans un cas semblable, il prescrivit, à la stupéfaction de ses confrères, d'appliquer le remède en un point de la colonne vertébrale.

Dans une espèce de monographie détestable des affections de l'estomac, Galien, muet sur les altérations de texture, rapporte toutes les maladies de cet organe aux causes suivantes : alimentation mauvaise, alimentation trop abondante, sucs alimentaires viciés, insuffisance des sucs digestifs, présence de la bile, retentissement sympathique, dans l'estomac, de la souffrance d'un autre organe, du cerveau, par exemple. Ce dernier cas, suivant Galien, est le plus commun, il cite, à l'appui, un grand nombre de faits.

Dans le deuxième livre, il traite avec de longs développements, de la douleur, comme signe propre à indiquer, d'une manière générale, quels sont les organes souffrants. Chaque partie a sa douleur propre, caractéristique. Mais il ne faudrait pas trop se fier à ce signe, qui n'a rien d'absolu, ni surtout juger par l'intensité de la douleur, de l'intensité et de la gravité de la maladie. Ainsi le phlegmon des plèvres est douloureux, tandis que celui des poumons ne l'est point ; le foie et les reins, hors les cas de calculs, ne souffrent pas ou souffrent à peine dans leurs maladies.

Viennent ensuite une description générale des symptômes qui accompagnent l'inflammation du poumon ou celle de la plèvre ; une étude du délire et de ses caractères différents, suivant qu'il est symptomatique d'une affection du cerveau ou sympathiquement lié à la maladie d'un autre organe. C'est le caractère de permanence ou de non permanence qui différentie le délire symptomatique du délire sympathique. Le premier est permanent, le second est passager, de telle sorte que si dans le cours d'une affection fébrile on voit le délire revêtir le caractère de permanence qui est le cachet des affections cérébrales, on peut en conclure que les centres nerveux, d'abord affectés sympathiquement, le sont devenus ensuite idiopathiquement. Autre exemple de transformation d'un trouble purement sympathique en affection idiopathique : un ulcère existe à la jambe et le malade accuse une douleur à l'aine sans que rien d'anormal puisse, dans cette partie, donner l'explication de ce phénomène ; la douleur alors n'est donc que sympathique. Mais, au bout de quelques jours, on voit une tumeur, un bubon, apparaître au point où existait primitivement la douleur. De sympathique, l'affection est devenue idiopathique. Donc, dans toute affection, voyez-vous survenir de nouveaux symptômes sans caractère de permanence, jugez qu'ils sont purement sympathiques ; persistent-ils, croyez à une complication.

Dans le livre troisième, Galien fait sa profession de foi médicale ; il se proclame éclectique. « Pendant ma jeunesse, dit-il, j'ai étudié les doctrines de toutes les sectes et me suis pénétré de leurs principes. Je n'en condamne et n'en hais aucune, je les comprends toutes. Mon intelligence s'est nourrie des enseignements de la secte empirique, comme des leçons de la secte dogmatique, elle a également puisé à ces deux sources, pourquoi aurais-je de la haine pour l'une ou pour l'autre de ces écoles ? Je ne condamne donc ni l'une ni l'autre, mais j'ai compris que la véritable science était dans l'association de leurs principes respectifs ; libre de tout esprit de secte, j'ai pu dire hardiment tout ce que je pensais. »

Après une dissertation sur les altérations de la mémoire et des autres facultés intellectuelles, vient un chapitre curieux sur l'*épilepsie*. Il la définit une convulsion de toutes les parties du corps, revenant par intervalles, et s'accompagnant d'une perte complète de la sensibilité générale et spéciale et de l'intelligence. Elle ne saurait être confondue avec l'apoplexie où tout est immobile, tandis que dans l'épilepsie, tout est convulsé. Des signes différentiels la séparent aussi du spasme, du tétanos, etc.

L'épilepsie a son siége dans le cerveau ; elle est produite par une humeur épaisse qui obstrue les voies de l'esprit animal. Celui-ci s'agite

amenée, le 4 juin 1856, dans le service, avec les symptômes d'un accès de manie aiguë. Cette femme, dont la constitution est robuste, a été atteinte dix jours après avoir sevré son enfant, qu'elle avait nourri six mois. Ce sevrage, auquel on doit rapporter l'explosion des accidents, avait été conseillé à la malade, à cause de crampes d'estomac assez violentes dont elle souffrait depuis quelque temps; loin de disparaître, ces douleurs d'estomac sont devenues assez vives pour obliger le sujet à entrer à l'hôpital de la Pitié; c'est là que le délire a éclaté, après une insomnie qui avait duré quelques jours.

A son entrée dans le service de M. Baillarger, la femme T... a présenté les caractères suivants :

Grande agitation, se traduisant par des phrases incohérentes, dans lesquelles la malade répète chaque mot sept ou huit fois de suite : loquacité; cependant on peut interrompre le sujet et fixer pour quelques instants son attention; mais, dès qu'on cesse de lui parler, il divague de nouveau; dans les courts moments où on arrête ce délire loquace, on obtient des réponses brèves et assez justes. Les pupilles sont très dilatées, mais égales, le pouls donne environ 90 pulsations par minute; la langue, un peu sèche, est blanche par place. Pas de sommeil.

Ces symptômes de manie aiguë ont présenté une exaspération remarquable, cinq jours après l'entrée de la femme T... dans le service. L'état vultueux de la face, l'animation de la physionomie, l'intensité du délire, la fréquence plus grande du pouls ont pu faire craindre que la maladie ne tournât au *délire aigu*.

Ce redoublement des symptômes précédait et annonçait l'arrivée des règles qui ont commencé à reparaître, pour la première fois depuis la grossesse, vingt-quatre heures environ après cette aggravation des accidents.

Dès ce moment, il y a eu rémission dans l'état local et général; l'éruption menstruelle n'a duré que deux jours; la nuit où elle s'est terminée, il y a eu plus de calme; le pouls est revenu peu à peu à son rhythme normal; l'insomnie a cessé; l'incohérence a diminué, puis disparu graduellement après avoir pris le caractère d'un délire tranquille. Cette cessation du délire a coïncidé avec un ralentissement de la circulation, un refroidissement général ainsi qu'un assoupissement prolongé, phénomènes rapportés par nous aux sédatifs administrés à doses croissantes. Enfin, après avoir maintenu les fonctions de l'intestin, au moyen de purgatifs et de lavements, la guérison était complète le 16 juin, c'est-à-dire quinze jours après le début des accidents, et les réponses nettes, lucides, de la malade, l'expression naturelle de sa physionomie, permettaient de signer sa sortie du service.

Cette observation, jointe à celle qui va suivre, et à plusieurs faits de même nature que nous avons observés dans le service de M. Baillarger, ont conduit ce médecin à plusieurs remarques sur le traitement de la manie aiguë, chez les femmes, remarques que nous allons présenter maintenant.

Comme on a pu le voir dans le tableau qui précède, cet accès de manie aiguë a succédé au sevrage et a cessé après quinze jours de durée; l'apparition des règles a été précédée d'une grande agitation et d'un redoublement de l'état aigu.

La femme T... n'a pas pris un seul bain, quoique les bains prolongés soient aujourd'hui le moyen le plus employé dans le traitement de la *manie*. M. Baillarger a observé que les bains prolongés, dont on obtient parfois de si bons résultats, peuvent cependant offrir des dangers réels; quatre ou cinq malades, dans ces dernières années, ont succombé sous ses yeux au délire aigu pendant l'administration de ces bains, l'éruption menstruelle n'ayant fait qu'apparaître; il est probable que les bains, en affaiblissant les malades, enlèvent à l'organisme les forces que celui-ci concentre vers l'utérus. Quoi qu'il en soit, il est d'autres moyens qui nous paraissent placer le malade dans des conditions plus favorables.

La *diète lactée* est un de ces moyens : les résultats qu'en a retirés le sujet de cette observation confirment les bienfaits de ce traitement auquel ont été soumis avec avantage plusieurs malades. Ainsi, pendant toute la durée de son accès, la femme T... a été mise au régime du lait, qui lui servait en même temps d'aliment et de calmant pour la soif; elle en buvait avec avidité jusqu'à deux litres par jour, sans dégoût.

Les calmants qu'on prescrit contre l'agitation et l'insomnie étaient facilement mélangés au lait. M. Baillarger donne la préférence à l'eau de laurier-cerise, à doses progressivement croissantes. Ce médicament, mêlé au lait, est pris par la malade sans répugnance aucune, et donne à ce liquide une saveur agréable. Faire que l'individu souffrant prenne ainsi le médicament sans dégoût, sans en avoir la conscience, c'est triompher déjà d'une grande difficulté.

Enfin, la glace sur la tête, quelques lavements salés et huileux pour maintenir le ventre libre, des purgatifs donnés à deux ou trois reprises, le repos au lit, tels sont les moyens auxquels la femme T... a été soumise, et dont M. Baillarger compose le traitement.

Comme on l'a vu chez notre malade, les règles ont coulé comme dans l'état de santé, et il faut noter qu'elles étaient suspendues depuis quinze mois. Or, dans ces conditions, l'éruption menstruelle est souvent accompagnée d'un désordre beaucoup plus grand; et il y a longtemps que M. Baillarger a fait remarquer la fréquence de la folie au moment de la première menstruation, à la suite de couches. A plus forte raison, l'invasion de cette maladie est-elle à redouter quand la menstruation reparaît à la suite du sevrage, comme chez notre malade. Ce n'est pas assurément qu'il faille proscrire les bains, mais nous voulons dire qu'il ne faut pas les employer indifféremment et tenir compte des règles.

Pendant la première période de la manie, le séjour au lit, avec application de glace sur la tête, la diète lactée, avec addition d'eau de laurier-cerise, constituent une série de moyens qui paraissent préférables aux bains prolongés. Un bain d'une heure seulement, trois ou quatre fois par semaine, peut aider au traitement que nous venons d'indiquer.

Obs. II. — *Mélancolie aigue avec agitation. — Emploi de la diète lactée avec eau de laurier-cerise. — Guérison en vingt jours.*

La femme B..., âgée de 38 ans, avait donné depuis quinze ou seize ans des signes de bizarrerie; elle passait pour ne pas avoir la tête forte. Il y a un an, sa fille, âgée de 15 ans, qui offrait déjà des signes d'exaltation religieuse, s'est noyée à la suite d'une réprimande que sa mère lui avait faite. La femme B..., depuis lors, était restée triste, lorsque, il y a quatre ou cinq jours, elle est tombée dans un délire complet, avec prédominance d'idées mélancoliques.

A son entrée à la Salpêtrière, le 29 juin, la malade est en proie à une grande agitation; il y a de l'incohérence, mais le délire est évidemment de nature mélancolique. La malade croit qu'on veut l'assassiner, la piquer avec des épingles; elle entend des voix, et tout ce que lui disent ces voix est également de nature triste; la malade a ses règles, que déjà elle avait eues quinze jours auparavant; la peau est un peu chaude, le pouls bat 72. Deux litres de lait avec addition de 10 grammes de laurier-cerise sont prescrits.

Pendant plusieurs jours, l'agitation continue; le ventre est rétracté et les battements aortiques sont très forts. Constipation combattue par des lavements purgatifs; les règles ont cessé le 3 juillet; le 4, la malade est très oppressée; les dents sont serrées, les yeux fermés, le ventre est toujours très rétracté.

Agitation très grande : la malade crie une grande partie de la journée et de la nuit.

Le 5, amélioration assez marquée; la femme B... est toujours incohérente, mais elle fait cependant quelques réponses raisonnables; elle boit toujours le lait avec avidité, et elle en prend maintenant deux litres et demi par jour.

Le 9, la peau est chaude, l'haleine fétide; contraction des membres; le siége s'écorche; il y a toujours de l'incohérence et les hallucinations persistent avec beaucoup d'intensité. Un vésicatoire est appliqué à l'une des cuisses.

Ce n'est que vers le 15 juillet que tous ces symptômes graves se sont amendés : le sommeil est devenu prolongé; le délire a peu à peu disparu. Le 18, il avait complétement cessé; la malade avait commencé à se lever et à travailler; depuis lors, la convalescence s'est continuée, et l'exeat a pu être signé le 1er août.

Pendant plusieurs jours, au moment où le délire était le plus aigu, on a mis de la glace sur la tête; la dose de laurier-cerise n'a pas été augmentée, parce que, à plusieurs reprises, on avait observé du refroidissement des extrémités. Pendant dix-huit jours, la malade n'a pris absolument que du lait, et toujours avec plaisir et avidité. Dans les derniers temps, comme nous l'avons dit plus haut, elle en prenait jusqu'à deux litres et demi par jour.

Pour quiconque sait toutes les variations qu'offre la durée de la manie ou du délire mélancolique aigu, ces observations paraîtront peu probantes, et en les citant, nous n'avons pas la prétention d'attribuer complétement la guérison à la diète lactée. Mais appuyées par d'autres, recueillies par nous dans le service, elles contribueront à prouver les services que la diète lactée peut rendre dans le traitement de toutes les affections mentales à forme aiguë.

FIÈVRE INTERMITTENTE PERNICIEUSE ÉPILEPTIFORME; — EFFETS DU SULFATE DE QUININE;

Par M. le professeur Bonnet, de Poitiers.

Antécédents. — Le nommé Bertin, de Biard, à 4 kilom. de Poitiers, n'est pas d'une très forte constitution; il a été plusieurs fois malade, mais n'a jamais eu d'attaque d'épilepsie, ni d'affection nerveuse d'aucune sorte, maladies inconnues dans sa famille. Le 28 juin 1856, la chaleur était très grande. Le thermomètre dépassait 30 degrés. Bertin travaillait à la terre selon son habitude, dans un jardin clos de mur, où l'air se renouvelait peu et où le soleil ardent dardait sur sa tête, couverte cependant d'un chapeau de paille. Il soupa comme à l'ordinaire, se plaignit de maux de tête et de fatigue. Dans la nuit, il parla beaucoup, s'agita, délira, eut des vomissements d'aliments et ce que sa femme appelle deux crises. S'étant levée pour lui porter secours, il parut sortir de cet état et lui demanda pourquoi la chandelle était allumée. Il n'avait pas conscience de ce qui s'était passé, et ne voulut pas la croire quand elle lui dit qu'il était malade. La journée du 29 se passa bien, mais, dans la nuit, il eut encore deux crises. Le lundi, il n'alla pas travailler, parce qu'il souffrait dans la tête. Dans la nuit du 30 juin au 1er juillet, il fut pris de quatre crises semblables à celles qui s'étaient montrées dans celle du 28 au 29, avec perte absolue de connaissance, et précédées de cris.

État actuel. — J'arrivai à six heures du matin auprès de lui. Je trouvai cet homme immobile dans son lit, pâle, la tête renversée en arrière, les yeux fermés, les pupilles dilatées et peu mobiles, peu sensibles à la lumière; entendant à peine quand on criait à ses oreilles. En le pinçant on excitait peu sa sensibilité; le pouls mou, large, à 68 pulsations. Les parents me dirent qu'il se plaignait et portait sa main au creux de l'estomac et faisait des efforts comme s'il voulait vomir. Dents serrées. Prenant en considération ce qui s'était passé l'avant-dernière nuit, je crus que Bertin avait une indigestion. Je lui fis prendre du thé, et aussitôt il vomit des aliments non digérés, ce qui me fit persister dans mon diagnostic. Au moment où j'allais me retirer, il fut pris d'une crise comme il en avait eu quatre dans la nuit; écume à la bouche teinte de sang, pouces renversés dans les mains, agitation des membres, pertes de la sensibilité et de connaissance; en un mot, c'était une attaque d'épi-

---

pour désobstruer sa voie; de là les convulsions. L'épilepsie peut exister sans lésion du cerveau, lorsqu'une humeur épaisse obstrue l'origine des nerfs; elle peut naître même en dehors de toute affection du système nerveux, à l'occasion de la souffrance d'un organe autre que le cerveau et les nerfs, souffrance dont elle n'est que le retentissement sympathique.

Galien parle de l'*aura epileptica*, et en cite des exemples, entre autres celui d'un individu qui, avant chaque attaque d'épilepsie, éprouvait à l'extrémité d'une jambe une sensation particulière qui montait successivement à la cuisse, au tronc et enfin au cerveau. Il propose, dans ces cas, d'appliquer une ligature immédiatement au-dessus du point de départ de la sensation, comme dans les cas de morsures faites par des animaux venimeux, on applique une ligature immédiatement au-dessus de la plaie. Il dit avoir fait avorter ainsi, dans bien des cas, des attaques d'épilepsie. Si la partie où réside le point de départ de l'*aura* était une extrémité, un doigt ou un orteil, il faudrait, dit Galien, pratiquer l'amputation.

Après avoir décrit avec plus ou moins de détails, un certain nombre d'affections nerveuses : le vertige, la céphalée, etc., Galien donne quelques préceptes pour reconnaître, dans les paralysies, d'après la partie frappée de perte de mouvement et de sentiment, quelle est, dans les centres nerveux, la portion affectée.

Galien rappelle ses vivisections, ses expériences sur les fonctions du cerveau et de la moelle. Appliquant ensuite ces résultats à la pathologie, il en conclut que, la paralysie des membres et du tronc indique une altération de la moelle, tandis que la paralysie de la face révèle une altération du cerveau.

S'occupant ensuite des symptômes de l'apoplexie, Galien déclare que le plus grave de tous est l'embarras de la respiration; tant qu'elle est libre quels que soient les troubles du côté du mouvement, du sentiment et de l'intelligence, il ne faut pas se hâter de porter un pronostic désespéré, mais, dès que la respiration s'embarrasse, alors le péril est extrême. Incidemment Galien agite la question de la distinction des nerfs en nerfs du mouvement et nerfs du sentiment; la solution qu'il en donne est conforme à celle d'Érophile.

Revenant aux affections du tube digestif et particulièrement de l'estomac, il entre, à ce sujet, dans d'interminables détails. On se préoccupait beaucoup, au temps de Galien, de l'état du tube digestif, dans les maladies. Il n'est pas, dit l'auteur, de maladie un peu grave, dans laquelle l'estomac ne soit affecté plus ou moins, d'une manière passagère ou durable, grave ou légère, et cette altération se trahit par une modification à peu près constante des sensations de la faim et de la soif. Le médecin doit porter, sur ce point, une attention sérieuse.

La description de la mélancolie ou hypochondrie trouve ici sa place naturelle; en effet, Galien reconnaît à cette affection trois siéges ou plutôt trois origines différentes : 1° le cerveau, 2° les nerfs, 3° un certain nombre d'autres organes, parmi lesquels il faut placer spécialement l'estomac. Il suit de là que le médecin, pour instituer le traitement de cette maladie, doit passer en revue tous les organes et diriger ses agents thérapeutiques contre celui qu'il a reconnu être la source de l'hypochondrie. Galien recommande de faire à l'estomac une attention toute particulière.

Il décrit ensuite le vomissement de sang ou hématémèse.

(La suite du cours prochainement.)

La Société des sciences médicales du département de la Moselle nous adresse la note suivante :

La médecine civile et la médecine militaire viennent de donner un grand exemple d'union confraternelle.

La fête du 20 août, dont tous les journaux ont signalé l'éclat, n'est point un simple banquet dont il ne doit rester qu'un bon souvenir, c'est la manifestation et la consécration publiques de sentiments sympathiques et d'intérêts communs.

En honorant la médecine militaire, on a voulu rendre hommage à des principes qu'elle a noblement représentés, et qu'on a été heureux de voir mettre en relief parce qu'ils sont dans l'esprit et la pratique du corps médical tout entier : le dévouement, le courage froid et calme, l'abnégation pure et complète sont des mérites qui se produisent partout, dans la mansarde obscure comme sur le champ de bataille.

Unis par le sentiment et l'application du devoir, les médecins veulent encore resserrer les liens de confraternité en donnant un souvenir à la mémoire des morts et un témoignage d'intérêt à la douleur des veuves et des orphelins; pensée pieuse qui deviendra bientôt la base d'une institution large et permanente.

Déjà M. Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Paris, en terminant le discours qu'il a prononcé au banquet, a dit ces nobles paroles, dictées par le cœur :

« Nous venons d'honorer par une manifestation bien méritée, le corps » médical de l'armée d'Orient, dans la personne de ceux qui le repré- » sentent à ce banquet. Après cette justice éclatante rendue aux vivants, » honorons utilement la mémoire des morts : nous ne le ferons jamais » mieux, mes chers confrères, qu'en soulageant, autant qu'il est en nous, » les veuves et les orphelins qui sont restés sans fortune et sans appui. »

La Société des sciences médicales du département de la Moselle s'empresse de répondre à cet appel; elle ouvre une souscription en faveur des veuves et des orphelins des médecins et des pharmaciens qui ont succombé victimes de l'épidémie.

Pour faciliter l'accomplissement de cette œuvre qui répond à une pensée commune, elle réclame le concours de tous les médecins et de tous les pharmaciens du département

Les membres de la commission,
Scoutetten, Puel père, Warin J.-B. Gérin,
Le secrétaire général, Degott.
Le président de la Société, E. Legrand.

Nota. Afin de diminuer les difficultés de l'envoi des offrandes, on est prié de les faire parvenir, selon la localité qu'on habite, à l'un des membres titulaires de la Société de médecine dont les noms suivent :

Stock, médecin cantonal, à Saint-Avold.
Guillaume, docteur en médecine, à Sarreguemines.
Guillemin, docteur en médecine, à Rombas.
Petitgand, docteur en médecine, médecin cantonal et médecin du dépôt de mendicité de Gorze.
Charpentier, docteur en médecine, à Briey.
Lorquet, médecin, à Gorze.
Bombellon, médecin cantonal, à Villers-la-Montagne.
Swrykonswki, docteur en médecine, à Briey.
Marchal (Charles-Ferdinand), docteur en médecine, à Mondelange.
Degen, médecin cantonal, à Rorbach.
Kayser, docteur en médecine, à Bouzonville.
Morthier, docteur en médecine, à Saint-Avold.
Roudolphi, docteur en médecine, médecin cantonal, à Morhange.

lepsie très bien caractérisée. Le pouls était alors à 84 pulsations. — *Eau de tilleul, eau froide sur la tête, sinapismes aux pieds.* Je ne fis pas de saignée parce que le pouls retomba aussitôt à 70 pulsations.

Le 2, Bertin avait vomi deux autres fois; il avait eu dix attaques d'épilepsie depuis la veille, il avait uriné involontairement dans le lit, il a mouillé une chemise; perte absolue de connaissance, yeux à demi-ouverts, pupilles larges, peu mobiles; il faut fortement l'exciter pour le faire parler; face pâle, coma profond, pouls à 66 pulsations, mou, large, dépressible. — *Diète, dix sangsues derrière les oreilles, sinapismes; et pour le lendemain trois purgatifs avec calomel, scammonée, de chaque 1 gramme en deux fois.*

Le 3, dans le jour, il a eu trois selles. Après les sangsues, il a mieux parlé, s'est étonné de ce qui se passait. Mais le soir et la nuit il a été plus rouge vers la face, s'est plaint de la tête, a eu sept ou huit attaques dans la nuit; il a uriné et a fait sous lui involontairement; il a crié la tête. Moiteur à la face seulement.

Le 4, mon confrère Delaunay vient m'aider de ses conseils, et, nous fondant sur la lenteur du pouls tous les matins, quelques traces très peu marquées de sueur; sur les attaques d'épilepsie plus fréquentes la nuit, quoiqu'il en eût dans le jour; sur l'absence de bien des signes de méningite ou d'encéphalite; sur ce qu'il régnait çà et là des fièvres intermittentes simples, en ville comme à Biard; malgré le délire continu, le coma, la dilatation des pupilles, la perte de connaissance et de sensibilité, nous inclinons à croire à une fièvre pernicieuse épileptiforme, et nous donnons 2 *grammes de sulfate de quinine avec 10 centigrammes de musc, à prendre en quatre fois;* deux larges vésicatoires aux jambes.

Le 5, attaques d'épilepsie, mais moins fréquentes, un peu de sueur, une chemise à peine humide. — *1 gramme de sulfate de quinine; le reste de même; nous entretenons les vésicatoires.*

Le 6, plus d'attaque d'épilepsie depuis vingt-quatre heures; intelligence un peu plus nette; il répond juste parfois. — *1 gramme de sulfate de quinine.*

Le 7, plus d'épilepsie. Mais du jour au lendemain succède une agitation extrême, des cris; il se lève et ne veut plus se coucher. Les yeux sont largement ouverts, les pupilles dilatées, peu impressionnables à la lumière; la face a une expression étrange de satisfaction : il semble sourire à ses pensées. Le pouls à 70-72 pulsations, irrégulières; quelques pulsations frappent deux fois et brusquement le doigt; d'autres sont en retard. Désordre dans la circulation que nous n'avions jamais remarqué; pulsations fatigantes, visibles à l'œil. Perceptibles à la main et inaccoutumées dans la région du cœur, seul point avec la tête où le malade accuse de la douleur. Le pouls descend à 64 pulsations. Il dit y voir double, ne pas avoir de sifflements ni tintements d'oreilles, mais mal à la tête; hallucinations; il croit voir des mouches et fait le mouvement pour les prendre; il croit entendre des bruits, il s'arrête tout à coup comme un homme qui cherche à entendre.

Le 8, même état. Je prescris 60 *grammes de sel de Sedlitz;* quatre selles; mieux. Le soir, douze sangsues derrière les oreilles, qui saignent beaucoup. 48 pulsations le soir. Les battements du cœur sont moins irréguliers; l'agitation, les hallucinations diminuent.

Le 9, mieux. Plus de délire ni coma. Pouls régulier; tous les signes fâcheux disparaissent du côté de la tête comme du côté du cœur. — *6 grammes de follicules de séné en décoction, où j'ajoute 30 grammes de sel d'epson.* Six selles. A dater du 10, guérison. Bertin ne se rappelle rien et croit être au lendemain du jour où il travaillait à un soleil si ardent. Pour lui, treize jours ont disparu de sa mémoire et de sa vie.

Réflexions. — Si jamais le diagnostic d'une maladie grave fut embarrassant, ce fut dans la maladie de Bertin. A quelle cause rapporter cette épilepsie qui éclatait brusquement chez un homme qui n'en avait jamais eu et dans la famille duquel cette maladie était inconnue? Quelle maladie avais-je à traiter?

Je crus démêler au milieu des dires très diffus de sa femme, par ce qui avait eu lieu la surveille, que la digestion n'était pas faite, ce que vinrent confirmer les aliments non digérés qu'il vomit après avoir bu quelques gorgées de thé. Puis quand survint, quelques minutes plus tard, l'attaque épileptique à laquelle j'assistai, je dus penser que cette indigestion n'était qu'un symptôme d'une maladie du cerveau.

En considérant la brusquerie du début, la marche insolite de ces crises, l'absence de prédisposition, leur fréquente répétition (puisqu'il en avait eu cinq dans moins de cinq heures), la cause qui avait rendu cet homme malade (les rayons brûlants d'un soleil ardent reçu sur la tête pendant tout un jour), je ne pus m'arrêter à l'idée d'une épilepsie idiopathique, et je pensai alors avoir à traiter une méningite ou une encéphalite. Je fis placer des sangsues derrière les oreilles, de l'eau froide sur la tête, des sinapismes aux pieds.

Mais quand le 2, j'appris qu'il y avait eu dix attaques depuis ma visite; que le coma, survenu dès le début, persistait sans qu'on pût l'en retirer; qu'il n'y avait point de contractures dans les membres, ni cris, ni rougeurs de la face, ni agitation hors les crises épileptiques; que l'estomac vidé, les vomissements ne revenaient plus; que les selles étaient involontaires; que le pouls mou, large, régulier, était à 64 pulsations (ce qui m'avait empêché de saigner); je ne pus plus m'arrêter à l'idée que j'avais à traiter une méningite ou une encéphalite. La pensée d'une fièvre pernicieuse épileptiforme mal caractérisée (car je ne pouvais visiter Bertin que le matin où il était entouré de personnes qui, absorbées par les crises, ne voyaient rien autre chose, si ce n'est qu'il était un peu plus rouge le soir, et qu'une ou deux fois il semblait en sueur) dut se présenter à mon esprit et s'y arrêter, quoique personne autour de lui n'eût remarqué s'il y avait eu du froid ou des tremblements.

Ce fut aussi l'opinion de mon confrère Delauney appelé en consultation. Nous la fondions sur ce qu'il y avait quelques fièvres intermittentes simples, sur ce que Bertin courbé vers le sol et par une température fort élevée, après des pluies longtemps continuées, avait dû respirer les miasmes qui s'élevaient du sein de la terre; sur l'absence de fièvre à chaque visite que je lui avais faite; sur ce que le soir il paraissait plus animé; sur un peu de sueur à la face, ou plutôt une disposition à la sueur. Nous prescrivîmes aussitôt 2 grammes de sulfate de quinine, à prendre en quatre fois dans la journée. Les accès épileptiques cessèrent aussitôt aussi brusquement qu'ils étaient venus. Deux autres grammes les jours suivants suffirent pour empêcher le retour de la fièvre et de l'épilepsie. Sous l'influence du sel de quinine, la maladie se modifia profondément. Les accès épileptiformes, le coma, la surdité, firent place à un autre ordre de symptômes qui se rapprochèrent beaucoup de ceux de la méningite. Il survint du délire, de l'agitation, des hallucinations, comme si le malade eût pris de la belladone. Il voyait double, entendait des bruits, souriait à ses pensées, essayait de prendre des mouches quand il n'y en avait pas. Le pouls resta toujours à l'état normal, et cette absence de fièvre aurait pu nous faire craindre une aliénation mentale. Mais si le pouls était très irrégulier, les battements du cœur étaient forts, visibles, et incommodaient le malade, car il y portait sans cesse la main et disait qu'il souffrait. Le pouls fut trouvé un soir à 48 pulsations. Il était donc déprimé et bien au-dessous de l'état normal. Cet état dura trois jours; deux purgations, douze sangsues derrière les oreilles, firent cesser tous ces désordres. A quoi étaient-ils dus?

Je fus bien vite convaincu qu'ils étaient l'effet des 4 grammes de sel de quinine pris en trois jours. Mais, indépendamment des excitations, des hallucinations qu'il produisit sur le cerveau, son action la plus remarquable porta sur le cœur, dont les battements furent si profondément modifiés, à ce point qu'ils descendirent à 48 pulsations. Ils devinrent irréguliers, soit parce que quelques pulsations manquaient, soit parce que quelques-unes étaient doubles, et alors le second temps était caché par le premier. De tels effets doivent rendre bien circonspect dans l'administration de ce moyen. Donné à doses trop élevées et trop prolongées, il développe le délire et peut faire périr les malades par un véritable empoisonnement.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 16 Septembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Les rapports de MM. les docteurs Mangin, médecin cantonal à Lamarche, et Lacoste, médecin des épidémies du canton de Vitteaux, sur deux épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné l'une à Morizécourt (Vosges) et l'autre à Godaut (Côte-d'Or).

— Les rapports de MM. les médecins des épidémies du département de la Meuse, sur les maladies qui y ont été observées pendant l'année 1855.

— Deux mémoires de M. le docteur Millon, sur des épidémies de variole et de rougeole qui ont régné dans la commune de Revel (Haute-Garonne) en 1855.

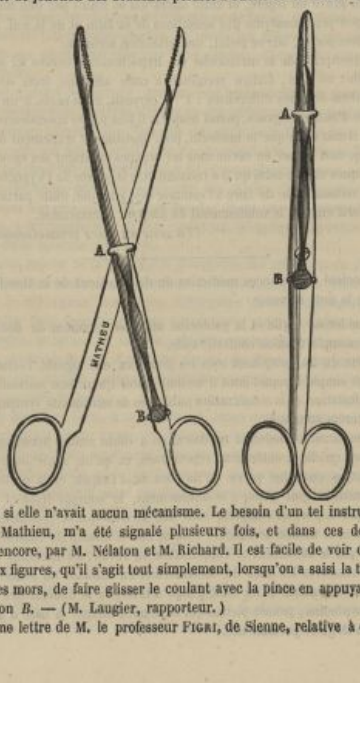
(Commission des épidémies.)

— Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements suivants : Saône-et-Loire, Gard, Haut-Rhin, Seine-Inférieure, Basses-Pyrénées, Eure-et-Loir, Loir-et-Cher, Hautes-Pyrénées, Charente, Aveyron, Isère, Seine-et-Marne, Calvados, Corrèze. (Comm. de vaccine.)

— La formule d'une préparation ferrugineuse au citro-lactate de fer, présentée par M. Larrose, médecin à Paris. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivants :

M. L. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie une modification qu'il a faite à la pince destinée à extraire les polypes naso-pharyngiens : cette modification consiste en un coulant qui enveloppe les deux branches et que l'on pousse vers l'extrémité des mors lorsqu'on a saisi la tumeur. Ce mécanisme très simple permet d'augmenter considérablement la force de pression, et diminue d'autant plus l'élasticité des branches que le point de serrement se rapproche de la partie saisie. Le coulant ramené au point de jonction des branches permet d'ouvrir et de fermer la pince



comme si elle n'avait aucun mécanisme. Le besoin d'un tel instrument, dit M. Mathieu, m'a été signalé plusieurs fois, et dans ces derniers temps encore, par M. Nélaton et M. Richard. Il est facile de voir d'après les deux figures, qu'il s'agit tout simplement, lorsqu'on a saisi la tumeur entre les mors, de faire glisser le coulant avec la pince en appuyant sur le bouton *B*. — (M. Laugier, rapporteur.)

— Une lettre de M. le professeur Figri, de Sienne, relative à quatre observations de *maladie bronzée* qu'il a recueillies, et dont la première remonte à 1849. — (M. Trousseau, rapporteur.)

— Une lettre de M. le docteur Marie, ainsi conçue :

Dans la séance du 9 septembre, M. Broca est venu lire un travail sur un nouveau traitement abortif des bubons. En l'écoutant, je me rappelais ce bon M. Jourdain, laisant depuis son enfance de la prose sans le savoir. Le fait est que depuis vingt-quatre ans je pratique la *ponction initiale des bubons*. M. Broca n'y ajoute qu'une pression ganglionnaire latérale, très douloureuse, il l'avoue, et parfois des injections de diverse nature.

Je n'ai rien à dire d'injections lancées dans un foyer à peu près nul. Mais M. Broca voudra bien me permettre d'avancer que dans le bubon chaud, cas le plus fréquent, la vive sensibilité et bien d'autres causes, rendent la pression latérale impossible.

La ponction initiale est-elle de mon crû? Pas le moins du monde. Feu Dominel, mon premier maître, l'employa pendant longues années à l'hôpital de Caen. Dans ses leçons, il n'en indiquait pas l'auteur. Peut-être la tenait-il de Desault dont il avait été l'élève. Jamais il n'appliquait une sangsue; quant à la potasse caustique, il l'avait en souverain mépris, riant de terreurs chimériques, et persiflant très spirituellement les hideuses cicatrices dont l'agent vorace marque son passage. Une lancette à grain d'avoine, le plus ordinairement un couteau à cataracte fort étroit, formaient tout son arsenal. Quelques cataplasmes et un stylet introduit chaque jour dans la petite plaie, complétaient la cure.

Neuf cas, dit avec raison l'auteur, sont insuffisants pour établir l'efficacité d'un mode de traitement. M. Broca peut marcher en toute confiance dans cette voie. Malgré le rare inconvénient de la lésion d'une branche de l'iliaque externe (1), avec le même succès que M. Broca, Dominel a mis en pratique la ponction initiale des millions de fois. Qu'il y ait plein un cure-oreille de pus, disait-il, c'est plus que suffisant. Encore, n'attendait-il pas souvent cette goutte problématique et presque toujours obstinée à faire défaut.

La Normandie est couverte des élèves de cet habile chirurgien. Je ne suis d'ailleurs pas le seul qui exerce à Paris; et il est probable que, comme moi, la plupart mettent à profit les enseignements du maître. Quoi qu'il en soit, puisqu'il paraît que cette excellente méthode est peu répandue dans la capitale, en la vulgarisant avec l'autorité qui s'attache à ses actes, M. Broca, qui l'ignorait absolument, aura rendu un éminent service.

Agréez, etc. Léon Marie.

(Commission nommée.)

A l'occasion de la correspondance, M. le Président fait hommage à l'Académie, au nom de l'auteur, de la thèse pour le doctorat de M. Béchamp, *sur les substances albuminoïdes*. Dans cette thèse, dit M. Bussy, se trouve une observation d'un grand intérêt, au point de vue de la physiologie : elle est relative à la transformation des corps albuminoïdes en urée sous l'influence de l'oxygène *naissant;* l'urée se produit alors à une température et dans des conditions chimiques analogues à celles de l'économie animale. Il est vrai que, dans cette expérimentation, l'oxygène à l'état naissant, tel qu'il est fourni par le peroxyde de manganèse, semble différer de celui que la respiration met en contact avec le sang; mais, d'après M. Béchamp, les globules du sang auraient la propriété de condenser l'oxygène de l'air inspiré, et, à un moment donné, de le céder aux matières albuminoïdes (albumine, fibrine, caséine, gluten, etc.) pour les convertir en urée.

M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, donne lecture d'une série de rapports sur plusieurs remèdes secrets. Les conclusions défavorables sont adoptées.

L'une des communications, examinées par la commission, se rapporte à un remède dit hémostatique, et dont l'inventeur allègue, à l'appui de sa demande, de prétendues expériences faites dans les hôpitaux.

A cette occasion, M. Moreau exprime le désir de voir l'Académie non seulement désapprouver de semblables recettes, mais encore signaler à M. le ministre les débitants de ces remèdes comme se livrant à l'exercice illégal de la médecine.

M. Gibert parle dans le même sens. Il serait bon que le secrétaire de l'Académie, dans la lettre d'envoi qui accompagne chaque rapport, appelât l'attention du ministre sur le délit en question.

M. Robinet pense que l'Académie outrepasserait ses pouvoirs en formulant des accusations, et qu'elle doit s'occuper exclusivement de juger la valeur des remèdes qui lui sont soumis.

Après quelques observations de MM. Larrey, Lagneau, Moreau, Gibert et Depaul, M. le Président propose de renvoyer l'examen de la question au bureau de l'Académie. (Adopté.)

M. Leblanc lit un rapport sur un prétendu remède spécifique contre les coliques des chevaux et des bœufs. Les conclusions, défavorables, sont mises aux voix et adoptées.

— M. Châles Desétangs donne lecture d'un travail qui a pour titre : *Du suicide en France;* études sur la mort volontaire depuis 1789 jusqu'à nos jours.

(Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Rostan, Collineau, Baillarger.)

La séance est levée.

---

(1) Sous la main de Dominel, j'ai vu quatre fois cet accident se produire. Il est sans gravité. Tout se borne à la formation d'un caillot, très nettement emprisonné dans une loge interaponévrotique de quelques centimètres, d'où l'expulse bientôt la suppuration.

Traité d'électricité et de magnétisme, et des applications de ces sciences à la chimie, à la physiologie et aux arts, par M. Becquerel, de l'Académie des sciences de l'Institut de France, professeur-administrateur au Muséum d'histoire naturelle, etc., et M. Edmond Becquerel, professeur au Conservatoire impérial des arts et métiers, aide-naturaliste au Muséum d'histoire naturelle. 3 volumes, contenant 412 gravures dans le texte, et 17 gravures tirées à part. Tome I, Electricité, principes généraux. — Tome II, Electro-chimie. — Tome III, Magnétisme et électro-chimie. — Prix : 24 fr.

Traité de chimie technique appliquée aux arts et à l'industrie, à la pharmacie et à l'agriculture, par M. G. Barruel, ex-préparateur à la Faculté des sciences de Paris, ancien essayeur de la fabrication des monnaies. 6 vol. in-8, avec de nombreuses gravures intercalées dans le texte. Le tome Ier est en vente. — Prix : 7 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie de Firmin Didot frères, fils et Cie, rue Jacob, 56.

Guide des malades aux eaux de Bagnols (Lozère), suivi de Recherches sur les propriétés physiques, chimiques et médicales de ces eaux; par le docteur J. Dufresse de Chassaigne, inspecteur en chef. Un vol. in-12. — Angoulême; 1856.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 114. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 20 Septembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Pathologie : Étude expérimentale des périodes de la vie auxquelles se développent de préférence les affections hystériques. — II. Clinique médicale (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — III. Pathologie : Sur le ramollissement de l'esomac chez les enfants. — IV. Académies et sociétés savantes. (Académie des sciences). Séance du 8 septembre : Nouveau médicament contre la diarrhée et la dysenterie. — Application du compteur à gaz à la mesure de la respiration. — Mensuration de l'angle facial. — Capsules surrénales. — Nouvelles données sur le diagnostic de la pleurésie et les indications de la thoracentèse. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Le docteur Paul Fabrizzi et ses voyages.

PATHOLOGIE.

ÉTUDE EXPÉRIMENTALE DES PÉRIODES DE LA VIE AUXQUELLES SE DÉVELOPPENT DE PRÉFÉRENCE LES AFFECTIONS HYSTÉRIQUES ;

Par M. le docteur Briquet, médecin de la Charité.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 4 Septembre.)

M. le docteur Landouzy est entré le premier dans la voie de la véritable observation. Il a recueilli avec un soin qui mérite toutes sortes d'éloges, toutes les observation d'hystérie éparses et enfouies dans les auteurs et il en a fait un tableau qu'on trouve dans son ouvrage.

D'après ce tableau, qui porte sur 341 faits, l'hystérie s'est développée 153 fois de 17 à 20 ans, 120 fois de 20 à 30 ans, 43 fois seulement de 30 à 40 ans, et enfin 25 fois de 40 à 85 ans.

Ainsi, sur 341 hystériques, 273, c'est-à-dire les quatre cinquièmes l'étaient avant 30 ans, âge où, suivant nos tables ordinaires de mortalité, il n'y a pas encore beaucoup de veuves.

Je sais que, dans les climats où vivaient Hippocrate et Galien, la nubilité arrive de bonne heure, et que, par cette raison, le veuvage doit arriver plus tôt. Mais, comme les autres médecins que je viens de citer, ont observé dans des climats tempérés et n'en ont pas moins regardé les assertions hippocratiques comme des articles de foi, il en résulte que leurs observations réunies sont en contradiction avec leur théorie.

Georget avait tiré de ses observations prises à la Salpêtrière, un tableau à peu près analogue. Sur 20 hystériques, 13 avaient été atteintes de la maladie avant l'âge de 20 ans, et 7 de 20 à 28 ans.

J'ai moi-même étudié la question très en grand. L'âge auquel l'hystérie a débuté a été recherché par moi sur 406 hystériques dont j'ai pris l'observation dans un laps de 10 années. L'un de mes anciens élèves internes les plus distingués, M. le docteur Besançon, a fait à ma sollicitation, la même recherche sur 61 hystériques existantes à l'hôpital de Lourcine, ce qui fait un total de 461 hystériques chez lesquelles l'époque du début de l'hystérie a été soigneusement recueillie.

Il s'est trouvé que sur ces 467 cas, le début de l'hystérie a eu lieu :

1° Dans un âge qui n'a pu être apprécié plus exactement qu'en l'appelant l'enfance . . . . . chez 28 personnes.

2°	A l'âge de	5 à 6 ans.	. . . chez	4
3°	—	6 à 7 ans.	. . . chez	4
4°	—	7 à 8 ans.	. . . chez	6
5°	—	8 à 9 ans.	. . . chez	8
6°	—	9 à 10 ans.	. . . chez	11
7°	—	10 à 11 ans.	. . . chez	7

Total. . . chez 68 personnes.

Ainsi l'hystérie s'est développée, chez plus d'un septième des malades, avant l'âge de 11 ans.

La plupart de ces enfants sont devenus des hystériques avec des attaques fréquentes, et si dans leur enfance il eût été difficile de constater la nature de l'attaque, plus tard les caractères en ont été assez tranchés pour qu'il ne reste aucun doute sur la nature de l'affection convulsive. Impossible d'attribuer ici la maladie à aucune des rétentions alléguées par les auteurs ; impossible encore de l'attribuer à l'influence des organes génitaux sur l'économie, puisque jusqu'à l'âge dix ans ces organes sont à l'état rudimentaire et dans le sommeil le plus complet. L'utérus est très petit, le vagin n'a pas de rides, les ovaires n'ont pas de vésicules.

Enfin le nombre de ces enfants est trop considérable, pour qu'il soit permis d'attribuer la maladie, soit à une précocité du développement des organes génitaux, soit à une précocité dans l'emploi de certaines habitudes qu'on voit chez les enfants.

On ne peut donc établir positivement que le développement de l'hystérie n'a eu chez un septième des hystériques aucun rapport avec le développement des organes génitaux.

Voyons la suite. L'hystérie a débuté :

A l'âge de	11 à 12 ans. . .	chez	20 personnes.
—	de 12 à 13 ans. . .	chez	15
—	de 13 à 14 ans. . .	chez	28
—	de 14 à 15 ans. . .	chez	34
—	de 15 à 16 ans. . .	chez	29
—	de 16 à 17 ans. . .	chez	35
—	de 17 à 18 ans. . .	chez	34
—	de 18 à 19 ans. . .	chez	26
—	de 19 à 20 ans. . .	chez	36

Total. . . chez 257 personnes.

Il suit de là, avec toute l'évidence possible, que non seulement l'époque de la puberté, mais encore que celle à laquelle le mariage est le plus commun, sont les époques du maximum de production de l'hystérie.

Évidemment, ce n'est pas ce moment où les besoins génitaux sont le moins satisfaits. Ce n'est point non plus à l'âge de 12 à 20 ans que se trouve la majorité des veuves. L'opinion si affirmative des auteurs est donc complétement erronée, puisqu'à 20 ans, sur 461 cas, on trouve déjà l'hystérie développée dans 320 cas, c'est-à-dire presque chez les trois quarts des cas.

Je ne puis nier que cette période ne comprenne le temps pendant lequel les organes génitaux peuvent réagir avec le plus de force sur l'économie. Mais comme la période qui va suivre comprend aussi le temps où les organes génitaux sont le plus mis en exercice par la menstruation, le mariage, les grossesses et les accouchements, et que l'hystérie s'y développe beaucoup moins, il en résulte que l'activité des organes génitaux n'est pas, sur le développement de l'hystérie, une circonstance aussi décisive qu'elle le paraît au premier abord.

Ainsi le début de l'hystérie a eu lieu :

De 20 à 21 ans. . .	chez	22 personnes.
De 21 à 22 ans. . .	chez	17
De 22 à 23 ans. . .	chez	10
De 23 à 24 ans. . .	chez	11
De 24 à 25 ans. . .	chez	15
De 25 à 26 ans. . .	chez	7
De 26 à 27 ans. . .	chez	6
De 27 à 28 ans. . .	chez	5
De 28 à 29 ans. . .	chez	5
De 29 à 30 ans. . .	chez	5

Total. . . chez 103 personnes.

D'après les probabilités, l'âge de 20 à 30 ans serait l'époque où il y aurait plus de veuves non satisfaites, qu'il n'y en a dans la période précédente, et ce devrait être cette dernière moitié qui devrait en fournir le maximum. Or, il y a moitié moins d'hystériques de 20 à 30 ans que de 10 à 20 ans, et dans cette moitié, 75 appartiennent aux 5 premières années de la période de 20 à 30 ans, et 28 seulement aux 5 secondes.

Ainsi, cette période offre, comme les deux précédentes, une opposition complète avec la théorie des besoins non satisfaits.

Enfin l'hystérie s'est développée,

De 30 à 40 ans. . .	chez	25 personnes.
De 40 à 50 ans. . .	chez	4
De 50 à 56 ans. . .	chez	4

Feuilleton.

LE DOCTEUR PAUL FABRIZZI ET SES VOYAGES.

Nous n'avons ni le désir ni le moyen de donner au public une biographie complète d'un homme encore jeune et bien portant ; laissons-lui le temps d'ajouter à ses œuvres, de remplir la mission qu'il s'est donnée, examinons seulement cette mission, et voyons si la science peut y gagner quelque chose.

Il y a des hommes sur lesquels certains goûts instinctifs exercent une influence souveraine, qui cèdent à des impulsions presque irrésistibles. La passion des voyages est un de ces entraînements vainqueurs, et nous serions bien étonné si M. le docteur Fabrizzi ne fût pas devenu un médecin cosmopolite, lors même que des circonstances douloureuses ne l'eussent pas déterminé à quitter son pays. Mais il ne nous appartient pas de remonter si haut, il nous suffira de constater des résultats, et encore, sans prétendre raconter ici ces pérégrinations qui durent depuis vingt ans, et qui toutes ont été consacrées à la pratique de notre art, nous bornerons-nous à examiner ce que ce médecin philanthrope a fait dans un des départements de la France.

Le docteur Fabrizzi a consacré trois années à parcourir la Corse, à pratiquer la médecine et plus particulièrement la chirurgie, mais dans des conditions assez rares et qu'il importe de signaler. Mû par un sentiment généreux, il a voulu soigner seulement les pauvres et surtout ceux qui, habitant des localités plus isolées, éloignés des secours qu'on ne trouve guère que dans les villes, étaient en quelque sorte abandonnés aux efforts de la nature médicatrice. On ne peut croire que dans un pays comme la Corse, au sein d'une population généralement pauvre, livrée aux travaux des champs, il y a bien des malheureux infirmes qui n'ont jamais reçu les conseils de la science, qui se contentent des indications grossières d'un empirisme aveugle ; c'est à ces infortunés que notre confrère a voulu venir en aide, gratuitement, sans autre motif que la satisfaction de soulager l'humanité, sans autre récompense que les bénédictions de ceux qu'il avait guéris.

J'ai sous les yeux une lettre du docteur Fabrizzi adressée au conseil général de la Corse, pendant la session de 1847. C'est un compte-rendu de la mission que ce médecin s'était donnée et qu'il a remplie avec un zèle, une persévérance singulière, et qui lui a valu de la part des administrateurs de ce département un tribut d'éloges justement mérité. C'est dans cette pièce, réimprimée à Nice en 1854, que je puiserai quelques détails capables d'intéresser nos lecteurs.

Le chiffre des opérations pratiquées par M. le docteur Fabrizzi s'élève à 952, parmi lesquelles on compte des amputations, des lithotomies, des trépanations, des cataractes, des pupilles artificielles ; il y a enlevé 182 tumeurs de diverse nature, 56 séquestres osseux ; il a fait des résections d'os malades, 26 enlèvements de cancers de la face, 64 ablations d'amygdales ; il faut noter encore 24 becs-de-lièvre, 32 cas de pied-bot, 106 fistules lacrymales et une foule d'autres opérations plus ou moins importantes, sans compter le traitement des fractures et des luxations abandonnées à elles-mêmes depuis un temps plus ou moins considérable.

Nous n'avons pas de renseignements suffisants sur chacune de ces œuvres chirurgicales, nous ne pouvons fournir une statistique exacte des guérisons ou des insuccès, mais il est possible de retirer quelque fruit de l'ensemble de ces faits. Par exemple, M. Fabrizzi vante avec raison la sobriété des Corses, la simplicité du régime alimentaire, deux conditions favorables à la guérison des grandes plaies. Nos chirurgiens d'armée ont fait souvent la même remarque en Afrique ; les blessures les plus graves chez les Arabes, se cicatrisent rapidement, on ne voit pas survenir l'infection purulente, les phlegmons diffus, les érysipèles et autres complications si fatales dans les hôpitaux des grandes villes. Ces pauvres pâtres de la Corse, habitués à vivre en plein air, ne redoutent rien des influences extérieures contre lesquelles nous prenons tant de précautions ; ce qui chez nous passerait pour une grave imprudence n'a aucune influence fâcheuse sur eux. Ainsi, dit M. Fabrizzi, un malade d'Olivese, opéré par moi de deux cataractes à Grossetto, partit le lendemain de l'opération pour retourner dans son pays, à pied, par une route des plus difficiles, et n'en fut pas moins parfaitement guéri. Un jeune homme d'Olmeto, à qui j'avais coupé le tendon d'Achille pour redresser un pied-bot, partit à pied, le jour même, pour Brando, et l'opération eut un plein succès. Un petit enfant, opéré d'un bec-de-lièvre à Ajaccio, fut montré comme un objet de curiosité à tous ses voisins, on le faisait rire à chaque instant, et la réunion n'en fut pas moins complète, ainsi que chez vingt-trois autres traités par moi de cette infirmité. Un homme de Morsiglia est opéré d'une fistule anale ; trois jours après il monte à cheval et fait un long voyage sans aucun inconvénient. J'ai enlevé une pierre de la vessie d'un jeune garçon de Bocognano ; il refusa la plupart des soins que nécessite cette opération, et, nonobstant, le quinzième jour, la plaie était cicatrisée, et il allait rendre visite aux personnes qui l'avaient assisté dans cette grave circonstance. Enfin, un habitant de Pozzo, traité par moi d'une hernie étranglée, rebelle à tous mes conseils, monta à cheval, fit deux heures de chemin en dépit des douleurs les plus vives, et se tira d'affaire contrairement à toutes les prévisions.

M. Fabrizzi rapporte un grand nombre de faits de ce genre et il en tire cette conclusion légitime, savoir : que, dans beaucoup de cas, les malades, même après de grandes opérations, retirent peu de bénéfice des prescriptions si rigoureuses qui leur sont imposées par les plus habiles chirurgiens. Les conditions hygiéniques au milieu desquelles sont placés les opérés sont la cause la plus fréquente des accidents qui surviennent après les grandes opérations. Cette opinion est juste, elle est fondée sur des faits nombreux et probants. C'est pour cela que certaines opérations réussissent si mal dans nos cliniques des grands hôpitaux, tandis qu'on en voit de non moins importantes pratiquées par des chirurgiens d'un moindre renom, donner des résultats excellents.

Il est un autre point de pratique sur lequel notre honorable confrère a beaucoup insisté. Il lui est souvent arrivé d'avoir à traiter des maladies fort sérieuses dans des lieux où personne ne pouvait le seconder. Quand il lui était possible de réclamer l'assistance d'un médecin, il n'y manquait jamais, et ce médecin apportait son concours empressé ; mais en l'absence d'un homme de l'art, le chirurgien n'en opérait pas moins, il avait bientôt enseigné à des aides bénévoles certaines manœuvres utiles ; il trouvait dans la charité d'un prêtre, dans le dévouement d'un

Je n'ai pas observé de cas évident de développement de l'hystérie au-delà de cette époque.

Si l'on compare ensemble les tableaux de M. Landouzy, de Georget et le mien, on aura la série suivante:

	M. Landouzy.	Georget.	M. Briquet.
De la naissance à l'âge de 10 ans.	0	1	61
De 10 à 15 ans.	48	5	104
De 15 à 20 ans.	105	7	162
De 20 à 25 ans.	80	4	73
De 25 à 30 ans.	40	3	28
De 30 à 35 ans.	38	0	13
De 35 à 40 ans.	15	0	12
De 40 à 45 ans.	7	0	3
De 45 à 50 ans.	8	0	1
De 50 à 55 ans.	4	0	2
De 55 à 60 ans.	4	0	1

Avant d'apprécier la valeur de ces chiffres, il est nécessaire de faire une observation. On remarquera que les premiers chiffres de M. Landouzy sont moins forts que les miens, tandis que ses derniers sont au contraire plus forts.

Voici la raison de cette différence. Dans mes observations, le début a été noté très exactement, qu'il ait eu lieu par une attaque hystérique ou seulement par des phénomènes hystériques autres que l'attaque. Dans les observations groupées par M. Landouzy, on n'a certainement pas pris cette précaution; il est très probable que, dans un assez grand nombre de cas, on a fait partir le début de l'hystérie du moment auquel a eu lieu la première attaque convulsive, or, comme dans un fort grand nombre de cas, les simples phénomènes hystériques précèdent même de plusieurs années l'apparition des attaques, il en résulte que les chiffres donnés par M. Landouzy ne sont pas les chiffres vrais, mais qu'il faut les rectifier en rendant les premiers plus forts, et les derniers plus faibles.

En faisant cette correction, il se trouve une concordance remarquable entre les deux séries de faits.

Ainsi, on voit l'hystérie augmentant de fréquence jusqu'à l'âge de 20 ans, époque du maximum d'élévation du chiffre. On la voit ensuite aller en diminuant très rapidement de 20 à 40 ans, puis rester la même, et être peu considérable de 40 à 60 ans.

On peut donc conclure de ces faits si concordants :

1° Qu'un nombre assez considérable d'hystéries a lieu, les organes génitaux étant encore, soit nuls, soit à l'état rudimentaire.

2° Que le développement de l'hystérie n'est point en rapport direct avec la période d'activité des organes génitaux. Car cette période commence à 11 ou 12 ans, et ne finit que de 40 à 45 ans. Tandis que le développement de l'hystérie ne va croissant que jusqu'à 20 ans, et décroît très rapidement de 20 à 45 ans. Par conséquent, sur une durée de 34 ans qu'a cette période d'activité, il y en a seulement huit à neuf pendant lesquelles l'hystérie est commune, et vingt-quatre pendant lesquelles elle devient de plus en plus rare. C'est cependant de 20 à 45 ans que les fonctions génitales sont le plus exercées. C'est pendant ce temps que le rapprochement des sexes, les grossesses et les accouchements ont lieu le plus souvent, ainsi que le prouve le tableau suivant :

Sur les 400 femmes hystériques que j'ai observées, 139 étaient des femmes qui étaient mariées ou qui avaient eu des enfants; 53 d'entre elles n'avaient pas 20 ans, et 86 avaient dépassé cet âge. Sur 364 grossesses qui avaient eu lieu chez elles, il n'y en avait eu que 72 avant l'âge de 20 ans, et 292 après cet âge.

Il est donc bien évident que, sous ce rapport, la seconde partie de la période d'activité des organes génitaux est en ore beaucoup plus occupée que n'est la première. C'est encore dans cette seconde partie que se voit le plus grand nombre des maladies tant aiguës que chroniques de l'utérus, et c'est encore vers sa fin qu'a lieu une époque de grands troubles, celle de la cessation des menstrues.

Les chiffres que je présente sont assez nombreux pour faire autorité, puisqu'ils s'élèvent à près de 800. Si une partie des observations sur lesquelles ils reposent n'offrent pas toute l'homogénéité désirable, l'autre partie a été prise par la même personne, dans un même esprit et avec une même attention. Il est du reste une preuve de l'exactitude de chacune d'elles, et sur laquelle je reviens encore, parce qu'elle emporte conviction, c'est que les observations réunies par M. Landouzy donnent une série de chiffres qui, avec la petite correction que j'ai indiquée, est exactement semblable à la série des miens.

Ainsi, d'une part, il est de toute évidence que la théorie des besoins non satisfaits est en désaccord complet avec les faits, et, d'autre part, que l'opinion plus physiologique de la période d'activité de l'utérus, bien que soutenue par des hommes qui font, à juste titre, autorité dans la science, n'est point exacte non plus.

Comment donc expliquer ce fait si singulier, d'une période d'activité, divisée, sous le rapport de l'hystérie, en deux parties si différentes. J'espère que l'étude des causes prédisposantes et occasionnelles de cette maladie donnera la clef de ce qui peut, au premier abord, paraître une anomalie.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR [1];

Recueillies par M. Richard-Maisonneuve, interne du service.

Neuvième Leçon.

Nous avons terminé l'étude des forces extérieures appliquées au redressement du pied-bot. Il en est une autre pourtant, qu'on a conseillée comme adjuvant des premières: c'est l'action de la pesanteur. Dans un petit nombre de cas, en effet, par exemple dans le pied-équin, dans le talus, le poids du corps, en allongeant les muscles rétractés, peut venir en aide aux autres moyens. Mais, en général, il faut soustraire le membre à son action, qui, en raison de la position du pied dans le varus et le valgus, tend à augmenter la déviation, et à contrarier l'action de l'appareil, loin de la seconder, comme on l'a prétendu.

Des trois ordres de moyens que nous avons indiqués, les appareils mécaniques sont supérieurs aux deux autres; ils peuvent toujours remplacer ceux-ci, qui, au contraire, dans beaucoup de cas, ne peuvent leur être substitués. On a dit que les appareils mécaniques ne pouvaient pas être employés dans la première année de l'enfance; je ne partage pas cette opinion, car on peut toujours mettre leur force en rapport avec la délicatesse des organes.

Au reste, dans le traitement ordinaire du pied-bot, tous les moyens concourent: main, bandages, machines.

Ténotomie. — Vous avez vu quelles difficultés peuvent arrêter le chirurgien, quand il emploie uniquement les moyens mécaniques, quelle persévérance ce traitement réclame, tant de sa part que de celle des familles et des malades eux-mêmes. Beaucoup de mères ne peuvent se résigner aux longues souffrances de leurs enfants. Lord Byron enfant fut confié pendant quelques mois aux soins de Sheldrake, à Londres; sa mère ne put supporter la vue de ses douleurs; elle renonça à le guérir.

Trancher ce nœud gordien était donc chose bien désirable; c'est ce qu'a fait la ténotomie.

Il suffisait de savoir que le pied est retenu dans sa position vicieuse par des muscles raccourcis, pour que l'idée vint de les couper. On avait devant les yeux l'exemple du torticolis guéri par la section du muscle sterno-mastoïdien, dès le temps de Tulpius, médecin hollandais du XVIIme siècle. C'est sans doute cet ordre de faits observés au cou, qui inspira la ténotomie du pied aux médecins dont parle Thilenius, et plus tard à Sartorius, à Michaelis, à Delpech lui-même, ainsi qu'aux vétérinaires de notre temps, qui ont leur part à réclamer dans l'invention de la ténotomie.

On ne divisa d'abord que le tendon d'Achille. Michaelis seul, qui, à la vérité, ne faisait que des sections partielles, étendit ce procédé à d'autres tendons du pied, et même à d'autres parties du corps. C'est longtemps après lui que son idée fut reprise, et que la ténotomie fut appliquée successivement à presque tous les muscles moteurs du pied.

Aujourd'hui, deux méthodes sont en présence. L'une a pour principe de diviser, dans chaque forme de pied-bot, tous les tendons des muscles qui l'ont déterminée par leur rétraction. C'est une application de ce qu'on nomme la *généralisation étiologique* de la ténotomie. L'autre méthode établit une distinction entre les muscles rétractés. Elle ne touche pas à ceux qui cèdent facilement aux machines; elle coupe seulement ceux qui sont réfractaires à leur action. Je suis partisan de cette seconde méthode.

Procédés de ténotomie. — Les procédés de ténotomie ont parcouru plusieurs phases, avant d'arriver à l'état où ils sont aujourd'hui.

D'abord, on a coupé simplement la peau et le tendon d'Achille en travers, suivant le procédé de Tulpius pour la section du sterno-mastoïdien. Plus tard, le tendon fut mis à nu par une incision longitudinale, comme dans le procédé de Boyer pour la section de l'extenseur du gros orteil rétracté. On fit ensuite une pareille incision de chaque côté du tendon (Delpech), puis on réduisit ces incisions à la largeur nécessaire au passage d'un bistouri étroit; ce fut la ténotomie *sous-cutanée*. Elle mérite encore mieux ce nom depuis qu'on a supprimé l'ouverture de sortie, et qu'une simple piqûre donne accès à un ténotome plus exigu, comme dans les expériences de Hunter, qui divisa le tendon d'Achille sur des chiens avec une aiguille à cataracte.

Ténotomes. — La forme des instruments a quelque peu varié. Sauf de rares exceptions, il n'y a aucun avantage à donner à la lame une courbure quelconque. Plus cette lame est étroite, plus la plaie des téguments est insignifiante et prompte à guérir. On peut ainsi, chez les enfants, réduire l'ouverture extérieure aux dimensions d'une piqûre de sangsue ou de vaccine. Cependant il faut une lame un peu plus forte pour les sections sous-tendineuses, et quand l'instrument doit raser les os; mais il est bon que la partie tranchante soit très courte, pour éviter d'agrandir, pendant la manœuvre, l'ouverture extérieure. Il est indifférent que le ténotome soit à manche fixe ou mobile, que ce manche soit dans le même plan que la lame ou dans un plan opposé.

Les uns se servent d'un ténotome à pointe aiguë, pour traverser la peau et diviser le tendon. D'autres ne font, avec cet instrument, que l'incision de la peau, et pour la section tendineuse, ils emploient un ténotome, non boutonné, comme on l'a dit, mais à pointe mousse. On manœuvre ainsi avec plus de sécurité. Un des premiers, j'ai proposé ce procédé, que plusieurs chirurgiens ont adopté depuis; je me sers, pour la piqûre des téguments, d'une

(1) Voir les numéros des 8, 17, 19, 26, 31 juillet, 9, 14, 26 août, 6 et 13 septembre.

---

artisan, les secours nécessaires, et l'œuvre de réparation n'était pas interrompue. Il est vrai que ces résultats n'ont pu être obtenus qu'en simplifiant beaucoup les appareils, qu'en rendant les pansements faciles; mais ces moyens, mis à la portée des plus vulgaires intelligences, trouvaient un auxiliaire puissant dans les conditions hygiéniques déjà mentionnées.

On voit par là que cette chirurgie primitive a donné de beaux résultats, et que cette mission de bienfaisance a dû faire bénir la main de celui qui l'avait entreprise. Il faut un singulier courage, on en conviendra, pour aller ainsi, seul, dans des pays où nos idées de civilisation sont si peu adoptées, porter les secours d'un art utile, sans doute, mais si souvent douloureux, au milieu de ces pauvres laboureurs, de ces bergers à demi-sauvages, et cela sans recommandation officielle, sans offrir aux malades d'autres garanties de science et de moralité que son bon vouloir et sa persévérance. M. Fabrizzi s'adressait aux confrères les plus voisins quand il s'en trouvait, aux curés des paroisses, et il a toujours eu à se louer de l'accueil qui lui a été fait, mais encore fallait-il payer de sa personne, attirer les malades par de bonnes paroles, leur faire comprendre l'utilité d'une opération, vaincre les résistances de l'apathie, de l'ignorance, des préjugés; il fallait s'assurer des aides, les dresser, les instruire, en un mot tout créer. Et quand on voit que ce travail a duré trois ans, qu'il a sauvé un grand nombre de malades, fait disparaître des infirmités déplorables, et tout cela par un pur sentiment de générosité, il est impossible de refuser à pareille œuvre un tribut d'estime, d'admiration, qui ne fut jamais mieux mérité.

M. Fabrizzi a une véritable vocation pour des travaux de ce genre, il a fait à Malte ce qu'il a fait en Corse et avec non moins de succès, et si bien que le gouverneur de l'île, sir Enry Bouverie, sur la demande expresse de la commission des hôpitaux, a fondé une sorte d'hospice destiné à recevoir les pauvres infirmes qui n'auraient pu entrer dans les établissements consacrés à la charité publique. M. Fabrizzi a parcouru la Grèce, les îles Ioniennes, partout il a répandu les bienfaits de sa pratique éclairée, et ces voyages, ces courses perpétuelles ne l'ont pas empêché de publier quelques bons mémoires sur divers points de médecine opératoire. Il a fait notamment un beau travail sur la rhinoplastie, appuyé d'observations qui lui sont propres; on lui doit aussi un instrument destiné à perforer le tympan, sorte d'emporte-pièce fort ingénieux et le meilleur sans contredit de ceux qui ont été proposés pour faire une ouverture régulière à cette membrane. L'orthopédie a aussi exercé sa sagacité, il a modifié très heureusement les procédés à l'aide desquels on traite le pied-bot, les ankyloses, le torticolis; il a fait subir des changements heureux à l'opération du bec-de-lièvre, suivant qu'on l'applique à des adultes ou à de très jeunes enfants, et, ce qui vaut mieux encore, il a prouvé par de nombreux exemples les avantages attachés à ces procédés perfectionnés.

Terminons cette notice en disant que la science et l'art qui se partagent ce vaste domaine de la médecine, ont été l'objet constant d'un culte ardent et fidèle de la part de M. le docteur Fabrizzi, qu'il a noblement payé son tribut, soit en ajoutant une pierre à l'édifice hippocratique, soit et mieux encore en consacrant la meilleure partie de sa vie au soulagement des malades. Nous ne craignons pas d'ajouter que ces missions de bienfaisance, menées à si bonne fin, sont un des actes qui honorent le plus notre profession, car ils montrent dans sa simplicité l'homme de l'art accomplissant ici-bas un apostolat d'autant plus sublime, qu'il ne relève que de sa conscience et n'attend pas son salaire de la main des hommes.

Dr P. Ménière.

BOITE AUX LETTRES.

A Mme Octavie B... — Madame, votre lettre est charmante. Assurément, oui, vous aurez de mes greffes. Mais avez-vous planté des églantiers? Sinon, il est indispensable de vous en procurer cet automne, afin de les planter avant les gelées. En juillet et août prochains seulement, vous pourrez greffer, et vous n'aurez de roses qu'en 1858. Si j'étais aussi sûr que l'association florira dans votre arrondissement à cette époque, le temps ne me paraîtrait pas trop long.

— A Mme Fanny D... — Serpent d'Esculape, dites-vous, Madame!... L'expression est jolie, mais elle n'est pas juste. Il n'y a aucun fruit défendu là-dessous, et c'est ce qui me fâche, car le succès serait plus sûr. Vous craignez que l'association ne fournisse de nouveaux prétextes aux absences loin du toit conjugal. Cette excessive prudence m'effraie un peu. Restez, Madame, c'est le plus beau rôle, dans les fonctions du ministre de l'intérieur; mais laissez un peu de liberté au ministre des affaires extérieures; — veuillez remarquer que je dis *extérieures* et non pas *étrangères*.

— A Mlle Camille. — Ce sont là d'excellents sentiments, Mademoiselle, et qui feront certainement le bonheur de l'heureux époux que le ciel vous destine.

— A M. T..., à Beaumes-de-Venise. — Commission faite, expédiée. — 10 fr. 50 c.

— A MM. S... et M..., à Chartres. — Un accident arrivé à la composition de votre article retardera de deux ou trois jours l'envoi de l'épreuve demandée.

— A M. M..., à Monpezat. — Vif regret de ne pouvoir faire ce que vous désirez.

— A M. C..., à St-Palais. — Il est bien difficile de juger ainsi sur fragments. Cependant continuez, jusqu'ici rien ne s'oppose. Mais nous ne livrerons à l'impression que lorsque le travail nous sera parvenu complet.

— A M. D..., à Royan. — Même réponse.

— A M. N..., à Allevard. — Renseignements précieux et dont je ferai usage.

— A. M. D..., à Paris. — C'est fort triste, cher confrère. J'ai un plein carton de communications semblables.

Précis des maladies du foie et du pancréas; par V.-A. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies du département de la Seine, lauréat de l'Académie impériale de médecine et de l'Institut de France, membre de la Société de médecine de Paris et d'autres Sociétés savantes, chevalier de la Légion d'honneur.

1856, librairie centrale de Napoléon Chaix et Cie, éditeurs, rue Bergère, 20, et aux bureaux de l'Union Médicale, 56, faubourg Montmartre. Un vol. de 500 pag., format anglais, broché 5 fr.; élégamment cartonné, 6 fr.

petite pointe en fer de lance qui termine une tige non tranchante.

Sections sus et sous-tendineuses. — La section sous-cutanée se pratique de deux manières : ou bien l'instrument est conduit de la face cutanée du tendon à sa face profonde, c'est la *section sus-tendineuse*, ou bien il le divise de sa face profonde à la superficielle, c'est la *section sous-tendineuse*.

Le choix de ces deux procédés est quelquefois indifférent. La section sus-tendineuse convient surtout pour les tendons très saillants, entourés d'un repli de la peau que l'on risque moins d'entamer par ce procédé. Toutes les fois qu'il est applicable, ce mode de section offre l'avantage de borner plus exactement l'incision sous-cutanée à l'organe que l'on veut diviser.

Mais quand le tendon est peu saillant, comme chez les petits enfants, quand on ne reconnaît sa situation qu'au toucher, il vaut mieux pratiquer la section sous-tendineuse. On est plus sûr alors de diviser le tendon en entier. Ce procédé est aussi préférable, en général, pour les tendons accolés à des os ou voisins de vaisseaux et de nerfs importants qui se trouvent mieux protégés contre le tranchant de l'instrument.

La section se pratique dans le lieu où le tendon est le plus superficiel, le plus saillant, le plus isolé, et s'il se peut aussi, le moins volumineux.

La piqûre des téguments se fait vers le bord du tendon qui répond à la main droite de l'opérateur, près de ce bord, dans la section sous-tendineuse, un peu plus loin, dans la section sus-tendineuse. Quelquefois le voisinage de vaisseaux, de nerfs, ou quelque autre circonstance, commande d'introduire l'instrument plutôt d'un côté que de l'autre; on se place alors de manière que la main droite réponde au côté indiqué.

On peut donner à la petite incision des téguments deux directions. Avec une incision transversale, si l'on se sert d'un ténotome pointu, on pénètre du même coup sous le tendon et on le divise presque en même temps, s'il est peu volumineux; manœuvre plus rapide. Mais je préfère l'incision longitudinale, parce que ses bords sont ensuite moins écartés, lorsque le pied est fléchi par l'appareil mécanique; elle est aussi plus commode pour la section sus-tendineuse.

Section du tendon d'Achille. — Rien de plus simple avec ces données que le manuel opératoire à suivre, quand les tendons sont suffisamment distincts des parties qui les avoisinent.

Le tendon d'Achille, le plus gros de tout le corps, est peut-être le plus facile à diviser. Sa saillie postérieure, en le plaçant sur un plan tout à fait séparé, l'isole des vaisseaux et des nerfs profonds. Sa double gaine fibro-celluleuse, le tissu graisseux abondant qui l'entoure, surtout en avant, donnent la facilité de l'attaquer en quelque sorte de tous côtés, sans léser autre chose que des veinules et des filaments nerveux insignifiants qui longent ses bords ou ses faces. Ces dessins, que j'ai fait faire d'après nature sur des sujets pieds-bots, vous inspireront toute sécurité à cet égard.

Cependant il faut tenir compte ici de l'âge du sujet et des changements causés par la déviation.

La petitesse des parties, considérablement réduites chez les enfants très jeunes, efface les distances. Le peu de saillie du talon, à cet âge, place le tendon d'Achille presque sur le même plan que les parties profondes. Dans le varus, le déplacement du calcanéum rapproche ce tendon des vaisseaux tibiaux. La veine saphène externe, assez peu distante, chez l'adulte, du bord externe du tendon, l'avoisine de très près chez l'enfant; on est exposé à la blesser si on fait l'incision trop loin du bord tendineux. On peut aussi atteindre l'artère tibiale et le nerf, en portant le ténotome trop au delà de la limite du tendon. Cette lésion serait plus grave que celle de la veine saphène.

Voici d'ailleurs comment on procède pour pratiquer la section du tendon d'Achille.

Le malade étant couché sur le ventre et convenablement maintenu, un aide fixe le pied, prêt à faire un effort pour le ramener dans la flexion, afin de tendre le tendon au moment de la section. Alors, dans un *premier temps*, le chirurgien fait une piqûre longitudinale à la peau, près du bord externe du tendon, si on opère le pied droit, près de son bord interne, si c'est le pied gauche. Si l'on tenait à porter le ténotome dans le même sens pour les deux membres, soit afin d'être plus sûr de diviser le plantaire grêle, soit pour mieux protéger les vaisseaux, on se placerait, pour l'un des pieds, de manière à tourner le dos au malade. M. Bonnet ayant vu survenir un abcès après une incision faite au côté externe du tendon, est resté disposé à recommander les incisions internes.

La piqûre faite, on change d'instrument, et, dans un *deuxième temps*, on introduit le ténotome mousse à plat, soit entre la peau et le tendon, soit sous ce dernier. Il faut prendre garde que l'extrémité de l'instrument ne sorte par l'autre côté. Enfin, dans le *troisième temps*, on tourne le tranchant du côté du tendon, qu'on divise en entier par des pressions mesurées, sans laisser échapper le plantaire grêle. On retire alors le ténotome. Dans toutes ces manœuvres, il faut prendre garde d'agrandir l'incision des téguments. Un craquement assez fort accompagne ordinairement la section du tendon.

On reconnaît que celle-ci est complète au défaut de résistance, à l'écartement immédiat des deux bouts du tendon, à la dépression, au vide que l'on sent entre eux. La gaine fibreuse forme souvent une bride de chaque côté de cet intervalle; il ne faut pas prendre cette résistance pour des portions de tendon non divisées. S'il restait quelques fibres tendineuses intactes, on introduirait de nouveau le ténotome pour les diviser.

S'il s'amasse sous la peau et dans la gaine du tendon une certaine quantité de sang, on l'exprime autant que possible et on le fait sortir par la piqûre, afin que le trombus soit moins volumineux.

Je ne vous parle pas de la précaution puérile, d'appliquer les doigts sur la petite plaie cutanée, pour s'opposer à l'introduction de la moindre bulle d'air.

Le pansement consiste à couvrir la piqûre d'un morceau de taffetas adhésif, à appliquer sur la section une compresse, imbibée au besoin d'eau froide, et maintenue par une bande. Cette piqûre se ferme dans les premières vingt-quatre ou quarante-huit heures.

On peut indifféremment, aussitôt après l'opération, replacer le pied dans l'appareil mécanique, si l'enfant l'a déjà porté, ou remettre au lendemain l'application de cet appareil. En tout cas, on a soin de ne point exercer d'efforts d'extension dans les premiers moments.

(Prochainement la suite de la 9e leçon.)

PATHOLOGIE.

SUR LE RAMOLLISSEMENT DE L'ESTOMAC CHEZ LES ENFANTS.

La lésion si singulière, connue sous le nom de ramollissement gélatineux de l'estomac, est-elle, comme semble l'établir l'article tiré d'un journal allemand, que vous avez publié dans votre numéro du 13 de ce mois, et comme paraissent le penser, du reste, le plus grand nombre des médecins actuels qui se sont occupés de cette altération organique, une simple décomposition chimique, une sorte de digestion posthume, passez-moi cette expression, des parois stomacales? Je ne le crois pas. L'estomac, comme on le sait, n'est pas la seule partie du tube digestif qui puisse être le siége de cette bizarre désorganisation; les intestins, le duodénum surtout et l'œsophage en sont fréquemment atteints, comme j'ai pu m'en convaincre pendant les deux années que j'ai passées à l'hôpital des Enfants, et c'est un cas de ramollissement de ce dernier conduit qui démontre d'une manière péremptoire, à mes yeux au moins, que ce ramollissement a lieu pendant l'existence, qu'il peut précéder la mort de plusieurs jours, et qu'enfin il est un fait vital, une maladie, et non une altération organique.

En 1828, un enfant du sexe masculin, de 3 à 4 ans, couché dans la portion du service de M. Jadelot, dont mon ancien collègue Tonnellé, de Tours, était interne, après avoir offert, entre autres symptômes, des vomissements fréquents, cesse tout à coup de rendre ses boissons. A l'ouverture, on trouve une large fente longitudinale occupant le côté gauche de l'œsophage; ce conduit est ramolli dans les deux tiers de sa circonférence, et sur 8 à 10 centimètres de hauteur, à peu près au milieu de son trajet. Les liquides ingérés s'étaient d'abord frayé un passage dans le médiastin postérieur, avaient décollé la plèvre gauche dans une assez grande étendue, perforé celle-ci, et fait irruption dans la cavité gauche du thorax. On pouvait évaluer la quantité de liquide qui y avait pénétré à près d'un litre et demi; à la vue et à l'odorat, on reconnaissait parfaitement la nature de ce liquide, qui était composé de presque toute la boisson que le petit malade avait avalée depuis quarante-huit heures. L'estomac n'offrait point de ramollissement.

J'ai vu pendant assez longtemps cette curieuse pièce d'anatomie morbide dans la chambre de mon ancien camarade, aujourd'hui malheureusement atteint d'une affection grave des centres nerveux. J'ignore s'il l'a conservée et s'il en a publié quelque part la relation.

Sans doute l'histoire symptomatologique du ramollissement de l'estomac est loin d'être complète, il arrive même souvent que cette singulière altération se rencontre sans qu'on la cherche; cependant, outre le fait que je viens de signaler, et qui prouve péremptoirement son existence pendant la vie, j'ai observé dans mes nombreuses autopsies à l'hôpital des Enfants, des cas de ramollissement de l'œsophage, où il n'y avait aucun liquide à la surface des tissus ramollis qui pût expliquer leur destruction, et lorsqu'il s'agissait de l'estomac et des intestins, il m'est arrivé souvent de voir que les parties affectées occupaient les points les plus élevés, et étaient, si je puis parler ainsi, parfaitement étanchés.

Enfin, bien qu'on n'observe ni épanchement sanguin ni vascularisation dans les portions de tissus atteintes, lesquelles sont parfaitement homogènes, de consistance gélatiniforme, se rompant sous la moindre pression, et de couleur gris-jaunâtre, analogue à celle du silex, pierre à fusil; cependant, il est assez ordinaire de rencontrer dans leur voisinage d'assez gros troncs vasculaires, peu rameux, aplatis, contenant un sang noir foncé, et semblant de nature veineuse; ces vaisseaux disparaissent complétement au niveau des parties du tube digestif envahies par le mal; si celui-ci était le résultat d'une sorte de dissolution cadavérique, il serait surprenant que le liquide dissolvant eût assez de puissance pour faire disparaître jusqu'aux traces de sang contenu dans les vaisseaux signalés qui ne s'arrêtaient pas sans doute au pourtour de la lésion et devaient ramper également sur les tuniques désorganisées, circonstances qui devaient encore contribuer à faire admettre qu'il n'y a qu'une profonde perversion des fonctions vitales qui puisse amener la modification organique qui nous occupe.

Je signalerai, en terminant, que, bien que toute l'épaisseur des parois intestinales soit ramollie, ce qui n'arrive pas toujours, très souvent il n'existe pas de perforation.

Dr BOURGEOIS.

Étampes, le 13 septembre 1856.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 Septembre 1856. — Présidence de M. Is. GEOFFROY ST-HILAIRE.

Nouveau médicament contre la diarrhée et la dysenterie.

M. J. CLOQUET présente à l'Académie un nouveau médicament qui lui a été adressé par M. le capitaine de vaisseau Simonnet de Meisonneuve, commandant la frégate la *Sybille*, dans les mers de la Chine et du Japon.

Ce médicament est un extrait alcoolique retiré par M. le docteur Barthe, chirurgien de la frégate, du bois d'un arbre de la Chine nommé *tagate*, et que, pour cette raison, il propose d'appeler *extrait de tagate*. Cette substance se présente sous la forme d'une poudre grossière, d'un brun foncé, formée de petits grumeaux d'aspect résineux, se collant entre eux par la pression, et prenant facilement la forme pilulaire, sous laquelle elle a été employée.

La saveur de cet extrait est d'une amertume tenace et d'une âcreté remarquable. Son odeur est légèrement empyreumatique. Le bois qui fournit ce médicament est jaune et léger, semblable à celui de la racine de réglisse. Il se pulvérise facilement, et dégage ainsi, pendant plusieurs jours, une forte odeur de chlore.

Faute de moyens convenables, qu'on ne saurait trouver à Honh-Kong ni même à Canton, M. le docteur Berthe n'a pu faire une analyse rigoureuse de ce médicament, qu'il a employé avec grand avantage sur plusieurs marins de l'équipage de la frégate atteints de diarrhées et de dysenteries graves.

Application du compteur à gaz à la mesure de la respiration.

M. BONNET expose les modifications qu'il a fait subir au compteur à gaz, dont il a eu, avec M. Pomiès, l'idée de faire l'application à la mesure de la respiration, et il le fait fonctionner sous les yeux de l'Académie, afin qu'elle puisse juger avec quelle rapidité et qu'elle précision cet appareil indique la quantité d'air qui s'échappe de la poitrine.

Voici les explications que M. Bonnet a données de vive voix en faisant fonctionner l'instrument :

Depuis les beaux travaux d'Hutchinson, un grand nombre de médecins anglais et allemands mesurent l'air mis en circulation dans les diverses maladies du poumon et du cœur. Les méthodes dont ils ont fait usage ne se sont jamais répandues en France; et sans doute, si la pneumatométrie (M. Bonnet propose de substituer cette expression à celle de spirométrie, généralement usitée) n'a pas pris rang dans la pratique générale, c'est que les gazomètres dont on s'est servi jusqu'à présent sont fragiles, volumineux et d'un usage incommode dans un cabinet de médecin comme dans une salle d'hôpital.

Ces inconvénients ont disparu en grande partie par l'emploi du compteur à gaz. Toutefois, le compteur à expérience que l'on trouve dans le commerce, et dont je me suis servi dans le principe, est d'un poids et d'un volume qui en rendent le transport difficile; il a des mécanismes et des cadrans destinés à indiquer les décalitres, les hectolitres, les kilolitres et les myrialitres, dont la connaissance est inutile pour la mesure de la respiration. Enfin, les litres y étant subdivisés en soixantièmes, on ne peut, à son aide, connaître le nombre des centilitres qu'a l'aide d'un calcul.

J'ai réussi à faire disparaître ces imperfections en faisant construire un nouveau pneumatomètre. Comme les montres, cet instrument n'a qu'un seul cadran, sur lequel marchent deux aiguilles; la plus petite indique les litres, et la plus grande les centilitres; son volume n'excède pas 25 centimètres dans ses plus grandes dimensions, et son poids, lorsqu'il ne contient pas d'eau, est à peine de 1 kilogramme. Ces modifications le rendent facilement portatif; elles en réduisent le prix des deux tiers, et permettent de déterminer, par une simple inspection, le nombre de centilitres d'air qui l'ont traversé.

Il ne faut pas attendre de l'usage du pneumatomètre des indications analogues à celles que fournit le stéthoscope, la diminution de l'air expiré, dans quelque proportion qu'elle ait lieu, ne peut indiquer ni le siége ni la nature des lésions pulmonaires : elle se borne à donner un renseignement important sur les changements qu'a subis la fonction respiratoire. C'est un réactif fonctionnant, si l'on peut dire ainsi, ce n'est pas un réactif anatomique; son emploi démontre que, dans toute lésion des voies respiratoires, la quantité d'air mise en circulation diminue, et que cette diminution peut être telle, que le maximum de l'air rejeté après une inspiration aussi étendue que possible n'est que le quart ou même le cinquième de ce qu'il devrait être dans l'état normal.

Pour apprécier l'étendue de cette diminution, il faut avoir mesuré la respiration du malade lorsqu'il se portait bien, ou pouvoir déterminer, *à priori*, le nombre de litres et de centilitres d'air qu'il devrait expirer s'il jouissait de la santé. Sans la notion du type normal, on peut tomber dans les plus graves erreurs.

Les observations de M. Hutchinson permettent de fixer approximativement le type de la respiration normale chez les hommes âgés de plus de 15 ans. D'après ces observations, traduites en mesures françaises et exprimées en nombres ronds, on peut admettre que, de 15 à 25 ans, le maximum de la capacité pulmonaire est, pour une petite taille, de 3 litres; pour une taille moyenne, de 3 litres 1/2; pour une grande taille, de 4 litres. Si le sujet dépasse 35 ans, il perd à peu près 3 millilitres par année, soit environ 1 centilitre tous les trois ans; de telle sorte qu'un homme qui à 35 ans aurait une capacité pulmonaire de 3 litres 1/2, la verrait réduite à un peu plus de 3 litres vers l'âge de 65 ans.

Ces données établies, on ne peut hésiter à reconnaître un trouble grave dans les fonctions respiratoires et présumer des lésions anatomiques, dès que le plus grand volume d'air que puisse rejeter un adulte en une seule expiration tombe à deux litres, un litre et demi, un litre et même à un demi-litre, comme on le voit dans des phthisies très avancées et dans des pneumonies doubles. Par contre, toute crainte d'affection des voies respiratoires doit disparaître, si la pneumatométrie démontre une capacité pulmonaire égale à celle qui conduisait à admettre la loi d'Hutchinson.

Mensuration de l'angle facial.

M. DE QUATREFAGES, au nom d'une commission composée de MM. Serres, Geoffroy Saint-Hilaire, de Quatrefages, rapporteur, lit un rapport sur un mémoire de M. Jacquart, intitulé : *De la mensuration de l'angle facial, des goniomètres faciaux et d'un nouveau goniomètre facial inventé par l'auteur.*

M. le rapporteur, après quelques observations générales sur les

divers goniomètres usités jusqu'ici, et particulièrement ceux de Camper, de Morton et de Pritchard, apprécie en ces termes le nouveau goniomètre de M. Jaquart :

M. le docteur Jacquart, qui remplit depuis plusieurs années auprès de la chaire d'anthropologie les fonctions d'aide-naturaliste, crut pouvoir remédier à ces graves défauts, ainsi qu'à d'autres que je passe sous silence pour abréger. Disons dès à présent qu'il a, selon nous, réussi complétement, et que son goniomètre facial, incontestablement très supérieur à celui de Morton, paraît devoir répondre à tout ce qu'on peut attendre d'un pareil instrument.

M. Jacquart a emprunté à l'anthropologiste américain l'idée générale du châssis incomplet représentant le plan horizontal et des pièces mobiles formant le plan facial. Les curseurs à tourillon sont encore disposés ici d'une manière à peu près pareille. Seulement, M. Jacquart a construit son appareil de manière que l'axe de ces tourillons coïncide exactement avec le plan horizontal, précaution fort importante, au sujet de laquelle l'auteur américain ne s'explique pas, et qu'il semble avoir négligée.

A cela près, le goniomètre de M. Jacquart présente dans toutes ses parties des dispositions entièrement nouvelles. Les deux branches du châssis horizontal sont également mobiles, et se rattachent à une pièce solide qui sert de base à tout l'appareil. C'est sur cette base qu'est fixé un demi-cercle gradué. Un châssis complet, pourvu d'un curseur allant d'une branche à l'autre et relié à l'alidade du demi-cercle, se meut à charnière au côté interne de la même base. Toutes ces pièces, solidement rattachées les unes aux autres, présentent une grande fixité. Des divisions tracées sur les montants des deux châssis, ainsi que sur la pièce qui joint les branches du châssis horizontal à la base de l'appareil, permettent de placer toutes les parties de l'instrument dans la position voulue avec la plus grande précision : des vis à crémaillère facilitent les mouvements. Enfin, grâce à la grande ouverture que présente le châssis mobile et à la facilité avec laquelle le curseur se promène d'une extrémité à l'autre, on peut prendre sur une tête quelconque, quelle que soit sa forme ou sa grandeur, tous les angles que l'on désire.

La manœuvre de cet instrument est encore plus simple que celle du goniomètre de Morton. Le châssis horizontal une fois placé, il suffit d'abaisser le châssis facial et de lire l'indication donnée par le cercle gradué. Aussi, après quelques tentatives, arrive-t-on à retrouver identiquement les mêmes nombres, en répétant l'expérience plusieurs fois et à quelques jours d'intervalle sur une même tête.

Après s'être donné un instrument aussi sûr, M. Jacquart s'est naturellement empressé d'en faire usage. Il se réserve de faire connaître plus tard avec détail le fruit de ses recherches. Mais il signale, dès à présent, deux résultats, l'un curieux, l'autre important.

Camper et ceux qui l'ont suivi dans la même voie sont généralement d'accord pour regarder l'angle facial de 100 degrés centésimaux, c'est-à-dire l'angle droit, comme ne se trouvant que sur des statues, c'est-à-dire sur des représentations idéalisées de la forme humaine. M. Jacquart a rencontré cet angle chez un de ses amis.

Camper, et depuis lui presque tous les anthropologistes, paraissent avoir regardé l'angle facial comme bien moins variable dans une race donnée qu'il ne l'est en réalité. Pour eux, entre le nègre et l'Européen, il n'existe qu'une différence de 10 degrés nonagésimaux (11°,11 centésimaux), et c'est à cette différence qu'est due la beauté plus grande de la race blanche. Or, les extrêmes des mesures déjà recueillies par M. Jacquart donnent une différence de 20 degrés centésimaux entre les individus appartenant à la race blanche et aux classes intelligentes de la société. La grandeur de l'angle facial n'a d'ailleurs montré aucun rapport direct ou indirect avec le plus ou moins de développement des facultés intellectuelles. On voit combien la question avait besoin d'être reprise, et combien il était nécessaire qu'elle le fût en employant des moyens d'investigation plus précis que ceux qu'on avait mis en usage jusqu'à ce jour.

Ainsi, par la facilité de son emploi, par la généralité de ses applications, par la sûreté de ses indications, le goniomètre facial de M. Jacquart est en quelque sorte un instrument tout nouveau. Entre les mains de l'inventeur, il a déjà donné des résultats très intéressants. Aussi votre commission n'eût pas hésité à demander pour le travail de M. Jacquart l'insertion au *Recueil des savants étrangers*, si elle n'avait connu l'intention de l'auteur qui désire le publier immédiatement. Elle se borne donc à demander que l'Académie remercie M. Jacquart de sa communication, et l'engage à poursuivre des recherches que son goniomètre rendra et plus sûres et plus fructueuses.

Les conclusions de ce rapport sont adoptées.

Capsules surrénales.

M. Brown-Séquard présente un second mémoire dont l'objet est de montrer que la mort, après l'ablation des capsules surrénales, ne dépend ordinairement que pour une très petite part des lésions inévitables ou accidentelles qui accompagnent cette opération, et que, conséquemment, c'est l'absence de ces petits organes qui est alors la principale cause de mort. Voici quelles sont les conséquences de ces diverses lésions :

I. *Plaie pénétrante de l'abdomen; péritonite.* — Sur sept lapins, j'ai ouvert l'abdomen à gauche et à droite, précisément comme je le fais pour extirper les capsules surrénales ; puis j'ai dilacéré le péritoine en plusieurs endroits, au voisinage de ces organes, en ayant soin de léser cette membrane beaucoup plus que dans les expériences d'ablation des capsules. Un de ces sept animaux a survécu, et les six autres sont morts de péritonite, l'un après vingt-quatre heures, un second après trente heures, deux après deux jours et quelques heures, et les deux derniers vers la fin du troisième jour. Chez tous, la péritonite était très étendue et très intense. Sur 66 lapins ayant subi l'ablation des deux capsules surrénales, pas un n'a eu une péritonite aussi étendue et aussi avancée que celle qui existait chez les six précédents. Sur ces 66 animaux, l'inflammation du péritoine était à son début et limitée au voisinage des plaies. On comprendra aisément, du reste, qu'il n'y ait pas eu de péritonite étendue et avancée chez les lapins morts après avoir été dépouillés de leurs capsules surrénales, en se rappelant qu'ils meurent alors, en moyenne, en neuf heures et quelques minutes.

Je crois qu'on peut conclure de ces faits :

1° Que les lésions qui accompagnent nécessairement l'ablation des capsules, au moins chez les lapins, ne peuvent pas être considérées comme les causes principales de la mort qui survient alors si rapidement ;

2° Que la péritonite, qui est un résultat de ces lésions, ne peut pas non plus être considérée comme une des principales causes de mort après l'ablation des capsules surrénales.

II. *Hémorrhagie.* — Je me bornerai à dire ici que la perte de sang a toujours été insuffisante pour causer ou pour hâter la mort d'une manière manifeste.

III. *Lésion des reins ; néphrite.* — On ne saurait attribuer la mort à cette lésion. D'une part, je n'ai pas vu de différences notables dans la durée de la vie des animaux dépouillés des capsules surrénales, suivant que les reins avaient été comprimés plus ou moins et paraissaient congestionnés ou non ; et, d'une autre part, sur plusieurs lapins j'ai dilacéré le péritoine autour des capsules sans y toucher, et j'ai comprimé les reins fortement entre mes doigts, bien plus que je ne le fais en les repoussant pour atteindre les capsules dans les expériences d'ablation de ces organes, et ces animaux ont survécu à cette lésion beaucoup plus longtemps que les lapins dépouillés de leurs capsules surrénales.

IV. *Plaie ou contusion du foie; hépatite.* — Il n'est pas rare que le foie soit froissé pendant qu'on essaie d'enlever la capsule surrénale droite. De plus, on trouve souvent, à l'autopsie des lapins morts après cette opération, une adhérence plus ou moins étendue du foie avec le rein et la paroi abdominale. Les parties du foie qui sont ainsi adhérentes ont perdu leur couleur normale, et leur tissu est comme granuleux. Ces changements, dus probablement à une inflammation, n'ont lieu, en général, que dans une couche mince de l'organe, le reste paraissant tout à fait sain. Cette hépatite si peu étendue est-elle une des principales causes de mort chez les animaux dépouillés des capsules surrénales ? Il est facile de montrer qu'il n'en est pas ainsi. En effet, d'une part, dans les cas où, sans toucher à ces organes, j'ai lésé le foie et le péritoine même bien plus que je ne le fais en pratiquant l'ablation des capsules, j'ai vu la mort survenir bien plus tard que dans les cas où cette ablation a été exécutée. D'une autre part il n'y a pas eu de différences notables dans la durée de la vie, après l'ablation des capsules, suivant que le foie avait été lésé assez profondément ou très superficiellement. L'hépatite ne peut donc pas être considérée comme une cause notable de mort chez les lapins dépouillés de leurs capsules surrénales.

V. *Phlébite des veines rénales ou de la veine cave.* — Je me bornerai à dire ici que je n'ai vu qu'une fois une véritable phlébite, et que des lapins ayant eu la veine rénale droite et la veine cave comprimées pendant quelques instants entre les mors d'une pince, ont survécu bien plus longtemps que les lapins dépouillés de leurs capsules.

VI. *Existence simultanée de lésions du foie, du péritoine, des reins, des veines rénales et de la veine cave.* — Nous avons montré que chacune de ces lésions isolément ne peut pas être considérée comme la cause principale de la mort des animaux dépouillés des capsules surrénales ; mais comme on pourrait croire que la mort résulte alors de toutes ou de presque toutes ces lésions coexistentes, j'ai fait les expériences suivantes : sur neuf lapins, j'ai mis à nu les capsules surrénales sans les léser, j'ai dilacéré le péritoine dans leur voisinage, j'ai comprimé fortement et même quelquefois écrasé l'extrémité supérieure des reins, j'ai serré entre les mors d'une pince pendant quelques instants la veine cave et la veine rénale gauche. J'ai comprimé et même quelquefois déchiré le foie au voisinage de la capsule surrénale droite.

Tous ces animaux (excepté un qui mourut sept heures après l'opération, et probablement d'une hémorrhagie) vécurent bien plus longtemps que les lapins sur lesquels j'ai extirpé les capsules surrénales. Au lieu d'une survie moyenne de neuf heures et quelques minutes, comme chez ces derniers, leur survie moyenne a été d'environ vingt-quatre heures, et l'un d'eux a survécu plus de trois jours.

Conclusions. — 1° La mort à la suite de l'ablation des capsules surrénales ne peut être attribuée ni exclusivement ni principalement aux lésions qui accompagnent nécessairement ou accidentellement l'exécution de cette opération ;

2° La mort dépend surtout de l'absence des capsules surrénales, c'est-à-dire de l'absence de leurs fonctions.

Et comme la mort a toujours lieu rapidement après l'ablation de ces organes, il ressort des précédentes conclusions que :

3° Les fonctions des capsules surrénales sont essentielles à la vie.

Nouvelles données sur le diagnostic de la pleurésie et les indications de la thoracentèse.

M. H. Landouzy, professeur de clinique à l'École de médecine de Reims, communique, sous ce titre, un mémoire dont voici les conclusions :

I. Le souffle amphorique doit être inscrit, comme le souffle tubaire, au nombre des signes de la pleurésie chronique avec ou sans épanchement actuel.

II. Le souffle amphorique pleural annonce la condensation du poumon, soit par un *liquide et des fausses membranes*, soit par des *fausses membranes sans liquide*.

III. Le souffle tubaire pleural annonce la condensation du poumon, soit par le *liquide seul*, soit par un *liquide et des fausses membranes*, soit par des *fausses membranes sans liquide*.

IV. La disparition des souffles tubaires ou amphoriques, coïncidant avec le retour du murmure respiratoire ou des ronchus, indique la diminution de la condensation pulmonaire.

Coïncidant avec l'absence de tout murmure respiratoire et de tout râle, elle annonce une condensation plus grande du poumon, soit par le liquide et les fausses membranes, soit par les fausses membranes seules.

Coïncidant avec l'élargissement des espaces intercostaux, le refoulement des viscères, etc., cette disparition des souffles tubaires ou amphoriques annonce une compression plus grande du poumon par le liquide.

Coïncidant enfin avec le rétrécissement du thorax, elle annonce une compression plus grande du poumon par les fausses membranes, sans liquide.

V. La persistance des phénomènes tubaires ou amphoriques, après la thoracentèse, a une signification précise.

Entendus seuls, c'est-à-dire sans mélange d'aucun bruit respiratoire, normal ou anormal, ils indiquent que les grosses bronches seules sont restées perméables.

Entendus avec un mélange de respiration pure ou de ronchus, ils indiquent que le poumon est perméable en partie, et le calibre des râles étant en raison directe du calibre des bronches, on saura le degré de cette perméabilité par le volume des râles : c'est-à-dire que plus les râles seront petits, plus la perméabilité sera grande.

VI. La voix chevrotante ou égophonie n'est, comme la voix amphorique, qu'une variété de bronchophonie ; elle est liée à la modification particulière imprimée au poumon par l'épanchement, et non point à l'épanchement même, puisqu'on peut continuer à l'entendre immédiatement après l'évacuation du liquide tout entier.

VII. Les fausses membranes récentes peuvent, au bout de quinze jours d'un épanchement non précédé d'accidents inflammatoires, être déjà assez consistantes pour donner lieu au souffle amphorique.

VIII. Les fausses membranes récentes, lors même qu'elles coïncident avec le souffle amphorique, ne sont pas nécessairement réfractaires, puisqu'elles peuvent, six semaines après la thoracentèse, ne plus laisser de traces appréciables à l'auscultation.

IX. Les fausses membranes anciennes forment, autour du poumon condensé, une coque fibreuse, fibro-cartilagineuse, ostéo-fibreuse qui en anéantit à jamais les fonctions.

X. L'un des poumons étant perdu entièrement pour la respiration, l'autre fonctionne avec une activité qui l'épuise, et devient bientôt le siége d'une inflammation mortelle.

XI. Dans tout épanchement, et surtout dans les épanchements chroniques, les efforts du médecin doivent tendre à activer la résorption du liquide et des fausses membranes, car plus vite se fera la résorption, plus vite sera prévenue la transformation des exsudations molles en tissus inextensibles.

XII. Dès que les efforts de la nature et de l'art ont été reconnus impuissants à amener la diminution d'un épanchement qui n'est symptomatique, ni d'une affection du cœur, ni d'une affection du poumon, ni d'une affection des reins, ni d'une cachexie incurables, il faut recourir à la thoracentèse.

XIII. La ponction sera urgente, et on devra y procéder, sans essais préalables, s'il existe du souffle amphorique indépendant de tubercules ou de fistules pulmonaires.

Cette indication serait plus urgente encore, s'il n'existait ni souffle ni aucune trace de respiration normale ou anormale, car le poumon serait déjà complétement imperméable.

XIV. La même indication d'urgence existera, quelle que soit la cause de l'épanchement, même dans la néphrite albumineuse, même dans les pleurésies aiguës, même dans la phthisie, l'empyème, les maladies du cœur, etc., etc., s'il y a menace de mort par asphyxie.

XV. Dans la plupart de ces cas, la thoracentèse n'a ni pour but ni pour effet de rendre instantanément au poumon comprimé ses fonctions, mais de faire cesser la compression médiate du poumon sain, la déviation du cœur et des gros vaisseaux, l'abaissement du diaphragme, etc.

XVI. La ponction sera faite, sans incision préalable, avec un trocart à robinet, muni d'une baudruche, et on devra prendre les précautions les plus minutieuses pour éviter l'introduction de l'air dans la plèvre.

XVII. Si le liquide est séreux, toute injection sera inutile.

Si le liquide est purulent, des injections légèrement chlorurées seront faites pour nettoyer la cavité pleurale, puis des injections iodées pour la modifier.

Si le pus est fétide ou s'il se reproduit avec abondance, au lieu de laisser longtemps à demeure une sonde, une mèche, ou tout autre appareil qui irriterait la plèvre, on transformera la ponction en incision, et, au besoin, on fera par la plaie de nouvelles injections chlorurées ou iodées.

XVIII. Les malades seront soumis en même temps au traitement des indications spéciales, et surtout à un régime réconfortant et à une hygiène favorable.

COURRIER.

Un honorable praticien de Paris, M. le docteur Campaignac, vient de succomber subitement à une attaque d'apoplexie.

— M. Dumas a communiqué à l'Académie des sciences l'extrait d'une lettre du ministre de l'instruction publique, en réponse à une démarche à laquelle s'étaient associés tous les membres de l'Académie présents à Paris, pour appeler la bienveillance du gouvernement sur la famille de M. Gerhardt.

M. le ministre s'était déjà préoccupé de cette grande infortune. Après avoir subvenu aux premiers besoins de Mme veuve Gerhardt il avisera aux mesures qui pourront assurer à elle et à ses enfants les moyens d'existence dont les a privés la perte de l'homme éminent que l'Europe savante regrette.

L'Université, frappée en même temps que l'Académie, n'oubliera pas non plus qu'elle a sa dette à payer, et qu'il ne dépendra pas du ministre que la famille de M. Gerhardt ne reçoive le juste prix des rares services qu'il a rendus à la science.

L'Académie, après avoir entendu cette communication avec le plus profond intérêt, a décidé qu'il sera adressé en son nom une lettre à M. le ministre, pour le remercier des sympathies qu'il témoigne avec tant de bonté à la famille de M. Gerhardt.

— L'ouverture du concours pour les prix de l'externat et la nomination des internes, aura lieu, le 22 octobre prochain, à midi, dans l'amphithéâtre de l'administration générale de l'assistance publique.

MM. les élèves devront se faire inscrire du 22 septembre au 6 octobre inclusivement.

— Par arrêté en date du 11 septembre 1856, M. Bouchacourt, professeur adjoint de clinique externe à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lyon, est nommé professeur titulaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à ladite École, en remplacement de M. Colrat, décédé.

M. Barrier, suppléant à la même École, est nommé professeur adjoint de clinique externe, en remplacement de M. Bouchacourt.

— M. le docteur Henri Schedel vient de périr en faisant une excursion sur le mont Pilate.

NOTICE MÉDICALE sur les BAINS DE MER

De BIARRITZ (Basses-Pyrénées)

DU DOCTEUR R. AFFRE,

Médecin inspecteur de ces bains, lauréat de l'Académie impériale de médecine de Paris Directeur des secours du Sauvetage, et membre correspondant de plusieurs Société, médicales

TABLE DES CHAPITRES :

Introduction.
Chap. Ier. Des caractères physiques et chimiques de l'eau de mer.
Chap. IIe. Des divers moyens d'employer l'eau de mer.
Chap. IIIe. Des règles à suivre dans l'emploi des bains de mer.
Chap. IVe. Des plages de Biarritz.
Chap. Ve. Des bains de mer chauds et des bains de sable marin.
Chap. VIe. Des effets généraux des bains de mer froids.
Chap. VIIe. Des effets thérapeutiques des bains de mer froids.
Chap. VIIIe. Considérations sur les maladies de la peau guéries par les bains de mer, avec des observations de guérison.
Chap. IXe. Des maladies des femmes guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
Chap. Xe. De quelques causes de stérilité guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
Chap. XIe. Des contre-indications des bains de mer froids avec des observations à l'appui.
Chap. XIIe. Des accidents produits par l'abus ou la fausse application des bains de mer, avec des observations à l'appui.
Quelques mots sur la cause principale, sur les symptômes et le traitement du choléra, qui a sévi dans le département des Basses-Pyrénées.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*. — Prix : 2 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 115. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 23 Septembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. THÉRAPEUTIQUE : Note sur le traitement de la phthisie pulmonaire. — II. PATHOLOGIE : Quelques réflexions sur la discussion qui a eu lieu à la Société médicale des hôpitaux, au sujet de l'observation de M. le docteur Marrotte, concernant un calcul biliaire retenu dans l'intestin grêle. — III. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — IV. ANESTHÉSIE : Accidents graves survenus après l'emploi externe du chloroforme. — V. RÉCLAMATION : Réponse à M. Duroy, pharmacien, réclamant la priorité de l'iode considéré comme antiseptique. — VI. COURRIER.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE (1).

Par M. Amédée LATOUR.

VI.

c. *Habitation, Climats, Voyages.* — C'était naguère une croyance générale, aussi bien dans la science que dans le monde, que, relativement au moins à l'Europe septentrionale et centrale, l'habitation dans les pays plus chauds et les voyages sur mer, exerçaient une influence favorable sur la marche de la phthisie pulmonaire. Je ne fais ici ni de l'histoire ni de l'érudition, et je ne rappellerai pas, ce qui du reste se trouve partout, les opinions aussi anciennes que nombreuses sur lesquelles cette croyance était fondée. Une croyance aussi ancienne et aussi générale n'était-elle qu'une erreur? Oui, s'il faut en croire un travail récent dû à un de nos médecins les plus distingués de la marine, M. le docteur Jules Rochard, travail qui a été couronné par l'Académie de médecine. Ce travail, d'ailleurs fort estimable, et sur lequel je ne peux m'empêcher de dire en courant mon sentiment, est une négation absolue de l'opinion commune. A ce titre, il est venu à point, et son succès académique ne doit pas surprendre. Nous assistons, en effet, à ce curieux mais triste spectacle, où le bruit, le retentissement et les couronnes s'accordent non pas au travailleur qui découvre une vérité nouvelle, mais au démolisseur qui détruit ou qui est censé détruire une vérité ancienne. Dans les régions où se dispense l'enseignement, le doute monte en chaire et le scepticisme professe; dans les régions où se distribuent les récompenses, c'est la négation qui juge et l'indifférence qui accepte. Cela s'appelle progrès, critique; et ceux dont l'esprit malheureux ne se plaît que parmi les ruines, vont se frottant les mains à chaque ruine nouvelle qui s'accumule sur le sol de la science.

Le mémoire de M. Jules Rochard a eu donc la bonne fortune de venir à propos. Et chose singulière, cette Académie de médecine, qui ne perd aucune occasion de jeter la pierre à la statistique, a couronné précisément le mémoire dont toutes les données s'appuient sur la statistique. Du reste, il faut être juste, quand elle mit cette question au concours, elle ne se doutait certainement pas du résultat. L'Académie partageait visiblement l'opinion commune relativement à l'influence des climats chauds et des voyages maritimes sur la phthisie pulmonaire. Je n'en donnerai pour preuve que le texte même du programme ainsi conçu :

Déterminer, par des faits précis, le degré d'influence que les changements de lieux, tels que l'émigration dans les pays chauds et les voyages sur mer, exercent sur la marche de la tuberculisation pulmonaire.

Il n'y avait certainement pas là place pour le doute, il n'y en avait pas surtout pour la négation. L'influence est admise, il ne s'agit que d'en *préciser* le degré, l'étendue, les limites. Qu'a fait M. Jules Rochard? Rappelant un exemple célèbre, il a nié. Cette négation a fait le bonheur et l'admiration de ses juges.

La statistique de M. J. Rochard est incontestablement exacte, les conclusions spéciales qu'il en tire sont légitimes, mais ses conclusions générales ne sont plus l'expression des faits généraux (2).

M. J. Rochard n'a pas traité la question académique, mais il a traité cette autre question bien différente :

De l'influence de la profession de marin sur le développement et la marche de la tuberculisation pulmonaire.

La solution donnée par M. Rochard à la question posée en ces termes est très acceptable, et, de ce point de vue, son travail acquiert une valeur et une signification qu'on doit lui refuser comme expression d'une solution plus générale.

Cette question plus générale reste intacte; que dis-je? elle est résolue par l'assentiment univoque de tous les praticiens, de ceux mêmes qui ont accordé le prix à M. Jules Rochard (1). L'opinion que je défends ne peut pas invoquer de statistique et des résultats numériques, cela est vrai. Mais on peut assurer que si tous les praticiens, à l'exemple de M. le docteur Ruiz (voyez le numéro du 16 septembre 1856 de l'UNION MÉDICALE), (2) faisaient connaître les faits qu'ils possèdent sur l'influence favorable de quelques climats et des voyages sur mer sur la marche de la phthisie, la science et la pratique seraient mises en possession d'une masse de documents dont personne ne pourrait nier la valeur. Ainsi que M. le dr A. Dechambre l'a déjà fait observer avec justesse, un seul fait affirmatif, dans ce genre de recherches, possède une plus grande importance qu'un grand nombre de faits négatifs, et chacun de nous possède au moins un de ces faits affirmatifs. Ce n'est pas, en effet, pour obéir à la tradition, à l'usage et à la pratique commune que les médecins persistent à prescrire les déplacements, les voyages, les climats chauds aux phthisiques; chacun d'eux se détermine dans cette prescription par quelque exemple qui l'a frappé, par quelque souvenir présent à sa pensée, par un fait qui lui est personnel, et dont, pour mon compte, j'ai reçu de nombreuses confidences toutes les fois — et cela m'arrive souvent — que j'ai interrogé mes confrères sur ce point.

Que la vie de marin, ses fatigues, ses rudes labeurs, son hygiène, ses privations, ses intempérances, les transitions brusques qui lui incombent des conditions climatériques et climatologiques les plus opposées, que toutes ces circonstances prédisposent à la phthisie ou en hâtent la marche et la terminaison, c'est ce que M. Jules Rochard a démontré d'une façon irrésistible. C'est là un fait nouveau que cet honorable confrère a le mérite d'avoir introduit dans la science, fait qui était digne certainement d'une récompense académique, mais ce fait, loin d'être une négation, est au contraire une affirmation; car c'est un chapitre à ajouter à l'étiologie de la phthisie, à sa prophylaxie relativement aux professions, et le seul tort de M. J. Rochard est d'en avoir conclu à la thérapeutique.

En effet, les médecins qui prescrivent les changements de lieux et de température, n'entendent pas prescrire aux malades leur enrôlement dans les cadres de la marine impériale. C'est dans de tout autres conditions que celles où vivent les marins qu'ils font voyager les phthisiques et qu'ils les font séjourner dans des climats plus favorisés que le leur; or, ces conditions étant entièrement opposées, quoi d'étonnant que les résultats soient différents?

Je n'ai pu m'empêcher de dire quelques mots du mémoire très important de M. J. Rochard, parce que les opinions de cet honorable confrère m'ont paru trop absolues, trop arrêtées d'une manière générale, quoique, chose singulière et sauf quelques réserves que j'indiquerai, j'adopte la plupart de ses conclusions terminales, car elles sont d'accord avec ma propre observation.

Quoi qu'il en soit, le médecin est consulté sur l'habitation et le climat qui conviennent à un phthisique, on lui demande si le déplacement, les voyages et quels voyages lui seront favorables, que doit-il répondre?

Je dirai simplement ce que mon expérience m'a appris sur ce point, sans prétention et sans ambition de formuler des préceptes nouveaux ou qui soient applicables à tous les cas.

Habitation. — S'il est démontré que l'altération générale qui produit la tuberculisation pulmonaire résulte de causes perturbatrices générales, il devient évident que les moyens hygiéniques doivent jouer un grand rôle dans le traitement de la phthisie pulmonaire, et que c'est à eux qu'il faut surtout demander les modifications organiques propres à enrayer la marche de cette affection, ou à favoriser l'action du traitement médicamenteux. Le phthisique, en effet, ou celui qui est prédisposé à le devenir, doit vivre d'une vie particulière. Tout ce qui l'entoure exerce une influence plus ou moins grande sur son organisme. Son habitation, l'air qu'il respire, les vêtements qui le couvrent, les aliments dont il se nourrit, la profession qu'il exerce, tout, en un mot, vient retentir plus ou moins directement sur ses poumons, éveiller ou assoupir une prédisposition héréditaire ou acquise, activer ou ralentir la marche de sa maladie, lui donner enfin une terminaison fatale ou heureuse; il est donc de la plus haute importance de surveiller avec le plus grand soin les conditions hygiéniques dans lesquelles vivent les malades, car leur influence est de tous les instants, et sans elles nulle amélioration ne saurait être espérée.

On ne peut révoquer en doute l'influence de l'habitation sur la production de la phthisie pulmonaire : les lieux bas, humides et froids, qui ne reçoivent jamais ni les rayons du soleil, ni les mouvements des vents, influencent de la manière la plus directe et la plus fâcheuse la marche de la phthisie pulmonaire. On a vu des familles entières s'éteindre par la tuberculisation, dans des huttes creusées à plusieurs pieds au-dessous du niveau du sol, construites en murs de terre, et recouvertes d'un chaume à moitié pourri, qui donnait passage aux infiltrations des eaux pluviales.

L'habitation du phthisique doit être située au midi ou au levant; assez spacieuse et bien percée pour que l'air y soit toujours pur, facilement renouvelable, et que les rayons du soleil y puissent pénétrer. Ce qu'il doit éviter avec le plus grand soin, c'est l'humidité; aussi rechercherai-t-il les lieux médiocrement élevés, des habitations construites sur un sol sec, où l'air et les rayons du jour puissent aisément pénétrer. Il est bien certain que l'habitation a une immense influence sur la tuberculisation; elle n'est aussi fréquente dans les grandes villes et parmi les classes pauvres de la société que parce qu'à toutes les autres conditions antihygiéniques qu'elles présentent, elles joignent l'habitation dans les lieux humides, mal aérés et mal éclairés. L'insolation est une condition indispensable de la santé. Sans elle, l'homme, comme la plante, languit et s'étiole; aussi est-ce avec une véritable douleur que le médecin philanthrope voit, malgré les prescriptions de la loi et la surveillance de l'administration sur cette partie importante de l'hygiène publique, un grand nombre de propriétaires élever des constructions dans lesquelles les pauvres gens qui les habitent ne voient jamais les rayons du soleil, et ont à peine assez d'air pour ne pas périr d'asphyxie.

Quand la phthisie reconnaît pour cause l'habitation prolongée dans des lieux bas, humides et froids, mal aérés et peu accessibles aux rayons du soleil, le simple changement dans des lieux à conditions opposées suffit quelquefois pour enrayer la marche de la maladie. Un jeune artiste peintre habitait, rue de Bucy, une petite chambre située au fond d'une cour froide et humide, et où le soleil ne pénétrait jamais. Quand il réclama nos soins il offrait tous les signes rationnels de la phthisie au premier degré. De nos prescriptions ce jeune homme n'a pu suivre que celle qui était relative au changement d'habitation. Après deux mois de séjour dans la rue de l'Ouest, dans une chambre bien aérée, près du jardin du Luxembourg, ce jeune homme s'est entièrement rétabli, tous les symptômes inquiétants se sont dissipés, et il a repris ses forces et son embonpoint. Quelques autres faits de ce genre, dont nous avons été témoin, nous ont engagé à ne jamais prescrire, dans ces circonstances, un traitement pharmaceutique avant que quinze ou vingt jours se soient écoulés depuis le changement d'habitation. Si des modifications avantageuses sont survenues pendant ce temps, nous abandonnons la cure aux soins de la nature, et nous n'avons recours au traitement médicamenteux que lorsqu'elle est impuissante ou muette.

Certaines précautions sont nécessaires relativement à ce changement d'habitation. Nous avons remarqué que sur certains malades, quand ce changement se faisait brusquement et par une transition subite d'un lieu complétement antihygiénique à un lieu sain, ils en éprouvaient des accidents plus ou moins graves. Nous ne conseillerons pas, par exemple, à un phthisique qui habite une rue étroite de Paris, une chambre malsaine, de se transporter tout de suite à la campagne. La pureté et la vivacité de l'air peuvent occasionner des congestions pulmonaires qui compliquent et aggravent la position des phthisiques. Il est prudent d'opérer ce changement par gradation et de passer peu à peu et successivement dans des conditions autres que celles où on se trouve. On a souvent occasion de faire cette remarque à propos de toutes les autres conditions hygiéniques.

(La suite à un prochain numéro.)

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 Août, 2, 9 et 16 Septembre 1856.

(2) Quand je parle des conclusions générales du mémoire de M. J. Rochard, je parle de celles qui découlent de sa doctrine appuyée sur les faits statistiques qu'il invoque, car pour les *conclusions* qui terminent son travail, je suis à peu près d'accord avec lui, et ce n'est pas ma faute si ces conclusions terminales ne sont pas parfaitement en harmonie avec les faits et la doctrine.

(1) J'ai eu récemment sous les yeux une consultation rédigée par un membre de la commission du prix, et dans laquelle le séjour dans un pays chaud est prescrit à un phthisique.

(2) Voyez aussi, dans les numéros de février et mars 1855, de l'UNION MÉDICALE, les observations remarquables publiées par M. le docteur Pouget, de Bordeaux.

PATHOLOGIE.

QUELQUES RÉFLEXIONS

Sur la discussion qui a eu lieu à la Société médicale des hôpitaux de Paris, au sujet de l'observation de M. le docteur Marrotte, concernant un calcul biliaire retenu dans l'intestin grêle (1);

Par M. FAUCONNEAU-DUFRESNE.

M. le docteur Marrotte a lu, dans la séance du 9 juillet de la

(1) Voir l'UNION MÉDICALE du 2 septembre 1856.

Société médicale des hôpitaux de Paris, une observation extrêmement intéressante sur un calcul biliaire retenu dans l'intestin grêle, où il a déterminé des symptômes d'étranglement interne, qui ont rapidement cessé à la suite de la palpation de l'abdomen.

A propos de cette communication, une discussion s'est engagée. Plusieurs membres de la Société ont contesté les interprétations présentées par M. Marrotte sur les divers accidents qui ont eu lieu. Comme je suis convaincu que M. le docteur Marrotte a été parfaitement dans le vrai dans les explications qu'il a données, je me permettrai de les appuyer de nouvelles raisons, et de combattre aussi ses adversaires par des arguments qui n'ont pas été exposés.

M. Marrotte a pensé que le gros calcul dont il s'agit était passé dans l'intestin au moyen d'une inflammation ulcérative de la vésicule. Cet avis n'a pas été partagé par MM. Moutard-Martin, Legroux et Béhier.

D'après M. Moutard-Martin, rien dans l'observation de M. Marrotte ne peut l'autoriser à dire qu'il y a eu perforation de la vésicule. Il lui paraît plus probable que le calcul a été arrêté dans les voies biliaires où il a produit les symptômes inflammatoires signalés. Tombé ensuite dans l'intestin, après avoir parcouru la filière des conduits, ce calcul y a déterminé les symptômes d'étranglement. Le volume qu'il offrait ne peut empêcher d'accepter cette explication, car M. Moutard-Martin a vu à la Salpêtrière des calculs très volumineux engagés dans le canal cholédoque et quelquefois même faisant saillie dans l'intestin. — M. Legroux a adopté l'interprétation de M. Moutard-Martin; il croit aussi à la facilité du passage de gros calculs dans le canal cholédoque. Il ne peut admettre qu'il y ait eu perforation de la vésicule, parce que cette perforation donne lieu à la gangrène et à des symptômes plus graves que ceux qui ont été observés. M. Béhier, à son tour, a pensé que la présence du calcul dans les canaux biliaires expliquait tous les symptômes; il a été plus loin et a dit que ceux d'étranglement lui paraissaient tenir à la seule présence du calcul à l'orifice du cholédoque. Le calcul, retenu ainsi, a produit l'effet du simple pincement de l'intestin, lequel donne lieu à tous les symptômes de l'étranglement interne. D'ailleurs, M. Béhier ne croit pas que le calcul ait pu oblitérer le duodénum, parce que cet intestin est trop dilatable.

C'est à ces diverses objections que je vais répondre.

Et d'abord, peut-il se produire une perforation de la vésicule et du duodénum par suite de la pression d'un calcul? L'établissement d'une telle fistule est assurément possible, puisqu'il a été observé, et que j'ai pu en réunir six exemples, avec autopsie, dans mon *Traité de l'affection calculeuse du foie*.

Mais est-il vrai, comme le prétend M. Moutard-Martin, que rien ne peut autoriser M. Marrotte à dire qu'il y a eu perforation de la vésicule? — Si l'on examine attentivement les symptômes mentionnés, on ne tardera pas à se convaincre qu'ils se rapportent bien plus à cette perforation qu'au passage d'un gros calcul par les conduits biliaires.

Le *séjour du calcul dans la vésicule* ne s'est manifesté, pendant une dizaine d'années, que par des douleurs de courte durée, revenant à de grands intervalles, et assez légères pour ne pas fixer l'attention de la malade; elles étaient habituellement provoquées par l'ingestion des aliments.

Suivons maintenant le *travail ulcératif*. L'an dernier, il survint des douleurs suraiguës dans la région de la vésicule; cette région était tendue, très sensible au moindre contact. Les douleurs s'irradiaient sur la peau de l'abdomen. Le 12 mars, elles deviennent plus violentes; on sent au toucher une réniittence circonscrite. La peau est chaude; le pouls petit et fréquent. Des paroxysmes suivis de sueur se montrent le soir; les urines sont rares et chargées. Un traitement rationnel amène de l'amélioration, laquelle persiste jusqu'au commencement de juin, sans que l'hypochondre droit ait cessé d'être le siége d'un malaise.

Mais, au 2 juin, la scène change. Il se manifeste des coliques, d'abord légères et éloignées, puis intenses et rapprochées, reparaissant avec de violentes exacerbations. *Leur point de départ n'est plus à l'hypochondre droit;* il est au-dessus de l'ombilic, et elles remontent vers l'épigastre. Ces parties sont enflées et sonores, tandis que l'hypochondre droit est intact; tandis aussi que les régions sous-ombilicales et des flancs sont affaissées. Il n'y a pas de chaleur à la peau, mais le pouls est petit et serré, la soif est vive; il existe un état nauséeux continuel, et de plus des vomissements muqueux-bilieux. Le lendemain, les vomissements sont plus fréquents et plus abondants; ils sont d'un jaune verdâtre et ont l'odeur des matières contenues dans le jéjunum; ils se répètent d'une manière effrayante; le visage est grippé, le pouls plus misérable. Enfin, à la suite d'une palpation exercée sur l'abdomen par M. Marrotte, la malade éprouve la sensation d'un corps qui se déplace, et le soulagement survient comme par enchantement. Ne peut-on pas rapporter à cette troisième période de la *perforation définitive* de la cloison vésico-duodénale, le *passage* du calcul dans l'intestin, son *cheminement* et son *arrêt* au jéjunum, et enfin son *déplacement* par l'effet de la palpation de l'abdomen?

Si le corps étranger s'était engagé et arrêté dans les voies biliaires, comme le prétend M. Moutard-Martin, y aurait-il produit purement et simplement les symptômes que je viens de rappeler? Non certainement, et voici ce qui se serait passé:

Avant que ce calcul, qui avait le volume d'un *cerneau*, ait pu dilater l'orifice du canal cystique, s'y engager, affaisser ses valvules et parcourir son trajet, il se serait écoulé un temps bien long, et la malade aurait éprouvé, à maintes reprises, des coliques hépatiques cruelles, avec de violents efforts d'expulsion. Enfin, après avoir franchi ce conduit, la concrétion serait arrivée dans le cholédoque, et, bien que ce canal soit plus dilatable que le précédent, personne ne me refusera de concéder qu'il eût fallu encore bien des jours pour qu'un corps aussi volumineux pût en traverser l'étendue, et surtout franchir l'ampoule duodénale. Eh bien, ce corps étranger ne fût-il demeuré qu'une heure, qu'un quart d'heure même dans le cholédoque, il y aurait eu, *inévitablement*, développement très prononcé d'un ictère, lequel, remarquez-le bien, ne s'est en aucune façon montré dans le cours de la maladie. Cet argument *irrésistible* répond de la manière la plus péremptoire à l'opinion que le calcul a dû suivre la filière des voies biliaires et y développer les symptômes inflammatoires.

La preuve encore qu'il n'y a pas eu obturation du canal cholédoque, c'est que des vomissements d'une nature bilieuse n'ont pas cessé d'avoir lieu. Qu'on ne dise pas que la bile pouvait passer sur les côtés du calcul, car celui-ci n'offrant aucune rainure aurait dû remplir exactement la capacité du canal. Si, dans quelques cas, on a vu la bile filtrer entre un amas de concrétions dans un cholédoque dilaté, la même chose ne pouvait arriver dans la circonstance actuelle.

Sans doute j'admets, avec MM. Moutard-Martin et Legroux, que de gros calculs peuvent traverser les voies biliaires. Ce passage, toutefois, n'est pas aussi facile qu'ils le pensent. Il faut beaucoup de temps; comme je l'ai dit plus haut, pour qu'il puisse s'effectuer, et l'on peut lire, dans mon ouvrage (p. 189), l'observation qui m'a été communiquée par M. le docteur Briquet, et dans laquelle un calcul, qui n'avait guère plus d'un centimètre de diamètre, paraissait avoir mis *sept années* pour arriver près du méat intestinal du cholédoque.

M. Legroux ne croit pas à la perforation de la vésicule, parce cet accident donne lieu à la gangrène et à des symptômes plus graves que ceux qui ont été observés. — La gangrène peut assurément survenir et j'en ai rapporté des exemples; mais la fistule peut aussi se produire par une simple ulcération et même par une sorte d'usure des parties intermédiaires aux deux cavités. Il suffira de lire les observations de fistules biliaires externes que j'ai réunies, et là, comme les choses se sont passées sous les yeux, on ne pourra douter que ces fistules peuvent s'établir sans gangrène et même sans suppuration. — Quant aux symptômes, s'ils n'ont pas été plus graves, bien qu'ils l'aient été passablement, il faut remarquer que le sujet était une femme de soixante et quelques années, obèse, conséquemment dans des conditions à ne pas éprouver des réactions excessivement aiguës.

Je ne demande pas mieux d'accorder à M. Béhier que des symptômes d'étranglement puissent résulter de la simple présence d'un calcul à l'orifice du canal cholédoque, et que ce calcul produise alors l'effet du simple pincement de l'intestin, bien que des accidents de ce genre ne se soient nullement manifestés dans des cas semblables; mais je persiste à penser que les choses n'ont pas pu se passer de cette manière dans l'observation de M. Marrotte.

Enfin, M. Béhier ne croit pas que le calcul ait pu oblitérer le duodénum, parce que cet intestin est trop dilatable dans toute sa longueur. Le calcul, en effet, n'a pas dû s'arrêter dans le duodénum, mais bien dans le jéjunum, attendu que cet intestin a moins de diamètre, et surtout que l'abdomen était ballonné à l'épigastre et dans sa partie supérieure, tandis qu'il était plat et comme empâté à sa partie inférieure, circonstance qui doit encore faire penser que l'obstacle existait dans le jéjunum et non dans une saillie qu'aurait faite le calcul dans le duodénum.

L'interprétation que je viens de développer est fondée sur des faits. Ainsi que M. le docteur Marrotte l'a rappelé, il existe dans la science quatre observations avec autopsie, dans lesquelles on a parfaitement reconnu que la cause de l'étranglement était due à un gros calcul arrêté dans le jujunum, et une autre recueillie par le docteur Mayo, où la palpation de l'abdomen, en déplaçant l'obstacle, a pu permettre la guérison, absolument comme dans l'intéressante histoire rapportée par notre savant confrère.

De toutes ces raisons, je me crois fondé à conclure que les interprétations présentées par M. Marrotte sont tout à fait légitimes, et que toutes les objections qui lui ont été présentées n'ont pas de fondement réel.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR [1];

Recueillies par M. Richard-Maisonneuve, interne du service.

Neuvième Leçon (suite).

Section des autres tendons du pied. — Passons sommairement en revue la section des autres tendons du pied.

Les trois muscles fléchisseurs du pied, jambier antérieur, extenseur du gros orteil et extenseur commun, peuvent être facilement atteints par le ténotome. C'est sur le coude-pied, dans le point où leur rétraction les rend le plus saillants, qu'on divisera ces muscles. Le jambier antérieur peut être divisé dans certains varus; l'extenseur commun dans certains valgus-talus. On prendra garde, dans ces cas, de blesser la veine saphène externe ou l'artère pédieuse.

Les tendons des péroniers latéraux, rétractés dans le valgus, présentent un peu plus de difficulté, en ce qu'ils sont bridés sur des os par des aponévroses ou de fortes gaînes fibreuses, et qu'ils soulèvent peu la peau. On les divise au bas de la jambe ou au côté externe du pied, suivant le relief qu'ils présentent dans l'un ou l'autre point. Le long péronier peut être divisé seul dans les deux régions, tandis que le court ne peut être coupé isolément qu'au pied.

A la jambe comme au pied, la section sous-tendineuse est peut-être préférable. Il faut se rappeler que le court péronier n'est pas seulement tendineux au-dessus de la malléole, mais qu'il est aussi accompagné de fibres charnues qu'on devra diviser.

Au pied, le tendon du court péronier se trouve sur le trajet d'une ligne étendue du bord postérieur de la malléole externe à l'extrémité postérieure du cinquième métatarsien. Si le sujet est assez âgé pour comprendre le mouvement qu'on lui indique, on augmentera la saillie du tendon, en faisant porter le pied dans l'abduction; si c'est un enfant trop jeune pour comprendre ce qu'on lui demande, l'électricité pourra servir à produire le même effet par la contraction du muscle.

Les mêmes moyens rendront plus visible le tendon du long péronier, qui se trouve placé en arrière et au-dessous du court péronier, sous le sommet de la malléole externe. Mais il est souvent difficile de le diviser en ce point, et la présence d'un os sésamoïde dans l'épaisseur du tendon, chez l'adulte, peut augmenter les difficultés; aussi vaut-il mieux l'attaquer plus haut, à la jambe.

Aucune partie importante n'avoisine immédiatement ces muscles. Il faut éviter seulement d'entamer les articulations du tarse, bien que leur ouverture sous-cutanée ait en général peu de gravité.

La section isolée du tendon du jambier postérieur est bien plus difficile. Ce muscle, en effet, est accollé au long fléchisseur des orteils jusqu'au-dessous de la malléole, et si on fait la section à la jambe, au-dessus ou en arrière de la malléole, on divise presque à coup sûr en même temps le long fléchisseur commun; on a aussi à redouter la blessure de l'artère tibiale postérieure, qui n'est pas loin. M. Bonnet pense avoir ouvert plus d'une fois ce vaisseau, mais sans suites graves.

C'est pour obvier à ces obstacles, qu'en 1839, M. Velpeau (1) conseilla de couper le tendon au pied. On le trouve sur une ligne étendue du scaphoïde à la malléole interne; il devient très manifeste le long de cette ligne, quand le sujet porte fortement le pied dans l'adduction. Une dépression qui se produit alors entre ce muscle et le jambier antérieur, montre clairement où il faut porter l'instrument. C'est encore à la section sous-tendineuse qu'il faut avoir recours ici.

Malheureusement ce procédé, le plus souvent, n'est que difficilement applicable, parce que la déviation du pied qui réclame cette section change toutes les conditions anatomiques. Dans la subluxation du varus, en effet, la ligne que j'indiquais tout à l'heure disparaît, le scaphoïde venant se placer contre la malléole interne; ce qui reste du tendon est enfermé dans un pli profond, où il est très difficile de l'atteindre sûrement. En pareil cas, c'est donc encore à la jambe qu'il faut faire la section.

Il nous reste à parler des longs fléchisseurs des orteils. Quoique ces muscles aient été divisés à la jambe, ils y sont trop profondément placés pour qu'il convienne de les chercher dans cette région. Ce n'est qu'au pied, principalement sur les premières phalanges, qu'on pratique ordinairement leur section. Le long fléchisseur du gros orteil a pu aussi être aisément divisé sur le bord interne de la plante du pied, où sa rétraction le rend souvent saillant.

On a encore pratiqué dans les pieds-bots la section de l'aponévrose plantaire, de l'adducteur du gros orteil, du court fléchisseur des orteils; rien de particulier dans le procédé. Mais on n'a plus, comme pour les muscles précédents, des cordes nettement circonscrites; on coupe ces parties où elles font bride, et, autant que possible, du côté externe et en arrière, pour éviter les vaisseaux et nerfs plantaires.

Phénomènes de réparation après la section du tendon d'Achille. — Étudions maintenant les phénomènes de réparation qui succèdent à la section des tendons. C'est surtout dans les divisions du tendon d'Achille que ces phénomènes ont été bien suivis.

Immédiatement après la section, les deux bouts du tendon laissent entre eux un intervalle plus ou moins grand, occupé par le tissu cellulo-aponévrotique qu'on nomme gaîne du tendon. Cette gaîne, entamée par l'instrument, forme une sorte de canal cylindrique, adhérent aux deux bouts. Vous pouvez voir cette disposition sur ces pièces préparées à l'amphithéâtre, et sur cette planche de M. Pirogoff, savant chirurgien russe. C'est dans cette enveloppe, dans cette sorte de *périthène*, que se passe le curieux phénomène de la réparation, comparable à celui dont le *périoste* et le *périchondre* sont le siége dans les fractures des os et des cartilages.

Ce phénomène de réparation comprend deux périodes : 1° la période d'inflammation; 2° la période de réunion.

La période d'inflammation ne manque jamais. Vous entendrez parler d'une prétendue *organisation immédiate* des plaies sous-cutanées, sans inflammation préalable. Tout ce qu'on a dit à cet égard n'est qu'un roman.

L'inflammation se développe, comme dans toutes les lésions traumatiques des tissus vivants chez les animaux à sang chaud, plus ou moins promptement après la section; plus tard chez les sujets paralytiques, à circulation faible. Dans les cas ordinaires, cette inflammation est peu intense et n'a rien d'aigu. Ses sym-

(1) Voir les numéros des 8, 17, 19, 26, 31 juillet, 9, 14, 26 août, 6, 13 et 20 septembre.

(1) *Médecine opératoire*, t. I, p. 570, 2e édit.

ptômes sont : un léger gonflement dans la gaine, une sensibilité morbide et une injection vasculaire dans le même lieu.

Mais l'effet spécial de cette inflammation, c'est une exhalation abondante de lymphe plastique, de plasma. Cette matière organisable se voit quelquefois à l'œil nu chez le cheval. Tous les observateurs l'ont vue, au microscope, dans les expériences sur des chiens et des lapins. Je l'ai moi-même constamment rencontrée dans une suite d'observations microscopiques que j'ai faites avec M. Mandl.

Ce plasma, plus ou moins distinct du sang épanché, se trouve à l'intérieur de la gaine, dans son épaisseur, à la surface des bouts tendineux, enfin dans toute la sphère de la plaie sous-cutanée.

Suivant l'époque où on l'examine, il offre un aspect différent. Il subit, en effet, des transformations analogues à celles du blastème, dans la formation normale du tissu cellulaire. Il augmente peu à peu de consistance, se pénètre de vaisseaux, devient fibreux, et s'unit aux deux bouts du tendon et au tissu primitif de la gaine, à laquelle il donne une densité nouvelle.

C'est alors la deuxième période de la réparation. Le plasma est organisé : un lien nouveau s'est formé, réuni aux deux extrémités tendineuses, qui sont renflées ; c'est un véritable *cal tendineux*. Le renflement de ces extrémités s'efface plus tard, et on ne peut plus les distinguer. Cependant, à l'examen d'une coupe comprenant le tendon et la cicatrice, on voit une ligne de démarcation entre le tissu nouveau et le tendon. Les fibres du premier sont grisâtres; elles tranchent avec l'aspect nacré, brillant des fibres tendineuses; elles ne sont point fasciculées en lignes parallèles, mais finement entrelacées en tous sens.

Avec l'âge, cette cicatrice devient de plus en plus dense; on l'a vue comme cartilagineuse. A la mort de Hunter, qui s'était rompu le tendon d'Achille quinze ans auparavant, on trouva la cicatrice osseuse.

Je vais maintenant opérer devant vous deux enfants de nos salles.

L'un est cette petite fille de 6 ans 1/2 qui arrive de la campagne. Elle a un pied-équin à gauche, avec pied creux du long fléchisseur des orteils; le pied est dans l'adduction; les muscles fléchisseurs du pied sur la jambe sont paralysés, et ne se contractent même pas par l'excitation électrique. Cette paralysie a succédé, au dire des parents, à une chute arrivée pendant un accès de fièvre à l'âge de 22 mois; il est plus probable qu'elle a été produite par la fièvre elle-même.

Je vais faire la section du tendon d'Achille, en appliquant le procédé que je vous ai décrit. Avec l'aiguille en fer de lance, je fais, à 2 millimètres du bord interne du tendon, une incision longitudinale qui ressemble à une piqûre de vaccine. J'introduis par cette piqûre le ténotome mousse entre la peau et le tendon; je retourne l'instrument, et, par des pressions successives et de légers mouvements de scie, je divise le tendon. Vous entendez le craquement du tissu qui cède. La section du tendon d'Achille est complète, et vous pouvez constater immédiatement le vide considérable que laisse l'écartement des bouts. Cependant le plantaire grêle a échappé à l'instrument: je réintroduis celui-ci, qui le divise facilement. Il s'est à peine écoulé quelques gouttes de sang; une compresse et quelques tours de bande sont appliqués, après qu'on a recouvert la petite incision cutanée d'un morceau de taffetas adhésif. On va replacer aujourd'hui même le pied dans l'appareil que portait déjà l'enfant.

L'autre enfant est un garçon de 10 ans 1/2, que je vous ai déjà présenté dans la cinquième leçon; il est atteint d'un pied-équin creux, avec un léger degré de varus. Quand l'enfant est debout, le poids du corps suffit pour ramener le pied à angle droit sur la jambe; mais aussitôt que le pied est soulevé ou qu'il n'est plus maintenu, le triceps sural se rétracte fortement, et l'enfant ne touche plus le sol que par les orteils et la saillie sous-métatarsienne. Les causes de cette déviation du pied sont un peu obscures : à 4 ans, l'enfant aurait eu une fièvre qui se serait terminée par une hémiplégie. Peu à peu les mouvements se rétablirent, mais irrégulièrement, et il est resté la déformation du pied dont je viens de parler, et une flexion considérable du coude et de la main, du côté gauche.

Je vais pratiquer, comme chez la petite fille, la division du tendon d'Achille, et par le même procédé, par la section sus-tendineuse, parce que la conformation du talon est la même. L'incision cutanée se trouve un peu plus grande, aussi s'introduit-il un peu d'air; vous savez que je n'y attache pas d'importance, dès que l'occlusion de la piqûre ferme toute communication avec l'extérieur. Mais l'un de vous me fait remarquer que la section ne lui paraît pas complète, qu'il trouve sous le doigt une bride assez résistante, et il m'engage à la diviser, en introduisant de nouveau le ténotome. Je suis bien aise que vous soyez témoins de cette petite difficulté. Ce qui trompe quelquefois, en effet, comme je vous l'ai dit, c'est la résistance qu'offre au doigt la gaine cellulo-fibreuse du tendon. Quand il reste réellement une portion du tendon, il ne se fait pas un écartement aussi considérable des deux extrémités tendineuses; ici, au contraire, vous sentez nettement les deux bouts très distants l'un de l'autre, la section est bien complète (1). Même pansement que dans le premier cas.

(1) La bride signalée ci-dessus a, en effet, disparu le lendemain, avant l'application de l'appareil mécanique; ce qui ne serait pas arrivé si elle avait été formée de fibres restées intactes.

ANESTHÉSIE.

ACCIDENTS GRAVES SURVENUS APRÈS L'EMPLOI EXTERNE DU CHLOROFORME;

Par le docteur CLEMENS.

Obs. I. — Jeune femme de bonne santé; aménorrhée de six semaines; une frayeur fait reparaître la menstruation. Repos et calmants. Le lendemain, douleurs intolérables dans l'abdomen. Dans la nuit, il s'était écoulé à peu près 30 grammes de sang. Sommeil agité non réparateur. Pouls à 96, ventre mou, indolore; vagin chaud, col abaissé, orifice à peine entre ouvert. De temps en temps il survient des crampes de matrice extrêmement douloureuses. La femme est inquiète, agitée. Large fomentation de chloroforme pur sur le bas-ventre. De suite après les douleurs cessent et la patiente demande à aller dans un lit voisin. A peine arrivée, elle s'écrie : Mon Dieu; comment me trouvé-je ! et au même moment ses traits se décomposent et la syncope la plus profonde se déclare. Pas de respiration, pas de battements du cœur, l'exploration ne fait découvrir aucune hémorrhagie ni interne ni externe. Ce n'est qu'après cinq minutes d'anxiété mortelle, pendant lesquelles on avait employé les excitants énergiques, que la conscience est revenue peu à peu. La femme a déclare que, dès le moment de l'action du chloroforme, elle avait éprouvé une grande sensation de faiblesse remontant du bas-ventre à l'épigastre. Il n'est pas probable que la syncope fût survenue sans le chloroforme; car cette femme était déjà accouchée sans métrorrhagies abondantes; la dernière surtout, survenue quelque temps après la parturition, avait duré dix-huit jours et déterminé un état anémique profond; malgré cela, elle n'avait jamais éprouvé de syncope.

Obs. II. — Femme de 20 ans, non mariée et ayant caché sa grossesse, surprise à l'improviste par l'accouchement, elle se trouvait dans une grande agitation. Le placenta était retenu aux deux-tiers dans la matrice, par une contraction spasmodique de cet organe. Fomentation avec environ 8 grammes de chloroforme sur le ventre; comme dix minutes après il n'y avait pas de changement, M. Clemens versa environ 24 grammes de chloroforme dans le lit, à côté du dos, et couvrit bien la malade. Le résultat ne se fit pas attendre; cinq minutes après, le placenta était enlevé et il s'écoula une certaine quantité de sang caillé. Mais l'utérus ne se contracta pas et la femme tourna les yeux, gémit et se trouva de suite sans connaissance. L'hémorrhagie ne s'arrêta qu'après l'injection, dans la matrice, d'une seringuée d'eau froide. Sous l'influence de divers excitants, l'accouchée n'avait repris ses sens qu'après dix minutes. Elle avait calculé n'accoucher que dans quatre semaines, s'était couchée et endormie, ne se sentant déjà pas tout à fait bien, quand elle fut réveillée en sursaut par une masse de neige qui, tombée d'une toît voisin, avait brisé plusieurs carreaux de sa chambre. Bientôt après les douleurs avaient commencé. Dès la première application du chloroforme, elle dit avoir éprouvé dans l'épigastre une sensation désagréable de faiblesse.

Dans ces deux cas, il y avait eu des frayeurs; ainsi des affections dépressives qui s'étaient jointes à l'action déprimante du chloroforme. La réunion de ces deux causes avait produit un effet que chacune isolément n'aurait pas provoqué. L'hémorrhagie ne peut être invoquée seule; car elle n'était pas assez abondante pour entraîner une syncope. Celle-ci, d'ailleurs, s'était manifestée avec une soudaineté et des symptômes que l'on ne voit pas par les causes ordinaires des syncopes. M. Clemens ne croit pas à l'absorption du chloroforme par la peau, mais à une action sur les nerfs périphériques. Car, depuis nombre d'années, il traite le rhumatisme aigu et toutes les douleurs, même inflammatoires, par ces larges applications de chloroforme, en en consommant parfois 180 jusqu'à 300 grammes dans les vingt-quatre heures. Le malade est dans une atmosphère de chloroforme qu'on l'empêche de respirer, en serrant la couverture autour du cou et en soignant une ventilation constante. Jamais il n'a vu survenir la syncope après cette administration.

Nous croyons que le chloroforme n'était pas innocent des accidents signalés dans ces deux observations, il a dû y contribuer pour une large part; mais nous n'y voyons pas une simple action sur les nerfs de la peau. Pourquoi ne serait-il pas absorbé par la peau. Pourquoi ces deux femmes n'en auraient-elles pas inspiré une certaine dose, capable de produire la syncope dans les circonstances données? Malgré ces objections au mode d'explication du fait, celui-ci n'en reste pas moins remarquable. — (*Monatsschr. f. geburtsk.*, 1856, n° 1.)

RÉCLAMATION.

RÉPONSE A M. DUROY, PHARMACIEN, RÉCLAMANT LA PRIORITÉ DE L'IODE CONSIDÉRÉ COMME ANTISEPTIQUE;

Par M. BOINET.

[Nous avons reçu depuis longtemps déjà la réponse de M. Boinet à la réclamation de M. Duroy, mais l'abondance des matières nous a empêché jusqu'à présent de la publier.]

Un pharmacien de Paris, M. Duroy, a commencé une nouvelle campagne, pour s'approprier la découverte qu'il prétend avoir faite, *de la propriété antiseptique de l'iode, sur les sécrétions purulentes, virulentes et contagieuses*. Rien n'est plus facile que de montrer à M. Duroy qu'il n'a aucun droit à cette découverte, que j'avais signalée, démontrée, publiée bien avant lui.

D'abord, pour se donner le facile triomphe d'avoir raison, M. Duroy ne trouve rien de mieux à faire que d'altérer les dates et de considérer comme non avenus tous les travaux que j'ai publiés depuis 15 ans sur l'iode, et avant la publication de mon *Traité d'iodothérapie* qui date de 1855, et n'est que le résumé de toutes mes observations sur l'iode.

Partant de ce raisonnement faux, illogique, que mes travaux sur l'iode ne doivent dater que de la publication de mon dernier travail, M. Duroy s'évertue à dire qu'un ouvrage publié en 1855 est de beaucoup postérieur aux expériences qu'il a présentées à l'Académie de médecine le 11 octobre 1853, et qu'il a publiées dans l'UNION MÉDICALE en 1854, et que, par conséquent, ses idées et ses travaux ont devancé les miens. Quelle force de raisonnement !... Peut-on supposer, à moins d'une bien grande mauvaise volonté ou d'une mémoire bien malheureuse, que M. Duroy ait oublié les observations que je lui ai faites déjà dans l'UNION MÉDICALE (1854) à l'occasion de sa *première publication* qui est du 23 septembre 1854, page 465 ? Et les citations et les dates que je lui ai indiquées, évidemment s'il les passe sous silence, c'est parce qu'elles seront toujours un obstacle insurmontable pour ses prétentions; et puisque j'y suis forcé, je vais encore le renvoyer à des travaux qui ont été publiés avant le 11 octobre 1853, et à une époque où M. Duroy ne pensait guère à l'iode... Qu'il veuille seulement lire un travail que j'ai lu en 1849 à la Société de chirurgie, *sur le traitement des abcès par congestion par les injections iodées*, et qui a été publié en 1850 dans les *Mémoires de la Société de chirurgie* (tome II, 4e fascicule), et il verra que toutes les idées qu'il réclame pour lui, et qu'il a publiées en 1854, y sont consignées... Mais M. Duroy dit connaître ce travail, et même il le cite; alors comment se fait-il qu'il n'ait pas lu les passages suivants?... Le pourquoi, tout le monde le comprendra..... Après avoir énuméré tous les efforts que les chirurgiens ont fait pour s'opposer à l'introduction de l'air dans le foyer d'un abcès par congestion, circonstance à laquelle on attribue l'inflammation des parois du foyer, la viciation du pus, en un mot, tous les symptômes de l'infection putride, de la fièvre hectique, etc. Je dis à la page 455, deuxième alinéa :

« La nouvelle méthode que je propose, me paraît avoir l'immense » mérite de prévenir tous les accidents que je viens de signaler..... Son » avantage sur toutes les méthodes connues jusqu'à ce jour est..... de » prévenir l'infection putride..... Avec cette nouvelle méthode, *l'introduction de l'air dans le foyer, l'inflammation de ses parois, la viciation du pus ne sont plus que des accidents très secondaires et presque insignifiants, du moment qu'on peut* SUREMENT *s'opposer à leur pernicieuse influence.* »

Page 456 : « *Dirigé par des vues générales de physiologie appliquées à la pathologie*, ayant bien étudié l'action de la teinture iodique sur » nos tissus, je pensai que l'on pouvait, par ce moyen, *s'opposer à la viciation du pus des abcès ouverts, ou même que si le pus venait à être vicié, on pourrait s'opposer à son absorption, et qu'on arrivevait ainsi à prévenir tous les accidents de la résorption putride*, etc. »

J'avais si peu saisi cette propriété antiseptique, antiputride de l'iode, et que réclame M. Duroy, que j'écris à la page 460 : « CHOSE REMARQUABLE, c'est que chaque injection apporte *une modification marquée sur la nature du liquide* qui provient de l'abcès. Après avoir présenté » différents caractères, *subi divers changements dans sa composition*,... » il devient peu à peu de bonne nature, puis enfin il se transforme en » sérosité, en liquide aqueux, en véritable lymphe. »

Plus loin, encore à la page 460, au dernier alinéa :

« *Un autre fait* qui nous a été démontré par ces injections, c'est » qu'on peut se dispenser *de fermer l'ouverture de la ponction; après une injection iodée, l'introduction de l'air dans la cavité injectée ne peut offrir aucun inconvénient.* »

« ..... On sait avec quelle rapidité se remplit de nouveau un foyer » purulent qu'on vient de vider, et quels grands dangers il y a à laisser » ces foyers en communication avec l'air extérieur. CES DANGERS *ne sont plus à craindre après l'injection iodée,.... il en résulte donc que l'air qui peut s'introduire dans un foyer purulent ne peut pas vicier le pus*, etc., qu'il n'y a plus par conséquent d'*altération, de viciation et d'absorption* possibles du pus, et qu'enfin ces accidents si terribles d'infection purulente, de résorption, d'infection putride n'*ont pas lieu.* »

A la page 477 : « Je redoute si peu l'entrée de l'air dans le foyer après » les injections iodées, que *je ne prends même plus la précaution de former la piqûre ou l'incision* avec un emplâtre de diachylon. »

Même page : « Ces injections répétées ont donc la propriété *de modifier profondément* et la carie, et les parois des abcès, *et le liquide qu'elles sécrètent.* »

Peut-être que 1850 est une date trop éloignée pour la mémoire de M. Duroy. S'il veut se donner la peine d'ouvrir les *Archives générales de médecine*, il y trouvera un mémoire publié *en mars* 1853, par conséquent, avant les expériences de M. Duroy qui sont du mois d'octobre de la même année. Ce mémoire est intitulé : *Du traitement des épanchements pleurétiques purulents par les injections iodées.* A la page 521, du tome I de la 5e série, il lira : « *En effet, les injections iodées, outre l'avantage immense qu'elles ont de faire disparaître pour ainsi dire instantanément la fétidité du pus*, de modifier les tissus qu'elles touchent, relèvent l'action languissante des parties frappées d'inflammation chronique *ou de mauvaise nature.* »

En 1852, au mois d'octobre, à l'époque où notre savant confrère, M. Fauconneau-Dufresne, publiait les leçons de M. Magendie *sur les propriétés antiseptiques de l'iode* (UNION MÉDICALE, pages 475 et suivantes), j'ai adressé une réclamation dans laquelle j'indiquais que, depuis longtemps déjà, j'avais signalé cette propriété antiputride ou antiseptique de l'iode; et si M. Duroy en doute, qu'il s'adresse à M. Fauconneau-Dufresne lui-même, qui pourra lui certifier la vérité de mon assertion. Les leçons de M. Magendie, dont la publication commence dans le premier numéro de l'UNION MÉDICALE, 3 *janvier* 1852, sont intitulées : *Du contact de l'iode avec le sang, les autres liquides animaux et diverses substances.*

Plus tard, mais toujours à une époque antérieure à celle où M. Duroy a présenté ses observations à l'Académie de médecine, *le* 13 *septembre* 1853, j'écrivais dans l'UNION MÉDICALE, à la page 431 :

« Appliquée sur les muqueuses enflammées, la teinture iodurée mo» difie, change la nature de l'inflammation, *et par conséquent les sécré» tions*..... Outre les phénomènes que je viens d'indiquer ci-dessus, la » matière séreuse, muqueuse ou *purulente sécrétée se coagule, les mau» vaises qualités du pus ou des sécrétions sont modifiées, changées*..... » *et en peu de temps les sécrétions purulentes ou non deviennent* » *louables.*

» Convaincu, par de nombreuses remarques, des bons effets des appli» cations iodées sur les muqueuses enflammées, ulcérées, je les ai appli» quées avec succès *sur les ulcérations de toute espèce*, dans les vagi» nites aiguës ou chroniques, *spécifiques* ou non. En modifiant ainsi les » *sécrétions virulentes, le principe contagieux était entièrement détruit* » *et si sûrement*, que les femmes pouvaient avoir des rapports sexuels, » sans inconvénient pour ceux qui les approchaient. »

Je n'en finirais pas si je voulais citer tous les passages que j'ai publiés bien des années avant les expériences de M. Duroy, dans lesquels se trouve la preuve que l'iode est un antiphlogistique et que je n'ai pas eu besoin de M. Duroy pour me l'apprendre..... Après toutes ces preuves écrites que tout le monde connaît, excepté M. Duroy, qui ne veut pas

les connaître, cet honorable pharmacien persistera-t-il à dire que M. Boinet n'avait pas aperçu l'action immédiate de l'iode sur les humeurs altérées, qu'il ne savait pas que l'iode s'opposait à l'action de l'air par sa présence, sa permanence et sa combinaison avec les humeurs et les tissus, etc. Je laisse désormais au lecteur le soin de juger les affirmations de M. Duroy.

En présence du rapport de M. Chatin, qui indique que M. Liébig avait parlé *sommairement* de cette propriété singulière de l'iode, M. Duroy n'a pas osé se placer avant ce savant pour cette découverte, mais il est heureux de me l'opposer. J'avoue ne pas connaître les recherches de M. Liébig à ce sujet, mais je demande que M. Duroy, qui est en si bon train de faire des réclamations pour les autres, quand il ne peut les faire pour lui, veuille bien m'indiquer la *date précise* de la publication de M. Liébig et nous verrons s'il a la priorité sur moi et sur mes observations, qui remontent à 1839, 1840, 1842, 1844, 1846, etc., et qui ont été recueillies avec le concours et sous les yeux de médecins honorables et instruits. Dans tous les cas, comme la découverte de cette propriété antiseptique de l'iode n'est qu'un fait d'observation, il pourrait bien se faire que M. Liébig l'eût fait de son côté comme je l'ai fait du mien.

Maintenant, cher lecteur, je vous le demande, que reste-t-il des prétentions de M. Duroy à la découverte de l'iode comme un antiseptique ? Vous comprendrez qu'avec des hommes comme lui on ait besoin de réclamer son bien et de le réclamer souvent, puisqu'au mois d'octobre 1853 il paraît ignorer ce qui a été publié, dans le journal qu'il lit, au mois de mars de la même année ; il comprendra, je l'espère, pourquoi mes réclamations sont toujours les mêmes, « pourquoi mes exigences progressent chaque jour. » C'est tout bonnement parce que mes droits sont toujours les mêmes, et que mes réclamations paraissent plus exigentes.

Était-ce bien la peine de pousser de si gros soupirs, de faire des invocations et des exclamations si bruyantes ? « Puissent, s'écrie M. Duroy, » les nouveaux documents que je vais apporter faire mieux connaître les » droits de chacun et mettre un terme aux réclamations réitérées de » l'honorable M. Boinet. » Quel pompeux exorde ! qui, après cela, aurait pu supposer une conclusion aussi misérable..... C'est la montagne en mal d'enfant, elle n'est encore accouchée cette fois que d'une souris....

Et cependant, cet honorable pharmacien auquel j'ai rendu toute la justice qu'il mérite (voyez mon *Traité d'iodothérapie*, page 609) pour les expériences chimiques qu'il a faites pour étudier la propriété antiputride de l'iode sur le pus, ne peut me pardonner de l'avoir devancé de bien des années dans cette découverte. Depuis ce moment, il n'a plus ni trêve ni repos, il dit (mais les citations qu'il a faites ne le prouvent pas) qu'il a fouillé toutes les archives de la science pour me combattre, qu'il a consulté toutes mes publications éparses, et qu'il n'a pas trouvé le mot *antiseptique* sorti de ma plume. Ce qui prouve, selon lui, d'une manière positive, que je ne connaissais pas avant les travaux de M. Duroy la propriété antiseptique de l'iode. Cette admirable propriété qu'a ce métalloïde, de modifier, de changer le pus, de le décomposer et de lui enlever sa fétidité, ses mauvaises qualités, et qui fait enfin que le pus sanieux, fétide, de mauvaise nature, contagieux, virulent, devient du pus de bonne nature, une sécrétion inoffensive, etc.

Sur ce point encore, M. Duroy a joué de malheur, car il trouvera que ce mot antiseptique, sur lequel repose toute la force de ses preuves, est écrit en toutes lettres dans le compte-rendu des leçons de M. Magendie fait par M. Fauconneau-Dufresne, dans l'Union Médicale et dans la lettre que j'ai adressée à cette occasion... N'est-ce pas d'ailleurs de la puérilité et perdre son temps que de discuter sur un mot, pour prouver qu'on ne connaît pas le fait qu'il désigne, comme si un fait ne pouvait se désigner que par un seul mot ; et d'ailleurs, si cela peut être agréable à M. Duroy, je lui laisserai bien la satisfaction d'avoir inventé le mot *antiseptique*, mais je me réserverai *la chose*.

Reste la revendication faite par M. Duroy en faveur de MM. Lugol, Braynard, Green, et aussi pour son propre compte, à l'endroit de l'inflammation adhésive, des sécrétions virulentes, contagieuses.... J'aurais bien tort de garder le silence sur ce point, car M. Duroy viendrait un jour se targuer de ce silence contre moi pour m'administrer la virulente rebouffade que voici :

« Contre ces paroles formelles, M. Boinet a-t-il protesté ? — Non. Il n'avait qu'à citer ses travaux où avant MM. Braynard, Greene *et Duroy*, il a proposé l'iode pour combattre les venins et les virus ; *ne l'ayant pas fait dans le temps, que vient-il réclamer aujourd'hui ?* »

Vous voyez, cher lecteur, qu'avec ce jouteur, si on n'a pas réclamé en temps convenable ce qui nous appartient, il ne faut pas y revenir plus tard, on a perdu tous ses droits... Et si par malheur on réclame, alors il crie à l'exigence, etc. Mais patience, M. Duroy, mes citations, pour ne pas vous être parvenues à temps, vont vous arriver à point, en bonne et due forme.

Dans son amour pour la science et la vérité, M. Duroy n'y va pas à demi, il réclame pour lui, il réclame pour tout le monde, pour les morts, pour les vivants. Il réclame même, dans son ardeur, pour ceux qui ne réclament rien et qui déclarent qu'ils n'ont rien à réclamer..... Enfin, dans cette réclamation générale et universelle, il agrive à contester à peu près tous mes travaux sur l'iode et il a trouvé, dans ses profondes recherches, à qui les attribuer..... Soyez sûr, M. Duroy, que la science vous saura gré d'un labeur si grand..... Mais voyons comment procède notre savant pour se donner raison. Il interprète les faits à sa manière, il leur donne un sens que ceux pour lesquels il réclame se garderaient bien de leur donner ; tant ils craindraient, et avec raison, qu'on ne les accusât d'ignorer les premiers éléments de la science.

Ainsi, suivant mon intrépide contradicteur, Lugol aurait observé, connu, signalé bien longtemps avant moi que les injections iodées faites dans les trajets fistuleux, dans les cavités des abcès, produisaient l'inflammation adhésive. Pour prouver ce point capital, M. Duroy va encore recourir aux *citations des textes* ; il veut, dit-il, absolument faire apprécier la part légitime qui revient à chacun dans les applications successives de l'iode... C'est sa mission... Or voici la preuve irréfragable, incontestable, accablante qu'il me lance de toute la hauteur de son autorité. C'est un titre tronqué d'un bout d'observation qu'il a copié dans le livre de M. Dorvault, intitulé : *Iodognosie*.

Je cite textuellement d'après M. Duroy :

« Obs. XVI. — *Tumeur blanche de l'épaule, plusieurs abcès fistuleux*.... Depuis trois mois, il ne reste que trois petits trajets fistuleux qu'on pansait avec de petits plumasseaux de pommade iodurée, » que j'ai remplacée depuis quelques jours par de *simples excitations* » *au moyen de la solution concentrée d'iode.* »

« Cette dernière citation, dit M. Duroy, *prouve assez clairement* » *que l'inflammation adhésive*, à laquelle M. Boinet tient tant, avait été » indiquée par Lugol..... Mais si l'on doit rendre à Lugol l'inflammation » adhésive sur laquelle M. Boinet *a fondé tous les bienfaits de sa mé-* » *thode*, que restera-t-il à M. Boinet ? » — Ainsi, Lugol a pansé pendant trois mois de petits trajets fistuleux peu profonds, avec de petits plumasseaux de pommade iodurée, qu'il a remplacés par de *simples excitations au moyen de la solution concentrée d'iode*..... Et voilà la preuve qu'apporte M. Duroy pour dire que Lugol avait pratiqué des injections iodées dans l'intention formelle, réfléchie, de produire une inflammation adhésive. Si Lugol vivait, il renierait assurément son perspicace interprète, et n'accepterait pas une preuve de cette nature. En effet, quiconque sait ce qu'on doit entendre par inflammation adhésive, et comprend le mode d'action des injections iodées dans les abcès et les trajets fistuleux, ne pourra jamais admettre que l'idée de l'inflammation adhésive se trouve dans l'observation citée par M. Duroy. Et puisque notre habile contradicteur est si fort sur les textes, pourquoi n'a-t-il pas recouru au mémoire lui-même de Lugol ? Il aurait lu à la page 97, 3e mémoire, 1831, cette fameuse observation qui m'enlève tous mes droits. Je veux montrer une fois de plus, au lecteur, ce qu'on doit croire des citations de M. Duroy ; il me suffira de rapporter les points principaux de cette observation, elle est intitulée :

Tumeur blanche de l'épaule droite : plusieurs abcès froids fistuleux ; marasme du bras, colliquation générale. — Traitement iodure de dix mois ; guérison très avancée. Récidive des plus alarmantes traitée localement d'une manière énergique ; *la maladie guérit de nouveau. Depuis quatre mois il ne reste que trois petits trajets fistuleux, peu profonds, qu'on pansait avec de petits plumasseaux enduits de pommade iodurée, que j'ai remplacés par de simples excitations au moyen de solution concentrée d'iode.*

Ce malade entre à l'hôpital le 20 octobre 1829... Pendant dix ou onze mois il est soumis à un traitement iodure, qui, a consisté en *frictions locales, pansements avec la pommade au protoiodure de mercure, eau minérale iodurée.*

Dans les premiers jours de septembre 1830, l'épaule devient rouge et se gonfle de nouveau, les fistules se rouvrent... A cette récidive j'opposai, dit Lugol, *un traitement local des plus énergiques.*

Voici en quoi consiste ce traitement local énergique : *on applique matin et soir* un cataplasme de farine de graines de lin *fortement iodure*. On n'aurait pu faire des frictions iodurées à cause de l'acuité des douleurs locales ; en conséquence, les cataplasmes furent *doublement chargés d'iode*.... Au bout de quinze jours, la douleur locale fut moins aiguë,.... les ulcères fistuleux donnèrent du pus en plus grande abondance ; ils furent pansés avec des gâteaux de charpie fortement enduits de pommade au protoiodure de mercure, et on appliqua des pansements iodurés pardessus ce pansement. L'eau minérale iodurée fut reprise après de l'eau de rhubarbe, dont on avait administré une tasse chaque matin, et le traitement fut continué ainsi jusqu'à la fin de l'année 1830.

Voici les points principaux de cette observation, et, pour empêcher qu'on ne se méprenne sur la manière dont on pourrait interpréter le traitement local qu'il a mis en usage, Lugol termine cette observation par les réflexions suivantes :

« J'ai cité ce cas de tumeur blanche de l'épaule, *quoique la guérison* » *ne soit pas encore complete* (et rien n'indique qu'elle ait été jamais » obtenue), parce que j'ai pensé qu'il ne pouvait qu'être fort intéressant » de connaître les effets de l'iode dans des cas aussi graves, *j'ai surtout* » *pensé* que le parti que j'ai pris à l'occasion de la récidive était une de » ces inspirations qu'on ne doit point passer sous silence ; car il est » bien certain que toute autre méthode de traitement n'eût pas arrêté la » maladie *et que le traitement local énergique* auquel j'ai eu recours était » du moins autorisé par la nature spéciale des accidents graves qui se » passaient sous mes yeux. »

Voilà l'observation de Lugol. C'est celle que cite M. Duroy pour prouver que l'inflammation adhésive avait été signalée avant moi à la suite des injections iodées. Je vous le demande, cher lecteur, est-il possible, avec la meilleure volonté du monde, de trouver dans cette observation et dans les réflexions qui la suivent la preuve que Lugol a songé à provoquer l'inflammation adhésive par des injections iodées, et surtout dans ces expressions indiquées et soulignées par M. Duroy : *excitations au moyen de solution concentrée d'iode*. Il est évident que par ces mots, M. Lugol, ainsi qu'il prend soin de le dire lui-même, n'entend pas autre chose que son traitement local énergique, c'est-à-dire ses applications de cataplasmes de farine de graines de lin fortement iodurés.

Ne dirait-on pas, d'après cette citation de M. Duroy, qu'il ne sait pas ce que c'est qu'une inflammation adhésive, ni comment on l'obtient à la suite des injections iodées ? Il n'est d'ailleurs pas obligé de le savoir, il n'est pas médecin.

A M. Duroy qui me conteste l'idée première de l'inflammation adhésive à la suite des injections iodées, je puis lui dire, comme je l'ai démontré ailleurs (1), ni dans les mémoires de M. Lugol, ni dans ses observations il n'existe un seul mot, une seule pensée qui puissent donner le droit de revendiquer pour Lugol la méthode que j'ai proposée, et j'ajouterai que les conclusions soit particulières, soit générales qu'il tire de ses observations sont plutôt de nature à éloigner qu'à faire naître l'idée de l'emploi des injections iodées dans les cas particuliers où je les ai employées. J'ai d'ailleurs eu l'occasion de m'expliquer à ce sujet avec Lugol lui-même, qui, après avoir réclamé dans la *Gazette des hôpitaux* (4 avril 1846), à l'occasion de la discussion qui venait d'avoir lieu à l'Académie de médecine, sur les injections iodées dans la poitrine, n'a pas jugé à propos de répondre à l'analyse que j'ai faite de ses mémoires et de ses observations dans le *journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1846, page 97 et suivantes. Si M. Duroy veut se donner la peine de lire cet article, il comprendra bien vite qu'il n'a rien à réclamer pour Lugol, quand Lugol n'a rien réclamé pour lui-même.

Reste enfin la réclamation faite en faveur de MM. Braynard Greene, et dans laquelle M. Duroy se réserve encore la meilleure part, puisque ces savants n'auraient songé à faire des expériences sur les virus et les venins qu'inspirés par les ingénieuses prévisions et les profonds raisonnements de ce clairvoyant expérimentateur. Sur ce point comme sur les autres, M. Duroy arrive encore trop tard.

Déjà plusieurs fois, à l'aide de dates bien établies et de faits publiés longtemps avant ses expériences (Union Médicale, 1853 et 1854), nous lui avons prouvé qu'il n'avait aucun droit à cette priorité et il peut lire dans la *Gazette médicale de Paris*, 1850, p. 795, et dans l'Union Médicale, 1853, p. 431, que les applications locales de teinture d'iode, avaient la propriété de détruire, de modifier, de transformer les sécrétions purulentes, virulentes, contagieuses, etc.

Or, si la teinture d'iode change, transforme, décompose, annihile les sécrétions virulentes contagieuses, de mauvaise nature, elle détruit donc les virus, les venins..., à moins qu'un venin ou un virus ne soient pas considérés par M. Duroy comme une sécrétion virulente ou contagieuse ; peut-être que, pour lui, une sécrétion virulente contagieuse n'est pas un virus, et qu'un venin n'est pas une sécrétion contagieuse et de mauvaise nature. D'ailleurs, je n'ai pas manqué dans mon livre (*Iodothérapie*, page 629) de rendre justice aux belles expériences de MM. Braynard, Greene et Alvaro-Reynoso.

Sans doute M. Duroy a compris, à la fin de son article, que les idées qu'il réclamait pour lui pouvaient bien ne pas lui appartenir, car voici la péroraison de son discours, elle est bien faible à côté de l'exorde :

« *Ici*, dit M. Duroy, comme dans toutes les branches des connaissances » humaines, *il est souvent impossible de remonter aux sources*... » Puis il termine par cette maxime à son usage : « *Disons plutôt : cela est à* » *tous et permettons à chacun de puiser au fleuve.* »

Que M. Duroy garde cette maxime pour lui, pour moi, j'aime assez garder ce qui m'appartient.

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, année 1846, page 97 et suivantes.

COURRIER.

Souscription en faveur des veuves et des orphelins des médecins de l'armée et de la flotte d'Orient.

Souscriptions reçues du 2 au 20 septembre :

MM. Gosselin, 25 fr. ; Fontaine, de Brienon (Yonne), 10 fr. ; J.-B. Ducos, 20 fr. ; Barthez, 20 fr. ; Adelon, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 20 fr. ; Devilliers, 40 fr. ; Guillon, 50 fr. ; Ferrus, 30 fr. ; Ségalas, 100 fr. ; Despaulx-Ader, 15 fr. ; Richard (Adolphe), 20 fr. ; Bonnafoux, de Figeac, 10 fr. ; Lucas-Championnière, 20 fr. ; Goupil, 30 fr. ; du Kerley, de Givet, 20 fr. ; Fierens, de Gand, 20 fr. ; Boutin de Beauregard, 10 fr. ; Brisset, 20 fr. ; Sichel, 20 fr. ; Bourrus, 20 fr. ; Lustreman, professeur à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce, 40 fr. ; Champouillon, id., 25 fr. ; Mounier, id., 40 fr. ; Godelier, id., 40 fr. ; Laveran, id., 40 fr. ; Chenu, bibliothécaire-conservateur, 30 fr. ; Tholozan, professeur agrégé, 20 fr. ; Legouest, id., 20 fr. ; Coulier, id., 20 fr. ; Sestier, médecin des hôpitaux, 20 fr. ; Bessières, 20 fr. ; Deschamps, 20 fr. ; Tourny, médecin-major de 1re classe au 25e, à Rome, 15 fr. ; Baudens, membre du Conseil de santé des armées, 200 fr. ; Bechet, médecin à Nancy, 20 fr.

Liste précédente . . . . . 2,790 fr.
Total au 20 septembre. . . . . 3,880 fr.

— Le professeur James Johnston a publié récemment une statistique assez curieuse sur l'usage des narcotiques chez les différents peuples.

La Sibérie, dit-il, a ses fongus ; la Turquie, l'Inde et la Chine ont leur opium ; la Perse, l'Inde et la Turquie, avec toute l'Afrique, depuis le Maroc jusqu'au cap de Bonne-Espérance, et même les Indiens du Brésil, ont leur chanvre et leur hachich ; l'Inde, la Chine et l'archipel du Levant ont leurs noix de bétel et leur poivre de bétel ; les îles de la Polynésie ont leur ava quotidien ; le Pérou et la Bolivie leur interminable coca ; la Nouvelle-Grenade et les chaînes de l'Himalaya, leurs pommes-épine rouges et communes ; l'Asie, l'Amérique et le monde entier, peut-on dire, ont le tabac ; les Indiens de la Floride leur houx-émétique ; le nord de l'Europe et l'Amérique ont leur pédum et leur galle douce ; les Anglais et les Allemands ont le houblon, et le Français la laitue.

Il n'est nation si ancienne qui n'ait son narcotique habituel, depuis les temps les plus reculés ; aucune, si lointaine et si isolée, qui n'ait trouvé sur ses propres bords un allégeur de peines, et sur son sol natal un narcotique pour chasser les soucis ; aucune si sauvage, que l'instinct n'ait conduite à chercher et employer avec succès cette forme de secours physiologique. L'appel d'un tel secours et l'habitude d'en jouir sont à peine moins universels que le désir et la consommation des aliments nécessaires à l'existence.

On peut estimer que les divers narcotiques sont en usage, savoir : le tabac parmi 800 millions d'hommes ; l'opium parmi 400 millions ; le chanvre et le hachich parmi 200 à 300 millions ; le bétel parmi 100 millions ; le coca parmi 10 millions d'hommes.

Une tendance, ajoute le chimiste anglais, qui fait si évidemment partie de la nature humaine, ne peut être réprimée par aucun moyen physique, fiscal ou réglementaire. Elle peut être pendant quelque temps découragée ou empêchée ; mais ce résultat même, tout insuffisant, n'est pas toujours atteint. Cela n'est que trop prouvé par la tentative infructueuse des Espagnols pour arrêter la consommation du coca dans le Pérou. Les rois et les prêtres qui ont voulu défendre de fumer n'ont pas été plus heureux en Europe et en Asie, et, plus récemment, l'échec de la croisade impériale contre l'opium, a montré toute la vanité de ces entreprises.

Essai sur l'action thérapeutique de la strychnine dans le choléra-morbus, par G. Ferro-Basile de Reggio (thèse inaugurale). In-4, Paris, 1856.

De la présence de l'urée dans le sang et de la diffusion dans l'organisme à l'état physiologique et à l'état pathologique, par Joseph Picard (thèse inaugurale). In-4, Strasbourg, 1856.

Étude sur un monstre double, compliqué de deux autres monstruosités, par Albert Puech, chirurgien chef-interne des hôpitaux civils de Toulon, etc. In-8, Montpellier, 1856.

Emploi du riz dans la panification, mémoire lu à l'Académie royale de Savoie, par Joseph Bonjean, membre de l'Académie, etc. In-8.

Recherches chimiques, physiologiques et médicales sur les eaux de Challes-en-Savoie, par J. Bonjean, pharmacien à Chambéry. In-8, Chambéry, 1843.

Étude sur Bichat, par le docteur C. Sauzerotte. In-8, Nancy, 1853.

Coup d'œil sur les progrès de la thérapeutique et de la matière médicale pendant la première moitié du XIXe siècle, par M. C. Sauzerotte, médecin en chef de l'hôpital de Lunéville. In-8.

La saignée et ses détracteurs, par le docteur C. Sauzerotte. In-8.

Étude clinique du typhus contagieux, par E. Chauffard, médecin de l'hôpital d'Avignon. In-8, Paris, 1856. Victor Masson, libraire.

Étude clinique du sycosis, et en particulier du sycosis tuberculeux, par M. Maurice Chaussit. In-8, Paris, 1856, Victor Masson, libraire.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 116. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 25 Septembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. CHIRURGIE : Traitement des kystes volumineux de l'ovaire par les ponctions répétées, préparatoires aux injections iodées, d'après la méthode de M. Demarquay. — III. MATIÈRE MÉDICALE : Expérience sur les différentes préparations de la ciguë. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 23 septembre : Correspondance. — Rapports sur des remèdes secrets. — Lecture. — V. RÉCLAMATION : Lettre de M. le docteur Le Prestre. VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

PARIS, LE 24 SEPTEMBRE 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Les questions de priorité scientifique sont, en général, très délicates et très difficiles à juger. Un savant illustre, Arago, a fait prévaloir, pour des débats de ce genre, une sorte de jurisprudence qui est à peu près unanimement acceptée et suivie par les corps savants. Toute réclamation, non appuyée sur un témoignage imprimé et publié, n'avait pour Arago, et n'a en ce moment, pour les Académies, qu'une valeur très faible. La publication, voilà le critérium suprême en fait de priorité d'invention. Cette jurisprudence a du bon ; elle est surtout commode, car elle permet de trancher facilement et dates en main des différends d'une grande fréquence. Mais, comme toutes les jurisprudences, celle-là paraît être quelquefois sévère, absolue, et blesser l'équité naturelle. Ainsi, un honorable médecin de Paris a revendiqué en faveur d'un chirurgien de Caen la priorité d'application du procédé de ponction initiale des bubons, procédé sur lequel M. Broca a lu un intéressant mémoire dans une des dernières séances de l'Académie. M. Broca a répondu hier à cette réclamation ; et sans invoquer directement la jurisprudence d'Arago, il s'est néanmoins abrité derrière cette circonstance que feu Dominel, chirurgien de Caen, pas plus que ses élèves, n'a absolument rien publié sur le procédé en question. M. Broca est certainement de bonne foi ; un chirurgien de sa valeur et de son avenir n'a besoin de rien emprunter à personne, et le procédé dont il a communiqué les résultats à l'Académie, il a cru l'avoir inventé, il a cru que lui, pour la première fois, en avait fait l'application. Mais il n'en est pas moins vrai que cette pratique est connue depuis longtemps à Caen, et nous publions aujourd'hui même une lettre de M. le docteur Leprestre, professeur de clinique chirurgicale à l'École de cette ville, qui ne laisse aucun doute à cet égard. En l'absence de tout document écrit, M. Broca ignorait assurément les faits de Dominel et de son successeur, et nous croyons bien que cette ignorance était partagée par tous les chirurgiens de Paris qui n'ont pas commencé leurs études à Caen. Cela prouvera encore une fois à nos confrères des départements qu'ils sont ou trop modestes ou trop indifférents à l'endroit de la publicité. Ils se plaignent, ils récriminent contre l'envahissement et l'absorption de Paris, et quand ils ont de bonnes choses à faire connaître, il se taisent, ils attendent que les mêmes idées aient surgi ailleurs pour réclamer. La presse impartiale ne peut faire que ce qu'elle fait : accueillir leurs réclamations, mais ne pas cacher non plus la réponse qui leur est faite. C'est ce que nous faisons aujourd'hui pour la lettre que M. Broca a adressée à l'Académie en réponse à celle de M. Marie.

Une demande adressée par MM. Laboureur et Fontaine, à l'appui d'un mémoire sur la préparation et la composition du valérianate d'ammoniaque, permettra sans doute à l'Académie d'éclairer la pratique sur l'emploi de ce médicament nouveau.

M. Robinet a livré une nouvelle bataille à une nouvelle légion de remèdes secrets et nouveaux, qu'il a tous impitoyablement passés au fil de sa plume spirituelle et bien aiguisée.

M. Gimelle a fait un rapport sur une nouvelle communication de M. Devilliers, médecin en chef du chemin de fer de Lyon, et relatif à la statistique sanitaire du personnel de cette exploitation, pendant l'année 1855. M. le rapporteur a trouvé dans ce travail une légitime occasion de louer le zèle et la sollicitude de M. le docteur Devilliers, et c'était justice.

La séance a été close par M. Mattei, qui a lu un mémoire sur l'inertie de la matrice pendant et après le travail, et que cet honorable accoucheur ne considère que comme l'épuisement des forces de l'utérus. Intervenez opportunément, dit-il, et vous n'aurez pas à combattre l'inertie. Quand l'utérus s'épuise en efforts qui n'aboutissent pas, venez-lui en aide, et vous lui conserverez pour plus tard ses *forces disponibles*. Quant au moment précis où l'accoucheur doit intervenir, M. Mattei a posé des règles et formulé des *lois* que rien n'est plus facile que de suivre. Avec une bonne montre à la main, on voit tout de suite si les douleurs avancent ou retardent. Avancent-elles ? laissez faire la nature. Retardent-elles ? agissez. Les lois posées par M. Mattei sont si rigoureuses, qu'elles vont jusqu'à préciser le nombre des minutes et des secondes où une douleur est bonne ou stérile.

En rendant compte l'an dernier de l'ouvrage de M. Mattei sur l'accouchement physiologique, nous avons désigné cet honorable confrère sous le nom d'accoucheur révolutionnaire. Ce révolutionnaire vient soumettre ses idées et ses doctrines à l'Académie ; c'est à l'Académie à éclairer l'opinion sur les convictions, qui paraissent très énergiques, de cet accoucheur. S'il y a du bon, il faut le dire et le répandre ; si c'est dangereux, il faut le dire plus vite encore et le prouver.

C'est là le beau rôle des Académies.

Amédée LATOUR.

CHIRURGIE.

DU TRAITEMENT DES KYSTES VOLUMINEUX DE L'OVAIRE PAR LES PONCTIONS RÉPÉTÉES, PRÉPARATOIRES AUX INJECTIONS IODÉES D'APRÈS LA MÉTHODE DE M. DEMARQUAY ;

Par M. PAUPERT.

La thérapeutique des kystes de l'ovaire, depuis que les injections irritantes sont mises en usage, fait chaque jour des progrès incontestables sous le double point de vue de la sûreté de l'opération et des modifications opératoires apportées tout naturellement par l'expérience. Si nous remontons un peu plus haut, à l'époque où on a commencé à pousser des liquides de différente nature dans les cavités, c'était plutôt pour les déterger et en laver les parois que pour obtenir leur adhésion immédiate. Ce n'est que depuis un petit nombre d'années que M. Jobert, assimilant la poche ovarique à la cavité vaginale du scrotum, eut l'idée d'y faire pénétrer une injection alcoolique, comme on le pratiquait déjà pour l'hydrocèle.

Depuis ces premiers essais, divers liquides avaient été employés avec plus ou moins de succès, quand M. Ricord, vers 1838, injecta la teinture d'iode largement étendue. Les années suivantes, M. Velpeau fit paraître ses travaux sur les injections iodées dans les cavités closes, et, à partir de cette époque, ce moyen parut définitivement acquis à la science. MM. Boinet et Monod sont ceux qui ont le plus contribué à propager cette heureuse application de la teinture d'iode à la cure radicale des kystes de l'ovaire ; M. Boinet pratiqua un grand nombre d'opérations et en publia les résultats. La méthode se résumait toujours à ponctionner la poche et à injecter un mélange d'iode et d'iodure de potassium, et, dans certains cas, à laisser une canule à demeure qui permit d'évacuer journellement le liquide et de pousser une nouvelle injection sans avoir besoin de réitérer la ponction.

Cette manière d'agir, quoique très avantageuse, ne laisse cependant pas que d'avoir ses inconvénients ; que l'on prenne pour exemple un de ces vastes kystes qui distendent l'abdomen et refoulent le diaphragme dans ses dernières limites. Qu'une ponction

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

Professeur de pathologie et de thérapeutiques générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Maladies du foie ; leur importance. — Considérations sur l'ictère, l'hydropisie et quelques hémorrhagies intestinales : Galien et Boerhaave. Le foie centre pathologique. — Maladies de la rate ; la fièvre intermittente et l'hypertrophie splénique. — De l'hydropisie de cause splénique. — Maladies des reins : abcès, pyurie, hématurie, etc. Diabète et polydipsie. — Affections de la vessie. — Maladies de l'utérus. — Hystérie. — Affections du poumon. Hémoptysie. — Galien a-t-il connu le tubercule ? — Plaies du cœur. — Résumé du *De locis affectis*.

XXXI (1).

Pathologie de Galien (suite). — *Examen du* De locis affectis.

Affections du foie. — Un des caractères les plus frappants de ces maladies est, d'après Galien, l'augmentation de volume du foie, laquelle se présente avec des caractères variables. Tantôt le foie, plus volumineux, offre une surface inégale, bosselée ; tantôt il est lisse, poli, sans inégalité, ni bosselures. Ces deux états répondent à des lésions bien différentes, car, dans le premier cas, c'est à des tumeurs squirrheuses que l'on a affaire et le malade court rapidement au tombeau, où l'entraîne la consomption ; dans le second, au contraire, il s'agit, le plus souvent, d'une simple inflammation, lésion passagère et offrant ordinairement peu de gravité.

Le diagnostic des tumeurs du foie : squirrhe, phlegmons, abcès, etc., est quelquefois entouré de difficultés, soit à cause de la position profonde du mal, soit à cause de la présence des muscles de l'abdomen dont la tension gêne la palpation, et dont les maladies peuvent en imposer à des observateurs inattentifs. C'est ainsi que des abcès des muscles abdominaux, d'après Galien, ont été pris pour des abcès du foie.

L'auteur s'applique à distinguer avec le plus grand soin le phlegmon de la face convexe du phlegmon de la face concave. Celui-ci, d'après lui, donne plus particulièrement lieu à des troubles des voies digestives : perte d'appétit, langue rouge d'abord et ensuite *noire* (erreur !), nausées, vomissements bilieux, soif ardente ; le phlegmon de la face convexe excite des troubles sympathiques de l'appareil respiratoire, dyspnée, toux, etc., et éveille une douleur qui, de l'hypochondre droit, s'irradie à l'épaule du même côté.

Ici Galien émet quelques considérations qui lui sont suggérées par des faits d'anatomie pathologique observés chez les animaux, et dont il fait l'application à la pathologie humaine. Si, dit-il, dans les inflammations de la surface convexe du foie, les fausses côtes deviennent douloureuses, cela dépend de ce que des *membranes, que l'on ne voit pas ordinairement*, font adhérer le foie à ces côtes. Ainsi, Galien signale des adhérences contre nature entre les deux feuillets du péritoine. Il dit avoir constaté cette disposition plusieurs fois chez les animaux, et suppose qu'il doit en être ainsi, chez l'homme, dans certains cas.

Il est rare, ajoute Galien, que l'influence du foie soit limitée à une seule des deux faces ; le plus souvent, le phlegmon se propage de l'une à l'autre, de telle sorte que les symptômes propres à l'inflammation de chacune de ces parties se mêlent et se confondent, et qu'il devient difficile, pour ne pas dire impossible, de préciser le lieu affecté.

Jusqu'ici, il n'a été question que des maladies du foie avec altération matérielle évidente : inflammation ou phlegmon, abcès, squirrhe, etc. ; ce n'est pas tout ; Galien admet encore des cas où les fonctions du foie sont troublées sans cause appréciable, sans lésion apparente de l'organe. Il ne suppose certainement pas que ces troubles existent sans cause, mais cette cause est cachée, et il la place hypothétiquement dans une altération des facultés, altération d'où résulte celle de la principale fonction du foie, qui est la formation du sang, l'*hématose*. Ce n'est pas que, pour Galien, l'altération de la fonction, puisse exister indépendamment de la lésion de l'organe, loin de là ; suivant lui, le trouble dynamique suppose toujours une lésion matérielle ; mais, dit-il, cette lésion ne tombe pas sous les sens. Il suppose alors une intempérie du foie qui a pour cause le passage à travers l'organe hépatique de sucs alimentaires plus ou moins altérés qui tantôt l'échauffent et tantôt le refroidissent outre mesure. L'énergie des facultés diminue, surtout celle de la faculté altératrice, le foie élabore moins, il est malade.

Ainsi, en dégageant la pensée de Galien de toutes les hypothèses dont il l'entoure, nous voyons que le médecin de Pergame distingue deux sortes de maladies du foie, les unes avec lésion matérielle de l'organe, les autres sans lésion organique apparente.

Trois accidents principaux peuvent survenir lorsque le foie est lésé, soit dans son organisation, soit dans ses fonctions. Ce sont : 1° la coloration jaune de la peau ou l'ictère, 2° la présence d'une certaine quantité de sang dans les voies digestives, 3° l'hydropisie.

Galien se demande d'abord si l'ictère provient, dans tous les cas, d'un état morbide du foie, ou s'il n'existe pas, dans l'économie, d'autre condition particulière qui, en l'absence de toute altération matérielle ou fonctionnelle de l'organe, puisse produire l'ictère. En réponse à cette question, il cite des cas, dans lesquels on a vu l'ictère survenir à la suite de morsures d'animaux venimeux. Il suppose que l'introduction, dans le sang, d'une certaine quantité de venin a altéré ce liquide, que cette altération a amené l'extravasation de la bile des vaisseaux dans les tissus. — Galien suppose donc des cas d'ictère sans maladie propre du foie, cependant il déclare que ces cas sont exceptionnels. En général, l'ictère implique une affection du foie, soit organique, soit dynamique.

L'ictère peut avoir aussi pour cause l'affaiblissement de la faculté attractrice de la vésicule biliaire. Cette vésicule ayant pour fonction, d'après Galien, d'attirer la bile du sang, si la faculté attractrice diminue, il restera plus de bile dans le sang, d'où l'ictère.

2° Le deuxième accident regardé par Galien comme lié à l'existence d'une maladie du foie, c'est la présence d'une certaine quantité de sang dans les voies digestives. Il remarque que dans certains cas d'affections hépatiques, les évacuations alvines ressemblent à celles de la dysenterie, d'où, à ce point de vue, deux sortes de dysenterie, une dysenterie intestinale et une dysenterie hépatique. Dans celle-ci, l'intestin est parfaitement sain, les selles sanguinolentes se produisent consécutivement à une affection du foie ; voici par quel mécanisme. Galien suppose des cas dans lesquels le passage du sang à travers le foie est gêné ; au lieu de se rendre dans la veine cave, ce liquide s'accumule à tel point, qu'il est obligé de refluer vers l'intestin à travers les veines méséraïques. Ainsi, le sang formé dans le foie, au lieu de suivre sa marche naturelle vers le cœur,

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 janvier, 7, 19 février, 8, 15 avril, 15, 22, 27 mai, 26 juin, 3, 10, 31 juillet, 4, 11 et 18 septembre 1856.

soit faite dans ces conditions, que se passe-t-il? Les parois du kyste offrent une surface considérable, et il est douteux, malgré tout le soin que l'on mette à malaxer la poche, qu'elle soit par tous ses points en contact avec le liquide iodé, et en supposant même que ce soit, n'a-t-on pas grandement lieu de craindre les accidents iodiques, qu'une pareille surface fait tout naturellement redouter.

Ces deux motifs devaient mener à la recherche d'une modification qui remédiât à ces graves inconvénients. Diminuer la capacité du kyste en permettant à ses parois de revenir sur elles-mêmes et les mettre ainsi dans des conditions favorables à l'adhésion immédiate, diminuer aussi la surface d'absorption, tel est le but qu'on se proposait d'atteindre. Depuis deux ans bientôt, plusieurs malades, portant des kystes volumineux, uniques et multiloculaires, soignées par M. Demarquay, ont été soumises avec succès aux ponctions successives, préparatoires à l'injection iodée, et ce traitement, depuis, a également donné de bons résultats entre les mains de quelques praticiens qui l'ont employé.

Voici de quelle manière on procède : une première ponction enlève la moitié du liquide; le liquide évacué, on retire la canule, et le ventre est modérément serré avec un bandage de corps. Quelques jours après, une seconde ponction fait écouler les deux tiers du liquide; et à la troisième, pratiquée à la fin de la huitaine suivante, la poche se trouve considérablement réduite. On peut alors sentir les parois du kyste épaissies et revenues sur elles-mêmes; c'est dans ces conditions que l'injection iodée est poussée dans la cavité. En un mot, on fa t autant de ponctions, et à intervalles aussi rapprochés qu'il semble convenable, pour obtenir le résultat proposé.

La première injection n'est pas toujours suivie de guérison; souvent une nouvelle sécrétion, favorisée par la matière injectée, ne se résorbe pas, et alors une ponction, suivie d'injection immédiate, amène le plus ordinairement l'adhésion immédiate des parois du foyer, ou le met dans un état tel qu'il reste stationnaire, et que le liquide ne se reproduit plus. Souvent plusieurs injections iodées sont nécessaires pour obtenir ce résultat.

Ne pourrait-on pas accorder dans ce cas, à la masse intestinale, un rôle actif dans la réduction du kyste et même dans la reproduction du liquide? Les intestins, par leur tendance à reprendre leur position primitive, en exerçant une contention permanente sur la poche, deviennent en quelque sorte un obstacle à sa dilatation, et en même temps qu'elle revient sur elle-même par la propre rétraction de ses parois, ils la refoulent et la maintiennent dans le point où elle a pris naissance. Ce n'est pas à dire que le kyste ne puisse revenir aux proportions qu'il avait acquises; mais en même temps que les ponctions répétées le réduisent, l'intestin, par son propre poids et par sa tendance à envahir les parties dans lesquelles il peut se loger, produit une contention et même une sorte de compression qui, peut-être, contribue à ralentir le développement de la tumeur.

Les choses se passent ordinairement ainsi dans les kystes qui contiennent un liquide de bonne nature séreux ou brun-chocolat, caractéristique des kystes de l'ovaire; mais il n'en est pas de même pour ceux dont le contenu purulent, d'une odeur fétide, est mêlé de fausses membranes, et qui, en plusieurs points, ont contracté des adhérences.

Une fois la poche vidée, si toutefois il est possible de la vider entièrement, que faire pour combattre les accidents d'empoisonnement général si fréquemment observés, et arriver à la guérison? M. Demarquay, dans ces cas, met en usage la pratique suivante : plusieurs ponctions donnent issue au liquide, comme il a été dit précédemment; et si à la deuxième ou à la troisième, le liquide conserve toujours les mêmes caractères, une canule ou une sonde est laissée à demeure, et des adhérences s'établissent entre le kyste et la paroi abdominale. On se propose alors d'agir sur l'intérieur de la poche, comme on agirait sur une plaie à découvert, c'est-à-dire de faire chaque jour un lavage détersif avec un mélange antiputride, et de soustraire ainsi la malade à l'infection qui compromet ses jours. Lorsque la sécrétion de la membrane kystique est devenue meilleure, l'injection iodée remplace l'injection détersive. C'est par l'emploi de ce moyen qu'alors il est permis d'espérer la cure radicale. Pour laver l'intérieur du kyste, la teinture d'iode, largement étendue d'eau, quoique d'un excellent effet, présente cependant des inconvénients qui en font modérer l'usage.

Quoi qu'on en ait dit de l'excessive rareté des accidents indiqués, nous avons été à même d'observer, avec M. Demarquay, plusieurs malades qui ont présenté au plus haut degré les symptômes d'intoxication du métalloïde.

Entre autres phénomènes physiologiques remarquables à la suite de la ponction, le retour à l'état normal de la circulation veineuse est surtout à noter. A mesure que le liquide est évacué, les veines sous-cutanées abdominales (la chose est surtout apparente sur elles), excessivement dilatées par suite de la difficulté de l'arrivée du sang à l'oreillette, s'affaissent graduellement et finissent par reprendre leur calibre naturel. L'évacuation d'une assez grande quantité de liquide accumulée dans l'économie, donne lieu à certains troubles qui s'étendent principalement sur la respiration et la circulation; et chez des malades portant des kystes très volumineux vidés en une séance, on a pu constater un malaise caractérisé surtout par de l'oppression, de la céphalalgie, etc. Il est inutile de dire que ces accidents ont été de courte durée, et qu'ils ont entièrement cessé avec la résolution de la tumeur.

Cette manière d'agir ne s'applique pas seulement aux kystes de l'ovaire. Nous avons vu M. Demarquay la mettre en usage dans un kyste volumineux du foie traité ainsi avec succès. Elle s'applique à toutes les vastes collections de liquide renfermées dans l'économie. Elle a le double avantage de laisser revenir les parois de ces kystes sur elles-mêmes, et de plus, on donne à l'économie tout entière le temps de se remettre de la secousse éprouvée par suite de l'issue d'une grande quantité de liquide. Ajoutez à cela que le liquide injecté agit d'autant mieux et avec d'autant moins d'inconvénient, qu'il s'applique à une moins grande surface.

L'observation suivante vient à l'appui de ce que nous avons avancé :

Mme F..., 34 ans, habite Paris; elle est née de parents sains; la mère était affectée d'un asthme, auquel elle aurait succombé. Réglée à 12 ans 1/2, elle l'a toujours été facilement et régulièrement depuis. Mariée à 16 ans, elle a fait, un an après son mariage, une fausse-couche double à huit mois. Depuis cette époque jusqu'à l'âge de 22 ans, elle est devenue six fois enceinte et n'est accouchée que trois fois à terme. La première fausse-couche avait été provoquée par une chute. Le dernier accouchement a été suivi, à ce que raconte la malade, d'un écoulement de matières tachant le linge en brun, exhalant une très mauvaise odeur, et qui s'est continué pendant plusieurs mois. Cet écoulement était accompagné de douleurs du ventre exaspérées de temps en temps, sans cause appréciable; ces douleurs ont cessé au bout de quinze jours, à l'usage des cataplasmes et des injections émollientes. Cinq ans après la dernière couche, Mme F..., d'après l'avis d'un médecin, remarqua que son ventre se développait et que le côté gauche surtout était volumineux. A partir de ce moment, elle constata le grossissement des deux côtés. Elle employa sans résultat des remèdes de toute nature et suivit une série de traitements qui n'amenèrent aucune amélioration.

Le 24 décembre 1853, un médecin pratiqua une ponction à gauche, évacua six litres de liquide, et retira la canule du trocart sans pousser d'injection. A la suite de cette ponction, la malade ressentit des douleurs qui rendaient impossible la station verticale ou assise; le ventre revint promptement à ses proportions premières.

Un an et demi après, au mois de mai 1855, M. Demarquay, consulté, constata tous les signes d'un kyste de chaque ovaire, et fut d'avis de les ponctionner. La capacité de chaque poche était grande; faire une ponction suivie d'injection immédiate ne paraissait pas devoir suffire pour amener la guérison. Aussi se borna-t-il, dans une première séance, à évacuer six litres et demi de liquide du kyste droit. On put, après la ponction, sentir le kyste gauche s'avancer dans le point qu'occupait la tumeur droite, et faire une saillie considérable dans ce côté du ventre. Quelques jours après, ponction à gauche : sept litres et demi de liquide. Huit jours après cette seconde opération, on put constater l'épaississement des parois des deux kystes; elles semblaient revenues sur elles-mêmes; le liquide s'était reproduit, mais en quantité bien moindre.

Deux semaines après la dernière ponction, on en fait deux nouvelles dans la même séance; elles ne sont point encore suivies d'injections. Huit litres de liquide seulement sont retirés.

Dix jours après, le ventre, très réduit, permit de sentir à travers la paroi abdominale les deux kystes, ne présentant que des dimensions très restreintes et offrant au palper la consistance de tumeurs pâteuses parfaitement circonscrites; le côté gauche est seul ponctionné et injecté (60 grammes de la solution Guibourt).

A une semaine d'intervalle, même opération à droite.

En résumé, depuis le mois de mai jusqu'au mois de juillet, cinq ponctions et trois injections ont été faites à droite, et sept ponctions et quatre injections à gauche. On a retiré en tout trente-deux litres de liquide brun-chocolat, mêlé de paillettes de cholestérine.

Depuis le mois de juillet 1855, le ventre a conservé le même volume, c'est-à-dire que le développement a été entièrement arrêté. A la place des kystes on pouvait sentir, de chaque côté, deux grosseurs du volume d'un œuf d'oie, ne présentant que des signes fort obscurs de fluctuation.

La santé de Mme F..., chancelante avant ce dernier traitement, est devenue excellente; elle a repris un embonpoint convenable et se trouve très heureuse d'être délivrée de son infirmité. A chaque époque menstruelle, le ventre se ballonne, mais ce ballonnement cesse avec les règles.

Au commencement du mois de juillet dernier, le côté gauche offrait encore un volume anormal; M. Demarquay fit une dernière ponction qui ne donna issue qu'à un litre de liquide; il la fit suivre d'une injection. Depuis cette dernière opération, le ventre, au lieu de tomber (c'était sa forme ordinaire), est remonté, et si l'on considère que Mme F... a eu six couches, on ne sera pas étonné qu'il reste quelque peu gros; mais ce développement n'est nullement gênant, et à la place des deux énormes kystes qui remplissaient les deux côtés du bassin, il ne reste plus que deux tumeurs très limitées, qui ne semblent plus contenir de liquide.

MATIÈRE MÉDICALE.

EXPÉRIENCES SUR LES DIFFÉRENTES PRÉPARATIONS DE LA CIGUE (CONIUM MACULATUM);

Par le professeur SCHROFF, de Vienne.

Conine. — Cette substance varie beaucoup dans l'intensité de son action, d'après le mode de conservation. Elle est incolore, mais brunit quand on l'a exposée plusieurs fois au contact de l'air; dans ce dernier état, elle est beaucoup moins active. Trois gouttes portées sur la cornée d'un lapin ne déterminèrent que des effets locaux : rougeur de la conjonctive palpébrale et suffusions sanguines sous cette membrane, trouble instantané dans la conjonctive oculaire, qui avait l'air comme recouverte

---

prend un chemin rétrograde, revient par les veines mésaraïques, et, de proche en proche, par une sorte de mouvement antipéristaltique de ces veines, est refoulé dans l'intestin.

En regard de ces conceptions purement hypothétiques, il n'est peut-être pas sans intérêt de placer les résultats d'expériences faites par l'illustre Boerrhaave. Ce médecin lie, sur des animaux, le tronc de la veine porte et voit les parois intestinales s'injecter abondamment. Dans l'épaisseur du mésentère et dans l'intestin on trouve du sang épanché, formant des couches plus ou moins épaisses. Les mêmes expériences répétées par Lower et par beaucoup d'autres, ont constamment donné les mêmes résultats. Il est raisonnable d'admettre que, dans un certain nombre de cas morbides, la circulation hépatique venant à se troubler, il en résulte une stase de sang dans les veines mésaraïques, et finalement une extravasation de ce liquide dans l'intestin. Voilà dans quel sens jusqu'à présent l'opinion théorique de Galien peut être justifiée.

3° Galien place encore au nombre des effets de certaines maladies du foie, l'hydropisie. Le sujet mérite que nous nous y arrêtions, car la science moderne, d'accord avec l'auteur, admet qu'une conséquence de certaines affections du foie est de jeter la sérosité du sang d'abord dans le péritoine ensuite dans les membres inférieurs. Galien a vu ces faits, mais il n'a peut-être pas saisi la subordination de l'hydropisie abdominale et des parties inférieures; il n'a peut-être pas vu que l'ascite précède toujours, dans ces cas, l'infiltration des membres. Quoi qu'il en soit, il rattache ces phénomènes à leur véritable cause, l'embarras de la circulation hépatique.

Ce fait, simple et vulgaire pour nous, ne l'était pas pour Galien, qui n'avait aucune idée de la véritable circulation du sang. Aussi sa théorie de l'hydropisie se ressent-elle de cette absence de notions physiologiques. Toutes les fois que, par une cause quelconque, la perméabilité des vaisseaux du foie est entravée, les sucs alimentaires sont gênés dans leur passage à travers cet organe. Leurs parties les plus épaisses s'arrêtent dans les vaisseaux et augmentent l'obstruction, les parties les plus ténues, les parties aqueuses seules continuent leur marche et vont, dans le cœur droit, se mêler à la masse du sang. Celui-ci devient donc de plus en plus pauvre par la prédominance de plus en plus marquée des parties aqueuses; or, c'est là la condition la plus favorable au passage du sang à travers les pores des vaisseaux et à son extravasation dans les espaces vides des organes. Voilà comment Galien comprend la production de l'hydropisie à la suite de l'obstruction du foie. — Tout en admettant que l'hydropisie provient, le plus souvent, d'une altération hépatique, Galien déclare avoir observé des cas d'hydropisie sans lésion du foie, mais avec altération d'un autre organe tel que l'estomac, ou l'intestin, ou même l'utérus. Du reste ces maladies ne peuvent produire l'hydropisie qu'en déterminant d'abord dans le foie, sinon une lésion matérielle, du moins un trouble fonctionnel, une intempérie, une altération des facultés ou forces. L'auteur émet, en outre, l'opinion que, dans bien des cas, beaucoup d'organes malades donnent lieu à certains phénomènes morbides, d'une manière médiate, en portant d'abord leur action sur le foie. A ce point de vue, il divise les organes en deux séries : 1° ceux qui sont situés au-dessus du foie; 2° ceux qui sont au-dessous. Ceux de la première catégorie exercent leur influence sur la face convexe, tels sont le poumon et la plèvre du côté droit, dont l'inflammation produit l'ictère. Ce phénomène survenant dans le cours d'une affection locale indique que le mal s'est propagé au foie.

2° Les organes situés au-dessous du foie exercent une influence sur la face concave de ce viscère. L'estomac et l'intestin ne pourront être malades sans que, par un retentissement sympathique, le foie ne le devienne à son tour. De ce retentissement pourront naître et l'ictère et l'hydropisie et le reflux du sang du foie dans l'intestin par les veines mésaraïques. Dans ces cas, la maladie primitive n'est pas dans le foie, mais cet organe devient malade consécutivement à une affection des viscères abdominaux par le retentissement sympathique des affections diverses dont ces viscères peuvent être atteints. Si, dans nos pays, nous ne voyons pas les choses se passer de la manière dont Galien l'indique, il n'en est pas de même dans les pays méridionaux, où l'observation de tous les jours démontre que très facilement, à propos de maladies gastro-intestinales, le foie s'affecte; et, par exemple, nos médecins de l'armée d'Afrique ont établi qu'en Algérie les abcès du foie se produisent, le plus souvent, chez des individus atteints de dysenterie avec ulcération de l'intestin. Si nous étions plus familiarisés avec la pathologie des pays chauds, nous mettrions sans doute moins de réserve à accepter les faits avancés par Galien.

Maladies de la rate. — Elles ont, d'après Galien, beaucoup de symptômes communs avec les maladies du foie. L'auteur cite des cas où la palpation a fait reconnaître certaines maladies de la rate à l'augmentation de volume et à la dureté de cet organe. Il croit que les affections splénïques signalent souvent leur existence par une coloration brune plus ou moins foncée qu'il attribue à la présence de l'atrabile, humeur que la rate a pour fonction de séparer du sang. Mille fois dans son livre, Galien établit le rapport qu'il a trouvé exister entre la fièvre intermittente et l'augmentation de volume de la rate, nulle part il ne pense à discuter la question de préexistence de l'augmentation de volume ou de la fièvre.

Galien signale le fait très réel de la coexistence de l'hydropisie avec l'augmentation de volume de la rate, mais il est dans l'erreur lorsqu'il attribue l'infiltration séreuse au ralentissement sur le foie de l'hypertrophie splénique et qu'il dénie à celle-ci le pouvoir de produire, à elle seule, l'hydropisie.

Après quelques détails sur la dysenterie, qu'il définit, avec Cœlius Aurelianus et Arétée, une *ulcération de l'intestin*, et dont il indique les relations avec l'hépatite des pays chauds, après avoir réfuté l'opinion, accréditée de son temps, que dans la dysenterie les malades peuvent rendre des calculs par le rectum, après avoir décrit le *volvulus* et la lientérie, l'auteur passe aux maladies du rein. Il étudie surtout : 1° l'abcès du rein et son ulcération, 2° la colique néphrétique. Il parle assez longuement des abcès du rein. Il indique, comme caractère de cette affection, une sensation de pesanteur, de douleur sourde dans la partie affectée; ce phénomène, le seul que l'on puisse observer au début, est suivi, lors de la période de coction, du symptôme pathognomonique de l'inflammation rénale, le *pissement de pus*. Il peut arriver, dit Galien, qu'avec l'évacuation du pus la maladie guérisse, mais cette terminaison est rare; plus souvent la suppuration est entretenue par un ulcère qui guérit très difficilement et qui, dans le plus grand nombre des cas, conduit le malade au tombeau, par tous les degrés du dépérissement et du marasme. Dans ces cas, le malade continue à rendre du pus en urinant, mais par intervalles; pendant quelques temps, les urines restent normales, puis la pyurie revient; d'autres fois, les urines ressemblent à de la lavure de chair; dans quelques cas survient une hématurie ordinairement légère, mais pouvant parfois devenir assez grave pour mettre la vie du malade en danger.

Parmi les matières qui peuvent être rendues avec l'urine, Galien signale de petits filaments *semblables à des poils*, produits rares, dit-il,

de poussière et se laissait facilement soulever, immobilité de l'œil, manque de mouvements réflexes après l'irritation de cet organe. Aucun phénomène appréciable dans l'autre œil et dans le reste du corps. Trois gouttes de coniine incolore, fraîche, appliquées de la même manière, produisirent, outre les troubles locaux précédents, des effets sur l'autre œil et sur l'organisme entier; la pupille de l'œil lésé se dilatait d'abord puis se rétrécissait, et enfin la pupille des deux yeux restait élargie d'une manière permanente. Après quatre minutes, il y eut des symptômes d'action générale, et l'animal succomba après sept minutes.

Cinq gouttes de coniine fraîche, versées sur la langue d'un lapin, produisirent, dans les deux premières minutes, de la dilatation des pupilles, sans autre symptôme; ensuite l'animal se prit à trembler, à chanceler, sa respiration devint rare, difficile, très laborieuse; il tomba sur le ventre, éprouva plusieurs fois des convulsions, se coucha sur le côté droit et fut saisi de violents tremblements; les pupilles étaient tantôt élargies, tantôt contractées. A la mort, arrivée à la quatrième minute, elles étaient fortement dilatées. Dans un autre cas, deux gouttes produisirent de violentes convulsions tétaniques et la mort en six minutes.

Autopsie de ce lapin, faite un quart d'heure après la mort. Estomac un peu rouge par places. Rougeur intense avec injection fine de l'intestin grêle dans une longueur de 80 centimètres; sous le microscope, les villosités étaient parfaitement injectées. Muqueuse recouverte d'une couche assez épaisse, rouge-brun, composée d'épithélium cylindrique, de noyaux et de masses moléculaires. L'estomac et les intestins se contractaient encore. Poumons normaux. Substance du cœur injectée jusque dans les vaisseaux les plus fins; cœur immobile, mais après l'ouverture du péricarde et au contact du scalpel, le cœur droit se contracta vivement pendant quelques minutes; le côté gauche ne participait pas à ce mouvement; le cœur droit contenait du sang liquide rouge-brunâtre. Membranes du cerveau un peu injectées; plexus choroïdes et substance corticale du cerveau gorgés de sang; un peu de liquide dans les cavités cérébrales. Pupilles normales. Trachée-artère injectée dans les intervalles des cartilages; langue privée en partie d'épithélium aux endroits qui s'étaient trouvés en contact avec la coniine; papilles gustatives enflées, quelques-unes ayant la grandeur d'un grain de pavot. L'urine n'avait aucune odeur de coniine. Tous les muscles étaient extrêmement flasques et mobiles.

Chez un autre lapin les contractions du cœur furent plus spécialement examinées. La mort arriva en deux minutes avec quatre gouttes de coniine; pendant une minute les battements du cœur furent sentis avec la main, et après ce temps, l'oreille, appliquée sur le thorax, entendit encore des battements isolés durant cinquante secondes. Après trois quarts d'heure, l'animal, encore chaud, fut ouvert, mais il fut impossible de déterminer une contraction du cœur.

Trois étudiants en médecine firent sur eux-mêmes des essais avec la coniine; chacun les répéta neuf fois, de sorte qu'il y eut vingt-sept expérimentations. Les doses étaient de 0,003 à 0,085. Celle-ci, la plus forte, correspond à deux gouttes et fut prise dans trente gouttes d'alcool; c'était une préparation fraîche, incolore, et versée d'un flacon ouvert pour la première fois. Voici les symptômes déterminés par ces fortes doses :

Saveur très âcre, brûlure vive dans la bouche, grattement dans le cou, salivation; l'épithélium de la langue fut enlevé en plusieurs endroits, les papilles étaient plus saillantes; langue insensible, comme paralysée. Après trois minutes, chaleur de la tête et de la face; bientôt, pesanteur, lourdeur, pression dans la tête (ces derniers symptômes n'ont jamais manqué, même avec les plus faibles doses). Ces accidents cérébraux atteignirent un haut degré et se compliquèrent de vertiges, d'impossibilité de réfléchir et de fixer l'attention sur un sujet, d'assoupissement, d'extrême malaise, qui existait encore le lendemain mais à un moindre degré. Vue confuse, tous les objets nagent et se fondent; pupilles dilatées; ouïe affaiblie comme si les oreilles étaient bouchées avec du coton; sensibilité tactile peu distincte, sensation d'engourdissement et de fourmillements. Faiblesse générale; la tête ne pouvait être tenue droite que difficilement; les extrémités supérieures n'étaient remuées qu'avec beaucoup d'efforts, la faiblesse des inférieures rendait la marche incertaine et chancelante. Le lendemain, cet état des extrémités subsistait encore et certains mouvements déterminaient facilement des tremblements. Les contractions musculaires un peu fortes causaient des crampes dans les muscles en action; ainsi l'action de monter l'escalier, de tirer les bottes, dans les muscles du mollet. Ce phénomène était constant chez deux des expérimentateurs, quand la dose était au moins une goutte. Lorsque les mouvements étaient forcés, il survenait de la douleur dans les muscles et dans les articulations. L'air frais diminuait les vertiges et la pesanteur de tête, mais déterminait chez l'un des jeunes gens de la douleur le long du nerf sus-orbitaire et cutané malaire. Éructations, gargouillements, tension abdominale, nausées, tels étaient les symptômes gastriques constants, même après de petites doses; dans un cas, des vomissements. Parfois tendance à la diarrhée. Pas d'action sur l'urine. Dans tous les cas, les extrémités des doigt devenaient moites et même humides; il en était de même des mains après de fortes doses. Face colliabée, pâle; mains froides, bleuâtres. A fortes doses, le pouls augmentait ordinairement de quelques pulsations au commencement, puis diminuait d'une manière constante sans que cependant cette diminution marchât parallèlement avec la grandeur de la dose, comme avec l'aconit; les petites doses faisaient plutôt baisser le pouls davantage; il était toujours petit et faible. Respiration souvent suspirieuse, sans autre anomalie constante. Sommeil bon, ordinairement très profond.

La coniine, qui montre la plus grande analogie avec la nicotine, se distingue des alcaloïdes des autres so anées, surtout de l'atropine, de la daturine, du principe actif de la jusquiame, par la faiblesse musculaire considérable, ressentie dans tous les muscles volontaires, et par la conscience de cet état. Dans les autres, au contraire, ce sont les sphincters qui sont pris de préférence, et malgré la faiblesse musculaire générale, on observe une grande tendance au mouvement, voire même aux violences. Ils produisent une sécheresse de la muqueuse de l'arrière-gorge et du larynx, tandis que la coniine détermine de la sueur aux mains. La coniine prédispose aux crampes et aux convulsions qu'elle a de commun avec l'ergotine; elle n'a pas d'action spéciale sur certains troncs nerveux, comme l'atropine, la daturine et l'hyoscyamine problématique sur le vague, et l'aconit sur la cinquième paire. Elle paraît exercer une influence pernicieuse sur la moelle allongée et produire la mort par entrave de la fonction respiratoire à la suite de laquelle il survient une paralysie du cœur gauche. La circulation veineuse continue encore quelque temps ainsi que le mouvement du cœur droit, et ces phénomènes sont favorisés par la fluidité du sang qui s'accumule dans l'appareil de la veine cave supérieure et de l'inférieure; jusque dans ses origines dans le cerveau, dans le canal intestinal, dans le foie et surtout dans la veine-porte. Elle détruit le caractère artériel du sang et favorise le caractère veineux, modification qui paraît également être produite par le seigle ergoté. La coniine ne possède pas l'action paralysante sur le cœur, de la digitale, de l'aconit et en partie de l'acide cyanhidrique; son influence sur la circulation cardiaque, surtout sur la fréquence du pouls, n'est donc pas très vive et en rapport avec la dose. Elle manque également de cette autre action caractéristique des trois solanées précédentes données à petites doses, de diminuer constamment d'abord la fréquence du pouls, et à hautes doses, de n'amener ce résultat que secondairement, après une forte augmentation préalable. Elle partage avec la vératrine la propriété d'exciter des convulsions partant de la moelle, et en cela ces deux substances se distinguent de la strychnine, car les crampes toniques ne se montrent qu'exceptionnellement après leur emploi. La coniine diffère essentiellement dans son action de celle de la morphine, de l'opium, du chanvre indien et du hachich; la diminution de la sensibilité, la dépression de l'activité cérébrale, la somnolence et le sommeil profond ne se montrent qu'après de grandes doses de coniine et sont précédés et suivis de la conscience excessivement pénible de la faiblesse musculaire paralytique. Il lui manque tout à fait cette excitation physique et en partie intellectuelle qui enlève toutes les sensations et les impressions désagréables, et que l'opiophage trouve dans l'usage de l'opium. La faiblesse musculaire de la coniine est véritable, celle de l'opium, seulement apparente; l'homme plongé dans les délices du septième ciel, redoute de faire le moindre mouvement pour ne pas troubler son état de béatitude. L'extrême malaise qui ne se montre que très rarement comme phénomène primitif de l'opium et de l'alcool, chez les individus froids et calmes, est la règle sans exception avec la coniine. La coniine diffère encore de l'aconitine en ce qu'elle n'en a pas la propriété diurétique et ne détermine pas de fourmillements de la peau comme l'aconitine et l'ergotine. La nicotine et la coniine se ressemblent extrêmement dans leur mode d'action, mais diffèrent quant à leur intensité; la première est à la seconde à peu près comme 16 : 1. Un seizième de grain de nicotine pris par mes expérimentateurs avait déterminé des effets plus puissants que deux gouttes de coniine, qui pèsent largement un grain.

Extrait alcoolique, de consistance normale, préparé avec l'herbe fraîche, prise au début de la floraison. — Belle couleur verte; odeur intense de coniine, diminuant par l'addition de potasse.

Un lapin en prit 1 gramme. Très peu d'effets après un quart d'heure, consistant en quelques crampes et une apparence de malaise. Deux heures après, l'animal se trouvait dans un état normal. Le lendemain, on lui en donna 2 grammes. Bientôt après, respiration fréquente, difficile, sans que le pouls y participât; il était plutôt ralenti. Cet état ne dura que quelques minutes, et la meilleure santé paraissait être revenue. Mais deux heures plus tard, il survint des convulsions, et vingt minutes après, l'animal succomba avec tous les symptômes d'empoisonnement par la coniine. Les battements du cœur furent encore sentis une minute après la cessation de la respiration.

L'autopsie montra les mêmes lésions qu'avec la coniine. Il est donc probable, d'après cette expérience, qu'outre la coniine, la ciguë ne contient aucun autre principe actif.

Cette expérience offre quelques particularités remarquables. L'action de l'extrait s'est fait sentir en deux temps, entre lesquels il y eut un intervalle de près de deux heures, où l'animal paraissait tout à fait bien portant. La première impression provient de la coniine libre, renfermée dans cet extrait, et qui lui donne l'odeur caractéristique intense. La seconde, mortelle, doit être mise sur le compte de la coniine combinée, devenue libre seulement plus tard dans l'estomac et les intestins, peut-être sous l'influence de la bile, et qui a déterminé l'empoisonnement. Cet alcaloïde a pénétré tout l'organisme; tout le corps en avait l'odeur, principalement l'urine, qui était fortement alcaline. Comme dans l'empoisonnement avec la coniine pure, où la mort arrive au plus tard en huit minutes, l'urine n'en avait jamais pris la moindre odeur, on peut conclure de ce fait, que cette substance demande plus de huit minutes pour passer dans l'urine. On peut en outre calculer par induction la quantité de coniine renfermée dans ces 2 grammes d'extrait. Il n'y en avait pas assez de libre, pour tuer l'animal; entre cette première période et la seconde, il s'est écoulé un temps assez long, pour que la quantité de coniine libre ait pu être rejetée hors du corps; il n'est donc pas probable que la seconde action se soit ajoutée encore à la première. Or, comme la mort est survenue en vingt minutes, on peut admettre avec beaucoup de probabilité que les 2 grammes d'extrait aient renfermé 0,10 de coniine.

Extrait alcoolique d'herbe, évaporé à siccité. — Masse légère, brune, très hygrométrique; odeur d'extrait de réglisse; très peu ou pas d'odeur de coniine après l'addition de potasse.

Cette préparation prescrite par la nouvelle pharmacopée d'Autriche, a été sans aucun effet aux doses de 2, 4, 6 grammes. Ce résultat était à prévoir; la coniine est un corps tellement volatil et peu stable que l'évaporation la plus soignée doit la dissiper et ne laisser qu'un résidu inerte. En général, l'idée de préparer des extraits narcotiques secs est une idée fausse et surtout malheureuse pour l'extrait de ciguë.

(La suite prochainement.)

---

comme cette autre espèce de filaments *semblables à des vers* (*filiaire du midi, dragonneau*) qui se forment sous la peau des jambes. M. Andral pense que ces filaments pris pour des poils par Galien ne sont que des petits caillots fibrineux allongés, car il n'est pas probable que l'auteur veuille parler de l'expulsion par l'urètre de véritables poils constituant une variété de gravelle dite gravelle *pileuse*, phénomène fort rare.

Du reste, ajoute Galien, beaucoup de principes viciés de nos humeurs peuvent s'échapper du sang et traverser les reins sans que ni ces organes, ni les uretères, ni la vessie soient malades. Ces principes *hétérogènes* trouvant dans les reins une voie d'élimination, les traversent pour s'échapper au dehors. Il peut arriver que l'élimination trop abondante de ces matériaux épuise l'économie et détermine dans les reins ou la vessie des ulcères consomptifs.

Lorsque c'est l'eau du sang qui passe avec trop d'abondance à travers les reins, cette élimination constitue une maladie nommée *diabète, flux d'urine, dipsacon*. Cette maladie est due à une altération des forces attractrice et expultrice de l'appareil rénal. Il ne faut pas confondre, dit Galien, le véritable diabète avec une autre maladie qui a son siége dans l'estomac et dans laquelle la polyurie a sa source dans une ingestion d'eau trop abondante provoquée par une soif exagérée; c'est la *polydipsie*.

Dans les maladies qui tiennent à une altération des fonctions de la vessie, Galien distingue les cas où le trouble fonctionnel tient à l'altération de l'organe lui-même et ceux où il dépend de la lésion d'autres parties, par exemple du rein ou de la moelle épinière, d'où émanent les nerfs qui se distribuent au réservoir de l'urine. Dans quelques cas, les fonctions de la vessie sont troublées sans qu'il y ait altération ni de la vessie, ni du rein, ni de la moelle. Telle est la paralysie vésicale produite par une émotion morale. Galien cite également des cas dans lesquels la vessie a été paralysée à la suite de la distension forcée de ses parois par une accumulation trop considérable d'urine.

Parmi les affections de l'utérus, Galien établit deux catégories : 1° celles qui s'accompagnent d'une altération matérielle de l'organe, cancer du col, érosions, ulcérations, végétations, hypertrophie, etc.; 2° celles qui existent sans altération de l'état matériel. Dans cette dernière catégorie, se range l'hystérie, à propos de laquelle l'auteur entre dans beaucoup de détails.

De ces détails, il résulte qu'à Rome l'hystérie était très commune et revêtait parfois des formes très graves. « Parmi les femmes hystériques, dit Galien, les unes gisent à terre, immobiles, privées de sentiment, avec un pouls à peine sensible et même sans pouls; d'autres continuent à sentir et à se mouvoir, mais elles sont oppressées, respirent à peine, et, à chaque instant, tombent en défaillance. Chez d'autres, on voit des spasmes, des contractures, des convulsions des membres; quelques-unes, pendant leur accès, n'ont ni pouls, ni respiration apparente, et n'était une coloration légère de la face, on les prendrait pour des cadavres. » Cette forme répond à la variété dite *léthargique*.

Galien trouve la cause de ces accidents singuliers dans la rétention de la matière séminale de la femme, et il fonde son opinion sur ce fait que des phénomènes analogues à ceux de l'hystérie s'observent chez des hommes qui, trop continents, s'abstiennent de tout rapport sexuel. Mais comment, ajoute-t-il, la rétention de la matière séminale peut-elle produire de pareils effets et troubler l'action organique, sans déterminer d'altération matérielle? Il est, dit-il, des matières dont le seul contact modifie complétement les propriétés des corps qu'elles touchent. Exemple, le poisson électrique ou la torpille, les aimants qui attirent le fer en lui communiquant leurs propriétés, etc. De même, et d'une manière toute dynamique, peuvent agir certaines matières animales qui, existant dans le corps vivant, s'y altèrent. Ainsi, chez le chien, l'altération de la salive peut donner naissance à la rage. Des altérations analogues peuvent se produire dans le sperme et dans le liquide menstruel. Galien réfute ensuite l'opinion des matrones, d'après laquelle la matrice pouvait remonter du bas-ventre jusqu'au diaphragme. Il montre qu'un pareil déplacement est impossible.

Il fait ensuite l'histoire de l'*aménorrhée* et de l'*hyperménorrhagie;* il indique, comme symptômes de cette dernière, la décoloration complète de la peau qui ressemble à de la cire, l'œdème des pieds, la bouffissure de la face et de tout le corps, *totum corpus subtumidum*, des troubles gastriques, dyspepsie, perversion de l'appétit, mauvaises digestions.

Parmi les causes des hémorrhagies utérines, Galien signale les érosions ou ulcérations du corps et plus souvent du col de l'utérus. Il indique quelques caractères propres à les faire reconnaître, principalement ceux que l'on peut constater par le toucher.

Rien d'original sur les maladies des organes génitaux de l'homme.

Dans le chapitre consacré aux maladies de poitrine, on trouve une bonne description de l'hémoptysie, un diagnostic différentiel bien fait sur les différentes sources du sang expectoré. Il porte un pronostic très grave sur cette affection ordinairement liée, dit-il, à un *ulcère* du poumon. Pour son compte, dans des cas pareils, il n'a pas obtenu une seule guérison, malgré l'emploi des balsamiques sous tous les formes. Il ne faut pas se laisser imposer par des améliorations inattendues et se laisser aller à l'espérance d'une guérison illusoire; car, après un sommeil plus ou moins long, le mal se réveille et continue sa marche fatale.

A propos de la pleurésie chronique, l'auteur parle du phénomène de la fluctuation thoracique, signe de l'hydropneumothorax. Parmi les altérations dont le poumon peut être le siége, Galien nomme le *tubercule*, « mais rien n'indique qu'il ait eu en vue le véritable tubercule, car il n'établit aucun rapport entre cette lésion et l'ulcère pulmonaire; il lui eût été possible cependant d'observer la tuberculisation et d'en suivre l'évolution depuis l'état cru jusqu'à la période de ramollissement et de suppuration, sur une catégorie d'animaux qui seraient soumis à ses dissections, les singes. Ce que Galien décrit sous le nom de *tubercule cru* paraît se rapporter à l'*emphysème*.

Vient ensuite un article sur les affections du cœur, et entre autres sur les phlegmons et les blessures. Le phlegmon (inflammation) produit une grande dyspnée, augmente la fréquence des battements artériels, s'accompagne de syncope, de défaillance, etc.

En sa qualité de médecin des athlètes, Galien paraît avoir eu souvent occasion d'observer des blessures du cœur. Il les divise en pénétrantes et non pénétrantes. Les premières sont, pour lui, instantanément mortelles, les secondes ne le sont pas immédiatement, mais le deviennent consécutivement à l'inflammation qui s'empare de l'organe. Galien remarque que tous les individus qui succombent à des blessures du cœur conservent jusqu'à la fin l'usage de leurs facultés, ce qui, dit-il en passant, est un argument péremptoire contre l'opinion de ceux qui placent dans le cœur le siége de l'intelligence.

Voilà, en résumé, le *De locis affectis*, ouvrage dont le but a été le développement de la démonstration de ce principe, que, dans les maladies les plus générales, il peut se produire et il se produit un certain nombre de lésions locales qui ont de l'importance au double point de vue du pronostic et du traitement. Ces lésions locales, il les divise en : 1° celles qui sont appréciables par l'anatomie, qui laissent des traces sur le cadavre; 2° celles qui consistent dans de simples troubles fonctionnels, sans lésion matérielle, en un mot, qui ne laissent pas de traces sur le cadavre.

Après avoir ainsi parcouru les diverses œuvres pathologiques de Galien, tant celles de pathologie générale que celles de pathologie spéciale, il nous reste à examiner rapidement ses ouvrages de thérapeutique. C'est ce dont nous allons nous occuper maintenant.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 Septembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

L'ampliation d'un décret en date du 8 septembre courant, par lequel l'Académie de médecine est autorisée à accepter le legs d'une somme annuelle de 3,000 francs fait par le baron Barbier, pour la fondation d'un prix annuel à décerner à celui qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues jusqu'à présent le plus souvent incurables, comme la rage, le cancer, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus. — S'il arrivait que l'Académie impériale de médecine, la Faculté de médecine de Paris et l'Académie des sciences de l'Institut ne pussent décerner un des prix fondés par le baron Barbier, les sommes demeurées sans emploi s'ajouteront à la valeur des prix à décerner l'année suivante.

— Un rapport sur les constitutions météorologiques et médicales qui ont régné dans l'arrondissement de Châteaudun, en 1855, par M. L.-A. Raimbert, médecin des épidémies.

— Trois rapports sur des épidémies qui ont régné récemment dans les communes de Flers, Galametz et Le Parcq (Pas-de-Calais).

— Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département de la Sarthe, pendant l'année 1855.

— Un rapport de M. le docteur Boileau de Castelnau, sur une épidémie de rougeole qui a régné dans la commune de Comps (Gard).

(Commission des épidémies.)

— Une lettre de M. Chaussenot, relative à un appareil pour la fabrication des eaux gazeuses. (Comm. des eaux minérales.)

— Les états des vaccinations des départements de la Creuse, du Lot, de l'Indre. (Comm. de vaccine.)

— Une lettre de MM. Laboureur et Fontaine, qui demandent l'application du décret du 3 mai 1850, pour leur *valérianate alcalin*. (Com. des remèdes secrets et nouveaux.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivants :

Une lettre de M. le docteur Tessier, accompagnant la thèse de ce médecin, sur *l'urémie*.

M. le Président regrette que cet intéressant travail, étant imprimé, ne puisse devenir l'objet d'un rapport académique.

— M. Broca adresse une lettre conçue en ces termes :

Monsieur le Président,

M. Léon Marie a écrit mardi dernier à l'Académie pour réclamer en faveur de Dominel, son ancien maître, l'invention de la méthode que j'ai mise en usage pour le traitement des bubons vénériens. Sans m'accuser directement de plagiat, cet honorable confrère s'est quelque peu égayé à mes dépens, en donnant à entendre que j'avais purement et simplement inventé la prose. J'accepterais de bonne grâce cette épigramme, si les observations de Dominel avaient jamais reçu une publicité quelconque ; mais j'ai lu, autant que j'ai pu le faire, ce qui a été écrit sur le traitement du bubon, et j'ai lieu de croire que la lettre de M. Marie est le premier document où il soit fait mention de la pratique de Dominel et de ses élèves. Je n'ai donc aucun reproche à m'adresser, car il est bien certain que je ne pouvais pas deviner ce qu'on a pu dire ou faire il y a un quart de siècle dans un coin de la Normandie ; et si quelqu'un mériterait d'être blâmé, ce serait celui qui, possédant la lumière, l'aurait laissée pendant vingt-quatre ans sous le boisseau.

M. Marie, du reste, n'avait pas besoin de préciser cette date pour prouver que ses réminiscences remontent à une époque fort reculée ; en lisant sa lettre, on aurait pu le deviner, car les souvenirs qu'il invoque sont tellement confus et tellement inexacts, qu'ils doivent nécessairement venir de bien loin. Il dit, par exemple, que Dominel, en pratiquant sur les bubons inguinaux la ponction *initiale (sic)*, a eu quatre fois le malheur d'ouvrir une branche de l'iliaque externe. Un élève qui, dans l'intérêt de la gloire de son maître, vient révéler de semblables choses, ressemble fort à l'ours de la fable. Mais la renommée de Dominel n'en souffrira pas, parce que l'accident dont parle M. Marie est tout simplement impossible. Le bubon vénérien qui débute est constamment situé au-dessous de l'arcade fémorale et n'a aucun rapport avec les branches de l'artère iliaque. Certains bubons très volumineux et très avancés dans leur évolution peuvent remonter au-dessus du ligament de Fallope, et il serait possible alors qu'un opérateur très ignorant et très maladroit fît pénétrer son bistouri jusque sur l'artère épigastrique ou même jusque sur l'artère circonflexe ; mais cela n'est peut-être jamais arrivé, et je m'étonnerais beaucoup que Dominel eût été assez malheureux pour commettre quatre fois une faute aussi impardonnable. D'ailleurs, je le répète, cet accident ne peut pas se présenter lorsqu'on ponctionne les bubons vénériens à leur début, et il est parfaitement certain que la mémoire de M. Marie s'est ici trouvée en défaut.

M. Marie ajoute qu'après avoir pratiqué la première ponction, Dominel introduisait chaque jour un stylet dans la petite plaie pour compléter la cure. Or, M. le docteur Alfred Liégard, qui a été pendant trois ans l'élève de Dominel à l'hôpital de Caen, a bien voulu m'écrire pour pour me faire savoir que ce renseignement est inexact : « Jamais, dit M. Liégard, Dominel n'introduisait comme vous la sonde cannelée pour donner un libre écoulement au pus, introduction répétée plusieurs jours de suite pour rendre ainsi la petite plaie fistuleuse, ce qui est indispensable pour constituer un traitement véritablement abortif. Aussi les bubons arrivaient-ils fréquemment à de fâcheux décollements qui nous contraignaient nous, ses élèves, à appliquer le spica de l'aine pendant des mois entiers. »

Je pourrais, Monsieur le Président, allonger beaucoup cette réponse, car il y a dans la lettre de M. Marie bien d'autres passages sujets à contestation. Il me serait facile de démontrer que la pratique de Dominel différait essentiellement de celle que j'ai suivie. Mais je n'ai point de goût pour les polémiques de priorité. J'ai tenu seulement à me laver de tout soupçon de plagiat, et je n'aurais même pas pris la plume, si M. Marie avait eu la délicatesse de dire dans sa lettre que les opinions et les observations de Dominel étaient jusqu'ici complétement inédites.

Agréez, etc. P. Broca.

— M. Charrière fils présente à l'Académie un nouveau modèle de bistouri à chasses tournantes. On sait que le nettoyage des bistouris présente souvent des difficultés, et que, malgré les plus grandes précautions, il reste toujours un peu d'humidité qui altère la lame. Cet inconvénient existe même dans le bistouri à petit coulant de M. Charrière père, qui est presque le seul que l'on trouve aujourd'hui dans toutes les trousses. Après bien des essais tentés en France et en Allemagne, l'instrument qui remplit bien toutes les conditions désirables, au point de vue de la facilité du nettoyage, est le bistouri à chasses tournantes de Récamier ; mais il est d'un prix trop élevé pour être d'un usage journalier ; de plus, les quatre saillies qui fixent la lame au manche ne laissent pas de compliquer l'instrument.



Le nouveau modèle présenté par M. Charrière fils, tout en conservant les avantages des chasses tournantes du bistouri de Récamier, obvie aux inconvénients de ce dernier instrument, la lame se trouve fixée à l'aide de deux clous rivés à son talon, et qui glissent dans une double mortaise découpée au balancier et fixée dans l'épaisseur d'une des chasses, ainsi qu'on peut le voir sur la figure ci-contre ; il ne présente aucune saillie et il n'exige pas plus de frais de fabrication que le bistouri ordinaire.

Parmi les pièces de la correspondance imprimée, M. le Secrétaire annuel cite l'ouvrage de M. Purkinje, intitulé : *Recherches sur les organes des sens*.

M. le Président annonce à l'Académie que M. Purkinje assiste à la séance et invite ce savant à signer la feuille de présence.

M. Ser, médecin du roi de Suède, est également présent à la séance.

M. Londe donne lecture des conclusions modifiées du rapport qui a été présenté dans l'une des dernières séances par la commission nommée pour examiner le lit de Mme Beaudeloux. Ces conclusions sont les suivantes :

Répondre à M. le ministre que l'emploi du lit de Mme Beaudeloux n'a pas d'inconvénient, et que si ce lit ne présente pas sur les barcelonettes ordinaires d'assez grands avantages pour constituer une découverte, il offre néanmoins des modifications et additions qui le rendent utile et commode. (Adopté.)

M. Robinet, au nom de la commission des remèdes secrets et nouveaux, lit une série de rapports dont les conclusions défavorables sont successivement adoptées.

Dans l'un de ses rapports, relatif à une sorte de vin de quinquina, proposé par un juge de paix comme un fébrifuge nouveau, M. Robinet se fonde pour rejeter l'autorisation de vendre ce médicament, entre autres raisons, sur celle-ci : le vin en question contient la partie ligneuse du quinquina qui est complétement inerte, charge et fatigue inutilement l'estomac.

M. Trousseau admet, avec M. le rapporteur, que cette partie ligneuse n'a aucune action thérapeutique ; mais c'est son opinion formelle qu'*avec* cette partie ligneuse, et non sans doute *à cause* d'elle, la poudre de quinquina calisaya bien préparée est infiniment supérieure au sulfate de quinine. Une quantité de quinquina, contenant une proportion donnée de quinine, est bien plus efficace que le sulfate de quinine représentant les mêmes équivalents d'alcaloïde.

M. Robinet : La commission aura sous peu à entretenir l'Académie du kinium, extrait qui, à l'exclusion des parties ligneuses, représente tout ce que le quinquina contient de principes réellement médicamenteux. C'est à ce moment que les observations de M. Trousseau trouveront naturellement leur place.

M. Trousseau insiste pour que M. Robinet veuille retrancher de son rapport ce qui a trait aux inconvénients de la partie ligneuse du quinquina. Il revient sur les effets du quinquina comparés à ceux du sulfate de quinine ; ce qui rend le premier préférable au second, c'est que probablement le quinquina n'abandonne à l'économie que par degrés, un à un, les principes actifs qu'il renferme, tandis que le sulfate de quinine les cède trop promptement.

Le rapport, modifié, est mis aux voix et adopté.

M. Gimelle, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Hervez de Chégoin, donne lecture d'un rapport sur un *Tableau statistique* indiquant l'état sanitaire du personnel du chemin de fer de Paris à Lyon et embranchements, pour l'année 1855, et accompagné d'observations médicales sur les causes auxquelles les maladies qui y sont signalées doivent être rapportées. Ce travail a pour auteur M. le docteur Devilliers, médecin en chef du chemin de fer de Paris à Lyon.

M. Devilliers, dit M. le rapporteur, poursuit avec persévérance le but d'assainissement des voies de fer qu'il s'était proposé dès 1854 ; d'après ses conseils, basés sur ses observations, on a cherché des améliorations et on en a obtenu un certain nombre. La persévérance de ce médecin nous donne l'espérance que les efforts des hommes de talent employés sur cette voie amélioreront encore ces premiers résultats.

En conséquence, la commission propose de remercier M. Devilliers de sa communication, et de déposer honorablement son tableau statistique dans les archives de l'Académie. (Adopté.)

M. le docteur Mattei lit un mémoire sur l'*inertie utérine et la fatigue de l'utérus pendant l'accouchement*. La substance de ce travail est résumée par l'auteur dans les conclusions suivantes :

1° Ce que l'on a appelé jusqu'ici l'inertie utérine pendant et après le travail de l'accouchement n'est que l'épuisement des forces de l'utérus. Quand on ne veut pas avoir d'inertie ou autres accidents qui en sont la conséquence, on n'a qu'à rendre l'accouchement facile par une intervention opportune.

2° On doit intervenir avant que l'utérus ait dépensé toutes les forces dont il peut disposer pour effectuer l'accouchement, afin qu'il ne dépense pas celles qui lui sont nécessaires pour revenir sur lui-même, obturer les vaisseaux déchirés, se dégorger et rentrer dans son état normal.

3° La connaissance de ces forces et du moment de l'intervention se tire de l'étude des trois degrés de la contraction utérine et de la loi des douleurs que j'ai établies, ainsi que de la présence de la bosse sanguine sur la tête l'enfant.

4° Lorsque le travail est franchement déclaré et que la poche est percée, il ne faut pas laisser les contractions devenir permanentes avant d'agir. Si elles se suspendaient tout à fait avant d'avoir atteint la période de deux ou trois minutes, elles indiqueraient une grande faiblesse utérine pour laquelle il faudrait agir en aplanissant les obstacles qui retardent le travail plutôt qu'en réveillant les contractions.

5° Quant au mode d'intervention, il varie selon les diverses causes qui retardent le travail, et ne peut être indiqué d'une manière générale.

(Commissaires : MM. Danyau, Paul Dubois, Moreau.)

La séance est levée.

RÉCLAMATION.

Caen, le 19 septembre 1856.

Monsieur et très honoré confrère,

Dans une lettre parfaitement motivée qu'il adresse à l'Académie, M. le docteur Marie réclame en faveur de mon prédécesseur et premier maître, Dominel, la priorité de la ponction initiale dont M. Broca s'attribue l'invention. M. Marie n'a fait que prendre l'initiative d'une réclamation que je me proposais d'adresser à l'illustre compagnie ; aujourd'hui, je viens confirmer la parfaite exactitude de ses assertions.

Dominel est bien l'inventeur de la ponction initiale, que je mets moi-même en *constante application* depuis de longues années dans mes salles. Les élèves en médecine qui, chaque année, vont en quittant notre École, terminer leurs études à Paris, savent que, dans mes leçons cliniques, je mets en regard des autres méthodes, celle de la ponction prématurée, qui me procure de si nombreux et si beaux succès. Il faut que le hasard nous ait bien mal servis pour que, dans les trente ou quarante de nos élèves qui se rendent annuellement à Paris, après avoir suivi nos cours pendant un ou deux ans, un seul n'ait pu faire arriver jusqu'à l'oreille de M. Broca, la méthode de Dominel, que moi, son successeur médiat, j'emploie journellement. Il n'y a pas huit jours que, à l'Hôtel-Dieu, j'entretenais M. Denonvilliers de l'excellence de ce moyen, et lui montrais des malades dont les bubons avortés avaient été guéris par son application. Paris est assez riche, Monsieur le rédacteur, pour que les puissants par la science et la position laissent aux humbles de la province le peu qu'ils possèdent.

Comme complément de la ponction initiale, M. Broca ajoute la compression, triste complément, en vérité, et dont je prie instamment M. Broca de ne pas se faire l'éditeur et le propagateur, dans les adénites aiguës au moins. Si, au lieu des neuf cas signalés à l'Académie par le très honorable praticien, il daigne s'informer des faits nombreux et quotidiens qui s'observent à l'Hôtel-Dieu de Caen, il pourra, certain des résultats obtenus par moi sur deux ou trois milliers de malades, venir affirmer à l'Académie que la méthode abortive qu'il signale à tort comme sienne, tient le premier rang parmi les moyens que la science met en usage à chaque visite. *Tous les jours* j'invite les jeunes étudiants à bien reconnaître la présence d'une gouttelette de pus au centre du ganglion engorgé, et bien rarement ils se trompent dans leur appréciation ; dans les cas douteux — et c'est le plus petit nombre — la ponction est également pratiquée, car jamais elle ne détermine d'accidents qui puissent la contre-indiquer.

L'hémorrhagie dont parle M. Broca s'est en effet quelquefois manifestée ; ce sont des faits isolés ; d'ailleurs, rien de plus facile que de l'arrêter, soit par la compression, qui est ici applicable, ou par tout autre moyen hémostatique.

Veuillez agréer, etc.

Dr Le Prestre,
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Caen, et professeur de clinique externe.

COURRIER.

Paris, le 24 septembre 1856.

Monsieur le rédacteur,

Pendant le cours de la guerre d'Orient, le corps de santé de l'armée française a été cruellement éprouvé. Soixante-quinze médecins et sept pharmaciens de l'armée de terre, ainsi que douze médecins de la marine ont péri victimes de leur dévouement. La mort de beaucoup d'entre eux laisse dans le plus grand besoin des veuves et des orphelins.

Afin de leur venir en aide, nous avons pris l'initiative d'une souscription en leur faveur. Mais pour que cette souscription produise un résultat proportionné aux nombreuses infortunes qu'il s'agit de soulager, il faut qu'on lui donne toute l'extension, toute la publicité possibles. Nous vous prions donc en conséquence, Monsieur le rédacteur, de vouloir bien la rappeler aux nombreux lecteurs de votre journal, en faisant appel à leurs sentiments de généreuse confraternité. Nous ne doutons pas que toutes les personnes, *même celles qui sont étrangères à la profession médicale*, ne s'empressent de concourir à notre œuvre bienfaisante.

Dans les circonstances difficiles qu'ils ont eu à traverser, les médecins de l'armée et de la flotte se sont conduits, en effet, avec tant d'éclat qu'ils ont droit à toutes nos sympathies. Quant à ceux qui ont succombé sur le champ de bataille de notre profession, nous n'honorerons jamais mieux ni plus utilement leur mémoire qu'en soulageant, autant qu'il est en nous, les veuves et orphelins que leur mort a laissés sans fortune et sans appui.

Nous vous serions très reconnaissants, Monsieur le rédacteur, si vous vouliez bien aussi, de votre côté, ouvrir une souscription, dans les bureaux de votre journal, aux veuves et aux orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte, qui sont morts en Orient.

Déjà divers organes de la presse, et quelques Sociétés ou Associations médicales, mus par les sentiments d'humanité qui nous animent tous, nous ont prêté spontanément leur concours. Nous espérons que tous les journaux de médecine et de pharmacie, que toutes les Sociétés médicales et scientifiques de France imiteront cet exemple. Notre souscription, ainsi étendue et généralisée, permettra à chacun d'apporter son offrande, si modeste qu'elle soit ; elle en deviendra nécessairement beaucoup plus productive, et nous permettra de remplir d'une manière plus efficace le but que nous nous proposons.

Agréez, Monsieur le rédacteur, l'assurance de nos sentiments les plus distingués.

Les membres de la commission de souscription :

MM.

Le baron Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine de Paris, président ;

Baudens, membre du Conseil de santé des armées ;

Bégin, président du Conseil de santé des armées ;

Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine ;

Jobert de Lamballe, id.

Le baron H. Larrey, professeur à l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce ;

Michel Lévy, directeur de l'École de médecine militaire du Val-de-Grâce ;

Nélaton, professeur à la Faculté de médecine ;

Ricord, chirurgien des hôpitaux ;

Rayer, membre de l'Institut ;

Sénard, chirurgien principal adjoint à l'inspection générale du service de santé de la marine ;

Thiriaux, pharmacien, membre du Conseil de santé des armées ;

Maheux, docteur en médecine, secrétaire.

P. S. Les souscriptions sont reçues dès à présent chez chacun des membres de la commission. Veuillez adresser toute communication relative à la souscription, à M. le docteur Maheux, secrétaire, rue des Jeûneurs, 39.

Nous nous empressons d'obtempérer au désir de la Commission, et dès aujourd'hui les offrandes pour cette souscription peuvent être adressées aux bureaux de l'Union Médicale.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 117. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 27 Septembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Douzième et dernière lettre sur le choléra. — II. THÉRAPEUTIQUE : Des effets de la belladone sur l'économie et en particulier sur l'appareil de la vision ; de la nature de ses phénomènes et des conditions de leur manifestation. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie des sciences). Séance du 15 septembre : Temperature animale. — Traitement de l'asphyxie. — IV. FEUILLETON : Encore les Sociétés de secours mutuels et les médecins.

PARIS, LE 26 SEPTEMBRE 1856.

DOUZIÈME ET DERNIÈRE LETTRE SUR LE CHOLÉRA.

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC, ET TRAITEMENT.

Mon cher confrère,

Avant d'entrer en matière, je désire présenter quelques remarques critiques sur la physiologie expérimentale et sur les vivisections en particulier, si fort à la mode depuis quelques années. Au premier abord, ceci va vous paraître un hors d'œuvre. Mais si vous voulez bien vous rappeler que, dans mes lettres précédentes, j'ai quelquefois avancé des propositions physiologiques que l'on a contestées en me demandant quelles expériences j'avais faites pour les étayer, si j'ajoute que j'ai l'intention d'en produire de nouvelles, et que l'on ne manquera pas de les repousser encore en se servant du même argument, vous comprendrez combien il m'importe de discuter la valeur du genre de preuves qu'on me demande et d'en démontrer la faiblesse.

Je crois que l'avenir de la physiologie repose sur de tout autres bases que l'expérimentation sur les animaux. Je crois plus. Je crois que ces expériences sont plus propres à renverser l'édifice de cette science qu'à le perfectionner.

Prendre l'anatomie pour base et pour point de départ ; chaque partie de l'organisme étant bien connue dans sa texture, sa forme, ses rapports et ses propriétés spéciales, rechercher par l'observation, l'analyse et le raisonnement, le rôle particulier qu'elle remplit dans la vie de l'ensemble ; étudier minutieusement les changements et les altérations que l'organisation subit sous l'influence des milliers de causes au milieu desquelles elle fonctionne ; saisir la relation qui existe entre chaque altération et les désordres qu'elle entraîne ; apprendre ainsi par la fonction troublée à connaître la partie qui l'exécute dans l'état normal ; apprécier enfin l'influence que les dérangements de chacun des instruments du mécanisme humain exercent sur le jeu des autres organes, afin de découvrir les liens qui les unissent tous dans une solidarité commune, pour les faire concourir, chacun selon son importance, à l'accomplissement de cette grande fonction qu'on appelle la vie, telle est, à mon sens, la marche principale, la seule marche sûre à suivre pour imprimer des progrès certains et durables à la physiologie humaine.

Je ne prétends cependant pas refuser aux expériences sur les animaux la part qui peut leur revenir dans ces progrès. Mais on l'a beaucoup trop exagérée. On s'est surtout complétement fourvoyé, ce me semble, lorsque l'on a voulu, comme de nos jours, faire reposer tout l'avenir de la science physiologique sur ces expériences. Éblouis par les découvertes nombreuses et rapides dont s'enrichissaient chaque jour la physique et la chimie par la méthode expérimentale, les physiologistes ont espéré les mêmes bénéfices de l'application de cette méthode aux objets de leur étude. Ils n'ont pas vu qu'il n'y avait aucune parité à établir entre les corps bruts et les corps vivants, entre les phénomènes simples et constants des premiers et les phénomènes complexes et variables des seconds. Ils n'ont pas remarqué que les physiciens et les chimistes, pour étudier les propriétés du corps, expérimentent sur chaque corps en particulier, et ne concluent jamais des propriétés de l'un aux propriétés de l'autre. Et ils n'ont pas craint d'appliquer à l'homme les résultats obtenus par l'expérimentation sur les animaux.

Qu'est-ce donc au fond que l'expérimentation ? C'est l'art de créer, de multiplier les faits à volonté, au lieu de les attendre. Pour posséder une valeur scientifique, il faut de toute nécessité que ces faits *artificiels* soient parfaitement semblables aux faits *naturels* qu'ils ont la prétention de devancer. Cela ne sera jamais possible sur le terrain mouvant des faits physiologiques. Il faudrait au moins pour les rapprocher de cette identité nécessaire à la sûreté des conclusions, qu'on les fît naître sur les objets dont on veut étudier les propriétés et les fonctions, et par conséquent sur l'homme quand on veut étudier la physiologie humaine. On court autant de risque de s'égarer en appliquant à l'homme les conséquences d'expériences faites sur les animaux, que si l'on voulait étudier, par exemple, la physiologie des poissons en faisant des expériences sur les oiseaux.

Quelque élevés que soient, en effet, dans l'échelle animale les êtres sur lesquels vous expérimentiez, il y aura toujours des différences énormes entre leur organisation et leurs fonctions et l'organisation et les fonctions de l'être humain. Demandez donc à l'estomac du chien qui digère les os, à la panse du bœuf ou du cheval qui se nourrissent de l'herbe des champs, au gésier épais et musculeux des oiseaux granivores, comment s'opère la digestion chez l'homme, qui est omnivore. Nourrissez donc des chiens avec du sucre ou de la gélatine, à l'exclusion de tout autre aliment, pour savoir si l'homme se trouverait bien ou mal de ce régime. Essayez donc d'apprendre quelles sont les fonctions de la peau et comment elle les remplit, en les étudiant sur des animaux couverts de poils, de laine, de plumes, ou d'écailles. Vous n'arriverez ainsi qu'à des résultats obscurs, incertains, douteux, quand ils ne seront pas tout à fait mensongers. Que si vous voulez descendre aux espèces animales inférieures, dans l'espérance que les phénomènes physiologiques étant beaucoup plus simples seront beaucoup plus faciles à saisir, ne voyez-vous pas que vous imiterez le mécanicien, qui, pour connaître le mode de fonctionnement d'un chronomètre, se bornerait à étudier le mécanisme et les mouvements d'un tourne-broche. Chaque espèce a son organisation et ses fonctions particulières, sa physiologie propre ; c'est donc dans chaque espèce qu'il la faut étudier. Des expériences n'auraient donc de valeur à mes yeux, je le répète, pour édifier la physiologie humaine, que si elles étaient faites sur l'homme, ce qui n'est pas possible, et encore, avant de leur accorder quelque importance, je voudrais savoir ce que les milliers d'expériences faites sur les animaux nous ont appris de leur physiologie.

Si les expériences non sanglantes ne peuvent jeter que bien peu de lumière sur la science physiologique, que peut-on donc attendre des vivisections ? Rien, ou presque rien. Attacher un animal sur une table d'amphithéâtre, plonger le bistouri dans ses chairs palpitantes, le disséquer vivant, faire couler son sang, lui arracher des cris ou des hurlements de douleur, de rage ou de frayeur, exciter sa colère ou le jeter dans la stupeur de l'épouvante, c'est d'abord, il faut en convenir, un singulier moyen d'apprendre comment s'exercent les fonctions paisibles, régulières, de l'homme en parfaite et joyeuse santé. Ensuite, interroger dans les supplices et les tortures, c'est s'exposer à des réponses mensongeres. La torture interroge et la douleur répond, a dit un poëte, et c'est vrai au physique comme au moral. Aussi de quelles vérités les vivisections ont-elles enrichi la science depuis cinquante ans qu'on les a pratiquées sur des milliers de victimes ? J'en appelle à tous les médecins de bonne foi. Ont-elles fait autre chose que semer le doute sur la plupart des questions physiologiques ? Ont-elles servi même à éclairer la physiologie des animaux sur lesquels on les a pratiquées ? Existe-t-il une seule découverte en physiologie humaine, à elles attribuée, dont on ne puisse faire remonter l'origine à une autre source ? Ont-elles faif autre chose que la confirmer ? Enfin, ne

Feuilleton.

ENCORE LES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS ET LES MÉDECINS.

La question de l'abonnement et du rôle du médecin dans les Sociétés de secours mutuels, sur laquelle j'ai pris la liberté d'appeler souvent l'attention de mes confrères, commence à agiter le corps médical des départements. La presse médicale qui, ailleurs aussi bien qu'à Paris, prend l'initiative sur tous les sujets d'un véritable intérêt professionnel, commence aussi à s'occuper de celui-là, un des plus importants de ceux sur lesquels elle ait à appeler l'attention publique. Mais sur ce sujet comme sur tous ceux qui intéressent le présent et l'avenir de notre profession, il y a diversité d'opinions, si ce n'est dissidence. M. le docteur Eissen, l'honorable rédacteur de la *Gazette médicale de Strasbourg*, m'ayant fait l'honneur de reproduire mon dernier article sur cette question, a reçu et publié deux lettres de deux confrères de cette ville, médecins l'un et l'autre d'une des Sociétés de secours de la capitale de l'Alsace, lettres dans lesquelles leurs honorables auteurs cherchent à répondre aux objections dont je me suis rendu l'éditeur responsable, en les reproduisant d'un mémoire publié par les médecins d'Orléans, sur l'organisation médicale des Sociétés de secours de cette ville.

L'impartialité me fait un devoir de faire connaître à nos lecteurs les réponses de nos honorables confrères de Strasbourg. Je n'ai pas, grâce à Dieu, la prétention de ne jamais me tromper dans mes appréciations, ni de donner des conseils dont l'opportunité et l'application pratique soient à l'abri de toute discussion. J'expose au contraire mon sentiment toujours avec une certaine défiance, mais toujours aussi avec l'intention sincère d'être utile au corps médical. Si, dans cette circonstance, j'ai été dans l'erreur, je dois fournir moi-même les moyens de la rectifier, et c'est ce que je fais en donnant la publicité de l'UNION MÉDICALE aux deux lettres suivantes :

A Monsieur le rédacteur en chef de la *Gazette médicale de Strasbourg*.

« Mon cher confrère,

« Veuillez m'accorder une petite place dans votre estimable journal, pour prendre part à la discussion que provoque le feuilleton de votre dernier numéro sur les caisses de secours mutuels. Personne, sans doute, ne conteste aujourd'hui la haute utilité de cette institution ; mais envisagée sous le point de vue de la profession médicale, elle soulève, j'en conviens, des critiques très respectables et très consciencieuses. Le but de cette lettre est de vous démontrer que ces Sociétés convenablement établies, comme celles auxquelles j'ai l'honneur d'appartenir, sont éminemment bienfaisantes et moralisantes pour la classe ouvrière, et que les abus dont on les accuse sont d'une importance minime, pour ne pas dire nulle.

» Mais, avant tout, qu'il nous soit permis de le dire, nous sommes tout disposé à suivre les bons conseils que nos confrères pourraient nous donner sur cette intéressante question.

» De tout temps les Sociétés de secours mutuels (*Laden*) ont été très nombreuses à Strasbourg. Toutes, à l'exclusion de trois ou quatre formées par des ouvriers d'un même état, fonctionnent très mal et n'atteignent en aucune façon le but qu'elles se proposent. La cotisation, qui a lieu ordinairement les dimanches dans un cabaret, est de 15 à 40 c. par semaine, et le sociétaire qui, par suite de maladie ou de blessure, est obligé de suspendre son travail, reçoit par semaine une indemnité de 3 à 8 fr., c'est-à-dire autant de francs qu'il verse de sols par semaine.

» Ce qui reste en caisse à la fin de l'année est partagé entre les sociétaires. Il suffit d'énoncer ce système imprévoyant pour en faire comprendre tous les inconvénients. Ces caisses, surtout celles qui sont composées par des femmes donnent lieu à des contestations journalières très pénibles, et souvent très difficiles à résoudre par M. le juge de paix.

» Je n'en citerai qu'un exemple, d'ailleurs très commun : lorsque les personnes préposées à la caisse refusent l'indemnité à un sociétaire affecté d'une maladie réelle ou simulée, se prolongeant pendant des semaines ou des mois, à domicile ou à l'hôpital, celui-ci réclame par l'entremise d'un huissier : on déchire les statuts et on partage la caisse pour se réorganiser un peu plus tard.

» En 1850, une vingtaine d'ouvriers, auxquels se sont jointes plusieurs personnes expérimentées et plusieurs médecins, se sont réunis pour former une nouvelle Société de prévoyance dite la *Cordiale*. Cette Société, composée aujourd'hui de près de 300 ouvriers, presque tous pères de famille, peut, à mon avis, être regardée comme un modèle à suivre dans la création d'autres Sociétés. C'est ce qui a lieu : la *Concorde*, autre Société composée d'une centaine d'ouvriers, a été calquée sur elle.

» Il me suffira de rapporter les articles suivants tirés des statuts de la *Cordiale* pour faire apprécier l'esprit d'ordre, de prévoyance et de moralisation qui a présidé à son organisation.

» Art. 1er. Le but de la Société consiste :

» 1° A procurer aux sociétaires un secours pécuniaire en cas d'incapacité de travail, résultant de maladie ou de blessure constatées, et un convoi honorable en cas de décès ;

» 2° A procurer, en cas de maladie, aux sociétaires et aux personnes composant leur famille, les soins d'un médecin et des médicaments payés par le fonds social.

» Ainsi, plus d'aumônes en cas de maladie ou de décès, plus d'appel à la commisération privée ou à la charité publique ; c'est bien le cas de dire : Aide-toi, le ciel t'aidera.

» Art. 27. Chaque sociétaire paie :

» 1° Une somme de 2 fr. à titre de contribution d'affiliation ;

» 2° Une cotisation mensuelle de 1 fr. 70 c., ou de 85 c. par quinzaine.

» Cette cotisation paraît bien faible quand on songe à tous les droits qu'en retirent les sociétaires, néanmoins elle suffit : nous avons quelques milliers de francs en caisse, et cependant le nombre des malades, pendant les années 1853 et 1854, a été très considérable ; de plus, nous avons eu des sociétaires affectés de maladies chroniques (phthisie, paralysie, coxalgie, etc.) qui les ont empêchés de travailler pendant des mois et des années.

» Eh bien, grâce à la cotisation de 6 c. par jour, ces braves ouvriers ont reçu au sein de leurs familles des soins qui ne s'oublient plus dans la vie ; grâce à cette modique cotisation, on leur a évité la nécessité cruelle de recourir au mont-de-piété, institution fatale et pourtant indispensable au pauvre, celle bien plus cruelle encore de se voir enlever, après avoir vainement lutté contre la misère, à leurs familles, à leurs amis, pour entrer à l'hôpital, où bientôt peut-être on les aurait oubliés.

» Art. 37. Le sociétaire, et par lui toutes les personnes qui composent sa famille, auront en outre droit, en cas de maladie ou de blessure :

» 1° Aux soins d'un des médecins attachés à la Société. Il lui sera libre de choisir tel de ces médecins qui lui conviendra, et pourra de même en changer à sa volonté.

» 2° Aux médicaments de toute nature, y compris les sangsues, saignées et appositions de ventouses.

voyons-nous pas tous les jours, les résultats *certains* des vivisections de la veille, démentis par les résultats *incontestables* des vivisections du lendemain?

Encore une fois, je ne veux pas proscrire d'une manière absolue l'emploi des expériences sur les animaux vivants de l'étude de la physiologie de l'homme. Celles surtout qui ne sont ni sanglantes ni douloureuses ou le sont à peine, et celles qui ont pour but d'éclairer quelques-uns des phénomènes les plus simples de la vie, peuvent, j'en conviens, avoir quelque utilité. Mais je m'élève contre la prétention mortelle à tout progrès, d'en faire la base presque exclusive de l'enseignement de la physiologie, de ne regarder comme vrai et démontré que ce qu'elles apprennent, et de repousser, ainsi que le faisait un expérimentateur célèbre, il y a peu de temps encore, de rejeter de la science physiologique, comme autant d'assertions téméraires, d'erreurs ou de mensonges, tout ce qui n'émane pas de ces mutilations décorées du nom d'expérimentations. Les expériences sur les animaux vivants sont tout au plus bonnes, j'en ai l'intime conviction, à confirmer les découvertes faites par d'autres procédés. C'est une petite preuve qui vient s'ajouter à des preuves plus puissantes. C'est un appoint qui complète une somme, et rien de plus. Absolument comme la statistique.

L'étude de l'anatomie, l'observation intelligente et raisonnée des phénomènes de la santé et de la maladie, sont, je le répète, les sources les plus fécondes de nos connaissances en physiologie. Les maladies en particulier ne sont-elles pas des expériences toutes faites? La pathologie ne nous apprend-elle pas à remonter des fonctions troublées aux organes qui les exécutent? Ne nous révèle-t-elle pas les liens sympathiques qui unissent les organes entre eux, liens qui, sans elle, nous resteraient cachés? Ne nous enseigne-t-elle pas à suivre les dégradations successives de la fonction en correspondance parfaite avec l'altération graduelle de l'organe, et sa cessation subite lorsque l'instrument est détruit ou trop profondément altéré pour continuer de la remplir? Et ne possédons-nous pas, dans les ouvertures des cadavres, le moyen le plus sûr de vérifier nos conjectures et de rectifier nos erreurs? Ici, du moins, les expériences se font sur l'homme, les conséquences en sont applicables à l'homme, et nous n'avons pas à craindre une seule des chances d'erreur auxquelles on s'expose, quand on veut transporter à l'homme les déductions des expériences faites sur les animaux vivants.

A l'appui de cette manière de voir, je prendrai précisément l'exemple que citait Magendie en faveur de la méthode expérimentale, savoir : les découvertes prétendues récentes sur les fonctions du système nerveux, dues, croyait-il, aux vivisections.

Hippocrate, Hérophile, Eudémus, avaient déjà reconnu que les nerfs sont les conducteurs du mouvement et de la sensation. Les faits pathologiques leur ayant appris qu'il existait des paralysies séparées du sentiment et du mouvement, ils en avaient conclu hardiment, et avec juste raison, qu'il devait y avoir deux ordres bien distincts de nerfs, les uns spécialement destinés à transmettre le sentiment, les autres spécialement affectés à la transmission du mouvement. Cette conclusion était si naturelle, si juste, si frappante d'évidence, qu'elle fut immédiatement acceptée. Elle n'avait pas besoin de preuves, elle s'affirmait, elle se prouvait d'elle-même.

Galien, la considérant comme une vérité incontestable, en fit le point de départ de ses recherches. Il vit que le problème qui restait à résoudre, consistait à déterminer quels étaient les cordons nerveux qui portaient l'incitation au mouvement des centres d'innervation à la périphérie, et ceux qui ramenaient la sensation des parties éloignées au cerveau, ou, comme il le dit lui-même, il vit qu'il s'agissait désormais de déterminer *le* SIÉGE *et la manière d'être* — nous disons aujourd'hui le siége et la nature — *des affections dans lesquelles la paralysie porte tantôt sur le sentiment, tantôt sur le mouvement, et tantôt sur ces deux fonctions à la fois*, et il entreprit de le faire.

Il démontra anatomiquement, et par l'observation de la fonction, que l'oreille et le nez, n'ayant que les fonctions sensoriales de l'ouïe et de l'odorat à remplir et pas de mouvements à exécuter, ne possédaient que des nerfs sensitifs, tandis que l'œil et la langue, organes de la vue et du goût, sentant et se mouvant, recevaient des nerfs sensitifs et des nerfs moteurs. Qu'importent les explications dont il accompagne ces faits, mollesse des nerfs du sentiment, dureté des nerfs du mouvement. Les faits n'en restèrent pas moins incontestables, comme la conclusion qu'il en tira demeure vraie et féconde : *à la lésion de chacun de ces nerfs correspond la lésion de la fonction spéciale qu'il remplit.*

Galien fit plus. Il toucha du doigt la découverte des fonctions des racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens, et cela non pas au moyen des vivisections, mais éclairé par un seul fait pathologique bien interprété. Un nommé Pausanias, dans une chute de voiture, s'était fait une blessure à la partie supérieure du dos. La petite plaie s'était promptement guérie. Mais à cette guérison avait succédé d'une manière progressive la *perte du sentiment* des deux derniers doigts et de la moitié du médius de la main gauche. Divers moyens appliqués localement sur les parties paralysées avaient échoué. Galien, consulté, s'étant fait rendre compte des antécédents, dirigea les mêmes moyens sur la partie primitivement lésée, et, dit-il, la guérison ne se fit pas attendre. A quoi il ajoute : *les médecins ne savent pas que les nerfs répandus dans la peau de la main ont* DES RACINES DIFFÉRENTES DE CELLES DES NERFS CHARGÉS DE DONNER LE MOUVEMENT AUX MUSCLES. Si, au lieu de s'égarer continuellement dans des discussions métaphysiques inintelligibles sur la *nature*, le *principe vital*, les *forces vitales*, etc., les médecins avaient suivi la route ouverte par cet homme de génie, combien les progrès de la physiologie et ceux de la pathologie qui n'est que la physiologie de l'homme malade, n'eussent-ils pas été plus rapides et plus sûrs.

Quoi qu'il en soit, c'est parce que la pathologie leur avait appris qu'une partie pouvait perdre la sensibilité et conserver le mouvement ou perdre le mouvement et conserver la sensibilité, que les anatomistes ont depuis longtemps cherché à distinguer les nerfs sensitifs des nerfs moteurs. Tous l'avouent et les vivisecteurs eux-mêmes le confessent. C'est donc parce que la pathologie leur avait donné cette conviction, que Charles Bell et Magendie ont cherché à préciser, à localiser au moyen de vivisections, le premier, les fonctions des nerfs de la face, le second, les fonctions des racines antérieures et postérieures des nerfs rachidiens, continuateurs en cela de Galien, qui ne leur avait presque rien laissé à faire à cet égard.

Mais voilà qu'un nouveau physiologiste, habile expérimentateur comme eux, M. Brown-Séquard, vient aujourd'hui contester, avec les mêmes armes, ce qu'ils croyaient avoir affermi sur des bases inébranlables. Pareilles contradictions ne déposent pas en faveur des vivisections, et nous prions de remarquer qu'elles ne portent pas la moindre atteinte aux faits de Galien ni à l'interprétation qu'il leur donne.

Par quels moyens, en définitive, la question en litige sera-t-elle décidée? Par de nouvelles recherches anatomiques, par de nouvelles observations physiologiques, et surtout par de nouveaux faits pathologiques. Les maladies, comme je l'ai déjà dit, sont des expériences toutes faites; la pathologie prononcera donc en dernier ressort. C'est elle qui a posé le problème; c'est à elle qu'il appartient de le résoudre.

Ainsi, l'expérience, qui faisait l'orgueil de la physiologie expérimentale, celle qui devait assurer le triomphe des vivisections sur toutes les autres méthodes d'investigation, celle que Magendie citait complaisamment en preuve de la supériorité de la voie qu'il avait adoptée, cette expérience n'a presque rien ajouté aux enseignements certains de la pathologie, elle a seulement apporté une preuve de plus à leur appui, cette preuve est aujourd'hui contestée dans sa valeur, et c'est à la pathologie qu'il faut en revenir pour apprécier le degré de confiance qu'on peut lui accorder. Je n'hésite pas à le dire. Il en sera de même de l'expérience qui a tout récemment doté le foie d'une nouvelle fonction, la fonction glucogénique, et de celle qui attribue pour usage au suc pancréatique l'émulsionnement des graisses pour en faciliter la digestion. Ne sont-elles pas déjà fortement ébranlées par les recherches de nouveaux et habiles expérimentateurs? N'est-ce pas aux faits pathologiques qu'il faudra en appeler, en définitive, pour décider la question? S'il en est ainsi des plus brillantes expériences de la physiologie moderne, que faut-il donc penser des autres. A de rares exceptions près, ces expériences, et surtout les vivisections, conduisent à des résultats fallacieux, remplissent l'esprit de doutes et d'incertitudes, sèment la science de négations et de ruines, sont incapables, seules, de rien édifier, et apportent seulement quelquefois une preuve de plus à des vérités découvertes sans leur intervention.

J'ai donc pu affirmer, sans avoir fait d'expériences sur les animaux : 1° que la peau recouverte de son épiderme absorbe à peine; 2° que les miasmes étant répandus dans l'air, pénétraient avec lui dans les poumons, et étaient absorbés par cette voie; 3° qu'introduits ainsi dans le torrent circulatoire, ils allaient porter leur fatale influence sur tous les organes; 4° que les substances non assimilables étaient rejetées au dehors par divers émonctoires; 5° que ces émonctoires devaient être les mêmes dans l'état de maladie que dans l'état de santé; 6° que la voie d'élimination variait suivant la nature de la matière à éliminer; 7° que les matériaux solubles étaient principalement dirigés du côté des urines, les matières volatiles et odorantes vers la peau et la muqueuse pulmonaire, et les gaz absorbés presque exclusivement vers cette dernière voie; 8° que les miasmes ne pouvaient pas être rejetés par les urines, puisque, dans toutes les maladies miasmatiques, cette sécrétion était diminuée et quelquefois même suspendue; 9° qu'ils ne pouvaient pas l'être non plus par les organes sécréteurs qui ne sont pas chargés d'une fonction éliminatrice dans l'état de santé; 10° que la peau est principalement la voie par laquelle ils sont expulsés, comme l'attestent et les exanthèmes variés dont elle est le siége dans la plupart des maladies qu'ils produisent, et les sueurs exhalant l'odeur spéciale à chaque miasme qui les accompagnent; 11° qu'éliminés, ils conservaient leurs propriétés pathogéniques spéciales, puisque absorbés de nouveau, *en quantité suffisante*, ils pouvaient reproduire la même maladie, et n'en produisaient jamais une autre, etc., etc. La simple observation des faits physiologiques et pathologiques, l'interprétation naturelle et sensée de ces faits, et le bon sens, avec lequel il

---

» Six médecins nommés par le suffrage universel sont attachés à la *Cordiale* et deux à la *Concorde*.

» Le nombre des médecins, qui au reste peut encore être augmenté, et la manière de les choisir donnent toutes les garanties désirables aux sociétaires et à leurs familles.

» Art. 38. En cas de décès d'un sociétaire, il sera payé par la caisse à la famille une somme de 60 fr. pour frais de funérailles.

» Sage mesure à l'aide de laquelle on ne laisse plus à la charge de la famille du défunt l'accomplissement d'un devoir presque toujours irréalisable pour le plus grand nombre des ouvriers.

» Art. 43. En cas de décès d'un sociétaire, le président fera immédiatement convoquer à tour de rôle cent sociétaires qui seront tenus d'accompagner au cimetière le convoi du défunt.

» Art. 44. Les médecins qui ont accepté ou qui accepteront par la suite les propositions de la Société, sont obligés de traiter tous les sociétaires et leurs familles moyennant une rétribution de 100 fr. par vingt sociétaires, à partager entre eux proportionnellement aux visites qu'ils auront faites.

» MM. les pharmaciens de la ville ont consenti à fournir, tant aux sociétaires qu'aux personnes composant leurs familles, tous les médicaments que prescriront MM. les médecins de la Société, avec un rabais de 25 p. 100 sur les prix de leur tarif ordinaire. Enfin, différentes personnes qui s'occupent de la pratique des saignées et de l'application des ventouses se sont engagées à ces opérations, moyennant une rétribution de 60 c. pour chacune d'elles.

» Ce dernier article est, à ma connaissance, le seul qui ait provoqué à Strasbourg les critiques dont nous avons parlé. Elles peuvent être réduites à deux propositions : 1° les médecins des Sociétés avilissent la dignité professionnelle en acceptant 25 à 30 c. par visite ou consultation; 2° ils portent une atteinte sérieuse aux intérêts matériels du corps médical, en admettant dans ces Sociétés des individus qui pourraient convenablement payer leurs médecins.

» Voici nos réponses :

» 1° Il n'est peut-être pas en France une ville comme Strasbourg pour la dignité et la charité qui président à l'exercice de notre profession; aussi le corps médical y est-il généralement respecté. Les médecins, moins que partout ailleurs, sont habitués à envoyer des notes, ils laissent généralement à la conscience de leurs clients le soin de les rétribuer selon leur fortune, et il arrive certes souvent que la pièce de 20 sols de Pierre a plus de mérite que la pièce de 20 fr. de Paul. Je ne vois donc pas ce qui permet de dire que les médecins de ces Sociétés dégradent la profession; certes, ils ne la dégradent pas plus que les autres médecins de la ville, qui très souvent acceptent des sommes très minimes pour ne pas blesser des pauvres gens qui leur manifestent leur reconnaissance dans la limite de leurs moyens. Et le médecin cantonal et le médecin de l'administration des tabacs, qui n'ont certes pas 20 c. par visite, portent-ils aussi atteinte à la dignité professionnelle? Permettez-moi d'en douter.

» 2° Les intérêts de la profession sont-ils lésés? D'abord je connais assez la situation financière des 300 membres de la *Cordiale*, pour admettre qu'un grand nombre d'entre eux avaient recours autrefois à la charité municipale ou bien à la charité individuelle des médecins; ainsi donc, aujourd'hui la somme, il est vrai très faible, qui revient aux médecins et aux pharmaciens, est un véritable gain pour la profession; de plus, il est certain pour moi que parmi les 300 membres, il n'y en a pas 15 qui résisteraient à une maladie de six mois, sans être obligés de s'adresser à la charité; d'ailleurs, ne croyez pas que nous ne recevons toujours que 25 à 30 c. par visite ou consultation, il arrive très souvent que des membres de la *Cordiale* ou de la *Concorde*, qui sont dans des positions plus heureuses que leurs amis et camarades, viennent exprimer leur reconnaissance aux médecins en leur apportant volontairement des honoraires dont l'importance varie avec leur position de fortune, et ne croyez-vous pas que la pièce de 5 fr., offerte de cette manière par le pauvre et reconnaissant ouvrier, ne relève pas plus la profession aux yeux du vulgaire et aux yeux de nous-mêmes, que le billet de 100 fr. de tel riche banquier?

» J'ai cru qu'il était nécessaire de vous faire connaître l'état réel des Sociétés dont je suis le médecin, avant de prendre une part active à la discussion; je me bornerai cette fois à ce simple exposé des faits, sauf à revenir plus tard sur ce sujet, si vous voulez bien me le permettre.

» Tout à vous, Maurice RUEF. »

« Monsieur le Rédacteur,

» J'ai lu avec un vif intérêt le feuilleton du dernier numéro de la *Gazette médicale de Strasbourg*. Vous y abordez une question bien grave, celle des Sociétés de secours mutuels dans leurs rapports avec les médecins, question qui m'occupe depuis longtemps et dans laquelle je suis personnellement intéressé, étant non seulement le médecin de plusieurs de ces Sociétés, mais ayant aussi pris une part très active à la fondation de l'une d'elles, de celle qui est la plus ancienne et qui compte aujourd'hui le plus grand nombre de membres.

» Depuis longtemps j'aurais désiré que cette question fût discutée au sein du corps médical de Strasbourg; c'est donc avec un véritable sentiment de satisfaction que je vous ai vu prendre cette initiative, et je vous en suis personnellement d'autant plus reconnaissant, que vous me fournissez l'occasion de répondre à des accusations plus ou moins indirectes qui, depuis quelque temps, sont dirigées contre les médecins des Sociétés de secours, de la part de plusieurs de nos confrères.

» Mon ami, le docteur Ruef, vous a exposé l'organisation de quelques-unes des Sociétés dont il est question et les conditions dans lesquelles se trouvent les médecins qui leur sont attachés. Veuillez, à mon tour, m'accorder une petite place dans le feuilleton de votre estimable journal, pour répondre aux objections qu'on fait ordinairement à ces Sociétés et qui se trouvent formulées dans le feuilleton de l'UNION MÉDICALE que vous reproduisez.

» Ces objections sont les suivantes :

» 1° Les Sociétés de secours mutuels créent un monopole, un privilége pour quelques médecins.

» 2° Elles ôtent aux jeunes médecins les moyens de se former une clientèle.

» 3° Elles empêchent le sociétaire de choisir le médecin de sa confiance, en lui imposant celui ou ceux de la Société.

» Avant d'aborder une à une ces différentes objections, j'ai hâte de déclarer que ce n'est qu'au point de vue de notre localité que je les discuterai; car c'est au nom des intérêts locaux qui se croient lésés que vous avez pris la parole.

» Le sujet, du reste, est trop vaste pour être approfondi dans les limites étroites d'un feuilleton.

» Le premier reproche, que les Sociétés nous ont créé un privilége, serait jusqu'à un certain point fondé, si une ou plusieurs Sociétés prenaient une grande extension de manière à embrasser une grande partie

faut toujours un peu compter, même en matière scientifique, témoignaient assez haut en faveur de ces vérités. Qu'auraient ajouté à leur démonstration quelques expériences sur les animaux vivants? Rien; et elles auraient pu l'obscurcir. Aussi me suis-je bien gardé d'en faire.

On ne me demandera donc plus sur quelles expériences reposent les propositions physiologiques que j'émettrai dans le cours de ce travail. Je donne à ces propositions des bases plus solides, l'anatomie, la pathologie humaine, le raisonnement, l'analogie, le sens commun, et je n'accepterai d'objections que celles qui seront puisées à cette quintuple source.

Entrons maintenant en matière, et disons d'abord quelques mots du diagnostic et du pronostic du choléra, avant d'aborder la question difficile et importante du traitement.

L.-Ch. ROCHE,

(La suite prochainement.) Membre de l'Académie de médecine.

THÉRAPEUTIQUE.

DES EFFETS DE LA BELLADONE SUR L'ÉCONOMIE ET EN PARTICULIER SUR L'APPAREIL DE LA VISION; — DE LA NATURE DE SES PHÉNOMÈNES ET DES CONDITIONS DE LEUR MANIFESTATION;

Par le d[r] ROUAULT, de Rennes, ex-médecin suppléant du P. Debreyne.

§ I. EFFETS DE LA BELLADONE SUR L'APPAREIL OPTIQUE.

Tout ce que nous allons dire ici s'applique aux effets de la belladone administrée sous la forme ordinaire; quant aux effets produits par son principe actif, c'est-à-dire par l'*atropine*, nous les étudierons à la fin de ce paragraphe, et nous ferons voir qu'ils présentent avec les premiers, sinon dans leur nature, du moins dans leur intensité, des différences tellement marquées que nous avons cru devoir les examiner séparément.

Dilatation de la pupille. — Lorsqu'on dépose à la surface du globe oculaire ou sur la surface interne des paupières, une ou deux gouttes de la solution concentrée et non filtrée d'extrait de belladone, on observe toujours, lorsque l'iris est libre et contractile, une dilatation de la pupille; cette dilatation se manifeste au bout de quinze, vingt à trente minutes, et elle persiste pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Nous avons constamment observé ce phénomène lorsque la solution dont nous nous servions était fraîche et que l'extrait avec lequel elle avait été préparée était de bonne qualité. L'élargissement de la pupille est quelquefois tellement considérable qu'on n'aperçoit plus qu'à peine les indices de l'iris. Si le cristallin est opaque, il apparaît alors dans toute son étendue, ce qui fait croire qu'il s'est avancé vers la chambre antérieure dans laquelle il semble prêt à se précipiter.

D'après les recherches que M. Ségalas communiqua à l'Académie de médecine en 1827, la belladone appliquée sur l'un des deux yeux, manifesterait cependant son action sur les deux à la fois. Mais les faits cités par Himly et par Elhers, son traducteur, les nombreuses observations du P. Debreyne, les expériences récentes de M. Gosselin, sont en opposition complète avec les assertions de M. Ségalas; quant à nous, nous avons toujours remarqué que la dilatation ne se manifestait que dans l'œil soumis à l'instillation, à moins toutefois que la quantité instillée n'ait été considérable.

La dilatation de la pupille se produit encore, mais seulement moins rapidement, lorsqu'on fait des onctions avec l'extrait de la même plante sur la face cutanée des paupières, sur le front, sur les tempes, etc. Mais suivant MM. les docteurs Courserant, Foucart, Bouquet, de Marseille, Magne, etc., cette dilatation ne s'observe que dans les cas où une certaine quantité de la pommade ou de l'extrait réussit à s'introduire entre les paupières; si l'on prend toutes les précautions nécessaires pour éviter cette introduction, l'effet produit sur la pupille est très faible ou même absolument nul.

Si l'extrait de belladone est ingéré dans l'estomac à la dose de 15 à 20 centigrammes, la mydriase est encore un phénomène presque constant, et même chez les personnes qui sont extrêmement sensibles à l'action de ce médicament, on peut l'observer à une dose bien moins considérable, à 5 centigrammes par exemple, et même à 1 centigramme.

Troubles de la vue. — Indépendamment des phénomènes que nous venons d'étudier, il peut se manifester, sous l'influence de la belladone, des troubles de la vue qui présentent les caractères suivants: les objets semblent d'abord nager dans une vapeur blanchâtre, les contours ne sont plus nettement arrondis, on ne reconnaît plus les personnes; il est impossible de lire ou d'écrire. Augmente-t-on la dose du médicament, les ténèbres et le voile obscur s'épaississent autour des objets, cela peut arriver jusqu'à la perte complète de la vue. Quelquefois on voit survenir, en outre de la diminution de la puissance visuelle, des désordres dans les perceptions qu'elle fournit. Ce sont des fantômes extraordinaires et gigantesques, de nombreux insectes noirs qui volent et rampent autour du patient. Le docteur Warlomont prétend que certains individus qui subissent l'action de la belladone voient les objets beaucoup plus petits qu'ils ne sont en réalité. M. Sichel dit aussi avoir observé plusieurs fois cette particularité; mais cependant ce fait est exceptionnel, et n'a été signalé à notre connaissance que par ces deux auteurs.

Une remarque que nous avons eu l'occasion de faire souvent, et qui mérite la plus grande attention, c'est que la mydriase que l'on obtient par l'instillation de quelques gouttes seulement de la solution belladonée ne s'accompagne presque jamais d'un dérangement dans les fonctions visuelles. Ce phénomène avait déjà été constaté par Himly.

« Je fus appelé, dit-il, près de M. X..., parce que la pupille de l'un de ses yeux était dilatée au point qu'elle était d'une grandeur double de l'ordinaire. Cette dilatation s'était produite parce que le malade s'était lavé les yeux quelques heures auparavant avec une solution d'extrait de belladone; malgré la rétraction énorme de l'iris qui était réduit à un liseré circulaire de moins d'une ligne de largeur, le malade voyait aussi bien avec cet œil qu'auparavant, à quelques éblouissements près.

» Dans une de nos pharmacies, dit-il encore, un garçon qui agitait de l'extrait de belladone avec une égale quantité d'eau, en fit jaillir quelques gouttes dans l'un de ses yeux; sa pupille se dilata, ce qui lui causa de l'inquiétude, quoiqu'il vît avec son œil aussi bien qu'auparavant; ici, ajoute-t-il, la rétine n'était pas affectée, le phénomène cessa quelques heures après, le soir même.

» Ces observations, continue Himly, me parurent importantes à plusieurs égards, parce qu'elles démontrent qu'une petite quantité de ce narcotique produit, s'il est localement appliqué, un effet si exactement limité dans une partie de l'œil, que la rétine n'est pas paralysée avec l'iris. »

Contrairement à ce que nous venons de noter, la vision est toujours plus ou moins troublée, quelquefois même abolie tout à fait, lorsque la belladone introduite à l'intérieur a amené cette dilatation. Pour qu'il se manifeste en effet quelques troubles du côté de l'appareil optique, il ne suffit pas qu'il y ait un agrandissement de la pupille, mais il faut de plus que l'action de la belladone ait porté sur la rétine. A l'appui de cette assertion, nous pourrions citer le fait suivant qui a été signalé aussi par Orfila: c'est qu'on peut observer chez des individus qui prennent de la belladone un obscurcissement très notable de la vue sans qu'il existe cependant aucune augmentation appréciable de l'ouverture pupillaire.

Des effets de l'atropine. — Cet alcaloïde a été découvert par Brandes. Suivant MM. Bouchardat et Stuart-Cooper, il jouirait de toutes les propriétés de la belladone, mais à un degré beaucoup plus énergique.

Si, par exemple, on instille dans un œil sain une goutte de la solution au sulfate neutre d'atropine, à 5 centigrammes de sel pour 10 grammes d'eau distillée, on observe au bout de cinq à quinze minutes une dilatation de la pupille du double et même davantage de l'état normal, et cette dilatation persiste, terme moyen, pendant huit à dix jours. D'après le docteur Wild, de Dublin, dans les cas où il existe une idiosyncrasie qui rend l'œil plus ou moins propre à ressentir l'action de la belladone sous une forme quelconque, la dilatation peut alors se prolonger pendant des mois. Un fait qu'il importe aussi beaucoup de connaître, c'est que la dilatation de la pupille obtenue par l'atropine, se complique presque toujours d'un trouble très notable de la vision que nous avons vu persister pendant plus d'une semaine.

§ II. DE LA NATURE DES EFFETS DE LA BELLADONE.

Il nous a toujours paru extrêmement utile de connaître le mode d'action des médicaments. C'est en effet de cette notion importante que jaillissent comme d'une source féconde toutes leurs indications thérapeutiques. Dépourvu de cette connaissance, le praticien est forcé d'errer sans guide au milieu des ténèbres de l'empirisme. C'est donc, pénétré de toute l'importance que peut offrir une semblable étude, que nous avons cherché à reconnaître la nature des effets de la belladone. Plusieurs théories ont déjà été imaginées pour expliquer l'action mystérieuse de cette solanée, mais aucune, il faut le dire, ne satisfait à toutes les exigences de l'observation clinique. Celle qui a été proposée par M. Rognetta mérite cependant que nous nous y arrêtions un instant.

Ce praticien, qui n'a fait que reproduire d'ailleurs les idées de Giacomini, son maître, regarde l'action de la belladone comme hyposthénisante, affaiblissante, antiphlogistique; elle peut être comparée, selon lui, à celle de la saignée, de la digitale, du tartre stibié, etc.

Suivant le même auteur, son action sur l'appareil oculaire est toute dynamique, elle porte principalement sur l'arbre artériel de cet appareil; le tissu élastique de l'iris, n'étant plus alors soutenu par l'éréthisme vasculaire, s'affaisse, revient sur lui-même, se rétracte et la pupille se trouve ainsi dilatée.

Examinons cette hypothèse: Sans nier les effets hyposthénisants de la belladone sur l'économie, il nous est impossible d'admettre l'explication donnée par M. Rognetta de la dilatation de la pupille. A ce compte-là, une seule goutte d'atropine déposée à la surface de la conjonctive produirait une déplétion des vaisseaux de l'œil beaucoup plus prompte et plus sûre que les antiphlogistiques les plus énergiques; car je ne sache pas que les saignées générales ou locales, même les plus abondantes, aient pour effet constant de dilater la pupille. Et les troubles de la vue, comment s'en rendre compte? Il est vrai que les émissions sanguines répétées ont quelquefois pour résultat de déterminer un affaiblissement des fonctions visuelles. Mais peut-on assimiler ces troubles légers à cette

---

de la population de notre ville, et négligeaient de mettre le nombre de leurs médecins en rapport avec le nombre de leurs sociétaires. Or, l'expérience a prouvé, jusqu'à présent, que ni l'un ni l'autre de ces cas n'est arrivé. La *Cordiale* se maintient, depuis trois ans, à peu près invariablement au chiffre d'environ 300 sociétaires. Elle s'est attaché quatre médecins dès sa fondation; depuis que son chiffre est arrivé à 300, elle a augmenté son personnel médical de deux médecins, et notez que c'est sur un avis donné officieusement par plusieurs des quatre premiers médecins que cette mesure a été prise. L'autre Société, la *Concorde*, n'a que deux médecins (M. Ruef et moi); mais aussi elle ne compte que 100 membres à peu près, bien qu'elle ait bientôt quatre ans d'existence. Il est probable que si elle prenait plus d'extension, elle suivrait l'exemple de sa sœur aînée.

» D'autres Sociétés existent encore qui ont leurs médecins, et nous devons plutôt nous attendre à voir de nouvelles Sociétés se former, que celles qui existent prendre une extension beaucoup plus considérable qu'elles n'en ont actuellement; car l'esprit de la population ouvrière et bourgeoise de Strasbourg me paraît se plier difficilement aux exigences de toute mesure de centralisation, et partout où on lui laisse son allure libre, les tendances individuelles aiment à suivre leurs directions différentes.

» De ce qui précède, il me paraît résulter que, dans notre localité, l'institution des Sociétés de secours n'a été et ne sera jamais la source d'un monopole pour quelques médecins.

» La seconde objection, que les jeunes médecins sont privés des moyens d'exercer leur art et de se faire une clientèle, est certes digne de toute notre attention. Elle paraît tout d'abord être bien fondée; mais, examinée de près, elle ne me semble pas beaucoup plus solide que la première. Quelle est la voie par laquelle les jeunes médecins arrivent ordinairement à se faire connaître et à se créer peu à peu une clientèle? C'est en s'attachant à un médecin cantonal, en l'aidant à faire le service pénible des malades indigents, et en gagnant par la science et le dévouement dont ils font preuve, la confiance des indigents et de tous ceux qui sont en relation fréquente avec eux. Or, cette voie n'est pas fermée par les Sociétés de secours, la population indigente offre toujours un champ malheureusement trop vaste au zèle et au dévouement des jeunes médecins. Si, dans les classes de la société qui touchent le plus près à la classe indigente, et qui par cette raison sont les premières accessibles au jeune médecin, se forme de préférence le personnel des Sociétés de secours, rien ne s'oppose à ce que ses services soient réclamés par l'une ou l'autre d'entre elles. Cette occasion se présentera pour lui, de nouvelles Sociétés se formant, ou bien les existantes se trouvant dans le cas d'augmenter le nombre de leurs médecins, ou bien encore des places vacantes venant à s'offrir par la démission d'un ou de plusieurs des médecins en fonctions.

» Les Sociétés de secours ne me paraissent donc pas être aussi préjudiciables aux intérêts des jeunes médecins qu'on a bien voulu le dire.

» J'arrive à la troisième objection. Certes, il serait à désirer que chacun, le pauvre aussi bien que le riche, eût le choix libre de son médecin. Mais cette condition, où la trouve-t-on remplie? Tandis que la plus grande partie des Sociétés de notre ville donnent à leurs sociétaires la liberté de choisir entre plusieurs médecins, les indigents, les ouvriers de l'administration des tabacs, les douaniers, etc., se trouvent dans une position beaucoup moins avantageuse, ils n'ont qu'un seul médecin auquel ils peuvent s'adresser; l'indigent est même forcé de changer son médecin dès qu'il change de canton; il suffit souvent qu'il transporte son domicile d'un côté d'une rue à l'autre, pour qu'il soit obligé de remplacer son médecin par un autre qu'il ne connaît pas. Nos Sociétés mettent donc leurs membres dans une condition beaucoup plus favorable. Toutefois, on ne peut pas nier qu'une liberté entière dans le choix du médecin ne soit le but vers lequel les Sociétés devraient tendre, et, pour ma part, je suis bien loin de vouloir y faire la moindre opposition. Mais je crois que c'est au sein des Sociétés mêmes que cette proposition rencontrera une résistance très vive, et voici pour quelles raisons: L'intérêt financier des Sociétés exige que les certificats de maladie soient délivrés avec la plus grande réserve, pour que les indemnités que la Société paie à ses membres malades n'atteignent pas des proportions au-dessus des ressources de la caisse; il exige encore que dans la prescription des médicaments, que nos Sociétés fournissent aussi aux frais communs, les médecins procèdent avec toute la parcimonie qui est compatible avec l'intérêt des malades. Ainsi l'expérience a enseigné aux Sociétés de restreindre jusqu'à un certain point leur personnel médical, leurs relations avec lui devenant ainsi plus faciles et plus directes.

» Si, dans ce qui précède, je crois avoir prouvé que les objections que dans l'intérêt du corps médical on voudrait faire contre l'organisation actuelle des Sociétés de secours sont peu applicable à ce qui existe jusqu'à présent dans notre localité, il n'est pas moins vrai que la question en elle-même, considérée d'un point de vue général, n'est pas résolue, que chez nous aussi des difficultés peuvent en surgir et amener de nouveaux griefs de la part de quelques confrères. Pour sortir de cette position, il n'y a, il me semble, que deux voies: ou bien il faut déclarer d'un commun accord que cette question doit être abandonnée à l'appréciation individuelle des médecins, comme toutes les questions analogues l'ont été jusqu'à présent, et proclamer ainsi la loi de la concurrence libre qui ne trouve ses limites que dans la conscience et le sentiment de dignité personnelle de chacun d'entre nous; ou bien il faut se rallier sous le drapeau que M. A. Latour défend avec autant de conviction que de talent, et chercher dans l'association la satisfaction et la garantie de tous nos intérêts professionnels.

» Mais, dans ce dernier cas, qu'il me soit permis de le dire, ce n'est pas seulement sur la question des Sociétés de secours mutuels, c'est aussi sur celle des médecins employés par les différentes administrations, par les communes, ainsi que sur celle des abonnements individuels, du prix des visites et autres qui s'y lient étroitement, que doit se porter l'attention sérieuse de cette association. Car il est évident qu'elles touchent autant et plus peut-être aux intérêts matériels et à la dignité de notre profession que la question des caisses de secours.

» J'abandonne à la réflexion et aux lumières de mes confrères la solution de ce problème important.

» Agréez, Monsieur le rédacteur, l'expression de mes sentiments confraternels.

» Dr STRAMM. »

Je présenterai quelques courtes réflexions à l'occasion de ces deux lettres.

D'abord, je remarque avec plaisir que nos deux honorables confrères de Strasbourg reconnaissent que la question très générale de l'intervention médicale dans les Sociétés de secours ne saurait être résolue par quelques faits particuliers. Une institution vicieusement organisée peut fonctionner régulièrement et même avec avantage, sur certains points,

abolition complète de la sensibilité optique qu'on peut obtenir, dans l'espace de quelques minutes, à l'aide d'une solution forte d'atropine ? Or, si les effets de la belladone sont de nature antiphlogistique, nous sommes donc forcé de conclure qu'ils sont beaucoup plus puissants que ceux de la saignée elle-même.

Avant de chercher à établir l'affaissement et la rétraction des vaisseaux iridiens, sous l'influence de la belladone, M. Rognetta aurait dû, ce nous semble, commencer par démontrer que l'affaissement de ces vaisseaux a bien pour effet de dilater la pupille. Mais ce fait à l'appui duquel il n'apporte aucune preuve, nous paraît non moins conjectural que le premier. Toute sa théorie ne repose donc que sur des hypothèses dénuées de fondement.

Quant à nous, nous pensons qu'il n'y a qu'une manière de se rendre compte de la dilatation et de l'immobilité de la pupille, c'est par la paralysie des nerfs ciliaires qui tiennent sous leur dépendance les mouvements de l'iris. Or, toute explication de ce phénomène qui ne s'appuiera pas sur cette notion physiologique, devra être rejetée comme en opposition formelle avec les données de la science et de la saine observation. Il semble que nous pourrions déjà conclure de là que la mydriase atrophique ne diffère en rien de la mydriase morbide, et que, comme celle-ci, elle résulte de la paralysie des fibres motrices de l'iris. Mais cette simple présomption va devenir, par la suite, un fait d'une évidence incontestable, et sur lequel, nous l'espérons du moins, il ne sera plus permis d'émettre des doutes.

Nous avons cru que, pour bien apprécier l'action de la belladone sur l'iris et sur la rétine, il était nécessaire de jeter un rapide coup d'œil sur les effets qu'elle produit sur l'économie tout entière; car tous ces phénomènes sont de même nature, et ils ne changent pas de caractère suivant les organes qui peuvent devenir le siége de leur manifestation. En les groupant ainsi et en les comparant entre eux, nous avons donc pensé qu'il nous serait plus facile d'en saisir l'essence, ainsi que les lois de leur développement.

Nous avons analysé, à cet effet, un grand nombre d'empoisonnements par cette solanée, et, pour nous prémunir contre toute espèce d'erreur, nous n'avons étudié que les symptômes communs à chacun d'eux, symptômes qui, en raison même de leur constante existence, peuvent être regardés comme pathognomoniques.

Or, ces symptômes sont les suivants :

Dilatation et immobilité de la pupille; insensibilité presque absolue de l'œil à la présence des corps extérieurs, ou du moins vision confuse; sécheresse extrême de la langue, du palais et de la gorge; déglutition difficile ou même impossible; aphonie, ou sons confus poussés péniblement; embarras de la parole; sentiment de faiblesse, difficulté ou impossibilité de se tenir debout; lipothymie, syncope; dysurie ou émission involontaire des urines; constipation et parfois selles involontaires.

Examinons chacun de ces symptômes en particulier, et voyons qu'elle en est la signification.

(La suite à un prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 Septembre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

M. Cl. Bernard lit la suite de ses *Recherches expérimentales sur la température animale*. Cette deuxième partie est relative aux modifications de température que le sang éprouve en traversant l'appareil respiratoire.

M. Bernard, après avoir longuement développé les causes d'erreur qui ont fait dire jusqu'ici aux physiologistes que le sang des cavités gauches du cœur est plus chaud que celui des cavités droites, rapporte en ces termes les expériences qu'il a faites pour constater la température du sang dans les cavités du cœur avant et après l'appareil respiratoire.

Pour avoir la température du sang avant et après l'appareil respiratoire, il est tout naturellement indiqué de prendre la température du sang dans le ventricule droit et dans le ventricule gauche du cœur. Il serait, en effet, impossible, sur l'animal vivant, de constater la température du sang dans l'artère pulmonaire qui conduit ce liquide aux poumons, et dans les veines pulmonaires qui le rapportent après qu'il a traversé ces organes. Mais le sang du cœur droit est, en réalité, le sang qui va entrer dans le poumon, comme le sang du ventricule gauche représente bien celui qui vient de traverser l'appareil respiratoire.

Les premières expériences que j'ai pratiquées ont été faites sur des chiens à l'aide du procédé opératoire suivant :

L'animal étant convenablement maintenu sur le dos, je fais une incision à la partie droite et inférieure du cou, et j'isole successivement la veine jugulaire droite et l'artère carotide du même côté, aussi bas que cela est possible, sans pénétrer dans la poitrine. Je lie les deux vaisseaux et je passe au-dessous un fil d'attente; alors, à l'aide d'une incision pratiquée à l'artère ainsi qu'à la veine, j'introduis le thermomètre dans le ventricule gauche et dans le ventricule droit, en plaçant sur le vaisseau et autour du thermomètre une ligature médiocrement serrée, et qui est seulement destinée à empêcher l'entrée de l'air dans le cœur droit et la sortie du sang du cœur gauche. On sent qu'on a pénétré dans le ventricule à ce que le thermomètre ne peut plus avancer, et à ce qu'il est agité par les contractions du cœur. On entre facilement dans le ventricule droit en descendant par la veine jugulaire et en passant par l'oreillette. Pour le ventricule gauche, il faut, sur les chiens, pénétrer par la carotide, puis par le tronc brachio-céphalique, et parvenir ensuite dans la crosse de l'aorte pour pénétrer directement par elle dans le ventricule gauche. Il arrive quelquefois que l'on déchire, dans cette manœuvre, les valvules sygmoïdes de l'aorte, et cet accident peut amener dans la circulation quelques troubles sur lesquels nous reviendrons plus tard, quand nous étudierons les modifications que les troubles de la circulation peuvent apporter à la température du sang. Pour le moment, nous ne rapporterons que les résultats obtenus sur des animaux calmes, et chez lesquels les conditions de la circulation étaient aussi normales que possible.

(L'auteur résume ici les résultats de ses expériences dans un tableau.)

D'après les expériences rapportées dans ce tableau, on voit que le sang du ventricule droit, au moment où il va pénétrer dans le poumon, a toujours été trouvé à une température plus élevée que le sang du ventricule gauche qui vient de traverser l'appareil respiratoire. La différence de température n'a pas dépassé 2/10mo de degré, mais elle s'est constamment montrée dans le même sens. D'après ces mêmes expériences, l'état de digestion ou d'abstinence paraît avoir eu une influence évidente sur la température du sang dans le cœur. Chez l'animal à jeun, les différences de température sont ordinairement plus considérables, et elles deviennent plus faibles pendant la période digestive. Mais en même temps la température absolue du sang paraît s'élever. Ceci ressort de la comparaison des expériences entre elles. Mais, ajoute M. Bernard, j'ai pu vérifier ce résultat d'une manière beaucoup plus comparable encore chez le même animal. Chez le chien de la quatrième expérience, la température à jeun était 38°,8 dans le cœur droit; 38°,6 dans le cœur gauche : 2/10mo par conséquent pour la différence. Le lendemain, le même animal étant en pleine digestion, la température était 39°,2 pour le ventricule droit, 39°,1 pour le ventricule gauche, et 1/10e pour la différence. On voit donc que, dans ce dernier cas, la différence de température entre les sangs avait diminué, mais que leur température absolue avait augmenté; je ferai remarquer, en terminant, que mes expériences ont été faites sur des animaux qui se trouvaient dans des conditions physiologiques aussi bonnes que possible, puisque non seulement ils ne mouraient pas pendant l'opération, mais ils survivaient très bien, conservaient leur appétit, et pouvaient ainsi, à diverses reprises, être observés dans des conditions variées.

Toutefois, je ne m'en suis pas tenu à ces seules expériences; et comme il s'agit ici de résultats de la plus haute importance au point de vue de la théorie de la chaleur animale, j'ai voulu encore les vérifier sur d'autres animaux, en m'entourant de toutes les garanties d'exactitude possibles : c'est pourquoi j'ai prié M. Walferdin, dont la compétence dans les questions thermométriques est si bien connue de l'Académie et dont les instruments ont acquis une si grande précision, de vouloir bien m'assister dans la détermination de ces températures sur les animaux vivants.

Nous avons fait ensemble à l'abattoir de Grenelle, sur des moutons, des expériences dont je vais actuellement donner les résultats qui concordent parfaitement avec ceux obtenus sur les chiens. Les températures étaient prises avec le thermomètre métastatique à mercure de M. Walferdin, divisé en un nombre arbitraire de parties dont chaque division représentait environ un centième de degré qu'on pouvait ainsi lire directement sur l'instrument.

Le procédé opératoire pour pénétrer dans le cœur offre une grande facilité chez le mouton. Cela tient à ce que, ces animaux ayant le cou relativement très long, il est possible d'arriver très près de l'origine des vaisseaux du cœur sans ouvrir la poitrine. Je pratique une incision longitudinale sur la partie moyenne et inférieure du cou, qui doit se prolonger jusqu'au sternum. On écarte les muscles sterno-hyoïdien et sterno-thyroïdien du côté droit, et on trouve au-dessous immédiatement l'artère carotide droite à la naissance du tronc brachio-céphalique. La veine jugulaire se trouve placée plus en dehors et plus en avant. Quelquefois un prolongement du thymus qui se trouve dans la plaie masque un peu les vaisseaux; on peut l'arracher sans aucun inconvénient et sans produire d'hémorrhagie. Le thermomètre a toujours été introduit dans le cœur gauche par le tronc brachio-céphalique, et dans le cœur droit par la veine jugulaire, en suivant les précautions déjà indiquées, qu'il est inutile de rappeler. Les observations comparatives ont été faites avec le même thermomètre qu'on introduisait successivement et alternativement dans les ventricules droit et gauche, en vérifiant toujours plusieurs fois les mêmes résultats. Les observations dont les résultats se trouvent groupés dans un deuxième tableau ont été faites sur des animaux pendant qu'ils étaient dans l'état de calme et que leur circulation était aussi régulière que possible.

On voit, d'après ce tableau, que les expériences faites sur les moutons conduisent aux mêmes conclusions que celles faites sur les chiens, à savoir, que le sang du ventricule droit est plus chaud que celui du ventricule gauche.

Nous verrons plus tard que l'excès de température est apporté au sang du ventricule droit par la veine cave inférieure, et non par la veine cave supérieure, dans laquelle il est plus froid; mais nous voulons seulement constater, pour aujourd'hui, que ce mélange de tous les sangs veineux du corps qui se fait dans le ventricule droit est, au moment où il va être lancé dans le poumon par l'artère pulmonaire, plus chaud que lorsqu'il sort de ces organes et arrive à l'état de sang artériel dans le ventricule gauche. Dès lors, nous sommes bien forcé d'admettre que le sang se refroidit par son contact avec l'air à la surface du poumon, qui peut être considéré, à ce point de vue, comme une véritable surface extérieure.

En résumé, d'après toutes les expériences contenues dans ce travail, qui ont été faites sur des animaux vivants, et je crois avec toute la rigueur dont ces sortes de recherche sont aujourd'hui susceptibles, je pense pouvoir légitimement conclure :

1° Que la circulation du sang à travers l'appareil pulmonaire est une cause de refroidissement pour ce liquide;

2° Qu'on ne peut pas dès lors considérer les poumons comme un foyer de la chaleur animale;

3° Que la transformation du sang veineux en sang artériel, chez l'animal vivant, ne coïncide pas avec une augmentation de chaleur dans ce liquide, mais au contrire avec un abaissement de température.

Dans une prochaine communication, M. Bernard se propose d'examiner les modifications de température que le sang éprouve en circulant dans l'appareil génito-urinaire.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

grâce à la réunion d'heureuses conditions locales et individuelles, ce qui ne paraît le cas pour les Sociétés dont parlent mes confrères.

Je remarque ensuite que le devoir pour les médecins de concourir spontanément ou non au fonctionnement des Sociétés de secours, institutions sociales éminemment morales et charitables, n'est contesté par personne. Toute la question pour nous, médecins, est d'y concourir avec le plus d'avantages réels pour les Sociétés, avec le plus de dignité pour la profession. C'est une pure question de voies et moyens sur laquelle on peut être en désaccord sans toucher au principe.

Les voies et moyens indiqués par nos confrères de Strasbourg, envisagés au point de vue général, et abstraction faite de toute condition locale, sont-ils les meilleurs que l'on puisse suivre ?

Nos lecteurs en jugeront.

Quant à moi, je ne me sens pas parfaitement édifié ni complétement converti par les motifs indiqués par nos confrères.

Que le monopole ou privilége médical des Sociétés de secours soit exercé par deux, par trois ou par quatre médecins, ce n'en est pas moins un privilége au détriment de tous. Ce privilége est avantageux ou non. S'il est avantageux, ceux qui en bénéficient nuisent par cela même à leurs confrères. S'il est onéreux, il n'est pas équitable qu'ils le subissent. Ce qui prouve qu'il n'est pas onéreux, c'est que ce privilége est fort recherché, fort envié, indépendamment même de la faible rétribution qui lui est allouée. Notre honoré confrère, Amédée de Clausade, de si regrettable mémoire, racontait devant le Congrès médical, que, dans une autre grande ville comme Strasbourg, une Société de secours avait alloué 1,000 fr. d'honoraires à son médecin. L'année suivante, un autre médecin offrit les secours de son art pour 500 fr.; et la Société accepta. L'année suivante, survint un troisième médecin qui se chargea de toute la besogne moyennant 250 fr., et la Société accepta de nouveau. Mais l'année suivante, arriva un quatrième confrère qui offrit de se charger de tout gratis; et la Société accepta encore ce marché si avantageux.

Eh bien, à notre époque d'âpre et inexorable concurrence, c'est de ce danger — car c'en est un — que nous voudrions préserver les Sociétés, c'est de cette indignité que nous voudrions garantir la profession. La médecine, dans les classes qui alimentent surtout les Sociétés de secours, est très utile aux jeunes praticiens. Dire à ceux-ci, comme le font nos confrères de Strasbourg : Sachez attendre, toutes les places sont prises à cette heure, c'est vrai; mais il y aura des démissions; d'autres Sociétés pourront se former, et votre tour viendra; ce langage est, ce semble, dérisoire et même un peu cruel.

Il y a des degrés dans la pauvreté. Il y a l'indigence absolue, et celle-là est secourue par l'assistance publique, par le bureau de bienfaisance ou par l'hôpital. Mais ce n'est pas dans cette catégorie que se recrutent les Sociétés de secours. Il y a les classes peu aisées, les ouvriers, les artisans, et ce sont elles surtout qui forment le contingent de ces Sociétés, et qui enlèvent par conséquent à la pratique générale de la médecine une part, petite sans doute, mais une part quelconque de ses ressources.

Or, je me demande si cette part, réduite encore par les exigences des Sociétés, doit rester le privilége de quelques médecins. Je ne vois aucune bonne raison pour qu'il en soit ainsi, et à l'exemple invoqué des Sociétés de Strasbourg, j'oppose celui de la Société du 5e arrondissement de Paris, dont l'honorable M. Vée a exposé, dans ce journal même, l'organisation médicale, et qui laisse chaque sociétaire libre de se faire soigner par le médecin de son choix; celui de la Société de Metz, qui fonctionne dans les mêmes conditions et à la satisfaction de tous. Le choix et la limite des médecins dans les Sociétés de secours ne sont qu'une déclaration déguisée de suspicion contre la profession, dont on croit certains membres capables de multiplier inutilement les visites, de n'être pas suffisamment sévères sur les déclarations de maladies, et d'agir plus dans leurs propres intérêts que dans les intérêts de la caisse sociale. Malgré toutes les aménités de langage de l'un de mes honorables contradicteurs, cette pensée de la part des Sociétés de Strasbourg se trouve au fond de l'un des arguments invoqués.

On compare la situation, à l'égard du médecin, des membres des Sociétés de secours, à celle des employés des douanes, des ouvriers des manufactures de tabacs, etc. On pouvait étendre la comparaison beaucoup plus loin, et aller jusqu'à l'armée, aux colléges et aux écoles, aux couvents, et le reste, et le reste. On oublie que, dans toutes ces conditions, il faut faire bien d'autres sacrifices que celui de la liberté dans le choix de son médecin, et qu'il y a d'impérieuses exigences d'ordre public, de règle et de discipline auxquelles il est impossible de se soustraire. Ces exigences n'existent pas pour les Sociétés de secours dont tous les membres sont libres, et auxquels on peut imposer un médecin qui n'ait ni leur confiance ni leur sympathie.

Je pourrais citer des exemples, — je m'en abstiens parce que je ne suis pas autorisé à les citer, — où l'organisation des Sociétés de secours — dans les petites villes surtout — a été une cause de perturbation profonde pour des situations médicales établies. On eût évité ces perturbations fâcheuses et injustes en laissant aux sociétaires le choix de leur médecin.

On ajoute : en définitive, les Sociétés de secours sont un avantage pour les médecins — pour leurs médecins, devrait-on dire — s'ils reçoivent peu, ils reçoivent au moins quelque chose, ce qui n'a pas lieu dans d'autres conditions.

Je ne peux partager cette satisfaction. La médecine est et sera toujours pour moi une profession libre, dont l'exercice charitable est spontané. Ne recevoir que 25 ou 30 centimes par visite d'un ouvrier libre qui ne peut me donner davantage, ne blessera pas ma dignité, parce que je suis libre de ne pas recevoir ces honoraires, parce que si je les reçois c'est un acte libre de ma volonté, que cet échange se passe entre le client et moi, et que, pour compenser l'exiguité de cette somme, j'ai la satisfaction de ma conscience et le sentiment d'accomplir une bonne œuvre. Mais la position change quand je reçois cette somme officiellement, par ordre, par article du règlement, et non pas les mains du client, mais d'un trésorier officiel qui contrôle ma déclaration. Je ne sais si je comprends autrement qu'un autre et qu'il ne le faut la dignité du médecin, mais il me semble que, de cette façon, elle est compromise, et qu'il y a autre chose et mieux à faire que ce qui se fait.

Je soutiens, il est vrai, avec une énergique conviction, que ce quelque autre chose à faire ne pourra être fait que par l'Association du corps médical. Mais, assurément non, ce ne sera pas la seule besogne de l'Association. Si celui de mes contradicteurs qui a fait une allusion trop bienveillante à mes efforts sur ce point, me fait l'honneur de me lire quelquefois, il aura vu que mon programme est encore plus vaste que celui qu'il a eu la bonté de m'indiquer, et qu'il renferme, avec beaucoup d'autres choses, toutes celles qu'il désigne si justement à la sollicitude de nos confrères.

Amédée Latour.

Tome X. — N° 118. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 30 Septembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. THÉRAPEUTIQUE : Note sur le traitement de la phthisie pulmonaire. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital de la Charité, service de M. Andral, M. Ch. Bernard suppléant) : Ictère grave ; accidents cérébraux ; hémorrhagies. — III. THÉRAPEUTIQUE : Affection des organes respiratoires. — IV. CHIRURGIE : Prothèse dentaire. — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Cas de cancer de l'estomac d'un diagnostic difficile. — Sur la transmission des bruits respiratoires à travers les épanchements pleurétiques. — VI. COURRIER.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE (1) ;

Par M. Amédée LATOUR.

VI.

Climats, Voyages. — Un de nos confrères dont la science, l'originalité, le bon sens et la haute raison devraient se manifester plus souvent, M. le docteur Jules Guyot, a exprimé ici même dans les colonnes de ce journal, une pensée qui m'a beaucoup frappé : « Nous sommes, disait-il, — nous, médecins — trop savants et pas assez modestes. » Cela veut dire que, de la hauteur de la notre science, ou plutôt de notre doute et de notre scepticisme — car c'est à cela que se réduit la science pour un très grand nombre de nos esprits forts — nous ne considérons qu'avec dédain les résultats de l'expérience empirique et de la tradition. N'ayant aucune prétention à l'esprit fort, j'ai la faiblesse de ne mépriser ni la tradition ni l'empirisme. Je suis parfaitement convaincu qu'une croyance ancienne et générale, par cela même qu'elle réunit ces conditions, renferme sinon une vérité démontrable, du moins une portion de vérité. La science moderne nie tout, c'est là son tort, son abus, sa tyrannie. Dégager cette portion de vérité, voilà quel devrait être son rôle en respectant un peu plus qu'elle ne le fait les grands esprits qui ont professé cette croyance et qui n'ont pu, comme à l'envi, répéter de siècle en siècle une erreur manifeste.

La croyance à l'influence favorable de certains climats sur la marche de la phthisie pulmonaire, est une croyance empirique, j'en conviens, et à laquelle manque la démonstration que peut donner une collection de faits sévèrement observés. D'ailleurs, on le sait, en fait d'affections thoraciques, tout ce qui est antérieur à la découverte de Laënnec est frappé de suspicion. Sans auscultation, pas de diagnostic possible, et sans diagnostic, pas d'inductions raisonnables et légitimes en thérapeutique. Il faut donc renoncer à faire cette preuve par l'histoire et par l'observation antérieure, c'est au contraire à l'observation actuelle à légitimer la tradition, et l'on n'arrivera à ce résultat que si chaque praticien veut bien faire connaître ce qu'il sait et ce qu'il a observé sur ce sujet.

Ce serait ici le cas et l'occasion de rappeler ou d'indiquer au moins les principales recherches qui ont été faites sur ce sujet depuis la découverte de l'auscultation, époque qui donne une garantie sur le diagnostic des faits. La littérature médicale anglaise et allemande est plus riche que la nôtre sur ce point. A part le beau livre de M. Éd. Carrière *sur le climat de l'Italie*, et quelques notions intéressantes sur Hyères, Nice et autres localités, on ne trouve guère que le mémoire de M. Jules Rochard, où la question de l'influence des climats chauds sur la marche de la phthisie ait été envisagée d'un point de vue sérieux. Malheureusement, ainsi que nous l'avons déjà fait remarquer, la statistique de ce judicieux confrère, à peu près exclusivement limitée à une profession, ne peut pas complétement servir à la solution générale du problème.

Pour que cette solution puisse être donnée, il faut une réunion de conditions et de circonstances qui se fera longtemps attendre. Ainsi il faudrait d'abord connaître avec exactitude la géographie médicale de la phthisie, c'est-à-dire le degré de fréquence de cette maladie sous les diverses latitudes et dans les climats divers. Nous ne sommes pas, il s'en faut, très exactement renseignés sur ce point (2). Le serions-nous, que la connaissance de bien des conditions nous manquerait encore pour apprécier l'influence directe du climat sur la production de la phthisie. Il ne suffit pas, en effet, de savoir si la maladie est plus ou moins fréquente dans telle ou telle localité. Les causes de la phthisie sont très complexes, et sous le climat le plus salubre du monde, l'hérédité, les privations, la misère, l'intempérance, l'excès de travail, l'habitat malsain, auront toujours une influence fâcheuse.

Il faut ensuite posséder des notions exactes sur la météorologie des localités où l'on envoie les phthisiques. La connaissance de la température moyenne ne suffit pas ; c'est surtout le degré de stabilité de cette température moyenne qu'il importe de connaître, et principalement pendant la saison où les phthisiques doivent habiter cette localité. Un climat peut jouir d'une température moyenne suffisamment élevée et être soumis cependant à des variations thermométriques dont la fréquence et la rapidité seront très préjudiciables aux phthisiques. Il en est ainsi de quelques contrées de l'Europe où l'on a l'habitude d'envoyer en foule ces malheureux malades. C'est la stabilité dans un certain degré de température, d'hygrométrie, de pression atmosphérique, etc., qui fait la bonté d'un climat relativement aux phthisiques.

Il y aurait beaucoup d'autres considérations de ce genre à présenter, mais je ne dois pas oublier que le but de cette note n'est pas de présenter un traité général sur la matière, mais seulement d'indiquer les idées qui me guident dans la pratique que je conseille.

Relativement aux changements de lieux pour les phthisiques, une première règle me guide, c'est de les expatrier le moins possible. Nous avons en France quelques localités qui jouissent pendant l'hiver d'une température assez douce et assez uniforme, pour que les malades n'aient pas besoin de s'exposer aux fatigues d'un voyage lointain et aux ennuis de quitter leur pays. Je mets par dessus tout, dans mes préférences, le séjour à Cannes, puis à Pau, enfin à Hyères. Je ne mets pas en doute que si les habitants de Cannes cherchent, en construisant des maisons confortables, comme ils commencent à le faire, à attirer sous leur climat fortuné les malades qui, faute de logement et d'aisance, sont obligés d'aller ailleurs, cette station d'hiver ne devienne une des plus fréquentées de l'Europe. Je déclare d'ailleurs que je n'ai encore qu'un très petit nombre de faits pour asseoir ma conviction sur des bases solides, relativement à l'influence de telle ou telle localité ; et j'ajoute, comme circonstance pour moi très importante, que tous mes malades qui ont quitté Paris ou le lieu de leur séjour habituel, ont opiniâtrement continué l'usage du lait de chèvre chloruré, de sorte que je ne puis dire que l'amélioration qui est survenue doive être attribuée pour une part quelconque à l'influence du climat. Cependant, sur d'autres malades qui n'ont pu se déplacer, et qui ont suivi le traitement à Paris, toujours pendant l'hiver, l'amélioration a été plus lente, et les bénéfices du traitement se sont montrés plus tardivement.

En somme, j'ai peu de choses à changer à ce que je disais, dès 1840, sur l'influence des changements de lieux et des voyages.

Je le reconnais, ces indications sont bien vagues et surtout insuffisantes pour déterminer dans ses conseils un médecin consciencieux. Il ne s'agit pas tant, en effet, de savoir si la phthisie est une maladie de tous les climats et de toutes les latitudes, chose qui paraît aujourd'hui bien démontrée ; mais bien de savoir ce que deviennent les phthisiques d'un climat envoyés dans un autre, en un mot, de savoir quelle est l'influence des climats, non pas sur la production de la phthisie, mais sur sa marche, sur sa guérison. M. le docteur Dujat, qui a publié un travail intéressant sur ce sujet (*Gazette méd.*, 3 février 1838), s'exprime ainsi à l'égard des pays chauds : « Ceux qui l'ont contractée (la phthisie) sous l'influence d'un climat froid se trouvent très bien du séjour des pays chauds. Parmi les phthisiques des hôpitaux de Rio, j'ai remarqué, proportionnément, très peu d'Européens arrivés depuis peu d'années. Des Brésiliens et des habitants des Antilles m'ont confirmé dans cette opinion, que la phthisie fait de nombreuses victimes parmi les créoles et bien peu parmi les Européens. » M. Levacher, qui a longtemps habité les Antilles, dit dans son ouvrage (*Guide médical aux Antilles*) : « Si d'un côté je voyais la phthisie exercer ses ravages sur les créoles, je me convainquis, d'autre part, que ses progrès se ralentissaient sur les Européens qui venaient habiter parmi nous. Ceux-ci reprenaient une nouvelle existence ; ils vivaient plusieurs années sans ressentir aucun symptôme de leur maladie ; plusieurs pouvaient partir et présenter tous les caractères d'une guérison apparente ; ils pouvaient même guérir. » Enfin, J. Copland ajoute : « Les personnes très disposées à la phthisie, ou qui sont déjà arrivées à la première période de l'affection, trouveront dans le séjour des Indes occidentales une des mesures prophylactiques sur laquelle ils peuvent le mieux compter. »

Quant à l'île de Madère, où les médecins anglais envoient en grand nombre les phthisiques, voici un relevé qui pourra fixer l'opinion sur l'efficacité de son climat :

PREMIER TABLEAU : *Cas de phthisie confirmée.*

Nombre de cas	47
Individus morts pendant les six mois de leur arrivée à Madère	31
Individus retournés en Europe pendant l'été, et morts.	6
Individus restés dans l'île et morts plus tard	6
Individus dont on n'a pas entendu parler	3
Total	47

DEUXIÈME TABLEAU : *Phthisie commençante.*

Nombre de cas	35
Individus soulagés à leur départ de l'île, et dont on a eu ultérieurement de bonnes nouvelles	26
Individus soulagés, mais perdus de vue	5
Individus morts depuis	4
Total	35

De ces tableaux il faudrait conclure (conclusion formulée déjà par Bayle, MM. Andral, Fournet, et la plupart des auteurs anciens et modernes) que les voyages et le séjour dans les pays chauds ne sont profitables que dans la première période de la phthisie pulmonaire, et qu'à une époque avancée de la maladie il est inutile et souvent nuisible de faire voyager les malades.

Du reste, l'expérience constante et générale de tous les médecins a établi que dans les maladies de longue durée, le déplacement, le changement de lieu, étaient avantageux. Dans les premiers temps de la phthisie, à cette époque de la maladie que Clarcke a désignée sous le nom de *cachexie tuberculeuse*, les voyages continués pendant quelques mois, mais en plein air, et non dans des voitures fermées, disposés de telle sorte qu'il soit possible de s'arrêter tous les deux jours, non pour se reposer, mais, comme le dit M. Dujat, pour alterner l'exercice actif de la marche avec l'exercice passif de la voiture, des voyages ainsi faits sont très utiles, et plusieurs malades n'ont dû leur salut qu'à ce moyen.

M. le docteur Fournet a écrit une belle page sur l'utilité des voyages. Nous ne résistons pas au plaisir de la reproduire : « Indépendamment de la considération du changement de climat, les voyages, considérés d'une manière générale, ont de grands avantages pour les personnes menacées de phthisie, ou atteintes du premier degré de cette affection. Ils font une heureuse diversion dans la vie morale et physique de ces personnes. La triste monotonie, compagne ordinaire de la vie étroite et recluse, l'inquiète réflexion, le sentiment de l'impuissance, qui sans cesse se présente à côté du désir de faire, contribuent beaucoup à faire naître et à entretenir cet état d'allanguissement général des fonctions que présentent les phthisiques sédentaires, et qui est une des circonstances les plus favorables à l'accroissement successif de la cachexie tuberculeuse et de la phthisie pulmonaire. En voyage, au contraire, le changement fréquent de sensations ranime à chaque moment, et aiguillonne les fonctions du système nerveux ; attirée à l'extérieur par la variété des objets qui se succèdent, la réflexion se déploie sur ces objets, elle prend leur teinte gaie, leur caractère mobile ; la sensibilité du malade renait aux douceurs de la vie ; une salutaire activité se répand dans tout son être ; chaque fonction prend sa part de cette heureuse stimulation. L'estomac est moins difficile sur le choix des aliments ; l'assimilation est plus complète et plus facile ; les organes respiratoires supportent un air plus pur et plus varié dans sa température ; la respiration semble se faire mieux ; la circulation s'active par l'exercice ; la légère fatigue du jour rend plus profond le sommeil de la nuit. Cette grande impressionnabilité morbide aux excitants extérieurs, qui sans cesse réveillait dans la pensée du malade le sentiment de sa faiblesse, diminue chaque jour et laisse rentrer dans son esprit des pensées d'avenir. Enfin, de l'avis de presque tous les observateurs qui ont étudié cette question, et parmi eux je m'empresse de citer le docteur Johnson, la vie de voyage est favorable aux phthisiques du premier degré et aux personnes menacées de le devenir. Mais ces voyages ne doivent être entrepris que dans la saison de l'été, au moins dans nos climats ; et on ne doit pas oublier qu'ils ne peuvent être salutaires qu'à la condition de s'entourer de tous les soins d'hygiène que j'indique dans les chapitres qui précèdent ou qui suivent. Malheureusement il n'y a que les personnes riches qui puissent user de ce moyen. L'observation, l'expérience, mettent à peu près au même rang d'utilité les voyages par terre et par mer. » (*Recherches cliniques sur l'auscultation*, etc.. p. 850.)

Nous ne partageons pas entièrement cette dernière opinon de M. Fournet sur le degré pareil d'utilité des voyages par terre et par mer. Nous sommes autorisé à penser, par plusieurs faits rapportés par des auteurs dignes de foi, et par ceux que nous avons eu occa-

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 Août, 2, 9, 16 et 23 Septembre 1856.

(2) On trouve un résumé assez complet de nos connaissances sur ce point dans le *Cours de pathologie interne* de M. Andral, publié par nous, tome II, 2e édition.

sion d'observer nous-même, que les voyages sur mer ont un bien plus haut degré d'utilité que les voyages sur terre. Guilchrist, qui a publié un livre curieux sur ce sujet, cite des exemples très remarquables de consomption pulmonaire très bien guérie après une navigation plus ou moins longue. M. le dr Dujat leur reconnaissait aussi d'incontestables avantages : « Les longues navigations, dit-il, qui, en quelques semaines, font passer par des latitudes si différentes, sont très salutaires aux personnes maladives : l'air, à la mer, est plus pur, plus agité; on y reste exposé tout le jour; il agit peut-être plus de cette manière qu'en vertu de principes particuliers qu'il contiendrait (1). Le mouvement du navire produit une légère excitation de tout le système; le mal de mer des premiers jours du voyage donne lieu à une perturbation qui devient très favorable à la digestion.

» Les rhumes sont très rares dans les hautes mers; c'est un fait reconnu par tous les marins : Gilchrist l'avait déjà constaté; mais lorsqu'on arrive sur la sonde, ils commencent à se manifester. Non-seulement les voyages de mer sont avantageux dans la cachexie tuberculeuse, mais aussi ils suspendent les progrès de la phthisie confirmée. Mon ami le docteur Pichorel a fait un voyage au Bengale avec un officier de navire marchand, qui, malgré son état phthisique assez avancé, a été embarqué sur l'assurance donnée par le docteur Huet, chirurgien de la marine au Havre, que le voyage, loin d'augmenter les symptômes, arrêterait la marche de la phthisie. En effet, à son arrivée à Calcutta, après quatre mois de mer, cet homme se trouva beaucoup mieux. Pendant son séjour aux Indes, la maladie a repris sa marche progressive, et pendant le trajet de retour, son état est resté stationnaire; il est revenu mourir chez lui. Nous avons ramené de Rio-de-Janeiro un matelot phthisique que plusieurs médecins avaient jugé ne pouvoir vivre jusqu'à la fin du voyage. Il avait des signes évidents de caverne au sommet du poumon gauche; les sueurs étaient abondantes, la faiblesse très grande. Cet homme s'est mieux trouvé dès le moment de son embarquement; il a repris un peu de force; son appétit est devenu vif; il mangeait plus que je ne lui accordais; plusieurs fois les symptômes de la phthisie ont reparu plus graves à la suite d'indigestion avec vomissements et diarrhée; cependant, malgré ces circonstances fâcheuses, à notre arrivée au Havre, il était mieux qu'au départ. » (*Loc. cit.*)

En résumé, il est fort difficile de désigner aux malades les climats qu'ils devront habiter.

Dans les conseils que le médecin est appelé à donner, il faut qu'il tienne compte de l'état plus ou moins avancé de la maladie. Malgré quelques observations rapportées par les auteurs, il est très dangereux en général de déplacer un phthisique à la dernière période de la maladie.

Le passage brusque d'un pays froid dans un pays chaud n'est pas sans danger. La condition la plus favorable serait une transition ménagée.

Les voyages sur terre et sur mer, et surtout ces derniers, paraissent avoir une influence heureuse sur la marche de la phthisie pulmonaire.

Cette influence sera d'autant plus marquée que la maladie sera plus rapprochée de l'époque de son début.

Les avantages du séjour dans les climats chauds et des voyages, seront presque toujours certains quand les malades en seront encore à l'état de prédisposition ou de cachexie tuberculeuse.

Je sais bien que les faits et les opinions que je viens de rappeler sont contestés et combattus par la statistique inexorable de M. J. Rochard. Je vois aussi que mes conclusions finales sur ce point ne s'éloignent par beaucoup de celles de cet honorable confrère; cependant, plus que lui, je tiens compte de ces faits de tradition et d'observation et je ne crois pas que son mémoire ait dit le dernier mot sur cette question intéressante.

Dans un prochain et dernier article, je dirai mon sentiment sur l'influence des eaux minérales dans le traitement de la phthisie.

(*La fin à un prochain numéro.*)

M. le docteur Félix Rochard m'adresse la lettre suivante, dont l'insertion est ici bien à sa place :

Paris, le 23 septembre 1856.

Mon cher ami,

Permettez-moi de vous adresser une note que je détache du livre que je dois publier prochainement et qui a pour titre : *De l'influence des voyages sur mer dans la marche des maladies chroniques.* Comme vous, je reconnais tous les avantages que les phthisiques peuvent retirer de la pureté de l'air marin, de ses qualités spéciales, et de sa température plus uniforme.

J'ajoute que dans ce milieu si favorable à la guérison des maladies chroniques, il est encore un moyen qui concourt efficacement à hâter ces guérisons et qui serait particulièrement d'une grande importance pour les phthisiques, c'est la gymnastique que les malades sont naturellement obligés de faire pour se maintenir en équilibre dans les grandes et brusques oscillations du navire. Ces oscillations seront toujours faciles à obtenir en donnant au bâtiment l'allure en rapport avec les indications qu'on aura à remplir.

Les phthisiques devront, d'après ma propre expérience, naviguer le plus souvent dans la mer des vents alizés, et habiter de préférence l'île de Madère, quand le repos de la navigation sera jugé urgent. Les îles Canaries et les îles du Cap-Vert pourront, en outre, offrir avec avantage des *descentes à terre*, et par la perspective de leurs sites variés combattre la monotonie d'une trop longue navigation.

Tout à vous d'amitié,

Félix Rochard.

(1) Cela n'est pas démontré; il est très remarquable que Gilchrist ait attribué le bien-être des phthisiques pendant la navigation à la respiration d'un air tout imprégné de molécules salines.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital de la Charité. — Service de M. le professeur Andral, M. Ch. Bernard suppléant.

ICTÈRE GRAVE; — ACCIDENTS CÉRÉBRAUX; — HÉMORRHAGIES.

L'*ictère grave* n'est pas tellement fréquent qu'il n'y ait quelque intérêt à publier les exemples de cette singulière et funeste maladie; l'observation qu'on va lire en présente un type bien tranché.

G... (Richard), âgé de trente-deux ans, employé, entre à l'hôpital de la Charité (salle Saint-Félix, 13) le 14 septembre 1856, à onze heures du matin.

La personne qui l'accompagne donne les renseignements suivants, complétés en partie par le malade lui-même : Depuis plusieurs années G... accuse des maux d'estomac avec douleurs *des deux côtés*, douleurs vives, revenant par crises assez rapprochées et qui ont cédé plus d'une fois à l'emploi d'un purgatif; c'est pour des accidents de ce genre que G... a été admis, il y a un an ou deux, à la Maison de Santé. Il n'a jamais eu de jaunisse. Tout en se plaignant sans cesse, il avait cependant assez bonne mine, et l'on s'était habitué à le considérer comme hypochondriaque.

Il y a huit jours, il a été pris subitement de frissons alternant avec une chaleur fébrile intense et accompagnés d'un sentiment de prostration, d'anéantissement. Douleur extrêmement vive dans l'abdomen et surtout le côté droit; démangeaisons à la peau; anorexie; soif. Le 9 septembre, la peau a pris une teinte ictérique qui depuis a été se foncant de plus en plus; et en même temps s'est manifesté du délire, de l'agitation et un abattement plus profond. Le 12, il a eu une épistaxis assez abondante pour remplir de sang une cuvette ordinaire; le même jour et le lendemain, il a rejeté du sang soit en toussant soit par l'acte du vomissement. Depuis le 13, il existe un gonflement douloureux du côté gauche de la face.

L'invasion de la fièvre a été soudaine, le malade la compare à un *coup de foudre*; il ne sait à quelle cause l'attribuer, mais le récit d'une personne qui touchait au malade de très près porte M. Bernard à soupçonner une émotion morale violente comme cause immédiate des accidents.

Des applications répétées de sangsues et de ventouses scarifiées sur l'abdomen et l'hypochondre droit, deux purgatifs, des sinapismes aux mollets, ont été mis en usage sans aucun succès.

Le 15 septembre, à la visite du matin, G... se présente dans l'état suivant :

Homme d'une taille au-dessus de la moyenne, d'une constitution vigoureuse, doué d'un système musculaire bien développé et d'un certain degré d'embonpoint. Ce qui frappe tout d'abord à la vue de ce malade, c'est une coloration ictérique de la peau; la teinte est d'un jaune orangé ou mieux d'un jaune de safran. Çà et là on aperçoit, principalement sur les bras, de petites taches de pourpre dont quelques-unes s'accompagnent d'un soulèvement de l'épiderme sous forme de vésicules; on voit aussi par places des traînées produites par les ongles et indiquant l'intensité des démangeaisons que le malade a éprouvées au début. Les membranes muqueuses participent à la teinte bilieuse de la peau; la conjonctive l'offre à un haut degré, la muqueuse buccale à un degré moindre.

Décubitus dorsal, les jambes fléchies; la physionomie exprime l'abattement et rappelle la face des typhoïdes; les paupières sont à moitié fermées comme dans une sorte de demi-sommeil pénible. L'intelligence est normale; les réponses, quoique tardives, lentes, interrompues, sont cependant justes et nettes; mais aussitôt qu'on cesse d'interroger le malade, il retombe dans un assoupissement dont il semble sortir à regret. Il a conscience de la gravité de son état. Dans la nuit, l'infirmier a remarqué du délire ou au moins des rêvasseries continuelles.

La motilité ne présente d'autre altération qu'un extrême affaiblissement; le moindre déplacement est pénible; les bras inertes et pendants; impossibilité de s'asseoir, tant à cause de cette débilité, qu'à raison des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements, des vertiges que le malade ressent quand il essaie de changer d'attitude. Pas de céphalalgie bien notable; pas de douleur des membres, seulement un sentiment de brisement dans les articulations, comme à la suite d'une grande fatigue.

Rien à noter pour les organes des sens, sauf le resserrement égal des pupilles, qui s'agrandissent un peu quand on fait de l'ombre devant les yeux; il n'y a pas de photophobie. Le malade dit d'abord qu'il a vu les objets teints en jaune, mais, quand on insiste, il reconnaît que le linge de son lit est blanc, etc. Les démangeaisons ont disparu.

Le visage est injecté aux pommettes; quelques vaisseaux distendus se dessinent dans l'épaisseur de la conjonctive; la peau est brûlante et sèche; cent vingt pulsations par minute, petites, molles, mais parfaitement régulières. Battements du cœur normaux, nul bruit de souffle.

Les lèvres sont un peu sèches. La langue ne peut être examinée à raison de la douleur que détermine l'écartement des mâchoires, douleur qui est due à un gonflement occupant la région parotidienne gauche; à ce niveau existe en effet une tumeur volumineuse, avec rougeur de la peau; la moindre pression sur le côté gauche de la face et du cou est intolérable. La pointe de la langue, seule partie de cet organe que l'on puisse apercevoir, est rosée et humide. Le malade rend de temps en temps des crachats formés par de la salive dans laquelle nagent quelques caillots noirâtres, restes (sans doute) de l'abondante épistaxis qu'il a eue. La déglutition est difficile; la soif des plus vives, incessante; il existe une anorexie absolue. Pas de nausées en ce moment. Il paraît y avoir eu plusieurs vomissements avant l'entrée de M. G... à l'hôpital.

L'abdomen légèrement ballonné, douloureux dans toute son étendue, mais tellement sensible dans les régions des hypochondres et de l'épigastre, que les cris du malade interdisent toute exploration approfondie. Un examen pratiqué à la hâte et fort incomplet suffit néanmoins pour faire reconnaître une certaine augmentation du volume du foie. Pas de douleur à l'épaule droite.

Il y a du gargouillement dans les deux fosses iliaques, et, depuis la veille, les garderobes sont abondantes et liquides; les matières rendues le matin sont noires et d'une fétidité très grande; elles sont rendues involontairement, ainsi que l'urine. Celle-ci teint le linge en jaune; elle n'a jamais été sanglante.

Le malade dit éprouver par moment un sentiment de dyspnée, d'angoisse. Le bruit respiratoire, ausculté à la partie antérieure de la poitrine, est parfaitement naturel.

(Julep avec sulfate de quinine, un gramme; vésicatoire sur le côté droit.)

Dans la journée du 15, tous les phénomènes graves persistent : il n'en survient pas de nouveaux; seulement la prostration devient plus profonde et le délire plus continu. Dans la nuit du 15 au 16, l'agitation est extrême. La mort a lieu le 16, à six heures du matin.

Le cadavre, examiné quatre heures après le décès, présente une rigidité remarquable, que l'on retrouve également le lendemain à dix heures au moment de l'autopsie (vingt-huit heures après la mort).

La plupart des tissus, les os du crâne eux-mêmes, offrent une coloration ictérique évidente, mais les cartilages costaux conservent leur blancheur entre les deux lames fibreuses qui les revêtent et qui, elles, sont fortement colorées. Cette remarque s'applique à toutes les membranes fibreuses y compris la sclérotique; cependant cette dernière est moins jaune que la conjonctive.

L'encéphale, à part un peu de mollesse, ne présente aucune altération; il en est de même des méninges. — Les organes thoraciques à l'état sain.

Les parois abdominales sont chargées de graisse. Le péritoine ne contient aucun épanchement, on y trouve seulement un peu de sérosité qui donne au toucher la sensation d'un liquide onctueux.

Le *foie* dépasse d'un travers de doigt le rebord costal, et par son lobe gauche remplit l'épigastre; dans son ensemble, il paraît plus gros, plus épais qu'à l'état normal; sa teinte est d'un jaune-brun foncé; son tissu, comme abreuvé de bile, est de bonne consistance et offre à la coupe l'aspect ordinaire; on n'y voit rien qui rappelle une distinction de deux substances; par places seulement, des petits lobules ayant la forme de feuilles de fougère, tranchent par leur couleur pâle sur le fond brun du reste de l'organe.

L'analyse chimique a permis de constater dans ce foie une énorme quantité de bile et d'y reconnaître l'existence du sucre, à l'aide de la fermentation. La présence de la leucine et de la tyrosine n'a pas été recherchée.

Les canaux biliaires ayant été disséqués avec soin jusqu'à leur terminaison, on n'y rencontre aucun rétrécissement, aucun obstacle; leur membrane muqueuse est saine. La bile visqueuse, d'un vert foncé, qui est contenue dans les canaux hépatique, cystiques et cholédoque, ainsi que dans la vésicule, s'écoule librement dans le duodénum, et se retrouve en abondance dans la portion supérieure de l'intestin. Dans le duodénum et l'estomac un certain degré d'injection arborescente, mais la membrane muqueuse a conservé dans tous les points son épaisseur et sa cohésion naturelles. Vers la fin de l'intestin grêle, on ne trouve aucune saillie des plaques de Peyer; le gros intestin contient des matières demi-fluides, non sanglantes.

La rate, presque doublée de volume, offre à sa surface une tache laiteuse; son tissu est très mou sans être diffluent. Le pancréas est normal.

Les capsules surrénales sont exemptes de toute altération appréciable. Les reins, très volumineux, lobulés, avec des scissures profondes, ne présentent d'autre altération qu'une coloration rouge uniformément intense de leur tissu et l'effacement de toute limite entre la substance corticale et la tubuleuse; les mamelons seuls se distinguent par leur teinte moins vive. L'urine, en fort petite quantité, que renferme le bassinet, est d'un jaune rougeâtre, comme huileuse. La vessie est vide.

Sans vouloir discuter toutes les questions que pourrait soulever le fait dont on vient de lire les détails, nous devons insister sur les points suivants :

1° Chez le malade de M. Ch. Bernard, l'autopsie n'a fait découvrir ni dans le foie, les conduits biliaires, ni dans les autres points de l'économie, une lésion assez notable pour expliquer la gravité des symptômes observés et leur terminaison si rapidement mortelle. Ce résultat négatif avait été prédit par M. Ch. Bernard aux médecins et aux élèves qui suivent sa visite, et il mérite d'autant plus de fixer l'attention, que, pendant la vie, non seulement l'ictère, mais encore les douleurs vives ressenties à la région du foie, indiquaient une souffrance, un trouble fonctionnel de cet organe.

D'ailleurs, il faut en convenir, eût-on trouvé sur le cadavre l'altération qui, sous le nom d'*atrophie jaune aiguë du foie*, a été donnée par quelques médecins comme le caractère anatomique de l'ictère grave, la solution du problème n'en serait guère plus avancée. En effet, cette atrophie résulte, au dire des auteurs, de l'action destructive que les éléments glanduleux du foie subissent au contact de la bile accumulée dans son tissu; dès lors, cette lésion perd toute valeur pathogénique, du moins quant à la production de l'ictère lui-même, et l'on doit n'y voir qu'un effet, un phénomène secondaire, accessoire.

2° L'une des fonctions du foie consiste à imprimer à la composition du sang des modifications particulières dont les physiologistes ont établi la réalité; en attendant qu'ils en aient spécifié la nature, l'observation clinique suffirait au besoin pour faire considérer le foie comme un organe d'hématose; car elle nous montre certaines affections hépatiques, et l'atrophie jaune aiguë est de ce nombre, accompagnées d'hémorrhagies remarquables par leur abondance et leur multiplicité. Pour le cas exposé plus haut, il est rationnel d'attribuer le purpura, l'épistaxis, le mélæna, au défaut de cette élaboration encore mal connue que subit le sang en traversant le foie; mais la même observation nous apprend que la fonction hépatique dont il s'agit peut être suspendue ou diminuée, sans qu'on en trouve la raison dans une altération organique *appréciable*.

D'où l'on peut conclure que, dans l'ictère grave, l'existence de l'*atrophie jaune aiguë* n'est pas plus indispensable pour la production des hémorrhagies, qu'elle n'est essentielle pour la manifestation de la jaunisse elle-même.

3° Cependant il resterait à déterminer pourquoi cette atrophie se

rencontre dans certains cas, et pourquoi, dans d'autres, elle fait défaut. Pour se rendre compte de ces différences, il faudrait sans doute analyser comparativement un grand nombre de faits; cependant il est deux conditions auxquelles, *a priori*, il est difficile de refuser ici une certaine importance. En premier lieu, la marche lente ou rapide des accidents; ceux-ci peuvent être d'une violence telle que le malade succombe avant que la lésion ait eu le temps de se constituer. En second lieu, la présence ou l'absence d'un obstacle au cours de la bile. Il y a évidemment une distinction à établir, relativement aux altérations que ce liquide fait subir au tissu hépatique, suivant qu'il y est anormalement retenu par une oblitération des canaux, ou qu'il continue à couler librement dans l'intestin, n'imprégnant alors le foie en quantité excessive qu'à raison de l'activité trop grande avec laquelle il est secrété (polycholie).

Or, chez le malade de M. Bernard, ces deux circonstances se trouvaient précisément réunies: marche suraiguë des symptômes d'une part, et, d'une autre, défaut des conditions anatomiques déterminant la rétention de la bile. Ainsi s'expliquerait chez lui l'absence d'une lésion qui paraît avoir été rencontrée souvent, mais que l'on a eu tort certainement de présenter comme constante dans l'ictère grave.

4° En somme, l'ictère s'est montré, chez le malheureux G..., avec l'ensemble des caractères propres à ces maladies *totius substantiæ*, à ces intoxications, à ces fièvres de mauvaise nature qui offrent presque toujours à l'observation une double série de phénomènes: les uns dépendant d'une viciation du sang, les autres d'un trouble profond des fonctions nerveuses. Parmi les premiers, se rangent les hémorrhagies cutanées, nasale, intestinale qui se sont succédé chez ce malade; on peut y rapporter encore, quoique moins directement, le ramollissement de la rate et même la formation d'une parotide,— autant de signes pour les anciens de ce qu'ils appelaient la *dissolution du sang*. Dans la seconde catégorie de symptômes, nous placerons l'abattement, la prostration absolue, le délire, etc. L'ensemble de ces phénomènes justifiait parfaitement le nom de *typhoïde* que M. Lebert propose de substituer à celui d'ictère *grave* ou *malin*. C'est en présence de pareils faits que l'on conçoit l'analogie signalée entre certains ictères et les cas de fièvre jaune sporadique.

Mais quant à la cause même de cette gravité, de cette malignité, elle nous échappe complétement. Pourquoi l'ictère revêt-il, dans certains cas, ces caractères insolites? Si c'est la présence de la bile qui communique au sang des propriétés délétères, en quoi cette bile diffère-t-elle du liquide inoffensif qui jaunit tous les tissus dans l'ictère simple?

Ne serait-ce pas plutôt que les fonctions du foie étant profondément troublées, il en résulte tout ensemble, comme deux phénomènes parallèles, en quelque sorte, et nullement subordonnés l'un à l'autre: 1° un ictère, par suite d'une altération de la sécrétion biliaire; 2° un changement de composition du sang, un défaut d'élaboration de ce liquide par le foie; de là, tendance aux hémorrhagies et manifestation d'une série de symptômes nerveux. Ainsi envisagée, la *malignité* de l'ictère et de quelques autres maladies hépatiques s'expliquerait peut-être mieux que la malignité d'une foule d'autres affections, où l'altération du sang ne peut être attribuée qu'à des causes encore plus hypothétiques.

5° Une dernière remarque. Pendant plusieurs jours, le malade avait été en proie à une fièvre intense, sans que la peau eût éprouvé le plus léger changement de couleur. Peut-on en inférer que l'ictère s'est simplement ajouté à la fièvre à titre d'accident, de complication? Ce serait une erreur. Les démangeaisons accusées le jour même de l'invasion autorisent à admettre (faute d'une preuve plus positive tirée de l'examen des urines) que l'altération du sang par les éléments de la bile n'en lieu dès le début; c'est-à-dire qu'à ce moment la *cholémie*, comme le dirait M. le professeur Piorry, ou, pour emprunter l'expression de M. le professeur Lebert, la *cholétoxémie* existait déjà, mais à un degré encore trop faible probablement pour se trahir à l'extérieur en produisant la teinte ictérique des téguments.

THÉRAPEUTIQUE.

AFFECTIONS DES ORGANES RESPIRATOIRES.

Les sirops pectoraux sont tous plus ou moins doués de propriétés calmantes. Les plantes les plus communément employées dans leur composition sont des plantes émollientes et béchiques: les émollientes ont plus particulièrement la propriété d'adoucir la toux; on les unit souvent aux décoctions gélatineuses préparées avec la chair et le poumon de veau; à celles de tortue, de grenouille et de limaçons, etc.

Les béchiques ou pectorales se divisent en trois classes: 1° les adoucissantes; 2° les vulnéraires et astringentes; 3° les résolutives et incisives. Dans les béchiques adoucissantes se rangent encore les substances émollientes et toutes celles qui renferment des corps muqueux, sucrés ou du mucilage. Nous ne les nommons pas ici, parce que tous les praticiens les connaissent comme nous. Enfin, la gomme est le condiment de tous les sirops qui se trouvent dans toutes les officines et qui sont plutôt des bonbons médicamenteux que des médicaments proprement dits.

Sans vouloir accorder aux choses plus de valeur qu'elles n'en ont réellement, il convient néanmoins d'assigner à chacune la part qui lui revient. Il n'est pas aussi indifférent qu'on le pense d'associer, dans certaines proportions, les plantes les plus simples. C'est là qu'est le plus souvent tout le secret de l'efficacité plus grande de telle préparation que de telle autre. Ne sait-on pas que l'action physiologique de l'opium, qui est hypersthénisante, vasculaire et céphalique tout à la fois, se trouve complétement modifiée lorsqu'on lui associe la belladone? et que cette dernière plante, qui est hyposthénisante et antiphlogistique par excellence, combinée à la première dans certaine proportion, détermine, sur l'économie animale, des effets tout nouveaux, qui ne sont ni ceux de l'opium, ni ceux de la belladone! Il en est de même des autres plante médicinales: elles perdent de leurs propriétés propres pour en acquérir d'autres non moins énergiques, mais *toutes spéciales*, en s'associant, ou, pour mieux rendre notre pensée, en se combinant pour ainsi dire les unes aux autres.

Les sirops pectoraux ont la propriété de relâcher et d'adoucir les tissus. Ils sont surtout relâchants lorsqu'on les emploie étendus dans une grande quantité de liquide chaud et qu'on en continue longtemps l'usage; ils sont adoucissants et nutritifs lorsqu'on les prend purs. Durant une pratique médicale, qui date déjà de nombreuses années, nous nous étions servi presque exclusivement des sirops pectoraux inscrits au *Codex*: (Sirop de guimauve; sirop de gomme, de capillaire; sirop d'acide hydrocyanique, d'acétate de morphine, de pavots blancs, de belladone, de thridace, de violettes, d'hysope, de baume de Tolu); et nous avions eu, comme tout le monde, à nous applaudir souvent de leur emploi, lorsque le hasard nous fit essayer aussi le sirop antiphlogistique préparé par M. Briant; voici ce que nous constatâmes: il diminue la douleur et l'irritation du larynx, de la trachée-artère et des bronches, et calme la toux qui dépend de la lésion directe de ces organes. Dans certains cas, son action est si prompte, qu'elle se manifeste presque aussitôt qu'on en a pris quelques cuillerées. Il semble que les propriétés béchiques et émollientes qu'il possède, se transmettent comme celles de beaucoup d'autres substances médicamenteuses, directement du pharynx au larynx, et peut-être même de l'œsophage à la trachée-artère, par la porosité du tissu cellulaire qui unit ces organes.

Entre autres observations où l'efficacité de ce sirop s'est manifestée de la manière la plus prompte et la plus évidente, je rapporterai les deux faits qui suivent:

Obs. I. — *Bronchite aigue précédée de coryza et accompagnée de douleur et de chaleur dans le larynx et derrière le sternum, guérie par la diète, le repos et le sirop antiphlogistique.*

Mme M..., âgée de 24 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament pléthorique, fut saisie, en sortant du théâtre, par un vent froid, qui supprima tout à coup l'état de transpiration où elle était. Elle ressentit un léger frisson, dormit mal toute la nuit, et se réveilla le lendemain matin avec un coriza fort intense qui se traduisait par un écoulement continuel du nez, de la céphalalgie, un malaise général et perte d'appétit. Le soir, sa voix s'éteignit; la malade s'enroua; elle se plaignit d'un sentiment de sécheresse et de cuisson dans la gorge et le pharynx, puis survint une toux sèche et très fatigante. Ces symptômes s'exaspérent dans la soirée; on me fit appeler, et je reconnus aisément une bronchite commençante; la respiration était rude et sèche, pas de râle; la percussion ne dénotait rien, je prescrivis un bain de pieds fortement sinapisé, des cataplasmes toujours chauds sur la poitrine, un julep diacodé et une tisane de violettes sucrée avec le sirop de gomme, à boire chaude et par petits coups, pour ramener une diaphorèse, si faire se pouvait.

Le lendemain et les jours suivants, je n'avais obtenu aucun résultat de cette médication; la toux était, au contraire, plus intense; la malade se plaignait d'une douleur au larynx et dans toute la partie antérieure de la poitrine. Elle rejetait avec beaucoup de peine des crachats visqueux mêlés de sang. L'auscultation ne dénotait qu'un ronchus assez grave en arrière et en avant des deux côtés. Le pouls était à 110 pulsations par minute. Je pratiquai une petite saignée du bras et continuai les moyens précédemment prescrits.

Le lendemain, 17 avril: la nuit n'a pas été meilleure que les trois précédentes. Mme M... a beaucoup toussé et très peu craché; elle se plaint surtout de douleur en toussant et d'une céphalalgie très forte. On entend comme une espèce de bruissement dans toute la poitrine. Le pouls est à 96 pulsations. La malade montre une bouteille de sirop antiphlogistique de Briant, qui lui avait été apportée, nous dit-elle, par une de ses parentes, qui lui en avait beaucoup vanté la vertu, et nous demande si elle ne pourrait pas la prendre en remplacement du looch, qui lui empâtait la bouche d'une manière désagréable. Sur notre autorisation, elle en prend une cuillerée à bouche toutes les six heures, et, de plus, elle le mélange à de la tisane de mauve chaude et coupée avec du lait dans la proportion d'une cuillerée à café par tasse de boisson. Dès le soir, la toux est devenue plus humide, moins forte et surtout bien moins fatigante. Mme M... a pu reposer plusieurs heures pendant la nuit du 17 au 18; sa voix est plus claire, et la douleur a disparu; peu ou pas de fièvre, le pouls donne 80 pulsations par minute. A dater de ce jour, le mieux a été toujours en augmentant; la convalescence ne s'est pas fait attendre, et, sous l'influence seule du sirop antiphlogistique, cette bronchite, que n'avaient pas pu enrayer les boissons émollientes, la saignée, ni les potions légèrement opiacées, a été jugulée. Au lieu d'une durée de deux à trois septenaires, qui est la durée moyenne de ces sortes d'affections, la bronchite de Mme M... a disparu comme par enchantement, au septième jour de son début et au plus fort de son développement.

Obs. II. — *Bronchite aigue avec dyspnée et accès de suffocation, guérie par le sirop antiphlogistique.*

Mme S..., âgée de 41 ans, passementière, d'une constitution débile et d'un tempérament lymphatique, n'étant pas sujette à s'enrhumer, fut prise d'un froid subit, au mois de février dernier, qui amena à sa suite de l'enrouement, une extinction de voix et un coryza fort intense. Pendant quelques jours, elle ne ressentit pas d'autre incommodité qu'une gêne dans la prononciation et la respiration; elle avait conservé son appétit habituel; le sommeil n'était plus aussi calme, et la langue devenait plus saburrale. Peu à peu, le coryza se passe, mais le larynx et les bronches se prennent; il lui semblait avoir la gorge et la poitrine pleines de sable brûlant; elle faisait des efforts inouïs pour rejeter quelque peu de crachat blanc et visqueux. Sans consulter le médecin, elle se met à l'usage des boissons émollientes et chaudes; elle prend aussi quelques bains de pied avec de la cendre, mais la bronchite n'en progresse pas moins. Parfois, dans la journée, et la nuit plus particulièrement, elle est prise de quintes de toux qui lui déchirent la poitrine et lui occasionnent de véritables accès de suffocation; il lui semble que l'air ne pénètre plus ses poumons. En même temps, la fièvre augmente et avec elle la céphalalgie. C'est dans cet état que je l'ai vue le 23 février 1856. J'ordonnai le repos au lit, la continuation des boissons pectorales chaudes, et un vomitif avec l'ipécacuanha.

Le 24. La nuit n'a pas été meilleure que les précédentes. Le vomitif n'avait amené que quelques selles copieuses sans vomissement; la dyspnée était la même, et la toux n'avait pas diminué. 100 et quelques pulsations à la minute, râle ronflant dans toute la poitrine et sibilant par places. Je commence l'usage du sirop antiphlogistique à la dose d'une cuillerée à bouche toutes les six heures, et je fais continuer les boissons béchiques chaudes. A dater de ce jour, la malade a éprouvé un mieux manifeste. L'oppression a diminué avec la toux; l'expectoration est devenue plus facile; un sommeil réparateur lui a rendu un peu de force et a fait disparaître la céphalalgie avec la fièvre.

Au bout de la semaine, Mme S... entrait dans une convalescence franche, que rien n'est venu entraver.

Nous pourrions multiplier ces observations, mais les deux faits précédents suffisent pour établir l'efficacité du sirop antiphlogistique dans les bronchites aiguës et faire présumer à l'avance tous les avantages qu'on peut en retirer dans toutes les affections chroniques des voies respiratoires.

Dr Dupuy.

CHIRURGIE.

PROTHÈSE DENTAIRE.

Par une omission regrettable et provenant d'une erreur du copiste, nous n'avons pas cité, dans le compte rendu de la séance de l'Académie du 12 août (voyez le numéro du 14 août de notre journal), le nom des dentistes qui ont fabriqué la mâchoire artificielle que porte le malade présenté, dans cette séance, par M. Maisonneuve, et auquel il avait enlevé le maxillaire inférieur en entier. Cette pièce ingénieuse a été faite par MM. Fowler et Prêterre, dentistes américains, à Paris. Tous les traits du visage de l'opéré ont maintenant une si grande régularité, qu'il serait impossible à quelqu'un qui le verrait, sans être prévenu, de s'apercevoir qu'il a subi une opération aussi importante. La prononciation se fait distinctement et la mastication s'exécute avec facilité.

MM. Fowler et Prêterre ayant entrepris la fabrication de cet appareil sans attendre d'autre rémunération de leur travail et de la dépense qu'il a occasionnée, que la satisfaction de montrer l'utile concours qu'une prothèse habile peut prêter à la grande chirurgie, il est juste de leur attribuer la part qui leur revient dans le beau résultat que M. Maisonneuve a présenté à l'Académie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 23 Juillet 1856. — Présidence de M. Guéraud.

Sommaire. — Correspondance. — Réflexions sur un *cas de cancer de l'estomac d'un diagnostic difficile*, par M. Legroux. Discussion: MM. Woillez, Aran, Moutard-Martin, Marrotte. — *Note sur la transmission des bruits respiratoires à travers les épanchements pleurétiques*, par M. Legroux. Discussion: MM. Moutard-Martin, Aran.

M. de Hubbenet, membre correspondant, fait hommage à la Société de deux mémoires de médecine écrits en langue russe.

— M. Roger (Henri) lit un mémoire au nom de M. Girard, médecin de l'Hôtel-Dieu de Marseille, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant. (MM. Marrotte et Grisolle, commissaires.)

— M. Beau fait hommage à la Société de son *Traité expérimental et clinique d'auscultation des poumons et du cœur*.

— M. Legroux: J'ai l'honneur de communiquer à la Société un cas de diagnostic embarrassant. Il s'agit d'un cancer de l'estomac.

Un homme est entré dans mon service portant le cachet d'une diathèse cancéreuse, dont le foyer occupait la partie profonde inférieure de l'hypochondre gauche, où l'on sentait manifestement une tumeur dure. Il y avait des vomissements; quelques-uns contenaient de la matière noire.

Le siége de la tumeur donna lieu à des avis différents sur le siége même du mal. On a prétendu qu'il avait lieu sur la partie droite de l'estomac. Je trouvais la tumeur trop profonde, trop immobile, située trop bas pour appartenir à cette région de l'estomac; j'étais disposé à la rattacher au pancréas. Un candidat distingué pour les futurs concours du Bureau central, guidé sans doute par la symptomatologie, plaça la tumeur au pylore. Sans m'arrêter à un diagnostic précis pour un cas qui n'exigeait qu'une médication palliative, je soumis le malade à un régime doux, à l'usage de narcotiques. Le chlorhydrate de morphine eut ici une véritable efficacité sédative. Il calma les douleurs et facilita les fonctions de l'estomac pendant huit jours, au point que le malade se croyait en voie de guérison. Mais une péritonite aiguë se déclara et détermina la mort en peu de jours.

L'autopsie vint éclairer les obscurités du diagnostic: *il y avait une transposition générale de tous les organes; le testicule droit descendait plus bas que le gauche.*

Si nous avions été sollicités par quelque circonstance à faire un examen général des organes, nous aurions probablement reconnu cette disposition anatomique. J'ai admiré la force de la logique qui a conduit le candidat dont j'ai parlé à placer au pylore le siége du cancer; mais, comme nous, il a méconnu la transposition organique, qui avait porté le pylore dans le point occupé par la tumeur.

M. Woillez a observé un fait qui présente quelque analogie avec celui de M. Legroux, avec cette différence, toutefois, qu'il n'existait pas de transposition des organes. Il s'agit d'un malade portant tous les caractères de la cachexie cancéreuse, et présentant une tumeur dans l'hypochondre gauche, du volume d'un œuf de poule, très mobile, mais reprenant toujours sa position première; il n'y avait pas de vomissements. Le diagnostic était fort incertain; la position de la tumeur et l'absence de vomissements empêchèrent de porter un diagnostic précis. A l'autopsie, on trouva un cancer du pylore qui se trouvait porté complétement à gauche, dans l'hypochondre.

M. Legroux: Dans des cas semblables à celui que j'ai observé, il faudrait établir la position exacte des organes; car, si nous l'avions fait, nous aurions évité l'embarras dans lequel nous nous sommes trouvé.

M. Aran: La communication de M. Legroux m'engage à vous faire part d'un cas de diagnostic très difficile, qui, du reste, n'a que ce seul point de ressemblance avec celui de M. Legroux.

Il y a quelques mois, M. le docteur Campbell envoya, à l'hôpital Saint-Antoine, un jeune homme considéré comme phthisique, et effectivement il en présentait tous les caractères extérieurs, il avait eu des hémop-

thysies très abondant et était arrivé à un degré d'affaiblissement très prononcé. Cependant, après un examen très attentif, M. Aran arriva à cette conclusion, qu'il n'y avait rien ou presque rien dans la poitrine. Quelques jours plus tard, on constate du gargouillement sous la clavicule droite : le diagnostic ne devait plus être douteux. Quatre ou cinq jours après, survint du frisson et une pleurésie qui fit de rapides progrès, et entraîna rapidement la mort, après que l'on eut constaté un peu de fétidité de l'haleine. M. Aran avait été sur le point de pratiquer la thoracentèse, mais il avait été arrêté par cette considération, que, comme il existait des tubercules pulmonaires qui marchaient très rapidement, l'opération était inutile. A l'autopsie, on ne trouva pas traces de tubercules, mais une vaste excavation gangréneuse au sommet du poumon droit, et communiquant avec la plèvre qui contenait un épanchement brunâtre et d'une horrible fétidité. Si, dit M. Aran, la thoracentèse avait été pratiquée, le diagnostic aurait été porté, et peut-être, le liquide fétide étant évacué, des injections détersives étant faites, le malade aurait pu guérir.

Ce fait prouve que les signes de la gangrène du poumon ne sont pas aussi clairs qu'on le pense généralement. Il faut, au point de vue du diagnostic, attacher une très grande importance aux crachements de sang qui souvent en sont l'indice. Chez les enfants, par exemple, on trouve très rarement l'odeur gangréneuse, et les hémoptysies fréquentes indiquent chez eux la gangrène pulmonaire encore plus que des tubercules.

M. Moutard-Martin vient d'observer un fait dans lequel il était bien difficile de reconnaître une gangrène du poumon; mais il faut dire que le malade était atteint de phénomènes cérébraux très graves déterminés par la présence d'une tumeur cancéreuse dans le cerveau; et peut-être l'affection cérébrale a-t-elle contribué à donner une marche particulière à l'affection pulmonaire. Trois jours avant sa mort, ce malade fut atteint d'un point de côté extrêmement violent à droite, en même temps il fut pris de toux. A la percussion, nous reconnûmes de la matité dans la moitié de la hauteur de la poitrine à droite, et l'auscultation nous fit percevoir du souffle tubaire mélangé de râles crépitants. Les jours suivants, la matité et le souffle gagnèrent les parties supérieures, et, le troisième jour, le malade mourut sans que l'on eût reconnu aucune fétidité dans son haleine, ni dans les crachats qui sont toujours restés transparents. A l'autopsie, avec la tumeur cancéreuse que nous avons trouvée dans le cerveau, et celles de même nature qui existaient dans le foie et la rate, nous trouvâmes le poumon droit hépatisé dans certains points, suppuré dans d'autres, et enfin une large caverne gangréneuse, horriblement fétide, qui s'était ouverte dans la plèvre.

M. Marrotte : Dans les deux cas qui viennent d'être cités, le foyer gangréneux s'est ouvert dans la plèvre et y a déterminé une pleurésie; dans un fait que j'ai observé, la marche a été toute contraire. Un homme de 62 ans avait été malade pendant deux mois: il avait eu tous les signes d'une pleurésie, et enfin il paraissait guéri, lorsque quinze jours après, il toussa et ramena des crachats fétides qui firent penser à la gangrène pulmonaire, mais on crut à une perforation de la plèvre; survinrent des hémoptysies abondantes et répétées, et le malade mourut. Le poumon était totalement gangréné, il avait disparu, et il restait tombé en déliquium dans la plèvre.

— M. Legroux demande la parole pour entretenir verbalement la Société de faits cliniques sur lesquels il avait l'intention de faire une communication écrite. Je ferai en sorte, dit-il, d'en rappeler exactement les principales circonstances.

J'ai eu, depuis peu, l'occasion de pratiquer la thoracentèse sur quatre malades affectés d'épanchements thoraciques considérables, survenus presque sans douleur et sans fièvre.

Le premier malade, de constitution tuberculeuse, à peine guéri par la médication générale d'une pleurésie gauche, fut pris, sous nos yeux, d'une pleurésie du côté droit, qui amena rapidement un épanchement considérable. Ce côté dilaté rendait un son mat dans toute son étendue; la médication ordinaire, purgatifs, vésicatoires, diurétiques, ayant été inutile, la dyspnée faisant chaque jour des progrès, je pratiquai l'opération, au grand soulagement du malade. L'expansion pulmonaire suivit immédiatement l'écoulement du liquide en avant, en haut et en arrière, vers le creux de l'aisselle; en bas, la matité avec égophonie persista quelque temps, mais finit par disparaître graduellement. Le malade est venu nous revoir, environ un mois après l'opération; il avait eu une hémoptysie abondante. Il offrait des signes de tubercules au premier degré, mais aucune trace d'épanchement, la respiration ayant reparu partout. Il ne sera pas inutile de rappeler un incident de l'opération. J'avais fait asseoir le malade pour faire sortir les dernières gouttes de liquide. Cette position donna lieu à une syncope assez sérieuse, mais qui n'eut pas de suite.

Le second opéré était un malheureux, cachectique par misère, et affecté de pleurésie gauche. Il avait eu au mois de décembre précédent une pleurésie du côté opposé, mais qui avait guéri par la médication ordinaire. La suffocation était devenue imminente. La ponction amena un soulagement immédiat, le malade se sentait revivre, et manifestait son bien-être à mesure que le liquide s'écoulait. L'expansion pulmonaire se rétablit à peu près comme dans le cas précédent, et vingt à vingt-cinq jours après l'opération, il sortait parfaitement rétabli de sa pleurésie, et convenablement restauré.

Le troisième avait un épanchement remplissant tout le côté gauche, ayant refoulé le cœur à droite, etc., la dyspnée était grande; et pour ne pas perdre de temps, je pratiquai immédiatement la thoracentèse, je retirai deux litres et demi de liquide, au grand soulagement du malade. Bien que le poumon se fût développé dans la majeure partie de son étendue, l'épanchement se reproduisit moins considérable cependant, et ne s'élevant pas au-dessus des limites du tiers supérieur. Les purgatifs, les vésicatoires ayant été insuffisants pour empêcher ce retour de l'épanchement, je pratiquai, au bout de dix à douze jours, une seconde ponction. Je retirai encore près de deux litres de liquide. L'opération a présenté ceci de remarquable, c'est que la sérosité a coulé très lentement, et que nous avons dû favoriser sa sortie par des pressions exercées à la fois sur l'hypochondre et sur les parois du côté affecté, en même temps que nous faisions tousser le malade. Il nous a paru probable que le liquide était renfermé dans une cavité cloisonnée. L'opération a duré plus d'une demi-heure. Depuis, il s'est encore reformé un peu d'épanchement, mais la respiration s'entend dans toute la partie antérieure, et la moitié supérieure en arrière. Le malade a repris des forces, a de l'embonpoint. La résolution marche et promet d'être complète sous peu.

Chez le quatrième malade, l'épanchement était moins considérable, il y avait peu de dyspnée, de l'égophonie dans une grande étendue; nous crûmes obtenir la résolution par les évacuants et les vésicatoires; après quinze jours de soins inutiles, la ponction fut pratiquée; plus de deux litres de liquide furent extraits : le poumon se déplissa immédiatement, la respiration reparut partout, et sauf un peu d'égophonie, qui a cessé au bout de quelques jours, il n'est plus resté trace de pleurésie.

Chez tous ces malades, nous n'avons pas retiré moins de deux à trois litres de liquide séreux à chaque ponction. La guérison, vainement tentée par des moyens énergiques, se serait fait attendre des mois, si même son action n'avait été le terme de ces épanchements.

Je laisse de côté les phénomènes qui ont marqué les diverses phases de la guérison. J'insiste seulement sur le râle sous-crépitant, à bulles plus ou moins inégales, qui accompagne le déplissement du poumon, et qu'il faut distinguer du râle crépitant de la pneumonie.

Ces faits m'engagent à vous parler d'un phénomène d'auscultation fort important, que j'ai constaté récemment sur deux malades, et que M. Trousseau, avec qui je me félicite d'être souvent en communication, par proximité de services, et en communauté de vues, a également observé de son côté. Je veux parler de la transmission du souffle respiratoire et des râles à travers des épanchements qui ont affaissé le poumon.

Chez un malade affecté de péricardite, remarquable à plus d'un titre, nous avons vu survenir d'abord de la matité à la base des deux côtés en arrière, accompagnée d'égophonie qui ne se retrouva plus les jours suivants. La matité augmenta, gagna les trois quarts inférieurs du côté droit, la moitié du côté gauche. Cependant, la respiration, quoique affaiblie, s'entendait partout, et des râles sous-crépitans nous donnaient l'idée d'un œdème de la base des poumons, accompagné d'un léger épanchement pleurétique.

Nous avons trouvé dans la plèvre droite un épanchement considérable qui avait refoulé le poumon contre le médiastin. Le lobe supérieur seul contenait de l'air. La base du lobe inférieur, affaissée sur le diaphragme, adhérait à la paroi thoracique. Les bronches paraissaient épaissies et dilatées.

A gauche, l'épanchement était moins considérable; le poumon n'était affaissé que dans son tiers inférieur.

Ainsi le bruit de la respiration, qui se passait dans les parties du poumon restées perméables à l'air, était transmis affaibli à toute l'étendue de la poitrine, et les râles, qui se passaient dans les bronches indurées et dilatées, se propageaient également à travers l'épanchement.

Chez une femme qui a succombé à une série d'accidents puerpéraux, entre autres à une énorme suppuration des médiastins, le côté droit, dans les derniers temps de la vie, était devenu le siége d'*une matité profonde, accompagnée de râles sous-crépitants abondants dans toute l'étendue de ce côté*. Nous avons trouvé le poumon refoulé et aplati par un épanchement purulent qui remplissait la plèvre.

D'où venaient ces râles? Ils ne pouvaient venir que des bronches, restées perméables, malgré l'affaissement des cellules pulmonaires.

Il résulte de ces faits, qu'un épanchement peut être masqué par les phénomènes normaux de la respiration, par des râles qui en imposent pour un œdème du poumon ou une bronchite capillaire. Au point de vue de la thérapeutique chirurgicale, de la ressource héroïque de la thoracentèse, il est bon d'être prévenu de ces faits.

Dans ces deux cas, comme dans ceux d'épanchements considérables dans les plèvres, il y a un phénomène qui a une grande valeur diagnostique : c'est *la matité toute spéciale, matité sourde, matité de plomb*, à laquelle se joignent les autres signes tirés de la déformation des parois de la poitrine. Mais ces derniers signes perdent de leur valeur, quand des râles sont transmis à l'oreille, dans tout le côté affecté. C'est alors cette *matité sourde* qui doit donner l'éveil sur l'existence d'un épanchement.

Je n'ai pu tirer, dans ces différents cas, un grand secours du phénomène indiqué par M. Monneret : *l'absence de vibrations thoraciques du côté de l'épanchement pendant que le malade parle*. Une fois seulement nous l'avons constaté d'une manière notable chez nos malades. Je devais néanmoins le rappeler à propos de ces cas difficiles.

M. Moutard-Martin s'étonne de voir M. Legroux indiquer comme un fait nouveau la transmission des bruits pulmonaires à travers les épanchements. M. le professeur Chomel, dans la première édition de son *Traité de pathologie générale*, signale ce fait, et insiste sur ce qu'il a d'important; il cite même une observation dans laquelle, chez un malade atteint de matité dans toute la hauteur d'un côté de la poitrine, on entendait partout, dans tous les points du thorax, un gargouillement très prononcé, et partout également fort. Le malade mourut, et à l'autopsie on trouva un épanchement abondant, et dans le poumon *une seule caverne*, du volume d'une noisette, et dans laquelle se passait le gargouillement qui retentissait dans toute la poitrine à travers l'épanchement. Les nombreux médecins qui ont suivi les cours de l'éminent professeur lui ont fréquemment entendu rappeler des faits analogues, et les observations de M. Legroux sont loin d'avoir le cachet de nouveauté qu'il croit leur attribuer.

M. Legroux : Je ne donne pas comme tout à fait nouveau le phénomène de la transmission des bruits normaux ou morbides de la respiration à travers les épanchements thoraciques. J'en ai déjà parlé il y a quelques années dans une discussion élevée au sein de la Société sur les phénomènes de la pleurésie. Je ne conteste pas à M. Chomel le mérite d'avoir indiqué la transmission des râles caverneux à travers les épanchements. Mais je ne pense pas que la transmission du bruit respiratoire et de râles sous-crépitants, à travers des épanchements qui ont affaissé le poumon dans sa presque totalité, soit un fait vulgaire dans la science. S'il y existe, il est certainement peu connu, et j'ai cru faire chose utile que de le rappeler ici; afin qu'en présence d'une suffocation imminente on ne soit pas détourné d'une opération salutaire par un phénomène qui masque l'épanchement *pleural*.

M. Aran : Tous ces faits prouvent que, contrairement à ce que l'on a cru pendant un certain temps, les liquides transmettent les sons. Mais il faut bien distinguer les cas où l'on entendra quelque chose, et ceux où il n'y a aucun son transmis. Quand le poumon est refoulé en haut, on n'entend rien à la base, parce que là où il n'y a pas de poumon il n'y a pas de bruit transmis; mais quand il y a des tubercules, par exemple, ou une pneumonie, ou même si le poumon n'est pas refoulé complétement en haut, mais simplement séparé de la paroi thoracique par une couche de liquide, fût-elle de un pouce ou un pouce et demi, la respiration s'entend. A plus forte raison y a-t-il transmission des bruits plus forts que la respiration. Cela signifie seulement que le liquide est meilleur conducteur du son qu'on ne le pensait.

M. Legroux : Les faits signalés par M. Aran diffèrent sensiblement de ceux que j'ai rapportés. M. Aran parle de transmission des bruits respiratoires à travers une couche peu épaisse de liquide interposé entre les poumons et la paroi costale. J'ai parlé d'épanchements qui ont affaissé le poumon contre le médiastin, et ne laissant, dans un cas, qu'une partie du lobe supérieur perméable à l'air; et cependant, le bruit de la respiration, dans ce dernier cas, et les râles bronchiques dans les deux, ont été transmis à tout le côté à travers des épanchements qui remplissaient la cavité des plèvres.

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

OBSERVATION D'ABSENCE TOTALE DU CORDON OMBILICAL, AVEC INSERTION DU PLACENTA SUR LE COL;

Par le dr Stute, de Soest.

Femme forte, bien portante; cinquième accouchement; les quatre autres normaux. La sage-femme avait senti, à travers le col entre ouvert, une masse molle qu'elle prenait pour le placenta; pas d'hémorrhagie. Une consultation de plusieurs médecins fut faite. Six heures avant, les eaux étaient parties; l'orifice de la matrice était ouvert, et le fond du vagin était rempli par un corps mou, épais, ayant tous les caractères du placenta. En faisant passer le doigt en avant et à gauche, à travers l'orifice, on sentait les côtes, et à droite, en arrière, la paroi abdominale. On pouvait contourner partout cette masse, libre et mobile, qui adhérait seulement à son centre, au corps du fœtus, dans une étendue de 4 centimètres. En avançant lentement la main, on parvint, quoique péniblement, à un genou, qui servit à faire l'extraction, sans la moindre difficulté.

L'enfant était à terme et très petit. Dans le dos, il existait une tumeur hydrorachitique volumineuse, et sur le ventre, le placenta, de grandeur normale, se trouvait collé par son centre sur l'ombilic. Pas de vestige de cordon. Les couches furent normales. — (*Monatsschr. f. geburtsk.*, 1856, n° 1.)

COURRIER.

PHARMACIE CENTRALE DE FRANCE.

Dans la réunion générale du 14 août dernier, la pharmacie centrale des pharmaciens de France a décerné à M. Paret, pharmacien à Marseille, le prix proposé par elle l'année dernière sur la question suivante : *De la fourniture des médicaments, par les pharmaciens, aux Sociétés de secours mutuels et aux indigents.*

Pour l'année prochaine, elle a posé comme sujet de concours la question suivante :

Faire la géographie pharmaceutique de la France, en la rattachant autant que possible aux approvisionnements de la pharmacie centrale.

Les substances médicinales indigènes sont fort nombreuses; mais encore quelle en est la liste et l'importance commerciale? Telle plante est abondante dans telle localité et manque dans telle autre; les miels varient de qualité selon les lieux de production. Ici on récolte la térébenthine, on extrait des huiles essentielles; là on récolte des cantharides, on retire du sol même certains minéraux, on fabrique tel produit chimique, tel accessoire de pharmacie, etc.

Cette question est non seulement importante au point de vue pharmaceutique, mais c'est encore une question de statistique nationale. Aussi un travail de cette nature, largement conçu et executé, trouverait-il, après la récompense proposée, un grand succès d'estime.

Les concurrents donneront infiniment d'intérêt et de valeur à leurs mémoires, si aux choses existantes ils ajoutent des idées sur ce que l'on pourrait faire en France en fait de matière médicale indigène. Au point de vue spécial de la pharmacie centrale, ils auront à dire comment ils comprendraient ces approvisionnements.

Aux États-Unis d'Amérique, une secte religieuse a créé un grand établissement pour la culture des plantes médicinales. La pharmacie centrale aurait-elle intérêt à fonder par elle-même ou à provoquer la fondation de quelque chose de semblable?

Telles sont les principales faces de la question que nous mettons au concours pour 1857.

Le prix sera de la valeur de 500 francs.

Les mémoires envoyés deviendront la propriété de la pharmacie centrale.

La question de la *Caisse de retraite pharmaceutique* n'ayant point été résolue par les différents mémoires envoyés, est mise de nouveau au concours pour 1857. Sauf l'époque d'envoi, les conditions à remplir par les concurrents, et les valeurs du prix restent les mêmes. (Voir la circulaire de 1855.)

Les mémoires pour les deux concours ci-dessus doivent être adressés au directeur de la pharmacie centrale de France, avant le 1er mai 1857.

Dorvault.

NOTICE MÉDICALE sur les BAINS DE MER

De BIARRITZ (Basses-Pyrénées)

DU DOCTEUR R. AFFRE,

Médecin inspecteur de ces bains, lauréat de l'Académie impériale de médecine de Paris Directeur des secours du Sauvetage, et membre correspondant de plusieurs Société, médicales.

TABLE DES CHAPITRES :

Introduction.
Chap. Ier. Des caractères physiques et chimiques de l'eau de mer.
Chap. IIe. Des divers moyens d'employer l'eau de mer.
Chap. IIIe. Des règles à suivre dans l'emploi des bains de mer.
Chap. IVe. Des plages de Biarritz.
Chap. Ve. Des bains de mer chauds et des bains de sable marin.
Chap. VIe. Des effets généraux des bains de mer froids.
Chap. VIIe. Des effets thérapeutiques des bains de mer froids.
Chap. VIIIe. Considérations sur les maladies de la peau guéries par les bains de mer, avec des observations de guérison.
Chap. IXe. Des maladies des femmes guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
Chap. Xe. De quelques causes de stérilité guéries par les bains, les injections et les douches d'eau de mer, avec des observations de guérison.
Chap. XIe. Des contre-indications des bains de mer froids avec des observations à l'appui.
Chap. XIIe. Des accidens produits par l'abus ou la fausse application des bains de mer, avec des observations à l'appui.
Quelques mots sur la cause principale, sur les symptômes et le traitement du choléra, qui a sévi dans le département des *Basses-Pyrénées*.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*. — Prix : 2 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 119. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 2 Octobre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. THÉRAPEUTIQUE : Des effets de la belladone sur l'économie et en particulier sur l'appareil de la vision ; de la nature de ses phénomènes et des conditions de leur manifestation. — III. CHIRURGIE : Études sur les amputations faites au moyen des caustiques dans certains accidents consécutifs aux lésions traumatiques des membres. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 30 septembre : Correspondance. — Recherches sur les maladies de l'armée d'Orient pendant l'hiver de 1854 à 1855. — De la non-formation du sucre dans le tube digestif des animaux nourris exclusivement à la viande. — Nouvelle méthode d'analyse qualitative de l'iode et du brome. — V. COURRIER.

PARIS, LE 1er OCTOBRE 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie a laissé hier la parole à des savants étrangers à la compagnie. Cette politesse a eu sa récompense. Trois mémoires lui ont été lus qui, à des degrés et à des points de vue divers, ont mérité son attention.

L'histoire médicale de l'armée d'Orient se prépare ; ce grand drame pathologique trouvera certainement plus d'un narrateur, et déjà des éléments précieux ont été colligés et des fragments intéressants ont été publiés. M. le docteur Tholozan a exposé hier le résultat de ses recherches faites dans les hôpitaux de Constantinople, et qui ont porté principalement sur l'anatomie pathologique des diverses affections qui ont sévi sur l'armée. Ce travail, tout descriptif, échappe à l'analyse. Sa signification pathologique est, ce nous a semblé, que l'armée d'Orient ayant subi simultanément des influences pathogéniques diverses, choléra, typhus, scorbut, dysenterie, les altérations anatomiques ont traduit cette complexité de phénomènes, circonstances dont il faudra tenir compte en écrivant l'histoire de ces grandes épidémies, afin de ne pas attribuer à telle ou telle affection des altérations anatomiques résultant de causes complexes.

Le mémoire lu par M. Chaveau, professeur à l'École vétérinaire de Lyon, a vivement captivé l'attention de l'assistance. Il a pour titre : Le sang des animaux exclusivement nourris de viande contient-il du sucre ? On sait les controverses et les expériences contradictoires qui ont eu lieu sur ce sujet dans ces derniers temps. Il serait inutile de rappeler ici les divers mémoires présentés aux Académies par MM. Figuier et Colin, et qui avaient pour but d'attaquer la doctrine si brillamment élevée par M. Cl. Bernard sur les fonctions glycogéniques du foie. Un fait expérimental servait de pivot à ces attaques. On trouve du sucre dans tout le système sanguin afférent au foie chez les animaux nourris exclusivement de viande. Donc, ce sucre ne se forme pas dans le foie, disait-on, et, poussant plus loin l'induction expérimentale, on ajoutait : il se forme dans les voies digestives. M. Cl. Bernard niait le fait expérimental et soutenait qu'on ne trouvait jamais de sucre dans le système sanguin de la veine porte sur les animaux dont l'alimentation était exclusive de ce produit. Analyses chimiques, grande consommation de réactifs des deux côtés aboutissant ici à une affirmation obstinée, là à une négation persistante.

M. Chauveau aura-t-il le mérite et la gloire de mettre d'accord l'affirmation et la négation ? Il l'a tenté du moins, et autant qu'on en puisse juger sur la lecture rapide qu'il a faite de son très séduisant mémoire, on serait tenté de dire qu'il a réussi. Pour M. Chauveau, le fait expérimental annoncé par MM. Figuier et Colin, la présence du sucre dans le sang afférent au foie et dans les conditions alimentaires indiquées, est un fait vrai, formel et qui ne laisse pas pour lui place au moindre doute. Mais ce fait porte-t-il aucune atteinte à la grande conception physiologique de M. Cl. Bernard ? En aucune façon.

On lira au compte-rendu les expériences aussi ingénieuses que frappantes au moyen desquelles M. Chauveau a pu s'assurer que le sucre répandu dans tout le système sanguin de l'économie provient du foie, tout aussi bien que celui qui se retrouve en quantité plus considérable dans le système des vaisseaux efférents de la glande hépatique ; le fait nouveau et remarquable par lequel il explique les contradictions dans les expériences de M. Cl. Bernard et de ses adversaires sur l'existence du glycose dans le sang de la veine porte et des chylifères, fait dans lequel l'abaissement de la température joue le principal rôle ; l'ensemble enfin de ce travail qui a permis à M. Chauveau d'élever une théorie nouvelle ; théorie simple, facile, que M. Chauveau a édifiée sur un nombre considérable d'expériences, et que l'on est étonné que M. Cl. Bernard n'ait pas trouvée lui même, c'est, comme on le voit, une théorie de conciliation qui rend la justice due aux expériences des contradicteurs de M. Cl. Bernard, et qui laisse à celui-ci l'immortel honneur d'une des plus grandes conceptions scientifiques de notre époque.

Les chimistes purs l'adopteront-ils ? Non sans conteste, il faut s'y attendre. Ne nous y méprenons pas, la doctrine glycogénique, pour tous ceux qui vont plus loin et au-dessus du fait expérimental, est l'atteinte la plus grave qui ait été portée à la physiologie basée sur les notions et les inductions de la chimie. C'est la restauration du vitalisme en physiologie, mais du vitalisme tel qu'il peut être conçu à notre époque, du vitalisme non plus dogmatique et fondé sur de pures abstractions métaphysiques, mais le vitalisme expérimental et qui emprunte aux sciences physico-chimiques leurs procédés, leurs faits, leurs résultats, non pour se donner des maîtres, mais pour les soumettre au fait antérieur et supérieur, au fait primordial, la vie. Le chimiste ne se trompe pas sur la portée de la découverte de M. Cl. Bernard, aussi il résiste. Il sera vaincu.

Le mémoire lu par M. O. Henry fils sur une nouvelle méthode de recherches de l'iode et du brome, est un travail technique dont nous ne pourrions présenter l'analyse.

Amédée LATOUR.

THÉRAPEUTIQUE.

DES EFFETS DE LA BELLADONE SUR L'ÉCONOMIE ET EN PARTICULIER SUR L'APPAREIL DE LA VISION ; — DE LA NATURE DE SES PHÉNOMÈNES ET DES CONDITIONS DE LEUR MANIFESTATION ;

Par le dr ROUAULT, de Rennes, ex-médecin suppléant du P. Debreyne.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 26 Septembre.)

Dilatation et immobilité de la pupille. — Depuis Himly, presque tous les auteurs ont expliqué ce phénomène par la paralysie des fibres motrices de l'iris. Il n'y a, en effet, que cette explication qui nous paraisse physiologique. Il est vrai qu'on a discuté pour savoir si cette action de la belladone pouvait s'exercer localement ou par l'intermédiaire du cerveau. Mais nous traiterons plus loin cette question avec tous les développements qu'elle comporte ; ce qu'il nous importe de constater ici, c'est la nature de cette action. Or, puisque le mydriase atropique ne peut être qu'un phénomène de paralysie, il faut donc que sa cause soit de nature paralysante.

Troubles de la vue. — Si l'on veut se reporter à la description que nous avons donnée de ces troubles de la vision, qui peuvent aller jusqu'à la cécité absolue, on verra qu'elle offre la plus grande analogie avec les symptômes de l'affection que les ophthalmologistes ont désignée sous le nom d'amaurose par paralysie des nerfs ciliaires et de la rétine. C'est qu'en effet la belladone anesthésie la rétine, comme nous venons de la voir paralyser l'iris. Ces effets spéciaux ne se bornent pas toujours à ces deux organes ; on les voit quelquefois s'exercer jusque sur les muscles de l'œil. Himly dit qu'il peut survenir conjointement avec la dilatation de la pupille, une grande rigidité du globe oculaire, parce que les muscles de cet organe sont aussi paralysés. Réveillé-Parise a rapporté une observation où l'application d'un cataplasme de belladone sur l'œil a déterminé une paralysie du muscle releveur de la paupière supérieure. (*Archives gén. de méd.*, t. XIII, p. 611.)

Sécheresse de la bouche et de la gorge. — « Suivant le docteur Lusanna (UNION MÉDICALE, juillet 1851), ce phénomène est constant. Il paraît d'abord seulement nerveux, puisqu'on ne constate pas une sécheresse vraiment sensible de ces parties. Plus tard, cependant, elles deviennent arides. Cet effet semble tenir à la diminution de la sécrétion salivaire et correspondre spécialement à la *demi-paralysie du muscle du pharynx*, et nullement à une irritation gastrique dont il n'y a aucune trace. »

Dysphagie. — « C'est encore un phénomène immanquable, suivant le même auteur. Le malade, qui avait d'abord éprouvé de la sécheresse et de l'aridité vers la bouche et vers la gorge, sent que la déglutition devient peu à peu plus embarrassée. C'est en vain que le malade contracte les muscles volontaires du cou qui servent à la déglutition ; elle n'a pas lieu parce que les muscles constricteurs du pharynx restent presque dans l'immobilité. »

Le docteur Darluc, qui a expérimenté sur lui-même l'action de la belladonne, a constaté le même phénomène. « Il m'était impossible, dit-il, d'avaler des aliments solides, à cause de l'extrême sécheresse que j'éprouvais dans le gosier et surtout à cause du défaut de souplesse de cet organe, qui paraissait frappé d'une *atonie paralytique*. » (Bayle, *Biblioth. thérapeutique.*)

Embarras de la parole. — A mesure que l'action de la belladone devient plus tranchée, il se manifeste à un plus ou moins haut degré, un embarras, une certaine difficulté, une espèce de lenteur et d'incertitude dans l'articulation des mots. On va même jusqu'à observer une aphonie complète. M. Bouchardat cherche à expliquer ce fait par l'affaiblissement du centre nerveux législateur du langage articulé. Pour nous, ce phénomène est de même nature que le précédent et résulte de la paralysie des nerfs qui tiennent sous leur dépendance l'appareil vocal.

Torpeur et tremblements paralytiques. — « Quand on augmente les doses du médicament, dit encore le docteur Lusanna, et à mesure que l'économie se trouve sous le coup de l'intoxication solanée, les membres inférieurs s'engourdissent, s'affaiblissent, supportent mal le corps, ou seulement sont faibles ou vacillants. De temps en temps, il se montre quelques tremblements passagers dans tels ou tels muscles, mais pas de crampes ou de contractions spasmodiques et douloureuses. » Ces symptômes, qui ont été notés par tous les auteurs, ne sont-ils pas encore des phénomènes de paralysie générale.

Paralysie des sphincters du rectum et de la vessie. — Ce phénomène traduit le plus haut degré auquel puisse atteindre l'emploi médicamenteux de la belladone ou de l'atropine.

Anesthésie. — Dans plusieurs cas d'empoisonnement par l'atropine, M. Bouchardat a signalé, en même temps que l'abolition du mouvement, la perte totale de la sensibilité générale. Cependant, nous ferons remarquer que l'action anesthésique de la belladone est bien plus sensible par rapport aux douleurs auxquelles les malades sont en proie que par rapport aux impressions tactiles qui sont généralement conservées, mais seulement à un degré beaucoup moindre.

Dans une brochure fort intéressante sur le traitement du choléra par la belladone, M. Frédéric Le Clerc, médecin en chef de l'hôpital de Tours, confirme tout ce que nous venons d'écrire sur l'action paralysante de la belladone. Voici ce qu'il dit : « Atteint, vers le commencement d'août 1854, d'une douleur dont la nature m'est restée inconnue, j'eus l'idée de prendre 20 centigram. de poudre de racine fraîche de belladone et 20 centigrammes d'extrait en pilules, de 2 centigrammes chacune, dans l'espace d'une heure environ (cette dose était presque toxique) ; j'en éprouvai les effets suivants : refroidissement très marqué de la peau ; besoin incessant d'uriner, puis véritable paralysie de la vessie, qui ne s'est plus vidée que par regorgement ; évacuations alvines très fréquentes, peu à peu suivies d'un besoin continuel d'aller à la garderobe, sans pouvoir le satisfaire ; cinq à six minutes après l'ingestion de chaque pilule, rougeur prononcée à la face, accompagnée de transpiration et suivie d'un peu de calme et de sommeil pendant quelques instants. Après l'ingestion de 40 centigrammes, sensation de sécheresse extrême à la gorge ; altération de la voix ; véritable paralysie de la langue, à ce point qu'il m'était impossible de diriger mes paroles suivant ma volonté..... »

Ainsi, en résumé : paralysie de l'iris, paralysie de la rétine et de l'appareil moteur du globe oculaire, paralysie du larynx et des muscles de la déglutition, paralysie des sphincters de la vessie et du rectum, symptômes évidents de paralysie générale, diminution ou même abolition des facultés sensoriales et intellectuelles : tels sont les effets pathogéniques les plus tranchés de la belladone, effets qui sont tous de même nature, ainsi qu'il est aisé de le reconnaître quand on étudie avec soin les symptômes prédominants de l'intoxication solanée.

Les recherches que j'ai faites me portent aussi à croire que la mort causée par l'empoisonnement de la belladone est due à la paralysie du poumon. Ainsi, la respiration devient courte, précipitée, irrégulière, oppressive, anxieuse, stertoreuse, et les individus succombent (Trousseau). A l'autopsie, on trouve tous les caractères de l'asphyxie. « Suivant Giacomini, les cadavres des individus qui ont péri par l'empoisonnement de la belladone offrent la surface du corps bleu noirâtre, leurs tissus passent promptement à la putréfaction. Bien que quelques personnes aient cru y voir des traces d'inflammation, il est facile de reconnaître que ce ne sont que des engorgements de sang veineux. Les intestins sont distendus par des gaz et ne présentent ni inflammation, ni d'autre lésion matérielle. »

On nous objectera peut-être qu'indépendamment de ces phénomènes de paralysie, on observe quelquefois des phénomènes d'excitation, tels que du délire, de l'agitation, de la céphalalgie, etc., qui sembleraient indiquer, au contraire, une excitation de l'innervation générale.

Il nous sera facile de répondre à cette objection, qui est beaucoup plus spécieuse que solide. Il est évident que la belladone peut produire des phénomènes d'excitation ; mais il en est de même du chloroforme et de tous les anesthésiques. Il semble, en effet, que le système nerveux engage une lutte avec ces agents lorsqu'on vient à les introduire dans l'économie. De là tous les symptômes d'ataxie que nous venons de signaler ; mais il est évident que ces effets n'appartiennent ni à la belladone, ni au chloro-

forme, et qu'ils sont le résultat des efforts de l'organisme pour repousser et éliminer au dehors ces substances toxiques.

§ III. Du mode d'action de la belladone.

A présent, il nous reste à examiner si, comme l'ont prétendu certains auteurs, M. Rognetta et M. Ségalas, par exemple, la belladone ne peut manifester ses effets qu'après avoir été résorbée, ou bien, au contraire, si elle peut agir localement et sans influencer le cerveau.

Or, des faits nombreux démontrent de la manière la plus victorieuse la vérité de cette dernière proposition. Il y a, en effet, contre l'opinion émise par M. Ségalas, cette objection capitale, à savoir que si l'on instille la belladone, ou si l'on fait avec cette substance des onctions périorbitaires d'un seul côté et à dose modérée, on ne dilate que la pupille correspondante. Or, si les vaisseaux sanguins portaient le principe de la belladone dans le crâne, on ne voit pas pourquoi le transport aurait lieu d'un seul côté et non des deux. M. Gosselin s'est chargé de démontrer ce fait d'une manière plus rigoureuse encore, et par des expériences très ingénieuses qu'il a faites récemment sur des animaux, il est arrivé à prouver que la belladone exerce non seulement une action toute locale sur l'appareil oculaire, mais encore que son principe actif pénètre dans la chambre antérieure à travers la cornée, et se met ainsi en contact immédiat avec le tissu de l'iris.

Comme déduction physiologique de ses expériences, M. Gosselin établit que la dilatation pupillaire est produite par une action toute locale sur les fibres musculaires ou les fibrilles même de l'iris, et cette action est comparable, suivant le même auteur, à celle que d'autres narcotiques, l'opium et le chloroforme en particulier, exercent sur la sensibilité des parties douloureuses.

Les observations cliniques suivantes nous avaient déjà fait reconnaître que, pour manifester son action non seulement sur l'iris, mais encore sur toutes les parties de l'économie, la belladone avait besoin de se mettre en contact direct et immédiat avec les nerfs qui s'y distribuent.

C'est ainsi qu'il nous est arrivé quelquefois de faire cesser comme par enchantement des douleurs névralgiques à l'aide d'une seule friction faite *loco dolenti* avec la pommade de belladone. Le P. Debreyne fait usage de la même pommade, dans le cas indiqué, depuis près de quarante ans, avec un succès presque constant; mais une remarque pratique qu'il a signalée *(Thérapeutique appliquée*, 4me édit.), et que nous avons eu occasion de vérifier nous-même, c'est que cette pommade n'est véritablement utile et promptement efficace que dans les douleurs névralgiques tout à fait superficielles; dans les névralgies profondes des membres, telles que la sciatique, par exemple, son efficacité est bien moins évidente. M. le professeur Trousseau a fait aussi la même remarque : « Quand le nerf est situé superficiellement, dit-il, les applications de belladone sur la peau, revêtue de son épiderme, ont une efficacité incontestable. Nous avons vu plusieurs névralgies sus-orbitaires guéries dans l'espace d'une demi-heure par l'application de l'extrait de la belladone sur l'arcade sourcilière. Le même moyen, ajoute-t-il plus loin, échoue souvent quand le mal occupe le nerf maxillaire inférieur ou le sous-orbitaire, ce qui tient sans doute à la plus grande profondeur où les nerfs se trouvent placés. » *(Traité de thérapeutique*, etc.)

On sait aussi avec quelle rapidité on fait parfois cesser le rétrécissement spasmodique du col de la matrice, de la vessie, du sphincter de l'anus, etc., par des applications locales d'extrait de belladone.

Or, tous ces faits viennent confirmer la proposition que nous avions avancée, puisqu'ils nous font voir que les effets de la belladone sont d'autant plus prompts et plus certains, qu'on applique celle-ci sur une partie plus rapprochée du siége de la maladie.

Comme conclusion de tout ce qui précède, nous dirons :

1° Que la nature d'action de la belladone est essentiellement paralysante, et que ses effets semblent porter plus spécialement sur les nerfs moteurs que sur les nerfs sensitifs.

2° Que son mode d'action est mixte, c'est-à-dire : 1° qu'elle peut agir localement et sans influencer le cerveau; 2° que, portée dans le torrent de la circulation, elle agit d'une part sur le cerveau, et d'autre part sur les organes dans lesquels elle est portée avec le sang.

3° Qu'une condition qui paraît indispensable pour qu'elle puisse manifester son action, c'est que son principe actif se trouve en contact immédiat avec la fibre nerveuse des organes.

Dans un autre article, nous ferons voir que toutes les conditions thérapeutiques de la belladone, ainsi que son meilleur mode d'administration, reposent sur ces principes généraux dont la connaissance doit nous servir de guide pour nous conduire dans le sentier souvent obscur et difficile de la pratique.

CHIRURGIE.

ÉTUDES SUR LES AMPUTATIONS FAITES AU MOYEN DES CAUSTIQUES DANS CERTAINS ACCIDENTS CONSÉCUTIFS AUX LÉSIONS TRAUMATIQUES DES MEMBRES (1);

Par MM. Salmon et Maunoury, chirurgiens de l'hôpital de Chartres.

§ III. — Historique de l'emploi de la cautérisation dans les amputations des membres.

En présence des deux faits que nous venons de rapporter, quelques chirurgiens nous ont accusés déjà peut-être de vouloir, par des tentatives de cette nature, faire rétrograder la marche de la chirurgie; d'autres sont peut-être disposés à nous appliquer cette phrase du bienveillant Marjolin : « Quelques chirurgiens peu habitués aux grandes opérations, accordent une préférence presque absolue aux caustiques; » d'autres enfin, traduisant plus sévèrement la phrase précédente, supposent peut-être que si les chirurgiens de province tendent à généraliser l'emploi des caustiques, c'est par oubli de certaines conditions anatomiques des parties au milieu desquelles ils opèrent.

Quoi qu'il en soit de ces sentiments, nous allons, sans nous arrêter à y répondre, transporter le lecteur à travers les différents âges de la pratique chirurgicale et rechercher : 1° de quelle manière la cautérisation était employée pour les amputations dans les cas de gangrène; 2° si, dans les cas de phlegmon diffus des membres nécessitant l'amputation, l'opération pratiquée avec les caustiques ne donnerait pas de meilleurs résultats que le bistouri; et si la cautérisation, dédaignée du plus grand nombre des chirurgiens de notre époque, ne compte pas cependant en sa faveur des voix importantes et amies.

A. *De l'importance de la cautérisation comme moyen d'amputation dans les cas de gangrène.* — On ne sait pas assez que les chirurgiens des temps éloignés de nous ne pratiquaient que très rarement des amputations dans les maladies chroniques, et on croit trop qu'ils opéraient avec des couteaux chauffés à blanc. On a appliqué ici, à une époque et fort à contre-sens, ce qui n'est tout simplement que la tentative de quelques chirurgiens isolés.

C'était ordinairement pour les cas de gangrène que les chirurgiens d'une époque encore peu éloignée de nous pratiquaient des amputations; ils avaient pour combattre les maladies chroniques des os, des articulations, etc., etc., un assemblage de moyens chirurgicaux si complet, que la lumière se faisant dans ce chaos, l'écrivain, assez heureux pour la faire jaillir, n'aura pas à se justifier de rétrograder. Le premier auteur dans lequel on trouve décrit avec détail un procédé véritable d'amputation des membres, Celse, en parle uniquement au milieu d'un chapitre sur la gangrène (lib. 7, cap. XXXIII), et non à propos de la carie (lib. 8, cap. I). Le huitième chapitre, traité VI, doct. 1, où Guy de Chauliac traite de l'amputation, contient seulement comme indications de cette opération : 1° les cas de doigt ou orteil superflu; 2° les cas de membre mortifié. C'est au dixième livre, chap. XI de ses *Œuvres complètes*, que A. Paré parle de gangrène et complète mortification, et c'est immédiatement après avoir indiqué, chap. XII, XIII, XIV jusqu'à XIX, les causes, les signes, la cure générale ou particulière de cette affection, qu'il consacre les chap. XX, XXI et suivants, au lieu où il faut commencer l'amputation, au moyen de procéder à la section du membre, etc. La même observation s'applique à Pigray (lib 1, cap. IX), à Garengeot (tome III, chap. IX, art. 2, 3), à Ledran, à Dionis (neuvième démonstration), pour ne parler que des écrivains principaux de ces époques.

Pour cette raison, il n'y a pas lieu, suivant nous, de s'étonner, comme on l'a écrit, que la ligature indiquée par Celse ait été négligée dans la pratique chirurgicale, ni que, remise en honneur par Paré, elle ait été ensuite presque abandonnée. « Le cautère l'emporte encore, et Dionis est obligé de plaider la cause de la ligature. » (Vidal). Il y avait à cette persistance, « dans une pratique barbare » (Velpeau) ces motifs indiqués par Pigray, auquel cependant la ligature plaît si fort, *ligandi genus valdè multùm placet* : 1° qu'un certain nombre de chirurgiens coupant au sein des parties mortifiées, il n'y avait pas lieu d'employer la ligature des vaisseaux; 2° qu'en opérant sur la limite des parties saines, on pouvait rencontrer un état morbide de la partie supérieure du membre, auquel cas le cautère actuel était préférable pour combattre la gangrène; 3° enfin que les artères étaient souvent difficiles à saisir (ne l'observe-t-on pas de nos jours?) et surtout à séparer des nerfs, ce qui rendait la ligature dangereuse.

Quelle était donc alors la méthode d'amputation des membres dans la gangrène? Une opinion bien précise domine, à cet égard, toute la pratique chirurgicale, c'est de n'enlever que la plus petite portion possible du membre malade. C'était donc dans le lieu affecté que se faisait l'amputation; mais ici, quatre procédés sont en présence :

1° L'un qui consiste à amputer sur la limite des parties malades et des parties saines;

2° L'autre qui indique d'opérer au-dessous de cette limite, dans les parties gangrénées;

3° Le troisième qui conseille l'opération à trois ou quatre travers de doigt au-dessus de la limite du mal, dans les chairs vivantes;

4° Le quatrième qui engage le chirurgien à attendre patiemment la délimitation du sphacèle et la chute de l'escarrhe, sans autre intervention manuelle que des scarifications avec emploi de substances caustiques, arsenic sublimé, etc., etc., enfoncées au sein des parties mortifiées.

Celse a le premier indiqué de couper sur la limite des parties saines et des parties malades, « *inter sanam vitiatamque partem*, » et même plutôt dans les parties saines, « *et potiùs ex sanâ aliquid excidatur.* » Mais cette pratique n'était pas, à ce qu'il paraît, suivie de résultats bien avantageux, puisqu'il dit que la mort avait souvent lieu « *vel profusione sanguinis, vel animæ defectione.* » Pour obvier à l'un de ces dangers, Galien (cit. de Tagault) enlevait tout ce qui est pourri jusqu'à la partie saine, et ensuite brûlait avec un fer chaud la partie qui est comme une racine conjointe à la saine, et l'effusion du sang était, par ce moyen, soudainement arrêtée (*Ad glauconem*, lib. 2). Paul, qui conseille de faire la section le plus près possible des parties saines « *quàm proximè sanæ parti*, » n'en convient pas moins que Léonides fait plus sagement de n'inciser les parties que lorsqu'elles seront complétement sphacélées « *nisi ex totâ putredine contabuerint* » et de les cautériser ensuite.

De Paul aux Arabes et aux Arabistes, il n'y a rien de particulier à signaler; et c'est à tort que, d'après la version de Sprengel, des auteurs contemporains ont attribué à Albucasis ou Abu'lkasem la pratique de l'amputation avec un couteau rougi au feu (1). C'est de même une erreur d'attribuer à Théodore et à Henric la pensée d'amputer avec les caustiques, parce que Gui de Chauliac dit à propos de la gangrène : « Cautérise et sépare le corrompu du sain avec cautère actuel ou avec médicaments caustiques; le meilleur et le plus assuré pour cela est, selon Théodore, Henric et moi, l'arsenic sublimé, etc. (2). »

Il appartient en réalité à Gui de Chauliac d'avoir posé bien nettement le mode d'amputation des membres par la cautérisation; il s'exprime ainsi, après avoir rappelé les procédés que nous avons indiqués plus haut : « Quant à moi, en telle mortification du membre, ayant coupé chemin aux progrès de la corruption, avec scarifications et arsenic, et, mettant sur la partie saine, défensif de bol arménien et autres opportuns, j'enveloppe tout le membre mortifié, avec le sparadrap ci-dessus décrit, de plusieurs plis et le bande et le prépare à sa mode, ainsi qu'il sera dit des corps morts qu'on veut garder, et je le retiens de cette sorte jusques à tant que la jointure soit fondue et que le membre chée de soi-même. (Trait. VI, doct. 1, chap. VIII.)

Après Gui de Chauliac, il faut arriver à Jean de Vigo, tout imbu cependant des idées d'Avicenne et d'Albucasis, et à Fallope pour retrouver l'indication de l'emploi de la cautérisation dans les chairs frappées de gangrène; mais combien est grande la différence du manuel opératoire qui sépare les deux chirurgiens : tandis que Jean de Vigo ne paraît, en effet, qu'imiter la pratique de Léonides, en incisant les chairs mortifiées et les cautérisant ensuite, Fallope blâme nettement la maxime de Celse et de ceux qui l'ont suivi pour proposer l'incision des chairs malades avec le cautère actuel (3). « Moi, dit-il, voici comment je procède : je considère d'abord quelle est la force du malade, car le mode d'amputation n'est pas le même pour tous; jamais, quand le malade est faible, il ne faut opérer par incision. » Puis, après avoir indiqué les préliminaires de l'opération, il continue : « Liez alors le membre au-dessous des limites de la gangrène; puis remontez à quatre travers de doigt, jusqu'à la partie saine; enfin qu'on place *un rasoir au feu*, avec manche de fer et un autre de bois, pour ne pas se brûler la main; c'est avec ce rasoir que la chair doit être coupée jusqu'à l'os, à un doigt des parties saines..... L'utilité de ce rasoir fait double office de cautériser et d'inciser, etc., etc. »

Au milieu de ces tentatives isolées, la méthode Celse recevait tout à coup un appui considérable dans la découverte de la ligature par Paré; d'un autre côté, Fabrice de Hilden déclarait dangereuse et absurde la doctrine qui conseille d'amputer le membre sphacélé dans les chairs mortes; quant à la cautérisation, il en avait fait usage dans sa jeunesse et pratiqué l'amputation du membre avec un couteau rougi au feu; un succès complet avait couronné cette opération, que nous allons sommairement transcrire :

Lettre à Paul d'Offrède, 4 février 1614. (Obs. ext.) :

« Il y a trois mois, un fils d'Urbain Vuadans fut affecté de dysenterie : la maladie fut très grave, contagieuse et maligne, car la mère et ses deux fils tombèrent en même temps malades; la mère est morte et le fils aîné s'est peu à peu rétabli; mais chez le second, après que le flux dysentérique eut cessé, et alors que chacun espérait son rétablissement complet et s'occupait seulement à relever les forces du malade, voilà que tout à coup apparaissent des symptômes nouveaux et très graves; une douleur aiguë envahit brusquement le talon droit et bientôt après la jambe en peu de jours; le sphacèle a frappé de mort le pied, puis la jambe jusqu'au genou; là, le mal dégénère en un ulcère sordide; chairs et ligaments sont détruits, os du genou et rotule sont presque séparés : Dans cet état, comme il ne restait de ressource que l'amputation, je fus consulté, et, en présence de Jacob Goulard, ministre du Verbe divin et de beaucoup d'autres, j'amputai le membre à la cuisse; l'opération fut longue et laborieuse, car, par crainte d'hémorrhagie, au lieu de me servir d'un rasoir, comme chez les individus pléthoriques et robustes, j'employai un cautère actuel fabriqué en forme de couteau. Par le bénéfice de ce couteau, je coupai les chairs et empêchai l'écoulement de sang; puis la chair incisée, je détachai l'os avec la scie. Les jours suivants, l'os faisait saillie de deux travers de doigt au-delà du niveau des chairs. Lorsque plus tard je suis revenu dans le pays, j'y retrouvai ce malade dont je croyais le corps rendu à la terre et l'âme à Dieu. L'os était encore proéminent et je pensai à l'exciser; lorsque le jour suivant, tout étant préparé, je voulus le réséquer avec la scie, je reconnus avec grand plaisir qu'il était déjà séparé par le travail de la nature; je changeai en conséquence d'avis et ne voulus pas tourmenter l'enfant davantage. Quatre jours après, je retirai sans douleur et sans faire couler une goutte de sang, un os dont j'ai fait dessiner la longueur et la forme. (Sur ce dessin, la longueur de l'esquille n'est pas moindre de 15 centimètres; 5 centimètres environ dépassaient le niveau des chairs et 10 centimètres enfoncés dans les chairs avaient

(1) Suite. — Voir les numéros des 13 et 16 Septembre 1856.

(1) M. Verneuil, dans un article récent de la *Gazette hebdomadaire*, parle des imperfections, lacunes et erreurs de la littérature médicale; qu'il nous permette de lui signaler un paragraphe nouveau à ajouter à ce travail, à propos des amputations par le couteau rougi au feu : Abulkasem, dit Sprengel, recommanda même de faire l'incision des parties molles avec un couteau rougi au feu et d'avoir ensuite recours au baume de soufre pour déterminer la chute de l'escarrhe (lib. 1, cap. LII, page 99). Or, cherchez au chap. et liv. indiqués, et vous y verrez qu'il ne s'agit pas de l'amputation des membres ni de couteaux rougis au feu, mais seulement de cautères petits ou grands pouvant convenir au lieu où est la gangrène. Le lib. 2, sect. 87, page 421, traite seul de l'amputation; et comme procédé, il indique une ligature au-dessus et au-dessous du lieu où l'on veut amputer, l'incision avec le couteau entre les deux ligatures et la section de l'os avec la scie.

(2) Il ne s'agit encore ici que du traitement particulier de la gangrène et non de l'amputation.

(3) Ce serait donc à Fallope et non à Albucasis qu'il faudrait attribuer la première amputation par des couteaux rougis au feu.

été frappés de mort.) Fabrice de Hilden, *Obs. et curat. chir. centuriæ*, tome II, cent. 4, obs. XCI, p. 176 (1).

Il n'en était pas de même en Italie. Soit ignorance du procédé de ligature d'A. Paré, soit timidité du chirurgien, soit encore considération des résultats favorables donnés par la cautérisation dans la gangrène, la pratique de Jean de Vigo y était reproduite par Fabrice d'Aquapendente, pour prendre désormais dans l'histoire de l'art le nom de ce chirurgien. « Étant encore jeune et assistant aux extirpations que d'autres faisaient, en retranchant plutôt quelque peu de la partie vive que de rien laisser de celle qui est morte (méthode de Celse), il avait quelquefois vu des patients rendre l'esprit pendant qu'on les mutilait. » (Page 813.) « C'est pourquoi, considérant de près tous ces inconvénients, je me suis avisé, dit-il, de procéder d'une méthode tout autre, laquelle m'a toujours heureusement réussi jusqu'à présent..... Il n'en arrivera ni douleur ni hémorrhagie; et toutefois, on résiste suffisamment à la corruption de la partie sphacélée. Or, voici comme je fais : je coupe jusqu'à l'os la partie sphacélée non au vif, je laisse attacher à icelle un travers de doigt ou environ de ce qui est corrompu, puis je scie l'os et emporte le membre tout entier. » Pas d'hémorrhagie. « Mais afin que ladite corruption que j'ai laissée ne vienne à gagner autour de soi, j'emploie le cautère actuel, jusqu'à ce que le patient sente quelque douleur. » (Page 156.)

C'est désormais entre la méthode de Celse, dite alors aussi méthode de Fabrice de Hilden, et celle de Fabrice d'Aquapendente, que vont se partager les opinions diverses des chirurgiens; toutefois, il faut dire que le plus grand nombre se décidera en faveur de la première, et que, dans les livres de chirurgie jusqu'à nos jours, on ne parlera de l'opération d'Aquapendente que pour la blâmer; Dionis dira d'elle : « Il n'y a point de chirurgien assez hardi pour conseiller de la mettre en pratique. » Cependant quelques résultats favorables apparaissent encore çà et là. « Me fondant sur une heureuse expérience, dit Scultet, je conclus que le mode d'opération dû à Fabrice d'Aquapendente doit être préféré à l'opération des anciens qui tranchent dans le vif, et qui est vantée par Fabrice de Hilden. » Que le chirurgien touche alors matin et soir avec des fers incandescents la partie mortifiée, les humeurs putrides s'éloignent et le sphacèle disparaît.

(Obs.). Dans un cas désespéré de fracture des deux os de la jambe, dans lequel l'hémorrhagie avait produit la syncope et débilité profondément le malade, il avait vu Pierre de Marchetti, de Padoue, ne pas vouloir pratiquer l'amputation de la jambe par incision; mais ce chirurgien étant parvenu, par l'emploi souvent répété de la cautérisation avec le feu et l'usage de médicaments internes, à relever les forces du malade, il coupa enfin avec le couteau tout autour de la partie morte à l'insu du patient, la sépara et consuma le reste avec le fer rouge (pansement avec l'onguent ægyptiac simple pour hâter l'élimination de l'escarrhe). A la chute de celle-ci, saillie des os dans l'étendue de quatre travers de doigt, due à la rétraction des muscles; enfin, séparation des os malades, deux mois après. (*Armentarium*, p. 143, Scultet.)

Au dire de Monteggia, Lamotte, dans un cas de gangrène près l'articulation du bras, amputa sur le mort et obtint la guérison. D'après le même auteur, la pratique de la cautérisation des parties sphacélées serait aussi celle de Boerrhave et de Vanswieten; Bilguer et Kirkland conseillent de même d'amputer avant que la gangrène soit limitée au lieu même de la fracture; car les parties étant à moitié détruites, il ne reste presque plus à opérer.

(Obs.). Un homme observé par Kirkland se fracture l'avant-bras, les extrémités sortent à travers les chairs; après cinq ou six jours, le membre semble gangréné jusqu'à l'épaule; on pratique l'amputation du bras, aussi près que possible de l'article, et l'on cautérise le moignon qui était frappé de mort jusqu'à l'acromion. Le jour suivant, la gangrène a atteint l'extrémité inférieure de l'omoplate; on applique alors un peu de la solution de mercure dans l'acide nitrique au moyen d'une sonde, le long des bords des parties malades, et depuis ce moment, la gangrène ne fit plus de progrès; on répéta cette cautérisation pendant dix-sept ou dix-huit jours; les escarrhes et même l'omoplate furent détachés et le malade se rétablit. (Obs. citée par Samuel Cooper, tome I, page 537.)

Nous n'avons trouvé nulle part, parmi les chirurgiens de notre époque, de traces de la pratique de la cautérisation comparable à celle que nous venons de rapporter. Nous savons bien que Larrey vantait contre la gangrène le cautère actuel, mais il amputait au lieu d'élection, sans cautériser ensuite. Nous savons bien aussi que de nos jours M. le professeur Jobert a remis en honneur cette pratique du feu, mais dans les mêmes limites que Larrey (*Bulletin de thérapeutique*, 1848). D'un autre côté, M. Guersant fils dit, en parlant du cautère actuel, pour limiter la gangrène : « Je ne connais pas de meilleur moyen. » Enfin Marjolin accepte bien que, dans les cas de faiblesse générale, on puisse retrancher seulement les chairs gangrénées; mais, dans toute autre circonstance, il repousse l'amputation dans les parties mortes, « pour éviter à la nature le travail pénible de la séparation d'une escarrhe large et irrégulière. » (*Dict. en 21 vol.*). Monteggia est le seul (*Istituzioni chirurgiche*) qui convienne de l'utilité d'opérer quelquefois comme Fabrice d'Aquapendente; il dit nettement : « On ne peut nier que cette brûlure ne soit capable de détruire le contagium, et il ne serait pas éloigné de croire que cette méthode, qui a réussi à Fabrice, dût avoir un résultat heureux. » (Tome V, page 266.) « En opérant sur la partie morte, on rendait le moignon plus accessible aux remèdes. » (Tome I, page 109.) D'ailleurs, « la tentative ne paraîtrait elle-même ni bien périlleuse, ni bien douloureuse. » (Tome V.)

Il est vrai que, dans cette période que nous étudions, une pratique nouvelle analogue à celle de Guy de Chauliac, moins la cautérisation, paraît compter en sa faveur des chirurgiens éminents. Cette pratique, qui est celle de l'expectation, doit être indiquée ici, pour être comparée à la cautérisation potentielle que nous proposons. Les observations que nous connaissons à ce sujet émanent de sources très diverses : Pigray a observé très souvent la séparation naturelle des membres frappés de sphacèle; Louis, dans l'amputation singulière qu'il rapporte chez une fille de 37 ans, aurait certainement observé le même phénomène, s'il en eût attendu patiemment le résultat naturel (deuxième mémoire). Brasdor (Académie de chir.) parle d'un cas d'amputation naturelle observé à l'hôpital de Dijon; il fait aussi mention de l'état d'une fille chez laquelle la jambe s'était séparée naturellement de la cuisse dans le genou (obs. de Guignoux, médecin à Valence en Agenois). Richerand observa la même séparation naturelle chez un enfant de 13 à 14 ans. « Rien, dit A. Cooper, ne paraît plus extraordinaire à mon esprit que le pouvoir de la nature de séparer des parties même étendues des membres, sans danger d'hémorrhagie, et même sans le plus petit péril pour la vie.... Si le chirurgien veut bien attendre un peu de temps et si le patient y est aussi disposé, vous verrez que les parties se sépareront aussi bien sans opération qu'avec elle. Il y en a un exemple, au moment où je vous parle, dans l'autre hôpital. » (*Lectures on the principles and practice of surgery*, 1839, p. 104 et 117.) Chelius et Heim ont aussi observé des faits analogues; les auteurs du *Compendium de chirurgie* ont même réuni un certain nombre de ces observations; sur 19 cas, dont 16 appartiennent à M. Victor François et 3 aux auteurs, ils notent 8 fois amputations, 5 morts, 3 guérisons; 11 fois malades abandonnés à eux-mêmes, 1 mort, 10 guérisons. Enfin, pendant l'année 1855, M. Ladureau, et M. Baudens surtout, ont établi en doctrine, dans les cas de gangrène par congélation : 1° que le chirurgien doit s'abstenir et réserver exclusivement aux efforts réparateurs de la nature le soin d'éliminer les parties mortes par suite de congélation; 2° que la nature trace le cercle de démarcation entre le mort et le vif bien mieux que la main du chirurgien et au prix de moins grands sacrifices. (Baudens, *Académie des sciences*, 30 avril 1855.)

(La fin prochainement.)

(1) Louis, qui résume cette observation dans son premier mémoire sur les amputations (Académie de chirurgie), ne juge pas à propos de dire que l'amputation fut faite avec un couteau rougi au feu.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 30 Septembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. le docteur Gaudet, médecin-inspecteur des bains de mer de Dieppe, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854. (Com. des eaux minérales.)

— Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements du Var, du Nord et des Côtes-du-Nord. (Com. de vaccine.)

La correspondance non officielle comprend :

Une lettre de M. Delfraysse, sur un moyen prophylactique de la péripneumonie épizootique du gros bétail. (Comm. MM. Renault et Leblanc.)

— Une lettre de M. le docteur Barbaste, de Romans, qui sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie.

— Une lettre de M. Gaudix, qui informe l'Académie qu'il a réuni plusieurs séries d'animaux, afin de constater la puissance nutritive de son lait artificiel ou lait de bouillon. (Commission nommée, M. Boudet rapporteur.)

— Un mémoire de M. Guillaume Delenda, intitulé : *Recherches théologiques et médicales sur les scrupules ou alliance de la théologie et de la médecine.* (Com. M. Guéneau de Mussy.)

Recherches sur les maladies de l'armée d'Orient pendant l'hiver de 1854 à 1855.

M. le docteur Tholozan, professeur agrégé à l'École militaire du Val-de-Grâce, lit sous ce titre un mémoire dont nous publions une analyse détaillée :

Les résultats énoncés par l'auteur de ce travail ont été recueillis à Constantinople dans le principal hôpital de l'armée pendant les mois de décembre 1854, janvier, février et mars 1855. M. Tholozan a examiné et traité pendant le premier hiver que l'armée a passé sous Sébastopol, 1,200 malades qui ont donné lieu à 290 décès. Les affections qui causèrent cette mortalité considérable sont le choléra, la dysenterie, le scorbut et le typhus.

Le choléra, influence morbide accidentelle, se faisait sentir sur les armées par suite de la constitution médicale qui régnait à cette époque sur l'Europe occidentale. Le choléra, dit l'auteur, se montre souvent aux armées dès que la constitution épidémique ou endémique prête à son développement. Ce qu'on a vu à ce sujet dans l'Inde, en Russie, en Pologne, en Algérie s'est répété en Orient avec des caractères parfaitement identiques. Il en est autrement de la dysenterie, du scorbut, du typhus. Ces maladies naissent aux armées, dans les garnisons nombreuses, dans les camps, dans les villes assiégées; elles remplacent dans ces circonstances les formes morbides qui se montrent en temps de paix, dans les conditions ordinaires de la vie militaire.

Les trois types pathologiques ont été peu étudiés à notre époque, les occasions de les observer ayant heureusement fait défaut depuis les guerres du commencement de ce siècle. Telles que nous les connaissons, ces maladies forment des groupes morbides totalement distincts les uns des autres. Quand elles viennent à se combiner, à se compliquer l'une l'autre, et quelquefois toutes trois à la fois, pour former, comme cela a été observé si souvent aux armées, des maladies composées, des espèces mixtes, l'étude de ces affections devient plus difficile. Alors les scorbutiques délirent comme dans le typhus, ou bien ils succombent au flux dysentérique; les sujets atteints de typhus ont la dysenterie et deviennent scorbutiques. Le plus souvent, dans ce mélange d'influences morbides diverses, il y a de telles anomalies, que les signes propres à l'une des entités morbides disparaissent et sont remplacés par des signes d'une importance moindre. Ainsi, dans le typhus, l'éruption caractéristique si bien décrite par W. Jenner n'apparaît pas quand cette affection se complique de dysenterie; la fièvre continue qui la caractérise disparaît aussi, le délire persiste quelquefois très intense, d'autres fois les malades n'ont que la céphalalgie, les vertiges, les bourdonnements d'oreille, l'insomnie, sans chaleur fébrile. Cette dysenterie est une de celles qui sont éminemment contagieuses et qui engendreat le typhus. Ainsi, dans le scorbut compliqué de dysenterie, l'altération des gencives manque, les infiltrations sanguines n'existent pas, les douleurs scorbutiques, dont les caractères sont généralement peu connus, l'anémie des gencives, la teinte terreuse de la peau, sont les seuls symptômes auxquels on peut reconnaître la cachexie scorbutique. D'autres fois, la fièvre et les autres symptômes du typhus s'arrêtent brusquement, et l'on voit apparaître le scorbut dans sa forme la plus grave, c'est un exemple de mutation d'une maladie en une autre; l'observateur qui n'est pas prévenu de ces phénomènes, croit encore avoir affaire au typhus. Plus souvent, le scorbut et le typhus se combinent, alors il y a de la fièvre, l'œdème de la face, une coloration sub-ictérique de la peau, un délire plus intense et plus persistant que dans le typhus ordinaire, des gangrènes graves de la bouche et des extrémités; ces symptômes qui se surajoutent, ces états mixtes, ont besoin, pour être interprétés, de toutes les lumières de la pathologie et de l'analyse clinique. A défaut de règles ou de données convenues sur cette question, l'auteur a cherché, en prenant à part les cas simples de scorbut, de dysenterie, de typhus, à démêler les cas complexes. Il est arrivé ainsi, par l'analyse d'un grand nombre d'observations, à cette opinion, que les maladies observées à Constantinople à la fin de 1854 et au commencement de 1855, étaient des maladies complexes, dans lesquelles le scorbut, le typhus, la dysenterie avaient chacun leur part et où venait s'ajouter encore l'influence cholérique.

Si l'on se reporte maintenant, dit l'auteur, aux conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvait forcément l'armée à cette époque : alimentation de qualité inférieure, vêtement insuffisant, habitation sous la tente, pluie, neige, froid rigoureux, veilles et fatigues excessives des travaux de siége, on verra qu'il faut ajouter encore aux influences morbides indiquées l'influence de ces circonstances hygiéniques si défavorables.

Les matériaux nombreux rassemblés dans ces circonstances se prêtent difficilement à un compte-rendu succint. M. Tholozan ne présente à l'Académie que les résultats nécroscopiques qu'il a obtenus. La plupart des faits qu'il énonce à ce sujet sont à peine connus, ils ont trait à la pathologie des armées pendant les campagnes d'hiver.

Sur 79 autopsies, on a noté 47 fois des altérations du cerveau ou de ses membranes, 15 fois l'œdème de la pie-mère, 10 fois l'anémie, 1 fois l'hyperémie, 2 fois l'apoplexie capillaire du cerveau. En outre, la pulpe cérébrale elle-même offrit 33 fois des lésions; 6 fois le ramollissement prononcé et généralisé; 9 fois l'induration prononcée; 10 fois le ramollissement péri-ventriculaire avec hydropisie ventriculaire; 2 fois l'induration des ventricules à leur hydropisie; à fois l'hydropisie ventriculaire sans ramollissement ni induration; 1 fois le ramollissement des parois du quatrième ventricule; 1 fois un abcès du cerveau. Ces différentes lésions étaient souvent unies les unes aux autres; ainsi l'œdème de la pie-mère et l'anémie du cerveau s'observaient le plus souvent avec l'augmentation du liquide ventriculaire.

De prime-abord, on pourrait croire que le typhus qui s'accompagne toujours de perversion dans les fonctions du système nerveux, est une des causes déterminantes des lésions cérébrales; mais il ressort des observations cliniques recueillies que, dans plusieurs cas dans lesquels les altérations de la pulpe cérébrale étaient très prononcées, il n'y avait eu ni délire ni coma. C'étaient des hommes tourmentés depuis longtemps par des diarrhées rebelles, amaigris, considérablement affaiblis. D'autres hommes dans ces mêmes conditions déplorables, ayant délire et étant morts dans le coma, présentaient des altérations semblables du cerveau. Enfin une troisième catégorie de cas a fait voir des malades dont l'affection n'a pas duré longtemps, qui ont conservé leur musculature, qui ont eu la céphalalgie, la stupeur, le délire, le coma, et chez lesquels on n'a pas rencontré d'altérations de la substance cérébrale. On peut conclure de ces faits que les altérations les plus fréquentes et les plus graves du cerveau dont il vient d'être question, l'accumulation de sérosité dans les ventricules, avec ramollissement, et souvent destruction d'une partie des parois ventriculaires, ou bien l'induration de ces parois, l'anémie du cerveau, le ramollissement ou l'induration de la substance cérébrale, ne relèvent point du typhus considéré comme une maladie fébrile spécifique, à marche aiguë et déterminée.

L'anémie a paru être la condition primordiale, sinon essentielle, du ramollissement du cerveau; elle portait sur les deux substances, mais principalement sur la substance blanche. La dilatation des ventricules portait généralement sur le quatrième et sur les latéraux. Dans quelques cas, elle a été considérable; ainsi il est arrivé souvent de trouver le quatrième ventricule doublé de capacité, ainsi que les ventricules latéraux.

Le ramollissement, ainsi que l'induration, étaient généralement plus prononcés dans les parois des ventricules. Le ramollissement de la substance blanche péri-ventriculaire était quelquefois tel, qu'on détachait facilement avec les pinces ou le manche du scalpel de larges lambeaux de la membrane ventriculaire; quelquefois le trigône était tellement ramolli, que ses fibres nageaient dans le liquide ventriculaire, et que le cinquième ventricule était détruit. Souvent les parois du quatrième ventricule, et surtout la paroi antérieure, jusqu'au bec du calamus, présentaient un ramollissement gélatiniforme à plus d'un millimètre de profondeur.

L'induration des parois des ventricules latéraux et du quatrième ventricule a été rencontrée fréquemment. La surface ventriculaire était dure, résistante, présentant quelquefois un aspect granuleux. Le quatrième ventricule a présenté plus souvent l'induration que les ventricules latéraux; par contre, l'induration péri-ventriculaire était plus étendue autour des ventricules latéraux dans l'épaisseur de la substance médullaire. Plusieurs fois la substance blanche a présenté une consistance et une ténacité remarquables, qui la faisaient comparer à celle des cerveaux durcis dans l'acide nitrique.

L'auteur range ces diverses altérations sous la dénomination générale de « vices de nutrition, » voulant indiquer par là, qu'elles s'éloignent complétement des inflammations.

Le *cœur* a présenté 69 fois des altérations anatomiques qui méritent d'être notées. Les unes (péricardite, hydropéricarde, endocardite, etc.), à chiffre de fréquence très réduit, n'ont pas de rapport précis avec les maladies observées, elles sont l'expression d'accidents morbides exceptionnels survenus chez quelques sujets. — Il en est autrement des lésions

suivantes : le cœur avait un volume notablement réduit 26 fois, le tissu musculaire du cœur était décoloré et blanchâtre 23 fois, jaunâtre 8 fois ; 18 fois l'atrophie coïncidait avec la décoloration. Les nombreuses pesées et mensurations du cœur faites en Orient par M. Tholozan, lui ont démontré que, dans les cas graves et chroniques dont il est ici question, le cœur est souvent diminué de volume et de force, et que ses fibres musculaires ont subi une décoloration, indice d'une modification dans la nutrition.

Le foie, à côté de quelques lésions à noter dans les cas particuliers (cirrhose, calculs, abcès), a présenté des altérations qui, par leur chiffre de fréquence et leur coïncidence avec des lésions graves du cerveau et du cœur, ont une importance majeure. 29 fois sur 79 autopsies on a noté une réduction notable du volume de cet organe. 27 pesées du foie ont donné pour poids moyen 1,655 grammes, le maximum était 2,580, et le minimum 810 grammes. 4 fois la pesée ne donna pas 1,100 grammes, 12 fois elle n'atteignit pas 1,300 grammes. Dans les pesées qui donnèrent le poids minimum, la réduction du volume du foie était si grande, qu'il était impossible de n'en pas faire la remarque. Cette atrophie, sans changement notable dans la forme de l'organe, portait sur tous les diamètres, mais principalement sur le lobe gauche et sur le bord tranchant.

Les reins ont présenté 48 fois des lésions dans les 79 autopsies analysées. Les altérations principales ont été 14 fois la diminution notable du volume et du poids de ces organes, 11 fois leur hypérémie, 6 fois l'état jaunâtre avec épaississement de la substance corticale, 2 fois le développement de cette substance unie à son infiltration purulente, 3 fois l'augmentation de volume uni au ramollissement, 2 fois l'hypertrophie simple de la substance corticale, 5 fois la décoloration unie à la friabilité, 2 fois la dégénérescence granuleuse.

Les poumons ont montré 21 fois des lésions, 5 fois la tuberculisation, 3 fois la pleurésie, 1 fois l'œdème, 2 fois la cornification, 5 fois l'hépatisation rouge, 4 fois l'hépatisation grise, 1 fois la gangrène. Parmi les 9 cas d'hépatisation, il y en a 5 dans lesquels la lésion pulmonaire a été dominée pendant la vie par des symptômes généraux étrangers à la pneumonie.

Les altérations de la muqueuse gastro-intestinale les plus fréquentes de toutes les lésions, sont en même temps celles qui méritent le plus de fixer l'attention au point de vue du début de la maladie. 7 à 800 malades, sur les 1,200 examinés, avaient eu de la diarrhée avant le début des accidents morbides qui les conduisirent dans les hôpitaux. Dans un tiers de ces cas, les selles avaient été sanguinolentes. Près de 1,100 malades sur 1,200 eurent plus ou moins de diarrhée au début ou dans le cours de la maladie. Les autopsies pratiquées traduisent ces symptômes en résultats anatomiques importants à relever. Les 79 autopsies donnent 65 fois des altérations des gros intestins, 42 fois des lésions de l'intestin grêle, 38 fois des lésions de l'estomac. Ici, l'auteur fait l'énumération de chacune de ces lésions, et en donne l'interprétation.

La muqueuse de la vessie, qu'on trouve rarement altérée dans les fièvres, dans la dysenterie, et dont les lésions dans le scorbut n'ont pas été décrites, a présenté, dans 45 cas où elle a été examinée, 8 fois des taches sanguines siégeant dans la muqueuse elle-même. Ces ecchymoses arrondies avaient de 2 à 5 millimètres de diamètre, elles étaient rosées ou rouge foncé, quelquefois au nombre de 2 ou 3 ; dans certains cas, toute la muqueuse vésicale en était couverte.

La peau était manifestement altérée dans une grande partie des cas ; elle était sèche, rugueuse, décolorée, elle avait perdu ses poils, les orifices des follicules pileux étaient saillants, noirâtres ou rougeâtres. L'auteur a noté la coloration ictérique 2 fois, l'ecthyma 3 fois, le rupia 2 fois, l'ulcération de la cornée 1 fois, l'anasarque 3 fois. Dans 8 il y avait des ecchymoses scorbutiques anciennes ou récentes. Dans 7 cas seulement les gencives présentaient des altérations scorbutiques caractérisées. Les muscles du pied, et dans quelques cas, ceux de la jambe, ont présenté 5 fois un état de décoloration qui les faisait ressembler à une chair macérée et tout à fait blanchâtre. Ces parties avaient conservé toute leur consistance.

Le tissu graisseux de la plante du pied, celui de la paume des mains, ou bien celui qui forme le coussinet sur lequel repose le ligament rotulien, ou bien les vésicules graisseuses situées contre le fémur, au-dessus de l'articulation fémoro-tibiale, ont présenté dans les 79 autopsies des altérations curieuses. On trouvait les vésicules graisseuses sous-cutanées fortement injectées depuis le rouge clair jusqu'au rouge noir. La couleur jaune de la graisse avait disparu derrière la forte injection et même l'état ecchymotique de l'enveloppe celluleuse des vésicules. Ce n'est point une ecchymose sous-cutanée, c'est un état anatomique particulier et fort peu connu du tissu graisseux. — (Comm. MM. Grisolle, Barth, Michel Lévy.)

De la non-formation du sucre dans le tube digestif des animaux nourris exclusivement à la viande.

M. A. Chauveau, chef des travaux anatomiques à l'École vétérinaire de Lyon, donne lecture d'un travail sur cette question : Se forme-t-il du sucre dans le tube digestif des animaux nourris exclusivement à la viande ?

On sait que la question avait été résolue, par M. Cl. Bernard, de la manière suivante : Au commencement de la digestion d'un repas de viande, il n'existe point de sucre dans le sang de la veine porte, ni dans les chylifères ; donc, la fabrication du glycose animal ne s'opère pas au sein du tube digestif, puisque cette substance n'aurait pu être absorbée que par les vaisseaux précités.

Mais M. Figuier trouve, dans les mêmes conditions, le sang de la veine porte plus ou moins sucré. Mais M. Colin constate également la présence du glycose dans les chylifères. Aussi tous les deux affirment-ils la formation du sucre dans l'intestin ; et, de plus, le premier nie formellement le concours de l'activité du foie dans la génération de la matière sucrée.

Sans raconter toutes les oscillations qui l'ont porté tantôt vers une affirmation, tantôt vers une autre, M. Chauveau fait connaître un ensemble de faits nouveaux qui, d'après lui, permettent de juger définitivement la question. Et d'abord, où trouve du sucre dans le sang de la veine porte, alors qu'il n'en devrait pas exister, d'après M. Bernard, après douze heures comme après vingt-quatre heures de diète absolue.

Ce fait une fois constaté par M. Chauveau, il mit des animaux herbivores et carnivores à la diète, et il put s'assurer, dans une première série de recherches, qu'au sixième jour de l'inanition, on rencontre du sucre dans le sang de la circulation générale et dans la lymphe, sur tous les points de l'économie.

Plus tard, il poursuivit ses investigations pour la période totale de l'inanition. En voici le résultat exposé en quelques mots : chez les animaux privés absolument d'aliments, recevant de l'eau pure pour toute boisson, le sucre existe dans les fluides nourriciers tant que la température du corps ne baisse pas sensiblement ; et il existe en quantité à peu près égale depuis le premier jusqu'au dernier jour de l'expérience. Aussitôt que survient le refroidissement signalé par M. Chossat, aux approches de la mort, le sucre disparaît du sang comme de la lymphe. Si les animaux meurent sans se refroidir, ce qui arrive parfois accidentellement dans les espèces de grande taille, le glycose se retrouve encore dans ces deux fluides.

Cette relation remarquable entre la présence du sucre dans les humeurs nutritives et la température des animaux est un fait extrêmement important et qui ne manque jamais.

Sur près de cent analyses de sang ou de lymphe d'animaux soumis à l'inanition, trois fois seulement le sucre a manqué avant la période de refroidissement, et peut-être y a-t-il lieu d'attribuer à une cause accidentelle ces quelques faits négatifs.

Les procédés d'analyse de M. Chauveau sont les suivants : quand il opère sur la lymphe, il se borne à la faire bouillir avec un peu de sulfate de soude ; il filtre, il exprime et il essaie avec les réactifs.

Pour obtenir avec le sang une liqueur incolore et limpide, condition indispensable de succès, il traite le sang à chaud par le noir animal (50 grammes de sang mélangés avant la formation du caillot, avec 20 ou 30 grammes de noir animal bien lavé). Il chauffe doucement, en remuant continuellement, et, quand la coagulation est opérée, il ajoute 50 gram. d'eau distillée et une nouvelle quantité de charbon, en maintenant la masse en ébullition pendant dix minutes environ. Il jette sur un linge, il exprime et reprend le résidu avec 50 grammes d'eau, à deux reprises différentes, pour l'épuiser. Le liquide provenant de ces opérations est chauffé de nouveau avec un peu de noir animal pour achever sa décoloration. On évapore doucement jusqu'à réduction de moitié, des deux tiers ou des trois quarts et on filtre. La liqueur ainsi obtenue est toujours claire et limpide, le plus souvent aussi incolore que l'eau pure, parfois légèrement teinte en rose ou en jaune ; elle contient tout le sucre du sang.

Ce procédé, d'une exécution facile, permet des analyses quantitatives aussi précises qu'avec celui de M. Figuier, surtout si l'on agit toujours avec les mêmes quantités de sang, de charbon et d'eau, de manière à obtenir des résultats tout à fait comparatifs entre eux.

M. Chauveau a toujours soin de n'employer qu'une faible quantité du réactif cupro-potassique, de 3 à 5 centimètres cubes, suivant l'état de concentration de la liqueur. Un liquide notablement sucré peut ne donner aucun précipité, si on l'essaie avec une quantité trop considérable de réactif. C'est ainsi que M. Bernard a pu trouver le glycose dans les veines sus-hépatiques, où il y en a beaucoup, et non ailleurs l'existence de cette substance.

Quand il veut déceler la présence du sucre par la fermentation, M. Chauveau opère sur 200 à 300 grammes de sang, à cause du peu de sensibilité de ce procédé, et il concentre ses liqueurs autant que possible, concentration qu'il achève au bain-marie.

Si le sang et la lymphe sont partout sucrés chez les animaux soumis à l'inanition, la présence du glycose dans la veine porte et dans les chylifères, pendant la digestion d'un repas de viande, ne prouve pas, comme l'ont avancé MM. Figuier et Colin, que ce sucre a été fabriqué dans le tube intestinal. Cette preuve ne pourrait être faite aujourd'hui qu'en montrant, après le repas, le sang des vaisseaux efférents du canal digestif chargé d'une proportion de sucre plus considérable que celui des autres vaisseaux veineux et lymphatiques de l'économie, et il est difficile de croire qu'on puisse y arriver. D'ailleurs, ce prétendu sucre, engendré dans le canal digestif, n'a jamais été retrouvé dans les matières chymeuses.

Mais, dira-t-on, si les vaisseaux afférents de la glande hépatique, artères et veines, y amènent incessamment du glycose, peut-on affirmer que la matière sucrée rencontrée dans les vaisseaux efférents ait été formée par le tissu de cette glande ? Sans doute, puisque l'expérience enseigne que le sang des vaisseaux efférents renferme toujours plus de sucre que celui des vaisseaux afférents. Et ce serait à tort qu'on a expliqué cette différence en plus par la stagnation forcée du sang dans le tissu très sucré du foie, avant son évacuation. M. Chauveau, pour mettre à néant cette fin de non-recevoir, a institué un procédé qui permet d'extraire le sang des vaisseaux efférents du foie dans les conditions de la circulation normale.

Frappé de la disposition anatomique que présentent, chez les solipèdes et chez les ruminants, les vaisseaux sus-hépatiques à leur embouchure dans la veine cave, M. Chauveau a pensé qu'il serait possible d'entrer dans l'un de ces vaisseaux, sur l'animal vivant, sans lui faire subir une mutilation capable de compromettre sa vie, ni même de troubler gravement sa santé, en employant une longue sonde introduite dans la veine jugulaire, tout à fait à l'entrée de la poitrine, puis dans la veine cave postérieure. L'expérience a prouvé que ce mode de cathétérisme était non seulement possible, mais, de plus, facile, du moins chez les animaux ruminants. Dernièrement encore, j'ai pu l'essayer et le réussir pleinement chez une chèvre, en présence de M. H. Bouley, à Alfort.

Le sang que cette aspiration permet d'extraire des vaisseaux efférents du foie, ne subissant aucune stagnation dans cette glande, ne peut s'y imprégner normalement du sucre qu'elle contient dans sa trame parenchymateuse et celui qu'il renferme représente bien réellement la glycose du sang sus-hépatique dans l'état physiologique. Et l'analyse démontre que ce fluide est toujours beaucoup plus sucré que le sang recueilli sur les autres points de l'appareil circulatoire, moins cependant que ne l'a cru M. Bernard. Le sucre qu'on y trouve en excédant a donc été fabriqué de toutes pièces dans le foie : je ne sais par quel faux-fuyant il sera possible maintenant d'éviter cette conclusion.

Dans quel lieu se produit la destruction du sucre que vient incessamment remplacer celui qui se produit dans l'économie ? Le sang du cœur gauche se montrant à peu près aussi sucré que celui du cœur droit, quand on a soin de prendre celui-ci dans l'artère pulmonaire, le sucre ne se détruit, à aucun moment, en quantité appréciable pendant le passage du sang à travers le poumon. Le glycose des artères étant un peu plus abondant que celui des veines, il faut admettre que le sang se dépouille ainsi, en traversant le réseau capillaire, d'une certaine proportion de sucre, dont une partie passe dans les lymphatiques, pendant que l'autre disparaît définitivement de l'appareil circulatoire, en produisant un déficit comblé par la sécrétion glycogénique du foie.

Comme conclusion générale de son travail, M. Chauveau énonce : que le foie fabrique du sucre et qu'il ne s'en développe point dans l'intestin.

Les données expérimentales que MM. Figuier et Colin élèvent contre M. Bernard ne se trouvent pas contredites, à proprement parler, par les recherches de M. Chauveau ; mais, celui-ci démontre que ces données, qu'ils ont prises pour base de leur système théorique, sont tout à fait insuffisantes à le soutenir, tandis qu'elles ne portent point manifestement atteinte à la belle conception de M. Bernard. (Comm. MM. Bouley, Bussy, Bérard.)

Nouvelle méthode d'analyse qualitative de l'iode et du brome.

M. O. Henry fils donne lecture, en son nom et au nom de M. Humbert, d'une note sur une nouvelle méthode pour reconnaître l'iode et le brome.

Qu'on prenne un produit chargé d'iodure ou de bromure, ou même de l'un et de l'autre de ces composés et qu'on le mélange exactement avec du cyanure de mercure ou d'argent, du péroxide de manganèse et du sable, qu'on introduise dans un appareil approprié, disposé de manière à dessécher les vapeurs et à les recueillir, dans un tube effilé, puis, qu'après avoir ajouté une petite quantité d'acide sulfurique pur pour faire seulement une pâte presque sèche, on vienne à échauffer très doucement, on ne tarde pas à voir se former, dans le tube, des vapeurs blanches qui se déposent en aiguilles fines et soyeuses, ou, quelquefois, seulement sous forme d'une poudre blanche qui tapisse les parois de ce tube. Ces aiguilles ou cette poudre (souvent aiguillée aussi vue à la loupe) sont les iodure ou bromure de cyanogène. On peut les recueillir en sondant les deux extrémités du tube où elles se sont condensées, et, pour s'assurer de leur nature, il suffit de les dissoudre dans un peu d'eau, d'y mêler la solution d'amidon récemment préparée et quelques fragments de sulfite de soude ; on voit, avec l'iodure de cyanogène, un iodure bleu d'amidon se produire progressivement. Quand on a affaire au bromure de cyanogène, il faut ajouter une couche d'éther sulfurique et agiter, ce menstrue se colore rapidement en jaune ou en jaune orangé ; enfin, dans le cas de mélange, le double effet se manifeste, iodure bleu qui se précipite, éther jaune bromé qui surnage.

Cette manière d'opérer permet de reconnaître de petites quantités des produits cherchés, et surtout de les isoler purs et nettement détachés pour les montrer : avantage que présentent moins facilement d'autres méthodes, où l'on n'arrive à déceler l'iode qu'avec des colorations quelquefois peu distinctes, contestables alors, ou bien on se trouve forcé de multiplier les essais. Ici on obtient la substance cherchée, isolée en un composé nettement cristallisé, et dont un essai ultérieur démontrera la nature.

Cette manière de procéder assez simple a offert quelquefois des difficultés, et nous avons cru, pour cette raison, devoir modifier le mode d'exécution. Dans ce but, pour rendre plus volatils le brome et l'iode, nous les avons combinés au chlore, de manière à les transformer en chlorures d'iode et de brome, corps très volatils que l'on obtient par l'action du chlore sur les iodures et les bromures.

Ce procédé, auquel nous donnons la préférence lorsque les quantités de bromures et d'iodures à déceler sont notables, est le suivant : on introduit les résidus dans un petit ballon avec du péroxyde de manganèse et une petite quantité d'acide chlorhydrique ; un tube de dégagement amène les vapeurs chlorées (chlorures de brome et d'iode), préalablement desséchées sur du chlorure de calcium, dans une petite cornue contenant un mélange bien sec de sable et de cyanure de mercure ; le tube doit arriver à la surface du mélange, lorsque le ballon ne dégage plus de vapeurs ; on interrompt la communication avec la cornue ; on bouche cette dernière, et on le chauffe légèrement avec une lampe à alcool ; les aiguilles cristallisées d'iodure et de bromure de cyanogène viennent se condenser dans un long tube convenablement refroidi et communiquant avec le col de la cornue ; ce tube peut être fermé à ses deux extrémités, et contenir ainsi la preuve certaine de l'existence des produits cherchés. Ce procédé, convenable quand on opère sur des quantités un peu notables, ne suffirait pas quand on ne dispose que d'une très faible proportion de matière ; dans ce dernier cas, il est indispensable, pour éviter les pertes, de faire, dans un tube fermé à la lampe, un mélange général de toutes les substances (résidus, péroxyde de manganèse, cyanure de mercure et acide chlorhydrique), de chauffer légèrement ce tube, et de recevoir dans une petite éprouvette refroidie les produits volatils dégagés.

Le plus souvent, contre les parois de cette dernière, on voit les aiguilles se former en même temps qu'à la partie inférieure se condense une couche liquide.

Il peut se faire que cette liqueur contienne à l'état de dissolution tous les produits iodés et bromés ; une légère élévation de température suffira pour les dégager et leur faire affecter l'état cristallisé.

Dans le cas où il ne se forme pas d'aiguilles visibles à l'œil nu (1), ce qui suppose des traces infinitésimales d'iode et de brome, l'emploi déjà mentionné plus haut de l'amidon, de l'éther hydrique et de sulfite de soude ne laissera aucun doute sur la présence de ces métalloïdes.

Nous trouvons encore dans la différence de volatilité du bromure et de l'iodure de cyanogène un moyen très simple de les séparer ; en plaçant le tube où sont disséminés ces cristaux dans un bain d'eau à 25 ou 30° centig., on ne tarde pas à voir le bromure de cyanogène volatil à + 15° centig., venir se condenser dans la portion supérieure et refroidie du tube. Tandis que l'iodure qui ne bout qu'à 45° centig. reste à la partie inférieure.

Après cette exposition de nos procédés, nous allons avoir l'honneur de relater en peu de mots les recherches pratiques auxquelles nous nous sommes livrés pour contrôler notre méthode.

Nos premières investigations ont eu pour but de retrouver l'iode et le brome dans différentes eaux minérales ; nous avons réussi, que ces eaux fussent riches ou pauvres en ces deux principes minéralisateurs.

Mais ce n'est pas seulement dans ce genre d'analyse que le procédé que nous proposons peut rendre des services. Toutes les fois qu'il s'agira soit après des médications où l'on en a fait usage, soit dans des recherches médico-légales, de retrouver l'iode ou le brome, nous croyons qu'il peut être employé avec succès.

Dans ce but, nous avons prié notre ami, M. Alfred Fournier, interne de M. Ricord, de nous faire remettre de l'urine de malades soumis à des traitements variés par les iodures de mercure et de potassium.

Nous avons dû à son obligeance l'envoi de plusieurs échantillons, dans lesquels nous avons reconnu l'iode ; quatre de ces malades prenaient, par jour, 15 centigrammes de proto-iodure de mercure. En opérant sur 750 grammes de liquide, nous avons obtenu des résultats convaincants. Le cinquième faisait usage de 3 grammes d'iodure de potassium par jour, il nous a suffi d'expérimenter sur 50 grammes de son urine.

L'un de nous, après la prise de 1 décigramme d'iodoforme, reconnut l'iode dans 200 grammes d'urine et avec la plus grande netteté.

Enfin, nos expériences ont encore été couronnées de succès en prenant, pour base de nos recherches, des crachats de malades traités par l'iodothérapie, dans le service de M. le professeur Piorry.

Conclusions. — En résumé, nous pensons que ce nouveau moyen de recherches peut être utile à plus d'un titre :

1° En permettant de reconnaître le brome et l'iode dans tous les produits où ils existent, là même où d'autres méthodes n'auraient donné que des résultats incertains ;

2° Que grâce à lui, on obtient toujours à l'état de composés très purs, et dont il est facile de reconnaître la nature, les deux métalloïdes dont nous nous occupons. Nous n'avons pas à craindre que la présence de composés organiques déjà colorés vienne masquer les réactions.

3° Nous croyons enfin que, dans certains cas, on pourra non seulement reconnaître l'iode et le brôme, mais encore les doser, si l'on a pris soin de peser avant et après l'opération les tubes où se sont condensés les produits. — (Comm. MM. Wurtz, Guérard, Chevallier.)

La séance est levée.

On lit dans l'*Écho d'Oran* :

Voici un phénomène vivant, unique sans doute dans le monde entier. C'est un coq, un vrai coq, que nous prions le lecteur de ne pas prendre pour un canard et encore moins pour un canard sauvage, car c'est bien le plus apprivoisé de tous les coqs de France et d'Algérie.

Plaisanterie à part, nous garantissons la parfaite exactitude de ce qu'on va lire :

Il existe actuellement, et tous les voyageurs peuvent voir, comme nous l'avons vu, chez M. Paul, maître de poste et hôtelier à la Macta, un coq qui possède quatre pattes, deux fondements et, par suite, deux queues verticales, et qui, de plus, est hermaphrodite. On peut dire littéralement que ce coq est une poule et que cette poule est un coq, car il s'acquitte également des fonctions du mâle et de la femelle. Ses œufs sont des œufs ordinaires de poule.

Deux de ses quatre pattes seulement posent à terre ; il retient les deux autres pliées sous son corps, mais elles ont la même longueur et affectent les mêmes proportions que les deux autres. Sa démarche est saccadée et irrégulière quoique ferme.

Courageux comme tous ses semblables, il lutte même contre les chiens, et les blessures qu'il en reçoit ne l'empêchent pas de cribler leur museau de furieux coups de bec, qui les forcent quelquefois à la retraite.

Doué d'une rare intelligence, il aime et suit son maître, dont chaque nuit il s'établit le gardien en venant se coucher à la porte de sa chambre.

De son côté, M. Paul est fort attaché à son coq, auquel il tient assez pour en avoir refusé 1,400 fr. à l'un de nos premiers fonctionnaires.

Tel est le coq de Macta, qui ferait le bonheur de plus d'un naturaliste et l'ornement de plus d'une collection zoologique.

---

(1) Dans l'analyse de certains produits très pauvres en iode, nous avons obtenu des cristaux microscopiques que l'on ne découvrait qu'à l'aide d'une forte loupe.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Felix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 120 DIXIÈME ANNÉE. Samedi 4 Octobre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Douzième et dernière lettre sur le choléra. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie des sciences). Séance du 22 septembre : Action physiologique et thérapeutique du courant galvanique constant sur les nerfs et les muscles de l'homme. — Développement incomplet de l'une des moitiés de l'utérus, et dépendance du développement de la matrice et de l'appareil urinaire chez la femme. — IV. RÉCLAMATION : Lettre de M. le docteur Gigon. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Lettres sur les substances alimentaires et particulièrement sur la viande de cheval.

PARIS, LE 3 OCTOBRE 1856.

DOUZIÈME ET DERNIÈRE LETTRE SUR LE CHOLÉRA (1).

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC, ET TRAITEMENT.

Le diagnostic du choléra est facile dans la grande majorité des cas. Il suffit d'avoir observé une seule fois cette maladie pour ne jamais la méconnaître. Je n'en donnerai donc pas la description.

Il ne faut pas toutefois, pour en diagnostiquer l'existence chez un malade, exiger la réunion de tous les symptômes qui la caractérisent dans les cas graves. Dans toute épidémie de choléra, il y a des cholériques sans crampes, il y en a sans cyanose, il y en a sans aphonie, ou sans perte d'élasticité de la peau, ou sans symptômes d'asphyxie, etc. De même que, dans les épidémies de scarlatine, de rougeole, de peste, de typhus, et de fièvre typhoïde, on observe des scarlatines et des rougeoles sans éruption, des pestes sans bubons, des typhus sans gonflement des parotides, des fièvres typhoïdes sans taches lenticulaires, sans gangrène, sans rêvasserie, sans cophose, etc., etc. Résultat d'un empoisonnement à des doses variables et sur des individus dont les constitutions diffèrent, le choléra doit se présenter avec des degrés divers d'intensité depuis le plus léger jusqu'au plus grave, et avec les modifications qu'impriment les idiosyncrasies particulières à quelques-uns des traits de sa physionomie. Mais, dans l'impossibilité de décrire chacune des formes et des nuances qui se remarquent entre tous les cas, les médecins ont établi des coupes, des divisions arbitraires, entre ces manifestations diverses de la maladie. Les principales ont été désignées par les noms de *diarrhée prémonitoire, cholérine, choléra avec cyanose* ou *choléra bleu, choléra asphyxique*.

Ce ne sont là, évidemment, que des degrés de la même maladie. Personne, je crois, n'a prétendu le contraire pour la cholérine, bien que, par une sorte de contradiction, on se refuse généralement à regarder la guérison d'une cholérine comme une guérison de choléra, et que l'on ne tienne aucun compte de ces cas de moyenne intensité dans le pronostic général de la maladie. Mais on paraît douter que la diarrhée prémonitoire soit de la même famille, puisqu'on n'en fait en quelque sorte qu'un simple avertissement, une menace de choléra.

Cependant, la diarrhée dite prémonitoire naît sous l'influence de la même cause que le choléra, elle en accompagne les épidémies et ne se montre qu'avec elles, elle attaque en même temps un certain nombre de personnes sans qu'aucun changement dans leurs habitudes d'hygiène et de nourriture puisse en expliquer l'invasion ; elle offre d'ailleurs un ensemble de symptôme spéciaux qui ne se présentent pas dans les diarrhées ordinaires, tels que l'abondance, la répétition fréquente, la facilité, la qualité séreuse et riziforme des garde-robes, l'absence en général de douleur et de ténesme, les borborygmes, les menaces de syncopes, les envies de vomir, et ce sentiment de malaise et d'effroi particulier aux affections cholériques. Si on l'exaspère par des intempérances ou seulement si on la néglige, elle prend souvent les caractères symptomatiques de ce qu'on appelle le choléra confirmé, quelquefois même elle s'élève à ce degré en dépit des soins les mieux dirigés, ce qui n'arrive jamais à la suite des diarrhées ordinaires, alors même qu'elles deviennent mortelles. Enfin, elle se montre d'autant plus fréquente que l'épidémie est moins violente, *et vice versâ*, c'est-à-dire en raison inverse du degré de saturation de l'air par les miasmes. Ainsi, dans l'épidémie de 1849, moins violente que celle de 1832, puisque le nombre des morts de chaque jour dépassait à peine, à Paris, la moitié du nombre quotidien des morts pendant la précédente, et qu'après une durée presque double, elle n'a fait à peu près que la même quantité de victimes, la diarrhée a précédé la plupart des attaques de choléra, tandis que, en 1832, la soudaineté de l'invasion, la rapidité des terminaisons funestes, la brièveté des symptômes précurseurs de diarrhée quand elle avait lieu, et les exemples de choléra d'emblée, faisaient pour ainsi dire la règle. N'a-t-on pas vu fréquemment, en 1832, des hommes atteints du choléra dans la rue, tomber au coin d'une borne, et périr comme foudroyés en quelques minutes, exemples qui ne se sont pas reproduits en 1849. La diarrhée dite prémonitoire est donc un véritable choléra, elle en forme le premier degré.

Il importe que tous, médecins et hommes du monde, se pénètrent bien de cette vérité. Les uns et les autres sentiront mieux l'importance du précepte sur lequel M. Jules Guérin a tant et si fortement insisté, et qui consiste à recommander de s'occuper avec autant de soin de la diarrhée prémonitoire que du choléra confirmé, en d'autres termes, de porter remède en toute hâte au premier degré de la maladie, si l'on ne veut pas s'exposer à la voir s'élever au plus grave ; *obstare principiis*. Je voudrais donc voir substituer aux dénominations de *diarrhée prémonitoire, cholérine, choléra bleu* ou *cyanique, choléra asphyxique*, celles plus simples et plus vraies de choléra léger, choléra moyen, choléra grave et choléra très grave. Si l'on persiste cependant à conserver les premières, il doit être bien entendu qu'elles n'expriment que des degrés différents de la même maladie, et non des différences de nature.

Tous ces degrés doivent, par conséquent, figurer parmi les éléments du pronostic général de la maladie. C'est en retranchant du nombre des cholériques, les malades qui ne sont atteints que de diarrhée prémonitoire et de cholérine, que l'on est arrivé à ce résultat effrayant, savoir, que le choléra emporte à peu près deux malades sur cinq. Ce pronostic est évidemment exagéré. En calculant de la sorte, on imite, sans s'en apercevoir, le pathologiste qui choisirait tous les cas graves des maladies pour établir le diagnostic de chacune d'elles. Le pronostic général du choléra est déjà bien assez grave en réalité, pour qu'on ne doive pas l'aggraver encore par une erreur, par la négligence d'un des éléments du calcul.

Mon intention n'est pas d'entrer dans les détails du pronostic individuel du choléra ; exposer quelques idées générales sur cette maladie étant l'unique but que je me sois proposé en commençant cette étude. Il se peut qu'il y ait un certain degré d'utilité à savoir que la maladie est plus grave chez les enfants que chez les adultes, chez les hommes que chez les femmes, chez les êtres faibles que chez les forts, au début de l'invasion épidémique qu'à son déclin, mais je ne l'aperçois pas bien. Je comprends mieux l'importance de signaler l'accumulation des malades, les habitations étroites et malsaines, l'intempérance, la misère, la peur, la colère, comme autant de circonstances aggravantes du mal, puisqu'il est possible, jusqu'à un certain point, d'atténuer, de diminuer ou d'écarter ces fâcheuses influences. Mais comme on ne peut pas

(1) Voir le numéro du 27 Septembre 1856.

Feuilleton.

LETTRES SUR LES SUBSTANCES ALIMENTAIRES

ET PARTICULIÈREMENT

SUR LA VIANDE DE CHEVAL ;

Par M. Isidore GEOFFROY SAINT-HILAIRE, membre de l'Institut, etc.

Un volume in-12, Paris, 1856, Victor Masson, libraire.

Je voudrais présenter une analyse succincte, j'y suis forcé, mais exacte, c'est mon devoir et j'ajoute mon plaisir, de cet intéressant petit volume, œuvre d'une chaude et sérieuse conviction, acte d'une philantropie sincère, pages émues et éloquentes, où l'on sent tous les battements d'un cœur profondément sympathique aux misères de l'homme, et cherchant avec ardeur les moyens de les prévenir et de les soulager. C'est avec un charme indicible que j'ai lu ces *Lettres*, d'où s'exhale comme un parfum salutaire de bonnes et généreuses intentions, éclairées par une haute raison, par les faits, par l'expérience et réchauffées par le saint amour de l'humanité.

La foi qui n'agit pas est-ce une foi sincère?

On n'appliquera pas cette poétique apostrophe à l'illustre auteur de ces *Lettres*. M. Geoffroy Saint-Hilaire a mis au service de la cause qu'il défend sa raison si sûre, son érudition si savante, son zèle si ardent, sa foi si convaincue, son style si animé. Heureux serais-je si, après avoir moi-même, ici, humblement combattu pour la même cause, je pouvais contribuer pour la plus petite part à la popularité de cette œuvre de cœur et de bon sens, et dont, sans autre préambule, je vais essayer de donner une idée à mes lecteurs.

Au milieu du mouvement qui entraîne l'esprit humain vers les magnifiques applications du progrès des sciences, on est frappé sinon de l'état stationnaire, du moins des lents progrès des arts agricoles. La chimie, la physique, la mécanique, ont, depuis soixante ans, métamorphosé le monde. L'éclairage au gaz, la vapeur, le télégraphe électrique, la photographie, ont soumis à l'homme les plus énergiques puissances de la nature. C'est splendide ! Mais est-ce tout ? Et les besoins les plus impérieux de l'homme ont-ils aujourd'hui une satisfaction plus facile qu'autrefois ? L'homme est il mieux nourri ? Est-il suffisamment nourri ?

La science moderne, en cela d'accord avec l'expérience de tous les temps et de tous les peuples, a démontré que la nourriture de l'homme, pour que l'équilibre des forces, c'est-à-dire la santé, pût se maintenir, devait se composer en certaines proportions de principes azotés fournis par la viande, combinés avec les matières végétales. Ces proportions ont été déterminées au-dessous desquelles la vigueur corporelle et l'énergie morale s'affaiblissent, surviennent la langueur et la débilité, la mort même ou par l'inanition ou par les maladies, suite de l'affaiblissement des organes et de l'épuisement du sang.

La viande est un aliment indispensable à l'homme. « Fait capital, et qu'on ne saurait trop dire, trop répéter, trop répandre, trop vulgariser. Pas un administrateur ne devrait l'ignorer pour la population confiée à sa direction, pas un père pour ses enfants, pas un homme pour lui-même. On peut remplacer le vin, le pain lui-même ; mais il est deux aliments dont aucun ne peut tenir complétement lieu : le lait d'abord, plus tard la viande. » (P. 24.)

Eh bien, la production de la viande, en France, — car c'est spécialement de la France que s'occupe l'auteur — est-elle suffisante pour qu'elle puisse entrer dans l'alimentation de ses habitants en proportion nécessaire à la conservation de la santé ? Cette proportion, que M. Geoffroy Saint-Hilaire estime, d'après les calculs les plus réduits, devant être de 228 grammes par jour ou de 83 kilogrammes par an, est bien loin d'être atteinte. M. Payen a évalué à 980 millions de kilogrammes (y compris les volailles, le gibier, les poissons, les œufs, les fromages) la quantité d'alimentation animale consommée par an en France. Or, la population de France étant de 35 millions d'individus environ, on voit que la quantité moyenne de viande, y compris son équivalent en autres substances azotées provenant des animaux, ne dépasse pas 28 kilogrammes par an, ou un peu moins de 77 grammes par jour. M. Geoffroy Saint-Hilaire trouve cette estimation encore beaucoup trop élevée, et la fixe à 25 kilogrammes par an pour chaque individu.

Mais que ces calculs et ces moyennes statistiques sont loin de représenter le véritable état des choses ! Entre la population des villes dont la moyenne de la consommation de la viande est de 57 kilogrammes par an, et la population des campagnes dont cette moyenne tombe à 13 kilogrammes, il y a les faits d'observation beaucoup plus navrants encore, et mis en lumière par M. Leplay dans son bel ouvrage *Les ouvriers européens*. Voici quelques-uns de ces faits :

Journalier agriculteur du Morvan (Nièvre) — du Morvan dont M. Dupin aîné, dans un discours très récent, vantait la fécondité et le progrès agricole, — Nourriture : du pain, des pommes de terre assaisonnées de lait, de sel et d'un peu de graisse. — On ne mange de la viande que le jour de la fête patronale de la commune.

Journalier agriculteur du Maine (Sarthe). — De la viande deux fois par an, le mardi-gras et le jour de la fête patronale.

Journalier agriculteur de la Basse-Bretagne (Finistère). — Nourriture ordinaire : soupe au pain d'orge, bouillie ou crêpes de sarrazin, etc. — En quelques occasions (fêtes, pardons), de la viande.

Ce qui se résume ainsi, dit M. Geoffroy Saint-Hilaire :

L'immence majorité des travailleurs, et notamment des cultivateurs, environ 25 millions sur 36 millions, se répartit entre ces trois catégories :

Ceux qui mangent de la viande aux noces, le mardi-gras, aux grandes fêtes : environ *six fois l'an*.

Ceux qui en mangent *deux fois l'an*, le jour de la fête-patronale de la paroisse et le Mardi-Gras.

Ceux qui en mangent *une fois l'an*, le jour de la fête patronale de la paroisse.

Il y a donc un déficit énorme entre la consommation normale de la viande et la consommation effective ; comment le combler ? Est-ce même possible ?

La culture et la multiplication des animaux propres à la boucherie est, sans doute, le moyen par excellence, mais combien d'années s'écouleront-elles encore avant que toutes les conditions agricoles nécessaires à la réalisation de ce moyen soient remplies !

La pisciculture est appelée aussi à ajouter, dans une grande proportion, à nos ressources alimentaires. « Mais l'art des Remy et des Génin n'existe que d'hier, et autant il est juste de fonder sur lui de grandes espérances pour l'avenir, autant il serait déraisonnable d'en attendre la guérison immédiate ou même prochaine du mal dont souffrent les populations actuelles. » (Page 46.)

Il en est manifestement de même de l'introduction, de l'acclimation, à l'état domestique ou sauvage, des races ou espèces étrangères appelées à accroître en même temps qu'à varier sur notre sol la production des aliments de nature animale. Comme le perfectionnement de l'agriculture, comme l'extension de la pisciculture, la conquête de nouveaux animaux sauvages ou domestiques est donc un de ces bienfaits accomplis en vue de l'avenir bien plutôt que du présent.

Les viandes conservés ; ressource parfois illusoire, car il est des procédés de conservation qui privent ces viandes d'une grande partie de leurs propriétés nutritives ; ailleurs, au contraire, grâce à un mode meil-

changer ni l'âge, ni le sexe des malades, ni faire que l'épidémie n'ait pas une période de croissance et une période de décroissance, je n'entrevois pas l'intérêt scientifique et encore moins l'intérêt pratique des recherches statistiques faites dans ce sens. Il se révélera peut-être un jour. En attendant, cela me paraît une simple affaire de curiosité.

Je ne ferai qu'indiquer les signes qui font généralement porter un pronostic funeste dans le choléra, tels que l'absence du pouls, la cyanose générale, la perte d'élasticité de la peau, le froid glacial de tout le corps et principalement de la langue et de l'haleine, l'aphonie, la sueur froide et visqueuse, les ecchymoses de la conjonctive, les crampes qui arrachent de hauts cris aux malades, les violentes douleurs abdominales, le coma, le délire et les convulsions qui se manifestent avant la réaction, et la suppression complète des urines. J'indiquerai seulement aussi les symptômes qui permettent d'espérer le retour à la santé, savoir : le rétablissement de la chaleur du corps, le retour de la voix à son timbre naturel, l'apparition d'une sueur tiède, abondante et soutenue, et le rétablissement du cours des urines. Mais je veux faire remarquer que l'apparition de la sueur et le retour des urines n'ont pas la même valeur pronostique. La peau, — l'observation le prouve, — est, avec la membrane muqueuse pulmonaire, la voie principale de l'élimination des miasmes cholériques, puisque la transpiration cutanée est l'un des principaux moyens de guérison de la maladie. La sécrétion urinaire, au contraire, diminuée ou suspendue pendant le cours de l'affection, n'entraîne avec elle qu'une bien faible portion de l'agent toxique, dont le contact sur les reins semble les frapper d'inertie. Les médecins de tous les pays et de toutes les écoles l'ont si bien compris, qu'ils ont cherché par tous les moyens possibles à provoquer la première, et que pas un peut-être n'a eu la pensée de traiter le choléra en excitant la seconde par les diurétiques, et encore moins d'associer les deux médications. Les effets de cette association auraient été d'ailleurs contradictoires, ils se fussent neutralisés réciproquement, puisque les deux sécrétions étant supplémentaires l'une de l'autre dans l'état de santé comme dans l'état de maladie, il sera toujours impossible de les provoquer en même temps. Le rétablissement de la sueur et celui du cours des urines, bien que permettant l'un et l'autre de prévoir le retour à la santé, n'ont donc pas la même signification. La première de ces sécrétions précède la guérison et y concourt; la seconde la suit et l'annonce sans y participer.

Enfin, une dernière question de pronostic est celle-ci : Une première attaque de choléra met-elle à l'abri d'une seconde? Examinons-la en peu de mots.

Quelques médecins pensent que le fait d'avoir été atteint du choléra ne peut pas constituer une immunité pour l'avenir. Ils disent que les causes venant agir de nouveau sur le même individu, on ne voit pas pourquoi elles ne produiraient pas une seconde fois les mêmes effets que la première, et ainsi de suite indéfiniment, et que le choléra étant un empoisonnement, le même individu, pouvant être empoisonné plusieurs fois, doit pouvoir contracter aussi plusieurs récidives de cette maladie.

D'autres, au contraire, sans prétendre que l'homme acquière une immunité absolue contre le choléra après une première atteinte, croient que, comme la peste, la fièvre jaune, la fièvre typhoïde, la coqueluche, la scarlatine, etc., le choléra attaque rarement deux fois la même personne. Ils cherchent même à donner du fait une explication qui ne me paraît pas heureuse. Elle ressemble beaucoup trop à celle que donne Argan des propriétés narcotiques de l'opium : l'opium fait dormir, parce qu'il possède la vertu dormitive d'assoupir les sens, *quia est in eo virtus dormitiva sensus assoupire*. Ils disent que, par le fait d'une première attaque, l'organisation éprouve une modification qui la rend pour l'avenir insensible à l'action de sa cause. *Digni sunt intrare*, etc.

Ceci n'est pas une question de théorie, mais une question de fait qui ne peut se juger que par le fait. Il s'agit uniquement de savoir s'il existe des exemples d'individus qui, après une première atteinte de choléra, l'ont contracté une seconde fois. Pour mon compte personnel, je ne l'ai pas observé. Mais d'honorables confrères en ont rapporté dans les journaux quelques observations. Je ne mets jamais en doute le talent d'observer ni la véracité d'autrui, et j'admets par conséquent le fait comme vrai. Nous savons d'ailleurs par les historiens de la peste, de la fièvre jaune, etc., que quelques individus ont contracté deux fois ces maladies. L'analogie permet donc d'admettre qu'il en puisse être de même pour le choléra. Mais les exemples en doivent être aussi rares que pour les premières maladies citées, et l'on peut poser en loi générale qu'une personne qui a eu le choléra n'a presque plus à en redouter les atteintes, sans que l'on sache d'où dépend cette immunité.

J'arrive enfin au traitement.

La plupart des médecins croient et professent que l'expérience doit être le seul guide de la pratique en médecine. Mais à voir le soin qu'ils apportent et la verve qu'ils déploient à critiquer l'expérience des temps passés, la défiance avec laquelle ils accueillent celle de leurs contemporains quand ils ne la rejettent pas tout à fait, le bon marché qu'ils semblent faire de la leur en demandant qu'on ne les croie pas sur parole et priant que chacun la contrôle ou la vérifie, on s'aperçoit bientôt qu'ils n'ont pas une foi bien robuste dans l'orthodoxie de leur croyance. Ce n'est, en effet, rien moins qu'une erreur. Dans toutes les branches des connaissances humaines, l'expérience sans la théorie, l'expérience qui n'est pas éclairée par la science, s'appelle routine, et ne mérite pas d'autre nom; et la routine est, on le sait, l'ennemi acharné de tout progrès. C'est presque dire un lieu commun que de le répéter aujourd'hui. En médecine surtout, le savant et l'artiste se trouvant nécessairement réunis dans le même homme, il est impossible de séparer la science de l'application; et tout médecin, sciemment ou à son insu, se laisse toujours guider par une théorie, bonne ou mauvaise, sienne ou étrangère.

On ne peut pas d'ailleurs invoquer l'expérience quand une maladie se montre pour la première fois aux yeux des observateurs. Les faits ne sont pas encore produits, l'observation n'a pas encore pu s'exercer, l'expérience fait complétement défaut. Quels peuvent être alors les règles de conduite du praticien? Il interroge les symptômes qu'il a sous les yeux, il cherche à comprendre le sens de leurs réponses, il les compare, à cet effet, aux symptômes analogues qu'il a observés dans d'autres maladies et les interprète au moyen de la science qu'il possède, puis, par une opération rapide, instantanée de son jugement, opération dont il n'a pas même la conscience, il improvise en quelque sorte son opinion sur la nature du mal et le traite en conséquence de l'idée qu'il s'en est formée.

C'est ce qui est arrivé en 1832 pour le choléra.

A cette époque, en présence des premiers malades, et par conséquent avant toute expérience, chaque médecin, selon ses doctrines et ses inspirations, dut se faire une théorie et une thérapeutique improvisées. Inflammation des voies digestives, asthénie générale, épaississement du sang par la perte de son sérum, lésion des principaux centres nerveux et en particulier de la moelle épinière, telles furent, pour citer seulement les plus importantes, les théories qui éclorent alors dans les esprits, et l'on devine les conséquences thérapeutiques, discordantes, parfois contradictoires, qui en découlèrent. Je ne parle pas des théories, qui placent la cause du choléra dans une diminution de l'électricité aérienne ou terrestre, ou dans la décroissance des proportions de l'*ozone* de l'air; ces hypothèses stériles, — et c'est là leur moindre défaut, — ne jetant aucun jour sur la nature du mal, et ne conduisant par conséquent à aucune application thérapeutique.

Mais toutes ces théories pèchent par le même défaut. Chacune d'elles n'envisage qu'un petit nombre des éléments du problème, et laisse au dehors de ses spéculations les faits qui l'embarrassent. Aucune n'embrasse tous les phénomènes de la maladie dans leur ensemble. Aucune n'ouvre le plus petit horizon à des recherches nouvelles ni à des applications thérapeutiques utiles. Aucune, par conséquent, ne satisfait aux premières lois, aux premières conditions de la saine méthode scientifique et de la bonne théorie.

Ce n'est pas tout. Nous allons voir qu'étudiées en elles-mêmes, en regard des faits sur lesquels elles s'appuient, elles ne soutiennent pas le plus léger examen.

La première, appelant exclusivement l'attention des praticiens sur les symptômes les plus apparents, les plus alarmants, sinon les plus graves du choléra, savoir : les vomissements et la diarrhée, partant de ce fait vrai que ces deux symptômes accompagnent et dénotent très souvent l'inflammation de la membrane muqueuse gastro-intestinale, en tira la conséquence que telle devait être la nature de la maladie nouvelle. Si les auteurs de cette hypothèse, bien antérieure à la doctrine physiologique, à laquelle on continuera cependant de l'attribuer, parce qu'il est de mode aujourd'hui d'en faire le bouc émissaire de toutes les iniquités théoriques et pratiques de la médecine; si ces auteurs, dis-je, avaient remarqué que chez les cholériques la circulation est ralentie, le pouls petit, faible et quelquefois imperceptible, et la température du corps abaissée au-dessous de l'état normal, s'ils avaient réfléchi qu'une inflammation aussi grave qu'ils étaient obligés de l'admettre dans leur supposition et occupant des organes aussi importants, ne pouvait pas exister sans accélération du pouls et sans augmentation de la chaleur de la peau, ils auraient renoncé bien vite à leur opinion, ou plutôt elle ne fût pas née dans leur esprit.

La seconde, ni moins exclusive, ni plus fondée, repose sur la seule considération de l'asthénie profonde dans laquelle sont plongés tous les malades atteints de choléra. Les médecins français, qui l'ont trouvée toute faite dans les écrits de leurs confrères d'Angleterre ayant exercé dans l'Inde, l'ont adoptée sans plus d'examen. Peut-être, au reste, l'ont-ils réinventée. C'était si facile. Ce n'est pas elle du moins qu'on accusera d'être physiologique. N'est-ce pas celle qu'imaginent du premier coup les gens du monde et les garde-malades? Ils ne se sont pas demandé d'où provenait cette asthénie, et quelles étaient les altérations des solides ou des liquides du corps humain qui la produisaient. Ils se

---

leur de préparation, ressource excellente, mais nécessairement très restreinte et seulement temporaire.

Serions-nous condamnés à n'attendre que de l'avenir et des progrès nécessairement très lents des arts agricoles, une amélioration à l'état actuel des choses?

Non, dit M. Geoffroy Saint-Hilaire.

« Il est heureusement une autre réserve où nous pouvons puiser aujourd'hui, demain, toujours, sans l'épuiser jamais, car elle répare sans cesse ses pertes. Réserve que nous n'avons pas à aller chercher par delà les mers, pas même par delà la frontière; elle est partout sous notre main; si bien qu'il suffirait de vouloir *aujourd'hui* pour que le bienfait fût obtenu *demain*. Si abondante d'ailleurs que, telle qu'elle est présentement, et rien n'était fait pour l'accroître, elle pourrait donner autant en une semaine qu'en un long temps l'importation des viandes conservées d'Amérique.

» La chair du cheval est cette immense réserve : la principale, plus encore la seule véritablement importante à laquelle nous puissions recourir; la seule qui puisse ajouter assez à l'alimentation animale des classes laborieuses pour la modifier notablement; pour soulager efficacement les maux du présent, en attendant que la science guérisse ceux de l'avenir. » (P. 48.)

Mais, ajoute l'auteur, des chiffres valent mieux que des mots, et voici les chiffres qu'il indique :

Il y a, en France, 3,400,000 chevaux, juments ou poulains. La vie moyenne du cheval étant de 12 ans, il suit qu'il meurt par an 283,000 de ces animaux. Pour plus de sûreté, M. Geoffroy Saint-Hilaire n'évalue la mortalité qu'à 266,000.

Quel est le rendement d'un cheval en viande utilisable pour l'alimentation? Par les évaluations les plus modérées et basées d'ailleurs sur des expériences authentiques, l'auteur fixe ce rendement à un peu plus de 224 kilogrammes par cheval. C'est-à-dire que le cheval pourra fournir 50,264,000 kilogrammes de viande par an; ou par jour, 138,695 kilog. C'est-à-dire encore, que la viande de cheval utilisée pour la boucherie augmenterait de 1/14me cet élément indispensable à l'alimentation de l'homme.

« Singulière anomalie sociale, s'écrie M. Geoffroy St-Hilaire, et qu'on s'étonnera un jour d'avoir subie si longtemps! *Il y a des millions de Français qui ne mangent pas de viande*, et chaque mois *des millions de kilogrammes de bonne viande sont*, par toute la France, *livrés à l'industrie*, pour des usages très secondaires, *ou même jetés à la voirie!* » (Page 57.)

Après la question de la quantité, celle de la qualité.

Et d'abord la viande de cheval est-elle insalubre?

Par analogie, on peut répondre non. La chair de cheval est composée des mêmes principes immédiats et des mêmes sels que les autres viandes de boucherie, à l'exception d'un excès de *créatine*, cette substance azotée à laquelle M. Liebig attribue précisément un grand rôle dans les actions vitales.

L'observation et les faits confirment l'induction analogique.

D'abord, tous les animaux carnassiers de la ménagerie sont nourris de viande de cheval et ne s'en portent pas plus mal.

Mais notre estomac plus délicat que celui des animaux s'accommode-t-il aussi bien de cette nourriture?

Non, disent les docteurs chinois; mais le passage du *Peu-Thsao* que rapporte l'auteur, ne contient que des puérilités indignes de retenir l'attention des savants.

Hippocrate est moins sévère : « La viande d'âne est évacuante, dit-il (*Sur le régime*); celle d'ânon encore davantage. La *viande de cheval est plus légère.* »

Huzard, Larrey, Parent-Duchâtelet, M. Milne-Edwards rapportent des faits et des expériences faites sur de grandes proportions et qui prouvent irrévocablement non seulement l'innocuité de la viande de cheval consommée par l'homme sain, mais qu'elle est même salutaire à l'homme malade. Voici, par exemple, un passage d'Huzard qui est fort curieux, car il expose les résultats d'une grande expérience faite sur elle-même par la population de Paris, pendant la Révolution :

« Pendant six mois (en 1793 et 1794), une partie de la viande consommée à Paris provenait de chevaux abattus, et *il n'en résulta pas le moindre inconvénient, même pour ceux qui en firent un usage continuel.* Quelques particuliers, il est vrai, ayant découvert l'origine de cette viande (qu'ils avaient prise, jusque là, pour de la *viande de bœuf*), firent quelques plaintes qui furent consignées dans les procès-verbaux des commissaires de police, que nous avons trouvés; mais *aucun ne parle de maladies ou même d'indispositions occasionnées par cette nourriture.* »

Opinion de Larrey : « L'expérience démontre que l'usage de la viande de cheval est très convenable pour la nourriture de l'homme. »

Conclusion de Parent-Duchâtelet : « Cette nourriture était très bonne et très recherchée dans les temps reculés. Elle n'a pas changé de nature, et elle convient autant aux estomacs de nos contemporains qu'à ceux de nos ancêtres..... Le cheval peut donc fournir des substances alimentaires saines, abondantes et à vil prix, et dont l'emploi n'a pas jusqu'ici profité à la classe indigente. »

Est-ce assez de ces témoignages et de ces preuves? Non; M. Geoffroy Saint-Hilaire présente encore dans sa septième lettre un aperçu très intéressant sur l'emploi alimentaire des animaux congénères du cheval, les zèbres, l'onagre, l'hémione, l'hamar, chez un grand nombre de peuples.

Tous les sauvages du sud de l'Afrique, dit M. Jules Verreaux, mangent les zèbres, les dauws et les quaggas, et les colons eux-mêmes ne s'en font pas faute. « J'en ai mangé, moi aussi, lorsque j'étais privé d'autre nourriture, et je peux affirmer que la *viande en est saine et bonne*, surtout lorsqu'ils sont jeunes. »

Au rapport de Marmol, l'âne sauvage gris des déserts de Numidie et de Lybie, fournit une chair fort bonne.

Les Romains, qui étaient un peu plus forts que nous en gastronomie, estimaient à un haut prix la viande de l'onagre d'Afrique, et Mécène leur avait appris à servir dans leurs repas la viande de l'ânon domestique : *Pullos epulari Mœcenas instituit*, dit Pline.

Xénophon rapporte que, dans la campagne des Dix mille, les Grecs aperçurent, dans les déserts de la Mésopotamie, des animaux qu'il appelle des ânes sauvages ou onagres. La chair est semblable, dit-il, à celle du cerf, mais plus délicate.

Selon Pallas, l'onagre ne serait pas seulement bon, mais excellent. Il fait le même cas de l'hémione.

« Ainsi, dit M. Geoffroy St-Hilaire et après avoir rapporté beaucoup d'autres témoignages, des trois sections dont se compose le genre cheval, les zèbres, les onagres, le cheval, en voici déjà deux pour lesquelles aucun doute ne saurait s'élever.. Les zèbres donnent une bonne viande; les onagres et hémiones, une viande non seulement bonne, mais excellente; un des mets autrefois les plus appréciés de la sensualité romaine; aujourd'hui *une des plus grandes délicatesses* chez les Orientaux, une viande dont le renom est devenu proverbial; aussi nutritive d'ailleurs et aussi saine qu'agréable au goût.

» Le cheval serait-il le seul solipède dont la chair fût mauvaise? Une exception unique, dans un groupe d'espèces si naturellement unies, est-elle présumable? Je dirai plus : est-elle possible?

» Vous répondrez, et vous aurez raison, que si elle n'est pas présumable, si elle semble impossible, il n'appartient qu'aux faits de prononcer ici le *oui* ou le *non*. L'analogie crée une vraisemblance, mais les faits seuls sont des preuves.

» Voyons donc les faits. » (P. 90)

(La suite à un prochain N°)

Amédée Latour.

sont arrêtés à la surface des choses, et bien qu'ils n'ignorassent pas que, dans la plupart des maladies, l'asthénie n'est qu'un symptôme et non le mal lui-même, ils ne se sont pas donné la peine de pénétrer plus avant. Semblable en cela à l'homme qui voyant sa montre retarder, accuserait la lenteur des aiguilles d'en être la cause. Aussi ont-ils adopté un mode de traitement simple et superficiel comme leur théorie : abreuver les malades de spiritueux, pousser les aiguilles de la montre avec le doigt.

La troisième, plus étroite encore que les précédentes, est édifiée tout entière sur l'observation d'un seul symptôme ou accident du choléra, l'épaississement du sang, dont on n'a su donner qu'une simple explication erronée. Ayant remarqué que, dans les cas de choléra d'une certaine intensité, le sang circule avec lenteur, s'échappe en bavant par l'ouverture pratiquée à la veine, et semble avoir perdu une partie de sa fluidité normale, et, attribuant son épaississement à la perte du sérum enlevé, disent-ils, par l'abondance des vomissements et des garde-robes, quelques médecins ont cru trouver la raison de tous les accidents cholériques dans cette altération, et ont conseillé l'usage des alcalins pour y remédier. D'autres ont même eu la singulière idée d'injecter de l'*eau* dans les veines pour remplacer le *sérum* du sang. Proposer d'injecter un liquide d'une composition déterminée, pour en remplacer un autre dont la composition est toute différente, ce peut bien être là une idée de physiologie expérimentale, mais, à coup sûr, elle n'appartient pas à la physiologie du bon sens.

L.-Ch. ROCHE,
Membre de l'Académie de médecine.

(La suite prochainement.)

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (1);

Recueillies par M. RICHARD-MAISONNEUVE, interne du service.

Dixième Leçon.

Phénomènes de réparation après la section des autres tendons. — Nous avons étudié, dans le tendon d'Achille, les phénomènes de réparation qui succèdent à la ténotomie.

Il se passe des phénomènes analogues après la section des autres tendons du pied, sauf quelques différences qui tiennent aux tendons eux-mêmes et à la disposition des parties qui les entou

Pour les péroniers latéraux, les phénomènes sont les mêmes que pour le tendon d'Achille; seulement leur accollement réciproque et la proximité de l'os les exposent à contracter plus facilement des adhérences qui peuvent gêner leurs mouvements, en les empêchant de glisser l'un sur l'autre ou à la surface du péroné.

Les fléchisseurs du pied sont dans des conditions un peu moins favorables, et leur réunion, après leur section sur le coude-pied, peut être aisément entravée par un trop grand écartement des extrémités tendineuses ou par des mouvements trop répétés.

Ces deux circonstances nuisent, en effet, au travail de réparation; le tendon d'Achille lui-même ne se réunit pas ou ne se réunit qu'imparfaitement, quand il existe entre ses bouts un écartement de plusieurs pouces, ou quand ils sont exposés à des mouvements continuels.

Mais c'est surtout au jambier postérieur, aux péroniers en arrière et au-dessous de la malléole, aux fléchisseurs des orteils dans leurs coulisses phalangiennes, que le travail de réparation rencontre des obstacles qui n'existent pas au tendon d'Achille. Les tendons renfermés dans des coulisses ostéo-fibreuses ne sont pas environnés de tissu cellulaire, et le plasma doit provenir alors, soit des deux bouts du tendon, soit de la synoviale. Si les tendons sont très grêles, et leurs bouts trop éloignés après la section, la production plastique peut être insuffisante pour combler leur intervalle; si l'exhalation plastique s'étend au feuillet pariétal de la membrane synoviale, il y aura des adhérences dans la coulisse ostéo-fibreuse, et le mouvement du muscle sera aboli; les tendons accolés pourront aussi s'unir, et leur action isolée sera compromise.

Sans doute, on diminue ces chances fâcheuses, en ayant soin de ne diviser la gaîne fibreuse que dans le plus petit espace possible; de ne pas dépasser les limites du tendon; de maintenir les bouts tendineux suffisamment rapprochés; d'empêcher tout mouvement nuisible. Mais, malgré toutes ces précautions, on n'est pas certain, la plupart du temps, d'obtenir une réunion complétement satisfaisante, dans plusieurs des cas que je viens de mentionner.

C'est ce qui résulte des faits produits dans une discussion mémorable de l'Académie de médecine, en 1842, à l'occasion de la présentation de quelques tendons que j'avois divisés sur des chiens, tués plus ou moins longtemps après la section. Il s'agissait, à la vérité, des muscles de la main; mais les mêmes considérations s'appliquaient évidemment au pied, *pes altera manus*. C'est ce que M. Velpeau fit très bien ressortir, en posant, à l'égard des muscles du pied, des principes analogues à ceux que je viens de développer devant vous (2).

Au reste, la doctrine de la ténotomie est loin de posséder, pour les tendons dont il s'agit, des données anatomo-pathologiques aussi précises que pour le tendon d'Achille. Il faudrait des expériences multipliées sur les animaux, dans des conditions diverses; des recherches nouvelles sur l'état anatomique et physiologique des muscles divisés chez l'homme, pour fixer la science sur ce point. C'est une lacune sur laquelle j'appelle l'attention de nos candidats au doctorat; déjà l'un de leurs devanciers, M. Acher, s'est attiré de justes éloges par une très bonne thèse sur la réunion des tendons, à une époque où la ténotomie ne fournissait aucun des faits qui pullulent aujourd'hui de toutes parts.

En attendant qu'un travail analogue nous apporte de nouvelles lumières, je ferai remarquer que, heureusement pour le praticien, les fonctions du pied n'exigent pas la même précision de mouvements que celles de la main. Il en résulte que l'on peut souvent, sans préjudice pour les malades, et même à leur avantage, pratiquer au pied des sections qui affaiblissent ou détruisent l'action de certains muscles, si c'est le seul moyen d'obtenir une rectitude indispensable aux fonctions du membre.

Accidents de la ténotomie. — Je vous ai décrit ce qui se passe après la section des tendons dans le plus grand nombre des cas; mais les suites de la ténotomie ne sont pas toujours aussi simples : la fièvre traumatique, des symptômes nerveux, l'érysipèle, la phlébite, et surtout l'inflammation phlegmoneuse, la suppuration, tels sont les accidents qui peuvent suivre, exceptionnellement il est vrai, les sections tendineuses.

Le moins rare de ces accidents est la suppuration. Celle-ci se déclare, tantôt d'emblée, dans tout le trajet parcouru par l'instrument; tantôt elle commence à la petite plaie du tégument et s'étend de là aux parties profondes. Quelquefois enfin, la piqûre se ferme comme à l'ordinaire, et la plaie profonde suppure; le pus se fraie alors un passage par la piqûre, qui se rouvre, ou par un autre point du tégument.

Si la suppuration n'envahit que la petite plaie cutanée, le seul inconvénient qu'elle produit, c'est de gêner pendant quelque temps l'application de l'appareil. Mais si la suppuration est profonde, elle peut compromettre le résultat de l'opération en faisant ajourner forcément la suite du traitement. Elle peut aussi s'accompagner d'un état fébrile qui, surtout chez les jeunes enfants, est susceptible de produire une maladie sérieuse.

Différentes circonstances peuvent amener cette suppuration : la trop grande étendue de la plaie des téguments, sa communication trop large ou trop directe avec la plaie du tendon, l'écartement forcé, le tiraillement, le frottement de ses bords, la pression de quelque pièce d'appareil. Une extension trop forte, exercée prématurément sur les tissus divisés, suffit quelquefois pour transformer l'inflammation plastique en inflammation suppurative. Il en est de même d'une idiosyncrasie, d'un état cachectique, de la scrofule, d'une maladie aiguë intercurrente. C'est ce qui vient de se passer sur la petite fille opérée dans la séance précédente. Chez cette enfant, l'opération a été exécutée très régulièrement; la piqûre n'était pas plus apparente qu'une piqûre de vaccine; il n'est pas entré d'air dans la petite plaie; et cependant, aujourd'hui, il y a un abcès dans la plaie tendineuse, et il sort du pus par la piqûre. Cette inflammation est causée par une scarlatine qui s'est déclarée quarante-huit heures après l'opération. On ne nous avait pas prévenu, en nous amenant cette enfant, qu'elle toussait un peu, et qu'elle se plaignait déjà d'une légère céphalalgie; la maladie était alors évidemment à sa période d'incubation.

La suppuration peut encore être la suite d'un épanchement sanguin trop considérable; habituellement, néanmoins, un trombus, même volumineux, finit par être résorbé, et la cicatrice du tendon se forme comme à l'ordinaire; seulement, la cavité de cette cicatrice s'efface plus lentement, et on y trouve, longtemps après la section, les restes du coagulum décoloré. Ce coagulum ne joue ici que le rôle de corps étranger. Prétendre avec M. Ammon (1) que ce sang fournit à la nouvelle substance des matériaux organisables, c'est énoncer une opinion qui ne repose jusqu'à présent sur aucune preuve; ajouter avec MM. Pirogoff (2) et Kœrner (3) que la cicatrice est d'autant plus forte qu'il y a plus de sang épanché, c'est avancer une erreur démentie par des faits journaliers.

Plusieurs des causes de suppuration que je viens d'indiquer résultent, comme on a pu le voir, de la manière dont la ténotomie a été pratiquée et des soins consécutifs.

Il y a donc des conditions propres à assurer généralement, sinon constamment, l'innocuité des opérations de ténotomie. Ce sont : une piqûre de la peau aussi petite que possible et une prompte occlusion de cette ouverture; une séparation aussi complète que possible entre la piqûre et la plaie des tendons; un contact immédiat des tissus divisés; l'éloignement des causes d'irritation et la surveillance attentive des applications mécaniques.

On a beaucoup disserté sur les effets de l'influence de l'air dans les plaies sous-cutanées, et on y a attaché beaucoup trop d'importance. Si l'air ne se renouvelle pas, s'il est simplement emprisonné sous la peau, il est rapidement absorbé et sa présence momentanée ne produit pas le moindre accident. C'est ce que j'ai observé bien des fois, et ce que M. Malgaigne a constaté par des expériences directes sur les animaux (4). Chez le jeune garçon opéré dans la précédente séance, l'incision cutanée a été un peu plus large que chez la petite fille; il y est entré de l'air, donnant la sensation d'une crépitation sous-cutanée. Malgré cela, l'opération a suivi son cours habituel, et aujourd'hui c'est à peine si, en pressant l'intervalle de la section, on fait naître une légère douleur.

On traite les lésions accidentelles qui se manifestent après la ténotomie comme lorsqu'elles surviennent par d'autres causes. En général, elles n'ont pas de conséquences graves. Je ne connais pas de cas de mort à la suite de la ténotomie pratiquée pour le pied-bot.

Malgré ces accidents, la réparation se fait de la même manière que quand ils ne se sont pas présentés. On a observé au tendon d'Achille une foule d'exemples de cette réunion, chez l'homme et chez les animaux; la cicatrice tendineuse ne différait pas, dans ces plaies suppurantes, de celle qui se produit dans les cas ordinaires. Quelquefois seulement, la réunion est précédée de l'exfoliation d'une partie du tendon, et après la guérison, la cicatrice conserve en général des adhérences avec la peau et les parties profondes.

Mode d'action de la ténotomie dans les pieds-bots. — On comprend le mode d'action de la ténotomie dans la cure des pieds-bots. Mais une question diversement résolue est celle-ci : comment la réunion des tendons divisés ne reproduit-elle pas la déviation? Stromeyer l'expliquait en disant que la section du tendon faisait cesser le spasme musculaire, qui ne s'opposait plus dès lors à l'allongement du muscle; mais il n'admettait pas que cet allongement fût dû à la présence d'une substance de nouvelle formation, car la réunion se faisait, selon lui, presque bout à bout.

Cette opinion n'est plus soutenable devant les faits nombreux qui en démontrent l'inexactitude. L'allongement du muscle résulte, en effet, de l'interposition de la nouvelle substance entre les deux côtés de la section. Le bout supérieur du tendon ne descend *jamais* au-dessous du lieu où la section a été faite, comme cela devrait être, s'il y avait allongement du corps charnu; il remonte, au contraire, dans beaucoup de cas, par la rétraction des fibres musculaires. Quant au bout inférieur, il descend et s'éloigne du supérieur en proportion de l'abaissement de son point d'insertion, abaissement qui résulte de l'influence du traitement mécanique sur la position des os. C'est ce qu'il est facile de constater, par exemple, au tendon d'Achille, attiré en bas avec le talon, que les appareils ramènent au contact avec le sol.

Aussi qu'arrive-t-il, si les moyens mécaniques ou l'action des muscles antagonistes ne rétablissent pas la position normale du pied? Le bout inférieur n'étant pas écarté suffisamment du supérieur, la cicatrice tendineuse est trop courte et le muscle est presque aussi rétracté qu'avant l'opération.

Ce résultat nul de la ténotomie se voit aussi dans les cas où le traitement mécanique, convenablement employé au commencement, n'a pas été assez longtemps mis en usage; le tissu cicatriciel, que l'on a cessé d'étendre avant son entier développement, se rétracte, comme tous les tissus cicatriciels, et la difformité est reproduite en tout ou en partie.

Ce fait répond victorieusement à ceux qui reprochent à la ténotomie de trop affaiblir le muscle en l'allongeant, puisque, si cet allongement n'est pas suffisant, le muscle a encore assez de force pour reproduire la déviation. Sans doute, en exagérant l'extension, on peut amener une débilité du muscle; c'est au médecin à agir dans les limites convenables.

Section des ligaments. — On ne s'est pas borné à couper les tendons dans les pieds-bots, on a encore divisé les ligaments. L'idée est rationnelle en théorie; est-elle réalisable dans la pratique? La plupart des chirurgiens ne l'ont pas cru sans doute, car cette opération a peu cours aujourd'hui. M. Velpeau a bien parlé, dès 1839, de la section des ligaments latéraux de l'articulation tibio-tarsienne; mais il ajoute qu'il est douteux que l'indication d'une opération semblable puisse se présenter aux pieds (1).

Cependant cette opération a été pratiquée, depuis, un certain nombre de fois. On a divisé, dans le varus, non seulement une partie du ligament interne ou deltoïdien, mais encore les fibres ligamenteuses internes des articulations astragalo-scaphoïdienne et scaphoïdo-cunéennes. On a peu fait connaître les détails et les résultats de ces opérations; il paraîtrait même qu'on n'a pas toujours bien su ce que l'on coupait, car, dans quelques observations isolées, on nomme des ligaments inconnus dont on aurait fait la section, tels qu'un ligament *tibio-calcanien externe*, un ligament *astragalo-scaphoïdien* qu'on trouverait au bord *interne* du pied.

Au surplus, de graves objections s'adressent à cette méthode. Quelles que soient les connaissances anatomiques et l'habileté de l'opérateur, il ira le plus souvent au hasard; des tendons qu'il serait préférable de respecter seront coupés; des vaisseaux et des nerfs pourront être atteints; souvent la section des fibres ligamenteuses aura une étendue insuffisante. Il faut aussi tenir compte de l'ouverture des articulations. Bien que ces tentatives aient fait connaître le peu de danger de ces plaies articulaires, quand elles sont sous-cutanées, on ne peut être assuré de leur constante innocuité. Ces différents motifs doivent engager, en définitive, à s'abstenir en général d'une opération dont les avantages sont le plus souvent problématiques. Si, dans un cas donné, on se décidait à y recourir, le procédé serait le même que pour la section des tendons.

Section des brides accidentelles. — On a quelquefois à diviser, avec les tendons, des brides cutanées, ou fibro-cellulaires, qui ne peuvent s'étendre par la seule action des moyens mécaniques. C'est ce qui a été pratiqué avec succès par Vallin, de Nantes, dans un talus dont je vous ai déjà parlé. Le second moule en plâtre, que je vous présente, montre à quel point cette opération a modifié la difformité représentée par le premier moule.

(Prochainement la suite de la 10e leçon.)

(1) Voir les numéros des 8, 17, 19, 26, 31 juillet, 9, 14, 20 août, 6, 13, 20 et 23 septembre.

(2) Velpeau, *Discours sur la ténotomie*, *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. VIII, p. 353.

(1) *Physiologia tenotomiæ*; voyez l'*Expérience*, nº du 20 décembre 1837.

(2) *Ueber*, etc., ou *De la section des tendons d'Achille*, Dorpat, 1840, fol.

(3) *Annales de la chirurgie franç. et étrang.*, t. VII, p. 270, 1843.

(4) Voyez *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. VIII, p. 718.

(1) Velpeau, *Médecine opératoire*, 2e édit., t. I.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 15 Septembre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Traitement de l'asphyxie.

M. Marshall Hall fait la communication suivante, relative aux règles pour le traitement de l'asphyxie.

Je me suis occupé récemment de recherches sur la théorie de l'apnée et de l'asphyxie, recherches dont j'espère bientôt faire hommage à l'Académie des sciences. Aujourd'hui, je me bornerai à présenter, dans l'intérêt immédiat des malheureux à demi noyés, quelques résultats pratiques formulés en règles pour le traitement de cet accident.

Règle I. *La glotte libre.* — Dans tous ces cas, il faut commencer par mettre le malade sur sa face, un de ses bras étant placé de manière à soutenir le front. Alors tout liquide, l'eau, la salive, les mucosités, les matières venant de l'estomac, la langue même, tombent en avant, en laissant la glotte libre, d'obstruée qu'elle était, et la respiration devient possible; tandis que cette respiration, lorsque le malade est couché sur le dos, aura souvent été, pour des raisons contraires, impossible.

La respiration, ainsi rendue possible, s'effectue de deux manières: ou elle peut être excitée physiologiquement, ou elle peut être imitée machinalement.

Règle II. *Respiration excitée.* — Pour exciter la respiration, il faut irriter les narines ou la gorge au moyen d'une plume ou autre objet, dans l'espoir de produire un de ces actes inspiratoires qui précèdent ce'ui de l'éternuement ou celui du vomissement; ou bien il faut frotter, sécher et chauffer la figure, et lui jeter ensuite de l'eau froide avec force. Dans cette dernière manœuvre, c'est la différence de température qui en constitue l'efficacité comme moyen excitateur de la respiration.

Règle III. *Respiration imitée.* — Mais surtout il ne faut pas perdre du temps à faire ces tentatives. Si elles ne réussissent pas immédiatement, il faut se hâter d'imiter les actes de la respiration de la manière suivante :

Le malade étant posé sur la poitrine, on remarque qu'il y a expiration, que cette expiration s'augmente en comprimant le dos, et qu'on enlevant cette compression une inspiration commence, qui devient complète en tournant le malade sur le côté et un peu au delà. Ainsi, je conseille de mettre le malade sur la poitrine, d'exercer une compression sur le dos, de faire cesser cette compression, et de tourner sur le côté alternativement, doucement, régulièrement, de dix à quinze fois par minute.

Il s'accomplit souvent alors une belle respiration, d'un demi-litre d'air atmosphérique dans les cas moyens; fait important que j'ai établi par un grand nombre d'expériences sur des cadavres. Il est, en effet, facile de s'apercevoir que, lorsque le corps repose sur la poitrine, cette cavité est comprimée par une force qui équivaut au poids du sujet, d'où arrive l'expiration; et que, lorsqu'il est tourné sur le côté et un peu au delà, cette force est enlevée, d'où inspiration à son tour, la glotte restant toujours libre.

Règle IV. *Circulation.* — Soutenant ces actes respiratoires, il faut ensuite que chaque membre soit bien saisi et comprimé des mains, et que le sang des veines soit poussé par un mouvement rapide et énergique vers le cœur.

Règle V. *Chaleur.* — La surface du corps du malade se sèche et se chauffe en même temps par ce frottement de la meilleure manière possible, et se conserve au moyen de vêtements secs. Il faut que la chaleur résulte des mouvements que nous venons d'indiquer. Toute chaleur d'origine étrangère est non seulement inutile, mais nuisible, puisqu'il est prouvé par les expériences d'Edwards et de M. Brown-Séquard qu'un animal asphyxié meurt plus promptement quand la température est plus élevée. Une fois la circulation rétablie, on peut s'occuper de réchauffer artificiellement la surface du corps.

Second conduit pancréatique chez le bœuf.

M. J. Poinsot communique sur ce sujet le travail qu'il a déjà présenté à l'Académie de médecine, et dont nous avons déjà publié un résumé. Ce travail est renvoyé à l'examen de MM. Velpeau et Cl. Bernard.

— M. Apostolides adresse un mémoire intitulé : *De quelques opérations pratiquées dans les voies aériennes.* (Commissaires : MM. Velpeau, J. Cloquet, Jobert de Lamballe.)

Séance du 22 Septembre 1856.

Action physiologique et thérapeutique du courant galvanique constant sur les nerfs et les muscles de l'homme.

M. Remak, de Berlin, lit, sous ce titre, la note suivante :

Au mois de décembre de l'année passée, j'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie une note sur des contractions toniques des muscles produites chez l'homme au moyen de courants galvaniques constants. En poursuivant depuis ce temps ces expériences, je suis arrivé à mettre hors de doute que les contractions toniques ou continues qui surviennent dans un membre pendant le passage d'un courant constant par un tronc nerveux, soit dans les muscles antagonistes, soit dans les muscles animés par ce même nerf, soit de nature réflexe, et peuvent, par conséquent, être produites aussi par l'excitation galvanique de certains nerfs cutanés. Il était donc démontré que l'excitation continue des fibres nerveuses sensibles, qui, comme on le sait depuis Volta, se produit par l'action du courant galvanique continu, peut se transmettre chez l'homme jusqu'aux centres nerveux, et causer même des contractions continues des muscles qui sont en rapport avec les parties centrales excitées.

A la même époque, une autre série de recherches anatomiques et physiologiques m'avait conduit à essayer sur l'homme l'effet des courants électriques pour faire cesser des contractures. M. Edouard Weber avait trouvé dans des expériences sur la grenouille (1845) que les muscles deviennent plus souples par l'action du courant induit. La première expérience faite par moi (le 13 juin 1856) sur une femme souffrant depuis deux ans d'hémiplégie avec contractures, confirmait en apparence ce résultat; mais je reconnus bientôt que les muscles délivrés de la contracture par le courant induit ne rentraient pas sous l'empire de la volonté. En conséquence, j'entrepris la même expérience (le 22 juin) en remplaçant le courant induit par le courant constant d'une batterie de vingt éléments de Daniell. Après avoir conduit le courant pendant quelques minutes par les muscles contracturés de l'épaule, j'eus la satisfaction d'observer qu'ils devenaient plus mous et commençaient à obéir à la volonté de la malade. En poursuivant ces expériences, toujours avec un succès croissant, sur la même personne pendant un mois, mon attention fut captivée par des phénomènes qui me forcèrent à supposer que la cessation des contractures n'est pas un fait simplement périphérique, mais qu'elle est causée par une excitation de centres nerveux. Par là mes recherches furent dirigées vers une application thérapeutique des contractions galvano-toniques découvertes par moi sur mon propre corps, et je continuai à essayer les effets du courant constant en guérissant un grand nombre de contractures rhumatiques, arthritiques et paralytiques, c'est-à-dire de celles qui se combinent avec l'hémiplégie cérébrale.

Dans le cours de ces traitements d'hémiplégies, il m'est arrivé plusieurs fois de voir que la parlysie de la face ou de la langue, ou même la faiblesse intellectuelle, s'était améliorée, quoique les courants galvaniques n'eussent été conduits que par les extrémités. Ainsi il ne restait plus de doute que l'action du courant se transmettait aux centres nerveux, et je fus conduit à essayer la guérison de la chorée partielle et générale, puis des paraplégies, notamment de cette paralysie de la moelle épinière, qui est connue en Allemagne sous le nom de *tabes dorsalis*, et que l'on suppose ordinairement être causée par atrophie de la moelle épinière.

Je ne veux pas parler encore des succès étonnants que j'ai obtenus dans le traitement de ces maladies, ainsi que de la paralysie de la vessie et du rectum; mais je dois dire, à cette occasion, que tous ces succès élargissant le point de vue où je m'étais placé jusqu'ici dans mes expériences, me portaient à croire que le courant constant est en état, non seulement d'exciter les centres nerveux, mais de régler et de rétablir les actions des cellules ganglieuses centrales, en leur communiquant l'excitation périphérique des fibres nerveuses. On comprendra aisément comment, en suivant cette hypothèse, j'ai pu guérir même des névralgies des extrémités déjà très anciennes et apaiser quelquefois des tremblements des membres qui évidemment avaient une cause centrale.

Il y a même des faits qui permettent de supposer que les fibres nerveuses, et par conséquent les cellules ganglieuses pourraient, sous l'influence du courant constant, revenir à leur volume normal. Au moins j'ai observé plusieurs fois que les muscles atrophiés d'un membre s'augmentaient subitement de volume pendant que le courant traversait les troncs nerveux, et je ne peux pas croire que cet effet soit purement périphérique, parce que je ne l'ai observé que dans des cas où les muscles étaient sujets, pendant le passage du courant, à des tremblements ou des contractions violentes, qui, selon mes expériences physiologiques, doivent être considérées comme mouvements reflexes. D'autre part, il résulte des recherches microscopiques que j'ai faites pendant les dernières années, que la partie centrale des fibres nerveuses découverte par moi en 1837, et reconnue maintenant sous le nom de *cylindre d'axe de Purkinje*, qui lui a donné ce nom, peut se gonfler quand elle est délivrée de sa gaine en présence de liquides, et perd cette propriété endosmotique quelque temps après la mort, en subissant un endurcissement analogue à la rigidité cadavérique de la fibre musculaire.

Comme le nombre des malades qui faisaient l'objet de ces recherches ne dépasse pas encore deux cents, on ne me demandera pas d'entrer déjà dans des détails sur l'application méthodique des courants constants à la guérison de toutes les maladies nommées dans ce travail. Je veux dire seulement que la guérison des contractures rhumatismales, qui existent si souvent dans la classe ouvrière, est devenue un fait certain, qu'on peut quelquefois démontrer en quelques minutes, et que je me suis convaincu que l'on pourrait appliquer le courant galvanique à la guérison ou amélioration des déviations scoliotiques et du rétrécissement de la cavité pectorale, qui surviennent si souvent dans la jeunesse par contracture et par faiblesse des muscles respiratoires. Il s'agit, comme on voit, d'un problème important, c'est-à-dire d'agrandir la surface respiratoire et de prévenir, si c'est possible, les destructions pulmonaires en tant qu'elles sont occasionnées ou facilitées par un rétrécissement de la cavité pectorale. (Com. MM. Andral, Rayer, Velpeau.)

— M. Milne-Edwards dépose sur le bureau de l'Académie une lettre de M. le docteur Knox au sujet de ses travaux sur l'adaptation locale de l'œil. (Renvoyée à la commission chargée de l'examen des communications de MM. Rouget et Muller sur le même sujet, commission composée de MM. de Quatrefages et Cl. Bernard.)

Développement incomplet de l'une des moitiés de l'utérus, et dépendance du développement de la matrice et de l'appareil urinaire chez la femme.

M. Stoltz communique sous ce titre un mémoire très étendu, qu'il résume en ces termes :

1° Il existe un vice de conformation de l'utérus qui consiste dans le développement incomplet d'une des moitiés de son corps, et par suite duquel cette moitié défectueuse ne se trouve plus en rapport de continuité avec la moitié complète que par un cordon charnu, aplati.

2° On reconnaît facilement ce vice de conformation aux caractères suivants :

a La moitié ou corne incomplète est plus ou moins éloignée de la moitié complète, et comme isolée dans la duplicature du péritoine appelée ligament large ;

b Elle consiste en un corps ovoïde, charnu, creux;

c Elle a des annexes tantôt normalement, tantôt vicieusement conformés ou imparfaitement développés ;

d Elle est en rapport avec la corne complète au moyen d'un cordon fibreux plus ou moins épais et long.

3° La corne complète présente une configuration particulière dépendante de son isolement :

a Elle est ordinairement allongée, recourbée vers le côté auquel elle appartient, convexe du côté qui est dirigé vers la moitié incomplète;

b Son fond, au lieu d'être large est plus ou moins acuminé ;

c C'est de cette espèce de sommet représentant l'angle que se détachent la trompe, le ligament de l'ovaire et le ligament rond, dont les insertions sont très rapprochées.

4° Un col souvent volumineux termine inférieurement la corne complète. Celui de la corne incomplète est représenté par le cordon qui la rattache à la première. La cavité du col n'est en rapport direct qu'avec la corne parfaite ; la corne vicieuse s'y ouvre quand son cordon est canaliculé.

5° La conception et la grossesse sont possibles dans la corne complétement développée. Cette possibilité est subordonnée à l'existence d'un canal de communication entre la cavité de la corne incomplète et celle du col.

6° L'œuf fécondé ne peut cependant jamais arriver à maturité, parce que la poche dans laquelle il est renfermé n'a pas les éléments d'un accroissement suffisant. Elle se rompt du troisième au cinquième mois ; sa rupture est généralement mortelle.

7° Jusqu'à ce jour, la grossesse, dans la corne utérine incomplète, a presque toujours été confondue avec la grossesse extra-utérine tubaire.

8° C'est le plus souvent à gauche qu'existe le vice de conformation organique en question.

9° Le développement incomplet de l'une des cornes utérines est quelquefois le seul vice de conformation qu'on rencontre sur le cadavre; le plus souvent cependant on en découvre d'autres qui indiquent que ces anomalies se sont formées sous l'influence d'une cause commune.

10° Un défaut organique qui semble lié au développement incomplet d'une des cornes utérines, c'est l'absence du rein du même côté. La capsule surrénale existe toujours. L'absence du rein implique celle de l'uretère et entraîne un développement unilatéral de la vessie. (Commissaires : MM. Serres, Velpeau et Coste).

— M. Desatvre adresse pour le concours Montyon (médecine et chirurgie) des recherches sur les causes et le traitement de la phthisie pulmonaire ; il y joint, conformément à l'une des conditions imposées aux concurrents, une indication de ce qu'il considère comme neuf dans son travail.

— M. le ministre de l'instruction publique transmet l'extrait d'un décret impérial, en date du 8 septembre courant, autorisant l'Académie à accepter le legs d'une somme annuelle de 3,000 fr., fait par M. le baron Barbier, pour la fondation d'un prix annuel à décerner à celui qui fera une découverte précieuse pour la science chirurgicale, médicale, pharmaceutique et dans la botanique ayant rapport à l'art de guérir.

Si l'Académie ne pouvait décerner le prix, les sommes restées sans emploi s'ajouteraient à la valeur du prix à décerner l'année suivante.

RÉCLAMATION.

Angoulême, le 27 Septembre 1856.

Monsieur le rédacteur,

Je viens de lire dans votre journal du 25 septembre dernier un article de M. Paupert sur le *traitement des kystes volumineux de l'ovaire par la ponction répétée, préparatoire aux injections iodées*, où je trouve le passage suivant : « Ce n'est que *depuis un petit nombre d'années* que M. Jobert, assimilant la poche ovarique à la cavité vaginale du scrotum, eut l'idée d'y faire pénétrer une injection alcoolique comme on le pratiquait déjà pour l'hydrocèle. »

Je crois que ce passage renferme une erreur involontaire de date et de nom, et que l'idée, ainsi que la pratique première de l'injection de liquides alcooliques dans les kystes ovariques, remonte déjà à une époque assez éloignée. Il y a, en effet, vingt-trois ans (en 1833), qu'étant élève dans le service de M. Magendie, salle Sainte-Monique, à l'Hôtel-Dieu, je vis cet illustre physiologiste, après *deux ponctions préparatoires* pratiquées à quinze jours d'intervalle dans un énorme kyste de l'ovaire plein de sérosité, injecter du vin chaud comme dans la tunique vaginale du scrotum (1), et après des accidents formidables, la femme revint à la santé et guérit de son hydropisie ovarique.

Au reste, ce n'est point ici une réclamation *à priori* et sans fondements antérieurs; je me conforme à la *jurisprudence-Arago* sur les réclamations de priorité en matière scientifique, jurisprudence que vous rappeliez dans votre premier-Paris du 25 septembre. En effet, j'ai publié ce fait curieux dans le journal l'*Expérience* du 10 septembre 1840, n° 167, et cette observation avait été remarquée par les auteurs, car voici comment elle fut appréciée en 1843 par le rédacteur de l'article Hydropisie de l'ovaire de la *Bibliothèque du médecin praticien* de Fabre (t. Ier, p. 670). « M. Gigon a publié (*Expérience*, t. VI, p. 16) un cas de guérison obtenue par des injections irritantes pratiquées dans le kyste; c'est un succès dont nous félicitons l'auteur, sans savoir *si nous oserions l'imiter.* »

Ainsi, il ne peut y avoir de doute : il y a vingt-trois ans, après des ponctions préparatoires multiples, Magendie injectait du vin chaud dans un kyste volumineux de l'ovaire et obtenait une guérison; et ce fait paraissait encore si audacieux dix ans après, que le rédacteur de Fabre disait qu'il n'oserait imiter le hardi professeur du Collége de France.

Il y a quelques années, étant à Paris, j'allai voir M. Magendie, à qui je rappelai cette opération, et non seulement elle était parfaitement présente à son esprit, mais encore il m'affirma qu'il avait pratiqué quatre autres fois cette même opération avec autant de succès.

Au reste si, à ces preuves écrites, il fallait ajouter des témoignages vivants, j'invoquerais les souvenirs d'hommes actuellement très bien placés au point de vue de la considération scientifique et très dignes de confiance; et d'abord, M. Piédagnel qui suppléait souvent M. Magendie pendant ses absences, qui a vu, soigné et même ponctionné la malade; M. Roberty (de Marseille), alors élève comme moi dans le service; puis l'interne, qui était ou M. Berryer-Fontaine ou M. Marrotte, je n'ai pas parfaitement présent lequel des deux; et enfin M. Fermond, aujourd'hui pharmacien en chef à la Salpêtrière, élève en pharmacie attaché au service, qui fut chargé par Magendie d'examiner la nature du liquide contenu dans le kyste.

Je crois que je n'ai plus rien à ajouter à ma démonstration; seulement, je tiens à déclarer que, bien que j'aie été le premier à publier cette observation curieuse, ma réclamation n'a rien qui me soit personnel; si je l'ai faite, c'est seulement par égard et par justice pour Magendie, l'un des maîtres dont j'ai gardé le meilleur souvenir.

Agréez, etc.

Dr Gigon.

(1) A cette époque, il n'était pas encore question des injections iodées.

COURRIER.

Le corps médical de Paris vient de faire une nouvelle perte par la mort de M. le docteur Cayol, ancien professeur de clinique médicale de la Faculté, auteur de plusieurs ouvrages et mémoires estimés, directeur de la *Revue médicale*, journal consacré à l'exposition et à la défense du vitalisme hippocratique.

— Nous avons aussi le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Cuffer, médecin de l'Hôtel-Dieu de Soissons, un de nos plus honorables et de nos plus distingués confrères des départements, qui vient de succomber à l'âge de 40 ans aux suites d'une longue et douloureuse maladie. La mort du docteur Cuffer a été un deuil pour la ville de Soissons. Un cortège immense d'amis, la population tout entière ont voulu l'accompagner à sa dernière demeure, et M. le docteur Fleurquin, son collègue et son ami, a prononcé sur sa tombe une allocution dans laquelle il a rendu un pieux hommage à la mémoire de cet homme de bien, de ce confrère méritant, si tôt enlevé à l'affection de ses clients et de sa famille.

M. le docteur Manec, chirurgien de la Salpêtrière, passe à l'hôpital de la Charité, en remplacement de M. le professeur Gerdy, décédé.

Le successeur de M. Manec à la Salpêtrière n'est pas encore nommé.

— On se souvient qu'en 1840 le docteur Schonbein fit la découverte d'un principe atmosphérique auquel on donne le nom d'*ozone*, et auquel on assigna une connexion probable avec certains effets de l'atmosphère affectant la santé publique; on cite, entre autres circonstances remarquables, que, pendant l'épidémie de l'été de 1854, l'ozone disparut complétement. C'est donc afin de découvrir la quantité d'ozone existant dans l'air, que le docteur Schonbein inventa l'ozonomètre, qui consiste simplement en bandes de papier préparées avec de l'iodure de potassium et de l'amidon. Ces papiers sont suspendus de manière à être exposés à l'action libre de l'air, mais non à l'action directe des rayons solaires. Quand l'ozone vient affecter le papier, il se teint de diverses ombres brunes (produit de la décomposition de l'iodure de potassium), dont l'intensité se mesure au moyen d'une échelle divisée en dix degrés. Ce papier d'essai, lorsqu'on l'immerge dans l'eau, prend une teinte bleue qui indique la quantité d'ozone. Tel est l'ozonomètre du docteur Schonbein.

Le *Critic*, journal de Londres, nous dit aujourd'hui que le docteur Moeat, de Bedfort, prépare le papier ozonométre d'après une autre formule, et que pour être employé, ce nouveau papier doit être suspendu dans une boîte percée de manière à laisser un libre passage à l'air, mais non à la lumière. Quand le papier préparé est ainsi exposé à l'action de l'air qui contient de l'ozone, il acquiert une teinte brune, qui varie en intensité de 0 à 10°. Le procédé du docteur Moffat n'exige pas l'immersion du papier pour la teinte bleue. Comme la valeur des observations dépend surtout de la sensibilité des deux papiers, et que, ainsi que nous l'avons dit plus haut, l'absence ou la présence de l'ozone dans l'air semble intimement liée à la santé publique, on a fait, pour la Société météorologique, un double essai, dont voici le résultat: pendant une période de dix-huit mois, les deux papiers, préparés chacun suivant la formule de son auteur, ont été soumis à l'épreuve, et pendant ce temps le papier du docteur Schonbein n'indiqua la présence de l'ozone que pendant 122 jours, tandis que les papiers du docteur Moffat furent décolorés pendant 207 jours, d'où il résulte que le papier préparé par le docteur Moffat est, des deux, le plus sensible.

— D'après un relevé statistique, il y a actuellement dans la monarchie autrichienne 6,398 médecins et 6,200 chirurgiens, 19,000 sage-femmes et 3,000 pharmaciens. Ce qui fait un médecin et un chirurgien pour à peu près 6,000 personnes, et un pharmacien pour environ 42,000. — (*Gazette de Cologne.*)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 121. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 7 Octobre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Le démon de Socrate. — II. CLINIQUE MÉDICALE : Bronchite capillaire ; péricardite avec épanchement très abondant ; opération ; mort ; autopsie. — III. MATIÈRE MÉDICALE : Expérience sur les différentes préparations de la ciguë. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Discussion sur un fait de péricardite avec épanchement considérable, opéré par le bistouri. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : M. Ricord à Bordeaux.

PARIS, LE 6 OCTOBRE 1856.

LE DÉMON DE SOCRATE.

La science des maladies mentales, l'étude, nous entendons une étude vraiment scientifique et médicale des anomalies sans nombre, des perversions si variées qui peuvent atteindre l'activité intellectuelle, est d'origine récente. Naguère encore régnaient dans toute leur force les préjugés de toutes sortes, philosophiques, religieux, religieux surtout, dont les conséquences ont été si funestes à l'humanité. Qu'il nous suffise de rappeler ici les innombrables victimes qui, dans les siècles précédents, ont été immolées à la stupide croyance aux sorciers, à la possession du démon, à l'influence de toute espèce de génies plus ou moins malfaisants (1).

Vers la fin du siècle dernier, grâce à quelques intelligences d'élite, la lumière s'est faite au sein de ces ténèbres, la vérité a surgi sur plusieurs points ; mais comme il arrive toujours en pareil cas, elle a été méconnue *(non cognoverunt)*, confondue avec l'erreur ; on l'a honnie, ridiculisée.....

C'est que la généralité des esprits était loin encore d'être suffisamment préparée pour la comprendre et l'accueillir. L'est-elle mieux aujourd'hui ? Nous ne tarderons pas à le savoir.

Quoi qu'il en soit, tel a été le sort de la vérité, qu'un savant membre de l'Institut a entrepris de démontrer, il y a plus de vingt ans déjà, dans un livre intitulé : *Du démon de Socrate*, livre dont il publie aujourd'hui la deuxième édition (2).

M. Lélut, concentrant pour ainsi dire au moyen d'une analyse sévère, minutieuse et pleine d'érudition, les plus vifs rayons de la science moderne sur un des faits de l'histoire ancienne les plus diversement interprétés, proclame dans son livre que les perceptions surnaturelles dont Socrate se disait le sujet, et que les siècles qui se sont succédé ont rapportées, d'après ses dires, *à un génie ou démon familier*, étaient de véritables hallucinations, des hallucinations dans toute la rigueur scientifique du mot, en d'autres termes, que Socrate était atteint de *folie sensoriale*.

On comprend tout ce qu'avait d'étrange, de répulsif même, cet affreux mot de *folie* accolé au nom de celui qu'on pourrait appeler le sage parmi les sages, du père de la philosophie antique, de Socrate en un mot !

M. Lélut ne se dissimulait pas la rudesse de la tâche qu'il avait entreprise ; mais l'énergie de ses convictions, l'entraînement, et nous croyons aussi, l'espèce de fascination que la vérité exerce sur certaines intelligences, l'empêchèrent heureusement d'entendre les clameurs qu'il devait s'attendre à soulever.

La science, comme la religion, a son église militante, dont M. Lélut est un des membres les plus zélés et les plus intrépides. Un motif puissant, d'ailleurs, devait vaincre toutes ses hésitations. Il est certains hommes qui, par l'étendue, l'élévation de leur esprit, la portée immense et presque infinie de leurs idées et de leurs conceptions, semblent avoir été placés par Dieu même à la tête de l'humanité comme ses chefs et ses guides naturels. Est-il besoin de dire tout l'intérêt qui se rattache à des études dont le but est d'approfondir la nature morale de ces grandes individualités, de découvrir la source de leurs pensées, de leurs déterminations, de celles qui ont décidé de l'existence politique, morale, religieuse de plusieurs millions de leurs semblables. La psychologie seule (nous entendons la psychologie *morbide*) pouvait faire pénétrer la lumière dans les mystères de ces organisations exceptionnelles, et donner une explication satisfaisante des étrangetés, des contradictions qui s'y rencontrent.

Privé de ce flambeau, l'historien n'a pu, jusqu'ici, que hasarder des conjectures, des hypothèses, qui tombaient d'elles-mêmes devant les faits. Les appréciations de la philosophie ont porté à faux, parce qu'elles étaient fondées exclusivement sur l'état normal ou physiologique des facultés intellectuelles, et non sur un état anormal, pathologique de ces mêmes facultés, le seul pourtant qui soit, ici, en cause.

Ainsi il est arrivé du *démon* de Socrate, des visions de Pascal et de tant d'autres hommes célèbres dont le nombre est *infiniment* (nous soulignons ce mot en parfaite connaissance de cause, qu'on en soit bien assuré), plus grand qu'on ne le pense communément, et comme on commence, du reste, à s'en apercevoir depuis que M. Lélut a publié son livre.

C'est pourquoi, cédant à des convictions puisées dans une étude longue et persévérante de son sujet, M. Lélut n'a pas craint d'annoncer à tous la vérité sur Socrate. Il l'a fait, comme il sied d'ailleurs à un homme de science, hardiment, brutalement même. — Il a fait, comme il le dit, « franchir à la vérité son puits d'un seul bond, la taille droite, le front haut, les yeux parfaitement ouverts, sans vêtements, gazes ni voiles, enfin dans toute sa nudité primitive et resplendissante, » au lieu de la produire dans le monde, ainsi que cela se pratique d'ordinaire, sous un déguisement indigne d'elle, mais plus propre à la faire accepter par les esprits timorés, ou dont les yeux ont besoin de s'accoutumer peu à peu à en supporter l'éclat.

Les résultats acquis, hâtons-nous de le constater, prouvent suffisamment que c'était bien là le moyen le plus sûr de la faire reconnaître, et que, dussent en être blessées quelques justes susceptibilités, procédant avec une rigueur tout algébrique, et parcourant imperturbablement la chaîne de ses déductions, il a bien fait de poser et résoudre la question comme il suit : « $a = b$; $b = c$; $c = d$; donc $a = d$; arrivant ainsi à cette équation définitive, Socrate = fou. »

M. Lélut s'est abstenu de faire aucun changement à la première édition du *Démon de Socrate ;* mais il a ajouté à la deuxième édition une préface très étendue, destinée à rappeler les vicissitudes par lesquelles a passé la vérité qu'il a proclamée, il y a vingt ans, les objections que cette vérité a d'abord soulevées, les convictions qu'elle a fini et devait finir par susciter chez ceux-là mêmes qui, naguère, la combattaient avec le plus de dédain et de violence, et enfin l'adhésion absolue, sans réserve, des hommes les plus compétents, des savants les plus autorisés.

Dans cette préface, écrite avec une verve parfois railleuse et mordante, mais toujours discrète, l'auteur prend une éclatante et légitime revanche de l'opposition que lui ont faite ces hauts barons de la pensée, qui, étrangers à toute étude psychiatrique, traitent de chimères, de monstruosités, de billevesées, etc., les faits les mieux constatés ; les plus évidents, des faits qu'il leur serait pourtant facile de vérifier par eux-mêmes tous les jours, à toute heure du jour, s'ils voulaient prendre la peine de se transporter dans un de nos asiles, et d'y interroger quelques-uns de nos malades..... Mais nous ne saurions oublier que des savants, au moins certains savants, marchent dans des voies qui ne sont pas celles du commun des hommes, qu'ils dédaignent de descendre à des études qui sont à la portée de tous, préférant s'amuser à bâtir de splendides mais fantastiques palais sur le sable mouvant de l'*ontologie* (comme eût dit Broussais) et de la métaphysique.

Il est facile de s'expliquer le *tollé* presque général par lequel fut accueilli, il y a vingt ans, le livre qui a pour titre : *Du démon de Socrate.*

C'est qu'alors, pour la première fois, M. Lélut appelait l'attention du monde philosophique et médical sur un fait singulier, étrange et pourtant bien réel, de psychologie morbide. Ce fait, uni-

(1) Consultez, sur ce point de l'histoire pathologique de l'esprit humain, l'ouvrage du savant médecin en chef de Charenton : *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique.....* Paris, 1845.

(2) *Du démon de Socrate.* Spécimen d'une application de la science psychologique à celle de l'histoire. (Chez J.-B. Baillière, 1856.)

Feuilleton.

M. RICORD A BORDEAUX.

On n'a pas perdu le souvenir de la fête magnifique que nos confrères de Lyon ont offerte à notre illustre syphiliographe, dans le mois de février dernier. Appelé ces jours derniers à Bordeaux pour tenir la promesse faite à un ami, M. Ricord, malgré l'incognito dont il voulait se couvrir, y a été l'objet d'une ovation semblable, quoique improvisée. Le récit nous en est transmis par M. le docteur Venot, le Ricord bordelais, qui, nous laissant libre de faire de sa lettre tel usage qui nous conviendra, trouvera tout naturel que nous lui laissions la plume et la parole qu'il manie si bien.

Bordeaux, le 1er Octobre 1856.

Mon cher confrère,

Connaissant votre profonde amitié pour l'excellent Ricord ; sachant la vive sympathie que vous lui portez, je croirais manquer à la plus simple notion de l'amitié, si je ne vous traçais pas, en quelques mots rapides, la délicieuse visite qu'il vient de faire à Bordeaux. Arrivé pour tenir la promesse qu'il me fit à Lyon, le 10 février dernier, il voulait passer incognito dans notre ville, étant mon hôte, et rien de plus ; mais à l'instar des princes qui voyagent sous un nom supposé, il n'a pas tardé à être dépisté ; et cette visite, toute personnelle, a dû forcément devenir générale. Malheureusement, la scission que vous avez si bien jugée, paraissait devoir nuire à l'ovation qu'on lui destinait. J'avais craint cette circonstance qui, en favorisant mon égoïsme, rétrécissait la manifestation. Dieu merci ! il n'en a rien été ; et, après un banquet et une fête que son heureux amphitrion lui a donnés, Ricord, invité par le corps des médecins et chirurgiens, a pu apprécier combien nos confrères bordelais lui portent d'estime et d'admiration.

Une table de cinquante couverts réunissait hier, dans un brillant déjeuner, et Ricord et Diday, mon hôte aussi, accouru de Lyon pour saluer le maître. Jamais les voûtes de la salle du splendide hôtel Richelieu n'ont vibré sous les accents d'une plus énergique confraternité.

Le docteur Gintrac père, dans une allocution que je suis heureux de joindre à ma lettre, a entraîné les plus brillants suffrages. Vous trouverez aussi sous ce pli des couplets que j'avais chantés la veille chez moi, et qu'on m'a fait répéter au milieu des plus vives acclamations. Mon collègue, le docteur Baussiron, a également dit quelques vers pleins d'à-propos ; enfin, tout s'est admirablement passé.

Mais si la partie gastronomique de la fête n'a rien laissé à désirer, que vous dirai-je de la partie scientifique ? Dans une leçon faite le matin dans l'amphithéâtre de l'hôpital Saint-André, Ricord s'est surpassé. Jamais l'exposition de sa doctrine ne l'avait mieux inspiré. Son auditoire, presque exclusivement composé de médecins (les vacances étant une cause d'absence pour les élèves), a été charmé, c'est le mot, et vous savez s'il a des philtres ! Puis il a, suivi par une nombreuse assistance, fait une visite à l'hôpital Saint-Jean. Sur ce terrain, il a encore obtenu un immense succès, et a plus d'une fois mis gracieusement ma modestie en peine.

Enfin, cher confrère, cette excursion bordelaise du prince de la syphiligraphie, coïncidant avec celle de l'Empereur des Français, nous a offert plus d'un curieux rapprochement, et laissera de profonds et durables souvenirs dans nos cœurs et dans nos esprits ; peut-être portera-t-elle d'autres fruits bien désirables. Déjà des lueurs de rapprochement s'aperçoivent à notre horizon médical.

Pardon pour ce long barbouillage qui est essentiellement personnel, et dont, pourtant, vous pourrez faire tel usage qui vous conviendra dans l'une de vos prochaines causeries.

Le bon Diday est encore ici jusqu'à dimanche. Il veut voir un peu faire nos vendanges de Château-Margaux et de Lafflite, dont les produits, il l'a avoué, lui semblent supérieurs à l'eau de Saint-Galmier.

Adieu, et mille excuses.

Votre tout dévoué confrère,

Dr J. VÉNOT.

P. S. Encore un coup, pardon pour cet incorrect récit. Si vous consacrez quelques lignes de feuilleton à cette fête si cordiale, veuillez dire que Diday a été l'objet d'une allocution toute spéciale de M. le docteur Levieux, promoteur du banquet.

Je regrette de ne pouvoir vous envoyer ce charmant *speech* qui a été vivement applaudi.

Voici le toast porté par M. le docteur Gintrac père :

Illustre confrère,

Votre visite nous a honorés et charmés. La renommée proclame depuis longtemps l'étendue, la variété, l'originalité de vos recherches, l'importance des résultats qu'elles vous ont révélés. Vous avez bien voulu hier, devant un auditoire attentif et nombreux, résumer les points principaux de votre doctrine. La plupart de ces points étaient connus, sans doute, car rien, en médecine, n'est plus populaire que vos principes, que vos aphorismes ; et vous devez en être fier. Mais ces idées, si répandues, en passant par votre bouche, reprennent bientôt un air de fraîcheur et de jeunesse ; reproduites avec l'autorité des faits et de l'expérience, elles captivent l'intérêt et entraînent la conviction, et tout naturellement, presque à votre insu, viennent à leur aide une foule de traits piquants, de mots heureux, d'expressions pittoresques qui tiennent l'attention constamment éveillée. Vous ne vous êtes pas borné, savant confrère, à cette brillante exposition de vos principes les plus avérés. Vous nous avez fait entrevoir de nouvelles investigations, vous nous avez signalé des faits curieux, des sujets remarquables d'études ultérieures. C'est le propre des esprits supérieurs de voir l'horizon s'élargir sans cesse autour d'eux. Votre école a ouvert dans l'histoire de la syphilis une ère féconde. Continuez votre œuvre, travaillez longtemps encore, c'est notre vœu le plus sincère, à élever et perfectionner un édifice, dont le temps, qui détruit tant de choses, respectera les bases, parce qu'elles reposent sur l'observation la plus sagace, la plus judicieuse et la plus vaste. Nous vous remercions des instants trop courts que vous nous avez consacrés. Un ancien élève du célèbre Cullerier, plein d'estime et de déférence pour vos travaux et votre personne, se joint avec bonheur à ses honorables collègues, pour vous offrir l'hommage de leur gratitude, de leur admiration et de leur plus cordiale sympathie.

Les couplets suivants ont été chantés par M. le docteur Venot :

versellement admis aujourd'hui, et à la découverte duquel M. Lélut, avec un juste et légitime orgueil, revendique la priorité, et cela, dit-il, « en présence des plagiats passés et en présence des plagiats à venir, » ce fait, c'est « qu'il est tel état de l'esprit, qui peut durer toute une vie, dans lequel aux apparences ou plutôt aux *réalités de la raison la plus entière et la plus puissante*, se joignent de fausses perceptions, sans cause aucune dans le monde extérieur, et qui, pour l'individu qui les éprouve, sont des motifs de détermination identiques et équivalents à ses perceptions les plus vraies. »

Tel avait été, précisément, le cas de Socrate, de l'une des plus grandes intelligences dont se glorifie le monde ancien, et que M. Lélut a dû choisir comme l'exemple le plus frappant à l'appui de la proposition générale qu'on vient de lire.

Véritablement, à l'époque où nous sommes, avec les notions qui sont dans le domaine commun sur les hallucinations, sur leur mode de production, leur physiologie, il n'est pas un médecin tant soit peu versé dans la science des maladies mentales, qui ne doive être singulièrement surpris de voir combien la proposition ci-dessus a rencontré d'opposition.

On comprend, à la rigueur, celle qui a été faite à un autre grand fait de psycologie morbide, à la doctrine des monomanies (ou délire partiel, car c'est tout un), doctrine qui enseigne que l'intelligence peut être lésée en apparence et presque en réalité, sous certains rapports exclusivement, dans un cercle d'idées, de sentiments ou d'instincts parfaitement tracé.

Il y a dans ce grand fait de pathologie mentale accepté aujourd'hui sans conteste par tous les hommes compétents, quelque chose de bien plus saisissant, de plus mystérieux, disons le mot, de plus incompréhensible que dans cet autre genre de délire partiel, limité aux sensations, et qui, d'après les idées de M. Lélut, n'est autre, après tout, que le retour des idées à leur état primitif, une véritable transformation des idées en sensation.

Oui sans doute, on peut être *halluciné*, dans toute l'acception pathologique du mot, et jouir sous tout autre rapport de l'intégrité de sa raison, sans cesser d'être capable des plus sublimes conceptions en morale, en religion, en politique, en littérature, dans les arts.

Le délire, sensorial dans la forme que nous venons de faire connaître, est, pour ainsi dire, de science vulgaire, et n'est certainement pas de toutes les anomalies ou perversions intellectuelles, le fait le plus curieux, ni le plus surprenant. L'observation de tous les jours démontre à qui a des yeux pour voir, des oreilles pour entendre, que, dans ses facultés de sentir, d'imaginer, de concevoir, de vouloir, l'âme peut, pour ainsi dire, se dédoubler, être lésée sur certains points et ne l'être pas sur d'autres. Il ne s'agit ici, bien évidemment, que d'apparences, de ce qui *paraît* être, car l'âme étant de sa nature essentiellement une et indivisible, ne saurait être divisée, pas plus dans l'état de maladie que dans l'état sain. Le fou nie ce que l'homme sensé affirme et affirme ce que nie l'homme sensé. Or, la pensée peut être tout entière dans une affirmation ou dans une négation, mais elle ne peut être tout à-la fois et par moitié dans l'une et dans l'autre, et nous avons dit ailleurs, comment il faut entendre, selon nous, ces lésions partielles apparentes de l'intelligence.

Ce ne sont pas là, qu'on se le persuade bien, des faits exceptionnels, mystérieux; ce sont des faits pathologiques fort ordinaires, fort répandus et connus de tous ceux qui se livrent à l'étude des maladies mentales. Nous pouvons même ajouter qu'il n'est pas absolument nécessaire, pour les connaître, de passer tout ou partie de sa vie dans un hôpital de fous. Il n'est personne — notre livre sur le hachich l'a suffisamment démontré — qui ne puisse les constater sur lui-même en, se plaçant momentenément dans des conditions psychiques tout à fait identiques à celles où se trouvent les aliénés. Je serais même étonné si, parmi ceux qui liront la présent article, il ne se trouvait pas quelqu'un qui n'eût déjà fait et répété l'expérience dont nous parlons, et, par conséquent, ne fût depuis longtemps persuadé de la vérité de ce que nous avançons.

J. Moreau (de Tours),
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

(La suite prochainement.)

CLINIQUE MÉDICALE.

BRONCHITE CAPILLAIRE; — PÉRICARDITE AVEC ÉPANCHEMENT TRÈS ABONDANT; — OPÉRATION; — MORT; — AUTOPSIE.

Communication faite à la Société médicale des hôpitaux de Paris,

Par M. le professeur Trousseau.

Le vendredi 1er août 1856, j'ai réuni en consultation tous les médecins de l'Hôtel-Dieu. MM. Rostan et Grisolle n'ont pu se trouver au rendez-vous. Tous les autres y assistaient.

Il s'agissait d'un jeune homme de 27 ans, entré dans mon service, salle Ste-Agnès, n° 2, le 2 juin 1856. Il était tombé malade quelques jours avant son entrée; et le premier jour que je le vis, il avait une fièvre violente, et tous les symptômes et les signes stéthoscopiques appartenant à un catarrhe capillaire.

Il avait eu, deux ans auparavant, une affection pulmonaire assez grave, pour laquelle il avait été donné de l'huile de foie de morue.

Mon attention ne se fixa pas d'abord sur l'état du cœur; mais, quelques jours plus tard, j'entendis un bruit de souffle évident à la pointe du cœur, dont les battements étaient d'ailleurs parfaitement distincts.

Il n'avait jamais eu de rhumatisme.

Je pensai donc qu'il existait, en même temps que le catarrhe pulmonaire, un peu d'endocardite, et une lésion de la valvule mitrale. Dès lors l'auscultation du cœur fut pratiquée chaque jour avec soin. Une semaine s'était à peine passée que l'on entendit distinctement un double bruit de souffle à la pointe du cœur, et, quelques jours plus tard, le second bruit fut redoublé de manière à constituer le bruit triple dit *de rappel* ou *de galop*.

Cependant, le catarrhe pulmonaire diminuait; mais la matité de la région du cœur devenait plus grande; et elle fit en quelques jours de tels progrès, qu'on ne put douter de l'existence d'une péricardite, avec suffusion séreuse.

A mesure que l'épanchement augmentait, les bruits cardiaques devenaient moins distincts; enfin ils disparurent. Le pouls était toujours fréquent, régulier, assez fort.

L'anxiété du malade allait croissant à mesure que l'épanchement augmentait, bien que le catarrhe se fût très heureusement modifié.

La digitale, le calomel, les purgatifs, l'application des vésicatoires sur la région du cœur, ne purent amener aucun soulagement.

Le visage se bouffit, les jambes s'œdématièrent, la peau prit une teinte profondément pâle. On crut à une complication d'albuminurie, l'analyse des urines fit voir qu'il n'en était rien. Le pouls était devenu petit et extrêmement fréquent.

Je voulais déjà, depuis quinze jours, ouvrir le péricarde, mais j'espérais pouvoir éviter cette opération. Les accidents devenaient tellement pressants, que je crus ne pouvoir différer davantage, et c'est alors que je convoquai mes collègues de l'Hôtel-Dieu.

Je leur soumis une triple question, celle du diagnostic, celle du pronostic, celle du traitement.

Tous pensèrent qu'il existait une péricardite avec épanchement que l'on évalua au moins à un litre. La matité remontait à la troisième côte, descendait un peu au delà de la base de la poitrine, et latéralement, commençait 2 ou 3 centimètres au delà de la ligne médiane du sternum, à droite, pour s'étendre jusqu'à 10 centimètres en dehors du mamelon gauche. Il était impossible d'entendre les bruits du cœur.

Quelques râles dans la poitrine, un peu d'obscurité à la base, à gauche.

Ils pensèrent, d'après l'anxiété du malade, d'après la bouffissure générale et la profonde pâleur des tissus, que la mort aurait lieu dans peu de jours.

Ils pensèrent qu'il fallait donner issue au liquide contenu dans le péricarde.

Je me mis en mesure d'opérer immédiatement en présence de mes collègues.

Je crus devoir adopter le procédé opératoire suivi, il y a deux ans, par M. Jobert, pour un jeune malade atteint, dans la même salle, de la même maladie; et qui quitta l'hôpital quelques mois après l'opération, guéri de l'hydro-péricarde; mais atteint de tubercules dans le sommet de l'un des poumons.

Je me servis donc du bistouri pour ouvrir la poitrine. L'incision fut faite au centre de la circonférence indiquée par la matité. Elle se fit au-dessous du mamelon, dans l'espace intercostal le plus voisin.

La peau, les muscles furent coupés successivement et avec les plus grandes précautions, et j'arrivai à la plèvre. Cette membrane fut incisée à son tour, et le doigt étant introduit dans la cavité de la poitrine, je sentis une résistance due au péricarde distendu. Je ne sentais pas battre le cœur sous le doigt. Je coupai alors par couches successives, et me servis de la sonde cannelée afin d'écarter les tissus incisés. Enfin, la pointe du bistouri pénétrant un peu plus avant, il jaillit, le long de la lame, une sérosité un peu louche et légèrement rougeâtre. L'incision fut alors prolongée d'un demi-centimètre seulement à l'aide de la sonde cannelée, et il s'échappa par la plaie un flot de liquide de la même nature, qui se répandit en partie dans les alèzes et dont 100 grammes à peu près furent recueillis dans une palette. Ce liquide se coagula immédiatement comme de la gelée de groseille. Puis l'écoulement s'arrêta. J'introduisais plusieurs sondes de gomme élastique, par lesquelles il ne s'écoula plus de liquide. En faisant placer le malade sur le côté gauche, je vis sortir à peu près 200 grammes d'un liquide jaune citrin, par conséquent très différent de celui qui était sorti le premier, et qui, reçu dans la même palette, ne se coagule qu'imparfaitement et tranchait, par sa couleur ambrée, avec l'aspect du premier liquide extrait, qui ressemblait à de la gelée de groseille assez ferme et peu colorée.

L'autopsie démontra, quelques jours plus tard, qu'en effet l'un des liquides appartenait au péricarde, et l'autre à la plèvre.

Comme il ne s'écoulait plus de liquide, nous pensâmes, bien à tort, que le péricarde était rempli de fausses membranes cloisonnées qui retenaient le liquide. J'essayai de faire une injection iodée dont il ne pénétra rien dans le péricarde et peut-être une cuillerée dans la plèvre, et le malade fut pansé avec des bandelettes de diachylon.

Il y eut ce résultat remarquable que, nonobstant, la petite quantité du liquide extrait qui fut tout au plus de 400 grammes, en y comprenant celui du péricarde et celui de la plèvre, le malade éprouva un soulagement notable, et que le pouls devint beaucoup moins fréquent et plus distinct.

Les choses allèrent assez bien jusqu'au soir. Lorsque tout à coup le pauvre malade fut pris d'attaques d'éclampsie, les con-

---

Enfin tenant votre promesse
Et quittant la riche Lutèce,
Vous venez au bord Girondin,
Pays du bon cœur, du bon vin,
A vos amis serrer la main.
Quand, m'honorant de sa visite,
Chez moi, ce soir, Ricord habite,
Le cours Tourny, changeant de nom,
Doit s'appeler le cours Tourcon *(bis)*.

Loin du sénat académique,
A cette table sympathique,
Laissez dans un oubli profond
Les escarmouches que vous font
Gibert, Malgaigne et Bonnafont.
Leurs procédés, sur ma parole,
Sont d'une lenteur qui désole;
Il vaut mieux, prompt comme l'éclair,
Le tracé du chemin de fer *(bis)*.

Le solennel accueil du Rhône
Eût fait écho sur la Garonne,
Si, d'un primitif accident,
Le virus par trop dissolvant
N'eût pris notre tempérament.
Mais narguant le mal qui l'obsède,
Notre corps médical possède
Assez de force et de vertu
Pour ne pas mourir *in situ (bis)*.

Dans le fraternel entourage,
Qui, groupé sur votre passage,
Vous acclame de ses bravos,
Vous voyez, anciens et nouveaux,
Les plus sains docteurs de Bordeaux.

Armé d'un spéculum habile,
Fouillez dans ce joyeux asile;
Il n'est — le fait est avéré —
Pas un seul convive induré *(bis)*.

De votre brillante auréole,
De votre séduisante École,
Et de vos incessants labeurs,
Nous sommes les admirateurs,
Les zélés continuateurs. —
La main sur le cœur, sans scrupule,
De notre gauche ventricule
Le sang s'élance avec transport,
Quand chez nous apparaît Ricord *(bis)*.

Et toi, digne et vaillant athlète,
Ami que jamais rien n'arrête,
Toi, que, dans une occasion,
J'ai nommé le trait-d'union
Entre l'Aquitaine et Lyon,
Diday, Vincent-de-Paul moderne,
Chacun ici, pour ta gouverne,
A la touchante affection
Que te porte l'amphytrion
Est le fils de l'amphytrion.

Buvons donc tous avec ensemble
Au doux lien qui nous rassemble.
Je bois à vous tous, mes amis,
Qu'avec bonheur en mon logis,
Ce soir, je trouve réunis.
Fêtons nos éminents confrères
Au choc harmonieux des verres,
Joignant, dans un toast bien nourri
Et l'Antiquaille et le Midi *(bis)*.

29 septembre 1856.

Si quelque austère lecteur allait bouder — le terme est aujourd'hui diplomatique — de ce récit, nous lui dirions : Il y a, dans les lignes qui précèdent, un point qui nous a fait battre le cœur. Nos bons et savants et spirituels confrères bordelais, à la suite de quelque malentendu fâcheux, se sont divisés presque en deux camps. Si la présence de M. Ricord à Bordeaux a pu devenir la cause occasionnelle d'un rapprochement désiré de tous, peut-être, et que personne, cependant, n'osait tenter, ce voyage de notre illustre ami n'aurait-il pas produit un résultat heureux et bénissable? Ah! chers confrères, il fallait charger de ce rapprochement le cœur si bon, l'esprit si aimable, l'entrain si spirituel de votre célèbre visiteur. Il vous eût inoculé cette douce et franche gaîté qui désarme les colères les plus âpres, et à l'expansion de laquelle ne résistent pas ses plus tenaces adversaires.

A. L.

De la pourriture d'hôpital en général, et de celle observée sur les blessés de l'armée d'Orient en particulier (thèse inaugurale), par E.-M.-Y.-M. Lallouet, d.-m. p. In-4, Paris, 1856.

De l'étiologie et de la nature de l'affection connue sous la dénomination de *Bouton de Biscara*, par M. le docteur A. Netter, médecin-major, etc. In-8, Strasbourg 1856.

Annuaire spécial du corps de santé de l'armée de terre, établi sur les documents du ministère de la guerre, 1856. In-12 oblong. Paris, Victor Rozier, éditeur, 11, rue Childebert.

Commentaires historiques, critiques et pratiques sur la suette. Fragment, par Marc Bonchard, d.-m. des Facultés de Halle et de Paris, etc. In-8, Paris, 1856, Germer-Baillière.

Société médicale de l'arrondissement de Toul. Statuts.

Du tricophyton et des affections qu'il détermine sur l'homme et les animaux (thèse inaugurale), par E.-P. Cramoisi, d.-m., etc. In-4, Paris, 1856.

Mémoire sur la cicatrisation des artères et sur le procédé de ligature qui expose le moins aux hémorrhagies consécutives, par le docteur Notta, de Lisieux. In-4.

Compte-rendu et résumé de la clinique médicale de la Faculté de Strasbourg, du 1er novembre 1854 au 1er avril 1855, par Ch. Schützenberger, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg. In-8, Strasbourg, 1856.

vulsions n'occupant que le côté droit du corps. Ces attaques se répétèrent de demi-heure en demi-heure pendant la nuit.

Le lendemain matin, le côté droit du corps était presque complétement paralysé, ainsi que la langue; mais, chose assez étrange, pendant les attaques dont nous fûmes témoins, l'intelligence était en partie conservée; le malade essayait de répondre; et, avec sa main gauche, qui conservait sa force et sa liberté, il pressait les muscles convulsés de la joue droite, pour résister à leurs mouvements désordonnés.

Le pouls battait 160 fois par minute; la respiration n'était pas d'ailleurs plus mauvaise. Je prescrivis le musc, la valériane; les accidents parurent se calmer un instant; mais le mardi, 5 août, cinq jours après l'opération, il mourut dans la soirée.

L'autopsie fut faite avec le plus grand soin. Je sciai les côtes du côté gauche, à partir du creux de l'aisselle jusqu'à la base de la poitrine; à droite, je séparai le sternum des cartilages costaux, et le sternum fut détaché ainsi que la face antérieure de la poitrine, de manière à enlever la trachée, les poumons et le cœur contenus dans le péricarde intact.

Je trouvai dans la plèvre gauche un liquide de couleur citrine, semblable à celui qui s'était écoulé pendant le second temps de l'opération. D'ailleurs, pas de fausses membranes, pas de flocons fibrineux, pas d'adhérences.

Le péricarde, d'une couleur rougeâtre, ressemblait à un globe énorme, ayant le volume de la tête d'un homme. Il était libre de toute adhérence avec les côtes, recouvert seulement dans sa partie supérieure d'une lame mince du poumon gauche qui lui adhérait intimement sur du tissu cellulaire d'ancienne date.

Le péricarde, placé dans le médiastin antérieur qu'il avait écarté, ressemblait à un fruit implanté sur la base du sternum, sur une large base et flottant dans la cavité pleurale qui avait été ouverte.

A peu près en face du point où l'espace intercostal était ouvert, on voyait, à l'intérieur du péricarde, une tache violette, vestige de la ponction qui avait été faite avec le bistouri, l'extrémité mousse d'un stylet y pénétrait facilement; les fausses membranes qui doublaient le péricarde au niveau de cette ouverture étaient colorées en rouge, comme par une suffusion sanguine récente.

En ouvrant le péricarde, il s'en écoulait à peu près 1,000 gram. d'un liquide rougeâtre, identique à celui que l'on avait recueilli dans la palette durant le premier temps de l'opération. — On y voyait nager des flocons fibrineux en très petite quantité.

Le cœur était au fond de ce sac, au moins à 10 centimètres de la paroi du kyste et du point où la ponction avait été faite. Il était, ainsi que toute la face interne du sac, recouvert d'une fausse membrane épaisse réticulée, d'un jaune sale.

La paroi du kyste pouvait avoir 5 millimètres d'épaisseur, et lorsque je coupai le cœur, je trouvai au-dessus de sa membrane séreuse un tissu cellulaire épais, lardacé, ressemblant à une couche de graisse.

Le viscère était un peu plus volumineux que dans l'état normal; mais il y avait une hypertrophie concentrique, et les cavités étaient plus étroites qu'elles n'auraient dû être. Le feuillet des valvules était souple, mince, sans altération appréciable, et pourtant les orifices laissèrent passer le doigt avec plus de difficulté que dans un cœur ordinaire. Tubercules disséminés à l'état cru, quelques-uns à l'état de ramollissement dans les poumons et dans les ganglions bronchiques. Près du pancréas, une masse considérable de ganglions tuberculeux ramollis. Ganglions mésentériques engorgés. Quelques adhérences intestinales.

Voici le fait sommaire. Il a été omis quelques détails qui ne peuvent trouver place ici.

(La pièce anatomique est mise sous les yeux des membres présents de la Société.)

MATIÈRE MÉDICALE.

EXPÉRIENCES SUR LES DIFFÉRENTES PRÉPARATIONS DE LA CIGUE (CONIUM MACULATUM);

Par le professeur SCHROFF, de Vienne.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 25 septembre 1856.)

Extrait alcoolique mou d'herbe fraîche, prise à la fin de septembre, à l'époque de la maturation du fruit. — Extrait de couleur vert-brunâtre; odeur particulière rappelant la coniine, très marquée par l'addition de potasse caustique.

2, 3 et 5 grammes donnés à un lapin de l'ont pas tué; il y eut des symptômes d'action de la coniine, qui ont duré trois, cinq et huit heures. Cet extrait est donc beaucoup moins actif que celui préparé avec l'herbe au commencement de la floraison. La coniine se montre dans l'urine déjà au bout d'une demi-heure; quand on y ajoute de la potasse ou quand on la laisse pendant quelque temps, l'urée se décompose en ammoniaque, qui dégage la coniine de ses combinaisons avec les acides. Plus tard, cette substance passe dans l'urine en assez grande quantité pour révéler sa présence immédiatement par son odeur caractéristique; en même temps tout le corps en est imprégné et exhale cette odeur encore le quatrième jour.

Extrait préparé avec le suc de l'herbe fraîche, d'après la méthode de Stoerk. — Noir-brunâtre; odeur d'extrait de réglisse, et sentant la coniine d'une manière évidente après l'addition de potasse caustique en solution.

Complétement inactif sur des lapins, à 4 et 15 grammes.

Extrait alcoolique des semences mûres. — Vert en couche mince; noir-verdâtre en masse; odeur de coniine devenant plus forte par l'addition de potasse.

2 grammes, donnés à un lapin, eurent des effets d'une heure de durée, et ayant commencé après un quart d'heure. Huit jours après, le même lapin prit 4 gr. qui commencèrent à agir au bout d'une demi-heure, et tuèrent l'animal en une demi-heure. L'extrait alcoolique de semences est donc à peu près de moitié moins actif que celui préparé avec l'herbe au début de la floraison. Les phénomènes observés pendant la vie et le résultat nécroscopique étaient identiques à ceux de la coniine. Avec l'extrait de semences, aucune odeur de coniine n'a été observée ni dans le corps, ni dans l'urine, tandis qu'avec l'extrait de feuilles, elle était très forte et persistante. La coniine contenue dans les semences s'y trouve donc dans une combinaison qui n'est nullement décomposée dans le corps, tandis que le contraire arrive pour la combinaison de la coniine, renfermée dans les extraits d'herbe; en même temps une petite quantité de cet alcaloïde existe à l'état de liberté dans l'extrait de feuilles récoltées au printemps.

Extrait alcoolique de semences non mûres, récoltées fin de septembre. — Vert-jaunâtre en couches minces; noir-verdâtre en masse; odeur d'extrait de réglisse, donnant celle de coniine après l'addition de solution de potasse.

2 grammes donnés à un lapin sont restés sans effets. Quatre jours après, 4 grammes ont déterminé quelques effets peu graves, qui ont duré quatre-vingts minutes. Urine sans odeur de coniine.

Extrait alcoolique de la racine d'un an, prise au mois d'août. — Brun; rouge-brun par transparence; odeur douceâtre et un peu acide, ne rappelant en rien la coniine; celle-ci se manifeste légèrement par l'addition de potasse caustique; saveur faiblement douceâtre, suivie bientôt d'une légère brûlure sur le dos de la langue, et plus tard sur les lèvres et l'arrière-gorge.

2 et 6 grammes sont restés sans effets notables.

Extrait alcoolique de la racine de deux ans, prise au commencement de la floraison. — Odeur douceâtre, sans coniine; cette dernière apparaît un peu au moyen de la potasse. Saveur faiblement amère, suivie d'un peu de brûlure, comme le précédent extrait.

M. Schroff n'avait à sa disposition que 2 grammes, qui se sont montrés tout à fait inactifs.

Les extraits des racines contiennent donc peu de coniine, et prouvent le peu d'activité de cette partie de la plante, malgré la présence d'une matière âcre qui se fait sentir au goût. Les 6 grammes d'extrait correspondent à peu près à 100 grammes de racine fraîche; ces expériences sont donc en contradiction avec les exemples d'empoisonnement déterminé par l'ingestion accidentelle de ces racines. Mais il faut observer que très peu de ces cas, relatés de nos temps, ont été étudiés avec assez de détails, pour qu'on soit sûr que c'était bien la racine du conium maculatum qui avait été consommée, et non celle d'une autre ombellifère vénéneuse, et qu'aucune portion d'herbe n'ait été employée en même temps. Les effets observés dans ces empoisonnements ne concordent d'ailleurs nullement avec ceux obtenus avec la coniine et l'herbe. L'ingestion d'une grande quantité de racine peut néanmoins déterminer des accidents par le principe âcre qu'elles renferment et que l'on perçoit au goût. En dernier lieu, on peut invoquer ce faux-fuyant si cher à beaucoup de pharmacologistes, et qui consiste à admettre que le terrain, la culture, les influences climatériques, sont dans le cas de modifier le genre et l'intensité d'action de la plante et surtout de la racine. M. Schroff se propose d'entreprendre des essais à ce sujet.

Expériences faites sur l'homme avec ces extraits. — Elles montrent la plus grande ressemblance avec celles qui ont été tentées sur les lapins.

L'extrait alcoolique de feuilles récoltées au début de la floraison, s'est montré le plus actif, et presque le seul actif. 10 centigrammes d'extrait frais, ayant une très forte odeur de coniine, ont d'abord légèrement augmenté, puis diminué la fréquence du pouls; éructations, augmentation de la chaleur, sueur dans le creux des mains, raucité et âpreté de l'arrière-gorge, comme avec la coniine et la nicotine. Le même extrait, exposé souvent à l'air, demanda 40 centigrammes pour produire les mêmes effets. Ce fait prouve combien peu il est permis de compter sur une action constante. 1 gramme du même extrait, évaporé à siccité, n'eut aucune action. 2 grammes même n'ont produit que des éructations, de la salivation et un peu de pesanteur de tête.

L'extrait alcoolique de feuilles de l'automne fut inactif à 80 centig. et 1 gramme.

L'extrait alcoolique de semences mûres, à 1 gramme, déterminait des éructations, un peu de céphalalgie, des fourmillements en différents endroits du corps, d'abord dans la face, puis dans les extrémités des doigts et des orteils, un peu de salivation, de la sécheresse à la gorge et un sommeil agité. La même dose d'extrait de semences non mûres ne causait que des renvois, un peu de lourdeur de tête et de la pesanteur d'estomac.

Les deux extraits de racine, à la dose de 1 gramme et de 1 gramme 20 centig., n'ont produit, outre leur saveur déjà signalée, qu'un peu de salivation, de pesanteur et de brûlure à l'estomac, et de fréquents renvois.

L'extrait de suc d'herbe évaporé était inactif; 5 grammes ont été suivis d'un peu de gargouillement, de salivation et d'un sommeil interrompu, inquiet.

Dans tous ces essais, les fonctions des reins et de la peau n'ont offert aucun changement, ainsi que la respiration et la circulation.

Il résulte de ces expériences les conclusions suivantes :

1° L'herbe récoltée au commencement de la floraison possède la plus grande activité; puis viennent les semences mûres, et après, l'herbe dans la période de maturation de la graine. Les semences non mûres et la racine à la première et à la seconde années, ont le moins d'action.

2° La coniine est le seul principe actif de la ciguë. Les diverses préparations obtenues de manière à ne rien perdre des substances actives, n'ont produit aucun autre effet que la coniine pure. Le principe âcre de la racine est tellement faible, qu'il faudrait de grandes quantités de cette partie de la plante pour déterminer des effets appréciables.

Il se présente ici la question de savoir dans quel organe de la plante et à quelle période de développement de cette partie on rencontre la plus grande proportion de coniine. L'étude comparative de l'intensité d'action de ces différentes parties devrait nous fournir la solution de ce problème, et, à ce titre, la priorité serait acquise à l'herbe, au commencement de la floraison, contrairement à l'opinion courante. Cependant ce fait permet encore une autre explication. Il est évident que l'herbe du printemps renferme plus de coniine libre que les semences, ainsi que le prouvent l'odeur intense de l'extrait et celle de la plante entière à cette époque de l'année. Elle contient en outre de la coniine combinée avec un acide, l'acide conique encore douteux. Dans les semences, au contraire, il n'y a que la coniine combinée. La coniine à l'état de liberté, passe probablement plus vite dans la circulation qu'à l'état de combinaison, et a une action plus intense. Il peut donc très bien se faire que, malgré une énergie moindre des semences, la quantité de coniine combinée y soit plus considérable que celle de la coniine libre et de la coniine combinée des feuilles. L'extrait de semences a peu d'odeur de coniine, mais en développe une forte par l'addition de potasse caustique. Il en avait fallu le double de l'extrait de feuilles, pour produire le même effet.

Chose remarquable, avec ces semences, ni l'urine ni le corps n'ont exhalé l'odeur de coniine, quoique les symptômes et les altérations cadavériques eussent été exactement les mêmes qu'avec la coniine. On est en droit d'en conclure que la combinaison de la coniine, telle qu'elle se trouve dans les semences, passe sans décomposition dans le sang, dans les organes et les liquides sécrétés. Il est également bien probable que ce composé est autre que celui renfermé dans l'herbe. L'extrait alcoolique de l'herbe de l'automne a très peu l'odeur de coniine; celle-ci ne devient forte que par l'addition d'une solution de potasse caustique; néanmoins, tout l'animal, empoisonné avec 5 grammes de cet extrait, était tellement imprégné de coniine, qu'il en exhalait encore l'odeur intense le 4me jour. Cette combinaison est donc décomposée dans le corps et la coniine mise en liberté, ce qui n'a pas lieu pour l'extrait de semences.

Les recherches intéressantes sur la coniine de MM. Planta et Kekuli, donnent encore la possibilité d'une autre explication de ce fait. Ils ont trouvé que la coniine, telle que nous la possédons, est un mélange de deux bases, la véritable coniine, $C^{16}\ H^{15}\ N$, et la méthylconiine, $C^{15}\ H^{14}\ N$, qui peuvent y exister en des proportions différentes. Il serait donc possible que, dans les différentes parties de la plante, ou dans la même partie à différentes époques de la croissance, l'une ou l'autre de ces bases se trouvât seule ou du moins prédominante, et libre ou bien combinée avec des acides, ce qui entraînerait les différences signalées. Il serait donc important de faire des essais avec la coniine pure et avec la méthylconiine, pour connaître leur action particulière.

On se rappelle la discussion récemment ouverte entre MM. Devaux et Guillermond et MM. Joret et Homolle. Les premiers soutiennent que les semences sont plus actives que l'herbe, c'est-à-dire renferment plus de coniine; les autres s'inscrivent contre cette assertion en se basant sur le fait que des quantités égales de semences et d'herbe leur avaient donné des produits, dont celui de l'herbe était le plus actif. MM. Homolle et Joret sont incontestablement dans leur droit sous ce rapport. M. Schroff avait obtenu de 6 onces d'herbe, 5 scrupules d'extrait, et de 16 onces de semences, 10 scrupules 1/2 d'extrait; il avait donc fallu moins d'herbe que de semences pour obtenir la même quantité d'extrait, et cependant l'extrait d'herbe était deux fois plus actif que l'extrait de semences. Mais MM. Devaux et Guillermond peuvent avoir raison également, en soutenant que les semences contiennent plus de coniine que l'herbe, mais ils ont tort quand ils regardent les semences comme plus actives que l'herbe. C'est que, comme nous avons vu, le degré de l'activité des différentes parties de la ciguë, n'est pas forcément en proportion de la quantité absolue de coniine qu'elles renferment.

3° Ces expériences démontrent la valeur des différentes préparations d'extrait de ciguë. L'*extrait obtenu par évaporation du suc* est pour ainsi dire inactif, et cependant la plupart des observations avaient été faites avec lui; 15 grammes chez un lapin, et 5 grammes chez un des expérimentateurs, qui cependant est très sensible à l'action des médicaments, n'ont rien produit. M. Schroff se garde néanmoins de dénier toute action à cet extrait, si l'herbe est prise au commencement de la floraison, si l'on évapore à une très douce chaleur, ou mieux encore dans le vide, au moyen de l'appareil Granval, par exemple. Les résultats obtenus par Stork et ses contemporains ne sont pas non plus tous illusoires. Stork lui-même était très sensible aux actions des médicaments, et il y a 80 à 90 ans, les hommes, en général, étaient plus impressionnables pour les narcotiques que de nos jours, où notre génération, saturée bon gré mal gré, de narcotiques, ne réagit plus aussi facilement contre ces impressions. Pour nos ancêtres, le tabac et le café, celui-ci l'antidote par excellence des narcotiques, étaient d'un usage beaucoup plus restreint que pour nous, chez lesquels, même le non-fumeur ne peut échapper à l'atmosphère chargée de fumée de tabac. D'ailleurs, du temps même de Stork, on n'attribuait pas à cet extrait une grande puissance. Ainsi le médecin suédois Bierchin en donnait parfois 30 grammes par jour et pendant des mois, et Farreaux raconte d'une femme, qu'elle avait pris 25 kilog. de cet extrait pendant sa maladie.

L'*extrait alcoolique de feuilles, évaporé à siccité*, tel que le prescrit la nouvelle pharmacopée autrichienne, est à mettre sur le même rang que le précédent.

L'*extrait alcoolique de feuilles, récolté au printemps, de consistance d'extrait*, est la préparation la plus active après la coniine. Il a un seul inconvénient; c'est que la coniine libre s'évapore ou se décompose quand l'extrait se trouve souvent au contact de l'air. Peut-être qu'en lui donnant la forme pulvérulente par l'addition du sucre de lait, on pourrait y remédier; mais il faudrait s'en assurer par l'expérience.

L'*extrait alcoolique de semences mûres* n'a pas ce dernier inconvénient. La coniine combinée est absorbée sans se décomposer, et produit néanmoins tous les effets de la coniine. Cet extrait, quoique moins actif que celui de feuilles, l'est cependant assez pour se prêter à tous les usages. Il paraît réunir toutes les qualités exigibles d'une préparation de ciguë : égalité, par conséquent sûreté et intensité d'action suffisantes.

Les autres extraits doivent être complétement abandonnés.

M. Schroff termine par un rapprochement instructif des résultats qu'il a obtenus par ses expériences sur les narcotiques. Ainsi, quant à l'activité des différentes parties de ces plantes, il trouve que la racine en possède le plus dans la belladone, l'aconit, le colchique, tandis qu'elle en a moins dans la jusquiame et la ciguë. Chez cette dernière, c'est l'herbe qui est le plus active, tandis que chez les autres narcotiques, elle est devancée par l'une ou l'autre partie de la plante. Ce sont les semences chez la jusquiame, et probablement chez la stramoine, qui l'emportent sur les autres parties. En comparant l'activité aux différentes périodes de développement, on trouve que les bulbes du colchique sont le plus vénéneuses en automne, quand la plante fleurit, et quand elles ont déjà commencé leur métamorphose rétrograde. La racine de belladone a le plus d'action en plein été, quand la plante est arrivée à son développement entier. Celle de l'aconit montre un peu plus d'activité avant la floraison qu'après. Les feuilles d'aconit, et surtout de la ciguë, ont le

plus d'énergie avant la floraison et à son début, tandis que celles de la belladone en ont le plus au mois de juillet dans nos climats (1).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 13 Août 1856. — Présidence de M. Guéraud.

Sommaire. — Correspondance : Fascicule des travaux de la Société médicale allemande de Paris pendant l'année 1855. — Communication d'un fait de *péricardite avec épanchement considérable opéré par le bistouri*. Discussion : MM. Vigla, H. Roger, Legroux, Aran.

M. Hervez de Chégoin, à propos du procès-verbal de la dernière séance, rappelle quelques faits de gangrène, et fait observer que la gangrène du poumon, lorsqu'elle produit un épanchement dans la plèvre, occupe la périphérie de l'organe et non le centre.

— La correspondance comprend l'envoi, par la Société médicale allemande de Paris, du fascicule de ses travaux pendant 1855.

M. Trousseau fait la communication suivante : *Bronchite capillaire; péricardite avec épanchement très abondant; opération; mort; autopsie.* — (Voir plus haut, article *Clinique médicale*.)

M. Trousseau : J'ai voulu soumettre ce fait à l'appréciation de la compagnie, afin d'en appeler à l'expérience, à l'autorité de mes collègues, afin de soumettre à leur appréciation une opération dont les règles sont fort mal établies, afin d'appeler une discussion solennelle sur une application thérapeutique peu usitée, et qui ne peut prendre droit de cité qu'à la condition d'être blâmée dans ce qu'elle a de téméraire, repoussée dans ce qu'elle a de contraire aux règles de la médecine opératoire, ou adoptée dans ce qu'elle a de conforme aux conseils de la prudence et aux devoirs d'une saine et honnête pratique.

En un mot, je veux appeler votre attention sur l'opération de l'hydropéricarde par le bistouri, telle que je l'ai pratiquée et vu pratiquer par M. Jobert. Si l'occasion se présentait de nouveau, je me servirais de l'instrument tranchant en incisant largement au niveau d'un espace intercostal ; j'attaquerais le péricarde après avoir pénétré dans la cavité pleurale, où je laisserais écouler le liquide en l'y abandonnant, et je fermerais ensuite la plaie extérieure. Je préférerais ce procédé à celui de la ponction par le trocart, tel que l'a pratiqué M. Aran.

M. Vigla : Je prie M. Trousseau de nous donner quelques explications au sujet de la cessation de l'écoulement du liquide, et sur les conditions qui l'ont produite.

M. Trousseau : Comme je l'ai dit, il est sorti par la plaie successivement deux liquides différents, le premier provenant du péricarde et le second de la plèvre. Parmi les assistants, il en est qui ont pensé que tout le liquide provenait uniquement de la cavité pleurale, et que d'abord il avait seulement été coloré en rouge par le sang de la plaie. Mais la liquide extrait provenait évidemment de deux sources différentes, révélées d'ailleurs par l'autopsie. Quant aux causes de l'arrêt de l'écoulement du liquide du péricarde, voici ce qui s'est passé :

On a toujours des craintes quand on ouvre le péricarde. Il n'est donc pas étonnant qu'une fois entré dans la plèvre, j'aie craint d'aller trop loin et que je n'aie fait qu'une petite ouverture en face de celle de la poitrine. Dès lors, n'ayant pas eu la précaution d'introduire une sonde en caoutchouc, le kyste s'est rétracté et les lèvres de la plaie se sont rapprochées.

M. Roger (Henri) : Je n'ai pas pratiqué moi-même l'opération de l'hydropéricarde, et je ne viens pas, par conséquent, vous entretenir de faits qui me soient personnels. Mais, dans le service du professeur Skoda, à Vienne, service exclusivement composé de malades atteints d'affections des poumons et du cœur, c'est une opération qui doit être assez commune et que je lui ai vu pratiquer une fois, pendant un court séjour à Vienne. Autant que je me le rappelle, M. Skoda a pénétré directement dans le péricarde, dans le point central de la matité précordiale, comme M. Trousseau, et a évacué autant de liquide qu'il a pu. Je ne suis point fixé sur le procédé qu'il serait le mieux d'employer en pareils cas, mais je demande à M. Trousseau pourquoi, au lieu d'évacuer au dehors le liquide péricardique, il le laisserait tomber dans la plèvre, au risque de provoquer l'apparition d'une pleurésie.

M. Trousseau : L'incision faite au péricarde, je tâcherais d'y pénétrer avec une canule ou une sonde ; cependant, comme il est démontré que le sang épanché dans la plèvre se résorbe très rapidement et qu'il en doit être ainsi de liquides moins irritants que le sang lui-même, je préférerais ouvrir très largement le péricarde et abandonner le liquide dans la plèvre.

Cette manière de voir n'est pas pour moi chose nouvelle. En 1827, j'ai fait avec MM. Leblanc et Rigaud des expériences pour éclairer la question de la présence du sang dans les séreuses thoraciques ; nous voulions vérifier les assertions de Dupuytren sur ce point. Nous fîmes pour cela des injections dans le péricarde et dans la plèvre.

Pour le péricarde, nous y pénétrâmes, chez des chevaux, en perforant le sternum, car il ne faut pas oublier que, chez cet animal, les deux cavités pleurales communiquent entre elles par une ouverture qui traverse le médiastin, et que l'air introduit dans la plèvre d'un côté passe dans l'autre. Pour les injections dans la plèvre, nous ouvrîmes la veine jugulaire chez des chevaux, et nous faisions communiquer l'intérieur de la veine avec la séreuse ouverte. Lorsque trois ou quatre litres de sang avaient ainsi pénétré, nous fermions les plaies, et l'animal était abattu aussitôt, ou après un temps plus ou moins long, une ou plusieurs heures, un ou plusieurs jours. Eh bien! le sang se coagulait dans un espace si court que, l'animal étant abattu aussi rapidement que possible, on trouvait tout le sang pris immédiatement en caillot. Nous en conclûmes que toute opération, dans le cas d'épanchement sanguin dans la plèvre, ne pouvait donner issue qu'à la sérosité sanguine. De plus, la résorption du sang était si rapide, qu'elle était déjà de moitié au bout de vingt-quatre heures, et presque complète peu de jours après. Nous avons porté de violents coups de bayonnette ou de couteau dans la poitrine d'un grand nombre d'animaux, et, dans les cas nombreux où ils survivaient, jamais il n'est survenu de pleurésie par suite des épanchements sanguins produits.

Il y a donc innocuité de laisser dans la plèvre du liquide moins irritant que le sang lui-même. Remarquez bien que si la résorption du liquide dans la pleurésie ne se fait pas, c'est que, d'une part, la plèvre est enflammée, et que, d'autre part, elle est tapissée de fausses membranes qui s'opposent à l'absorption. Mais dans la plèvre saine, les conditions sont bonnes pour l'absorption, ce qui fait que les accidents sont moins sérieux et que la guérison est plus sûre.

M. Legroux : J'ai assisté à l'opération remarquable dont M. Trousseau vient de nous entretenir, et j'ai cru d'abord comme lui qu'il avait pénétré dans le péricarde, que le liquide s'y trouvait encloisonné. En effet, il y avait eu successivement sortie de deux liquides : d'abord un flot de liquide coloré, puis un liquide incolore. Mais l'autopsie est venue ensuite me donner des doutes sur la pénétration réelle dans le péricarde. M. Trousseau reconnaît qu'il n'y avait plus, après la mort, de traces de l'incision sur la paroi costale, et il y en aurait eu une seulement sur le péricarde, au-dessous des fausses membranes? Il me semble difficile de reconnaître une trace de ponction à la tache noire que notre collègue nous a montrée sur la séreuse du cœur. Si la pénétration avait été directe, nul doute que le péricarde, trouvé comme un ballon d'enfant à l'autopsie, n'eût, pendant la vie, facilité l'écoulement du liquide.

Je parle ici sans aucune pensée de blâme, car je crois à la nécessité de l'opération, comme M. Trousseau, dans les faits analogues au sien. Cependant je m'éloigne de lui pour la manière dont il envisage l'opération, c'est-à-dire sur le fait de la pénétration du liquide dans la plèvre. Ce liquide ne peut pas être sans action nuisible ; c'est un produit inflammatoire et irritant. Pourquoi donc n'occasionnerait-il pas de pleurésie?

Je reconnais parfaitement que l'opération était indiquée et qu'elle l'est en cas pareil dans l'avenir; mais aussi qu'il faudrait faire sur le cadavre des expériences dans le but de déterminer le point où doit être faite la ponction.

M. Trousseau : Quand nous pénétrons avec un trocart dans la plèvre, on sait fort bien que, dès le lendemain, il y a une cicatrice. Le péricarde étant très épais et appliqué sur la plèvre chez mon malade, on comprend très bien que le liquide ne se soit écoulé qu'en très faible partie. Je crois avoir pénétré dans le péricarde ; l'absence de cicatrice réelle ne prouverait pas le contraire, car la mort étant survenue cinq jours après l'opération, la cicatrice peut s'être faite très rapidement, comme elle se fait après la ponction des kystes de l'ovaire, par exemple.

Je fais bon marché de la manière dont l'opération a été pratiquée ; aussi ai-je fait appel à une discussion sérieuse pour en déterminer la valeur, quelle qu'elle puisse être. Ce que je maintiens, pour ma part, c'est qu'il est préférable d'ouvrir avec le bistouri que d'opérer par le trocart.

M. Vigla : Je prends la parole pour répondre à l'appel de M. Trousseau. J'ai fait une opération dans le but d'ouvrir le péricarde, et si l'on s'instruit par ses erreurs comme par ses succès, je dois vous dire un mot de cette opération. Comme mode opératoire, j'ai préconisé l'incision couche par couche, en m'appuyant sur le fait suivant, que j'ai observé en l'absence de M. le professeur Rostan, tandis que je faisais, comme chef de clinique, l'intérim de son service. Par conséquent, la responsabilité du fait est pour moi seul.

C'était en 1841 ou en 1842. Je trouvai un soir, à ma visite, un jeune homme dans un état de dyspnée voisin de l'asphyxie. Incapable de donner lui-même des renseignements sur son état. Je sus seulement qu'il sortait du service de M. Ricord. Il portait des cicatrices d'une application récente de sangsues sur la région précordiale. L'état extérieur, le faciès, le degré d'embonpoint, déposaient en faveur d'une maladie récente d'un état aigu.

A l'examen à peu près exclusivement hippiatrique du malade, je trouvai les poumons exempts de lésions appréciales.

Mais à la région précordiale, matité énorme.

Absence de battements.

Absence de bruits.

Avec cela, petitesse, fréquence extrême du pouls.

Je crus sans hésiter à un épanchement considérable de liquide dans le péricarde, d'une origine récente et de cause inflammatoire.

Je dois dire, sans compromettre personne, que tous ceux à qui je fis voir le malade partagèrent mon opinion. Et je le fis voir au plus grand nombre possible, car dès ce moment je préméditais la ponction du péricarde.

M. Roux voulut bien s'en charger le lendemain, après enquête et examen physique.

Il procéda sagement, comme l'événement le démontra, à l'incision et non à la ponction.

Arrivés au péricarde, nous sentîmes distinctement un léger frottement du cœur, contre sa membrane d'enveloppe, et pas la moindre fluctuation. Dès lors j'avais la conviction que je m'étais trompé sur la nature du mal.

Le malade qui, sans chloroforme, avait eu à peine conscience de ce qu'on lui faisait, succomba tranquillement par les progrès de l'asphyxie.

A l'autopsie : Pas de sérosité dans le péricarde; traces d'inflammation récente, due à l'opération.

Dilatation phénoménale, avec amincissement des parois du cœur. Pas de lésions valvulaires.

Je n'ai pas fait de recherches sur ce qui avait précédé l'entrée du malade à l'hôpital. Je n'entre pas, de peur d'erreurs de mémoire ou d'observation, dans de plus amples détails ; mais je garantis les précédents, qui ont leur enseignement pour moi, et que je serais heureux de voir servir à l'instruction des autres. Je proclame donc mon erreur qui, je le crois sans aucune vanité, aurait pu être commise par beaucoup de médecins sérieux.

M. Aran : Il y a, dans la question soulevée par M. Trousseau deux choses à examiner: une question de diagnostic, et une autre de médecine opératoire.

La question de diagnostic a été placée sur un terrain particulier par M. Vigla, qui nous a rapporté une observation d'erreur révélée par l'opération elle-même. Ce fait, je l'avoue, me met dans une grande inquiétude. Je ne puis me l'expliquer qu'en me disant qu'il n'avait pas été, sans doute, préalablement entouré de toute la rigueur d'examen nécessaire, et je me demande comment M. Vigla a pu rapporter à un épanchement du péricarde une matité due en réalité à une hypertrophie du cœur.

M. Legroux demande des expériences ; mais elles ont été faites il y a longtemps par M. Simpson, et je les ai répétées moi-même. Il en résulte que l'épanchement du péricarde donne une matité qui affecte une forme pyramidale à base inférieure, forme indiquée par M. Piorry ; forme toute spéciale, comme l'est celle qui caractérise la pleurésie, et bien différente de la matité arrondie due à l'hypertrophie cardiaque. C'est là un point de départ très important pour l'opération.

Le deuxième point à examiner est celui de l'opération. Or, toutes les fois qu'il y a un épanchement très abondant dans le péricarde, il y a refoulement du médiastin à droite, refoulement du péricarde à gauche, et, tandis qu'il y a refoulement du diaphragme en bas, le cœur remonte, au contraire, vers le haut du liquide. Qu'en résulte-t-il? C'est que l'on peut pénétrer sans crainte dans l'espace libre inférieur occupé uniquement par le liquide, espace fort bien observé par M. Trousseau, et qui peut être de 4 et jusqu'à 10 centimètres. Aussi Richter dit-il qu'il n'y a pas de danger à pénétrer hardiment dans le péricarde.

Quand à moi, je crois que M. Trousseau a pénétré dans le péricarde, mais par une ouverture trop petite et dont les lèvres se sont rapprochées. Par une ouverture suffisante, en effet, on voit le liquide être projeté quelquefois très loin dans les grandes inspirations, par la pression du poumon sur le péricarde.

M. Trousseau : Dans un cas précédemment opéré par M. Jobert dans mon service, la plaie, largement établie, n'a pourtant donné lieu qu'à un très petit écoulement pendant trente-six heures : le liquide était encloisonné. Ici, j'ai cru qu'il en était de même.

M. Aran : Je considère comme secondaire la question du mode opératoire en lui-même. On peut opérer par le trocart, comme Skoda, dont je ne connais que les deux observations publiées par M. Schultz, et comme le regrettable M. Malle l'a fait lui-même. On peut encore se servir du couteau. Mais ce qui importe, je le répète, c'est d'établir le diagnostic. Il est possible ou non de reconnaître l'existence d'un abondant épanchement dans le péricarde. Si cela est possible, l'opération est la chose la plus simple, comme disait Richter.

Quant au procédé, la ponction me paraîtrait bien hardie au centre de la matité, car on y est positivement vis-à-vis le cœur. Il n'en est plus de même plus bas, où il existe un espace occupé uniquement par le liquide. Cela me paraît juger la question ; car la ponction est très facile en ce point.

Mais pourquoi employer un gros trocart et non un trocart capillaire? Ce dernier peut pénétrer dans tous les organes sans inconvénients ; même dans le cœur, il ne produit pas d'accidents immédiats. C'est ce qui serait advenu dans le fait de M. Vigla. Du moment que j'adopte le petit trocart et que je l'introduis sur les limites inférieures de la matité, je n'ai rien à craindre. En pareil cas, il faut savoir où l'on est et où l'on va; il faut chercher où est le cœur, que l'on n'entend pas en bas, mais bien en haut de la matité. De plus, le trocart doit être enfoncé doucement et lentement. C'est ainsi que j'ai agi dernièrement en ville en pratiquant l'opération, qui fut impérieusement exigée par le malade. Je retirai du péricarde 150 grammes environ de liquide ; il y eut guérison. Qu'il me soit permis de m'étonner, en finissant, de voir M. Trousseau abandonner le trocart, qu'il a tant préconisé, précisément au moment où il pourrait lui rendre de grands services.

M. Trousseau : Je conviens que l'emploi du trocart présente quelque chose de plus simple et de plus flatteur que le bistouri. Mais quant au diagnostic, je n'admets pas que, dans les épanchements, ce diagnostic soit toujours si facile que le prétend notre collègue. Celui de la pleurésie ne paraît présenter aucune difficulté, et pourtant il en rencontre parfois de sérieuses. Les chirurgiens les plus éminents s'y trompent aussi quelquefois pour des épanchements : ils ont ponctionné des tumeurs érectiles du genou, croyant avoir affaire à des hydarthroses.

Je ne suis pas aussi rassuré que M. Aran sur la ponction du cœur lui-même par le trocart. Que la pénétration du ventricule gauche n'occasionne pas d'accident, je le conçois; mais à travers les parois moins épaisses du ventricule droit, à la pointe où ces parois sont si minces, et au niveau des oreillettes, il n'en saurait être de même. D'ailleurs le cœur, au lieu de fuir devant l'instrument, peut se lancer à sa rencontre, comme le dit très bien Sénac, et venir s'embrocher.

Quant au lieu d'élection pour l'opération, je n'admets pas celui de M. Aran. La trépanation du sternum, préconisée par MM. Malgaigne et Guérin, n'est pas sans péril. La ponction oblique dans l'angle gauche existant entre les fausses côtes et l'appendice xiphoïde, proposée par Larrey, est beaucoup plus rationnelle, car on tombe facilement dans le médiastin. C'est donc le point que je choisirais de préférence pour l'opération par le trocart.

Le secrétaire, Dr Woillez.

(1) Extrait du *Wochenbl. d. zeitschr. d. k. k. gesellsch. d. aerz. te zu Wien*, 1856, nos 2, 3, 4, 5, 7.

COURRIER.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE D'ORIENT.

Souscriptions reçues à l'Union Médicale :

Anonyme, 20 fr.; docteur Bisson, 20 fr.; anonyme, 10 fr.; docteur Am. Forget, 20 fr.; docteur Lamouroux, 20 fr.; docteur Baillarger, 40 fr.; docteur Rouget, à Levier (Doubs), 5 fr.; docteur Maillot, médecin-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, 100 fr.; docteur Duval, à Tulle, 15 fr.; Thiriaux, pharmacien-inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, 100 fr.; docteur Bertet, à Cercoux, 10 fr.; docteur Caillat, à Aix-en-Provence, 5 fr.

Total de la 1re liste de l'Union Médicale. . 365 fr.

— La Société de médecine de Besançon a adressé la circulaire suivante aux médecins et pharmaciens de la Franche-Comté :

« Besançon, le 1er Octobre 1856.

» Monsieur,

» Une commission, formée au sein du Corps médical de Paris, sous la présidence de M. le baron Paul Dubois, doyen de la Faculté de médecine, vient d'ouvrir une souscription en faveur des veuves et des orphelins des médecins et des pharmaciens morts en Orient. La Société de médecine de Besançon, s'associant à ces généreux sentiments, fait appel aux médecins et pharmaciens de Franche-Comté, et vous prie de vouloir bien concourir avec elle à cette œuvre confraternelle.

» Agréez l'assurance de ma considération très distinguée,

» *Le Président de la Société*, Janson.

» *Nota.* Les souscriptions seront envoyées, par la voie qui paraîtra la plus facile, à M. le docteur Janson, Grande-Rue, 75, à Besançon. »

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X.—N° 122. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 9 Octobre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE.—I. Sur la séance de l'Académie.—II. Le démon de Socrate.—III. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur.—IV. CHIRURGIE : Etudes sur les amputations faites au moyen des caustiques dans certains accidents consécutifs aux lésions traumatiques des membres. — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 7 octobre : Correspondance. — Recherches sur une affection convulsive épileptiforme consécutive à certaines lésions de la moelle épinière. — Sur le typhus contagieux. — VI. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Lettres sur les substances alimentaires et particulièrement sur la viande de cheval.

PARIS, LE 8 OCTOBRE 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'Académie de médecine n'a tenu hier qu'une très courte séance dans laquelle MM. Brown-Séquard et Petit de Maurienne ont fait des communications que le compte-rendu expose suffisamment.

LE DÉMON DE SOCRATE (1).

Il faut admirer M. Lélut de s'être imposé la tâche de réfuter certaines objections qu'il a dû certainement être bien surpris de voir se produire, celle-ci, par exemple, que des maladies du genre de celles dont il accuse Socrate sont imputables tout au plus à des esprits de deuxième ou troisième ordre, mais ne sauraient atteindre « ces grandes intelligences dont l'histoire est l'histoire même et la gloire du genre humain. »

Est-il besoin de réfuter de pareilles objections ? Ceux qui les font ne s'aperçoivent-ils pas, dans leur enthousiasme d'ultrà-spiritualisme, qu'ils suppriment tout simplement, de leur autorité privée, une portion de l'individualité humaine, c'est-à-dire les organes? Ignorent-ils donc que, suivant la remarque de Montaigne, l'être humain « ce n'est pas une âme, ce n'est pas un corps, c'est un homme, il ne faut pas en faire à deux. »

Les grands hommes, je suppose, ont besoin d'un cerveau pour penser, ni plus ni moins que les autres mortels, tout comme ils ont besoin d'un estomac pour digérer, de poumons pour respirer, etc. Or, il s'agit ici d'une maladie du cerveau, et le cerveau, quelle que soit l'intelligence que, suivant l'expression de M. de Bonald, il a l'honneur de servir, fût-ce celle de Socrate, Platon ou autre, voire même de ceux que la doctrine de notre auteur a le plus révoltés, tout cerveau, dis-je, est susceptible d'en être atteint. Devant la maladie morale, comme devant la maladie physique, comme devant la mort, tous les hommes sont égaux, parce que, grands et petits, ils tiennent à la terre, ainsi que s'exprime Pascal, par le même limon.

Nous n'insisterons pas sur ce point. L'histoire fourmille de faits à l'appui de la thèse que nous soutenons avec M. Lélut, et si l'on ne veut pas se donner la peine de les chercher, nous dirons avec ce savant, qu'on regarde autour de soi, dans les salons du plus grand monde, au sein de nos sociétés d'élite, et on ne cherchera pas longtemps sans y découvrir quelque Socrate moderne.

On a fait une autre objection. Dans l'impossibilité de nier le fait matériel des hallucinations de Socrate, on a voulu, en quelque sorte, plaider les circonstances atténuantes. On a cru pouvoir expliquer ses hallucinations par les croyances superstitieuses qui régnaient de son temps. On a dit qu'il ne croyait entendre la voix d'un démon que parce qu'avec tous ses contemporains il admettait l'existence d'autres Dieux qu'un Être suprême, de Dieux intermédiaires, un peu corporels.

Les hallucinations de Socrate ne seraient donc pas de véritables hallucinations ; il n'y aurait pas nécessité d'en placer l'origine dans une disposition maladive de son organisation cérébrale, mais bien dans la croyance commune.

Cette objection a quelque chose de spécieux, elle n'est pas dépourvue de quelque apparence scientifique, mais cela ne va pas au delà des apparences ; en réalité, elle est en contradiction avec tout ce que nous savons de plus précis sur le délire sensorial.

L'hallucination est un fait pathologique comme tous les autres faits pathologiques qu'on déclare être d'*un ordre moins relevé*, un fait d'organisation que ne sauraient en rien modifier ni le plus ou moins de développement de l'intelligence, ni les opinions particulières, les croyances diverses de ceux qui l'éprouvent. Son influence sur l'esprit dépend exclusivement *de l'intensité* de la lésion somatique, dont il est l'expression phénoménale ; exactement comme cela a lieu pour tous les autres faits constitutifs de l'aliénation mentale.

Dire le contraire serait prétendre que l'adhésion de l'esprit aux fantômes dont se repait l'imagination dans l'état de rêve est subordonnée au degré de culture intellectuelle, à la nature des opinions et des croyances que chacun de nous peut avoir puisées dans l'éducation qu'il a reçue ; car au point de vue psychique, rêve et délire sont une seule et même chose.

L'hallucination, nous entendons l'hallucination complète, confirmée (car il y a des degrés dans le délire sensorial comme dans l'état de rêve), celle qui entraîne irrésistiblement, fatalement, la conviction de celui qui l'éprouve, l'hallucination, dis-je, comme les idées fixes, implique une transformation de la pensée, c'est-à-dire de l'être moral tout entier, c'est-à-dire du *moi* humain. Or, admettre que l'esprit puisse réagir contre cette transformation une fois effectuée, cela est contradictoire dans les termes, cela est absurde, cela ne peut pas être et n'est pas.

En dehors de l'opinion que nous venons d'émettre sur la nature essentielle du délire, on chercherait *vainement* à s'expliquer comment il se fait, par exemple, que tel penseur, tel philosophe éminent, qui a fait de l'homme moral l'objet de longues et patientes études, mieux encore, tel médecin psychologue qui a passé une partie de son existence à méditer sur les troubles de l'esprit, sur la cause, la nature des hallucinations, soient sujets à ces mêmes troubles, tout aussi bien que l'homme le plus simple et le plus ignorant, et cela sans que leurs facultés intellectuelles aient absolument rien perdu de leur activité, de leur énergie habituelles.

4° Enfin, dans ces derniers temps, on a donné du démon de Socrate une explication faite pour séduire quiconque est étranger aux études psychiatriques. On a parlé *d'illusion d'optique psychologique produite* par l'exaltation du sentiment moral et religieux, « par une *concentration intellectuelle* toute raisonnable et toute libre (1). » Et cette explication, même, a paru si satisfaisante, qu'on l'a revendiquée en faveur de tous les hommes de génie qui se sont trouvés dans le même cas que Socrate ; seulement, par une sorte de demi-concession faite à la vérité scientifique, et par un compromis impossible entre la santé et la maladie, l'ordre et le désordre, aux mots : illusion d'optique psychologique, on a substitué ceux d'*hallucination physiologique*, nouvelle espèce d'hallucination dont les grands hommes auraient seuls le privilége. Concentration intellectuelle, illusion psychologique, hallucination physiologique!.... J'avoue, en toute humilité, ne rien comprendre à tout ceci, non plus qu'à ces explications déclamatoires dans lesquelles, suivant M. Lélut, il est pêle-mêle parlé « des mystères de la raison, mais d'une raison supérieure, plus grands encore que ceux de l'imagination, de l'essence et des priviléges du génie, de son don de seconde, de troisième, que sais-je, de quatrième vue ; de ce monde des idées que portent en eux ces grands esprits et qui est l'archétype du monde, des choses, ce qui fait qu'il leur est permis de prendre indifféremment l'un pour l'autre ; c'est-à-dire, pour parler clair, d'avoir des hallucinations, des visions. »

Car enfin, il faut pourtant s'entendre. J'admets votre explication par concentration intellectuelle ; après, qu'en voulez-vous conclure? Un fait pathologique n'est-il pas toujours un fait pathologique, quelle que soit son origine physique, morale? Qu'une hallucination puisse être le résultat d'une forte contention d'esprit, d'une exaltation des sentiments, cela est parfaitement exact. Mais en est-elle moins pour cela un phénomène morbide extra-patholo-

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

(1) Stupfer, *Biographie universelle*, article SOCRATE, 1825.

Feuilleton.

LETTRES SUR LES SUBSTANCES ALIMENTAIRES ET PARTICULIÈREMENT SUR LA VIANDE DE CHEVAL (1)

Par M. Isidore GEOFFROY SAINT-HILAIRE, membre de l'Institut, etc.

Un volume in-12, Paris, 1856, Victor Masson, libraire.

M. Geoffroy Saint-Hilaire consacre sa huitième *Lettre* à l'exposé de ses recherches sur l'emploi alimentaire de la viande de cheval, chez un grand nombre de peuples de l'antiquité, du moyen-âge et de nos jours. Dans les lettres suivantes, l'auteur rappelle les expériences récentes faites sur plusieurs points de la France et à l'étranger. Nous ne le suivrons pas dans cette exposition, à laquelle l'analyse ferait perdre tout intérêt, ni dans ces récits, qui sont suffisamment connus de nos lecteurs. Je ne peux m'empêcher cependant de remercier M. Geoffroy Saint-Hilaire de sa bienveillante appréciation de mon article du 4 décembre dernier, article qui a fait plus de bruit qu'il ne méritait assurément, et qui a mis à la mode les dîners de cheval. Toutes ces expériences ont eu le même résultat et ont mis en lumière le fait capital, dans la question, à savoir, que la viande de cheval, de quelque façon que l'art culinaire intervienne, produit un aliment aussi sain qu'agréable et nutritif. Voilà un fait qui est aujourd'hui hors de toute contestation, et c'était bien par là qu'il fallait commencer.

Mais si ce fait n'était susceptible d'aucune application, d'aucune extension, il ne présenterait qu'un pur intérêt de curiosité, et il n'aurait pas sans doute excité la vive ardeur qui pousse M. Geoffroy St-Hilaire vers sa généralisation, c'est-à-dire vers l'emploi usuel de la viande de cheval dans l'alimentation des classes peu aisées.

Or, c'est sur ce point que des objections nombreuses se sont élevées et s'élèvent encore même depuis la publication de ces *Lettres* où elles sont examinées et réfutées, car on les retrouvait hier encore dans le bulletin scientifique de l'un de nos grands journaux politiques.

Ces objections ont-elles la gravité que leur supposent leurs auteurs? Je ne reproduirai ici, bien entendu, que les plus sérieuses, car il en est quelques-unes qui ne peuvent pas arrêter l'attention.

Il est un principe constant en économie politique, a-t-on dit, c'est que le prix est toujours en rapport avec la demande ; or, du jour où la viande de cheval, aujourd'hui à peu près sans emploi, serait recherchée, sa valeur s'élèverait en raison même du développement que prendrait la consommation.

« Je suis loin de contester le principe, dit M. Geoffroy Saint-Hilaire, mais par ce principe lui-même, bien compris, se résout l'objection qu'on en déduit. Si le prix est toujours en rapport avec la demande, la demande, à son tour, est en rapport, quand plusieurs marchandises sont en concurrence entre elles, avec la qualité de chacune d'elles. Un prix élevé ne doit donc correspondre qu'à une qualité supérieure. D'où cette alternative à laquelle je ne vois pas qu'on puisse échapper !

» Ou la viande de cheval atteindra presque le prix de celle de bœuf ou de mouton ; ce sera la preuve acquise qu'on l'aura généralement trouvée presque aussi bonne. Il ne restera plus alors à nos adversaires qu'à faire comme tout le monde : à en manger leur part.

» Ou, considérée comme une viande de qualité inférieure, elle restera à des prix très bas ; et ce sera la viande des classes laborieuses, heureuses de l'ajouter économiquement à leurs maigres repas. »

De ces deux suppositions, c'est la seconde qui se réalisera, selon l'auteur.

On a objecté qu'une augmentation de 50 millions de kilogrammes de viande par an n'est qu'un minime progrès qui ne vaut pas qu'on engage pour lui une lutte opiniâtre contre le préjugé et les habitudes prises. « Ce qui revient à ceci, dit M. Geoffroy Saint-Hilaire : vous ne pouvez combler le déficit, laissez-le donc subsister tout entier ; vous ne pouvez guérir le mal, ne le soulagez pas. »

Mais voici la seule objection vraiment sérieuse et tirée de considérations hygiéniques :

Le cheval est sujet à une maladie horrible, et dont la contagion à l'homme est possible. La viande des chevaux morveux ne pourrait-elle transmettre la morve à ceux qui la consommeraient?

M. Geoffroy Saint-Hilaire répond avec étendue, et avec tout le soin qu'elle mérite, à cette objection grave. Il rappelle les rapports célèbres de Chaussier et de Parent-Duchâtelet, qui prouvent que les porcs nourris avec de la viande de cheval morveux et farcineux non seulement n'ont éprouvé aucun accident, mais encore que leur viande, débitée dans le commerce, n'a pas occasionné la moindre incommodité. On connaît les expériences de M. Renault ; le mémoire que cet habile observateur présenta, en 1851, à l'Académie des sciences, se résumait dans la conclusion suivante :

« Le chien et le porc peuvent manger, sans danger pour leur santé, tous les produits de sécrétion quel qu'ils soient, tous les débris cadavériques (sang, chair, etc.) cuits ou non cuits, provenant d'animaux affectés de l'une des maladies contagieuses, morve et farcin aigus, de maladies charbonneuses, la rage, le typhus contagieux, la péripneumonie épizootique des bêtes bovines..... »

Mais qui oserait conseiller et tenter une pareille expérience sur l'homme? Hélas! elle s'est faite d'elle-même et depuis longtemps. Voici ce que rapporte l'arent-Duchâtelet :

« Dans le courant de notre première révolution, les malheureux de Saint-Germain et ceux des environs d'Alfort mangèrent peut-être sept à huit cents chevaux morveux et farcineux que le gouvernement de cette époque avait fait diriger sur ces deux endroits, pour y servir à des recherches médicales, et cette nourriture, loin de nuire à un seul, conserva peut-être la vie à plusieurs de ces infortunés. »

Est-ce à dire qu'il faille livrer indifféremment tous les chevaux à la consommation ? Non, dit M. Geoffroy Saint-Hilaire ; mais encore moins faut-il les exclure tous. Il faut faire pour le cheval morveux et farcineux ce qu'on fait pour les bœufs et les moutons charbonneux, les exclure des marchés, prohiber le débit de leurs viandes, être plus sévère même si l'on veut ; mais il ne faut pas renoncer à l'usage crainte de l'abus.

Et d'ailleurs, comme l'auteur le démontre par les exemples de ce qui se passe en Bavière, en Autriche, en Belgique, la réglementation de la boucherie de cheval aura précisément pour résultat d'améliorer l'hygiène publique sur ce point. Que devient aujourd'hui une grande partie de la

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 4 Octobre 1856.

gique, en dehors des lois de l'organisme sain? Quel médecin ignore que la surexcitation des fonctions intellectuelles puisse devenir, dans certains cas une cause de délire? Et même n'est-ce pas là la source immédiate de toutes les folies par cause morale?

1° Que signifie cette proposition aphoristique passée dans la science à l'état d'axiome : les idées fixes ne sont, le plus souvent, que l'exagération maladive des idées habituelles, des sentiments et du caractère des individus?

2° L'expérience journalière n'apprend-elle pas qu'à force de concentrer toute l'activité de son esprit sur tel ou tel objet que l'on convoite fortement ou que l'on redoute, on finit souvent — un peu de prédisposition aidant — par croire invinciblement à la réalisation de ses désirs ou de ses craintes?

La concentration intellectuelle ne donne lieu à l'hallucination (comme d'ailleurs aux convictions délirantes) que parce que dans les conditions d'orgasme, d'éréthisme cérébral où se place volontairement ou involontairement un individu, il arrive un moment où une transformation maladive s'opère, par suite précisément de l'exagération d'activité de l'organe, exagération poussée à un degré incompatible avec l'état physiologique ou normal.

Et il ne se passe absolument rien ici qui ne s'observe dans les cas où la cause du délire sensorial ou autre est de nature purement physique. Les causes peuvent différer de nature, les effets sont identiques, parce que, en définitive, leur action aboutit toujours au cerveau, à l'instrument matériel de la pensée.

Soumise à l'action de certaines substances toxiques, ce n'est que graduellement, par l'élévation croissante des doses que l'activité cérébrale passe de l'état physiologique à l'état pathologique. De même qu'il faut une quantité déterminée d'opium, de hachisch, etc..., de même il faut un certain degré de concentration d'esprit, pour que le fonctionnement intellectuel soit porté au delà des limites de l'état sain et qu'une hallucination se produise.

Encore une fois, quelle que soit la nature de sa cause, une hallucination est toujours une hallucination, comme l'épilepsie est toujours de l'épilepsie, qu'elle soit le résultat d'une impression morale ou d'un coup sur la tête, d'une intoxication plombique, alcoolique ou autre.

Sans tenir compte des faits nombreux, avérés, consentis par tous les historiens de son temps, qui établissent, de la manière la plus irréfragable, que Socrate avait été toute sa vie, dès sa plus tendre enfance, sujet à des accidents nerveux bien caractérisés et qui même ont parfois revêtu la forme la plus grave, la forme cataleptique, comme cela est arrivé au siége de Potidée; sans tenir compte, disons-nous, de cette prédisposition éminemment maladive, on veut que les hallucinations de ce philosophe aient été le simple résultat d'une grande concentration d'esprit, soit — toujours est-il qu'en tant que fait morbide, elles ne diffèrent sous aucun rapport de celles que les médecins d'aliénés sont à même d'observer tous les jours.

Nous nous arrêtons. Nous avons passé en revue les principales objections qui ont été faites aux doctrines contenues dans le livre que nous analysons. Nous avons tâché de faire ressortir l'extrême importance de ces doctrines au point de vue de la philosophie de l'histoire, « de la connaissance de l'esprit humain, de ses opinions, de ses systèmes, de ses progrès, de ses fautes, de ses erreurs. »

Nous serions bien tenté de voir ce qu'il y a au fond de certaines objections que nous avons passées sous silence. N'a-t-on pas murmuré le nom d'*impiété?* Mais nous préférons nous incliner devant un pareil mode d'argumentation, et renvoyer à un travail extrêmement remarquable par son érudition, la finesse et la solidité de sa dialectique, qu'un savant bibliothécaire de l'Institut, M. A. Maury, a publié dans les *Annales médico-psychologiques*, à propos d'un autre livre de M. Lélut, l'*Amulette de Pascal*, livre qui, dans son sujet, la doctrine qui y est développée, ne fait qu'un avec celui du *Démon de Socrate*. Nous renverrons surtout au livre même dont nous rendons compte; on y trouvera accumulées les preuves que si Socrate avait reçu du ciel le plus éclatant génie, les plus sublimes qualités de cœur et d'esprit, il n'en a pas moins été le jouet de véritables hallucinations de l'ouïe et de la vue, hallucinations qui ont dû exercer et ont exercé en effet sur ses déterminations une influence dont il est impossible de délimiter exactement l'étendue. Socrate appartenait réellement à cette secte de philosophes qui ont reçu le nom de Théosophes, et dont un grand penseur du XVIIIe siècle a tracé le portrait suivant : « Les Théosophes regardaient en pitié la raison humaine; ils n'avaient nulle confiance dans sa lueur ténébreuse et trompeuse; ils se prétendirent éclairés *par un principe intérieur, surnaturel et divin*, qui brillait en eux, et s'y éteignait par intervalles; qui les élevait aux connaissances les plus sublimes lorsqu'il agissait;..... qui s'emparait violemment de leur imagination, qui les agitait, qu'ils ne maîtrisaient pas, mais dont ils étaient maîtrisés, et qui les conduisait aux découvertes les plus importantes et les plus cachées sur Dieu et sur la nature..... (1). »

J. Moreau (de Tours),
Médecin de l'hospice de Bicêtre.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (1);

Recueillies par M. Richard-Maisonneuve, interne du service.

Dixième Leçon (suite).

Indications de la ténotomie. — Quelles sont, dans le pied-bot, les indications et les contre-indications de la ténotomie?

Je poserai d'abord en principe que, malgré son innocuité presque constante, la section des tendons, comme toute autre opération chirurgicale, ne doit être pratiquée que lorsqu'un traitement plus doux ne peut conduire au même résultat.

Ainsi, dans la rétraction commençante, même congénitale, quand le muscle cède à l'extension, la ténotomie est, en général, superflue; il faut se borner à l'emploi des moyens mécaniques continué assez longtemps.

Dans les rétractions plus anciennes ou plus avancées, la ténotomie est la règle, même dans la première enfance; le traitement mécanique exclusif est l'exception. Mettez en balance, d'un côté, la durée du traitement quatre ou cinq fois plus longue, la somme de douleurs qu'il produit, les insomnies, les chances d'excoriations, de gangrène même, et de l'autre, la rapidité de la cure, la faible douleur de l'opération, ses suites ordinairement si simples, et vous n'hésiterez pas dans le choix.

L'utilité de la ténotomie est encore démontrée par deux autres avantages. Quand on n'employait que les moyens mécaniques, la flexion du pied, dans la guérison du varus, du pied équin, dépassait rarement l'angle droit, au moins d'une manière durable; c'était un résultat imparfait. Avec la ténotomie, on obtient un mouvement de flexion plus étendu. En second lieu, les muscles fortement rétractés, lorsqu'ils sont simplement allongés par l'extension, ont beaucoup plus de tendance à se rétracter de nouveau, que s'ils ont été divisés et allongés par une substance intermédiaire.

J'ai dit que le traitement du pied-bot congénial devait commencer à la naissance. La ténotomie est-elle également applicable à cet âge? Quand j'ai eu à la pratiquer dans la première année, son innocuité m'a paru la même que dans un âge plus avancé. Cependant il me paraît sage, en général, d'attendre quelques semaines ou même quelques mois après la naissance. Pendant ce temps, on s'assure de la santé générale, de la force, des chances de vie de l'enfant; on en profite aussi pour reconnaître sa *tolérance* à l'égard des moyens mécaniques, pour s'assurer du degré de rétraction des muscles. Suivant le résultat de ces observations, on avance ou on recule le moment d'agir. C'est cette pratique que je suis relativement à cet enfant, que vous avez déjà vu. Il est âgé de 19 jours, et affecté d'un varus congénial gauche. Son état général est très satisfaisant. Vous voyez que son pied est maintenu dans l'appareil de M. Jules Martin, et l'enfant le supporte assez bien. Je pratiquerai la ténotomie quand j'aurai la certitude qu'il y est tout à fait habitué.

Jusqu'à quel âge la ténotomie peut-elle être utile dans le pied-bot?

C'est moins de l'âge que de l'ancienneté et du degré de la difformité qu'il faut tenir compte dans le pied-bot accidentel. On peut opérer avec succès à tout âge, quand la déviation ne date que d'un petit nombre d'années.

Dans le pied-bot natif, il est rare qu'on obtienne un bon résultat au delà de 15 ou 20 ans. Cette limite est toutefois subordonnée à l'espèce de déviation. La section des tendons est plus longtemps efficace dans le pied équin, dans le talus; elle est bien plus tôt contre-indiquée par l'âge dans le varus et même dans le valgus. Tout dépend du plus ou moins de développement des éléments de la difformité. Tant que l'élément musculaire prédomine, la ténotomie peut réussir; si c'est l'élément fibreux ou osseux, l'opération est contre-indiquée dans les pieds-bots très anciens. Dans ces conditions, on est exposé par l'opération à détruire des dispositions anatomiques nouvelles, créées par la nature pour suppléer aux dispositions normales; et, à supposer qu'on arrive à procurer au malade un membre moins difforme, il peut se faire qu'il soit moins propre à remplir ses fonctions.

Doit-on opérer le pied-bot paralytique?

Cette question si simple rappelle des souvenirs brûlants. En 1843, ces indications des sections tendineuses passionnèrent toute la presse médicale. Un de vos plus brillants professeurs actuels, M. Malgaigne, dut les discuter devant un tribunal assurément peu compétent en pareille matière. Il en sortit avec les honneurs du triomphe.

Mais la question médicale ne fut peut-être pas jugée alors avec tout le recueillement nécessaire.

Voici, à mon avis, la conduite à tenir : si les paralysies et les contractures sont telles qu'après la ténotomie, la marche devienne plus facile, il faudra opérer; il en sera de même quand, la progression étant peu gênée, on pensera que les progrès de la déviation la rendront à la longue plus difficile. Mais si vous avez affaire à une paralysie trop étendue pour que le membre, une fois redressé, serve à la locomotion, abstenez-vous de toute opération.

La brièveté du membre, dans le pied équin, est-elle une contre-indication au traitement? Cette déformation devient utile, a-t-on dit, en ce qu'elle rétablit la longueur du membre. Cela est vrai, et on ne devra pas opérer, si la déformation du pied ne fait pas de progrès. Mais si celle-ci augmente au point de devenir plus nuisible que la brièveté du membre elle-même, l'opération sera utile.

La ténotomie étant indiquée, il reste à déterminer quels sont les muscles qu'on doit diviser. J'ai déjà dit que, dans mon opinion,

(1) Diderot, *Dictionnaire encyclopédique*, article Trésorines.

(1) Voir les numéros des 3, 17, 19, 26, 31 juillet, 9, 14, 26 août, 6, 13, 20, 23 septembre et 4 octobre.

---

viande des chevaux abattus et morts de maladie? Elle se vend clandestinement, elle passe par contrebande dans la consommation générale, et il faut lire dans ces *Lettres* les curieux détails que donne l'auteur à cet égard. Que de filets de cheval mange ce bon Parisien, qui lui sont servis comme filets de bœuf, et même comme filets de chevreuil! « Il n'y a pas de milieu, s'écrie M. Geoffroy Saint-Hilaire : utile ou nuisible, aliment ou poison; et l'argument dont on s'armait, au nom de l'hygiène, contre la vente autorisée de la viande de cheval, se retourne dans toute sa force contre ses auteurs. Le danger pour la santé publique est dans la prohibition, en partie illusoire, et où elle est observée, doublement funeste par le bien qu'elle empêche et par le mal qu'elle engendre. »

La dernière objection est de l'ordre moral :

Le cheval est le compagnon, presque l'ami de l'homme; il partage ses travaux, ses plaisirs, et, durant la guerre, ses périls. Le faire descendre, lorsqu'il nous a fidèlement servis jusque dans ses vieux jours, au rang d'un animal de boucherie, ne serait-ce pas de la barbarie? Plus que de la barbarie, de l'ingratitude?

Je voudrais pouvoir reproduire tout entière la réponse éloquente, et j'ose dire touchante que M. Geoffroy Saint-Hilaire adresse à cette objection. Il est un fait qu'il faut connaître : Toutes les Sociétés protectrices des animaux, celle de Paris même, dont le but est si bien exprimé par sa belle devise : *Justice et compassion envers les animaux*, toutes ces Sociétés ont émis le vœu de voir la viande de cheval introduite dans la consommation alimentaire. Pourquoi ce vœu? Précisément par justice et par compassion pour ces pauvres animaux dont la mort, au clos d'équarrissage, est le plus douloureux, le plus atroce spectacle que l'imagination puisse rêver.

Écoutons Parent-Duchâtelet :

CHEVAUX VIVANTS AMENÉS AU CLOS POUR Y ÊTRE ABATTUS.

« S'il existe un spectacle pénible, c'est assurément celui de ces animaux qui, ne pouvant plus rendre de services, sont abattus par l'homme qui spécule jusque sur leurs dépouilles. On les voit arriver au clos par bandes de douze, quinze ou vingt, attachés l'un à l'autre par de mauvaises cordes, et *pouvant à peine se soutenir*.

» Introduits dans ces lieux, on leur coupe la crinière et les crins de la queue, et on les accumule dans une petite écurie où *ils sont tellement pressés les uns contre les autres, qu'il leur est impossible de faire le moindre mouvement*. Il n'existe d'écurie que chez le seul D...; *dans l'autre clos, ils restent en plein air. Et où sont-ils attachés? Aux carcasses mêmes de leurs semblables* qui ont été écorchés quelques jours auparavant; et ce faible poids suffit pour les retenir; car *n'ayant pas mangé* DEPUIS LONGTEMPS, ils n'ont pas la force de les traîner. Souvent ils périssent spontanément sur le lieu même, *et la faim qui les tourmente est quelquefois si pressante, que* NOUS EN AVONS VU PLUSIEURS, *devenus carnassiers*, DÉVORER DE LONGUES PARTIES D'INTESTINS dans lesquelles se trouvaient enfermés quelques débris d'aliments végétaux dont l'estomac de leurs semblables n'avaient pas atteint jusqu'à la dernière partie des principes nutritifs et sapides!

» Le nombre de ces chevaux est grand en tout temps; mais il l'est bien plus au commencement de l'hiver, époque à laquelle les paysans qui les ont épuisés pendant l'été, ne pouvant plus les nourrir avec avantage, s'en défont dans les différents marchés. Leur prix est alors de dix à quinze francs. Nous en avons vu vendre *cinq francs* dans le village d'Essonne, et *quatre francs* à Fontainebleau, qui tous devaient être amenés à Montfaucon. »

Écoutons maintenant M. Geoffroy Saint-Hilaire :

« Pour mettre un terme à ces horreurs, suffira-t-il d'avertir les hommes qui les commettent, de faire un appel à l'humanité? Je voudrais pouvoir dire oui! Mais, où parle l'intérêt, la voix de l'humanité est bien faible; et longtemps encore les esprits les plus éclairés, les cœurs les plus généreux, comprendront et pratiqueront seuls les vérités morales que s'efforcent de propager les Sociétés protectrices de France, d'Angleterre, d'Allemagne. Essayez d'arrêter par la persuasion l'homme que vous voyez maltraiter des animaux; de lui faire comprendre qu'ils sont, eux aussi, des êtres sensibles, des créatures vivantes de Dieu, presque nos *frères inférieurs*, selon la belle expression de M. Michelet, et il sourira. Pour lui, pour la plupart, le cheval lui-même n'est qu'une *machine* à faire travailler, une *chose* à vendre, et cette *chose*, pourquoi se donnerait-il la peine de la soigner, de l'entretenir, quand les soins, quand l'entretien, seraient en pure perte? Par humanité, par *compassion*, par *justice* envers sa marchandise? Il pourrait bien faire pour elle des avances si elles devaient lui profiter, mais des frais, non : son intérêt le lui défend.

» Puisque dans cette lutte inégale entre l'humanité et l'intérêt, la première est condamnée à succomber presque toujours, il ne reste qu'un moyen : les mettre d'accord l'une avec l'autre; faire de l'intérêt lui-même l'auxiliaire, le garant de l'humanité. Pourquoi le sort si différent du cheval et du bœuf et des autres animaux domestiques? Le bœuf, le mouton, le cochon lui-même sont bien traités jusqu'au dernier jour. A l'abattoir même ils se reposent; ils sont bien nourris dans des étables bien tenues : rien ne leur manque; car ils valent les frais que l'on fait pour eux, et ce que l'humanité conseille, l'intérêt l'ordonne.

» Pour placer le cheval dans les mêmes conditions, que faut-il? En faire aussi un animal alimentaire; seul moyen de lui donner de la valeur jusqu'à sa mort. Le cheval sera traité comme le bœuf, le jour où, comme lui, il sera appelé à nous donner sa chair après nous avoir donné sa force; le jour où, devenu vieux, il ne représentera plus seulement du cuir, des crins, du noir animal, un peu d'engrais, mais aussi, commercialement, 224 kilogrammes de viande. Il *vaudra* alors, lui aussi que l'on fasse quelques frais pour lui. On le laissera reposer, on le logera, on le nourrira, de peur qu'il ne soit plus de débit; et surtout on ne l'accablera plus de coups, car le frapper, ce serait ajouter à une douleur pour lui un préjudice pour soi : on s'exposerait à *gâter une marchandise!* »

J'en ferai l'aveu : cette dernière objection, à laquelle l'auteur vient si éloquemment de répondre, me touchait beaucoup. Dès qu'il ne s'agit plus d'élever le cheval comme animal de boucherie, mais seulement d'utiliser ceux de ces animaux auxquels est réservée une mort infâme et atroce, je me rends à l'opinion, aux vœux, aux convictions de M. Geoffroy Saint-Hilaire, et comme lui je termine en disant :

« Que l'administration se décide donc à faire le premier pas; le reste se fera ensuite de lui-même, et le préjugé contre la viande de cheval ira rejoindre le préjugé contre la pomme de terre sur la longue liste des erreurs et des maux dont le progrès des lumières a affranchi le genre humain. »

Amédée Latour.

il ne faut diviser que ceux qui ne cèdent pas facilement à l'action des machines. Vous lirez telle observation de pied-bot où l'on a pratiqué dix ou douze sections musculaires ou ligamenteuses sur des enfants de 9 ans, de 5 ans : c'est l'abus d'une bonne méthode.

C'est presque toujours le tendon d'Achille qui présente une résistance sérieuse ; c'est lui qu'il faut le plus souvent couper. Cette section est généralement la seule qui soit indiquée dans le varus congénial, dans la pied équin, même compliqué de varus léger, de pied creux. Après la première enfance, c'est encore le triceps sural qui produit une résistance capable d'empêcher la guérison. Les autres muscles du pied et l'aponévrose plantaire s'étendent le plus souvent par la seule action des machines. Si pourtant, après l'emploi des moyens mécaniques, l'extension de ces parties n'est pas suffisante, on sera toujours à temps de les diviser, après avoir bien constaté quelles sont celles qui résistent encore. On suivra la même règle dans le talus et dans le valgus. Les fléchisseurs du pied, les péroniers latéraux réclament, en effet, bien moins souvent que le triceps sural l'emploi de la ténotomie.

Une dernière question à résoudre, c'est de savoir s'il faut pratiquer une nouvelle section, quand la déviation se reproduit après une première opération, ou encore quand, par une cause quelconque, celle-ci n'a eu qu'un résultat incomplet.

Si la cicatrice tendineuse est demeurée extensible, si elle cède facilement aux moyens mécaniques, une nouvelle section est inutile. Mais si cette cicatrice a déjà acquis trop de consistance, ce qu'on reconnaît aisément aux premiers essais de traitement mécanique, il faut pratiquer une nouvelle section.

Moyens médicaux. — Les longs détails qui précèdent, touchant les moyens mécaniques et les procédés ténotomiques appliqués à la cure du pied-bot, vous ont peut-être fait perdre de vue une troisième série de moyens, faisant partie de ce traitement : ce sont les moyens spécialement dirigés contre les causes, effets ou complications de cette difformité. Je ne vous en dirai qu'un mot.

M. le docteur Duncel, dans une brochure publiée en 1843, disait : « La compression nous a parfaitement réussi à enlever la rigidité, la contraction permanente, qui existaient chez deux personnes qui avaient eu l'articulation tibio-tarsienne longtemps sans mouvement (1). » L'auteur rapporte les deux observations ; il y avait des pieds équins accidentels. Un bandage compressif a suffi pour faire cesser le spasme des muscles du mollet.

C'est là un exemple des indications particulières qui dérivent de la considération des causes, dans la cure des pieds-bots.

L'atrophie du membre, effet constant de la difformité, n'est point effacée par les moyens mécaniques ni par la ténotomie. Elle réclame l'emploi des stimulants locaux les plus propres à activer la circulation et la nutrition du membre ; tels sont : l'exercice musculaire, le massage, la percussion, la flagellation, les frictions excitantes, les bains et les douches d'eau froide, d'eau de mer, l'emploi des eaux thermales, sulfureuses, des bains de sable, de l'électricité, etc.

La paralysie partielle, complication si fréquente du pied-bot, sera combattue par des médications analogues ; mais on mettra une grande attention à les appliquer uniquement aux muscles affaiblis, en localisant autant que possible l'effet de ces moyens.

Résultats du traitement des pieds-bots. — Les résultats définitifs du traitement des pieds-bots, en général satisfaisants, ne le sont pas également dans tous les cas. Dans les guérisons même les plus complètes, le pied réunit rarement tous les caractères de l'état normal, surtout si la déviation était congénitale. Sa forme conserve quelque chose de l'état primitif, ou s'altère par l'effet même des moyens de traitement. Le pied équin creux peut conserver en partie sa courbure exagérée ; le varus complétement redressé perd au contraire la cambrure naturelle et devient pied plat, sans que cela nuise à ses fonctions ; le valgus pied plat ne recouvre que rarement la courbure normale, et la déviation en dehors ne disparaît même presque jamais entièrement, pour peu que le traitement ait été tardif. Les mouvements du pied laissent souvent à désirer. Leur étendue est moindre dans un sens ou dans l'autre, et fréquemment dans plusieurs sens à la fois. A-t-on trop forcé la flexion du varus, de l'équin, on perd dans le sens de l'extension ; a-t-on trop peu fléchi, la flexion est insuffisante. Les deux mouvements perdent à peu près également en étendue, si l'on a tenu le milieu entre ces deux extrêmes.

Quelles que soient ces légères imperfections, il suffit que la direction du pied soit à peu près normale, qu'il pose à plat sur le sol, qu'il se meuve de manière à accomplir le mécanisme de la progression, pour que le sujet retire de grands avantages de sa nouvelle conformation. Sa démarche devient assurée, sa claudication moindre ou nulle, et de plus, il échappe à toutes les chances fâcheuses que lui réservait l'avenir.

Nous allons terminer cette longue étude des pieds-bots, en vous montrant d'abord une série de moules en plâtre pris sur chaque sujet, avant et après le traitement ; puis un certain nombre de jeunes malades que j'ai soignés moi-même il y a plus ou moins longtemps. Vous aurez ainsi une idée exacte du pouvoir de l'art dans la cure du pied-bot.

Parmi les moules, ceux-ci sont remarquables par leur origine : ils représentent les jambes de l'unique sujet opéré par Delpech, en 1816. Ce malade avait alors 6 ans, et portait à droite un pied équin, avec pied creux. Delpech a fait dessiner le pied trois ans après l'opération. J'ai pu retrouver le sujet vingt ans après, et c'est le moule fait à cette époque que vous avez sous les yeux. Il vous offre donc un exemple très probant de la persistance de la guérison. Remarquez de chaque côté du tendon d'Achille ces cicatrices de deux pouces d'étendue ; sur le dessin de Delpech, elles n'ont qu'un pouce de longueur, ce qui prouve qu'elles ont participé à la croissance de tout le corps. Le tendon offre un relief très prononcé, mais égal dans toute sa longueur, malgré l'exfoliation qui vint retarder la guérison. J'ai pu constater, sur le sujet, que la flexion du pied ne dépassait pas l'angle droit. Du reste, il y avait succès complet quant au rétablissement des fonctions locomotrices, malgré une petite déviation du pied en dehors que vous observez encore sur le moule. La jambe est restée atrrophiée, et sa gracilité contraste, comme vous voyez, avec le volume de la jambe gauche, qui est normal.

Voici des moules de plusieurs jeunes sujets atteints de varus compliqué d'équinisme, comme à l'ordinaire. Vous voyez à côté les heureux résultats du traitement : il y a réduction des subluxations médio-tarsiennes ; seulement la plante du pied est légèrement aplatie ; le talon est abaissé ; le pied a une direction parfaite ; il pose bien sur le sol. L'angle aigu, que l'articulation tibio-tarsienne présente sur ces moules, vous montre l'étendue de la flexion, qui permettait aux malades d'exécuter régulièrement les divers temps de la marche.

Un exemple de varus plus prononcé est celui-ci : c'est le moule du pied d'un petit malade de l'hospice des Enfants-Trouvés. L'enfant marchait presque sur le dos du pied, comme le prouve cette large callosité qui faisait l'office de nouveau talon. Malgré une si grande difformité, vous voyez, par l'autre moule, que le redressement a été complet. Remarquez ces plis de la peau, là où existait le talon supplémentaire, complétement effacé maintenant.

Enfin, sur cette pièce sèche, vous pouvez mieux saisir encore les grandes modifications qu'apporte le traitement dans les déviations du pied. C'est le pied droit d'un enfant atteint de varus congénial double du deuxième degré. Ce moule représente la conformation du pied avant le traitement. Le petit malade avait 4 ans 1/2, lorsque je fis la section du tendon d'Achille ; le traitement consécutif amena le pied à la position représentée par ce second moule. L'enfant mourut cinq ans après d'une méningite tuberculeuse. Vous pouvez voir sur le pied qui m'a été remis, qu'il n'y a plus de subluxations ; le calcanéum est placé horizontalement ; le cuboïde forme seulement une légère saillie à la plante, et le bord interne du pied est un peu trop élevé. Remarquez aussi que le tendon d'Achille n'offre plus à l'extérieur de traces de la cicatrice, tant la réparation a été complète. L'abandon dans lequel l'enfant est resté dans les dernières années de sa vie, explique ce qui peut manquer à cette guérison, déjà très satisfaisante.

Passons maintenant à l'examen d'enfants que j'ai opérés il y a quelques années. Ces exemples vivants vous frapperont encore davantage.

Georges Watts, âgé de deux mois, était atteint d'un varus congénital à gauche ; je fais la section du tendon d'Achille le 15 septembre 1843 ; pendant trois mois, l'appareil est appliqué par la mère, mais avec beaucoup de négligence ; aussi, au bout de ce temps, la flexion du pied n'arrive pas encore à l'angle aigu. On cesse alors tout traitement jusqu'en 1854 ; dans le courant de cette année, c'est-à-dire après onze années d'abandon complet, le traitement est repris, et l'appareil porté nuit et jour. Au mois d'octobre, le pied était complétement redressé et la flexion se faisait à angle aigu. En juin 1855, je constate que la guérison se maintient. Aujourd'hui (25 juillet 1856), vous voyez que l'étendue des mouvements est presque normale ; ce garçon fléchit le pied à angle aigu, et il l'étend de manière à pouvoir marcher sur la pointe ; le pied a conservé sa concavité normale. Ce fait vous montre à quel point, dans certains cas, la cicatrice tendineuse conserve son extensibilité, puisque, onze années après l'opération, il a suffi d'employer les appareils mécaniques pour obtenir une guérison si parfaite.

Marie Pavard porte un varus double, du premier degré à droite, bien plus marqué à gauche. A 5 mois, je fais la section des deux tendons d'Achille, le 26 février 1855. Le traitement mécanique est suivi avec soin ; et dès le 5 juillet, le pied droit est bien redressé, et la guérison très avancée à gauche. Trois mois après, l'enfant marchait seule, les pieds bien à plat ; la flexion atteignait des deux côtés un angle très aigu. Vous voyez aujourd'hui que les mouvements des pieds sont très étendus ; il reste à compléter la guérison par des soins consécutifs.

Adrien Cottereau, atteint d'un varus gauche, est opéré à 8 mois, le 2 mai 1850. Au mois de juin, l'enfant contracte une pneumonie, et on ne peut reprendre le traitement mécanique qu'au milieu de juillet. Au mois d'octobre, le redressement est complet, et l'enfant abandonne l'appareil en juin 1851. Aujourd'hui, la conformation du pied est un peu moins régulière ; ses mouvements sont un peu moins étendus que chez les enfants précédents ; la guérison est moins complète, ce qui tient à la pauvreté de l'enfant, au défaut de soins des parents, à la difficulté d'avoir de bons appareils, vu leur prix élevé.

Léon Desayes, âgé de 6 ans, vient dans mes salles le 10 juillet 1855, pour être traité d'un pied-bot varus gauche congénial. La difformité est très prononcée ; la plante du pied est tout entière dirigée en arrière, et le pied ne pose que par son bord externe. La jambe est un peu atrophiée. On applique aussitôt l'appareil redresseur ; mais diverses causes obligent à en suspendre souvent l'usage ; il survient une phlyctène au côté interne du pied, et un peu plus tard, l'enfant est atteint d'une scarlatine, suivie de convulsions, qui menacent sa vie. Enfin, le 20 janvier, je coupe le tendon d'Achille, et depuis ce moment le pied est maintenu dans l'appareil. Je vous montre ce cas comme un exemple des difficultés que fait éprouver au chirurgien l'indocilité des malades. Cet enfant, malgré tous nos soins, a relâché presque chaque jour les courroies de l'appareil : aussi, le redressement est-il encore incomplet. C'est peut-être un de ces cas où il est indiqué de recourir à la section des ligaments, en raison surtout des difficultés qu'une surveillance continue rencontre dans la pratique des hôpitaux.

Tous les cas dont je viens de parler n'ont trait qu'au varus. Voici deux moules qui représentent le pied droit d'un enfant atteint de talus, avant et après le traitement. Cet enfant, né le 30 mai 1839, portait un talus-valgus double, congénial ; mais la difformité était bien moins prononcée au pied gauche. L'un de ces moules vous montre le degré de flexion du pied droit au moment de la naissance. J'appliquai les appareils vers la fin du mois suivant, et dès le mois d'août, les pieds avaient déjà gagné en extension. Mais le traitement fut négligé à ce moment ; on laissait les pieds libres pendant plusieurs semaines. En janvier 1841, les pieds posaient à plat dans la marche ; mais le résultat était encore imparfait ; l'extension ne dépassait guère l'angle droit, et la flexion était encore très étendue ; les pieds, surtout le droit, étaient plats et un peu renversés en dehors.

Quoique le traitement n'ait pas été suivi depuis avec plus de régularité, le succès a été complet. Je restai quinze ans sans revoir le malade, et ce moule, qui a été pris ces jours-ci, dix-sept ans après le premier, vous montre la conformation actuelle du pied. Le membre a été moulé dans sa plus grande extension, et vous pouvez voir que celle-ci est assez considérable pour que le jeune homme puisse marcher sur la pointe du pied. La flexion atteint un angle un peu moins aigu qu'à l'état normal ; la plante du pied a sa concavité naturelle. Le pied gauche a conservé une légère inclinaison en dehors, qui n'est pas assez forte pour gêner les mouvements.

Ce fait confirme deux principes que j'ai établis dans le traitement des pieds-bots, savoir : qu'on peut le plus souvent éviter la section des tendons autres que le tendon d'Achille, et qu'il y a grand avantage à commencer l'application des appareils peu de temps après la naissance.

CHIRURGIE.

ÉTUDES SUR LES AMPUTATIONS FAITES AU MOYEN DES CAUSTIQUES DANS CERTAINS ACCIDENTS CONSÉCUTIFS AUX LÉSIONS TRAUMATIQUES DES MEMBRES (1) ;

Par MM. Salmon et Maunoury, chirurgiens de l'hôpital de Chartres.

B. *De l'amputation par la cautérisation dans les cas de phlegmon diffus nécessitant cette opération.* — Nous venons de voir dans le paragraphe précédent que le plus grand nombre des chirurgiens s'accordaient sur la valeur de la cautérisation dans la gangrène, les uns pour arrêter l'écoulement de sang, les autres pour modifier les tissus frappés par le sphacèle ; en outre, par le récit de quelques faits, et l'on sait combien les anciens sont sobres de ces détails, nous avons montré que cette importance n'avait pas été établie à la légère.

Pour les amputations dans le phlegmon diffus des membres, nous n'avons pas eu le bonheur de rencontrer de ces observations ; cela peut tenir à deux causes principales, la première, c'est que les anciens attaquant par des caustiques les érysipèles et les abcès, il était peut-être plus rare qu'aujourd'hui d'observer des décollements très étendus des chairs ; la seconde est que probablement les cas les plus graves de ce genre passaient sous la dénomination générale de gangrène.

Un certain nombre de chirurgiens modernes ont remis en usage la cautérisation dans le phlegmon : Larrey vante, pour enrayer les érysipèles graves, le cautère actuel employé sur un grand nombre de points, mais agissant par une surface étroite (*Clinique*, 1828). Duncan, d'après les auteurs du *Compendium*, employait le cautère actuel dans le phlegmon, pour changer la nature de l'inflammation et circonscrire le mal. Tout le monde sait que M. le professeur Jobert tente l'avortement du phlegmon érysipélateux avec la pommade au nitrate d'argent à trois degrés différents. Nous avons nous-mêmes, d'après cette indication, fréquemment employé depuis huit ans une solution concentrée de nitrate d'argent (30 grammes d'eau pour 30 grammes de sel), sur les membres phlegmoneux, et si nous n'avons pas constamment réussi à empêcher la suppuration, au moins, sommes-nous parvenus le plus souvent à localiser le pus en petits foyers isolés et circonscrits. Un effet pareil (nous citons de mémoire) frappa d'étonnement un chirurgien de Paris qui, désespérant d'arrêter les fusées purulentes dans un membre phlegmoneux et cautérisant ces foyers avec la pierre, laissa par aventure le crayon dans la plaie, et vit, sous cette influence, le foyer se circonscrire et s'affaisser ; enfin, chacun a lu dans le *Traité pratique de la cautérisation* de M. Philippeaux les remarquables effets obtenus par M. Bonnet, de Lyon, avec le cautère actuel dans la phlébite (36e, 37e, 38e obs., etc.) et avec le chlorure de zinc dans les affections purulentes commençantes.

Si, d'après ces documents, nous sommes autorisés à conclure avec M. Bonnet que la cautérisation tend à localiser le mal et à empêcher qu'il n'ait une action délétère sur l'économie, nous sommes aussi encouragés à engager les chirurgiens dans la voie que nous poursuivons. « A l'époque où l'amputation était pratiquée dans nos hôpitaux pour des luxations compliquées du pied, ou

(1) Duncel, *Traitement des fausses ankyloses*, p. 43, Paris, 1843.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 13, 16 Septembre et 2 Octobre.

des fractures compliquées de la jambe, la mortalité était énorme, dit Ast. Cooper (*Œuvres complètes*, page 56). » Dupuytren, dont on a tant vanté la chirurgie heureuse, disait à sa clinique : « Sur deux amputations consécutives à des fractures compliquées de plaie, on doit s'estimer heureux quand une seule a du succès ; quand on sauve deux sur trois, c'est un très beau succès ; trois sur quatre, c'est un succès énorme. »

L'amputation par les caustiques, que nous proposons, tranche le membre au lieu de nécessité, pour le phlegmon diffus compliqué de fracture, comme pour la gangrène. « L'étendue des escarrhes ne doit pas effrayer le chirurgien ; chez un enfant, dit M. Velpeau, que j'ai vu avec M. Rayer et qui avait des tumeurs érectiles à la région dorsale et à la région sacrée, en même temps que sur la face, la potasse réussit également bien, quoique l'une de ces tumeurs eût une largeur de plusieurs pouces. » (*Médecine opér.*, tome III, p. 42.) D'un autre côté, « la cautérisation met plus inévitablement que les autres moyens à l'abri des phlébites, dans les opérations des varices, ... et le grand nombre de cautérisations n'expose pas à plus de dangers que quand on n'en pratique qu'une seule. » (Denonvilliers et Bérard, tome II, p. 153 et 169.) La phlébite purulente est l'exception dans l'opération des varices par le caustique, et nous sommes portés à croire qu'il en sera de même dans l'amputation faite avec ces agents. Sur 100 malades opérés de varices, qui avaient subi au moins 500 cautérisations, Bérard n'a observé qu'un seul cas de phlébite purulente terminé par la mort (*Compendium.*) M. A. Legrand, qui enlève les loupes du cuir chevelu par cautérisation linéaire, affirme que, sur 1,000 à 1,200 opérations, il n'a jamais eu d'érysipèles, (*Gaz. des hôp.*, 1855, p. 515.) ce que M. Guersant fils corrobore encore par ces mots : « L'érysipèle n'est plus à redouter. » D'autre part, les membres de la commission du rapport sur le traitement des maladies cancéreuses par la méthode Landolfi, écrivent page 33 : « M. Landolfi a voulu nous faire comprendre qu'il (son caustique) ne donnait lieu ni aux inflammations phlegmoneuses diffuses, ni aux phlébites, ni à l'infection purulente. En effet, nous n'avons observé aucune de ces complications chez les douze malades que nous avons suivies. *C'est, du reste, un des avantages communs à tous les caustiques.* » Enfin, nous terminerons ce paragraphe par les lignes suivantes, empruntées à M. Sédillot, sur la cautérisation ignée : « Dans les ulcérations infectieuses, sources de lymphites et de phlébites, toujours dangereuses et souvent fatales, l'abord du sang rouge (résultat de la cautérisation) modifie immédiatement les dispositions organiques des tissus lésés. L'oblitération des orifices vasculaires ulcérés met un obstacle aux intoxications par introduction dans l'économie de principe délétère. » (*Académie des sciences*, 1854, 4 septembre.) Le même chirurgien dit ailleurs : « Cette terrible affection, l'infection purulente, forme encore la plus large part de la mortalité des opérés ; on ne saurait apporter trop de soins à en prévenir l'invasion, et c'est dans ce but que nous avons préconisé, dès le commencement de l'année 1843, la supériorité des caustiques sur l'emploi du bistouri. » (*Médecine opér.*, proleg., tome I, p. 5.)

§ IV. — CONCLUSIONS ; PROCÉDÉ D'AMPUTATION DES MEMBRES PAR LA CAUTÉRISATION POTENTIELLE.

1° L'amputation des membres par la cautérisation est une opération aussi pratique que celle qu'on fait avec le bistouri, mais elle exige un certain nombre de séances ; le chirurgien doit bien connaître la position des principaux organes du membre ; elle permet de tenter l'opération au lieu de nécessité, et non au lieu d'élection ; les clapiers purulents ne doivent pas entraver la marche du chirurgien, mais lui servent fréquemment d'auxiliaire et de guide ; dans certaines circonstances graves, elle peut être commencée, puis abandonnée, si les circonstances démontrent son inutilité ; nous la croyons préférable à toute autre méthode, s'il y a commencement d'infection purulente, si le malade est profondément affaibli, s'il existe dans le membre d'abondantes et récentes suppurations, dans le cas de gangrène traumatique ou sénile.

2° Le malade soumis à ce genre d'amputation conservera son régime normal : l'opération aura lieu sur le lit où il est habituellement couché. Ce sera plutôt un pansement qu'une opération. Les pièces d'appareil sont ceux d'un appareil de pansement ordinaire : on y ajoutera un tourniquet de J.-L. Petit, des caustiques Filhos, de la potasse caustique en bâton, de la poudre de Vienne, de l'alcool, de la pâte de Canquoin et des cylindres de gutta-percha au chlorure de zinc, enfin du linge sur lequel on aura étendu de l'onguent de la mère. La pâte de Canquoin devra être très consistante, les cylindres de gutta-percha au chlorure de zinc fraîchement préparés.

3° Si on opère sur un membre dont les artères n'ont pas le volume de l'artère humérale, il ne faut pas s'occuper des vaisseaux avant l'opération ; si les artères ont le volume de l'humérale, ou sont plus volumineuses, comme au creux poplité ou à la cuisse, il importe d'en rechercher nettement la direction par la palpation et même par l'auscultation. Avant d'opérer, nous croyons utile de marquer cette direction sur le membre par une ligne noirâtre faite avec le crayon de nitrate d'argent, et de laisser de chaque côté du vaisseau 1 centimètre de tissus laissés intacts par la cautérisation.

4° Nous préférons la méthode d'opération à lambeaux à la méthode circulaire : 1° parce que la première marche plus rapidement ; 2° parce qu'elle met le membre à l'abri du moignon conique après la cicatrisation. La grande étendue de la plaie qui résulte d'une amputation à lambeaux, n'a pas ici le danger qu'elle a dans les opérations par le bistouri.

5° Pour faire la section de la peau, on peut opérer de deux manières. *Premier mode :* Prendre un crayon de caustique Filhos qu'on trempera dans l'alcool, marquer avec ce crayon le contour des lambeaux, passer et repasser à plusieurs reprises sur les mêmes points en les usant pour ainsi dire jusqu'à *gélatinification* complète ; la potasse caustique peut être employée dans le même but, mais son action est moins rapide. *Deuxième mode :* Quand les lambeaux sont très étendus, difficiles à attaquer à cause de la position du membre, on pourra circonscrire entre deux bandelettes de linge couvert d'onguent de la mère la ligne qui formera le contour des lambeaux, laisser entre ces deux bandelettes un intervalle d'un demi-centimètre environ, appliquer la pâte de Vienne sur cette ligne, et recouvrir d'une troisième bandelette ; laisser à demeure sans toucher pendant quinze à vingt minutes ; retirer alors le tout et laver. Quel que soit le mode de destruction de la peau, l'escarrhe étant produite, on place sur elle une petite lanière de pâte de Canquoin, et on remet au soir et au matin la deuxième séance. La ténuité de cette lanière doit être en raison de l'étendue de l'escarrhe produite, et mesurer en largeur et en épaisseur à peine le tiers de celle-ci ; son action n'a pour but, en effet, que la cautérisation en profondeur.

6° La partie escarrifiée est alors durcie et déprimée assez profondément ; sur celle-ci, on fait avec des ciseaux une ouverture dans laquelle on passe une des lames de l'instrument, et on coupe, sans effusion de sang, la peau et le tissu cellulaire sous-cutané jusqu'à l'aponévrose, la partie qui correspond au passage de l'artère principale est seule ménagée ; il s'agit alors d'inciser les muscles ; comme le chlorure de zinc n'a qu'une action pénétrante légère sur ce tissu, nous faisons avec un cylindre de caustique Filhos de potasse fixé dans un porte-nitrate ou des trouées profondes au sein de ces parties, à 1 ou 2 centimètres de distance l'une de l'autre. Cette opération, qui produit une douleur assez vive, doit être faite avec rapidité ; en outre, comme l'action gélatinifiante de l'alcali produirait, s'il était continué, une suffusion sanguine, nous plaçons immédiatement dans les trouées qu'il a faites des clous de chlorure de zinc à la gutta ou encore de larges lanières de pâte Canquoin. On appuie ensuite chaque point d'une compression directe avec des bourdonnets de charpie serrés ; on recouvre d'onguent de la mère, et on maintient le tout avec une bande.

7° A la séance suivante, enlèvement des bâtons caustiques ; incision avec des ciseaux des parties mortifiées intermédiaires à chaque trouée ; trouées nouvelles avec la potasse et répétition de l'opération précédemment décrite, jusqu'à ce que le chirurgien soit arrivé à isoler les os.

8° A ce moment de l'opération, il faut abandonner les caustiques, faire la ligature de l'artère principale, si elle a été réservée par prudence, et pratiquer la section de l'os avec la scie.

9° Pansement avec de l'onguent de la mère ; chute de l'escarrhe vers le huitième jour ; plaie granuleuse de bonne nature, douée d'une propriété adhésive si rapide, que les lambeaux maintenus avec des bandelettes sont rapprochés et réunis en quelques jours. La cicatrice résultant de l'opération est pour ainsi dire linéaire.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 7 Octobre 1856. — Présidence de M. BUSSY.

La correspondance officielle comprend :

Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans le département du Nord pendant l'année 1855.

— Le tableau des vaccinations pratiquées pendant l'année 1855 dans les départements de Vaucluse et de la Corse. (Com. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes :

Une lettre de M. le docteur VALLEZ, de Bruxelles, qui transmet à l'Académie un exemplaire de son *Traité théorique et pratique de médecine oculaire*, et qui sollicite le titre de correspondant étranger.

— Un rapport de M. le docteur MERLAND, de Napoléon-Vendée, sur la pratique de la vaccine dans le département de la Vendée en 1855, suivi de quelques réflexions sur la nécessité des revaccinations. (Com. de vaccine.)

— Une note de M. le docteur BÉDOR père, de Troyes, intitulée : *Cas remarquable de maladie mentale recueilli au dépôt d'aliénés de l'Hôtel-Dieu de Troyes*. (M. Baillarger, rapporteur.)

— Une réclamation de priorité adressée par M. CAPRON jeune, à l'occasion du bistouri à chasses tournantes présenté récemment à l'Académie par M. Charrière fils. (M. Velpeau, rapporteur.)

— Une lettre de M. CHARRIÈRE père, qui déclare n'avoir jamais eu connaissance de l'instrument de M. Capron, et ne savoir en aucune façon si cet instrument est semblable au sien ou s'il en diffère.

— Une note de M. PONS, de Ber près le Vigan, relative aux théories de l'évolution et de l'épigénèse. (M. Bourdon, rapporteur.)

— Une lettre de M. COLIN, d'Alfort, dans laquelle il se défend du reproche d'avoir nié qu'il ait soumis à un insignifiant traitement hydrothérapique l'un des chiens auxquels il a pratiqué la ligature de l'œsophage. (Commission nommée.)

— Une nouvelle lettre de M. le docteur LÉON MARIE, relative à la *ponction initiale des bubons vénériens*, méthode dont il a réclamé la priorité en faveur de Dominel, chirurgien à l'hôpital de Caen. Dans sa première lettre, M. Léon Marie avait signalé la blessure d'une branche de l'iliaque externe comme l'un des écueils de cette méthode ; M. Broca, en se fondant sur des considérations anatomiques, a nié la possibilité même de cet accident. « J'avais vu, dit M. Léon Marie, et de minutieuses dissections mises par moi sous les yeux du maître et de l'école ont établi que l'artériole menacée est presque toujours fille de l'iliaque externe. » Quant au défaut de publicité antérieure sur lequel M. Broca se fonde pour se considérer comme l'inventeur de la ponction prématurée, cette opération « est faite et renouvelée journellement depuis des années dans un vaste hôpital d'instruction publique où le bubon foisonne. Elle s'y est toujours pratiquée portes ouvertes, en plein soleil, sans réticences, sans mystères, en présence de nombreux et compétents témoins, élèves de l'École, médecins français et étrangers, titulaires et correspondants de l'Académie de médecine. Y a-t-il ici publicité, oui ou non ? » M. Léon Marie cite, en terminant, un passage extrait d'une lettre que vient de lui adresser M. Leprestre, de Caen. « Ce qu'il y a de très certain, c'est que cette communication a été faite à notre Société, qui a dû en parler dans un des volumes qu'elle produit chaque année. Mais dans lequel ? Je vous avoue que je n'en sais rien. » (Commission nommée.)

— M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL présente, au nom de M. le docteur Jobert, de Guyonville, un mémoire sur les *troubles de la vue propres à certaines femmes grosses* : la diplopie, la triplopie ou la polyopie en particulier. (Comm. MM. Danyau et Cazeaux.)

M. BROWN-SÉQUARD donne lecture d'un mémoire intitulé : *Recherches sur une affection convulsive épileptiforme consécutive à certaines lésions de la moelle épinière.*

L'auteur résume son travail dans les propositions suivantes :

1° Des lésions variées de la moelle épinière peuvent produire une affection convulsive ressemblant beaucoup à l'épilepsie ;

2° Les accès de convulsions, chez les animaux ayant eu la moelle épinière coupée, peuvent survenir spontanément ou sous l'influence d'irritations de certaines parties de la peau ;

3° Lorsque la moelle épinière a été lésée d'un côté, c'est l'irritation de la face et du côté correspondant qui seule peut produire les accès de convulsions ;

4° Si la lésion de la moelle épinière a atteint profondément ses deux moitiés latérales, les convulsions peuvent être produites par l'irritation des deux côtés de la face et du col ;

5° Ce sont les ramifications cutanées des nerfs de la face et du col et non leurs troncs qui ont la faculté de causer des accès quand on les irrite.

M. Brown-Séquard exécute ensuite sur des cabiais les expériences consignées dans son travail. (Des résultats entièrement semblables s'observent, dit M. Brown-Séquard, chez les chiens et les chats.)

Sur trois de ces animaux on a pratiqué, il y a quelque temps déjà, à la hauteur des dernières vertèbres dorsales, une section intéressant l'une ou l'autre moitié latérale de la moelle ou la totalité du cordon rachidien.

1° Chez le premier cabiais la section a porté sur la moitié droite de la moelle ; lorsqu'on pince la peau dans différentes parties du corps, l'animal accuse par des cris la vive souffrance qu'il éprouve (et cette douleur n'est nulle part aussi intense que dans les membres inférieurs, fait constant et qui résulte d'autres recherches de M. Brown-Séquard) ; mais vient-on à irriter la peau de la face ou du cou du côté droit, à l'instant même l'animal tombe sur le dos raide, et comme inanimé ; puis aussitôt surviennent des mouvements convulsifs, avec agitation des seuls membres où la motilité volontaire est conservée. Ce n'est pas un seul accès qui se produit, mais bien une série de petites attaques séparées par des repos appréciables.

2° Chez le deuxième cabiais, c'est la moitié gauche de la moelle qui a été coupée, et c'est en pinçant la moitié gauche de la face que M. Brown-Séquard détermine l'accès convulsif, après avoir montré que l'irritation des autres parties du corps ne donne lieu qu'à de la douleur.

3° Un animal est présenté, chez lequel la moelle épinière a été coupée dans sa totalité, et chez celui-ci l'irritation, exercée sur la partie droite ou gauche de la face indistinctement, développe à l'instant même un accès épileptiforme.

La communication de M. Brown-Séquard est renvoyée à l'examen d'une commission composée de MM. Jobert, Michel Lévy et Bouvier, rapporteur.

M. le docteur A. PETIT donne lecture d'une note sur *le typhus contagieux*. L'auteur, rappelant les observations qu'il a recueillies dans la campagne de Dresde, en 1813, présente des considérations sur la nature du typhus, qu'il considère comme différent de la fièvre typhoïde, sur la prophylaxie de la maladie, sur ses complications, parmi lesquelles l'inflammation de l'encéphale fixe surtout son attention, enfin sur le traitement qu'il fait consister essentiellement dans l'emploi des excitants diffusibles. (Comm. MM. Londe, Lecanu, Collineau.)

La séance est levée à quatre heures.

COURRIER.

Le Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE reprendra ses séances vendredi, 10 octobre, à 8 heures du soir.

— Un accident, dont les suites auraient été déplorables sans le courage et le dévouement de M. Noyers, docteur-médecin à Vic-Bigorre, a eu lieu ces jours derniers sur la route de Tarbes à Bagnères.

Deux diligences, dont l'une venait de Bagnères et l'autre de Tarbes, appartenant à la même administration, se rencontrèrent près du village de Saint-Martin et s'arrêtèrent un instant pour donner aux postillons le temps de changer, ou, pour mieux dire, de se remplacer mutuellement sur leur siége.

Pendant cette opération, les chevaux de la diligence de Tarbes à Bagnères se sentant libres prirent le galop, laissant le postillon sur la route.

Le danger était imminent : voiture et voyageurs allaient être jetés dans le fossé, lorsque M. Noyers, averti par les cris des postillons, se précipita devant les chevaux, et parvint, après des efforts inouïs, à les maîtriser.

Traité pratique des maladies de l'œil, par W. MACKENSIE, chirurgien-oculiste de S. M. B., professeur d'opthalmologie à l'Université de Glascow, chirurgien de l'hôpital ophthalmique de la même ville. Quatrième édition traduite de l'anglais et augmentée de notes, par le docteur E. WARLOMONT, membre de l'Académie de médecine de Belgique, rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, et A. TESTELIN, D.-M. P. Deux volumes grand in-8, avec figures dans le texte.

CONDITIONS DE LA PUBLICATION. — Le *Traité des maladies de l'œil* sera publié en douze fascicules, qui formeront deux volumes grand in-8, chacun de 700 à 800 pages, avec figures intercalées dans le texte. — Prix de chaque : 2 fr. 50 c.

Le tome Ier est terminé avec le fascicule VI. — Prix : 15 fr.

Recherches sur la nature chimique et les propriétés des matières grasses contenues dans la bile. Mémoire lu à l'Académie de médecine, par M. GOBLEY, professeur agrégé à l'École de pharmacie. In-8.

Mémoire sur l'épidémie de choléra et de suette qui a régné dans l'arrondissement de Montbéliard, depuis le mois d'août jusqu'à celui de novembre 1854, par le docteur TUEFFERD fils, médecin en chef des épidémies. In-8, Montbéliard.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FELIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 123. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 11 Octobre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, à *Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Douzième et dernière lettre sur le choléra. — II. OBSTÉTRIQUE : Observation de respiration et de vagissements d'un nouveau-né, renfermé encore dans les membranes intactes. — III. CHIRURGIE : Note sur un nouvel instrument bien simple pour extraire les corps étrangers des conduits auditifs externes. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie des sciences). Séance du 29 septembre : Sensibilité des tendons. — Dynamoscopie. — De quelques réactions propres à la substance des capsules surrénales. — Modifications imprimées à la température animale par quelques maladies chirurgicales. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Causeries.

PARIS, LE 10 OCTOBRE 1856.

DOUZIÈME ET DERNIÈRE LETTRE SUR LE CHOLÉRA (1).

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC, ET TRAITEMENT.

Une simple remarque, une simple réflexion, auraient suffi cependant pour faire éviter de pareilles aberrations. Dans les cas les plus graves du choléra, quand la réaction commence, le cœur, dont on pouvait à peine sentir les battements l'instant d'auparavant, semble se ranimer, ses contractions deviennent plus énergiques, le pouls, tout à l'heure filiforme, devient plus large et plus fort, le système capillaire se dégorge, et la teinte bleuâtre de la peau fait place peu à peu à une coloration rosée, le rétablissement de la chaleur du corps qui est en grande partie sous la dépendance de la circulation suit les progrès du réveil de cette fonction importante, et *le sang reprend sa liquidité première, bien avant qu'on ait pu lui rendre par des boissons le sérum dont la théorie le supposait privé*. Et remarquez que la réaction est toujours accompagnée d'une sueur abondante, laquelle devrait, dans la supposition que je combats, enlever encore au sang une autre partie de son sérum, et que cela ne l'empêche pas de recouvrer sa liquidité normale.

Ce n'est donc pas à la prétendue soustraction de ses parties liquides qu'est dû l'épaississement du sang. Ce ne peut pas être, par conséquent, en essayant de lui rendre sa fluidité par des alcalins, ou de rétablir par des injections d'eau un équilibre qui n'a pas cessé d'exister entre ses éléments, que l'on parviendra jamais à rétablir en lui une de ses qualités *physiques* altérée. C'est encore moins en combattant un symptôme, grave sans doute, mais moins grave et moins important à détruire que les vomissements et la diarrhée dont il serait d'ailleurs l'effet dans cette hypothèse, que l'on pourra espérer d'apporter quelque soulagement aux cholériques.

Il y a d'ailleurs une explication du phénomène de l'épaississement du sang, plus naturelle et plus vraie, puisqu'elle est d'accord avec tous les faits de la maladie et avec les lois de la *physiologie pathologique*, la seule dont les oracles ne soient pas menteurs, et qui conduira, je l'espère, à des conséquences pratiques plus rationnelles et plus utiles. Et je prie de bien le remarquer : ce n'est pas une hypothèse que je vais proposer, bien que le mot ni la chose n'aient rien qui m'effarouche. Je vais me livrer à une simple interprétation des faits, et, à moins qu'on ne veuille réduire les médecins au rôle stupide d'observateurs impassibles, il faudra bien l'accepter, si elle est juste.

Voyons d'abord en quoi consistent les principaux troubles de la circulation dans le choléra d'une certaine intensité.

Les contractions du cœur perdent de leur force et de leur énergie, ses battements sont tellement affaiblis que l'oreille les perçoit à peine; le pouls par suite est filiforme, ralenti, presqu'introuvable, le sang, ne recevant plus une impulsion suffisante, stagne dans tout le système capillaire et le colore, d'abord d'une teinte rougeâtre, puis lie de vin, puis bleue, enfin, par une conséquence nécessaire du ralentissement du cours de ce liquide, la température s'abaisse, les malades éprouvent de l'oppression, des syncopes ou des menaces de syncope, comme cela arrive généralement dans les grands troubles de la circulation, et quelquefois même ils périssent dans un véritable état d'asphyxie. Est-ce dépasser les bornes d'une interprétation raisonnable que d'en conclure que le miasme, le poison, l'agent quelconque qui produit le choléra, mis en contact avec le cœur par le sang qui le charrie, a frappé cet organe de stupeur et d'inertie.

Or, le sang, privé en grande partie de l'agitation et du vif mouvement que lui impriment les contractions du cœur dans l'état normal et circulant avec lenteur dans un corps qui a perdu plusieurs degrés de sa chaleur ordinaire, se trouve à peu près dans les conditions où nous le plaçons, lorsque, pratiquant une saignée, nous le laissons reposer et refroidir dans le vase qui le reçoit. Il tend à se coaguler. Le faible mouvement d'impulsion que lui communiquent encore les contractions affaiblies du cœur et le peu de chaleur qui persiste, suffisent à empêcher sa coagulation complète. C'est alors que si vous ouvrez la veine, vous le voyez s'écouler, épais, avec peine et en bavant, parce qu'il n'est plus agité ni poussé avec assez de force par l'agent principal de la circulation et qu'il n'a plus sa chaleur normale. Mais si, par un moyen quelconque, vous parvenez à ranimer l'énergie des contractions du cœur, vous verrez ce même sang circuler avec rapidité et s'élancer en jet par la veine, aussi liquide qu'avant la maladie, sans que vous y ayez rien ajouté qui ait pu le modifier dans la composition. De là découlent des indications thérapeutiques et des médications sur lesquelles nous reviendrons plus tard.

La quatrième hypothèse enfin cherche le point de départ des symptômes du choléra dans la lésion d'un organe, lésion dont elle laisse le soin de déterminer la nature, soit à l'expérience clinique, soit aux recherches d'anatomie pathologique, et ce point de départ, elle le place dans la moelle épinière. C'est une fausse application, un malheureux écart de la doctrine de la localisation des maladies. La moelle épinière ressent certainement les fâcheux effets du contact du poison cholérique, mais pas plus que les autres organes de l'économie, puisque le sang promène également sur tous la funeste influence de l'agent septique. Hypothèse ou théorie d'un détail, elle ne pouvait inspirer que des tentatives incomplètes de traitement local, émissions sanguines et révulsifs appliqués le long du rachis, ou l'emploi d'un moyen à action spéciale sur le cordon rachidien, tel que la strychnine, mais rien de certain et d'efficace contre une maladie qui s'étend à l'économie tout entière.

Avec de semblables hypothèses pour guides, l'observation et l'expérience, malgré les millions de faits sur lesquels elles ont eu à s'exercer, ne pouvaient pas sortir de la voie des tâtonnements stériles, ni des ornières de la routine à laquelle elles sont fatalement condamnées tant qu'elles ne sont pas soumises à une bonne direction. Aussi le traitement du choléra est-il hésitant, incertain et impuissant, comme il l'était au commencement de l'invasion de la première épidémie.

Pour qu'une théorie soit acceptable dans une science quelconque, et pour qu'elle porte tous ses fruits, il est de rigueur qu'elle englobe le plus grand nombre possible de faits auxquels elle s'applique, que ces faits reçoivent d'elle une explication claire, naturelle et facile, et que tous semblent en rayonner et y converger tour à tour. Quand elle réunit ces conditions, elle est à bon droit réputée vraie ; c'est sa pierre de touche infaillible. J'ai essayé jusqu'ici de donner ce caractère à celle dont j'ai entrepris l'exposition et les développements. Je vais essayer maintenant d'en déduire de nouvelles indications de traitement du choléra, et de découvrir à son aide, s'il se peut, de nouveaux horizons thérapeutiques.

Cette théorie, on la connaît. Elle consiste à considérer le choléra comme un empoisonnement du sang, produit par un miasme développé dans les marais de l'Inde. Elle explique à merveille tous les faits d'étiologie, de migration, de propagation épidémique et contagieuse, de symptomatologie, de désordres anatomiques du choléra, et jusqu'aux particularités les plus bizarres en apparence de sa marche, de ses réveils et de ses retours. Je l'ai entourée d'assez de faits et de preuves de tout genre, pour qu'il ne soit plus permis, à moins d'un scepticisme outré, de douter de sa réalité. Elle est assez généralement acceptée comme l'expression de la vérité.

(1) Voir les numéros des 27 Septembre et 4 Octobre.

Feuilleton.

CAUSERIES.

M. Cayol. — Une bulle homœopathique. — Les cabinets de M. Brown-Séquard. — Proposition aux expérimentateurs.

M. Cayol qui vient de mourir, frappé d'apoplexie, dans son château du Loiret, était le doyen des journalistes de Paris. Journaliste et château ! voilà deux mots bien étonnés de se trouver ensemble. On ne s'enrichit guère, que je sache, dans la presse médicale, et certainement ce n'est pas dans la polémique que M. Cayol avait gagné sa belle terre des environs d'Orléans. Il l'eût bien méritée, ma foi, car, pendant près d'un demi-siècle, M. Cayol est resté la plume à la main. Ses débuts dans le journalisme datent de 1809, époque où il partagea avec Royer-Collard la direction de la *Bibliothèque médicale*, et qu'il continua jusqu'en 1816, où il entra à la *Revue médicale* qu'il n'a plus abandonnée jusqu'à sa mort. Voilà, certes, une persévérance rare. Quarante-sept ans de journalisme ! Et ne croyez pas qu'il se soit toujours agi de ce journalisme commode, quiet, terne et pâle, tel qu'on le voudrait aujourd'hui ; non, M. Cayol a traversé, au contraire, les époques les plus orageuses de la polémique médicale, cette grande époque, pour la presse, de 1816 à 1830, où Broussais et sa doctrine passionnaient pour ou contre toute la génération d'alors. Et c'étaient de rudes combats, je vous l'assure. Et c'étaient de vigoureux lutteurs, vous pouvez le croire. Nous sommes des femmelettes à côté de ces ardents et vigoureux polémistes. D'un côté, Broussais, le général en chef, admirablement secondé par les vaillants capitaines qui avaient nom Boisseau, Jourdan, Roche, Bégin, Sanson, Bouillaud et tant d'autres qui s'étaient emparés de positions dites inexpugnables. De l'autre côté, pas de généralissime, pas de plan, pas de stratégie régulière ; mais, en revanche, une guerre implacable de partisans et de guérillas, dont les chefs s'appelaient Bérard, Dupau, Miquel, Bousquet, Cayol, Cayol qui est mort le mousquet à la main, non plus pour combattre la doctrine physiologique qu'il avait eu la gloire d'enterrer, mais pour lutter contre ses derniers et impuissants rejetons qu'il confondait dans une même dénomination qui lui appartient, l'anatomisme.

Chose étrange ! M. Cayol, contemporain et élève des hommes qui, dans notre siècle, ont porté le plus haut le drapeau de l'anatomie pathologique, de Bayle, de Laënnec, de Nysten, qui, pour le dire en passant, n'étaient pas conséquents avec leurs doctrines pathologiques, avec leur philosophie médicale ; M. Cayol, plus logique, secoua de bonne heure le lourd manteau de plomb que la médecine graphique a jeté sur les épaules de la médecine doctrinale. M. Cayol a été toute sa vie, et est resté jusqu'à sa mort, un révolté. Élève de l'École de Paris, quand Paris avait une école, M. Cayol s'insurgea, je ne dirai pas contre les principes de cette école, il n'y en avait pas, ni contre le dogme, il était absent ; mais contre la méthode, qui lui parut vicieuse et fallacieuse ; opposition habile et qu'on pourrait appeler diplomatique, car elle lui permit de reconnaître, d'adopter et d'utiliser les conquêtes de l'observation moderne, qui rejetait tout dogme et toute philosophie, en maintenant un dogme et une philosophie.

Ce dogme et cette philosophie, je n'ai pas à les apprécier ici, et je m'en félicite. L'*hippocratisme* de M. Cayol a trouvé le moyen de se mettre aussi mal avec Montpellier qu'avec Paris. Si

L'ami du genre humain n'est pas du tout mon fait,

je ne me passionne pas davantage pour ceux

Qui voient un ennemi dans chaque homme qui passe.

C'était, je le crains, un peu le fait de M. Cayol, surtout dans ces derniers temps. Son Hippocratisme, malgré l'absolu des propositions et même des aphorismes, s'est toujours tenu dans une sorte de clair-obscur très favorable à la polémique, car il permet d'avancer, de reculer, d'adopter, de rejeter, selon les besoins du moment et les exigences de l'actualité.

Ainsi M. Cayol était un contempteur très vif de l'anatomisme ; mais il n'avait garde de rejeter les renseignements fournis par l'anatomie pathologique. Je peux en parler *de visu* et *de auditu*, car, hélas ! je date de cette époque ; nulle part peut-être je n'ai vu faire une autopsie avec autant de soin que dans son service, à l'hôpital de la Charité, alors qu'il y possédait une chaire de clinique médicale et que mon excellent et si regrettable ami Miquel, qui me pilotait dans ces premiers et si difficiles exercices, remplissait les fonctions de chef de clinique. Cette clinique était très suivie et méritait de l'être. M. Chomel professait pendant le semestre d'hiver et M. Cayol durant le semestre d'été. Il n'y avait aucune comparaison à établir entre ces deux enseignements, mais je dirai qu'ils avaient tous les deux leur utilité, leurs avantages. Deux révolutions, à vingt ans de distance, ont fait descendre ces deux professeurs de leur chaire. Qu'est-ce que les révolutions politiques devraient avoir à démêler avec l'enseignement clinique ?.....

Une autre grosse pierre d'achoppement dans la médecine contemporaine était pour M. Cayol le *typhoïdisme*, mot encore de son invention, et qui lui a servi de thème, avec variations, à de nombreuses et brillantes disquisitions. Est-ce à dire que M. Cayol ne crût pas à l'existence de cette fièvre continue, aux symptômes qui la traduisent, aux caractères anatomiques qui l'individualisent ? Je sais bien ce qu'il écrivait à cet égard, mais je sais aussi que dans la seule occasion où j'aie vu, en ville, M. Cayol, appelé en consultation auprès d'un jeune typhique, son avis, très lucidement et magistralement exposé, ne trahissait aucune de ces oppositions dont la *Revue médicale* nous donnait souvent la piquante et vive manifestation.

Je cause sur M. Cayol que nous avons eu le malheur de perdre, et sans aucune prétention d'écrire une notice biographique ou nécrologique. Ce dernier devoir sera sans doute pieusement rempli dans le journal qu'il a si longtemps soutenu de sa plume, de son nom et de son autorité. M. Cayol était, en effet, un polémiste de la vieille roche, et, à ce titre, sa disparition de ce monde ne pouvait pas ne pas être signalée par un journaliste. Je n'ai eu l'honneur d'avoir aucune relation avec ce respectable confrère, et je ne sais de lui que ce que l'histoire contemporaine en rapporte, et cette histoire est encore trop près de nous pour qu'on puisse l'écrire avec toute liberté. On peut dire seulement que, destitué en 1830 de sa chaire de clinique médicale, il lutta avec courage et dignité contre cet acte du pouvoir, et que vaincu sinon par le droit, au moins

La première conséquence à laquelle elle nous conduit est la suivante : à une maladie produite par une cause unique et spéciale, nous devons chercher un remède spécial et spécifique comme elle, nous devons chercher un antidote à un empoisonnement, et cesser de nous user en efforts impuissants pour combattre des lésions d'organisation et des troubles fonctionnels qui n'en sont que les effets. L'insuccès de ces efforts ne nous avertit-il pas de leur inutilité, et ne nous dit-il pas que nous nous attaquons à l'ombre du mal et non au mal lui-même? Où en serions-nous pour le traitement de la syphilis, si nous étions encore réduits à combattre les manifestations multiples de cette honteuse maladie, chancres, bubons, exostoses, etc., etc., et si nous ne possédions pas dans le mercure un moyen de neutraliser le virus qui les produit? Et pour prendre un exemple qui ait plus de rapports avec la maladie qui nous occupe, où en serait le traitement des fièvres intermittentes, si nous n'avions pas le quinquina pour détruire ou neutraliser le miasme qui les provoque et les entretient, et si nous devions nous borner à lutter contre les lésions matérielles et les troubles fonctionnels par lesquels elles se manifestent à nos yeux?

Or, la grande analogie d'origine, de mode de développement et d'effets, qui existe entre le miasme du choléra et celui qui donne naissance aux fièvres paludéennes, conduit à penser que les moyens qui guérissent celles-ci pourraient peut-être guérir celui-là. Elle en autorise du moins l'essai.

Pénétré de ces idées, et en acceptant toutes les conséquences, je me suis livré, en 1832, 1849 et 1854, à des expériences thérapeutiques, trop peu nombreuses, il est vrai, pour commander une conviction, mais dont les résultats me paraissent de nature cependant à encourager les praticiens à les répéter.

Mon intention était d'expérimenter successivement tous les moyens reconnus efficaces, quoique à des degrés divers, contre les fièvres des marais. Je désirais passer en revue dans mes essais le sulfate de quinine, la décoction de quinquina, sa teinture, les chlorures d'oxyde de sodium, et l'arséniate de soude. Mais il ne m'a pas été possible d'expérimenter tous ces médicaments. Par une foule de raisons que chacun connaît, de telles expériences sont toujours, pour le médecin, délicates à tenter sur les malades de la ville; et d'ailleurs, le nombre des occasions est toujours trop restreint pour permettre d'en tirer des conséquences acceptables de tous. Voici donc les seules auxquelles j'aie pu me livrer.

J'ai commencé, en 1832, par prescrire le sulfate de quinine, en potions et en lavements, toujours associé au laudanum, dans le but de prolonger son contact avec les membranes muqueuses gastro-intestinales, et de favoriser ainsi son absorption. Mais, excepté dans les cas où les symptômes du choléra m'ont paru affecter une sorte d'intermittence ou plutôt de rémittence, je n'ai pas remarqué que ce sel ait influé d'une manière sensible sur la marche de la maladie. Je ne prenais pas alors une précaution que j'ai rarement négligée depuis, celle de débarrasser de la masse de liquides dont ils sont remplis, liquides dont la présence s'oppose très probablement à l'absorption des médicaments, de débarrasser, dis-je, l'estomac par un vomitif, le colon par un lavement purgatif, avant d'administrer le sulfate. C'est peut-être à la négligence de cette précaution que sont dus les insuccès qui m'y ont fait renoncer.

Cependant, plein de confiance dans ma théorie et par conséquent dans le quinquina, sachant que cette écorce précieuse contient autre chose que la quinine, et que par conséquent toutes ses propriétés ne peuvent pas résider dans cet alcaloïde, pensant que la *cinchonine*, la *quinidine*, le *rouge cinchonique*, l'*acide quinique* et le *tannin*, qui entrent aussi dans sa composition, devaient avoir une part dans ses effets, soupçonnant enfin que ses puissantes propriétés thérapeutiques résultaient de l'ensemble et de la réunion de toutes ces substances et peut-être de leur mode de combinaison, j'ai voulu essayer l'emploi de la décoction.

J'ai donc prescrit à mes malades la décoction dans un litre d'eau de 30 grammes de quinquina concassé, édulcorée avec du sucre ou du sirop de gomme, à prendre par tasses à café, froide et même à la glace. Je faisais ajouter à chaque tasse, au moment de la donner, de trois à cinq gouttes de laudanum de Sydenham, suivant l'âge, le sexe des malades, et la violence des vomissements. Si la première dose était vomie, je recommandais d'en faire prendre immédiatement une seconde, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'elle cessât d'être rejetée. Une fois ce résultat obtenu, je n'en faisais plus donner qu'une tasse toutes les heures, et bientôt après je supprimais le laudanum, pour ne pas m'exposer à plonger les malades dans un narcotisme dangereux. En même temps, je prescrivais l'administration de la même décoction par demi-lavements, auxquels on ajoutait de cinq à dix gouttes de laudanum et une cuillerée à bouche d'amidon, en recommandant d'en donner un second immédiatement après que le premier serait rendu, puis un troisième au besoin. Jamais je n'ai été obligé de dépasser le nombre de quatre par jour, et presque toujours je suis resté au-dessous de ce nombre.

Excepté dans les cas où la soudaineté de l'invasion et la marche rapide des accidents m'ont forcé de recourir sans délai à cette médication qui me paraissait la plus urgente, j'ai toujours débuté par provoquer le vomissement au moyen de l'ipécacuanha, et par vider le gros intestin à l'aide d'un lavement d'eau salée.

Enfin, j'ai secondé les effets de ce traitement par l'emploi des sinapismes et des moyens ordinaires de réchauffement, ces derniers appliqués principalement sur la région du cœur. J'en dirai bientôt les motifs. Quelquefois j'ai eu recours à l'application d'un large vésicatoire sur cette même région, et il m'a paru que c'était le meilleur moyen de ranimer la chaleur de tout le corps.

Me suis-je fait illusion? Il est si difficile en médecine de résister à l'entraînement de ses idées théoriques, de ne pas mettre un peu de complaisance à juger la valeur de leurs applications dans la pratique, de ne pas exagérer, même à ses propres yeux, des succès toujours ardemment désirés, en un mot, de ne pas prendre ses désirs, ses espérances pour des réalités, que, malgré la meilleure volonté de l'éviter, j'ai bien pu tomber dans le commun travers. Mais j'ai vu la diarrhée et les vomissements céder si promptement à cette médication, une réaction si facile et si franche en être la suite, une convalescence si nette et exempte de tout accident lui succéder, que, si ce n'était le petit nombre des faits que je possède, je n'hésiterais pas à proclamer le quinquina comme le remède par excellence, le neutralisant, le spécifique, l'antidote, comme on voudra l'appeler, du poison cholérique. Je continuerais certainement à recourir encore à cette médication, si une nouvelle épidémie m'en fournissait malheureusement les occasions, et je prescrirais l'usage du vin de quinquina comme le meilleur préservatif de la maladie. Enfin ces essais m'ont inspiré un redoublement de confiance en la conviction où je suis depuis longtemps, qu'il faut chercher le moyen de guérir le choléra parmi les agents dont l'efficacité a été constatée contre les fièvres intermittentes des marais, et que si on le trouve en dehors de ces agents, on aura fait la conquête d'un remède de plus contre ces dernières maladies.

Le temps et les occasions m'ont manqué pour continuer ces expériences, et je n'ai par conséquent pas pu même commencer celles que je m'étais proposé de faire avec l'arséniate de soude. J'avais conçu de grandes espérances de l'emploi de ce médicament, à cause de son énergie, de ses bons effets dans les fièvres paludéennes rebelles au quinquina, de la possibilité de l'administrer sous un petit volume, ce qui permettrait peut-être aux malades de le garder plus aisément, et dans les cas où il serait opiniâtrement vomi, de la facilité de le faire pénétrer par la peau préalablement dépouillée de son épiderme au moyen d'un vésicant rapide tel que l'ammoniaque, enfin parce que, dans la supposition où le miasme qui produit le choléra se composerait d'animalcules, cet agent me semblait plus propre qu'aucun autre à les détruire. C'est peut-être ainsi, me disais-je, que l'arséniate de soude se montre si efficace contre un grand nombre de fièvres paludéennes rebelles. Et mon imagination devançant les faits, j'en étais venu à me demander si les *mangeurs d'arsenic* de certaines contrées du Nord-Est de l'Europe ne devraient pas à cette habitude l'immunité dont ils jouissent, dit-on, contre les atteintes du choléra.

Si j'étais parvenu à faire passer mes convictions dans l'esprit d'un seul de mes lecteurs, et qu'il voulût bien recommencer un jour les essais que je viens d'indiquer, et auxquels les années qui s'accumulent sur ma tête ne me permettront plus sans doute de me livrer, je lui conseillerais de les répéter dans tous les cas de choléra indistinctement, depuis le plus léger jusqu'au plus grave, depuis la simple diarrhée dite prémonitoire, ou au moins depuis le degré auquel on donne le nom de cholérine jusqu'aux choléras bleus et asphyxiques. Expérimentés exclusivement dans les choléras de haute intensité, dans ceux que l'on s'obstine, à tort selon moi, à regarder comme les seuls choléras véritables, les médicaments les plus actifs ne peuvent donner lieu à des conclusions rigoureuses et certaines. Soit qu'on les administre par la voie de l'estomac, soit qu'on les donne en lavements, ils séjournent généralement trop peu de temps sur les surfaces absorbantes et leur absorption est exposée à de trop grandes variations, pour qu'on puisse en juger convenablement les effets et apprécier le degré de puissance et d'utilité. En outre, on estime toujours difficilement un moyen thérapeutique à sa juste valeur, quand on l'essaie dans les cas extrêmes d'une maladie violente dont l'issue est aussi fréquemment funeste que favorable, à moins qu'il ne possède une efficacité puissante et prompte, comme la saignée et le quinquina, par exemple. Essayés dans les cas légers, qui guérissent généralement par les moyens les plus simples, et souvent sans l'intervention de l'art, on ne pourrait non plus en rien conclure en leur faveur. Il vaut donc mieux commencer ses expériences dans les cas de moyenne intensité, cholérine et choléra peu violent, où les médicaments ont la possibilité et le temps d'agir et le médecin d'en observer et apprécier les effets, sauf à les étendre ensuite aux cas de choléra bleu et asphyxique.

Tout en poursuivant la découverte des moyens propres à neutraliser le poison cholérique et en attendant cette découverte, les médecins doivent lutter contre ses effets avec les moyens qu'ils possèdent. Pour le faire avec succès, il faut chercher à connaître les indications qui sont à remplir, descendre et conclure de ces indications aux moyens d'y satisfaire, en raisonner et régler l'emploi, en un mot, faire de la médecine rationnelle, faire de la médecine physiologique. C'est ce que vais entreprendre.

A défaut d'un spécifique contre le choléra, le bon sens nous dit que nous devons chercher à débarrasser l'économie du poison qui cause tout le désordre, à l'en débarrasser directement, si cela est possible, indirectement et par les voies naturelles de l'élimination normale, dans le cas contraire.

Voyons donc d'abord si l'art possède un moyen direct d'obtenir ce résultat.

---

par le fait, il accepta ce fait avec résolution, et se présenta au concours, où la chaire était mise en compétition.

M. Cayol, dont les croyances religieuses étaient connues de tous, a donné dans ces derniers temps un exemple et une leçon à ces écrivains ultra-catholiques, qui font inconsidérément intervenir la religion dans les affaires de science. Il a soutenu avec fermeté les droits de la raison et du progrès en maintenant les pures questions de foi dans les régions inaccessibles à la discussion. C'est contre l'homœopathie ultramontaine qu'il a eu à rompre cette dernière lance, et en vérité il lui faisait beaucoup trop d'honneur.

J'ai le bonheur ou le malheur de ne jamais lire le journal qui représente cette doctrine. Je me suis dit que je pourrais être tenté de la discuter peut-être, et qu'alors j'ouvrirais inévitablement ma porte à des gens qui ne demanderaient pas mieux que de la forcer, le terrible droit de réponse à la main. Il paraît que ces pieux chrétiens ne sont pas touchés par l'humilité de mon silence. Un de mes amis a la bonté de m'envoyer sous pli cacheté un article signé du grand pontife du néo-hahnemanisme, et dans lequel je suis traité pontificalement. Je professe un *scepticisme qui blesse plus que les convenances*; je fais du *cynisme*, et je *flétris* devant leurs confrères les *médecins que j'appelle mes maîtres et mes modèles*. Je reçois des *honoraires* pour attaquer l'homœopathie. J'ai volé à Hahnemann le *natrum muriaticum* dans le traitement de la phthisie, et j'ai inventé le *plagiat à la chèvre*.

Cette foudroyante bulle d'excommunication est tombée sur moi à l'occasion d'un article que vous avez oublié sans doute, et vous avez bien fait, mais dans lequel vous n'aviez pas aperçu certainement cette série d'abominations dont je me suis rendu coupable. Vous savez, cet innocent et bien inoffensif article dans lequel j'indiquais les préférences de nos célèbres confrères pour telles ou telles eaux minérales.

En vérité je ne me sens pas de force pour répondre à ces grossières invectives; il me suffit de les avoir reproduites devant mes lecteurs habituels; je plains plus que je ne blâme ceux qui ont recours à de pareilles armes; ils peuvent être bien assurés que je ne gagnerai jamais *mes honoraires* de cette façon.

Je passe aux cabiais de M. Brown-Séquard, à ces innocentes petites bêtes, que cet inexorable expérimentateur a si cruellement tourmentées mardi dernier, en pleine Académie de médecine. Ce fait, qui pourrait se reproduire, exige quelques observations. Que l'on expérimente, mon Dieu! puisqu'on croit la chose nécessaire, mais de grâce que ce soit loin de la foule, dans le silence et le recueillement du laboratoire, que l'on ne donne pas en spectacle les tortures infligées à de malheureuses bêtes, cela n'est d'aucune utilité et cela blesse toutes sortes de sentiments qu'il faut respecter. Les Académies ne sont pas, d'ailleurs, des amphithéâtres de démonstration; aux Académies il faut apporter le résultat des expériences, mais non ces expériences elles-mêmes.

Et à propos d'expériences, pourquoi cette préférence des expérimentateurs pour des animaux ou inoffensifs comme le cabiais, ou utiles comme le lapin domestique, ou serviteurs comme le cheval, ou amis de l'homme comme le chien? Je ne pardonne pas les immolations sur ce dernier animal. C'est affreux de tenir ainsi sous le couteau ou les tenailles une bête si dévouée et si aimante. Est-ce qu'il manque dans la nature des animaux inutiles et malfaisants? Adressez-vous donc, expérimentateurs barbares, à ces affreuses bêtes qui ne vivent que de rapines et de meurtres, à ces énormes rats de Montfaucon et des égoûts de Paris, aux oiseaux de proie, aux chauve-souris, aux taupes, ces féroces carnassiers, aux loirs, ces infâmes voleurs de nuit qui se régalent de mes pêches les plus mûres et de mes raisins les plus dorés. Vous serez ainsi doublement utiles en servant la science et en détruisant des animaux malfaisants. Mais ce que vous faites, et tel que vous le faites, est affreux et immoral.

AMÉDÉE LATOUR.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu les articles 6, 7 et 11 du statut du 20 décembre 1855, sur l'agrégation des Facultés;

Vu l'arrêté du 7 mars 1856,

Arrête :

Sont nommés membres du jury du concours qui s'ouvrira à Paris, le 3 novembre prochain, pour huit places d'agrégés près les Facultés de médecine :

MM.

Dumas, sénateur, membre de l'Institut (Académie des sciences), vice-président du conseil impérial de l'instruction publique, inspecteur général de l'enseignement supérieur, président.

Gavarret, professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Paris.

Würtz, professeur de chimie à la Faculté de médecine de Paris.

Moquin-Tandon, membre de l'Institut, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris.

Bérard, doyen et professeur de chimie médicale et de toxicologie de la Faculté de médecine de Montpellier.

Benoît, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Küss, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Rayer, membre de l'Institut (Académie des sciences).

Claude Bernard, membre de l'Institut, professeur au collége de France et à la faculté des sciences de Paris.

Sont nommés juges supplémentaires dudit concours :

MM.

Soubeiran, professeur de pharmacie à la faculté de médecine de Paris.

Bussy, membre de l'Institut, directeur de l'École supérieure de pharmacie de Paris.

Coste, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur au collége de France.

De Quatrefages, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur au Muséum d'histoire naturelle.

Fait à Paris, le 9 octobre 1856. ROULAND.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — *Cours de zoologie. (Histoire naturelle des Poissons).* — M. le docteur Aug. Duméril, Aide-naturaliste, Professeur agrégé à la Faculté de médecine, commencera ce cours le mardi, 14 octobre, à midi précis, et le continuera les mardis et les samedis suivants à la même heure.

Je le crois. J'espère démontrer que ce moyen consiste dans l'emploi des saignées générales et locales, et je prie mes confrères de me lire sans prévention et de suspendre leur jugement jusqu'à ce que je leur aie fait connaître les raisons sur lesquelles je fonde mon opinion.

Commençons d'abord par écarter quelques objections étranges que l'on a faites à l'emploi des saignées dans le choléra. On a prétendu que les émissions sanguines étaient matériellement impraticables chez les cholériques, parce que le sang était si épais qu'il ne pouvait plus couler, parce qu'on l'avait même quelquefois trouvé solidifié au point qu'on l'avait retiré sous forme de cylindre par l'ouverture de la veine, parce qu'un expérimentateur ayant ouvert la carotide sur un homme expirant, probablement au moment où les dernières contractions du cœur et les dernières contractions artérielles chassent les dernières ondées de sang de ces vaisseaux qui sont toujours vides dans les cadavres, n'en avait pas vu s'échapper une seule goutte après son opération; enfin, parce que les sangsues refusent de mordre sur les cholériques, les sangsues qui cependant dévorent des cadavres dans les marais. D'où il faudrait conclure, si cela était vrai, que des hommes peuvent vivre avec un sang épais comme de la gelée de groseilles ou tout à fait solidifié, malgré l'interruption de la circulation qui en résulterait nécessairement, et même sans qu'il leur restât une goutte de sang dans les artères. Vous comprenez, mon cher rédacteur, que je ne veuille pas perdre mon temps à réfuter de pareilles hérésies physiologiques, tout expérimentales qu'elles puissent être. J'y répondrai seulement par des faits. Un assez grand nombre de médecins ont pratiqué des saignées dans le choléra, soit comme moyen de traitement, soit pour se livrer à l'analyse du sang des cholériques. Dans l'Inde, les médecins anglais y ont eu souvent recours. Le docteur Steart, au rapport de Jacquemont, administrait à tous ses malades une solution d'ammoniaque, *les saignait tous*, et prétendait les sauver ainsi tous sans exception. D'autres médecins ont employé le même traitement, à son exemple, avec des succès divers. Enfin, on n'accuserait pas l'école de Broussais d'avoir abusé des applications de sangsues en 1832, si elle n'avait pas pu en user. Les émissions sanguines sont donc praticables chez les cholériques, à peu près comme chez les autres malades. Il s'agit donc seulement de savoir si et comment elles peuvent être utiles dans le traitement de cette maladie. Je vais entrer, à cet égard, dans des considérations anatomiques et physiologiques dont on voudra bien me pardonner la longueur en raison de l'importence du sujet.

L.-Ch. ROCHE,
(*La suite prochainement.*) Membre de l'Académie de médecine.

OBSTÉTRIQUE.

OBSERVATION DE RESPIRATION ET DE VAGISSEMENTS D'UN NOUVEAU-NÉ, RENFERMÉ ENCORE DANS LES MEMBRANES INTACTES;

Par le docteur HUTER, de Marbourg.

Les accoucheurs et les médecins légistes admettent, sans contestation, qu'un enfant puisse respirer et même crier avant que le corps ne soit sorti des parties génitales de la mère, pourvu que la bouche se trouve au contact de l'air. Il n'en est plus de même pour les cas où l'enfant doit avoir poussé des vagissements hors de cette dernière condition. Le raisonnement, en l'absence d'observations incontestables, ne permet pas d'admettre cette assertion; car, pour proférer des sons, le larynx exige absolument la présence de l'air ou d'un gaz quelconque; et d'où viendrait celui-ci? La présence d'un gaz dans l'amnios, admise par quelques-uns, est loin d'être prouvée, et ne peut être invoquée. La plupart des auteurs rejettent donc les anciennes observations de vagissements de fœtus renfermés encore dans la matrice et dans l'œuf intact, et expliquent les récentes par des erreurs d'acoustique, ces bruits étant produits par d'autres causes que par l'enfant, par les contractions intestinales chez la mère, par exemple. M. Hüter s'occupe depuis longtemps de cette question et promet un ouvrage sur la *présence de l'air dans l'œuf humain*, ouvrage déjà imprimé, mais dont la publication est retardée par des obstacles survenus à l'exécution des planches qui doivent l'accompagner. Il a eu l'occasion de rencontrer depuis, un cas, peut-être unique dans la science, et qui lui a permis d'observer, de voir et d'entendre, à tête reposée et à différentes reprises, le phénomène en question. Ce cas est tellement remarquable, que nous ne pouvons nous empêcher d'avoir une arrière pensée de possibilité d'erreur, quoique nous ne puissions dire où et comment, car l'observation, relatée avec les détails nécessaires, ne montre nulle part une porte que le doute puisse ouvrir sans effraction. Il est urgent que l'ouvrage promis par M. Hüter voie le jour, pour que les cas analogues et les observations particulières, faites sans doute par l'auteur, viennent corroborer l'autorité de ce cas exceptionnel.

Obs. — Femme de 33 ans, de constitution un peu faible. Un premier accouchement facile, il y a quatre ans; suivi bientôt d'une maladie de dix-huit semaines (fièvre typhoïde?). Elle croit avoir conçu le 15 août 1855, mais les règles sont encore revenues jusqu'au 15 novembre. Les mouvements de l'enfant ont été ressentis au commencement de janvier 1856. Entrée à la Maternité le 19 février; ayant souvent des douleurs céphaliques et lombaires. Laissons maintenant parler M. Hüter.

A l'exploration faite le 20, j'ai trouvé le ventre un peu fortement distendu; le col utérin était allongé, et laissait pénétrer le doigt à un demi-pouce de profondeur. Quelques étudiants qui avaient touché après moi, m'ayant annoncé avoir parcouru le col en entier, je réitérai l'exploration et effectivement je le trouvai d'une longueur de près d'un pouce, étroit, l'orifice interne ouvert et surmonté d'une partie fœtale très mobile à côté de laquelle se trouvait une main. Je diagnostiquai une grossesse dans le septième mois, avec tendance à l'avortement et ordonnai le repos au lit. Comme aucun travail ne s'annonçait les jours suivants, j'ai examiné cette femme tous les quelques jours, pour suivre la marche de la grossesse et pour m'assurer du rétrécissement et de l'occlusion de l'orifice interne, circonstance que j'avais déjà plusieurs fois observée. Aucun de ces phénomènes ne survint, quoique les douleurs lombaires se fussent dissipées dès la première nuit. Bien au contraire, l'orifice se dilatait et le col se raccourcissait davantage, de sorte que, le 5 mars, j'ai pu sentir distinctement une main et une partie de la tête caractérisée par sa forme et par une suture. Le 9 mars, la femme ne fut pas examinée.

A neuf heures du soir, les premières douleurs apparurent, mais la femme les prit pour les anciennes douleurs lombaires et ne prévint personne; c'est ce qu'elle fit le 10, à neuf heures du matin, après que les douleurs furent devenues plus fréquentes et plus vives. J'examinai de suite; l'orifice était presqu'entièrement effacé, la poche des eaux intacte et tellement lâche dans l'intervalle des douleurs, que je pus reconnaître distinctement les fesses d'un petit fœtus, le dos à droite, la main droite à côté de la hanche droite, le cordon ombilical et même son passage entre les cuisses fléchies et son insertion à l'abdomen. La petitesse du fœtus et le développement du ventre me firent soupçonner une grossesse gémellaire, quoique la matrice fût régulière dans sa forme et que l'on ne pût reconnaître distinctement aucune partie fœtale à travers ses parois. L'auscultation leva les doutes. Immédiatement au-dessus de l'arcade pubienne droite, j'entendis un cœur de fœtus, appartenant sans doute au fœtus précédent, et à gauche, à trois pouces de la ligne blanche, un second, dont les bruits étaient un peu couverts par le souffle utérin.

Pour donner aux étudiants, appelés auprès d'une autre femme en travail, le temps d'arriver, je défendis à celle-ci de faire le moindre effort d'expulsion. Elle fut couchée sur le lit de douleurs, après dix heures, lorsque plusieurs étudiants étaient arrivés. Les douleurs devinrent vives, et la poche des eaux se tendit de manière à en attendre la rupture à chaque instant. A dix heures vingt-six minutes, une douleur plus violente, pendant laquelle la femme elle-même dit : « cela vient, » expulsa l'œuf intact; on aperçut distinctement les fesses et au devant des pubis, à la région de l'anus de l'enfant, une tache par transparence produite par le méconium, et sur laquelle j'appelai l'attention des spectateurs (c'étaient des étudiants et les élèves sage-femmes). M. Heinemann soutint doucement le périné, et je reçus l'œuf dans ma main droite, à laquelle j'ajoutai la gauche, quand je vis paraître le placenta. Le plan antérieur du fœtus était tourné vers le placenta, la face s'en trouvait à quelques pouces du bord. Comme le liquide amniotique s'était accumulé principalement dans la partie inférieure de l'œuf, je pouvais observer la partie gauche de la face, et voir distinctement que la bouche s'ouvrait et se fermait, ce que je fis remarquer aux assistants. Pour observer encore mieux ces mouvements, je plaçai l'œuf sur une table, contre une fenêtre, vers laquelle je tournai la face du fœtus, pendant que je faisais remplir d'eau chaude une grande écuelle.

Comme le placenta formait une élévation naturelle du côté de la tête, la liqueur amniotique resta accumulée vers le bassin, constituant la partie la plus déclive. Le côté gauche de la face, recouvert par les membranes mollement appliquées, était parfaitement visible, et l'on put constater des mouvements de déglutition et d'inspiration.

Dans ce moment, nous entendîmes tous un vagissement, pendant lequel les membranes, recouvrant la face, furent soulevées, à ce premier cri, du volume d'une noix. Au second cri qui suivit bientôt, cette vessie se gonfla davantage, au point que la face ne put plus être aperçue distinctement; mais les mouvements des extrémités et de la poitrine restaient visibles. L'enfant poussa ainsi cinq vagissements, pendant lesquels la vessie devint de plus en plus tendue, néanmoins avec des alternatives de relâchement, correspondant probablement à l'inspiration. Elle avait alors le volume de deux mains juxta-posées, et je n'osais continuer l'expérience, pour ne pas encourir le reproche d'avoir laissé mourir l'enfant, quoique son peu de développement ne lui laissât pas de chances de vie. Je saisis des deux mains les membranes au sommet de la vessie pour les déchirer; mais je n'entamai que le chorion, et l'enfant redevint visible. Avant que je n'eusse pu déchirer l'amnios, nous entendîmes un sixième vagissement. Je plongeai alors l'enfant avec le placenta dans de l'eau chaude; il cria encore, mais plus faiblement, et respira avec beaucoup d'efforts. Le cordon, très épais, battait régulièrement.

Avant que je n'eusse ouvert l'œuf, le docteur Klingenhofer m'avertit qu'un second accouchement se préparait. Les douleurs étaient continuelles, et une poche des eaux s'allongea jusqu'à écarter les grandes lèvres, sans que, dans l'intervalle des douleurs, on pût découvrir une partie fœtale. Elle se rompit à dix heures cinquante minutes, et il s'écoula une grande quantité de liquide. A l'exploration, je trouvai les pieds en troisième position, la main droite, ainsi que le cordon, avec de faibles battements. Les bruits du cœur du fœtus avaient disparu, et lorsque quelques minutes après je renouvelai le toucher, le cordon était également immobile. Pour soutenir les contractions de la matrice, je fis donner dix grains de seigle ergoté. Mon fils, survenu dans ces entrefaites, toucha à dix heures cinquante-six minutes, et ne trouva que la main droite; j'explorai de suite après, et découvris la tête petite, molle, en première position, et la main droite au-dessous de la symphyse pubienne, les pieds et le cordon avaient disparu. A dix heures cinquante-neuf minutes, la tête et la main furent expulsées jusqu'aux fesses, en une douleur. L'enfant paraissait mort; le cordon ne battait plus, et l'on en fit la section. Mais l'enfant se mit à faire des efforts d'inspiration et bientôt à crier. On le plongea, comme le premier, dans de l'eau chaude, additionnée également d'un peu d'alcool. Il n'y avait pas de tuméfaction du crâne, mais les deux pieds et la main droite étaient d'un bleu foncé. Le placenta fut sorti du vagin à onze heures six minutes. L'accouchée n'éprouva aucun accident, et quitta la Maternité le 20 mars.

Les deux enfants étaient du sexe masculin; le premier était long de 13 pouces et pesait 2 livres 3/8ᵉˢ (832 gr.) (1); le second mesurait 13 p. 1/2, avec un poids de 2 livres 1/2 (876 gr.). Chez le premier, le diamètre transverse de la tête était de 2 pouces 1/2; l'antéro-postérieur, de 3 pouces; le diagonal, de 3 pouces 1/8ᵉ; largeur des épaules, 2 pouces 1/2; des hanches, 2 pouces. Chez le second enfant, le diamètre transverse mesurait 2 pouces 3/4; l'antéro-postérieur, 3 pouces; le diagonal, 3 pouces 1/2; la largeur des épaules, 3 pouces, et celle des hanches, 2 pouces 1/4.

(1) Nous donnerons la traduction approximative de ces poids, en faisant les remarques suivantes : Nous supposons que le poids de Marbourg est le poids prussien, généralement adopté en Allemagne, à l'exception de quelques grands États; nous pensons que M. Hüter se sert partout du poids médicinal, la livre à 12 onces et = 350 grammes.

Les placentas étaient assez volumineux; celui du premier enfant pesait 1 livre (350 gr.), et l'autre 1 livre 1/4 (437 gr.). Leur tissu était normal; pas de dépôts fibrineux; les cotylédons du deuxième étaient plus séparés que ceux du premier. On ne pouvait plus retrouver l'endroit où les deux membranes avaient dû être adossées. Le placenta du premier enfant était ovale; celui de l'autre, rond. Chez les deux, le chorion et l'amnios étaient réunis. La rupture d'aucune des poches n'était centrale, et l'insertion des deux cordons aux placentas se faisait excentriquement. Le cordon du premier enfant était épais, garni de gros vaisseaux non contournés, long de 17 pouces; celui du second mesurait 18 pouces.

La vie du premier enfant s'épuisa rapidement. La respiration devenait irrégulière; les inspirations étaient rares et accompagnées d'un soulèvement considérable du thorax. Les membres restaient flasques et n'exerçaient que très peu de mouvements. Les paupières étaient fermées, et l'on pouvait voir à travers elles les globes oculaires se remuer. Les gémissements devenaient de plus en plus rares. Le cordon battait d'abord assez régulièrement. Avant onze heures, on comptait 84, puis 68; à onze heures, 52; à onze heures un quart, 40 pulsations. Il s'arrêta à onze heures et demie; il fut alors lié, coupé, et l'enfant sortit de l'eau. Il respira de plus en plus rarement, devint pâle et mourut à deux heures.

Le second enfant devint tout à fait vivace; il respirait assez régulièrement, criait vivement, remuait les membres et les globes oculaires, quoique les paupières restassent closes, et devint rouge. Mais, à partir de deux heures, ces phénomènes diminuèrent rapidement, quoique l'enfant eût été replongé dans de l'eau chaude, et il mourut à trois heures et demie.

Les *autopsies* furent faites le même jour; celle du premier enfant à cinq heures, ainsi trois heures après la mort; celle du second, à cinq heures et demie, deux heures après la mort.

Le cadavre du premier enfant était encore mou. Peau recouverte de peu d'enduit sébacé et de peu de poils. Pieds, jambes et main droite d'un bleu intense, le reste de la peau, pâle-bleuâtre. Ongles peu développés, à peine indiqués aux orteils. Les paupières étaient faciles à ouvrir, ce que l'on ne pouvait effectuer pendant la vie. Circonférence de la poitrine, à la hauteur des creux axillaires, 6 pouces 1/2; à la hauteur du creux épigastrique, 7 pouces. Les autres mesures et les poids, comme pendant la vie. Cordon ombilical, tout frais. Le cadavre avait été couché sur le ventre.

L'abdomen et la poitrine furent ouverts simultanément. L'endroit le plus convexe du diaphragme était à gauche, à la sixième côte, et à droite à la cinquième. Les poumons étaient d'un rouge clair, et enfoncés dans la cavité du thorax. Très peu de sérum dans le péricarde. La totalité des organes thoraciques, d'un poids de 2 7/8ᵉˢ demi-once (42 gram.), surnageaient dans l'eau; cependant le poumon gauche s'enfonçait un peu. Sur la face antérieure du poumon droit, pesant 1 demi-once, on remarquait des vésicules distendues par de l'air; il n'y en avait qu'en quelques endroits de la face postérieure. L'incision de la face antérieure du lobe moyen, et de la face postérieure du lobe inférieur déterminait une faible crépitation. On pouvait exprimer de la section, un peu d'écume, mais pas de sang. Les ramifications de la trachée-artère donnaient à la pression beaucoup d'écume. Le poumon gauche, d'un poids de 3/4 de demi-once (11 gr.), était plus dense que le droit, et n'offrait quelques vésicules qu'au lobe supérieur et dans le voisinage de la bronche, de laquelle on n'exprimait que très peu d'écume. Pas de crépitation à l'incision. Les sections étaient denses. Le thymus pesait 1/8ᵉ (1,85), le cœur 5/8ᵉˢ de demi-once (9,30). Sur le cœur, il existait quelques sugillations, n'ayant pas tout à fait l'étendue d'une lentille.

L'estomac contenait un peu de mucosités et quelques bulles d'air. Les circonvolutions intestinales se touchaient partout. Il n'y avait qu'une petite quantité de méconium dans la partie tout inférieure de l'intestin. Le poids du foie était de 3 5/8ᵉˢ (54,30), celui de la rate 1/8ᵉ demi-once (1,85), celui de chacun des reins 3/8ᵉˢ demi-once (5,60). Les testicules étaient encore dans l'abdomen, à l'entrée du canal inguinal.

Les membranes de la moelle étaient pâles; la cavité arachnoïdienne contenait beaucoup de sérum; il s'en est écoulé une grande quantité par le grand trou occipital. La moelle épinière était pâle; également sur les surfaces de section.

Au-dessous de la calotte aponévrotique du crâne, sur les temporaux, il existait une suffusion sanguine modérée. Le tissu cellulaire adhérent au péritoine et en partie à la calotte aponévrotique, était emphysémateux et surnageait sur l'eau. Beaucoup de sérum entre les feuillets de l'arachnoïde. Le cerveau n'avait pas de circonvolutions; il existait seulement un enfoncement oblique sur le milieu des hémisphères. Les cavités cérébrales étaient très grandes et remplies de sérosité; plexus choroïdes pâles; pâleur de la masse du cerveau. Le coussinet graisseux des orbites était jaunâtre. La membrane pupillaire n'existait pas.

A l'incision de la peau des pieds, des jambes et de la main droite, on constata des sugillations sanguines dans le tissu cellulaire et dans la peau elle-même.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CHIRURGIE.

NOTE SUR UN NOUVEL INSTRUMENT BIEN SIMPLE POUR EXTRAIRE LES CORPS ÉTRANGERS DES CONDUITS AUDITIFS EXTERNES;

Par M. BONNAFONT.

Tout le monde sait combien certains enfants ont l'habitude de s'introduire, soit dans le nez, soit dans les oreilles, des corps étrangers. Ceux qui affectent la forme arrondie, sont généralement préférés, cela dépend probablement de l'absence de toute aspérité qui rend le contact de ces corps tout à fait indolore; aussi les petits pois secs, les haricots, les pois d'iris, etc., sont ceux que l'on rencontre le plus ordinairement engagés dans ces conduits. Quand leur introduction est récente, leur extraction de l'oreille est assez facile, soit en lançant dans l'oreille un jet d'eau continu et assez fort, soit à l'aide de la curette de Vidal (de Cassis) ou de l'instrument si ingénieux et à bascule imaginé par M. Leroy-d'Étiolles, pour extraire les calculs du canal de l'urètre, soit enfin avec les

pinces à polype de l'oreille de mon invention. Mais lorsque le corps étranger est de nature à absorber et à se gonfler sous l'influence de l'humidité qui l'environne, et qu'il a acquis assez de volume pour comprimer et même pour irriter les parois du conduit, tous les moyens précités deviennent insuffisants. C'est alors que les difficultés commencent pour le praticien, car l'introduction de tout instrument qui doit toucher les conduits est excessivement douloureuse.

M'étant trouvé plusieurs fois en présence de cette difficulté et ayant surtout apprécié l'insuffisance des moyens pour les surmonter, j'en ai cherché un qui pût rendre cette opération plus facile et surtout moins douloureuse pour l'enfant. C'est à quoi je crois être parvenu par l'instrument dont on aperçoit le dessin ci-après, et qui n'est autre chose qu'un simple tire-fond, à larges chasses, montée sur un manche droit. Supposez, comme cela m'est arrivé il y a quelque temps, et qui a donné lieu à cette petite invention, qu'un petit pois soit retenu depuis deux ou trois jours et plus dans le conduit auditif, dont les parois gonflées et irritées empêchent tout instrument de s'introduire entre elles et le corps étranger; il n'y a pas d'autre moyen alors que d'attendre que le corps soit ramolli et tombe en fragments, entraîné par la suppuration qu'il aura provoquée. Mais déjà des désordres plus ou moins graves, qu'il aura été impossible de prévenir, auront pu avoir lieu du côté de l'oreille. Désormais tous ces accidents pourront être empêchés à l'aide de ce petit instrument, et voici comment.



Dès que le conduit auditif est dilaté par mon spéculum auri et suffisamment éclairé par mon appareil réflecteur, ou par la lumière solaire, si elle est suffisante, on dirige le tire-fond directement sur le corps étranger, en ayant soin de ménager les parois du conduit. Une fois qu'il touche le corps, on l'enfonce comme dans un bouchon; et lorsqu'il est suffisamment engagé, on tire à soi pour tâcher d'en opérer l'extraction. Si le corps étranger ne comprime pas trop les parois du conduit, il obéira à ce mouvement, et l'extraction deviendra facile; dans le cas contraire, il se brisera, et dès lors, il faudra recommencer l'opération, jusqu'à ce que les fragments soient assez nombreux pour qu'on puisse les extraire, soit avec des pinces, et mieux avec une injection liquide lancée avec un peu de force. Ce moyen m'ayant réussi deux fois dans des conditions difficiles, je crois devoir l'ajouter à ceux déjà recommandés en pareil cas.

Une chose importante, dans l'emploi de cet instrument, consiste à s'assurer de la position du corps étranger dans le conduit et surtout de sa résistance dans la membrane du tympan, afin qu'on n'aille pas la toucher avec la pointe de la vrille.

Ce petit instrument est surtout précieux pour enlever les bouchons de toute sorte qui se forment dans les conduits auditifs, et dont la dureté et l'imperméabilité rendent leur extraction rebelle à tout autre moyen. Nous pourrions citer bon nombre d'exemples à l'appui (1).

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 29 Septembre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Sensibilité des tendons.

M. Flourens lit la note suivante :

Il y a trente-cinq ans aujourd'hui que les expériences qui suivent ont été faites. Elles datent de 1821, époque où je m'occupais de mes expériences sur le cerveau et la moelle épinière, expériences bien autrement importantes, que je présentai à l'Académie en 1822, et dont l'importance même me fit négliger alors de publier celles-ci.

Dès ce temps-là, le problème particulier de la *sensibilité* des tendons avait déjà fixé toute mon attention. Je n'avais pu voir sans étonnement la divergence singulière qui régnait entre les physiologistes et les chirurgiens touchant un simple point de fait, savoir si les tendons sont *sensibles* ou ne le sont pas. D'une part, tous les physiologistes, ou à peu tous, soutenaient l'*insensibilité* des tendons, et, d'autre part, tous les chirurgiens, ou à peu près tous, soutenaient la sensibilité vive, et même, dans certains cas, extrême, des parties fibreuses ou tendineuses.

Ainsi, par exemple, tandis que Haller (et toute son école, alors l'école supérieure de la physiologie) posait en principe, à Gœttingue, l'*insensibilité absolue* des tendons, deux chirurgiens très habiles, Morand et Jean-Louis Petit, affirmaient, à Paris, que non seulement les tendons sont *sensibles*, mais que certaines de leurs lésions pouvaient être suivies des plus vives douleurs.

« J'ai rapporté, je pense, disait Haller, autant d'expériences qu'il en fallait pour prouver qu'on coupe, qu'on brûle et qu'on détruit sans douleur les tendons de l'homme et de l'animal, et que, par conséquent, les tendons sont dépourvus de sentiment. »

Et Morand disait : « On sera peut-être étonné de voir un aussi grand nombre de blessures de cette espèce (il s'agit de tendons et de membres *arrachés*) rassemblées dans ce mémoire; mais ce qui, à mon gré, est bien plus étonnant, c'est qu'en général elles sont moins suivies d'accidents que la simple piqûre du tendon, qui est souvent mortelle. Voilà huit personnes blessées de cette façon guéries assez promptement, et il n'y en a eu qu'une qui ait éprouvé quelques accidents. Il y eut des douleurs épouvantables les premiers jours, etc. »

Jean-Louis Petit, cet observateur si judicieux et si clairvoyant, a inséré dans les volumes de notre Académie deux observations, l'une sur un cas de rupture complète du tendon d'Achille, et l'autre sur un cas de rupture incomplète de ce même tendon.

A propos de la première, Jean-Louis Petit dit : « Je finis cette observation en faisant remarquer que le malade n'a senti aucune douleur en se cassant les tendons, ni dans la suite pendant tout son traitement, » Et à propos de la seconde, il dit : « De cela seul que le tendon d'Achille est rompu entièrement, il n'arrive aucun accident...; et de cela seul que ce tendon n'est rompu ou cassé qu'en partie, il doit nécessairement survenir de fâcheux symptômes. C'est ce que j'ai presque toujours remarqué dans la rupture ou coupure incomplète des tendons des autres parties : la douleur, l'inflammation, la fièvre, le délire et la gangrène qui y surviennent quelquefois, rendraient cette maladie presque toujours mortelle sans le secours de l'art. »

Jean-Louis Petit nous explique ensuite, par une analyse anatomique admirable, comment, dans le cas de rupture complète, il n'y a jamais douleur, parce qu'il n'y a jamais tiraillement, et comment, au contraire, dans le cas de rupture incomplète, il y a toujours tiraillement, et par suite toujours douleur.

Je laisse à regret cette analyse, qui m'éloignerait trop de mon sujet; je me borne à ajouter que les deux observations de Jean-Louis Petit, comparées l'une à l'autre, furent pour moi le trait de lumière. Je vis tout de suite d'où provenait la divergence des physiologistes et des chirurgiens. Les physiologistes, opérant sur un tendon sain et normal, ne le trouvaient point sensible, et les chirurgiens, opérant sur un tendon déchiré, tiraillé, enflammé, le trouvaient sensible.

Il ne s'agissait plus que de confirmer cette interprétation par l'expérience. Je provoquai donc, sur différents animaux, l'inflammation du tendon d'Achille par des piqûres, par des tiraillements, par des coupures, et dès lors tout fut expliqué et concilié. Toutes les fois que j'opérais sur un tendon sain, je ne trouvais aucune sensibilité, et toutes les fois que j'opérais sur un tendon tuméfié et enflammé, je trouvais la sensibilité la plus vive.

Toujours emporté par d'autres travaux, j'ajournais sans cesse la publication de celui-là, lorsque, dans la séance du 3 mars dernier, M. J. Guérin nous lut un mémoire très remarquable sur ce qu'il nomme la *contractilité tendineuse*.

A l'occasion de ce mémoire, je pris la parole pour annoncer que des « expériences sur les tendons, déjà fort anciennes, m'avaient conduit à » reconnaître la sensibilité de ces parties, à préciser le mode de cette » sensibilité, et à déterminer les procédés d'excitation au moyen des- » quels on l'oblige à se manifester. »

En conséquence de ces paroles, j'aurais pu me borner à publier immédiatement mes anciennes observations. J'ai préféré les recommencer.

Sur différents animaux (chiens, lapins, cochons d'Inde), j'ai provoqué l'inflammation du tendon d'Achille par des piqûres et des coupures, et tout cela, bien entendu, sans le moindre signe de douleur ni de sensibilité.

Au bout de huit jours, j'ai trouvé, du moins en général, le tendon rouge, grossi, enflammé. Je l'ai pincé alors, et toutes les fois que les signes d'inflammation étaient manifestes, les signes de douleur et de sensibilité l'ont été aussi.

J'ai répété ces expériences à plusieurs reprises, et par séries successives d'animaux opérés ensemble. Je ne reproduirai ici que deux de ces séries.

Dans la première, sur six cochons d'Inde dont le tendon d'Achille avait été soumis aux irritations indiquées, quatre ont manifesté une sensibilité très vive chaque fois que leur tendon, rouge et tuméfié, a été pincé.

Dans la seconde série, sur cinq cochons d'Inde à tendon d'Achille préalablement irrité, quatre ont manifesté la plus vive douleur chaque fois que le tendon a été pincé.

Pour avoir simultanément sous les yeux les deux effets opposés qui nous occupent, j'ai fait mettre à nu, sur ces quatre animaux, le *tendon sain* et le *tendon enflammé*. Une plaque de verre a été placée ensuite sous chacun de ces deux tendons pour l'isoler complétement des parties voisines et sous-jacentes.

Après quoi on a pincé, piqué, coupé, brûlé avec l'acide nitrique, avec l'acide sulfurique, le tendon sain, et l'animal n'a ni crié ni bougé. On a pincé le tendon enflammé, et à chaque pincement l'animal a jeté un cri. C'était une chose frappante et une épreuve bien décisive que cette comparaison immédiate, que cette impassibilité absolue de l'animal tant qu'on n'agissait que sur le tendon normal et sain, et que les mouvements impétueux, les cris de ce même animal, dès qu'on agissait sur le tendon malade.

Le fait est donc démontré : le tendon sain est dépourvu de sensibilité, et le tendon enflammé a une sensibilité très vive. Mais quelle est la cause de ce fait; à quoi peut tenir cette différence entre le tendon sain et le tendon malade; quel changement s'est-il opéré dans l'état du tendon, ou plutôt dans l'état des nerfs du tendon (car tout ce qui tient à la sensibilité dépend des nerfs), pour que, dans un cas, ce même tendon soit doué de sensibilité, tandis qu'il en est dépourvu dans l'autre?

C'est là une question toute nouvelle, d'un ordre beaucoup plus général, et qui sera examinée dans une seconde note.

Dynamoscopie.

M. V. Collongues lit un mémoire ayant pour titre : *De la dynamoscopie, ou nouveau système d'auscultation.* Voici le résumé de ce mémoire :

En plaçant l'un des doigts de la main d'un homme à l'état de santé ou malade dans le conduit auditif externe, on entend un bruit continu très semblable à un *bourdonnement*; à ce bruit s'ajoutent, par intervalles irréguliers, des crépitations bien distinctes du bruit de bourdonnement, et qu'on peut appeler *pétillements* ou *grésillements*. Les bourdonnements et les pétillements sont plus sensibles lorsqu'on se sert d'un corps intermédiaire entre le doigt et le conduit auditif. Les meilleurs conducteurs, jusqu'à présent, sont le liége et l'acier. Les bruits entendus appartiennent bien réellement au sujet en exploration et non à l'oreille de l'observateur, pas plus qu'à l'air comprimé entre le tympan et l'instrument explorateur. Preuve : si l'on appuie l'instrument que nous appelons *dynamoscope* contre un corps inerte, ou si l'on introduit dans le godet de l'instrument le doigt d'un cadavre, on ne perçoit aucun de nos bruits. Le bourdonnement est un phénomène général. Les pétillements n'existent qu'à l'extrémité des doigts des mains et des pieds. Le bourdonnement et les pétillements, considérés sous le rapport physiologique, varient suivant les sexes, les âges, les tempéraments, les saisons, les climats, l'état de veille ou de sommeil, de fatigue ou de repos, de grossesse.

Étudiés dans certaines circonstances physiologico-pathologiques, comme la douleur pendant les opérations sanglantes, l'électrisation, l'éthérisation, le bourdonnement et les pétillements ont des différences marquées. Pendant les maladies, soit aiguës, soit chroniques, le bourdonnement se modifie ainsi : s'il est doux, lent, continu, égal à l'état normal, il devient rude, fort, rapide, continu; nous l'appelons *bourdonnement roulant*. Ce bourdonnement coïncide avec un état morbide exempt de danger. Si le bourdonnement, au lieu d'être continu, uniforme, devient tremblotant, c'est l'indice d'un état sérieux. Le bourdonnement peut être très variable, très inégal; il peut affecter tantôt une note aiguë, tantôt une note grave, et il correspond alors à un état morbide grave. Le cas devient plus grave encore si le bourdonnement passe du roulant, du tremblotant à l'intermittent, au doux, c'est le signe de la rétrogradation de la maladie. Enfin, l'absence du bourdonnement à l'extrémité des doigts est l'augure d'une mort prochaine. Pourtant, dans quelques maladies en particulier, il ne faudrait pas se laisser tromper à ce caractère; ainsi, dans les paralysies complètes, le bourdonnement est nul; dans les maladies qui se manifestent par la perte de la connaissance (épilepsie, catalepsie, apoplexie, etc.), le bourdonnement peut se supprimer longtemps et reparaître. Son apparition avant la fin de l'attaque indique que le malade reprendra bientôt ses sens.

Les pétillements dans les états morbides sont très variables. Après la mort, c'est-à-dire après la cessation complète de la respiration et des battements du cœur, le bourdonnement persiste; il est seulement très affaibli. Il est un point dans les régions précordiale et épigastrique où il est plus évident que partout ailleurs. La durée du bourdonnement après la mort varie de la dixième à la quinzième heure. Il suit une loi de retraite des extrémités vers le centre.

Dans les membres séparés du tronc, le bourdonnement existe partout immédiatement après l'amputation. Il disparaît de minute en minute, en allant des deux extrémités vers le centre. Ce n'est que vers la quinzième minute qu'il a complétement disparu.

Les corollaires de toutes ces observations indiquent que le bourdonnement et les pétillements ne tiennent pas à la circulation ni à la chaleur animale. Sans rien conclure sur la nature de ces bruits, nous constatons qu'ils sont une résultante de l'action organique.

L'absence du bourdonnement de la surface du corps est le signe le plus certain de la mort; elle fait distinguer la mort réelle de la mort apparente. Les variations du bourdonnement éclairent la marche et le pronostic des maladies. Enfin, l'absence du bourdonnement fait distinguer une paralysie complète d'une paralysie incomplète; elle est le signe le plus certain de la paralysie vraie, et la fait distinguer de la paralysie simulée.

Comme on le voit, notre système d'auscultation diffère du système d'auscultation de l'immortel Laënnec. L'auscultation stéthoscopique ne transmet à l'oreille que des bruits résultant d'une action physique, comme le passage de l'air à travers les mucosités accumulées dans les bronches ou les vésicules pulmonaires, le choc de deux fragments d'os ou de pierre, le frottement de deux surfaces rugueuses, etc. Notre système d'auscultation transmet les produits de l'action organique. C'est pour cela que nous l'appelons *dynamoscopie*, et l'instrument explorateur *dynamoscope*. (Comm., MM. Cagniard de la Tour, Andral, Jobert de Lamballe.)

Action physiologique et thérapeutique du courant galvanique constant sur les nerfs et les muscles de l'homme.

M. Remak communique une note additionnelle au mémoire qu'il a lu sur ce sujet dans la séance du 22 septembre. Cette note a pour objet d'appeler l'attention sur un ordre de maladies dont il a omis de parler dans son mémoire, et dont la guérison s'opère aussi bien par sa méthode d'électrisation que celle des contractures; ces maladies sont les douleurs rhumatismales.

Circulation du sang dans les vaisseaux de l'œil.

M. A. Waller communique le résultat d'observations microscopiques sur la circulation du sang dans les vaisseaux de l'œil, vue en transparence sur le vivant. C'est un travail de détails anatomiques minutieux qui ne peut trouver place ici en ce moment.

De quelques réactions propres à la substance des capsules surrénales.

M. Vulpian communique une note sur ce sujet. L'auteur a reconnu que la substance des capsules surrénales, mise dans certaines conditions, présente des réactions spéciales et toujours les mêmes. Ces réactions, qui appartiennent exclusivement aux capsules surrénales, y décèlent la présence d'une matière spéciale, inconnue jusqu'ici, douée de propriétés chimiques remarquables, et qui, par conséquent, dit l'auteur, constitue le *signe particulier* de ces organes.

Cette matière, qui se montre ainsi dans la substance médullaire, est-elle destinée à s'y détruire sur place, ou bien pénètre-t-elle dans le sang pour être entraînée dans le torrent circulatoire? M. Vulpian est très disposé à admettre la seconde supposition. Chez le mouton, dit-il, il y a une veine principale, une sorte de sinus qui parcourt toute la longueur de la substance médullaire, et s'ouvre à une des extrémités de la capsule. J'ai toujours vu la gouttelette de liquide sanguinolent qui sortait de l'orifice veineux produire, avec le sesquichlorure de fer, la réaction indiquée. Dans un cas même, un petit caillot, pris dans la veine cave auprès de l'embouchure de la veine capsulaire, s'est comporté de même, quoique plus faiblement, avec le même réactif. La matière s'était donc fait jour dans la veine, au travers de ses parois; et, ce qui se fait si constamment après la mort, peut, et doit même, ce me semble, avoir lieu pendant la vie. L'expérience en décidera. Ainsi serait prouvée, pour la première fois et d'une façon décisive, l'hypothèse qui regarde les capsules surrénales comme des glandes dites sanguines, c'est-à-dire versant directement dans le sang leur produit de sécrétion.

Quelle est l'importance de cette sécrétion? J'avoue que je n'ai encore pu me former aucune idée sur les usages possibles de cette matière. Je ne hasarderai par conséquent aucune hypothèse. — (Com. : MM. Dumas, Pelouze, Cl. Bernard.)

Modifications imprimées à la température animale par quelques maladies chirurgicales.

M. Demarquay communique les résultats de recherches qu'il a entreprises pour étudier les modifications imprimées à la température animale par quelques maladies chirurgicales, et en particulier dans l'infection purulente et l'érysipèle généralisé, dans les inflammations localisées et les plaies, dans les anévrysmes, dans la ligature des vaisseaux et la gangrène sénile. Voici les conclusions de ce travail :

1° L'infection purulente et l'érysipèle donnent une élévation de la température animale de 2 à 3 degrés.

2° Tandis que les inflammations circonscrites, comme le phlegmon et l'érysipèle localisé, impriment à la partie malade une augmentation de température variable entre 1 et 5 degrés, comparativement aux parties du côté opposé restées saines. De la glace appliquée sur ces parties malades abaisse promptement la température. Cet abaissement est passager, car dès que celle-ci est enlevée, les parties non seulement reviennent à leur état primitif de température, mais la dépassent même.

3° Un anévrisme vrai, le membre restant sain, ne fait éprouver aucune variation à la température animale. L'anévrisme artérioso-veineux, au contraire, donne lieu, au membre inférieur surtout, à une élévation de la température de 1 à 2 1/2 degrés.

4° Hunter et son école s'étaient occupés de l'influence de la ligature des vaisseaux sur la température animale. Les résultats auxquels ils sont arrivés sont contradictoires. Il résulte de mes expériences que la ligature de l'artère et de la veine dans un anévrisme artérioso-veineux du membre inférieur donne lieu à une élévation de température, tandis que la ligature seule de l'artère principale d'un membre a donné toujours un abaissement de la température.

5° Il en est de même de la gangrène sénile, qui a toujours amené un abaissement de la température animale dans les parties situées au-dessus des parties mortifiées, abaissement qui a varié entre 1 et 5 degrés. — (Commissaires : MM. Becquerel, Cl. Bernard, J. Cloquet.)

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

(1) Depuis la rédaction de cette petite note, en parcourant une bien vieille édition des œuvres d'Ambroise Paré, nous y avons lu que ce célèbre praticien recommandait aussi l'usage d'un tire-fond pour extraire les corps étrangers de l'oreille. Comment se fait-il que depuis, tous les auteurs qui se sont succédé aient laissé dans l'oubli ce moyen si simple?

Tome X. — N° 124. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 14 Octobre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. THÉRAPEUTIQUE : Note sur le traitement de la phthisie pulmonaire. — II. REVUE CLINIQUE DES HÔPITAUX ET HOSPICES (hôpital de la Charité, service de M. le professeur Cruveilhier) : Observation d'abcès de la fosse iliaque droite, suivi de fistule entéro-cutanée abdominale, avec quelques remarques sur les phlegmons de cette région. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médicale de Constantinople*. Suite de la discussion sur le typhus. — IV. ASSOCIATIONS : L'Association médicale de l'arrondissement de Toul. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Réorganisation et réouverture de l'École de médecine au Caire.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE (1) ;

Par M. Amédée LATOUR.

VII.

INCIDENT.

En publiant la lettre qu'on va lire, j'ai hésité pour en supprimer les passages où mon excellent et savant correspondant parle de mes faibles efforts d'une façon beaucoup trop bienveillante et que je ne peux accepter. Supprimer l'expression de sa pensée, c'eût été, ai-je cru, en suspecter la sincérité, et tout en reconnaissant que mon honorable confrère se trompe sur mon compte, j'ai voulu lui laisser toute la responsabilité de son erreur. Heureux, d'ailleurs, les hommes qui ne se trompent que par excès de bienveillance !

Il est quelques points de cette lettre sur lesquels je ne suis pas complétement d'accord avec mon honorable correspondant. Mais je ne peux allonger outre mesure cette publication, déjà trop longue. Je trouverai peut-être prochainement l'occasion de lui soumettre mes doutes et mes objections. A. L.

Sillery, 9 Octobre 1856.

Cher confrère et ami,

A mesure que paraissaient vos intéressants articles sur la phthisie pulmonaire, je prenais des notes et j'attendais la fin de votre grande entreprise pour vous communiquer mon sentiment et mes réflexions à cet égard.

Partant d'un exposé simple, clair et précis d'un mode de traitement nouveau de la phthisie pulmonaire, traitement dont vous suivez l'application et les effets, à notre connaissance à tous, depuis un grand nombre d'années, vous n'avez pas tardé à élargir votre terrain et à le transformer en une vaste arène, où vous conviez toutes les forces de la science et de la pratique contre une maladie qui, jusqu'à présent, semble avoir défié les efforts du rationalisme et de l'empirisme.

Vous entrez seul en campagne et vous avez le talent d'amener une armée derrière vous : n'est-ce point là ce que vous avez fait pour le choléra, pour le vitalisme et pour tant d'autres problèmes du premier ordre? Oui c'est bien votre méthode d'élucider les grandes questions, méthode qui fait la base et l'honneur de l'UNION MÉDICALE.

Nous voilà donc tous mis en demeure d'apporter notre bagage pratique et scientifique contre la phthisie pulmonaire, depuis le remède de bonne femme, depuis les médicaments et les médications empiriques, jusqu'au rationalisme le plus élevé, jusqu'aux déductions les plus sûres et les plus larges des conditions essentielles à la vie *intùs et extrà* : l'action sur elle des aliments, des vêtements, des habitations, des climats, des vents, des eaux, des conditions morales, etc. C'est bien là une question hippocratiquement posée, et, par cela seul qu'un publiciste habile croit pouvoir la poser au monde médical de son époque, il constate un retour vers les hautes régions de notre art et l'abandon des systèmes exclusifs.

Grâces vous soient rendues au nom du progrès que vous constatez : Merci pour l'avenir de notre noble mission!

Je vous aurais dit cela et d'autres choses encore avec la plus pure conviction et la plus grande simplicité de cœur, si vous ne m'aviez point cité avec des éloges que je ne mérite pas ; que puis-je vous écrire maintenant qui ne me fasse déchoir? Je me sens tout honteux du mince tribut que je vous apporte : c'est bien fait au surplus, n'est-il pas juste que je sois humilié ?

Et tout d'abord je vous déclare avoir traité, *entrepris* même avec des points de vue que je croyais rationnels, bien qu'ils s'éloignassent de la voie commune, bon nombre de phthisies à différents degrés, et dans tous les cas avec un insuccès complet.

Pourtant j'ai constamment conseillé, dans la première période, les voyages vers le Midi, les distractions, les exercices les plus appropriés aux goûts des malades : l'habitation dans des appartements bien éclairés, bien aérés, au Sud ou au Sud-Ouest ; un régime alimentaire composé de viandes faites et rôties, sans exclure les bons fruits et les légumes ; la fréquence des repas, le laitage sucré pour la nuit, l'usage du vin vieux, la flanelle sur la peau et les vêtements chauds. J'ajoutais à ces moyens hygiéniques l'usage des ferrugineux porté graduellement à haute dose, ou celui de l'iode sous forme de teinture ou d'iodures, dans l'espoir de modifier les fluides.

A la deuxième période, j'ajoutais à ces moyens les emplâtres toniques et excitants entre les deux épaules, pour fortifier et stimuler l'innervation : les laxatifs salins pour rétablir les facultés digestives, le massage et les frictions à toute la surface du corps pour suppléer l'exercice.

Malgré tous mes efforts, la troisième période est constamment survenue, et la mort a emporté plus ou moins rapidement tous mes phthisiques au milieu du cortége ordinaire des dérivatifs, des antispasmodiques et des émollients.

J'ai donc été conduit, par ces résultats fâcheux, à conclure avec vous, et avec un grand nombre de nos confrères, que la phthisie était une diathèse *sui generis*, contre laquelle un spécifique, aidé d'un ensemble de conditions physiques, hygiéniques et morales, devait seul obtenir succès.

Ce spécifique n'est point dans les ferrugineux, il n'est point dans les préparations d'iode; du moins leurs effets ont été négatifs entre mes mains. L'avez-vous trouvé dans le chlorure de sodium?

Bien que l'usage universel du chlorure de sodium dans l'alimentation humaine conduise à douter de son action spéciale contre la phthisie, néanmoins, les faits incontestables que vous m'avez fait connaître, longtemps avant de vous décider à les produire, ne me permettent pas de révoquer en doute son efficacité sous la modification que vous prescrivez.

Rien n'est plus fécond qu'un fait empiriquement prouvé, parce qu'il est la base d'une foule de déductions rationnelles; par exemple, s'il est démontré, dès à présent ou ultérieurement, que le chlorure de sodium, modifié par les actions organiques d'un animal et excrété avec le lait, détruit la diathèse phthisique ou la modifie de façon à en arrêter les fatales conséquences, il y a lieu de se demander si c'est par suite d'une transformation du sel, si un lactate de soude n'est point l'agent de la guérison, ou si cet agent ne réside pas dans le chlore ou la soude devenus libres.

Pourquoi vous servez-vous toujours de l'expression *lait chloruré*? Moi, j'incline à lui substituer celle de lait sodé : 1° parce que, parmi les autres spécifiques, ce sont toujours les radicaux métalliques, métalloïdes ou végétaux qui portent en eux-mêmes la vertu spécifique. Ainsi, le mercure, le fer, le soufre, l'iode, la quinine, semblent agir seuls; leurs modificateurs ne paraissent agir qu'en les rendant plus ou moins assimilables; 2° parce que la soude est un alcali qui entre dans la composition de nos humeurs pour les fluidifier, et qu'elle peut constituer un des dissolvants des tubercules les plus généraux et les plus puissants; 3° parce que, parmi les laxatifs salins, j'ai toujours reconnu, dans ceux à base de soude, une action générale bienfaisante, indépendante de l'action purgative. Cette distinction est loin d'être indifférente, car elle peut conduire à des préparations d'une efficacité plus prompte et plus évidente.

Voyez ce qui s'est passé pour l'usage des ferrugineux : lorsqu'on employait les boules de Nancy et les clous rouillés dans l'eau, l'action favorable du fer n'était pas douteuse, mais elle était bien faible, bien lente et souvent bien insuffisante; mais depuis que le docteur Blaud a formulé l'emploi du sulfate de fer, les ferrugineux ont une action sûre, rapide et merveilleuse. Il en a été de même pour les quinquinas, lorsque leur principe actif a été bien préparé par MM. Pelletier et Caventou.

A propos des quinquinas, permettez-moi une petite critique qui, pour s'adresser à vous aujourd'hui, ne s'étend pas moins pour cela à la grande majorité des prescriptions de nos confrères. Vous recommandez une infusion de quinquina dans l'eau, et vous proscrivez le café; mais le café et le quinquina sont des congénères jouissant des mêmes propriétés et des mêmes vertus toniques et fébrifuges; tous deux sont de la famille des rubiacées pentaudrie monogynie. Le quinquina et le café modifient le système nerveux dans un sens analogue diamétralement opposé à l'action du vin et des autres alcooliques. Je vous cite là le résumé de vingt ans d'observation. En thérapeutique, vous obtenez de trois tasses de café tous les

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 Août, 2, 9, 16, 23 et 30 Septembre.

Feuilleton.

RÉORGANISATION ET RÉOUVERTURE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE AU CAIRE.

Nous avons annoncé que, par un décret récent, le vice-roi d'Égypte venait d'ordonner la réorganisation de l'École de médecine du Caire. Trois mois à peine après la promulgation de ce décret, le 10 septembre dernier, la réouverture de cette École avait lieu par une solennité intéressante.

L'antique hôpital de Caserleni, vaste et superbe bâtiment situé sur la rive du Nil, a été destiné à servir provisoirement d'établissement à l'École de médecine. C'est là qu'a eu lieu la séance d'ouverture, présidée par Ethem-Pacha, gouverneur du Caire et ministre de l'instruction publique en Égypte, entouré des chefs de la religion (ulémas), de plusieurs grands dignitaires de l'État, et d'une foule de personnages distingués.

Dans l'assistance, on remarquait la figure rayonnante de Clot-Bey qui, après trente ans, voyait renaître une institution créée par lui et qui avait disparu, avec tant d'autres vestiges de la civilisation introduite par Méhémet-Aly, durant les mauvais jours du règne de son successeur.

On a laissé délicatement et courtoisement à Clot-Bey les honneurs de la séance. Il a prononcé un discours qui a reçu un accueil enthousiaste. Nous sommes heureux de pouvoir en donner ici quelques fragments.

Après avoir rappelé, et c'était bien naturel, ses efforts, ses luttes, ses succès, les résultats obtenus pendant l'existence de l'École, Clot-Bey a continué ainsi :

« Bien qu'elle présente encore des difficultés, l'œuvre que vous avez à accomplir est-elle beaucoup moins compliquée aujourd'hui qu'à l'origine même de nos travaux. Les maîtres et les élèves se trouvent maintenant, à tous égards, dans des conditions beaucoup plus favorables qu'à l'époque où l'École fut fondée. Sans doute, Messieurs, je ne veux pas le dissimuler par une fausse modestie, l'énergie que j'ai mise, il y a trente ans, au service de l'institution vous fera quelquefois défaut; mais vous avez en compensation, pour garantie de vos succès, le changement qui s'est opéré dans les mœurs et dans les idées, et l'affaiblissement des préjugés ; vous avez pour vous la pratique déjà éprouvée des principes qui m'ont servi de règle; et le fruit de nos travaux. En effet, vous possédez une langue scientifique, la traduction d'un grand nombre d'ouvrages classiques, des élèves familiarisés avec les notions élémentaires de la science. Les éminents praticiens qui nous apportent le concours de leurs lumières et de leur expérience, trouvant désormais des interprètes familiarisés avec l'usage de la langue médicale, ajouteront puissamment aux ressources de l'enseignement.

» Puisque j'ai parlé de règles, permettez-moi de rappeler, en peu de mots, quelques-unes de celles qui ont servi de bases à l'organisation de l'École.

» Contrairement à ce qui se pratique en Europe, les élèves de l'École de médecine du Caire, entretenus aux frais du gouvernement et jouissant d'une solde, sont soumis au régime collégial. Il en résulte que les étudiants trouvent réunis dans le même établissement tous les moyens d'instruction théorique et pratique; qu'ils ne sont plus dans l'obligation de parcourir des distances plus ou moins longues pour se rendre, soit aux amphithéâtres, soit aux hôpitaux, et que, constamment placés sous une surveillance active, aucune cause de distraction ne les enlève à leurs études.

» A cet avantage, nous avons ajouté ceux, non moins importants, de la répétition journalière des cours, de la rédaction des leçons par chaque élève. Vous conserverez, je n'en doute pas, Messieurs, une méthode qui se recommande par ses succès.

» Deux opinions ont été débattues sur le meilleur moyen d'introduire les arts et les sciences de l'Europe en Égypte. L'une préconise l'envoi à l'étranger de sujets nationaux pour y recevoir une éducation complète, afin qu'ils rapportent dans leur pays les connaissances qu'ils auront acquises. L'autre recommande le système contraire qui consiste à appeler des professeurs étrangers pour leur confier l'enseignement dans les écoles nationales.

» Le premier mode présente, selon nous, plusieurs inconvénients : 1° On ne connaît pas la vocation des élèves qu'on envoie à l'étranger et, par conséquent, l'on risque de les destiner à des études pour lesquelles ils n'auraient aucune aptitude; 2° la langue arabe exige de si longues études que, de deux choses l'une, ou les élèves partiront d'Égyte trop jeunes, pour en avoir une parfaite connaissance, et alors il l'oublieront en cessant de la cultiver, ce qui, à leur retour, les placerait dans la même condition que les professeurs étrangers, ou ils partiront assez âgés pour bien connaître leur langue, et, dans ce cas, ils laisseront trop pour en apprendre facilement une autre; 3° les élèves égyptiens étant dans la nécessité, dès leur arrivée en Europe, de donner plusieurs années à l'étude de la langue du pays qu'ils habiteront, ce n'est que très tard qu'ils pourront commencer les études spéciales.

» La seconde manière de procéder nous a toujours paru préférable. D'abord, elle est exempte des inconvénients que nous venons de signaler, en second lieu, elle ne restreint pas l'enseignement à un petit nombre de sujets, enfin, elle est beaucoup moins dispendieuse.

» Je ne dois pas passer sous silence une opinion à laquelle le mérite de celui qui l'a exprimée donne une grande valeur. M. le professeur Ranzi, de Florence, que distinguent au même degré son profond savoir, son noble caractère, pensait que l'enseignement devait être pratiqué en français à l'École de médecine du Caire. Je crois que l'honorable professeur serait revenu de cette idée, si une plus longue expérience de l'instruction élémentaire des élèves lui avait fait comprendre qu'il était fort difficile, pour ne pas dire impossible, de la mettre à exécution. Ce n'est en effet que par exception que les jeunes gens entrant à l'École savent assez le français pour suivre des cours scientifiques dans cette langue, et l'on ne peut en faire usage dans l'enseignement médical qu'après plusieurs années d'écoles préparatoires. Il y a d'ailleurs une considération dont nous devons tenir compte, c'est que l'enseignement dans une langue étrangère en restreint l'efficacité ; qu'il n'a jamais pour effet de naturaliser la science et d'en généraliser les bienfaits.

» L'introduction des études scientifiques en Égypte, à l'aide de l'idiôme du pays et par le moyen d'écoles nationales, voilà le système auquel l'ex-

effets de 30 centigrammes de sulfate de quinine; et en hygiène, vous obtenez de 10 centigrammes de sulfate de quinine tous les effets d'une tasse de café à l'eau. Le café et le quinquina m'ont toujours paru avoir un effet désagréable sur le système nerveux des phthisiques arrivés au deuxième et au troisième degrés; dans le premier degré, au contraire, les fonctions digestives semblent gagner à leur usage.

Parmi les adjuvants du traitement si sage et si rationnel que vous prescrivez, je regrette de ne pas trouver l'application, entre les deux épaules, des emplâtres résineux, depuis la première vertèbre dorsale jusqu'à la neuvième ou dixième. Aucun moyen ne m'a paru plus constant et plus efficace pour faire disparaître en peu de jours les altérations des muqueuses pituitaires pharyngiennes, laryngées et bronchiques. Une de ces préparations surtout (et c'est la plus facile à appliquer et à garder), l'emplâtre *du pauvre homme*, dont je fais un usage énorme depuis douze à quinze ans avec un succès constant, enlève rapidement tous les embarras accessoires des fosses nasales, de la gorge, du larynx et des bronches; et dans la phthisie, même tuberculeuse, son usage permanent apporte un soulagement que les malades n'hésitent pas à proclamer; tous déclarent que cet emplâtre entretient, entre les deux épaules une chaleur douce et permanente qui les fortifie, diminue leur toux et facilite leur expectoration : on ne doit pas être surpris de cet effet, anatomiquement et physiologiquement parlant, puisque c'est en ce point de la colonne vertébrale que se résument et se divisent la plupart des filets rachidiens qui vont porter la stimulation et la vie dans les parois et dans la profondeur des organes thoraciques. Chez tous les animaux, cette partie de la colonne vertébrale est protégée par une toison ou un duvet beaucoup plus épais et plus chaud que partout ailleurs; tandis que chez l'homme, amaigri surtout, elle demeure sans défense contre les actions extérieures; aussi le sentiment du froid en ce point est-il presque général chez les phthisiques, et à ce sentiment de froid une douleur réelle se joint presque toujours sous la pression du doigt exercée sur les quatrième, cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales.

Pardonnez-moi ces mesquineries : elles ne devraient pas se produire entre vos belles considérations et vos larges points de vue; la lettre du docteur Rufz, par sa profession de foi tranchée, par ses allures énergiques, ses tendances précises, que j'admire et que j'adopte entièrement, aurait dû me servir d'avertissement et de modèle pour répondre dignement à vos intentions, mais, je vous l'ai dit, vous m'avez mis en défaut : aussi n'ai-je plus qu'une observation à vous présenter pour l'acquit de ma conscience et j'ai fini.

La pression atmosphérique a toujours été, à mes yeux, le régulateur capital du jeu et de la santé des poumons. Bien plus, elle est le modificateur le plus puissant de la vie après la température externe des animaux.

Notre corps ne fonctionne, nos tissus ne restent condensés, nos fluides ne circulent dans nos vaisseaux, qu'à la condition expresse et absolue que nous sommes pressés en tous sens avec la force extraordinaire d'un kilogramme par centimètre carré; un peu plus, un peu moins, suivant les variations barométriques. Si cette pression disparaissait entièrement, notre mort serait instantanée, et à mesure qu'elle diminuerait, nos tissus se boursoufleraient, le sang et les autres fluides sortiraient de leurs vaisseaux et s'extravaseraient par les muqueuses pituitaires et pulmonaires d'abord, puis par la peau. Nous connaissons tous cette vérité, et nous en voyons partiellement les effets par les ventouses, qui ne sont sont autre chose que la diminution de la pression extérieure en un point de la surface du corps; et nous savons aussi quelle prodigieuse influence exercent sur l'organisme les bottes du docteur Junod.

Si la diminution de pression atmosphérique appliquée extérieurement modifie si profondément les tissus les plus résistants et les moins perméables, quelle influence ne doit-elle pas avoir sur les surfaces si délicates et si poreuses des muqueuses pulmonaires? On sait que chaque abaissement de 1 millimètre du baromètre entraîne une diminution d'environ 1 gramme 1/3 de pression par centimètre carré des muqueuses pulmonaires, et que les variations extrêmes du baromètre étant, sous notre latitude et dans notre climat, d'à peu près 60 millimètres, la pression sur les muqueuses pulmonaires est de 80 grammes par centimètre carré de plus au beau fixe et de 80 grammes de moins à la grande pluie ou à la tempête.

D'un autre côté, l'expérience de tous les temps et de tous les lieux a montré que les phthisiques sont plus souffrants et plus menacés quand la pression barométrique diminue, et en proportion de sa diminution; et qu'ils se trouvent beaucoup plus forts et plus à l'aise quand le baromètre est au beau fixe : un médecin d'hôpital, météorologiste, peut, avant d'entrer dans ses salles de phthisiques, prévoir comment ses malades se portent s'il a pris la hauteur de son baromètre : il peut même, si le baromètre est descendu très bas pendant la nuit, dire à l'avance : tel et tel numéros sont morts cette nuit : il se trompe rarement. J'ai fait ces remarques bien des fois dans les salles de M. Lerminier et de M. Rullier à l'hôpital de la Charité, étant encore étudiant, et bien des fois depuis dans ma pratique.

Un autre fait constaté par les observations traditionnelles n'est pas moins exact : c'est que les époques équinoxiales sont généralement les plus funestes aux phthisiques : la cause en est évidemment aussi dans les variations barométriques, car les solstices, par contre, soit d'hiver, soit d'été, sont le meilleur temps de ces malades, et c'est aux équinoxes que se produisent les plus grands écarts de pression barométrique, et surtout les plus grands abaissements, tandis que l'été et l'hiver, le baromètre est plus stable et plus élevé en moyenne qu'au printemps et à l'automne.

On ignore généralement que l'océan atmosphérique a ses marées haute et basse deux fois par jour comme l'océan maritime, qu'il a ses hautes marées aux équinoxes, et ses basses marées aux solstices. Ce phénomène entrevu et légèrement étudié jusqu'ici sous le nom de variations horaires du baromètre est indépendant des perturbations variables et accidentelles de l'atmosphère; il se produit constamment chaque jour, chaque année, et il suit exactement les marées océaniques dans un ordre inverse, c'est-à-dire les hautes marées correspondant aux plus basses pressions, et les hautes pressions représentant les basses marées.

Ceci posé, la détermination des lieux les plus convenables aux phthisiques peut devenir tout à fait rationnelle : ainsi le voisinage de la mer où la hauteur moyenne du baromètre est de 760 millimètres, sera plus favorable que le département de la Seine où cette hauteur est de 755 millimètres. Cette dernière station sera plus favorable que celle du Mont-Dore où la pression moyenne est représentée par 600 millimètres. Ce n'est pas tout, les régions intertropicales où les variations barométriques sont à peine de 4 à 5 millimètres, seront beaucoup meilleures que nos régions, où les écarts barométriques comptent jusqu'à 60 millimètres. L'expérience au surplus paraît encore en ceci parfaitement d'accord avec la théorie.

Ici se place naturellement une induction plus importante encore en ce qu'elle peut fournir immédiatement et chez nous un adjuvant de première force, non seulement à la thérapeutique de la phthisie pulmonaire, mais encore à la thérapeutique d'un grand nombre d'autres maladies : je veux parler de l'augmentation artificielle, graduelle et constante de la pression atmosphérique.

Le docteur Pravas a déjà fait, dans ce sens, des travaux et des expériences d'une grande valeur, il est fâcheux qu'il ne leur ait pas donné plus d'extension.

Rien ne serait plus simple pourtant que de préparer des appartements et même des salles d'hôpital de première grandeur où les malades trouveraient réunis, à une pression constante de l'atmosphère, portée à 800 à 900 millimètres de mercure au besoin, toutes les conditions de l'hygiène la plus parfaite, la lumière, la chaleur et le renouvellement abondant de l'air respirable : une soufflerie de quatre chevaux vapeur suffirait à la plus large alimentation désirable d'une salle de 100 malades, avec les entrées et les sorties du service. Une ou plusieurs soupapes d'échappement régularisées à la pression intérieure à entretenir, des portes éclusières pour l'entrée et la sortie, telles seraient, avec l'imperméabilité des fenêtres et des parois, les dispositions à établir. Je le répète, rien n'est plus simple et plus facile à installer et j'ajoute, qu'une telle installation serait fort peu coûteuse, en comparaison surtout des services qu'elle pourrait rendre. Je ne crains pas d'avancer que si, à défaut de l'administration des hospices, une maison de santé créait un pareil établissement, elle y trouverait des avantages positifs.

En effet, cette compression réparatrice et tonique de l'atmosphère, exempte de toute influence extérieure et de toute variation, devrait avoir sur les poumons une influence remarquable et pour ainsi dire immédiate : d'abord elle ferait, à n'en pas douter, cesser toute hémoptysie en rapprochant les tissus ulcérés, et en affermissant les surfaces des muqueuses; elle présenterait, en second lieu, plus d'oxygène aux surfaces restées saines et soutiendrait ainsi la vie en rendant sa fonction la plus importante, la respiration, plus complète; enfin elle présenterait toute la série des effets opposés à ceux des ventouses et de la diminution de pression.

Je ne comprends pas comment une application aussi importante de la physique médicale n'a pas encore été faite à la phthisie et à d'autres maladies, et comment elle n'a été l'objet d'aucune expérience suivie même sur les animaux.

Si le lait sodé ou chloruré doit, par votre excellente méthode, modifier les fluides des phthisiques et même dissoudre la matière tuberculeuse, je n'hésite pas à croire que la pression atmosphérique augmentée artificiellement et maintenue constante, sera le complément indispensable de cette belle découverte pour la guérison de la phthisie pulmonaire.

Agréez, mon cher confrère et ami, l'expression de mes sentiments les plus dévoués.

Dr Jules Guyot.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.

(MÉDECINE.)

Hôpital de la Charité. — Service de M. le professeur Chevreuse.

OBSERVATION D'ABCÈS DE LA FOSSE ILIAQUE DROITE, SUIVI DE FISTULE ENTÉRO-CUTANÉE ABDOMINALE, AVEC QUELQUES REMARQUES SUR LES PHLEGMONS DE CETTE RÉGION.

Les tumeurs phlegmoneuses iliaques, celles qui se développent dans l'état puerpéral exceptées, sont, on le sait, infiniment plus communes à droite qu'à gauche, à ce point que Dance et Husson avaient, dans leur mémoire, présenté ces tumeurs comme exclusivement propres à la fosse iliaque droite. Ce fait a été expliqué d'une manière satisfaisante : 1° par les maladies du cœcum et de son appendice, qui sont plus fréquentes que celles de l'S iliaque; 2° par cette disposition anatomique, en vertu de laquelle, la portion cœcale de l'intestin étant privée de revêtement péritonéal en arrière, se trouve ainsi immédiatement contiguë dans ce sens avec un tissu cellulaire abondant, dans lequel ses inflammations peuvent se propager, ou les produits qu'elle contient s'épancher, bien plus facilement par suite de ce défaut de protection.

Le fait suivant est un nouvel exemple qui vient à l'appui de cette explication adoptée par tous les auteurs.

Une femme non mariée, âgée de 28 ans, fleuriste, entre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Joseph, n° 23. — Tempérament nerveux; constitution médiocre; nulle maladie grave antérieure. Menstruée pour la première fois à 16 ans, après avoir présenté des symptômes de chlorose, pâleur, palpitations, migraines habituelles, qui ont disparu après l'apparition des premières règles; depuis, retour assez régulier de l'écoulement cataménial, sans dysménorrhée, mais ordinairement peu abondant, peu coloré et ne durant qu'un jour; une seule interruption de deux mois, il y a cinq ans, pendant laquelle les palpitations et les maux de tête reparurent, pour cesser avec l'aménorrhée qui y avait donné lieu. Jamais de grossesse. Jamais de toux ni d'hémoptysie. Mauvaise alimentation (charcuterie, laitage, fruits, salade); néanmoins, santé passable. Constipation habituelle.

Vers la fin de l'année 1854, apparition de troubles divers dans les fonctions digestives : sensation de poids à l'estomac à la suite des repas, avec allourdissement général; douleurs dans l'épigastre et le reste de la cavité abdominale; d'ailleurs, point d'aigreurs, ni renvois, ni borborygmes, ni expulsion de gaz par les voies inférieures; persistance de la constipation. Nul traitement.

---

périence et la raison commandent de s'arrêter; et nous nous y attachons avec d'autant plus de confiance, qu'il est toujours possible d'en compléter les avantages en envoyant en Europe, pour y perfectionner leur éducation, ceux des élèves qui se seront le plus distingués dans le cours de leurs études.

» Messieurs, vous ne l'ignorez pas, telle est d'ailleurs la marche qu'on a généralement suivie chez tous les peuples qui ont été successivement invités à la civilisation.

» Ce n'est pas que nous méconnaissions l'utilité d'une langue européenne. Nous sommes au contraire convaincu que la connaissance en est indispensable dans toutes les carrières scientifiques; car c'est l'unique moyen, pour ceux qui les suivent, de se tenir au courant des progrès que réalise le mouvement incessant de l'esprit humain. Aussi, en créant l'École de médecine, avais-je eu le soin d'y annexer une École préparatoire, dont le programme comprend l'étude du français. C'est par la même raison qu'une classe de langue française est établie dans la nouvelle École, afin de combler cette lacune de l'instruction, jusqu'au moment où la grande École préparatoire que le vice-roi a eu la généreuse pensée de fonder, pourra fournir des sujets aptes aux études spéciales.

» Vous me pardonnerez, Messieurs, de m'être arrêté, avec trop de complaisance peut-être, sur des détails dont il était sans doute superflu de vous entretenir; car votre indulgence attribuera ce long retour vers le passé à un sentiment bien naturel de ma part : l'ardente sollicitude dont je suis animé pour une œuvre à laquelle j'ai consacré, avec les plus belles années de mon existence, tout ce que la providence divine m'avait départi de force et d'intelligence.

» Puisque la vie est rendue à une institution si éminemment utile, puisque son avenir vous est confié, nous sommes en droit d'espérer qu'elle produira tous les fruits que le pays en attend.

» Deux puissants mobiles entretiendront constamment, Messieurs, votre zèle et votre émulation : l'importance de la mission humanitaire dont vous êtes chargés et les sentiments de gratitude et de dévouement dont nous sommes profondément pénétrés envers le prince qui restaure l'École de médecine. Il manifeste par cet acte éclatant son amour de la science, la bonté de son cœur et l'intérêt qu'il porte au bien-être de la population de l'Égypte. »

COURRIER.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE D'ORIENT.

MM. Grisolle, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 40 fr.; Malapert, médecin principal à l'hôpital du Roule, 60 fr.; docteur Dewulf, 20 fr.; Moreau, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 40 fr.; Association de prévoyance des médecins de l'arrondissement d'Alais, 100 fr.; docteur Liégard, de Caen, 10 fr.; docteur Combes, de St-Germain (Cher), 15 fr.; docteur Campmas, médecin principal à Barèges, 40 fr.; docteur Cahuac, d'Agen, 10 fr.; Association de prévoyance des médecins du département de la Seine, 500 fr.; Morgue, médecin principal de 1re classe de l'hôpital militaire de Lyon, 50 f.; Soucelier, médecin principal de 2e classe à l'hôpital militaire de Lyon, 25 fr.; Durand, id., 25 fr.; Magail, médecin-major de 1re classe, id., 10 fr.; Valette, id., 20 fr.; Marmy, id., 15 fr.; Definance, 10 fr.; Barudel, médecin-major de 1re classe, 10 fr.; Lasserre, id., 10 fr.; Verdier, médecin aide-major de 1re classe, 5 fr.; Navarre, id., 5 fr.; Damour, id., 5 fr.; Monnier, id., 5 fr.; Papillon, médecin aide-major de 2e classe, 5 fr.; Cuvellier, médecin-major à l'hôpital militaire de Bougie, 15 fr.; Ovide, médecin aide-major, id., 5 fr.; Boutonnier, médecin sous-aide, id., 5 fr.; Bougel, aide-major, id., 5 fr.; Massié, pharmacien aide-major, id., 5 fr.

Total.	1,070 fr.
Reçu précédemment. . . .	3,345 fr.
Total des sommes reçues par M. le baron P. Dubois. .	4,415 fr.

—

Souscription ouverte dans les bureaux de l'Union Médicale :

Deuxième liste : Docteur L. Gros, 20 fr.; docteur Wardy, médecin au 8e de chasseurs, 40 fr.; docteur Douillot, médecin aide-major au 8e de chasseurs, 10 fr.; Association de l'arrondissement de Toul, 50 fr.; docteur Petel, de Cateau, 10 fr.; M. Vée, 20 fr.

Total.	150 fr.
Liste précédente.	365 fr.
Total de l'Union Médicale. . .	515 fr.

—

Souscription ouverte dans les bureaux de la *Gazette des hôpitaux :*

Docteur Paris, à Gray, 3 fr.; docteur Destrem, à Paris, 20 fr.; Jaux, médecin-major du 13e de ligne, 5 fr.; docteur Lombard, à Paris, 20 fr.; Bailly, médecin aide-major au 97e de ligne, 5 fr.; docteur Delabrosse, à Rouen, 3 fr.; docteur Lehu, à Paris, 5 fr.; Martrez, aide-major aux chasseurs à cheval de la garde, 10 fr.; docteur Daveu, à Saint-Aignan, 5 fr.; docteur Bergeron, à Paris, 20 fr.; docteur Machelard, à Paris, 10 fr.; docteur Brochin, à Paris, 15 fr.; Lenoir, médecin-major au 8e cuirassiers, 10 fr.; Juzanx, médecin aide-major au 13e de ligne, 5 fr.

Total de la *Gazette des hôpitaux*. . . .	136 fr.

Récapitulation :

M. P. Dubois	4,415 fr.
Union médicale	515 fr.
Gazette des hôpitaux. . .	136 fr.
Total à ce jour	5,066 fr.

On remarquera, dans les listes qui précèdent, les offrandes faites par quelques Associations. L'Association de la Seine a fait un don considérable, aussi généreux qu'ont pu le lui permettre ses statuts et son règlement. Les Associations plus modestes d'Alais et de Toul participent aussi à cette manifestation dans des proportions non moins méritoires. C'est un sacrifice énorme pour d'aussi faibles ressources. Courage donc, chers et honorés confrères; isolés ou réunis en Association, faisons que la belle pensée de cette souscription soit digne de la mémoire de ceux que nous voulons honorer, digne des infortunes que nous voulons secourir, digne du corps médical de France.

A. L.

Neuf ou dix mois après (octobre 1855), les douleurs gastro-entéralgiques diminuent beaucoup, et la constipation fait place au dévoiement. Ce dévoiement qui, d'après le dire de la malade, a duré sept mois, présentait les circonstances suivantes : selles quotidiennes nombreuses, dix-huit ou vingt fois dans les vingt-quatre heures, mais assez souvent ne consistant qu'en matières glaireuses mêlées d'un peu de sang; elles n'ont jamais présenté de matières alimentaires non digérées, excepté une fois, après avoir mangé des champignons, vers l'époque où ont débuté les accidents dont il va être question. La malade, qui ne sait à quelle cause particulière attribuer ces symptômes dysentériques, dit avoir continué à travailler de son état, le plus souvent du moins, n'avoir fait aucun traitement, mais s'être bornée à faire usage d'aliments de meilleure qualité.

Après une durée de sept mois environ de cet état, la diarrhée a cessé et la constipation a reparu. Un matin, en se levant, la malade a senti dans le bas-ventre, principalement à droite, et dans la cuisse, une douleur assez vive pour l'obliger à se recoucher; il y eut des nausées, quelques vomissements. Après quelques jours de repos, quoiqu'elle souffrit encore, quoique, en palpant la partie douloureuse du ventre, elle y eût senti, dit-elle, une grosseur, la malade se leva et reprit, le mieux qu'elle put, ses occupations, jusqu'à ce qu'enfin, au bout de trois semaines, les souffrances devenant plus vives, elle dût se décider à demander son admission à l'hôpital, où elle est venue à pied et où elle est entrée le 27 mai dernier, ayant ses règles.

A l'entrée, il y avait, dans la fosse iliaque droite, une tumeur immobile, dure, douloureuse, sans changement de couleur à la peau; la cuisse était fléchie sur le bassin et ne pouvait être étendue sans douleur; en même temps, appareil fébrile d'une certaine intensité. Le toucher vaginal fit exclure les organes internes de la génération de toute connexion avec cette tumeur. La miction ne s'accompagnait de troubles d'aucune espèce. Sangsues, à la suite desquelles les règles coulèrent plus longtemps qu'à l'ordinaire (trois jours au lieu d'un); cataplasmes. Quelque temps après, à la suite de quelques frissons vagues, la peau rougit et se tuméfia; puis, enfin, trois semaines ou un mois environ après l'entrée, une tumeur fluctuante s'était formée dans l'aine droite, au-dessous du bord inférieur du ligament de Fallope, à 5 centimètres à peu près en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. L'abcès fut ouvert à l'aide du bistouri, et la ponction donna issue à un pus blanc, crémeux, inodore, louable, en un mot, et absolument phlegmoneux. Les liquides qui s'écoulaient par la plaie, continuèrent à ne rien présenter de remarquable, lorsque, au bout de quelques jours, on en vit sortir des gaz, puis une matière d'un brun-verdâtre, assez semblable à de la bile épaissie ou à du méconium, gaz et matière du reste sans aucune odeur ni fécale, ni gangréneuse. Ce phénomène s'est répété trois ou quatre fois à quelques jours d'intervalle, puis a cessé complétement. La plaie ne s'est pas refermée et a pris tout à fait l'aspect d'un orifice fistulaire.

Vers le quart externe du ligament de Fallope, au pli de l'aine, se trouve une plaie étroite par laquelle se fait un suintement de pus séreux; autour de cette plaie, et en masquant plus ou moins les bords par leur relief, se voient trois petites tumeurs d'un rouge violacé, mollasses, percées chacune en leur centre d'un pertuis qui donne également passage à une sérosité purulente. Tout autour, la peau est un peu œdémateuse et empâtée. En percutant le ventre au niveau de la fosse iliaque, on limite nettement vers le fond de cette fosse une partie qui offre une matité complète; et la palpation fait reconnaître en ce point l'existence d'une tumeur dure, immobile, assez régulièrement arrondie, du volume à peu près de la moitié du poing d'un adulte, adhérente à la fosse iliaque, et dont la pression, qui n'est pas très douloureuse, du reste, fait sourdre, en plus grande abondance, par les orifices mentionnés, le pus qui s'en écoule habituellement.

La malade n'a pas revu ses règles depuis le jour de son entrée à l'hôpital, qui remonte à près de quatre mois. Elle souffre peu quand elle est couchée; mais elle ne peut étendre la cuisse complétement, à cause de la douleur que ce mouvement excite; elle se lève néanmoins, mais ne peut marcher que courbée, en boitant, et non sans éprouver de la douleur. Elle accuse un certain degré d'anesthésie dans la cuisse droite, qui est aussi le siége de quelques fourmillements. Du reste, rien d'appréciable dans les vaisseaux cruraux, et point d'œdème du membre. Elle a le pouls à 88, la langue naturelle, sent de l'appétit, mange volontiers et digère bien ses aliments (une portion); elle a repris sa diarrhée quelques jours après son entrée à l'hôpital, et depuis lors elle a cinq ou six selles dans les vingt-quatre heures; elle n'a rien remarqué dans ses garde-robes et nous ne savons si elles ont été examinées. Par l'effet combiné de son ancien dévoiement, de la diarrhée actuelle, de la suppuration qui dure depuis plus de deux mois, elle est tombée dans un état de maigreur notable, et les masses musculaires sont visiblement amoindries.

M. le professeur Cruveilhier, dans le service duquel ce fait a été recueilli, s'exprime ainsi dans le deuxième volume de son *Traité d'anatomie pathologique générale*, page 594, en faisant l'énumération des causes qu'il regarde comme pouvant donner lieu à la fistule entéro-cutanée abdominale :

« . . . . Une inflammation chronique spontanée de l'intestin, une ulcération, la dysenterie, peuvent avoir pour conséquence une adhérence de l'intestin aux parois abdominales et un abcès stercoral suivi de fistule. »

Et plus loin, page 595, il donne dans les termes suivants un exemple de *fistule entéro-inguinale cutanée, avec coïncidence chez le même sujet de fistule bimuqueuse entéro-rectale*, conséquence toutes deux de dysenterie chronique :

« 1° *Fistule entéro-inguinale* : Elle avait pour point de départ le cœcum, immédiatement au-dessous de la valvule iléo-cœcale, et venait aboutir à l'aine, sans passer ni par l'anneau crural, ni par le trajet inguinal. L'orifice cutané était unique, mais le cœcum présentait plusieurs petites perforations à la manière d'un crible. — 2° *Fistule bimuqueuse iléo-rectale* : Son point de départ était au rectum, et elle s'ouvrait à la fin de l'intestin grêle, à une petite distance de la valvule iléo-cœcale. — Le gros intestin présentait, dans la plus grande partie de son étendue, les traces d'une dysenterie chronique, dont voici les principaux traits : perte de substance de la membrane muqueuse; faisceaux musculaires disposés en brides circulaires détachés dans toute leur circonférence, et ne tenant aux parois que par leurs extrémités. Des adhérences nombreuses s'étaient établies entre le gros intestin et l'intestin grêle. Ces deux fistules s'expliquent facilement, savoir, la fistule iléo-rectale par la propagation de l'inflammation de l'intestin rectum à l'intestin grêle adhérent, et la fistule entéro-inguinale par l'extension de l'inflammation du cœcum au péritoine qui revêt cette région, au tissu cellulaire sous-péritonéal, aux muscles des parois de l'abdomen, et enfin à la peau. »

Le fait dont nous avons rapporté l'histoire ci-dessus nous paraît, en laissant de côté les détails anatomo-pathologiques, présenter une grande analogie avec celui que nous venons d'emprunter au bel ouvrage de M. Cruveilhier. Nous voyons, en effet, dans l'un et dans l'autre, la dysenterie être le point de départ d'une inflammation du tissu cellulaire de la fosse iliaque droite et d'un abcès ouvert à la peau dans la région inguinale; dans l'un et dans l'autre, une perforation de l'intestin avoir lieu et une fistule entéro-cutanée s'établir à la suite de l'ouverture de l'abcès.

Une particularité de notre histoire nous semble de nature à attirer l'attention. La ponction pratiquée dans la tumeur fluctuante de la peau donne d'abord issue à un pus purement phlegmoneux, nullement altéré par des matières fécales; celui qui s'écoule pendant quelque temps ne présente aucun mélange de ce genre; et ce n'est qu'au bout de quelques jours que des gaz et des matières évidemment de provenance intestinale, viennent se mélanger au pus séreux qui s'écoule par la plaie.

Comment expliquer ce fait? Prouve-t-il que la perforation de l'intestin, quel qu'en soit le siége d'ailleurs, n'a eu lieu que postérieurement à la formation et à l'évacuation du pus à l'extérieur? Nullement, si l'on admet les idées de Dupuytren, qui pense, d'une part, que le pus peut avoir une odeur stercorale très marquée en l'absence de toute communication entre l'intestin et la poche purulente, et d'autre part, que cette communication existant, les matières fécales ne pénètrent pas nécessairement, ne pénètrent même que rarement dans le kyste, opinion dont il donne les trois raisons suivantes, rappelées par les auteurs du *Compendium* : 1° Les abcès se vident graduellement, et la pression abdominale qui agit continuellement, empêche qu'il se fasse un vide dans leur intérieur; 2° l'ouverture de communication est presque toujours oblique; 3° l'intestin est décollé et fait office de soupape. (*Leçons orales de clinique chirurgicale*, t. III, p. 340.)

Mais nous serions, pour notre part, plus disposé à admettre que la perforation de l'intestin a été postérieure à l'ouverture de l'abcès, et à expliquer la filiation des phénomènes de la manière suivante : dysenterie chronique et ulcération du cœcum ou de son appendice; arrêt de matières fécales mal digérées dans le cœcum, et par suite acuité communiquée à l'inflammation de cet intestin; propagation de cette inflammation, au péritoine peut-être, mais sûrement aux couches celluleuses post-cœcales, c'est-à-dire en nous servant des expressions d'Albers et de Puchelt, typhlite et périlyphlite consécutive; puis abcès, ouverture de cet abcès à la peau, et enfin quelques jours plus tard, perforation du cœcum ou de l'appendice vermiforme par suite des progrès de l'ulcération.

Il est vrai qu'en interprétant ainsi les faits, il resterait à expliquer pourquoi la communication entre l'intestin et le foyer purulent, une fois établie, les matières fécales et les gaz n'ont pas continué à prendre leur cours au dehors, et qu'il faudrait alors retourner à l'explication de Dupuytren, ou supposer la cicatrisation de la perforation intestinale.

Mais ces explications, pour plausibles et probables qu'elles nous semblent, n'en sont pas moins purement hypothétiques. Il convient donc de ne pas les pousser plus loin, et peut-être aurions-nous mieux fait de nous en abstenir, si elles ne nous avaient fourni l'occasion de rappeler une opinion de l'ancien professeur de l'Hôtel-Dieu, qui est loin d'être sans utilité pratique.

Nous ne passerons pas en revue, à propos du fait que nous venons de rapporter, les divers points de l'histoire pathologique du phlegmon iliaque. Nous nous bornerons, en finissant, à quelques mots sur le pronostic et le traitement de cette affection.

Le pronostic, dans l'inflammation iliaque, est toujours grave, quand on n'en peut obtenir la résolution, et que la maladie se termine par suppuration. Dans ce cas, la gravité du pronostic dépend du siége anatomique de l'abcès, du plus ou moins de facilité qui en résulte pour son évacuation, et de la direction que prend le pus. On a vu ce liquide s'épancher dans le péritoine, pénétrer dans la veine cave, dans l'utérus, le vagin, la vessie. De ces voies diverses, par où le pus s'échappe du foyer qui le renferme, les trois dernières sont évidemment les moins dangereuses; mais, le plus souvent, l'abcès s'ouvre à la surface de la peau ou dans l'intestin, et ces deux cas sont à peu près aussi favorables l'un que l'autre. On a remarqué que le pronostic est plus grave, lorsque le pus s'est frayé plusieurs voies qui, isolées, ne s'opposeraient pas à la guérison. Ainsi, quand il y a double communication, comme dans notre cas, du foyer avec l'intestin et avec la surface de la peau, elle constitue une fistule qui, par la prolongation de la suppuration, amène presque toujours l'amaigrissement, le marasme et la mort.

Il résulte de là que le but du traitement dans tout phlegmon de la fosse iliaque, est de prévenir la suppuration; il faut donc avoir recours à un traitement antiphlogistique énergique, qui seul peut amener la résolution de la phlegmasie. Malheureusement, tous les cas ne se prêtent pas à cette terminaison heureuse; il en est ainsi, notamment, de ceux où l'inflammation s'est développée par suite d'une perforation intestinale, et d'un épanchement de matières dans le tissu cellulaire. Il faut donc, en pratique, s'attacher à diagnostiquer, avec le plus grand soin, les cas où la formation du pus peut être inévitable, de peur de s'exposer, par des émissions sanguines trop abondantes, à jeter le malade dans un état de faiblesse, et par suite à le mettre hors d'état de faire les frais d'une suppuration prolongée.

Dr A. Gauchet.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE.

Séance extraordinaire du 13 Juin 1856. — Présidence de M. Fauvel.

M. Cazalas présente une pièce anatomique. Elle consiste dans une portion de l'intestin grêle d'un homme qui a succombé la veille dans son service. M. Cazalas remarque que l'intestin offre des ulcérations et des plaques manifestement identiques à celles de la dothinentérie. L'individu, nommé Chauvin, du 42e, est resté quatre mois malade à l'hôpital de Péra. Il passa au service de M. Cazalas quand cet établissement fut formé. Il succomba un mois environ après son entrée. Chauvin a eu le scorbut, le typhus et la diarrhée chronique. C'est cette dernière qui a amené la mort. M. Cazalas ne peut pas déterminer l'époque à laquelle Chauvin a contracté le typhus. Sur les interpellations qu'on lui adresse, il déclare qu'il n'existait pas de tubercules, que le gros intestin présentait des ulcérations, et que les ganglions mésentériques étaient gonflés. Dix-sept malades de l'hôpital de Péra entrèrent en même temps que l'individu en question dans les salles de M. Cazalas. Dix sont morts. Sur dix autopsies faites, quatre fois on a trouvé des lésions semblables à celles de la pièce anatomique présentée à la Société.

M. Fauvel pense qu'il s'agit d'ulcérations dothinentériques dont la cicatrisation n'a pas pu s'opérer par le fait de l'affection chronique qui a amené la mort. Rien ne prouve que le malade ait eu le typhus.

M. Cazalas affirme qu'à mesure qu'on va du nord au midi, les fièvres typhoïdes sont moins graves, et la lésion intestinale est moins caractérisée.

M. Arnaud répond que, dans toutes les autopsies qu'il a faites à Constantinople, il a trouvé la lésion dothinentérique avec tous les caractères que les auteurs lui assignent.

M. Cazalas maintient son opinion et en appelle à l'expérience des médecins de Constantinople.

M. Fauvel a fait l'autopsie de trois individus qui ont succombé à la fièvre typhoïde dans cette ville; la lésion était exactement celle qu'il a vue à Paris.

Même affirmation de la part de M. de Castro, qui a fait dix autopsies.

M. Jacquot a la parole. Après quelques considérations sur la situation que M. Cazalas lui a faite dans le débat, et la remarque que les partisans de l'identité ont été en diminuant à mesure que les faits se développaient, et que M. Cazalas est resté seul quant aux autres points de sa doctrine à l'égard de l'épidémie, M. Jacquot résume en quatre chefs les opinions émises par M. Cazalas, savoir : la négation du typhus légitime à l'état d'isolement; la théorie des trois éléments morbides qui constitueraient essentiellement le fond de l'épidémie; l'hypothèse que l'épidémie est constituée non par une même maladie, mais par diverses affections et différents états morbides; le rôle attribué aux raptus sanguins chez les scorbutiques soumis à une alimentation trop substantielle.

Suivant M. Jacquot, M. Cazalas a varié dans ses opinions. Pour le démontrer, M. Jacquot rappelle ce que M. Cazalas a dit d'abord de l'hôpital de l'École, et ensuite l'une des conclusions de son second mémoire. Il rappelle en outre ce que M. Cazalas a énoncé la première fois relativement à la multiplicité et à la nature des maladies constituant l'épidémie régnante, opinion, dit-il, qu'il a modifiée depuis et qu'il a dû circonscrire devant l'évidente unité de l'épidémie, en n'admettant plus que trois éléments (gastrique, rémittent ou intermittent, typhique), auxquels il a ajouté l'élément scorbutique pour les malades de la Crimée. M. Jacquot cite aussi l'opinion de M. Cazalas relative à la maladie du personnel des hôpitaux, que M. Cazalas représente comme n'offrant rien que de connu, et s'adressant à ceux qui ont fait les campagnes d'Afrique et d'Italie, il leur demande s'ils ont jamais observé rien de pareil à ce qui s'est passé à Constantinople. Les autres médecins, poursuit M. Jacquot, admettent aussi les trois éléments dont il a été question, mais avec cette différence que, pendant que M. Cazalas les prend pour la base de l'épidémie, eux admettent le typhus comme son fond et son élément essentiel. A ce propos, M. Jacquot soutient que, pour reconnaître la nature de l'épidémie, il fallait procéder du simple au composé, et l'étudier, non dans les cas complexes, mais là où elle était pour ainsi dire solitaire. Ainsi seulement il devenait facile de dégager son individualité et d'attribuer leur part à chacun des éléments coexistants. Somme toute, M. Cazalas nie le typhus solitaire, et il n'admet qu'un élément typhique qu'il tient pour secondaire et toujours combiné.

Mais, d'après M. Jacquot, cette manière de voir ne saurait se soutenir ni théoriquement, ni pratiquement, parce que, quand M. Cazalas admet la contagion, il est impossible de penser que le contage ne puisse pas atteindre un individu sain et sans la participation des autres éléments; parce que pareille chose ne s'est jamais vue dans les autres affections contagieuses; parceque, pour admettre cette constance de la présence de l'élément palustre, il faut admettre aussi l'existence, impossible en hiver, d'une endémo-épidémie palustre; parce que ces intermittences dont il a été question ne sont que des exacerbations vespériennes; parce que cette fièvre de la Crimée dont on a argumenté est commune, non en hiver, mais dans la saison chaude, ainsi que M. Jacquot a pu s'en assurer par des renseignements recueillis en Crimée; parce que, d'après son expérience propre et celle de ses collègues qu'il a consultés, il peut établir qu'au moins dans la moitié des cas, la maladie a affecté une marche continue; parce qu'enfin, chez une foule de sujets, on ne peut constater la présence d'un élément gastrique bien caractérisé.

M. Jacquot, du reste, ne nie pas la complexité dans l'épidémie actuelle. Il l'a proclamée, il y a un an, dans une note adressée à l'Académie de Paris, et, en 1853, dans un autre travail présenté à la même Académie, il a soutenu l'existence de la complexité dans l'endémo-épidémie romaine. M. Garreau, ajoute-t-il, a développé, dans la *Gazette médicale*, la même pensée, qui n'est donc pas exclusive à M. Cazalas. Seulement, M. Cazalas

la généralise trop et nie l'existence du typhus à l'état d'isolement.

Quant à la distinction du typhus et des états typhiques, M. Jacquot l'a faite également dans la note déjà citée, et M. Garreau y a insisté de son côté assez longuement. Mais M. Cazalas, en appelant état typhique un état morbide qui ne dure que quelques jours, soutient que le typhus doit nécessairement parcourir toutes ses périodes. Or, M. Jacquot pense que c'est là une erreur, parce que des hommes sains qui ont contracté la maladie, ne sont restés que peu de jours malades et que, chez eux, on ne pouvait pas croire qu'il s'agit d'un accident tenant à une autre maladie, puisque cette maladie n'existait pas; parce qu'on ne peut pas déterminer la limite qui sépare les états typhiques de M. Cazalas du typhus vrai, qu'on trouve toutes les durées possibles, depuis deux jusqu'à vingt et vingt-cinq jours, et qu'on ne sait où faire cesser les états typhiques et commencer le typhus légitime; parce qu'on a vu deux individus pris exactement de la même manière et que la maladie disparaissait, chez l'un, en quatre à cinq jours, tandis que, chez l'autre, elle suivait un cours beaucoup plus long. M. Jacquot n'admet pas la durée absolue que M. Cazalas assigne au typhus et il s'étaye des observations de ses collègues, de celles de M. Moering et de l'autorité des auteurs. M. Cazalas ne croit pas qu'on puisse arrêter le typhus, mais il soutient que, par sa méthode, on peut l'empêcher de se développer, qu'en attaquant convenablement les états typhiques, on prévient la manifestation du typhus et qu'il faut lutter contre l'état prodromique. S'il en est ainsi, on peut donc arrêter la maladie, puisqu'enfin cet état typhique et cet état prodromique, laissés à eux-mêmes, peuvent devenir le typhus. Quant à M. Jacquot, il est porté à penser, sous toute réserve néanmoins, que l'état typhique est, relativement au typhus, ce que l'état typhoïde est à la dothinentérie, c'est-à-dire un accident, une complication qui n'est pas le typhus.

Pour ce qui est de l'opinion de M. Cazalas sur le typhus de Hildenbrand, considéré comme type, M. Jacquot estime que M. Cazalas, qui nie le typhus solitaire et qui ne l'a pas vu dans l'épidémie actuelle, ne saurait établir de comparaison, puisque l'un des termes lui manque. Du reste, M. Jules Roux, de Toulon, par sa lettre, M. Moering, par sa communication, ont déposé contre M. Cazalas. Les quelques mots que Hildenbrand a consacrés aux lésions anatomiques ne sont d'aucun poids dans la question, par la raison qu'on ne sait s'il faut les rapporter au typhus ou à la fièvre typhoïde, Hildenbrand ayant décrit les cas qu'il a observés pendant douze ans soit aux armées, soit aux hôpitaux, soit en ville, et ces derniers cas étant probablement de simples fièvres typhoïdes. Dans son appréciation de l'ouvrage de Hildenbrand, M. Jacquot n'a pas été, prétend-il, aussi loin qu'on l'a dit. Il a usé, d'ailleurs, du libre examen et il trouve que la description de cet auteur ne concorde pas toujours avec celles d'autres médecins non moins éminents que lui.

M. Cazalas a exprimé l'opinion que l'épidémie de 1855 a été de même nature que celle de 1856. C'est là ce que M. Jacquot a avancé également; et, tout en admettant une certaine variabilité dans les formes, il a soutenu l'identité de nature. A la remarque qu'il est venu trop tard pour observer la première, M. Jacquot réplique en rappelant les époques. Il ajoute qu'il a eu tout le temps de voir, et que, dans tous les cas, il a pu s'éclairer de l'expérience de ses collègues.

En abordant la question du traitement, M. Jacquot critique les assertions de M. Cazalas relatives au rôle secondaire qu'il assigne à l'élément typhique, se déclare d'accord avec lui dans sa recommandation de traiter les premiers accidents, établit que, à quelque titre qu'on les ait employés, les purgatifs ont produit de bons résultats, et arrive au sulfate de quinine. Après avoir signalé les divers effets que les médecins se sont proposé de son emploi dans l'épidémie, M. Jacquot se base sur les expériences comparatives de quelques-uns de ses collègues pour affirmer l'inexactitude de l'opinion de M. Cazalas, et il soutient que l'intermittence et la rémittence disparaissent par suite de la marche naturelle de l'affection, et sans l'usage du sulfate. Il reconnaît, du reste, qu'il est des cas où le sulfate de quinine est indiqué : c'est quand il y a adjonction de l'élément palustre et quand les manifestations intermittentes deviennent menaçantes par leur intensité. Quant aux résultats statistiques apportés par M. Cazalas à l'appui de sa méthode, M. Jacquot prétend qu'on ne peut pas s'en prévaloir, par la raison que le système statistique de ce médecin diffère de celui adopté dans les autres services. Dans tous les cas, le traitement de M. Cazalas a été essayé dans d'autres hôpitaux, et n'a pas produit les mêmes effets.

M. Jacquot entre dans le débat sur l'identité. Contrairement à M. Cazalas, il soutient qu'il ne faut pas chercher dans les symptômes seuls les éléments de diagnostic, et qu'avec les plus célèbres médecins il faut les tirer de l'ensemble des conditions qui constituent l'utilité pathologique. En agissant ainsi, on parvient à distinguer le typhus de la fièvre typhoïde. Il va plus loin : il affirme qu'avec la seule symptomatologie, on arrive le plus souvent au même résultat, s'il s'agit d'individus qui ont été atteints du typhus dans l'état de santé. Il en appelle à la pratique de plusieurs de ses collègues qui font journellement la distinction. Quant à son hésitation dans la circonstance dont M. Cazalas a parlé, et où le diagnostic n'a pu être établi qu'à l'autopsie, M. Jacquot l'explique par la réserve qui lui était commandée à cause de son arrivée trop récente encore, et par le fait que l'épidémie a eu peine à se constituer, et qu'au commencement elle n'était pas suffisamment accusée pour qu'on pût se prononcer avec assurance.

Après ces considérations générales, M. Jacquot prend en particulier chacun des points sur lesquels roule la question de l'identité.

Quant au début, il contraste dans les deux maladies : lent dans la fièvre typhoïde, il est brusque dans le typhus, et l'expérience de tous les jours a bien établi le fait dans l'épidémie actuelle.

Quant à l'étiologie, M. Jacquot prétend qu'il n'a pas avancé que la fièvre typhoïde se développait toujours dans les meilleures conditions; il a dit seulement souvent. Les auteurs sont d'ailleurs de son avis, M. Grisolle entre autres. M. Jacquot ne partage pas l'opinion de M. Cazalas sur l'influence des divers degrés d'encombrement pour produire le typhus ou la fièvre typhoïde selon ces degrés. Il assure que, sauf ce qui concerne celle que M. Landouzy a décrite, on a toujours distingué en France les épidémies de typhus des épidémies de fièvre typhoïde. M. Jacquot ne croit pas que le miasme, dégagé par un seul homme, soit identique à celui qui produit le typhus. Il est disposé à penser, avec la plupart des auteurs, que, pour donner naissance au typhus, le miasme humain doit provenir d'une grande accumulation. Il n'y a donc pas ce degré conduisant de la fièvre typhoïde au typhus, il y aurait un point au-dessus duquel serait le typhus, et au-dessous duquel le typhus n'existerait pas. D'ailleurs, deux maladies ne sont pas identiques, par cela seul qu'elles dérivent d'une même cause. M. Jacquot met en relief quelques autres différences tenant à l'ordre étiologique, et dont il a parlé dans son premier discours.

Quant à la transmissibilité, M. Jacquot déclare qu'il l'a admise pour la fièvre typhoïde, comme il a admis l'infection pour le typhus dans des limites incomparablement plus larges. Pour ce qui est des faits de Foundontsly, en montrant que les deux cas du service de M. Cazalas étaient bien le typhus, M. Jacquot oppose ses renseignements, qu'il a pris directement par lui-même, à ceux fournis indirectement à M. Cazalas.

Quant à l'épidémicité, M. Jacquot cite ses paroles pour montrer qu'il n'a jamais professé que la fièvre typhoïde ne fût pas épidémique; il a dit seulement qu'elle existe en permanence à l'état sporadique, ce qui ne se voit pas pour le typhus dans l'armée.

Quant à l'individualité des espèces, citant encore le texte de son discours sur ce point et celui de M. Cazalas d'après lequel on trouve dans les épidémies de fièvre typhoïde toutes les formes du typhus, M. Jacquot demande s'il est possible que les auteurs, qui se sont tant occupés de la première, n'aient jamais rencontré le typhus, et il ne peut pas admettre avec M. Cazalas que toute épidémie intense de fièvre typhoïde s'accompagne de cas de typhus.

Quant à la durée, M. Jacquot maintient son opinion : il assure que ses collègues la partagent et qu'il en est de même pour la promptitude de la convalescence.

Quant aux symptômes, il insiste sur l'absence en général des phénomènes abdominaux dans le typhus, sur les caractères particuliers de l'épidémie actuelle, sur le facies des malades, sur l'éruption cutanée, etc.

Quant aux lésions anatomiques, dans l'épidémie actuelle, il n'a jamais trouvé la lésion dothinentérique. Tous ceux qu'il a consultés, tant ici qu'en Crimée, ont été dans le même cas. Le fait a été confirmé par M. Mœring. M. Jacquot soutient en outre que cette lésion ne manque jamais dans la fièvre typhoïde, qu'elle ne précède pas le développement de la maladie, qu'elle n'est que contemporaine, même pour ceux qui font de la fièvre typhoïde une entérite folliculeuse, et, à ce propos, il rappelle l'opinion de ceux qui font de l'éruption intestinale un phénomène consécutif, et il termine en répétant ce qu'il a dit dans son premier travail, savoir, que pour faire une même maladie du typhus et de la fièvre typhoïde, il faut ne tenir compte d'aucun des éléments du diagnostic.

M. Jacquot résume en cinq propositions la substance de son discours : 1° l'épidémie régnante est bien le typhus; 2° le typhus est solitaire ou complexe; 3° il n'y a pas d'identité entre le typhus et la fièvre typhoïde; 4° la durée et les périodes du typhus de Constantinople ont été variables et n'ont pas eu la fixité de celle des fièvres éruptives; 5° à côté du typhus, il y a eu des états typhiques.

M. Moering, présent à la séance et invité par M. Arnaud à compléter sous le point de vue de l'identité ce qu'il a dit précédemment, prend la parole. Il a, dit-il, entrepris ses recherches en dehors de toute doctrine, et dans le simple but de recueillir ce que la nature présentait. Les affections, poursuit-il, tour à tour appelées fièvre nerveuse, typhus, affection typhoïde, peuvent être considérées comme des entités morbides différentes, suivant les époques où on les examine. En d'autres termes, la question pour lui est historique. Ainsi, constituée sur les seuls symptômes, la fièvre nerveuse est une entité symptomatique. Plus tard, on a fondé la fièvre typhoïde sur les lésions anatomiques, une entité anatomique en est résultée. Puis, en Irlande, on n'a plus trouvé ces caractères anatomiques, et l'on est revenu aux symptômes. On a fait aussi différentes espèces de typhus, suivant les organes qu'il semblait plus particulièrement attaquer, de là le typhus abdominal, le typhus pulmonaire, etc. Dans cet état de choses, ajoute M. Moering, il est difficile d'établir une camparaison, puisqu'il s'agit d'entités dont les éléments ont été puisés à des sources différentes. Dans tous les cas, quand on lui demande son opinion sur l'identité, il répond qu'il ne l'admet pas si tant est qu'il s'agisse de comparer le typhus actuel avec la fièvre typhoïde telle que M. Louis l'a décrite. Il est porté à croire, tout en faisant néanmoins ses réserves, que la fièvre typhoïde est, à proprement parler, une lésion anatomique produisant un ensemble de troubles nerveux, troubles nerveux que l'on trouve également à la suite des lésions anatomiques de quelques autres organes. Le typhus actuel ne présente pas de lésions anatomiques particulières au commencement. Les lésions anatomiques viennent plus tard. M. Moering, sans rien affirmer positivement, est disposé à admettre que les phénomènes nerveux sont dus ici à la rétention des sécrétions.

La parole est accordée à M. Verrollot. M. Verrollot constate la controverse qui a existé dans la question du typhus, et infère du débat actuel que cette question n'est pas encore résolue. Observant sur un théâtre trop circonscrit, il a pu se faire une idée de l'épidémie sans qu'il lui ait été possible, néanmoins, d'élucider tous ses doutes sur plusieurs points importants. L'état où il se trouve lui permet seulement de motiver ses doutes.

Pour M. Verrollot, peu de maladies ont entre elles les ressemblances qu'a le typhus avec la fièvre typhoïde. Il énumère les caractères communs aux deux maladies, tirées surtout des symptômes, de la transmissibilité et des formes, et il avoue l'embarras où il s'est trouvé quand sont arrivés, l'année passée, dans son hôpital, les premiers cas de typhus. Il les prit pour des cas de fièvre typhoïde. Mais il ne tarda pas à remarquer quelque chose d'insolite dans les allures de la maladie et dans le peu d'action du traitement, qui était naturellement celui qu'il applique d'habitude à la fièvre typhoïde (frictions mercurielles sur le ventre, purgatifs salins, tisanes acidulées, antispasmodiques). Au commencement de l'année actuelle, il reconnut facilement les premiers cas, parce qu'il connaissait l'existence du typhus. Le traitement dont il vient d'être question fut néanmoins continué. Mais bientôt M. Verrollot fut obligé d'en chercher un qui eût plus d'efficacité. Les malades, provenant de bâtiments qui étaient affectés à l'évacuation des malades de la Crimée, étaient, en général, d'une bonne constitution. Les émissions sanguines furent essayées, elles eurent de l'avantage. M. Verrollot y joignit l'extrait thébaïque et les autres moyens usités en pareil cas, purgatifs, boissons alcalines, quinquina, antispasmodiques. Dans les cas trop rares, dit-il, où existait une périodicité, le sulfate de quinine lui a rendu des services. En même temps que la périodicité, se dissipaient les symptômes typhiques. M. Verrollot pense que l'opinion de M. Cazalas, pour des cas analogues, est fondée; il trouve seulement que M. Cazalas a trop généralisé. Plusieurs fois la fièvre intermittente a succédé au typhus. M. Verrollot cite ici en détail une observation pour servir en quelque sorte de spécimen. Sur cent trente malades, trois ont succombé inopinément; les symptômes qu'il a observés font penser à M. Verrollot qu'il s'agissait là de fièvre pernicieuse. Dans plusieurs cas, cependant, où il a cru remarquer la périodicité, le sulfate de quinine est resté sans action.

M. Verrollot ne croit pas à la supériorité de son traitement sur les autres. Il en a parlé, parce qu'il a observé que celui qu'il adoptait dans la fièvre typhoïde n'a pas eu, dans le typhus, les mêmes effets. Il n'a pas guéri tous ses malades. Il n'a pas été plus heureux que ses confrères dont il connaît les résultats. Dans son service, la mortalité a été de 12 à 14 pour 100.

Après l'énumération des caractères communs, M. Verrollot passe à celle des caractères qui différencient les deux maladies. Entre autres, il insiste sur les qualités du sang qui, défibriné dans la fièvre typhoïde, est, dans le typhus, sans complication cachectique, fibrineux et couenneux; il émet cependant cette assertion sous réserve. M. Verrollot insiste aussi sur les phénomènes abdominaux marqués dans la première, manquant le plus souvent dans le second. En parlant de l'anorexie dans la convalescence, bien moins longue dans le typhus, il cite le fait d'un prêtre dominicain qui, trois jours après l'entrée en convalescence d'un typhus, dînait au réfectoire, et, après cinq jours, se promenait dans la rue. En somme, M. Verrollot trouve des différences sous le point de vue des symptômes, des caractères anatomiques, de la durée, de la terminaison, de la mortalité, des causes, et il conclut que les différences sont plus nombreuses qu'on ne le croirait au premier abord. Toutefois, son expérience personnelle a été trop limitée pour qu'il se croie autorisé à donner cette conclusion comme définitive.

M. Jacquot remarque que, dans l'épidémie, on a été peut-être trop avare des émissions sanguines. Il est porté à penser qu'elles seraient avantageuses, comme d'ailleurs le lui ont assuré plusieurs praticiens du pays.

M. Arnaud demande à M. Verrollot si, dans le fait du moine dominicain, on pouvait admettre la fièvre typhoïde, et si ce qu'il a observé dans son service lui a paru confirmer l'opinion de l'identité.

M. Verrollot répond que la maladie du dominicain ne pouvait être que le typhus, et quant à la seconde question que, si sur un plus vaste théâtre, les faits étaient semblables à ceux de son service, il n'aurait pas hésité à rejeter l'opinion de l'identité.

Le secrétaire spécial, Leval.

ASSOCIATIONS.

M. le secrétaire de l'Association médicale de l'arrondissement de Toul nous fait l'honneur de nous adresser la communication suivante :

Toul, le 10 Octobre 1856.

Monsieur et très honoré confrère,

Le 27 septembre, jour de la Saint-Côme, MM. les médecins de l'arrondissement de Toul se sont réunis à l'Hôtel-de-Ville pour tenir leur séance solennelle. Tous les membres de la Société étaient présents. Cet empressement a laissé dans l'esprit de chacun une satisfaction heureuse et une opinion des plus favorables sur l'avenir de la Société. Tant mieux, enfin, que le corps médical comprenne que l'isolement et l'individualisme le tuent, et que le pilier de sa position se trouve dans l'association; tant mieux, enfin, que les médecins donnent un démenti au monde qui les croit toujours jaloux et envieux.

M. le président, le docteur Bancel père, a ouvert la séance par quelques paroles de remercîments aux confrères de la campagne qui avaient bien voulu se déplacer, par quelques aperçus bien réfléchis sur l'état présent et futur de la Société. En terminant, il a donné la parole à M. le secrétaire archiviste, le docteur Petitmengin qui, dans un compte-rendu détaillé, a fait valoir avec chaleur les services que peut rendre l'association des médecins bien entendue, a montré les bons résultats qu'elle avait déjà eus, et enfin a exposé les actes du bureau et de la Société pendant l'année 1856. Le secrétaire trésorier, M. le docteur Louis Nacquard, a donné ensuite l'état financier de la Société. Après cette lecture, a eu lieu celle d'un règlement qui a été adopté à l'unanimité, puis le renouvellement du bureau qui se trouve être composé des mêmes membres que ceux de l'année dernière.

La séance a été suivie d'un banquet où ont régné la plus vive gaîté et la plus franche cordialité. MM. les médecins de la Société n'ont pas voulu se séparer sans penser à leurs collègues les médecins militaires, morts à l'armée d'Orient, et une collecte en faveur de leurs veuves et de leurs orphelins a été faite à l'issue du banquet. M. le secrétaire de la Société a été chargé de la faire parvenir à M. le rédacteur en chef de l'Union Médicale.

Nous sommes heureux, Monsieur le rédacteur, de pouvoir vous donner la satisfaction de voir vos efforts couronnés de succès; vous n'avez pas été oublié dans notre fête : on aime à proclamer un nom qui soutient avec tant d'ardeur et de persévérance les intérêts de notre profession.

Agréez, etc. Dr Petitmengin.

Manuel de matière médicale, de thérapeutique et de pharmacie, par M. Bouchardat, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Académie de médecine, etc., 3e *édition* considérablement augmentée. 2 vol. grand in-18 de 1476 pages. — Prix : 14 fr.

Nouveau formulaire magistral, précédé d'une Notice sur les hôpitaux de Paris, et de généralités sur l'art de formuler, suivi d'un précis sur les eaux minérales, d'un mémoire thérapeutique, de notions sur l'emploi des contre-poisons et sur les secours à donner aux empoisonnés et aux asphyxiés; par M. le professeur Bouchardat. 8e *édition*, augmentée. Un vol. in-18 de 548 pag. — Prix : 3 fr. 50 c.

Manuel de pathologie et de clinique médicales, par M. Ambroise Tardieu, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital La Riboisière, etc. 2e *édition* corrigée et augmentée. Un vol. grand in-18 de 792 pages. — Prix : 7 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie médicale de Germer-Baillière, rue de l'École-de-Médecine, 17, à Paris.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 125. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 16 Octobre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — III. OBSTÉTRIQUE : Observation de troubles du vagin après l'accouchement. — IV. PATHOLOGIE : Dépôt d'urée sur la peau et les muqueuses, dans la période typhoïde du choléra. — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 14 octobre : Correspondance. — Observation de kyste ovarique. Discussion. — Rapport sur un procédé d'otomiosie.

PARIS, LE 15 OCTOBRE 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion préalable qui s'est ouverte hier, après une villégiature un peu prolongée — l'automne est si beau! — promet d'inaugurer convenablement la session d'hiver à l'Académie de médecine. Déjà reparaissent l'un après l'autre les orateurs aimés dans cette enceinte. Hier, nous avons revu, et bien mieux, réentendu les voix toujours si écoutées de M. Velpeau et de M. Malgaigne. C'était une véritable bonne fortune après le maigre régime auquel la peu nombreuse mais fidèle assistance a été soumise depuis plusieurs mois.

Il s'est agi d'une question grave de pratique, à savoir du traitement des kystes de l'ovaire. L'honorable M. Barth a suscité un commencement de discussion en complétant le récit d'un fait dont il avait déjà entretenu l'Académie de médecine et dans lequel, pour délivrer une femme d'un kyste ovarique, il avait pratiqué la ponction évacuatrice, puis une injection iodée, en laissant dans le kyste une sorte de sonde syphon qui permettait l'évacuation continue de la poche. Les détails du procédé ainsi que les résultats de l'opération sont consignés dans notre compte-rendu auquel nous renvoyons naturellement le lecteur.

Cette communication, pleine d'intérêt d'ailleurs et telle qu'on pouvait l'attendre de notre honorable et savant confrère M. Barth, nous a valu une courte mais très vive oraison de M. Malgaigne, dans laquelle il a mis en question toute la thérapeutique moderne des kystes ovariques, c'est-à-dire l'efficacité et l'utilité de leur traitement par les injections iodées. Il a supplié l'Académie de mettre ce sujet en discussion, et l'Académie, après avoir entendu les observations sommaires pour, contre et sur les injections iodées présentées par MM. Velpeau, Cazeaux, Moreau et Huguier, a mis la question à l'ordre du jour de la prochaine séance.

On ne peut donc considérer la séance d'hier que comme une sorte de préface d'une discussion plus développée et sur laquelle, par conséquent, nous avons le temps de revenir.

M. Jobert de Lamballe, qui s'habitue à donner le bon exemple de faire les rapports qui lui sont confiés, a terminé la séance par un rapport sur un procédé d'otomiosie.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (1) ;

Recueillies par M. RICHARD-MAISONNEUVE, interne du service.

Onzième Leçon.

ART. II. — DU RACHITISME.

Entre le pied-bot et le rachitisme, tout est contraste.

La première de ces deux affections est une lésion purement mécanique, qui n'affecte que la surface des os, qui frappe presque uniquement les articulations, et qui est presque toujours consécutive à une lésion du système musculaire.

L'autre est une lésion dynamique, vitale, qui s'attaque au cœur même de l'os, qu'elle frappe dans sa continuité, dans sa diaphyse ; c'est une affection primitive des os.

Définition. — Je définirai le rachitisme : un vice d'ossification avec ramollissement, courbure et déformation des os.

Nomenclature. — D'où vient le nom qui désigne cette maladie? Quelle est sa signification ?

Il y a environ deux cents ans, vers 1645, huit médecins du collége de Londres mirent en commun leurs observations sur le ramollissement des os dans l'enfance ; ils chargèrent trois d'entre eux, mais principalement Glisson, de rédiger ces matériaux en un corps de doctrine ; bel exemple de concorde et de désintéressement à imiter, dit Vanswieten !

Il fallait un nom pour désigner cette affection, que les nouveaux observateurs ne trouvaient décrite nulle part. « L'un de nous, raconte Glisson (1), tomba sur celui de *rachitis*, qui nous plut aussitôt. » C'était un mot simple, court ; et quoiqu'il ne fût pas exact de dire qu'il désignât la principale partie affectée au début de la maladie, l'événement donna gain de cause à Glisson et à ses collègues ; le nom a été accepté et conservé jusqu'à nous.

On a bien tenté de lui en substituer d'autres, celui de *cyrtonose*, par exemple, celui d'*ostéomalacie ;* mais le premier est oublié, et le second n'est employé que pour désigner le ramollissement des os chez les adultes.

Ancienneté de la maladie. — Mais si le nom de *rachitis* était nouveau au XVIIme siècle, la maladie qu'il désigne l'était-elle aussi ? Glisson le croit : le rachitis, d'après cet auteur, aurait paru dans certaines contrées occidentales de l'Angleterre, une trentaine d'années avant l'époque où il écrivait, « autant, dit-il, que lui et ses collègues ont pu s'en assurer par les renseignements qu'ils ont recueillis (2). » Il est évident que cette assertion, sans preuves à l'appui, n'a pas une grande valeur.

Glisson a trouvé le rachitis désigné vulgairement dans les contrées où il l'a observé sous le nom de *the rickets, les nauds.* Il n'a pu savoir à quelle époque, ni par qui cette dénomination a été introduite. Frappé de la ressemblance de *rickets* avec *rakitis*, il se demande si l'expression populaire ne viendrait pas de quelque érudit qui l'aurait dérivée, comme lui, du grec *rachis*. Rien ne prouve donc que ce mot, et par conséquent la chose qu'il exprime, ne soient pas beaucoup plus anciens que Glisson ne l'a supposé.

M. le professeur Trousseau, dans une de ces brillantes leçons que vous connaissez (3), a rappelé le vieux mot français *riquet*, qui ressemble tant à l'anglais *rickets*, et qui signifie *bossu*. Son antiquité plaide en faveur de celle du mot *rickets*, soit qu'il dérive de celui-ci, soit que les Anglais nous l'aient emprunté, ou bien que les deux mots, comme on l'a aussi supposé, tirent leur origine de l'allemand *rücken*, dos, que le peuple prononce *ricken*.

Le grand motif de Glisson pour croire à la nouveauté de cette maladie, c'est qu'on n'avait pas décrit le rachitis avant l'époque où il l'a observé. Mais vous comprenez que la maladie pouvait exister, bien que les médecins ne l'eussent pas décrite.

On trouve d'ailleurs quelques traités antérieurs à celui de Glisson, qui est de 1650 ; je ne veux que les citer : une thèse de Leyde de 1645, par Whistler, et portant pour titre *The rickets ;* un article de Bootius, qui a décrit le rachitis en 1649, sous le nom de *tabes pectorea*, dans son traité *De affectibus à veteribus omissis ;* le traité de M. A. Séverin, *De gibbis, valgis, varis ;* l'auteur était presque contemporain de Glisson.

Outre ces auteurs, on trouve une foule d'observations éparses, bien antérieures au XVIIe siècle, et qui démontrent d'une manière irrécusable l'existence du rachitisme dans des temps fort reculés.

M. Beylard a présenté quelques-uns de ces faits dans son excellente thèse sur le rachitisme (4). M. Stanski (5) a cité d'après Reiske, un cas de ramollissement des os chez un adulte, qui remonte au temps des Arabes. On lit dans Fernel qu'un soldat avait les os des jambes, des bras, des cuisses, mous et flexibles comme de la cire (6). Du temps de Houllier, contemporain d'A. Paré, il y eut à Paris une femme dont tout le corps, mou et flexible, n'avait point d'os solides (7). Les auteurs allemands des XVe et XVIe siècles ont décrit une affection *cardiaque* de l'enfance, dans laquelle ils mentionnent une mollesse et des déformations des os, qui ne sont autres que celles du rachitisme (8).

Mais à quoi bon fouiller les œuvres des savants ? Le mot *chartre*, de *carcer*, prison, qui désigna longtemps les maladies de langueur de l'enfance, et en particulier le rachitisme, n'était-il pas d'un usage vulgaire bien avant Glisson? Toutes les langues d'Europe n'avaient-elles pas dès leur origine des mots répondant à ceux de *bancal, cagneux, raibos, blaisos* des Grecs, *varus, valgus, compernis* des Latins, pour exprimer les difformités qui sont l'effet du rachitisme.

Quant à trouver dans Hippocrate, Celse, Galien la description de cette maladie, c'est aller trop loin. Dernièrement M. Castagné, dans une thèse bien faite d'ailleurs, voyait le rachitisme dans un passage du traité *des Articulations* qui se rapporte manifestement au mal de Pott.

Mais l'ancienneté du rachitisme n'en est pas moins bien établie, et Vanswieten n'était pas fondé à opposer à Zéviani les nombreuses lacunes des faits et des descriptions antérieurs aux travaux de Glisson. Il n'était pas besoin de la réunion de tous les symptômes du mal, pour prouver qu'il avait existé, alors qu'on trouvait des marques certaines de son passage.

Les historiens et les poëtes nous fournissent, à cet égard, d'aussi fortes preuves que les médecins eux-mêmes.

On connaît ce passage d'Horace :

.... Hunc varum, distortis cruribus (appellat pater)...

« Un père dit que son fils a les pieds un peu en dedans, quand ses jambes sont toutes tordues. »

Est-ce que ce *distortis cruribus* ne démontre pas clairement l'existence du rachitisme chez les Romains ?

Quoi de plus convaincant encore que cette épigramme de Martial ?

Cum sint crura tibi simulent quæ cornua lunæ,
In rhytio poteras, Phœbe, lavare pedes.

« Tes jambes, Phœbus, ressemblent au croissant de la lune, tu pourrais les baigner dans un cornet à bouquin. »

Je ne vous cite pas le Thersite d'Homère, l'Esope de toute l'antiquité, qui personnifie si bien une classe entière d'individus difformes, le Policinello de la renaissance des lettres, parce qu'on pourrait voir ici autre chose que des difformités rachitiques.

Etats qu'il faut distinguer du rachitisme. — Nous devons, en effet, limiter notre sujet. La déviation latérale du rachis peut dépendre du rachitisme, mais elle se rencontre très souvent aussi sans le moindre ramollissement des os, même antérieur à la déformation. Dans le mal vertébral, la déformation du thorax est un effet mécanique. L'ostéomalacie des adultes n'est pas le rachitisme des enfants. Je reconnais toutes les analogies signalées depuis longtemps entre ces deux états et invoquées de nouveau par MM. Stanski et Beylard ; mais je ne puis admettre leur identité complète. J'en dirai autant du ramollissement des os produit par le cancer, le scorbut, ou par des causes toutes locales ; des courbures liées à l'arrêt du développement de certaines parties des os chez le fœtus, etc.

J'écarte toutes ces lésions qui ont plus ou moins d'affinité avec le rachitisme, pour ne m'occuper que de la maladie que Glisson a décrite de main de maître.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DU RACHITISME.

LÉSIONS DU SYSTÈME OSSEUX. Le fait plus général, dans l'histoire du rachitisme, celui qu'on peut appeler primitif, c'est le trouble du grand acte de la nutrition qui crée la substance osseuse ; c'est la marche anormale de l'ossification, de la formation des os ; ce sont les lésions de texture qui en dérivent dans presque toutes les parties du squelette. C'est par l'examen de ce fait fondamental que nous commencerons l'étude du rachitisme.

Les altérations de la substance osseuse dans cette maladie présentent divers degrés qui forment autant de périodes successives, lorsque le mal ne s'arrête pas à son début, et qui, dans le cas contraire, constituent des formes ou des états différents.

Je rattacherai toutes les nuances du rachitisme à deux états des os qui caractérisent les deux périodes principales de la maladie ; et comme le système osseux se présente sous une troisième forme quand la guérison a lieu, j'établirai en tout trois périodes, répondant à trois états distincts, bien que ceux-ci ne se succèdent pas nécessairement.

Première période : état atrophique, ou résorption interstitielle des os.

Deuxième période : état fibroïde ou cartilagiuiforme, ou de ramollissement.

Troisième période : état éburné.

Première période. — La première période est caractérisée par l'atrophie, par la raréfaction de la substance osseuse. Cette atrophie est plus sensible à l'intérieur qu'à l'extérieur des os. Elle résulte de la résorption interstitielle de la substance osseuse, qui n'est point remplacée par une nouvelle substance, comme dans la nutrition normale. Les aréoles du tissu spongieux s'agrandissent, ses lamelles s'amincissent ou disparaissent, et ce tissu lui-même devient moins abondant à l'intérieur des os longs, dans les os courts et dans l'épaisseur des os larges. Le tissu compacte forme sur

(1) Voir les numéros des 8, 17, 19, 26, 31 juillet, 9, 14, 26 août, 6, 13, 20, 23 septembre, 4 et 9 octobre.

(1) De RACHITIDE, *tractatus opera primò ac potissimùm* Glissonii *conscriptus, adscitis in operis societatem* Bate et Regemorter, p. 5, Lond., 1650.
(2) *De rachit.*, p. 3.
(3) *Gazette des hôpitaux*, du 17 juillet 1856.
(4) Beylard, *Du rachitis, de la fragilité des os, de l'ostéomalacie*, Paris, 1852.
(5) *Des maladies des os désignées sous le nom d'ostéomalacie*, Paris, 1851.
(6) Fernel, *De abditis rerum causis*, l. II, c. 9.
(7) Holleri, *De morbis internis, rara quædam*, p. 717, in-4°, Paris, 1641.
(8) Camerarius, *Disput. de rachitide*, Tubing., 1735.

tous ces os une couche plus mince ; mais il offre une disposition particulière dans la diaphyse des os longs ; il se creuse de cellules et prend en partie l'aspect du tissu spongieux. La paroi du canal médullaire se trouve ainsi divisée en plusieurs lames de substance compacte, séparées par ce tissu aréolaire. L'os devient alors plus léger, plus souple et plus fragile. Cette atrophie peut être rapprochée de celle qu'on observe chez les vieillards, où elle ne produit que la fragilité des os ; chez les enfants, elle les rend plutôt flexibles, parce que le tissu osseux est différent dans les deux âges.

La souplesse de l'os rachitique, dans cette première période, peut encore être accrue par un commencement de prédominance de ses éléments organiques. Je n'ai pu, à la vérité, constater la diminution de l'élément calcaire dans quelques analyses que j'ai fait faire d'os pris à cette période ; mais ces faits sont trop peu nombreux pour faire loi.

Le travail d'accroissement des os longs, qui se fait principalement aux extrémités de la diaphyse, n'est point interrompu ; mais il est imparfait. Il n'y a que peu de temps que l'on connaît bien les phénomènes qui se passent dans cette circonstance, et ce sont surtout les nouvelles recherches de M. Broca qui ont jeté une vive lumière sur cette question. Ce que je vais vous dire ne sera presque qu'un résumé des travaux de M. Broca ; je suis heureux de pouvoir mettre sous vos yeux, pour l'élucidation de cet ordre de faits, des pièces et des dessins que je dois à la complaisance de ce chirurgien distingué.

Le tissu spongieux, incessamment produit dans l'état normal entre le corps des os longs et leurs extrémités épiphysaires, se développe incomplétement dans le rachitisme. Il s'arrête à l'une des phases de son évolution progressive.

En effet, d'après les observations de M. Broca (1), le changement du cartilage en os résulte ici de plusieurs transformations successives, démontrées par la présence de deux couches de nature différente entre la diaphyse et le cartilage épiphysaire des os des membres, de même qu'entre les côtes et leurs cartilages, et dans quelques autres points du squelette.

L'une de ces couches est du côté du cartilage ; M. Broca la nomme *tissu chondroïde*. L'autre est voisine de l'os ; il lui conserve le nom de *tissu spongoïde*, qui lui a été donné par M. Jules Guérin (2) dans le rachitisme, où M. Rufz, ancien interne de cet hôpital, l'avait déjà signalée (3). Il vaudrait peut-être mieux l'appeler tissu *ossiforme* ou *ostéoïde*.

Entre ces deux couches, il en est une troisième, intermédiaire, formée par des prolongements de la première couche qui pénètrent dans la deuxième : aussi cette couche intermédiaire a-t-elle été nommée *chondro-spongoïde*.

Les couches chondroïde et spongoïde sont très minces et se voient difficilement à l'œil nu dans l'état normal ; mais dans le rachitisme, leur épaisseur devient très sensible, parce que les nouvelles couches se produisent plus vite que les anciennes ne s'ossifient. Vous les voyez très distinctement sur ces pièces, et ces dessins faits d'après nature en donnent aussi une très bonne idée.

A l'extrémité des côtes, on en trouve aussi de très épaisses ; sur cette pièce, en voici de 2 à 3 centimètres d'épaisseur.

La texture de ces couches est très curieuse à observer au microscope. Je ne veux point entrer ici dans de longs détails graphiques ; je me bornerai à mettre sous vos yeux quelques-unes des figures de M. Broca et à vous retracer en peu de mots les apparences principales de chaque tissu, depuis le cartilage jusqu'à l'os.

1° Cartilage : le microscope y montre des corpuscules cartilagineux, disséminés ou logés dans des cellules particulières, au milieu d'une gangue amorphe.

2° Couche chondroïde : les cellules précédentes ainsi que leurs granules, sont groupées d'abord en forme d'îlots à grand axe longitudinal. Ces îlots finissent par former des boyaux, séparés par des traînées transparentes, amorphes, dont les plus voisines de l'os commencent à devenir fibreuses. Ce sont les *rivières* de M. Broca.

3° Couche spongoïde : Élargissement des boyaux de la couche précédente, effacement des rivières par le contact des boyaux, structure fibreuse plus prononcée.

4° Os : Structure aréolaire, corpuscules osseux remplaçant les corpuscules cartilagineux.

Le tissu spongoïde normal présente d'abondants dépôts de substance calcaire et n'a pas de porosités ; celui des rachitiques renferme, au contraire, fort peu de matières salines, et est criblé de fines porosités.

Notons encore que, dans le rachitisme, les granules des deux couches ont des formes bizarres et beaucoup plus irrégulières que dans les os sains.

Il est évident que la persistance, l'étendue, la molless e de ces formes transitoires du tissu osseux, concourent puissamment à lui ôter sa solidité. Nous verrons ces circonstances jouer un grand rôle dans les déformations si prononcées du thorax.

Il n'est pas moins manifeste que les autres caractères atrophiques, précédemment indiqués, diminuent également la résistance des os, les rendent à la fois plus flexibles et plus fragiles. Aussi cet état des os, dans le rachitisme, joint à leur souplesse naturelle dans l'enfance, suffit-il pour déterminer, dès cette première période, des courbures plus ou moins considérables dans diverses parties du squelette. Peut-être aussi, comme je l'ai déjà dit, le tissu osseux est-il, en outre, déjà plus mou par la prédominance de la matière organique sur les principes calcaires ; mais, en général, cette prédominance n'est bien sensible que dans la deuxième période.

Un autre caractère général des os rachitiques dans la première période, c'est l'abondance des vaisseaux sanguins. On a voulu voir dans ce fait une cause active de la plupart des modifications subies par le système osseux. Je n'ai rien observé qui soit de nature à me faire admettre cette opinion ; je n'ai pas vu non plus les prétendus épanchements sanguins sous-périostique et sous-médullaire auxquels on a prêté un grand rôle dans l'évolution du rachitisme.

Cette première période du rachitisme répond à ce degré de la maladie qui constitue les enfants *noués*, ainsi nommés des *nœuds* ou renflements formés par les extrémités osseuses ou cartilagineuses. Ces nœuds n'existent pas toutefois dès le commencement de cette période. Il y a un moment où la seule altération osseuse consiste dans l'excès de développement des tissus chondroïde et spongoïde, sans aucune manifestation extérieure : c'est ce que M. Broca appelle la *période latente* du rachitisme.

Deuxième période. — La deuxième période a pour caractère un état *fibroïde* des os. J'emploie ce mot *fibroïde*, pour ne pas dire *fibreux*, expression qui, en anatomie générale, a un sens équivoque. Le défaut de clarté qui en résulte était senti depuis longtemps, et c'est pour cela qu'on avait proposé les mots *desmeux*, *albugineux*, qui n'ont point été acceptés. Par transformation d'un tissu à l'état fibroïde, il faut entendre que ce tissu devient semblable aux tissus blancs analogues aux ligaments et aux aponévroses. Ceci posé, voyons ce qui arrive dans la deuxième période du rachitisme.

Il y a une décomposition chimique bien plus prononcée que dans la première période. L'os se déphosphate ; ce qui persiste n'est pas du vrai cartilage, c'est un tissu souple comme un ligament, c'est le parenchyme organique, fibro-celluleux de l'os.

Cette décomposition a lieu surtout dans la diaphyse des os longs, mais elle se passe également dans les os plats et les os courts.

Sur la dyaphyse des os longs, on voit se former des couches qui ne contiennent plus de matières saline, soit que ces couches en aient été privées dès leur formation, soit qu'il y ait eu résorption des sels calcaires par l'action directe du rachitisme. On a prétendu que ces couches étaient surajoutées à l'ancien os. Il est très vrai qu'elles se forment successivement à l'extérieur de l'os, dont la partie solide finit par se réduire à un mince étui du canal médullaire ; mais on doit plutôt les considérer comme le produit d'une altération des couches osseuses normales, que comme une production pathologique nouvelle.

Quoi qu'il en soit, on peut obtenir un dédoublement de ces lames, comme si l'os avait macéré dans un acide. Elles sont d'autant plus molles qu'elles sont plus superficielles. Vous voyez un exemple de ce dédoublement sur le fémur que renferme ce bocal. La faible lame solide qui entoure la moelle finit souvent par céder ; elle se brise, se courbe vers son milieu. Quelquefois, il ne reste même plus de couches intérieures du vieil os, qui est transformé tout entier en un ligament.

Quand les diaphyses présentent des courbures, c'est surtout du côté de la concavité que s'amassent les couches de matière organique fibroïde ; elles refoulent le canal médullaire du côté de la convexité, le rétrécissent et peuvent aller jusqu'à l'oblitérer.

En même temps qu'a lieu la décomposition dont nous venons de parler, un travail analogue s'opère dans les os courts et larges, qui perdent leur matière calcaire. Ces os s'épaississent en passant à l'état fibroïde ; le tissu spongieux augmente de volume par une sorte de dilatation de ses aréoles et de gonflement de ses lamelles ramollies. De là l'épaississement qu'on remarque surtout dans certains os larges, aux omoplates, au bassin, dans quelques parties du crâne, etc. Voici une omoplate qui a subi cette modification, et vous voyez qu'outre le ramollissement, il y a un épaississement très notable.

Vous comprenez qu'à ce degré de la maladie, l'analyse chimique ne trouve presque plus de phosphate calcaire dans les os. C'est ce qui résulte d'un grand nombre de travaux, dont vous pourrez voir la substance dans la *Chimie pathologique* de MM. Becquerel et Rodier.

(1) *Recherches sur le rachitisme*, extr. des *Bulletins de la Société anat.*, Paris, 1852.
(2) *Gazette médicale*, 1839.
(3) *Gazette médicale*, 1834.

OBSTÉTRIQUE.

OBSERVATION DE TROUBLES DU VAGIN APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Grancey-le-Château, le 23 septembre 1856.

Monsieur le rédacteur,

Je viens vous prier d'insérer dans l'UNION MÉDICALE l'observation suivante, si vous lui trouvez quelque intérêt :

Mme M..., âgée de 22 ans, d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatique, est prise, le 26 juillet, à midi, des douleurs de l'enfantement. A six heures du soir, tout est terminé. Le nouveau-né qui présentait le sommet, vient au monde bien portant et très volumineux ; la délivrance s'exécute facilement peu après sa sortie, et tout paraît à l'état normal. Mais vers sept heures, Mme M... (qui accouche pour la première fois) se plaint de quelques douleurs à la région hypogastrique ; la sage-femme, dont elle a reçu les soins, la quitte en ce moment. A peine est-elle de retour chez elle, qu'on la réclame de nouveau. Elle trouve Mme M... en proie à de vives douleurs presque continues, expulsives, comme si elle voulait accoucher de nouveau, plus fortes cependant que celles de l'enfantement. Pratiquant le toucher, elle constate une tumeur dont elle ne reconnaît pas la nature, et m'appelle à son aide. J'arrive à minuit. Les douleurs n'ont pas diminué de violence. Mme M... se livre à des efforts semblables à ceux de la dernière période de l'accouchement ; elle sent, dit-elle, *au passage*, quelque chose qui doit faire une légère saillie au dehors pendant ces efforts. Écartant les grandes lèvres, je vois la droite un peu gonflée, et l'entrée du vagin me paraît rétrécie en ce point par une tumeur à large surface. Le doigt, introduit dans le vagin, constate que ce conduit a diminué de capacité, qu'il est plus étroit. Promenant ce même doigt dans tous les sens, je reconnais une tumeur siégeant à la partie droite et postérieure de ce canal, parfaitement limitée à droite et en haut vers le col utérin, où elle forme une saillie très prononcée en se terminant brusquement, paraissant se terminer à gauche vaguement et sans relief, s'étendant en bas jusqu'à la vulve, molle, élastique, non douloureuse à la pression, non réductible, ne diminuant pas par la compression. Portant ensuite la main entière dans le vagin, et avec assez de difficulté, je trouve le col utérin obstrué par une grande quantité de caillots sanguins ; la matrice en contient aussi, et la tumeur du vagin, en obstruant ce conduit, empêche vraisemblablement leur sortie ; j'en extrais immédiatement un certain nombre, et aussitôt après leur sortie, les douleurs de l'accouchée cessent comme par enchantement pour ne plus se reproduire.

Quelle était la nature de la tumeur à laquelle j'avais affaire ?

Elle siégeait immédiatement sous la muqueuse du vagin, et ne remontait pas dans le bassin au delà de ce conduit ; elle n'était point solide, mais paraissait contenir quelque chose de mou, s'était formée en assez peu de temps. Je diagnostiquai un thrombus du vagin.

Mme M..., comme je viens de le dire, ne souffrait plus ; elle ressentait seulement dans le vagin de la chaleur, et y éprouvait la sensation d'un corps étranger qui s'opposait à la sortie de l'urine. Je pratiquai le cathétérisme et tentai la résolution de la tumeur. Une application de sangsues faite à l'hypogastre du côté droit, des bains émollients prolongés chaque jour pendant plusieurs heures ne conduisirent à aucun bon résultat. Cependant, le cours de l'urine s'était rétabli ; Mme M... était à chaque instant tourmentée par le besoin de la rendre ; les selles étaient rares ; la tumeur, au reste, ne déterminait pas d'autres inconvénients. Le 2 août, je la trouvai tendue, chaude, ainsi que tout le vagin ; il y avait en même temps de la fièvre, et je craignais le passage du foyer sanguin à la suppuration. Cette attente fut trompée ; une petite ouverture se fit d'elle-même et le liquide contenu dans la poche s'écoula chaque jour avec des caillots ; la suppuration ne les avait pas encore envahis. Le 6, la tumeur était réduite au tiers de son volume primitif ; la malade facilitait la sortie du sang en introduisant deux ou trois fois dans le cours de la journée le doigt dans le vagin et y exerçant une douce pression. Le 12, la tumeur ne laissait plus de traces, et je cessai mes visites.

Mme M... n'a ressenti depuis cette époque aucune gêne dans le bassin.

Doit-on louer, doit-on blâmer la conduite que j'ai suivie dans cette circonstance ? Je laisse à chacun le soin de juger cette question.

Dr Ch. ROUHIER,
Ancien interne des hôpitaux.

PATHOLOGIE.

DÉPÔT D'URÉE SUR LA PEAU ET LES MUQUEUSES, DANS LA PÉRIODE TYPHOÏDE DU CHOLÉRA ;

Par le docteur DRASCHE, de Vienne.

Dans le choléra, quand, après la cessation des sécrétions excessives, il se développe des symptômes improprement appelés typhoïdes, accompagnés d'anurie, et si ce dernier symptôme continue quelque temps, on voit se former sur le front et la face une sueur chaude, particulière, graisseuse et très luisante. Elle disparaît avec l'apparition de l'urine, ou reste sans modifications dans d'autres cas, surtout quand ils sont promptement mortels ; mais, dans les conditions opposées, l'eau s'évapore et le résidu solide disparaît également, ou bien reste sur la peau, sous la forme de petits cristaux, de lamelles argentées ou de granulations innombrables. Dans des cas très rares, la sueur s'étend sur le cou, la poitrine, les extrémités supérieures et inférieures, et l'on rencontre le dépôt cristallin également sur la muqueuse de la bouche et de l'arrière-gorge, aussi loin qu'on peut l'inspecter. Ce dépôt se manifeste, quant à sa fréquence, dans l'ordre suivant : dans les sourcils, sur les tempes, les ailes du nez, le front, la lèvre supérieure et dans le cuir chevelu. Il est tantôt pulvérulent, tantôt granuleux, entourant les cheveux qui le traversent au centre ; souvent il renferme des cristaux qui réfléchissent la lumière. Il est situé autour des canaux excréteurs des glandes sébacées et paraît en être un produit. Peu de temps avant la mort, il disparaît et est remplacé par une moiteur visqueuse, il n'existe presque jamais sur le cadavre. C'est qu'une nouvelle poussée de sueur a dissous le dépôt.

Sous le microscope, le dépôt cristallin pris sur la peau et sur la muqueuse était composé d'une masse amorphe, lâche, d'un blanc-jaunâtre, en partie graisseuse, percée de cheveux courts, plus ou moins fins ou épais, et contenant des cellules épidermiques sèches en certaine quantité. On y découvrit d'assez nombreux cristaux incolores, aciculaires, brisés en fragments et déposés sans arrangement régulier. La masse traitée par l'alcool, fournit une solution qui, par évaporation spontanée, fit voir, sous le microscope, de beaux cristaux. Leur forme, leurs réactions chimiques, la cristallisation caractéristique de leurs combinaisons avec l'acide nitrique et l'acide oxalique ne laissaient pas le moindre doute sur leur nature ; c'était de l'urée pure. On retrouvait même la modification que celle-ci fait éprouver à la cristallisation du chlorure sodique, quand ces deux corps sont dissous et évaporés ; les hexaèdres du sel de cuisine sont transformés en octaèdres et ce changement n'appartient qu'à l'urée.

L'apparition de cette exsudation ne coïncide pas, d'une manière constante, avec la suppression totale de l'urine. Dans quelques cas, ce liquide a continué à être sécrété, quoiqu'en petite quantité ; sa pesanteur spécifique était considérablement diminuée : 1004—1006 ; il était d'un jaune sale, à réaction alcaline, ne renfermait que des traces d'acide urique et de très petites quantités d'urée ; l'urate et le carbonate d'ammoniaque y prédominaient. L'albumine y était très abondante et on y rencontrait des globules de pus et des amas d'épithélium.

Chez une femme morte en couches et chez laquelle ce dépôt sur la peau était très abondant, avec la sécrétion urinaire complétement sup-

primée et les symptômes typhoïdes très prononcés, on a examiné le lait pendant la vie et après la mort. C'était un liquide blanchâtre, assez transparent, d'une pesanteur spécifique de 1,037, d'une légère réaction acide, ne contenant que des traces de caséine, mais de grandes quantités de sucre. L'urée y était abondante et le carbonate d'ammoniaque y manquait totalement.

Sur 800 cas de choléra confirmé, observés dans la dernière piédémie de Vienne (1855), l'exsudation d'urée sur la peau, pendant la période typhoïde, fut rencontrée 12 fois. Les enfants et les vieillards n'en ont pas fourni d'exemple, ainsi que les individus faibles, cachectiques. Des excrétions très abondantes pendant la période cholérique et une certaine durée de celle-ci, suivie de la prolongation de la période typhoïde avec suppression de la sécrétion urinaire, paraissent surtout favoriser ce dépôt. Tous les malades ayant présenté ce phénomène sont morts.

Ces faits servent à prouver que les symptômes de l'*urémie*, identiques à ceux de la période typhoïde du choléra, ne sont pas produits par le carbonate d'ammoniaque, résultant de la décomposition de l'urée. On admet en effet, dans cette théorie, que l'urée rencontre dans le sang un ferment spécial qui la tranforme en carbonate d'ammoniaque; ce ferment n'existe pas toujours, mais seulement dans les cas où la rétention d'urée, dans la maladie de Bright, par exemple, s'accompagne de symptômes uroémiques. L'existence de ce ferment est une hypothèse qui n'a jamais pu être démontrée, pas même par les expériences sur les animaux. L'injection d'urée dans les veines, après l'extirpation des reins, ne donne des symptômes généraux qu'après plusieurs heures et encore pas constamment. Celle de carbonate d'ammoniaque détermine immédiatement des convulsions, de l'assoupissement, et un état tout différent de celui des uroémiques. De plus, ce sel n'est pas le seul qui donne ces résultats; les sulfates de potasse et de soude sont dans le même cas. L'air exhalé par les urémiques renferme, dit-on, du carbonate d'ammoniaque. Mais, parmi les 12 cas cités, offrant le tableau le plus complet de l'urémie, le papier de tournesol rougi, n'a été ramené au bleu que 4 fois. D'ailleurs, cette réaction se rencontre également chez d'autres malades, surtout quand les produits de la sécrétion buccale se décomposent, les malades laissent la bouche ouverte; par exemple, dans le typhus. L'odeur urineuse exhalée par les urémiques, était mise sur le compte de la sécrétion de carbonate d'ammoniaque par la peau. Mais cette odeur n'existe pas dans la typhoïde cholérique, quoique la peau eût été le siége d'une sécrétion d'urée libre. Les matières vomies par les urémiques renferment du carbonate d'ammoniaque. Cela ne prouve rien; car, dans le choléra, le liquide riziforme rendu par le haut et par le bas en contient également, et dans les typhoïdes avec dépôt d'urée sur la peau, les déjections alvines féculentes n'en sont pas dépourvues, quoique l'urée se retrouve sur la muqueuse de la bouche et de l'arrière-gorge. Comment, dans ce cas, faire provenir du sang, le carbonate d'ammoniaque renfermé dans les sécrétions intestinales? Il est hors de doute que l'urée est excrétée, comme urée, par la muqueuse intestinale et qu'elle y rencontre le ferment digestif qui la transforme en carbonate d'ammoniaque, tandis que dans la bouche, où ce ferment ne se trouve pas, elle reste pure. Il existe des observations d'urémie dans lesquelles on a rencontré le carbonate d'ammoniaque dans le sang; mais ces cas ne permettent pas de tirer une conclusion générale, car nous ne connaissons que trop incomplétement la nature de la maladie et la composition du sang.

Après toutes ces considérations, peut-on encore admettre que le sang des urémiques renferme les produits de décomposition de l'urée, quand, dans des cas d'urémie la plus prononcée, on trouve de l'urée dans le produit d'une sécrétion liquide (le lait) et sous forme de cristaux et en grande abondance sur la peau? — *(Zeitschr. d. k. k. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1856, n° 3 et 4.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 14 Octobre 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. Comon, médecin cantonal de Longuyon (Moselle), sur une épidémie de fièvre typhoïde. (Com. des épidémies.)

— Une demande formée par le sieur Rempp, à l'effet d'être autorisé à exploiter, pour l'usage médical, l'eau d'une source située à Soultz-sous-Forêts (Bas-Rhin). — (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle se compose d'un mémoire de M. le docteur Billiard, de Corbigny, intitulé : *Découverte des sources de l'ozone organique.* (M. Bouchardat, rapporteur.)

M. Barth communique l'observation d'une malade atteinte d'un kyste ovarique, qu'il a présentée en avril à l'Académie, et chez laquelle il a mis en usage un procédé particulier de ponction suivie d'injections iodées.

Cette malade, dit M. Barth, âgée de 37 ans, entra dans mon service à l'hôpital Beaujon, au mois de février de cette année; elle était atteinte d'une varioloïde, qui fut promptement guérie, et portait en outre, depuis deux ans, un kyste volumineux dans l'abdomen. Elle assurait, et cette assurance, elle l'a renouvelée bien des fois depuis, que ses règles avaient cessé de paraître depuis *huit mois*. Pendant la convalescence de la varioloïde, le kyste prit un tel accroissement, qu'il arriva bientôt à remplir toute la capacité du ventre, et qu'il devint nécessaire de prendre un parti à cet égard.

Fallait-il abandonner la tumeur à elle-même? Fallait-il la vider par une simple ponction? ou bien traiter par une ponction suivie d'injections irritantes un foyer aussi étendu? Après avoir pesé les raisons qui militaient en faveur de l'une ou de l'autre conduite à suivre, j'instituai l'opération de manière à obtenir d'abord le retrait du kyste, puis, dans sa cavité ainsi réduite, de pratiquer des injections dans le but d'en obtenir l'oblitération.

Le 10 mars, je fis au-dessus du pubis, et la vessie étant préalablement vidée, une ponction avec un trocart courbe; parvenu dans la cavité du kyste, je retirai le poinçon, et retournai la gaîne de manière à diriger sa concavité en avant, puis le poinçon étant réintroduit, je ponctionnai le kyste et la paroi abdominale de dedans en dehors, en un deuxième point, à quelque distance au-dessus du premier; enfin je fis définitivement sortir le poinçon et j'y substituai un tube mince et flexible en caoutchouc. Ce tube avait l'avantage, d'une part, de tenir la tumeur appliquée contre la paroi abdominale; d'une autre part, les trous dont il était percé pouvaient donner issue au liquide du kyste, et permettaient de pratiquer des injections aussi souvent qu'on le jugerait nécessaire.

L'opération ne présenta rien de particulier; la douleur et la réaction fébrile furent ce qu'ils sont habituellement à la suite des ponctions simples.

Au bout de huit jours, la tumeur ayant notablement diminué de volume, j'y fis une injection d'eau tiède qui sortit tout entière par le bout inférieur du tube en caoutchouc; dix jours après l'opération, j'y poussai une première injection iodée que je renouvelai les jours suivants, sans aucun accident. Le 1er avril, j'amenai la malade devant l'Académie; à ce moment, il existait dans le ventre une tumeur assez volumineuse dont j'espérais obtenir la diminution en continuant l'emploi des mêmes injections.

C'est ce que je fis en effet; j'ajoute que pour mettre le liquide iodé en contact avec tous les points de la poche, j'imprimais assez souvent à celle-ci des mouvements assez étendus, et que ces manœuvres se sont montrées constamment d'une innocuité parfaite.

Toutefois, à partir de ce moment, la tumeur cessa de décroître, son volume resta stationnaire, et, à en juger par la quantité de liquide qu'on en faisait sortir chaque matin et par celle que l'injection y faisait pénétrer, la cavité conserva toujours les mêmes dimensions.

La malade se lassait de la longueur de ce traitement; un jour elle arracha le tube de caoutchouc... Devions-nous faire une nouvelle ponction pour replacer ce tube dans le kyste? La proposition en fut faite à la malade, qui insista pour quitter l'hôpital. Elle en sortit le 18 mai. Le 26 mai, elle s'y présenta à la consultation; le ventre était développé, le visage amaigri. Vainement j'engageais cette femme à rentrer dans mes salles; elle retourna à Neuilly (d'où elle était venue à pied). Mais le soir même (26) on la *ramena* à Beaujon, en proie à de vives douleurs. Le lendemain (27), arrivant à l'hôpital, j'appris qu'elle était *accouchée!* Je ne vous dirai pas mon étonnement, que vous partagez sans doute en ce moment, ni mes frayeurs rétrospectives. Elle était accouchée d'un fœtus de cinq mois; une péritonite suraiguë suivit cet accouchement et se termina par la mort le 28.

L'autopsie fut faite le 29 mai. Je trouvai d'abord au-dessus de la vessie et appliquée contre la paroi du ventre le kyste ovarique aplati, renfermant un liquide analogue à celui qui avait été évacué pendant la vie. A la partie supérieure du kyste, existait une ouverture arrondie, de la largeur d'une pièce de dix sous; c'est par là que le contenu de la poche s'était échappé dans la cavité addominale. Le péritoine était rempli d'une sérosité floconneuse et tapissé de dépôts pseudo-membraneux. — Enfin, derrière la tumeur, on trouvait la matrice revenue sur elle-même et telle qu'elle se présente d'ordinaire après l'accouchement.

Comme on a fait plusieurs objections contre le procédé opératoire mis en usage par moi chez cette malade, je demande la permission d'en occuper un instant l'attention de l'Académie. Ce procédé opératoire a été présenté comme offrant des inconvénients très sérieux. Or vous avez vu que l'opération elle-même et ses suites n'ont rien présenté de sérieux, que tout s'est passé selon nos prévisions et nos désirs; c'est-à-dire que nous étions complétement maître du kyste, pouvant le vider aussi souvent que cela nous semblait nécessaire et y pousser des injections sans crainte aucune.

Derrière ce kyste, une grossesse existait et s'est développée sans que nous en ayons eu le plus léger soupçon. La malade nous affirmait n'avoir pas eu ses règles depuis huit mois; elle nous l'a répété encore après son accouchement. Elle était mariée et n'avait aucun motif pour cacher sa grossesse; il est dès lors évident qu'elle s'était trompée elle-même. Ce n'est pas un des points les moins curieux de cette observation, que cette grossesse poursuivant régulièrement ses différentes phases derrière un kyste volumineux et ne se laissant entraver ni par la présence de cette tumeur, ni par le traitement que nous avons mis en usage et les manœuvres assez brusques employées pour disséminer le liquide des injections sur toutes les parois de la poche ovarique.

Le tube en caoutchouc arraché, l'issue fermée au contenu de cette poche, il y a eu rétention du liquide, distension, et finalement rupture du kyste à sa partie supérieure avec épanchement dans la cavité abdominale. De là une péritonite suivie d'un accouchement prématuré. Il est à noter que le fœtus ne présentait aucune altération.

Je viens de montrer que le manuel opératoire employé par moi dans cette circonstance offrait de grands avantages et était loin de présenter les dangers qu'on lui a attribués. Une autre objection encore a été produite par M. Boinet qui reproche à ce procédé, en fixant le kyste, d'empêcher sa rentrée dans le petit bassin, et de créer une sorte de bride derrière laquelle les anses intestinales peuvent venir s'étrangler. Mais on ne peut guère assimiler à une bride étroite et allongée, capable de produire un étranglement de ce genre, un corps plus ou moins volumineux attaché à la paroi du ventre, au-dessus de la vessie; quant à la rentrée du kyste dans l'excavation, rentrée que l'on faciliterait en faisant une ponction dans la région inguinale, on ne peut espérer de la voir s'effectuer quand il s'agit d'une tumeur aussi volumineuse que celle à laquelle j'avais affaire.

Une dernière remarque. L'observation que j'ai rapportée tout à l'heure détruit l'objection faite par M. Depaul à la *rétractilité* des kystes ovariques. Cette rétractilité, j'en avais déjà vu les effets et les avais constatés par l'autopsie. Le nouveau fait dont je viens de vous entretenir prouve que cette propriété des kystes de l'ovaire, qui d'ailleurs est généralement admise, ne saurait être sérieusement contestée.

M. Malgaigne : L'observation remarquable que vient de nous communiquer M. Barth pourrait devenir le point de départ d'une discussion d'autant plus importante, qu'il n'est guère de questions d'un intérêt plus grand que celle de l'état actuel de la chirurgie relativement au traitement des kystes ovariques.

Il y a deux choses dans la communication de M. Barth. Il y a d'abord le procédé employé par notre collègue, et dont l'opportunité ne me paraît pas démontrée. En quoi une double ponction est-elle préférable à une ponction simple? J'avoue ne pas le saisir. Or, en médecine opératoire ce qui est inutile est bien près d'être nuisible. Je verrais même à cette double ponction quelques inconvénients : vous vous rapprochez un peu plus du péritoine, ce qui n'est jamais sans quelque danger.

L'un des reproches que l'on peut faire à la ponction, en général, c'est de laisser après elle, retenu dans le kyste, un liquide purulent. Les qualités de ce liquide ont peut-être été un peu déguisées par notre collègue : tranchons le mot, c'était du pus, et ce pus avait érodé, perforé la paroi de la poche; l'orifice par lequel il s'est échappé dans le péritoine était peut-être le trou de la ponction supérieure.

La double ponction, en résumé, me paraît créer un péril de plus sans bénéfice aucun; une seule ouverture me paraît suffisante. De même, à la double ponction de l'hydrocèle, a été substituée la ponction simple que tout le monde emploie aujourd'hui et qui ne fait pas regretter la méthode plus ancienne.

Mais ce sur quoi je tiens surtout à appeler l'attention de l'Académie, c'est la thérapeutique générale des kystes de l'ovaire. Faut-il abandonner ces tumeurs à elles-mêmes? Faut-il les soumettre aux ponctions palliatives? Celles-ci sont, *en général*, inoffensives et produisent du soulagement; on cite même des exemples de ponctions répétées six à huit cents fois (un chiffre qui me paraît bien fort!). Je dis qu'*en général* ces ponctions soulagent; cela n'est pas constant, en effet. S'il est des femmes, et j'en ai vu, qui viennent au Bureau central, relèvent leur robe, se font faire la ponction et s'en vont, il en est d'autres, comme j'en ai observé un exemple, qui ne s'en retournent pas ainsi, mais sont obligées de s'aliter aussitôt et meurent dans l'espace de vingt-quatre heures. Cependant, quand il y a danger de suffocation, on est évidemment autorisé à pratiquer cette ponction.

Mais autre chose est l'opération curative. Il a été beaucoup question en Amérique et même en France, il y a quelques années, de l'extirpation des kystes ovariques; opération qui me paraît infiniment trop radicale et de nature à mettre les femmes trop absolument à l'abri de toute récidive. Les statistiques que l'on a alléguées ne prouvent rien; on sait ce que valent ces statistiques, où tous les succès sont ramassés et où manque la liste des revers.

Mais si l'extirpation est généralement repoussée, une autre méthode a prévalu, c'est la ponction suivie d'injections iodées, que plusieurs de nos collègues ont pratiquée, et que j'ai faite moi-même. Cette méthode a, dit-on, procuré de véritables guérisons. Je l'admets : la nature est si puissante, qu'elle pourrait guérir les malades malgré et contre le chirurgien. Ces guérisons, s'il en est, mériteraient d'être vérifiées. J'ai vu les ponctions et les injections iodées déterminer le retrait des kystes ovariques; mais cette rétractilité a ses limites, et un moment arrive où elle s'arrête, comme dans le fait de M. Barth. Et quand un kyste a cessé de se rétracter, il se produit une fistule des plus dangereuses; pour peu que l'orifice se bouche, il devient nécessaire, en présence de la rétention du pus et des conséquences qu'elle entraîne, ou de dilater l'ouverture, ou d'en faire une autre. J'ai vu avec M. Huguier une dame qui a failli succomber à cette rétention du pus après une première ponction; notre habile collègue lui en a fait une deuxième, j'ignore quel en a été le résultat; M. Huguier nous le dira.

Sans avoir, au sujet du traitement chirurgical des kystes ovariques, une expérience personnelle très étendue (mais en y ajoutant celle de mes collègues j'en aurai une à laquelle aucune autre ne saurait se comparer), je trouve la méthode des injections pleine de difficultés : vous reconnaissez un ou même plusieurs kystes, mais derrière ces kystes, se trouvent ces gâteaux de matière cancéreuse, fibro-plastique, fibreuse, colloïde... (n'y a-t-il pas ici un micrographe qui puisse nous éclairer sur ce point?) et ces amas de substance solide empêchent les kystes de revenir totalement sur eux-mêmes. D'une autre part, il est grave sans doute, surtout pour une femme encore jeune, de se voir affligée d'une infirmité qui ruine son avenir et qui la menace d'une mort prématurée. C'est pourquoi je pense que la ponction simple doit être adoptée. Mais quant à celle que l'on combine avec les injections iodées, j'attendrai que son opportunité soit bien établie, car les guérisons, s'il y en a eu, et je le crois, sont très rares, et la méthode par elle-même présente plus d'un danger.

M. Moreau : Dans le fait très intéressant dont M. Barth nous a donné connaissance, l'un des points qui ont le plus frappé notre collègue, c'est le développement régulier d'une grossesse malgré la présence d'un kyste de l'ovaire. Cette circonstance est peut-être moins rare que M. Barth n'a semblé le penser, et j'ai observé plusieurs exemples de ce genre : des kystes assez volumineux pour mettre obstacle à l'accouchement et nécessiter alors des opérations chirurgicales, n'avaient nullement entravé la marche de la grossesse, qui était parvenue à son terme.

Le procédé opératoire de M. Barth me paraît fort rationnel. Mais avant d'en discuter la valeur, il faudrait décider la question générale de l'opportunité d'une opération quelconque contre les kystes de l'ovaire. Or, j'estime que le meilleur est de ne pas toucher à ces tumeurs. J'ai vu Récamier employer l'électricité pour les guérir; je lui disais : Vous allez augmenter l'exhalation, déterminer des accidents inflammatoires... et j'ai vu deux jeunes femmes succomber à la suite de ce traitement. L'extirpation du kyste a eu le même résultat funeste.

Il est des femmes qui portent de ces kystes pendant quinze ou vingt ans, et dont la santé n'est nullement altérée. Quand la tumeur fait des progrès considérables, la seule chose à faire, c'est la ponction palliative. Une de mes clientes l'a subie vingt-huit fois depuis vingt-huit ans; une autre a été ponctionnée cent dix fois.

La ponction du kyste peut avoir pour résultat la guérison complète. J'en ai observé un exemple, mais c'est le seul, chez une dame à laquelle M. Roux a fait une seule ponction, et dont le ventre, plat et régulièrement conformé n'aurait pas permis, plusieurs années après, de reconnaître la présence antérieure d'une tumeur.

M. Huguier : La question de la thérapeutique chirurgicale des kystes ovariens est complexe; comme à M. Malgaigne, elle me paraît assez importante pour nécessiter une discussion assez approfondie, et si l'Académie le permet, dans une prochaine séance, je pourrai présenter à ce sujet quelques détails.

Pour le moment, je me bornerai à répondre à l'interpellation de M. Malgaigne. La malade à laquelle il a fait allusion était âgée de 40 ans; elle avait à la fois une tumeur fibreuse de l'utérus, occupant le tiers du bassin, et un kyste de l'ovaire duquel nous avons retiré par la ponction seize à dix-sept litres de liquide. Un de nos collègues, à qui cette dame s'était adressée, avait renoncé à la traiter. La tumeur faisait des progrès rapides, les membres inférieurs étaient œdématiés, il y avait menace d'asphyxie. Je fis la ponction, et retirai la quantité de liquide déjà indiquée; l'inflammation fut d'abord assez modérée, mais bientôt le liquide se reproduisit au milieu de symptômes qui indiquaient une inflammation violente, la suppuration et même un certain degré d'infection purulente. C'est à ce moment que M. Malgaigne fut consulté. Il y avait évidemment lieu de faire une seconde ponction, je la fis, et je retirai dix

ou douze litres de pus; la canule fut laissée à demeure. Aucun accident ne se manifesta; un traitement tonique fut prescrit. Voyant que la poche se rétractait de plus en plus, et rassuré contre les inconvénients d'irriter une surface trop étendue, je substituai à la canule d'argent une autre en gomme élastique, et commençai à injecter d'abord un mélange à parties égales d'eau et de teinture d'iode, puis de la teinture d'iode pure; la santé se rétablit, et aujourd'hui cette femme a repris son embonpoint et sa fraîcheur. Elle porte encore sa canule.

Je ferai observer que la rétraction du kyste a été ici des plus évidentes: cette poche qui logeait d'abord seize litres de liquide, n'admet à présent qu'un demi-verre de liquide iodé et ne secrète guère qu'un quart de verre de pus dans les vingt-quatre heures.

M. Cazeaux : Les observations de M. Malgaigne ont considérablement élargi la question, et ce dont il s'agit maintenant, c'est la cure radicale des kystes ovariques en général. M. Malgaigne et M. Moreau paraissent ennemis de ces tentatives. M. Malgaigne semble demander que l'on produise des faits de guérison. Comme il y a quelques années, l'Académie m'a chargé d'un rapport sur les observations de M. Boinet (rapport que je n'ai pas lu, le travail de M. Boinet ayant été livré à l'impression), et que même avant cette époque je m'étais occupé de cette question, je suis en mesure de donner à cet égard quelques renseignements. Il est certain que des guérisons ont été obtenues par la méthode des ponctions et des injections iodées; un grand nombre de ces faits ont été publiés. J'ai vu des malades de M. Boinet, trois, quatre, cinq ans après l'opération; c'étaient des femmes chez lesquelles avaient existé des kystes d'un grand volume, et dont plusieurs avaient déjà subi antérieurement la ponction palliative : entre les mains de M. Boinet, à la suite d'une ou plusieurs injections iodées, ces femmes ont guéri. A la place d'un kyste énorme, remplissant ou dépassant même la cavité abdominale, on ne trouvait plus qu'une tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus à peu près, solide, n'ayant aucun des caractères qui appartiennent aux kystes. Voilà, ce me semble, des faits que l'on ne peut s'empêcher de considérer comme des guérisons radicales.

M. Malgaigne paraît croire que la méthode des injections donne lieu à des fistules incommodes pour le moins, et exposant les femmes à de graves inflammations. Les opérées de M. Boinet ne présentent aucune trace de fistule.

Ce n'est pas à dire qu'il faille entreprendre la cure de tous les kystes de l'ovaire indistinctement. Il est des kystes multiloculaires, il en est qui sont compliqués de tumeurs cancéreuses, fibreuses, fibro-plastiques, et opposent à la guérison des obstacles insurmontables. Ceux-là, personne ne tente de les guérir, du moins sciemment; et quand, sur la foi d'un diagnostic incomplet, la méthode des injections leur est appliquée, comme j'en ai vu des exemples, l'opération échoue, et la mort peut en être la conséquence.

Mais de ce qu'il y a des incertitudes, de ce qu'il y a des dangers, s'en suit-il qu'il faille renoncer à une méthode qui peut procurer la guérison? Les kystes de l'ovaire ne me paraissent pas aussi inoffensifs que M. Moreau les a dépeints; sans doute il en est qui laissent aux femmes une santé à peu près parfaite, et je connais une dame qui, depuis trente ans, porte un kyste énorme sans en souffrir notablement. Mais ce sont là des faits exceptionnels. Le plus souvent la gêne occasionnée par ces tumeurs rend la ponction indispensable, et après des ponctions répétées, au bout de quelques années, arrive la terminaison fatale. La moyenne de la vie est bien peu considérable chez les femmes dont les kystes exigent de ces ponctions à courte échéance, et il est fort rare de la voir se prolonger assez pour permettre au chirurgien de renouveler la ponction jusqu'à deux cents fois, comme on en cite cependant des exemples.

Relativement à la coexistence d'une grossesse et d'un kyste de l'ovaire, M. Moreau m'a paru porter un pronostic trop favorable. J'ai vu tout récemment une cliente de M. Moreau, qui en est la preuve : atteinte d'un kyste ovarique, elle est accouchée prématurément, ou, si l'on veut, a avorté à cinq mois et demi. Ashwell a publié un travail spécial sur les cas de cette espèce, et il est arrivé à cette conclusion générale, que l'abdomen étant doué d'une extensibilité limitée, il arrive un moment où la place fait défaut à l'utérus pour se développer, et où l'avortement, l'accouchement prématuré a lieu. D'une autre part, l'utérus comprime le kyste, y détermine de l'inflammation et la purulence du contenu. Loin d'admettre cette innocuité presque complète à laquelle M. Moreau semble croire, je serais très effrayé si, chez une de mes clientes, je constatais la simultanéité d'une grossesse et d'un kyste. Je donne des soins à une jeune dame, dont le ventre, dilaté par un kyste ovarique, offre le volume que lui donnerait une grossesse de six mois; elle désire ardemment une grossesse, mais j'ai cru devoir faire part au mari de mes craintes et l'engager à s'abstenir. Toutefois, en présence du désir si vif qui préoccupe constamment l'esprit de cette femme, je me suis demandé si je ne devais pas tenter la cure radicale du kyste, en le supposant uniloculaire, pour la mettre à même de devenir enceinte sans l'exposer aux accidents dont j'ai parlé tout à l'heure.

Mais je reviens à la question principale. Ma conclusion est celle-ci :

Avant d'entreprendre la cure radicale des kystes ovariques, il faut, par une première ponction, s'assurer que l'on a affaire à un kyste uniloculaire, non compliqué de la présence de tumeurs d'une autre nature (toutefois, la présence de plusieurs poches n'est pas une contre-indication absolue);

Laisser le liquide se renouveler et se guider, pour instituer l'opération, sur le temps plus ou moins long que la tumeur met à revenir à son premier état;

Si, au bout de trois ou quatre mois, on remarque que le kyste a déjà repris les dimensions qu'il avait avant la ponction, j'estime qu'il est de bonne chirurgie de pratiquer une opération à laquelle on doit déjà des succès incontestables et avérés.

M. Moreau demande la parole pour un fait personnel :

Je suis loin, dit M. Moreau, de croire que les kystes de l'ovaire soient toujours exempts de dangers, comme me l'a fait dire M. Cazeaux; mais j'en ai vu, je le répète, qui permettaient aux femmes de vivre de longues années.

Je ne suis pas un ennemi des injections iodées, mais je reste dans une grande réserve à l'endroit de ce traitement, ne voyant pas figurer le nécrologue en face de la colonne des succès.

Il ne me semble pas aussi facile que le dit M. Cazeaux, de reconnaître exactement si un kyste est uniloculaire ou multiloculaire, d'affirmer que dans telle loge de la tumeur il n'existe pas une de ces matières colloïde, cancéreuse, analogue au tissu du foie, etc. Que dans un cas de ce genre on fasse des ponctions et des injections iodées, les femmes périront certainement.

L'une des malades dont M. Cazeaux nous a parlé, porte depuis sept ou huit ans un kyste dans l'abdomen. S'il avait l'intention de tenter sur elle la cure radicale, je l'en dissuaderais comme d'une imprudence.

M. Velpeau : La pensée de M. Malgaigne, de porter devant l'Académie la question de la cure radicale des kystes ovariques, me paraît d'autant plus heureuse, que cette question n'a jamais été, ni en France ni même à l'étranger, discutée aussi sérieusement qu'elle le mérite. Ce n'est pas qu'on n'en ait beaucoup parlé, surtout il y a une vingtaine d'années; à cette époque, il existait pour les kystes de l'ovaire comme une épidémie d'*extirpation*, mais je ne sache pas que cette opération ait été pratiquée en France. En revanche, on s'est occupé, dans ces derniers temps, des injections iodées, et il y a aujourd'hui assez de faits pour qu'on puisse juger en connaissance de cause, les avantages ou les inconvénients de cette méthode.

En ce qui me concerne, j'ai le plaisir, plaisir trop rare pour moi, d'être ici d'accord avec tout le monde. Avec M. Barth d'abord, dont je suis disposé à adopter le procédé, si ce procédé permet un écoulement continu du liquide; ce résultat important est difficilement atteint avec la canule ordinaire, où le liquide est obligé de remonter contre son propre poids.

Avec M. Moreau, je reconnais que la présence d'un kyste ovarique n'empêche pas un grand nombre de femmes de jouir d'une assez bonne santé, pendant dix, vingt, trente ans, et d'atteindre, enfin, la moyenne de la vie ordinaire. C'est même, je crois, ce qui s'observe dans la majorité des cas. Mais toutes les femmes ayant des kystes de cette espèce ne sont pas aussi heureuses, et il en est qui succombent dans les dix premières années de la maladie, soit au développement excessif du kyste, soit à son inflammation, par suite des ponctions qu'on est obligé d'y pratiquer, soit enfin à des maladies intercurrentes.

La gêne mécanique occasionnée par le développement excessif du kyste, est généralement soulagée par la ponction palliative. Cependant cette opération détermine quelquefois des accidents mortels. Sous ce rapport, j'ai passé par deux phases successives : après avoir fait un grand nombre de fois la ponction des kystes ovariques sans aucune suite fâcheuse, je m'étais habitué à la considérer comme chose très simple, quand il m'arriva d'y voir succomber *cinq* femmes dans le cours d'une seule année. Je suis donc convaincu qu'une simple ponction peut occasionner la mort, et cela très rapidement. Est-ce par le fait même de l'opération ou par quelque coïncidence singulière? Voici ce que j'ai observé il y a quelques années dans mon service à la Charité : Une malade s'y présenta avec la résolution de se faire opérer par les injections iodées dont elle avait entendu vanter l'efficacité. J'avais vainement essayé de lui faire peur, de la dissuader : elle persista à demander l'opération; je déclarai qu'il me fallait le consentement du mari; celui-ci, consulté, dit qu'il y souscrivait de grand cœur, aimant mieux voir sa femme morte qu'affligée de son kyste!... On invita la malade à descendre à l'amphithéâtre, mais elle était souffrante et ne put s'y rendre. L'opération fut donc ajournée. Le lendemain cette femme était morte. Que serait-il arrivé si nous l'avions opérée? N'aurait-on pas attribué à l'injection iodée ce qui a été l'effet d'une tout autre cause?

Ce qui donne surtout à réfléchir dans cette question de la cure radicale des kystes, c'est que cette cure peut être tentée seulement chez des femmes dont la santé n'est presque pas altérée; car s'il y a des troubles fonctionnels considérables, on ne peut guère espérer obtenir la guérison. Il en résulte pour le chirurgien ce dilemne embarrassant : faut-il, chez une femme qui se porte bien, faire une opération qui peut la tuer? Faut-il abandonner à elle-même une maladie qui peut devenir grave?

Relativement aux injections iodées (et ce n'est pas moi que l'on accusera de vouloir les déprécier), j'ai toujours fait mes réserves quand il s'est agi de leur application aux kystes de l'ovaire. Il me semble démontré que ces injections donnent les plus merveilleux résultats dans les maladies des membranes séreuses, mais que leur efficacité est d'autant moindre que la surface dont on veut obtenir la modification s'éloigne davantage de la structure des membranes séreuses. S'agit-il d'un kyste renfermant un liquide sanguin, sans caillots, elles réussissent encore assez bien; moins bien quand la poche contient un liquide gélatineux; encore moins lorsque c'est du pus; enfin, dans les foyers dont les parois se rapprochent par leur structure de celle des membranes muqueuses, elles ne déterminent presque jamais l'adhésion réciproque des deux feuillets opposés.

Je ne crois pas, quant aux kystes de l'ovaire, que l'on y ait jamais observé un pareil accollement, une oblitération semblable, après les injections iodées; et, en effet, le contenu de ces kystes n'est pas constitué par de la sérosité, mais bien par un liquide gélatiniforme, huileux, épais, diversement coloré. Quelquefois même, sa consistance est telle qu'il ne coule pas, et qu'après s'être échappé en petite quantité par l'ouverture de la ponction, il demeure presqu'en entier renfermé dans l'intérieur du kyste.

Mais si l'on ne doit pas s'attendre ici aux mêmes résultats que dans les cavités séreuses, on peut essayer de traiter le kyste de l'ovaire comme un abcès, c'est-à-dire de vider la poche, d'y pousser une injection iodée et d'y laisser à demeure une canule. Ces deux manières de faire se ressemblent en apparence, au fond elles sont essentiellement différentes.

Quand après l'injection on laisse la piqûre se fermer, on a pour but (et ce but on l'obtient presque toujours) de provoquer une inflammation sans suppuration, mais adhésive; d'abord le liquide se reforme, puis l'absorption s'en empare, enfin a lieu l'accollement des surfaces opposées de la cavité.

Si, au contraire, on laisse la canule à demeure, il y a suppuration, chose toujours sérieuse, surtout quand le foyer est vaste, comme dans un kyste ovarique, capable quelquefois de contenir vingt litres de pus!

Je ne suis donc pas très grand partisan des injections iodées dans les kystes de l'ovaire. Au rebours de ce qui arrive généralement aux praticiens qui préconisent un remède, je suis resté en deçà de la limite que d'autres ont franchie. D'autres ont appliqué la méthode, ils ont réussi, et, venant après eux, j'ai obtenu à mon tour quelques succès. En voici un dont j'ai été témoin et qui m'a frappé : Une femme de 55 ans (son nom ne vous est pas inconnu), portait un gros kyste multiloculaire, dont les parois présentaient par place des plaques épaisses, fibro-plastiques; l'embonpoint de la malade rendait en outre l'opération difficile. M. Boinet la traita par la ponction et les injections iodées, le kyste s'affaissa peu à peu; aujourd'hui, bien que le ventre conserve encore un volume considérable, cette femme est guérie et très heureuse du résultat obtenu. Ce sont là des faits très encourageants.

M. Boinet a traité aussi les kystes de l'ovaire par la méthode appliquée à l'hydrocèle, c'est-à-dire par la ponction et l'injection, suivie de l'occlusion de la poche; je n'ai pas vu de cas de guérison ainsi obtenue. Quant à moi, j'ai réussi à oblitérer ces kystes après quatre ou cinq ponctions suivies de la reproduction du liquide; mais comme il me paraît démontré que l'injection iodée n'ajoute rien dans ce cas à la gravité de l'opération, rien ne s'oppose, je crois, à ce qu'on tente la cure radicale au lieu de pratiquer simplement la ponction palliative. Sur six ou sept cas d'opération de kystes par la *méthode de l'hydrocèle* (que j'ai vus ou dont j'ai eu autrement connaissance), une fois seulement il y a eu des accidents inflammatoires, et cela longtemps après l'opération. C'était chez une femme qui avait déjà été ponctionnée deux fois; six semaines après la seconde ponction, elle fut prise d'une péritonite qui détermina la mort dans l'espace de quatre ou cinq jours. L'autopsie montra, outre les signes de l'inflammation péritonéale, une perforation d'un centimètre de largeur sur le kyste dont le contenu était purulent. Était-ce au niveau de l'ancien passage du trocart que s'était formée cette ulcération? S'était-elle produite spontanément? La question est difficile à résoudre. Mais une circonstance importante ne doit pas être ici omise : c'est que cette femme s'était livrée imprudemment à des mouvements de toutes sortes, s'était exposée à des fatigues, etc., et que ç'a pu être là la cause de la péritonite.

On voit qu'il y a bien des arguments à faire valoir pour et contre les injections iodées. Je proposerai à l'Académie de renvoyer la suite de la discussion à la prochaine séance.

M. le Président met cette proposition aux voix. Elle est adoptée.

M. Barth demande la parole pour une rectification :

M. Malgaigne s'est trompé quand il a supposé que la perforation du kyste chez la femme dont j'ai rapporté l'observation, correspondait au trou de la ponction supérieure. Il y avait entre ce trou et la rupture du kyste un intervalle considérable.

Selon M. Malgaigne, le liquide contenu dans le kyste a du être du pus; je n'ai pas présents en ce moment tous les détails de l'autopsie; je compte les retrouver dans mes notes et me mettrai en mesure, pour la prochaine séance, de répondre à cette question. Mais il n'est jamais entré dans ma pensée de *déguiser* la vérité quelle qu'elle soit.

M. Jobert (de Lamballe), au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Poiseuille, donne lecture d'un rapport sur une observation de M. Joseph di Martino, relative à une anomalie du pavillon de l'oreille et à un procédé d'*otomiosie*.

Il s'agit d'un jeune homme qui présentait un développement exagéré des deux oreilles; il en résultait une difformité choquante. M. di Martino y remédia à l'aide de son procédé d'*exérèse*. Dans un premier temps, une perte de substance fut faite au pavillon de l'oreille; dans le second, on rapprocha les lèvres de la plaie et on les maintint en contact avec la suture. Le pavillon de l'oreille fut divisé de dehors en dedans, du bord externe vers le centre de la conque et de haut en bas; un second coup de ciseaux intéressa l'épaisseur du pavillon, à un demi-pouce de la première section, de manière à produire une perte de substance triangulaire. Quatre points de suture furent ensuite appliqués. Le cinquième jour, l'appareil fut levé et l'on trouva la plaie réunie par première intention. Un mois plus tard, une opération identique fut pratiquée sur l'autre oreille. — Il est à regretter que M. di Martino ait passé sous silence le mode de réunion des cartilages. — Cette opération n'offre pas de gravité, et peut être approuvée, quoiqu'on doive la classer parmi les opérations de complaisance; les excisions des parties exubérantes de l'oreille ne sont pas, d'ailleurs, chose nouvelle en chirurgie, puisqu'on les trouve indiquées dans les ouvrages classiques.

La commission propose à l'Académie d'adresser à l'auteur des remercîments pour sa communication, et de déposer honorablement son travail dans les archives.

La séance est levée à quatre heures et demie.

DEUX CAS DE LÉSIONS CONGÉNITALES DU DUODÉNUM ET DE L'ESTOMAC.

Le docteur Hecker a présenté à la Société d'accouchements de Berlin ces deux pièces pathologiques. La première provenait d'un enfant pris, dès la naissance, de vomissements incoërcibles, continuant jusqu'à la mort, arrivée le cinquième jour. L'œsophage et l'estomac étaient sains; le commencement du duodénum distendu comme un second estomac et ses parois épaissies. Au milieu du duodénum, à l'insertion des canaux cholédoque et pancréatique, existait un rétrécissement sans aucune autre lésion des organes voisins. L'intestin grêle était très étroit. — La seconde pièce était l'estomac d'un enfant de neuf livres, ayant vécu incomplétement pendant vingt heures. On y remarquait, surtout dans la portion pylorique, d'innombrables ulcérations, rondes, de la grandeur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un pois, faites comme par un emporte-pièce. Elles avaient intéressé la muqueuse, le tissu cellulaire sous-muqueux, et un certain nombre d'entre elles, même le tissu musculaire et étaient arrivées sur le péritoine, qui n'était cependant pas entamé. Les ponts qui séparaient les pertes de substance, étaient un peu boursouflés mais non ramollis. L'enfant n'avait pris que quelques gouttes d'une infusion édulcorée. L'autopsie avait été faite vingt-quatre heures après la mort, le grand cul-de-sac de l'estomac était intact, toutes ces raisons ne permettent pas d'admettre un ramollissement gélatineux survenu après la mort. — (*Monatsschr. f. geburtsk.*, 1856, n° 4.)

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc., etc., avec une *Introduction* par M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique, etc. — *Deuxième édition* revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'École de médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 126. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 18 Octobre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Douzième et dernière lettre sur le choléra. — II. CLINIQUE MÉDICALE (Faculté de médecine de Strasbourg, M. Forget) : Du cancer cérébral. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Acad. des sciences). Séance du 6 octobre : De la glycosurie physiologique des femmes en couches, des nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes. — Galvano-caustique. — IV. CORRESPONDANCE : Lettre de M. le docteur Cazeaux. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Causeries.

PARIS, LE 17 OCTOBRE 1856.

DOUZIÈME ET DERNIÈRE LETTRE SUR LE CHOLÉRA (1).

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC, ET TRAITEMENT.

Entre les dernières ramifications artérielles et les premières radicules des veines, il existe un système particulier de vaisseaux qui, en outre de la fonction purement mécanique d'établir une communication nécessaire entre les artères et les veines, en remplit plusieurs autres non moins importantes, c'est le *système capillaire*.

Anatomiquement, il n'est pas possible de tracer les limites, de dire où il commence et où il finit. C'est un réseau, un lacis d'artérioles et de veinules, partant des artères et retournant aux veines, séparable en deux parties à peu près égales, un système capillaire artériel et un système capillaire veineux, où les vaisseaux s'entrelacent et s'anastomosent incessamment. Le microscope nous le montre comme une suite de tuyaux ou de conduits, dont le diamètre va sans cesse en diminuant en partant des artères et s'accroissant au contraire en regagnant les veines. A des capillaires qui admettent plusieurs globules de sang marchant de front, succèdent des capillaires qui ne peuvent recevoir que trois globules, à ceux-ci des vaisseaux plus déliés qui n'en admettent plus que deux, puis d'autres plus ténus encore qui ne livrent passage qu'à un seul globule à la fois, les autres marchant à la file comme les grains d'un chapelet, et enfin des ramifications infiniment petites ne se laissant plus pénétrer par eux, et donnant seulement accès au sérum ou *plasma* du sang qui, jusque-là, leur servait de véhicule et les entraînait dans son courant. Irritez ces derniers vaisseaux, et vous les voyez se dilater jusqu'au point de recevoir les globules sanguins qui ne peuvent pas s'y introduire dans l'état normal. Ce sont eux, par exemple, qui alimentent les tissus blancs, tels que les membranes séreuses, la membrane interne des artères, la cornée, etc., et y entretiennent la vie. Preuve donc qu'ils existent, car on ne peut pas raisonnablement soutenir l'opinion que l'irritation les fasse naître ou les crée instantanément. Le bon sens dit, d'ailleurs, que, puisqu'ils se nourrissent, ces tissus doivent recevoir du sang l'élément nécessaire à leur nutrition et à leurs usages, attendu que le sang est le fluide nourricier de toutes les parties du corps et qu'il faut des vaisseaux pour le porter dans les profondeurs de l'organisation. Le système capillaire veineux présente les mêmes divisions que le système capillaire artériel, mais le sang les parcourt en sens inverse. Son cours commence par les plus petits et s'écoule par des canaux de volume graduellement croissant, et dont le nombre diminue progressivement. Aussi ne comprendrait-on pas comment les globules passent de la circulation artérielle dans la circulation veineuse, si le microscope ne nous apprenait qu'il existe de nombreuses branches transversales de communication entre les artérioles et les veinules, des abouchements fréquents, en arcades, de ces deux ordres de vaisseaux, et enfin une *partie réticulaire*, où capillaires artériels et capillaires veineux s'anastomosent et se confondent. Piquez un de ces petits vaisseaux, et vous verrez le sang refluer de toutes parts, même en prenant des directions opposées à celle qu'il a coutume de suivre, et converger vers l'issue que vous lui avez ouverte, c'est-à-dire vers le point où, suivant les lois de l'hydraulique, son cours, devenu plus rapide, l'entraîne.

Les fonctions de ce système ne font de doute pour personne. C'est le système capillaire, cela est généralement admis et d'ailleurs incontestable, qui est le théâtre de la nutrition, des sécrétions, des exhalations, de l'absorption et des éliminations. On pourrait même affirmer qu'il en est l'organe ou l'instrument, et l'on trouverait peut-être l'explication de cette multiplicité de fonctions et cette variété de produits par un même système, d'une part, dans les différences évidentes, démontrées, du calibre des vaisseaux qui le composent, lesquels sépareraient, filtreraient, tamiseraient en quelque sorte telle ou telle des molécules étrangères ou normales contenues dans le sang, et, d'autre part, dans les dispositions variées que ces petits conduits affectent, *arborisés* dans l'intestin et l'épididyme, en *étoilés* dans le foie, en forme de *houppes* dans la langue et de *goupillons* dans la rate, en *anses* dans l'iris, en *franges* dans la pie-mère, en *spirales* dans le testicule, en *treillages* dans la membrane pituitaire, etc., dispositions qui ne sont pas l'effet du hasard, mot vide de sens quand il s'agit de l'organisation où rien n'existe sans but, mais qui indiquent certainement des destinations fonctionnelles distinctes.

Quoi qu'il en soit, c'est incontestablement dans le système capillaire que s'opère la séparation des matériaux nutritifs, de ceux qui doivent servir à alimenter certaines sécrétions nécessaires à l'entretien, à la conservation de la vie et à la reproduction de l'espèce, telles que celles des membranes muqueuses, séreuses et synoviales, celles des larmes, de la salive, du lait, de la bile, des sucs gastrique et pancréatique, du sperme, etc., enfin des substances qui, n'étant pas assimilables, et à plus forte raison de celles qui, pouvant être nuisibles ou dangereuses, doivent être rejetées au dehors par la voie des excrétions urinaires, cutanées et pulmonaires. Le système artériel apporte et dépose tous ces éléments dans les organes, puisqu'il est leur seul moyen de transport ; le système capillaire veineux répand le *plasma* du sang ainsi dépouillé, le porte dans le lacis des radicules veineuses et des veinules où il retrouve les globules qui n'avaient pu le suivre ; et le sang, ainsi reconstitué, va se revivifier dans le poumon au contact de l'air, et réparer ses pertes au moyen du chyle produit par la digestion ainsi qu'au moyen de la lymphe. Le premier porte aux parties les éléments de la nutrition, des exhalations et des sécrétions, le second, le second entraîne les matériaux usés et ceux qui ne peuvent être assimilés, et les soumet à l'action des excrétions. Le premier nourrit, exhale et sécrète ; le second absorbe et rejette. Il suffit de réfléchir quelques instants à la marche du sang, divergente dans les artères, convergente dans les veines, pour être convaincu qu'il n'en peut être autrement. Les artères et les veines sont en quelque sorte au cœur ce que les nerfs moteurs et les nerfs sensitifs sont au cerveau. Pourquoi donc reprocher à Bichat d'avoir inventé des vaisseaux exhalants et des vaisseaux absorbants, puisque, en réalité, ils existent, sinon comme organes distincts, au moins comme terminaison des capillaires artériels et origine des capillaires veineux ?

On me demandera si j'ai suivi de l'œil le liquide sanguin dans le parcours où je viens de le promener, et si j'ai constaté, par l'observation directe, les changements que je décris, pour oser affirmer la réalité de ces phénomènes avec tant de hardiesse. J'ai suivi et constaté tout ce que j'avance, de la même manière que le chimiste voit et affirme ce qui se passe dans le mélange de plusieurs liquides doués de propriétés différentes, c'est-à-dire par les résultats et le raisonnement ; et mon explication est et restera vraie à l'égal des explications du chimiste, tant que les faits ne viendront pas la contredire. Aujourd'hui, elle peut braver leur contrôle.

Je reprends.

L'ondée sanguine, que chaque contraction du ventricule gauche chasse dans les artères, en la supposant nue dans tout son cours par une forme constante et régulière, ne peut pas mettre moins d'une dizaine de minutes pour revenir au cœur. En effet, les physiologistes s'accordent à évaluer la quantité de sang contenu dans le corps d'un adulte à treize ou quatorze kilogrammes. En prenant pour bases les mesures de M. Bizot sur les dimensions en longueur et en largeur du ventricule gauche, et défalquant l'épaisseur de

(1) Voir les numéros des 27 Septembre, 4 et 11 Octobre.

Feuilleton.

CAUSERIES.

Il est à Paris une Société médicale d'arrondissement qui peut servir d'exemple et de modèle aux très nombreuses Sociétés de ce genre et même à des compagnies savantes très haut placées dans la hiérarchie académique ; c'est la Société médicale de XIIme arrondissement, Société modeste mais ancienne, et qui, dans sa sphère d'action, réalise tout le bien qu'une Société de ce genre peut produire en entretenant parmi ses membres l'activité scientifique, l'animation pour les intérêts professionnels, et le désir commun de la bonne confraternité. Je peux parler de cette Société avec d'autant plus de liberté et de désintéressement que, sur plusieurs questions de l'ordre scientifique ou professionnel, elle a adopté des solutions opposées à ma manière de voir. C'est pour moi un motif de plus de rendre justice à ses efforts, à son zèle, à son dévouement, et notamment à l'activité de l'un de ses officiers, M. le docteur Auzias-Turenne, que mon opposition à la doctrine de la syphilisation, qui l'a rendu souvent injuste envers moi, ne m'empêche pas d'apprécier à sa juste valeur.

Les séances mensuelles de cette Société sont suivies, animées, intéressantes, les discussions y sont solides, quelquefois brillantes, toujours instructives. D'où vient donc que cette Société humble et modeste sait cependant entretenir dans son sein un foyer aussi actif ? Sans doute, cela tient beaucoup au zèle de ses membres, mais ce n'est pas là la seule ni la principale cause de ce résultat. Le zèle le plus vif s'éteint bien vite quand les éléments nécessaires au bon fonctionnement de ces Sociétés viennent à manquer, et ces éléments manquent nécessairement tôt ou tard, ou deviennent insuffisants quand on ne les attend que des circonstances ou du hasard.

Il est un procédé bien simple pour empêcher ce refroidissement du zèle, et par conséquent l'allanguissement des Sociétés, un procédé que j'ai souvent recommandé aux humbles Sociétés dont j'ai l'honneur de faire partie, et que je recommande surtout à nos chères Associations provinciales, un procédé que met précisément en pratique la Société du douzième arrondissement, et qui lui réussit si bien, et ce procédé consiste à fixer d'avance l'ordre du jour de la séance, à indiquer les questions qui seront mises en discussion tel jour, à telle séance.

Dans cette simple prescription règlementaire, il y a tout un principe de vie pour les Sociétés libres.

On sait combien nous sommes partisans ici des Sociétés et Associations libres ou scientifiques, ou pratiques, ou professionnelles. Nous donnons notre publicité pour le compte-rendu de leurs séances à toutes celles qui nous la demandent et aussi, à vrai dire, sommes-nous un peu intéressés à ce que ces comptes-rendus soient, pour nos lecteurs, un élément d'intérêt et d'instruction. Mais ce petit motif particulier est dominé par les considérations générales qui nous font attacher un grand prix à l'existence des Sociétés et Associations libres, et ce n'est pas assurément notre faute si elles ne sont pas encore plus nombreuses et partout plus florissantes.

Eh bien, pour donner activité, vie, animation à celles qui existent, le meilleur moyen à employer, l'expérience le prouve et le bon sens l'indique, c'est de faire ce que fait si bien la Société que l'on peut prendre pour modèle. Voyons, interrogeons-nous sans partialité : à part quelques rares et heureux privilégiés de l'intelligence et de la parole, sommes-nous toujours prêts à parler, à dire des choses raisonnables et réfléchies sur la première question venue de notre science, de notre art, de nos intérêts professionnels ? Et cependant voilà le tour de force qu'il faut que nous exécutions sans cesse dans ces réunions, où nous arrivons toujours sans préparation, sans connaître même les sujets dont il va être question. Des improvisations de cette nature sont nécessairement faibles, mal nourries, les discussions deviennent confuses et les solutions sont mal préparées. Qu'arrive-t-il encore ? C'est que les plus sages, les plus éclairés, qui sont toujours les plus timides, n'osent pas s'aventurer dans les périls de cette improvisation, et, ne voulant rien dire qui ne soit digne d'eux, se taisent, abandonnent la parole aux plus intrépides, qui ne sont pas toujours les plus grandes lumières de la Société, ou aux bavards qui en sont le fléau.

Un ordre du jour arrêté d'avance, l'indication d'un sujet à traiter dans telle séance donneraient à tous le temps de la préparation, des recherches, des études nécessaires à la discussion d'une question quelconque. S'en rapporter au hasard du soin d'alimenter convenablement une séance est une témérité trop souvent punie par des communications sans intérêt, excepté quelquefois pour celui qui les fait et qui ne cherche que des moyens de publicité.

C'est au bureau de ces Sociétés, c'est surtout au secrétaire général qu'incombe le soin de préparer cette réforme urgente et conservatrice. Il faut, en effet, user de tous les moyens possibles pour garantir l'existence de ces Sociétés libres, qui sont l'espoir et l'avenir de la réorganisation professionnelle. Telles qu'elles sont, avec leur organisation imparfaite et leur fonctionnement incomplet, elles rendent néanmoins d'incontestables services. Elles entretiennent d'ici de là de petits foyers scientifiques qui, à des jours donnés, ne sont ni sans éclat ni sans chaleur ; elles surveillent avec discernement et mesure, dans les limites possibles de leur action, la dignité et la morale professionnelles ; elles nourrissent de bons sentiments de confraternité médicale ; elles préparent surtout l'ère d'une fusion générale, dont le désir naît de plus en plus dans tous les cœurs, et dont la réalisation arrivera tôt ou tard.

Il s'agirait donc, d'après notre humble avis, de préparer dans chaque Société libre, un programme de questions à agiter dans chaque session annuelle. Il ne faut pas négliger la science, mais il ne faut pas tout lui sacrifier ; il ne faut pas oublier la pratique, mais il faut laisser aussi une place aux intérêts professionnels.

Science,
Art,
Profession,

Ces trois choses représentées dans de justes proportions dans le programme, fourniront aux séances des Sociétés libres des aliments toujours suffisants et variés, conditions aussi nécessaires à la nutrition intellectuelle qu'à celle du corps.

Ne dites pas, ô secrétaire général, que c'est une bien grosse besogne qui va vous incomber. Quelques heures de réflexion dans une année, on

ses parois, on arrive à ce résultat, savoir, que la capacité intérieure de ce ventricule peut être estimée à quinze ou vingt centimètres cubes. Il contient donc à peu près quinze à vingt grammes de sang à la fois. Je ne tiens pas compte de la différence de densité du sang avec celle de l'eau, et je prends des nombres ronds pour simplifier le calcul. Chacune de ses contractions ne peut donc chasser que la quantité de sang qu'il renferme, soit quinze à vingt grammes. Divisez par quinze ou par vingt les treize ou quatorze kilogrammes de sang que nous avons dit être contenus dans le corps d'un adulte, et vous trouverez qu'il faut huit à neuf cents contractions du ventricule gauche pour faire repasser toute cette quantité de sang par le cœur. A soixante-dix pulsations en moyenne par minute, cela fait dix à douze minutes qui s'écoulent entre le départ et le retour de chaque ondée de sang, encore en admettant qu'elle n'éprouve aucun retard dans son parcours. Or, nous allons voir que sa marche est encore ralentie dans le système capillaire.

D'abord, la circulation capillaire n'est pas sous la dépendance absolue de la force impulsive du cœur. Sans doute, puisque le sang ne peut passer des artères dans les veines qu'en traversant les vaisseaux capillaires, son mouvement obéit *en partie* à la pression de la colonne liquide qui le suit. Mais dans ces millions de petits canaux entrecroisés en tous sens, communiquant sans cesse entre eux, partout et dans toute l'étendue de l'organisme, où on le voit, sous le microscope, aller, venir, osciller, changer de direction, rétrograder, où l'on voit les petits vaisseaux, qui le contiennent, se dilater et se resserrer sous des influences diverses, on soupçonne bientôt qu'il est impossible qu'il soit exclusivement mû par une force unique, régulière, uniforme, comme l'est l'impulsion du cœur. L'étude de quelques phénomènes physiologiques vient ensuite confirmer la justesse de cette première observation et la convertir en certitude, en dépit des expériences qui semblent dire le contraire. Quand la honte fait monter la rougeur au front, quand le rouge de la pudeur vient colorer subitement les joues de la jeune fille, quand la digestion fait affluer le sang dans la membrane muqueuse de l'estomac, quand l'utérus se congestionne périodiquement au retour des règles, quand une partie blessée s'enflamme, etc., il est bien évident que ces congestions partielles s'opèrent par une autre influence que *le coup de piston unique et aveugle du cœur*, comme le qualifie M. le professeur Bérard. Si le mouvement du sang dans le système capillaire était entièrement subordonné à l'action de l'organe central de la circulation, ces congestions partielles ne pourraient évidemment pas s'opérer. La circulation capillaire ne s'exerce donc pas tout entière sous l'empire de cette impulsion. Qui ne sait d'ailleurs qu'elle continue même après la mort, comme le prouve la disparition de la rougeur de l'érysipèle, de l'angine et de quelques autres inflammations aiguës. Elle obéit donc pendant la vie, d'une part à la contraction des vaisseaux capillaires, et de l'autre à l'excitation nerveuse, aux contractions musculaires qui expriment le sang de ces petits conduits, à la chaleur qui les dilate, au froid qui les resserre, aux variations de la pression atmosphérique. Sans admettre, avec Bichat, que l'influence du cœur cesse de se faire sentir au delà des dernières ramifications artérielles, on peut cependant affirmer qu'elle est extrêmement faible sur la circulation capillaire veineuse.

Le sang séjourne pendant un certain temps dans le système capillaire veineux; il y circule en liberté et indépendamment de l'impulsion du cœur. Ne faut-il pas qu'il en soit ainsi pour l'accomplissement des fonctions d'excrétion et d'élimination dévolues à ce système. N'en avons-nous pas la preuve, d'ailleurs, dans le séjour de certaines substances médicamenteuses ou toxiques au milieu de l'inextricable labyrinthe où cette circulation s'exerce. Ainsi, le temps de sommeil que passent la plupart des miasmes et des virus après leur introduction au sein de l'organisme, avant de produire les symptômes morbides qui leur sont propres, temps variable suivant la nature, la dose, et l'énergie de ces poisons, et l'action particulière qu'ils exercent sur les vaisseaux qui les contiennent, n'en est-il pas une première preuve? L'accumulation de certains miasmes dans la rate, et celle des poisons minéraux dans les grandes agglomérations de faisceaux capillaires, le foie, par exemple, agglomération plus apparente que réelle et qui est simplement proportionnelle à la masse, comme l'est, à mon avis, celle du sucre dans cet organe, qui, dans cette hypothèse, serait étranger à sa production, n'en fournissent-elles pas deux preuves des plus convaincantes. Ne sait-on pas en outre que l'on retrouve dans les produits de quelques sécrétions, des traces de certaines substances ingérées, cinq à six jours après que l'on a cessé de les administrer. Enfin, des faits publiés dans ce journal même ne nous ont-ils pas appris que des poisons, administrés à doses médicamenteuses, pouvaient s'accumuler dans l'économie et donner lieu tout à coup à des accidents graves et inattendus d'empoisonnement. Il est donc incontestable que les virus, les miasmes, et tous les poisons, peuvent séjourner plus ou moins longtemps dans l'économie; et comme c'est le sang qui les transporte et les introduit dans la profondeur des tissus et qu'il n'y pénètre qu'au moyen de ces vaisseaux déliés que l'on a nommés capillaires, comme c'est dans le système capillaire veineux que s'accomplissent nécessairement les fonctions d'exhalation, d'excrétion, et d'élimination, il en résulte que c'est dans ce système que les agents toxiques s'accumulent et séjournent avec le sang, leur véhicule. Ce séjour peut être de plusieurs jours de durée. Les faits que nous avons rappelés, le démontrent.

Or, *les émissions sanguines, locales et générales, désemplissent exclusivement les vaisseaux capillaires veineux*. Nous en avons une preuve indubitable tous les jours sous les yeux, et je m'étonne qu'on ne l'ait pas encore remarquée. Laissez couler pendant des heures entières le sang des piqûres de sangsues, laissez couler celui d'une des veines du bras jusqu'à produire la syncope, et ce liquide sortira toujours noir, avec les qualités physiques et chimiques du sang veineux. Ce n'est pas le contact de l'air qui les lui donne, puisque ce contact ne change pas les caractères du sang artériel. On ne prétendra pas que le sang artériel se dépouille instantanément en traversant le réseau capillaire des qualités qui lui sont propres pour revêtir celles du sang veineux; une telle instantanéité n'est pas compatible avec l'accomplissement des fonctions nombreuses et compliquées dont le système capillaire veineux est le théâtre. Nous avons vu d'ailleurs que ces fonctions s'exécutent avec lenteur, et que quelques-unes même, celle de l'élimination, par exemple, demandent plusieurs jours pour s'achever. Il est donc très vraisemblable, que le sang noir reflue de proche en proche, dans toutes les directions, des points les plus éloignés et les plus profonds, et se dirige de toutes parts vers l'issue qui lui est ouverte et où son cours est accéléré, comme nous avons vu qu'il le fait lorsqu'on ouvre un vaisseau capillaire.

Ce sang entraîne avec lui les matériaux usés, les substances qui sont impropres à la nutrition, et celles qui possèdent des qualités toxiques. Orfila retrouvait l'arsenic et l'acétate de morphine dans le sang des saignées pratiquées par lui sur les animaux qu'il avait empoisonnés avec ces substances, et la quantité du poison allait en diminuant à mesure qu'il répétait les évacuations sanguines. Il manque sans doute à ces expériences une contre-épreuve que le savant toxicologiste ne pouvait pas songer à leur faire subir, puisqu'il la faisait dans le seul but de constater la présence des poisons dans le sang en général, et non dans le sang veineux en particulier. C'était de les rechercher en même temps dans le sang artériel, en pratiquant l'artériotomie. J'oserais presque affirmer qu'il ne les y eût pas trouvés, ou que du moins la quantité en eût été infiniment petite en comparaison de celle qu'il constatait dans le sang veineux. Au reste, l'expérience est facile à faire, et je ne crains pas de la voir démentir mes prévisions.

Donc, en donnant issue à une partie du sang dans lequel se concentrent et s'accumulent les agents toxiques, lequel est immédiatement remplacé par du sang pur provenant de la grande circulation, les saignées générales ou locales, emportent avec elles une dose proportionnelle du poison. Elles ont, par conséquent, pour effet immédiat d'étendre la portion restante de la matière toxique dans une plus grande quantité de liquide, et d'en atténuer, d'en amoindrir ainsi l'impression fâcheuse sur les organes. La théorie nous conseillerait donc d'y avoir recours immédiatement dans tous les empoisonnements miasmatiques et autres. Elle nous conseillerait de tirer autant de sang que possible par la première opération, en se renfermant toutefois dans les limites de la prudence, et de moins compter sur l'efficacité des suivantes si l'on jugeait nécessaire d'y revenir. Elle justifierait cette opinion des anciens, si ridiculisée de nos jours, savoir, que les saignées et les sangsues *emportent le mauvais sang*, et qu'elles ont une action *spoliative*. Enfin, elle justifierait les saignées dites de précaution, dont l'usage était généralement répandu en France au siècle précédent. Si la fièvre typhoïde est devenue réellement plus fréquente en France depuis une quarantaine d'années, ainsi que l'affirment quelques statisticiens, ne se pourrait-il pas que cela fût dû à la négligence de cette précaution, à laquelle se soumettaient la plupart des jeunes gens des deux sexes dans les campagnes à certaines époques de l'année? L'abus aurait fait renoncer à l'usage. Ce serait peut-être un malheur.

Que conclurai-je de la longue dissertation à laquelle je viens de me livrer? Dirai-je, avec la théorie, qu'il faut employer les émissions sanguines dans le choléra, comme moyen facile et direct de débarrasser le sang du poison qu'il contient. Non, sans doute. Les meilleures théories, en apparence, reçoivent souvent, je le sais, de cruels démentis dans l'application. Elles ont besoin, pour acquérir toute leur valeur scientifique, d'être soumises au contrôle de l'expérience et consacrées par elle. Mais je dirai qu'il faut essayer de nouveau les saignées générales et locales contre cette maladie. L'expérience de 1832 n'est pas concluante, malgré tout ce qu'on a pu dire à cet égard, et c'est plutôt théoriquement qu'expérimentalement qu'on les a repoussées. Broussais considérait le choléra comme une gastro-entérite, ses adversaires n'eurent pas de peine à prouver qu'il se trompait sur la nature de la maladie, et la chute de la doctrine entraîna celle du moyen. Il est bien certain cependant que cette médication n'avait pas été plus malheureuse qu'aucune de celles par lesquelles on l'a remplacée. Bien qu'elle fût dominante à l'époque dont je parle, la mortalité n'a pas été proportionnellement plus grande que dans les épidémies subséquentes où l'on n'a plus osé y recourir, et qui, cependant, ont toutes été beaucoup moins violentes que celle de 1832. Pour ce qui me concerne, j'ai la conviction d'avoir alors retiré quelques avantages des applications de sangsues à l'épigastre et à l'anus, et si je m'en suis abstenu depuis, c'est parce que j'ai redouté le blâme de l'opinion publique, que l'on avait si violemment ameutée contre toute émission sanguine dans le choléra. Enfin, la pratique du docteur Steart, dans l'Inde, celle des médecins anglais qui ont suivi son exemple, et l'expérience de MM. Duché, Rochard, et quel-

---

ne vous demande pas plus pour dresser un catalogue de questions suffisant pour défrayer plusieurs sessions annuelles.

J'engage mes honorables confrères qui ont action dans les Sociétés libres à réfléchir sur le conseil que j'ai l'honneur de leur donner. Il n'y a pas de petites choses dans la vie, il n'y a que de petites gens, et cela est vrai aussi bien de l'existence des institutions que de celle de chacun de nous.

Mais tout cela est bien sérieux pour une *Causerie*. Permettez-moi de chercher à vous distraire par trois anecdotes médicales que j'emprunte au dernier numéro de la *Gazette médicale de Lyon*, et à la plume spirituelle de M. Diday. Ce sont des anecdotes qu'il a rapportées du banquet de Bordeaux, mais dont l'origine n'enlève rien à leur piquant, au contraire :

— On parle de l'étourderie des clients, narrait le docteur Z... Mais ne leur donnons-nous pas trop souvent nous-mêmes l'exemple des distractions? Il y a huit jours à peine, dans mon cabinet, vers la fin d'une consultation surchargée, une jeune dame vient me demander mon avis. C'était un cas de stérilité. Naturellement, je m'informe des antécédents : l'âge, la date de la menstruation, le mariage, les allures conjugales; puis, comme dit le bon Lafontaine :

Et tous les *si*, enfin tout le mystère.

Bref, énervé, fatigué, presque endormi, de circonstance en circonstance, j'oublie le cas spécial, et me réveillais presque, au moment où je m'entends moi-même, — et avec une surprise au moins égale à la sienne — disant à ma cliente stupéfaite : « Et..... Madame votre mère..... a-t-elle eu des enfants? »

— Comment, docteur, ma mère!...

Heureusement le sourire de mon interlocutrice m'éveille entièrement. Et avant qu'elle n'ait achevé sa phrase, j'ai le temps, — en ajoutant : *... de suite après son mariage?* » — de sauver la dignité doctorale.

— Notre célèbre confrère *** est plus avisé, continue le gros docteur X... Une dame se présente chez lui pour faire sa visite de remerciment et de rétribution. Elle venait solder les honoraires d'une opération de cataracte. Mais une réduction lui semblait de droit.

— « J'y vois si peu, si peu, docteur! »

— Eh quoi, Madame, ne pouvez-vous au moins remplir les occupations du ménage?

— Assurément non : cela m'est tout à fait impossible.

— Quais! Peut-être n'y voyez-vous pas même à vous conduire?

— C'est presque à ce point, cher docteur. Aussi j'espère bien que vous aurez égard.....

— Égard, oui certes, interrompt, du plus grand sérieux le cauteleux ophthalmologiste. Ces opérations-là se paient toujours double; car ce sont celles qui nous font le plus de tort, dans la pratique. C'était ainsi, d'ailleurs, qu'en agissait Marc-Antoine Petit.

Bravo, bravo! bien joué, ruse pour ruse! crie de tous côtés l'auditoire partial.

Attendez jusqu'au bout, reprend le narrateur. Notre marchandeuse désappointée, reçoit sa note... mais elle l'emporte. Et huit jours après, elle revenait, s'annonçant tout à fait guérie; et réclamant cette fois la réduction, au nom du code qui donnait à sa clairvoyance la valeur d'une circonstance atténuante. — Le trop fin spécialiste en fut pour ses frais d'éloquence. Mais il s'est promis un dédommagement à son prochain insuccès : cela ne peut tarder.

— A cette douleur si légitime, il fallait un correctif. Notre gai conteur W... l'a immédiatement trouvé. Devinez où. Dans le récit de la mort de son grand-père! « Je déjeunais au Rocher de Cancale, nous dit-il, invité par un client fort aimable, mais un peu prolixe. Naturellement, je lui laisse donc ouvrir la conversation... et les huîtres. Il cause et j'avale. Le sujet était intarissable. Il me disait, héritier attendri, la triste fin de son aïeul, les vicissitudes de la maladie, les consolations, les phases alternatives d'espérance et d'angoisse.... Bref, il allait clouer le cercueil, quand s'apercevant, un peu tard, du beau jeu que sa faconde donnait à mon activité de déglutition....

« Ah çà! mais, mon cher, s'écrie-t-il, racontez-moi donc aussi un peu comment est mort votre grand-père. »

« Oh! le mien... le mien est mort de mort subite! »

Et de rire!

— J'ai le bonheur, termine le petit Y..., d'avoir pour interne un mien cousin, qui, intellectuellement parlant, ne s'est pas montré fort exigeant dans la division de l'héritage. Tout récemment, en faisant ma visite, j'examinais une femme au spéculum : lui tenait la plume.

— Dis-moi le nom de la malaie, me demande-t-il.

— Métrite.

— Bien!

Le lendemain, prenant de ses mains le cahier, je lis à la colonne du diagnostic : « TRITE. »

— Qu'as-tu écrit ici, bon Dieu?

— Mais..... exactement le nom de la maladie, tel que tu me l'as dit hier.

— Comment?

— Eh bien, quoi! Tu m'as dit : *mets trite*, j'ai mis trité.

P. DIDAY.

Traité élémentaire de physiologie humaine, contenant les principales notions de la physiologie comparée; par J. BÉCLARD, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, etc. *Deuxième édition*, considérablement augmentée. Un très fort volume in-8 de de 1130 pages, avec 203 figures intercalées dans le texte. — Prix : 12 fr. rendu franc de port dans toute la France.

Traité des maladies du testicule, par M. CURLING, chirurgien de l'hôpital de Londres, président de la Société hunterienne, etc.; traduit de l'anglais, sur la 2 édition, avec des additions et des notes, par M. L. GOSSELIN, ancien chef des travaux anatomiques et agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin, etc. Un fort volume in-8 de 600 pages, avec des figures intercalées dans le texte. — Prix : 8 fr., rendu franc de port dans toute la France.

Monographie médico-pratique et bibliographique de la *Belladone*, par le docteur CAZIN, auteur du *Traité des plantes médicinales indigènes*. Grand in-8 avec une planche. — Prix : 2 fr. 50 c.

Ces trois ouvrages se trouvent chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine, à Paris.

ques autres praticiens français, prouvent au moins que la saignée du bras n'est pas nuisible dans cette maladie, comme on l'a prétendu. La question des émissions sanguines n'est donc pas jugée. C'est un procès à réviser. Nous sommes trop pauvres de moyens curatifs contre le choléra, pour qu'on se refuse à expérimenter de nouveau un moyen prompt, facile, puissant, que la théorie conseille et sur la valeur duquel l'expérience clinique n'a pas dit son dernier mot. Mais il ne faudra pas placer en lui toutes ses espérances. On devra toujours en seconder les effets à l'aide de quelques autres moyens dont il me reste à parler, et dont j'essaierai de régler physiologiquement, de rationaliser l'emploi. Contre un empoisonnement dont on ne connaît pas l'antidote, c'est dans la réunion, dans la combinaison raisonnée des effets convergents vers un même but, qu'il faut chercher le succès. Ce but, quel est-il ? Nous l'avons déjà signalé vingt fois. C'est l'expulsion du miasme, du poison cholérique. Comment l'atteindrons-nous ? Interrogeons à cet égard la physiologie et l'observation clinique.

La physiologie nous enseigne que le corps de l'homme se débarrasse spontanément des matières étrangères à l'organisme par la sécrétion urinaire, par la transpiration cutanée, par l'exhalation pulmonaire, et par l'excrétion intestinale, suivant la nature des corps à éliminer. L'observation clinique nous apprend que les miasmes sont généralement expulsés par la transpiration cutanée et par l'exhalation pulmonaire. *Quò natura vergit eò ducendum*, a dit Hippocrate. Mais nous ne pouvons exciter à volonté la perspiration pulmonaire. Il ne nous reste donc pour donner issue au miasme que la sueur. C'est nous dire déjà que tous nos efforts doivent tendre uniquement à exciter cette sécrétion.

Quelques praticiens cependant, considérant la membrane muqueuse gastro-intestinale comme une des principales voies d'élimination des miasmes, ont conseillé l'emploi des vomitifs et des purgatifs dans le traitement du choléra. Ils se fondent, du moins je le suppose, pour donner ce conseil, sur ce fait vrai, mais, à mon avis, mal interprété, que la plupart des poisons, quelles que soient leur nature et la voie par la quelle ils aient été introduits, provoquent des vomissements et de la diarrhée ou l'inflammation de l'estomac et des intestins, et ils en concluent qu'une loi générale de l'organisme les dirige vers ces parties.

Cette théorie me paraît complétement erronée. Les faits la démentent. Si les vomissements et la diarrhée avaient pour but et pour effet l'élimination des miasmes et de celui du choléra en particulier, plus ces actes se répéteraient, plus les produits en seraient abondants, et plus l'amélioration des accidents morbides serait rapide, plus la guérison serait accélérée et certaine. Or, c'est le contraire qui a lieu. Plus les vomissements et la diarrhée sont fréquents et leurs produits copieux, et plus le danger est grand pour les malades. Tous ceux chez lesquels on ne parvient pas à arrêter ces graves symptômes succombent. La théorie qui considère les vomissement et la diarrhée comme autant d'efforts critiques et conduit à l'emploi des vomitifs et des purgatifs pour les favoriser, est donc fausse. On ne doit voir dans ces phénomènes morbides que les effets du retentissement sympathique sur les voies digestives de la souffrance des principaux organes contaminés par le sang empoisonné, retentissement dont on voit journellement les preuves dans les actes de la santé, et qui doit se faire sentir avec bien plus de force encore dans l'état de maladie.

Toutefois, les vomitifs, et parmi eux l'ipécacuanha en particulier, les purgatifs, et principalement les purgatifs salins, comptent quelques succès dans le choléra. Comment s'en rendre compte ? Peut-être par l'effet secondaire d'astriction qui suit fréquemment l'effet de ces agents. Le vomissement provoqué arrête souvent le vomissement morbide. On le sait depuis Hippocrate : *Vomitus vomitu curatur*. Les purgations laissent fréquemment après elles un état de constipation, et depuis longtemps on y a recours avec succès contre la diarrhée séreuse qui ne dépend pas de la phlogose intestinale, et telle est évidemment la nature de celle qui accompagne le choléra. En suspendant, ne fût-ce que pour quelques heures, la sécrétion abondante qui se fait à la surface de la membrane muqueuse gastro-intestinale, les vomitifs et les purgatifs favoriseraient donc indirectement le transport des liquides vers la peau, et par suite la véritable réaction éliminatrice. Puisqu'ils nuiraient évidemment s'ils augmentaient le nombre des vomissements et des garderobes, c'est donc en le diminuant en réalité, quoique d'une manière secondaire à leur action première, qu'ils sont utiles.

L.-Ch. ROCHE,
Membre de l'Académie de médecine.

(La suite prochainement.)

CLINIQUE MÉDICALE.

Faculté de médecine de Strasbourg. — Professeur, M. FORGET.

DU CANCER CÉRÉBRAL.

Les tumeurs intra-crâniennes s'expriment toutes par des symptômes communs, indépendants de leur nature particulière. Qu'elles soient constituées par des épanchements plus ou moins circonscrits, des tumeurs osseuses, fibreuses, fongueuses, cancéreuses, tuberculeuses, des concrétions diverses, des hydatides, etc., les symptômes directs sont toujours de la céphalalgie, du délire, des convulsions, du coma, mais surtout et avant tout des paralysies.

Pour arriver à déterminer l'espèce, la nature de ces tumeurs, il faut invoquer des circonstances accessoires, prises en dehors des troubles nerveux eux-mêmes, empruntés soit aux antécédents (syphilis), soit au mode d'invasion (apoplexie), soit à certaines cachexies (tubercules), soit aux affections concomitantes (cancer), etc. Or, ces données manquent souvent et ne fournissent guère que des présomptions, car elles n'excluent pas la possibilité de lésions cérébrales indépendantes ou de nature différente de celles que font supposer les anamnestiques. Aussi le diagnostic n'élève-t-il généralement ses prétentions qu'à déterminer le genre des affections cérébrales dont le mode d'invasion offre des caractères assez bien déterminés (apoplexie sanguine ou séreuse, ramollissement) ; et quant aux tumeurs, il se borne, en général, à en constater l'existence, à en déterminer le siége, sans oser s'élever jusqu'à spécifier leur nature, à moins de circonstances flagrantes qui autorisent à formuler des opinions plus ou moins probables, telles que la coexistence d'une syphilis constitutionnelle, d'un cancer, etc. C'est ainsi que j'adressais naguère, à la *Gazette hebdomadaire*, l'observation très curieuse d'un sujet affecté successivement de paralysie de la face du côté gauche, puis d'hémiplégie du côté droit, et enfin de contracture, chez lequel nous avons pu diagnostiquer pendant la vie une *tumeur intra-crânienne*, siégeant à l'origine et en dehors de la moelle allongée, puis *s'étendant à l'encéphale* lui-même, et enfin donnant lieu à un *ramollissement périphérique*, triple phénomène expliquant rationnellement les trois phases de la maladie, et dont l'autopsie a constaté la réalité. J'ai présenté ce fait comme un des triomphes de l'art ; et pourtant, nous n'avons osé rien préjuger de la nature de cette tumeur, laquelle, à l'examen direct, nous a paru appartenir au *squirrhe*, tandis que le microscope a prétendu n'y voir qu'une tumeur *inflammatoire*, de sorte qu'ici l'incertitude a persisté jusqu'à l'investigation nécroscopique inclusivement. Or, ce fait est l'expression des cas les plus ordinaires.

D'autres fois, on est mieux servi par les circonstances. Exemple le fait suivant :

OBS. I. — *Cancer du sein, ablation, récidive ; accidents cérébraux ; mort. — Cancer cérébral diagnostiqué pendant la vie.*

Une dame de 58 ans, de belle constitution, douée de fraîcheur et d'embonpoint, me consulta, il y a trois ans, pour une tumeur du sein que je reconnus être un cancer. Elle avait été opérée deux ans auparavant, mais le mal s'était reproduit sous forme d'une petite tumeur ulcérée. En l'absence des signes de la cachexie, nous conseillâmes un seconde opération à laquelle la malade se refusa positivement.

Dix-huit mois après, nous revîmes cette dame qui depuis quelques jours éprouvait une douleur intense, continue, fixe et circonscrite au côté gauche de l'occiput. Un peu d'engourdissement, sans paralysie prononcée, se faisait sentir du côté droit du corps. Point de fièvre. La fraîcheur et l'embonpoint n'étaient pas sensiblement altérés. Néanmoins, je n'hésitai pas à diagnostiquer, *comme très propable, une tumeur cancéreuse* siégeant à la partie gauche et postérieure de l'encéphale. J'annonçai que les accidents iraient en s'aggravant, que la paralysie se prononcerait et que la malade succomberait presque infailliblement avec de graves symptômes cérébraux : délire, coma, etc. Je n'en conseillai pas moins un traitement énergique : saignées, purgatifs, affusions froides, morphine à haute dose, vésicatoires, etc. Deux mois après, le mari m'écrivait que tout s'était passé comme je l'avais prévu, que la pauvre malade venait de succomber, après avoir horriblement souffert, dans un état de paralysie et d'assoupissement ; que les médecins avaient pensé, comme moi, que c'était le cancer du sein qui s'était répété sur l'encéphale ; mais, malheureusement, l'autopsie n'a pas été faite.

Dans le fait qui va suivre, nous aurions eu le même bonheur si, contrairement à nos principes, nous n'eussions pas négligé de faire un examen complet ; mais, par compensation, nous pourrons fournir ici la preuve nécrologique de la cause à l'effet.

OBS. II. — *Accidents cérébraux. — Diagnostic obscur. — Mort. — Cancer cérébral dérivant d'un cancer utérin.*

(Observation recueillie par M. FRITZ, aide de clinique.)

Une femme de 56 ans, décrépite, est apportée à la Clinique le 27 mars 1856. On nous dit, pour tout renseignement, que la veille elle a fait une chute après laquelle elle s'est trouvée dans l'état actuel : pâleur mate, anémique, ecchymose à la joue gauche et à la hanche du même côté. Faciès éveillé mais présentant l'aspect hébété de la démence. Paroles confuses, réponses incohérentes, la motilité paraît conservée des deux côtés, sensibilité vive au pincement, qui provoque de la résistance et des cris.

Quelle est cette affection ? L'état cérébral a-t-il précédé ou suivi la chute ? Est-ce une apoplexie, un épanchement traumatique, une commotion ? Non, car il n'y a ni stupeur ni hémiplégie. Il est infiniment probable qu'on nous a trompé en faisant dater les accidents du moment de la chute, laquelle, sans doute, n'a été qu'un effet de l'état nerveux antérieur, car il y a démence et affaiblissement musculaire probable par le fait d'une lésion cérébrale plus ou moins ancienne. (Nous apprenons, en effet, par des visiteurs, que cette femme présente, depuis longtemps, un trouble des facultés intellectuelles.) Nous passons en revue les divers appareils, mais *nous jugeons superflu de pratiquer le toucher vaginal*.

Huit jours après, le 5 avril, l'hémiplégie se dessine du côté gauche, avec un certain degré de contracture. Alors nous annonçons qu'il existe très probablement une lésion organique, une *tumeur* du côté droit de l'encéphale, autour de laquelle un *ramollissement* commence à se produire.

Quant au traitement, l'anémie, la petitesse du pouls et l'ancienneté présumée de la lésion cérébrale excluaient les évacuations sanguines. Nous sommes obligé de nous en tenir aux révulsifs cutanés.

La malade s'affaisse rapidement, tombe dans un état d'hémiplégie complète, de sensibilité, de coma et succombe le 7 avril, dix jours après son entrée.

Nécropsie. — A l'ouverture du crâne, rien de particulier dans les méninges. L'hémiplégie ayant existé à gauche, nous examinons avec soin l'hémisphère droit. Vers l'angle postérieur de cet hémisphère, l'incision révèle un ramollissement blanc d'un centimètre d'épaisseur, enveloppant une espèce de caverne ou foyer de la capacité d'une noix, contenant un liquide séreux, trouble, et une tumeur grisâtre, grenue, analogue à la substance du pancréas, du volume d'une noisette, adhérent à la partie inférieure du kyste et contenant elle-même une vacuole séreuse du volume d'un pois. Voilà donc notre diagnostic vérifié : *Tumeur avec ramollissement périphérique*. Nous aurions pu nous en contenter ; mais nous nous sommes demandé de quelle nature était cette tumeur. Un instant nous avons pensé à un caillot de sang dégénéré, à une vieille apoplexie ; mais la marche de la maladie, ses symptômes, et surtout l'aspect tout particulier de cette tumeur *pancréatique* rendaient cette solution peu satisfaisante.

Or, voilà qu'en poursuivant l'autopsie, nous découvrons un utérus dont le col est complétement détruit, réduit en putrilage grisâtre, *cancéreux*, en un mot. Cette découverte fut un trait de lumière, et après réflexion, il devint évident pour nous que la tumeur anormale du cerveau était un cancer encéphaloïde enkysté, dont le cancer utérin avait été le point de départ. Le putrilage du col de l'utérus et la matière de la tumeur cérébrale, examinés au microscope, présentèrent l'une et l'autre ces granulations amorphes qui constituent comme la gangue de la plupart des produits organiques, et quelques cellules déformées, sans caractère spécial. Mais les données négatives du microscope ne nous préoccupent pas, car il est de principe arrêté chez nous, que les résultats micrographiques, quels qu'ils soient, s'effacent devant l'induction clinique, laquelle suffit à caractériser positivement la nature du mal, alors que, comme dans le cas actuel, toutes les données de l'observations sont en faveur de cette nature. Or, le cancer de l'utérus étant évident pour tous les cliniciens, le cancer cérébral nous est démontré par ce fait même.

Maintenant tout s'explique très naturellement : il est évident que la maladie a débuté par le cancer utérin. La pâleur et la débilité de la malade étaient le produit complexe de l'anémie résultant des pertes utérines, de la cachexie cancéreuse, et plus tard de la lésion cérébrale, celle-ci s'est produite consécutivement et longtemps avant la mort, d'où l'état de démence, l'affaiblissement des membres, et aussi, probablement, l'hyperesthésie de la peau. Puis est arrivée l'hémiplégie, conséquence des progrès de la tumeur cérébrale, et enfin la contracture comme expression du ramollissement périphérique ultime.

Complétons l'autopsie en ajoutant que le bas-fond de la vessie est envahi par l'induration carcinomateuse, produisant sans doute le rétrécissement des orifices inférieurs et uretères, car ceux-ci sont notablement dilatés jusqu'aux reins, développés en forme de kystes (distension rénale).

On voit de quels précieux renseignement nous nous sommes privé en négligeant, par paresse, d'explorer l'appareil utérin vers lequel, disons-nous pour notre justification, rien n'appelait notre attention pendant la vie. Ce n'est, en effet, qu'après l'autopsie qu'il nous est advenu que cette femme avait eu plusieurs hémorrhagies utérines. Cette donnée, acquise plus tôt, nous eût décidé à pratiquer le toucher, dont le résultat nous eût certainement fait diagnostiquer la nature cancéreuse de la lésion cérébrale, comme chez la dame dont j'ai fait précédemment l'histoire.

L'on voit où conduit la plus vénielle des négligences, car il est un peu brutal d'exercer le toucher vaginal lorsque rien n'accuse de lésion de ce côté. Il est vrai qu'ici le défaut de renseignements possibles de la part de la malade permettait de tout supposer et autorisait à tout faire. Aussi, bien que j'aie pu raisonnablement penser que le mal était tout entier dans la tête, bien qu'il soit déjà suffisamment honorable pour le diagnostic d'arriver au degré de précision où nous l'avons porté, quant à l'espèce et aux effets de la lésion cérébrale, nous nous accusons d'une infraction grave aux lois de la clinique, en négligeant un recoin de l'économie que nous devions explorer *quand même*. Si nous eussions commis la même négligence dans l'autopsie en n'inspectant pas l'utérus, cette observation, curieuse encore, eût cependant perdu ce qui la rend le plus intéressante, à savoir, la transmission du cancer utérin à l'encéphale.

Or, que de fois pareille faute est commise, surtout en pratique civile, où la pudeur, les bienséances, la timidité, l'incurie, quelquefois même l'impéritie, font si souvent différer et omettre une exploration indispensable au diagnostic, au traitement méthodique, et, partant, à la guérison, ou du moins au soulagement des malades ! Il n'est pas de praticien qui n'ait présent à la mémoire des erreurs résultant de ces scrupules qui, au respect de la morale, sacrifient pieusement l'humanité.

Ce que nous disons ici de la femme s'applique également à l'homme ; et pour avoir négligé l'exploration directe, il est autant de cancers du rectum passant sous la rubrique d'hémorrhoïdes, que de cancers utérins qualifiés d'irrégularités menstruelles.

Que dire du traitement ? Les tumeurs intra-crâniennes, en général, sont fréquemment incurables. Cependant, la curabilité varie selon l'espèce et l'étiologie : les tumeurs syphilitiques sont plus faciles à guérir que les scrofuleuses, et celles-ci plus que les fibreuses, etc. Quant aux tumeurs cancéreuses, elles ont deux raisons pour ne pas guérir : comme tumeur solide d'abord, et surtout comme cancer. Quoi qu'il en soit de cette gravité des tumeurs cérébrables, il convient toujours de les attaquer. On cite des succès inespérés des mercuriaux, des iodés, des alcalins et autres modificateurs qui peuvent sinon guérir, au moins enrayer la maladie. La ciguë, comme anticancéreuse, compte encore quelques partisans. Mais si la tumeur est inexpugnable, il reste à combattre les accidents tels que la douleur, et à prévenir ou conjurer les complications, telles que le ramollissement. Bref, quel que soit notre peu d'espoir de réussir, nous ne devons jamais abandonner le malade.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 6 Octobre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

De la glycosurie physiologique des femmes en couches, des nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes.

M. Hippolyte Blot, chef de clinique d'accouchements de la Faculté de Paris, lit sur ce sujet la note suivante :

Jusqu'à présent, la présence du sucre dans l'urine a été considérée par les médecins comme le signe pathognomonique d'une des maladies les plus graves, c'est-à-dire du diabète.

Les recherches nombreuses auxquelles je me suis livré, et dont j'ai l'honneur de donner aujourd'hui le résumé succinct à l'Académie, m'ont fourni des résultats qui, dorénavant, devront enlever à ce signe une partie de sa valeur diagnostique. En effet, il ressort nettement de ces recherches que *le sucre existe normalement dans l'urine de toutes les femmes en couches, de toutes les nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes.*

Je dirai, afin de donner plus de poids à ces résultats, que je me suis associé, pour la partie chimique de ce travail, M. Réveil, professeur agrégé à l'École de pharmacie, et que, dans plusieurs circonstances, j'ai eu recours aux lumières de M. Berthelot, dont les beaux travaux en chimie organique sont connus de tous. La plupart des faits consignés dans cet extrait ont d'ailleurs été montrés par moi à un grand nombre de médecins, et en particulier à deux membres de l'Académie des sciences, MM. Rayer et Cl. Bernard.

Pour arriver à la démonstration du fait que j'annonce, j'ai eu recours à tous les moyens généralement employés pour déceler le sucre dans un liquide. Voici dans quel ordre ils ont été successivement mis en usage : tout d'abord, les urines en expériences ont été traitées par la liqueur cupro-potassique titrée. C'est celle de Fehling, qui m'a toujours servi ; et, pour éviter toute erreur, ces urines ont été préalablement purifiées par l'acétate de plomb, puis par l'acide sulfhydrique, afin de les débarrasser des principes autres que le sucre, qui auraient pu réduire la liqueur réactif. Dans la dernière moitié de mes recherches, ce mode de purification a été remplacé par un autre plus simple, plus expéditif, et très souvent employé par M. Cl. Bernard dans ses beaux travaux sur la glycogénie, à savoir, la filtration sur le charbon animal.

Comme deuxième réactif, j'ai employé les alcalis caustiques (potasse, chaux), qui ont donné, avec l'urine décolorée par le charbon, une belle couleur brune plus ou moins foncée.

Comme troisième et principal moyen de vérification, j'ai eu recours à la fermentation au contact de la levûre de bière, en ayant toujours soin de faire comparativement l'essai de la levûre employée, soit avec de l'urine non sucrée, soit avec de l'eau distillée qui, prise en égale quantité, était placée dans les mêmes conditions. Toujours j'ai obtenu, d'une part, de l'alcool facile à reconnaître à tous ses caractères ; de l'autre, de l'acide carbonique facilement absorbable par la potasse. J'ajouterai que je me suis assuré par contre-épreuve que le résidu liquide de la fermentation ne réduisait plus la liqueur cupro-potassique.

En général, la fermentation, à une température moyenne de 30 à 35 degrés, a mis de douze à vingt-quatre heures à s'opérer.

Je mets en ce moment sous les yeux de l'Académie des sciences une petite partie de l'alcool ainsi obtenu.

Enfin après avoir légèrement concentré et parfaitement décoloré l'urine en examen, j'ai pu voir, grâce à l'extrême obligeance de M. Berthelot, que cette urine déviait à droite le plan de polarisation.

Ainsi donc, le fait capital que je désire établir aujourd'hui, à savoir : l'existence, à l'état normal ou physiologique, du sucre dans l'urine de *toutes* les femmes en couche, de *toutes* les nourrices, et d'un *certain nombre* de femmes enceintes ne peut plus être mise en doute, puisque ces urines présentent réunies ces quatre propriétés qui n'appartiennent qu'aux sucres, à savoir :

1° De réduire la liqueur cupro-potassique ;

2° De brunir les solutions alcalines caustiques de potasse ou de chaux ;

3° De donner par la fermentation de l'alcool et de l'acide carbonique ;

4° Enfin, de dévier à droite la lumière polarisée.

Voyons maintenant dans quelles conditions se présente cette glycosurie physiologique.

Chez toutes les femmes enceintes (45 fois sur 45), c'est au moment de la sécrétion laiteuse que le sucre commence à exister dans l'urine en proportion suffisante pour être dosée ; chez beaucoup de femmes, il n'apparaît qu'à cette époque ; chez quelques-unes on en trouve auparavant, mais, le plus souvent, en quantité peu considérable.

Si la sécrétion lactée se continue, le sucre continue de passer dans l'urine avec des variations quotidiennes encore inexpliquées.

Quand la sécrétion lactée est très abondante, la proportion de sucre est, en général, grande ; si elle est peu active, l'urine est peu sucrée. Aussi l'examen des urines peut-il servir, jusqu'à un certain point, à juger de la valeur d'une nourrice.

Si la sécrétion laiteuse est diminuée ou tarie par une cause quelconque, et en particulier par le développement d'un état morbide plus ou moins grave, le sucre diminue ou disparaît complétement. Si l'état morbide fait place à la santé, et que la sécrétion laiteuse se rétablisse, le sucre reparaît.

Enfin les urines continuent à renfermer du sucre tant que la sécrétion laiteuse persiste. J'en ai trouvé des proportions très notables (8 gram. dans 1,000 gram. d'urine) chez une nourrice qui allaite depuis vingt-deux mois.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que toutes ces femmes, enceintes, en couches ou nourrices, ne présentent aucun des symptômes du diabète ; au contraire, leurs urines sont, en général, d'autant plus riches en sucre que la santé est meilleure et se rapproche le plus possible de l'état normal ou physiologique.

Quand la lactation cesse, le sucre disparaît des urines, et cela dans un temps variable chez les différents individus : plus vite chez les femmes qui ne nourrissent pas, plus lentement chez celles qui après avoir nourri, commencent à sevrer. Chez ces dernières surtout, la disparition du sucre peut offrir quelques alternatives ; il m'est arrivé d'en trouver un jour, de n'en pas constater le lendemain et d'en retrouver le surlendemain ; mais ce qui est constant, c'est la réduction du sucre à de très faibles proportions, dès que la tuméfaction mammaire consécutive au sevrage a disparu.

D'après ce qui précède, il me paraît impossible de ne pas admettre que la *glycosurie physiologique* en question est en rapport avec la sécrétion lactée.

Nous verrons plus tard quelle est la nature intime de ce rapport ; qu'il me suffise aujourd'hui de l'avoir établi.

J'ai dit plus haut que la quantité de sucre variait chez les différents sujets et aux différentes époques de la lactation, j'ajouterai maintenant qu'elle est le plus ordinairement beaucoup moindre que dans le diabète. La quantité que j'ai pu ainsi constater a varié depuis 1 et 2 grammes jusqu'à 12 grammes pour 1,000 grammes d'urine. Je ferai seulement observer, à ce propos, que ces quantités se sont présentées dans l'urine du matin, c'est-à-dire dans celle qui, peut-être, est la moins riche. Quoi qu'il en soit, il reste aujourd'hui bien démontré que l'*urine de toutes les femmes en couches, celle de toutes les nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes contient normalement du sucre.* Chez ces dernières, les femmes enceintes, le sucre se rencontre *environ* dans la moitié des sujets observés. Je crois, sans qu'il me soit encore permis de l'affirmer d'une manière positive, que cette particularité se rencontre surtout lorsque les phénomènes sympathiques de la grossesse, du côté des mamelles, sont très développés, elle manque, au contraire, lorsque les mamelles restent pour ainsi dire indifférentes à ce qui se passe dans l'utérus.

Cette *glycosurie physiologique* bien reconnue chez la femme, il était tout naturel de penser qu'elle existait également, dans les mêmes conditions, chez les femelles des différentes espèces d'animaux mammifères ; mais, désireux de ne m'en rapporter qu'à l'observation directe, je poursuis, en ce moment, mes recherches sur l'urine des animaux ; et je puis, dès à présent, annoncer à l'Académie que le même phénomène se produit chez la vache. En effet, sur neuf observations recueillies sur neuf animaux de cette espèce, je l'ai constaté neuf fois, c'est-à-dire dans tous les cas. Si l'Académie veut bien le permettre, je lui communiquerai dans une prochaine séance le résultat de mes investigations ; en même temps, je déterminerai, autant qu'il me sera possible, l'espèce de sucre à laquelle nous avons affaire, ce qui m'amènera tout naturellement à l'exposé des théories les plus probables de ce que j'appellerais presque volontiers cette nouvelle fonction. Pour aujourd'hui, désireux d'épargner les moments de l'Académie, je m'en tiendrai à ce simple énoncé, me réservant de lui adresser plus tard les observations détaillées dans le mémoire complet que je prépare sur ce sujet intéressant.

Conclusions. — I. Il existe une *glycosurie physiologique* chez *toutes* les femmes en couches, chez *toutes* les nourrices et chez la *moitié* environ des femmes enceintes.

II. Ce fait intéressant est démontré par :

a La réduction de la liqueur cupro-potassique ;

b La coloration brune des solutions alcalines caustiques de potasse ou de chaux ;

c Par la fermentation, qui donne, d'une part de l'alcool, de l'autre de l'acide carbonique ;

d Enfin par la déviation à droite du plan de polarisation.

III. Cette espèce de fonction nouvelle diminue considérablement d'activité, cesse même le plus souvent dès qu'il survient un état morbide. Elle reparaît avec le retour de la santé et le rétablissement de la lactation.

IV. La *glycosurie physiologique* des femmes en couches, des nourrices et des femmes enceintes est en rapport avec la sécrétion lactée.

V. La *glycosurie physiologique* indiquée plus haut existe non seulement chez la femme, mais aussi chez la vache.

Galvano-caustique.

M. Middeldorpf lit sur ce sujet une note dont voici un extrait :

Je me suis proposé d'utiliser pour les usages de la chirurgie les effets thermiques de la pile, et je désigne sous le nom de *galvano-caustique* l'ensemble des opérations exécutées à l'aide de ce moyen. La première idée d'une semblable application appartient à M. Heider (de Vienne 1844) qui a été suivi par MM. Amussat fils, Bardeleben, Bence Jones, Cloquet, Crusell, Hellis, Harding, Hilton, Leroy-d'Étiolles, Longet, Marshall, Nélaton, Sédillot, Waite.

Comme source de la chaleur, je me sers d'une pile de Grove ; les instruments que j'emploie sont :

1° Différents cautères (cautère simple, cautère à coupole, en porcelaine, cautère du sac lacrymal, cautère pour les rétrécissements : ce dernier instrument est droit ou courbe) ;

2° Le séton galvanique ;

3° Le porte-ligature galvanique ou anse coupante, susceptible de pénétrer là où l'accès est interdit à tout autre instrument tranchant, et réunissant les avantages à la fois de l'incision, de la ligature et de la cautérisation. Ces instruments s'adaptent à la pile à l'aide des fils conducteurs ; un mécanisme particulier permet d'exciter ou de suspendre le courant, et, par conséquent, de faire naître dans les instruments une chaleur intense ou de les refroidir à volonté.

Les avantages les plus essentiels de cette méthode sont : l'absence d'hémorrhagie par les petits vaisseaux ; la faculté d'employer une température très élevée, de produire une action des plus énergiques, et qui cependant est nettement limitée ; l'accès rendu possible à un instrument qui divise et brûle dans des régions où le bistouri, les ciseaux, le cautère ordinaire ne peuvent absolument pas pénétrer, et, s'ils y pénétrent, ne peuvent rester sans blesser les parties ou tout au moins sans se refroidir ; la possibilité de construire des instruments très déliés à travers des ouvertures étroites et au besoin par la méthode sous-cutanée ; l'avantage d'une chaleur ayant sa source dans les instruments eux-mêmes, et que l'on est maître d'augmenter, de modérer ou d'arrêter.

Ce feu intelligent, que l'on pardonne l'expression, permet de couper, de fendre, d'exciser, de faire des cautérisations pointillées, rayées ou sur de larges surfaces ; d'arrêter les hémorrhagies, de provoquer l'inflammation de certains tissus, la coagulation du sang, la suppuration, le développement de granulations de bonne nature. Enfin, étant introduits à froid, les instruments galvano-caustiques n'inspirent aux malades aucune frayeur ; une fois en place, il suffit d'une pression avec le doigt pour les porter au rouge. Toutefois, quand il s'agit d'obtenir un effet hémostatique, il ne faut pas que la chaleur atteigne un degré trop élevé, ni que l'instrument soit manié avec trop de rapidité.

A la suite des opérations galvano-caustiques, l'inflammation est bien limitée, jamais diffuse. Sur plus de quatre cents opérations de ce genre, que j'ai pratiquées, je n'ai pas observé un seul cas d'érysipèle, de pyoémie, ni d'hémorrhagie secondaire..... Plusieurs centaines d'observations attestent l'innocuité et les avantages d'une méthode qui, maintes fois, a permis de mener à bonne fin les tentatives les plus difficiles de la médecine opératoire, alors que les procédés généralement usités n'offraient guère de chances de succès. Sans doute ni la physique ni la chirurgie n'ont pas dit leur dernier mot ; mais les faits déjà acquis me semblent suffisamment nombreux pour asseoir sur cette base une conviction motivée. Ce que je me propose, ce n'est ni de proscrire systématiquement le bistouri ni d'adopter exclusivement le feu, mais bien de remplacer la méthode ordinaire de cautérisation par une autre plus rationnelle, meilleure, susceptible d'applications plus étendues et plus variées. (Commissaires : MM. Despretz, Velpeau, Jobert (de Lamballe).)

CORRESPONDANCE.

PROPOSITION.

Nous recevons de l'honorable M. Cazeaux, membre de l'Académie de médecine, une lettre sur laquelle nous appelons l'attention de nos lecteurs. Un grand nombre de questions de tout ordre pourraient être ainsi élucidées, si chaque praticien répondait à l'appel de ceux qui cherchent la vérité dans l'observation et la rigueur des faits :

Mon cher confrère,

La question soulevée mardi dernier à l'Académie, et dont la discussion doit continuer à la séance prochaine, est des plus importantes. Faut-il, dans les kystes de l'ovaire, abandonner les malades à elles-mêmes ? Se borner aux ponctions palliatives, ou faut-il tenter la cure radicale à l'aide des injections ?

Une pareille question ne peut être élucidée que par un très grand nombre de faits ; et quelque vaste que soit la pratique d'un seul homme, elle est insuffisante pour la résoudre. Mais ce que personne ne peut faire dans son isolement, tous peuvent le faire, et je viens, par l'intermédiaire de votre journal, m'adresser à tous.

Je viens prier nos confrères de France et de l'étranger de m'adresser immédiatement un résumé de leurs observations sur ce point important de pratique chirurgicale, et voici les points principaux sur lesquels des détails précis me semblent indispensables.

A. Kystes de l'ovaire abandonnés complétement à eux-mêmes. Époque de leur apparition ; leur marche plus ou moins rapide ; leur durée ; leurs complications et accidents ont-ils été pour quelque chose dans la mort de la malade ?

B. Kystes de l'ovaire traités par les ponctions palliatives. — A quelle époque la première ponction a-t-elle été nécessaire ? Après quel temps et combien de fois a-t-il fallu la renouveler ? Les ponctions ont-elles été suivies d'accidents ? Combien de temps la femme a-t-elle vécu après la première ponction ?

C. Kystes traités par la ponction et l'injection irritante (iodée ou autre). — Résultats immédiats de l'opération. La tumeur s'est-elle reproduite, et avec quelle rapidité ? Combien a-t-il fallu faire d'injections ? Dans combien de cas la sonde à demeure a-t-elle été employée ? Durée du traitement. Accidents divers. Résultat définitif. Combien de morts ? Combien de guérisons ?

Si j'étais assez heureux pour obtenir la collaboration de tous mes confrères, il me serait facile de dresser une vaste statistique, à l'aide de laquelle l'Académie pourrait enfin résoudre ou au moins éclairer beaucoup cette question encore si indécise.

J'ai pensé, mon cher confrère, que vous voudriez bien me permettre d'insérer dans votre journal cet appel aux souvenirs de tous les praticiens, et je vous prie d'agréer d'avance tous mes remerciments.

Votre bien dévoué collègue,

P. Cazeaux.

COURRIER.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE D'ORIENT.

Sommes reçues par M. le docteur Maheux, secrétaire de la commission :

MM. les docteurs Montanier, 20 fr. ; Barbin, à Droué (Loir-et-Cher), 20 fr. ; Comisetti, médecin sarde, 50 fr. ; Mazzolino, id., 50 fr. ; Trousseau, professeur à la Faculté de médecine, 100 fr. ; Sestier, 20 fr. ; Bessières, 20 fr. ; Deschamps, 20 fr. ; Touruy, médecin-major de 1re classe à Rome, 15 fr. ; Baudens, membre du Conseil de santé des armées, 200 fr. ; Béchet, de Nancy, 20 fr. ; Dupont, 20 fr. ; Sénard, inspecteur au ministère de la marine, 25 fr. ; les médecins de l'hôpital militaire de Rome, 56 fr. ; le docteur Cullerier, chirurgien de l'hôpital du Midi, 20 fr. ; M. Pille, négociant, 5 fr. ; docteur Souchard de Lavoreille, à Batignolles, 20 fr. ; Richard d'Aulun, 20 fr. ; Dupuy, pharmacien, 100 fr. ; Venard, id., 1 fr. ; Leperdriel, id., 20 fr. ; Ravault, id., 5 fr.

Total. . . . . 827 fr.

Récapitulation :

M. le baron P. Dubois. .	4,415 fr.
M. le docteur Maheux. .	827 fr.
Union médicale	515 fr.
Gazette des hôpitaux. . .	136 fr.
Total à ce jour	5,893 fr.

— Le concours pour les prix de l'externat et pour la nomination des internes des hôpitaux de Paris commencera le 22 de ce mois.

Les membres du jury sont : MM. Delasiauve, Jobert (de Lamballe), Barthez, Lenoir et Béhier.

Membres suppléants : MM. Chassaignac et Bazin.

— Une décision ministérielle du 18 septembre porte que l'inspection médicale des officiers de santé des corps de troupe et des hôpitaux militaires aura lieu, pour 1856, en France, en Algérie et en Italie. Elle sera divisée en sept arrondissements, confiés à MM. les médecins inspecteurs ci-après indiqués, savoir :

Bégin, président du conseil de santé : 15e, 16e et 18e divisions militaires.

Vaillant : 3e, 4e, 5e et 6e divisions militaires.

Baudens : 11e et 13e divisions militaires, la division d'Oran et toute la partie de la division d'Alger à l'ouest du méridien d'Alger.

Michel Lévy, directeur de l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires : 1re et 2e divisions militaires.

Guyon : la division de Constantine, et la partie de la division d'Alger à l'est du méridien d'Alger.

Maillot, 7e, 8e, 9e et 17e divisions militaires, et la division d'occupation en Italie.

Scrive : 10e, 12e, 14e, 19e, 20e et 21e divisions militaires.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 127. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 21 Octobre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Douzième et dernière lettre sur le choléra. — II. CLINIQUE MÉDICALE : Observation de fièvre intermittente gastrorrhagique. — III. CHIRURGIE : Douche hémostatique. — IV. OBSTÉTRIQUE : Observation de respiration et de vagissements d'un nouveau-né, renfermé encore dans les membranes intactes. — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médico-pratique.* Extrait des procès-verbaux des séances de juin, juillet, août et septembre 1856.

PARIS, LE 20 OCTOBRE 1856.

DOUZIÈME ET DERNIÈRE LETTRE SUR LE CHOLÉRA (1).

DIAGNOSTIC, PRONOSTIC, ET TRAITEMENT.

Personne n'ayant eu l'idée de provoquer la sécrétion des urines dans le choléra, nous ne dirons que peu de mots de cette voie d'élimination.

Dans la plupart des maladies miasmatiques, et surtout dans celle qui nous occupe, les efforts critiques ou éliminateurs, ce qui est tout un, ne se font jamais dans cette direction, puisque la sécrétion urinaire est au moins diminuée quand elle n'est pas entièrement suspendue, et que sa réapparition suit toujours les premiers commencements de retour à la santé et ne le précède jamais. Il est d'ailleurs impossible d'exciter en même temps la sueur et le flux des urines, ces deux fonctions étant dans l'ordre physiologique toujours supplémentaires l'une de l'autre et se remplaçant réciproquement dans l'évacuation des *liquides*.

C'est donc, en définitive, à la transpiration cutanée et à elle seule, que nous devons demander l'entraînement du miasme cholérique. Quels sont les moyens de le diriger vers cette voie ? De quelle manière faut-il en régler l'emploi ? Consultons encore et toujours, pour le savoir, les enseignements de la physiologie, guide et flambeau de toute bonne médecine pratique.

Sous toutes les latitudes, le corps de l'homme en santé conserve invariablement la chaleur qui lui est propre, celle de 36 à 37 degrés centigrades. Il ne se met pas en équilibre de température avec les objets qui l'environnent, comme le font les corps bruts. Il réagit contre les causes extérieures de refroidissement, en reproduisant du calorique à mesure qu'elles le lui enlèvent, pourvu, toutefois, que la soustraction n'en soit pas trop rapide. Il résiste à l'accroissement trop considérable de sa température normale, en vaporisant les liquides qu'il contient par la voie de la transpiration cutanée, et cette vapeur se condense en gouttelettes ou en flots de sueur lorsqu'elle est trop abondante. *Il porte donc en lui un foyer de chaleur.*

Ce foyer est partout : dans la digestion, dans les opérations de la nutrition, dans les contractions musculaires, mais il se trouve surtout dans l'acte de la respiration et de l'hématose, dans le mouvement circulatoire du sang, et dans l'influx nerveux.

Le corps en effet se refroidit :
- Par la privation des aliments,
- Quand la nutrition languit,
- Dans le repos,
- Lorsque la respiration est incomplète,
- Dans tous les cas où la circulation s'affaiblit ou se ralentit,
- Enfin, quand l'influence nerveuse diminue ou s'interrompt (expériences de Chossat).

Il se réchauffe au contraire :
- Sous l'influence des aliments et de boissons, principalement lorsqu'ils sont doués de propriétés stimulantes,
- Sous l'influence d'une nutrition active,
- Par l'exercice musculaire,
- Par une puissante hématose,
- Par la force et la rapidité des contractions du cœur,
- Par l'activité du système nerveux. Dans la désastreuse retraite de Moscou, ce furent les hommes doués de la plus grande énergie morale, quelle que fût d'ailleurs leur force physique, qui résistèrent le mieux à l'action funeste du froid.

Il se réchauffe encore, mais artificiellement, par la chaleur extérieure.

De ces cinq ou six foyers de calorification, il n'en est que deux que l'on puisse raviver chez les cholériques. Il ne faut pas penser à provoquer chez ces malades, ni la digestion, ni la nutrition, ni l'hématose, ni le mouvement. La circulation et l'innervation sont les seules fonctions qu'il soit possible d'exciter en eux. Ranimer les contractions défaillantes du cœur, réveiller l'action stupéfiée du système nerveux, en un mot, activer ces deux sources de chaleur spontanée dans le but de provoquer et d'obtenir la sueur, telle est donc la seule indication que nous devions poursuivre, la seule indication rationnelle à remplir.

Est-ce une de ces heureuses inspirations que donne quelquefois l'habitude de voir des malades aux praticiens habiles, est-ce l'empirisme, est-ce le hasard, qui ont suggéré l'idée de recourir à l'emploi du thé, du café, du rhum et de l'eau-de-vie, dans le choléra. Ce n'est certainement pas la théorie que je viens d'exposer. On a trop discrédité les idées théoriques en médecine pour se laisser guider par elles, ou pour avouer que l'on cède à leur empire alors même qu'on y obéit manifestement. Et cependant aucune médication ne fut jamais mieux appropriée à son but, aucune ne paraît découler plus logiquement de cette théorie et ne la justifie plus complétement.

Les infusions de thé et de café, en raison de leur action excitante sur le cœur et le cerveau, sont merveilleusement propres à réchauffer deux des principaux foyers de la chaleur animale. Les boissons alcooliques exercent de plus une action excitante sur la respiration, parce que, comme on le sait, elles sont surtout exhalées par la perspiration pulmonaire. Elles sont aussi exhalées par la peau, ce qui peut contribuer encore à leur efficacité dans le choléra. Toutefois, les spiritueux, introduits en trop grande quantité dans la circulation, frappent le centre nerveux cérébral de stupeur, et détruisent ainsi un des effets qu'on en attend et qu'ils produisent ordinairement quand ils sont administrés à doses modérées. Les médecins militaires ont tous fait cette remarque, que les individus qui, dans la retraite de Russie, cherchaient à lutter contre le froid en usant de liqueurs spiritueuses au delà d'une certaine mesure, étaient bientôt pris d'un insurmontable sommeil, promptement suivi de congélation et de mort. On ne doit y recourir qu'avec prudence et discrétion, tandis qu'il est presque impossible d'abuser des infusions de thé et de café.

C'est très probablement par une action analogue, mais indirecte, que les stimulations douloureuses de la peau, les sinapismes répétés, les bains généraux de moutarde, et l'urtication, en réveillant la sensibilité du cerveau, exercent aussi une influence réelle sur le retour de la transpiration cutanée. Les applications de corps chauds sur la région précordiale, et surtout celle d'un vésicatoire, en ranimant les contractions du cœur, tendent au même but et m'ont paru seconder puissamment les effets des boissons stimulantes. Enfin, je suis disposé à croire à l'utilité des applications pleines de sable chaud sur la tête, conseillées par M. Joannès, honorable pharmacien de Paris, et qu'il dit avoir employées avec succès. L'emploi de ce dernier moyen cadre trop bien avec mes idées, pour que, sans l'avoir expérimenté, je ne m'empresse pas d'en recommander l'essai. L'expérience, je l'espère, en confirmera tôt ou tard les avantages.

Quant aux moyens de réchauffement artificiel, quels qu'ils soient, appliqués le long des membres et du corps, partout ailleurs enfin que sur les régions du cœur et du cerveau, je les crois d'une utilité fort contestable. Ils peuvent bien, il est vrai, empêcher la déperdition de la chaleur animale qui survit, mais ils ne peuvent en accroître la somme, au point de provoquer la sueur. On ne réchauffe pas un cadavre, et les cholériques sont à demi-cadavérisés. On peut bien, jusqu'à un certain point, mettre ces malades en équilibre de température avec les objets qui les touchent, mais on ne leur rendra jamais la faculté de produire de la chaleur. Or, c'est cette faculté seule qui permet à l'homme d'entrer en transpiration. Nous avons vu que les sources de cette faculté étaient multiples, mais que deux d'entre elles seulement pouvaient être ranimées chez les cholériques. C'est donc exclusivement à les réveiller que doivent tendre les efforts d'excitation extérieure comme ceux d'excitation interne, les moyens de réchauffement artificiel comme ceux de réchauffement intérieur. Je ne proscris pas cependant d'une manière absolue l'emploi du calorique communiqué du traitement du choléra. N'eût-il pour effet que de retarder la perte d'un reste de chaleur prête à s'évanouir, il serait encore bon de ne pas le négliger. Mais à cela se borne son utilité, et c'est là seulement ce que je voulais établir. Au reste, la plupart des praticiens pensent aujourd'hui comme moi à cet égard. La plupart aussi sont convaincus de l'inutilité des frictions, qui appartiennent à la même catégorie de moyens.

Mon intention n'est pas de passer en revue toutes les médications tour à tour expérimentées contre le choléra. Presque toute la matière médicale, presque tous les procédés thérapeutiques ont été mis en usage dans cette redoutable maladie. Mais, essayés tantôt d'une manière empirique, tantôt dans le but de combattre un ou deux symptômes mal interprétés qui absorbaient exclusivement l'attention des praticiens, ou dirigés le plus souvent par des vues théoriques fausses et incomplètes, jamais inspirés par une théorie d'ensemble qui embrassât tous les faits de la maladie, tant ceux d'étiologie que ceux de symptomatologie, ces agents et ces procédés n'ont pu faire naître que des doutes sur la valeur. De là, une confusion, un véritable chaos d'incertitudes que je n'essaierai pas de débrouiller. Je me bornerai donc à dire quelques mots de l'emploi des narcotiques et des astringents.

Les deux symptômes les plus graves du choléra sont, sans contredit, les vomissements et la diarrhée. Ils épuisent rapidement les malades; ils s'opposent à l'établissement de la sueur en appelant l'afflux des liquides du côté de la membrane muqueuse gastro-intestinale; ils apportent un obstacle à l'absorption des médicaments; ils rendent par conséquent incertaines et souvent inutiles les tentatives de traitement interne; ils compromettraient même l'efficacité d'un spécifique si un jour on parvenait à le découvrir; enfin, ils ne sont pas éliminateurs; il importe donc de les arrêter le plus promptement possible. L'opium, le diascordium, la belladone, l'aconit, les décoctions de riz, de ratanhia, de cachou, de simarouba, les lavements avec la décoction de tête de pavot ou ou avec les décoctions précédentes, auxquels on ajoute du laudanum et de l'amidon; tels sont les agents mis généralement en usage à cet effet. Leur efficacité est évidente dans les premiers degrés de la maladie, diarrhée prémonitoire et cholérine. Ils semblent perdre de leur puissance dans les choléras de haute intensité. C'est tout simplement la violence du mal qui l'emporte en pareil cas sur la vertu des remèdes. Ce ne doit pas être une raison d'y renoncer. Il faut au contraire les administrer sous toutes les formes et par toutes les voies, et même en augmenter les doses. Toutefois, on doit éviter d'abuser des narcotiques, de l'opium surtout, le plus employé et le plus utile de tous. Il m'a paru évident, dans plusieurs cas, que c'était à son abus autant qu'à la sidération profonde du système nerveux produite par l'action septique du poison cholérique, qu'il fallait attribuer l'état de stupeur auquel succombaient quelques malades après la disparition de tous les symptômes du choléra. Cet état n'a de commun, selon moi, avec la fièvre typhoïde, que l'unique symptôme de la stupeur. On a donc tort de le désigner par la dénomination d'état typhoïde. Cette dénomination a l'inconvénient de faire croire, sinon à une similitude avec la fièvre de ce nom, du moins à une analogie qui n'existe en aucune manière.

Mais j'entre là dans des détails que j'aurais dû éviter. Mon but unique, en poursuivant cette étude, était de chercher à découvrir l'origine, les causes, la nature, les modes de propagation du choléra, et d'établir sur ces bases les règles générales de son hygiène et de son traitement. Je n'aurais peut-être pas dû m'en écarter. Je me hâte donc d'y revenir.

Certaines maladies se transmettent, sans changer de physionomie, toujours identiques, par conséquent, comme chacun le sait, d'individu à individu, sans contact obligé, à distance, par l'intermédiaire de l'air. Telles sont : la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, l'angine couenneuse, la fièvre typhoïde, le typhus, la fièvre jaune et la peste. Les émanations qui s'échappent du corps des malades atteints de l'une ou l'autre de ces affections, possèdent donc la funeste propriété de reproduire une maladie identiquement semblable, sur les individus sains qui les respirent avec l'air auquel elles sont mélangées. D'où il faut naturellement conclure que l'agent qui fait naître la maladie transmise, est le même qui l'avait produite chez les premiers malades, et qu'il s'exhale des corps sans altération dans sa nature, puisqu'il conserve ses propriétés toxiques spéciales. Si l'on veut bien me permettre de répéter une comparaison que j'ai déjà faite, c'est comme une dissolution arsénicale, ayant servi à empoisonner un animal et en partie vomie par lui, qui vient à être bue par un autre. Il n'y a de différence que dans le dissolvant et la voie d'introduction. Mais il faut de toute nécessité que l'agent morbide s'échappe du malade en assez grande quantité et soit respiré à dose suffisante par la personne saine, pour que la maladie puisse se développer chez celui-ci et, par conséquent, se transmettre de l'un à l'autre, de même qu'il est indispensable que le liquide rejeté par l'animal empoisonné par l'arsenic contienne une dose suffisante de ce métalloïde pour donner lieu à de nouveaux accidents d'empoisonnement et soit bu en assez grande quantité par le second animal.

La réunion de plusieurs malades dans un espace relativement trop restreint, ou dans un local malsain, n'est pas une condition nécessaire, indispensable, à la transmission de ces maladies. En l'absence de toute épidémie, dans un lieu parfaitement salubre,

(1) Voir les numéros des 27 Septembre, 4, 11 et 18 Octobre.

entouré des conditions hygiéniques les plus favorables, un seul malade peut souiller l'air d'une assez grande quantité de ses émanations pour communiquer son mal à la personne qui l'approche. Ne sommes-nous pas journellement témoins de la transmission de la rougeole, de la scarlatine, de la coqueluche, dans les classes riches, habitant des appartements salubres, en plein air, à la campagne, et sans qu'il existe d'épidémie. L'angine couenneuse ne se communique-t-elle pas ainsi et dans les mêmes conditions. Des exemples nombreux n'attestent-ils pas que des individus affectés de typhus, arrivant isolés au sein de familles aisées, se nourrissant bien et logées sainement, dans des localités où cette maladie n'existait pas auparavant, l'ont cependant répandue autour d'eux. Faut-il rappeler, enfin, que la peste, introduite dix fois par des individus isolés, dans le lazareth de Marseille, lieu sec, aride, exposé à tous les vents, et salubre par excellence, s'est communiquée quatre fois, à huit personnes, et a fait cinq victimes. Mais on conçoit aisément que si l'on rassemble plusieurs malades dans un local trop étroit et dont l'atmosphère ne puisse pas être fréquemment renouvelée, l'air étant constamment imprégné, saturé d'émanations morbides, la transmission de toutes ces maladies devient plus facile. On conçoit aussi qu'il en soit de même en temps d'épidémie, où se retrouve à un haut degré cette condition d'imprégnation de l'air par le poison morbide. C'est ce que l'observation confirme. Il faut tenir compte, sans doute, de l'énergie du miasme spécial de chacune de ces affections qui accroît encore la facilité de la transmission, mais c'est avant tout une question de doses et de quantités.

Ces maladies sont dites contagieuses.

Le choléra appartient à cette classe d'affections. Les mêmes faits qui démontrent la contagion de ces maladies prouvent aussi la sienne. Ainsi des cholériques, transportés loin d'un foyer épidémique, dans une localité exempte d'épidémie, ont communiqué le choléra à des personnes qui avaient eu des rapports avec eux, et *à elles seulement*. Point d'épidémie auparavant, point d'épidémie après; rien de changé pour ces personnes, ni dans la nourriture, ni dans les vêtements, ni dans l'habitation : un seul fait nouveau était survenu, l'arrivée d'un cholérique et les rapports qu'elles avaient eus avec lui; c'est donc bien à cet événement qu'il faut attribuer le développement du choléra chez elles, ou bien il faut renoncer à la logique. Il n'existe d'ailleurs pas d'autres preuves de la contagion de la rougeole, de la scarlatine, du typhus et de la peste. Souvent, il est vrai, des cholériques, ainsi transplantés, n'ont communiqué le choléra à personne. Mais il en est de même des maladies que nous venons de citer. Six fois sur dix la peste ne s'est pas communiquée dans le lazareth de Marseille. Cela prouve seulement que, comme le choléra, elles ne se communique pas toujours. Il faut nier la contagion de ces maladies ou l'admettre pour le choléra. Il n'y a pas d'autre alternative.

Vingt fois déjà j'ai reproduit ces faits. J'ai été forcé de les rappeler encore parce qu'on semble toujours les oublier. Je devais le faire d'ailleurs pour justifier quelques mesures hygiéniques que je crois devoir conseiller dans le cas où une nouvelle épidémie de choléra viendrait nous visiter, mesures que je vais indiquer en peu de mots, car j'ai hâte d'en finir.

Je n'insisterai pas sur la nécessité de ne jamais placer plus d'un cholérique dans la même chambre, — deux ou trois tout au plus si elle est très spacieuse et suffisamment aérée, — de renouveler fréquemment l'air de cette pièce, d'éloigner promptement des malades les produits de leurs sécrétions et de leurs déjections, de remplacer et d'écarter de suite le linge et tous les objets qu'ils auront souillés, d'entretenir autour d'eux la vaporisation *légère* d'un des liquides désinfectants connus, tels que les chlorures de chaux ou d'oxyde de sodium, et, pour les personnes qui les soignent, d'éviter autant que possible de respirer leur haleine, de ne pas séjourner trop longtemps de suite auprès d'eux, de se remplacer fréquemment, et d'aller souvent au dehors respirer un air plus pur que celui de la chambre de ces malades. L'utilité de ces précautions est trop évidente pour qu'il soit besoin de s'y appesantir. Mais quelques-unes d'entre elles ne peuvent pas être prises à l'égard des malades des hôpitaux, et c'est dans leur ensemble que gît leur efficacité. Précautions d'hygiène privée, elles ne peuvent être appliquées qu'à des individus isolés ou tout au plus réunis en très petits groupes. Il importerait donc de trouver des mesures d'hygiène publique qui fussent applicables aux grandes agglomérations des cholériques, telles qu'elles ont lieu dans les hôpitaux, et qui donnassent l'espérance d'atteindre le but qu'on se propose par les premières. En existe-t-il? Je le pense pas. Et cependant, il y a de graves dangers à la réunion d'un certain nombre de cholériques, dans les établissements hospitaliers, en temps d'épidémie.

Il n'y a, en effet, que deux manières de placer les cholériques dans les hôpitaux. L'une consiste à les réunir tous dans des salles particulières, l'autre, à les disséminer pêle-mêle parmi les autres malades.

Or, rassembler tous les cholériques dans des salles spéciales à eux seuls réservées, c'est les condamner à respirer continuellement l'air qu'ils vicient sans cesse, un air saturé de leurs émanations, c'est anéantir les bons effets des ventilations et des fumigations désinfectantes qui ne peuvent pas être continues, c'est décupler pour ces malades les chances de mortalité, et c'est, pour les personnes qui les approchent par devoir, augmenter dans une proportion incalculable les chances de contracter la maladie par contagion. Ajoutons à ces dangers, que l'épidémie terminée, on devrait désinfecter ces salles, en récrépir et blanchir à la chaux les plafonds et les murs, laver, nettoyer et désinfecter les objets de literie, afin de détruire les miasmes dont le tout serait imprégné, car ces miasmes pourraient, ainsi que nous l'avons fait voir, se ranimer sous certaines influences météorologiques, après six mois, un an et plus, de sommeil ou d'engourdissement, et donner naissance à de nouveaux cas de choléra. Les dépenses que ces mesures indispensables entraîneraient n'excéderaient-elle pas, dans beaucoup de localités les ressources de l'assistance publique?

Les disséminer parmi les autres malades, comme on l'a pratiqué jusqu'à ce jour, c'est diminuer sans doute ou amoindrir ces dangers, mais ce n'est pas les écarter complétement, et de plus, c'est s'exposer à transmettre la maladie à de pauvres malheureux que leur état de faiblesse et d'épuisement rend plus susceptibles de la contracter, comme les hôpitaux de Paris en ont offert plus d'un triste exemple.

Ainsi donc, dangers très graves attachés à la concentration des cholériques dans les mêmes salles d'un hôpital, dangers moindres, il est vrai, dans leur éparpillement parmi les autres malades, mais dangers inséparables de deux seuls moyens possibles de donner les soins hospitaliers. Comment les prévenir? Comment y parer?

Un seul moyen se présente. Le campement en rase campagne et le traitement des malades sous la tente, ou dans des baraques en planches construites à cet effet.

A Paris, par exemple, huit ou dix camps établis sur les remparts, distribués autour de la ville, de distance en distance, afin de les mettre à proximité des différents quartiers, formés chacun par cent à cinquante tentes ou baraques, chacune d'elles contenant deux lits, trois au plus si elles étaient spacieuses, suffiraient aux besoins de la plus vaste épidémie. On aurait en nombre double les tentes et les objets de literie, afin de pouvoir les changer de temps à autre, après les avoir lavés, soit à l'eau courante, soit, et mieux peut-être, par la méthode de blanchiment dite à la Berthollet, et après les avoir exposés à l'air.

Tel serait, à mon avis, le mode le plus convenable à suivre envers les malades pauvres, atteints de l'une de ces grandes épidémies qui se propagent en partie par contagion, comme le typhus, la peste, la fièvre jaune et le choléra. Si faible que l'on suppose la part que prend la contagion à l'extension de ces maladies, on ne peut se dissimuler qu'elle doive être bien plus considérable au sein des grandes agglomérations de malades. La mesure que je propose, en plaçant les malades dans les meilleures conditions d'aération et de ventilation possibles, en les isolant, ou au moins en les séparant par petits groupes, aurait pour effet de disséminer dans une plus grande masse d'air les miasmes contagieux qu'ils exhalent, d'en atténuer par conséquent les effets, puisqu'ils agissent en raison de leur dose, et d'enlever ainsi ces malades eux-mêmes, les personnes qui les avoisinent et celles qui les soignent, aux chances d'un empoisonnement continu. On ne m'objectera pas, j'espère, des difficultés d'exécution. Il ne doit pas être plus difficile d'installer des *camps d'épidémie* pour épargner la vie des hommes, qu'il ne l'est d'établir des *camps de manœuvres* pour enseigner à les tuer méthodiquement.

On diminuerait probablement ainsi le nombre des victimes. Que dis-je, probablement. Il n'est plus permis d'en douter. L'épreuve a été faite sur les cholériques de la Crimée, et elle a eu d'heureux résultats. J'ai adressé à ce sujet, à notre savant confrère et ami, M. Michel Lévy, les questions suivantes : Est-ce par votre ordre que les malades atteints de choléra en Crimée ont été traités sous la tente? Quels ont été vos motifs en ordonnant cette mesure? Quels bons effets a-t-elle produits? Voici la réponse textuelle de l'honorable médecin en chef de l'armée d'Orient :

« Les cholériques ont été en majeure partie traités sous les » tentes à Varna;

» Cette mesure a été suggérée par la nécessité; nous manquions » de locaux, de matériel hospitalier, etc.

» J'avais proposé d'abord, à défaut d'établissements hospita» liers, de les traiter à bord de navires convertis en hôpitaux flot» tants; cette mesure n'ayant pu être adoptée, l'intendant Blanchet » me proposa pour eux et j'acceptai le traitement sous la tente.

» Ce n'est donc pas une vue *à priori*, mais la nécessité qui a » conduit à ce mode de traitement.

» Les résultats ont été si avantageux, que, dès leur constata» tion, je me suis empressé de généraliser la mesure.

» Les résultats ressortaient naturellement de deux expériences » parallèles : l'*hôpital-caserne de Varna, contenant plusieurs* » *centaines de cholériques, a fourni une mortalité beaucoup plus* » *considérable que les hôpitaux sous tentes.*

» Le choléra s'étant montré plus tard à Constantinople, dans les » hôpitaux de Péra et de Rami-Tchifflick, j'ai prescrit l'isolement » des cholériques sous des tentes, hors et loin de ces hôpitaux. » *Ces services*, confiés à MM. Champouillon et Tholozan, profes» seurs du Val-de-Grâce, en mission en Orient, *ont donné égale*» *ment des résultats plus favorables que le traitement des mêmes* » *malades dans les lieux clos, c'est-à-dire dans les salles des hôpi*» *taux. Il est à remarquer qu'à partir de ces mesures de séparation et de dissémination à l'air libre, le choléra n'a jamais* » *repris, en Orient, un développement considérable et n'a plus* » *produit que des foyers restreints et d'une faible activité.* »

Un foyer formé par des cholériques et qui ne communique que le choléra est évidemment un foyer de contagion, car la maladie transmise est identique à la maladie d'origine, elle se transmet sans contact obligé, à distance, par l'intermédiaire de l'air, et ce sont les caractères auxquels tout le monde reconnaît les maladies contagieuses. Le conseil d'isoler les cholériques et de les disséminer à l'air libre est donc d'accord avec les faits, avec l'expérience, avec la théorie. Faits, pratique et théorie se confirment donc et se fortifient réciproquement.

Ma tâche est enfin terminée. J'ai cherché la vérité de bonne foi, et, comme c'est toujours avec la conviction de l'avoir trouvée que chacun écrit, je me suis mis à l'œuvre pour la répandre. J'ai apporté dans cet apostolat et dans l'attaque des opinions contraires aux miennes toute la chaleur de mes convictions. Mais, en faisant la guerre à l'erreur, ou à ce qui m'a paru l'être, j'ai toujours respecté les personnes. Cependant, quelques amour-propres chatouilleux se sont offensés de mes critiques. Je leur en demanderais pardon, si je ne savais que l'amour-propre blessé ne pardonne jamais. J'ai vécu dans un temps de luttes ardentes où l'on ne connaissait pas, Dieu merci, de telles susceptibilités, et j'en ai conservé toutes les habitudes. Battant ou battu dans ces joutes scientifiques, j'ai gardé toutes mes amitiés de cette époque. Les temps sont changés, à ce qu'il paraît. Je ne puis que le regretter.

Il ne me reste plus, mon cher confrère, qu'à vous remercier du bienveillant accueil que vous avez bien voulu faire à mes pauvres élucubrations, et vous prier de me réserver un petit coin de votre excellent journal pour le cas où la manie d'écrire viendrait à me reprendre encore.

Votre dévoué confrère et ami,

L.-Ch. ROCHE,
Membre de l'Académie de médecine.

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATION DE FIÈVRE INTERMITTENTE GASTRORRHAGIQUE.

Étampes, le 5 Octobre 1856.

Très cher confrère,

Dans votre numéro du 16 septembre, je lis une intéressante observation de mon excellent ami et ancien collègue d'internat, M. Bonnet, de Poitiers, sur une fièvre intermittente pernicieuse gastrorhagique. Cette communication m'a rappelé un cas presque identique, que j'ai été à même d'observer en 1846; et comme il importe d'élucider une des plus importantes questions de la pathologie gastrique, actuellement à l'ordre du jour, ainsi que le fait remarquer M. le professeur Bonnet, j'ai pensé que, bien qu'il ne s'agit que d'un fait isolé, sa publication pourrait n'être pas sans quelqu'intérêt.

Voici du reste l'histoire de ce malade :

M. Vallot, cultivateur, habitant un de nos faubourgs, homme riche, vivant largement, âgé de 60 ans environ, d'un tempérament sanguin prononcé, fort et replet, demeurant dans un endroit élevé et sain, n'ayant jamais eu ni hémorrhagies, ni fièvres d'accès d'aucune espèce, mais court de vent et catarrheux, et, chose singulière, boitant comme la malade de M. Bonnet, est pris, vers la fin de l'été 1846, d'un violent frisson, sans cause appréciable et sans indisposition préalable. Bientôt surviennent des évacuations abondantes par haut et par bas; les matières évacuées par les deux voies ont une grande analogie, elles sont grisâtres et assez épaisses; cet état dure trois à quatre heures, je peux l'observer pendant cette crise, et je constate un abattement extrême, face grippée, fort pâle, comme cadavéreuse, pouls petit, d'une fréquence extrême, régulier pourtant; une sueur froide inonde le corps, la voix est presque éteinte, somnolence prononcée, intelligence notablement amoindrie, ventre naturellement développé, mais souple et indolent. Tout semble faire croire que le malade va succomber, et, en l'absence de cause connue, son entourage suppose, d'après les habitudes peu continentes du sieur Vallot, qu'il s'agit ici d'une violente indigestion. Le soir, cependant, la réaction survient, les déjections cessent, et, au bout de quelque temps, il ne reste plus qu'un brisement très marqué de tout le corps, de l'inappétence avec langue très saburrale et de la céphalalgie. Ne le trouvant pas trop mal le lendemain, je crois aussi à un fort écart de régime, que le malade avait caché, suivant sa coutume. Le surlendemain, à peu près à la même heure que la première fois, un nouveau frisson, peu violent encore, survient, il est accompagné de vomissements et de déjectionss d'abord grisâtres, puis de couleur brune, et, enfin, de sang en partie liquide et en partie coagulé, d'un rouge-brun; les évacuations, ce soir, sont d'une fétidité extrême, face fortement grippée, pouls d'une vitesse extrême, presque imperceptible; refroidissement général avec sueur glacée encore plus marqué qu'au premier accès, on dirait d'un cadavre qu'on vient de retirer de l'eau. Cependant, au bout de six à huit heures, la chaleur commence à reparaître, les selles et les vomissements ont cessé et le patient revient à peu près au point où il en était l'avant-veille, mais plus souffrant encore et presque anémique. Je crois être dans le vrai, en disant que le sang évacué équivalait à deux litres.

Il n'y avait pas de temps à perdre, c'était bien à une fièvre pernicieuse *hématésémique*, si je puis employer cette expression, que j'avais affaire, et à peine les accidents avaient-ils notablement diminué, que je m'empressai de faire prendre 2 grammes de sel de quinine. Le lendemain, 2 autres grammes furent de nouveau administrés en deux doses; ce sel fut parfaitement toléré, et le troisième accès qui survint pourtant, quoiqu'un peu plus tard, ne fut accompagné d'aucun symptôme grave; il y eut un ou deux vomissements muqueux, mais pas de déjections intestinales. Le sulfate de quinine fut continué pendant un certain temps, par doses décroissantes, conjointement avec les ferrugineux, et un régime réconfortant, ce qui ne tarda pas à remettre ce malade tout à fait sur pied et sans qu'il reste la moindre gêne dans les fonctions digestives, ni la plus petite douleur de ventre.

Depuis, M. Vallot a été fréquemment atteint d'un asthme catarrhal fort pénible, et, il y a environ dix-huit mois, il est tombé dans un état d'hébétude et de semi-paralysie, suite de congestions sanguines du cerveau.

Il n'est pas possible d'admettre que, dans le cas cité par M. Bonnet et dans celui dont je viens de chercher à donner la description, le sang pût provenir d'une surface ulcéreuse, et il doit rester hors de doute que l'hémorrhagie a eu lieu ici en nappe et par exhalation de la plus grande partie de la surface gastro-intestinale : la

simultanéité des évacuations par haut et par bas, ainsi que le peu d'altération du sang rendu par l'anus, le démontrent suffisamment, au moins pour le sieur Vallot. Or, s'il peut en être ainsi pour les hémorrhagies du tube digestif survenues sous l'influence d'une cause périodique, on ne voit pas pourquoi, dans certaines hématémèses ordinaires, la nature procéderait différemment. Ne voyons-nous pas tous les jours, notamment chez les femmes mal réglées et chez celles qui approchent de l'âge critique, des vomissements de sang survenant tout à coup, et assez abondants parfois pour remplir en quelques instants un vase de nuit, sans qu'aucun symptôme de lésion gastrique se soit jamais montré; et d'ailleurs, pourquoi n'en serait-il pas de l'estomac comme des fosses nasales par exemple? En cas d'épistaxis, n'est-ce pas une membrane muqueuse, molle, également vasculaire et dont les capillaires retiennent à peine le sang, qui sert de revêtement intérieur à ces deux ordres de cavités? Ne voit-on pas souvent encore des flux hémorrhoïdaux des plus copieux survenir sans la moindre ulcération de la muqueuse rectale? Enfin, il n'est pas jusqu'à la peau elle-même, malgré sa densité bien plus considérable, qui ne puisse, dans certains cas, exhaler du sang sans la plus petite désorganisation. Bien loin de moi cependant l'idée de vouloir amoindrir en quoi que ce soit l'importance des belles recherches de l'illustre professeur d'anatomie pathologique de la Faculté de Paris. Il a rendu assez de services à la science en démontrant qu'il ne fallait pas, dans beaucoup de cas d'hématémèses, porter un pronostic désespéré, en indiquant les signes propres à reconnaître ces cas et les moyens d'en triompher, pour que cette nouvelle manière de voir doive faire oublier, comme on l'a fort bien dit, les autres causes productrices admises de tout temps.

Si on ne trouve pas, comme le fait encore remarquer notre confrère de Poitiers, de fièvre pernicieuse de la nature de celles qui nous occupent dans les auteurs qui se sont spécialement occupés de ces sortes de maladies, cela tient, sans aucun doute, à leur peu de fréquence; il est pourtant bien probable que celles que nous citons ne sont pas les seules qui aient jamais été observées, si on veut bien réfléchir que les pyrexies périodiques portent principalement leur action sur le système abdominal, et qu'il n'y a aucune forme que ne puissent revêtir les fièvres pernicieuses. Ne sait-on pas encore que dans les pays chauds les fièvres d'accès graves et la dysenterie sont fréquemment réunies de manière à ne faire qu'une seule maladie, complexe, il est vrai, mais dans laquelle les deux éléments morbides sont intimement *combinés*, et des évacuations sanguinolentes propres à la dysenterie aux déjections purement sanguines, il n'y a qu'un pas.

Veuillez agréer, etc. Dr Bourgeois.

CHIRURGIE.

DOUCHE HÉMOSTATIQUE;

Par M. le docteur Gaillard, de Poitiers.

La chose la plus simple peut avoir son utilité; à ce titre, nous croyons pouvoir indiquer à nos confrères un moyen qui nous a rendu service.

Il y a bien dix ans, faisant la ligature de l'artère fémorale, au bas du triangle de Scarpa, je me trouvai fort gêné par la présence du sang, non pas qu'il y eût hémorrhagie, mais à cause de la coloration uniforme que donnait ce liquide à toutes les parties incisées. Dès que la plaie fut épongée, la surface se couvrit d'un voile sanglant, à travers lequel on ne distinguait plus rien.

C'est ainsi d'ailleurs qu'il arrive toujours : plus on absterge les caillots et plus le tissu cellulaire tomenteux, qui se trouve à la surface de tous les organes, s'infiltre de sang et forme une sorte de pseudo-membrane sous laquelle disparaissent les muscles, les aponévroses, les canaux vasculaires, etc. Bien orienté dans mon opération, je sentais l'artère, je la touchais du doigt, mais elle me semblait si bien confondue avec sa gaîne et la veine latérale, que j'avançais en hésitant, et, déchirant les tissus avec précaution, j'en éprouvais beaucoup d'embarras et un retard notable dans mon affaire.

Un peu plus tard, appelé à faire la même ligature devant une nombreuse réunion de médecins, et me rappelant ma première humiliation, j'imaginai de balayer incessamment ma plaie par un courant d'eau.

Un seau rempli d'eau froide est placé sur un meuble élevé, le syphon flexible de Marjolin est amorcé, garni d'une canule droite, remis aux mains d'un aide qui doit avoir l'œil au bistouri, le suivre avec un jet d'eau continu, nettoyant la plaie instantanément de tout sang sorti des vaisseaux. Un robinet est placé près de la canule, et de temps à autre on modère ou on arrête le jet d'eau, suivant le besoin.

Le succès dépasse notre attente : une bonne incision ouvre la gaîne du muscle couturier qui apparaît avec ses belles fibres longitudinales; on le déplace un peu en dehors; au fond de sa gaîne triangulaire, apparaissent l'artère, la veine et le nerf; l'aponévrose, plus transparente que sur le cadavre, permet de distinguer les nuances, bleue pour la veine, blanche pour le nerf, un peu rose pour l'artère. Rien ne gêne la vue; les surfaces sont nettes et brillantes. Une incision de quelques millimètres est faite entre la veine et l'artère; l'aiguille mousse y pénètre sans travail et sans efforts. On suit sa marche de l'œil : elle ne décolle point le tube artériel au delà de son étroit passage. En deux minutes, tout est fait. J'ai d'ailleurs employé un fil simple et réuni la plaie sans couper un des chefs de la ligature, car ils doivent servir de conducteurs au pus. Cette opération, exigée par un anévrysme de l'artère poplitée, a été suivie de succès.

Il m'est plusieurs fois arrivé, depuis, de mettre en usage ma douche hémostatique, et récemment encore pour trois opérations : 1° une ligature de la tibiale à sa partie inférieure; 2° une ligature de la radiale, près de son origine : ces deux opérations, nécessitées par des blessures, ont été faites au milieu des infiltrations sanguines qui caractérisent un anévrysme diffus; 3° l'extirpation de la moitié inférieure du canal de l'urètre chez une femme, par suite de végétations opiniâtres et suspectes de la membrane muqueuse. Nous avons disséqué le canal dans son accolement au vagin, puis isolé la partie malade par deux incisions longitudinales.

Dans toutes ces circonstances, nous avons disséqué sous l'eau avec une facilité inaccoutumée. Ce liquide agit mécaniquement en poussant devant lui le sang épanché; il agit encore par sa température pour clore les capillaires incisés.

Nous pensons que ce moyen peut être utilisé dans les ligatures d'artères, opérations de hernie, désarticulations, dans les vivisections, et toutes les fois que l'on veut arriver à un organe disséqué, en ménageant ceux qui l'avoisinent; il n'est point difficile à mettre en usage. Je ne crois pas cependant qu'il ait jamais été employé par personne; espérons qu'il recevra un favorable accueil du monde chirurgical.

OBSTÉTRIQUE.

OBSERVATION DE RESPIRATION ET DE VAGISSEMENTS D'UN NOUVEAU-NÉ, RENFERMÉ ENCORE DANS LES MEMBRANES INTACTES;

Par le docteur Huter, de Marbourg.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 11 Octobre 1856.)

Le cadavre du second enfant, couché sur le ventre, et dans une chambre froide, avait encore un peu de chaleur. Les deux pieds et les jambes, qui s'étaient d'abord présentés lors de l'accouchement, ainsi que la main droite, étaient d'un bleu foncé, moins intense au crâne. La peau, peu développée, n'avait de duvet que par ci par là, et n'était recouverte que de peu d'enduit caséeux. Le cordon ombilical était encore frais. Circonférence de la poitrine aux creux axillaires, 6 pouces 3/4; à la région épigastrique, 8 p. 1/4. Les autres mesures et poids étaient les mêmes que pendant la vie.

A l'ouverture du thorax, on vit de l'emphysème dans le tissu cellulaire lâche qui recouvre en avant le thymus et la trachée-artère. La situation du diaphragme était la même que celle du premier enfant. Les organes pectoraux en masse pesaient 2 3/4 demi-onces (41 gram.) et surnageaient à l'eau. Il en était de même des poumons, pris isolément. Leur couleur était d'un rouge clair. Le poumon droit, pesant 1 1/8° demi-once (16,85), offrait partout à ses faces antérieure et inférieure des vésicules remplies d'air, peu nombreuses à la face postérieure. Le poumon gauche, du poids de 1/2 demi-once (7,50), était garni de moins de vésicules et d'une consistance un peu plus résistante que l'autre. Les deux lobes étaient réunis en avant. La pression faisait sortir de la bronche beaucoup de mucosités, néanmoins plus de la droite que de la gauche. L'incision de la face postérieure du lobe inférieur s'accompagnait de crépitation, et sous l'eau, il se dégageait beaucoup de bulles, mais pas de sang. Le cœur, du poids de 1/2 demi-once (7,50), surnageait un peu de temps dans l'eau; à sa face extérieure, on remarquait deux extravasations sanguines superficielles, de la grandeur d'une lentille. Le thymus pesait 1/4 de demi-once (3,70).

L'estomac était fortement distendu par de l'air, qui ne s'est pas échappé lors de la sortie de l'organe, quoique les deux orifices n'eussent pas été fermés par des ligatures. On pouvait même le comprimer avec une certaine force, sans que le gaz s'échappât, ce qui n'est arrivé, par les deux orifices, qu'avec une pression considérable. Les 7 pouces suivants de l'intestin renfermaient également de l'air; le reste de l'intestin grêle était affaissé, et la fin du gros intestin contenait seule du méconium. Le foie pesait 3 (45 grm.); la rate 1/8° (1,85); chaque rein 1/2 demi-once (7,50). Les testicules étaient encore dans l'abdomen.

Le canal médullaire contenait du sang épanché dans sa moitié supérieure. Les enveloppes de la moelle étaient un peu rouges. Beaucoup de sérum dans la cavité de l'arachnoïde. Les sections de la moelle montraient un piqueté sanguin fin.

Au-dessous de la calotte aponévrotique du crâne il existait des extravasations sanguines considérables dans le tissu cellulaire, jusqu'aux tempes, mais surtout sur la partie supérieure des pariétaux. Ce tissu cellulaire était également emphysémateux et ses fragments surnageaient sur l'eau. Les membranes du cerveau étaient pâles, un peu jaunâtres. Les circonvolutions cérébrales manquaient, à l'exception des deux indices rudimentaires. Les ventricules latéraux étaient distendus par beaucoup de sérum et se prolongeaient presqu'à la face antérieure et postérieure du cerveau. Leurs plexus étaient rouges. Il existait un sablé assez abondant sur les sections de cet organe.

La section de la peau des pieds, des jambes et de la main droite montrait des suffusions sanguines plus étendues que chez le premier enfant.

Le poumon droit du premier enfant et les deux poumons du second furent mis dans de l'alcool, pour observer la formation de l'emphysème sous-pleural. Le 12 mars, il existait sous les plèvres des trois poumons de petites vésicules, remplies d'air; elles avaient augmenté le 14, et les poumons étaient plus durcis. Lorsqu'on les retournait dans l'alcool, de petites bulles s'échappaient du bronche. Les 15 et 16, le même phénomène s'observa d'un vaisseau du poumon droit du premier enfant; l'emphysème s'était formé sur les surfaces des incisions et sur celles des scissures des trois lobes, et en comprimant dans le voisinage des incisions, on en faisait sortir des bulles. Le 17 mars, il existait sur le poumon droit du premier enfant, sur le lobe supérieur, et à la face regardant le lobe inférieur, une bulle fortement proéminente, et une seconde sur la face postérieure du lobe inférieur, dans le voisinage de l'incision. La face inférieure du lobe moyen était parsemée de petites bulles. Le poumon droit, non incisé, du second enfant, présentait sur la face du lobe inférieur en contact avec les deux autres lobes, plusieurs bulles de la grandeur d'une lentille, et plusieurs petites sur le lobe supérieur et sur l'inférieur dans le voisinage de la bronche. Sur le poumon gauche, l'emphysème existait surtout à la face inférieure du lobe inférieur. Le 22 mars, l'emphysème du poumon droit du premier enfant avait disparu, surtout sur le lobe moyen. La grande bulle du lobe supérieur s'était affaissée un peu. Le poumon droit du second enfant avait surtout encore deux bulles un peu grandes, qui ont disparu le 27 mars et le 7 avril; le poumon gauche était tout à fait libre de vésicules gazeuses. Le poumon droit du premier enfant portait encore une bulle le 7 avril.

Le poumon gauche du premier enfant, poumon qui n'avait pas respiré, fut plongé dans de l'eau chaude avec le foie et la rate des deux enfants, et avec le cœur du second, et abandonné à la putréfaction. Le 11 mars, les foies et les rates avaient commencé à se décomposer; le feuillet péritonéal se détachait. Le 12, à trois heures de relevée, le poumon était parsemé de bulles entre les lobes et surnageait; à cinq heures, beaucoup de bulles s'étaient crevées, surtout sur le lobe supérieur, qui avait été incisé. Ce dernier s'était décomposé encore plus jusqu'au 14, et le poumon tomba au fond; néanmoins le lobe inférieur avait de la tendance à s'élever. Il s'était formé dans son intérieur une grande bulle qui se montrait un peu à l'extérieur, et après l'incision de laquelle ce lobe s'enfonça également. Du 14 au 16, l'eau ne fut réchauffée que pendant quelques heures par jour; aussi la décomposition marcha plus lentement. Le 19, elle était achevée et aucune portion ne restait plus suspendue dans l'eau froide.

On ne peut m'objecter que j'aie été trompé par une illusion d'acoustique et d'optique, trop de personnes étaient présentes et ont observé comme moi. C'étaient : mon second, le docteur Klingelhoefer, huit étudiants, qui ont tous signé le procès-verbal de ce fait, la sage-femme en chef et douze élèves sage-femmes.

Quoique cette observation soit unique et la seule qui ait été constatée par beaucoup de témoins, on ne peut nier que des faits semblables n'aient déjà été vus antérieurement. Il faut y rapporter celui de Siebol, qui, le 21 juin 1813, a entendu, lui et ses élèves, un enfant crier distinctement après que la tête eût franchi la vulve, les membranes étant encore intactes; et celui d'Osiander, qui a vu deux enfants ouvrir la bouche, respirer et crier, quoique les membranes, vides, fussent collées sur toute la face. Mais, dans le premier cas, les membranes se déchirèrent pendant la naissance du tronc, et, dans le second, elles étaient vidées; on ne peut donc les mettre tout à fait à côté de mon observation.

De ce qu'un fait est unique, il ne faut pas conclure qu'il ne se soit pas déjà présenté, car mainte observation passe inaperçue parce qu'on n'y ajoute pas foi. C'est ainsi qu'au début de ma pratique, j'ai rencontré un cas que je n'aurais jamais publié, car je croyais m'être trompé. Il résulte, d'après une note de mon journal, que le 3 mars 1826, j'ai été appelé à la hâte, à cinq heures du matin, auprès de la femme d'un berger; elle venait d'accoucher, et il était survenu quelque chose de particulier. Je m'y rendis en peu de temps, et je trouvai un fœtus non à terme, enveloppé dans un linge chaud, et gémissant à voix fine. L'accouchée, âgée de 36 ans, avait une toux violente, dont les efforts avaient déterminé un avortement à la fin du sixième ou au commencement du septième mois. La sage-femme m'a raconté que l'œuf avait été expulsé en entier et subitement; l'enfant avait remué et crié dans sa poche, et comme elle n'avait encore rien vu de semblable, elle m'avait fait prévenir. Elle avait rompu les membranes immédiatement avant mon arrivée, craignant de voir l'enfant étouffer. Quoique cette sage-femme méritât toute créance, j'avais cependant pensé qu'elle s'était trompée; c'est la raison qui m'a empêché de publier ce fait dans mon ouvrage. Elle est morte en 1837; la famille du berger n'est plus dans le pays; la plupart des membres en sont morts. Il est donc impossible de faire des investigations nouvelles à ce sujet.

On peut être tenté de nier le fait par l'impossibilité dans laquelle on se trouve de l'expliquer au moyen des lois physiques connues. Je ferai observer seulement que, depuis vingt ans, j'ai rencontré assez de cas de présence d'air dans l'œuf, cas que je relate dans mon ouvrage, pour que ce nouveau fait ne me paraisse ni trop extraordinaire, ni inexplicable. Je le classe dans l'*amniophysème secondaire* et dans la subdivision de l'*amniophysème fœtal*, c'est-à-dire pénétration dans la cavité amniotique d'air provenant du fœtus.

Il y avait de l'air dans la poche amniotique; ce fait est incontestable; mais d'où provenait-il? Ce ne peut être que de l'extérieur à l'intérieur, ou bien de l'intérieur même.

La pénétration de l'air extérieur aurait pu se faire à travers une rupture des membranes. Je ne crois pas à l'existence d'une telle communication, parce que plus ou moins de liquide amniotique aurait dû s'écouler soit avant, soit après la parturition. Or, il n'en a rien été. En second lieu, la poche amniotique aurait dû contenir des bulles d'air ou bien être tendue avant la respiration de l'enfant. Mais nous avons vu qu'elle était assez flasque, qu'elle contenait une quantité modérée de liquide, et que les membranes étaient collées sur la face de l'enfant, de manière à laisser voir tous les mouvements. Enfin, leur gonflement a commencé manifestement en même temps que les vagissements, et a augmenté avec la répétition de ces derniers.

L'air extérieur aurait pu traverser le tissu des membranes, sans déchirure. Ce cas, qui a pu arriver dans d'autres circonstances, n'a pu se présenter ici. Si l'air avait eu tant de facilité à traverser ces membranes de l'extérieur à l'intérieur, le passage inverse aurait dû avoir également lieu; mais on ne peut l'admettre, car la poche amniotique s'est gonflée de plus en plus. De plus, les membranes étaient d'une résistance considérable; elles ne se sont pas rompues pendant l'accouchement et l'on se rappelle que j'ai eu quelque peine à les déchirer, en y employant mes deux mains. Il est vrai que la résistance des membranes à laisser sortir l'air,

n'aurait pu être démontrée péremptoirement, qu'en plongeant tout l'œuf intact dans de l'eau, pour voir s'il se dégageait ou non des bulles d'air.

[Nous ne pensons pas non plus que l'air extérieur ait traversé les membranes intactes, quoiqu'une circonstance particulière à cette observation ait pu faciliter ce passage. On se rappelle que les membranes étaient collées sur la face et que l'enfant ouvrait la bouche; dans ce moment, il devait y avoir tendance au vide dans la cavité buccale et la différence de pression résultant de cette circonstance, était en faveur de l'air extérieur. Celui-ci, au besoin, aurait donc pu traverser peut-être les membranes, sans trouver la même facilité pour son retour de l'intérieur à l'extérieur. Mais, dans ce cas, le phénomène aurait dû cesser après une à deux inspirations, parce que l'air expiré formait une bulle au devant de la face et que rien ne s'opposait à son entrée renouvelée dans les poumons, lors des inspirations suivantes. La bulle aurait donc dû rester au moins stationnaire; mais on a vu qu'elle allait en augmentant avec le nombre des vagissements. — Tr.]

Je maintiens donc mon opinion touchant la provenance de l'air du fœtus lui-même. D'abord toute la marche des phénomènes ne permet pas d'autre explication, et, en second lieu, les résultats fournis par l'autopsie la confirment également. Il y avait de l'emphysème dans le tissu cellulaire péricrânien des deux enfants, dans celui qui se trouvait au devant du thymus et de la trachée-artère (1); le cœur surnageait et il existait de l'air dans l'estomac et dans la partie supérieure du canal intestinal du second enfant. Il devait donc y avoir une certaine constitution gazeuse du sang des deux enfants, car cet air ne pouvait provenir ni d'un commencement de décomposition après la mort, ni d'une activité spéciale manifestée pendant la durée si courte de la vie.

Cet air provenait d'une sécrétion gazeuse dans les voies respiratoires et la partie supérieure des voies digestives. L'air renfermé dans la trachée, était mis en mouvement par les mouvements respiratoires et servait ainsi à la production des sons. Celui de l'estomac et des intestins était rendu, chez le premier enfant, par suite de mouvements antipéristaltiques, déterminés en même temps que l'impression de l'air froid extérieur, sollicitait des mouvements de respiration et de déglutition. On ne peut guère admettre que l'air qui distendait l'estomac du second enfant, était de l'air avalé après la naissance, pendant les efforts d'une respiration difficile. Car, à l'autopsie, il avait fallu une forte pression pour faire échapper cet air par les orifices de l'estomac, orifices qui, après la mort, auraient dû être relâchés; or, comment admettre que la déglutition ait été assez puissante pour vaincre cet obstacle et faire entrer de l'air dans l'estomac. D'ailleurs, le premier enfant avait la respiration plus laborieuse et cependant son estomac ne renfermait que quelques bulles d'air.

Peu importe pour la réalité du fait, la composition de cet air. Immédiatement après la naissance, l'enfant respire le gaz qui se présente et n'est pas influencé par un air irrespirable, autant que plus tard, quand les fonctions nouvelles ont marché quelque temps. La respiration a été d'ailleurs incomplète, car même après s'être faite pendant quelques heures, le poumon gauche n'avait pas reçu d'air et était resté dans l'état fœtal.

Cette application s'adresse aussi aux cas de respiration et de vagissements utérins, niés par les auteurs, parce qu'ils ne trouvaient aucune source du gaz, qui seul pouvait produire ces effets.

Je renvoie à mon livre pour les particularités relatives à la formation de l'emphysème dans les poumons conservés dans l'alcool, ainsi que pour les motifs qui m'ont engagé à étudier la putréfaction des poumons, du foie, etc. (2).

L'observation précédente acquiert beaucoup de valeur par les circonstances spéciales dans lesquelles elle a été faite et par les détails qui l'accompagnent. Quel sera son sort? Il est aussi facile et commode au sceptique de tout nier, qu'au crédule de tout croire. Mais que fera le médecin du juste-milieu dans cette occurrence? Pour notre compte, nous remettrions volontiers notre jugement jusqu'après la publication de l'ouvrage du docteur Hüter; car le cas actuel prendra plus de solidité encore, quand il sera étayé par des observations analogues, quoique plus incomplètes, et l'explication proposée par l'auteur deviendra plus facilement admissible, quand nous connaîtrons les expériences qu'il a instituées à ce sujet. En attendant, il serait très important d'étudier la formation de l'emphysème dans des poumons n'ayant pas respiré et conservés dans l'alcool.

Dr E. S.

(1) Cet emphysème n'aurait-il pu se former à l'autopsie, pendant qu'on arrachait les téguments externes des tissus sous-jacents? (Trad.)

(2) Extrait de la *Deutsche Klinik*, 1855, n° 16.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances de Juin, Juillet, Août et Septembre 1856. — Présidence de M. Compérat.

Sommaire. — Correspondance. — Des pneumonies latentes, suivies de quelques remarques thérapeutiques sur les préparations d'antimoine. — Qualité saine du lait chez une nourrice. — De quelques hémorrhagies traumatiques consécutives. — De la perforation centrale du placenta en cas d'insertion de cet organe sur le col, pendant le travail de l'accouchement. — Du chlorate de potasse et du borate de soude; de l'emploi de ce dernier dans une maladie non encore décrite. — Rapport sur une méthode particulière de traitement de l'adénite cervicale chronique, par l'électricité localisée.

La correspondance comprend :

1° Un ouvrage imprimé de M. le docteur Albrecht-Théodor Middeldorpf, professeur de chirurgie à l'Université de Breslau, et chirurgien en chef de la même ville, sur l'*application de la galvano-caustique en chirurgie*, M. le docteur Dreyfus est nommé rapporteur;

2° Le *Compte-rendu des travaux de la Société des médecins des bureaux de bienfaisance pendant l'année* 1855, par M. le docteur V. Thibault. M. Homolle, rapporteur;

3° Une *Note imprimée sur le développement des affections saturnines chez les dessinateurs en broderies sur étoffes, les ouvrières en dentelles*, etc., par M. le docteur Thibault. Rapporteur, M. le docteur Perrin;

4° Une *Monographie pratique et bibliographique de la belladone*, par M. Cazin, de Boulogne, membre correspondant de la Société. M. Homolle, rapporteur;

5° Un mémoire de M. Puel, intitulé : *De la catalepsie*. Rapporteur, M. Perrin;

6° Une brochure de M. Bourdin, membre correspondant de la Société, ayant pour titre : *De l'hallucination improprement appelée physiologique*. Dépôt honorable aux archives; remerciments à l'auteur;

7° Un mémoire écrit en anglais, de M. Laurence, *sur le diagnostic du cancer chirurgical;*

8° Une brochure en allemand intitulée : *Pour servir à la diététique cérébrale des nouveau-nés*, par le docteur Stiebeld;

9° Un ouvrage également en allemand, ayant pour titre : *Annales de médecine pour le duché de Nassau*, par les docteurs J.-B.-V. Franque, W. Fritze et C. Vogler. M. Otterbourg est nommé rapporteur pour ces trois derniers ouvrages;

10° Une brochure de M. le docteur Boulu, *sur le traitement des adénites cervicales chroniques au moyen de l'électricité localisée*. M. Plouviez est nommé rapporteur.

M. le docteur Trèves demande à entretenir la Société d'un fait clinique réellement intéressant. Il s'agit d'un vieillard de 63 ans qui, au commencement du mois de juin dernier, fut pris, sans cause bien appréciable, d'un frisson avec fièvre et malaise général. Il n'y avait ni toux, ni point de côté, ni expectoration. Un peu d'essoufflement se faisait seulement remarquer. L'auscultation pratiquée soir et matin pendant cinq jours, et avec le plus grand soin, ne permit pas de reconnaître l'existence d'une pneumonie que cependant l'on soupçonnait à cause de l'oppression. Ce ne fut que le sixième jour qu'un crachat légèrement rouillé et visqueux vint définitivement fixer le diagnostic établi par notre confrère; au neuvième jour, l'auscultation permit enfin de constater, dans les modifications du bruit respiratoire, le siége de la pneumonie, qui se trouvait au sommet du poumon gauche. Des potions légèrement kermetisées, et successivement quatre potions additionnées de 30 et 40 centig. de tartre stibié, suffirent pour mener à bien cette pneumonie qui disparut sans avoir eu recours aux émissions sanguines que le malade, au reste assez faible, redoutait lui-même.

MM. Ameuille et Aubrun rappellent que la Société s'est plus d'une fois occupée de ces pneumonies latentes qui ne se révèlent à l'observateur par aucun des signes physiques ordinaires, et dans lesquelles les méthodes modernes d'investigation, la percussion et l'auscultation, restent muettes. M. Ameuille dit que chez un vieillard habituellement sujet au catarrhe et à une expectoration quotidienne plus ou moins abondante, il faut presque d'emblée soupçonner une pneumonie au début, quand ces malades, pris de froid et d'un léger malaise fébrile, viennent se plaindre que la toux et surtout l'expectoration ont diminué. Suivez-les quelques jours, bien qu'actuellement les signes physiques de la pneumonie manquent, vous ne tarderez pas à la reconnaître à n'en plus douter.

A l'occasion de l'observation de M. Trèves, une discussion s'engage entre divers membres sur les avantages et les inconvénients des préparations antimoniales dans la pneumonie. M. Amenille rappelle avec raison que les plus faibles doses de kermès ont déterminé chez quelques enfants des superpurgations très fâcheuses. Il en est de même de l'émétique. M. Aubrun croit ces accidents moins fréquents avec des doses élevées. Il administre tous les jours, même à des enfants, 50 et 75 cent. de kermès dans les vingt-quatre heures, qu'il fait prendre dans une potion gommeuse ordinaire, sans avoir jamais été témoin des superpurgations signalées par M. Ameuille. M. Aubrun ne met pas ses malades sous l'influence des préparations kermétisées ou émétisées au delà de trois ou quatre jours, aussi n'a-t-il jamais vu la diphtérite buccale se développer chez eux, ni ces ulcérations dans l'œsophage ou dans l'estomac, que l'on a reprochées à l'émétique de déterminer quand son usage est prolongé.

M. Perrin savait très bien que les préparations antimoniales déterminent quelquefois chez les enfants des superpurgations fâcheuses, même à faibles doses, mais il n'avait jamais vu rien de semblable chez l'adulte quand surtout la préparation administrée était du kermès, et qu'elle ne l'était qu'à petites doses. Cependant il a vu dernièrement chez une femme de 36 ans, atteinte de pneumonie, délicate, chloro-anémique, nerveuse, une potion additionnée de 10 centig. de kermès déterminer, dès les premières cuillerées, des vomissements nombreux et des garde-robes incessantes qui se sont répétés pendant près de dix heures consécutives. Le quart de la potion n'a pas été ingéré. M. Perrin s'est assuré qu'il n'y avait pas eu d'erreur de la part du pharmacien. Comme exemple opposé à ce fait, il cite un malade également atteint de pneumonie qui prenait, à son insu, 1 gram. 30 centig. de tartre stibié dans les vingt-quatre heures, et chez lequel la première potion ne détermina que de faibles nausées pour lesquelles, à sa visite du lendemain, la malade demandait *un grain d'émétique pour vomir*.

M. Trèves signale un fait d'un autre ordre très curieux. Il s'agit d'une dame récemment accouchée, vivant dans de bonnes conditions, qui, n'ayant pu élever d'enfant jusqu'à présent, se décida à nourrir celui dont elle venait d'accoucher. M. Trèves ne voyant pas d'empêchement à l'accomplissement de ce désir de la mère, fit mettre l'enfant au sein. Mais celui-ci ne tétait qu'avec la plus grande répugnance, et à peine avait-il pris le sein qu'il se retirait presque aussitôt. L'enfant ne tarda pas à dépérir : au bout de cinq semaines, on dut aviser. Le lait examiné par notre confrère n'offrit rien de particulier dans son aspect, mais au goût il parut salé à l'égal de la saumure. M. Treves, craignant d'être le jouet de quelque aberration de son palais, le fit goûter à la mère, qui le trouva comme lui désagréablement salé. Une nourrice fut donnée au jeune nourrisson qui se mit à téter immédiatement avec une véritable gourmandise. Il prenait avec non moins d'avidité le biberon qu'on avait été obligé de lui servir dans le temps où il subissait l'allaitement maternel. Ce qui prouve bien évidemment que le lait de la mère, par ses mauvaises qualités et spécialement par son goût détestable et salé, était bien le seul obstacle à l'allaitement naturel de l'enfant.

Comme anomalie dans la sécrétion lactée, M. Aubrun cite une jeune femme de 27 ans, primipare, ayant des seins magnifiques et qui se proposait de nourrir. A peine accouchée, la montée du lait se fit avec une abondance extrême, mais aussitôt la fièvre tombée, les seins se mirent à se dégonfler et le lait à se tarir d'une manière si complète, qu'une seule goutte ne put être, les jours suivants, extraite par la bouche de l'enfant; aussi dut-on lui donner aussitôt une nourrice.

A l'occasion de l'opération de la circoncision, qui est quelquefois suivie d'hémorrhagies inquiétantes, M. Homolle raconte que chez un adulte chez lequel, à la suite d'une couronne de chancres, il s'était établi des adhérences solides entre le prépuce et le gland, l'opération du phimosis, pratiquée par M. Delcroix, confrère appelé par lui, fut suivie, douze heures après, d'une hémorrhagie par l'artériole du frein qui alla jusqu'à amener la syncope. Une petite serre-fine appliquée sur l'orifice de l'artériole ouverte suffit pour arrêter le sang. M. Homolle cite encore un autre cas d'hémorrhagie consécutive observée par lui chez une jeune fille qui en brisant un carreau de vitre se fit une plaie irrégulière de la pulpe du medius de la main gauche. La plaie avait été mal réunie. Le huitième jour, il survint une hémorrhagie par le centre de la portion pulpeuse du doigt, qui alla jusqu'à la syncope. Il suffisait de presser l'extrémité du doigt pour arrêter l'écoulement du sang. Une compression fut établie à l'aide de bandelettes de diachylum; mais au bout de huit heures, une nouvelle hémorrhagie puis de nouvelles syncopes survinrent; on enleva l'appareil pour tamponner le doigt avec de la charpie imbibée de perchlorure de fer : ce qui suffit. Chez une dame qui s'était fait une petite blessure dans la région thénar de l'une des mains, et chez laquelle le sang reparaissait à diverses reprises en s'échappant par une petite plaie de la grandeur d'une lentille à peine, M. Moreau recourut avec succès à la cautérisation, par le caustique de Vienne, du point hémorrhagipare, soupçonnant chez la malade une disposition variqueuse des veines de cette partie.

A la suite d'une incision pratiquée dans le canal de l'urètre par M. Delcroix, M. Moreau a vu également une hémorrhagie survenir au bout de quelques heures et résister à différents moyens pendant quarante-huit heures, pour céder enfin à une injection de perchlorure de fer.

M. Perrin rapporte un cas d'hémorrhagie pendant le travail de l'accouchement, suite d'une insertion du placenta sur l'orifice du col. L'insertion avait lieu dans les trois quarts postérieurs du segment inférieur de l'utérus. En avant seulement, et tout à fait derrière le pubis, on pouvait introduire le doigt entre le bord du placenta et le point correspondant de l'orifice utérin. Cette position du placenta, quand il s'est agi de pratiquer la version, ne permit pas de décoller le placenta assez largement, soit en arrière, soit latéralement, pour arriver aux pieds de l'enfant. Dans tous les cas, ce décollement eût dû s'exercer sur une surface tellement large, que l'opération devenait tout aussi dangereuse pour la mère et l'enfant que la perforation directe du placenta. Aussi dut-on en venir à cette dernière extrémité, ce qui simplifia singulièrement l'opération, qui paraissait devoir être interminable en procédant par décollement. L'enfant, circonstance heureuse pour la mère, était mort depuis quelques jours. L'accouchée s'est promptement rétablie.

M. Bonnassies, dans un cas d'insertion placentaire centre pour centre, alla également à la recherche des pieds de l'enfant en perforant le placenta dans son milieu, au lieu de le décoller sur ses bords. La mère et l'enfant ont été sauvés. Malgré cela, cette conduite a été blâmée par un accoucheur en renom.

M. Homolle demande la parole pour entretenir la Société de l'efficacité du chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle. Il croit que la pratique a réellement rencontré dans cette substance un modificateur puissant et éminemment utile. Le chlorate de potasse ne serait pas moins avantageux dans quelques autres cas de stomatite de nature toute différente, mais que l'expérience finira par bien faire distinguer.

M. Gaide, dans deux cas de stomatite, n'a pas vu des effets assez tranchés pour juger le degré d'efficacité attribuable au chlorate employé.

M. le docteur Otterbourg, sans nier les bons effets produits par le chlorate de potasse, croit que le borate de soude ne jouit point de propriétés moindres. Il lui a toujours réussi dans les stomatites avec production aphteuse de nature pultacée. Il n'en est plus de même si on l'emploie pour combattre des exsudations douées d'une trop grande plasticité, comme cela arrive dans certaines angines ou croups membraneux. Non seulement M. Otterbourg emploie le borate de soude comme topique, mais il le donne encore à l'intérieur, en solution, à la dose de 2, 4 et 6 grammes. Il existe une maladie non décrite encore dans les livres, une maladie chez les vieillards, qui ne se traduit à l'observateur que par les signes suivants : langue rouge, sèche, parcheminée; anorexie, pas de soif, pas de fièvre, pas même de souffrance à l'épigastre, pas d'exsudations aphteuses dans la bouche ou dans l'arrière-gorge; en un mot, un seul signe culminant, pathognomonique : la langue rouge et sèche. Eh bien, dans cet état morbide que M. Otterbourg rattache à un état particulier et non inflammatoire, de l'estomac, il donna avec un succès marqué le borate de soude à l'intérieur et à la dose indiquée plus haut.

M. Dreyfus ajoute que le borate de soude est encore considéré en Allemagne comme un puissant emménagogue et un excitant spécial de l'appareil utérin. Quant au chlorate de potasse, il l'a employé dernièrement chez trois enfants atteints de croup, le frère et les deux sœurs. Deux ont guéri. La fille âgée de 13 ans, l'aînée des trois, a succombé. M. Dreyfus, avant d'employer le chlorate, avait cautérisé les deux qui ont guéri. Il se demande si le sujet qui est mort sans avoir été préalablement cautérisé avant de prendre le chlorate, n'aurait pas eu plus de chance d'être sauvé s'il avait été soumis à cette opération.

M. le docteur Plouviez, qui avait été chargé par la Société d'analyser le travail intéressant de M. le docteur Boulu, *sur le traitement des adénites cervicales chroniques par l'électricité localisée*, a lu devant la Société le rapport suivant, dans sa séance du 28 juin dernier :

« Messieurs,

» Vous m'avez chargé de vous faire un rapport sur un mémoire imprimé intitulé : *Traitement des adénites cervicales chroniques au moyen de l'électricité localisée*, par M. le docteur Boulu.

» Vous savez, Messieurs, que déjà il a été l'objet d'une savante analyse à l'Académie impériale de médecine, par M. le docteur Bouvier. Aussi n'aurais-je rien à vous en dire que vous ne connaissiez du reste, si, pour répondre au but de notre Société, qui s'occupe tout particulièrement de médecine pratique, je ne tenais à signaler tout simplement à votre attention ce qu'il contient de nouveau et d'utile en fait d'application thérapeutique. A chaque instant nous voyons, dans la pratique, des glandes hypertrophiées rester dans le même état, quel que soit le traitement employé; elles sont tellement indolentes que rien ne peut en activer la vitalité et la résolution. Elles restent stationnaires quoi qu'on fasse, comme des corps de la plus complète inertie; heureux quand elles ne déterminent pas de la suppuration ou d'autres accidents!

» M. Boulu, par des procédés nouveaux d'électrisation localisée, par des demi-disques métalliques à surface granulée ou garnie de pointes mousses, fait pénétrer plus sûrement qu'on ne l'avait fait avant lui l'excitation électrique dans leur épaisseur, ce qui, d'après d'assez nombreuses observations, favorise le mouvement de décomposition et d'absorption interstitielle. Au besoin il augmente les effets de l'électricité avec une chaîne à laquelle il donne le nom de séton électrique. Il y a bien encore d'autres moyens dont il ne néglige pas l'emploi, mais ils sont connus de nous tous, c'est pourquoi je crois inutile de le rappeler ici.

» En somme, ses innovations me paraissent fort ingénieuses et susceptibles de très fréquentes applications. Aussi convaincu que cet honorable confrère vient d'augmenter nos ressources pour combattre avec plus d'efficacité qu'on ne le faisait auparavant certains engorgements ganglionnaires chroniques, j'ai l'honneur de vous proposer de déposer honorablement son mémoire dans nos archives et de lui voter de sincères remerciements. »

MM. les docteurs Boucard et Simonot, médecins à Paris, ayant l'un et l'autre adressé une demande d'admission à la Société, et envoyé à l'appui de leur candidature, le premier, sa thèse inaugurale sur l'*Eclampsie puerpérale*, et le second, sa thèse également inaugurale sur la *Dysenterie au Sénégal et aux Antilles*, ont été tous les deux, conformément aux conclusions des rapporteurs, chargés d'apprécier leur candidature, nommés membres titulaires de la Société médico-pratique de Paris.

La Société, dans ses dernières séances, a entendu avec le plus vif intérêt la lecture de notices nécrologiques sur quelques-uns de ses membres décédés. Une première notice a été lue par M. Henri Labarraque, sur le docteur Zugenbulher; une seconde, par M. Perrin, sur le docteur Charrier; une troisième enfin, par M. Gaide, sur M. le docteur Bourgeois. L'impression de ces trois notices a été votée par la Société dans le *Bulletin* de ses travaux, qu'elle doit publier prochainement.

Précis des maladies du foie et du pancréas; par V.-A. Fleury-Duparque, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies du département de la Seine, lauréat de l'Académie impériale de médecine et de l'Institut de France, membre de la Société de médecine de Paris et d'autres Sociétés savantes, chevalier de la Légion d'honneur.

1856, librairie centrale de Napoleon Chaix et Cie, éditeurs, rue Bergère, 20, et aux bureaux de l'Union Médicale, 56, faubourg Montmartre. Un vol. de 503 pag., format anglais, broché 5 fr.; élégamment cartonné, 6 fr.

De l'alimentation continue. Supplément à l'œuvre hippocratique : *Du régime dans les maladies aiguës*, par M. le professeur Forget. In-8.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Felix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 128. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 23 Octobre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à *Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. CHIRURGIE : Notice sur deux cas rares de calculs rencontrés dans les glandules hypertrophiées du voile du palais, et leur traitement par la dissolution. — III. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 21 octobre : Correspondance. — Suite de la discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire. — V. COURRIER.

PARIS, LE 22 OCTOBRE 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire s'est engagée hier devant l'Académie de médecine. M. Trousseau et M. Jobert ont pris la parole.

Le discours de M. Trousseau a été à la fois agréable, instructif et érudit. Quant à sa signification pratique, elle doit être renfermée dans des limites très restreintes, car, pour ce savant praticien, l'intervention de l'art, pour les kystes de l'ovaire, doit se borner à la simple ponction, alors que le kyste, en voie d'accroissement, n'a pas cependant encore acquis un volume considérable et incompatible avec l'exercice régulier des fonctions. Ce qui revient à dire, et c'est ce que l'orateur a précisément cherché à démontrer, que l'art doit s'abstenir, car il est impuissant ou nuisible, au début et à la fin de la maladie; au début, car la présence d'un kyste ovarique, accident extrêmement fréquent, ne porte aucune atteinte sérieuse à la santé des femmes; à la fin, car la simple ponction évacuatrice est souvent elle-même une cause de mort immédiate, et les injections irritantes dans la poche ovarique sont presque toujours suivies de récidive. M. Trousseau, d'ailleurs, ne les a jamais pratiquées; cette opération l'effraie, a-t-il dit. Cependant il a avoué avoir vu deux cas de guérison se maintenant depuis plusieurs années, et obtenues par les injections iodées.

L'impression qui résulte du discours de M. Trousseau est que son esprit flotte dans un doute pénible relativement à la conduite à tenir dans le traitement des kystes ovariques. Il a cherché dans l'histoire de l'art les faits qui y sont consignés et relatifs à tel ou mode de traitement, ou même à la marche et à la terminaison naturelles de la maladie, et cette sorte d'inventaire ne lui a fourni que des résultats peu favorables à l'intervention de l'art. Il a cherché, recherche précieuse, fondement et critérium de toute bonne thérapeutique, il a cherché ce que devient la maladie abandonnée à elle-même, appréciant ainsi ce que peuvent produire ou empêcher les efforts de l'art. M. Trousseau a vu, par les exemples tirés des annales de la science, que la terminaison naturelle des kystes pouvait s'opérer par résorption spontanée, par évacuation naturelle, par inflammation adhésive et par rupture avec épanchement péritonéal. Ce sont ces procédés naturels que l'art a précisément pour but d'imiter dans les moyens qu'il emploie pour la thérapeutique des kystes de l'ovaire.

Mais évidemment, la médecine est impuissante, quoi qu'on ait dit, pour opérer la résorption des kystes par des applications extérieures. M. Trousseau n'a pas encore vu un seul cas où des moyens médicaux aient pu opérer cette résolution.

L'évacuation spontanée est possible : elle est arrivée dans plusieurs cas; mais cette terminaison n'amène pas toujours la guérison, et l'évacuation *continue*, qui n'est que l'imitation du procédé naturel, ne garantit pas davantage que lui contre les récidives.

L'inflammation spontanée du kyste, amenant son oblitération, est encore une terminaison plus rare. Cependant M. Trousseau en a vu des exemples. Il a vu aussi un cas de rupture spontanée du kyste suivie de guérison.

Toute cette excursion dans le domaine de l'histoire a été heureuse et intéressante. Nous avons donné plus haut la conclusion pratique de M. Trousseau. Il est probable que cette conclusion sera vivement attaquée.

M. Jobert admet aussi la guérison naturelle des kystes ovariques par inflammation spontanée, et il en a rappelé un cas très curieux observé par Delpech. Cette terminaison naturelle est précisément, pour M. Jobert, un excitant suffisant pour l'intervention de l'art qui peut chercher à produire ce que la nature fait quelquefois toute seule.

M. Jobert a passé en revue tous les moyens proposés. La ponction simple n'est pas toujours une opération insignifiante. Selon l'ancienneté ou la présence récente du kyste, cette ponction peut être inoffensive, dans le premier cas, très grave et suivie d'épanchement donnant lieu à des péritonites diffuses dans le second, à cause de la mobilité de la tumeur.

La ponction avec fistule ne rassure pas beaucoup M. Jobert, qui a cité un cas analogue à celui de M. Barth, et observé par Delpech, qui fut suivi d'une inflammation mortelle.

Quant aux injections iodées, que M. Jobert a pratiquées une trentaine de fois, elles ont été suivies de résultats divers. Tantôt les tumeurs ont récidivé, tantôt la tumeur a semblé être complétement oblitérée. Mais ce que M. Jobert assure, c'est que, sous ses mains, ces injections n'ont jamais donné lieu à un accident sérieux immédiat.

La continuation de la discussion a été renvoyée à la séance prochaine.

Amédée LATOUR.

CHIRURGIE.

NOTICE SUR DEUX CAS RARES DE CALCULS RENCONTRÉS DANS LES GLANDULES HYPERTROPHIÉES DU VOILE DU PALAIS, ET LEUR TRAITEMENT PAR LA DISSOLUTION;

Par le docteur ANSELMIER.

L'hypertrophie des glandules salivaires du voile du palais n'est point, comme celle des amygdales, une de celles qui se présentent fréquemment dans la pratique, et quoique plusieurs auteurs l'aient signalée, la science n'en possède encore qu'un bien petit nombre d'observations. A ce titre, les deux cas que j'ai rencontrés ont de l'intérêt, d'autant plus qu'ils ont présenté des particularités rares, peut-être même sans exemple dans les courtes annales de la science sur ce sujet, relativement à leur étiologie, leur anatomie pathologique, et le traitement que j'ai employé. Je rapporterai en entier ces observations, après avoir examiné quelques-uns des points principaux de cette maladie.

Les glandules du voile du palais, distantes les unes des autres vers le bord adhérent du voile, sont conglomérées et nombreuses vers le bord libre de cet organe, à la base de la luette; on découvre facilement en ce lieu les orifices de leurs canaux excréteurs.

C'est là que l'on trouve le plus souvent de ces glandules hypertrophiées, se présentant sous forme de tumeurs plus ou moins volumineuses, indolentes, non ulcérées. Si l'hypertrophie ne frappe qu'un petit nombre de glandules, si les tumeurs qui font alors saillie en avant, n'atteignent qu'un volume peu considérable, leur développement et leur présence ne s'accompagnent d'aucun trouble capable d'en instruire le malade; les fonctions du voile se font comme d'ordinaire. Aussi ce n'est qu'accidentellement que l'on s'en aperçoit, lorsque l'examen de la bouche devient nécessaire pour telle ou telle autre maladie. Quelques-uns de nos confrères nous ont dit en avoir rencontré chez des malades atteints, depuis longtemps, de pharyngite, et il avait suffi, dans ces circonstances, de traiter cette dernière maladie pour les faire disparaître presque entièrement.

Mais si les tumeurs arrivent à un grand volume, la voix devient nasonnée, la déglutition moins facile, la respiration embarrassée par les narines, obstruées qu'elles sont par un mucus qui s'y dessèche promptement. Nous avons trouvé la respiration assez gênée chez un de nos malades pour que le moindre exercice déterminât de l'oppression, que le sommeil fût fréquemment interrompu de rêves et de suffocations.

Quand la maladie est à ce point, l'homme de l'art est consulté. Des cas de ce genre ont été observés par MM. Nélaton, Marjolin, Michon (*Société de chirurgie*, 1851, 1852), Laugier (*Moniteur des hôpitaux*, 10 mai 1856). L'ablation de ces tumeurs ayant été jugée indispensable et faite, a permis d'établir quelques points importants de leur anatomie pathologique, tels que leur nature glandulaire, l'absence de tissus cancéreux, et la présence fréquente, sinon constante, dans leur intérieur, de calculs à base de chaux.

Ces calculs ont été l'objet d'une étude particulière de la part de MM. Robin et Jules Rouyer, qui les ont toujours rencontrés sous la forme d'une poussière éparse dans les tumeurs, soit dans les canaux, soit dans la trame fibreuse. Il est, je crois, sans exemple jusqu'à ce jour, de les avoir trouvés réunis en masses compactes et considérables, comme nous l'avons observé chez les deux malades qui font le sujet de cette notice.

Tandis que dans tous les faits rapportés plus haut, les tumeurs étaient formées par l'augmentation des éléments de cet organe, par une hypertrophie de leur parenchyme, les concrétions calculeuses n'y jouant qu'un rôle fort secondaire, dans mes deux faits, au contraire, les calculs sont volumineux, donnent aux tumeurs leurs dimensions et leurs formes, les glandules qui les renferment à la manière d'un sac, présentent peu d'hypertrophie. En un mot, il s'agit ici plutôt d'une affection calculeuse de ces glandules que d'une simple hypertrophie.

Ce point de diagnostic est de la plus grande importance à établir par rapport au traitement, car, si l'ablation était indiquée, dans les cas rapportés plus haut, par la difficulté d'attaquer énergiquement, d'une autre manière, ces étranges maladies comprises sous le nom d'hypertrophies, si l'ablation, dis-je, était indiquée par l'impossibilité de faire disparaître promptement ces obstacles au libre passage de l'air, il n'en est pas de même de ces tumeurs calculeuses : le débridement de la poche ou la taille, la lithotritie et surtout la dissolution, qui peut s'obtenir si facilement, dans ces circonstances, par l'emploi de quelqu'acide, doivent être préférés à l'instrument tranchant. C'est de la dissolution dont nous avons fait choix, et l'on verra tout à l'heure le succès que nous avons eu.

Ces deux faits jettent quelque lumière sur l'étiologie complexe de cette maladie et des formes qu'elle peut revêtir. Un de nos malades souffrait depuis plusieurs années d'un catarrhe chronique des muqueuse pharyngienne et nasale; nous pensons que l'affection calculeuse a eu pour cause, chez l'autre malade, des tubercules dans ces glandes, et que ces tubercules y ont subi la transformation lithique. Cette explication n'aurait certainement pas répugné à notre excellent maître et ami M. Roux. Dans le mémoire remarquable qu'il présente à l'Académie des sciences (août 1850) *sur la staphylorraphie*, après avoir énuméré les causes des perforations du voile, il ajoute : « Certaines fois, mais dans » des cas rares à la vérité, j'ai été conduit à présumer quelles » étaient d'origine tuberculeuse. Et pourquoi, en effet, des tubercules ne se développeraient-ils pas dans l'épaisseur du voile du » palais, comme il s'en développe dans tant d'autres parties différentes du corps. »

Il ne serait pas hors de propos de faire remarquer ici l'analogie qui existe entre l'affection tuberculeuse, au moins à une période de son évolution, et la maladie calculeuse, si l'importance même de la question et les développements qu'elle comporte ne nous obligeaient à la réserver pour un autre travail.

Nous pensons, d'ailleurs, que la présence des calculs dans les glandules du voile n'est pas nécessairement liée à l'hypertrophie de ces organes. Bien que l'on rencontre fréquemment des calculs dans les glandes hypertrophiées, ils peuvent avoir une cause différente et un mode d'accroissement distinct; comme tous les autres calculs, le fait de leur existence et la cause de leur accroissement, quel qu'ait été le point de départ du corps insoluble qui en compose le noyau. Si l'hypertrophie est quelquefois cause, elle peut être aussi effet; ces corps étrangers grossissant sans cesse, amincissent leurs enveloppes, en dilatent les orifices et tendent à s'échapper de l'organisme soit par les canaux excréteurs, soit par voie d'ulcération, ce qui serait arrivé probablement chez le plus jeune de mes malades.

La distinction des hypertrophies en actives ou vraies et en passives, ou par dilatation, est ici d'une grande importance à établir; car, si l'ablation est indiquée pour les unes, l'extraction des corps étrangers, ou leur dissolution, sont, pour les autres, des médications aussi efficaces qu'inoffensives.

OBSERVATION I. — *Calculs volumineux; hypertrophie par dilatation; légère hypertrophie des amygdales; dissolution des calculs par l'acide sulfurique. — Guérison en vingt-quatre heures.*

Astori, âgé de 16 ans, demeurant 5, rue de Clichy, est ordinairement d'une bonne santé, mais il éprouve depuis quelques années de l'essoufflement au moindre exercice; la voix est nasonnée, la narine gauche est toujours encombrée de mucus, dont il ne peut se débarrasser par l'expiration. Il ne peut, depuis trois ans, dormir que la bouche ouverte, et, plusieurs fois dans la nuit, il est réveillé par des suffocations et des rêves; la déglutition est pénible et s'accompagne d'une sensation particulière de gêne.

J'aperçois sur le bord libre du voile du palais deux tumeurs volumineuses, de la grosseur chacune d'une noix; elles sont symétriquement placées de chaque côté de la luette, qui est presque horizontale et déjetée en arrière. Elles rétrécissent de beaucoup l'isthme du gosier; la muqueuse qui les recouvre est saine, mais plus rouge qu'ailleurs. Le palper des tumeurs, pratiqué avec l'index, donne la sensation de corps à peu près sphériques, fort durs, glissant un peu sous la muqueuse et sur un plan résistant au devant duquel ils se trouvent. En passant le doigt sur la face postérieure du voile, j'arrive, non sans peine, à sentir qu'elles y forment un relief assez considérable. Ces tumeurs sont indolores.

Je porte le stylet sur quelques points blanchâtres que j'aperçois au fond de petites excavations; j'éprouve la sensation d'une pierre à surface inégale, rugueuse; je glisse mon petit instrument à droite, à gauche, entre ces corps étrangers et les enveloppes que semble leur former la muqueuse, et je vois qu'ils composent à eux seuls presque toutes les tumeurs. Ce sont, en effet, des calculs que j'atteins avec le stylet par les orifices des canaux excréteurs des glandules. Les amygdales font

saillie ; elles sont plus colorées qu'à l'ordinaire ; mais on n'y constate aucun symptôme d'inflammation ; elles ne sont pas douloureuses à la pression.

Je pratique le cathétérisme des narines avec la sonde d'argent ; elles sont libres, sauf à gauche, où se rencontre du mucus desséché en abondance. Je sens distinctement avec le bec de la sonde le relief que les tumeurs font en arrière sur la face postérieure du voile du palais.

Notre petit malade a été bien docile pendant l'examen attentif que nous avons fait de sa gorge ; il n'a, du reste, pas souffert, et il ne sort pas une goutte de sang des narines.

Je fais quelques injections d'eau blanche légère dans les fosses nasales pour les déblayer un peu ; puis je prépare ce qui m'est nécessaire pour la dissolution des calculs, méthode simple et efficace à laquelle je m'arrête.

Je ne crois pas qu'on ait déjà employé ce traitement pour les calculs des voies salivaires, et cela est d'autant plus regrettable qu'il est très inoffensif, et que la taille, comme méthode générale, ne donne que trop fréquemment lieu à des fistules interminables.

Je fais choix de l'acide sulfurique pour plusieurs raisons : 1° parce que les calculs m'ont paru être très durs et que j'ai besoin d'un acide énergique ; 2° parce que ces calculs des voies salivaires sont presque sans exception formés de carbonate de chaux ; 3° parce que enfin le sulfate de chaux qui résulte de l'action de l'acide sulfurique sur la chaux est un sel soluble, non caustique, sans effet nuisible pour les tissus ou l'organisme.

J'étends l'acide d'une fois son volume d'eau, j'en imbibe un pinceau et le porte sur les points blanchâtres des tumeurs. Après un instant, je puis faire sortir, en appuyant autour des orifices, une substance analogue à la craie (c'est la comparaison faite par l'enfant). Je fais prendre pour gargarisme quelques gouttes d'acide étendues de beaucoup d'eau et pendant une demi-heure, j'obtiens plusieurs crachats de cette boue blanche. Le malade se trouve soulagé ; les tumeurs ont diminué de volume, elles sont moins dures, et déprimées en quelques points. Nous les touchons de nouveau avec l'acide et ordonnons un gargarisme acidulé jusqu'au lendemain.

Le lendemain, les énormes tumeurs avaient disparu, et les mouvements du voile avaient suffi pour expulser la bouillie plâtreuse à mesure qu'elle s'était formée.

Nous avons fait sortir par la pression un quart de cuillerée de la pâte blanche qui restait. C'était, en effet, du sulfate de chaux mêlé de diverses substances organiques. Avec les tumeurs, tous les symptômes avaient disparu. Nous avons constaté les poches où se trouvaient les calculs, et avons employé la poudre d'alun en insufflation pour les réduire, puis avons renvoyé le malade, fort content d'être si rapidement débarrassé de ce qui l'avait gêné pendant si longtemps.

Nous l'avons revu deux fois depuis : nous avons constaté que la guérison s'était maintenue ; aucun des symptôme n'avait persisté. Le voile du palais est maintenant normal, et on a peine à trouver les traces des glandules et des tumeurs volumineuses.

Quant aux amygdales, elles sont toujours à peu près du même volume, mais nous ne pensons point qu'il y ait lieu d'en pratiquer l'amputation.

Observation II. — *Hypertrophie de trois glandules du voile du palais, renfermant des calculs. — Dissolution des calculs par l'acide sulfurique. — Guérison en quatre jours.*

Edouard, 25 ans, au service de M. le vicomte de ***, 5, rue de Clichy, est ordinairement d'une bonne santé, sauf quelquefois les digestions laborieuses, et des lassitudes après le repas. La voix est nasonnée ; il se plaint de la gorge et d'une grande gêne dans la respiration nasale. Sans tousser, il a toujours besoin de cracher, et rend, en effet, le matin surtout, une grande quantité de mucosités qu'il détache difficilement de la gorge ; il en évalue la quantité à une verrée ordinaire. La narine gauche est peu perméable à l'air, surtout pendant l'expiration ; il dort la bouche ouverte, mais assez tranquillement ; la déglutition se fait sans gêne, ni douleur.

Nous apercevons à la base de la luette et sur le bord libre du voile trois tumeurs du volume de gros pois ; l'une d'elles est au devant de la luette qu'elle repousse en arrière.

Ces tumeurs sont à peu près de la consistance de caoutchouc, de forme globuleuse, très peu mobiles sur le plan résistant du voile ; elles sont indolentes.

Le pharynx est envahi par une inflammation chronique légère, dont l'invasion remonte à deux ans, d'après ce que nous apprend le malade ; il remarqua quelque chose d'anormal dans le gosier déjà à cette époque, et il éprouva quelquefois de la gêne dans la déglutition.

La muqueuse qui recouvre ces tumeurs est saine. Nous explorons ces tumeurs avec le stylet, et, en pénétrant dans un petit orifice que présente la glandule placée sur la ligne médiane, nous sentons quelque chose de résistant qui nous donne la sensation d'un calcul ; les deux autres tumeurs sont plus molles, on ne peut apercevoir leurs canaux excréteurs.

Nous pratiquons le cathérisme des fosses nasales : elles sont libres.

Je touche, avec l'acide sulfurique étendu de son volume d'eau, la glandule où j'avais senti le calcul ; je me décide, après un instant, à toucher aussi les deux autres, dans la pensée que l'acide trouverait les orifices mieux que ne pouvait le faire mon stylet. En effet, je remarque bientôt sur les tumeurs à l'une un point blanc, aux autres deux points par où l'acide avait pénétré. Je fais gargariser la bouche avec de l'eau acidulée, débarrasser les narines au moyen de quelques injections émollientes, et prescris un gargarisme acidulé.

Je fis la même chose les jours suivants, et je constatai, dès le deuxième jour, de la diminution dans une des tumeurs. En pressant, le quatrième jour, sur l'une d'entre elles qui était restée volumineuse, j'en fis sortir brusquement une pâte grisâtre, et la tumeur s'affaissa presque entièrement.

Quelques insufflations de poudre d'alun complétèrent la guérison de ces tumeurs.

La voix est devenue naturelle ; l'essoufflement a disparu. Ce petit traitement a de beaucoup amélioré la pharyngite ; mais on sait combien ces maladies demandent de temps pour disparaître entièrement.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR [1] ;

Recueillies par M. Richard-Maisonneuve, interne du service.

Douzième Leçon.

Je vous ai décrit les changements qu'éprouve, dans les deux premières périodes du rachitisme, le tissu osseux ; les membranes qui entourent ce tissu et la graisse qu'il contient, subissent aussi quelques altérations que je dois vous signaler.

Vous savez que, d'après la théorie de Duhamel, étayée de nouvelles preuves par M. Flourens, le périoste sécréterait l'os dans l'état normal ; beaucoup d'auteurs ont pensé qu'il avait la même propriété dans le rachitisme. Tout récemment, M. Virchow (2), qui a décrit, après MM. Kœlliker, Mayer, Broca, l'état microscopique des os rachitiques, a reproduit la comparaison de Boerhaave entre le cartilage épiphysaire et le périoste, produisant l'un et l'autre des couches qui, au lieu de s'ossifier, restent molles dans le rachitisme.

Pour moi, je n'ai rien vu, dans le rachitisme, qui justifie cette opinion. Ainsi, je n'ai pas trouvé le périoste épaissi, injecté, adhérent, à la surface des os rachitiques ; je n'ai pas trouvé, au-dessous de cette membrane, ce liquide plastique qu'elle aurait versé et au sein duquel se formeraient des vaisseaux. MM. Henoch et Remak, de Berlin, n'ont pas été plus heureux que moi en recherchant cette substance organisable (3). Cependant on trouve, par exception, de la périostite, avec sécrétion de globules purulents. Quelquefois le périoste est tellement adhérent dans certains points, qu'en le détachant, on enlève avec lui une lame fibroïde superficielle de l'os. En général, il adhère plus fortement au tissu fibroïde de la concavité des courbures.

Je dirai de la membrane médullaire ce que je viens de dire du périoste ; elle ne présente point d'altération propre au rachitisme.

La graisse des os rachitiques ne paraît pas différer de celle des os normaux ; elle est souvent un peu plus abondante, parce qu'ici comme ailleurs, son rôle est de remplir les vides. Il ne faudrait pas prendre, comme on l'a fait quelquefois, pour un état graisseux dû au rachitisme, l'état gras observé sur les os des vieillards gibbeux et qui dépend uniquement des progrès de l'âge.

Les os altérés par l'effet du rachitisme ne sont pas seulement devenus plus flexibles ; ils sont aussi plus fragiles, propriété qu'on a désignée à l'étranger sous le nom un peu dur d'*ostéopsathyrosis*. Dans cet état, le moindre effort, une chute légère, une faible pression, suffisent pour produire des fractures des membres et des côtes. Ces fractures peuvent être incomplètes, comme l'a déjà indiqué J.-L. Petit (4) ; la portion fibroïde de l'os ne fait que plier et maintient l'adhérence des fragments.

Les manœuvres de l'accouchement peuvent donner lieu à des fractures multiples dans le rachitisme congénital. On voit même des enfants apporter en naissant des fractures déterminées dans l'utérus par les pressions que les os peuvent y subir, fractures dont les unes paraissent récentes, tandis que d'autres sont en voie de consolidation plus ou moins avancée.

Il faut toutefois faire ici une distinction importante, et ne pas admettre l'existence de fractures dans tous les cas de cette espèce. Voici un dessin de Chaussier, représentant un fœtus sur lequel on a trouvé cent treize solutions de continuité. Eh bien, la plupart ne sont pas des fractures, mais résultent d'un simple arrêt de développement osseux, qui interrompt la continuité de l'os. Cet arrêt de développement, déjà entrevu par Daubenton (5), a été très clairement démontré par M. Depaul (6). Il suffit de comparer des squelettes offrant cet état particulier avec d'autres atteints de fractures réelles, pour bien distinguer ces deux cas.

La consolidation des fractures chez les sujets rachitiques est subordonnée à la période, au degré du rachitisme. Tantôt elle se fait très lentement, tantôt aussi vite que dans les os normaux.

Troisième période. — J'arrive à la troisième période. Je vous ai dit que c'était la période de guérison, de reconstitution de l'os, de réossification ; c'est, en un mot, la reprise du travail de l'ostéose, suspendu ou ralenti dans les autres périodes.

Quand ce travail succède à la période atrophique, il a pour effet de combler les vides anormaux, de faire cesser l'*ostéoporose* exagérée des os, de rétablir la densité du tissu compacte, des lamelles du tissu spongieux, enfin d'achever l'ossification suspendue dans les couches chondroïde et spongoïde accumulées au voisinage des cartilages épiphysaires.

Si la lésion était peu avancée, la guérison peut être complète, sans qu'il en reste de traces dans le squelette. Certaines courbures osseuses disparaissent même à la longue par les progrès de l'ossification.

Il est rare néanmoins qu'il en soit ainsi. Outre les déformations qui persistent, le tissu osseux nouveau diffère souvent de l'ancien. Il peut arriver deux choses : d'une part, l'atrophie, la raréfaction, peuvent subsister en partie et l'os rester plus faible ; ces deux os de la jambe, tirés de la collection de M. Broca, en sont un exemple ; d'autre part, l'os peut devenir plus épais, plus dense qu'il ne l'était primitivement.

Mais c'est surtout après la deuxième période que le nouvel os est très différent de l'ancien.

Le travail de réparation se fait par couches successives. Dans les os longs, on voit ces couches s'incruster de matières calcaires, des parties profondes à la superficie de la diaphyse. Vous voyez sur la coupe de ce péroné, du côté concave de la courbure, des couches dont l'organisation osseuse est d'autant plus avancée qu'elles sont plus profondes ; c'était un rachitisme en voie de guérison.

On peut comparer ce travail à la formation du cal, à la production d'un nouvel os dans la nécrose, à l'ossification, chez les vieillards, de certains tissus normalement mous. Il y a là quelque chose qui s'éloigne de l'ossification régulière, normale ; aussi le produit est-il, en définitive, tout autre que celui de l'ostéose naturelle. Son caractère le plus saillant est sa densité, comparable à celle de l'ivoire ; d'où les noms de *période d'éburnation*, d'*état éburné*, que j'ai adoptés plus haut. Cet état se voit surtout là où le tissu cartilaginiforme était le plus abondant, comme à la concavité des courbures les plus prononcées ; c'est ce qui a fait dire que les os rachitiques acquéraient le plus de force précisément dans les points où ils étaient le plus faibles (Stanley). L'éburnation est moins marquée dans les os courts et les os plats que dans les longs ; cependant elle y conserve ses caractères.

Cette éburnation des os consacre définitivement les formes, les dimensions, que la maladie leur avait données. Leurs courbures les plus bizarres sont comme *stéréotypées* par cette sorte de pétrification de leur moule organique. Les parties osseuses épaissies conservent leur excès de volume, et on observe dans ce cas une véritable *hypertrophie rachitique*. Vous en avez plusieurs exemples sous les yeux. C'est à cette hypertrophie qu'il faut rapporter l'élargissement, l'aplatissement des os longs, qui les fait ressembler à des lames de sabre, et qui tranche tellement avec la rondeur des uns et la gracilité naturelle des autres.

L'intérieur des os longs participe à cette réossification ; il se passe quelque chose d'analogue à ce qu'on voit dans le cal ; le canal médullaire, presque effacé dans la seconde période, au point culminant des courbures, ne se reproduit pas et disparaît même plus complétement dans cette exubérance de la matière osseuse.

Ces changements anatomiques dans la structure des os modifient puissamment leur vitalité ; leurs vaisseaux sont étouffés par la matière calcaire. Il en résulte un phénomène déjà indiqué par Glisson (1) ; c'est l'arrêt de développement en longueur des membres, d'où la petitesse de la stature. Déjà, dans les deux premières périodes, l'accroissement en longueur est ralenti ; mais cet accroissement est bien plus entravé quand les os ont subi la transformation éburnée. A ce moment, l'allongement des membres devient presque impossible ; car il se fait une soudure précoce entre le cartilage diarthrodial et la diaphyse. Or vous savez que le développement de la stature résulte surtout de l'allongement des diaphyses à leurs deux extrémités. Aussi les membres affectés de rachitisme présentent-ils, sur beaucoup de sujets, des dimensions en rapport avec l'âge auquel cette altération a eu lieu, et hors de proportion avec les parties du squelette qui en ont moins souffert. M. J. Guérin a constaté ce fait par la mensuration d'un certain nombre d'individus (2).

Les mêmes phénomènes que nous voyons se produire après la naissance, peuvent avoir lieu aussi avant la naissance. Le rachitisme peut guérir dans l'utérus. M. Houel attribue avec raison, je crois, à des causes de ce genre un arrêt de développement fort singulier. Vous pourrez l'observer sur ces deux squelettes que je dois à l'obligeance de M. Depaul, sur le squelette de fœtus hydrocéphale du musée Dupuytren, pièce n° 514, et enfin sur un enfant vivant que nous examinerons à la fin de la séance.

Voici les principaux caractères de cet arrêt de développement intra-utérin. Les os de la plupart des membres sont d'une brièveté extraordinaire, plus ou moins courbés, aplatis, déformés, et d'une *consistance éburnée* dans leurs diaphyses. La matière osseuse manque au contraire dans divers points. Les chairs ramassées, boursouflées, manquent d'espace pour se loger ; les téguments également trop étendus sont plissés en travers dans plusieurs points. Ne voyez-vous pas là un rachitisme intra-utérin, ayant parcouru jusqu'à sa période d'éburnation dans l'utérus, et ayant ainsi forcé les os à conserver des dimensions très analogues à celles qu'ils présentaient au moment de l'envahissement de cette maladie ? Je n'aurais, pour ma part, aucun doute à cet égard, si je ne me trouvais en opposition avec un observateur aussi distingué que M. Depaul. Ses idées sont consignées dans un mémoire déposé à l'Académie de médecine, et qu'il n'a pas encore publié. Je suis donc obligé d'attendre l'impression de ce travail pour savoir si je dois modifier mon opinion.

L'une des principales raisons qui empêchent M. Depaul de considérer cet arrêt de développement comme un effet du rachitisme, c'est que, dans ce cas, la matière calcaire n'a jamais été déposée dans les points où l'os est interrompu, tandis que le rachitisme consisterait dans le ramollissement d'os déjà formés. Mais vous avez vu que souvent le rachitisme agit aussi en s'opposant à une première formation de matière osseuse, en arrêtant le dépôt des principes calcaires. Des courbures analogues à celles du rachitisme se rencontrent avec ces arrêts de développement, et elles fournis-

---

(1) Voir les numéros des 8, 17, 19, 26, 31 juillet, 9, 14, 28 août, 6, 13, 20, 23 septembre, 4, 9 et 16 octobre.

(2) Virchow's *Archiv.*, V. 4, 1853.

(3) Henoch, *Klinische*, etc., ou *Faits cliniques recueillis à la Polyclinique de Berlin*, 1846.

(4) *Maladies des os*, t. II, p. 548.

(5) Buffon, *Histoire naturelle de l'homme*, t. II, *Description des os du Cabinet*, n° 132.

(6) *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XVI, p. 378, 1851.

(1) *De Rachitide*, c. 21, p. 270, édit. de 1650.

(2) *Gazette médicale*, 1839.

sent une nouvelle preuve en faveur de l'identité des deux affections.

Si tous les rachitiques congénitaux n'ont pas les caractères que nous venons d'énoncer, c'est que, d'après la théorie que je suis disposé à adopter, l'affection se développe dans l'utérus, chez un certain nombre d'entre eux, à une époque plus tardive.

Ainsi, le rachitisme recule d'abord l'ossification, puis la fait marcher trop vite; il change doublement la nature des os dans l'enfance; après les avoir ramenés à l'état fœtal, il en fait, avant l'âge, des os d'adultes ou même de vieillards, et, par cette transformation anticipée, il bouleverse toutes les conditions de leur nutrition et de leur accroissement normal.

Suivons maintenant ces effets dans les différentes régions du squelette.

Pour plus de clarté, j'examinerai, comme s'ils étaient indépendants les uns des autres, les rachitismes : 1° de la tête, 2° du rachis, 3° du thorax, 4° du bassin, 5° des membres thoraciques et abdominaux.

(Prochainement la suite de la 12e leçon.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 21 Octobre 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Un rapport de M. Le Blanc Bellevaux, de Nevers, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans la commune de Saint-Sulpice (Nièvre), en 1856.

— Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département de l'Aveyron. (Com. des épidémies.)

— Un rapport de M. le docteur Giuliani, médecin-major de l'hôpital militaire de Guagno (Corse), sur le service médical de cet établissement en 1855. (Com. des eaux minérales.)

— Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de la Dordogne. (Com. de vaccine.)

— Une lettre du ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, qui prie l'Académie de rédiger un projet de classification des causes de décès en France. Cette lettre se termine par les questions suivantes :

1° Dans l'état actuel de la science, en France, une bonne statistique nosologique est-elle réellement possible?

En d'autres termes, peut-on espérer qu'au moins les principales causes des décès peuvent, dans le plus grand nombre des cas, être exactement observées?

2° En supposant cette question résolue affirmativement, l'Académie croit-elle pouvoir, dans l'état actuel des doctrines entre lesquelles se divise le monde médical, préparer une classification qui, par sa clarté, le sens précis des dénominations données aux maladies, puisse être comprise par le plus grand nombre des médecins en France, et ne laisser aucun doute dans leur esprit sur la nature de ces maladies?

3° Cette question également résolue, l'Académie estime-t-elle qu'il convient d'établir immédiatement une classification complète, c'est-à-dire comprenant l'indication de toutes les maladies qui peuvent amener la mort? Ou bien croit-elle qu'il suffit, au début, de n'appliquer la statistique nosologique qu'à la constatation d'un certain nombre de causes de décès, les plus importantes et en même temps les plus faciles à connaître?

4° L'Académie n'est-elle pas d'avis que, dans l'état actuel de l'organisation du service médical en France, et notamment en présence de l'insuffisance notoire de ce service dans les campagnes, il y a lieu de ne faire constater d'abord les causes des décès que dans les villes chefs-lieux d'arrondissement, sauf plus tard à étendre les mêmes recherches aux chefs-lieux de canton?

5° N'estime-t-elle pas que la statistique nosologique serait particulièrement facilitée si l'institution des médecins vérificateurs des décès était généralisée au moins dans les villes chefs-lieux d'arrondissement?

6° Est-elle d'avis qu'il est nécessaire d'assurer par une loi la délivrance par le médecin, à chaque décès, du bulletin indicateur de la cause de ce décès? Ou bien ne pense-t-elle pas qu'il suffirait de son intervention, sous la forme d'une circulaire adressée à tous les médecins de l'Empire, pour vaincre les résistances d'une partie du corps médical à la remise de ce bulletin?

7° Ne pense-t-elle pas que l'objection tirée de la difficulté de concilier l'indication de la cause des décès avec les prescription de l'art. 378 du Code pénal, et, dans certains cas, avec les légitimes susceptibilités des familles, est suffisamment résolue : 1° par la non-inscriptions du nom du défunt sur le bulletin nosographique; 2° par la recommandation au médecin de remettre cacheté ce bulletin à l'officier de l'état civil, et à celui-ci de n'ouvrir le bulletin qu'à l'expiration de l'année (circulaire du 24 septembre 1853)?

8° Estime-t-elle que le bulletin doit contenir l'indication du sexe, de l'âge et de la profession du décédé? — (Com. MM. Michel Lévy, Adelon, Guérard.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivants :

Une note de M. le docteur Dynwiaricki, de Wladimir (Russie), sur le *traitement efficace de l'hydrophobie*. (M. Renault, rapporteur.)

— Une lettre de M. le docteur Demarquay, chirurgien des hôpitaux, *sur le traitement des kystes volumineux de l'ovaire* par des ponctions successives et l'injection iodée.

Après avoir fait, dit M. Demarquay, quelques ponctions de ces kystes, je me suis convaincu que la méthode généralement suivie avait quelque chose de défectueux. En effet, si l'on vide complétement une grande cavité comme celle des tumeurs ovariennes, les parois abdominales et celles du kyste, longtemps distendues, n'ont pas le temps de revenir sur elles-mêmes; l'injection que l'on pratique à la suite de cette évacuation modifie mal les parois du kyste. J'ai pensé qu'il était avantageux de vider les kystes ovariens ou toute grande collection de liquide, de la manière suivante : j'enlève d'abord la moitié du liquide; huit jours après, quand les parois abdominales et le kyste sont revenus sur eux-mêmes, j'extrais les deux tiers du liquide restant, et finalement, au bout de quelques jours, je vide complétement le kyste et j'injecte la solution iodée. (Suivent plusieurs exemples de guérison obtenue à l'aide de ce procédé.)

M. Michel Lévy fait hommage à l'Académie d'une nouvelle édition de son *Traité d'hygiène*. — M. le Président adresse des remercîments à M. Lévy.

M. le Président annonce à l'Académie que M. Pamard, d'Avignon, membre correspondant, assiste à la séance.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire. — La parole est à M. Trousseau.

M. Trousseau : La discussion actuelle semble être plus particulièrement du ressort de la chirurgie; cependant je rappellerai que c'est à propos d'une communication faite par un médecin, M. Barth, que ce débat s'est engagé; et, bien que ce soient les chirurgiens qui aient pris la parole après lui, l'intervention chirurgicale dont il est question est si simple, que les médecins y ont recours très souvent. J'espère, en conséquence, que l'Académie m'excusera d'en dire quelques mots.

C'est M. Malgaigne qui a parlé le premier; M. Malgaigne, l'historien des statistiques lamentables et profondément ténébreuses, où les morts abondent... Mais je n'ai garde de continuer. Qu'arriverait-il si, au lieu de les restreindre à la chirurgie, il allait étendre ses investigations à la médecine?

Puis est venu M. Cazeaux, très compétent aussi dans cette matière; sa statistique avait une teinte toute différente de celle de M. Malgaigne. M. Malgaigne avait emprunté ses couleurs à la palette de Zurbaran, M. Cazeaux les siennes à Rubens. Ici la ponction des kystes de l'ovaire apparaissait comme chose sans gravité; l'injection iodée comme une opération des plus simples; peu ou point de morts; des guérisons nombreuses.

Quand M. Velpeau, avec sa grande autorité, prend la parole dans une discussion, ses opinions sont des arrêts, et ce sont en même temps..... des services. Aussi ai-je regretté que cette fois M. Velpeau n'ait pas formulé plus nettement son avis. Il nous a dit, au surplus, qu'il avait été pris de court, qu'il désirait réfléchir, et il priait d'ajourner la discussion, se proposant, sans doute, de venir, aujourd'hui ou un autre jour, mettre son épée dans la balance, sûr de faire pencher le plateau où il l'aura mise.

Pour moi, dans une question thérapeutique comme celle qui est discutée en ce moment, la première chose à faire me paraît être d'étudier l'allure naturelle de la maladie, de savoir ce qu'elle devient en l'absence de toute intervention médicale ou chirurgicale. Lorsque l'un de nos plus respectables collègues, M. Louis, a recherché, à l'aide de statistiques, quelle était la marche naturelle des angines inflammatoires, des érysipèles, il a réduit à néant la valeur de l'intervention médicale, et prouvé que si elle réussissait dans ces maladies, c'est que ces maladies guérissent d'elles-mêmes; il a prouvé, en outre, que lorsque l'intervention est trop énergique, le malade est obligé de guérir de deux choses : premièrement de la maladie, secondement de la médecine; ce qui n'est pas toujours le moins long.

J'examinerai donc d'abord comment les kystes de l'ovaire marchent quand on les abandonne à eux-mêmes; puis, l'intervention chirurgicale étant admise, à quel moment il convient d'y avoir recours.

Quant au premier point, il est positif que les kystes de l'ovaire, dans le plus grand nombre des cas, ne constituent ni une maladie, ni même une incommodité. Si paradoxale que cette assertion puisse paraître, elle est vraie cependant, j'en appelle à M. Barth, à M. Cruveilhier, à tous ceux qui ont fait des autopsies dans les hôpitaux de vieillards. Ils vous diront qu'il est très fréquent de trouver de ces kystes, gros comme un noyau de cerise, comme un œuf de pigeon ou de poule, comme une orange et même plus volumineux encore, sans que ces tumeurs, existant quelquefois depuis un demi-siècle, aient occasionné la moindre gêne aux femmes qui les portaient. Quand leurs dimensions sont restreintes, les kystes ne donnent lieu à aucun accident, se rompissent-ils même. Telle est la première manière d'être des kystes de l'ovaire.

Dans une deuxième catégorie se placent ceux qui disparaissent par résorption spontanée; dans une troisième, ceux qui se terminent par évacuation naturelle; dans une quatrième, ceux qui s'enflamment; dans une cinquième, ceux qui se rompent et dont le liquide s'épanche dans le péritoine. La plupart des procédés chirurgicaux que l'on applique aux kystes de l'ovaire, sont copiés, comme nous le verrons tout à l'heure, sur ces modes de terminaison naturelle.

1° *Résorption spontanée du kyste.* — Elle est bien rare; et quoique je commence à vieillir dans la pratique, je n'ai pas encore vu un seul exemple d'une pareille résorption. J'interpelle ici mes collègues dont l'opinion fait autorité, et je leur demande s'ils ont vu un seul cas où des moyens médicaux aient amené la résorption naturelle d'un kyste ovarique, en l'absence, bien entendu, d'une inflammation analogue à celle que les chirurgiens y produisent artificiellement pour les oblitérer. Dans les auteurs, on trouve peu ou point d'exemples de ce genre. Lorsqu'un kyste arrive à un développement assez grand pour devenir appréciable au palper et à la percussion, il ne faut donc pas compter sur sa résorption. Je sais bien que l'on en a admis la possibilité. Mais il faut ici tenir compte des oscillations dont ces tumeurs sont susceptibles, à l'exemple des corps fibreux de l'utérus : tout le monde sait que ces dernières productions, quelquefois très volumineuses avant la ménopause, peuvent se flétrir à cette époque et se réduire presque à rien; il n'est personne qui n'en ait vu guérir ainsi vers l'âge de 50, 60, 65 ans. De même les kystes de l'ovaire acquièrent parfois un très grand volume sous l'influence du *molimen* menstruel, et diminuent ensuite au point de faire croire qu'ils ont disparu. C'est ainsi qu'on s'explique les prétendues guérisons que Thompson dit avoir obtenues à l'aide d'applications d'iode sur le ventre et de l'iodure de potassium administré à l'intérieur.

2° *Évacuation naturelle.* — En 1834, dans son ouvrage : *Commentatio de hydrope ovariorum confluente*, Blasius cite des faits nombreux relatifs à des kystes qui se sont vidés dans l'intestin, la vessie, le péritoine, l'utérus, et qui se sont ouverts à l'extérieur; le plus souvent, la rupture a eu lieu du côté de l'intestin. Les guérisons sont relativement en petit nombre. Évidemment, ce mode de terminaison est une véritable ponction naturelle; c'est là ce qu'on a cherché à imiter en faisant la ponction *continue*, telle que M. Barth, par exemple, l'a exécutée sur sa malade.

Tilt, en 1851, a publié l'histoire d'un kyste guéri après qu'il se fût ouvert dans l'intestin et la vessie.

En 1856, Kiwisch a fait connaître d'autres faits d'ouverture de kystes de l'ovaire dans l'intestin; chez l'une des malades, la tumeur s'est reproduite deux ans après cette évacuation naturelle; chez un autre, cinq mois après cette évacuation.

L'étude de tous ces faits prouve que ce procédé, si favorable en apparence, n'amène pas toujours la guérison, qu'il expose à des récidives, et qu'il peut même donner lieu à des phlegmasies successives.

3° Quant à l'*inflammation spontanée*, il est remarquable de voir combien la guérison en est rarement le résultat. Cependant elle a lieu quelquefois, et, pour moi, je suis convaincu que c'est à ce mécanisme que l'on doit le plus grand nombre des guérisons attribuées à une résorption naturelle.

J'ai vu, avec M. Dubois et M. Jobert, une malade sur laquelle M. Jobert et moi nous nous étions proposé de pratiquer des ponctions successives pour maintenir le kyste dans des limites restreintes, et de nous opposer à ce qu'il prenne un trop grand développement. Quatre ponctions furent ainsi pratiquées; *quinze jours* après la dernière, au moment où il n'existait aucune trace de phlegmasie, la malade fut prise tout à coup d'une péritonite horrible avec fièvre véhémente et vomissements; dans l'espace de deux à trois jours, le kyste doubla de volume; nous craignîmes une rupture... Mais les jours suivants, tous ces accidents se tempérèrent; la malade guérit, et depuis, la tumeur ne s'est pas reproduite.

Ce fait pourra ne pas paraître exceptionnel. Cependant, quand on réfléchira que le plus souvent l'inflammation des kystes fortement distendus est suivie de rupture (comme Simpson en a cité des exemples), et qu'alors survient une péritonite mortelle au bout de quelques heures, on conviendra que la guérison dont je viens de parler est exceptionnelle. Je ne doute pas qu'une grande part n'y revienne aux conditions dans lesquelles la phlegmasie s'est emparée des parois du kyste; et que si les accidents mortels ont été prévenus, c'est, à n'en pas douter, grâce aux ponctions répétées qui avaient été faites antérieurement, et qui avaient empêché la tumeur de s'accroître démesurément.

4° On trouve partout des exemples de *rupture* des kystes de l'ovaire suivie de guérisons; pour ma part, j'en ai observé un exemple en 1837, chez une malade qui, en se baissant pour nouer le cordon de sa bottine, ressentit tout à coup une rupture dans le ventre, et fut prise aussitôt des accidents de la péritonite. Cette femme guérit de son kyste.

Une demoiselle anglaise, âgée de 26 ans, et portant un kyste de l'ovaire, nous fut adressée, à M. Dubois et à moi, par un confrère de Londres. Comme chez la malade dont je vous ai parlé tout à l'heure, et que j'avais vue avec MM. Dubois et Jobert, nous renouvelâmes chez cette demoiselle la ponction chaque fois que le kyste acquérait la grosseur d'une tête d'enfant. Elle subit ainsi trois ponctions à six mois d'intervalle. Un mois après la dernière opération, s'étant assise brusquement sur une chaise, la malade sentit quelque chose se rompre et fut aussitôt en proie à une péritonite, comme je n'en ai jamais vu, dans l'état puerpéral, de plus formidable. Grâce à Dieu, cinq ou six jours après, la malade fut guérie. Huit ou dix mois après ces accidents, elle revint d'Angleterre, et il y a trois mois, nous avons constaté que le kyste a reparu. En septembre dernier, la malade fut envoyée aux eaux de Schwalbach; là, elle éprouva une nouvelle rupture du kyste, suivie encore d'un péritonite violente, et là voilà guérie pour la seconde fois.

La réapparition de la tumeur après la première rupture nous prouve que l'opération chirurgicale, ayant pour but d'ouvrir les kystes ovariques pour les mettre en communication avec le péritoine, ne donnera pas toujours les résultats heureux que l'on en attend.

Si nous cherchons maintenant le nombre des guérisons dont la rupture des kystes a été suivie, nous trouvons quelques chiffres que je vais indiquer, et par lesquels on voit que la guérison est plus rare qu'on ne l'a dit.

Ainsi, Simpson rapporte l'histoire d'une femme de 56 ans, à laquelle on avait déjà fait quarante-quatre ponctions; à la suite d'une chute, elle eut une rupture du kyste et une péritonite; le kyste se reproduisit, mais il ne prit pas une grande extension et il n'y eut pas lieu de renouveler la ponction. — Bright raconte un fait tout à fait semblable; deux ans après la rupture, le kyste n'avait pas reparu; la femme a succombé à une autre maladie. — M. Camus (7) cite l'observation d'une femme chez laquelle un kyste ovarique se rompit trois fois et qui, à chaque fois, eut des accidents simulant une péritonite grave; elle finit par se tirer d'affaire. Les faits de Lews, de Frerichp ressemblent entièrement à ceux que je viens d'énumérer.

Toutes ces observations semblent modelées les unes sur les autres. Ce sont toujours les mêmes accidents formidables, faisant craindre une mort prochaine; puis tout se calme; une diurèse abondante s'établit, qui dure quatre, cinq, six, huit jours, et les femmes finissent par se rétablir (quand il s'agit, entendons-nous bien, de kystes hématiques ou séreux). C'est là ce qui a fait naître l'idée d'imiter ce procédé de la nature, idée émise par M. Cazeaux dans sa thèse pour le concours d'agrégation, et qui a pour partisan M. Bonfils, de Nancy, et M. Blumdel.

Je viens de parler des ruptures innocentes ou ayant eu même de bons résultats. Voyons maintenant d'autres faits moins heureux.

M. Lasègue a observé une femme de 54 ans, chez laquelle, après quatre ponctions, le kyste, distendu de nouveau, s'était rompu, et qui était restée guérie pendant deux ans. Mais, au bout de ce temps, la poche se remplit de liquide; une cinquième ponction fut faite; le kyste reparut encore; une deuxième rupture eut lieu, mais cette fois la péritonite se termina par la mort dans l'espace de quelques jours.

Tilt raconte que, sur 70 femmes ayant eu des ruptures de kystes de l'ovaire, 22 sont mortes, 2 ont éprouvé une amélioration définitive, et 30 ont guéri. Ce chiffre de 30, je le ferai suivre d'un grand nombre de points d'interrogation. Et voici pourquoi : Tilt annonce la guérison chez des femmes qu'il a vues un mois, trois, quatre ou cinq mois après la rupture. Or, chez la demoiselle anglaise que j'ai vue avec M. Dubois, après la première rupture, la guérison paraissait complète et définitive, nous la considérions comme telle et nous triomphions..... Et vous vous rappelez qu'au bout d'un an, le kyste s'est rempli de nouveau, et qu'une deuxième rupture a eu lieu. En conséquence, les 30 guérisons rapportées par Tilt, et citées par Kiwisch, ne sauraient être accep-

tées comme assurées ; en suivant les malades, on constatera probablement sur ce nombre bien des récidives.

Dans les *Guy's Hospitals Reports* on trouve un grand nombre de faits relatifs à des ruptures de kystes suivies de mort. Ces faits ont été recueillis sous les yeux de M. Bright et de M. Addison.

Tout ce que je viens de dire ne s'applique qu'aux kystes séreux ou hématiques ; quant à ceux qui contiennent des débris d'embryon, des poils, de la matière mélicérique, s'ils viennent à s'ouvrir dans le péritoine, la mort en est fatalement la conséquence.

Jusqu'ici, je n'ai fait qu'exposer la marche naturelle des kystes de l'ovaire ; dans le traitement de ces tumeurs, l'intervention médicale n'est d'aucune utilité. Reste l'intervention chirurgicale, et je ne veux parler que de la ponction simple telle que nous la faisons tous ; moyen purement *palliatif*, c'est entendu ; mais la question est de savoir si son emploi ne peut pas aggraver la maladie. Voici encore quelques chiffres :

La *Medical Gazett* de 1834 renferme une statistique de Southam comprenant 21 ponctions simples. Sur ce nombre, on compte 4 morts dans l'espace des premières vingt-quatre heures (ces faits malheureux rappellent ceux que M. Velpeau a observés) ; 3 morts dans le cours du premier mois, 14 avant la première année ; les deux tiers des femmes ont succombé au bout d'un an ! Mais ce résultat *brut*, il reste à l'analyser dans ses détails ; après avoir compté les faits, il faudrait les peser pour en connaître la valeur.

Lee, en 1847, publia 36 observations, les unes personnelles, les autres recueillies dans un cercle très rapproché : 3 cas de mort dans l'espace des premières vingt-quatre heures ; 6 morts au bout de quelques jours ; 12 dans la première année ; 5 dans les deux années ; 1 après six ans ; 1 après quinze ans.

Kiwisch, sur 63 ponctions, compte 9 morts dans les premières vingt-quatre heures ; 6 après la deuxième ponction ; 15 après les troisième, quatrième, cinquième ou sixième ponctions ; — en tout, 1 guérison, 3 améliorations définitives, 3 morts occasionnées par des maladies indépendantes des kystes ovariques.

Frank ne voit dans la ponction de ces tumeurs qu'un moyen palliatif, moins que cela : une consolation pour la malade, *solatium*, et il l'accusait d'aggraver souvent la maladie contre laquelle on la mettrait en usage.

Il y a du vrai et du faux dans cette manière de voir, comme l'interprétation des faits va nous le démontrer. Sans doute, lorsqu'on fait la ponction de *nécessité* et non d'*élection* (qu'on me passe le mot) ; lorsque, pour plonger le trocart dans le kyste, on attend que le ventre ait pris un volume colossal et soit près de se rompre, que la femme ne puisse ni marcher ni respirer, on ne doit pas être étonné de voir les femmes mourir dans l'espace d'un an. Tout est ici dans la question *d'opportunité*. Il y a bien des années que j'ai prescrit, ou plutôt que je me suis prescrit, d'opérer ces tumeurs avant que leur volume n'excède les dimensions d'une tête d'enfant. Car si la poche s'enflamme à la suite de la ponction, cette inflammation sera d'autant moins grave que la surface du kyste et celle du péritoine dont il est revêtu sont moins étendues. De plus, les parois du kyste sont alors plus rétractiles ; ces parois n'ont pas eu le temps de devenir aussi malades qu'elles le deviendront par la protraction du même état morbide.

Je suis convaincu que la ponction palliative serait jugée moins sévèrement et ne porterait pas le stigmate que Frank lui a imprimé, si, comme M. Jobert et moi conseillons de le faire, on avait soin de pratiquer cette opération avant que le kyste n'ait acquis un très grand volume.

Peut-on indiquer les limites précises que la tumeur doit avoir atteintes pour que la ponction devienne nécessaire ? Attendra-t-on que le kyste dépasse la ligne des pubis, envahisse la fosse iliaque et s'élève vers l'ombilic ? Non, il suffit que le volume de la poche soit notable et que sa paroi, au lieu de la mollesse d'une poche faiblement remplie, offre cette dureté, cette tension qui font prévoir que la tumeur est susceptible de s'accroître, de devenir huit et dix fois plus grosse qu'elle n'est actuellement. Mais dans la supposition d'un kyste peu considérable, gros comme une orange ou la moitié d'une tête de fœtus, nous nous abstenons d'intervenir de quelque façon que ce soit ; car ici le danger est nul, y eût-il même rupture ; et la ponction, quelque simple qu'elle puisse être, est au moins inutile.

Il est incontestable que la ponction des kystes ovariques n'est pas exempte de danger, même dans les cas favorables dont j'ai parlé ; M. Jobert et moi avons même observé l'inflammation du kyste à la suite de ces tentatives. Mais cette inflammation elle-même est sans péril ; tandis que celle des larges kystes comporte un péril impossible à apprécier d'avance, impossible à conjurer. D'où je conclus que la ponction palliative, faite dans les conditions que j'ai soin d'indiquer, est une opération innocente et une opération utile, préférable par conséquent à tout autre moyen.

Un autre procédé chirurgical, imité, comme la ponction, de l'un des procédés naturels que j'ai signalés en commençant, consiste à produire l'inflammation du kyste, et cela à l'aide d'un liquide irritant, tantôt sans laisser d'issue à ce liquide, tantôt (comme l'a fait M. Barth) en lui donnant issue au moyen d'une canule à demeure. Je suis obligé de convenir que l'on doit à ce procédé quelques guérisons ; mais seront-elles durables ? Je l'ignore. Je n'ai jamais consenti à ce que de pareilles opérations soient faites ni dans mon service à l'hôpital, ni dans ma pratique ; cela m'effraie. Cependant j'ai vu des femmes qui ont été ainsi opérées, et elles se trouvaient bien. Rappelons-nous qu'il est des guérisons temporaires qui se maintiennent pendant deux, quatre, six mois et qui sont suivies du retour de la tumeur, tout comme cela a lieu après la rupture des kystes, à laquelle succède pourtant une inflammation et qui, néanmoins, ne garantit pas contre la récidive. M. Cazeaux nous dira combien il y a eu de récidives sur le nombre des cas qu'il a cités. Pour ma part, je vois, depuis six mois, une malade à laquelle on a fait une ponction et des injections iodées : il y a une récidive ; elle n'est pas périlleuse pour le moment, j'en conviens, mais elle expose la femme, dans un avenir plus ou moins rapproché, aux risques d'une nouvelle opération.

Je ne dirai rien du liquide que l'on doit préférer pour l'injection, alcool, iode, etc. ; cette question étant exclusivement du domaine de la chirurgie.

Un mot encore d'un autre procédé indiqué par M. Cazeaux et par MM. Bonfils et Blumdel, procédé qui a pour but de déterminer, à l'aide d'un instrument spécial, la rupture des kystes dans le péritoine. J'ai conseillé une opération analogue pour l'hydropéricarde ; mais remarquez qu'ici les conditions sont tout autres. Quand, par une ponction, on met en communication le péricarde et la plèvre, c'est de la sérosité qui tombe dans la cavité de cette dernière membrane ; tandis qu'en ouvrant les kystes de l'ovaire et en évacuant leur contenu dans la cavité abdominale, on met en contact avec le péritoine du liquide mélicérique ou d'autres substances si prodigieusement irritantes, que mieux vaut ne pas aller au devant de ce danger et en laisser l'*endos* à la nature.

M. Jobert (de Lamballe) : Le fait même d'une discussion engagée devant l'Académie sur le traitement applicable aux kystes ovariques, prouve que la science laisse encore à désirer sous ce rapport, et il n'est pas difficile d'apercevoir la dissidence des opinions que nos collègues ont émises. M. Cazeaux a parlé en faveur des ponctions des kystes et des injections iodées dans leur intérieur, avec une franchise, un ton éloquent et doucement échauffé qui, j'en suis persuadé, fera passer sa conviction dans l'esprit de beaucoup de médecins. M. Velpeau ne paraît pas très favorable à cette pratique, et c'est un malheur pour les injections iodées. M. Moreau, plus réservé encore, voudrait qu'on s'abstînt de toute opération. Enfin M. Trousseau vient de nous dire, au sujet des kystes ovariens, ce qu'il a vu lui-même et ce qui lui a été suggéré par ses lectures. Notre honorable collègue a cité beaucoup de travaux étrangers ; il lui eût été facile de trouver des documents importants dans les auteurs français.

Les kystes ovariques peuvent guérir sans aucune opération et avec le seul aide d'une médecine peu active. Delpech cite le cas d'une femme chez laquelle un kyste de cette espèce guérit sous l'influence d'un régime sévère ; la tumeur durcit, se réduisit au volume d'un œuf, et cela probablement par suite d'un travail inflammatoire ; du moins après d'assez longues oscillations d'accroissement et de diminution, l'absorption finit par l'emporter sur l'exhalation, et le liquide par disparaître.

Le plus ordinairement, c'est une inflammation *provoquée* qui détermine l'oblitération de ces poches. On dit que c'est quelquefois par bourgeonnement qu'a lieu l'accollement de leurs parois : je n'en ai pas observé d'exemple ; mais ce que j'ai maintes fois observé, c'est la guérison après l'inflammation spontanée ou obtenue à l'aide d'une opération.

Or, les moyens proposés sont : la ponction simple, la ponction avec fistule, les ponctions multiples, les ponctions suivies d'injections iodées, et enfin l'emploi de l'électricité.

La ponction simple, palliative, est regardée par beaucoup de personnes comme une opération exempte de danger ; rien de plus grave cependant dans certaines circonstances. Il y a sous ce rapport une distinction capitale à établir entre les kystes adhérents et les kystes mobiles ; en effet, dans le premier cas, la ponction n'occasionne jamais d'accidents sérieux ; s'agit-il, au contraire, de kystes récents, libres et flottants dans l'abdomen, le liquide s'écoule dans la cavité péritonéale, une péritonite diffuse se produit, et la mort a lieu le lendemain ou le surlendemain. Delpech a vu la mort survenir quelques heures après la ponction sous l'influence d'une péritonite, mais la blessure d'une grosse artère, que le trocart avait ouverte, paraît devoir en être accusée également. J'ai vu, vers la fin d'une opération exécutée par un chirurgien des hôpitaux de Paris, un prolongement membraniforme, tubuleux, sortir du kyste ; ce prolongement fut excisé ; quatre ou cinq heures après, la malade mourut d'une péritonite diffuse ; le liquide du kyste, liquide simplement séreux cependant, fut trouvé répandu dans la cavité abdominale.

Pour se mettre à l'abri de ces accidents, il suffit, après la ponction, de laisser la canule en place, afin de déterminer la formation d'adhérences entre les surfaces contiguës du kyste et de la paroi abdominale. C'est ainsi que j'ai l'habitude de pratiquer l'opération, et jamais je n'ai eu d'accidents à déplorer.

Il ne m'a pas été donné de voir la ponction simple suivie de guérison, mais j'ai plus d'une fois obtenu ce résultat à l'aide des ponctions multiples : il se produit dans ces cas un travail phlegmasique au sein de la tumeur, de la matière plastique s'y épanche ; et finalement la poche s'oblitère. Je possède deux faits de ce genre ; dans l'un, la guérison définitive a été constatée ; l'autre est relatif à une femme qui nous a paru guérie, mais que nous avons perdue de vue.

La ponction avec fistule à laquelle M. Barth a eu recours, avait déjà été tentée par Delpech. J'avoue que je ne suis pas très rassuré sur les suites de cette opération : les malades de Delpech ont conservé leurs kystes. L'une d'elles, à laquelle on avait déjà pratiqué 13 ponctions, ayant présenté de nouveau une distension énorme du ventre, Delpech songea, à la 14e ponction, de convertir la petite plaie en une fistule ; il substitua à la canule une sonde en gomme élastique..... Au bout d'un mois, la malade succomba à une inflammation qui avait envahi toute l'étendue de la tumeur et à l'extrême abondance de la suppuration. A l'autopsie, on trouva dans l'ovaire une grande quantité de pus et une matière sanglante très fétide. Quant au kyste, il avait diminué de volume à tel point, que susceptible de contenir 20 litres de liquide avant la ponction, il n'en admettait plus que 2 litres. Le fait de notre honorable collègue M. Barth, me paraît avoir quelque analogie avec celui que je viens de citer.

J'arrive à la question des injections iodées. J'ai eu l'occasion de les pratiquer dans 30 cas, tantôt avec la teinture d'iode pure, tantôt avec cette teinture mélangée à de l'eau. En prenant les précautions indiquées précédemment, je n'ai *jamais* observé d'accidents sérieux.

Quant au résultat définitif, voici ce que j'ai noté. Plusieurs fois les kystes ont récidivé après que la tumeur eut semblé complétement oblitérée. Loin de déterminer des accidents inflammatoires, l'injection arrête au contraire ceux qui existent déjà, de même que l'injection dans la tunique vaginale, mise en usage contre l'hydrocèle, modère instantanément les symptômes de l'orchite. C'est ce que j'ai observé chez une Anglaise portant un kyste ovarique, dans lequel évidemment existait un travail inflammatoire.

Il y a, au reste, la plus grande analogie entre ce qui se passe dans la tunique vaginale à la suite de l'opération de l'hydrocèle et ce qui a lieu après l'injection d'iode dans les kystes de l'ovaire. En effet, le liquide se reproduit d'abord et redonne à la poche ses premières dimensions ; puis il se condense, se métamorphose, se concrète. Chez l'une de mes opérées, la guérison se maintient depuis six ans ; j'ai obtenu plusieurs résultats analogues sur des femmes de mon service. Une d'entre elles, complétement guérie d'un kyste de l'ovaire gauche, est rentrée à l'hôpital avec un kyste de l'ovaire droit.

Je considère donc les injections iodées comme inoffensives, pourvu que l'inflammation dont elles sont suivies n'occupe pas une surface trop étendue.

Peut-on espérer la guérison de tous les kystes de l'ovaire ? Non évidemment. Ceux dont les parois sont cartilagineuses, ceux qui renferment du cancer, ne se prêtent nullement à la méthode que je viens d'exposer. On regarde comme également au-dessus de nos ressources thérapeutiques les kystes multiloculaires. Cependant, dans un cas de tumeur multilobaire de la thyroïde, j'ai réussi, à l'aide d'une injection iodée poussée dans l'une des vésicules, à obtenir l'affaissement de la tumeur tout entière ; probablement le liquide irritant avait agi par endosmose sur les vésicules voisines. Chez la femme d'un garde, affectée d'un kyste multiloculaire de l'ovaire, la guérison fut obtenue à l'aide de l'électricité ; cinq ou six séances suffirent pour déterminer la coagulation du liquide ; aucun travail inflammatoire ne survint ; il y eut seulement un peu de sensibilité au niveau des points où l'aiguille avait pénétré. Deux ans après, la tumeur s'affaissa, et aujourd'hui il ne reste plus qu'une dureté circonscrite placée sur le côté gauche du bassin.

En résumé, dans mon opinion, la ponction palliative n'est jamais grave quand des adhérences sont établies entre les kystes et la paroi abdominale ; la ponction avec fistule est une opération dangereuse ; les injections iodées et l'électricité, exemptes d'inconvénients sérieux quand on les emploie avec certaines précautions, peuvent amener la guérison des kystes, sans que, jusqu'à présent, on puisse se rendre compte du mécanisme par lequel ce résultat est obtenu.

M. le docteur Poterin Du Motel présente une pièce anatomique consistant en une tumeur développée entre le côté gauche de la protubérance et l'hémisphère correspondant du cervelet ; elle n'adhérait à la protubérance que par quelques tractus vasculaires ; la racine sensitive de la cinquième paire était déplacée. Sur le cerveau, au niveau du lobe sphénoïdal, sur le cervelet et la protubérance, on apercevait une dépression profonde dans laquelle la tumeur était logée ; de plus, le bulbe était incurvé à droite. — Le tissu de la tumeur avait l'épaisseur du tubercule.

L'individu qui portait cette tumeur était frappé d'imbécillité depuis l'âge de 19 ans, et il a succombé à l'âge de 53 ans. Il n'a présenté aucune altération du mouvement ou de la sensibilité, mais seulement des allures insolites ; il portait habituellement le corps incliné en avant, la tête penchée à gauche et agitée d'un mouvement restreint de rotation. De temps à autre, et à des périodes très irrégulières, il avait des accès de phrénésie vertigineuse, dans lesquels il poussait des cris de bête fauve, et dépensait en quelques instants la somme de mouvement accumulée dans ses longues périodes d'inertie.

La séance est levée à cinq heures.

COURRIER.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE D'ORIENT.

Souscription ouverte dans les bureaux de l'Union Médicale :

Troisième liste : Docteur Bégin, président du Conseil de santé des armées, 100 fr. ; docteur Aug. Deluy, médecin-major des chasseurs à pied de la garde impériale, 20 fr. ; docteur Penoyée, 50 fr. ; Hutin, médecin principal à l'hôtel des Invalides, 30 fr. ; Faure, id., 30 fr. ; Peyre, id., 20 fr. ; Perrier, médecin-major, id., 20 fr. ; Langlois, pharmacien principal, id., 30 fr. ; Coupart, id. aide-major, id., 10 fr. ; Boudin, médecin principal en chef à l'hôpital militaire du Roule, 60 fr. ; Perrier, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Roule, 20 fr. ; anonyme, 5 fr. ; docteur L. Sandras, 10 fr. ; docteur Bonnassies, 5 fr. ; docteur Billout, 5 fr. ; Tripier, pharmacien principal à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, 40 fr. ; Manblanc, pharmacien-major, id., 20 fr. ; Lisse, pharmacien aide-major de 1re classe, id., 10 fr. ; Bourlier, pharmacien aide-major de 2e classe, id., 5 fr. ; Dauzats, pharmacien sous-aide, id., 5 fr. ; Worms, médecin principal de 1re classe, id., 40 fr. ; les pharmaciens de l'hôpital militaire de Lyon, 25 fr. 50 c.

Total.	560 fr. 50
Listes précédentes.	515 fr. »
Total de l'Union Médicale.	1,075 fr. 50

— M. le docteur Thore père, l'un des plus habiles et des plus honorables praticiens des environs de Paris, vient de succomber à une attaque d'apoplexie. Depuis plus de cinquante ans, M. Thore exerçait la médecine à Sceaux, où il laisse un fils dont nos lecteurs ont souvent pu apprécier le mérite par les intéressantes observations qu'il a publiées dans la *Gazette*.

— M. le docteur Barraud, ancien interne des hôpitaux, ancien prosecteur à l'École de médecine de Lyon, vient de mourir dans cette ville, à l'âge de 45 ans.

— Le gouvernement portugais ayant eu connaissance des progrès du choléra à Madère et de la nécessité de prompts secours, a expédié récemment plusieurs médecins et pharmaciens, 100 lits complets, un grand assortiment de médicaments et de l'argent pour les dépenses extraordinaires.

Les dernières nouvelles annoncent que l'épidémie est en voie de diminution ; mais l'on comptait 840 décès depuis l'invasion. Il est à remarquer que c'est la première fois que le choléra se manifeste à Madère.

— Un nouveau journal de médecine vient de paraître à Paris ; il est intitulé *Revue étrangère médico-chirurgicale*, et est spécialement destiné, ainsi que son titre l'indique, à donner la traduction des travaux publiés dans la presse médicale étrangère.

En vente le tome 2e du **Nouveau dictionnaire pratique de médecine, de chirurgie et d'hygiène vétérinaires**, publié avec la collaboration d'une société de professeurs vétérinaires et de vétérinaires praticiens, par MM. H. Bouley, professeur de clinique à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, secrétaire de la Société impériale et centrale de médecine vétérinaire, membre de l'Académie impériale de médecine et de l'Académie royale de médecine de Belgique, etc., etc., et Reynal, chef de service de clinique à l'École impériale vétérinaire d'Alfort, membre de la Société impériale et centrale de médecine vétérinaire, de la Commission d'hygiène hippique, membre correspondant de la Société impériale et centrale d'agriculture, etc.

Le prix de ce volume, de 759 pages, est le même que celui du précédent, 7 fr. 50 c. rendu franc de port dans toute la France.

A Paris, chez Labé, libraire, place de l'École-de-Médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 129. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 25 Octobre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. THÉRAPEUTIQUE : Note sur le traitement de la phthisie pulmonaire. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — III. (Clinique médicale de Strasbourg) : Ictère grave ; état typhoïde ; diminution de volume du foie ; hémorrhagies ; crampes ; guérison. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie des sciences.) Séance du 13 octobre : Mouvements du cœur. — Influence des ganglions semi-lunaires sur les intestins. — Cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymale. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE (1) ;

Par M. Amédée LATOUR.

VIII.

Eaux minérales. — C'est le point le plus délicat, le plus difficile, le plus obscur, et j'ose dire le plus grave de la question de la thérapeutique de la phthisie pulmonaire.

J'exprimerai d'abord un regret et une plainte.

Un regret, de ce que les médecins qui exercent près des sources renommées comme favorables à la guérison de la phthisie pulmonaire, n'aient pas publié les résultats de leur pratique et n'aient pas doté l'art et la science d'un travail véritablement sérieux sur les indications de l'emploi de l'hydrologie dans le traitement de cette terrible maladie.

Une plainte, c'est que ces mêmes médecins qui connaissent, qui doivent connaître, ou bien ils ne sont utiles à rien, les véritables indications de telles ou telles sources, semblent s'envelopper d'ombre et de mystère, et laissent leurs confrères, en présence de ce sphynx pathologique, lui servir trop souvent de pourvoyeurs de victimes.

C'est en effet pour moi une conviction profonde, basée sur un grand nombre de faits, que l'emploi irrationnel des eaux minérales précipite la marche et hâte la terminaison funeste de la phthisie pulmonaire.

L'emploi des eaux minérales est pourtant une banalité thérapeutique, et que la plupart des médecins conseillent comme par acquit de conscience.

Eh bien ! je ne crains pas de faire appel à leur conscience et de les supplier de dire s'ils savent et sur quelles données d'observations ils savent :

Quelles sont les eaux dont l'emploi s'est trouvé le plus favorable à la guérison de la phthisie ;

A quelle époque de la phthisie elles se sont montrées favorables ;

A quelles formes de la phthisie elles ont été favorables ;

Combien de temps a duré cette action favorable.

Pour moi, je le déclare, je ne sais pas le premier mot de tout cela, et mon esprit flotte dans la plus pénible incertitude, quand je vois des médecins que j'estime et que j'honore conseiller et vanter, celui-ci des eaux chaudes, celui-là des eaux froides, l'un des sulfureuses, l'autre des salines, ici des gazeuses, là des bromurées, des iodées, des arsénicales, mais tous faire le plus pompeux éloge de leur source de prédilection.

Où est la vérité dans tout cela ?

Elle est sans doute un peu partout, mais à côté de l'erreur dont il serait si important de pouvoir la dégager.

Il est probable que succès et insuccès de l'emploi des eaux minérales tiennent à la diversité des formes de la maladie, comme de la même cause dépend le résultat très différent de quelques autres médicaments très employés dans le traitement de la phthisie.

La collection de phénomènes pathologiques dont l'ensemble constitue la phthisie pulmonaire, présente au thérapeutiste deux éléments également dignes de son attention et sans la considération desquels il pourra égarer son traitement dans des voies inutiles ou dangereuses :

L'élément local, anatomique, toujours le même, le tubercule, émanation et produit de

L'élément général ou diathésique, celui-ci variable, complexe et imprimant à la maladie toute sa phénoménalité symptomatique, sa marche lente ou rapide, son retentissement plus ou moins sensible sur l'économie, sa terminaison, enfin, qui, grâce à lui, n'est pas toujours fatalement mortelle.

Les anciens médecins, moins préoccupés que nous le sommes de l'état local dont la découverte de l'auscultation nous permet de suivre toutes les phases, avaient admis des formes nombreuses de la phthisie, trop nombreuses sans doute, et qui toutes ne sont pas légitimes ; mais n'avons-nous pas été trop loin nous-mêmes, en concentrant toute notre attention sur cet état local, et en ne tenant pas un compte suffisant des modifications évidentes que lui imprime l'état diathésique ?

Le tubercule, sorte de corps étranger que le sang dépose dans le poumon, s'y conduira différement selon l'état général de l'économie.

C'est une graine qui va passer toutes les phases de la germination, selon le terrain qu'elle rencontre et les milieux qui l'environnent.

N'est-il pas vrai que vous voyez ici des tuberculisations marcher avec une rapidité effrayante, là avec une lenteur incalculable ? N'est-il pas vrai qu'il est des tubercules qui ne germent jamais, pour ainsi dire, et qui, déposés dans le poumon, ne donnent lieu à aucun retentissement appréciable sur l'économie ?

A quoi rapporter ces différences, si ce n'est à la constitution, à l'état général, à la diathèse ?

Et comment dès lors admettre qu'un modificateur général aussi puissant que les eaux minérales puisse uniformément agir sur une affection générale aussi diverse et à manifestations aussi dissemblables ?

Théoriquement, je n'en crois rien ; expérimentalement, j'ai la preuve du contraire. Que chacun dise ce qu'il a vu sur ce point, et la lumière se fera peut-être. Quant à moi, voici ce que j'ai vu :

Le phthisique dont les tubercules sont encore à l'état de crudité, mais qui tousse beaucoup, qui maigrit rapidement, qui a une petite fièvre continue ou avec exacerbation le soir, dont la maladie, en un mot, présente la forme inflammatoire à ses divers degrés, ce phthisique ne retire aucun bénéfice d'une saison aux eaux, aux eaux quelconques, sulfureuses ou salines, dont l'emploi n'éveille au contraire qu'une excitation nouvelle qui donne plus d'activité et de rapidité à la marche de la maladie.

J'ai vu cependant quelques exceptions à ce résultat très général, et les malades qui les ont présentées avaient passé leur saison à une source sulfureuse *froide*.

Dans ces conditions, je n'ai vu non plus aucune amélioration survenir de l'emploi de l'huile de foie de morue, médicament si généralement employé et si irrationnellement quelquefois. Dans la forme inflammatoire, l'huile de poisson est un médicament plus nuisible qu'utile. Et cela se conçoit ; l'huile est un aliment respiratoire par excellence ; elle vient se brûler dans le poumon ; c'est littéralement de l'huile jetée sur le feu.

Si, dans ces conditions malheureusement les plus fréquentes, vous connaissez, sur un point du globe, une eau minérale véritablement *antiphlogistique*, hâtez-vous d'y envoyer vos malades. Moi qui n'en connais pas et qui suis pris d'une grande appréhension à l'endroit des eaux minérales, je me borne à prescrire à ces phthi-

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 Août, 2, 9, 16, 23, 30 Septembre et 14 Octobre 1856.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
Pendant le 1er semestre de 1853-1854,
PAR M. ANDRAL,
Professeur de pathologie et de thérapeutique générales,
Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Analyse du *Methodus medendi* : Dédicace à Hiéron. Principes philosophiques de Galien en thérapeutique : l'expérience et le raisonnement. Quelques détails sur le traitement de l'*ulcère* du poumon (phthisie pulmonaire) ; considérations sur l'emploi de la saignée dans les fièvres. — Opinion de Galien sur l'usage de l'eau froide en thérapeutique. — Classification des médicaments d'après Galien. — Appréciation de Galien comme thérapeute.

XXXII (1).

Thérapeutique de Galien.

Parmi les écrits que Galien a laissés sur la thérapeutique, les uns ont pour objet des questions générales, les autres des questions particulières. Entre ces derniers, il en est qui sont relatifs à la matière médicale ; d'autres, œuvres de dialectique et de critique, ne contiennent que des discussions sur la valeur de certaines méthodes de traitement ; exemple : sur l'*utilité de la saignée*, sur l'*emploi des purgatifs*, etc.

Il y a deux ouvrages de thérapeutique générale, le *Methodus medendi* et le *De arte curativa*.

Le *Methodus medendi*, l'une des œuvres les plus considérables de Galien, sinon en mérite, du moins en étendue, se compose de quatorze à quinze livres, dont la moitié à peine est réellement consacrée à la thérapeutique, le reste étant rempli par des discussions sur divers points de pathologie et des répétitions de théories médicales cent fois exposées.

Le commencement de l'ouvrage est dédié à Hiéron, le reste à un autre personnage, voici comment l'auteur débute :

« Ce qui m'a empêché, ô Hiéron, de mettre plutôt au jour cet ouvrage, ç'a été surtout la crainte de le produire en vain. Car, dans notre siècle, presque personne n'a à cœur la recherche de la vérité. On est tellement entraîné par l'amour de l'argent, des honneurs, de la volupté, que celui qui s'adonne à l'étude de la sagesse est presque regardé comme un insensé. Pour la plupart des hommes de ce temps, la sagesse, qui est la science des choses divines et humaines, n'existe pas. Ce n'est pas celui qui excelle dans les connaissances philosophiques qu'ils placent en premier rang, mais celui qui vide le plus de verres. Sont-ils malades, ils n'appellent pas, ils n'enrichissent pas les meilleurs médecins, mais ceux qui les flattent, qui obéissent à leurs caprices. Veulent-ils boire froid, ils le leur permettent ; ils se font, en un mot, leurs complaisants, bien différents des anciens descendants d'Esculape, qui commandaient à leurs malades comme des généraux à leurs soldats, comme des rois à leurs sujets.

» Ainsi se conduisait à Rome l'impudent Thessalus, arrivé à ce degré de témérité, qu'il se vantait d'enseigner tout l'art de la médecine en six mois. Attirés par une semblable promesse, on a vu les cordonniers, les tailleurs, les artisans de toutes sortes, quittant leurs occupations manuelles, se rassembler en foule autour d'un tel maître, et, au grand détriment du genre humain, se mettre à exercer la plus noble et la plus sainte des professions. Mais c'est une maxime de bon sens reconnue par tous les sages, que l'on ne peut entreprendre sûrement la cure des maladies, si d'abord l'on ne connaît pas la nature du corps dans toutes ses parties. Aussi Hippocrate, notre maître à tous, nous a-t-il recommandé d'étudier tous les détails de la nature humaine. Il faut, pour établir la légitimité d'une bonne thérapeutique, que l'on étudie dans le corps, et sa composition et ses qualités. » Il finit en qualifiant de folie l'opinion des méthodistes qui, faisant abstraction de toutes ces différences de mélanges, ne voient, dans toute maladie, que deux sortes d'altérations, le *strictum*, et le *laxum*. « Ils ne sont pas plus raisonnables que le naturaliste qui, négligeant les caractères nombreux qui distinguent les animaux entre eux, ne s'attacherait qu'à quelques-uns de ces caractères, et, par exemple, diviserait tout simplement les animaux par ce seul caractère qu'ils sont ou ne sont pas raisonnables. »

Dans le premier livre du *methodus medendi*, Galien établit le principe général sur lequel repose la thérapeutique. Puisque, dit-il, aux yeux du sens commun, comme à ceux de la science, la maladie consiste dans le trouble d'une ou de plusieurs fonctions, le but de toute méthode curative est de ramener à leur état normal les parties du corps qui s'en sont écartées, car toute altération d'action ou de fonction suppose celle de l'instrument ou de l'organe chargé de l'accomplir. Lorsqu'il s'agit de traiter une maladie, il faut s'enquérir d'abord de l'altération de la substance, du trouble de l'action ou de la fonction, et, enfin, des causes qui ont produit cette lésion et ce trouble. Le traitement doit être dirigé non pas contre le trouble de l'action, mais contre l'état anormal du corps, contre la cause du trouble fonctionnel.

Le IIe livre s'ouvre par un exposé des règles de la nomenclature des maladies. Les noms ont été tirés du siége de la lésion : pleurésie, pneumonie, podagre, néphrite, céphalée, ophthalmie, etc. ; des symptômes : paralysie, dyspnée, spasmes, etc. ; de la cause présumée : mélancolie, etc. ; de la ressemblance avec certains objets extérieurs : polype, cancer, éléphantiasis, anthrax, staphylôme, etc. ; de leur similitude avec des phénomènes naturels : phlegmon, etc. ; enfin les noms des maladies ont été arbitrairement imposés : œdème, dotiène (dothinenterie), furoncle, etc. La connaissance de la nomenclature est indispensable pour traiter convenablement une maladie.

Parmi les autres connaissances que tout médecin doit préalablement posséder avant d'entreprendre un traitement, figurent : 1° la science des conditions ordinaires de la santé, c'est-à-dire de l'état normal des diverses parties du corps ; 2° la connaissance exacte de l'état des humeurs.

Ce qui fait l'excellence d'une méthode thérapeutique, c'est de s'appuyer à la fois sur l'expérience et sur le raisonnement. L'empirisme seul ne peut arriver à guérir toutes les maladies. Il en est de même de la médecine rationnelle. La perfection de l'art consiste dans l'alliance de l'observation, qui constate et nombre les faits, et du raisonnement, qui en tire des lois générales, sur lesquelles sont fondées les indications thérapeutiques, les unes communes à toutes les maladies, les autres propres à certaines affections spéciales.

IIIe livre. Il ne suffit pas d'avoir posé les indications, il faut encore les remplir. L'observation et le raisonnement nous en donnent encore les moyens. C'est l'union du raisonnement et de l'expérience qui forme le vrai médecin.

Viennent ensuite de longs détails sur les moyens de traitement. Moyens employés contre les diverses solutions de continuité tant externes qu'internes ; moyens de traitement dirigés contre les hémorrhagies, les fièvres,

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 janvier, 7, 19 février, 8, 15 avril, 15, 22, 27 mai, 26 juin, 3, 10, 31 juillet, 4, 11, 18 et 25 septembre 1856.

siques, le lait de chèvre minéralisé à petites doses par le chlorure de sodium, quelquefois le petit-lait seulement, quand l'élément inflammatoire est trop prédominant, et ma conscience me dit, les résultats me prouvent que je remplis des indications plus rationnelles. Il me semble que j'agis dans une double direction et que j'atteins un double but : calmer, apaiser l'élément local par la diète lactée; influencer l'élément diathésique par les chlorures de sodium, modificateur général d'une grande puissance.

Le phthisique dont la maladie marche avec plus de lenteur, sans retentissement immédiat grave sur la constitution, dont les progrès lents mais continus finiront cependant par altérer sérieusement l'économie s'ils ne sont enrayés, ce phthisique reçoit quelquefois une influence favorable de l'emploi des eaux minérales, et principalement des eaux sulfureuses.

Ici deux cas se présentent, c'est du moins ce que j'ai vu. Tantôt l'excitation inévitable que produit l'eau minérale, le *coup de fouet* qu'elle imprime à l'économie, donne à la phthisie une activité nouvelle. La fièvre s'allume, une réaction inflammatoire se manifeste, les tubercules se ramollissent, et si par bonheur, la tuberculisation n'a envahi qu'une petite portion du poumon, si la diathèse sommeille ou qu'un traitement convenable vienne modérer ou suspendre ses nouvelles manifestations, les petites cavernes vidées peuvent se cicatriser, les phénomènes locaux et généraux s'affaiblir et s'éteindre, et un état de santé relatif satisfaisant peut succéder à cet orage.

Tantôt la tuberculisation a envahi une portion considérable du poumon ou des poumons, et alors l'orage qui éclate ne peut pas être maîtrisé; la fonte tuberculeuse survient avec son triste cortége, ses inexorables symptômes, et le malade qui pouvait vivre plusieurs années peut-être, succombe avant l'heure par les suites de cette excitation hydropathique.

Ainsi, pour cette forme de la phthisie, l'emploi des eaux minérales est une sorte de défi jeté à la nature; le médecin la provoque; il sortira de la lutte vainqueur ou vaincu, selon qu'il aura suffisamment considéré l'étendue de la lésion locale et les forces réactives de la constitution.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (1);

Recueillies par M. Richard-Maisonneuve, interne du service.

Douzième Leçon (suite).

Rachitisme de la tête. — Le rachitisme du crâne se manifeste par la lenteur de l'ossification de ses parois; de là la longue persistance des intervalles membraneux qui séparent primitivement les os du crâne. Or, comme le cerveau continue de s'accroître, le crâne s'étend surtout dans ses parties membraneuses, qui sont plus larges proportionnellement que dans les sujets sains.

On a depuis longtemps signalé la largeur et la persistance des fontanelles dans le rachitisme. Nous avons constaté dans cet hôpital, par l'examen d'un grand nombre d'enfants, que la fontanelle fronto-pariétale est généralement fermée vers l'âge de 2 ans ou 2 ans 1/2, lorsqu'il n'existe point de rachitisme; tandis que, chez la plupart des rachitiques, elle est encore distincte à cet âge et persiste souvent jusqu'à 3 ans et au delà. Nous avons vu dernièrement, sur un enfant qui avait près de 2 ans, les espaces membraneux se prolonger même entre les bords des os, qui ne se joignaient pas.

Les sutures, dans le rachitisme du crâne, se forment donc tard et restent longtemps imparfaites. Celles qui doivent disparaître, comme la suture frontale, s'effacent plus tardivement.

M. Baillarger (1) faisait remarquer dernièrement l'influence du volume du cerveau sur le développement du crâne. Il rappelait l'ossification imparfaite de la tête des hydrocéphales, qui a tant de rapport avec celle de nos enfants rachitiques. Réciproquement, le défaut de résistance du crâne paraît influer sur le développement du cerveau, ainsi que sur la formation de l'hydrocéphalie. La grosse tête de beaucoup de rachitiques, même abstraction faite de la petitesse des autres parties du corps, la saillie des protubérances (2) et en particulier des bosses frontales, la fréquence de l'hydrocéphalie dans le rachitisme, voilà trois faits déjà reconnus par Glisson et qui tendent à démontrer cette influence.

Le rachitisme intra-utérin est souvent accompagné d'hydrocéphalie, comme on en voit un bel exemple dans la pièce n° 514 du musée Dupuytren, et il est plus rationnel d'attribuer, dans ce cas, l'hydrocéphalie à l'arrêt de développement des os que d'admettre l'explication inverse.

De même que dans l'hydrocéphalie, l'ossification du crâne des rachitiques se fait souvent par points multiples. Non seulement les os wormiens se multiplient, mais les rayons osseux eux-mêmes sont décomposés en petites aiguilles séparées par des intervalles membraneux. Ce fœtus, présenté autrefois par M. Houël à la Société anatomique, offre ce caractère à un haut degré.

Dans cette ossification irrégulière, quelques points membraneux peuvent subsister plus tard, et c'est de cette manière que se seront formés les ouvertures et les points transparents qui se voient sur ce crâne de jeune sujet.

L'état d'imperfection des os du crâne peut aller encore plus loin. M. Elsesser et d'autres médecins allemands ont décrit un rachitisme crânien qui porte surtout sur l'occipital. Dans cette variété, qu'ils nomment *occiput mou*, le rachitisme est beaucoup plus prononcé au crâne que dans le reste du squelette.

Dans l'examen du rachitisme crânien, il faut comme pour les autres os, tenir compte des périodes parcourues. L'éburnation est fort rare dans le crâne. Si le rachitisme s'est montré de très bonne heure, il peut se faire que l'ossification soit avancée, que les fontanelles se ferment avant le terme ordinaire.

Ce fait devrait être distingué de ceux où l'ossification précoce des fontanelles dépend uniquement, comme l'a dit M. Baillarger (3), de la microcéphalie. Le hasard nous amène un exemple de ce dernier ordre, qui offre d'autant plus d'intérêt, que M. Baillarger lui-même n'a pas eu l'occasion de rencontrer une preuve aussi directe du phénomène qu'il a fait connaître. Ce phénomène est, en quelque sorte, l'opposé de ce qui se passe dans le rachitisme, et le contraste qu'il forme avec cette dernière affection vous rendra plus sensibles encore les faits que nous étudions.

L'enfant qui nous offre cet exemple est âgé de 4 mois. Sa mère a eu deux autres enfants; l'un est mort, et l'autre, âgé de 3 ans 1/2, est idiot. Celui que vous voyez a le corps bien conformé; il est grand, et ses membres ne présentent pas de courbure sensible. Le thorax est légèrement déprimé sur les côtés. La tête est très petite, le front déprimé, et si vous cherchez la place des fontanelles et des sutures, au lieu de trouver des parties molles et membraneuses, vous ne sentez sous les doigts que des os. La fontanelle, les sutures frontales, lambdoïdes sont déjà soudées. Autant qu'on peut en juger à cet âge, le développement intellectuel ne paraît pas aussi avancé que chez un autre enfant.

Le rachitisme crânien n'est pas un des plus communs. Ce n'est guère qu'à une période avancée de l'altération générale du système osseux, qu'il existe à un degré bien prononcé. Néanmoins nous avons pu, cette année, diagnostiquer souvent un rachitisme en considérant l'état des fontanelles relativement à l'âge de l'enfant.

Les os de la face sont rarement altérés par le rachitisme, au moins d'une manière sensible. On a dit cependant que la mâchoire inférieure était quelquefois trop peu développée pour loger les dents, qui poussent alors irrégulièrement. En général, l'évolution des dents est tardive; elles sont souvent noirâtres, cariées, et elles tombent prématurément.

Rachitisme des vertèbres. — Le rachis est plus rarement affecté de rachitisme que les autres pièces du squelette, bien qu'on se soit servi de son nom pour désigner la maladie. La région lombaire est celle qui est le plus souvent déformée.

L'altération la plus fréquente est le relâchement des ligaments du rachis, en partie produit par la faiblesse des muscles qui leur laissent supporter tout le poids du tronc. Il en résulte, quand les enfants sont assis, une courbure à convexité postérieure, simulant parfois une véritable gibbosité, mais qui peut être passagère. C'est une courbure de ce genre qui existait sur cette colonne vertébrale que j'ai recueillie en 1827 dans cet hôpital. On crut à un mal vertébral, et on appliqua des cautères. Vous voyez que les vertèbres ont la même épaisseur en avant et en arrière. La courbure provenait uniquement de la laxité des ligaments; elle disparaissait dans l'extension.

Quand les vertèbres elles-mêmes sont ramollies, elles s'affaissent à leur partie antérieure ou sur leurs côtés, et il se produit des déformations consécutives de deux sortes : des courbures antéro-postérieures et des courbures latérales. Dans ce cas, ces courbures sont persistantes. Ces pièces et ces squelettes de divers âges vous donneront une idée de ce genre de désordres. Vous y verrez les corps vertébraux taillés en forme de coins, de manière à décrire par leur réunion des arcs diversement dirigés.

Les courbures latérales rachitiques sont semblables aux courbures latérales essentielles de l'épine, dont j'espère vous parler un jour. En voici plusieurs exemples; il est impossible, en prenant l'une de ces colonnes, de dire qu'elle appartient à un sujet rachitique, si on ne voit pas en même temps les membres.

Voici une colonne rachidienne d'un jeune sujet de 2 ans et 4 mois, qui présente un cas fort rare de soudure rachitique de deux vertèbres (les 2e et 3e lombaires). L'affaissement des vertèbres en avant, la destruction du ligament inter-vertébral, les ont mises en contact immédiat, et leur substance spongieuse est devenue continue. J'ai hésité entre cette explication et la supposition d'un mal de Pott, d'une affection tuberculeuse ou d'une carie qui aurait guéri par soudure osseuse. Mais les caractères anatomiques des os, la considération des symptômes qui ont existé pendant la vie, m'ont convaincu que ce ne pouvait être qu'une courbure rachitique.

Rachitisme du thorax. — On rencontre chez les rachitiques des déformations du thorax qui ne sont qu'un effet mécanique des déformations du rachis, comme dans la courbure latérale essen-

(1) Voir les numéros des 8, 17, 19, 26, 31 juillet, 9, 14, 26 août, 6, 13, 20, 23 septembre, 4, 9, 16 et 23 octobre.

(1) *Gazette des hôpitaux*, numéro du 2 août 1856.
(2) *De Rachit.*, c. 20, 21.
(3) *Loc. cit.*

---

l'inflammation, etc.; il y a là de la thérapeutique à la fois médicale et chirurgicale. A propos du traitement des ulcères, il dit que, dans les cas où les topiques ne parviennent pas à cicatriser ces solutions de continuité, il faut avoir égard à l'état du sang, dont la composition est souvent altérée en pareil cas, et porter sur ce liquide même les agents thérapeutiques. Certaines maladies exigent donc un traitement à la fois local et général.

Le livre IVe contient l'exposé du traitement des différents ulcères, de l'ulcère du poumon en particulier, du rein, de la vessie.

Le livre Ve est consacré au traitement des hémorrhagies, contre lesquelles Galien propose les *petites saignées* répétées plusieurs fois à intervalles rapprochés; les ventouses placées plus ou moins loin du lieu de l'hémorrhagie; sur les mamelles dans la métrorrhagie. Il discute l'utilité des réfrigérants, des astringents, des ligatures, et traite de la différence de gravité entre les hémorrhagies, suivant qu'elles proviennent d'une veine ou d'une artère.

Contre l'hémoptysie, phénomène très grave, lié, le plus souvent, dit-il, à l'ulcère du poumon, Galien propose une série de moyens différents. Ce sont d'abord les petites saignées répétées plusieurs fois par jour jusqu'à ce que l'hémorrhagie s'arrête, les emplastiques, les astringents, les purgatifs tant qu'il n'existe pas de diarrhée spontanée; il vante des pilules dont il est l'inventeur et qui sont composées d'aloès, de scammonée, de coloquinte, de bidellium, d'agaric et de gomme arabique.

Galien recommande particulièrement, dans ces cas, l'usage du lait de vache, d'ânesse, de chèvre. Les animaux qui fournissent le lait devront être bien nourris, spécialement de plantes balsamiques et aromatiques. Un air pur, de petites promenades, quelques bains tièdes, une alimentation réparatrice, seront les adjuvants utiles des moyens précédents. Du reste, le traitement n'aura quelque chance de succès qu'avant le début de la fièvre; une fois la fièvre allumée, il est trop tard.

Le livre VIe est essentiellement chirurgical. L'auteur y traite des fractures, des plaies, des blessures, des piqûres des muscles et des nerfs. Le traitement des blessures varie suivant la région. A propos des blessures des parois abdominales, il examine le cas où les intestins seraient mis à nu, piqués et divisés; il regarde comme curables toutes les plaies de l'intestin, à l'exception de celles du jéjunum.

Le livre VIIe est consacré au traitement des maladies essentielles et des fièvres. « J'ai écrit ce livre, dit-il, non pour le monde, mais pour mes amis et pour moi-même, et aussi un peu pour oublier la vieillesse. » Il y reprend sa doctrine des fièvres. Le traitement sera différent, suivant que la fièvre sera éphémère ou persistante (synoque). Dans les deux cas, cependant, la saignée est utile, quelle que soit la nature de la fièvre. Toutefois, les émissions de sang seront plus ou moins abondantes, suivant les caractères de la fièvre, la constitution de l'individu, la saison, le climat, etc. Les tempérants, les réfrigérants, les lavages fréquents à l'eau tiède, rarement à l'eau froide, quelquefois les purgatifs seront les adjuvants de la saignée. Lorsque la fièvre tient à l'existence d'une autre maladie, il faut traiter cette maladie pour faire disparaître la fièvre. Une fois le mouvement fébrile calmé, il faut alimenter le malade en commençant par des aliments légers dont on augmente graduellement la force et la quantité, Galien repousse la diète absolue.

Lorsque la fièvre est ardente (*Cosus* d'Hippocrate), que le pouls est bondissant, les pulsations artérielles violentes, la saignée doit être poussée jusqu'à la défaillance. Galien dit avoir employé ce moyen dans un très grand nombre de fièvres synoques.

Parmi les passages remarquables du *Methodus medendi*, il en est un certain nombre qui sont relatifs à l'usage de la saignée, dont Galien faisait un large emploi. Dans le livre IXe on lit le passage suivant : « Le plus grand remède des fièvres continues, c'est la saignée. Elle doit être faite toutes les fois que l'état des forces le permet, indépendamment de la nature présumée de la fièvre, et souvent il sera nécessaire de la pousser jusqu'à la défaillance. » La saignée agit, suivant Galien, en refroidissant le corps, c'est-à-dire en déterminant, chez l'individu atteint de fièvre, un état contraire à l'état morbide, qui est un excès de chaleur : *contraria, contrariis*..... Galien fait remarquer que, généralement, les malades éprouvent un sentiment de bien-être à mesure que le sang s'écoule. Rien de plus agréable, dit-il, pour les malades, que ce rafraîchissement. On observe, en outre, dans quelques cas, un certain nombre de phénomènes qui peuvent avoir leur utilité : déjections alvines, vomissements bilieux, sueurs plus ou moins abondantes, généralement douces et d'heureux augure.

« De tous les fébricitants que j'ai vus, ajoute Galien, et chez lesquels la fièvre dépendait de l'obstruction, aucun de ceux qui perdirent du sang dès le début n'arrivèrent à la fièvre putride. Mais, pour cela, il faut que la saignée soit abondante et poussée même jusqu'à la défaillance. En s'abstenant de la saignée au début, on place le malade dans le plus grand danger, et il ne peut éviter la putridité que de deux manières : ou par l'énergie de sa nature, ou par le bénéfice d'une sueur abondante, ou d'une hémorrhagie spontanée. » De là le précepte donné par Galien de saigner au début des pyrexies. Mais ce n'est pas seulement au début que la saignée est utile, on peut encore la pratiquer avec avantages à toutes les époques de la maladie, en prenant pour règle exclusive l'état des forces. Les applications froides peuvent, dans quelques cas, remplacer les émissions sanguines, mais il ne faut employer ce moyen qu'avec une extrême circonspection. Il ne faut pas oublier que le froid peut être dangereux et empêcher la coction des humeurs épaisses; trop énergiquement employé, il ébranle d'une manière fâcheuse les parties faibles du corps, produit souvent des accidents tels que la dyspnée et les convulsions. L'auteur distingue deux cas relativement à l'application du froid modéré : 1° ou la pyrexie est simple, sans complication, et alors le froid peut être appliqué hardiment; 2° ou elle est compliquée de phlegmon, et alors il faut agir avec réserve et prudence. Le froid s'emploie à l'intérieur et à l'extérieur, *intùs et extrà*.

La saignée a ses indications et ses contre-indications qu'il faut savoir reconnaître. Elles sont tirées de la nature du sujet, de son âge, de ses habitudes, de ses occupations, son genre de vie intellectuelle et morale, des conditions atmosphériques dans lesquelles il se trouve placé, etc., etc. D'une manière générale, la saignée est indiquée : 1° lorsque les qualités du sang sont altérées, car alors, par la saignée, on diminue la somme des parties nuisibles; 2° lorsque la quantité de ce liquide est trop considérable, ce qui produit l'oppression des forces, la distension des vaisseaux, leur obstruction ou leur rupture.

Du reste, tout en tenant compte des règles générales, il faut savoir se plier aux exigences des cas particuliers; mais, avant tout et par-dessus tout, il faut avoir égard à l'état des forces; c'est là l'indication première, générale, essentielle, le reste est secondaire.

Dans le livre Xe, après avoir insisté encore sur l'extrême importance de la considération des forces dans le traitement des maladies, Galien entre dans de longs détails relatifs aux moyens adjuvants de la saignée, lotions froides, bains à diverses températures, aération, qualité de l'air et autres considérations d'hygiène.

tielle de la colonne vertébrale ; je ne vous en parlerai point en ce moment. Je ne m'occuperai que de celles qui résultent de l'influence directe du rachitisme.

Le véritable rachitisme du thorax est sa dépression latérale, indépendamment de toute déviation du rachis. C'est une altération osseuse tout à fait propre au rachitisme, comme l'a fort bien dit Glisson, qui toutefois n'a insisté que sur les degrés extrêmes (1).

Cette déformation dérive de l'altération rachitique qui se produit à l'extrémité antérieure des côtes, à leur union avec leurs cartilages, altération de même nature que celle des extrémités de la diaphyse des os longs.

Dans son premier degré, le rachitisme thoracique ne consiste que dans une série de renflements ou nodosités déjà mentionnés par Glisson (2) et Mayow (3), et produits par un léger gonflement de l'extrémité antérieure de chaque côte et de l'extrémité correspondante de son cartilage, ainsi que par un angle légèrement saillant des articulations chondro-costales : c'est ce qu'on appelle le *chapelet rachitique*. Il existe déjà, à ce moment, entre la côte et le cartilage, une couche de tissus chondroïde et ostéoïde un peu plus épaisse qu'à l'état normal.

A un degré plus avancé, les articulations chondro-costales deviennent de plus en plus lâches ; elles arrivent à n'être plus que des syndesmoses très mobiles. Dès lors, les côtes n'étant plus soutenues en ce point, il s'y fait une flexion permanente. Quelquefois la côte reste saillante et le cartilage s'enfonce au-dessous d'elle ; mais le plus souvent, c'est la côte qui rentre en dedans, et le cartilage se luxe sur sa face externe tout en continuant à lui adhérer par le ligament nouveau. Les côtés du thorax sont alors creusés d'une gouttière verticale, superficielle d'abord, puis plus prononcée et formant une sorte de rainure profonde, ce qui fait ressembler le thorax à la carène d'un navire ou à la poitrine d'un oiseau.

A l'intérieur de la poitrine, on trouve vis-à-vis cette rainure une série de nodosités, une sorte de chapelet interne ; ce sont les extrémités des côtes saillantes dans le thorax.

Il est aisé de se rendre compte de ce qui se passe ici. La paroi thoracique supporte sans cesse la pression atmosphérique dans le mouvement d'inspiration. Elle ne peut plus résister à cette pression, qui l'enfonce et la déprime plus ou moins. Aussi ne voit-on presque plus le thorax se soulever à chaque mouvement inspiratoire. Il s'affaisse plutôt dans le fond de sa double rainure, par suite de sa mobilité nouvelle dans ce point.

On comprend les conséquences d'une telle déformation : la capacité thoracique est moindre qu'auparavant, car l'augmentation du diamètre antéro-postérieur n'est pas une compensation suffisante ; les poumons diminuent également de volume, et la respiration devient gênée.

Le premier degré du rachitisme thoracique, le chapelet, existe dès le début de l'affection ; on le trouve chez tous les rachitiques sans exception, et dans les cas les plus légers. On pourrait dire qu'il constitue ce signe pathognomonique *unique*, que Glisson semble avoir renoncé à trouver. La dépression se rencontre aussi dans un grand nombre de cas, mais elle n'est profonde que dans les plus graves.

Nous allons retrouver sur ces enfants la plupart des faits que je viens d'exposer :

(1) *De Rachit.*, p. 272.
(2) *Ibid.*, p. 12.
(3) *De Rachitide*, p. 36 et 43, Leyde, 1671.

1° Enfant âgé de 15 mois ; c'est l'exemple que je vous ai annoncé, de cet arrêt de développement intra-utérin décrit par M. Depaul.

La tête, chez cet enfant, n'est pas volumineuse, et la fontanelle fronto-pariétale est petite ; le rachitisme crânien est donc peu prononcé. Remarquez la brièveté et la solidité des membres, le boursoufflement des chairs, les plis profonds et nombreux qui les sillonnent transversalement. Les jambes offrent une légère courbure congéniale ; vous voyez au thorax une double dépression latérale ; le chapelet est interne. Pour moi, cet enfant est un rachitique qui a passé par l'état d'éburnation dans le ventre de sa mère, au moins en ce qui concerne les membres.

2° Garçon de 28 mois ; les membres inférieurs forment la parenthèse ; ils sont courbés en dehors, surtout les os des jambes. D'après la mère, cette courbure serait congénitale. Les fontanelles sont fermées, la tête est peu volumineuse et les bosses frontales ne sont pas saillantes. Aux membres supérieurs, pas de courbures ; le rachitisme ne s'y décèle que par le renflement des poignets. Le chapelet du thorax existe, mais sans dépression notable ; rien au rachis.

3° Garçon âgé de 15 ans, ayant la taille d'un enfant de 10 ans. Aucune trace de rachitisme crânien ; pas de saillie exagérée des bosses frontales ; volume ordinaire de la tête ; chapelet à peine sensible au thorax, ce qui vient de l'ancienneté de l'affection et de sa guérison partielle. Au rachis, vous voyez une double déviation latérale en S, ce qui produit une saillie dorsale droite et une autre lombaire gauche. Il est probable que cette courbure de l'épine date de peu d'années. Membres supérieurs bien conformés ; les inférieurs sont un modèle du *distortis cruribus* d'Horace ; les fémurs sont courbés en dehors et en avant ; les genoux sont déviés ; le tibia et le péroné des deux côtés sont courbés en dedans et en avant ; les tibias sont élargis en lames de sabre. Il y a évidemment là éburnation des os.

4° Enfant de 4 ans et 3 mois. Tête un peu grosse, fontanelle ossifiée ; le thorax est déprimé latéralement ; le rachis paraît infléchi, il y a une déviation dorsale latérale droite, avec saillie des côtes du même côté. Les membres inférieurs sont fortement courbés en X, et les genoux se touchent. Les membres supérieurs ont seuls échappé à l'envahissement du rachitisme, qui ne s'y décèle que par le gonflement des poignets.

5° Enfant de 5 ans ; il vous offre un bel exemple de l'ensellure lombaire par cause rachitique, dont je vous entretiendrai bientôt. La taille est petite, la tête grosse, le thorax déprimé latéralement, avec chapelet bien marqué. Le rachis est droit ; le bassin paraît régulier. Les membres supérieurs n'offrent pas de courbures, mais les poignets sont très renflés. Les membres inférieurs sont déformés comme chez le précédent, et les genoux déviés en dedans. Nous avons là un cas de rachitisme à la fin de la deuxième période, car il ne reste qu'une très légère flexibilité dans les os longs.

Clinique médicale de Strasbourg. — Service de M. F. Wieger, professeur agrégé.

ICTÈRE GRAVE ; ÉTAT TYPHOÏDE ; DIMINUTION DE VOLUME DU FOIE ; HÉMORRHAGIES ; CRAMPES. — GUÉRISON.

Observation recueillie par M. E. Fritz, aide de clinique.

Valentin Herrmann, âgé de 25 ans, garçon de labour, entre à l'hôpital le 28 août 1856. Habituellement bien portant, il a été atteint, il y a deux ans, de cholérine. Depuis, il se portait bien.

Pendant les dernières semaines qui ont précédé sa maladie actuelle, il transpirait beaucoup quand il travaillait, mais se portait bien pour le reste. Six jours avant, à la suite d'un refroidissement, frisson suivi immédiatement de chaleur, de lassitude excessive, de céphalalgie, de vertiges, de douleurs vives et de crampes dans les jambes, d'anorexie, de nausées, sans vomissements ni diarrhée. A ces symptômes vinrent se joindre, les jours suivants, de l'insomnie, des hallucinations, du délire. Selles régulières ; pas de douleurs à la région hépatique.

Le malade ne sait quand il est devenu jaune. Il a pris un émétocathartique en ville.

Le 28, à son entrée, on constate l'état suivant : constitution robuste ; tempérament sanguin. Aspect typhoïde. Teinte ictérique foncée de la peau. Fièvre ; pouls à 100, mou. Abattement ; réponses lentes, mais justes ; céphalalgie ; vertiges. Langue saburrale. Sensibilité à la pression de la région hépatique. *Foie dépassant de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes.* (Prescription : 25 sangsues à la région hépatique.)

Le 29, à la visite du matin, les piqûres des sangsues, qui ont donné beaucoup de sang, saignent encore. De plus, le malade a eu des épistaxis abondantes et répétées qu'on n'a pu arrêter qu'en tamponnant les fosses nasales. Il est très abattu et accuse des crampes très douloureuses dans les mollets. Le pouls est petit, fréquent, la langue sèche ; les urines, fortement colorées, verdissent par l'acide nitrique, sans précipité. Pas de délire. Hypochondre droit sensible à la pression. — (Cautériser les piqûres de sangsues. Eau d'Ems. Décoction de quinquina acidulée.)

Le 30, le malade est dans le même état de stupeur. Il a pu dormir ; pas de délire. Pouls à 100 ; température de la peau naturelle. L'ictère n'a pas changé. Anorexie ; langue sèche, râpeuse. Douleurs à l'hypochondre droit et autour de l'ombilic. Abdomen non élevé. Pas de selles depuis deux jours. Moins de crampes dans les jambes. (Deux lavements émollients. Décoction de quinquina. Eau vineuse.)

Le 1er septembre, la couleur de la peau est plus foncée, brun-verdâtre. Le malade est très assoupi ; ses réponses sont lentes, mais justes. Pas de délire. Pouls à 92 ; pas de chaleur à la peau. Langue couverte d'un enduit blanc-jaunâtre épais, humide. Une selle décolorée, grise, non liquide. *Le foie ne dépasse le rebord des fausses côtes qu'à l'épigastre.* Crampes violentes dans les jambes le soir. — (Limonade sulfurique.)

Le 2, coloration de la peau un peu moins foncée. Moins de stupeur ; intelligence nette ; réponses justes. Le malade se plaint spontanément de douleur à la région hépatique. Il est très amaigri ; la peau est flasque et se laisse soulever au pli ; les yeux sont enfoncés dans les orbites ; la voix est cassée, faible, presque éteinte. On remarque un état particulier de raideur des muscles des extrémités ; on éprouve une certaine résistance à fléchir les articulations. Une fois surmontée, cette résistance cesse ; les mouvements passifs des articulations s'exécutent facilement ; mais la raideur reparaît au bout de quelques minutes de repos. Le malade, au dire de l'infirmier, se laisse retourner et changer de lit comme une planche. Les crampes reviennent encore assez souvent. Pouls à 84, mou. Urines assez colorées, verdissant par l'acide nitrique. Le malade refuse de boire sa limonade. — (Eau fraîche, bouillon.)

Le 3, l'état du malade a peu changé. Il paraît un peu plus éveillé. Pouls à 80, petit ; langue humide, saburrale. Pas de selles depuis deux jours. Hypochondre droit toujours douloureux. Le volume du foie n'a pas sensiblement changé. — (Cataplasme *loco dolenti* ; limonade gazeuse ; lavement apéritif.)

Le 4, le malade a assez bien dormi ; il y a moins d'indifférence ; les réponses sont moins lentes ; il accuse une grande lassitude. L'ictère a diminué, ainsi que les crampes. Moins de douleur à l'hypochondre. La raideur musculaire a disparu. Voix plus forte. Pas de fièvre. Langue encore saburrale. Deux selles grises. — (Cataplasme ; limonade gazeuse.)

Le 5, tous les symptômes se sont notablement amendés. Les crampes et la douleur à l'hypochondre ont cessé. Pas de selles. — (Mêmes prescriptions ; lavement apéritif.)

Le 6, facies naturel ; selles colorées. — (Manne, 60 grammes.)

Le 7, l'ictère a encore diminué. Le facies du malade est tout à fait normal ; tous les symptômes cérébraux ont disparu. Amertume à la bouche. Sept selles colorées. — (Limonade gazeuse ; deux soupes.)

Il s'étend ensuite longuement sur le traitement des fièvres, en général, et sur celui de chaque synoque en particulier. Contre la synoque inflammatoire, la saignée ; contre la synoque bilieuse, les purgatifs ; pour prévenir la synoque putride qui n'est, en général, qu'une dégénérescence des synoques précédentes, il faut s'opposer aux causes de cette dégénérescence. Ces causes sont : la fatigue musculaire, les douleurs physiques, les passions violentes, les émotions morales ; la transition brusque du chaud au froid, l'altération du sang par des sucs alimentaires viliés, par des principes délétères répandus dans l'air, par des substances toxiques, des poisons. Il faut empêcher l'extension de la synoque inflammatoire et son passage à l'état de synoque putride par la saignée et les applications froides, tant que les forces ne sont pas trop épuisées ; dans le cas contraire, il faut soutenir les forces, au moyen d'un régime alimentaire approprié à l'état du malade ; jamais il ne faut imposer à celui-ci une diète absolue.

Telles sont les considérations développées dans les livres XIe et XIIe. Le livre XIIIe est consacré au traitement des tumeurs en particulier. Au premier rang vient le phlegmon, dont le traitement présente à remplir deux indications : 1° soustraire de la partie l'excès de sang qu'elle contient, d'où l'utilité des émissions sanguines générales ou locales, saignées, sangsues, ventouses ; 2° fortifier la partie malade ; car toute partie, d'après Galien, ne devient malade que parce qu'elle est plus faible que les autres et ne peut se débarrasser de l'excès de sang qu'elle reçoit, d'où le précepte de rétablir l'équilibre des forces dans la partie phlogosée ; de s'abstenir, autant que possible, d'émissions sanguines et de stimuler l'organe malade par toutes sortes de topiques excitants. Tel est le traitement applicable aux phlegmons de l'estomac, du foie, de la rate, des reins, de l'utérus, des poumons, etc., etc.

Dans le livre XIVe et dernier, l'auteur s'occupe de l'érysipèle et de son traitement. Il montre quelles différences séparent l'érysipèle du phlegmon et quelles analogies les rapprochent. Le phlegmon occupe la profondeur des organes, l'érysipèle s'étend en surface ; celui-ci naît de la bile, le phlegmon vient du sang. L'érysipèle présente, comme le phlegmon, de la douleur et de la chaleur, mais tandis que la couleur du phlegmon est rouge, celle de l'érysipèle est un mélange de pâle et de jaune. Enfin la pulsation, qui est un des principaux caractères du phlegmon, manque dans l'érysipèle.

Dans quelques cas, le sang et la bile s'accumulent ensemble au sein d'un organe et il se produit une affection mixte qui présente à la fois les caractères de l'érysipèle et du phlegmon, c'est le phlegmon érysipélateux ou l'érysipèle phlegmoneux. Si la pituite se mêle avec la bile, il en résulte un érysipèle œdémateux.

Quant au traitement de l'érysipèle, il consiste surtout dans l'emploi des évacuants vomitifs et purgatifs, dans le but d'éliminer et d'expulser au dehors l'humeur intempérée. La saignée est très rarement indiquée et seulement dans les cas où il y a mélange d'érysipèle et de phlegmon.

On lit avec intérêt, à la fin du livre XIVe, les détails donnés par Galien sur le traitement médical et chirurgical du cancer, la description de la maladie charbonneuse très commune au temps de Galien ; celle de tumeurs diverses : athérôme, miliocéris, hydrocèle, sarcocèle, etc. Il termine par l'exposition du traitement des helminthes ou vers intestinaux.

On pourrait trouver dans le *Methodus medendi* une classification des médicaments qui se déduirait tout naturellement des idées de Galien en pathologie. Lorsqu'il cherche à se rendre compte de l'action des médicaments, il demande des explications, tantôt à l'humorisme, tantôt, mais plus rarement, au méthodisme ou solidisme. Cette action doit s'exercer sur les humeurs et principalement sur le sang, car pour Galien, une des premières causes du maintien de la santé, c'est que les matériaux *hétérogènes* du sang puissent être éliminés et ce liquide ramené à son identité de composition ; mais ce n'est pas tout, il faut aussi, pour le maintien de la santé, que les solides soient dans un bon état, qu'ils occupent le milieu entre le relâchement et le resserrement, car, s'ils sont trop resserrés, pas d'issue possible pour les matériaux hétérogènes *et vice versâ* ; de là deux espèces de médicaments : les *relâchants* et les *resserrants* ou *astringents*, qui agissent immédiatement sur les solides et médiatement sur le sang.

D'autres moyens agissent directement sur le sang, qui est trop ou trop peu abondant, trop ou trop peu épais, mêlé ou non à des matériaux hétérogènes : de là des médicaments *atténuants, incrassants, incisifs*, etc., expressions dont l'origine remonte au médecin de Pergame.

Ces idées sur l'action des médicaments se déduisent, avons-nous dit, tout naturellement des principes pathologiques de l'auteur. Mais s'il est habile à poser les indications thérapeutiques, ce grand médecin n'est pas heureux lorsqu'il s'agit de les remplir. Ce brillant esprit, si judicieux et si sagace dans la discussion, devient extrêmement crédule à l'endroit des applications thérapeutiques. Il existe un contraste frappant entre Galien thérapeute et Galien systématisateur et polémiste, luttant corps à corps avec ses devanciers et ses contemporains. Du reste, l'histoire de la médecine nous montre sans cesse les mêmes hommes, esprits fermes et droits dans la discussion des faits et des doctrines, livrés au vague et à l'incertitude lorsqu'il s'agit d'applications thérapeutiques ; c'est là un caractère général.

La classification des médicaments que nous venons d'extraire du *Methodus medendi*, on la trouve reproduite encore dans tous les ouvrages de thérapeutique du siècle qui a précédé le nôtre, ce qui prouve qu'en thérapeutique, comme en pathologie, en physiologie, en anatomie, l'influence de Galien a été puissante et durable.

(La suite au cours prochainement.)

Le lundi 3 novembre, commenceront les cours et les examens de la Faculté de médecine de Paris ; mais la séance solennelle de rentrée et la distribution des prix n'auront lieu que le samedi 15. M. le professeur Natalis Guillot prononcera l'éloge de Requin.

Les registres d'inscription seront ouverts à partir du 3 novembre.

— On parle depuis assez longtemps de supprimer l'hôpital des Cliniques, qui fait face à l'École de médecine. Nous croyons savoir, en outre, qu'il est sérieusement question, si ce projet se réalise, de remplacer cet hôpital par l'Académie de médecine, au moyen de travaux d'appropriation qu'on dit faciles à exécuter.

— La distribution des amphithéâtres de l'École pratique entre MM. les professeurs particuliers aura lieu le mercredi 29 courant, à midi précis, dans l'une des salles de la Faculté.

— Par décret du 13 octobre, M. le docteur Pascal, médecin principal à l'hôpital militaire de Bayonne, a été nommé officier de la Légion d'honneur ;

M. Rougerie, vétérinaire au dépôt de Mérignac, a été nommé chevalier du même ordre.

Le 8, même état. — (Manne, 45 grammes.)

Le 9, il ne reste qu'une teinte encore légèrement ictérique sur toute la surface du corps; desquamation furfuracée aux mains. — (Soupes, côtelettes, lait.)

Le 10, le malade est tout à fait bien, et se plaint seulement de pesanteur d'estomac pendant la digestion. On lui recommande de bien mâcher ses aliments.)

Les jours suivants, la teinte ictérique disparaît tout à fait. La desquamation, accompagnée de prurit, gagne toute la surface du corps. L'état général du malade est excellent. Aujourd'hui (6 octobre), il a repris des forces et de l'embonpoint, et va quitter l'hôpital dans quelques jours. Le foie s'étend depuis 1 centimètre au-dessous du mamelon jusqu'à 1 centimètre du rebord des fausses côtes à l'hypochondre, et dépasse de deux travers de doigt l'appendice xiphoïde.

Il est évident que ce fait doit être rangé dans la catégorie de ceux décrits par M. Lebert sous le nom dictère typhoïde. Mais ce n'est là qu'une dénomination symptomatique, et la pathogénie de l'affection, les causes organiques de la toxicohémie restent tout entières à rechercher. C'est chose difficile dans une maladie dont l'histoire est encore si obscure, la nature si incertaine. Voici ce qui me semble résulter de l'analyse de ce symptôme : ce n'était pas une hépatite, ou, du moins, s'il y avait hépatite, ce n'était pas là toute la maladie : la décoloration des selles et la diminution de volume du foie le prouvent suffisamment.

La décoloration des selles montre encore que l'ictère n'était pas le produit d'une polycholie, affection problématique renouvelée des anciens et admise par M. Hénoch, et dont l'existence n'a jamais pu être démontrée.

Était-ce un de ces ictères essentiels décrits par M. Ozanam, ou une cirrhose aiguë? L'observation a constaté positivement une diminution rapide du volume du foie; ce n'était donc pas un ictère essentiel. Quant à la cirrhose, elle ne produit les accidents cérébraux, les hémorrhagies, etc., que dans ses périodes ultimes.

Il y avait évidemment atrophie du foie et atrophie aiguë. Mais cette atrophie était-elle primitive, comme celles rapportées par MM. Rokitansky, Budd, Horaczek, Bamberger, ou secondaire comme celles décrites par MM. Virchow, Buhl, de Dush? Ce qu'il y a de plus probable, c'est qu'elle était secondaire, qu'elle s'est produite sous l'influence d'un obstacle mécanique à l'excrétion de la bile, car les selles étaient décolorées jusqu'au 6 septembre; et dans les cas d'atrophie jaune aiguë primitive, où la présence du sang ne masquait pas la coloration des selles, celles-ci n'étaient pas complétement décolorées. Il est vrai qu'il n'y a eu de selles colorées que deux jours après l'amendement de tous les symptômes graves; mais il est à remarquer que, pendant ces deux jours, il n'y a pas eu d'évacuations alvines du tout, et la bile pouvait fort bien être versée dans l'intestin sans être déjetée au dehors. En admettant l'atrophie secondaire, il est encore impossible de dire positivement quel était l'obstacle à l'écoulement de la bile. C'était peut-être un calcul biliaire, et je regrette que l'examen des selles ait été fait trop superficiellement pour pouvoir rien affirmer à cet égard. L'invasion subite des accidents s'expliquait, je crois, mieux par cette hypothèse que par celle d'une inflammation des voies biliaires; et encore, que de justes motifs de doute! Quant à un spasme des conduits excréteurs de la bile, la longue durée de l'affection ne permet pas d'y songer. S'il était constaté que leur paralysie pût entraîner la rétention de la bile, comme l'admet M. de Dusch, rien ne répugnerait à rapporter à cette cause la cholémie de notre malade. Mais cette paralysie n'est elle-même qu'une hypothèse qui manque de toute base empirique, car, dans tous les cas mortels d'atrophie jaune aiguë, on n'a jamais trouvé les conduits excréteurs du foie distendus par de la bile.

Quoi qu'il en soit, l'histoire de ce malade offre quelques particularités intéressantes :

1° Le fait même de la guérison est tout à fait exceptionnel. Le traitement mis en usage y a-t-il été pour quelque chose? Il est au moins permis d'en douter.

2° Au point de vue symptomatique, je ferai remarquer l'état particulier des muscles des extrémités noté le 2 septembre, état qui rappelait à la fois les contractions tétaniques et la raideur cadavérique, et qui, cependant, n'était ni l'un ni l'autre. Il n'y avait pas de secousses tétaniques, pas d'opisthotonos, etc. L'analogie avec la rigidité cadavérique était beaucoup plus frappante, et l'on comprendrait que les muscles, mal nourris par un sang profondément vicié, puissent subir une modification analogue à celle qui se passe sur le cadavre. N'a-t-on pas réussi à la produire passagèrement en empêchant l'afflux du sang artériel, et dans ce cas aussi elle cessait par le retour d'une sorte de circulation réparatrice.

3° Le même jour, l'état de ce malade présentait une analogie remarquable avec celui des cholériques au second stade à la flaccidité de la peau qui se laissait soulever en pli; l'enfoncement des yeux dans l'orbite, et surtout le caractère particulier de la voix, frappaient tous ceux qui le voyaient. Il est, ce me semble, naturel de rapporter ces symptômes à l'altération du sang si profonde dans ces deux maladies. Sans doute, on a noté le plus souvent, dans l'ictère grave, une dissolution du sang, et les épistaxis, l'hémorrhagie rebelle à la suite des piqûres de sangsues, indiquent bien qu'elle existait dans ce cas comme dans les autres. Mais ne peut-il y avoir de l'analogie entre ces deux dyscrasies sous d'autres rapports? C'est un sujet digne de recherches. Déjà Morgagny *(De sed. et caus. morb.*, ép. XXXVII) parle, d'après Valsalva et Bartholin, de cas d'ictère grave sans diffluence du sang.

Les autres symptômes, stupeur, crampes, hémorrhagies, douleurs à la région hépatique, prurit et desquamation pendant la convalescence, sont ceux que l'on a observés dans la plupart des cas d'ictère typhoïde, et ne donnent lieu à aucune observation nouvelle.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 13 Octobre 1856.—Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Mouvements du cœur.

M. Hiffelsheim lit un troisième mémoire sur les mouvements du cœur. Ce troisième mémoire est intitulé : *Influence de la ligature des gros vaisseaux du cœur sur le battement ou choc précordial.* Il a pour objet une série d'expériences entreprises dans le but de vérifier, sur des animaux vivants, la théorie des mouvements du cœur, que M. Hiffelsheim a exposée dans ses deux précédents mémoires.

J'ai établi, dit-il, la division des mouvements du cœur en mouvements *absolus* et en mouvements *relatifs*. Tandis que la plupart des physiologistes font dépendre les premiers de ces derniers, j'ai établi, par un théorème et des appareils physiques de mon invention, que le cœur bat parce qu'il éprouve un mouvement de recul lors de la sortie du liquide par les orifices artériels. Cette explication d'un phénomène physique en lui-même, comme l'est le choc du cœur, par une théorie et des expériences physiques, est déjà en partie confirmée par la marche à reculons des céphalopodes, qui sont pourvus d'une poche contractile semblable à mes poches élastiques sur-distendues.

Mais il fallait constater si l'interruption de la circulation des artères du cœur entraînerait la disparition du choc précordial. A cet effet, après avoir constaté ce choc chez un animal (lapins, chiens) dans sa station normale, je le renverse, et j'introduis dans la trachée une sonde pour la respiration artificielle; puis j'ouvre le flanc droit, en perdant le moins de sang possible. A cet effet, on conserve intactes les parois près de l'aisselle, du sternum et près de la colonne vertébrale. Après m'être assuré, la poitrine étant ainsi ouverte en partie, que le cœur ne bat plus sensiblement, l'animal étant sur son dos, et, au contraire, très normalement quand il est sur ses pattes, je lie successivement les veines caves avec des serres-fines à larges mors; le choc du cœur, diminué par l'une des veines, s'éteint lorsque toutes deux sont liées. Pour les yeux, rien n'est modifié dans les changements de forme du cœur, c'est-à-dire ses mouvements relatifs. Il faut redresser l'animal sur ses pattes pour constater, soit la présence, soit l'absence du choc précordial dans ses conditions anatomiques à peu près normales. Si alors j'enlève encore successivement les serres-fines, je sens le choc et l'ébranlement thoracique renaître, puis reparaître complétement. On peut ainsi renouveler l'opération dix fois en une heure. Les ligatures en fil donnent des résultats plus absolus en oblitérant très complétement les vaisseaux, mais la répétition prend trop de temps. La ligature de l'aorte et de l'artère pulmonaire donne le même résultat, mais compromet bien plus vite l'existence de l'animal.

Aussitôt que l'on ouvre la poitrine, chez un certain nombre d'animaux, on voit les mouvements du cœur se ralentir très notablement. Au bout d'une ou deux minutes d'insufflation d'air, les contractions reprennent leur rhythme normal.

En appliquant un courant continu de la pile de Pulvermacher, j'ai vu ces mouvements se ranimer bien plus énergiquement. Généralement, lorsque l'opération est faite dans de bonnes conditions, l'animal vit une heure. La ligature des deux veines caves, quand elle est complète, entraîne la mort en quatre minutes. Celle de l'aorte n'exige pas la moitié de ce temps. D'après ces données, pour faire l'expérience avec succès, il faut :

1° Opérer avec une petite perte de sang;

2° S'assurer du rétablissement ou de la continuation du rhythme normal dans les mouvements du cœur, et ne recourir à un courant continu qu'avec ménagement.

3° Ne pas perdre de vue que le choc thoracique ne pouvant être apprécié convenablement qu'à une paroi intacte, il faut conserver celle-ci dans la plus grande étendue possible du côté où l'on opère; en effet, le poumon, et avec lui le cœur, se portent très sensiblement du côté gauche vers la ligne médiane : c'est pourquoi le battement du cœur se fait sentir plus près de cette ligne qu'avant l'opération;

4° Dans la ligature de la veine cave supérieure, comprendre la veine azygos, qui chez le lapin est très développée;

5° Lier la veine cave inférieure au niveau de la pointe du cœur;

6° Isoler l'aorte avec les plus grandes précautions, et n'ouvrir le péricarde que le plus tard possible, certains animaux m'ayant paru périr bien plus promptement des suites de cette opération;

7° Faire la ligature de chaque veine successivement ne lier l'aorte que moitié moins longtemps que les veines caves, et la réserver pour la fin.

Il est utile de s'assurer que le sang ne coule plus au delà de la ligature, car, avec les serres-fines de force moyenne, la pression du sang est assez forte pour vaincre partiellement le ressort. Pour l'aorte surtout, on n'a cette certitude que par une ligature.

En effet, en voyant persister en partie le choc du cœur, j'ai reconnu que la circulation n'était que partiellement interceptée. Il est utile de s'assurer par les mains, en dedans et en dehors du thorax, que les mouvements du cœur continuent. Quand on veut lier les vaisseaux, il faut toujours coucher l'animal; quand on veut retrouver le choc, il faut toujours le redresser. Quand on ouvre les oreillettes en dedans des veines, l'animal meurt très rapidement; mais on reconnaît, pour un court instant, l'existence du choc, et cet organe blessé ne se contracte plus pour ainsi dire.

Influence des ganglions semi-lunaires sur les intestins.

M. Budge adresse, sur ce sujet, la note suivante :

J'ai trouvé que l'extirpation d'une certaine portion du système nerveux, pratiquée sur un animal vivant, détermine la diarrhée. Ce sont les ganglions semi-lunaires et le ganglion mésentérique qui produisent cet effet. Des expériences très nombreuses sur des lapins m'ont toujours donné ce résultat, qui s'est reproduit constamment de la même manière.

Voici comment je procède dans ces expériences :

Après avoir bien éthérisé l'animal, j'ouvre le ventre du côté gauche, je mets à nu l'artère aorte et la veine cave inférieure au-dessus des capsules rénales, je coupe le nerf splanchnique droit, et j'extirpe alors les deux grands ganglions semi-lunaires situés sur la veine et le ganglion mésentérique situé devant l'artère mésentérique. Après cela, la plaie est cousue convenablement. Toute cette opération s'accomplit sans grande effusion de sang. Aucun des animaux, d'ailleurs, n'y survit plus de seize heures; la plupart meurent dans l'espace de neuf heures. Les excréments, dont la forme et la consistance chez ces animaux sont bien connues, se trouvent d'ordinaire dans la partie inférieure du colon et dans tout le rectum, auquel ils donnent l'apparence d'un chapelet; mais chez les animaux qui ont été soumis à l'opération dont je viens de parler, on ne trouve plus de ces excréments durs : au contraire, tout le rectum est plein d'une masse molle ou même fluide. Le diamètre de l'intestin devient ordinairement presque trois fois plus grand que dans son état normal. De même le cœcum ou le colon sont remplis d'une masse fluide, comme on ne la trouve pas dans l'état normal.

Ce sont, par conséquent, deux phénomènes qui se montrent après l'extirpation des ganglions semi-lunaires et du ganglion mésentérique, savoir un mouvement augmenté dans les intestins et une sécrétion augmentée de mucosités.

Le résultat reste aussi le même si l'on coupe, outre les ganglions, les nerfs pneumo-gastriques près de l'œsophage; mais il ne se montre pas précisément si l'on extirpe seulement un des ganglions mentionnés. »

Cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymale.

M. Tavignot communique la lettre suivante :

« La question qui a trait à l'efficacité relative des différentes manières de traiter la tumeur lacrymale est loin d'être résolue par les hommes les plus compétents. Il ne pouvait guère en être autrement, car on ignorait jusqu'à la nature même de la maladie, et en s'attaquant à l'état catarrhal du sac et au rétrécissement plus ou moins prononcé du canal nasal, on ne s'adressait qu'aux résultats les plus palpables, aux effets les plus évidents de la maladie, et non à la maladie elle-même, laquelle procède, en réalité, d'un désaccord survenu entre les propriétés chimiques des larmes et les propriétés physiologiques de la muqueuse naso-lacrymale. On devait échouer le plus souvent et on échouait, en effet...

» Les succès eux-mêmes, quand ils se trouvaient être exceptionnellement réels et définitifs, échappaient à toute interprétation rationnelle, et on ne s'apercevait pas qu'en dernière analyse les principales méthodes thérapeuthiques tendaient toutes vers un but commun : celui de rompre tout rapport organique direct entre les larmes et la muqueuse naso-lacrymale, soit que, par la présence accidentelle d'un corps étranger introduit dans les voies lacrymales, tels que mèche, bougie, clou, canule, on s'oppose à l'accès des larmes; soit par le séjour en quelque sorte indéfini du même corps étranger on se propose de provoquer l'atrophie de la muqueuse, sa transformation en un tissu différent, ou sa destruction même.

» La nature de la maladie étant connue, et le but à atteindre devenu évident, il ne restait plus qu'à mettre en usage une méthode thérapeutique plus simple, plus sûre et plus rationnelle que les précédentes.

» Ma méthode opératoire se compose de trois éléments distincts, et dont l'association n'est nullement obligatoire d'une manière absolue, leur combinaison restant subordonnée à l'appréciation de chaque cas particulier. Ce sont :

» 1° L'excision des conduits lacrymaux dans le but de provoquer l'oblitération de leur partie antérieure;

» 2° L'emploi de moyens dirigés contre l'état catarrhal de la muqueuse naso-lacrymale après l'ouverture de la partie antérieure du sac;

» 3° L'ablation de la portion orbitaire de la glande lacrymale.

» Il résulte de mes observations, dont une dizaine ont été livrées déjà à la publicité, que l'on obtient par cette méthode mixte non seulement des guérisons réelles et définitives, mais encore des guérisons très rapides, puisque la durée du traitement chez mes malades n'a guère varié qu'entre douze, quinze et vingt jours. »

— M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics transmet une note adressée de la Guadeloupe par M. l'abbé Cestia sur un remède annoncé comme préservatif du choléra-morbus.

Cette note, destinée au concours pour le prix du legs Bréant, est renvoyée à l'examen de la section de médecine constituée en commission spéciale.

COURRIER.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE D'ORIENT.

Souscriptions nouvelles reçues par M. le docteur Maheux, secrétaire de la commission :

MM. Lamouroux, pharmacien, 20 fr.; Lebel, docteur en médecine à Vincennes, 5 fr.; la Société de prévoyance des pharmaciens de la Seine, 200 fr.; Fumouze-Albespeyres, pharmacien, 50 fr.; le docteur Laloy, à Belleville, 20 fr.; Puche, médecin à l'hôpital du Midi, 20 fr.; le docteur Jacob, 10 fr.; Deleschamps, pharmacien, 3 fr.; Simon, 5 fr.; le docteur Henri de Navenne, 20 fr.; docteur Montallegri, 5 fr.; Bataille, docteur en médecine, 5 fr.; Jutier, pharmacien, 6 fr.; Pailliet, docteur en médecine, 5 fr.; Déroche, pharmacien, 5 fr.; Pasquier, docteur en médecine, 20 fr.; Dequevauviller, docteur en médecine, 30 fr.; Pingrénon, id., 5 fr.; A. Bergier, id., 10 fr.; Hersent, id., 20 fr.

Total. . . . . 464 fr.

— Le concours pour l'internat et le prix des externes a commencé hier 22 octobre. La question écrite est la suivante : *Muqueuse du larynx; diagnostic différentiel du croup et du faux croup : indications de la trachéotomie.*

— M. le docteur Verguin, médecin à Enghien-les-Bains, vient d'être nommé médecin de la salle d'asile libre de la commune d'Eaux-Bonnes.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Sous presse pour paraître du 1er au 15 Décembre 1856 :

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE POUR LA VILLE DE PARIS,

Fondé par **DOMANGE-HUBERT**, et continué par l'Administration de *L'UNION MÉDICALE*. — Vingt-huitième année. — 1857.

Les éditeurs de l'*Almanach général de médecine et de pharmacie* prient instamment les Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes de Paris et des arrondissemens de Saint-Denis et de Sceaux, dont les noms ne figurent pas dans la dernière édition, soit par erreur, soit parce qu'ils n'étaient pas encore établis dans le département de la Seine, d'envoyer le plus promptement possible, *franco*, à M. le Gérant de l'*Union Médicale*, faubourg Montmartre, 56, leurs NOM, PRÉNOMS, PROFESSION, DATE DE RÉCEPTION, DÉCORATIONS, TITRES OFFICIELS, HEURES DE CONSULTATIONS, et ADRESSE.

Les Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes de Paris et de la banlieue, qui auraient quelques renseignements ou réclamations à adresser aux éditeurs de l'*Almanach*, quelques rectifications à demander, sont invités à le faire dans le plus court délai possible, par la voie indiquée ci-dessus.

Grâce au concours de tous les intéressés, cette publication deviendra de plus en plus utile au corps médico-pharmaceutique du département de la Seine.

Tome X. — N° 130. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 28 Octobre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. THÉRAPEUTIQUE : Note sur le traitement de la phthisie pulmonaire. — II. OBSTÉTRIQUE : De la phlébite des gros troncs veineux du cou, consécutive à l'accouchement. — III. PATHOLOGIE : Remarques sur quelques maladies consécutives à la puerpéralité. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Nouveau cas de leucocytémie. Discussion. — Autopsie du malade atteint de maladie d'Addison. Discussion. — *Société médicale de Constantinople*. Résumé de la discussion sur le typhus. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Les hivers à Nice.

THÉRAPEUTIQUE.

NOTE SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE (1) ;

Par M. Amédée LATOUR.

IX.

Eaux minérales (suite). — Il serait donc vrai de dire, si mon expérience personnelle était concordante avec celle de la majorité des praticiens, que l'envoi d'un phthisique aux eaux minérales est une sorte de coup de dez thérapeutique, où le joueur, c'est-à-dire le pauvre malade, a beaucoup plus de chances contre que pour lui.

Je ne peux dissimuler qu'en écrivant ce qui précède, je suis sous l'impression pénible de trois faits dont je viens d'être témoin coup sur coup et concernant trois malheureux phthisiques, dont deux, revenus à grand'peine à Paris des eaux pyrénéennes, ont eu juste le temps d'arriver pour mourir au sein de leur famille, et dont le troisième, étranger de distinction, sera bien heureux s'il revoit sa patrie. Ces trois phthisiques se trouvaient, à leur départ pour les eaux, dans un état tel, qu'avec le traitement banal et même par la simple expectation, on pouvait leur prédire au moins un an d'existence. Il n'y a pas de doute pour moi que l'usage, dans ces cas, irrationnel, des eaux minérales, a précipité la marche et hâté la terminaison funeste de la maladie.

Cependant il existe en faveur de l'emploi de certaines eaux minérales, dans le traitement de la phthisie, une tradition antique et universelle, une pratique si générale et si consacrée, que je me sens pris, moi qui ne dédaigne pas la tradition et qui ne méprise pas l'usage, même empirique, comme d'un remords, d'exposer avec tant de liberté mes impressions personnelles. En faisant une part aussi large que possible à l'exagération, aux erreurs de diagnostic, et même, hélas ! aux intérêts, il faut qu'il y ait nécessairement quelque chose de vrai et de légitime au fond de cette tradition et de cet usage. Les astronomes assurent que certaines nébuleuses peuvent passer à l'état d'étoile plus ou moins éclatante. Espérons que la question d'hydrologie relative au traitement de la phthisie, aujourd'hui nébuleuse thérapeutique, brillera quelque jour d'un vif éclat sur l'horizon de la pratique. J'ose recommander humblement ce sujet, bien fait pour tenter l'ambition de nos confrères, à la Société d'hydrologie.

Si, dans cet état de clair obscur où se trouve la science à l'égard de l'application des eaux minérales au traitement de la phthisie, il m'était permis d'émettre une opinion, je dirais — et ce disant je croirais me rapprocher beaucoup de l'opinion très autorisée d'un grand nombre de médecins, et surtout de celle si considérable en pareille matière, de M. le docteur Darralde, médecin-inspecteur des Eaux-Bonnes, qui renvoie tous les ans un si grand nombre de phthisiques qui lui sont inconsidérément adressés — je dirais que les eaux minérales ont une action bien plus préventive que curative dans la phthisie; qu'il faut les conseiller plutôt comme prophylaxie que comme traitement; qu'elles s'adressent surtout à l'état d'imminence de la maladie, ou tout au plus à ses premières et légères manifestations sans retentissement encore grave et sérieux sur l'économie, et non à la phthisie confirmée, à celle principalement qui donne lieu à une réaction fébrile sur laquelle elles paraissent avoir une influence rapidement funeste.

Je viens de citer les Eaux-Bonnes; ce sont certainement les sources les plus célèbres et aujourd'hui les plus acclientées pour les maladies de poitrine. J'admets donc que la tradition, en leur faveur, dans la mesure que j'ai indiquée, soit légitime; mais je me demande auquel de leurs principes minéralisateurs elles doivent leur influence et leur action très vive.

Les Eaux-Bonnes — et je ne parle que de la source *Vieille*, la seule que l'on boive — sont des eaux sulfuro-chlorurées. Leur sulfuration est relativement faible (sulfure de sodium 0gr,0214 par litre). Leur chloruration est au contraire considérable (chlorure de sodium 0gr,2271 par litre). Est-ce à leur sulfuration ou à leur chlorurration qu'elles doivent leur action élective sur les organes respiratoires ? Je n'en sais rien, et je me borne à faire remarquer que le principe minéralisateur *soufre* est ici tellement confondu avec le principe *chlorure de sodium*, qu'il est bien difficile de faire la part exacte de l'un et de l'autre dans le résultat thérapeutique. Si la sulfuration des eaux était la condition essentielle de leur action favorable sur les organes respiratoires, pourquoi ne s'adresse-t-on pas aux eaux de Luchon ou de Barèges, par exemple, bien autrement sulfureuses que les Eaux-Bonnes? Or, personne ne s'avise, et l'on a bien raison, d'envoyer des phthisiques à Luchon ou à Barèges. Ne serait-on pas tenté de dire que les Eaux-Bonnes agissent favorablement quand ce résultat est obtenu, non parce qu'elles sont sulfureuses, mais quoiqu'elles soient sulfureuses? Et leur action excitante et nuisible à certaines périodes de la maladie, ne doit-elle pas être rapportée précisément à leur sulfuration? La proportion considérable de chlorure de sodium qu'elles renferment doit-elle être considérée comme indifférente?

Ce que je dis des Eaux-Bonnes, je pourrais le dire d'un grand nombre d'autres très employées dans le traitement de la phthisie. Je me bornerai à indiquer, pour quelques-unes, la proportion de chlorure de sodium que contiennent leurs eaux.

		g.
Mont-Dore	César	0,380
	Madelaine	0,296
	Grand-Bain	0,300
Saint-Honoré		0,300
Amélie-les-Bains		0,0418
Le Vernet		0,0121

Je n'ai pas actuellement sous les yeux les analyses des eaux de Cauterets, de St-Sauveur, d'Allevard, etc., qui contiennent aussi de fortes proportions de chlorure de sodium.

Nous possédons en France quelques sources *salées* (notamment à Salies) dont la réputation est peu étendue. Nos salines de l'Est laissent aussi à peu près sans emploi leurs *eaux-mères* qui pourraient rendre de si grands services à la thérapeutique.

Les étrangers n'ont pas imité notre indifférence à cet égard, et depuis quelques années surtout les eaux salées de l'Allemagne, du duché de Nassau, etc., ont acquis une réputation extraordinaire de l'autre côté du Rhin. Je citerai surtout les eaux salées de Soden, qui, visitées cette année même par quelques médecins de Paris, parmi lesquels je me plais à citer mes savants confrères M. Robert et M. Demarquay, ont été trouvées encombrées de malades. Et quels étaient ces malades ? Presque tous des phthisiques au début ou dans l'imminence de le devenir, et des scrofuleux. J'ai entendu, relativement à l'action curative de ces eaux, des récits qui m'ont vivement ému et bien propres à m'encourager et à me faire persévérer dans la voie que je suis. Les eaux de Soden contiennent le chlorure de sodium dans les proportions suivantes qui, dans leurs nombreuses sources, varient, pour 16 onces d'eau, de 17 à 114 grains. Je dois à l'obligeance de M. Demarquay communication d'une notice très intéressante sur les eaux de Soden, publiée par le docteur O. Thilenius, médecin de ces eaux, et traduite par M. le docteur Kaula. Je regrette que cette note, déjà beaucoup trop longue, ne me permette pas d'en reproduire ici quelques extraits.

Je termine ici ce travail auquel je ne voulais pas donner une

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 Août, 2, 9, 16, 23, 30 Septembre, 14 et 25 Octobre 1856.

Feuilleton.

LES HIVERS A NICE.

Depuis que la grande facilité des communications tend à rendre nos contemporains de plus en plus nomades, la thérapeutique et l'hygiène deviennent elles-mêmes cosmopolites. Leur horizon s'élargit en raison des besoins nouveaux et de la possibilité plus grande et plus générale de les satisfaire. Il y a peu d'années encore, l'emploi des eaux minérales factices réclamait un établissement spécial dans Paris, et on imaginait de créer dans les hôpitaux des atmosphères maritimes artificielles; personne n'y songerait plus aujourd'hui, lorsque, dans quelques instants et à peu de frais, la plupart des malades peuvent aller boire l'eau et respirer l'air qui leur sont nécessaires. Aussi, au lieu de réunir autour de soi les ressources qu'on ne pouvait pas aller chercher au loin, la médecine moderne s'applique à mieux connaître et à mieux apprécier ces ressources là où elles existent naturellement, afin de s'en servir utilement au profit des malades. N'est-ce pas à cette tendance nouvelle de la thérapeutique, que nous devons toutes ces belles recherches sur les eaux minérales, dont s'est enrichie depuis peu d'années la littérature médicale ? et n'est-ce pas répondre aussi à la même nécessité de l'époque que d'étudier tout ce qui se rapporte aux conditions hygiéniques des localités où les malades peuvent utilement séjourner pendant l'hiver ? L'UNION MÉDICALE a donné une des premières l'impulsion à ce genre de travaux, aussi est-ce dans ses colonnes que nous avons lu les études sur Rome et sur Venise, sur le climat maritime en général, etc. Ce précédent nous fait espérer que ces quelques lignes sur les hivers de Nice seront favorablement accueillies par nos confrères.

La ville de Nice est placée sous le 43,41 degré de latitude et 4,66 est de longitude, c'est-à-dire à peu près sur la même ligne que Pise, Livourne, Montpellier, et un peu plus au nord que Hyères, Toulon, Rome et surtout Naples. Quoi qu'il en soit, sa position topographique lui donne un climat qui peut rivaliser avec celui de cette dernière ville et qui est de beaucoup préférable à celui des autres; la richesse de la végétation et la présence de plantes tropicales attestent des conditions exceptionnelles que la situation géographique ne saurait expliquer.

Ouvert largement au sud du côté de la mer et un peu vers l'ouest du côté de la Provence, le bassin de Nice est entouré d'une double et triple ceinture de montagnes, dont quelques-unes s'élèvent à plus de 800 mètres au-dessus du niveau de la mer, et dont l'ensemble, tout en créant pour cette contrée un climat privilégié, forme le dernier plan du plus beau et du plus majestueux paysage.

Pour vous faire une idée de ce pays et pour comprendre plus aisément ce que j'aurai à en dire, figurez-vous un bassin en forme de croissant, dont la concavité, tournée au sud, est baignée par la mer; dont la pointe est est fermée par les montagnes qui entourent d'ailleurs toute la convexité au nord-est, nord et nord-ouest de cette demi-lune, et dont la pointe ouest offre une échappée le long du littoral vers le bassin de Cannes, fermé lui-même de ce côté par l'Esterelle. Coupez ensuite ce croissant, dans le sens de sa largeur, par plusieurs lits des torrents qui, du nord au midi, se dirigent vers la Méditerranée; garnissez sa partie convexe d'une infinité de crêtes des collines qui s'en vont mourant vers la mer, en formant entre elles les plus ravissantes vallées; embellissez tout cela d'un nombre infini de charmantes villas, de forêts de chênes verts, de caroubiers, d'oliviers et d'orangers, de bosquets de citronniers, de cédrats, de lauriers et de figuiers; placez ça et là quelques sapins et quelques palmiers; bordez les grandes routes d'aloès et de cactus; embaumez l'air d'émanations les plus suaves, mêlées au parfum caractéristique de l'atmosphère maritime; regardez d'un côté les cimes neigeuses des montagnes pour jouir d'autant mieux de la température tiède de la vallée; voyez, de l'autre côté, les vagues qui scintillent et écument, les voiles qui blanchissent au loin sur l'horizon; éclairez tout cela d'un soleil resplendissant sur un ciel d'une rare pureté; placez la ville elle-même à l'extrémité sud-est de ce panorama; animez-la d'un concours d'étrangers de toutes les nations, et vous aurez une pâle copie du beau tableau que je voudrais vous représenter.

Du reste, ce que je vous dis en quelques mots a été longuement décrit en prose et chanté en vers dans toutes les langues de l'Europe, car la réputation sanitaire de ce pays ne date pas d'aujourd'hui. Du temps de la splendeur de Rome, c'était déjà le refuge des malades et des convalescents, et, de nos jours, les choses ne paraissent pas vouloir changer, à en juger par le nombre toujours croissant des visiteurs.

Cette faveur est-elle méritée, ou n'est-elle que le résultat d'un de ces caprices du public dont on a tant d'autres exemples? Le climat de Nice offre-t-il quelques particularités qui doivent le faire recommander plus spécialement dans des cas pathologiques déterminés en le contre-indiquant dans d'autres? Le bassin de Nice présente-t-il d'ailleurs, dans toute son étendue, des conditions identiques, et n'y trouve-t-on pas un choix à faire et des positions à éviter? Enfin, la vie dans ce pays n'impose-t-elle pas quelques précautions hygiéniques particulières, n'influe-t-elle pas sur la thérapeutique elle-même? Voilà autant de questions que le médecin et le malade sont intéressés à connaître, et que je me propose d'examiner, sinon de résoudre, en me servant de documents météorologiques, résultat d'une longue et patiente observation d'un savant de ce pays, et de ce que ma propre expérience, pendant plusieurs hivers que j'y ai passés, à pu m'apprendre.

Qui dit Nice, au point de vue du séjour des malades, dit la ville, ses faubourgs et les campagnes qui l'avoisinent. La ville touche immédiatement à la mer; elle est partagée dans son milieu, du nord au midi, par le Paillon, l'un des plus grands torrents de cette contrée. Sur la rive gauche de celui-ci est l'antique Nice, avec les restes de son château dominant, du sommet d'une colline, les quartiers commerçants, quelques hôtels et deux quartiers assez habités par les étrangers, les Ponchettes et le quai du Midi. A droite est la nouvelle ville, principalement occupée par les malades; on y voit la place et le quai Masséna avec une rangée de magnifiques maisons, la place du Jardin-Public, la promenade ou le quai des Anglais, imitation fort incomplète de la Chiaja et de la Villa-Réale de Naples, le faubourg de la Croix-de-Marbre, le quartier Saint-Barthélemi, le faubourg Saint-Jean, le quartier de Carabacel, celui de Cimier, etc. Il n'est pas tout à fait indifférent de savoir tout ces noms et d'en connaître la position, car il existe entre ces divers points de la ville

aussi grande extension ; il n'est, à vrai dire, qu'un programme et une sorte de tête de chapitre d'une publication plus étendue que je prépare en ce moment ; je ferai mes efforts pour la rendre moins indigne du public que cette simple note. Je n'ai pu qu'effleurer quelques points principaux de la grave question de la prophylaxie et du traitement de la phthisie pulmonaire ; jetées ainsi au vent de la publicité, sans développement, sans le cortége de démonstration et de faits qu'imposent aujourd'hui les exigences de la littérature médicale, mes convictions auront grand'peine à percer et à échauffer la lourde et froide couche de scepticisme qui étouffe tout aujourd'hui, qui comprime tout élan, toute aspiration et qui ne se plaît que dans la négation stérile et dans la démolition insensée. Il faut du courage aujourd'hui pour oser confesser une foi thérapeutique. Il n'y a pas d'autre alternative pour celui qui affirme sa croyance que de passer pour un ignorant ou pour un spéculateur. Ceux qui ne croient à rien sont seuls les sages, les savants et les purs. Qu'importe, après tout ? Cette implacable maladie qui jette le deuil et la désolation sur le genre humain, qui entre pour un sixième, pour un cinquième, pour un quart, pour un tiers, selon les latitudes, dans la mortalité générale des hommes, qui tue enfants, adolescents, jeunes gens, adultes, vieillards, dans tous les sexes, dans toutes les conditions sociales, cette affection terrible sera toujours pour le médecin véritablement humain et charitable le sujet d'études, de recherches et de tentatives. C'est une tentative de ce genre que j'ai osé faire connaître. Dieu me préserve de la sotte vanité de me croire en possession de la vérité thérapeutique sur cette cruelle maladie. Mais je dirai loyalement que je crois en approcher de plus près que ceux qui ne font rien, qui ne croient à rien, et qui se bornent aux banales formules dont l'expérience des siècles a prouvé l'inanité. Heureux si je pouvais laisser ce souvenir de mon humble passage dans la science, heureux surtout si j'arrachais quelques victimes au monstre de la tuberculisation.

OBSTÉTRIQUE.

DE LA PHLÉBITE DES GROS TRONCS VEINEUX DU COU, CONSÉCUTIVE A L'ACCOUCHEMENT ;

Par le docteur Alf. H. Mac Clintock, maître d'accouchements à l'hôpital d'accouchements de Dublin, etc.

L'étude de l'inflammation veineuse a, depuis quelques années, fortement excité l'attention des pathologistes, et les découvertes qu'ils ont faites dans cette partie du domaine de la science ont déjà répandu beaucoup de lumière sur la nature et les rapports de plusieurs maladies obscures. Ces recherches ont été d'une grande utilité pour la médecine et la chirurgie pratiques ; elles ont été aussi d'un très grand intérêt pour l'accoucheur, qu'elles ont mis à même de démêler les difficultés, et en quelque sorte les mystères de la fièvre puerpérale, et d'expliquer plusieurs des circonstances et des traits autrement inexplicables de cette maladie complexe.

La phlébite et la pyohémie, ces sujets qui ont ensemble d'étroits rapports, réclament encore toutes deux d'attentives investigations et offrent à résoudre d'importants problèmes. Aussi, chaque fait nouveau dans l'histoire de ces deux affections, chaque nouvel aspect sous lequel on les rencontre l'une ou l'autre, devraient être enregistrés avec soin. On réunirait ainsi des matériaux très utiles à l'avancement de nos connaissances, et très propres à servir de fondement pour une généralisation scientifique. Ce sont ces considérations qui me font entreprendre de rapporter l'observation suivante, comme présentant une forme d'une extrême rareté et un intérêt pratique de premier ordre.

Observation. — S... D..., âgée de 22 ans, accoucha pour la première fois, le 8 mars, d'un enfant mâle, après un travail de vingt-huit heures, dont le retard porta principalement sur le premier temps, et fut causé par la rigidité du col de l'utérus. Pendant plusieurs jours, avant le début du véritable travail, elle avait éprouvé des fausses douleurs qui lui avaient causé de vives souffrances, et, au moment de l'expulsion de l'arrière-faix, elle eut une hémorrhagie considérable. Après la délivrance, on remarqua que le pouls était fréquent, à plus de 100 pulsations par minute, et il se maintint ensuite au même degré. Toute la semaine qui suivit l'accouchement se passa dans un état très peu satisfaisant. La malade n'eut point de frisson, ni rien qui donnât l'idée distincte de l'invasion d'une fièvre ou d'une inflammation, mais elle eut constamment le pouls à 100 et au-delà, le ventre ballonné, l'utérus volumineux et sensible à une pression profonde, un ténesme douloureux et des selles dysentériques fréquentes. Malgré cela, elle était tranquille, et n'accusait de souffrance en aucun point. Le neuvième jour, on put constater une amélioration manifeste sous tous les rapports ; le pouls était tombé à 96, le ventre était devenu souple et il n'y avait que cinq ou six garderobes dans les vingt-quatre heures. Le dixième jour, la malade attira notre attention sur quelque chose de tendu et de sensible immédiatement au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule droite. Il y avait, en ce point, une légère tuméfaction, telle qu'en pourrait causer un simple engorgement glandulaire. Vers ce temps, elle commença à se plaindre d'une toux brève, irritante, sèche, qui la fatiguait principalement le soir, et à laquelle on ne put découvrir aucune explication satisfaisante. Peu de jours après, une tuméfaction semblable à la première se manifesta dans le point correspondant du côté gauche du cou. Ces tumeurs ne paraissaient pas causer à la malade de souffrances sérieuses ; aussi, à l'exception de fomentations avec de l'eau chaude et d'applications de teinture d'iode, n'eut-on recours à aucun traitement actif. Quelques jours après, ou, pour préciser, le 22 mars, quinzième jour des couches, je découvris l'existence d'un œdème considérable occupant la racine du cou et la partie supérieure et antérieure de la poitrine, mais plus prononcé du côté gauche. La diarrhée continuait toujours, mais avec beaucoup moins d'intensité ; le pouls était ordinairement à 108 environ ; l'abdomen était mou et tout à fait exempt de douleur et de tension.

Le 26 mars, la tuméfaction œdémateuse du cou avait diminué, quoique la face parût un peu bouffie et qu'il y eût encore de la sensibilité. Comme, d'ailleurs, il y avait dix-huit jours que la malade était au lit, et qu'elle semblait vraiment mieux, cédant à ses instances, nous lui accordâmes de se lever et de s'asseoir sur le bord de son lit. Mais, avant même d'être habillée entièrement, elle ressentit un frisson vague et demanda à être recouchée.

A partir de ce moment, il y eut un changement frappant dans son état, et, de mieux qu'elle était auparavant, elle alla progressivement de plus en plus mal. Il y eut une exacerbation marquée de tous les symptômes fébriles, et il s'y joignit une respiration précipitée et des vomissements de temps à autre. En outre on remarqua que les veines sous-cutanées au dessous des clavicules et sur la partie antérieure de la poitrine, avaient éprouvé une dilatation manifeste.

En passant une revue exacte des symptômes que nous avions observés jusqu'alors, et en pesant avec attention ceux qui se manifestaient actuellement, il ne nous parut pas douteux que nous n'eussions sous les yeux un cas d'inflammation de quelques-unes des veines profondes du cou ; et quoique nous n'eussions, pour nous éclairer, la connaissance d'aucun fait semblable précédemment diagnostiqué, nous pensâmes qu'aucune autre lésion ne pouvait rendre un compte satisfaisant des traits particuliers que nous offrait cette malade.

Le 28 mars, sommeil passable pendant la nuit précédente ; pouls à 120 ; joues fortement colorées, le reste de la face bouffi et d'une teinte blafarde ; le ventre mou, détendu, partout exempt de sensibilité ; le réseau des veines dilatées encore plus apparent qu'auparavant, et comprenant de plus quelques branches de la partie supérieure du bras ; langue sèche, marquée d'une raie brune à son centre ; respiration un peu oppressée, et, vers le soir, retour de la toux brève et fatigante déjà notée, laquelle paraît être pour la malade la principale cause de souffrance, car, excepté quand elle remue la tête, elle n'éprouve aucune douleur dans le cou. Ce jour, il y eut un court frisson, et l'on s'aperçut, le soir, d'un peu de dureté de l'ouïe ; on découvrit aussi un bruit rude au premier temps du cœur.

Le jour suivant, l'état de la malade fut encore plus alarmant, à tous égards : pouls à 128, faible ; langue sèche, brune, encroûtée ; légers soubresauts des mains ; nausées fréquentes ; face très tuméfiée, yeux proéminents et pupilles dilatées ; augmentation de la surdité vers le soir ; diminution et incertitude de la vue, accusées par les plaintes de la malade, dont l'intelligence d'ailleurs reste nette et sans trouble.

Le 30, il devint manifeste que la mort ne pouvait être éloignée : la respiration était fréquente et laborieuse ; le pouls presque impossible à compter et très faible, quoique le cœur battît avec force ; une croûte brune épaisse couvrait la langue ; les pupilles étaient largement dilatées. La malade était assoupie, le soir elle tomba dans le coma qui se termina par la mort à neuf heures du soir.

Autopsie, douze heures après la mort. — Les veines dilatées du cou et de la poitrine étaient encore très distinctes quoique changées de coloration. L'abdomen, après avoir été ouvert, ne présenta aucune apparence morbide ; le foie était sain. L'utérus était plutôt volumineux eu égard à l'époque, vingt-deux jours après l'accouchement ; son tissu était notablement ramolli et friable. Derrière cet organe, dans la profondeur du bassin, existait un petit abcès. La membrane muqueuse du gros intestin paraissait épaissie et était d'une couleur sombre, évidemment par suite d'un congestion intense. Les reins étaient dans un état avancé de dégénération graisseuse. En disséquant et renversant les tégiments du cou et mettant à découvert les gros troncs veineux de cette région, on y découvrit d'une manière évidente les altérations propres à la phlébite dans sa forme la plus prononcée. Les jugulaires profondes, les deux sous-clavières, l'extrémité supérieure de chaque axillaire, le tronc veineux brachio-céphalique droit et la partie supérieure du gauche étaient les vaisseaux que l'inflammation avait envahis. Leur calibre semblait dilaté, leurs tuniques étaient épaissies, et, à l'intérieur, ils contenaient des bouchons fermes de sang coagulé, entourés d'une fausse membrane et adhérant très étroitement aux parois du vaisseau. Ces produits s'étendaient inférieurement jusqu'au voisinage de la veine cave supérieure dont la tunique interne était plus rouge qu'à l'état normal. Les valvules sigmoïdes pulmonaires étaient d'un rouge intense, ainsi que l'intérieur de l'artère pulmonaire, offrant ainsi un contraste frappant avec l'aorte, dont la coloration était restée naturelle. Dans l'appendice auriculaire droit était un petit abcès commençant. Les valvules tricuspide et mitrale étaient fortement injectées, au point d'être d'un rouge écarlate vif. Les valvules sigmoïdes aortiques étaient incrustées d'une matière calcaire, sans présenter sous d'autres rapports rien d'anormal. La membrane interne du cœur lui-même était pâle et ne présentait aucune trace d'inflammation.

Tel est l'exposé aussi bref que possible des symptômes et des altérations morbides que présenta ce cas intéressant. On remarquera qu'à une période très rapprochée de l'accouchement, la malade fut prise des symptômes d'une fièvre puerpérale peu intense, dans laquelle le poison morbide parut avoir porté principalement son action sur la membrane muqueuse gastro-intestinale, quoiqu'il soit possible que la diarrhée n'ait pas été sans rapport avec la maladie des reins. Un ensemble de circonstances diverses concourut, dans ce cas, à favoriser le développement de la fièvre puerpérale. Les reins étaient dans un état très avancé de dégénérescence graisseuse ; il y avait eu de fausses douleurs pendant un temps considérable avant le commencement du véritable travail de l'accouchement ; le travail, une fois commencé, avait marché avec lenteur (vingt-sept heures de durée), et avait été suivi d'une hémorrhagie grave ; enfin, à toutes ces circonstances, s'en joignait une autre qui constitue une cause prédisposante plus puissante encore pour favoriser l'invasion d'une fièvre puerpérale : Cette malheureuse femme avait été séduite, et, par l'effet réuni d'une attente cruellement trompée et de la triste perspective d'une vie de déshonneur et de honte irréparables, elle s'était trouvée, dans

---

des différences de climat assez sensibles. Non pas cependant que ces différences soient telles qu'il convienne de condamner absolument les uns et occuper les autres, mais parce que chacun d'eux peut être préféré selon les conditions que l'on recherche. Il résulte en effet des expériences très différentielles, très souvent répétées, que les Ponchettes et le quai du Midi sont les quartiers où la température est la plus élevée et l'air le plus sec ; que le voisinage du Paillon, et en particulier le faubourg Saint-Jean, se distingue le plus par les grandes variations de température aux différentes heures de la journée ; que les quartiers neufs, du côté de la Croix-de-Marbre, sont relativement les moins excessifs en fait de chaleur et de sécheresse ; que le quartier Riquiés est le plus humide ; que Saint-Barthélemi, Carabacel et Cimier sont les points où les vents se font sentir le moins, et qu'enfin les voisinages de la route du Var sont les plus exposés, ou plutôt les seuls exposés au brouillard, inconnu sur d'autres points.

La température moyenne de Nice, dans la saison d'hiver, est de 9,6 centigrades. Le minimum est de 2,5, le maximum de 20,6. Mais ce n'est que très exceptionnellement que le thermomètre descend à la première de ces limites, et encore n'y vient-il guère que la nuit, et le froid se dissipe aux premiers rayons du soleil. Les différences de température entre les différentes heures de la journée et les différentes expositions, selon l'ombre ou le soleil, sont énormes. Les matinées et les soirées, surtout au moment du coucher du soleil, sont comparativement très fraîches ; aussi est-il indispensable pour le malade attardé d'avoir avec lui un vêtement de précaution. Selon les diverses expositions, à la même heure, le thermomètre peut varier de plus de 20°. Une ombrelle au soleil et un manteau ou un shall à l'ombre sont indispensables et d'un usage général dans le pays.

En comparant la moyenne de la température de l'hiver de Nice avec les moyennes de quelques autres localités, on voit qu'elle se rapproche le plus de celle de Naples, qu'elle est de plus d'un degré au-dessus de celle de Marseille, de Rome et de Pise, et qu'elle dépasse celle de Florence et de Montpellier de plus de deux degrés.

L'élévation moyenne du mercure dans le baromètre est de 27 p. 11'8''.

Les plus grandes dépressions et les plus grandes ascensions sont particulièrement occasionnées par les approches des vents. Les vents les plus fréquents sont le sud-est, ou le *vent marin*, le nord, ou la *Tramontana*, l'est et le nord-est, ou *Grégaou*. Le vent nord-ouest s'y fait sentir aussi quelquefois avec une violence pareille à celle avec laquelle il règne en Provence, mais il y arrive rarement, et sa durée ne dépasse guère vingt-quatre heures. C'est en mars, dans la deuxième quinzaine de ce mois, que règnent les vents les plus permanents. Le sol, desséché par une longue suite de beaux jours, fournit alors une poussière impalpable, dont l'atmosphère est remplie, et le valétudinaire impressionnable fait bien de ne pas s'y exposer, et mieux encore de ne pas attendre cette époque. Certains points des environs, tels que Cimiet et Carabacel, sont, ainsi que nous l'avons déjà dit, plus spécialement à l'abri des vents, à cause de l'heureuse configuration de leurs terrains ; malheureusement, leur distance du centre de la ville y rend la vie animale difficile, et expose à un isolement qui, pour les natures sociables, a aussi ses inconvénients. Les quartiers qui longent le Paillon sont ceux où les vents se font sentir avec le plus de violence. Tous les matins, une brise fraîche y forme un courant d'air qui remplace les couches atmosphériques inférieures que les premiers rayons du soleil échauffent. Tandis que le soir, lorsque le soleil se couche, ce même courant d'air y fait condenser, plus abondamment qu'ailleurs, la vapeur d'eau de l'atmosphère que l'on voit tomber, sous forme d'abondante humidité, sur le parapet des ponts et des quais.

Les observations faites avec le pluviomètre de Watkins, pendant plusieurs années, prouvent que la moyenne de la quantité de pluie qui tombe à Nice est de 26 pouces par an. Sur ce chiffre, il faut en attribuer de 4 à 7 pour la saison d'hiver. Il ne tombe donc pas moins d'eau à Nice que dans d'autres localités, et, s'il faut s'en rapporter à ce qu'en dit le docteur Farr, la quantité de pluie à Nice dépasserait celle qui tombe dans le cours d'une année à Londres. Et cependant Londres ne passe pas pour pécher par excès de sécheresse, tandis que Nice a cette réputation. La raison de cela est dans la répartition des jours de pluie et dans la nature du sol. Les jours de pluie à Nice sont rares, on les évalue, en moyenne, à soixante pour une année ; mais, en revanche, on y voit des pluies, aux équinoxes surtout, qui sont si considérables, qu'il tombe alors jusqu'à 5 pouces d'eau en moins de vingt-quatre heures. D'un autre côté, le sol du bassin de Nice est formé en grande partie du détritus des roches voisines, il est très perméable et ne garde pas l'humidité. L'eau qui tombe avec la pluie regagne promptement la mer, et ce ne sont que les vapeurs de celle-ci, qui tous les soirs tombent en abondantes rosées, qui donnent cette énergie à la végétation, et contrebalancent la sécheresse du climat.

Quoi qu'il en soit, l'air de Nice a la réputation d'être sec, excitant, et on va même jusqu'à lui attribuer des qualités malfaisantes qui, dit-on, existent surtout dans le voisinage immédiat de la mer. Expliquons-nous d'abord sur cette dernière particularité.

(La suite à un prochain numéro.)

La souscription pour le buste en marbre de Pinel a reçu son plein effet. Les habitués de l'Académie ont pu admirer mardi, dans la salle des Pas-Perdus (le mot admirer n'est pas exagéré), le magnifique buste de Pinel sorti des mains de M. Robinet, l'habile statuaire à qui l'Académie doit déjà plusieurs morceaux des plus remarquables. Grâce au zèle intelligent et au bon goût artistique de M. le secrétaire perpétuel, et un peu aussi à la munificence des familles de quelques-uns des anciens membres de l'Académie, nous pourrons voir bientôt les plâtres poudreux et dégradés qui surmontaient les appuis de croisées de la salle des Pas-Perdus, remplacés par des œuvres d'art vraiment dignes des personnages dont elles sont destinées à perpétuer le souvenir.

— M. le ministre de l'instruction publique et des cultes vient d'inviter la Faculté de médecine de Strasbourg et le Conseil académique à faire une présentation de candidats pour la chaire de médecine opératoire, vacante dans ladite Faculté depuis le décès de M. Marchal.

— Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 15 octobre 1856, M. Trinquier, ancien maître répétiteur au lycée impérial de Strasbourg, est nommé préparateur de chimie, de physique et de pharmacie à la Faculté de médecine de cette ville, en remplacement de M. Kayser, dont la démission est acceptée.

les épreuves du travail, sous le coup d'une dépression morale extrême.

L'attaque de fièvre puerpérale parut céder peu à peu au traitement, et il y eut quelque diminution dans l'intensité des symptômes généraux et locaux. Toutefois, vers le milieu de la deuxième semaine, on vit se manifester le premier signe de la phlébite du cou. Or, dans la plupart des cas de phlébite crurale, nous trouvons que les choses suivent une marche sensiblement la même que celle qui vient d'être décrite. Ainsi, sur 60 cas de *phlegmatia alba dolens* puerpérale réunis par le docteur Mackensie, l'invasion de la maladie eut lieu, dans 33 cas, à la suite de symptômes de fièvre puerpérale, et je crois que cette proportion est bien au-dessous de la réalité.

Les effets locaux de la phlébite subsistèrent pendant plusieurs jours sans s'accompagner de symptômes généraux remarquables; et j'avoue sincèrement qu'à cette première période de la maladie, aucun soupçon ne me vint dans l'esprit sur la nature réelle de cette tumeur du cou. L'œdème vint s'ajouter à cette tuméfaction ainsi localisée, puis un frisson se manifesta, et ensuite une explosion soudaine de symptômes alarmants révéla trop clairement qu'une atteinte sérieuse avait été portée aux sources mêmes de la vie. Plus tard, l'état de dilatation des veines superficielles antérieures de la poitrine attira notre attention, et vint enfin, pour la première fois, nous suggérer l'idée de l'existence possible d'une phlébite des veines profondes du cou. Mais, à ce point, il ne fallait pas beaucoup de réflexions pour convertir cette conjecture en une conviction absolue, car aucun symptôme ne manquait plus pour l'établissement du diagnostic. Il y avait tumeur locale et sensibilité, œdème, signes non équivoques d'obstruction veineuse, et les troubles généraux qui sont le cortége ordinaire de la phlébite. L'ordre d'apparition des symptômes était, en outre, digne de remarque : au début, fièvre puerpérale; puis, en apparence, rétablissement partiel; bientôt douleur et tuméfaction localisées; ensuite œdème; puis, quelques jours après, frisson et aggravation de l'état général; enfin dilatation variqueuse des veines superficielles.

L'état dans lequel les veines jugulaires profondes furent trouvées après la mort, démontra pleinement qu'elles étaient devenues tout à fait imperméables, en sorte que le retour du sang de la tête devait s'effectuer entièrement par les veines vertébrales et jugulaires externes. Cet embarras considérable de la circulation veineuse, qui fut manifeste durant les quelques jours avant la mort, imprima à la face un aspect et une expression qui avaient la plus grande ressemblance avec ce qu'on observe dans ces cas, où il y a coexistence d'une maladie du cœur et d'une augmentation de volume de la glande thyroïde. Malheureusement, et c'est pour moi un vif sujet de regrets, je ne pus obtenir de faire l'examen de la tête. — La veine sous-clavière de chaque côté était plus ou moins obstruée par un bouchon ferme de coagulum sanguin et par une fausse membrane; néanmoins, le bras ni la main de l'un ou l'autre côté n'étaient le siége d'aucun œdème.

Il est peut-être impossible de dire, avec quelque certitude, en quel point des veines l'inflammation débuta, ni dans quel sens eut lieu sa propagation, ou, en termes plus précis, si elle se propage dans la direction du cœur ou dans la direction contraire. D'après mon opinion personnelle, la phlogose se serait propagée dans le sens opposé au cours de la circulation, comme on l'a généralement observé dans la phlébite crurale. Cette manière de voir est fondée sur l'observation de la situation de la tumeur pendant la vie, et sur les phénomènes morbides observés dans les veines après la mort, les dépôts inflammatoires, suivant toute apparence les plus récents, se montrant dans le point le plus éloigné du cœur.

L'existence de la dégénérescence graisseuse des reins est une circonstance, dans ce cas, qui ne devait pas être passée sous silence, surtout dans ce temps, où l'on accorde une si grande attention à l'influence qu'exerce cette lésion organique sur la marche et les terminaisons des maladies intercurrentes. Mais l'urine ne fut jamais examinée, parce que, à cause de l'existence constante de la diarrhée, on ne s'en procura pas qui fût exempte de mélange avec les matières fécales.

Je crois ne rien exagérer en disant que le fait qui vient d'être rapporté en détail, principalement pour ce qui concerne la phlébite des veines innommées, est à peu près unique dans la littérature médicale. Je ne connais qu'un cas semblable, qui fut montré à la Société pathologique, en novembre 1851, par le docteur Mayne, et dont la relation a été publiée dans le 13e volume du *Dublin quaterly journal*, N. S.

(La suite à un prochain numéro.)

PATHOLOGIE.

REMARQUES SUR QUELQUES MALADIES CONSÉCUTIVES A LA PUERPÉRALITÉ;

Par le docteur Mikschik, de Vienne.

La nature des modifications remarquables que la matrice éprouve après l'accouchement, et qui la font diminuer si rapidement de volume, est aujourd'hui parfaitement connue, grâce aux travaux de Heschel, de Rokitansky, de Wedl, de Virchow, de Retzius, etc. Elle consiste en une métamorphose graisseuse et dans la résorption de tous ses éléments, accompagnée d'une régénération par nouvelle formation. Lorsque des circonstances défavorables arrêtent celle-ci, la matrice reste à l'état de dégénérescence graissense, et on la trouve alors ou augmentée ou diminuée de volume, c'est-à-dire d'un volume au-dessus ou au-dessous du volume normal. Ce dernier état, plus rare que le premier, a déjà été décrit en 1842 par Rokitansky, qui signale une fragilité extraordinaire de la fibre utérine. L'organe reste en général poreux, d'un rouge-pâle, par-ci par-là d'un gris ardoisé et jaunâtre ou blanc jaunâtre. Parmi les causes qui amènent ces changements de volume de l'utérus, il faut noter avant tout les maladies puerpérales, qui imbibent cet organe de liquides d'exsudation et l'enveloppent avec ses annexes dans d'épaisses masses exsudées. Les causes qui viennent après sont les maladies de consomption en général, et à leur tête la diathèse tuberculeuse. D'accord avec Simpson, M. Mikschik a trouvé l'augmentation de volume prédominante. En effet, sur 16 cas, elle existait 13 fois, et 3 fois seulement l'atrophie; ces 3 cas se rapportaient à des femmes tuberculeuses. Le temps écoulé entre l'accouchement et la mort variait entre dix semaines et deux ans.

Un utérus graisseux peut-il concevoir et devenir le siége de menstrues? On ne peut répondre positivement à cette question; cependant on peut en douter. Car les autopsies ont montré que, dans les affections puerpérales intenses, les exsudations sont déposées non seulement dans la matrice, mais aussi dans les ovaires, et que, souvent alors, les follicules de Graaf sont détruits. Or, en l'absence d'ovulation, il ne peut y avoir une menstruation véritable. Néanmoins, il existe parfois un écoulement sanguin que l'on prend pour cette dernière. C'est que les vaisseaux d'une matrice graisseuse restent perméables, et le sang peut en sortir d'autant plus facilement que les parois des capillaires sont devenues friables. Plus tard, lorsque la métamorphose graisseuse a fait des progrès, les investigations de Wedl ont démontré que les parois vasculaires et les petits capillaires qui n'ont pas de *vasa vasorum*, disparaissent par défaut de nutrition. Il en résulte une anémie locale qui tarit les sources de l'hémorrhagie. La matrice atrophiée ne cause pas de dérangements; mais comme l'aménorrhée en est la suite inévitable, et comme la lésion primitive s'accompagne toujours d'autres altérations, les femmes recherchent la cause de leur état de maladie dans l'absence de la menstruation, et tourmentent le médecin pour agir dans ce sens. Il faut donc être sur ses gardes pour ne pas faire de mal, en s'évertuant à vouloir rappeler des règles impossibles.

Parmi les autres maladies consécutives aux affections puerpérales, les plus fréquentes et les plus graves sont la suite de la péritonite. Celle-ci récidive facilement et souvent; chacune de ces péritonites partielles a une marche et une gravité qui dépendent de la nature, de la quantité et de la situation des exsudations déterminées par la maladie primitive. Tels, les dépôts dans le bassin, autour de la matrice; la transformation de l'exsudation en tubercules; son organisation en fausses membranes, en brides, déterminent les modifications les plus variées dans la situation et les rapports des organes renfermés dans l'abdomen; le raccourcissement du mésentère; des déplacements incurables avec fixité de la matrice, tiraillant la vessie et le rectum dans l'état de vacuité de la matrice, et donnant naissance à des accidents plus graves dans le cas d'une grossesse; enfin tous les troubles qui résultent d'une perturbation des différentes fonctions des intestins, et la stérilité succédant à une position vicieuse des trompes.

En vue de ces nombreuses lésions, on peut bien dire avec M. Mikschik, que le médecin expérimenté a de la peine à se réjouir quand il voit une malade se relever d'une fièvre puerpérale grave, car il doit craindre des attaques incessantes qui menacent continuellement l'existence et déjouent souvent tous les efforts de l'homme de l'art le plus consommé. —*(Zeitschr. d. k. k. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1856, nos 3 et 4.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 27 Août 1856. — Présidence de M. Guérard.

Sommaire. — Correspondance. — Communication de M. Becquerel à propos d'un *nouveau cas de leucocythémie*. Discussion : MM. Trousseau, Vigla, Bouchut. — Autopsie du malade atteint de *maladie d'Addison*, par M. Trousseau. Discussion : MM. Bouchut, Legroux, Delasiauve.

La correspondance comprend l'hommage fait à la Société :

1° Par MM. Becquerel et Vernois, de leur mémoire *sur l'albuminurie;*

2° D'un mémoire de M. J. Roux, *sur le traitement préventif et curatif du choléra par la dilution du sang par l'éther sulfurique soufré;*

3° Du *Recueil des travaux de la Société de médecine d'Indre-et-Loire;*

4° Du *Recueil des travaux de la Société de médecine et de pharmacie de la Vienne*, pendant l'année 1855.

M. Becquerel rend compte d'une observation de *leucocythémie*, à propos de laquelle il a employé un moyen particulier, déjà mis en usage en Allemagne, pour reconnaître la proportion des globules blancs par rapport aux rouges.

M. Trousseau : M. Becquerel a-t-il quelque idée sur la formation des globules blancs? Croit-il, par exemple, qu'ils existent dans le sang, où, dans le cas de leucocythémie, ils ne sont pas détruits par la rate? Ou bien sont-ils formés par la rate? En un mot, la rate lui paraît-elle jouer, dans ce cas, un rôle actif ou passif?

M. Becquerel n'a pas d'opinion arrêtée sur ce point. Est-ce la rate qui ne détruirait pas les globules blancs existant dans le sang? ou la rate les fabrique-t-elle de toutes pièces? L'une ou l'autre hypothèse peut être admise. Mais le fait positif et incontestable, c'est que ces globules blancs du sang sont identiques à ceux du chyle, de la lymphe, du pus et du mucus.

M. Trousseau : Si les globules blancs du sang sont les mêmes que ceux de la lymphe et du chyle, on a quelque difficulté à comprendre le rôle de la rate dans leur transformation, car la rate ne reçoit que le sang de la circulation générale et nullement celui des veines mésaraïques qui se rendent dans la veine porte. On comprendrait bien mieux que le foie eût une action directe sur eux, lui qui reçoit le sang mésaraïque.

M. Becquerel fait remarquer que Kolliker, qui a étudié cette question d'une manière toute spéciale, attribue à la rate le rôle de transformer les globules blancs en globules rouges.

M. Vigla a reçu communication de quelques essais d'analyses faites par MM. Regnault et Vidal sur le sang d'un leucocythémique, et sans entrer dans aucun détail à propos d'un travail qui n'a pas encore été publié, il se borne à annoncer que MM. Regnault et Vidal ayant défibriné le sang, et l'ayant maintenu dans une éprouvette étroite, ont obtenu facilement la séparation des globules rouges et des globules blancs, dont ils ont recueilli quelquefois une proportion énorme. Ces globules blancs ayant été séparés, ont été traités par différents réactifs, et par l'ammoniaque, entre autres, ils deviennent filants comme le pus.

M. Becquerel, sans vouloir rien préjuger sur la nature de ces globules, fait remarquer que cet état filant se produit toutes les fois que l'ammoniaque est mis en contact avec une matière grasse; il se forme un savon, et si le pus devient filant sous l'influence de l'ammoniaque, c'est qu'il contient assez de graisse pour que la combinaison soit manifeste, tandis que le sang normal n'en contient pas suffisamment.

M. Bouchut : Il manque toujours jusqu'à présent d'un premier élément d'appréciation, sans lequel on restera toujours dans le vague toutes les fois qu'il sera question de leucocythémie, c'est de savoir quelle est la proportion normale des globules blancs du sang. Ayant trouvé une augmentation notable des globules blancs chez tous les enfants cachectiques atteints d'anasarque, et même dans l'albuminurie, j'ai voulu chercher chez tous quelle était la proportion des globules blancs, et je suis arrivé aux résultats suivants : c'est que les globules blancs qui, à l'état normal, sont ordinairement de 1/30e environ, varient de proportion à l'infini sous l'influence de la moindre cause de maladie ou même de souffrance. Ainsi cette proportion varie à chaque instant chez le même individu, suivant qu'il est bien portant, ou qu'il a la diarrhée ou un malaise quelconque. Mais c'est surtout la diarrhée qui fait augmenter le nombre des globules blancs; on peut en trouver en pareil cas jusqu'à 1/12e. Ainsi, par exemple, chez un individu qui présente à chaque examen de douze à quinze globules blancs sous le champ du microscope, on en trouvera, s'il lui survient de la diarrhée, vingt ou vingt-cinq. C'est donc un fait acquis que, dans toutes les cachexies et chez tous les diarrhéiques, il y a augmentation du nombre des globules blancs, sans que, pour cela, il y ait chez eux aucune affection du foie ou de la rate, et sans accès de fièvre intermittente. Il faut donc, avant de parler de leucocythémie, déterminer exactement quelle est la proportion normale des globules blancs du sang et toutes les conditions sous l'influence desquelles elle varie.

M. Becquerel ne comptait pas entretenir la Société de quelques recherches semblables qu'il a faites pour apprécier autant que possible la proportion normale des globules blancs dans le sang; mais comme il est arrivé à une conclusion toute contraire à celle de M. Bouchut, il croit devoir en faire part à la Société. Pour ce qui est de l'appréciation de la proportion normale des globules blancs dans le sang, rien n'est plus incertain, car le même sang, extrait de la même veine, ne donne jamais le même nombre de globules blancs, et pour arriver à un résultat même seulement approximatif, il faudrait faire vingt expériences différentes et prendre la moyenne des vingt chiffres obtenus.

Un second point sur lequel M. Becquerel diffère encore d'opinion avec M. Bouchut, c'est celui-ci : M. Becquerel avait pensé autrefois, lui aussi, que, dans toutes les cachexies de quelque origine que ce soit, on devait trouver un excès de globules blancs; mais ses recherches très nombreuses, qui ont porté sur tous les individus cachectiques entrés dans son service, l'ont conduit à une conclusion toute différente. Mais ses recherches ont été faites sur des adultes, celles de M. Bouchut sur des enfants, peut-être l'âge fait-il différer les résultats.

Toutefois, les recherches de M. Becquerel l'ont conduit à cette conclusion, qu'en prenant du sang défibriné, en le mettant dans un tube de verre assez étroit et le laissant au repos pendant soixante-douze heures, il doit y avoir une couche de globules blancs au-dessus des globules rouges, toutes les fois que le nombre des globules est le trentième du nombre des globules rouges. Encore faut-il répéter cette expérience un grand nombre de fois sur chaque individu.

— M. Trousseau rend compte, en quelques mots, de l'autopsie du malade atteint de la *maladie d'Addison*, dont il a entretenu l'Académie de médecine, et dont l'observation a été publiée dans la *Gazette des hôpitaux*. Les poumons contenaient un seul tubercule; les reins étaient un peu plus développés que d'habitude, et les capsules surrénales étaient huit ou dix fois plus volumineuses qu'à l'état normal; elles renfermaient des tubercules, du tissu fibreux et de la graisse. Le fait sur lequel je veux insister est celui-ci. Des recherches microscopiques ont été faites sur le pigment de la peau de ce malade par M. Vulpian, et il y a trouvé le pigment de même nature que celui de la peau du nègre. Dans ce cas, comme dans les autres observés par Addison, il y a eu relation manifeste entre la coloration particulière de la peau et la lésion des capsules surrénales. Tous les jours nous observons des malades bronzés par le soleil, et qui n'ont pas de maladie des capsules; mais la différence capitale qui existe entre ces hommes bronzés et ceux atteints de la maladie d'Addison, c'est que les premiers sont colorés seulement sur les parties exposées au soleil, les autres, au contraire, sont colorés par plaques de même forme que les taches de vitiligo; en outre, la coloration de ces plaques offre une teinte toute particulière, qui ne ressemble ni à la coloration due à l'insolation, ni à l'ingestion du nitrate d'argent. Des recherches de M. Vulpian il ressort, néanmoins, qu'en pareil cas il serait important d'examiner le pigmentum de la peau; c'est un signe diagnostic qui pourra être précieux.

M. Bouchut ne sait si la distinction que vient d'établir M. Trousseau est suffisante. Ainsi, il y a une maladie qui produit fréquemment une coloration bronzée de la peau, et coloration *sui generis*, c'est la tuberculisation pulmonaire. En pareil cas, même en examinant le pigmentum, l'erreur est possible. Dernièrement, on a présenté à la Société de biologie un morceau de peau recueilli chez un tuberculeux, et qui renfermait une quantité très exagérée de matière pigmentaire.

M. Legroux : Pour que l'observation faite par M. Vulpian sur la peau du malade de M. Trousseau ait toute la valeur que lui attribue notre collègue, il faudrait avoir prouvé que les malades bronzés par le soleil n'ont pas subi une modification du pigment jusqu'alors il faudra rester dans le doute.

M. Trousseau : La seule question est de savoir si le pigment du nègre diffère de celui des individus soumis à une forte insolation, et cela suffira pour établir un diagnostic. Mais il est un fait qu'il faut constater, c'est que, chez les individus soumis à l'insolation, la peau seule est colorée, les muqueuses restent intactes; chez l'individu atteint de la maladie d'Addison, la face interne des joues et des lèvres présentait des taches brunes semblables à celles que l'on voit à l'intérieur de la gueule de certains chiens de chasse.

M. Delasiaute avait cru, par erreur, que M. Trousseau avait parlé d'une coloration bronzée générale, et cela lui avait rappelé un malade qu'il avait encore sous les yeux il y a peu de temps. Il s'agit d'un enfant, malade depuis deux ans, atteint d'une coloration bronzée presque générale et d'une teinte toute spéciale, qui ne ressemble à rien de ce que l'on est habitué à voir. Cet enfant a commencé par s'amaigrir, et la teinte bronzée est venue ensuite. Il y a trois mois, M. Delasiauve a été consulté et n'a trouvé de lésion dans aucun organe. M. Becquerel, qui fut appelé, n'a rien reconnu non plus; il y a seulement de l'anémie et du dépérissement. Serait-ce un cas de maladie d'Addison?

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE.

Séance du 20 Juin 1856. — Présidence de M. Fauvel.

M. Cazalas présente l'intestin grêle d'un des malades dont il a parlé dans la dernière séance. Cet homme nommé Hildenbrand, provient de l'hôpital de Péra, où il a été considéré comme atteint de typhus. Il a succombé dans le service de M. Cazalas, dans un état cachectique accompagné de diarrhée. L'intestin grêle offre des ulcérations anciennes, qui ont tous les caractères de la lésion dothinentérique.

M. Fauvel, cédant la présidence à M. Cazalas, prend la parole.

M. Fauvel se propose de résumer la discussion, et, en en rapprochant les divers éléments, d'en dégager les points qui, d'un commun accord, sont acquis à la science, ceux qui, quoique contestés, sont néanmoins suffisamment démontrés, ceux enfin sur lesquels plane encore une certaine obscurité.

M. Fauvel comprend la délicatesse de la situation où il s'est placé, mais il a suivi le débat sans parti pris d'avance, il a assez vu par lui-même, il a eu entre les mains des documents qui lui permettent de compléter ou de rectifier certains détails, il s'est cru donc placé dans de bonnes conditions pour émettre un sentiment impartial, et, comme un résumé de la discussion était nécessaire, il n'a pas hésité à s'en charger, tout en craignant de demeurer au-dessous de cette tâche. Il ne contentera pas tout le monde sans doute, puisqu'il combattra quelques opinions; mais cette dissidence partielle ne l'empêchera pas de reconnaître tout ce qu'il y a d'utile et de consciencieux dans les opinions dont il sera obligé de faire la critique. Il n'a pas, du reste, la prétention de parler au nom de la Société : mais il espère que ses appréciations seront sanctionnées par la grande majorité, et s'il en était ainsi, il en conclurait qu'il en a jugé sainement et il s'affermirait dans ses convictions.

M. Fauvel déterminera d'abord les caractères de l'épidémie qui fait l'objet de la discussion; il la comparera ensuite au typhus de Hildenbrand et aux divers typhus décrits depuis cet auteur; il traitera après la question de l'identité, et il finira en donnant la définition du typhus, et en exposant dans une suite de propositions la doctrine qui lui semble le plus en harmonie avec les faits observés.

Ce fut, continue M. Fauvel, en Crimée, vers la fin de l'année 1854, que l'état morbide qui nous occupe, commença à se développer dans les armées alliées. Il sévit d'abord dans l'armée anglaise, et, pendant tout l'hiver de 1854 à 1855, les fièvres typhiques régnèrent à l'état d'épidémie grave dans les hôpitaux anglais. Ces affections étaient identiques à celles que l'on vit, peu après, se développer dans les hôpitaux français. A partir du printemps, ces affections devinrent rares parmi les troupes anglaises, et on ne les a pas vues reparaître au milieu d'elles avec le caractère épidémique.

Dans l'armée française, les affections typhiques se montrèrent un peu plus tard. Proportionnellement, elles prirent moins d'extension, en 1855, que dans l'armée anglaise. Ce ne fut qu'au mois de février qu'elles commencèrent à fixer l'attention dans les hôpitaux de Constantinople. Dans le principe, il y eut quelque hésitation pour diagnostiquer la maladie qui, pour beaucoup de médecins, n'était que la fièvre typhoïde. Bientôt pourtant l'incertitude cessa et les cas de cette affection furent classés sous le nom de typhus.

En 1855, le maximum du développement épidémique a eu lieu dans les mois de mai et de juin. A partir de septembre, l'épidémie déclina jusqu'à la fin de l'année, sans qu'il y ait eu jamais néanmoins extinction complète.

En janvier 1856, on observa, dans les hôpitaux militaires de Constantinople, une notable recrudescence qui avait commencé en Crimée, un mois auparavant. L'épidémie acquit, en février, toute son extension; elle se maintint en mars, commença à décliner en avril et acheva de s'éteindre pendant les mois de mai et de juin. M. Fauvel remarque ici que le résumé qu'il vient de donner sur la marche de l'épidémie, tracé d'après des documents irrécusables, vient rectifier certaines assertions qui prétendaient que ces deux épidémies avaient sévi exactement à la même époque et sous l'empire des même influences climatériques. La vérité est que les deux épidémies, séparées par une rémission très marquée ont débuté à des époques à peu près correspondantes, mais que, ensuite, elles ont progressé différemment. La marche a été plus lente et le maximum d'intensité s'est montré beaucoup plus tard dans l'épidémie de 1855 que dans celle de 1856 qui, en prenant une extension beaucoup plus grande, a eu un développement très rapide, et a été plus meurtrière. C'est à tort que, se fondant sur les relevés d'un seul hôpital, on a prétendu que l'épidémie de 1856 n'avait pas aggravé d'une manière sensible la mortalité générale. L'ensemble des relevés des hôpitaux français de Constantinople établit que, dans les premiers mois de 1856, la mortalité a été de 20 1/3 p. 100, tandis qu'en 1855, dans la période correspondante, elle n'avait été que de 13 2/3.

En attendant la symptomatologie, M. Fauvel déclare qu'il est difficile de tracer un tableau complet de l'épidémie, parce que, très sobre sur l'exposé des symptômes, l'on a présenté des descriptions approximatives plutôt déduites d'impressions générales qu'appuyées sur des faits très précis. De là un certain vague dans ces descriptions, et, sur quelques points, des divergences qui n'auraient pas eu lieu avec plus de rigueur dans l'observation. Ce défaut, du reste, doit être attribué moins à la négligence des observateurs qu'à la gravité des circonstances, qui n'a pas permis que tous les faits fussent recueillis et analysés avec le soin nécessaire. Malgré cela, il y a des points essentiels sur lesquels on est généralement d'accord, et qui suffisent pour donner une idée nette de la physionomie de l'épidémie.

M. Fauvel rappelle que MM. Cazalas, Jacquot et Arnaud sont les seuls qui se soient arrêtés sur la symptomatologie. Il établit la nécessité de faire deux catégories de cas : ceux où la maladie a atteint des individus sains ou convalescents, et ceux où elle a atteint des individus déjà malades; car, dans ces deux séries, la physionomie est suffisante, et ce n'est qu'en les distinguant qu'on peut avoir une idée précise de l'épidémie. M. Fauvel trouve d'ailleurs naturel qu'à l'exemple de M. Jacquot, on cherche dans la première série le type de l'affection.

M. Cazalas, continue M. Fauvel, et il ne faut pas s'étonner de le voir cité ici, puisque s'il n'admet pas que tous les cas dont il parle, se rattachant au typhus, il expose des faits dont il faut profiter, M. Cazalas admet trois formes principales, qui appartiennent à la première catégorie et deux qui se rapportent à la seconde. M. Fauvel récapitule les caractères assignés par M. Cazalas à ces diverses formes, signale les trois que M. Jacquot a admises à son tour avec les signes qui les distinguent, et met en relief la ressemblance frappante que présentent les formes décrites par ces deux médecins, malgré leur divergence d'opinions.

M. Fauvel passe ensuite aux périodes. En remarquant que M. Fauvel ne les a pas distinguées d'une manière précise, il rappelle que MM. Arnaud, Barudel et Jacquot en ont admis trois, qui sont, sous d'autres dénominations, les périodes admises par Hildenbrand. M. Fauvel passe en revue les caractères de chacune de ces périodes, et il opine que si cette division en périodes a quelque fondement, il ne faut pas non plus y attacher une trop grande importance, puisqu'il est bien résulté de tout ce qui a été dit, qu'il a existé de très grandes variations dans l'épidémie, sous le rapport de sa marche et sous celui de ses formes. Cette division, d'ailleurs, n'est applicable qu'aux cas désignés sous le nom de typhus confirmé, et ne l'est pas aux cas très nombreux qui, bien que se rattachant aux mêmes causes que les précédents, et caractérisés par des symptômes identiques, en ont été à tort séparés, par la seule raison qu'ils n'ont qu'une durée éphémère.

M. Fauvel résume les caractères essentiels de la maladie, rappelle les chiffres qui ont été apportés dans la discussion pour en fixer la durée, et il en conclut qu'il y a des cas d'une durée éphémère, que le plus grand nombre ont eu une durée de huit à dix jours, et que rarement la maladie s'est prolongée au-delà de trois septenaires.

Quant aux terminaisons, M. Fauvel rapporte les résultats, d'ailleurs très variables, fournis par les divers médecins qui ont fait connaître leurs recherches à ce sujet, l'observation faite en Crimée, où l'on a évalué la mortalité à 50 p. 100, et les relevés officiels qui, à Constantinople, la portent en 1855 à 11 p. 100, et en 1856 à 53. Il remarque que les données particulières sont beaucoup plus favorables que les relevés officiels, parce que ces derniers ne comprennent, en général, que les cas graves, et il exprime l'opinion que, pour arriver à des résultats vrais, il faudrait d'abord considérer tous les cas en masse, et ensuite étudier la gravité dans des catégories séparées.

Le traitement, suivant M. Fauvel, a été en général déterminé par les indications particulières; il a été symptomatique, et, en examinant de près, on voit que les méthodes ont peu varié. Le sulfate de quinine employé à divers titres, et que M. Valette administrait pendant tout le cours de la maladie, a eu évidemment de l'utilité, quand existait la périodicité : à cet égard, il y a unanimité en Crimée comme à Constantinople; mais il y a loin de là à une médication héroïque. M. Cazalas, il est vrai, a soutenu que, par sa méthode et l'emploi convenable du sulfate de quinine, il avait souvent enrayé la maladie. Il n'y a pas à révoquer en doute les observations de M. Cazalas, mais on ne peut pas s'empêcher de remarquer que, dans d'autres services, où l'on ne mettait pas en usage la même méthode, on a obtenu des résultats analogues aux siens.

Les vomitifs et les purgatifs ont été souvent employés, surtout au début. On a eu également recours, suivant les indications, aux stimulants, aux révulsifs, aux antispasmodiques, aux toniques, aux sédatifs. MM. Barudel et Verrollot se sont loués des émissions sanguines, qui ont été généralement peu pratiquées. Mais comme, d'une part, les faits énoncés par ces deux médecins ne sont pas assez précis et assez nombreux, et que, d'autre part, M. Arnaud n'a pas obtenu de cette méthode les mêmes avantages, on ne peut que conserver des doutes sur son efficacité.

En résumé, rien d'héroïque dans le traitement. M. Cazalas, qui a particulièrement préconisé une méthode, reconnaît lui-même que la thérapeutique n'a pas eu d'action directe sur l'élément typhique. Il ne ressort donc pas des faits exposés que, dans l'épidémie actuelle, aucune méthode spéciale puisse être préconisée à l'exclusion d'une autre.

Les lésions anatomiques n'ont rien offert de pathognomonique. Ce qui a été noté le plus généralement, c'est la congestion des méninges avec épanchement sous-arachnoïdien, sans caractères inflammatoirs tranchés dans la plupart des cas. L'engouement et l'hépatisation lobaires ou lobulaires des poumons se placent en seconde ligne. Rien de caractéristique dans l'intestin. M. Cazalas, il est vrai, a trouvé, quatre fois sur seize autopsies, la lésion dothinentérique; mais il n'y a là rien qui doive surprendre, puisqu'il admet que le typhus et la fièvre typhoïde sont la même maladie, et qu'on peut dire, dès lors, que, dans ces quatre cas, il s'agissait de fièvre typhoïde. Ce n'est pas, du reste, dans la présence accidentelle de la lésion dothinentérique qu'il faut chercher la solution du problème de l'identité. Ce qu'il importe de constater c'est que, dans la généralité des cas, la lésion n'a pas existé. Or, tous les observateurs sont d'accord sur ce point. M. Moering, médecin russe, qui, d'après deux cents autopsies, a présenté les caractères anatomiques de la maladie d'une manière si saisissante, n'a trouvé que deux fois dans l'intestin grêle des ulcérations, liées d'ailleurs à une affection tuberculeuse.

Après avoir rappelé la division de M. Moering dans l'étude des lésions anatomiques, M. Fauvel les résume ainsi : dans les huit premiers jours, lésions purement congestives dans les membranes et dans les parenchymes; plus tard, lésions phlegmasiques, notamment dans les poumons et le gros intestin; mais, dans tous ces cas, rien d'absolument caractéristique.

M. Fauvel termine ce qui est relatif aux lésions anatomiques, en regrettant que les circonstances n'aient pas permis d'entreprendre des recherches chimiques et microscopiques sur l'état des liquides et des tissus chez les typhiques. Il remarque, toutefois, que les résultats négatifs auxquels est arrivé M. Moering, dans ses investigations de ce genre, atténuent l'importance de cette lacune.

Abordant l'étiologie, M. Fauvel rappelle que les affections typhiques ont débuté à la même époque en Crimée, tant dans les armées alliées que dans l'armée russe; que, de là, elles se sont étendues dans les hôpitaux de Constantinople, d'Odessa, de Nicolaïeff, etc. Il énumère ensuite les conditions dans lesquelles se trouvaient les armées, et il établit qu'on reconnaît unanimement qu'en Crimée, la maladie actuelle a été la conséquence de ces conditions, qu'elle y est née spontanément, et qu'elle a été le fait d'une intoxication par un miasme animal.

M. Fauvel se demande quel a été le rôle de l'influence palustre, considérée comme élément capital de l'épidémie. Il rappelle ici les opinions de M. Cazalas à ce sujet et les objections qui lui ont été faites, et où l'impossibilité de faire intervenir cette influence chez les hommes parfaitement sains, attaqués par la maladie à Constantinople et à bord des navires, il déclare ne pas pouvoir partager la manière de voir de M. Cazalas. Il admet cependant que, dans certains cas, l'élément palustre a pu se combiner avec le typhus, mais non aussi généralement que M. Cazalas l'a prétendu. M. Alferieff, ajoute M. Fauvel, a fait connaître qu'une opinion analogue avait été émise par quelques médecins russes, mais qu'elle a peu de partisans, et que, pour sa part, il ne l'adoptait pas.

Il est résulté des faits, poursuit M. Fauvel, que la maladie est née spontanément, mais qu'elle a été engendrée aussi et qu'elle s'est propagée par le fait de l'encombrement. M. Fauvel remarque que M. Cazalas lui-même partage cette opin on, puisque, tout en repoussant la transmission pour son hôpital, il ne nie pas qu'elle ait pu se produire ailleurs.

M. Fauvel constate qu'il y a peu de dissidence, quant au mode de transmission. Si, au premier abord, on peut croire que M. Jacquot admet la transmission par contact, il ne nie pas l'infection, et ces faits, qu'il a apportés en faveur de la contagion directe, militent tout aussi bien en faveur de la transmission par l'atmosphère.

Rien donc, remarque M. Fauvel, ne prouve la propagation de la maladie par le contact direct des malades ou des objets infectés; tout prouve, au contraire que l'atmosphère confinée a été le véhicule du miasme, et encore cette atmosphère contaminée n'étend-elle pas son action au delà de certaines limites; elle perd ses propriétés infectieuses au grand air, au dehors du foyer d'émission. Autrement, la maladie aurait envahi la ville, et, en Crimée, elle aurait atteint les officiers et l'armée anglaise.

M. Fauvel rappelle les deux faits rapportés par M. Netter, et relatifs à l'immunité de l'infirmerie de St-Benoît et de l'hôpital civil, et il en infère que, même dans son foyer, l'infection typhique peut être neutralisée par certaines précautions hygiéniques. M. Fauvel s'étaie encore de ces deux faits, pour établir que la propagation du typhus ne se fait pas par le contact direct.

Ainsi donc, conclut M. Fauvel, la maladie s'est propagée par infection et sa propagation a été en raison directe de l'encombrement.

(La suite du résumé prochainement.)

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

NOUVEAU MOYEN DE FIXATION DES CORPS ÉTRANGERS DES ARTICULATIONS;

Par le docteur Wolff.

On a imaginé beaucoup de procédés pour retenir à l'extérieur des articulations, ces corps, qu'il est toujours chanceux d'extraire. Ce moyen, que nous ne nous rappelons pas avoir déjà vu indiqué, consiste dans l'application d'une serre-fine assez volumineuse pour pouvoir embrasser le corp étranger, après qu'on l'a fixée dans le point le plus séloigné de l'articulation.

Le docteur Wolff l'a employée une fois avec un plein succès, chez un homme de 27 ans, qui portait un de ces corps dans le genou gauche. Peu de douleurs après l'application; ce n'est que le sixième jour qu'elles sont devenues un peu plus vives autour du corps et accompagnées d'un léger gonflement érysipélateux. L'instrument fut enlevé le septième jour, et le genou recouvert d'une vessie à la glace pendant deux jours. Tout rentra dans l'ordre, et, le neuvième jour, on enveloppa le genou de bandelettes de sparadrap, destinées, en outre, à retenir le corps dans sa nouvelle place. Quatre jours après, le bandage fut enlevé, et le corps étranger était tellement bien fixé, qu'on ne pouvait le déplacer même en employant une force modérée. Un nouveau bandage fut appliqué, et l'ex-malade put se remettre en route.— (*Deutsche Klinik*, 1856, n° 4.)

DOUZE CAS D'APPLICATION DU FORCEPS-SCIE;

Par le chevalier de Billi, de Milan.

Nous ne détaillerons pas ces observations; cet instrument fut employé pour des cas divers, où il s'agissait d'extraire promptement un enfant mort. L'opération parut n'avoir jamais présenté de difficulté, du moins il n'en est pas fait mention. Après la section de la tête, l'expulsion du fœtus eut lieu souvent par les seules forces de la nature; d'autres fois il a fallu employer des moyens artificiels, surtout le crochet. Six fois les couches furent tout à fait normales, et dans les six autres, il y eut de la métrite ou de la métro-péritonite, indiquée deux fois comme violente. Néanmoins les mères ont toujours guéri. — (*Monatsschr. f. geburtsk*, 1856, n° 1.)

COURRIER.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE D'ORIENT.

Souscription ouverte dans les bureaux de l'Union Médicale :

Quatrième liste : MM. Gérard, de Lyon, 20 fr.; Brierre de Boismont, 50 fr.; Bossion, 20 fr.; Chartroule, 20 fr.; anonyme, 10 fr.; Ch. Pellarin, 5 fr.; Bourguignon, 20 fr.

Total.	145 fr. »
Listes précédentes.	1,075 fr. 50
Total de l'Union Médicale.	1,220 fr. 50

Erratum. — Dans une des dernières listes, le nom de M. Woirhaye a été inexactement imprimé. *Lisez* Woirhaye, médecin-major au 8e régiment de chasseurs, *au lieu de* Wardy.

— Par arrêtés de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 15 octobre 1856, M. Marcé, professeur suppléant à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes, est nommé professeur titulaire de pathologie interne à ladite École, en remplacement de M. Sallion.

M. Sallion est nommé professeur honoraire à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Nantes.

M. Malherbe, docteur en médecine, est nommé professeur suppléant à la même École, en remplacement de M. Marcé.

Il sera spécialement attaché, en cette qualité, aux chaires de médecine proprement dite.

— Nous apprenons la mort de M. le docteur Dozy, membre de l'Académie royale des sciences d'Amsterdam.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22

Sous presse pour paraître du 1er au 15 Décembre 1856 :

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE POUR LA VILLE DE PARIS,

Fondé par **DOMANGE-HUBERT**, et continué par l'Administration de *L'UNION MÉDICALE*. — Vingt-huitième année. — 1857.

Les éditeurs de l'*Almanach général de médecine et de pharmacie* prient instamment les Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes de Paris et des arrondissemens de Saint-Denis et de Sceaux, dont les noms ne figurent pas dans la dernière édition, soit par erreur, soit parce qu'ils n'étaient pas encore établis dans le département de la Seine, d'envoyer le plus promptement possible, *franco*, à M. le Gérant de l'*Union Médicale*, faubourg Montmartre, 56, leurs NOM, PRÉNOMS, PROFESSION, DATE DE RÉCEPTION, DÉCORATIONS, TITRES OFFICIELS, HEURES DE CONSULTATIONS, et ADRESSE.

Les Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes de Paris et de la banlieue, qui auraient quelques renseignements ou réclamations à adresser aux éditeurs de l'*Almanach*, quelques rectifications à demander, sont invités à le faire dans le plus court délai possible, par la voie indiquée ci-dessus.

Grâce au concours de tous les intéressés, cette publication deviendra de plus en plus utile au corps médico-pharmaceutique du département de la Seine.

Tome X. — N° 131. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 30 Octobre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. OBSTÉTRIQUE : De la phlébite des gros troncs veineux du cou, consécutive à l'accouchement. — III. MÉDECINE : Observation de rupture spontanée d'un kyste ovarique, suivie de guérison. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 28 octobre : Correspondance. — Ouverture prématurée des abcès ganglionnaires. — Rapport sur les eaux minérales. — Suite de la discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire. — Note sur la codéine. — V. PRESSE MÉDICALE ANGLAISE : Déviation du sang menstruel ; hémorrhagie par les orteils. — Concrétions fibrineuses et végétations dans le cœur ; obstruction dans les artères cérébrales. — Pyohémie spontanée et abcès multiples ; pas de cause appréciable ; examen nécroscopique. — Grossesse extra-utérine. — VI. COURRIER.

PARIS, LE 29 OCTOBRE 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Nous serons très bref sur la séance d'hier qui a été remplie par un rapport officiel sur un nouvel appareil à fabrication d'eaux gazeuses de table, par les discours de MM. Piorry et Gimelle sur les kystes de l'ovaire et par une courte note sur la codéine par M. Robiquet.

Le nouvel appareil sur lequel M. Guérard a fait un rapport favorable que l'Académie, toujours très craintive à l'endroit de l'exploitation, a fait légèrement modifier, cet appareil peut être excellent, mais ce qui n'est pas excellent, ce sont les produits qu'il est destiné à fabriquer comme ses nombreux congénères, et véritablement le besoin d'un nouveau gazomètre se faisait peu sentir. Il nous semble que l'Académie, au lieu de favoriser la consommation déjà beaucoup trop considérable de ces eaux factices, dont la salubrité est fort contestable, pouvait saisir cette occasion d'appeler l'attention de M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, au département duquel ressortissent précisément les eaux minérales et les chemins de fer, sur la convenance d'un abaissement de tarif sur le transport des eaux minérales, abaissement qui pourrait nous délivrer de toutes ces boissons factices, indignes de l'estomac d'un homme de goût. Nous possédons en France des sources précieuses d'eaux gazeuses naturelles, Saint-Galmier, Soultzmat, la Grande-Rive, dont la consommation ne peut pas lutter, au grand dommage de l'agrément, de l'hygiène et même de la thérapeutique avec ces tristes produits artificiels, parce que les frais de transport en élèvent considérablement le prix. Il y a là quelque chose à faire, selon la formule consacrée.

La discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire a été reprise par M. Piorry. Cet honorable professeur n'a pas voulu, cette fois, se livrer aux hasards de l'improvisation et il a lu un discours écrit. Nous en reproduisons au compte-rendu des extraits suffisants pour que nos lecteurs apprécient eux-mêmes sur quels points l'orateur a élucidé la question du diagnostic et celle du traitement, au milieu des savantes généralités qu'il renferme.

Le discours de M. Gimelle, moins riche en considérations générales, a été aussi plus topique, plus afférent à la véritable question qui s'agite.

M. Gimelle est entré carrément et militairement dans son sujet. Vous avez affaire à un kyste de l'ovaire qui grossit, qui bientôt va gêner les fonctions importantes et compromettre l'existence, de quelles ressources thérapeutiques pouvez-vous disposer ? Est-ce à un pur traitement médical que vous aurez recours ? L'expérience des siècles a prouvé son inutilité. Attendrez-vous la résolution naturelle ? Elle est à peu près impossible. Espérez-vous la rupture spontanée ? Cette éventualité est si rare et d'ailleurs elle-même si chanceuse, que ce serait folie de l'attendre. Vous n'êtes donc plus en présence que de moyens chirurgicaux, palliatifs et curatifs, et c'est à eux qu'il faut avoir résolument recours, dans les indications et avec les précautions que l'orateur indique et dont les résultats lui ont paru déterminants.

Mais ce sont ces résultats qui sont précisément en cause ; c'est l'analyse et l'appréciation des faits qui doit être, ce nous semble, la base de la discussion actuelle, et c'est probablement vers cette direction qu'elle tournera bientôt, si l'on veut lui donner une utilité quelconque.

Mardi prochain, nous entendrons MM. Cruveilhier et Robert.

Amédée LATOUR

MÉDECINE.

OBSERVATION DE RUPTURE SPONTANÉE D'UN KYSTE OVARIQUE, SUIVIE DE GUÉRISON ;

Par M. le docteur MARCHAND (de Charenton).

Mme D..., coiffeur, rue de Paris, à Charenton, a toujours joui d'une bonne santé ; elle s'est mariée, en 1851, à l'âge de 17 ans et demi. C'est une jeune personne d'une taille un peu au-dessus de la moyenne, assez mince, qui ne présentait rien de particulier. Elle devint enceinte dans les derniers mois de 1851, sa grossesse fut normale, il ne survint aucune espèce d'accident. Je fus chargé de l'accoucher, et je fus mandé à cet effet le 3 juillet 1852, au matin. En examinant le ventre, je constatai la présence de deux tumeurs de même volume à peu près, dont l'une, en bas, était due à l'utérus, dont je sentais les contractions, et l'autre, au-dessus et à gauche, ne subissait aucune alternative de resserrement et de relâchement qui existait à l'utérus ; c'était évidemment une tumeur indépendante de l'utérus. Je pensais que ce pouvait être une hydropisie enkystée de l'ovaire gauche.

Je fis part immédiatement au père et au mari de la malade de mon observation, et je continuai à l'assister dans l'accouchement, qui se termina d'une manière heureuse et qui nous donna un enfant vivant et bien portant.

Après l'accouchement, l'utérus reprit son volume normal, la tumeur de l'ovaire descendit et occupa la partie moyenne et un peu gauche de l'abdomen ; elle ne subit aucun autre changement.

Les suites de couches se passèrent très bien ; il fallait diriger un traitement de la tumeur de l'ovaire ; le mari était fort impatient et me demandait tous les jours de m'en occuper. Je connaissais quelques exemples de guérison par les injections iodées publiés par les journaux, mais je n'étais pas assez convaincu de leur efficacité pour les conseiller. Une cliente de M. Boinet engagea Mme D... à aller le consulter. Je ne m'y opposai pas, et, vers le 6 août, on se présenta chez ce médecin, qui ne put pas voir la malade, attendu qu'il était absent de chez lui. J'étais dans une grande indécision de savoir s'il fallait ou tenter la cure radicale par l'injection ou par une simple ponction. Le mari lui-même, qui a beaucoup d'intelligence, hésitait à voir M. Boinet, parce qu'il craignait d'employer sur sa femme un moyen moins connu qu'il ne l'est aujourd'hui. J'avoue que je ne l'encourageais pas. Je voyais seulement la malade tous les trois ou quatre jours. Je la visitai le 12 ou 13 août au matin, il n'y avait aucun changement dans la tumeur. Si la femme n'eût pas été accouchée un mois avant, on aurait pu croire à une nouvelle grossesse. Le ventre était en pointe, les hypochondres et les flancs étaient déprimés, la partie centrale du ventre seule faisait saillie. Je dis quelques paroles de consolation à cette jeune femme, et je sortis pour voir d'autres malades. Peu d'instants après, le mari vint me chercher, en me disant que quelque chose s'était rompu dans le ventre de sa femme en faisant un mouvement un peu brusque. Je me rendis immédiatement auprès d'elle, et voici dans quel état je la trouvai : Elle était effrayée de ce qui venait d'arriver, mais nulle souffrance, le ventre n'avait plus la forme décrite plus haut ; lorsque la malade était couchée sur le dos, il était aplati et le liquide suivait les mouvements imprimés au ventre, c'est-à-dire qu'il tombait du côté droit si la malade se retournait de ce côté et réciproquement. Evidemment c'était une rupture spontanée du kyste. J'avais lu dans les auteurs que c'était un moyen de guérison employé par la nature.

Maintenant, les raisons qui m'avaient empêché de donner sans hésitation des conseils à la famille n'existant plus, je demandai positivement l'aide d'un confrère. M. Boinet me fut proposé. Je l'acceptai avec empressement.

Dans la journée, M. Boinet vint voir la malade, et après que je lui eus donné les explications qui précèdent, il se décida à pratiquer la ponction de l'abdomen ; c'était à mon avis la seule chose à faire et puis attendre. La paracentèse fut faite de suite au lieu d'élection à gauche sans présenter rien de particulier ; le liquide qui fut obtenu était rosé, un peu trouble ; il fut évalué à cinq ou six litres. Les suites de l'opération ont été des plus heureuses, et quinze jours après, la malade, bien guérie, reprenait ses occupations.

Depuis, elle a eu un enfant bien portant. Pendant l'accouchement, je n'ai rien constaté au siége primitif de la tumeur et aujourd'hui, 14 octobre 1856, elle est bien portante. La guérison s'est ainsi maintenue depuis quatre ans accomplis sans que rien puisse nous faire craindre une récidive.

OBSTÉTRIQUE.

DE LA PHLÉBITE DES GROS TRONCS VEINEUX DU COU, CONSÉCUTIVE A L'ACCOUCHEMENT ;

Par le docteur Alf. H. MAC CLINTOCK, maître d'accouchements à l'hôpital d'accouchements de Dublin, etc.

(Suite et fin. — Voir le numéro du 28 octobre.)

D'après l'intérêt et la grande importance pratique de ce cas, je crois qu'il n'est pas besoin de justification pour en rapporter le compte-rendu par le docteur Mayne, tel qu'il fut soumis à la Société pathologique :

« Il s'agit d'un homme âgé de 29 ans, qui avait été à l'hôpital en février précédent, pour une phlébite commençante. Au bout de quelques semaines, cet homme quitta l'hôpital et retourna à ses occupations. Mais, peu de temps après, il fut atteint d'une maladie d'entrailles douloureuse, qu'il supposa être la dysenterie, et qui persista jusqu'en octobre suivant, époque où il vint se confier de nouveau aux soins du docteur Mayne, à cause de l'apparition soudaine de douleur et de tuméfaction dans le membre supérieur droit. La douleur, commençant derrière la clavicule et dans l'épaule correspondante, fut bientôt suivie d'un gonflement œdémateux du membre entier, qui était chaud, douloureux au toucher, et conservait imparfaitement l'impression du doigt. Les veines profondes, à leur consistance et à leur forme, qui les faisaient ressembler à des cordons durs et tendus, pouvaient être suivies sous les parties molles dont elles étaient recouvertes, et les veines superficielles, à l'épaule, à l'aisselle et au bras, étaient largement dilatées et attiraient l'attention de l'observateur par leur coloration bleuâtre et leur aspect variqueux. Pendant les quelques jours que cet homme survécut, les symptômes de la poitrine semblèrent en quelque sorte remplacés par ceux de l'irritation intestinale. Les selles, qui s'élevaient de douze à vingt dans les vingt-quatre heures, étaient jaunâtres et d'une insupportable fétidité.

» A l'examen nécroscopique, les deux poumons furent trouvés remplis de tubercules, mais sans caverne de quelque étendue dans l'un ni dans l'autre. Toutes les veines du membre supérieur droit étaient remplies d'un caillot ferme qui adhérait à la tunique interne, et qui, ayant retenu une portion considérable de la matière colorante du sang, ressemblait, après avoir été retiré des vaisseaux, à des fragments de corail. Les tuniques des veines étaient épaissies et opaques. Ces altérations morbides s'étendaient jusqu'à la jonction des deux troncs veineux brachio-céphaliques, dont le droit était tout à fait oblitéré, tandis que le gauche, la veine cave supérieure et l'azygos étaient exempts de toute trace d'inflammation. L'examen des intestins grêles fut involontairement négligé ; mais le gros intestin était le siége des lésions qu'on observe ordinairement à un degré avancé de la dysenterie chronique : la membrane muqueuse était couverte d'ulcérations, dont un grand nombre, dans le rectum et l'S iliaque du colon, étaient circulaires, avec leur centre déprimé et leurs bords indurés. »

Bien que ce cas ressemble, à quelques égards, à celui que j'ai rapporté ci-dessus, il y a cependant entre eux plusieurs points de différence, mais sur lesquels il est inutile de s'arrêter ici.

Dans aucun de ces deux cas, la phlébite ne fut une maladie primitive, idiopathique. Dans celui du docteur Mayne, elle fut précédée par la phthisie et une dysenterie chronique ; dans celui qui m'est propre, elle se manifesta à la suite d'une fièvre puerpérale et d'une maladie des reins.

L'étiologie de la phlébite n'est pas très avancée, et, sous ce rapport, nos connaissances sont encore bien imparfaites. Il n'y a pas de doute possible, quant à la phlébite traumatique : que l'inflammation puisse s'emparer d'une veine à la suite d'une blessure, d'une lésion de ce vaisseau, c'est, en effet, ce qui est clairement établi ; cependant la constitution atmosphérique et l'état actuel de santé du sujet exercent certainement une puissante influence pour modifier les suites de la lésion. En second lieu, la phlébite peut résulter du contact immédiat d'une matière purulente ou septique avec la tunique interne d'une veine. Cette conséquence, pour n'être pas absolument nécessaire, est néanmoins largement démontrée par les expériences de Gaspard, de M. Cruveilhier et de M. Henry Lee ; d'un autre côté, au contraire, il peut y avoir contamination du sang, pyohémie, sans aucune inflammation des canaux veineux par lesquels le poison a pénétré dans la circulation. Troisièmement, il y a de bonnes raisons pour supposer que la phlébite, dans certaines circonstances, peut prendre sa source dans l'extension d'une inflammation des tissus environnants. De toutes les veines, ce sont celles qui rampent dans l'épaisseur des os, qui paraissent avoir le plus de dispositions à être ainsi entraînées par contiguité dans l'inflammation du tissu qui les enveloppe.

Enfin, nous voyons quelquefois des cas où l'inflammation des troncs veineux est indépendante d'aucune des causes précédentes, et où sa production peut, dans un sens déterminé, être considérée comme spontanée ; si, ou jusqu'à quel point l'inflammation veineuse est vraiment idiopathique dans ces cas, est une autre et plus difficile question à résoudre. Je suis fortement porté vers l'opinion que la phlébite qui prend ainsi naissance, n'est pas essentiellement idiopathique, qu'elle est seulement une conséquence, une manifestation locale d'une toxémie ou viciation du sang. Cette manière de voir emprunte un appui considérable aux circonstances dans lesquelles se présente cette forme de phlébite soi-disant spontanée. On ne l'a jamais vue, par exemple, se produire dans le cours d'une bonne santé ; mais elle accompagne ou suit les diverses affections qui ont une tendance décidée à altérer et détériorer le sang, catégorie de maladies dans laquelle se rangent les fièvres typhoïde, adynamique et puerpérale ; les diathèses phthi-

sique, goutteuse, rhumatismale; la dysenterie chronique et la chlorose. Le docteur Robert Lee soutient que la *phlegmatia alba dolens* (ou phlébite crurale) est toujours une extension de l'inflammation du plexus veineux de l'utérus. C'est là, il ne faut pas l'oublier, l'opinion de l'une des plus hautes autorités sur ce sujet. Or, nous y trouvons la reconnaissance de ce fait : la phlébite crurale précédée par une maladie éminemment favorable à la production de l'infection du sang. Que cette extension de l'action morbide ait lieu ou non, c'est ce que nous ne nous arrêterons pas à discuter ici, la question générale qui nous occupe ne s'y trouvant intéressée qu'à un faible degré.

Les recherches du docteur Mackensie sur la nature et la pathologie de la *phlegmatia alba dolens* ont, je pense, une étroite relation avec le point que nous examinons maintenant. Il ne nie pas que la phlébite n'existe toujours dans le membre affecté; c'est un fait, il est vrai, aussi bien établi qu'aucun autre en pathologie. Mais ce qu'il soutient, c'est que cette inflammation des veines est secondaire à la viciation, ou procède de la viciation du fluide circulant. Pour le prouver, il allègue les résultats de beaucoup d'expériences directes, et cite, d'après divers auteurs, un grand nombre de cas de *phlegmatia alba dolens*, qui tous concourent à donner un appui solide à ses vues pathologiques.

Je ne pousserai pas plus loin cet examen quant à présent; cela ouvrirait devant nous un champ de recherches beaucoup trop large, et un champ d'ailleurs qui, à un certain degré, a déjà été exploré par le docteur Mackensie. Dans le cas rapporté ci-dessus, et qui a donné lieu à ces remarques, il n'est pas possible de douter que, quand la phlébite du cou apparut, il n'existât déjà depuis plusieurs jours un état de pyohémie ou au moins d'infection du sang. Les symptômes alors et auparavant observés chez la malade, ainsi que les altérations révélées par l'autopsie, se réunissent pour confirmer cette manière de voir.

Chez le sujet du docteur Mayne, la santé était détruite et très gravement détériorée par une dysenterie chronique et par la phthisie, longtemps avant l'invasion de la phlébite; en sorte que, dans dans ces deux remarquables exemples, nous voyons les causes agir d'une manière tout à fait équivalente pour donner naissance à un état d'altération, de viciation du sang.

Il a été bien établi, dans le cours de l'exposé clinique de ce cas intéressant, que les effets locaux de la phlébite existaient déjà depuis quelques jours, sans s'accompagner d'aucuns symptômes généraux remarquables ou ayant une physionomie particulière. Cela m'amène à faire l'observation suivante : *que, dans le fait, il n'y a point, que je sache, de symptômes pathognomoniques de la phlébite simple, à l'exception des symptômes locaux; les symptômes considérés comme tels appartenant plutôt à l'état de pyohémie.* D'où il suit que, toutes les fois qu'une veine ou des veines situées hors de la portée de nos moyens d'investigation physique, sont atteintes d'inflammation, comme, par exemple, dans un cas de phlébite utérine, nous ne pouvons savoir avec certitude que le tissu veineux est celui qui est spécialement atteint, que lorsque les symptômes caractéristiques de la pyohémie viennent à se montrer. C'est, du moins, la conclusion à laquelle je suis conduit par ma propre expérience. Il est peut-être possible que je sois dans l'erreur sur ce point; aussi ne voudrais-je pas m'exprimer d'une manière dogmatique. En tout cas, c'est précisément là une de ces questions qui ne peuvent être résolues que par l'expérience collective de plusieurs observateurs. Aussi je prends la liberté de la proposer, — et en même temps la suivante : « La phlébite se rencontre-t-elle jamais comme affection purement idiopathique? » — comme des sujets sur lesquels il serait avantageux d'obtenir que d'autres fissent connaître leur opinion (1).

(1) Extrait du *Dublin quaterly journal of med.*, août 1850.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 28 Octobre 1856. — Présidence de M. Bussy.

A l'occasion du procès-verbal, M. Moreau réclame contre l'opinion que semble lui avoir prêtée M. Trousseau, et d'après laquelle il faudrait *toujours* s'abstenir d'intervenir chirurgicalement chez les femmes affectées de kystes ovariques. M. Moreau a dit seulement que cette abstention est le parti le plus sage *dans le plus grand nombre des cas*, et il a eu soin d'indiquer les exceptions à cette règle.

La correspondance officielle comprend :

Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans les départements du Cantal, des Pyrénées-Orientales, d'Eure-et-Loir, de la Haute-Saône, de la Haute-Marne, du Loiret, de la Somme et du Gard. (Com. des épidémies.)

— Un rapport de M. le docteur Debrest, médecin-inspecteur des eaux minérales de Châteldon (Puy-de-Dôme), sur le service médical de cet établissement en 1855. (Com. des eaux minérales.)

— Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans les départements du Cantal et du Gers. (Com. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des pièces suivantes :

Une observation de M. le docteur Morel, d'Auteuil, sur un cas d'*hydrophobie* développé chez un enfant de cinq ans. (M. Renault, rapporteur.)

— Un mémoire sur l'*exfoliation de la muqueuse utérine chez la femme* et dans quelques animaux, par M. le docteur Girardet, professeur suppléant à l'École préparatoire de Tours. (Com. MM. Bouley et Depaul.)

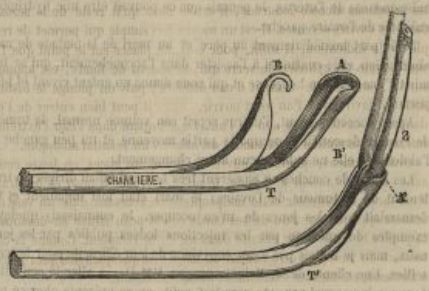
— M. le docteur Bouchard, médecin en chef de l'hôpital de Saumur, adresse à l'Académie deux observations : un cas de kyste ovarique, un autre d'hydropisie ascite, tous deux suivis de mort après des injections iodées. (M. Barth, rapporteur.)

— M. J. Charrière présente à l'Académie un instrument imaginé par M. le docteur Auguste Mercier pour extraire de la vessie les sondes élastiques et autres corps flexibles; cet instrument ressemble au brise-pierre courbe.

Le mors de la branche femelle est fenêtré complétement comme dans le brise-pierre de M. Charrière père, mais la petite lame qui borde la fenêtre, au lieu d'être sur le bec même, se trouve à sa face dorsale; près de leur extrémité, les lames latérales sont un peu plus écartées que dans le reste de leur étendue, et leur bord antérieur se confond avec le bord terminal en s'arrondissant.

Le mors de la branche mâle est près de son extrémité; beaucoup plus mince que la fenêtre n'est large; mais il a une grande force d'avant en arrière; ce qui le caractérise surtout, c'est sa face prenante qui est contournée en S.

Voici maintenant ce qui arrive : quand on a saisi en travers un corps flexible, à mesure que le talon de cette branche s'engage dans la fenêtre, le corps glisse entre les mors, qui sont parfaitement polis, et remonte jusqu'au crochet terminal. Là il se trouve arrêté, et si l'on continue de presser, il se fléchit et s'engage entre les lames de la branche femelle, en même temps que ses extrémités se dirigent en avant et en haut. On voit que, dans l'extraction, le volume du corps étranger ne se surajoute en aucun cas à celui de l'instrument; que le premier est presque dans l'axe du second; qu'en tous cas, il y est facilement amené en traversant le col de la vessie, et que, s'il tend à frotter contre une parois du canal, c'est contre l'antérieure, où il ne se trouve rien d'essentiel à ménager.



DESCRIPTION DE LA FIGURE.

A Bec fenêtré comme les brise-pierres ordinaires vu ouvert; A vu fermé.

B Crochet en S pour accrocher la sonde vu ouvert; B vu fermé.

S Sonde saisie par le bec de l'instrument pour être amenée au dehors.

— M. Henri Muller, professeur à Wurzbourg, adresse à l'Académie, d'après l'invitation qui lui en a été faite par M. Malgaigne, le résumé d'un travail sur la *cataracte capsulaire*. (M. Malgaigne, rapporteur.)

— M. le docteur Auguste Pellarin, chirurgien de 1re classe de la marine, à la Guadeloupe, adresse un *Mémoire sur la fièvre jaune épidémique*.

Les faits qui servent de base à ce travail sont les cas de fièvre jaune fournies par la frégate l'*Iphigénie*, en janvier 1856, et traités à l'hôpital du camp Jacob, dont le service médical était confié à l'auteur. Celui-ci traite, dans autant de sections différentes de la symptomatologie, de l'étiologie, de l'anatomie pathologique et du traitement. Puis il consacre une dernière partie à des considérations nosologiques qui ont pour but d'établir que *la fièvre jaune n'est pas une fièvre, mais une maladie pestilentielle*. Nous allons citer quelques-unes de ces considérations :

« Les maladies pestilentielles, dispersées jusqu'à ces dernières années parmi les fièvres et même avec celles-ci parmi les phlegmasies, doivent désormais former un groupe distinct auquel appartient éminemment la fièvre jaune. Elles se placent à côté des fièvres par leur origine miasmatique, mais s'en détachent nettement par des caractères nombreux et tranchés qui en font une classe très naturelle.....

» Les maladies épidémiques sont attribuées, depuis l'antiquité, à des causes atmosphériques; mais ce n'est que dans ces derniers temps que cette opinion a reçu une sorte de confirmation expérimentale par la découverte des principes organiques dans l'air. Quelques inductions tirées des circonstances qui président au développement des diverses maladies épidémiques font penser que les substances organiques végétales produisent les fièvres intermittentes et autres du même groupe; celles d'origine animale, les fièvres pestilentielles.....

» La fièvre jaune et les maladies pestilentielles ont une patrie de prédilection là où fut leur berceau. Les deltas du Nil, du Gange et du Mississipi sont les foyers classiques d'où s'élancent sur les populations les fléaux les plus meurtriers de nos jours : peste, choléra, fièvre jaune. Les maladies pestilentielles, et la fièvre jaune en particulier, ne paraissent pas susceptibles, sauf de rares exceptions, de se développer spontanément en dehors de certains climats. Les fièvres continues, typhoïdes, synoques, éruptives, ont une ubiquité bien plus grande. Celles du groupe des intermittentes sont des maladies de localités plutôt que de climats.

» Ainsi que les maladies pestilentielles, la fièvre jaune se montre plus souvent que les fièvres, même que les éruptives, sous forme épidémique.

» Dans la fièvre jaune et dans les maladies pestilentielles, les phénomènes d'infection dominent; c'est le mouvement fébrile qui forme le caractère dominant des pyrexies. La septicité y est accidentelle, et quand elle se montre, elle paraît causée, comme l'a dit un éminent professeur, par la résorption de matériaux putrides au sein d'organes enflammés. Telle n'est pas l'origine de la septicité dans la fièvre jaune et dans les maladies pestilentielles.

» Dans celles-ci, le mouvement fébrile peut manquer; et quand il existe, il n'est pas en rapport direct avec la gravité de la maladie. Deux observations, rapportées dans la première partie de ce mémoire, prouvent que la fièvre jaune peut, comme les maladies pestilentielles, exister à peu près sans fièvre, même en ayant une extrême gravité. Enfin la maladie ne finit pas avec le mouvement fébrile; elle s'aggrave souvent au contraire, lorsqu'il disparaît.

» Dans les fièvres, la mort est presque toujours le résultat de congestions ou de complications ou d'altérations lentes. Dans la fièvre jaune et dans les maladies pestilentielles, elle est plus souvent la suite prompte et presque fatale de l'altération du sang et des phénomènes généraux qui en résultent.

» Les fièvres ont des altérations anatomiques spéciales : exanthèmes cutanés dans les éruptives, matière typhique et altérations des glandes vasculaires de l'intestin dans la fièvre typhoïde, rate engorgée, hypertrophiée ou creuse dans les fièvres intermittentes et pseudo-continues. Rien de semblable dans la fièvre jaune ni dans les maladies pestilentielles. »

Après quelques autres développements, M. A. Pellarin conclut en disant que les maladies pestilentielles sont nosologiquement distinctes des fièvres, et que la fièvre jaune est une maladie pestilentielle.

M. Velpeau, à l'occasion de la correspondance, présente un mémoire de M. Gély, de Nantes, sur l'*ouverture prématurée des abcès ganglionnaires*. L'auteur, dit M. Velpeau, aurait désiré donner lui-même lecture de ce travail à l'Académie; empêché par une maladie du larynx pour laquelle il a subi l'opération de la trachéotomie, et dont il n'est pas entièrement guéri, il avait chargé de ce soin M. Guyon, interne distingué des hôpitaux de Paris. Mais l'attention de la compagnie étant absorbée en ce moment par la discussion sur le traitement des kystes ovariques, je voudrais seulement indiquer en quelques mots la substance du mémoire de M. Gély.

Il s'agit des ponctions prématurées dans les cas de bubons. Depuis la communication de M. Broca relative à ce sujet, plusieurs personnes ont adressé à l'Académie soit des réclamations de priorité, soit des observations de succès dus à la même méthode. A son tour, M. Gély vient apporter son contingent de faits; et sans chercher s'il est ou non le premier à l'avoir employée, M. Gély donne la preuve que, depuis 1852, il a fait maintes fois la ponction prématurée des bubons, et plus généralement des inflammations ganglionnaires à leur début. Il donne les détails de quatorze observations, indique la manière dont il pratique la ponction, les résultats généralement favorables qu'il a obtenus, et les idées théoriques qui l'ont conduit à adopter cette méthode. Il paraît, du reste, que la petite opération dont il s'agit n'est pas faite de la même façon par tous les chirurgiens qui l'ont mise en usage.

Sans anticiper sur ce que j'aurai peut-être à développer plus tard à ce sujet, je dirai seulement que, pour ma part, je me suis servi très souvent des incisions prématurées dans les cas d'inflammation aiguë, sans toutefois en avoir fait l'application au cas spécial des bubons vénériens.

(Le mémoire de M. Gély est renvoyé à l'examen de la commission chargée de faire un rapport sur le travail de M. Broca.)

M. le Président annonce que M. Beau et M. Roche sont chargés par l'Académie de s'adjoindre à la commission nommée à l'occasion de la lettre ministérielle dont lecture a été donnée dans la dernière séance et relative à la statistique des décès.

M. Guérard, au nom de la commission des eaux minérales, donne lecture d'un rapport sur un appareil destiné à la *préparation de l'eau acido-carbonique*.

Après quelques observations qui lui sont adressées par MM. Boullay, Gaultier de Claubry, Londe, Bouchardat et Guibourt, et sur l'invitation de M. le Secrétaire perpétuel, M. le rapporteur modifie la première rédaction de ses conclusions et propose la suivante :

« Répondre à M. le ministre que l'appareil de M. Chaussenot aîné par la préparation sur table de l'eau gazeuse, paraît remplir toutes les conditions désirables, sans cependant offrir des qualités qui le rendent préférable à d'autres appareils auxquels l'Académie a précédemment accordé son approbation. » (Adopté.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement des kystes ovariques. — M. Piorry a la parole.

M. Piorry commence par des considérations générales relatives à l'état physiologique et aux conditions morbides des ovaires. De toutes les altérations de ces organes, la plus fréquente est la formation de kystes (*ocarokystie*), favorisée par une structure vésiculeuse. Suivent des détails concernant la composition très variée que présentent d'une part les parois de ces kystes et, d'une autre, les liquides qu'ils renferment.

A l'état initial, peu volumineuses, les tumeurs de l'ovaire (les *ovarocèles*), dans la très grande majorité des cas, ne troublent guère la santé que par une exagération des états névropathiques dont les ovaires malades sont fréquemment les points de départ; de là, dans beaucoup de cas, des symptômes dits hystériques.

Parvenues à une dimension considérable, c'est le plus souvent par compression qu'elles donnent lieu à des accidents consistant : 1° dans le refoulement des viscères, du diaphragme vers le thorax, d'où résulte, soit la difficulté de la respiration et l'hypoxémie ou l'asphyxie des auteurs, soit une gêne de circulation du cœur, la dilatation et l'hypertrophie de celui-ci; 2° dans la compression des veines porte et cave inférieure, qui a pour effet l'hydro-péritoine et l'œdème ou hydrethmie des extrémités inférieures; 3° dans l'obstacle à l'accumulation des aliments dans l'estomac, d'où résultent des vomissements, le dépérissement et l'hypémie portés au plus haut degré; 4° dans la gêne apportée au cours des matières et des gaz dans l'intestin, bientôt suivie de la stase de ces corps étrangers et des accidents les plus funestes; 5° dans les compressions de troncs ou de plexus nerveux déterminant des douleurs parfois excessives; 6° enfin dans les symptômes les plus variés, conséquences logiques de tous ces troubles organiques.

Ailleurs, ces tumeurs, devenues considérables, épuisent la malade par la déperdition des liquides à laquelle elles donnent lieu ou encore provoquent des péritonites partielles ou générales qui compromettent la vie.

Et pour terminer ce triste tableau, disons que l'existence des malheureuses qui sont atteintes d'ovarocèles considérables devient un martyr de chaque jour, alors que le ventre développé au suprême degré rend leur poids excessif, leur marche laborieuse ou impossible et les condamne souvent à rester couchées sur le dos et à périr lentement avec des phlegmasies de la peau du siége, peau qui parfois s'ulcère et est partiellement frappée de mort.

Les médecins modernes ayant à leur disposition des moyens de diagnostic positifs ont dû faire de courageuses tentatives pour remédier à de telles souffrances; mais pour que ces tentatives fussent couronnées de

succès, il ne fallait pas se borner, comme cela est arrivé le plus souvent, à faire de la généralisation et de la statistique des tumeurs des ovaires considérées en masse : il était urgent, au contraire, de particulariser les cas, de les déterminer, de se servir, avec savoir et habileté, de la palpation, du plessimétrisme, de l'organographisme, de l'analyse détaillée des symptômes, à l'effet d'asseoir, de fixer la diagnose, non pas de la maladie dite kyste des ovaires, mais des circonstances anatomiques et physiologiques dans lesquelles les malades se trouvaient placées. On n'aurait pas alors fait de ces déplorables tableaux statistiques qui n'ont d'autre avantage que de décourager, de porter l'hésitation dans la pratique et de faire tomber de mains habiles les secours chirurgicaux qu'exigent les terribles affections qui font le sujet de la discussion actuelle.

Je dois chercher à préciser quelques-uns de ces cas et à établir les données thérapeutiques qui s'y rapportent :

1° Les tumeurs de l'ovaire peu volumineuses et mobiles pourraient, à la rigueur, être excisées ; mais quel est le médecin qui se décidera à opérer alors que la lésion existante trouble à peine la santé, permet de vivre longtemps, et que l'opération aurait peut-être une péritonite pour conséquence? Celle-ci n'est pas, il est vrai, aussi grave qu'on l'a prétendu, alors qu'il n'y a pas de liquide inorganisable qui ait pénétré dans la membrane séreuse abdominale ou encore quand il n'existe ni pyémie, ni galectémie, ni septicémie ; mais enfin elle occasionne très fréquemment la mort, et, par conséquent, l'extirpation de la tumeur ovarique susceptible de la provoquer ne devrait être tentée que dans les cas où des moyens physiques de diagnose et l'organographisme surtout prouveraient que la maladie de l'ovaire augmente avec promptitude et que déjà les accidents sérieux surviennent.

2° Les ovarocèles ont-elles acquis le volume d'une orange, de la tête d'un enfant, sont-elles très mobiles, non adhérentes, troublent-elles par compression les fonctions des organes voisins ; la palpation, le plessimétrisme prouvent-ils que des anses intestinales n'y sont pas fixées, alors on pourra à la rigueur tenter l'excision, et pour cela il faudra avoir une audace américaine, et bien que je n'admette aucune séparation dans la pratique entre la chirurgie et la médecine, j'avoue que je laisserais à d'autres mains que les miennes le soin de pratiquer une telle opération.

3° Ces tumeurs sont-elles bien constatées comme des kystes, la matité y est-elle absolue, touchent-elles aux parois comme le plessimétrisme et le palper le démontrent ; est-il possible par les caustiques, par les ponctions avec le troquart effilé ou par les instruments spéciaux, de les fixer et de les rendre adhérentes, — alors ponctionnez largement ; n'oubliez pas les beaux faits recueillis par M. Bonnet, injectez de la teinture d'iode iodurée, de l'alcool, et espérez que le succès couronnera votre tentative hardie, mais consciencieuse.

4° Dans les cas dont il s'agit, comme dans les kystes ovariques plus volumineux, il faut encore avoir égard à l'épaisseur des parois ; en effet, quand elles sont minces, les chances de réussite par les injections d'iode sont beaucoup plus grandes. Ces chances sont bien faibles alors que les enveloppes de l'ovarocèle sont épaisses, consistantes et formées par des tissus divers ou par des substances fibrineuses et même crétacées.

5° Les kystes ovariques très volumineux et qui causent des accidents de compression dangereux ou mortels doivent être ponctionnés, et cela, qu'ils se trouvent ou non adhérents aux parois abdominales ; nous verrons bientôt qu'il y a des moyens de prévenir tout épanchement. Cette ponction palliative est depuis longtemps employée ; je l'ai vue suffire pour faire vivre plusieurs années de pauvres femmes qui périssaient par suite des progrès incessants de la tumeur ; les injections avec l'alcool et l'iode sont sans doute applicables aux grands kystes à parois minces ; je doute qu'il en soit ainsi pour les ovarocèles kystoïdes à parois très épaisses. Depuis longtemps j'ai proposé, comme M. Demarquay, de pratiquer d'abord l'évacuation de la sérosité, et de n'avoir recours que plus tard à l'injection, quand il y a une faible quantité de liquide dans la cavité dont les parois sont revenues sur elles-mêmes.

6° Quand il n'existe qu'un seul kyste volumineux, la ponction, l'injection sont encore indiquées ; il en est ainsi quand il y en a plusieurs petits coïncidants avec un très vaste ; quand on en découvre deux ou trois de grande dimension, alors on peut les attaquer successivement. On peut même, comme je l'ai fait, perforer des cloisons de kystes en contact, et cela pour évacuer, par la même ouverture extérieure, le contenu des deux tumeurs. Mais, quand il y a une multitude d'ovarokystes réunies en masse, alors il ne faut songer qu'à une ponction palliative et il semble que l'on doive alors renoncer à une curation définitive au moyen des injections alcooliques ou iodurées.

7° Quand, indépendamment d'un grand kyste ovarique, on trouve, par le palper, le plessimétrisme, que des productions solides, inégales, épaisses, coexistent et lui sont adhérentes, la ponction est sans doute indiquée, on peut tenter encore les injections alcoolo-iodurées, mais il faut peu compter alors sur celles-ci et ne songer guère qu'à la ponction palliative. Ces tumeurs solides seront parfois avantageusement modifiées par les douches, les frictions iodurées, et même, dans certains cas, par une sorte de massage et la compression.

8° Il est de règle pratique de ponctionner le plus tôt possible : *a*. Tout kyste ovarique qui refoule considérablement les viscères du côté du thorax et menace d'hypoxémie ; *b*. ceux qui compriment les veines porte ou cave inférieure et causent l'hydropéritoine et l'hydrethmie (œdème des extrémités inférieures) ; *c*. ceux qui mettent obstacle à l'ingestion des aliments ou au cours des matières et des gaz ; ceux qui abaissent très douloureusement l'utérus ; ceux qui occasionnent des souffrances atroces dues à la compression des plexus nerveux.

9° Un kyste ovarique qui, par l'abondance des liquides auxquels il donne naissance, produit une hypémie extrême, sera utilement traité par une évacuation prompte et les injections alcoolo-iodurées.

10° Un kyste ovarique rempli de pus sera ouvert, mais après que l'on aura provoqué des adhérences entre ce kyste et les parois abdominales ; il faudrait, lorsque ce résultat serait obtenu, évacuer complétement le liquide soit par la ponction, soit par de larges incisions, laver, nettoyer la surface interne de la tumeur, puis faire des injections alcoolo-iodurées et répéter celles-ci plusieurs jours de suite, et cela, tant que du pus s'écoulerait. Dans un cas de pyokystie ovarique énorme, ouverte dans le rectum, des douches ascendantes vidèrent la tumeur, que l'on voulait ouvrir à l'extérieur ; elles guérirent radicalement la jeune malade qui en était atteinte, et qui jouit depuis quinze ans d'une excellente santé.

11° Les ovarocèles hydatidifères exigeraient : 1° de larges incisions sur des points adhérents ; 2° l'évacuation complète des entozoaires ; 3° les injections iodurées.

Quelques réflexions relatives à la ponction des ovarokystes ne me paraissent pas ici dénuées d'utilité.

D'abord, il me semble que l'évacuation des liquides, qu'il s'agisse ou non de grands kystes, doit être aussi complète que possible. Je ne vois pas pourquoi on ne débarrasserait pas les malades de la totalité des liquides renfermés dans les tumeurs ; j'ai toujours suivi cette pratique et le succès, au moins palliatif, l'a couronné.

Pour évacuer jusqu'à la dernière goutte le liquide contenu dans les kystes de l'ovaire et dans l'hydropéritoine, il suffit (comme je l'ai proposé et mis en pratique en 1835) d'introduire dans la canule du trocart une sonde de gomme élastique exactement de la dimension de la cavité de cette canule, puis de diriger l'extrémité de la sonde introduite vers les points déclives de l'abdomen ou vers ceux où le plessimétrisme fait trouver de la matité. Alors on abaisse l'ouverture de la sonde au dehors, sur un niveau de beaucoup inférieur à sa partie opposée ; on forme ainsi un siphon, dont la courte branche est dans l'abdomen et la longue au dehors ; de cette façon, comme cela est encore arrivé dans mon service le 22 octobre dernier, on évacue toute l'eau contenue dans la cavité anormale ou dans le ventre. Cette méthode est applicable à des kystes et d'autres cavités séreuses que les parties dont il vient d'être parlé.

Les avantages attachés à l'évacuation complète des liquides contenus dans des membranes sont nombreux. Si l'on veut, par exemple, employer les injections alcoolo-iodurées, il arrive alors qu'il reste de la sérosité dans les cavités séreuses. Il est un moyen fort simple qui permet de remplir cette indication. Il suffit, pour cela, de placer sur le point que l'on veut ouvrir un cylindre de verre qui, dépourvu de fonds, est appliqué sur la peau. On le remplit d'eau distillée, puis on plonge le bistouri dans la cavité que l'on veut ouvrir. Alors il peut bien entrer de l'eau dans cette cavité, mais non de l'air. En trempant dans l'eau l'extrémité inférieure du siphon de la sonde, on obtient un résultat analogue.

Ordinairement, quand on ouvre un kyste, un abcès, on laisse couler sans autre précaution le liquide, le pus, etc., sur la peau et les draps ; il est facile de prévenir cette malpropreté en recevant dans un vase fortement appliqué par l'un de ses bords sur la peau située au-dessous de la piqûre et de le vider ensuite dans un autre récipient. Comme la contenance du vase peut être connue au moyen de quelques marques placées à l'avance, on mesure exactement le liquide écoulé.

Deux précautions d'une importance extrême doivent être prises, si l'on veut éviter les suites fâcheuses de l'opération elle-même et prévenir la péritonite consécutive à la pénétration du liquide dans la séreuse abdominale.

La première de ces précautions est de percuter l'abdomen et la tumeur avec un soin extrême, et cela soit superficiellement ou profondément, faiblement ou fortement ; de préciser le point où les diverses nuances de son ou de résistance au doigt existent, et de dessiner leurs limites avec le crayon. On découvre bientôt ainsi, de la manière la plus évidente, s'il existe un ou plusieurs kystes ; quels sont leurs rapports et leur forme ; quelles sont leurs connexions avec les viscères ; et surtout on reconnaît, à n'en pas douter, comme je l'ai vu souvent, *si une anse d'intestin se trouve située entre la tumeur et l'enveloppe abdominale.* Si l'on ne procède pas de cette façon, on s'expose à percer de part en part le viscère, dont le fond se trouve soutenu par les parois de la tumeur. C'est précisément le contraire qui a lieu lors de la ponction dans l'hypro-péritonie ; l'intestin y étant mobile et ne présentant pas de résistance en arrière, il arrive que le trocart ne le traverse pas. J'ai même fait des expériences nombreuses sur le cadavre, desquelles il résulte que dans un abdomen dont les viscères, contenant des gaz, sont libres d'adhérences et mobiles, et qui ne renferment pas de liquides, le plus souvent le trocart quelque effilé qu'il soit, pousse l'intestin devant lui et ne pénètre pas.

Une seconde précaution dont il est urgent de tenir compte, est d'avoir égard à la position qu'on fait tenir dans le lit à la malade que l'on vient d'opérer.

Dans un cas de kyste ovarique énorme, il arriva qu'ayant pratiqué la ponction dans le flanc droit, et sur un point où le plessimétrisme m'avait appris que la tumeur était en contact avec les parois, j'eus la mauvaise idée de faire déplacer l'opérée de telle sorte que la ponction, qui venait d'être pratiquée, correspondît à la partie déclive. Mon but était, dans cette occasion, de faire que le poids de la masse malade, en pressant sur le pourtour de la solution de continuité, empêchât l'évacuation du liquide qui pouvait suinter de la partie parfaitement vidée. J'espérais encore que la péritonite qui pouvait survenir serait limitée dans l'étendue de l'espace où le suintement s'opérerait à la partie la plus déclive, et ainsi ne deviendrait pas générale. Deux jours après, le péritoine s'enflamma dans une grande surface, et la malade périt. Dans des cas ultérieurs, je n'y pris tout autrement : je pratiquai la ponction toujours vers le côté, je vidai complétement le kyste au moyen de la sonde-siphon, et après l'opération, *je fis placer l'opérée pendant vingt-quatre heures sur le côté opposé du corps.* De cette façon, il devint impossible que le liquide pénétrât *dans le péritoine et causât l'inflammation des viscères. Depuis cette époque, qui date de dix ans, j'ai constamment suivi la même pratique,* et j'ai rarement vu des péritonites générales succéder à la ponction.

Il m'est arrivé d'y avoir recours vingt fois en dix-huit mois chez une dame de 56 ans, qui était atteinte de kystes multiples de l'ovaire, sans qu'aucune phlegmasie du péritoine soit jamais survenue. Cette malheureuse malade succomba seulement à une nécrosie et une septicémie consécutive au décubitus dorsal, qu'elle dut conserver pendant près d'un an. Bien que je n'aie pas pratiqué des injections de teinture d'iode dans les kystes ovariques, j'ai eu si souvent recours à ces injections dans des cas d'hydrocèle, de tumeurs ou kystes des membres et même du poignet, dans des abcès par congestion (pyoïes étiostéiques), etc. ; j'en ai obtenu des effets si utiles et si extraordinaires, je les ai vues si innocentes, j'ai été si vivement impressionné par les nombreux faits publiés par M. Boinet et d'autres, que je n'hésiterais pas (en employant les précautions signalées), dans les cas précédemment déterminés, à avoir recours à cette médication.

L'orateur résume le but de sa communication dans les considérations suivantes :

La chirurgie positive, celle qui seule doit permettre au médecin de porter le fer et le feu dans les organes, est celle qui, guidée par la diagnose anatomique, éclairée elle-même par l'étude des symptômes, et appréciant, avant d'agir, la nature du mal, a déterminé, *a priori*, la disposition exacte des parties sur lesquelles elle veut opérer ; le choix d'une méthode ou d'un procédé opératoire doit surtout reposer sur la connaissance exacte des lésions et des organes qu'il s'agit de traiter.

La chirurgie désormais ne peut pas plus que la médecine se passer de palpation exacte, de plessimétrisme, d'auscultation, d'organographisme.

M. Gimelle : Les kystes des ovaires causent en général si peu d'accidents lorsqu'ils sont récents ou qu'ils restent stationnaires sous un petit volume, que les femmes ne s'en aperçoivent la plupart du temps qu'à la grosseur qu'acquiert le ventre. Un certain nombre de ces kystes peuvent ainsi rester très longtemps sans causer d'accidents. Pour mon compte, je connais sept femmes qui portent des tumeurs enkystées de l'ovaire depuis 22, 19, 18 et 12 ans ; la fille d'un célèbre oculiste, qui fut notre collègue et qui est mort depuis longtemps, en porte un de la plus ancienne date.

Mais, plus souvent, ces tumeurs acquièrent un volume considérable et gênent les fonctions, non seulement des viscères du bas-ventre, mais encore des organes respiratoires et de la circulation. (J'ai vu deux fois la matrice refoulée par leur poids, rejetée en dehors des grandes lèvres.)

C'est pour prévenir ces cas qu'il est important que la chirurgie vienne au secours de la nature ; l'art peut quelquefois prévenir les accidents, souvent en retarder la marche et quelquefois opérer une guérison.

Je regrette que nos honorables collègues aient laissé dans leur discours, relativement au traitement chirurgical, ce vague et cette incertitude qui fait qu'en présence d'un kyste ovarique qui se développe progressivement, sans temps d'arrêt, le jeune praticien se trouvera plus indécis qu'il ne l'aurait été avant cette discussion.

Faut-il agir dans tous les cas et quand même ? Non ; il ne faut recourir au traitement chirurgical que lorsque les progrès du mal sont incessants, lorsqu'on aura acquis la certitude que, si l'on n'arrête pas ses progrès, la tumeur arrivera à ce volume énorme dont la mort est toujours la conséquence après un nombre de ponctions plus ou moins élevé. Alors, il est du devoir du chirurgien de recourir aux opérations qui, d'après M. Velpeau, n'ont jamais aggravé la maladie, et qui ont eu pour résultat, chez M. Jobert, de diminuer les accidents presque constamment et d'amener un certain nombre de guérisons ; MM. Monod, Boinet, Demarquay ont obtenu également des succès en partie certifiés par notre collègue, M. Cazeaux.

Quel motif pouvait-on alléguer pour se refuser à l'opération ? Serait-ce l'espérance fondée sur un traitement médical ? M. Trousseau déclare positivement que la médecine est ici impuissante. Voudrait-on compter sur une rupture spontanée du kyste ? Mais ces ruptures, rares d'ailleurs, donnent lieu à des accidents au moins aussi graves que ceux causés par l'opération. L'inflammation spontanée est aussi dangereuse que celle que l'on provoque artificiellement ; ses dangers peuvent même être plus considérables, parce que leur cause réside dans des altérations graves et impossibles à prévoir, soit du kyste, soit du contenu. L'opération, au contraire, agit sur un kyste sain, et l'inflammation consécutive a lieu dans des conditions plus favorables, n'y aurait-il pour ce résultat que l'étendue moindre du kyste et du péritoine qui le recouvre.

La ponction répétée a produit quelquefois l'oblitération du kyste. Mais sur sept cas de ponctions suivies d'injections iodées, un seul, nous a dit M. Velpeau, a été suivi d'accidents inflammatoires six semaines après l'opération. Après un si long intervalle, est-ce bien à celle-ci qu'on doit les attribuer ? M. Jobert a vu l'inflammation diminuer à la suite de ces injections, et la guérison avoir lieu. M. Monod et M. Boinet ont également obtenu des succès.

Les conditions qui indiquent l'opération sont, selon moi, les suivantes :

1° Que le kyste ne soit ni cartilagineux ni induré ;

2° Que son volume ne dépasse pas un diamètre de 10 à 15 centimètres, ou qu'il soit ramené à cette dimension par des ponctions répétées, afin que l'inflammation, si elle se développe, soit bornée à l'espace le plus restreint possible.

La présence d'une sonde laissée dans le kyste présente des inconvénients en ce que l'introduction de l'air change un liquide inoffensif en un liquide purulent, et j'avoue que l'existence du pus dans une poche entourée d'organes importants, et que je ne puis pas atteindre, m'inspire des craintes sérieuses. L'ouverture de cette poche dans le péritoine entraîne une mort inévitable.

L'opération étant jugée nécessaire, il est rationnel d'évacuer la poche, puis d'y injecter 125 grammes de teinture d'iode étendue de 30 à 40 grammes d'eau, de laisser cette injection pendant quelques minutes, en exerçant sur le ventre des pressions légères, d'en faire sortir le plus que l'on peut, sans exercer de compression, de retirer la canule et de prescrire un repos absolu.

Deux personnes ont été opérées dans ces conditions ; ni l'une ni l'autre n'ont éprouvé d'accidents. La première, âgée de 23 ans, mariée depuis cinq ans, avait eu un enfant un an après son mariage. L'opération fut pratiquée au mois de mai 1853 ; à la fin de l'année, elle partit pour la province, où son mari est employé ; en 1855, elle a eu un second enfant, et elle n'accuse plus aucune incommodité.

La seconde, âgée de 17 ans, fut opérée en septembre 1855 ; elle reprit en très peu de temps de l'embonpoint, de la fraîcheur et de la force. Pendant un an, on ne sentait aucune trace de l'ancien kyste, et le ventre n'était le siége d'aucune tumeur, lorsque, le 8 octobre dernier, à la suite de contrariétés à l'occasion d'un mariage, d'un refroidissement et d'un peu de fatigue au bois de Boulogne, elle fut prise de douleurs abdominales et de vomissements, accompagnés de spasmes nerveux. Le palper nous fit reconnaître une petite tumeur très douloureuse, du volume d'un œuf de poule, entre la colonne vertébrale et la fosse iliaque droite ; cette tumeur acquit en huit jours le volume de la tête d'un enfant à terme. Le 14, les règles apparurent, abondantes, les douleurs cessèrent, et aujourd'hui, 21e jour, la tumeur a perdu de son volume et de sa dureté, et la jeune personne ne souffre plus. Un avenir prochain nous fera connaître le résultat.

N'ayant pas été en position d'observer les résultats obtenus à l'aide de l'électricité, je laisse à l'avenir le soin de faire apprécier ce mode de traitement des kystes de l'ovaire.

M. LE PRÉSIDENT annonce que, dans la prochaine séance, la discussion sur la thérapeutique des kystes de l'ovaire sera continuée, et que M. Cruveilhier et M. Robert sont inscrits pour prendre la parole sur cette question.

M. E. ROBIQUET donne lecture d'une note *sur la codéine*.

Dès que mon père eut découvert la codéine, dit M. Robiquet, les médecins étudièrent ses propriétés thérapeutiques, et furent à peu près d'accord pour prouver que son action était analogue à celle de la morphine, mais beaucoup moins énergique. M. Magendie formula même son opinion d'une manière très précise, en disant que la codéine exerçait sur le système nerveux une influence qui était à celle de la morphine comme 3 : 5. M. Kunkel regarde la codéine comme un excitant. M. William Grégory a trouvé qu'elle accélérait la circulation du sang, et ne produisait de nausées qu'à la dose de 0 g'25 ou 0 g'30 centig. Il a semblé au docteur Barbier (d'Amiens) qu'elle avait une action marquée sur le grand sympathique, et pouvait être, jusqu'à un certain point, considérée comme un exhilarant. Martin-Solon contredit cette assertion, et ne lui reconnaît d'autre propriété que de produire un sommeil doux et paisible.

En présence de ces opinions contradictoires, il m'a semblé que je ne pouvais mieux faire que de rechercher les causes de pareilles divergences entre observateurs également dignes de foi.

J'ai fait deux séries d'observations : dans la première, j'ai examiné l'effet de la codéine administrée à des doses variant de 10 à 30 millig. par jour ; dans la seconde, j'en ai toujours donné de 10 à 20 centig. en vingt-quatre heures. Cette méthode m'a permis de démêler promptement la vérité, et de mettre d'accord des opinions en apparence opposées.

En effet, toutes les fois que la codéine est prise à haute dose (15 à 20 centig.), elle produit un sommeil lourd, paraissant causé par une sorte d'ivresse. Au réveil, la sensation persiste, le cerveau continue à être frappé d'engourdissement et à ne plus être complétement maître de lui-même ; une fois sur cinq, il y a eu nausées et vomissements.

Si, au contraire, on ne l'administre qu'à la dose de 0,020 ou 0,030 milligrammes, les phénomènes de stupeur disparaissent pour faire place à une sorte de bien-être et de calme, d'autant plus sensibles que la personne soumise à l'expérience est d'un tempérament plus nerveux et plus irritable. Le sommeil est doux et paisible ; au réveil, le cerveau, loin de remplir péniblement ses fonctions, semble rajeuni par un repos réparateur. J'ai vu surtout ces effets se reproduire à plusieurs reprises chez un hypochondriaque d'un caractère inquiet et morose, ayant essayé sans succès toutes les médications possibles, sans doute parce que la maladie dont il souffre cruellement a son siége dans la partie du système nerveux qui est indépendante de la volonté. Pendant tout le temps que ce malade a été soumis au régime de la codéine, il ne s'est pas plaint une seule fois de ressentir, dans la région épigatrique, la susceptibilité douloureuse à laquelle il s'était en quelque sorte habitué comme à un état normal.

Plusieurs physiologistes ont été jusqu'à dire que la codéine était tout à fait inerte : ayant répété plusieurs fois l'expérience sur moi-même, je puis certifier que cet alcaloïde, loin d'être inactif, ne peut être donné sans imprudence à une dose dépassant 0g',20 par jour. J'ai parfaitement souvenir d'avoir vu, il y a quatre années environ, un enfant de 8 ans courir de sérieux dangers pour avoir pris 30 grammes de sirop contenant 0,g',10 de codéine.

La codéine a été jusqu'à présent donnée sous forme de sirop contenant par 30 grammes tantôt 0,10 d'alcaloïde (formule de M. Cap), tantôt 0,05 (formule de M. Guibourt). Cette dernière proportion me paraît encore trop forte, et je proposerais d'adopter un sirop au millième, c'est-à-dire dont chaque gramme contiendrait 0g',001 de principe actif.

Le médecin, suivant les cas qui se présenteraient à lui, aurait ainsi à choisir entre cinq préparations qu'on peut, suivant leur degré d'activité, ranger dans l'ordre suivant : sirop de morphine, sirop thébaïque, sirop de codéine au millième, et sirop diacode.

Le haut prix de la codéine a fait naître bien des tentatives de falsification ; la plus curieuse est son mélange avec le sucre candi. Quoique les cristaux de sucre candi dérivent du rhomboèdre, et que ceux de la codéine soient une des formes secondaires de l'octaèdre à base carrée, il est assez difficile de reconnaître la fraude lorsqu'on a affaire à de très petits cristaux.

Un moyen très sûr de reconnaître cette falsification serait de déterminer la quantité d'acide sulfurique nécessaire pour saturer l'alcaloïde impur, et, ce sulfate une fois obtenu, de faire fermenter le sucre restant. Ce procédé serait toutefois fort long et j'ai trouvé plus simple de mettre à profit la propriété que possède la codéine de dévier fortement la lumière polarisée. Les expériences de MM. Bouchardat et Boudet nous ont appris, en effet, que son pouvoir rotatoire était de 118° 2' vers la gauche du plan de polarisation. L'observation a été faite en opérant sur les rayons jaunes et les résultats calculés d'après la formule $\alpha = \mu s / \beta \delta^2$; α représentant la déviation observée à travers un tube d'une longueur β ; ϵ, la portion pondérable de la substance dans chaque unité de poids du dissolvant ; δ, la densité de la dissolution, et μ, la constante 23/30. Comme la déviation a lieu vers la gauche, et que le sucre candi au contraire tourne à droite, rien ne paraît plus simple que de déterminer au polarimètre de M. Biot le pouvoir rotatoire de la codéine suspecte et de le comparer au nombre fixé pour l'alcaloïde pur. Malheureusement ces sortes de détermination exigent déjà beaucoup de temps et d'habitude avec des substances qui, comme les sucres, exercent une déviation proportionnelle à leur poids. Les difficultés sont encore plus grandes pour les alcaloïdes et surtout pour la codéine, dont le pouvoir rotatoire n'est pas proportionnel aux quantités dissoutes et n'est même pas constant pour les diverses couleurs du spectre, ainsi que je m'en suis assuré par des expériences multipliées. Par une sorte de compensation, la déviation n'est influencée ni par les changements de température ni par les acides. J'ai opéré entre les limites de 0° et de 50° centigrades, et j'ai toujours obtenu les mêmes résultats pour un même poids ; de même que la codéine, soit simplement dissoute dans l'alcool ou qu'elle soit sursaturée d'acide acétique, elle donne toujours la même déviation sous le même poids et pour une même couleur du spectre.

La route à suivre est toute tracée. On pèsera très exactement 0 gr. 50 centig. de codéine et on les fera dissoudre dans 100 centim. cubes d'alcool marquant au moins 56° centésimaux. Cette liqueur analysée optiquement, sans se préoccuper de la température, et en prenant pour point de repère la teinte sensible, déviera vers la gauche les rayons polarisés de 11° au saccharimètre-soleil et de 30° au diabétomètre.

Il ne faut nullement chercher à comparer ces nombres au pouvoir rotatoire absolu trouvé par MM. Bouchardat et Boudet, et simplement prendre la méthode que je propose comme un procédé d'analyse facile à répéter en quelques minutes, et qui, dans les mêmes conditions de poids et de volume, donnera les mêmes résultats entre les mains de tous les observateurs.

Toutefois, pour prendre un point de comparaison utile aux personnes qui manient souvent les saccharimètres, j'ai cherché à traduire d'une autre manière les résultats précédents, et j'ai trouvé par un calcul très simple que les déviations observées au saccharimètre et au diabétomètre correspondaient à celles que donnerait une plaque de quartz taillée perpendiculairement à l'axe et exactement amenée à une épaisseur de 496 millièmes de millimètre, ou bien une liqueur observée à la température de 20° centig. et contenant en poids 8 p. 100 de sucre interverti, en d'autres termes, le pouvoir rotatoire du sucre à gauche est à celui de la codéine comme 1 : 16.

En résumé, la codéine peut être analysée optiquement avec beaucoup d'exactitude et de rapidité, à la seule condition d'opérer sur une liqueur contenant 0g',50 d'alcaloïde dissous dans 100 centimètres cubes d'alcool à 56° centig.

Une solution de codéine n'agit pas de la même manière sur les divers rayons simples de la lumière polarisée, et les déviations vers la gauche ne sont pas proportionnelles au poids dissous.

La codéine employée à forte dose n'est nullement préférable à la morphine et semble produire sur le cerveau un effet de stupeur qui, souvent répété, serait suivi des conséquences les plus fâcheuses.

Donnée, au contraire, dans les limites de 0,020 à 00,030 par jour, elle exerce une influence salutaire sur cette partie du système nerveux, qui est indépendante de la volonté et que le médecin a tant de peine à dominer, surtout chez les malades atteints d'affections nerveuses ou d'hypochondrie.

Tels sont les résultats auxquels m'a conduit l'étude de la codéine. J'espère que l'Académie voudra bien les accueillir avec sa bienveillance accoutumée, et je m'estimerai fort heureux de voir considérer mes observations comme le complément de la découverte de mon père.

(Com. MM. Guibourt et Bouchardat.)

La séance est levée à quatre heures moins un quart.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

Le docteur Robert-H. Semple, dans une lettre dont nous traduisons ci-dessous la partie essentielle, rapporte le fait suivant, qui nous a paru digne d'être communiqué à nos lecteurs :

DÉVIATION DU SANG MENSTRUEL ; HÉMORRHAGIE PAR LES ORTEILS.

Une jeune fille, âgée de 16 ans, se présenta dernièrement au dispensaire du nord. Elle était atteinte d'anémie et avait un *bruit de diable* très intense sur la partie latérale droite du cou. Elle raconta qu'elle avait eu ses règles pour la première fois à l'âge de 12 ans, et qu'à cette première époque, ainsi qu'à toutes les autres depuis, la menstruation s'était accompagnée d'une abondante hémorrhagie par les orteils, avec cette particularité, que le sang s'écoulait de tous les orteils, excepté du gros orteil de chaque pied. A la dernière époque qui venait de se passer, les règles avaient complétement fait défaut et l'hémorrhagie par les orteils avait été plus abondante que jamais. Cette jeune fille a deux sœurs plus âgées chez lesquelles les époques menstruelles n'ont jamais rien présenté d'anormal. — (*Medical Times and Gazette*, 20 septembre.)

Parmi les causes qui peuvent donner lieu à l'oblitération des artères, et par suite à des effets divers toujours graves, paralysie, gangrène, paraît devoir figurer maintenant le dépôt dans un des points de l'arbre artériel de portions de caillots formés dans le cœur, lesquelles, détachées de la masse principale, seraient ensuite entraînées par le courant circulatoire. Cette cause, regardée comme probable plutôt qu'affirmée par quelques auteurs, notamment par MM. les professeurs Cruveilhier (*Traité d'anat. pathol. gén.*, t. II, p. 295) et Grisolle (*Pathol. int.*, éd. 1848, t. II, p. 221), a été constatée, autant du moins qu'elle peut l'être, par quelques observateurs étrangers, entre autres par M. Senhouse Kirkes (*Méd. chir. trans.*, t. XXXV ; *Arch. gén. de méd.*, 1853, t. I). Le fait suivant, qu'on regrette de ne pas trouver plus détaillé, nous paraît être un cas d'oblitération artérielle par le mécanisme qui vient d'être rappelé, et que, pour notre part, nous sommes tout à fait disposé à admettre.

CONCRÉTIONS FIBRINEUSES ET VÉGÉTATIONS DANS LE CŒUR ; OBSTRUCTION DANS LES ARTÈRES CÉRÉBRALES.

Une dame d'une faible constitution, âgée de 35 ans, depuis longtemps atteinte d'un rhumatisme, fut subitement frappée de paralysie, et cette paralysie fut très rapidement suivie de coma et de mort. A l'autopsie, on trouva dans le cœur des concrétions fibrineuses adhérentes et les valvules couvertes de végétations ; l'artère basilaire et l'artère cérébrale postérieure droite étaient obstruées par la même substance. Les lobes postérieurs du cerveau étaient ramollis, conséquence non douteuse de cette obstruction. — (Obs. M. Harrinson. *Association medical journal*, n° du 20 septembre.)

Le titre qu'on va lire est très intéressant ; mais l'histoire qui le suit en tient-elle bien toutes les promesses ? L'exposition des symptômes est-elle assez nette, et les recherches nécroscopiques ont-elles été faites avec assez de soin pour autoriser le diagnostic *pyohémie spontanée* ?

PYOHÉMIE SPONTANÉE ET ABCÈS MULTIPLES ; PAS DE CAUSE APPRÉCIABLE ; EXAMEN NÉCROSCOPIQUE.

Un homme d'une apparence forte et robuste, âgé de 65 ans, porteur dans un magasin de la Cité, vint à l'hôpital ayant au bras des abcès d'un aspect particulier. Le peu de renseignements qu'il donnait n'étaient pas de nature à faire naître l'idée qu'il fût atteint d'une affection d'un caractère pyohémique. Ni plaie, ni maladie de quelque genre que ce fût ne put être découverte, à l'exception de quelque dérangement du côté de la vessie, qui faisait souffrir cet homme, et pour lequel il était entré à l'hôpital demandant qu'on lui passât un instrument. On craignit que, dans l'exécution de cette opération, il ne se fût lui-même antérieurement causé quelque fausse route. On voit de temps à autre des cas de pyohémie du caractère le plus grave par suite d'opérations tranchantes dans le périnée, plus spécialement chez les calculeux.

Ce cas est instructif, parce que tout le système était garni d'abcès secondaires. Cependant il n'y avait pas eu de frisson, et le malade ne présenta pas l'ensemble des signes caractéristiques de la vraie pyohémie, ni la forme de fièvre particulière de l'infection, ni les frissons, ni l'émaciation.

Le traitement n'offrit rien d'extraordinaire. La maladie ne semblait pas assez grave pour faire concevoir des alarmes ; néanmoins cet homme mourut peu de jours après son entrée à l'hôpital. Dans la rapide succession des cas qui se présentent chaque semaine, il n'était pas facile d'apprendre s'il y avait eu quelque plaie ; cependant nous pûmes nous assurer qu'il n'y en avait pas eu.

A l'autopsie, on trouva les poumons et le cœur comparativement sains, les premiers présentant seulement quelques légères traces d'une ancienne maladie et l'autre les marques d'épuisement ordinaires avant la mort. Les reins étaient le siége de véritables dépôts pyohémiques secondaires, et, en poursuivant l'examen vers les os du bassin, on trouva un large abcès à côté de la vessie et du rectum, entre ces couches de l'aponévrose pelvienne que M. Syme nous dit qu'il est si dangereux de blesser.

Il est plus que probable qu'avant son entrée à l'hôpital et en s'efforçant de se passer un instrument, ce sujet avait lésé la portion membraneuse ou prostatique de l'urètre. Le cas, comme l'observa M. Paget, était distinctement un cas de pyohémie, encore qu'il manquât le commémoratif ordinaire d'une opération sanglante. Il faut ajouter que l'urine était fortement albumineuse ; mais cela seul, dans la pratique ordinaire, n'est pas regardé comme dénotant invariablement une maladie organique, mais plutôt un état congestif du tissu glandulaire des reins. — (*Association medical journal*, 20 septembre.)

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ; par M. G. MAY.

Ce cas a été observé sur une dame âgée de 30 ans, au deuxième mois de sa quatrième grossesse. Pendant les sept jours qui précédèrent sa mort, elle se plaignit d'hémorrhoïdes, de spasme du sphincter de l'anus et de flatuosités, à la suite desquelles elle était soulagée. En se levant de son lit, le matin du jour où elle mourut, elle fut prise tout à coup d'une douleur dans le côté gauche, et elle sentit que quelque chose se crevait dans l'intérieur de son corps. La douleur alors s'étendit dans tout l'abdomen ; mais le symptôme le plus pénible était le spasme du sphincter, qu'accompagnait une sensation de pression très forte dans cette partie. La face était pâle, le pouls fréquent et faible, l'abdomen distendu et sensible. Un écoulement sanguin eut lieu par l'utérus. La douleur était très intense, et il est remarquable que le spasme du sphincter céda à l'emploi du laudanum et de l'éther et ne reparut plus pendant les quelques heures que la malade vécut encore. Il y avait, dans ce cas, un cri plaintif d'un caractère particulier, semblable à celui dont parle Heim de Berlin. A l'autopsie, on trouva dans l'abdomen environ six pintes de sang veineux qui s'était échappé de la trompe de Fallope droite à son extrémité frangée, par suite d'une grossesse extra-utérine qui s'était développée dans cette trompe. C'est une chose très remarquable que la trompe droite est presque invariablement celle où siége ce genre de grossesse anormale. La trompe utérine, dans ce cas, formait une cavité capable de contenir une noix de grosseur moyenne. Elle présentait une ouverture circulaire, de laquelle s'étaient échappés le fœtus et le placenta, qui furent retrouvés dans le caillot. L'utérus était augmenté de volume, sa cavité était dilatée jusqu'à avoir la capacité de deux cuillers de table, mais ne renfermait pas de membrane caduque ou adventive. Les signes diagnostiques de la lésion fatale furent, d'après le rapport de M. May, une douleur subite, des vomissements, la syncope et le cri particulier mentionné par M. Heim, qui assure qu'il est presque pathognomonique. — (*Association medical journal*, 20 septembre.)

COURRIER.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE D'ORIENT.

Souscription ouverte dans les bureaux de l'UNION MÉDICALE :

Quatrième liste : MM. Guéneau de Mussy, 20 fr. ; Battute, médecin-major, 10 fr. ; Vaillant, membre du Conseil de santé des armées, 100 fr. ; Vial, pharmacien-major de 1re classe, en chef à l'hôpital du Roule, 20 fr. ; Courant, pharmacien aide-major de 2e classe, id., 5 fr. ; Gallimard, pharmacien sous-aide, id., 5 fr. ; Marcailhou, id., 5 fr. ; Berquier, id., 5 fr.

Total.	170 fr. »
Listes précédentes.	1,220 fr. 50
Total de l'UNION MÉDICALE.	1,390 fr. 50

— Par décret du 8 octobre, rendu sur le rapport de S. Exc. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, M. le docteur Blache, directeur de la santé à Marseille, a été élevé au grade de commandeur de la Légion d'honneur.

Par un autre décret du même jour, M. Séjourné, médecin du lazaret de Marseille, a été nommé chevalier.

— Par décret du 23 octobre, sur le rapport de S. Exc. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, M. Lafont (Pierre), docteur en médecine, médecin des pauvres depuis 1836, médecin des prisons et de l'hôpital de Bayonne, a été nommé chevalier de l'ordre impérial de la Légion d'honneur.

— Le choléra a fait son apparition à Constantinople le 14 septembre dernier. Après un été sec et une chaleur modérée, continue, les pluies d'automne, précédées d'un orage, ont commencé vers les premiers jours de septembre. La température a subi des variations très fréquentes depuis ce moment, et la santé publique, parfaite durant une période de huit mois, s'en est vivement ressentie. Déjà, depuis un mois, les diarrhées et les catarrhes étaient plus fréquents ; la dysenterie, mais d'une nature plutôt bénigne, s'observait déjà ; la coqueluche, chez les enfants, a régné épidémiquement depuis le mois d'avril jusqu'à septembre. Elle commence à devenir plus rare ; elle est remplacée par les affections catarrhales des bronches et des intestins. Le 14 septembre, enfin, 4 cas de choléra bien caractérisés ont été constatés dans un hôpital militaire turc ; le 16, 2 nouveaux cas se sont développés chez des malades couchés depuis un mois dans l'hôpital de Gulhanée et atteints de dysentérie chronique ; 2 autres cas ont été signalés dans la pratique civile le même jour, toujours dans la ville de Constaninople.

Le 18 septembre, 5 cas de choléra ont été signalés dans un faubourg juif et arménien à Haskeng, en face de Constantinople, et à Balat, quartier juif de la ville. La maladie s'étend et fait des progrès ; sur les 8 premiers malades, 4 sont morts dans les vingt-quatre heures.

La température est très mobile, l'air est vif et humide ; les soirées et les matinées sont très fraîches : le soleil darde ses rayons les plus ardents pendant la journée.

Jusqu'au 26 septembre, l'office de santé a reçu communication de 24 décès, à dater de l'invasion ; ce chiffre est au-dessous de la réalité, car il ne comprend pas les décès des hôpitaux militaires et ceux dont on ne lui donne pas avis. Le chiffre des morts s'élève en moyenne à une soixantaine dans la ville et une vingtaine dans les hôpitaux.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FELIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 132. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 1er Novembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Revue clinique des hôpitaux et hospices (hôpital de la Charité, service de M. Briquet) : Cancer du foie, de l'estomac et du cerveau; diagnostic différentiel ; mort, autopsie. Quelques remarques sur les difficultés du diagnostic dans ce cas. — II. Thérapeutique : Observation d'angine gangréneuse, traitée par le chlorate de potasse à doses successivement croissantes, et suivie de guérison. — III. Chirurgie : Ulcération syphilitique des orteils. — IV. Académies et sociétés savantes. (Académie des sciences.) Séance du 20 octobre : Fixateur de l'œil. — Traitement des fractures de la jambe. — Application de l'auscultation au diagnostic des affections de l'organe de l'ouïe. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causeries.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.

(MÉDECINE.)

Hôpital de la Charité. — Service de M. Briquet.

CANCER DU FOIE, DE L'ESTOMAC ET DU CERVEAU ; — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL ; — MORT, AUTOPSIE ; — QUELQUES REMARQUES SUR LES DIFFICULTÉS DU DIAGNOSTIC DANS CE CAS.

Malgré les travaux immenses par lesquels l'école anatomo-pathologique a cherché à constater la corrélation des symptômes avec les lésions dans les maladies; malgré ses efforts, le plus souvent couronnés de succès, pour fonder ainsi la science du diagnostic positif, et pour asseoir par ce moyen la médecine pratique sur des bases solides, il se rencontre encore quelquefois, et peut-être est-il à craindre qu'il ne se rencontre encore longtemps, des affections qui déjouent, pour ainsi dire, l'examen le plus attentif et le plus judicieux, l'expérience même la plus consommée.

Le cancer cérébral est une de ces affections; et c'est, en partie du moins, un cas de cette maladie, révélé seulement par l'autopsie, qui faisait écrire, il y a peu de jours, la réflexion précédente en tête de cette *Revue*, au moment où une plume incomparablement plus autorisée exposait, dans ces mêmes colonnes, et les circonstances qui en obscurcissent le diagnostic, et les conditions qui sont de nature à rendre ce diagnostic possible.

« Pour arriver, disait M. le professeur Forget, à déterminer » l'espèce, la nature des tumeurs intra-crâniennes, il faut invo- » quer des circonstances accessoires, prises en dehors des trou- » bles nerveux eux-mêmes, empruntées soit aux antécédents (sy- » philis), soit au mode d'invasion (apoplexie), soit à certaines » cachexies (tubercules), soit aux affections concomitantes (can- » cer), etc. Or, ces données manquent souvent et ne fournissent » guère que des présomptions, car elles n'excluent pas la possi- » bilité de lésions cérébrales indépendantes, ou de nature diffé- » rente de celles que font supposer les anamnestiques. »

Ainsi, pour pouvoir diagnostiquer avec un certain degré de certitude une tumeur intra-crânienne, soit, dans l'espèce, un cancer du cerveau, il faut, outre les symptômes communs résultant des troubles propres aux fonctions d'innervation, qu'il y ait concomitance d'un cancer dans un autre point de l'organisme.

Eh bien, cette dernière circonstance peut exister, mais être elle-même si difficile à apprécier, à reconnaître, qu'elle reste sans valeur aucune pour le diagnostic, et ne peut servir à déterminer l'espèce, la nature de la lésion cérébrale. C'est ce qui a eu lieu dans le fait dont nous allons maintenant donner l'exposé aussi complet, et en même temps aussi succinct que possible.

Un homme d'environ 50 ans, paraissant avoir été d'une constitution primitivement robuste, est apporté, vers la fin d'août, à l'hôpital de la Charité, dans une des salles du service de M. Briquet, complétement sans connaissance, et sans qu'aucun renseignement pût éclairer sur son état. Il y avait résolution totale des membres, perte de la sensibilité, absence complète d'intelligence. Ces symptômes se dissipèrent assez rapidement; la résolution générale cessa peu à peu, la sensibilité reparut, la connaissance revint; mais il resta un affaiblissement très prononcé de l'intelligence, avec perte absolue d'abord, puis, peu de temps après, embarras seulement de la parole, mais à un degré très marqué. On parvint seulement alors à savoir que cet homme était adonné à l'intempérance, qu'il buvait habituellement beaucoup d'eau-de-vie, qu'il avait été pris d'une perte subite de connaissance, et qu'avant cet accident sa parole était parfaitement libre. A partir de cette époque jusqu'à sa mort, le malade est toujours resté à peu près dans le même état, et voici ce qu'on observait chez lui dans le courant de septembre et pendant les premiers jours d'octobre.

Air d'hébétude de la physionomie; pas de déviation des traits; un peu de bouffissure de la face; coloration jaunâtre des téguments, qui n'était pas celle de l'ictère, et qui semblait se rapprocher davantage, sans être pourtant caractéristique, de la teinte spéciale de la cachexie cancéreuse; attitude languissante, avec décubitus dorsal habituel; amaigrissement assez notable et flaccidité des chairs; œdème des extrémités, principalement des membres inférieurs et de la région lombaire; état d'affaiblissement intellectuel tel, que le malade ne paraissait guère comprendre les questions qu'on lui faisait, et qu'il n'y donnait que des réponses insignifiantes, mal adaptées, ne consistant qu'en oui et non le plus ordinairement, et avec une prononciation assez peu franchement articulée; du reste, nul symptôme appréciable de paralysie en aucun point, comme aussi nulle contracture, nulle convulsion, nul délire; de temps en temps, le malade se levait sans aide pour satisfaire ses besoins naturels; pas de céphalalgie accusée, ni même soupçonnée; pas de douleur exprimée, ni provoquée à la tête, ni le long du rachis, ni en aucun point; aucune plainte pouvant faire reconnaître une souffrance localisée. — Langue sans enduit; pas de soif notable; un peu d'appétit; digestions passables; ni nausées, ni vomissements, ni constipation, ni diarrhée. — Pas de toux; pas de dyspnée; aucun phénomène anormal révélé dans l'appareil respiratoire par la percussion ni par l'auscultation. — Rien non plus d'appréciable par les mêmes moyens dans le volume du cœur, les bruits et le rhythme de ses battements; le pouls à 72 ou 76, faible, régulier. — L'abdomen, un peu proéminent, sans veines dilatées à sa surface, était le siége d'une matité et d'une fluctuation obscures dans ses parties déclives; mais ce qu'il présentait surtout de remarquable, c'était un soulèvement de l'hypochondre droit et des fausses côtes de ce côté, que la comparaison avec l'état du côté gauche rendait extrêmement sensible; la percussion dans cette région faisait reconnaître une matité marquée, étendue depuis une petite distance du mamelon jusqu'à quatre ou cinq travers de doigt environ au-dessous des limites inférieures ordinaires du foie, et se continuant dans l'épigastre; la palpation de l'hypochondre, d'accord avec les résultats de la percussion, démontrait que le foie dépassait de beaucoup le rebord costal, mais ne donnait l'idée d'aucune bosselure, fluctuation, ni frémissement dans la région hépatique; les procédés d'investigation n'excitaient pas le malade à se plaindre. — Rien qui dénotât quelque lésion dans les organes de l'appareil urinaire; de même que rien d'anormal n'était non plus reconnaissable dans les urines.

Ainsi, il s'agissait d'un malade sur lequel on n'avait aucun renseignement détaillé, et qui était hors d'état d'en donner lui-même; tout commémoratif manquait sur les symptômes qui avaient pu exister chez lui avant l'accident pour lequel on l'avait transporté à l'hôpital; et, depuis son entrée, il ne faisait aucune réponse de quelque valeur aux questions qui lui étaient adressées, sur ce qu'il avait éprouvé précédemment et sur ce qu'il éprouvait actuellement. On savait seulement qu'il se livrait d'habitude à des excès alcooliques, et qu'il avait été pris d'une perte subite de connaissance avec abolition générale du mouvement et de la sensibilité. On avait vu ensuite ces symptômes se dissiper graduellement, mais avec rapidité, et être remplacés, au bout de peu de jours, par un état à peu près régulier de la sensibilité et de la motilité. On avait donc d'abord été autorisé à croire à une congestion, et à écarter la pensée d'une hémorrhagie cérébrale. Mais il était resté une altération très prononcée des facultés intellectuelles, une gêne très grande de la parole; la mémoire était perdue, les réponses étaient insignifiantes; ces symptômes, au lieu de disparaître aussi en quelques jours, avaient continué au même degré. La persistance de cet état ne permettait pas de supposer qu'il n'y eût, dans ce cas, qu'une simple congestion; elle faisait nécessairement naître l'idée d'une lésion plus profonde, et l'on crut à l'existence d'un ramollissement du cerveau.

Mais, outre l'affection cérébrale, il y avait d'une part un état cachectique, et d'autre part un organe, dans la cavité abdominale, qui évidemment n'était plus dans ses conditions normales. Le foie, en effet, était notablement augmenté de volume, la percussion et

Feuilleton.

CAUSERIES.

Fin des vacances. — Retour des voyageurs. — Influence des voyages sur les relations confraternelles. — Pourquoi l'Académie de médecine n'a-t-elle pas de vacances? — Nécessité d'étudier les règles de l'éloquence académique. — Conseils à un nouvel académicien. — Stratégie oratoire. — L'Académie en face de la Faculté. — La rive droite et la rive gauche.

Nous voilà à peu près au grand complet. Ils nous reviennent tous ces fortunés confrères qui peuvent se soustraire pendant plus ou moins de semaines, ou seulement de jours, aux labeurs, aux soucis, aux passions, aux misères morales de la vie médicale, qui peuvent oublier les préoccupations professionnelles, soit aux champs, soit à quelque source bienfaisante, soit en Suisse, soit en Italie, sur les bords du Rhin, soit partout où les pousse le désir de perdre de vue les collines de Montmartre ou les tours de Notre-Dame. Excellente hygiène, non seulement pour le corps, mais pour l'esprit, pour les facultés intellectuelles et morales. Ce n'est pas seulement à leur visage plus chaud de teinte et à leur air de santé rayonnante que je reconnais que nos confrères voyageurs ont quitté l'atmosphère parisienne, mais encore à leur gaîté, à leur épanouissement, à je ne sais quoi d'affable, de bienveillant et de charmant qui restait comme larvé avant leur déplacement. Heureuse métamorphose, que ne peux-tu durer toujours! Chers et honorés confrères qui le pouvez, pourquoi ne voyagez-vous pas plus souvent?

Il est de fait qu'après les vacances, les rapports des médecins entre eux paraissent être plus faciles, plus coulants, les discussions moins aigres, les rapprochements plus possibles, les réconciliations plus nombreuses. Les hasards des voyages font quelquefois se rencontrer aux mêmes lieux, et dans des circonstances où il est impossible de s'éviter, des hommes qui seraient passés vingt fois par jour sur le boulevart des Italiens sans se regarder. On m'a cité une rencontre fortuite qui a eu lieu tout récemment à une source célèbre du duché de Bade, et qui a été suivie d'une chaude accolade confraternelle entre deux médecins de Paris qui n'étaient pas jusque-là les meilleurs amis du monde. Je connais une aventure de chasse qui a fait un Oreste et un Pylade de deux confrères qui passaient pour ennemis irréconciliables; et tout à l'heure, à quelques kilomètres de Paris, aux vendanges dernières, sur les coteaux aimés et célébrés par Guy-Patin, Nisus et Euryale n'ont pas fait preuve d'une affection plus touchante que deux autres confrères dont le monde médical n'a que trop connu jusqu'ici les retentissantes dissidences.

O nymphes des eaux! ô Bacchus! ô voyages! ô campagne! ô vacances! renouvelez souvent de semblables prodiges..... Et qu'ils durent surtout.

Pourquoi, au fait, l'Académie de médecine ne prend-elle pas de vacances? On ne voit aucune bonne raison pour qu'elle s'en abstienne; on en pourrait donner d'excellentes en faveur du repos annuel. Parmi ces raisons, quelque esprit mal fait invoquerait avec une certaine apparence d'opportunité, la nécessité, pour un grand nombre d'orateurs, d'étudier un peu les préceptes de l'abbé Batteux et les règles du genre académique. Pour moi, je n'oserai jamais croire qu'aucun académicien ait besoin d'une semblable étude; je les tiens tous pour des Fontenelle, des d'Alembert, des Louis, des Vicq-d'Azyr et des Cuvier, s'il s'agit de la finesse, du goût, de l'élégance, de la méthode, de la science et de la lucidité de leurs oraisons. Cependant il y a des nuances, même des discordances très tranchées, et il ne viendra jamais à l'esprit de placer sur la même ligne, par exemple, M. Piorry et M. Trousseau. J'ai si souvent cherché à apprécier le genre oratoire de M. Piorry, qu'il serait superflu et parfaitement inutile d'y revenir. Cet honorable orateur est arrivé à un âge où la critique doit désespérer de rien modifier à ses habitudes, et d'ailleurs, on le sait, c'est de parti pris, avec intention et une conviction ardente que M. Piorry fait tout ce qu'il fait.

M. Trousseau, au contraire, est nouveau à l'Académie; il a vécu si longtemps loin d'elle et sans elle, qu'il peut n'en pas connaître tous les usages, les mœurs, le tempérament et les goûts; je le crois très désireux de ne rien heurter ou blesser de tout cela, et je le sais susceptible surtout d'accueillir sans chagrin un affectueux et bienveillant conseil.

Le meilleur qu'on puisse lui donner est d'oublier à la tribune académique ses éclatants succès de la chaire de professeur. Je le préviens que l'Académie est très susceptible à cet endroit; plusieurs académiciens croient avoir épuisé toutes les formules du blâme en disant de tel orateur : Son discours n'a été qu'une leçon. Quand vos oreilles, très honoré maître, seront frappées par l'expression de cette critique, n'allez pas vous aviser de rechercher si les académiciens qui la produisent ne sont pas précisément ceux à qui une leçon ne serait pas tout à fait inutile. Pour moi, j'estime que, leçon ou discours, la chose importe peu; le discours sera bon si la leçon est bien faite, et la leçon sera utile si le discours est bon.

Il faut néanmoins reconnaître que l'habitude de l'enseignement et ses exigences finissent par imprimer à l'esprit une direction particulière, à l'enchaînement des idées et à l'expression de ces idées un tour et des formes qui peuvent et doivent être souvent modifiés à la tribune académique. A l'amphithéâtre, chaque sujet que l'on traite est nouveau ou censé nouveau pour l'auditeur. Le meilleur professeur est celui qui se fait le mieux comprendre, et pour arriver à ce but, une certaine abondance, l'idée présentée successivement sous plusieurs formes, la répétition, des comparaisons familières, un style imagé et une diction un peu solennelle, c'est-à-dire magistrale, sont tout autant de qualités du genre.

A l'Académie, ces qualités seraient des défauts. L'assistance est différente, elle sait ou est censée savoir les menus détails de la question qu'il n'est pas nécessaire de reprendre *ab ovo*. Il faut se tenir aux sommités du sujet, aux principes, s'il s'agit d'une question générale, aux applications principales s'il s'agit de pratique. L'*historique* est rarement nécessaire, à moins qu'on n'ait à rectifier des erreurs accréditées ou à réparer des omissions importantes. Il faut savoir entrer de plein pied dans le cœur du sujet, et alors, si à la hauteur des vues se joint l'élévation du langage, on produit un discours écouté et qui fait date dans les annales de la compagnie. Quant à la forme, la concision, la précision sont ses principaux mérites. Fuyez l'exemple de ces orateurs délayant les pensées les plus communes dans le style le plus vulgaire. La concision n'ex-

la palpation le démontraient; et si le sujet n'accusait aucun malaise, aucune douleur de ce côté, soit en répondant aux questions à lui adressées, soit, quand on le palpait ou le percutait, par des manifestations en quelque sorte instinctives dans l'état de ses facultés intellectuelles, s'il n'y avait pas de troubles notables des fonctions digestives, l'état matériel était tel qu'on ne pouvait douter qu'il n'y eût une affection de cet organe.

Mais quelle était cette affection?

Les maladies du foie qui s'accompagnent ou peuvent s'accompagner d'une augmentation de volume de cette glande sont: la congestion, l'hypertrophie, l'hépatite aiguë, l'hépatite chronique, l'abcès, les kystes, les acéphalocystes, le cancer, la cirrhose et quelques autres affections moins communes, telles que l'état gras, la mélanose, le tissu érectile, etc.

L'état gras du foie (quoiqu'il se rencontre souvent, selon Magnus Huss, chez les hommes qui abusent des alcooliques), le tissu érectile, la mélanose, etc., bien que susceptibles d'occasionner un accroissement de grosseur, n'ont été vraiment, vu leur extrême rareté, mis ici en ligne de compte que pour mémoire.

La cirrhose, d'après les recherches de M. Becquerel, s'accompagne quelquefois d'une augmentation de volume du foie; dans le cas présent, la concomitance d'un état cachectique, d'une ascite et d'un œdème des membres abdominaux, de l'ascite surtout, pouvait conduire à y penser; mais, dans la cirrhose, l'atrophie de la glande est la règle, l'augmentation est l'exception; elle n'a lieu qu'au début, est tout à fait passagère, et d'ailleurs n'atteint jamais les proportions qui s'observaient chez le malade.

Il n'y avait guère lieu de songer non plus à une congestion du foie. Cette affection est ordinairement, pour ne pas dire toujours, la conséquence d'un obstacle au cours du sang, et se manifeste pendant la durée des maladies du cœur, dont elle est en quelque sorte un épiphénomène, ou bien de quelque autre état morbide où il y a des troubles de la circulation, tels que l'asphyxie, par exemple. L'exposé des symptômes qui démontre l'intégrité, chez le sujet, de l'organe central de la circulation et de ses fonctions, n'était pas favorable à la supposition d'une congestion hépatique.

Le volume augmenté de l'organe sécréteur de la bile pouvait-il être considéré comme dépendant d'une hypertrophie? Ordinairement l'hypertrophie est la conséquence de congestions répétées, et il n'y avait pas lieu d'admettre l'existence de cette condition pathologique. L'hypertrophie, d'ailleurs, ne suffit pas à amener par elle-même un état cachectique, en supposant celui qui existait chez le malade, sous la dépendance de la maladie du foie.

On ne trouvait aucun élément, si ce n'est l'augmentation de volume, qui pût mener à la supposition d'une hépatite aiguë ou chronique. L'idée d'une inflammation aiguë ne pouvait s'accorder avec le défaut de tout phénomène fébrile; quant à l'inflammation chronique, si le volume augmenté de l'organe, si sa surface égale et sans bosselures pouvaient en donner la pensée, l'absence d'ictère ne lui était pas favorable. L'exclusion de l'hépatite aiguë ou chronique entraînait celle de toute collection purulente dans le foie.

La question de diagnostic se trouvait donc suspendue entre le cancer du foie et les kystes séreux ou acéphalocystiques, et ainsi réduite, elle ne présentait pas moins de difficulté.

Tous les phénomènes actuellement observés, augmentation de volume, amaigrissement, état cachectique, ascite, œdème, pouvaient s'accommoder avec ces affections différentes. Mais, 1° si l'état cachectique et la coloration des téguments, quoiqu'elle ne fût pas exactement caractéristique, pouvaient faire penser à un cancer du foie, d'un autre côté, l'absence de toute bosselure dans l'organe malade, insuffisante, il est vrai, pour faire écarter complétement cette pensée, ne permettait pas non plus de diagnostiquer cette affection d'une manière positive et décidée. — 2° Quant aux tumeurs enkystées, formées par un liquide séreux (ce qui est une maladie très rare) ou par des acéphalocystes, leur existence était possible; le mode de soulèvement des fausses côtes qui formaient une saillie arrondie, comme si une tumeur de cette forme siégeant dans le lobe droit du foie, les eût repoussées en dehors en les forçant à se mouler sur elle, donnait quelque consistance à cette hypothèse. Mais le défaut de toute fluctuation, de tout frémissement hydatique, laissait la question complétement indécise.

Ainsi, partout incertitude. Quel moyen de sortir d'une telle difficulté?

Devait-on, en l'absence du signe caractéristique de l'existence d'une tumeur liquide ou hydatique, recourir au moyen préconisé par Récamier, à la ponction exploratrice, qu'il a employée plusieurs fois avec succès dans des cas de diagnostic douteux assez semblables à celui dont il est ici question? Faite avec un trocart explorateur très fin, cette opération était-elle assez innocente pour être tentée chez un malade qui pouvait être porteur d'une maladie organique grave? Ou bien, dans l'hypothèse de l'existence d'une telle maladie, d'un cancer, était-elle capable de lui causer un assez grave préjudice, pour qu'on se fît une loi d'y renoncer? D'un autre côté, si l'affection, encore inconnue dans sa nature, était un kyste, ne pouvait-on pas, après un diagnostic sûr obtenu au moyen de la ponction, espérer encore d'obtenir la guérison par un traitement approprié, supposé d'ailleurs la maladie cérébrale être elle-même d'une espèce curable?

Les choses en étant à ce point, le malade, sans avoir présenté le matin ni dans la journée aucun symptôme qui pût faire craindre une fin aussi prompte, est mort assez inopinément, après quelques vomissements de matières alimentaires et muqueuses, et une ou deux selles contenant un peu de sang (5 octobre). Voici ce qu'est venu révéler l'examen *post mortem*:

Autopsie. — Enveloppe cutanée partout d'une teinte jaunâtre terreuse; amaigrissement assez prononcé, mais non poussé jusqu'à l'émaciation complète; ventre assez volumineux et tendu; infiltration du tissu cellulaire sous-cutané, principalement aux membres abdominaux et à la partie postérieure et inférieure du tronc.

Ouverture du crâne: Point de liquide épanché entre les méninges, point d'adhérences entre ces membranes; pie-mère universellement congestionnée, toutes ses veines gorgées de sang; çà et là, sur cette membrane, une tache opaque, un épaississement, qui paraît être la trace d'une inflammation plus ou moins ancienne. Substance cérébrale ayant à peu près la consistance normale, n'offrant pas de piqueté à la coupe; rien dans les ventricules. Dans la partie moyenne de l'hémisphère gauche, ou autrement dans la partie antérieure du lobe postérieur de cet hémisphère, ramollissement pultacé de la substance blanche qui entoure en dehors le corps strié, empiétant peut-être un peu sur ce corps, et formant un foyer irrégulier, étendu, autour duquel la substance cérébrale ne paraît pas injectée; dans ce foyer, et au milieu de la matière ramollie, deux corps étrangers du volume d'une noisette à peu près, d'une couleur et d'une consistance qui rappellent assez celles de la substance grise du cerveau, et qui sont des noyaux d'encéphaloïde ramollis et partiellement détruits. Rien dans le reste du lobe postérieur, ni dans le lobe antérieur de l'hémisphère gauche, rien dans l'hémisphère droit; rien non plus dans la protubérance, ni dans le cervelet.

Ouverture de l'abdomen: Écoulement d'un à deux litres de liquide citrin, transparent, sans mélange de fausses membranes; pas de fausses membranes adhérentes au péritoine. Foie très volumineux, d'un brun verdâtre foncé, ayant sa surface parsemée, criblée de taches blanchâtres, assez régulièrement arrondies, non sensiblement proéminentes, formées par des noyaux de substance encéphaloïde incrustés dans la glande, et ayant un volume plus ou moins considérable, depuis celui d'un pois et moins jusqu'à celui d'une noix environ; incisé, le tissu du foie est également criblé de productions encéphaloïdes, ayant le même volume et le même aspect, et dont quelques-unes commencent à se ramollir. Rien dans la vésicule biliaire. Le ligament qui unit le foie à l'estomac, ou épiploon gastro-épatique, est lui-même envahi par la matière encéphaloïde, et l'extrémité droite de l'estomac est également le siége d'un cancer. Cette partie du ventricule est considérablement épaissie dans tout son pourtour, mais principalement à la petite courbure et à la paroi postérieure, dont la surface est couverte de bosselures; toutes les tuniques de l'estomac, dans sa portion droite, la muqueuse non comprise, sont transformées en substance cancéreuse; elles sont considérablement épaissies, d'un blanc rosé, dures et lardacées; la muqueuse n'est qu'hypertrophiée, non ramollie, assez fortement adhérente, nullement ulcérée; l'anneau pylorique formé par la muqueuse est dans le même état que celle-ci, épaissi, mais non ulcéré, ni cancéreux, quoique entouré de toutes parts par la production morbide qui s'étend un peu au duodénum. Le péritoine qui revêt les parois abdominales est littéralement criblé partout, jusque dans les fosses iliaques internes, mais surtout à la face abdominale du diaphragme, d'une multitude de petits noyaux cancéreux, serrés les uns contre les autres comme les boutons d'une éruption variolique confluente. La portion du péritoine qui forme l'enveloppe extérieure de la rate, présente deux ou trois de ces noyaux; le tissu de cette glande est ramolli, mais ne contient pas de substance cancéreuse. Rien dans le pancréas. Rien dans les reins. Poumons et cœur sains.

Ainsi l'autopsie venait de révéler les lésions dont le sujet avait été atteint pendant sa vie, et qui, non justiciables des moyens dont l'art peut disposer, avaient causé sa mort. L'encéphaloïde, par l'effet d'une véritable diathèse, s'était développé successivement dans plusieurs parties, et il y avait à la fois cancer de l'estomac, cancer du foie, cancer du cerveau, pullulation de la production cancéreuse dans le péritoine. Il est probable que la substance morbide avait débuté, en vertu des excitations locales journalières causées par les excès alcooliques, par se déposer dans les parois de l'estomac, ou peut-être dans le foie; qu'elle s'était ensuite propagée de l'un de ces organes à l'autre, ainsi qu'il arrive souvent; que plus tard, l'influence de la diathèse n'étant pas épuisée, le cerveau avait été à son tour envahi par l'encéphaloïde; et qu'enfin, irrité par la présence de nombreuses tumeurs cancéreuses développées en contact avec lui, peut-être aussi par un commencement de ramollissement de ces tumeurs, le péritoine était devenu le siége d'un travail inflammatoire lent; que cette inflammation lente avait déterminé, à la surface de cette membrane séreuse, une exsudation dans le sein de laquelle la matière morbide s'était déposée, sous forme de petits noyaux confluents, dans les derniers temps de la vie.

Mais, en révélant tous ces désordres graves, l'autopsie montrait en même temps, d'une manière évidente, que, dans certains cas, les expressions symptomatiques des maladies sont loin d'avoir toute la netteté nécessaire pour en faire reconnaître la nature, et pour permettre d'arriver à un diagnostic parfaitement clair et assuré.

Du côté de l'appareil digestif, en l'absence de tout commémoratif, de tout renseignement émané du malade, nul trouble d'une certaine importance, nul phénomène de quelque valeur pendant son séjour à l'hôpital, n'est venu faire même soupçonner l'état de l'estomac. Quant au foie, il avait bien été, en raison de l'augmentation considérable de son volume, reconnu atteint d'un état morbide; mais, par suite du défaut des signes physiques, fluctuation, frémissement hydatique, bosselures, le diagnostic avait dû rester suspendu, et la véritable nature de l'affection n'avait été reconnue qu'après la mort.

---

clut ni l'élégance, ni le goût, ni le trait, et réciproquement, un peu d'esprit à l'occasion n'enlève aucun mérite à la démonstration.

Mais, pour tout cela, on a beau dire et beau faire, il faut un certain temps de préparation, et je ne parle ici que pour les orateurs qui, comme M. Trousseau, n'écrivent pas leurs discours et se livrent aux chances plus ou moins heureuses de l'improvisation de la forme. Sans préparation, au moins pour le plan, pour le placement et l'enchaînement des preuves, on ne fera jamais que des discours incomplets et insuffisants. Il faut être excessivement fort pour pouvoir improviser à la fois et le fond et la forme, et ce travail intellectuel qui consiste à chercher simultanément la pensée, la logique de la pensée et l'expression de la pensée, est un labeur de l'esprit duquel peu d'hommes sont capables, même parmi les orateurs de profession. L'orateur à l'Académie qui se possède le mieux, qui est plus le maître de sa pensée, qui l'exprime toujours avec bonheur et justesse, M. Velpeau, ne doit pas seulement ses succès de tribune à son incomparable aptitude, mais encore au soin qu'il prend de réfléchir et de se préparer avant de parler. Être bien sûr de ce que l'on veut dire facilite singulièrement la manière de le dire. C'est l'excellent précepte de Boileau, trop dédaigné peut-être.

Un second conseil à donner aux nouveaux orateurs de l'Académie, c'est de ne pas abuser de la tribune. Les hommes de la position et de l'autorité de M. Trousseau ne doivent pas se commettre dans les petits sujets, ils doivent se réserver pour les grandes occasions; il faut surtout ne prendre la parole que pour dire des choses qui n'ont pas encore été dites et pour présenter sur la question des aperçus nouveaux; il faut aussi savoir la prendre à propos, ni trop tôt, pour ne pas se heurter aux banalités de la discussion, ni trop tard, quand l'attention et le sujet sont épuisés, ni tout à fait au début d'une séance, quand l'assistance n'est pas au complet, ni à la dernière heure, quand les estomacs impatients vont chercher leur dîner. C'est toute une petite stratégie académique qu'il faut connaître afin de rendre le succès plus facile.

M. Trousseau possède toutes les qualités qui font réussir à l'Académie: facilité d'élocution, diction accentuée, mimique raisonnable, voix sonore, qu'il faudra seulement mettre au ton de la salle, accent doux et pur de la Touraine, éducation et habitudes littéraires; avec tout cela, quand on possède bien son sujet, qu'on a bien indiqué ses coupures et ses divisions, préparé ses transitions, pour les hommes habitués à parler en public, le reste va de soi; c'est la trame du discours, et la parole n'est plus que la navette qui va broder un dessin plus ou moins réussi.

Mais que dit-on? que l'Académie serait exposée à un nouveau déménagement? L'administration des hôpitaux, qui la loge, aurait besoin du local qu'occupe la compagnie pour des agrandissements projetés à l'hôpital de la Charité. En retour, on concéderait à l'Académie l'hôpital des Cliniques, où quelques aménagements intérieurs suffiraient pour l'approprier à sa nouvelle destination. J'ai peine à croire à l'exactitude de cette nouvelle. Si l'hôpital des Cliniques, qui n'a pas réalisé toutes les espérances que sa fondation avait fait concevoir, se ferme jamais, je doute que la Faculté laisse échapper au profit de l'Académie un local dont elle a tant besoin elle-même pour loger sa bibliothèque, ses collections, son cabinet de physique, etc. Tout cela est fort étroit aujourd'hui, et le devient de plus en plus. La Faculté gardera probablement pour elle l'hôpital des Cliniques, à moins qu'un autre projet plus grandiose ne s'exécute, projet qui consisterait à agrandir l'École de médecine latéralement et par derrière, de sorte qu'elle formerait un vaste carré limité à l'est par la rue Hautefeuille, à l'ouest par la rue Larrey, au nord par la rue St-André-des-Arts, vaste carré dans lequel, outre les bâtiments anciens et nouveaux, serait disposé le jardin botanique, celui existant aujourd'hui dans la pépinière des Chartreux étant menacé de suppression par le tracé du boulevard de Sébastopol. Ce serait vraiment magnifique, et nous devons faire des vœux pour que la générosité de la ville de Paris puisse aller jusque-là. L'Académie de médecine, venant s'installer à la Clinique, tout en face de la Faculté, compléterait alors ce bel ensemble. Si cette partie du onzième arrondissement ne jouissait pas alors d'une immunité complète à l'égard des endémies et des épidémies, ce ne serait pas par défaut d'accumulation de ressources médicales.

J'avoue que ce projet de placer vis-à-vis l'une de l'autre l'Académie et l'École de médecine me sourit beaucoup. C'est la destination naturelle de cette partie de la rive gauche de grouper sur sa surface toutes les institutions scientifiques et d'enseignement. Depuis des siècles cette destination n'a pas changé. Le Paris de Philippe-Auguste est encore là tout entier. Il s'appelait alors l'Université; il commence aujourd'hui à l'Institut et se termine au Muséum, semant sur ses pas les quatre Facultés, l'Académie de médecine, d'admirables bibliothèques, le Collége de France, l'École polytechnique, l'École normale, d'innombrables lycées et institutions, tout ce qui orne, embellit, élève et raffermit l'esprit. Laissez à la rive droite ses plaisirs, ses agitations, ses émotions de lucre, tout ce qui vient retentir vers ce temple qu'on appelle la Bourse, sans doute pour tenter celles qui sont vides et pour vider celles qui sont pleines. La rive gauche doit rester et restera dans son atmosphère calme, saine et recueillie de la science et de l'étude. Aussi tout projet d'embellissement pour cette rive heureuse doit être sympathique à ceux qu'un souvenir pieux y rattache, que les plus douces, et, hélas! si fugitives émotions de la vie y ramènent sans cesse.

Amédée Latour.

— Le rapport de la commission chargée du recensement de l'Irlande établit que, pour la période de 1841 à 1851, la dysentérie a été la principale forme épidémique et la plus meurtrière: elle a enlevé 93,232 personnes; tandis que, dans la période de 1831 à 1841, la *dysentérie* et la *diarrhée* réunies n'avaient donné que 10,754 morts. Les décès par suite de fièvre ne s'étaient élevés, dans cette dernière période, qu'à 112,072, tandis que, de 1841 à 1851, le chiffre des décès rapportés à la même cause est de 222,029.

— M. Henri Schedel, le collaborateur de M. Cazenave dans la rédaction de l'*Abrégé pratique sur les maladies de la peau*, est mort récemment par suite d'une chute faite dans une ascension du mont Pilate (Suisse).

— Un jeune chirurgien de la marine, qui avait débuté dans la carrière de la manière la plus brillante, M. P. Nabonne, vient de succomber, à l'âge de 22 ans, aux atteintes de la fièvre jaune, en arrivant aux Antilles. M. Nabonne servait à bord de l'*Achéron*.

Au ramollissement étendu de la substance cérébrale, autour des noyaux cancéreux développés dans le cerveau, n'avait répondu aucun symptôme permanent de paralysie. La perte subite de connaissance, la résolution des membres, l'abolition de la sensibilité, puis la rapide disparition de ces phénomènes, avaient pu faire naître d'abord l'idée d'une simple congestion cérébrale. Mais il était resté une oblitération très considérable de l'intelligence avec une perte absolue d'abord, puis un embarras très prononcé de la parole, et ces symptômes avaient été rapportés à un ramollissement cérébral qui existait en effet. — Il n'est pas sans intérêt de remarquer, relativement à la perte de la parole, que ce symptôme coïncidait avec une lésion, non du lobe antérieur, mais du lobe postérieur d'un des hémisphères cérébraux.

Quant à la cause première du ramollissement, les noyaux cancéreux, elle était restée méconnue. C'est que le cancer du cerveau est, en effet, une des maladies dont le diagnostic est le plus difficile, dans l'état actuel de la science; c'est que ce diagnostic n'arrive guère qu'à être probable, parce qu'il repose d'une part sur des symptômes qui appartiennent tout aussi bien à des lésions cérébrales d'une nature différente, et, d'autre part, sur la coexistence *reconnue* dans d'autres points de l'économie, de tumeurs également cancéreuses, lesquelles, d'ailleurs, n'excluent nullement la possibilité d'une apoplexie ou d'un ramollissement, etc. Ces difficultés, rappelées par le professeur de Strasbourg dans le travail publié dernièrement par l'UNION, ont été parfaitement appréciées et signalées par les auteurs qui ont écrit sur le cancer du cerveau.

D'après M. Bouillaud (*Dict. de méd. et de chir. prat.*, tom. IV, p. 496), « les phénomènes que déterminent les masses cancéreuses des centres nerveux sont essentiellement les mêmes que ceux produits par une compression exercée sur ces parties. » — « Comme tous les autres produits accidentels développés dans le cerveau, dit M. Andral dans sa *Clinique médicale*, le cancer n'y révèle sa présence par aucun signe caractéristique. Suivant sa situation, son volume, l'état de la substance nerveuse autour de lui, et enfin suivant la manière toute vitale dont le cerveau est affecté par sa présence, ce produit morbide s'accompagne d'accidents divers, et c'est bien moins par leur nature même que par leur mode d'apparition et d'enchaînement, et par l'ensemble des circonstances de la maladie, qu'on peut parvenir à en établir le diagnostic. » Enfin M. Calmeil (*Dict. de méd.*), après avoir exposé avec détail les circonstances diverses qui peuvent contribuer à obscurcir le diagnostic de cette maladie, termine par ces lignes : « Ce n'est pas seulement le défaut de signes constants qui tend à jeter de l'incertitude sur l'existence d'une tumeur cancéreuse de l'encéphale, c'est encore la nécessité où l'on est de faire la part aux complications, de rassembler fidèlement un grand nombre de souvenirs, et d'exécuter à la fois et avec promptitude une foule d'opérations analytiques difficiles. »

Dr A. GAUCHET.

THÉRAPEUTIQUE.

OBSERVATION D'ANGINE GANGRÉNEUSE, TRAITÉE PAR LE CHLORATE DE POTASSE A DOSES SUCCESSIVEMENT CROISSANTES, ET SUIVIE DE GUÉRISON.

Le 17 août 1856, je fus appelé auprès de l'enfant Bogneaux, âgé de 8 ans, appartenant à une famille d'ouvriers peu aisés, et mal nourris.

Depuis le 13, il se plaint de mal de gorge, d'une grande difficulté à avaler, à tousser et à expectorer.

Il n'a jamais eu d'autre maladie qu'une fièvre intermittente, il y a trois ans; traitée incomplétement, elle a durée une année; après quoi il s'est montré au cuir chevelu un eczéma, avec sécrétion abondante, qui se suspend au moment où l'angine fait invasion, se tarit complétement pendant toute la durée de cette affection, puis reparaît après sa guérison.

La maison habitée par la famille Bogneaux est située à l'extrémité et dans le bas d'un faubourg de Pithiviers; la chambre où couche toute la famille est au-dessous du niveau de la rue, sans être cependant humide; elle est suffisamment éclairée et aérée.

En entrant dans cette chambre, je suis saisi d'une forte odeur de gangrène, qui augmente et devient insupportable près du lit. Je trouve le petit malade en proie à une fièvre vive, avec une peau sèche et brûlante; il n'a pas dormi de la nuit; sa figure est rouge, un peu bouffie, et il a de la peine à parler; sa voix est nasonnée; la déglutition provoque de la douleur et une toux pénible. Son haleine a l'odeur caractéristique et fétide de la gangrène. Les glandes du cou et de la mâchoire ne sont pas engorgées.

J'examine la gorge : l'amygdale droite, gonflée, saillante, d'un gris terne, déborde le pilier du voile du palais, dont le rebord est grisâtre, excepté vers la voûte, où il est jaunâtre, ainsi qu'à la luette; cette teinte paraît se prolonger à gauche, où l'œil arrive avec peine, à cause de la difficulté de faire ouvrir la bouche.

Je prescris 4 grammes de chlorate de potasse dans 100 grammes d'eau gommée tiède, édulcorée avec le sirop de fleurs d'oranger, à prendre dans les vingt-quatre heures. Pour tisane, 30 grammes de quinquina concassé, en infusion dans un litre d'eau bouillante.

Je m'abstiens des cautérisations.

Le lendemain 18, le malade, dans un effort de toux, a rendu une portion de l'amygdale droite; sa mère l'a conservée et me la montre. Elle me dit que son enfant avale mieux; qu'il a un peu dormi. L'odeur gangréneuse est tout aussi forte; l'inspection de la gorge, toujours très pénible, ne me révèle pas de changement.

J'augmente de 1 gramme la dose de chlorate de potasse. Même tisane.

Le surlendemain 19, il y a moins de fièvre; la déglutition est plus facile; la nuit a été bonne; l'odeur gangréneuse paraît diminuer. Tout le rebord du voile du palais, y compris la luette, est d'un gris sale; un lambeau de la luette paraît prêt à se détacher.

Je porte le chlorate à 6 grammes. Même tisane.

Le 20, troisième jour du traitement, l'odeur est presque nulle. Le reste de l'amygdale droite a été rejeté au dehors avec une portion de la luette et recueilli par la mère qui me le montre. Elle a vu des lambeaux semblables, m'assure-t-elle, dans les garde-robes. On aperçoit dans le fond de la gorge le voile du palais tout frangé et déchiqueté sur ses bords; d'autres petites portions se séparent encore des parties saines. La fièvre a cessé.

J'ajoute au traitement du bouillon et deux potages. Même tisane et 7 grammes de chlorate de potasse dans 150 grammes de véhicule tiède; le lendemain, même traitement; nourriture plus abondante; un peu de vin.

L'enfant se lève le 21, le cinquième jour du traitement. Il ne tarde pas à reprendre toutes ses habitudes. Je cesse mes visites.

Je l'ai revu ces jours derniers. Voici, au bout de deux mois, l'état de la gorge :

A droite, plus d'amygdale; le pilier du voile du palais est rétréci; à gauche, l'amygdale paraît très petite, et ne peut être aperçue que dans les grandes inspirations. La luette est réduite à un moignon insignifiant.

L'état général est très bon; le teint clair, rosé, la figure pleine; l'appétit soutenu; la déglutition des aliments solides et liquides se fait sans difficulté; la voix a son timbre normal.

L'eczéma a repris ses droits de domicile depuis la disparition de l'angine. Il s'est fixé à la partie postérieure de la tête. Je crois qu'un traitement convenable en fera bientôt justice.

Quant au chlorate de potasse employé contre l'angine gangréneuse, je ne sais s'il faut lui attribuer l'honneur de la guérison; ou si tout simplement celle-ci est due à un effort suprême et bienfaisant de l'organisation, qui, sans le chlorate, et par les seules forces du travail éliminateur, aidé des toniques, aurait suffi à séparer des parties saines les parties gangrénées?

Dr Augé fils, de Pithiviers.

CHIRURGIE.

ULCÉRATION SYPHILITIQUE DES ORTEILS.

Monsieur le rédacteur,

Je lis dans l'UNION MÉDICALE (numéro du 30 août 1856) l'observation d'*une ulcération très vaste de la plante du pied, d'une nature suspecte, guérie par l'iodure de potassium*. Permettez-moi de vous en communiquer une autre qui présente certaines analogies avec celle de l'honorable professeur de Constantinople, mais qui en diffère essentiellement par le résultat. Le fait dont il s'agit touche d'ailleurs à une question difficile, mais d'un immense intérêt.

Lorsqu'une diathèse syphilitique se manifeste par de nombreux symptômes, et que, sous l'influence d'un traitement bien dirigé, tous les accidents disparaissent, à l'exception d'un seul qui résiste, augmente, ravage de plus en plus la région où il s'est fixé, plonge le malade dans le marasme et le menace d'une mort prochaine; lorsque la réunion de toutes ces circonstances disposerait à penser que l'infection générale s'est localisée, est-il prudent, est-il rationnel de recourir à l'extirpation de la partie affectée? Et si l'on opère, n'a-t-on pas à attendre une récidive certaine, sur place ou dans quelque autre point de l'organisme? En d'autres termes, est-il possible *que la diathèse s'étant épuisée*, la syphilis secondaire se réfugie et grandisse isolément, en un seul endroit?

Le fait unique que je possède ne me permet pas, Monsieur le rédacteur, de trancher cette importante question; mais peut-être le jugerez-vous digne de figurer dans les colonnes de votre excellent journal.

Annette Mettey, jeune ouvrière de mauvaise vie, grande, forte, d'*un tempérament lymphatique*, me demanda, en 1853, la guérison de nombreuses pustules plates qu'elle portait à la vulve et à l'anus. Elle avait de plus un reste de roséole et une angine syphilitique bien marquée. Je lui conseillai des pilules de protoiodure de mercure, des cautérisations de l'isthme du gosier avec le nitrate d'argent, et l'application de poudre de calomel sur les plaques muqueuses. Le traitement ne fut suivi que d'une manière très imparfaite. La malade resta trois mois avant de me donner de ses nouvelles. Au bout de ce temps, elle revint une seconde fois. Les accidents n'avaient point disparu; au contraire, ils s'étaient compliqués de l'engorgement de plusieurs ganglions cervicaux, et, ce qui était plus grave, une ulcération de mauvais aspect, d'une odeur repoussante, à fond grisâtre, à bords perpendiculaires, contournait la racine de l'ongle du gros orteil droit. Je cautérisai cette ulcération avec le nitrate acide de mercure, et j'insistai sur le traitement déjà prescrit, sans le modifier.

Annette, qui avait très peur de la cautérisation, attendit de nouveau deux mois, sans que j'entendisse parler d'elle. Mais alors elle fut forcée de me faire appeler, car elle ne pouvait plus quitter le lit. L'orteil était tombé; le hideux ulcère gagnait la face dorsale du pied. Un second ulcère, exactement semblable, apparaissait autour de l'ongle du médius droit. La constitution s'était visiblement altérée, l'embonpoint avait fait place à la maigreur, la face avait beaucoup pâli, l'appétit s'était perdu, les douleurs rendaient le sommeil impossible. Dès cette époque, la malade rendue docile, suivit exactement mes prescriptions. Elle prit d'abord et successivement de l'iodure de mercure, de la liqueur de Van-Swieten, des pilules de Dupuytren, des tisanes réputées dépuratives, etc. Sous l'influence de ces moyens internes, continués pendant trois mois, et de pansements appropriés, tous les symptômes de l'infection constitutionnelle disparurent, *sauf la lésion du pied, qui faisait des progrès rapides, mais incessants*. Je prescrivis alors l'iodure de potassium, à la dose de 1, puis de 2 et de 3 grammes par jour, sans obtenir la moindre amélioration. Parfois, on pouvait espérer une prochaine cicatrisation; l'ulcère se couvrait de beaux bourgeons, ses bords s'affaissaient, les douleurs s'apaisaient,.... puis, tout à coup, sans cause appréciable, la peau circonvoisine se tuméfiait, devenait rouge, chaude, et bientôt un liseré gangreneux, d'une largeur variable, augmentait l'étendue de la surface ulcérée.

A son tour, la partie mortifiée se détergeait et prenait un aspect favorable; mais l'inflammation de la peau, suivie du sphacèle, ne tardait pas à recommencer, ainsi de suite; et une année après ma première consultation, la grande moitié de la face dorsale du pied était envahie et rongée. Depuis six semaines, j'avais remplacé l'iodure de potassium par les ferrugineux. L'état général était si mauvais que j'avais cru devoir supprimer les altérants, pour m'adresser aux toniques. A cette époque, l'amaigrissement avait fait de très grands progrès, et les douleurs étaient si violentes, qu'il fallait, chaque soir, de 10 à 15 centigrammes d'opium pour procurer un peu de sommeil. Inutile d'ajouter que les cataplasmes émollients, simples ou narcotiques, les pansements avec de la charpie imprégnée de teinture thébaïque et tous les moyens externes employés en pareil cas, étaient impuissants à soulager.

Il était évident qu'Annette Mettey était menacée d'une mort très prochaine. Je songeai à pratiquer l'amputation médio-tarsienne. Malgré toutes les objections qu'on pouvait m'adresser et que je ne me dissimulais nullement, je pris la résolution extrême de la faire. J'eus le bonheur de réussir au-delà de mes espérances. La jeune fille marcha bientôt sur son talon, pour ainsi dire sans boiter. Elle reprit toutes ses forces et toute sa fraîcheur. Pendant une année que j'eus encore occasion de la rencontrer, elle n'eut aucun retour syphilitique. Ce laps de temps est-il assez considérable pour faire cesser toute crainte?

Deux raisons principales m'avaient déterminé à opérer :

1° L'insuffisance bien constatée des spécifiques et le danger immédiat dont Annette était menacée.

2° La possibilité que la diathèse syphilitique fût guérie, et que le degré avancé de la désorganisation s'opposât seul à la réparation des tissus.

L'examen de la partie retranchée fit voir une dégénérescence lardacée, plastique, blanchâtre de toute la région envahie, y compris le métatarsien qu'un scalpel divisait sans effort, en quelque sorte comme un navet. A peine retrouvait-on dans l'os quelques vestiges de ses éléments constitutifs. Si j'avais plus de confiance dans la manière dont je me sers du microscope, je dirais que je crus reconnaître, avec cet instrument, le tissu fibro-plastique dans l'altération dont il s'agit.

Dr H. TUEFFERD fils.

Montbéliard, le 1er septembre 1856.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 20 Octobre 1856.—Présidence de M. Is. GEOFFROY ST-HILAIRE.

Fixateur de l'œil.

M. le docteur CASTORANI présente un nouvel instrument, fabriqué d'après ses indications par M. Lüer, et qui est destiné à faciliter les opérations qui se pratiquent sur les yeux, notamment pour la cataracte.



Cet instrument, auquel on donne le nom de *fixateur de l'œil*, sert à la fois à écarter les paupières et à fixer le globe oculaire sans le secours d'un aide. M. Desprez, chirurgien à Bicêtre, l'a expérimenté pour la première fois sur le vivant, et, dans les diverses opérations de cataracte qu'il a pratiquées par extraction, on a pu s'assurer que rien n'est plus aisé que d'atteindre le double but que l'auteur s'est proposé. En effet, les paupières sont maintenues à une distance convenable l'une de l'autre, et le globe de l'œil est immobilisé, sans subir pour cela la moindre compression.

Voici les différentes pièces dont se compose le fixateur de l'œil : *a* représente l'élévateur supporté par la tige mobile *h*, auquel s'adapte le bouton *e*; *b* est l'abaisseur qui surmonte la tige fixe *i*; *cc* sont les extrémités de deux branches *gg* d'une pince qui se réunissent au point *o*; *f* manche de l'instrument qui supporte toutes les pièces; *d* est un petit coulant soudé sur la tige mobile et qui glisse entre les deux branches de la pince et la tige immobile.

Dès qu'on imprime au bouton *e* un mouvement de propulsion de bas en haut, on fait monter la tige mobile et par conséquent aussi l'élévateur, qui pousse devant lui la paupière supérieure. En même temps le coulant qui est fixé sur la tige mobile est également dirigé de bas en haut, et, dans ce mouvement ascensionnel, il rapproche les branches de la pince et porte les mors en avant.

Il suffit donc de faire glisser le bouton dans la rainure qui lui est destiné pour faire monter l'élévateur et pour rapprocher les deux branches de la pince. Par ce mécanisme si simple, on écarte les paupières et on fixe le globe oculaire entre les mors de la pince.

Traitement des fractures de la jambe.

M. Jules PÉRIER, médecin-major de 1re classe à l'hôpital militaire du Roule, adresse à l'Académie un mémoire *sur le traitement des fractures de la jambe à l'aide d'appareils hémi-périphériques en plâtre, et de la suspension*.

Je crois devoir à la solution d'une question qui occupe encore les chirurgiens, et en même temps au zèle éclairé des médecins de Boulogne, dont j'ai partagé les travaux, alors que, dernièrement encore, je dirigeais le service de santé de l'armée du Nord, de signaler à l'Académie les résultats remarquables que nous avons retirés dans le traitement des fractures de la jambe d'appareils *hémi-périphériques* en plâtre rendus tout à fait favorables par la suspension.

Ces appareils, susceptibles de modifications suivant les cas, que cependant je n'ai pas eu besoin, dans dix applications, de modifier d'une manière importante, embrassent toute la partie postérieure de la jambe et ne dépassent que peu la moitié de la hauteur de ses faces latérales; ils se relèvent à partir des malléoles pour accompagner et soutenir la moitié de la face plantaire. Ils ont pour avantages particuliers :

1° Dans toutes ces fractures, d'être applicables dès le premier jour de l'accident, dès les premières heures, ainsi que nous l'avons pu faire; de permettre de fixer en quelques minutes, d'une façon très exacte et pour toute la durée du traitement, les rapports obtenus par la réduction de la

fracture, en laissant pendant cette opération et après le membre sous les yeux du chirurgien; de donner, par une contention toujours égale et uniformément répartie, tout ce que l'on peut demander à l'extension et à la contre-extension permanentes; de n'exercer aucune constriction, de ne pas entraver dans le membre les fonctions organiques, de lui conserver par là en grande partie sa richesse musculaire; enfin, et surtout de faire disparaître la douleur, de rendre impossibles les raccourcissements après l'application, de pouvoir être enlevés sans aucun effort, sans destruction même d'une de leurs parties;

2° Dans les fractures compliquées, de permettre sans mobilité, comme aussi sans déplacements, sans altération de l'appareil, l'emploi des irrigations, des applications topiques, des émissions sanguines locales, les débridements, les recherches d'esquilles, etc.; de conserver leurs avantages malgré le volume souvent énorme des pièces nécessaires au pansement des plaies graves.

3° Dans les fractures intra-articulaires, de donner des résultats on ne peut plus satisfaisants obtenus avec une extrême facilité; les mouvements partiels du pied qu'ils permettent dans une certaine mesure sont agréables aux malades, et combattent heureusement la disposition à l'ankylose plus particulière à ces fractures.

Mes applications les plus intéressantes ont été faites, les unes dans les salles civiles de l'hospice de Boulogne-sur-Mer, avec le concours de M. Cousin, chirurgien en chef de cet établissement, les autres dans les salles militaires ou dans la pratique civile de M. le docteur Perrochaud.

Je joins à cette lettre un résumé sommaire de ces observations, ainsi que des dessins explicatifs avec un modèle réduit.

La seule objection importante qui ait été faite à nos appareils, est qu'ils ne permettent pas de marcher; à quoi nous répondrons qu'il est beaucoup de fracturés qui sont dans l'impossibilité de profiter de ce bénéfice de la marche, que l'on a recherché pour eux-mêmes avec une sorte de passion; que c'est là la règle générale dans les premiers temps de l'accident, et dans les cas de fractures compliquées, conditions dans lesquelles notre appareil rend des services qu'aucun autre ne saurait égaler. De plus, nous n'acceptons pas l'abstention à laquelle on se condamne encore pendant les premiers temps des fractures faute de moyens de contention et de sustentation compatibles avec les accidents consécutifs, abstention que l'on veut justifier en disant que la formation du cal s'opère à une époque assez éloignée pour qu'il ne soit pas nécessaire de donner aux fragments dès les premiers temps des rapports définitifs.

Ainsi que tendent à l'établir nos consolidations, obtenues en un temps très court, avant même la cicatrisation des plaies des parties molles, nous croyons qu'il n'est pas d'heure, même au début du traitement, dont on puisse faire le sacrifice indifféremment; mais qu'il est possible de laisser passer d'une façon préjudiciable des journées pendant lesquelles la persistance de rapports vicieux exagère, par la douleur, l'importance des désordres consécutifs. L'absence de douleur, la possibilité de se mouvoir, de changer de lit sans peine ont rendu le séjour au lit très facile à nos malades.

Lorsque, après un certain nombre de jours, des vides se sont produits entre le membre et l'appareil, nous ne les avons comblés avec du plâtre nouveau que lorsque la sustentation est devenue par eux assez peu régulière pour éveiller les douleurs du talon, qu'ignorent nos malades; dans tous les autres cas, nous nous sommes contenté d'y engager de la ouate.

Les procédés de Diffembach sont ceux avec lesquels les nôtres ont le plus d'analogie. Cependant, dans le plus grand nombre des cas, ce chirurgien, en recouvrant de plâtre tout le membre, moins le point où existaient des plaies, donnait à ses appareils, avec des difficultés d'exécution, tous les inconvénients, toutes les incertitudes que l'on reproche aux appareils inamovibles, et encore ne les appliquait-il qu'après le dixième jour; et quand, dans un de ses procédés moins connus, il laissait libre une partie plus grande de la jambe, il avait besoin, quand il voulait dégager le membre, de la gouge et du maillet.

Nous pensons, malgré les points de ressemblance qui nous ont été signalés, par les différences que nous venons d'indiquer, par ce que nous avons fait pour les fractures intra-articulaires, pouvoir établir notre part d'inventeur de l'appareil qui fait l'objet de la communication que j'ai l'honneur d'adresser à l'Académie, appareil qui, après les épreuves les plus difficiles, a, je crois, mérité la faveur avec laquelle les médecins de Boulogne et nos camarades de l'armée du Nord l'ont accepté.

Voici le résumé des observations.

Fractures de la jambe compliquées.

Obs. I. (Salles civiles de Saint-Louis, à Boulogne, service de M. le docteur Cousin.) — Fracture comminutive des deux os, compliquée de plaie ulcéreuse communiquant avec le foyer de la fracture et d'issue des fragments.

C'est à l'occasion de cette fracture, alors au quatorzième jour, et que l'on ne pouvait maintenir réduite par les moyens ordinairement employés, que, dans une consultation qui avait pour objet de décider si les moyens de conservation du membre avaient ou non été épuisés, j'ai proposé l'appareil hémi-périphérique, qui, plus tard, pour d'autres cas, n'a demandé que de légères modifications : l'addition d'un coussinet pour protéger la jambe contre la pression du bord supérieur; l'élévation plus grande de la partie plantaire de l'appareil.

Dans ce cas grave, la consolidation était faite dès le trente-huitième jour; mais un érysipèle phlegmoneux suppuré, survenu à cette époque, a nécessité deux incisions profondes qui nous ont fait laisser le membre sur l'appareil jusqu'au quarante-neuvième jour.

Obs. II. (Même service.) — Ouvrier enseveli pendant quatre heures sous les décombres d'une maison. Fracture comminutive par écrasement de tout le tiers moyen des deux os; plaie faite par les esquilles; tumeur sanguine; érysipèle phlegmoneux de la jambe et de la cuisse, suite d'escarrhes et de fonte purulente. Cas on ne peut plus grave. Le soixante-treizième jour, le membre est enlevé de l'appareil; la consolidation est opérée; la longueur et la rectitude du membre sont aussi satisfaisantes que possible.

Fractures intra-articulaires.

Obs. III. (Même service.) — Ouvrier carrier, 54 ans. Fracture divisant la malléole interne; déchirure des ligaments antérieurs de l'articulation; fracture sus-malléolaire du péroné; déformation considérable du membre.

Après quarante-trois jours d'application de l'appareil, guérison sans ankylose, dans les conditions les plus normales.

Obs. IV. (Malade de M. le docteur Perrochaud.) — Dame anglaise; cas à peu près analogue au précédent; les déplacements sont cependant moins grands. L'appareil de Scultet avait été employé pendant les premiers jours et causait de vives douleurs, sans rien faire de favorable pour la contention. Guérison après trente-cinq jours d'application : très bon résultat.

Fractures de la jambe simples.

Obs. V. (Salles militaires de M. Perrochaud.) — Fracture très oblique; consolidation évidente le trente-deuxième jour.

Obs. VI. (Salles civiles de M. Cousin.) — Homme de 30 ans; même cas. Le membre est dégagé le trente-troisième jour après l'application. La consolidation est déjà faite.

Obs. VII. (Même service.) — Ouvrier de 68 ans, enseveli sous les débris d'une baraque au camp d'Equihem. Fracture transversale. Des accidents généraux assez graves signalent les premiers jours après l'accident. Cependant la jambe, placée sur l'appareil dès le second jour, n'occupe plus que fort peu et le malade et le médecin. Le trente-quatrième jour de l'application, le membre est dégagé, la consolidation est faite.

Fractures du péroné.

Obs. VIII. (Malade de mes salles.) — Fracture sus-malléolaire; tuméfaction considérable; très vive douleur.

Les médecins du camp, qui étudiaient l'effet de mes appareils, m'avaient demandé d'assister à une application. Pour ce motif, l'appareil n'a été fait, pour ce militaire (Perrin, du 8e de ligne), que le troisième jour de l'accident. Cet homme, qui, malgré des applications froides et des irrigations, n'avait pu encore reposer un seul instant, s'est endormi une demi-heure après l'application de l'appareil. Les douleurs n'ont pas reparu. Le vingt-troisième jour après l'application, le membre a été retiré de l'appareil, après quoi il n'a plus été soutenu que par une bande roulée.

Obs. IX. (Salles civiles de M. Cousin.) — Fille de 30 ans. Fracture sus-malléolaire, gonflement, ecchymose. Dès le vingtième jour, cette fille soulevait elle-même au-dessus de l'appareil la jambe, qui avait repris un volume normal. Le vingt-quatrième, on substitua à l'appareil une bande roulée.

Obs. X. (Hôpital du Val-de-Grâce, service du médecin en chef.) — L'appareil n'est resté que dix jours chez un malade atteint de fracture sus-malléolaire, et soumis, depuis une semaine, aux irrigations. L'appareil, construit avec du plâtre éventé, aurait eu, pour être conservé, besoin de réparations. Mais déjà l'état du malade était assez satisfaisant pour qu'après cette époque le membre ait été placé seulement sur un coussin en balle d'avoine posé sur la planchette de suspension.

Application de l'auscultation au diagnostic des affections de l'organe de l'ouïe.

M. Schnepf adresse, à l'occasion d'une communication récente de M. Gendrin, la lettre suivante :

Monsieur le Président,

Dans sa séance du 1er septembre 1856, l'Académie a entendu la lecture d'une lettre que M. Gendrin, médecin de la Pitié, lui a adressée le 30 août dernier. Cette communication épistolaire renferme le résumé d'explorations capables de faire reconnaître les lésions profondes des organes de l'ouïe; il s'agit de l'auscultation appliquée à la détermination des signes qui caractérisent les maladies de l'oreille interne. A cet effet, le savant médecin de la Pitié fait usage du stéthoscope, ou même il applique son oreille immédiatement sur celle du malade, il recueille ainsi, dans les conditions physiologiques et pathologiques, les bruits provenant de la propagation des vibrations sonores de la respiration, de la toux, de la voix et du soufflement labial. Après avoir décrit les phénomènes que l'oreille saine et l'oreille malade lui fournissent, depuis 10 ans qu'il appelle à son aide ce moyen d'investigation, M. Gendrin, qui a laissé croire jusque-là à une innovation, à une application *nouvelle* de l'acoustique à la détermination des maladies de l'oreille, dit formellement en terminant : « J'espère, Monsieur le Président, que l'Académie trouvera dans cette lettre un exposé suffisant, quoique succinct, des *nouveaux* signes que je *propose* pour les maladies internes de l'oreille. »

Les signes d'acoustique *proposés* par M. Gendrin ont certainement toute l'importance que ce savant médecin leur accorde; mais ils ne sont pas *nouveaux*, et on a tout lieu d'être étonné qu'ils n'aient pas soulevé de discussion, soit au sein même de l'Académie, soit dans la presse médicale. C'est ce silence couvrant une injustice scientifique, une inexactitude chronologique dans une branche de la médecine, qui nous a engagé à rechercher dans les recueils et les traités spéciaux les faits dont nous conservions de vagues souvenirs et que nous avons l'honneur d'exposer sommairement à l'Académie.

Nous croyons trouver les premières traces de l'application de l'auscultation au diagnostic des maladies de l'oreille dans une expérience de Valsalva, rappelée déjà par Schmalz (*Erfahrungen die Leipzig*, 1846); elle consistait (et elle est encore pratiquée aujourd'hui) à tenir fermés la bouche et le nez du malade qu'on engageait à faire des efforts d'inspiration et de respiration, en même temps le médecin appliquait son oreille sur celle qu'il voulait examiner, et, si la trompe était perméable, il devait entendre le choc de l'air contre le tympan; on entendait même, suivant l'auteur, des bruits provenant des mucosités accumulées dans la cavité tympanique; si, au contraire, on ne percevait pas de choc, c'était une preuve de l'obstruction de la trompe.

Quoique les médecins spécialistes étrangers que nous aurons à citer paraissent avoir été inspirés surtout par le souvenir de cette expérience de Valsalva, nous ne sommes pas moins heureux de rappeler que c'est à un Français, au fondateur de l'auscultation médiate, à l'immortel Laënnec, que nous sommes redevables de véritables recherches précises sur les lésions profondes de l'organe de l'ouïe au moyen de l'acoustique. Les quelques pages que Laënnec nous a laissées sur ce sujet ont pour titre : *Application de l'auscultation au diagnostic des maladies de la caisse du tympan, de la trompe d'Eustache et des sinus des fosses nasales.* (*Traité de l'auscult. méd.*, édit. du prof. Andral, t. III, p. 535.)

Dans ses recherches, Laënnec s'est servi de son stéthoscope ordinaire; il l'applique sur le conduit auditif externe, sur l'apophyse mastoïde, sur les bosses sourcilières, les os maxillaires supérieures ou la racine du nez; il recommande à la personne qu'il examine de boucher avec le doigt la narine du côté opposé et de souffler un peu fortement par celle qui reste libre; ainsi il perçoit non seulement le souffle que produit l'air en pénétrant dans les cellules mastoïdiennes, ou le timbre de la voix, chez des personnes en bonne santé, mais encore il signale la présence de mucosités dans la trompe d'Eustache, ou dans la caisse du tympan, ou dans les cellules de l'apophyse mastoïde, par l'existence *d'un gargouillement fort analogue*, dit-il, *au râle muqueux*. Ces faits paraissent être confirmés aujourd'hui par les recherches d'un certain nombre de médecins spécialistes, ainsi que par celles de M. Gendrin.

Ces tentatives de Laënnec n'eurent guère de retentissement en France, mais les médecins spécialistes des autres pays ne perdirent plus de vue la nouvelle voie ouverte au diagnostic des maladies internes de l'oreille. Nous ne pouvons, dans cette lettre, que signaler leurs travaux à l'attention de l'Académie. Ainsi, en Angleterre, Curtis imagine un stéthoscope particulier pour l'auscultation de l'oreille; il l'appelle céphaloscope (*The cephaloscope, and its use in the discrimination of the normal and obnorm sounds in the organ of hearing. London.* 1842.). Cet instrument ne diffère du stéthoscope qu'en ce qu'il se termine en un pavillon assez évasé pour embrasser toute l'oreille. Toynbu (*London med. Gaz.* 1849) fait construire, pour le même usage, son otoscope élastique et cylindrique, que son compatriote Harvey modifie peu de temps après (*London med. Gaz.* 1850), en évasant une des extrémités, comme l'avait fait Curtis pour son céphaloscope, et en arrondissant l'autre de manière à ce qu'elle puisse être reçue dans le pavillon de l'oreille du médecin. Kramer avait déjà employé un stéthoscope semblable et tous les deux sont connus sous le nom d'auriscope.

Après plusieurs essais, le professeur Richter s'est déclaré pour le stéthoscope ordinaire en bois avec peu d'évasement, seulement il pratique l'auscultation sur le pavillon de l'oreille renversé d'arrière en avant sur le conduit auditif externe (*in Schmidt's Jahrb.* B. 70, 1851). De cette manière, ce savant professeur prétend obtenir par l'auscultation des résultats qui le dispensent, dans bien des cas, de recourir au cathétérisme de la trompe. Cependant cette occlusion de l'orifice du conduit auditif externe est repoussée par le professeur Rau, de l'Université de Borne, qui aime mieux employer un stéthoscope dont l'extrémité infundibuliforme est obturée par une feuille métallique ou par une simple membrane. (*Lehrb. die Ohrenheilkunde*, Berlin, 1856.)

En France, les médecins spécialistes sont restés, à peu près, étrangers à ce mouvement de progrès dans le diagnostic des maladies de l'oreille, quoique Deleau ait cependant déjà recommandé (*Introduction à des recherches pratiques sur les maladies de l'oreille*, 1834), de pratiquer l'auscultation médiate pendant qu'on souffle de l'air dans la cavité du tympan. Ce n'est que dix ans plus tard que M. Ménière, médecin de l'Institution impériale des sourds-muets, a inséré dans le *Traité pratique d'auscultation* de MM. Barth et Roger (Paris, 1844, p. 530), une note qui prouve qu'il a constaté, comme Laënnec, l'existence des bruits de souffle, de gargouillement, de sifflement dans les maladies de l'oreille; mais il ne voit pas qu'on puisse percevoir, par l'auscultation, aucun bruit dans les conditions physiologiques de l'oreille. Nous devons éviter toute discussion, quant à présent, pour ne poursuivre que le but de cette lettre, qui est de communiquer à l'Académie une note historique sur l'auscultation appliquée aux maladies internes de l'oreille et nullement sur sa valeur pratique, en faveur de laquelle, d'ailleurs, plaident assez éloquemment les résultats obtenus par M. Gendrin, lesquels, sans être une nouveauté scientifique, comme nous venons de le démontrer, ajoutent cependant à l'importance des faits épars dans les annales de la science qu'ils nous semblent compléter sous plus d'un point.

J'ai l'honneur d'être, Monsieur le Président, etc. Dr B. Schnepf.

SOUSCRIPTION EN FAVEUR DES VEUVES ET ORPHELINS DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE D'ORIENT.

Souscription ouverte dans les bureaux de l'Union Médicale :

Cinquième liste : Docteur Becourt, 10 fr.; André, pharmacien principal de 1re classe, 40 fr.; docteur Robaglia, pharmacien aide-major de 1re classe, 10 fr.; Landrau, 10 fr.; Goffres, médecin principal, 40 fr.

Total.	110 fr. »
Listes précédentes.	1,390 fr. 50
Total de l'Union Médicale.	1,500 fr. 50

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Sous presse pour paraître du 1er au 15 Décembre 1856 :

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE POUR LA VILLE DE PARIS,

Fondé par **DOMANGE-HUBERT**, et continué par l'Administration de *L'UNION MÉDICALE*. — Vingt-huitième année. — 1857.

Les éditeurs de l'*Almanach général de médecine et de pharmacie* prient instamment les Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes de Paris et des arrondissemens de Saint-Denis et de Sceaux, dont les noms ne figurent pas dans la dernière édition, soit par erreur, soit parce qu'ils n'étaient pas encore établis dans le département de la Seine, d'envoyer le plus promptement possible, *franco*, à M. le Gérant de l'*Union Médicale*, faubourg Montmartre, 56, leurs NOM, PRÉNOMS, PROFESSION, DATE DE RÉCEPTION, DÉCORATIONS, TITRES OFFICIELS, HEURES DE CONSULTATIONS, et ADRESSE.

Les Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes de Paris et de la banlieue, qui auraient quelques renseignements ou réclamations à adresser aux éditeurs de l'*Almanach*, quelques rectifications à demander, sont invités à le faire dans le plus court délai possible, par la voie indiquée ci-dessus.

Grâce au concours de tous les intéressés, cette publication deviendra de plus en plus utile au corps médico-pharmaceutique du département de la Seine.

Tome X. — N° 133. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 4 Novembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. JURISPRUDENCE EN MATIÈRE PROFESSIONNELLE : De l'incapacité légale, pour le médecin, qui résulte de l'article 909 du Code Napoléon. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — III. STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS : Considérations sur la lettre du ministre de l'agriculture et du commerce à l'Académie de médecine. — IV. PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE : Du traitement de la périostite par l'incision. — Accouchement prématuré artificiel obtenu par la méthode de Cohex. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Les hivers à Nice.

JURISPRUDENCE EN MATIÈRE PROFESSIONNELLE.

DE L'INCAPACITÉ LÉGALE, POUR LE MÉDECIN, QUI RÉSULTE DE L'ARTICLE 909 DU CODE NAPOLÉON.

L'article 909 du Code Napoléon rend le médecin incapable de recevoir le legs d'un testateur qu'il a soigné dans sa dernière maladie, durant laquelle ce legs a été fait.

Les circonstances dans lesquelles l'application de ces dispositions est demandée n'étant pas très fréquentes, nous croyons devoir placer sous les yeux de nos lecteurs un arrêt récent de la Cour impériale de Toulouse, qui infirme un jugement rendu par le tribunal de première instance de Lavaur, et dont les motifs très développés font connaître les points principaux de cette cause très intéressante. Cet arrêt établit une doctrine complète et absolue sur l'interprétation de l'article 909 du Code Napoléon ; il indique avec une grande clarté les cas où le médecin est capable ou incapable de recevoir les libéralités de son client, et, sous tous ces points de vue, il mérite l'attention des hommes de l'art.

Nous aurons quelques observations à présenter sur la doctrine de la Cour impériale de Toulouse, dont l'arrêt a été soumis à la censure de la Cour de cassation. Nous ne pouvons aujourd'hui que reproduire les motifs de cet arrêt grave en faisant un appel pressant aux lumières de nos confrères sur une question d'un véritable intérêt professionnel. A. L.

Attendu que les héritiers légitimes de la dame Salguez demandent que l'institution universelle, contenue dans son testament du 11 mars 1854, ne produise aucun effet, sur le fondement que cette disposition, faite pendant la maladie dont elle est morte, est en faveur de Ségur, médecin, qui traitait la testatrice à cette époque. Que celui-ci se prévaut des témoignages de l'enquête, comme justifiant l'affection maternelle qu'il inspirait à la dame Salguez, pour soutenir que le legs doit prévaloir : la *suggestion présumée du médecin devant disparaître lorsque les sentiments certains et anciens de l'auteur de la libéralité* fournissent la preuve *que c'est l'ami qui a été gratifié*. Qu'il faut donc rechercher quelle est la nature de la présomption qui naît de la prohibition écrite dans l'art. 909 du Code Napoléon; que la présomption légale crée en faveur de celui qui l'invoque un droit qu'aucune preuve ne peut affaiblir; que dès lors, si du fait sur lequel elle est fondée résulte une conséquence que la loi est atteinte, en frappant de nullité les actes qui l'ont consacrée, l'incapacité est absolue et ne peut être modifiée par les circonstances qui s'y rattachent.

Attendu que l'art. 909 désigne par une disposition générale les médecins qui ont traité le testateur dans la maladie dont il est mort et dans le cours de laquelle a été faite la libéralité, qu'il leur inhibe d'en recueillir les avantages, que cette interdiction est écrite dans la forme la plus *irritante* (*sic* dans le texte que nous avons sous les yeux; c'est probablement une erreur du copiste; on doit lire sans doute : *itirimante*, qui empêche, qui annulle) qui soit usitée dans le langage juridique; qu'en déclarant qu'ils ne *pourront profiter* des dispositions faites en leur faveur, le législateur a exprimé par l'énergie des termes qu'il a employés le caractère radical de la prohibition. Qu'on se prévaut en vain de l'ancienne jurisprudence pour prétendre que comme elle l'art. 909 ne constitue qu'une présomption simple, et que la présomption légale ne frappe que le don fait par le mineur à son tuteur; qu'il suffit de signaler la différence qui existe entre les deux législations : que l'influence du tuteur est, il est vrai, de tous les instants, qu'agissant sans interruption par la direction morale de l'esprit de son pupille, il façonne en quelque sorte son intelligence, s'en rend maître et peut aisément la plier à sa volonté. Mais que l'empire du médecin n'offre pas moins de danger au moment où il s'exerce, que lorsque les abus de l'influence sont à craindre sur un malade que la souffrance et l'affaiblissement rendent accessible à la captation, les familles doivent être prémunies contre l'ascendant de celui dans lequel le mourant voit l'arbitre de sa destinée, qu'il est sage de le défendre lui-même contre le péril d'une cupidité tentée de veiller avec moins de soin à la conservation de la personne dont il est appelé à recueillir l'héritage, que la loi a fait la part de ces deux situations en annulant par l'art. 907 toutes les dispositions entre vifs ou testamentaires, faites en faveur du tuteur par le pupille pendant la minorité, ou après la majorité, avant la reddition du compte de tutelle, tandis que l'art. 909 ne frappe de nullité les libéralités en faveur des médecins que lorsqu'elles ont été faites pendant la dernière maladie par une personne soumise à leur traitement, mais que là se borne la différence; que l'annulation est également prononcée et en termes identiques dans les deux cas ; qu'il est puéril, en effet, de distinguer entre les art. 907 et 909, puisque le premier défend au mineur de tester ou de donner, et que le second interdit à l'homme de l'art de recevoir; que la nullité provient en effet de la nature des rapports qui existent entre l'auteur et l'objet de la libéralité, que pour l'un comme pour l'autre, elle est écrite en termes formels. Que dans l'ancien droit au contraire, une seule disposition légale atteignait ce genre de dons, l'art. 131 de l'ordonnance du ..... 1539; qu'elle ne s'appliquait qu'aux donations ou aux legs faits au tuteur ou aux autres personnes préposées à l'administration de la personne mineure ; que la jurisprudence a bien pu, par la plus logique des analogies, l'étendre au médecin, mais qu'il ne lui appartient pas de créer cette présomption, *juris et de jure*, qui sous les anciens principes aussi ne dérivait de la loi que pour les actes qu'elle annulait par un disposition expresse, que dès lors tout se réduisait à une simple présomption *juris*, contre laquelle les preuves étaient admises. Que la législation moderne en faisant disparaître cette différence, a soumis la règle qu'il posait à des tempéraments qui étaient dans la nature des choses; qu'ainsi, quand il s'agit du médecin, il aurait été d'une rigueur excessive d'empêcher le malade de témoigner sa reconnaissance par une libéralité en rapport avec les soins donnés et les services rendus ; que le sentiment le plus sacré de la famille aurait été violé, s'il avait dû refuser les secours de son art à celui qui était ami par les liens du sang, sous peine de se voir exclu de la succession. Que l'art. 909 a satisfait à ces besoins en exceptant de la prohibition les dispositions rémunératoires faites à titre particulier, et les dispositions universelles faites dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré; mais qu'en précisant ainsi les exceptions, les auteurs du Code ont manifesté leur volonté, qui est qu'en dehors du cercle qu'ils ont tracé, la prohibition soit générale. Que si l'empire de l'amitié est aussi légitime que celui de la reconnaissance et de la parenté, il est digne de remarque que l'homme qui pousse l'attachement au point de préférer un ami à ses proches, n'attend pas ordinairement l'heure de sa mort pour faire l'acte par lequel il attribue sa fortune à celui que la nature et la loi n'appellent pas à recueillir la succession; que cette disposition est valable, puisque l'art. 909 ne prohibe les libéralités en faveur du médecin que lorsqu'elles sont faites pendant la dernière maladie. Qu'à ce moment, l'affection du malade, pour lui donner une plus grande place, a son influence ; que lorsqu'elle peut devenir son principal moyen de séduction, il n'y a pas lieu de taxer d'*une excessive sévérité la loi qui frappe le don ou le legs comme le produit présumé de la captation;* que ces considérations expliquent la nullité prononcée par l'art. 909; qu'elle est absolue et crée une présomption légale, contre laquelle l'art. 1352 ne permet pas d'admettre aucune preuve. Que l'inflexibilité de cette règle doit faire écarter les faits constatés par l'enquête, qui, s'ils pouvaient être appréciés, conduiraient à une solution opposée; qu'il est justifié, en effet, que la dame Salguez avait la tendresse d'une mère pour Ségur, qui était le neveu de son mari, son filleul et celui de son père ; que son attachement avait augmenté à l'époque où, malgré les discussions d'intérêt qui avaient divisé la famille, il avait conservé des relations affectueuses avec son oncle et avec elle-même. Qu'elle s'occupait de lui, le comblant de ses attentions et de ses prévenances; qu'elle disait qu'elle l'aimait comme son fils, et qu'elle voulait le rendre riche; que lorsqu'elle avait déclaré à plusieurs témoins son intention de le faire son héritier, c'est à cause de l'inadmissibilité de toute preuve propre à ébranler la foi due à la présomption légale, que la Cour doit reconnaître inefficace l'institution universelle en faveur du docteur Ségur, s'il est prouvé qu'il a traité la dame Salguez pendant sa dernière maladie, dans le cours de laquelle cette disposition testamentaire a été faite.

Attendu, sur ce point, que, le dimanche soir, elle fut prise d'un frisson, que les docteurs Ségur et Salguez, neveux de son mari, après l'avoir

Feuilleton.

LES HIVERS A NICE (1).

Depuis l'opinion de Fodéré qui, dans son *Voyage aux Alpes maritimes*, a prétendu que l'air marin devait contenir, même à une certaine distance des côtes, du gaz acide chlorhydrique, résultant de l'action électro-chimique sur les sels de l'eau de la mer; depuis quelques expériences de Vogel, faites sur la Baltique, qui semblaient corroborer cette opinion, on s'est figuré que réellement le voisinage de la mer était nuisible, puisqu'on y respirait un gaz délétère. Il s'agissait donc de constater expérimentalement ce qu'il y avait de vrai dans ces assertions. M. Roubaudi, aux tables météorologiques duquel nous avons déjà fait des emprunts, a fait ces expériences, et a démontré de la manière la plus concluante que l'air pris à une centaine de pas sur mer, que celui de la plage, aussi bien que celui à différentes distances de la rive, ne renferme aucun élément particulier et étranger à sa composition habituelle.

Cependant les étrangers logés sur le bord de la mer se plaignent pour la plupart d'insomnies et d'une excitation nerveuse qui ne se calme que lorsqu'ils ont subi une espèce d'acclimatement. Ces faits sont vrais, je les ai souvent constatés et éprouvés personnellement. A quoi tiennent-ils ? Je ne saurais en rendre compte d'une manière satisfaisante. Le bruit de la mer, chez les personnes qui n'y sont pas habituées, suffirait-il pour produire ces effets ? Ou bien peut-on faire entrer en ligne de compte les molécules salines que les vents disséminent dans l'atmosphère du rivage, et qui, en s'attachant à la peau et en s'introduisant dans les voies respiratoires, produiraient cette excitation passagère. Les parcelles salines sont, en effet, constatables sur les branches d'arbres tournées vers la mer, et, de ce côté, les plantes n'ont d'ordinaire ni verdure ni feuillage; de même les métaux de construction du rivage présentent vers la mer un degré d'oxydation plus prononcé que du côté opposé. Ne serait-il pas possible alors que les natures impressionnables se ressentissent de l'influence de cette cause, ou bien quelques phénomènes ozonométriques y joueraient-ils un certain rôle ? Il n'existe malheureusement aucune expérience qui puisse autoriser à admettre ou à rejeter cette dernière supposition. Ce qu'il y a de certain seulement pour ce qui concerne l'électricité, c'est que la tension électrique sur la plage et ailleurs, ainsi qu'à différentes hauteurs de l'atmosphère, ne présente rien de particulier.

La question d'une altération spéciale de l'air de Nice étant ainsi vidée, et la nullité de cette assertion étant démontrée, un mot de sa sécheresse et des effets d'excitation qu'on lui attribue. La réputation de sécheresse du climat de Nice, quoique exagérée, surtout pour la saison d'hiver, est cependant méritée. Les expériences faites avec l'hygromètre de Saussure donnent pour la moyenne 57,0. Et ces expériences ne l'auraient pas démontré, que l'état ordinaire des substances hygrométriques telles que le sel de cuisine, le tabac à fumer, etc., auraient suffi pour prouver que la plupart du temps l'air est sec dans ce pays. Cette condition peut, sans contredit, avoir ses inconvénients, mais elle a aussi, dans des cas déterminés, d'incontestables avantages. L'important est de la connaître et de s'en servir à propos. J'en dirai autant de ces effets irritants de l'air de Nice, qui ne se traduisent réellement par de l'irritation que chez ceux auxquels ce climat ne convient pas, et qui ne sont au contraire qu'une stimulation utile pour les malades placés dans d'autres conditions. Ordinairement, cette stimulation se manifeste par l'accroissement général de l'énergie de toutes les fonctions chez les nouveaux venus, et, dans le nombre des phénomènes qui en résultent, on constate fréquemment l'éveil inaccoutumé de certaines facultés, que l'âge ou les excès avaient paru anéantir à jamais. Toutes ces conditions ne peuvent point constituer des avantages ni des inconvénients absolus, elles forment autant d'éléments qui composent l'ensemble de ce climat, devant avoir, comme tout agent de la thérapeutique et de l'hygiène, ses indications et ses contre-indications.

La question qui se présente tout d'abord, quand il s'agit du climat de Nice, est celle de la convenance de ce séjour pour les phthisiques. L'air de Nice convient-il aux poitrinaires, comme le soutiennent des partisans enthousiastes de ce pays, ou bien les malades atteints de phthisie pulmonaire y meurent-ils plus promptement et en plus grand nombre qu'ailleurs, comme le prétendent quelques détracteurs ? Ces deux opinions me paraissent également erronées. Je ne connais pas de phthisie pulmonaire confirmée qui ait été guérie par le séjour de Nice, et je n'ai pas entendu citer de cas de ce genre, d'une façon qui mérite quelque créance. Mais je n'ai pas vu non plus que les phthisiques s'y trouvent plus mal qu'ailleurs, et si, chaque année, on enregistre plusieurs décès des malades de cette catégorie, cela ne tient qu'à leur nombre relativement plus considérable et à ce que beaucoup d'entre eux, regardant Nice comme une suprême ressource, y arrivent dans un état tout à fait désespéré. Le seul avantage donc que je verrais dans ce climat pour les phthisiques, c'est qu'ils peuvent s'y trouver dans des conditions plus heureuses, par le fait de la douceur de la température qui leur permet de sortir presque tous les jours de l'hiver.

Mais, si je suis obligé de dire cette désolante vérité quand il est question de la phthisie confirmée, je dois me hâter d'en dire une plus consolante aux malades chez lesquels cette terrible maladie n'est encore qu'en état de menace. Pour ceux-ci, les conditions du climat me paraîtraient déjà excellentes *à priori*, quand même je n'aurais pas, pour en être encore plus convaincu, et mon expérience personnelle, et celle des confrères qui exercent depuis de longues années la médecine dans ce pays.

En résumé, le climat de Nice n'offre rien de spécifique, ni à l'égard de la phthisie pulmonaire, ni relativement à tout autre état morbide ; mais il présente plusieurs conditions dont la thérapeutique des maladies chroniques peut tirer un excellent parti.

En premier lieu, la moyenne de la pression barométrique prouve que la densité de l'air y est considérable. C'est un bain d'air comprimé naturel et permanent, condition, comme on sait, très heureuse pour favoriser les absorptions et les exhalations, pour modérer les mouvements respiratoires, aider l'hématose, et régulariser la circulation.

En second lieu, l'air de Nice est sec, et par cela même il augmente l'activité de l'évaporation insensible du poumon et de la peau ; il influe

(1) Voir le numéro du 29 octobre 1856.

fait mettre au lit, lui recommandèrent de se tenir chaudement et de prendre de la tisane ; qu'un point de côté s'étant fait sentir dans la nuit, Ségur la saigna le lendemain matin, que, vers midi, il pratiqua une seconde saignée, cette fois en présence et avec l'approbation de Salguez; que, le mardi, ils reconnurent la nécessité d'une nouvelle émission sanguine, qui fut encore opérée par Ségur; que, le mercredi, sur l'avis de Salgûez, adopté par Ségur, une application de sangsues eut lieu; que le jeudi les docteurs Lapenne et Rossignol furent appelés, qui proposèrent le kermès minéral, qui fut ordonné et dont l'emploi fut modifié dans la soirée par une addition de diacode que prescrivit Salguez; que les quatre médecins qui s'étaient réunis deux fois ce jour-là auprès de la malade, lui firent simultanément trois visites dans la journée du vendredi, où le tartre stibié fut substitué au kermès; que l'état de la dame Salguez empira dans la nuit, malgré l'application des vésicatoires et des sinapismes, qu'il était désespéré le samedi matin et qu'elle mourut dans la soirée.

Attendu que, malgré la présence de Lapenne et de Rossignol, l'esprit ne saurait admettre deux périodes assez différentes l'une de l'autre pour dire que le traitement de la première ne fût pas celui de la maladie dont est morte la dame Salguez et qui a été d'une aussi courte durée ; que lorsqu'il s'agit de déterminer si les soins donnés par Ségur et Salguez, depuis le dimanche soir jusqu'au jeudi matin, sont de nature à les faire considérer comme ayant traité la dame Salguez en qualité de médecins, il faut reconnaître que des remèdes simples prescrits au début d'une maladie n'ont point ce caractère ; que de même un homme de l'art n'encourt point l'incapacité prononcée par l'art. 909, lorsqu'en présence d'un péril imminent il a recours à une opération dont le retard pourrait compromettre la vie d'un malade subitement atteint d'un mal qui exige des secours urgents. Mais que telle n'était pas ici la situation ; que, dans la nuit du dimanche au lundi, le point de côté fit connaître la nature de la maladie ; que, soit qu'il faille l'appeler fluxion de poitrine, ou, comme Rossignol, une bronchite capillaire, elle fut caractérisée et commanda un traitement sérieux. Que celui qui fut employé est d'une véritable énergie, que trois saignées faites dans les premières heures, l'application des sangsues du mercredi, annoncent l'intention de faire avorter le mal, de le juguler, pour répéter l'expression de l'École, par la rapidité et la vigueur des coups qui lui étaient portés. Mais que l'on ne peut pas dire que ce fût là une médication simple, comme les prescriptions du dimanche, ou rendue nécessaire par l'urgence du péril, puisqu'à la porte de la malade étaient les médecins qui furent appelés, le jeudi, auprès d'elle. Qu'il faut reconnaître que c'était le traitement approprié à la maladie, appliqué par des médecins résolus, avec l'intelligence à laquelle leurs confrères se sont plu à rendre justice ; qu'en employant ces moyens, Ségur a exercé sa profession et traité la dame Salguez ; qu'il importe peu qu'il ait agi de concert avec son cousin, docteur en médecine comme lui ; que les circonstances de la cause prouvent qu'il était le médecin dirigeant ; que quoique Salguez ait, dans une certaine mesure, partagé sa responsabilité, la libéralité qui lui a été faite ne tombe pas moins sous l'application de l'art. 909.

Attendu d'ailleurs qu'il n'a pas cessé de traiter la dame Salguez jusqu'à sa mort; qu'il ne serait pas exact de considérer comme réduits au rôle de simples médecins consultants Lapenne et Rossignol appelés le jeudi; que ce furent deux médecins adjoints à ceux qui soignaient déjà la malade; qu'ils étaient tous dans une situation égale ; qu'ainsi que le dit Rossignol ils convenaient ensemble des heures auxquelles les visites devaient avoir lieu et qu'ils y assistaient tous; que chacun donnait son avis: que Ségur, qui avait déjà prouvé qu'il avait eu la direction les trois premiers jours, en présentant l'exposé de la maladie, proposa plus tard l'application d'un vésicatoire, puis une saignée, indiquant ainsi, tout en se soumettant à la majorité qui n'adoptait point son opinion, qu'il n'abandonnait pas aux autres le soin de la vie et de la santé de la dame Salguez. Que trois ordonnances ont été faites, l'une pour le kermès, une autre pour le diacode, la troisième pour le tartre stibié; que Rossignol s'est trompé quand il a cru que cette dernière avait été faite par Salguez qui n'a rédigé que celle du diacode ; qu'il est certain qu'aucune n'a été faite par Rossignol et Lapenne; que celle du tartre stibié a donc été écrite par Ségur; que s'il a été allégué qu'il a formulé celle du kermès d'après l'invitation de ses confrères sur du papier à cigarette, la rédaction de celle relative au tartre stibié est bien son œuvre ; qu'il est donc acquis qu'après avoir traité la dame Salguez avec son cousin dans les premiers jours, il a participé au traitement qui a été continué avec l'adjonction de Lapenne et Rossignol; qu'il n'est dès lors pas habile à recueillir le legs qu'elle lui a fait dans le cours de sa dernière maladie.

Par ces motifs, la Cour disant droit sur l'opposition, rétracte son précédent arrêt de défaut, statuant sur l'appel, infirme le jugement rendu le 8 septembre 1855 par le tribunal civil de Lavaur, déclare Auguste Ségur, médecin, incapable de recevoir le legs universel qui lui a été fait par la dame Salguez dans le testament du 11 mars 1854; ce faisant, le condamne au délaissement de la succession de la dame Salguez née Boyer, avec toute restitution de fruits et aux dépens, etc.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR [1] ;

Recueillies par M. Richard-Maisonneuve, interne du service.

Treizième Leçon.

Rachitisme du bassin. — Le rachitisme du bassin participe du rachitisme vertébral par le sacrum, et de celui des membres inférieurs par les os coxaux.

Les déformations du bassin qui dépendent du rachitisme, sont assez rares ou peu considérables dans la première enfance ; elles se manifestent surtout vers l'époque de la puberté, si l'influence du rachitisme se prolonge jusque là.

Même après la guérison de la maladie, le développement du bassin peut être entravé avec celui du membre inférieur par les causes que j'ai déjà indiquées. Les courbures du rachitisme vertébral, une claudication causée par un ancien rachitisme des membres inférieurs, peuvent aussi, avec l'âge, déformer le bassin ; mais alors ce n'est point par l'influence directe du rachitisme sur cette partie du squelette, ou cette influence n'y concourt que pour une faible part.

Enfin, le rachitisme peut être une prédisposition à l'ostéomalacie, et l'on sait que les plus grandes déformations du bassin sont produites par cette dernière affection.

Je distinguerai quatre espèces de déformations rachitiques du bassin :

1° Le rétrécissement antéro-postérieur direct ;
2° Le rétrécissement oblique ;
3° Le rétrécissement bi-antéro-latéral ;
4° Le rétrécissement transversal.

Pour comprendre comment se forment ces variétés de rétrécissements, on peut se représenter le bassin comme un cercle à plan presque vertical, qui serait comprimé dans trois points de sa circonférence, à peu près également distants. Ces trois points correspondent au rachis et aux cavités cotyloïdes.

I. Dans la première variété, la ceinture osseuse tend à se resserrer de haut en bas, ou dans le sens du diamètre *antéro-postérieur*, la pression du rachis étant diamétralement opposée à la résultante des pressions exercées sur les cavités cotyloïdes; les pubis se rapprochent du sacrum. Il ne se fait pas un allongement transversal équivalent, parce que l'arrêt de développement réduit en outre le bassin dans tous les sens. Si la pression est égale à droite et à gauche, si la moitié antéro-inférieure de la ceinture cède également, le bassin reste symétrique et sa circonférence prend la forme d'une ellipse transversale plus ou moins allongée, quelquefois réniforme ou en huit de chiffre, suivant le plus ou moins de saillie du sacrum, le plus ou moins d'enfoncement des pubis.

II. Dans la deuxième variété, la pression est inégale des deux côtés, l'arrêt de développement frappe surtout une de ses moitiés latérales. Vous en voyez un exemple sur ce bassin qui est rétréci du côté gauche. Cette variété des rétrécissements rachitiques du bassin est analogue au bassin *oblique ovalaire* de Nægele, vraisemblablement dû à d'autres causes que le rachitisme.

III. Dans la troisième variété, les pressions latérales sont assez égales, mais le ramollissement du squelette est inégalement réparti ; le corps du pubis résiste plus que les cotyles, qui, cédant à la pression des membres inférieurs, s'enfoncent plus ou moins dans l'intérieur du bassin. Il en résulte un rétrécissement bi-antéro-latéral qui constitue, à un léger degré, le bassin *cordiforme*, et à un degré plus marqué, le bassin *trilobé* ou en *feuilles de trèfle*.

IV. Enfin, dans la quatrième variété, le bassin se resserre directement d'un côté à l'autre. Ce rétrécissement peut tenir à l'habitude de coucher les enfants sur le côté ou à l'action musculaire. Assez rare ou peu prononcé dans le rachitisme pur, on l'attribue plutôt à l'ostéomalacie, quand il est très marqué. C'est sans doute à cette dernière affection qu'on doit rapporter cette forme de resserrement transversal que vous avez sous les yeux, et dans laquelle les pubis, inclinés en dedans, se prolongent en avant parallèlement l'un à l'autre, de manière à n'intercepter entre eux qu'un espace très étroit.

En général, il n'y a point de déformations rachitiques du bassin sans courbures des membres inférieurs ou de la colonne vertébrale; et elles sont des plus prononcées quand le rachitisme porte à la fois sur les membres et sur le rachis. Vous en voyez un exemple dans ce dessin d'un squelette de la collection de Clamart, frappé de rachitisme général à un haut degré. Le côté gauche du bassin est tellement déformé, qu'il ne reste que 2 millimètres d'intervalle entre la base du sacrum et la région cotyloïdienne gauche.

L'influence mécanique des courbures du rachis sur les déformations du bassin dans le rachitisme, et même hors les cas de rachitisme, appartient spécialement aux courbures des dernières vertèbres lombaires. Voici une série de dessins de courbures latérales du rachis, la plupart non rachitiques, dans lesquelles le bassin est peu ou point déformé, parce que les dernières lombaires ne sont point déviées. Vous voyez le contraire sur ces autres figures qui représentent des déviations de la région lombaire. Il y a rétrécissement oblique du détroit supérieur à gauche, si les dernières vertèbres s'inclinent à gauche ; à droite, si elles s'inclinent à droite.

Les effets du rachitisme pelvien se font sentir sur d'autres points que le détroit supérieur. Ainsi, la marge du bassin, l'excavation pelvienne, le détroit inférieur, participent plus ou moins à ces déformations. Habituellement, il existe dans le détroit inférieur un rétrécissement analogue à celui du détroit supérieur; quelquefois pourtant, malgré les déformations du détroit supérieur, l'inférieur est à peine altéré. On l'a même rencontré élargi dans certains sens, comme sur ce bassin de la fille Moselle, où le diamètre bi-sciatique mesure 13 centimètres, c'est-à-dire deux de plus que dans l'état normal. Büchner, dans sa dissertation *De Rachitide perfectâ et imperfectâ (Argentorati*, 1754), cite une jeune fille rachitique et qui était peut-être consécutivement atteinte d'ostéomalacie, chez laquelle les tubérosités sciatiques étaient si rapprochées, qu'on pouvait à peine introduire le doigt dans l'anus.

Je ne puis m'appesantir sur ces détails pour lesquels je vous renvoie aux traités spéciaux, notamment aux *Traités d'accouchements* de M. le professeur Moreau, de M. Cazeaux, aux livraisons

(1) Voir les numéros des 8, 17, 19, 26, 31 juillet, 9, 14, 26 août, 6, 13, 20, 23 septembre, 4, 9, 16, 23 et 25 octobre.

---

sur nos liquides en les condensant, en rendant le sang plus plastique, et stimule ainsi toutes nos fonctions. Si donc, dans certains cas, cette particularité du climat peut être cause d'une surexcitation, dans d'autres, et ils ne sont pas le moins nombreux,elle ne produit qu'un effet tonique très avantageux.

Enfin le climat de Nice se distingue par la fréquence des beaux jours, par une température agréable, par l'éclat du soleil ; et voilà autant d'heureuses conditions pour les valétudinaires, pour lesquels le ciel couvert de nuages, la gelée, la neige, le froid ou les brouillards sont non seulement une gêne et une cause de tristesse, mais des conditions fort nuisibles à leur état.

J'ai vu très souvent, à Nice, céder ou s'amender très promptement, sans autres secours que le climat, les toux rebelles, les catarrhes chroniques des vieillards, la dyspnée des asthmatiques, ainsi qu'un grand nombre de dérangements gastro-intestinaux tenant à une atonie générale. J'en dirai autant d'une foule des maux qui dépendent des diathèses lymphatiques ou chlorotiques, des cachexies strumeuses, syphilitiques, mercurielles, rhumatismales ou goutteuses. J'ai vu ce séjour très profitable aux gens débilités par excès des travaux intellectuels, à quelques femmes stériles par faiblesse locale ou générale ; à un grand nombre de jeunes sujets, chez lesquels la constitution s'annonçait mal et semblait prendre une mauvaise direction. Pour tous ces malades donc, le séjour de Nice peut et doit être conseillé, non seulement parce que les conditions du climat leur sont utiles, mais aussi parce que ces conditions sont telles, qu'elles permettent de continuer des traitements commencés et inachevés pendant la belle saison.

J'éloignerais par contre de ce climat, les malades sujets aux inflammations aiguës, aux congestions actives, chez lesquels la pléthore prédomine, les centres nerveux sont trop irritables, qui sont disposés aux hémorrhagies par le fait de l'hyperémie générale, etc.

Et voilà plus qu'il n'en faut, je crois, pour avoir une idée suffisante du climat de Nice, et pour juger dans quels cas pathologiques il doit être conseillé. Je ne dois pas négliger cependant de dire un mot des excellentes conditions morales dans lesquelles on s'y trouve en général; car n'est-ce pas aussi un point très important pour les malades? D'abord, la beauté du pays prédispose déjà l'esprit d'une manière très heureuse ; il faudrait avoir beaucoup de noir dans l'âme pour ne point s'épanouir à la vue de cette mer, de ce ciel, de ce soleil et de ces paysages ; pour ne point jouir de tous ces magnifiques buts de promenades que l'on peut atteindre avec tant de facilités, par mer, par terre, à âne, à cheval, en voiture, à pieds, et que l'on peut varier constamment. L'homme sociable y trouve d'ailleurs mille sujets de distractions : des cercles intimes, des réunions nombreuses, des bals, des concerts, des spectacles, de la musique en pleine rue, de la gaîté partout, et une bienveillante prévenance chez tout le monde. Depuis l'employé de la douane qui visite vos malles, jusqu'aux principaux magistrats de la ville, sans exception aucune, vous rencontrerez une politesse et une obligeance qui vous captivent et qui vous font faire des comparaisons, toutes à l'avantage de ce pays. Le savant et le littérateur trouveront à occuper utilement leurs loisirs ; d'anciennes ruines romaines, la multitude des plantes rares, la diversité de composition des roches voisines, offrent plus qu'il n'en faut pour intéresser l'archéologue, le botaniste, le minéralogiste; et un choix d'excellents livres, dans la bibliothèque publique et dans des cabinets littéraires, offre un suffisant aliment d'esprit pour les littérateurs de toutes les nations.

Quelques malades, en arrivant à Nice, éprouvent certains malaises qui tiennent au changement brusque des conditions hygiéniques ; on a des écarts de régime, très faciles à commettre, parce que, chez les nouveaux venus, l'appétit se trouve ordinairement plus éveillé que de coutume. L'insomnie, la constipation, la céphalalgie, et un sentiment de plénitude générale sont alors les symptômes qu'on accuse le plus souvent ; la diète, les bains généraux, et quelques purgatifs sont les moyens qui en triomphent le plus promptement. Souvent même ces moyens sont superflus, l'acclimatement se faisant, et tous ces malaises disparaissent d'eux-mêmes. Quant à la tournure générale de la thérapeutique, je crois qu'il faut y user peu de médicaments. S'il faut recourir aux toniques, il faut les donner avec modération, car, d'habitude, ils ne sont pas bien supportés ; les calmants à doses fractionnées produisent de bons effets ; l'iode et ses dérivés, l'huile de foie de morue sont largement employés et avec succès ; les évacuations sanguines trouvent peu d'occasions d'être mises en usage, en raison même de la composition de la société pathologique qui fréquente ce pays. Les ressources curatives, d'ailleurs, n'y font pas défaut ; le personnel médical est nombreux et varié ; toutes les nations y sont représentées, ainsi que toutes les méthodes ; le contre-stimulant italien, la polypharmacie allemande, les infiniments petits, les pilules bleues et le calamel, la médecine française, tout s'y trouve, et le malade n'a que l'embarras du choix. On y trouve un excellent établissement de bains chauds ordinaires, minérales et d'eau de mer, un établissement de bains d'air comprimé, et enfin l'établissement hydrothérapique que j'y ai créé depuis trois ans.

La vie animale, à Nice, est facile et pas plus dispendieuse qu'ailleurs. Les produits de tout genre abondent, soit qu'ils viennent dans le pays même, ou qu'ils y soient apportés de loin. La multiplicité d'hôtels dont quelques-uns parfaitement tenus, et le grand nombre de restaurants et de pensions particulières, répondent à toutes les exigences et à toutes les bourses. Le nombre infini de logements, d'appartements, des maisons meublées en ville et à la campagne, nombre dans lequel cependant le choix n'est pas indifférent comme nous l'avons déjà dit, assure une place commode et convenable à des individus isolés, aussi bien qu'à des familles les plus nombreuses.

Aux confrères désirant plus de détails que nous n'en avons pu donner ici sur le climat de ce pays, nous indiquons une fois encore l'excellent ouvrage de M. Louis Roubandi, fruit d'un travail consciencieux et d'une observation ininterrompue pendant douze années.

Dr Lubanski.

M. le docteur Mélier a été nommé membre honoraire de la Société impériale de médecine de Constantinople.

— M. le docteur Lemoine père, ancien chirurgien de la marine impériale et professeur à l'École de Cherbourg, vient de mourir à Saint-Brieuc, à l'âge de 78 ans.

déjà publiées de l'ouvrage entrepris par mon collègue M. Lenoir, à la *Description du musée Dupuytren* que publie en ce moment M. Houël.

Je vous signalerai seulement les conséquences fâcheuses de ces rétrécissements rachitiques du bassin dans l'acte de l'accouchement. Ces déformations sont quelquefois si considérables, qu'elles s'opposent au passage de l'enfant, et la femme ne peut être délivrée qu'à l'aide d'opérations toujours graves. La fille Moselle, dont vous voyez le bassin, avait subi l'opération césarienne. Ce bassin, assez irrégulier et petit dans tous les sens, est resserré d'avant en arrière, au point que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur n'a que 47 millimètres. La fille Bourée, morte à 59 ans à la Salpêtrière, et dont voyez le squelette, n'avait pu être délivrée dans deux grossesses que par le broiement de la tête de l'enfant. Le détroit supérieur n'a que 6 centimètres, au lieu de 11, dans son diamètre antéro-postérieur. La symphyséotomie a été pratiquée sur cet autre bassin, qui est réduit dans tous les sens, et dont le diamètre sacro-pubien n'a que 7 centimètres.

Rachitisme des membres. — Le rachitisme des membres est sans contredit le plus constant; celui du thorax peut seul lui être comparé sous ce rapport. Mais les différentes sections des membres ne sont affectées ni avec la même fréquence, ni à la même époque de la maladie, ni au même degré.

Glisson (1) avait déjà établi que les parties le plus fréquemment et le plus fortement atteintes étaient les os de la jambe; puis venaient les os de l'avant-bras, et en dernier lieu le fémur et l'humérus.

Depuis Glisson, divers auteurs ont modifié cet ordre de fréquence.

Il faut distinguer, à cet égard, les trois altérations rachitiques principales des os des membres, savoir : 1° l'accumulation des couches chondroïde et ostéoïde; 2° les nœuds des extrémités articulaires; 3° les courbures des diaphyses ramollies.

D'après les observations de M. Broca, l'accumulation des couches chondroïde et spongoïde se fait simultanément dans les membres supérieurs et inférieurs, mais en des points différents, qui correspondent aux points où chaque os présente le développement le plus actif; ainsi, à l'extrémité inférieure du fémur, du péroné, du radius et du cubitus, à l'extrémité supérieure de l'humérus. Les extrémités opposées des mêmes os s'affectent un peu plus tard. M. Broca a aussi constaté que c'est dans le voisinage des extrémités atteintes les premières que les diaphyses perdent d'abord leur consistance; elles s'altèrent plus tardivement dans le sens opposé. Enfin, c'est à une époque encore plus avancée que ces couches chondroïde et ostéoïde s'accumulent à l'extrémité des métatarsiens, des métacarpiens et des phalanges.

Le renflement des extrémités articulaires, qui constitue la *noueure*, se manifeste d'abord aux poignets et aux malléoles; il s'étend ensuite aux genoux et même aux coudes.

La courbure des diaphyses est plus fréquente, comme l'avait déjà dit Glisson, aux membres inférieurs, où elle précède, en général, celle des membres supérieurs. Mais elle se voit à peu près aussi souvent au fémur qu'à la jambe; seulement celle-ci subit ordinairement de plus grandes déformations. L'avant-bras se courbe avant l'humérus, et bien plus souvent que lui; l'omoplate se déforme peu et rarement; mais la clavicule s'infléchit peut-être plus fréquemment que l'avant-bras.

Ce peu de mots vous permettra de juger de la valeur réelle d'une prétendue *loi*, d'après laquelle « les déformations rachitiques procéderaient successivement *de bas en haut* », depuis les os de la jambe jusqu'aux membres supérieurs, au rachis et au crâne. Vous savez déjà que la déformation du thorax, *le chapelet rachitique*, accompagne *toujours* et précède *souvent* toute courbure des membres. Depuis que je vous ai signalé ce fait, j'ai été heureux d'apprendre, en lisant la thèse de M. Beylard, que M. Trousseau considère, ainsi que moi, la déformation des côtes comme un symptôme *constant*, comme un signe *pathognomonique* du rachitisme; que l'éminent professeur attribue, comme moi, l'absence de ce signe, dans certains cas de rachitisme ancien, à ce qu'il a *disparu* dans la période de *réossification*.

Cette exception à *la loi de bas en haut* n'est pas la seule; le crâne se déforme avant le rachis, celui-ci avant le bassin, la clavicule avant l'humérus.

Il ne reste donc de cette prétendue loi que ce que Glisson avait déjà reconnu, savoir, que les membres inférieurs se courbent avant les supérieurs et, dans les uns et les autres, le segment inférieur, la jambe, l'avant-bras, avant le segment supérieur, le bras, la cuisse; encore faut-il probablement faire une réserve pour le fémur.

Je n'insisterai pas davantage sur une erreur dont il me serait facile de montrer les causes; il sera plus utile de jeter un coup d'œil sur les conditions qui déterminent les points sur lesquels le rachitisme porte son action.

Deux circonstances semblent décider, en général, du lieu où le mal sévit avec le plus d'intensité; ce sont : 1° l'état de l'ossification au moment du début de la maladie; 2° l'intensité d'action des forces extérieures susceptibles de modifier la conformation des os.

Au premier point de vue, on peut dire, en donnant un peu plus d'extension à la loi de M. Broca, que, toutes choses égales d'ailleurs, le rachitisme affecte principalement, à son début et pendant sa durée, les régions qui offrent la plus grande activité de développement aux époques correspondantes de l'état physiologique, tandis que les os dont le plus grand développement est antérieur ou postérieur à l'invasion de la maladie, en ressentent moins les effets. Je citerai comme exemples les vertèbres, ossifiées de si bonne heure dans leur partie centrale, et, d'un autre côté, le bassin qui s'accroît si lentement dans le jeune âge, les os du carpe et du tarse, dont l'ossification est si tardive, et que le rachitisme atteint à peine.

Au second point de vue, il est évident qu'à égale diminution de résistance, les parties les plus altérées par le rachitisme sont celles que les puissances extérieures tendent le plus à déformer. Voilà pourquoi le thorax, les membres abdominaux, siége tout à la fois d'un développement actif et d'efforts mécaniques puissants, sont les parties les plus maltraitées par la maladie. Le crâne se trouve dans les mêmes conditions.

Il résulte de ces influences, jointes aux causes spéciales de la maladie, plusieurs associations ou combinaisons de déformations osseuses qu'on rencontre le plus communément et qui sont autant de formes symptomatiques du rachitisme. Il est aussi des combinaisons exceptionnelles, dans lesquelles on voit apparaître certaines déformations habituellement tardives, sans qu'elles soient accompagnées de la plupart de celles qui les précèdent dans l'évolution la plus ordinaire de la maladie.

Il ressort de tout ceci que l'âge doit influer sur le siége spécial des déformations osseuses. Sur 164 enfants rachitiques dont j'ai fait autrefois le relevé, 3 seulement présentaient des courbures de l'humérus. Mais sur ce nombre, il ne se trouvait que 6 enfants au-dessous de 2 ans. Il n'est pas douteux qu'il se fût trouvé plus de courbures du bras, si les enfants avaient été plus jeunes. La marche a une influence réelle sur le développement des courbures rachitiques aux membres inférieurs; mais il ne faut pas exagérer cette influence, et je ne sais si l'on peut dire avec M. Rufz (1), qu'avant la marche la déformation porte plus souvent sur les membres supérieurs que sur les inférieurs. Les exemples rassemblés, au nombre de vingt, par cet excellent observateur ne me paraissent pas assez nombreux pour renverser l'ordre établi par Glisson. Même dans le rachitisme congénial, il peut arriver que les membres inférieurs soient les seuls déformés. Ce fœtus de huit mois vous présente des courbures très prononcées aux membres abdominaux, et une rectitude presque complète des membres thoraciques. Les cas de rachitismes congénital éburné, que vous avez vus dans la précédente séance, et le sujet dessiné de Chaussier, offraient des déformations aussi étendues aux membres inférieurs qu'aux supérieurs.

(Prochainement la suite de la 13e leçon.)

(1) *Loc. cit.*, cap. 21, p. 270.

STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

CONSIDÉRATIONS SUR LA LETTRE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

§ I. Importance de l'enregistrement. — Variations et aggravation de la mortalité.

C'est avec satisfaction que nous voyons le ministre de l'agriculture, suivant le vœu du congrès international de statistique qu'il a présidé, se préoccuper sérieusement de l'exécution de l'enregistrement des causes de décès, et demander sur ce sujet des avis à l'Académie de médecine.

Nous voyons par la lettre de M. le ministre à l'Académie, que quelques difficultés d'exécution ont entravé, dans certaines localités, un premier essai qui avait été tenté par l'administration avant la réunion du Congrès statistique de Paris.

Comme nous avons suivi ces questions avec beaucoup d'attention, que nous avons fait partie du congrès et de la commission qui a étudié la statistique des décès et dressé la liste polyglotte des causes de mort; que d'autre part nous ne sommes pas étranger aux difficultés de la pratique, puisque depuis trois ans nous sommes chargé à Montmorency et dans plusieurs communes voisines de délivrer les bulletins de décès, nous nous proposons de discuter et, nous l'espérons, de résoudre les difficultés indiquées.

Nous avons, dans ce journal, rendu compte des travaux du congrès, nous avons à cœur d'en défendre le vœu le plus fécond.

La première question qui se présente est celle-ci :

Peut-il être utile en thèse générale, et en particulier dans l'état actuel de la science, de connaître les nombres relatifs des causes de décès et leur distribution géographique?

Il semblerait sans doute singulier aux savants de s'informer s'il est avantageux d'acquérir une connaissance. Aussi n'est-ce pas la question générale que nous voulons examiner, mais nous voulons prouver que, *dans l'état actuel de la science* et de la civilisation, c'est non seulement une chose utile mais encore un besoin impérieux que de connaître les rapports de grandeurs et les affinités géographiques, climatériques, de certaines affections morbides.

Des problèmes considérables restent pendants parcequ'il est impossible de les résoudre sans la statistique nosologique : tels sont ceux de l'antagonisme des maladies, des influences professionnelles, climatériques, géographiques, géologiques; connaissances si importantes en hygiène et si imparfaites, tant que de vaines et mensongères intuitions remplaceront les données positives de l'observation accumulée. On a dit qu'il y avait répulsion entre le miasme paludéen et les affections strumeuses et tuberculeuses; quel autre moyen de le démontrer que de rechercher si, dans nos contrées marécageuses, il y a autant ou plus ou moins de phthisiques qu'ailleurs?

On prétendait que l'atmosphère marine était peu favorable au développement de la phthisie : voici un jeune savant qui vient de nous prouver *par l'examen des causes de décès* que c'est un préjugé, et que les marins sont en grand nombre moissonnés par les tubercules. On lui a reproché d'avoir étendu ses conclusions au-delà des limites de sa démonstration. Mais s'il a succombé quelque peu à cette faiblesse paternelle, c'est parce qu'il a en vain cherché les documents qui lui étaient nécessaires pour compléter son œuvre. Qu'on lui fournisse les causes des décès sur nos rivages maritimes, et son remarquable travail, si justement récompensé par l'Académie de médecine, va gagner en vigueur comme en étendue.

Des statisticiens bien connus, le docteur Villermé, le docteur Boudin et M. A. Guillard, ont attiré l'attention sur l'influence favorable des terrains crétacés.

Ainsi un bon nombre de nos départements les plus favorisés sous le rapport de la vitalité, reposent sur un sol jurassique; tels sont l'*Orne*, le *Calvados*, la *Sarthe*, la *Charente*, l'*Aube*, etc. Voilà sans doute une vue rationelle; mais le vrai moyen d'analyser les influences géologiques, n'est-il pas de ranger les décès par causes et par âges, suivant la carte géologique de France?

Les astronomes viennent d'obtenir la création d'observatoires disséminés sur les différents points du territoire, afin de déterminer partout les modifications météorologiques, atmosphériques, etc.

Quelle précieuse occasion offerte aux sciences médicales pour étudier parallèlement les rapports qui peuvent exister entre ces modifications rigoureusement déterminées et la santé publique, pour apprécier les influences de l'ozone, de l'iode, de l'électricité, du magnétisme, etc.?

Au lieu des connaissances précises que nous acquerrons par la statistique des causes de décès, quel est notre avoir aujourd'hui? Que l'on demande à un médecin quelles sont en France les localités les moins ravagées par la phthisie, si des différences notables existent à ce sujet, si les rivages sont favorables ou défavorables, si, etc., il n'en est pas un qui puisse répondre avec connaissance de cause. Ainsi, voilà une maladie qui moissonne environ le dixième de l'espèce humaine, qui s'abat de préférence sur l'âge le plus précieux, la jeunesse adulte, qui cause, dit-on, la moitié des décès de 15 à 30 ans (1), qui se transmet par l'hérédité, et qui souvent finit, après avoir désolé et ruiné les familles, par les éteindre entièrement; voilà, dis-je, une maladie terrible dont nous ne savons aucune des conditions d'existence. Nous ne disons que par préjugé quels sont les lieux, les natures de sol, les expositions, les climats qui la combattent ou qui la favorisent; nous ne pouvons donner un conseil *valable* à une famille qui, tremblante sous la menace de l'hérédité, veut fuir et porter sa résidence dans les contrées où elle a le plus d'espoir d'échapper à l'implacable fléau qui la poursuit! Et pourtant, quelle affection se prête mieux que la phthisie aux enquêtes statistiques? espèce une et bien déterminée, d'un diagnostic facile (il ne s'agit ici que du diagnostic de la cause du décès); de sorte que l'on peut dire que nulle étude n'est à la fois plus importante et plus facile que celle qui consiste à étudier la distribution de cette maladie dans un grand pays comme la France, et, par suite, à reconnaître les milieux qui paraissent les plus favorables ou les moins propices à son développement.

On se méprendrait beaucoup si l'on croyait que les causes de décès sont à peu près uniformément distribuées. Le peu de connaissances que nous ayons à cet égard nous permet d'affirmer que des différences considérables se remarquent à ce sujet, même pour des maladies qui de prime-abord eussent paru devoir être indépendantes des lieux. Ainsi, M. Broca nous apprend, dans son remarquable ouvrage sur les anévrismes, que cette affection organique est très inégalement répartie; qu'à peu près inconnue dans l'Inde, elle est commune en Angleterre et assez rare en France. On en a conclu, un peu vite peut-être, qu'elle est due aux excès alcooliques. On sera à même d'apprécier la valeur de cette induction quand on aura des relevés numériques moins insignifiants et d'un plus grand nombre de pays.

C'est surtout à l'étiologie, et par suite à l'hygiène publique, que la connaissance de la distribution géographique des causes de décès fournira de puissants secours. Pouvoir chaque année comparer successivement la distribution des causes de décès avec les modifications physiques et chimiques, fixes ou variables, du sous-sol, du sol et de sa végétation, des eaux, de l'air et du ciel; pouvoir la comparer avec les quantités de ces fluides impondérables dont nous subissons l'action sans en avoir la conscience, mais dont nos chimistes, nos physiciens, nos astronomes, savent mesurer la quantité et les qualités : et, après avoir épuisé, s'il se peut, l'étude de ces rapports des phénomènes naturels avec nos maladies, pouvoir comparer cette même distribution nosologique avec les âges, les professions, les habitations, enfin avec toutes les influences artificielles dont les hommes s'entourent, certes voilà tout un nouveau monde à livrer à l'étude, et dont il est impossible de mesurer l'étendue et les richesses. Qui donc oserait avoir *à priori* une idée des résultats promis à un mode d'exploration aussi immense, aussi nouveau?

Il n'en faut pas davantage, je pense, pour fixer le jugement sur l'immense intérêt scientifique qui s'attache à la création de la statistique des décès. J'entends plus d'un lecteur impatient m'interrompre pour objecter que ce n'est pas l'utilité qui en est contestée, mais la possibilité.

Oh! nous savons bien que c'est la question pratique qui préoccupe le plus les médecins, et nous espérons la résoudre dans toute sa teneur et à la satisfaction de tous; mais nous croyons qu'il est dans l'ordre des idées de montrer d'abord l'importance, *la pressante nécessité qui nous est faite* de recueillir nos causes de décès; car si je pouvais persuader, comme je suis convaincu, que c'est un devoir impérieux pour notre époque, j'aurais avancé beaucoup la question d'application : ce que l'on désire avec ardeur s'exécute plus aisément.

J'ai donc examiné d'abord l'intérêt scientifique de l'enregistrement des causes de décès. Mais il est un intérêt social bien autrement important.

Si j'avais le pouvoir d'imprimer dans l'âme du lecteur, dont les yeux ne font que glisser sur ces lignes, la conviction et l'effroi qui saisissent la pensée quand elle creuse ces questions, je n'aurais pas beaucoup à dire pour faire trouver possible une mesure qu'on aurait senti être un devoir impérieux.

Rappelons d'abord que, sous le rapport de la mortalité, des différences considérables séparent les diverses parties de la France : ainsi tandis que les départements de l'Orne, du Calvados, de l'Eure, de Lot-et-Garonne, ont une vie moyenne de 48 à 50 ans, les départements de Haut et Bas-Rhin, des Pyrénées-Orientales, du Finistère, de la Haute-Vienne, n'ont que 26 à 27 ans de vie moyenne (Guillard, *Démographie*).

(1) *Gaz. méd.*, 1834.

(1) *Registrar-gen.*, 1853, et *Ann. d'hy.*, t. 50.

Un ancien préfet de l'Ain, Bossi (1), nous apprend qu'en divisant son département en quatre régions, on trouve les résultats suivants :

Montagnes,	1 décès sur 38.3
Rivage,	1 décès sur 26.6
Plaine emblavée,	1 décès sur 24.6
Marais,	1 décès sur 20.8

Et que l'on ne croie pas que cette grande inégalité de la mortalité tienne seulement à l'enfance.

Bien que plus considérables aux premiers âges, ces différences se remarquent encore aux âges suivants, ainsi que nous le prouve le précieux travail de M. X. Heuschling, secrétaire de la commission statistique belge (2).

Ainsi, tandis qu'il y a des départements, tels que Vaucluse, Alpes (Hautes et Basses-), Loir-et-Cher, Eure, Eure-et-Loir, qui, dès la première année, perdent 20 à 29 p. 100 de leurs nouveau-nés viables, il en est d'autres qui n'en perdent que 10 à 12 p. 100; tels sont les départements des Hautes et Basses-Pyrénées, du Calvados, de la Manche, de la Vienne.

De même, sur 1,000 jeunes gens de 20 ans, il y a des départements qui, en dix ans, perdent à peine 1/10e, de sorte que 1,000 adultes de 20 ans fournissent 904 à 900 hommes de 30 (Cantal, Charente, Calvados, Gers, Lot-et-Garonne); d'autres, au contraire, épuisent leur population majeure par une mortalité de 2/10es, tels que le Var, le Rhône, la Corse, chez lesquels les 1,000 majeurs ne donnent plus que 790 à 830 hommes de 30 ans.

Ainsi, dans cette France dont l'unité nous paraît si acquise et nous est si chère, voilà des départements qui, à tous les âges, présentent une mortalité si différente, qu'ici elle est le double de là.

Pourquoi donc les nouveau-nés sont-ils moissonnés chez les uns par une mortalité de 20 à 25 pour 100 naissances, mortalité qui rappelle les hécatombes du siècle passé?

Comment..., pourquoi?

Dans l'état actuel de la science, nul ne le sait.

Et pourquoi, dans d'autres localités, l'enfance est-elle si épargnée, que 1/10e seulement des nouveau-nés succombent, tandis qu'en France, la perte moyenne de la première année est de 1/6e des naissances vivantes?

Même silence de la science!

Et aux âges de majorité, à ces âges de force, de vigueur et de production, pourquoi et comment tant d'inégalités encore! Quoi! tandis que les uns sont soumis à une mortalité de 1 p. 100, les autres sont moissonnés par une mortalité double?

Quand il meurt un travailleur dans Lot-et-Garonne ou dans le Calvados, il en meurt deux en Corse et dans le Var; et les sciences médicales ne savent relier ces étonnantes différences à aucune cause?

Que dis-je? à peine si elles les connaissent!

Comment! il est avéré par les travaux de Benoiston et de M. Boudin, par les aveux du *Moniteur*, que la mortalité de l'armée (je parle seulement de l'armée intérieure) s'élève à plus de 2 p. 100 (3), tandis que la mortalité *civile* des mêmes âges oscille en France entre 9 et 11 p. 1,000 (4).

L'élite physique de notre jeunesse est soumise à une mortalité double, par le fait même de l'encasernement! Et c'est là tout ce que nous en savons!!

Comment, en effet, étudier ces profondes différences que présente la mortalité dans tel ou tel département, dans l'armée et dans le civil? Comment, si nous ne savons pas quelles sont les affections qui moissonnent par ici, qui glanent par là?

Soumettre le problème à l'examen scientifique, le peut-on, quand on manque des documents les plus indispensables?

Que faut-il donc faire devant ces pressantes questions? S'abstenir en face de solutions indéterminées. C'est, il est vrai, une conduite fort prudente, mais elle n'est pas dans l'allure de l'esprit humain; il veut savoir, et quand il ne peut, il suppose. Aussi les suppositions n'ont pas manqué, au moins en ce qui concerne l'armée.

M. Desjobert accuse la nourriture insuffisante;

Le docteur Boudin, la ventilation imparfaite;

D'autres ont accusé la thérapeutique de Broussais : mais le broussaisisme a passé et la mortalité est restée;

Les catholiques s'en sont pris au relâchement de la foi et des mœurs;

Les libéraux aux rigueurs de la discipline et à la nosta'gie.

Ce sont là des hypothèses fort respectables; mais ce sont de pures hypothèses. Il y en a une autre plus hardie, et dont l'honneur revient à M. Carnot : La vaccine, en s'opposant de vive force à la variole (considérée comme un précieux dépuratif) altère la constitution et la prédispose plus fortement aux affections gastro-intestinales!

Ainsi dévie l'esprit humain quand il manque d'observations.

Cependant, comme il paraît que l'État a besoin de soldats, et qu'il ne peut prendre en sérieuse considération ces successions d'hypothèses, il attend que les savants soient d'accord; et il continue son système. Chaque année, 80,000 jeunes hommes, choisis entre les meilleurs, endossent avec la capote des soldats une mortalité double. Restés civils, ils eussent fourni annuellement 800 décès; soldats et sans quitter le sol français, la part de la mort s'élève à 1,600; et s'ils sont 500,000 hommes, au lieu 5,000 décès, le fatal tribut s'élève à 10,000. Voilà donc une erreur qui coûte annuellement à la société 5,000 jeunes gens!

C'est le tribut du Minotaure!

Eh bien, que l'administration nous livre les documents statistiques du civil et de l'armée, les mortuaires, les causes des décès avec distinction des âges, des professions, ce sera le peloton de fil avec lequel l'hercule moderne, la science, parcourra d'un pied sûr le labyrinthe, et parviendra sans doute à vaincre le monstre qui nous dévore annuellement 5,000 hommes de choix.

Si donc, médecins, nous croyons qu'il nous incombe d'étudier ces questions, de la solution desquelles dépendent d'aussi chers intérêts; s'il est de notre devoir de le faire, il est aussi de notre devoir de solliciter vivement que les éléments de ces études nous soient livrés.

Est-il nécessaire de prouver que les documents les plus instamment attendus sont la connaissance des âges et des causes de décès? Peut-on seulement, sans ces éléments, commencer cette étude?

Voilà, ce semble, des motifs qui parlent haut au nom de la science et au nom de l'humanité.

Eh bien, un plus puissant peut-être se lève encore en faveur de l'enregistrement des causes de décès.

Nous avons démontré dans plusieurs écrits, mais particulièrement et avec la dernière rigueur, dans un mémoire étendu (1), que depuis le siècle passé, la mortalité générale, bien loin d'avoir augmenté ainsi qu'on l'avait dit, s'était au contraire atténuée à tous les âges.

Or, depuis, nous nous sommes livré aux mêmes études sur la marche de la mortalité dans le demi-siècle qui vient de s'écouler. Des résultats inattendus nous ont vivement frappé.

En comparant les deux seules mortuaires générales que la France possède et qu'elle doit à l'initiative de laborieux particuliers, celle de Demonferrand pour la période 1817-31 et celle de X. Heuschling pour la période 1840-49; en comparant, dis-je, ces deux mortuaires par toutes les méthodes qu'indique la science, en soumettant le travail à toutes les vérifications possibles, on arrive constamment à ce résultat; *que la mortalité des virils s'est considérablement accrue d'une époque à l'autre!*

La mortalité qui pèse sur nos jeunes hommes aux âges de 15 à 45 ans, mais surtout à ceux de 20 à 25 est beaucoup plus considérable aujourd'hui qu'il y a vingt-cinq ans!

Nous sommes en mesure de démontrer en toute rigueur qu'à tel âge où il succombait annuellement 108 sur dix mille vivants, il en meurt aujourd'hui 134.

Ainsi à l'âge le plus précieux de la vie, le plus précieux pour la jeune famille à laquelle on doit fournir le pain quotidien, le plus précieux pour l'état dont il fait la force et la richesse, c'est à cet âge que la mortalité est en voie si rapide de progression, et cela sans qu'on puisse beaucoup en accuser les accidents extraordinaires comme la cherté, le choléra, etc., car *le sexe féminin échappe à cette aggravation*, et il n'a pas échappé aux fléaux qui nous ont frappés.

Dans cette période de dix ans (1840-49) qui vient de s'écouler, la mort nous aura enlevé indûment 37 mille jeunes hommes de 20 25 ans, et il ne nous sera pas donné d'étudier plus intimement le mystère de cette hécatombe! Nous ne pourrons savoir si la phthisie, si la fièvre typhoïde, ou quelqu'autre affection morbide a redoublé d'intensité sur le sexe masculin; quels départements ont été frappés, quels épargnés; quelle classe, quelle profession; quelle influence enfin a présidé à cette funeste aggravation! Nous ne pourrons par suite essayer aucune défense pour ébrécher la faux de l'avide moissonneuse, et nous nous abandonnerons au hasard, c'est-à-dire à notre ignorance impuissante. Est-ce de notre siècle? Est-ce de notre France?

N'est-il pas temps que la science éclaire ces funestes aggravations de la mortalité qui pèse sur les virils? et saurait-elle le faire autrement que par la connaissance première des mortuaires et des causes de décès, et de leur distribution suivant les âges, les lieux, les professions?

Pour nous, les triples exigences de la science, de la société et des familles ne nous paraissent jamais avoir été plus concordantes, plus vivement senties qu'elles ne le sont dans cette circonstance.

Dr BERTILLON,
Médecin de l'hospice de Montmorency.

(La suite prochainement.)

(1) *Ann. d'hy.*, t. 9.

(2) Ce savant laborieux a fait, en nom privé, ce que font les administrations publiques dans tous les pays qui nous entourent, et ce que nous sollicitons encore sans succès de l'administration française : il a dressé les mortuaires de nos 86 départements pour la période de 1840-49. Il a de plus construit sur chaque mortuaire des tables de survie. Tous les résultats que nous donnons sont empruntés à son manuscrit, que nous avons sous les yeux.

(3) Plus de 2 p. 100, car, en outre de cette valeur, l'armée est épurée incessamment par les réformes et les congés illimités des maladifs.

(4) Cela résulte de ce que la mortalité de l'ensemble (civil et militaire) de 20 à 30 ans s'élève aujourd'hui à 12 p. 1,000 vivants, ainsi qu'on peut s'en assurer par les chiffres du contingent et par la mortuaire de M. Heuschling.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL OBTENU PAR LA MÉTHODE DE COHEX.

Plusieurs cas ont été communiqués à la Société d'accouchement de Berlin. Cette méthode, proposée par notre compatriote Schweighaeuser, consiste, comme on sait, dans des injections d'eau tiède faites dans la matrice, en glissant, à travers le col et entre les parois utérines et l'œuf, une canule, à une profondeur de 10 centimètres. On injecte chaque fois de 150 à 300 grammes d'eau et l'on répète l'opération toutes les quelques heures, jusqu'à ce que le travail soit régulièrement engagé. Dans le premier cas, observé par M. Credé, il avait fallu deux injections et l'enfant était venu au monde en seize heures et demie; dans le second, du même praticien, trois injections déterminèrent l'accouchement en trente heures. Un troisième cas observé par le docteur Birabaum, à Trèves, exigea une seule injection et amena l'enfant onze heures après. Enfin, dans un quatrième, de M. Biedel, l'accouchement s'était terminé en douze heures, avec quatre injections, dont la dernière était incomplète, à cause d'une violente contraction survenue pendant l'opération. Celle-ci a toujours été innocente pour les mères et pour les enfants, cependant un de ces derniers est mort après 36 heures, un après quatre jours, les deux autres ont survécu. —(*Monatsschr. f. geburtsk.*, 1856, n° 2.)

(1) Ce mémoire a été remis à la commission de vaccine de l'Académie de médecine, et M. le ministre, en même temps qu'il lui a accordé une honorable récompense, en a ordonné la publication par l'imprimerie impériale.

OBSERVATION DE GROSSESSE, COMPLIQUÉE D'HYDROPISIE OVARIENNE; ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL; PÉRITONITE; HERNIE D'UNE PORTION DU SAC OVARIQUE A TRAVERS LE CANAL CRURAL DU COTÉ OPPOSÉ; MORT.

Le docteur Hecker a observé ce cas remarquable par la difficulté du diagnostic et par les résultats de l'autopsie. Quelques heures avant la mort, on avait découvert, au devant du canal crural droit, une tumeur que l'on avait regardée comme une hernie. A l'autopsie, tout le ventre était rempli par un kyste de l'ovaire gauche, uniloculaire, à parois minces, dont une portion était sortie par le canal crural du côté droit, dilaté dans une étendue plus grande qu'une pièce de cinq francs. —(*Monatsschr. f. geburtsk.*, 1856, n° 2.)

COURRIER.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE MORTS EN ORIENT.

Sommes nouvelles reçues par M. le professeur Paul Dubois, président de la commission :

MM. Laville, docteur en médecine, 20 fr.; Bérard, professeur à la Faculté de médecine de Paris, 50 fr.; Gruby, 100 fr.; quelques amis de M. le docteur Gruby, 100 fr.; d' Nicolas, à Louhans, 20 fr.; Gueuey, médecin en chef de l'hôpital de Givet, 20 fr.; docteur Robiquet, de Givet, 5 fr.; Dupierry, id., 5 fr.; Cassan, pharmacien, id., 5 fr.; Guillemet, id., 3 fr.; Hummel, médecin aide-major au 3e dragons, 2 fr.; Baumann, aide-vétérinaire, 2 fr.; Bocher, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Givet, 10 fr.; Labé, libraire de la Faculté de médecine de Paris, 20 fr.; docteur Hiriard, chirurgien de la marine impériale, 5 fr.; docteur Casimir Pinel neveu, 20 fr.; docteur Semelaigne, 20 fr.; docteur Vallerand de la Fosse, 20 fr.; Mme veuve Cavalier, 100 fr.

—

Sommes reçues par M. le docteur Maheux, secrétaire de la commission :

Les docteurs Sée, médecin de l'hospice Larochefoucault, 30 fr.; Companyo père et fils, à Perpignan, 10 fr.; Paul Massot père et fils, 5 fr.; Passama, id., 5 fr.; Massot aîné, id., 5 fr.; Bonafos, 5 fr.; Bocamy, id., 5 fr.; Faure, id., 3 fr.; Vergès, id., 3 fr.; Gineston, id., 2 fr.; Villaseca, id., 5 fr.; Dessemberg Stepnoski, id., 5 fr.; Donnezar, id., 5 fr.; Chaumas, médecin principal à l'hôpital militaire de Perpignan, 15 fr.; Mercier, médecin-major, id., 10 fr.; Witlich, médecin-major, id., 10 fr.; Maugès, médecin aide-major, id., 6 fr.; Malavel, médecin aide-major, id., 5 fr.; Gassaud, médecin sous-aide, id., 5 fr.; Rulié, médecin sous-aide à l'hôpital militaire de Perpignan, 5 fr.; Jourdan, id., id., 5 fr.; Bosq, médecin sous-aide, id., 5 fr., Arves, pharmacien-major, id., 5 fr.; Falières, pharmacien sous-aide, id., 5 fr.; Lejeune, id., id., 5 fr.; Didiot, médecin-major au 59e de ligne, à Perpignan, 10 fr.; Gueret, id., au 21e, à Perpignan, 10 fr.; Remi, aide-major au 21e, 6 fr.; Emm. Coind, 20 fr.; le Cercle pharmaceutique du Haut-Rhin, 200 fr.; Pomonti, médecin aide-major à Perpignan, 5 fr.; Martin, médecin à Perpignan, 5 fr.; Gramaccini, médecin en chef de l'hôpital militaire de Maubeuge, 15 fr.; Roperl, méd. aide-major, id., 5 fr.; Dupuis, pharmacien-major, 10 fr.; Guyot, pharmacien aide-major, 5 fr.; Fatrez, aumônier de l'hôpital militaire, 5 fr.; Lenlez, médecin requis à l'hôpital militaire, 5 fr.; Julien, médecin civil, 5 fr.; Dereine, id., 5 fr.; Robert, id., 5 fr.; Monnier, pharmacien civil, à fr.; Gravez, id., à fr.; Courtin, id., à fr.; Rousseau, id., à fr.; Hassan-Hachem, officier de santé à Paris, 20 fr.; Mahmoud-Effendi, astronome égyptien, 10 fr.; Ab-el-Agis, chimiste égyptien, 5 fr.; docteur David, 5 fr.; docteur Foucault, de Nauterre, 10 fr.; docteur Voillemier, médecin de l'hôpital de Senlis, 100 fr.; Catellan, pharmacien, 20 fr.; Tamisier, chirurgien sous-aide à l'hôpital de Bourbonne, 5 fr.; trois dames de Bourbonne, 3 fr.; Leclerc, médecin-major au 15e régiment d'artillerie, 10 fr.; Fuzier, aide-major, 5 fr.; un anonyme, 60 centimes; Prieur, aide-major à l'hôpital militaire du Gros-Caillou, 5 fr.; Boudier, médecin-major, id., 10 fr.; Ceccaldi, médecin principal, id., 20 fr.; Molard, médecin-major, id., 10 fr.; docteur Raymond, 5 fr.; la Société médicale du Haut-Rhin, 175 fr.; docteur Raige-Delorme, 20 fr.; les docteurs Chauvin, médecin-major au 11e chasseurs, et Henzé, médecin-major au 7e lanciers, à Lunéville, 20 fr.; Bordier fils, docteur en médecine à Melle (Deux-Sèvres), 10 fr.

—

Sommes reçues par la Gazette médicale de Strasbourg :

La *Gazette médicale de Strasbourg*, 20 fr.; MM. Bérot, docteur-médecin de Strasbourg, 5 fr.; Dinichert, id. de Schlestadt, 5 fr.; Flamand, id. id., 10 fr.; Ringeissen, id. id., 5 fr.; Sée, id. id., 10 fr.; Tavernier, id. id., 10 fr.; Bodemer, pharmacien, id., 5 fr.; Diny, id. id., 5 fr.; Fidelis, id. id., 5 fr.; Gentil, id. id., 5 fr.; Magénhann, officier de santé de Sundhausen, 5 fr.; Aronssohn, docteur-médecin de Strasbourg, 20 fr.

Total, 120 francs, dont à déduire pour frais du mandat sur la poste, 2 fr. 01 cent.

Reste.	117 99
Total a ce jour	8,655 50

Les souscriptions reçues par la *Gazette des hôpitaux* ne sont pas comprises dans ce total. Nous les ferons connaître dans notre prochain numéro.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FELIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Sous presse pour paraître du 1er au 15 Décembre 1856 :

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE POUR LA VILLE DE PARIS,

Fondé par **DOMANGE-HUBERT**, et continué par l'Administration de *L'UNION MÉDICALE*. — Vingt-huitième année. — 1857.

Les éditeurs de l'*Almanach général de médecine et de pharmacie* prient instamment les Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes de Paris et des arrondissemens de Saint-Denis et de Sceaux, dont les noms ne figurent pas dans la dernière édition, soit par erreur, soit parce qu'ils n'étaient pas encore établis dans le département de la Seine, d'envoyer le plus promptement possible, *franco*, à M. le Gérant de l'*Union Médicale*, faubourg Montmartre, 56, leurs NOM, PRÉNOMS, PROFESSION, DATE DE RÉCEPTION, DÉCORATIONS, TITRES OFFICIELS, HEURES DE CONSULTATIONS, et ADRESSE.

Les Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes de Paris et de la banlieue, qui auraient quelques renseignements ou réclamations à adresser aux éditeurs de l'*Almanach*, quelques rectifications à demander, sont invités à le faire dans le plus court délai possible, par la voie indiquée ci-dessus.

Grâce au concours de tous les intéressés, cette publication deviendra de plus en plus utile au corps médico-pharmaceutique du département de la Seine.

Tome X. — N° 134. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 6 Novembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — III. DIAGNOSTIC : Transmission des bruits respiratoires à travers un épanchement pleurétique. — IV. STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS : Considérations sur la lettre du ministre de l'agriculture et du commerce à l'Académie de médecine. — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 4 novembre : Correspondance. — Suite de la discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire. — VI. COURRIER.

PARIS, LE 5 DÉCEMBRE 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Si l'Académie, ou plutôt si le conseil d'administration de l'Académie persévère dans le programme des séances, tel qu'il s'exécute depuis quelque temps, la discussion sur les kystes de l'ovaire ne sera pas de sitôt terminée. Hier, il n'a été possible que d'entendre un seul orateur. Un comité secret est venu couper court à la discussion. Ces interruptions trop fréquentes, si elles sont nécessaires à l'expédition des affaires académiques, ne sont guère favorables à la discussion qui, ainsi coupée et fragmentée, perd de son intérêt et finit par dérouter et fatiguer l'attention publique. Le conseil fera bien d'aviser ; l'inconvénient que nous lui signalons est sérieux.

Nous avons entendu hier une dissertation écrite de M. Cruveilhier, un véritable mémoire sur la question, dans lequel l'honorable académicien, très sobre de discussion et d'appréciation, a cru devoir se borner à une pure exposition de ses opinions propres, et du résultat de sa pratique et de son expérience. Jusqu'ici, à vrai dire, la discussion n'a été que cela, une exposition d'idées particulières et de faits personnels. Si nous ne nous trompons, il nous semble que ce ne devrait pas être tout à fait le caractère des discussions académiques, dont le but est plutôt l'examen, l'appréciation, la critique. Les honorables académiciens ont les livres, la presse périodique, l'enseignement, pour exposer et répandre leurs idées, sous la forme de mémoires ; ils peuvent même s'adresser à l'Académie et provoquer alors une discussion spéciale sur leurs opinions propres. Mais on conçoit que si, à l'occasion des questions qui surgissent à l'Académie, tous les orateurs viennent à la file faire une pure exhibition de leur science sur ce point, sans se préoccuper les uns des autres, et sans se répondre mutuellement, ces exercices ressemblent davantage à l'épreuve écrite d'un concours qu'à une discussion académique.

Il s'agit, pour le moment, du traitement des kystes de l'ovaire, et surtout de leur traitement par les injections iodées, méthode qui est principalement en cause, et sur la valeur de laquelle, si ce n'est l'Académie en masse qui n'est pas appelée à formuler un vote, du moins les académiciens qui prennent la parole ont mission d'édifier les praticiens.

Eh bien, sur cette question principale, il n'a encore été dit que peu de chose, presque rien, si ce n'est par M. Gimelle, qui les adopte franchement, et par M. Jobert qui, les ayant pratiquées une trentaine de fois, les a exonérées de l'accusation de nocuité immédiate ou consécutive. M. Trousseau, dans sa brillante oraison, a déclaré n'avoir jamais osé les employer, et hier, M. Cruveilhier a fait la même déclaration, tempérée néanmoins par une tendance à se convertir à cette pratique, dans des indications que le savant professeur a cherché à spécifier.

Les indications d'un traitement soit palliatif, soit curatif dans les kystes de l'ovaire, telle est la signification du discours de M. Cruveilhier. Ces indications, l'orateur les a basées sur l'anatomie pathologique des kystes ovariques, que, d'après cette donnée, il a divisés en radicalement et absolument incurables, et en ceux contre lesquels il est permis de tenter un traitement palliatif ou curatif.

Pour M. Cruveilhier, les kystes simples, uniloculaires et ne contenant que de la sérosité, sont à peu près les seuls pour lesquels l'homme de l'art doive tenter le traitement curatif. Les kystes multiloculaires, aréolaires, vésiculaires, composés, les kystes albumineux, c'est-à-dire remplis d'un liquide épais, visqueux, sont à peu près inaccessibles aux ressources de l'art, la simple ponction palliative n'étant pas même toujours exempte de dangers. M. Cruveilhier exige même que dans les cas les plus favorables, le traitement curatif reste l'*ultima ratio* de l'art et ne soit entrepris que lorsque la tumeur, par son développement, nuit à quelque fonction principale.

Ainsi envisagée, la question est toute dans le diagnostic anatomique. Mais ce diagnostic est-il toujours facile et possible ? M. Cruveilhier a oublié de le dire. C'était cependant chose bien importante. La simple ponction palliative ou même exploratrice n'est pas une pratique indifférente pour M. Cruveilhier lui-même, dans certains kystes, car il a cité trois tragiques exemples de mort extrêmement rapide survenue après la ponction, soit par gangrène des parois du kyste, soit par péritonite foudroyante.

La question principale reste, comme on le voit, enveloppée dans une sorte de brume dont il est temps qu'elle se dégage. L'autorité de M. Cruveilhier ne peut assurément que peser d'un grand poids dans cette discussion ; mais M. Cruveilhier déclare n'avoir jamais employé les injections iodées ; il n'a pas cru devoir se livrer à l'appréciation des faits qui sont des exemples de l'emploi de ce traitement, il les accepte néanmoins et leur trouve une telle valeur qu'ils ont ébranlé ses convictions ; et cependant, plusieurs de ces faits sont en contradiction avec sa doctrine ; M. Cruveilhier veut qu'on attende, qu'on temporise ; M. Boinet rapporte des faits au contraire où l'injection iodée pratiquée dans des kystes encore peu volumineux a amené la guérison radicale, et si bien que c'est un des préceptes de l'auteur de l'*Iodothérapie* d'entreprendre la cure radicale à une époque peu avancée de la maladie ; et, à vrai dire, les raisons qu'il invoque à l'appui de ce précepte sont plus satisfaisantes pour l'esprit que les motifs donnés par M. Cruveilhier.

Tout cela, il faut le répéter, est une question d'analyse et d'appréciation des faits. Vienne un orateur qui se place résolument sur ce terrain, qui donne un inventaire exact et impartial de l'emploi des injections iodées dans le traitement des kystes de l'ovaire, qui catégorise ces faits, qui ait pu être assez bien servi par les circonstances pour en connaître les résultats définitifs, et cet orateur, s'il a le sens critique et l'haleine assez puissante pour s'élever jusqu'aux hauteurs de l'induction, cet orateur seul pourra donner ou préparer la solution de la grave question pratique qui s'agite, si les éléments de la question sont suffisants.

Amédée LATOUR.

DIAGNOSTIC.

TRANSMISSION DES BRUITS RESPIRATOIRES A TRAVERS UN ÉPANCHEMENT PLEURÉTIQUE.

Les faits de transmission des bruits respiratoires à travers un épanchement pleurétique, signalés par M. le docteur Legroux à la Société médicale des hôpitaux, m'ont remis en mémoire un fait analogue que j'ai observé il y a plusieurs années, et que j'ai publié, en 1848, dans un journal de notre localité, mort à son aurore.

Voici le résumé de cette observation :

Quelques élèves, que j'exerçais à l'auscultation, me prièrent un jour de leur donner mon avis sur un cas de maladie de poitrine, dont le diagnostic leur paraissait difficile. Il s'agissait d'une femme couchée dans les salles de chirurgie pour un cancer ulcéré du sein. Cette femme éprouvait depuis quelques jours une suffocation prononcée. Le côté droit était mat, et cependant le murmure vésiculaire était parfaitement entendu dans tout ce côté. L'examen que je fis de cette malade me révéla les signes suivants : tout le côté droit dans toute sa hauteur, en avant, en arrière et sur la région latérale, présentait une matité complète *absolue* ; les espaces intercostaux étaient dilatés ; en outre, dans toute cette région, le murmure respiratoire était entendu, ayant un caractère supplémentaire (respiration puérile) un peu rude, mais sans mélange d'aucun râle ni d'aucun autre bruit anormal ; point de souffle bronchique ; point de retentissement bronchophonique ou œgophonique ; point de bourdonnement de la voix ; cette respiration était entendue immédiatement au-dessous de l'oreille ; il était évident que la matité que je constatais ne pouvait être le résultat que d'un épanchement arrivé à un haut degré : la voussure des espaces intercostaux, l'absence de bronchophonie et de bourdonnement de la voix en étaient l'indication. Mais comment alors la respiration était-elle produite et entendue dans le côté malade ? Était-ce, comme le supposaient quelques assistants, la transmission du bruit respiratoire du côté opposé qui était sain ? Mais, outre que ce bruit se faisait entendre immédiatement au-dessous de l'oreille, la respiration du côté sain différait notablement par son timbre de celle du côté malade. Il fallait donc admettre que la respiration se produisait dans le côté, siége de la matité.

Je pensai donc qu'un épanchement considérable refoulait le poumon dans la gouttière costo-vertébrale, et que ce murmure vésiculaire, entendu, devait provenir d'une portion de poumon perméable à l'air, et que des fausses membranes empêchaient d'être refoulé par le liquide. Deux jours après, cette femme était morte.

L'autopsie constata qu'une quantité très considérable d'un liquide citrin existait dans le côté de la poitrine ; que le poumon était fortement refoulé et tout à fait imperméable à l'air, sauf dans sa partie supérieure, où quatre travers de doigt de cet organe, fixés par des fausses membranes résistantes, formaient une sorte de voûte au dehors du liquide. Cette portion du poumon était saine, exempte de tubercules.

Ce fait, qui me paraît intéressant, prouve donc, comme ceux signalés par M. le docteur Legroux, la possibilité de la transmission des bruits respiratoires à travers un épanchement pleurétique. Il faut, je crois, pour la production d'un semblable phénomène, que la quantité de liquide soit très considérable, qu'il ait dilaté rapidement les parois de la poitrine, et que, comprimé par l'élasticité de celles-ci, il ne soit susceptible d'aucun mouvement, et fasse pour ainsi dire l'office d'un corps solide. Dans le cas particulier dont il s'agit, ces conditions existaient : une ponction, pratiquée sur le cadavre couché sur le côté opposé à l'épanchement, fit jaillir le liquide à une assez grande hauteur, et pendant un temps assez long.

Ainsi une proposition énoncée par M. le docteur Aran, qui disait : « Quand le poumon est refoulé en haut, on n'entend rien à la base, parce que là où il n'y a pas de poumon, il n'y a pas de bruit transmis, » me paraît dénuée d'exactitude.

Des faits semblables sont, du reste, assez rares ; car malgré la fréquence des épanchements pleurétiques, c'est le seul cas que j'ai eu occasion de rencontrer dans une longue pratique hospitalière, et ces faits pouvant tromper un médecin inattentif, il est bon, je crois, d'appeler l'attention à leur égard.

Permettez-moi encore, Monsieur le rédacteur, de profiter de cette occasion pour signaler un fait d'auscultation relatif aux épanchements pleurétiques, et qui, à ma connaissance, n'a pas été noté par les observateurs. Sans doute, le diagnostic entre l'épanchement et l'hépatisation est souvent facile. Mais n'est-il pas arrivé à tous les médecins d'hésiter dans certains cas ? Quand un malade se présente à l'observation après quelque temps de maladie, rendant un compte inexact du début de son affection, qu'on constate de la matité avec absence plus ou moins complète du bruit respiratoire avec du souffle bronchique, sans déformation de la poitrine et sans expectoration, il est quelquefois difficile de se prononcer entre une hépatisation et un épanchement. Sans doute, on a pour se guider et reconnaître l'épanchement, l'absence de vibrations thoraciques et l'absence de bourdonnement de la voix. A ces signes importants, il faut ajouter celui dont je veux parler, et qui se produit dans les circonstances suivantes : Quand on fait tousser le malade, on entend, pendant l'expiration qui constitue la toux, un bruit que l'on peut comparer très exactement au bruit d'une cravache qui fend l'air. Ce bruit, qui n'est qu'une modification égophonique de la toux, n'est entendu que dans les épanchements médiocres. Je l'ai vainement recherché dans les hépatisations pulmonaires ; de telle sorte que ce bruit, quand il existe, serait une preuve certaine d'un épanchement, et aurait ainsi une assez grande valeur diagnostique.

GIRARD,
Médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Marseille, etc.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (1) ;

Recueillies par M. RICHARD-MAISONNEUVE, interne du service.

Treizième Leçon (suite).

On a longtemps discuté sur les causes de la courbure des os dans le rachitisme. Les théories opposées de Glisson et de Mayow sont aujourd'hui abandonnées. A mon avis, J.-L. Petit, malgré des erreurs de détail, a bien indiqué ces causes, qui sont, dit-il, au nombre de quatre, savoir : la mollesse des os, la contraction des muscles, le poids du corps et la courbure naturelle des os. Il faut y ajouter seulement les pressions extérieures et certaines modifications de nutrition qui ne peuvent s'expliquer par les autres causes.

Nous allons examiner rapidement les courbures de chaque os des membres en particulier, en faisant ressortir quelques faits généraux relatifs à la constance plus ou moins grande de certaines déformations.

(1) Voir les numéros des 8, 17, 19, 26, 31 juillet, 2, 14, 20 août, 6, 13, 20, 23 septembre, 4, 9, 16, 23, 25 octobre et 4 novembre.

La clavicule suit une loi bien simple dans sa déformation. Ses courbures s'exagèrent par la pression que supportent ses deux extrémités. De plus, sa courbure interne, à convexité antérieure et un peu supérieure, s'accroît près de l'extrémité sternale, en changeant un peu de direction. Il se produit, dans ce point, une flexion plus ou moins brusque à sinus inférieur et postérieur, quelquefois un angle, simulant un cal vicieux. Il est impossible de ne pas voir, dans cette disposition, l'effet du poids du membre supérieur agissant de haut en bas sur l'extrémité externe de l'os, appuyé et fixé sur le sternum par l'extrémité opposée.

L'omoplate offre souvent une déformation le long de son épine; elle présente aussi des renflements partiels. Voici un scapulum plié en deux d'arrière en avant, vers le milieu de la fosse sous-épineuse. Le sujet était âgé, atteint de déviation vertébrale et probablement rachitique.

L'humérus se courbe dans un sens à peu près constant. C'est ordinairement un peu au-dessous de sa partie moyenne, rarement plus haut, que se produit la courbure, dont la convexité est dirigée en dehors, ou en avant et en dehors, ou quelquefois plus directement en avant. C'est la direction qu'elle présente sur ces os d'enfants, ainsi que sur la plupart des pièces décrites par Daubenton (1) et par M. Lacroix (2), comme sur celles de M. Trousseau dont il est question dans la thèse de M. Beylard. Il peut cependant arriver, par exception, que la convexité de cette courbure regarde en dedans; le n° 500 du musée Dupuytren en serait un exemple, d'après la description de M. Lacroix.

Il n'est pas facile de trouver dans la seule action musculaire la cause de cette courbure de l'humérus. La flexion de l'os répond à son bord interne, et il n'y a pas de muscle qui puisse le courber dans ce sens. Je crois que c'est le poids du membre qui tend à fléchir l'humérus dans les cas de ce genre, quand le bras est soulevé par le deltoïde. Mais les muscles triceps-brachial, grand pectoral et grand dorsal, peuvent concourir plus directement à l'inflexion de l'os dans quelques variétés de courbures.

L'avant-bras se fléchit généralement d'arrière en avant, du côté dorsal au côté palmaire. En voici un cas où la courbure est aussi anguleuse que dans une fracture. Il paraît naturel d'attribuer cette courbure à la prédominance d'action des muscles fléchisseurs sur les extenseurs. La légère courbure normale des os dans ce sens, favorise encore cette action. On a vu les deux os courbés inégalement, ou même l'un rester droit, tandis que l'autre était infléchi, légèrement à la vérité.

Le fémur, coudé supérieurement, infléchi dans toute sa longueur, tordu sur lui-même, présente une exagération de toutes ces courbures naturelles. Son col devient horizontal, quelquefois même il forme un angle aigu; le grand trochanter est dirigé en arrière; la diaphyse décrit une grande courbure à convexité antérieure ou antéro-externe; cette convexité peut aussi être tournée directement en dehors. Il en résulte que l'axe de la tête du fémur n'est plus en rapport avec celui du cotyle, et que la tête tend à se luxer vers le trou ovalaire. Cette situation de la tête fémorale, l'obliquité augmentée de la partie supérieure de la diaphyse, forcent le bassin de s'incliner en avant; le sacrum se relève en arrière; de là cette conformation en forme de *croupe*, cette *ensellure lombaire* que je vous faisais remarquer dernièrement sur un de nos enfants.

Les courbures de la partie inférieur du fémur, quand elles sont considérables, changent tout à fait la situation de son extrémité articulaire et donnent aux condyles, et par suite aux genoux, les directions les plus bizarres.

Chez les enfants qui marchent, il est facile d'expliquer toutes les inflexions du fémur par l'action du poids du corps, à laquelle s'ajoute, dans certains cas, la contraction des muscles. Chez les enfants qui ne marchent pas, cette contraction doit être le principal agent des courbures. Il faut tenir compte aussi, dans ce dernier cas, et même dans le premier, du poids de la partie inférieure du membre, lorsque la cuisse est soulevée par l'action de ses muscles, du psoas-iliaque par exemple.

C'est à la jambe qu'on observe le plus de variétés dans la courbure des os, courbure presque toujours semblable au tibia et au péroné. J'en distinguerai six espèces.

La courbure en dedans est la plus commune. Elle peut être partielle ou générale. Quand les deux jambes sont ainsi conformées, et que les fémurs sont en même temps courbés en dehors, les membres ont la figure de deux S. Si tout le membre abdominal est dévié en dedans, des deux côtés, ils ont la forme de la lettre X. Dans ce cas, les genoux se touchent ou même se croisent, et les pieds sont fortement écartés.

La courbure en dehors est également assez fréquente; elle peut aussi être partielle ou générale. Si elle fait suite à celle du fémur, les deux membres inférieurs, arqués dans toute leur longueur, ont l'aspect de deux grandes parenthèses. Dans cette variété, les pieds sont portés à la rencontre l'un de l'autre.

La courbure en avant est un peu moins commune; celle en arrière est encore plus rare.

Les courbures peuvent aussi être concentriques, opposées aux deux membres, en forme de guillemets.

Quelquefois enfin, il existe une double courbure en S dans un seul membre ou d'autres formes plus bizarres. Sur les fœtus atteints de ce que j'appellerais volontiers le rachitisme congénial éburné, au moins sur les pièces que j'ai pu voir, le tibia et le péroné de la même jambe sont courbés en sens contraire, comme l'a déjà fait remarquer M. Depaul. Les os de chaque jambe dessinent ainsi la lettre O, ou une sorte de D. la courbure du péroné étant moins marquée que celle du tibia.

Les causes des courbures des jambes sont variées. Nous retrouvons encore ici l'influence du poids du corps, des courbures naturelles, l'action musculaire et l'effet produit par le poids du pied quand le membre est soulevé.

Les articulations participent plus ou moins à ces déformations. Les ligaments sont distendus; il se fait même des subluxations, comme à la cuisse, par exemple. Les genoux éprouvent deux sortes de déviations, en dehors et en dedans. Ces déviations résultent d'un affaissement partiel des extrémités articulaires du fémur et du tibia. Des déviations semblables peuvent se produire sans rachitisme, par des causes purement mécaniques.

Vous comprenez tous les effets fâcheux de ces difformités pour la locomotion. D'une part, la direction vicieuse des os fait porter obliquement le poids du corps sur les surfaces articulaires et sur la base de sustentation, ce qui rend la station plus ou moins pénible. D'une autre part, l'inégalité des courbures à droite et à gauche peut entraîner l'inégalité de longueur et produire la claudication. Certains individus sont réduits à l'état de cul-de-jatte par l'énormité de leurs déformations.

L'examen que nous allons faire d'un certain nombre d'enfants vous fera juger de la diversité des combinaisons que les déformations rachitiques peuvent former.

1° Le premier est un enfant de nos salles, âgé de 4 ans 1/2. La tête est assez volumineuse, les bosses frontales sont un peu saillantes, les fontanelles fermées. C'est un rachitisme crânien guéri. La colonne vertébrale est droite; l'omoplate normale; les clavicules sont courbées presque angulairement des deux côtés, à leur partie interne. Au thorax; le chapelet est peu marqué. L'humérus gauche est presque droit; l'autre présente une courbure prononcée, mais qui provient d'une fracture; les avant-bras sont légèrement courbés, les poignets très renflés. Enfin les membres inférieurs offrent, de haut en bas, une courbure en S. L'enfant marche, mais se fatigue promptement.

2° Ce second enfant vous a déjà été montré comme exemple des nombreuses difformités qui peuvent compliquer les pieds-bots (huitième leçon). Aujourd'hui, je veux vous faire remarquer la courbure antérieure de ses tibias, courbure rachitique qui a succédé à la contracture des triceps sureaux. Il est très rare que la courbure provienne d'une semblable cause.

3° Voici un enfant de 4 ans 1/2, qui a beaucoup souffert en nourrice. La mère nous dit qu'il marchait à 8 mois; mais, depuis ce moment, il n'a pu se tenir sur ses jambes. Aujourd'hui, il commence à faire quelques pas sans soutien. Cet enfant n'a pas de signes de rachitisme crânien; la colonne vertébrale est droite; les clavicules sont courbées, la droite plus que la gauche; bras et avant-bras courbés, nœuds peu considérables; thorax déprimé latéralement, avec chapelet; les membres inférieurs offrent la disposition de guillemets.

4° Chez cet autre, âgé de 14 mois, nous trouvons les particularités suivantes : fontanelles très larges, tête assez volumineuse; rien aux clavicules; rachis très déformé, courbure à convexité dorsale gauche, produisant une gibbosité postéro-latérale. La courbure ne s'efface pas entièrement par la suspension. Au thorax, chapelet volumineux, aplatissement latéral. Rien aux bras; légère courbure aux avant-bras. Aux membres inférieurs, il y a une légère courbure des fémurs; les jambes sont presque droites et les genoux déviés en dedans. Cet enfant n'a pas encore marché.

On sait que la courbure dorsale latérale présente ordinairement sa convexité à droite; le contraire est une exception rare. Mais cette règle ne s'applique qu'aux déviations essentielles; les courbures à gauche sont beaucoup plus communes dans les inflexions rachitiques de la première enfance. Cet enfant vous en offre un exemple.

5° Voici un garçon âgé de 13 ans 1/2, qui n'a marché qu'à 8 ou 9 ans. Il n'y a plus chez lui de rachitisme crânien; les clavicules et le rachis n'offrent pas de déformations. Au thorax, le chapelet est à peine sensible, mais il a dû être bien plus marqué. Les humérus sont courts relativement aux avant-bras. La déformation porte principalement sur les membres inférieurs; la courbure antérieure des fémurs est exagérée; mais l'ensellure existe à peine, parce que ce garçon se tient fortement penché en avant. Les tibias, élargis en lame de sabre, sont courbés en dehors et en avant; les rotules sont placées en dehors.

6° Chez cette petite fille, âgée de 4 ans, la déformation porte surtout sur le thorax, qui est très déprimé latéralement; le sternum est saillant en forme de carène. Les membres sont à peu près droits; la clavicule gauche est courbée; le rachis offre une courbure lombaire à convexité postérieure, qui se redresse presque entièrement dans l'extension.

7° Enfin, chez cet enfant âgé de 19 mois, nous trouvons la fontanelle presque fermée; il n'y a donc pas en ici de rachitisme crânien. La maladie s'est portée sur les poignets, qui sont renflés, sur le thorax, qui est un peu déprimé latéralement; chapelet très prononcé; le rachis droit; les deux jambes, courbées en dehors, forment les parenthèses; les fémurs sont peu courbés; les membres supérieurs droits.

(1) Buffon, *Hist. nat. de l'homme*, t. II, *Descrip. du Cabinet, os difformes.*
(2) *Musée Dupuytren*, 2e partie, p. 676.

STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

CONSIDÉRATIONS SUR LA LETTRE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (1).

§ II. Difficultés pratiques de l'enregistrement.

Nous avons démontré, dans le numéro précédent, que la connaissance des causes de décès est de la plus haute importance, pour la société et les familles dont les âges virils en France sont éclaircis par une mortalité croissante, et pour la science qui en ignore les causes.

Nous allons maintenant examiner donc enfin les obstacles qui empêcheraient de satisfaire à de si précieux intérêts.

Ces obstacles se rangent sous deux catégories : ceux qui résultent de l'imperfection des sciences médicales, et ceux qui ne relèvent que des difficultés matérielles d'exécution, ou de l'opposition que toute nouveauté soulève dans certains cerveaux.

Quant au premier chef, nous osons affirmer que l'instruction médicale, quelque négligée qu'elle soit en certaines individualités, est en général suffisante pour répondre avec fruit aux besoins de l'enquête qu'on se propose. Nous fondons notre conviction sur les deux considérations suivantes :

1° Les maladies sur lesquelles il importe le plus d'être renseigné surtout *dans les premiers temps* sont les affections les plus communes, celles qui font le plus de victimes. Or, ces affections sont peu nombreuses et, *dans le plus grand nombre des cas*, d'un diagnostic facile, non au début sans doute, mais lors de leur terminaison fatale.

2° Une des raisons qui font trop souvent désespérer des résultats utiles des relevés numériques, c'est l'ignorance où nous laissent nos études classiques sur les principes élémentaires de la statistique, tels que la signification et l'importance des valeurs moyennes, des séries naturelles, et surtout les propriétés des grands nombres. Nous ne pouvons ici, on le comprend, traiter tous ces points de théorie.

Nous nous contenterons de fixer les idées par un exemple sur quelques-unes des propriétés des grands nombres. La plus remarquable de toutes est *d'annuler* les erreurs accidentelles, les fautes de détail (quand toutefois ces erreurs par le fait d'une cause *constante* ne se font pas toutes dans le même sens).

En effet, quelles que soient les erreurs particulières qui se glissent dans un résultat total, par exemple dans le relevé des décès par la phthisie pulmonaire, les unités qui s'ajouteront indûment aux tuberculeux seront compensées en totalité ou en très grande partie par les unités phthisiques qui seront indûment portées ailleurs : et cela arrivera certainement, si l'on opère sur de grands nombres, à moins pourtant qu'une cause *constante* ne vienne faire pencher la balance plutôt vers un des signes, additif ou soustractif, que vers l'autre, — exception que l'on pourrait discuter, apprécier, mais qui, dans l'espèce, paraît avoir peu d'application. En admettant que, par le fait des affinités nosologiques, il y ait constamment plus d'unités étrangères ajoutées que d'unités phthisiques retranchées, cela modifiera plus ou moins les chiffres absolus; mais, comme il n'y a aucune raison pour supposer les médecins de l'Est, par exemple, plus ou moins expérimentés que ceux de l'Ouest, ceux du Nord plus ou moins attentifs que ceux du Sud, il n'y a aucune raison non plus pour supposer qu'il soit commis plus d'erreurs ici que la (toujours par la puissance des *grands nombres*) ; en sorte que les *rapports* entre les quantités phthisiques des diverses contrées n'en seront pas moins vrais et comparables, et n'en permettront pas moins d'ombrer une carte de France suivant les nombres relatifs de ce genre d'affection.

Cette propriété des grands nombres non seulement est démontrée par les mathématiciens, mais encore vérifiée journellement par tous les expérimentateurs en grand, astronomes, géomètres, physiciens, démographes, météorologistes, etc.

S'il nous était possible, sans dépasser les limites qu'il est utile d'assigner à ce travail, de nous étendre davantage sur l'ensemble des propriétés si remarquables des grands nombres, sur celles des *valeurs moyennes* et de leur limite d'oscillation autour de la VALEUR VRAIE, on serait surpris de voir combien les erreurs accidentelles, même nombreuses, perdent de leur importance en statistique, et chacun serait convaincu qu'elles n'obscurcissent point ou que fort peu les résultats définitifs. Aussi croyons-nous que les relevés des causes de décès auront dès à présent une valeur scientifique incontestable, et que cette valeur prendra plus d'importance à mesure que l'organisation se perfectionnera et que la répétition des exercices en assurera la régularité.

Mais les maladies rares ou d'un diagnostic difficile doivent-elles dès aujourd'hui être relevées et publiées?

Sans aucun doute et par plusieurs motifs importants.

D'abord, nous croyons qu'il serait bien difficile d'organiser un service destiné à relever seulement quelques-unes des causes de mort. Il faut que, pour chaque décédé, la mairie exige la remise du bulletin-cause de décès; il faut que le médecin n'ait qu'une règle, qu'un devoir : celui d'écrire sur le bulletin la cause de la mort, quand il croit la connaître, ou *décès par cause inconnue* quand il l'ignore.

Mais nous disons qu'il importe à la science que toutes les maladies causes de décès soient publiées, quels que soient les *desiderata* que laisse le diagnostic de telle ou telle affection, *ou plutôt à cause même de ces desiderata.*

En effet, un des intérêts qui s'attacheront à ces documents, qui deviendront précieux pour l'avenir, c'est qu'on pourra y étudier les modifications que le temps, la civilisation, la science apportent dans les rapports et l'intensité des maladies.

N'est-ce pas une des lacunes les plus regrettables de notre temps que de ne pouvoir apprécier les progrès réels ou vains de nos efforts en hygiène, en thérapeutique, en économie sociale?

Que répondre à ceux qui les nient? Comment empêcher le doute ou la négation de progrès qu'on ne peut démontrer?

Aussi ces archives des causes de décès seront-elles fouillées par nos fils, quand ils voudront faire l'histoire pathologique de l'humanité et se rendre compte si les espèces morbides agissent avec plus ou moins d'intensité en leur temps qu'elles n'agissaient au nôtre.

Mais voyez ce qui arrivera si nous ne publions que quelques espèces; considérons, pour fixer les idées, d'une part, les victimes des *affections*

(1) Voir le numéro du 4 novembre.

cancéreuses, et de l'autre, celles des *tumeurs indéterminées* du foie, des reins et des différents organes.

Hé bien, il pourrait se faire, il se fera certainement, que, par suite des progrès de l'instruction, du diagnostic, des habitudes de faire les autopsies, de se servir du microscope et du trois-quarts explorateur, etc., le nombre des tumeurs bien déterminées, et entre autres des cancéreuses, aille en augmentant, tandis qu'en conséquence le nombre des indéterminées diminuera. Ce mouvement inverse de deux catégories morbides n'échappera pas aux investigateurs, et ils seront ainsi avertis que, bien que le nombre des affections cancéreuses paraisse augmenter, cette augmentation apparente, bien loin d'être un indice fâcheux, est le fait des progrès de la science, et qu'elle cache peut-être une diminution réelle, ce qu'on doit soupçonner par la comparaison de la somme des cancers et des tumeurs aux deux époques. Mais si aujourd'hui, considérant comme sans importance et mal déterminé le nombre des décès par tumeurs diverses, nous en omettions le relevé ou la publication, nous pourrions induire en erreur les statisticiens à venir et leur faire prendre un progrès de la science pour progrès d'une affection morbide.

C'est ainsi que M. le docteur Tardieu, je crois, compulsant les causes de décès de la ville de Paris, a trouvé que les maladies cancéreuses avaient notablement augmenté; mais, comme il n'a pas pris soin de nous dire quelles étaient, en compensation, les maladies qui avaient diminué, nous pouvons encore douter de la réalité de l'augmentation des cancers, parce qu'il est possible que l'accroissement constaté ne soit dû qu'aux progrès du diagnostic.

Mais ce n'est pas seulement pour nos neveux qu'il est utile de *publier toutes* les causes de décès, car, dès aujourd'hui, le diagnostic se faisant peut-être avec plus de rigueur dans les grandes villes que dans les campagnes, le statisticien, pour se garder des conclusions hâtives que nous avons signalées, aura besoin d'avoir tous les éléments sous les yeux.

On comprend d'ailleurs que ce que nous avons dit du cancer s'applique à chacune des autres affections.

Ainsi M. Trébuchet, auquel nous devons de connaître quelque chose des *principales* causes de décès dans la ville de Paris, a publié (*Ann. d'hyg.*) le nombre des décédés par fièvres malignes et putrides de 1809 à 1843; mais il a omis, comme chose secondaire, de nous informer du nombre des décès par fièvres ataxique, continue, inflammatoire, cérébrale, et il s'est contenté d'en signaler l'existence dans le cadre nosologique. Depuis 1843, le nom de fièvre typhoïde ayant été adopté pour comprendre la plupart de ces variétés d'un même genre, M. Trébuchet, en continuant ses publications, nous donne le nombre des décès par fièvre typhoïde.

On comprend qu'il résulte de cette troncature des matériaux l'impossibilité de comparer les nombres respectifs des décès par fièvre typhoïde avant et après 1843. Il en eût été autrement si toutes les espèces groupées depuis sous le nom de fièvre typhoïde eussent été publiées.

Pour nous résumer, nous conclurons qu'en général les progrès et les changements que le temps imprime à la science et au corps médical rendent indispensable la publication de toutes les espèces morbides, pour que l'art en puisse tirer le profit qu'il en attend.

Nous pensons que ces rapides considérations suffisent pour prouver que l'imperfection des sciences médicales ne peut être un empêchement à la création de la statistique des causes de décès, mais que cette imperfection est, au contraire, un motif pour hâter (en livrant aux travailleurs les documents qu'ils réclament) la marche d'une science au progrès de laquelle tous, individus et sociétés, sont si vivement intéressés.

Passons donc à l'examen des difficultés d'exécution. Nous estimons, contrairement peut-être à quelques-uns, que c'est la partie, sinon la plus agréable, au moins la plus facile de notre tâche, et que ces difficultés n'exigent, pour être vaincues par l'administration, que la volonté et la persévérance.

Création du l'enregistrement. — Il est dit d'abord qu'il n'y a pas assez de médecins dans les campagnes; que beaucoup de décès ont lieu sans l'assistance de l'homme de l'art.

Qu'il manque de médecins dans les campagnes, nous n'osons contredire l'administration; mais en parcourant les tableaux des médecins de France, publiés par l'UNION MÉDICALE, nous les voyons presque régulièrement distribués, sauf quelques départements fort pauvres et quelques cantons accidentellement privés de médecins. Enfin quelques localités manquent donc de médecins; mais en vérité, n'est-ce pas là l'exception, la très petite exception en France? Dans le plus grand nombre des départements, les médecins sont nombreux et suffisants aux besoins de la population.

Nous ne prétendons pas pour cela que bon nombre de décès n'aient pas lieu sans l'assistance du médecin, et même dans les localités où ils sont assez multipliés; mais quels sont ces décès? Des morts subites, des enfants nouveau-nés, victimes de l'ignorance ou de la négligence; des vieillards atteints de quelques affections chroniques, souvent tombés dans l'enfance, à charge aux familles, et qui, à demi-abandonnés, s'éteignent dans l'indifférence de ceux qui les entourent.

Evidemment, le diagnostic précis de ces causes de décès est fort difficile sans l'autopsie; et nous ne prétendons point que l'on doive dès à présent exiger cette pratique, quelque désirable qu'elle soit. Mais, dans l'état actuel de la science, l'indication de ces âges extrêmes de la vie, et, quand il se peut, celle du symptôme le plus saillant, qui peut être fourni par la famille, telle la diarrhée chez l'enfant, l'enfance sénile, la paralysie, chez le vieillard, etc., sont déjà des déterminations importantes. Même observation au sujet des *morts subites*; ce simple et facile renseignement est déjà une connaissance précieuse, puisqu'elle ne peut guère convenir communément qu'à deux ou trois affections.

Mais est-il en France beaucoup d'adultes (âge qui doit d'*abord* attirer notre sollicitude) qui succombent à une phthisie, à une fièvre éruptive ou typhoïde, à une grande phlegmasie, sans l'assistance d'un médecin? Nous croyons que c'est là un fait fort rare et tout à fait exceptionnel. Enfin, s'il y a en France quelques localités manquant assez de médecins pour qu'il en soit ainsi, il est possible qu'il soit difficile d'établir aujourd'hui dans ces localités, et sans sacrifices, une statistique des décès.

Mais ailleurs, où les conditions sont favorables, c'est-à-dire au moins dans les 5/6es de la France, quelle raison de différer, quand il est possible de créer de suite cette institution?

Si on ne l'établit que dans les villes, jusqu'aux sous-préfectures inclusivement, les sciences seront privées dans leurs recherches de l'élément important de la mortalité des campagnes. On sait que M. Quetelet a prouvé qu'il y avait, entre la mortalité des villes et celle des campagnes, des différences d'âges constantes, le plus souvent au profit de celles-ci; un grand intérêt s'attache donc à étudier plus intimement ces différences, dont les conditions essentielles sont jusqu'ici inconnues.

Pourquoi ne pas instituer la statistique des causes de décès partout où elle est actuellement possible, comme règle enfin, ne laissant provisoirement hors la règle que les localités où il ne paraîtrait pas possible de rien commencer? Les besoins actuels de la science seraient généralements atisfaits.

Presque dans chaque département, on pourra étudier comparativement la ville et la campagne, les professions urbaines et rurales. Combien l'hygiène publique et privée, combien l'administration française tireront de précieuses lumières de ces données!

Classification des causes des décès. — Dans cette question de faits à recueillir, on s'est beaucoup préoccupé de la classification; nous avouons ne pas comprendre toute l'importance qu'on y a attachée.

Si l'on entend par classification des causes de décès la détermination des grandes unités morbides pouvant amener la mort, le Congrès nous paraît avoir dressé une liste, non parfaite en principe, mais satisfaisante pour la pratique.

Mais si l'on appelle classification le mode de groupement de ces unités morbides, comme ce groupement n'est destiné qu'à faciliter au médecin la recherche du nom adopté pour désigner telle maladie parmi les synonymes qu'offre la science, cette classification est de peu d'importance; et nous pensons qu'une feuille petit format, par exemple, qui tiendrait dans le portefeuille, et sur laquelle les maladies seraient divisées selon les sept groupes adoptés par le Congrès, puis subdivisées, quand il y a lieu, par organes ou suivant les idées de M. Marc-d'Espine, ou seulement rangées par ordre alphabétique, satisferait aux besoins de la pratique.

Mais nous insistons de nouveau, pour que le dépouillement, pour que la publication se fasse *par unités morbides, telles qu'elles ont été adoptées par le Congrès.*

En effet, les sciences médicales ne sont point assez avancées pour qu'il soit possible de penser à la publication de groupes morbides. On enlèverait à cette statistique presque toute sa valeur, si on ne publiait que les grands groupes, en négligeant, comme un détail, la publication des unités morbides causes de mort.

Nous adressant à des médecins, nous ne croyons pas utile d'insister davantage sur ce point.

Dr BERTILLON,
Médecin de l'hospice de Montmorency.

(*La suite prochainement.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 4 Novembre 1856. — Présidence de M. BOUSSY.

La correspondance officielle comprend :

Le compte-rendu des épidémies qui ont régné dans les départements suivants : Manche, Hérault, Cher, Var, Haut-Rhin, Bouches-du-Rhône et Côtes-du-Nord. (Comm. des épidémies.)

— Deux demandes d'avis relatives aux sources minérales de Vittel (Vosges) et de Salies (Basses-Pyrénées.) (Comm. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle se compose des envois qui suivent :

Lettre de M. le docteur GIGON, d'Angoulême, qui sollicite le titre de membre correspondant de l'Académie, et adresse la liste de ses travaux. (Future commission des correspondants.)

— M. le docteur FRÉMAUX adresse un *Recueil de recherches pratiques* sur le choléra-morbus et la mortalité prématurée dans le quartier des Invalides depuis 1830. (Comm. du choléra 1854.)

— M. BERTHÉ, pharmacien, adresse à l'Académie une lettre conçue en ces termes :

Dans la dernière séance, M. E. Robiquet a lu une note sur l'action physiologique de la codéine, note dans laquelle ce pharmacien expose des recherches qu'il donne comme la suite de celles entreprises par son illustre père sur cet alcaloïde. En entendant la lecture de M. Robiquet, l'Académie aurait pu croire que les faits nouveaux annoncés par l'auteur étaient signalés pour la première fois. Il n'en est rien cependant, comme il sera facile à l'Académie de s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur le court résumé qui suit :

Dans sa note, M. Robiquet établit :

1° Que la codéine administrée à dose élevée peut produire des effets toxiques analogues à ceux qui sont provoqués par la morphine.

2° Qu'à dose plus élevée, 15 à 20 milligr., elle calme sans provoquer aucuns des accidents de la morphine et de l'opium.

3° Enfin qu'elle paraît avoir une action toute spéciale sur la partie du système nerveux, qui est indépendante de la volonté.

Dans un travail publié dans les numéros 75, 76 et 87 du *Moniteur des hôpitaux* de cette année, j'établis entre autres observations :

1° Que la puissance d'intoxication de la codéine est aussi considérable que celle de la morphine.

2° Que comme conséquence on devra l'administrer à la dose de 25 milligr. par 30 grammes de sirop si l'on veut avoir des effets utiles, sans aucuns des inconvénients de la morphine et de ses sels.

3° Enfin que, conformément à l'opinion de M. Barbier, d'Amiens, elle paraît avoir une action toute spéciale sur le système nerveux du grand sympathique, action qui se manifeste chez les chiens soumis depuis dix à quinze jours à l'usage quotidien de 0,50 de codéine, par une diminution sensible de la faim, et surtout par une tolérance extraordinaire de tous les organes digestifs à l'ingestion stomacale de l'acide arsénieux.

Vous le voyez, Monsieur le Président, les conclusions auxquelles a été conduit M. Robiquet sont identiques à celles que j'ai formulées et publiées depuis longtemps. Pourtant, dans la note de mon confrère, il n'est fait aucune allusion à mes recherches; son silence est d'autant plus extraordinaire, que j'ai la certitude que M. Robiquet a eu une connaissance entière de mon travail avant de faire sa lecture à l'Académie.

J'ose espérer, Monsieur le Président, que ce n'est pas trop exiger de votre haute impartialité, que de vous demander la lecture en séance de cette courte réclamation.

Veuillez agréer, etc. BERTHÉ.

P. S. Je crois utile de dire que, depuis la publication de mon mémoire, j'ai prié plusieurs médecins distingués des hôpitaux, MM. Aran, Vigla, etc., de vouloir bien donner un contrôle thérapeutique aux expériences physiologiques que j'avais faites sur moi-même et sur les animaux, et l'expérimentation thérapeutique, qui est suivie avec régularité depuis environ trois mois, semble promettre des résultats ou ne peut plus satisfaisants.

— M. le docteur SCHNEPP adresse à l'Académie le résumé d'un mémoire *sur le traitement chirurgical des kystes ovariques, et particulièrement sur l'utilité des injections iodées dans la cure radicale des hydropisies ovariennes*, mémoire inséré par le docteur Fock dans la *Revue obstétricale de Berlin*, en 1855. (M. Barth, rapporteur.)

M. VELPEAU demande l'insertion de cette pièce dans le *Bulletin* de l'Académie. (Adopté.)

— M. DEPAUL, au nom de M. NÉLATON, fait hommage à l'Académie d'un ouvrage en anglais, intitulé : *Chirurgie clinique de M. le professeur Nélaton*; c'est un recueil de leçons rédigées par M. le docteur John Franklin Atlee, de Philadelphie. (Remercîments.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement des kystes ovariens. — La parole est à M. Cruveilhier.

M. CRUVEILHIER envisage d'abord la question sous le rapport de l'anatomie pathologique, dont personne, dit-il, ne décline l'importance en pareille matière.

Au point de vue le plus général, une hydropisie enkystée de l'ovaire est une production kysteuse accidentelle, susceptible d'un accroissement indéfini, libre de toutes parts, comme l'ovaire aux dépens duquel elle est formée, ne communiquant avec l'individu porteur que par un pédicule vasculaire, pourvue elle-même d'un système vasculaire de nouvelle formation, vivant d'une vie propre bornée à l'exhalation, à l'absorption et à la nutrition, vie parasitaire, indépendante de la vie générale.

La vie des kystes de l'ovaire est tellement parasitaire, qu'ils sont complétement réfractaires à toutes les médications dirigées sur les grandes voies d'élimination de l'économie; le choléra, les drastiques les plus violents n'exercent aucune action sur l'hydropisie ovarienne. Ainsi, point de traitement médical; le traitement chirurgical est seul rationnel.

Or, les hydropisies enkystées de l'ovaire ne constituent pas toujours une espèce anatomique identique à elle-même. La question du traitement chirurgical est en grande partie subordonnée aux différences que présentent les kystes sous le rapport de la qualité du liquide contenu, de la disposition de leurs parois, de leur structure.

Sous le premier rapport, on peut les diviser en kystes *séreux*, contenant une sérosité limpide ou diversement colorée, en kystes *albumineux*, dont le liquide ressemble à du blanc d'œuf, et en kystes *gélatiniformes*, dont le liquide ressemble à de la gelée; distinction très importante, au point de vue de la thérapeutique, et qu'il n'est pas toujours facile d'établir, *à priori*, par le caractère de la fluctuation.

Sous le rapport de la disposition des kystes, on peut les diviser en quatre espèces : 1° kystes uniloculaires; 2° kystes multiloculaires; 3° kystes aréolaires ou vésiculaires; 4° kystes composés. Ces derniers résultent de l'association d'un kyste uniloculaire avec un kyste multiloculaire, ou bien de l'association de l'un ou l'autre de ces kystes avec l'espèce aréolaire ou vésiculaire. On peut encore considérer comme composés les kystes qui ont pour support un corps fibreux de l'ovaire.

Au point de vue de la structure, les kystes ovariques, surtout les kystes uniloculaires, sont constitués par un sac fibro-séreux, complétement enveloppé par le péritoine auquel il adhère si intimement qu'il n'est pas possible de l'en séparer sans enlever en même temps une lame fibreuse. La surface interne, lisse, donne l'idée d'une membrane séreuse; il n'est pas rare de la voir rugueuse, hérissée de papilles, de végétations épidermiques, verruqueuses, très denses, ayant la dureté du tissu corné. Quelquefois des plaques cartilagineuses ou osseuses sont incrustées dans les parois du kyste. — Il m'a toujours été possible de séparer le kyste ovarique en deux lames superposées, entre lesquelles sont ordinairement placées de très grosses veines. — Une variété des kystes uniloculaires est constituée par les kystes uniloculaires *cloisonnés*, dont les compartiments ont entre eux une communication facile. Parmi les kystes uniloculaires composés, je signalerai les kystes *végétants* dont la face interne offre des productions mamelonnées, quelquefois très volumineuses. Ces végétations sont constituées par du tissu aréolaire; lorsqu'elles ont un certain volume, on peut, en général, les reconnaître avant la ponction.

Le liquide contenu dans les kystes uniloculaires simples ou cloisonnés, est le plus ordinairement séreux; mais d'autres fois il est filant, visqueux à la manière du blanc d'œuf, si bien que l'évacuation du liquide ne peut avoir lieu qu'à l'aide d'une très grosse canule et même que dans certains cas elle est impossible.

Le liquide des kystes multiloculaires est souvent séreux, mais il m'a paru qu'il présentait plus souvent le caractère visqueux que celui des kystes uniloculaires.

Les kystes multiloculaires conduisent par degrés insensibles aux kystes vésiculaires que je regarde comme une variété des kystes aréolaires.

La structure du kyste ovarique aréolaire est curieuse : l'ovaire est transformé en une masse aréolaire à mailles communiquantes et remplies par une matière albumineuse, tantôt filante comme du blanc d'œuf, tantôt présentant la consistance du miel, d'autres fois l'aspect d'une gelée. Ces qualités expliquent pourquoi le liquide ne coule que très incomplétement ou même pas du tout par la ponction du kyste. Sur le cadavre même, ce n'est qu'à l'aide d'une pression directe exercée au voisinage des incisions qu'on peut en obtenir une certaine quantité.

Voyons maintenant les conséquences pratiques de ces faits. La première, c'est qu'il est deux catégories de kystes, les uns marqués pour ainsi dire au sceau de l'incurabilité, les autres curables. Les espèces absolument incurables sont :

1° En première ligne, les kystes aréolaires, dont l'incurabilité ne tient pas à leur nature, qui n'est nullement cancéreuse (bien que la variété de kystes de mailles très serrées ait la plus grande similitude avec le cancer aréolaire ou gélatiniforme), mais cette incurabilité est due à la viscosité, à la non-fluidité de la matière albumineuse ou gélatiniforme qui remplit leurs aréoles;

2° Les kystes vésiculaires, également remplis de liquide visqueux.

Ici, point de traitement palliatif : la ponction n'amènerait rien ou presque rien ; point de traitement curatif, car il n'y aurait qu'un moyen de guérison, l'extirpation, et je ne pense pas que cette opération hardie doive prendre rang de cité dans la science : le succès ne justifie pas toujours les entreprises téméraires.

3° Sont également incurables, autrement que par l'extirpation, les kystes multiloculaires à poches très multipliées et non communiquantes, à contenu presque toujours albumineux.

Les seules espèces susceptibles à la fois d'un traitement palliatif et d'un traitement curatif, sont les espèces uniloculaires, lesquelles sont heureusement les plus communes. Le problème thérapeutique des hydropisies de l'ovaire doit donc être posé en ces termes : Les kystes uniloculaires sont-ils susceptibles d'un traitement curatif, et quel est ce traitement ?

La règle que j'ai suivie jusqu'ici, celle que m'ont enseignée mes maîtres, c'est d'ajourner le plus longtemps possible la première ponction, car une première ponction en appelle bientôt une deuxième, et les ponctions se succèdent avec d'autant plus de rapidité, qu'elles ont été plus répétées ; les malades s'épuisent et meurent. Cet ajournement de la première ponction était une règle invariable, d'autant plus que cette opération est loin d'être toujours inoffensive ; qu'en outre des kystes uniloculaires peuvent rester stationnaires, qu'il en est même qui rétrogradent ou guérissent par une sorte d'absorption. J'ajoute qu'il est des kystes ovariques qu'on pourrait caractériser par l'épithète de *flasques*, parce qu'ils offrent la mollesse d'une poche incomplétement vidée ; ils sont compatibles avec une longue vie ; j'en ai vu un à la Salpêtrière, qui datait de trente ans ; le vénérable Lallemant s'était constamment refusé à faire la ponction.

Jusque dans ces derniers temps, l'art n'offrait donc aux femmes affectées de kystes de l'ovaire, que le traitement palliatif. La guérison était l'exception, elle avait lieu quand une inflammation spontanée ou provoquée par la ponction s'emparait de la tumeur. Quel est le praticien qui n'a pas gémi de cette insuffisance de l'art en présence d'une lésion qui n'est pas incurable de sa nature, qui se développe dans la jeunesse aussi bien que dans l'âge adulte et la vieillesse, et constitue toujours une très grande infirmité. J'ai donné des soins à une jeune fille de 17 ans, d'une excellente santé d'ailleurs, pour un kyste flasque de l'ovaire ; cette année même j'ai été consulté pour deux jeunes personnes, l'une de 19 ans, l'autre de 21 ans : l'une a un kyste uniloculaire, chez l'autre il m'a paru multiloculaire, chez toutes deux albumineux.

Le moment est venu de décider si le traitement curatif des kystes ovariques est avoué par l'art et quel est ce traitement.

Comme notre honorable collègue M. Trousseau, j'ai reculé jusqu'à ce jour devant les tentatives d'un traitement curatif. Autre chose en effet est une opération grave, pratiquée pour une maladie grave, autre chose est une opération grave pratiquée pour une lésion qui se concilie avec une longue vie. Pour ma part, je le déclare, je n'ai pas encore donné à une seule femme le conseil de se soumettre au traitement curatif. Mais assez de faits ont été recueillis autour de moi pour que mes idées aient dû être modifiées à cet égard. L'autorité de M. Jobert, qui a pratiqué sans accidents trente injections iodées dans des kystes de l'ovaire, a complété ma conviction sur l'innocuité que présentent le plus souvent les injections.

M. Nélaton m'a dit aujourd'hui même avoir traité par la ponction suivie d'injections iodées, quatre kystes séreux, et six à huit kystes albumineux : il a obtenu la guérison dans les premiers cas ; mais dans ceux de la seconde catégorie, rien n'a pu arrêter le flux albumineux dont la surface interne de la tumeur était le siége. Ces renseignements sont d'autant plus précieux pour moi, qu'ils confirment parfaitement les idées que je viens d'exposer, et cela sans que M. Nélaton ait eu connaissance de mon opinion sur ce sujet.

Le traitement curatif doit donc désormais entrer dans le domaine de la pratique. Mais quelles sont ses conditions, quelles sont ses limites ; c'est là toute la question.

Les kystes uniloculaires, les kystes multiloculaires à cellules communiquantes et les kystes multiloculaires à cellules non communiquantes, dans lesquels il y a prédominance d'une, de deux ou de trois poches, sont les seuls qui comportent un traitement curatif. Un grand écueil pour toutes les méthodes curatives est la structure morbide des parois des kystes, la facilité avec laquelle l'inflammation du tissu fibreux ou fibro-séreux accidentel, se termine par suppuration ou même par gangrène. Dans les hydropisies des membranes séreuses, l'hydrocèle par exemple, la séreuse ayant conservé ses propriétés vitales, et ses qualités de tissu, tend essentiellement à l'adhésion ; dans l'hydropisie ovarique au contraire, on a affaire à des tissus fibreux accidentels, d'une vitalité si faible qu'elle peut à peine suffire au travail de l'inflammation.

Les faits suivants ne sortiront jamais de ma mémoire.

Une jeune femme de 26 ans, déjà mère de trois enfants, me fit appeler en 1831 pour un kyste énorme de l'ovaire ; elle était d'ailleurs brillante de santé et d'une très forte constitution. Je reconnus un kyste séreux uniloculaire. L'avis de Récamier, de M. Jadioux et le mien, fut d'ajourner le plus possible la ponction ; mais bientôt l'état de la malade s'aggravant, il fallut bien s'y décider. Or, douze heures après la ponction qui n'avait présenté rien de particulier et qui avait donné un liquide séreux parfaitement limpide, douze heures après : frisson violent, douleurs abdominales excessives, décomposition de la face, pouls misérable, bientôt délire, sueurs froides, cyanose, mort en 48 heures. Nous obtînmes l'autopsie. Mes confrères et moi nous avions diagnostiqué une péritonite suraiguë ; point du tout, c'était une inflammation gangréneuse des parois du kyste, le péritoine était intact.

Dans un autre cas, chez une dame anglaise de 45 ans, j'avais diagnostiqué un kyste uniloculaire albumineux ; prévoyant une grande viscosité du liquide, je retardai la ponction le plus possible. Comme dans le cas précédent, elle devint indispensable. M. Pinel-Grandchamp la pratiqua en ma présence ; le liquide avait un peu plus de consistance que le blanc d'œuf, si bien qu'il ne s'écoula que lentement et en bavant ; deux litres à peine ayant été obtenus au bout d'une demi-heure, notre confrère injecta de l'eau tiède, dans le but de délayer le liquide et et de faciliter son écoulement. Mais son attente fut trompée. Le liquide albumineux ne sortit ni plus ni moins qu'avant l'injection. Plusieurs heures ayant à peine suffi pour diminuer d'un tiers ou d'un quart le volume de la tumeur, notre confrère crut devoir s'en tenir là et se retira. Le lendemain matin, frissons violents, décomposition de la face, sueur froide, douleurs abdominales excessives, mort en 48 heures. Il est difficile de dire quelle part a eu l'injection d'eau tiède dans l'issue funeste de la malade, je serais disposé à croire qu'elle n'y a pas été tout à fait étrangère. En vain objecterait-on que l'eau tiède est un liquide inoffensif, il n'est pas de liquide inoffensif pour certaines surfaces : chez un homme à qui j'avais fait la ponction d'un kyste du foie et qui dans un mouvement brusque avait écarté ma main et fait sortir le trocart de la plaie, l'épanchement dans la cavité abdominale d'un liquide hydatique transparent comme de l'eau, devint la cause d'une péritonite comme jamais peut-être je n'en ai observé de plus graves.

Dans un troisième cas, chez une femme de 25 ans, qui n'avait jamais eu d'enfants, la ponction étant devenue indispensable, j'eus l'idée de tenter la cure radicale en laissant la canule du trocart dans l'ouverture. Mais au bout de trois heures, la malade ayant accusé une douleur vive dans l'abdomen, je retirai la canule ; les symptômes d'une péritonite, ou plutôt ceux d'une kystite ovarienne extrêmement intense ne tardèrent pas à se manifester, et la malade succomba le quatrième jour. L'autopsie a été refusée.

Ce n'est donc pas une petite chose que la simple ponction des kystes de l'ovaire ; témoin les tableaux statistiques présentés par M. Trousseau.

Quel contraste entre ces statistiques et les affirmations de celui de nos jeunes confrères qui a attaché son nom au traitement des kystes ovariques par les injections iodées ! « La ponction ou les ponctions successives, dit-il, pratiquées convenablement, n'offrent pas le moindre danger, que les kystes soient simples ou compliqués. » Une si grande sécurité, même à l'endroit des kystes compliqués, est loin de me rassurer, à moins d'admettre que les injections iodées, loin d'ajouter à la gravité des ponctions, n'aient la merveilleuse propriété d'en neutraliser les effets !

Cependant, les cas de mort à la suite d'une simple ponction sont l'exception ; les trois malheurs que je viens de citer sont les seuls que j'aie vus dans ma pratique ; dans l'immense majorité des cas, la ponction est bien supportée : il semble même que la tolérance pour cette opération augmente à mesure que les ponctions sont répétées. J'ajouterai que l'inflammation kystique consécutive a pu être souvent combattue efficacement, et même qu'il existe des exemples de guérison définitive, lorsque l'inflammation du kyste, provoquée par la ponction, se termine par adhésion. M. Nélaton m'a dit avoir observé une guérison complète obtenue par une ponction unique.

M. Trousseau : Y a-t-il eu inflammation du kyste à la suite de cette ponction ?

M. Cruveilhier : Cela est au moins très probable.

Si la ponction palliative est impérieusement exigée par l'état des malades, la cure radicale, elle, n'est pas d'une nécessité absolue ; il est douteux qu'elle soit acceptée de longtemps par les praticiens, à moins qu'on ne trouve un moyen de contenir l'inflammation provoquée dans les limites de l'inflammation adhésive. M. Briquet, dont vous connaissez les excellents travaux, a pratiqué ou fait pratiquer plusieurs fois des injections iodées dans des kystes de l'ovaire, plusieurs fois il a usé du procédé de la canule à demeure, et presque toujours, surtout dans le cas où la canule a été maintenue, la suppuration du kyste est venue tromper ses espérances.

Voici dans quelles conditions la cure radicale me paraît susceptible d'entrer dans la pratique :

1° Dans le cas seulement de kyste uniloculaire séreux. Je me méfie des kystes albumineux ; non seulement à cause de la qualité du liquide, mais à raison de l'organisation du kyste qui m'a paru *plus morbide* que celui des kystes séreux.

2° Je ferai entrer en ligne de compte l'âge de la malade, sa constitution, sa position sociale, la volonté de la famille à laquelle on doit faire connaître la vérité tout entière, et les chances d'une opération très simple, mais qui expose beaucoup la vie de la malade.

Le moment d'opportunité pour la cure radicale doit-il se placer à une époque aussi rapprochée que possible de l'apparition des kystes ? faut-il attendre que la tumeur ait acquis un grand développement ?

Sans doute, théoriquement, il y aurait avantage à opérer lorsque le kyste n'a qu'un petit volume, car alors l'inflammation occuperait une moindre surface. Mais pratiquement parlant, qui oserait proposer une opération qui peut occasionner la mort en quelques jours, en vingt-quatre heures, à une jeune personne, à une jeune femme présentant les attributs d'une bonne santé, pour une lésion locale qui ne cause encore ni malaise ni douleur, qui ne trouble aucune fonction, pas même la menstruation, devant un kyste inoffensif qui peut rester stationnaire !

A mon avis, le seul moment d'opportunité pour le traitement curatif des kystes de l'ovaire, c'est celui où le traitement palliatif est devenu nécessaire par le volume considérable du kyste, et le trouble qu'il apporte à toutes les fonctions.

Quant aux deux méthodes entre lesquelles on a à opter (la ponction avec injections iodées comme pour la cure de l'hydrocèle, ou la ponction avec canule à demeure), elles ont le même but : l'inflammation adhésive des parois du kyste. Le danger qu'on a à redouter, c'est l'inflammation excessive du kyste ou du péritoine. Je crois que presque toujours on rapporte à la péritonite les accidents dus à l'inflammation du kyste, et que la péritonite à la suite de la ponction est infiniment plus rare qu'on ne le dit généralement.

La gangrène des kystes est rare. Le grand danger, le danger ordinaire, c'est l'inflammation suppurative qui ne se termine par la guérison que dans des cas extrêmement rares. Je prie MM. Malgaigne et Huguier de communiquer à l'Académie le beau fait de guérison d'un kyste purulent dont ils ont été témoins.

Le choix du liquide à injecter est d'une grande importance ; dans l'état actuel de la science, je ne connais aucun liquide plus propre à provoquer l'inflammation adhésive que la teinture alcoolique d'iode. Les préparations iodées sont, de plus, des antiseptiques puissants.

Les observations de M. Boinet établissent que tantôt un seule ponction, suivie d'injection, a amené la guérison ; que, d'autres fois, il a fallu renouveler l'opération, ce qui est un grand inconvénient. Mais il n'est pas impossible qu'on se fût un peu pressé pour renouveler l'opération, alors qu'un peu de temps aurait suffi pour la résorption spontanée du liquide. S'il fallait ainsi revenir plusieurs fois à de nouvelles injections, je préférerais le traitement par la canule à demeure, à moins qu'il ne fût démontré que la présence de la canule favorise l'inflammation suppurative, et, dans ce cas, l'ingénieux procédé de M. Barth devrait être pris en grande considération.

Conclusions : 1° Les hydropisies enkystées de l'ovaire sont une affection purement locale, qui ne comporte qu'un traitement chirurgical. Il est douteux qu'un traitement médical quelconque pût exercer la moindre influence sur leur marche progressive.

2° Il est des hydropisies de l'ovaire qui sont absolument incurables et qui ne comportent ni traitement curatif ni traitement palliatif, ce sont les kystes aréolaires, les kystes vésiculaires, et les kystes multiloculaires à cellules très multipliées et non communiquantes.

3° Il est au contraire des hydropisies de l'ovaire qui sont susceptibles d'un traitement palliatif et même d'un traitement curatif. Tels sont essentiellement les kystes uniloculaires séreux, les kystes uniloculaires albumineux, dont le contenu peut être évacué par la ponction, et les kystes multiloculaires à cellules communiquantes.

4° Sont susceptibles seulement d'un traitement palliatif les kystes composés, en partie uniloculaires, en partie aréolaires, ou vésiculaires ou multiloculaires.

5° Le traitement palliatif a pour objet l'évacuation pure et simple du contenu du kyste par la ponction ; — le traitement curatif a pour objet de déterminer le retrait et l'inflammation adhésive des parois du kyste.

6° La ponction même avec un gros trocart étant insuffisante pour évacuer le contenu des kystes, quand ce contenu est gélatiniforme ou extrêmement visqueux, l'incision de Ledran devrait lui être substituée avec les précautions nécessaires pour prévenir l'épanchement du liquide dans le péritoine.

7° A la proscription absolue de toute tentative de cure radicale des kystes ovariques établie comme règle jusque dans ces derniers temps, doit être substituée la prise en considération sérieuse des moyens curatifs proposés et mis en pratique.

8° Dans l'état actuel de la science, le traitement curatif des hydropisies de l'ovaire ne doit être tenté qu'avec une extrême prudence, même dans les conditions les plus favorables.

9° Le grand danger dans le traitement curatif, comme aussi dans le traitement palliatif, c'est l'inflammation purulente ou gangréneuse du kyste ; le choix du procédé à mettre en usage doit être dirigé d'après cette indication.

10° Le moment d'opportunité pour l'application du traitement curatif est celui où le volume du kyste commence à troubler l'exercice des fonctions.

L'Académie se forme en comité secret.

La séance est levée à quatre heures et demie.

COURRIER.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE MORTS EN ORIENT.

Souscription ouverte dans les bureaux de l'Union Médicale :

Sixième liste : MM. Rigal, de Gaillac, 20 fr. ; Frère, pharmacien, 20 fr. ; Landragies, 20 fr. ; Vidal, de Poitiers, 20 fr. ; Herpin, de Genève, 20 fr. ; Mazard fils, de Limoges, 10 fr. ; anonyme, 5 fr.

Total.	115 fr. »
Listes précédentes.	1,500 fr. 50
Total de l'Union Médicale.	1,615 fr. 50

— Le concours pour l'agrégation (section de l'anatomie, de la physiologie et des sciences accessoires) a commencé le 3 novembre, à midi. Hier a eu lieu l'épreuve par écrit. Le sujet de la composition était : *Du rein et de l'urine.*

Les compétiteurs sont, en anatomie et en physiologie, pour la Faculté de Paris : MM. les docteurs Dupré, Legendre, Rombeau et Rouget ; pour la Faculté de Strasbourg, M. le docteur Morel ;

En physique, pour la Faculté de Paris : MM. les docteurs Grassi et Guillemin.

En histoire naturelle, pour la Faculté de Paris, M. le docteur Baillon. Aucun candidat ne s'est présenté au concours pour la Faculté de Montpellier.

En pharmacie et en toxicologie, pour la Faculté de Paris, MM. les docteurs Ducom et Reveil. Pour la Faculté de Montpellier, M. le docteur Moitessier.

Aucun candidat ne s'est présenté pour la place vacante en chimie à la Faculté de Strasbourg.

— Par un décret impérial en date du 31 octobre 1856, rendu sur le rapport du ministre secrétaire d'État, de la marine et des colonies, ont été nommés dans l'ordre impérial de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier : M. Saint-Pair (Charles-Almire), second médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier : MM. Plomb (Jules), chirurgien de 2e classe de la marine ; Ségard (Auguste), pharmacien de 2e classe de la marine ; Serpin (Alfred-Louis), chirurgien auxiliaire de 3e classe ; Foiret (Gustave-Jean), chirurgien auxiliaire de 3e classe.

Erratum. — Dans les motifs de l'arrêt de la Cour impériale de Toulouse, publié dans notre dernier numéro, nous avons attribué à tort à une erreur du copiste l'expression formule *irritante*. Notre excellent et savant ami, M. Tardieu, nous a fait observer que c'est une expression juridique très employée au palais, qu'elle signifie qui *casse*, qui *annule*, du latin *irritus*, inutile. On nous excusera d'avoir ignoré qu'il existât des formules *irritantes* dans d'autres Codes que notre *Codex*.

Pour toutes les nouvelles, Amédée Latour.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc., etc., avec une *Introduction* par M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique, etc. — *Deuxième édition* revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'École de médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 135. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 8 Novembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille, 19, à Paris ;*
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Pathologie : Deux faits pour servir à l'histoire thérapeutique des kystes de l'ovaire. — II. Clinique médicale : Nouvelle observation de leucémie. — III. Statistique des causes de décès : Considérations sur la lettre du ministre de l'agriculture et du commerce à l'Académie de médecine. — IV. Académies et sociétés savantes. (Académie des sciences.) Séance du 27 octobre : Action du curare sur le système nerveux. — Terminaison des nerfs dans l'organe électrique de la torpille. — Mouvements particuliers des cellules plasmiques de certains animaux. — De l'érysipèle après l'ouverture d'abcès par le bistouri. — *Société médicale de Constantinople.* Résumé de la discussion sur le typhus. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causeries.

PATHOLOGIE.

DEUX FAITS POUR SERVIR A L'HISTOIRE THÉRAPEUTIQUE DES KYSTES DE L'OVAIRE ;

Par le docteur Th. Herpin, président de la Société médicale d'émulation de Paris, et président honoraire de la Société médicale de Genève.

Obs. I. — *Rupture spontanée d'un kyste ovarique pendant une grossesse ; péritonite guérie, récidive de l'hydropisie enkystée ; accouchement à terme. Ponctions réitérées ; second accouchement. Phthisie pulmonaire. Mort.*

Le 27 juin 1838, je suis appelé auprès de Mme Y..., femme d'un limonadier, rue de l'Ile, à Genève. Cette dame, âgée de 29 ans, de taille moyenne, bien conformée, d'un embonpoint médiocre, a les yeux noirs, les cheveux châtains et la peau brune. Fort sujette à la migraine depuis l'âge de 7 ans, elle la voyait revenir une ou deux fois par semaine, jusqu'à une date récente. La santé générale a, du reste, été toujours bonne. La première menstruation a eu lieu à 16 ans : les époques, peu régulières dans la première année, sont revenues dès lors toutes les quatre semaines, sans lacune ni retard ; elles ont manqué, pour la première fois, il y a quinze jours environ : Mme Y... est mariée depuis quinze mois seulement. Son mari me raconte qu'elle portait déjà une tumeur peu volumineuse au-dessus de l'aine droite ; la patiente était disposée à la croire d'une origine plus récente. Cette tumeur, après s'être accrue lentement jusqu'à la fin du mois dernier, a fait depuis un mois des progrès rapides et a commencé à déranger les fonctions intestinales.

La malade étant couchée en supination, les genoux relevés, la tumeur offre les caractères suivants : forme globulaire, un peu ovoïde ; surface lisse, régulière, sans bosselure ; elle se perd en bas dans le bassin et remplit le flanc droit, dépassant à gauche la ligne médiane de deux travers de doigt, et ne s'élevant pas au-dessus du niveau de l'ombilic. Elle a, en un mot, la forme, le volume et la situation d'un utérus à sept mois de gestation, fortement incliné à droite. Elle rend un son mat dans toute son étendue ; la main n'y perçoit aucun mouvement et l'oreille aucun bruit ; elle offre moins de rénitence et plus d'élasticité que la matrice contenant le produit de la conception ; la tumeur n'est un peu douloureuse à la pression qu'en arrière à droite. La malade ne souffre guère que quand, étant couchée sur le dos, elle se relève pour s'asseoir. Quoique se fatigant facilement, Mme Y... remplit tous les devoirs d'une vie active. Le toucher vaginal donne les résultats suivants : col de longueur ordinaire, un peu mou ; orifice entr'ouvert ; le segment utérin, que le doigt peut atteindre, n'offre que l'état ordinaire chez une femme non enceinte et bien portante. La miction est un peu douloureuse ; les urines peu abondantes et colorées ; les selles sont rares et difficiles ; l'appétit a diminué depuis un mois ; la langue est naturelle ; le pouls à 84 ; le teint bon. Il n'y a ni toux, ni dyspnée.

Je diagnostique un kyste de l'ovaire et je prescris le traitement suivant : 1° *Perchlorure d'or et de soude*, 0,05 ; *poudre d'iris*, 0,10 ; *à partager en 15 doses ; une poudre en friction sur la langue tous les matins après déjeuner ; avaler la salive.* 2° *La nuit, un cataplasme de farine de seigle, arrosé d'une solution d'hydrochlorate d'ammoniaque.*

Du 28 juin au 3 août, il ne s'est pas fait de grands changements dans l'état de la malade. La tumeur est restée à peu près stationnaire ; les variations de hauteur que j'ai remarquées certains jours tenaient à l'attitude : quand les jambes sont complétement étendues, elle dépasse l'ombilic de trois travers de doigt environ ; quand les genoux sont fortement relevés par la flexion des membres inférieurs, le sommet de la tumeur ne dépasse guère l'ombilic. Les selles sont devenues faciles, le plus souvent de bonne consistance, mais quelquefois relâchées ou même liquides, et répétées dans la même journée ; les urines ont pris de la fréquence, sans augmenter en quantité. Il s'est développé dans le côté *gauche* du ventre des douleurs qui s'irradient, avec le caractère névralgique, autour de la hanche et de la cuisse du même côté ; ces douleurs, qui reviennent par paroxysmes, sont devenues de plus en plus fréquentes, et de plus en plus intenses. Sans interrompre (si ce n'est depuis le 28 juillet) la médication aurique, j'ai combattu, sans beaucoup de succès, les souffrances, par des frictions de térébenthine ou de baume tranquille, par des potions laudanisées, des bains tièdes généraux, etc. Le volume général du ventre a augmenté : la malade ne peut plus agrafer ses robes ; les époques n'ont pas paru en juillet ; je soupçonne une grossesse. L'appétit a continué à diminuer ; la langue est naturelle ; le pouls variable de 60 à 80, suivant l'état antérieur de repos ou d'activité ; la peau naturelle ; le teint normal ; la céphalalgie rare et temporaire. Le 3 août, Mme Y... est à ses occupations ordinaires.

Le 4, à quatre heures du matin, la malade est prise de coliques et rend une selle en diarrhée, qui est suivie d'une crise de douleurs abdominales si intense, qu'elle lui arrache des cris. La souffrance cède au bout d'un quart d'heure, et Mme Y... se rendort. A six heures et demie, elle se lève comme à l'ordinaire ; nouvelle selle, nouvelle crise semblable à la précédente ; elle est obligée de se remettre au lit. Levée de nouveau à dix heures, elle est prise, dans le laboratoire, d'une douleur si violente, qu'elle s'évanouit ; on la reporte sur-le-champ dans son lit ; elle est glacée ; on doit la réchauffer avec des linges. Sa mère lui fait alors une friction sur l'abdomen et sent très distinctement la tumeur ; mais tout le ventre est gonflé, tendu et très douloureux. A onze heures, la patiente veut encore quitter son lit, où elle se trouve très souffrante et oppressée ; à peine assise, elle est saisie d'une forte douleur qui la fait encore évanouir. Cette crise est plus violente que l'autre ; le refroidissement est plus marqué et plus prolongé, malgré les soins qu'on prodigue. Arrivé à trois heures auprès de Mme Y..., je la trouve dans l'état suivant : tuméfaction considérable de tout l'abdomen ; aspect de tympanite ; à l'épigastre et aux hypochondres, son niveau dépasse celui des côtes et du sternum ; aucune apparence de bosselure ; au palper, sensation uniforme de rénitence peu élastique ; on ne rencontre plus dans la région occupée par le kyste la résistance qu'il offrait ; au reste, la vivacité des douleurs que provoque la palpation, surtout à droite, ne permet pas de pousser loin les investigations ; il est certain, cependant, que si la tumeur existe encore, elle a beaucoup perdu de son volume et de sa consistance. D'eux-mêmes, à mon arrivée, les parents m'annoncent que la tumeur a disparu. Indépendamment de tout contact, il y a de vives douleurs dans tout l'abdomen, en particulier à l'épigastre et dans le côté droit du ventre ; parfois elles remontent jusqu'aux clavicules. La percussion donne un bruit sonore dans toute la région sus-ombilicale, excepté à droite, et une matité plus ou moins manifeste dans le côté droit et toute la partie sous-ombilicale. Il n'a été rendu, depuis le matin, qu'une demi-tasse d'urine de couleur jaune foncé, et cette émission a été douloureuse. La patiente se plaint beaucoup d'oppression ; cependant la respiration n'est qu'à 35 ; mais elle est haute ; et, à chaque inspiration, le soulèvement des clavicules est très prononcé. Le décubitus est dorsal, la tête un peu élevée, les jambes fortement fléchies ; la malade remue les bras sans douleurs ; mais elle s'abstient de tout autre mouvement, quoique très fatiguée de son attitude à laquelle elle attribue ses douleurs lombaires ; la langue est d'un rose un peu vif et légèrement sèche ; la soif inextinguible, et l'ingestion des boissons est redoutée, parce qu'elle augmente la dyspnée. Il y a eu des nausées ; mais les douleurs, provoquées par le moindre mouvement, ont engagé la patiente à résister au vomissement ; le pouls est mou, faible, à 72 ; il n'a pas encore le caractère petit et serré de la péritonite ; la peau n'est ni chaude ni sèche ; il y a un peu de céphalalgie, de demi-somnolence et beaucoup d'affaissement ; mais les sens et les facultés intellec-

Feuilleton.

CAUSERIES.

Un Cercle médical à Paris. — Solennité de la séance de rentrée de la Faculté de Strasbourg. — Une annonce singulière. — Aventure de village.

L'actualité faisant défaut au feuilleton, il va prendre la liberté de se rejeter de quelques années en arrière et d'exhumer une de ses vieilles idées. Quand je dis exhumer, je ne parle que pour moi-même, car je ne crois pas avoir jamais directement ou indirectement communiqué cette idée au public ; elle me paraît donc vierge de toute exhibition.

Malheureusement, ce que je vais dire ne s'applique qu'à Paris, et j'en préviens tout de suite mes lecteurs des départements, afin qu'ils passent outre si le sujet ne leur présente aucun attrait.

Il a été fait à Paris, à différentes époques, plusieurs tentatives pour établir un centre de réunion spécialement destiné aux médecins de la capitale. Ces tentatives ont été tellement malheureuses, qu'il faut être piqué, comme je le suis, d'une sorte de tarentule à l'endroit de l'Association et des réunions confraternelles pour oser revenir sur ce sujet. Je l'ose cependant, non pas que j'espère voir aboutir mon idée, non pas que je sois décidé à faire autre chose que la produire pour sa mise en train, mais uniquement pour m'acquitter envers moi-même d'une sorte de dette, et pour que cette idée, si elle est jugée utile et praticable, soit recueillie pour des temps plus propices, et poussée plus tard par quelque esprit ardent et généreux.

Je n'ai jamais cru, pour mon compte, à l'impossibilité d'établir à Paris ce que je désignerai tout de suite par le nom de *Cercle médical*, afin d'être compris de tout le monde. Je n'ai jamais rejeté le principe d'une institution de ce genre, et mon opposition, si l'inertie est une opposition, n'a porté que sur les moyens d'exécution qui ont été proposés jusqu'ici.

Demander au corps médical un sacrifice d'argent, quelque léger qu'il soit, pour subvenir aux frais d'installation et de fonctionnement d'un Cercle, c'est s'exposer à un échec inévitable. Le corps médical, à Paris, comme partout, est trop obéré, trop épuisé, trop éprouvé par les circonstances générales dans lesquelles nous vivons, pour qu'il soit possible qu'il s'impose et de lui demander de nouvelles charges. D'ailleurs, en tout temps et dans les conditions les plus heureuses, l'idée d'un Cercle ne se présentera à l'esprit de la majorité des médecins de Paris que comme une utopie plus ou moins généreuse, et dont l'application, si elle était possible, aurait des résultats plus en puissance que réels, plus pour l'avenir que pour l'état présent. Et comme ils sont rares les hommes qui consentent à faire un sacrifice en vue d'une éventualité problématique, et d'un futur contingent éloigné, surtout quand il ne s'agit que d'un intérêt général et collectif, ce serait s'exposer à la plus complète déception d'attendre quelque chose d'un effort général et collectif. Il y a bien à Paris une centaine de médecins qui, en sacrifiant une partie du gain d'une seule de leurs journées par année, seraient en position d'instituer et de faire marcher un Cercle, mais c'est précisément sur ces riches confrères qu'il faut le moins compter, et cela je ne dirai pas par la meilleure, au contraire, par la plus triste mais la plus réelle des raisons, c'est qu'ils n'ont aucun intérêt à la fondation d'une institution semblable.

L'événement a prouvé l'inanité de telles espérances, dont la réalisation était demandée à de semblables moyens d'exécution ; on comprend donc que ce n'est pas dans cette voie que je voudrais pousser mon idée, ni des errements pareils que je voudrais suivre.

Je crois que l'institution d'un Cercle médical à Paris est une chose facile à réaliser, quand on le voudra, et sans grever le budget de qui ce soit d'un centime de plus.

On va crier au paradoxe et à l'imagination ; qu'on prenne la peine de me lire jusqu'au bout.

Et d'abord une petite profession de foi.

Il y a deux manières d'arriver à l'amélioration de toutes les choses de ce monde qui en sont susceptibles. L'une, prompte, expéditive, hardie, qui plaît surtout aux esprits entreprenants et amoureux des aventures, consiste à ne tenir aucun compte de ce qui est, et à se jeter résolument dans l'invention et dans la création. C'est la manière des grands esprits, des réformateurs célèbres, mais aussi des *renverseurs* stériles. L'autre, plus lente, plus circonspecte ou plus craintive, tient au contraire en grande considération les institutions existantes, loin de chercher à les amoindrir, les pousse doucement vers le progrès, les y excite par l'intérêt de leur gloire et de leur avenir, les prend comme bases même et comme éléments de ce progrès, et leur en attribue, s'il le faut, la plus grande part d'honneur et de mérite. C'est la manière des esprits plus pratiques que brillants, timorés sans doute, mais cherchant un résultat plus possible qu'éclatant.

Ai-je besoin d'ajouter que cette dernière tendance est celle de mon esprit moins révolutionnaire que modificateur, et cela par habitude, par tempérament, par impuissance, comme on voudra ?

Eh bien, fidèle à cette tendance ou entraîné par elle, si je voulais tenter l'organisation d'un Cercle médical à Paris, je commencerais par m'adresser à tous ceux qui, sous une forme ou sous une autre, ont déjà mis en pratique les principes d'association et je dirais :

Il existe à Paris quinze Sociétés libres de médecine ;

Douze Sociétés d'arrondissement ;

En tout vingt-sept petits centres de réunions confraternelles, sans compter nos Académies officielles et notre grande Association de prévoyance, institutions auxquelles il est impossible de toucher.

Cherchez à réunir ces vingt-sept petits centres dans un centre commun, et voilà votre Cercle médical tout fait, tout créé, tout inventé.

Cette fusion de toutes ces Sociétés — et je dirai tout à l'heure comment je l'entends — dans un même lieu, donnerait immédiatement à un Cercle : 1° un personnel ; 2° des fonds d'installation ; 3° des fonds de fonctionnement.

Un personnel : les quinze Sociétés libres de Paris donnent un personnel qui dépasse le chiffre de cinq cents médecins ; ci. 500

Les douze Sociétés d'arrondissement, à 50 membres chacune, en moyenne, donnent un total de six cents membres ; ci. . . . 600

Total général. . . 1100

Onze cents médecins de Paris faisant partie des Sociétés ou Associations ? Aurait-on pu espérer ou rêver un pareil chiffre !

Il est vrai qu'il faudrait retrancher de ce chiffre un certain nombre de doubles emplois, plusieurs de nos confrères, et cela fait honneur à leur zèle, faisant partie de plusieurs de ces sociétés à la fois. Mais si cette circonstance peut opérer une certaine réduction sur le chiffre du personnel, elle n'a aucune influence sur la question financière, puisque ces membres paient partout leur cotisation annuelle.

Des fonds d'installation : Chacune de ces Sociétés que je viens d'indiquer possède un fond plus ou moins considérable de réserve, fond qui leur est aujourd'hui inutile, sans emploi possible et qui trouverait une destination naturelle dans les frais nécessaires à l'installation du cercle. Il ne m'est guère possible d'évaluer qu'approximativement la richesse de ce fond de réserve. Je ne crois pas cependant m'éloigner beaucoup de la vérité en le fixant pour chaque Société, en moyenne, à la à la somme de 300 fr.

300 fr. multipliés par 27 donnent un total de 8,100 fr.

Huit mille francs pour subvenir aux frais d'aménagement, de mobilier, d'appropriation me semblent un bien joli chiffre quand on n'aspire pas à un luxe par trop aristocratique.

tuelles sont intacts; la face est légèrement pâle, les traits un peu resserrés, quoique non grippés; le nez un peu effilé. Je diagnostique : *Rupture spontanée du kyste, épanchement du fluide dans la cavité péritonéale, et péritonite commençante.* Je prescris : *douze sangsues sur le flanc droit, à faire couler le reste du jour; et en réappliquer douze autres sur le point le plus douloureux, quand les premières piqûres auront cessé de fournir du sang. Toutes les heures, une cuiller à bouche d'une potion contenant 24 gouttes de laudanum de Sydenham, dans 180 gram. de véhicule.* Eau de gomme pour boisson; ou eau de Seltz légère, en cas de nausées. *Repos le plus rigoureusement absolu; aucun changement quelconque dans l'attitude.*

A neuf heures du soir, consultation avec M. le docteur F. Mayor. La tuméfaction du ventre, la dyspnée, la faiblesse, la soif, la sécheresse de la bouche, la crainte de boire, l'effilement des traits, la pâleur, ont augmenté; le ventre est maintenant partout sonore, excepté à l'hypogastre. Mon confrère, qui palpe plus profondément que moi, ne trouve à droite aucun signe de tumeur; le son est d'ailleurs clair dans la région qu'elle occupait. Le pouls est à 80. *On confirme le traitement; les piqûres des premières sangsues coulent encore, au moyen de fomentations d'eau de lin.*

Le 5, à huit heures du matin, mêmes symptômes du côté du ventre, seulement les souffrances sont moindres et la palpation est moins douloureuse; nul signe de tumeur; uriné quelques gouttes, une seule fois. Sauf le pouls, qui est à 90, les symptômes généraux sont légèrement amendés. Il y a eu trois courts sommeils : *On n'a réappliqué que six sangsues; l'écoulement vient de tarir, la potion est achevée, la réitérer. Onctions toutes les trois heures sur le ventre avec un scrupule (1,30) d'onguent mercuriel double; même traitement.*

A neuf heures du soir, les douleurs et la sensibilité abdominale ont diminué; cependant la malade se plaint beaucoup des lombes. Urines très rares; point de selle. Pouls plus petit, plus serré, à 100; face un peu colorée; beaucoup de somnolence. Le lit s'étant affaissé sur le bord, et la malade craignant de tomber, je permets qu'on la ramène un peu au centre. *(Id. id.)*

Le 6 au matin. Le léger déplacement que j'ai permis hier au soir, quoique fait avec beaucoup de précautions, a provoqué de très vives douleurs qui se sont prolongées jusqu'à minuit et se sont accompagnées de refroidissement; dès lors, sommeil ou somnolence presque continuels. Il y a eu de fréquentes émissions de flatuosités; le volume du ventre est un peu moindre, sa sensibilité a encore diminué; le son est clair, excepté dans la région sus-pubienne; même rénitence des deux côtés; la dyspnée est sensiblement moindre; l'attitude la même; pouls 95. *Réitérer encore la potion; continuer les frictions; même immobilité.*

Le soir, à peu près même état. Il y a eu trois crises de douleurs abdominales et lombaires, d'un quart d'heure environ chacune, provoquées, dit la malade, par des borborygmes et accompagnées de sueurs froides, de refroidissement des jambes et de beaucoup d'angoisse. Urines rares; aucune évacuation alvine; pouls 90; toujours petit et serré. *Même traitement.*

Le 7, même état, sauf le pouls à 80; encore trois crises semblables à celles d'hier, et liées au même phénomène. *Même traitement.*

Le 8, le ventre est aussi tuméfié qu'hier; mais il tient du météorisme plus que de la péritonite; on distingue quelque peu les circonvolutions intestinales, surtout le colon transverse; la sensibilité et la résistance ont beaucoup diminué; on ne trouve de matité et de dureté qu'au-dessus de l'aine gauche, sur une hauteur d'environ trois travers de doigt. Il y a évidemment là une tumeur qui se perd derrière le pubis. (Est-ce la tumeur fortréduite qui, quoiqu'auparavant logée dans le flanc droit, appartiendrait à l'ovaire gauche, comme j'en ai vu un exemple? Telle est la question que, sans la résoudre, nous nous proposons avec M. Mayor.) La malade est, du reste, beaucoup mieux et sans fièvre. *Les frictions d'onguent mercuriel n'ont pas été interrompues; on a employé, en quatre jours, 30 grammes d'onguent. La potion n'a pas été discontinuée; aussi la somnolence a-t-elle été habituelle, et n'y a-t-il pas eu de selle depuis le 4 au matin. On continuera les frictions avec addition d'un huitième de camphre; on ne donnera la potion que de deux en deux heures.*

Le 10, la patiente était dans le même état. Elle se montrait indocile et son mari l'appuyait; celui-ci avait manqué d'égards envers moi, en faisant appeler mon confrère plus d'une fois sans ma participation. Mme Y... était hors de danger; je la recommandai par un billet à M. Mayor et je ne l'ai jamais revue. Cependant, j'ai dû à l'obligeance de mes confrères Mayor et Strœlin d'être tenu au courant de cette histoire jusqu'à son dénouement.

Le 12, la malade était complétement rétablie; *on cessa le mercure,* les gencives commençant à s'enflammer.

La tumeur indiquée au-dessus et à gauche du pubis devint très appréciable quand le ventre fut revenu à l'état naturel; elle continua à faire des progrès en s'élevant toujours vers la gauche, et on put, plus tard, s'assurer qu'elle n'était autre que l'utérus se développant par le fait d'une grossesse. Mais le kyste ne tarda pas beaucoup à reparaître et à s'élever à droite de la matrice, de manière à avoir atteint, au terme de la grossesse, le volume qu'il avait lors de sa rupture. Les douleurs de l'accouchement survinrent à l'époque présumée, mais le travail marchant lentement, quoique la tête se présentât bien, M. Mayor, craignant quelque accident par suite des violents efforts que faisait la malade, appliqua le forceps et amena un enfant vivant qui a survécu. Les suites de l'accouchement furent heureuses; les caractères du kyste ovarique se dessinèrent avec la plus grande évidence; et mon confrère m'avoua alors qu'à l'époque de nos premières consultations, il n'avait cru à l'existence antérieure du kyste et à sa rupture, qu'en vertu de la confiance qu'il avait dans mes habitudes d'observation. Il n'avait jamais vu, dans sa longue carrière chirurgicale, de semblable accident et un pareil dénouement.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

NOUVELLE OBSERVATION DE LEUCÉMIE;

Observation lue à la Société médicale des hôpitaux de Paris,

Par M. A. Becquerel, professeur agrégé à la Faculté de médecine, médecin de l'hôpital de la Pitié.

J'ai l'honneur de communiquer à la Société une observation nouvelle de leucémie. Elle a été recueillie avec le plus grand soin. L'analyse du sang a été faite d'une manière complète. Elle est donc intéressante à plus d'un égard, car elle contribuera à démontrer que la leucémie est bien une maladie à part et qui doit occuper une place spéciale dans le cadre nosologique.

Voici cette observation :

Maître (Pierre-Antoine), âgé de 46 ans, cambreur, est entré à l'hôpital de la Pitié, dans mon service, le 13 août 1856.

Cet homme habite Paris depuis dix-huit ans. Marié, il a eu treize enfants, il lui reste quatre filles. Ses conditions hygiéniques sont assez satisfaisantes; il gagne 2 fr. 50 c. à 3 fr. par jour. Se nourrit d'une manière convenable et mange tous les jours de la viande; il n'accuse aucun excès de quelque genre que ce soit.

Les antécédents morbides qu'il annonce sont les suivants : Il y a vingt ans, avant son arrivée à Paris, il eut des fièvres intermittentes tierces dont la durée fut environ de six semaines et qui ne se sont jamais reproduites depuis. De 1838 à 1849, sa santé a été excellente. A cette dernière époque, il eut un choléra très grave pour lequel il fut traité dans le service dont j'étais alors chargé à l'hôpital de la Pitié. Il en guérit complétement.

Depuis, sa santé a été assez bonne, il travaillait bien et solidement, il ne ressentait aucune souffrance, lorsque, dans les premiers jours de novembre 1855, il y a, par conséquent, à peu près dix mois, il commença à s'apercevoir que son côté gauche grossissait et il y perçut parfaitement l'existence d'une tumeur qu'il sentait grossir de plus en plus. Malgré cela, il continuait de travailler, mais cependant il sentait ses forces décroître. Les jambes devenaient plus faibles, elles étaient enflées le soir, mais le matin cette enflure se dissipait. Il devenait en même temps de plus en plus pâle et décoloré.

A la fin de juillet, ses forces le trahirent et il se décida à entrer à l'hôpital de la Pitié, où il fut admis dans un des services médicaux. Le diagnostic qui fut porté fut une tumeur des reins. Le malade voyant qu'on ne lui faisait subir aucun traitement, quitta l'hôpital au bout de huit jours. Il resta quinze jours chez lui, soigné aux frais d'une Société de secours, puis, enfin, il se décida à entrer dans mon service, le 13 août 1856.

État le 14 août :

Décubitus dorsal, la tête assez basse. Le teint et toute la surface de la peau sont complétement décolorés et d'une teinte jaune verdâtre, tout à fait analogue à celle des anémies profondes ou des cachexies avancées. Les jambes ne présentent aucune trace de l'infiltration dont elles sont ordinairement le siége quand le malade se lève.

Il n'y a pas de céphalalgie. Quelques vertiges de temps en temps, ainsi que quelques bourdonnements d'oreille. Les jambes sont très faibles, mais il n'y existe aucun signe de paralysie ni d'anesthésie. Les bras sont un peu plus faibles également, cela tient à ce qu'ils participent à l'état général.

Les lèvres, la muqueuse buccale sont pâles et décolorées; l'appétit est conservé; la soif augmentée. Il est constipé et n'a jamais eu de diarrhée. Il existe, dans le flanc gauche, une tumeur volumineuse qui est manifestement constituée par la rate, qui s'étend jusque dans la région iliaque gauche. Cette tumeur a 34 centimètres de haut sur 24 de large. Elle est lisse, unie, sans aucune bosselure. On y sent cependant les rudiments de quelques scissures. Aucune apparence de fluctuation n'y existe non plus que dans l'abdomen. Il urine facilement; les urines, pâles, décolorées, contiennent une très légère quantité d'albumine.

Le foie n'est pas hypertrophié.

Quelques battements de cœur existent. On trouve à la base un léger bruit de souffle doux au premier temps. Il existe également un souffle intermittent dans chaque carotide, mais pas de souffle continu. Le pouls bat 92 fois par minute. 24 inspirations.

A la partie postérieure de chaque poumon existe un peu de râle sous-crépitant; le malade se plaint de tousser quelquefois.

Je fais tirer du sang à l'aide de ventouses, et voici le résultat de mes observations :

Ce sang, examiné au microscope et à plusieurs reprises, m'a donné une augmentation notable du nombre des globules blancs. Une estimation approximative de ces données m'a permis d'affirmer qu'il y avait à peu près un globule blanc pour cinq globules rouges. Ces globules blancs avaient des caractères absolument semblables à ceux du pus.

Le sang ayant été défibriné, la fibrine qui fut extraite avait absolument les caractères de la fibrine normale, elle était aussi élastique et présentait les mêmes propriétés physiques.

Le sang défibriné ayant été placé dans une éprouvette, il se forma trois couches. La première ou la supérieure occupait la moitié de la hauteur du sang, elle était un peu louche et rougeâtre. Cette couche était constituée par le sérum du sang.

La deuxième couche blanchâtre laiteuse et annulaire occupait le douzième du sang total et, par conséquent, le sixième du volume des globules rouges. Elle était constituée complétement et entièrement par des globules blancs mélangés à peine de quelques globules rouges.

La troisième couche, enfin, qui occupait la moitié inférieure de l'éprouvette était constituée par des globules rouges mélangés de stries blanchâtres, indices de nombreux globules blancs qui infiltraient encore la masse des globules rouges.

Les frais annuels et de roulement : les 1,100 membres des Sociétés paient une cotisation annuelle qui varie de 6 fr. à 40 fr. Je prends, non pas la moyenne, mais un chiffre qui se rapproche le plus de la cotisation la moins élevée, celui de 10 fr. par membre, et j'arrive à un total de 11,000 fr.

Onze mille francs pour subvenir aux frais annuels du cercle, ce n'est pas sans doute le chiffre des dépenses d'un cercle comme ceux du Jockey-Club et des chemins de fer, mais il me semble que l'on peut raisonnablement et décemment faire les choses avec un pareil budget de recettes.

D'ailleurs, et sans que je puisse entrer dans aucun détail à cet égard, la cotisation annuelle n'est pas l'unique source des recettes des cercles, et ceux qui les fréquentent savent qu'ils sont susceptibles encore de quelques produits indirects et facultatifs.

Enfin, tous les médecins de Paris ne font pas partie d'une Société de médecine; il s'en trouvera bien quelques-uns parmi ceux-là qui voudront faire partie du cercle médical et dont la cotisation viendra ainsi grossir le chiffre du budget.

Voilà donc trouvés, comme je l'ai annoncé, les deux éléments d'un cercle, le personnel, l'argent, sans demander un centime de plus au budget des dépenses de chacun de nous.

Il y a plus et il faut surtout insister sur ce point, qui est une des conditions les plus sûres du succès, cette réunion de toutes les Sociétés dans un même lieu, peut et doit se faire sans porter la plus légère atteinte aux statuts, règlements, habitudes des Sociétés actuelles. Ce serait un simple déménagement et voilà tout.

Ce déménagement peut-il donner lieu à des objections sérieuses? Je ne les prévois pas. Les Sociétés actuelles sont disséminées aujourd'hui sur l'Hôtel-de-Ville, qui en abrite un assez grand nombre, sur la Faculté et ses dépendances, sur les Mairies, quelques-unes louent et paient un local particulier, d'autres se réunissent chez l'un de leurs membres; y a-t-il véritablement des motifs graves pour que ces Sociétés persistent obstinément à se réunir la plutôt qu'ailleurs? La petite mais fort stérile gloriole de siéger soit à l'Hôtel-de-Ville, soit à la Faculté, soit à la Mairie, l'emporterait-elle sur la considération des avantages que présenterait l'institution d'un centre médical? Je ne peux le penser, et je me plais à supposer à nos confrères de Paris plus de bon sens, plus de sens pratique surtout.

Ces avantages de la réunion dans un centre commun, les énumérerai-je? Ils doivent frapper tous les esprits par la seule énonciation du fait, et par des développements quelconques je ne convertirais pas ceux qui n'en sont pas saisis. D'ailleurs, il ne faut pas vider ainsi son sac du premier coup, et si, par aventure, l'idée que je jette aujourd'hui parmi mes confrères parisiens éveillait quelque attention et tant soit peu de sympathie, il est certain que surgiraient aussitôt des objections qu'il faut se réserver de combattre opportunément. Si, ce qui est plus probable, cette idée allait tout doucettement s'enterrer dans le silence général et l'indifférence commune, j'en serais pour mes frais d'éloquence. Sachons attendre.

Cependant je ne suis pas au bout de mes colonnettes, et M. Nicolas m'assure qu'il y a là un hiatus profond qu'il faut combler. Quel affreux tyran que ce M. Nicolas! Voyons, cherchons bien... Tandis qu'à Paris, la séance de rentrée de la Faculté se passera selon les us et coutumes, éloge d'un professeur défunt, proclamation des prix, programme un peu maigre pour une École aussi célèbre, la Faculté de Strasbourg prépare au contraire une véritable solennité pour sa séance de rentrée. On sait que la Faculté de Strasbourg est devenue en même temps l'école médicale spécialement affectée aux élèves qui se destinent à entrer dans le service de santé de l'armée. Or, M. le ministre de l'instruction publique a voulu que l'inauguration de ce nouvel ordre de choses se fît avec solennité, et il a délégué M. l'inspecteur général Bérard pour présider la cérémonie. D'un autre côté, M. le ministre de la guerre a désiré que l'armée fût représentée aussi à cette fête, et M. l'inspecteur général Michel Lévy, directeur de l'École supérieure du Val-de-Grâce, a été désigné à cet effet. Attendons-nous à de beaux discours de la part de ces savants et éloquents confrères, sans compter ce qui pourra nous arriver du cru.

Est-ce fini? — Non, non, me crie mon féroce persécuteur.

Eh bien, voilà : Je lisais hier, dans les annonces du *Siècle*, un avis ainsi conçu : « On demande un médecin de l'âge de 40 à 45 ans, ne jouissant d'aucune aisance pécuniaire. S'adresser..... » Oh! par exemple, je ne donnerai pas l'adresse. Que diable veut faire ce Monsieur d'un médecin ne jouissant d'aucune aisance pécuniaire? Ne trouvez-vous pas l'expression charmante? Non, elle est fort triste, et l'annonceur n'aura, hélas! que l'embarras du choix, même avec la condition, plus triste encore, de l'âge qu'il impose. 40 à 45 ans..... médecin.... sans aisance pécuniaire..... Cela dit tout, mes chers confrères, et il faut que notre profession soit descendue bien bas, bien bas pour qu'on ose se permettre une annonce semblable.

Pour le coup j'ai fini ma tâche... — Mais non, crie en me poursuivant cet inexorable despote, il me faut encore quelques lignes.

— Eh bien, je vous déclare, Monsieur Nicolas, que je mets les suivantes sous votre seule responsabilité, tant pis pour vous, je m'en lave les mains.

Une de ces nuits dernières, près d'un village du département du Gers...

— Prenez garde! c'est le centre de la Gascogne.

— Aussi l'anecdote va-t-elle sentir son fruit; tant pis pour vous, vous dis-je; vous l'avez voulu.

— .... Un confrère est appelé pour un accouchement. Tout se passe bien, et la patiente reconnaissante veut et exige que son médecin emporte deux petites saucisses fraîches, parfumées à l'ail, dont elle le sait assez friand. Petit et naïf présent habituel aux mœurs simples des campagnes. Notre confrère accepte et part. Mais la nuit est obscure et froide; plusieurs kilomètres le séparent de sa demeure; il avise une lumière à la fenêtre d'une auberge où il est très connu; il frappe et s'asseoit devant le feu. La douce chaleur d'un foyer réjouissant, la fatigue et aussi l'heure avancée, font succomber notre confrère qui s'endort profondément et si bien que le petit jour le trouve ronflant sur cette chaise d'auberge. Deux voisins surviennent qui trouvent notre confrère dans cette position. De la poche entr'ouverte de son paletot, ils avisent les deux appétissantes saucisses. Le froid du matin fait dresser toutes leurs papilles linguales. — Si nous faisions une farce au docteur, disent-ils? Aussitôt fait que dit. Avec adresse ils exhument les saucisses, les placent immédiatement sur la braise ardente, et les dévorent, arrosées d'un petit vin blanc du pays. Cependant, le parfum de la grillade et aussi le bruit de la gaîté des convives, réveillent notre confrère. Au sourire moqueur des voisins, il devine vite le tour qu'on vient de lui jouer. Il fouille dans sa poche : — O malheureux, qu'avez-vous fait, s'écrie-t-il! les saucisses étaient empoisonnées; elles étaient destinées aux rats qui infestent ma maison. Eh vite, de l'eau chaude, de l'émétique..... Mais il sera trop tard.... Attendez! Et insinuant son doigt indicateur dans la gorge des gourmands, dont je vous laisse à deviner la piteuse mine, il les force à se débarrasser du corps du délit.

— Un prêté pour un rendu, leur crie le confrère en s'esquivant et se moquant de ses voisins.

Monsieur Nicolas, je vous préviens que cette anecdote est peu digne de notre feuilleton, et que vous auriez pu la garder pour un numéro du Mardi-Gras.

Amédée Latour.

Cette expérience m'a confirmé dans mon appréciation approximative de 1/5e pour la proportion relative des globules blancs et des globules rouges.

Analyse de 1,000 *grammes de sang.*

Quantité d'eau	839,398
Somme des parties solides	160,682
Globules rouges et blancs	70,857
Fibrine	4,050
Parties solides du sérum	85,705
Total	1000,000

Analyse de 1,000 *grammes de sérum.*

Quantité d'eau	909,756
Somme des parties solides	92,244
Albumine	75,852
Matières extractives salines et graisseuses	16,392
Total	1000,000

Le traitement employé chez ce malade fut le suivant : vin de quinquina 60 grammes chaque jour, 1 gramme de tartrate ferrico-potassique en quatre pilules. Frictions sur tout le corps avec un liniment aromatique stimulant. Bain alcalin tous les deux jours.

Un demi-litre de vin, quatre portions de rôti tous les jours.

Du 14 au 23 août, l'état ne change pas. Aucun mouvement de fièvre n'est observé. Le malade ne se sent ni mieux ni plus mal ; il est peut-être cependant un peu plus faible.

Le 23 août, le pouls s'accélère. Les selles deviennent liquides et l'abdomen un peu sensible. Le malade se plaint d'être altéré.

Le 24 et le 25, les caractères dysentériques de l'affection se caractérisent de plus en plus. Sa langue se dessèche, la soif très vive. Des nausées et quelques vomissements de temps en temps. L'abdomen est sensible au toucher, il y a du ténesme. Les selles sont fréquentes et constituées par un mucus sanguinolent. La peau est chaude ; le pouls bat 116 fois par minute ; le malade est très faible.

Traitement opiacé. Bain de son.

26 août. Le malade est très mal, il a à peu près perdu connaissance. Le pouls bat 136 fois par minutes, il est filiforme. 40 inspirations par minute. La dysenterie continue. Il meurt à midi, le 27 août, malgré les soins assidus qui lui sont prodigués. C'est manifestement à cette dysenterie aiguë bien caractérisée que cette terminaison fâcheuse est due.

Autopsie vingt-deux heures après la mort.

Coloration jaune verdâtre, anémique, plus caractérisée encore que pendant la vie, il n'existe aucune trace de sérosité ni dans le tissu cellulaire, ni dans l'abdomen, ni dans les plèvres.

A l'ouverture de l'abdomen, on trouve une rate énorme qui semble le remplir en entier. Cette rate extraite pèse 4 kilog. 400 grammes, c'est-à-dire près de 9 livres. Elle a 34 cent. de long sur 23 de large. Elle est lisse à sa surface, sans bosselures, sans tumeurs. La section montre une coupe homogène, lisse, dense et presque semblable en tous points à celle que donnerait la coupe du foie. Cette coupe ne permet aucune distinction du contenant et du contenu. Tout semble homogène, d'un rouge un peu sale ou plutôt grisâtre et devenant d'un rouge plus foncé quand on laisse quelque temps exposée à l'air la surface de la section. La densité du tissu est assez grande et il faut y enfoncer le doigt un peu fortement pour y pénétrer et pour dilacérer le tissu.

En raclant avec un scalpel ce tissu splénique ainsi hypertrophié, on obtient une bouillie d'un gris rougeâtre qui, soumise au microscope, donne une proportion à peu près égale de globules blancs et de globules rouges, sans autre élément hystologique. Il y a cependant quelques globulins. Quelques gouttes d'ammoniaque liquide, ajouté à un peu de cette bouillie extraite de la rate, ont fait disparaître les globules blancs et les globules rouges et l'ont transformée en une gelée rougeâtre, complétement transparente.

Le foie est parfaitement sain, un peu gros peut-être, mais sans altération de tissu.

Les reins sont sains, un peu congestionnés. Il existe, dans un des calices du rein gauche, un calcul d'acide urique du volume d'un haricot.

L'estomac et les intestins grêles sont sains et sans aucune altération de la muqueuse. Au milieu à peu près du gros intestin, c'est-à-dire dans le colon transverse, existe, dans une étendue de sept à huit pouces, une altération de la membrane muqueuse ainsi caractérisée : gonflement léger, injection pointillée très fine et par suffusion sanguine de la muqueuse, ramollissement de la partie injectée. Ce sont là sans doute les signes de la colite aiguë qui a précipité la fin du malade.

Poumons rouges et congestionnés.

Le cœur, mou et flasque, contient une grande quantité d'une bouillie gris rougeâtre et comme sanieuse. Elle est un peu visqueuse et on n'y trouve aucune trace de caillot. Cette espèce de sanie sanguine donne, au microscope, un nombre à peu près égal de globules blancs et de globules rouges. On ne peut la défibriner. La fibrine y reste tout entière, la malaxation et le battage le plus attentif n'ont pu séparer quelques grumeaux de fibrine. L'ammoniaque liquide la transforme en une gelée rougeâtre et transparente. L'analyse a donné les résultats ci-joints :

Analyse de 1,000 *grammes de sanie sanguinolente.*

Eau	776,459
Parties solides	223,541
Graisse	5,014

La présence de cette quantité de graisse explique l'action de l'ammoniaque.

STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

CONSIDÉRATIONS SUR LA LETTRE DU MINISTRE DE L'AGRICULTURE ET DU COMMERCE A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (1).

Nous omettrons également de parler des moyens propres à faire taire la susceptibilité des familles. Les précautions dont parle M. le ministre, qui ont été aussi proposées par le Congrès, entre autres, de ne pas mettre sur le bulletin le nom du décédé, sont bien suffisantes pour calmer des craintes qui, dans la pratique, se rencontrent excessivement rarement, et qui deviendront de plus en plus rares, à mesure que les citoyens seront éclairés sur l'usage purement scientifique des bulletins de décès. (Voir, pour plus de détails, notre compte-rendu du Congrès.)

Contrôle du bulletin de décès. — M. le ministre demande si la statistique nosologique serait facilitée par l'institution des médecins vérificateurs des décès. Nous avons récemment traité ce sujet avec l'étendue qu'il mérite (*Gaz hebdom.*, n° 2, 1856, ou le compte-rendu du Congrès, p. 27) ; nous ne reproduirons ici que nos conclusions :

1° Au double point de vue de la sécurité individuelle et *du contrôle* statistique du bulletin de décès, la création du médecin vérificateur du décès et de la cause du décès (1), est un progrès qu'il est très désirable de voir établir, non seulement dans les villes, mais aussi dans les campagnes, toutes les fois qu'il est possible de le faire, et il l'est souvent.

2° Le médecin vérificateur ne peut que contrôler et achever le bulletin de décès. Mais le nom et la durée de la maladie cause de mort *doivent* toujours être indiqués sur le bulletin *par le médecin traitant.*

C'est parce que cette précaution est omise à Paris, que les relevés des causes de décès qui se font dans cette capitale laissent notablement à désirer.

3° Le corps médical, loin de voir une charge dans cette exigence sociale, n'y peut voir qu'un accroissement d'importance et d'honoraires. Car s'il importe à tous, dans un pays civilisé, que chaque décès soit constaté, que sa cause *naturelle* soit officiellement vérifiée, il est de toute justice que les familles intéressées à cette constatation, indemnisent convenablement l'homme de l'art chargé de constater le décès (2). Il est d'ailleurs à notre connaissance que c'est ce qui se fait, sans aucune réclamation, dans plusieurs départements, entre autres dans le département de Seine-et-Oise, où nous exerçons.

Sanction législative. — M. le ministre demande ensuite à l'Académie « si elle juge nécessaire d'assurer par une loi la délivrance par le médecin, à chaque décès, du bulletin indicateur de la cause de ce décès ; ou bien si elle pense qu'il suffirait de son intervention sous forme de circulaire adressée à tous les médecins de France, pour vaincre les résistances d'une partie du corps médical. »

Nous avons dit et nous espérons avoir démontré toute l'importance sociale et scientifique qui s'attache à la bonne exécution de la statistique des décès. Mais cette nouvelle institution est-elle une chose passagère, ou la base d'un grand progrès social accompli ou en voie de s'accomplir dans la plupart des pays civilisés de l'Europe ? En France, ne doit-on même pas la regarder comme le complément de notre état civil ?

Eh bien, si ce n'est pas une mesure transitoire, passagère, mais, au contraire, un *desideratum*, enfin accompli, du progrès et de la civilisation ; si, comme il est arrivé pour notre état civil, cette institution doit prendre d'autant plus de valeur et de perfection qu'elle sera plus ancienne et entrée plus avant dans les habitudes de la nation, pourquoi différer de l'élever au même rang que l'état civil qu'elle complète ?

On objecte quelques résistances, quelques difficultés de pratique ; pourquoi donc ne pas donner à l'administration la fermeté et la persévérance qui ne peuvent dériver que de l'appui de la loi ?

Mais cette loi ne repousse point, elle appelle, au contraire, une circulaire justificative et explicative aux médecins de France ; et cette circulaire gagnerait certainement en autorité, partant d'un corps aussi justement célèbre et vénéré que l'Académie de médecine ; ainsi, au lieu d'accepter la disjonction des deux parties de la proposition de M. le ministre, nous demandons instamment qu'elles soient réalisées toutes deux.

Détails complémentaires du bulletin. — Enfin, le ministre demande si le bulletin doit contenir le sexe, l'âge et la profession du décédé (nous ajoutons, avec le Congrès, la durée de la maladie, le nom et le domicile *du médecin*). Dans tous les pays où on relève la cause des décès, en Angleterre, dans le canton de Genève, on fait entrer ces détails. D'abord, ces différents éléments ont une importance considérable dans la science : il n'est indifférent ni pour la science ni pour la société de savoir, ainsi que nous l'apprennent les relevés anglais (3), que la phthisie est la cause de la mort de près de la moitié des décédés de 15 à 30 ans. En un mot, parmi les points les plus intéressants de cette statistique, sont les rapports d'âge et de sexe avec les causes de décès.

Quant aux professions, elles offrent un si grand intérêt qu'à peine s'il est utile de s'étendre sur ce sujet. Comment pourrions-nous étudier le phénomène étrange et menaçant que nous présente la mortalité de l'armée, si nous n'avions à part les causes de décès du soldat ?

Connaître la mortalité des principales professions, c'est non seulement un problème dont l'hygiène publique réclame la solution, mais aussi un élément important pour les Sociétés d'assurance mutuelle ; la science et l'administration y sont aussi vivement intéressées. Sans doute, il ne faut pas fatiguer le médecin par des demandes trop minutieuses, mais il ne faut pas craindre de l'obliger à fixer son attention. Les détails demandés sont nécessaires à la bonne confection du bulletin : le sexe, l'âge, la durée de la maladie, sont des notions qui se contrôlent mutuellement : le bon accord de ces indications avec le nom de la maladie, est une preuve de l'attention et du soin apportés à la rédaction du bulletin. Et pour y mettre le sceau enfin, la double signature est une dernière et indispensable garantie.

Nous croyons, en effet, que les erreurs seront dues en plus grand nombre à l'inattention qu'à l'ignorance ; que c'est surtout contre cette inattention qu'il faut se prémunir. C'est pourquoi nous croyons que, partout où il sera possible d'établir un médecin officiellement chargé de vérifier les décès et de contresigner le bulletin déjà rempli par le médecin traitant, on instituera ainsi un contrôle fructueux, qui est nécessaire au bon accomplissement de toutes fonctions.

C'est également pour vaincre cette inattention possible d'un certain nombre de médecins, qu'une circulaire de l'Académie peut avoir les meilleurs résultats.

Quand les praticiens sauront bien que c'est une mission scientifique dont ils sont chargés, qu'on leur en aura fait comprendre l'importance et l'utilité, il n'y a nul doute que l'immense majorité ne regarde comme un devoir la bonne exécution des bulletins de décès.

C'est ainsi que, selon nous, peut être accomplie, *dès à présent*, une mesure qu'il appartient évidemment à notre siècle de mettre en vigueur : nous n'en voulons pour preuve que l'initiative prise simultanément par l'Angleterre, par la république de Genève, par la Bavière, par un certain nombre de villes allemandes, plus nouvellement par la Belgique, et bientôt par la Suède, car nous venons de recevoir une lettre du docteur Berg, secrétaire de la commission statistique de Suède (1), qui nous apprend que le Conseil de santé s'occupe en ce moment de l'organisation de cette statistique, et qu'on y prend en considération les idées que nous avons émises sur ce sujet. Le gouvernement de ce pays vient, d'ailleurs, de témoigner officiellement le désir qu'il a d'accomplir les vœux du Congrès de Paris, puisque le roi de Suède et de Norwège, dans son discours d'ouverture à la Diète scandinave, annonce qu'il proposera la création d'une Commission centrale de statistique, que le Congrès a recommandée à tous les gouvernements.

Cette agitation générale en faveur d'un seul objet, est le signe certain que les temps sont venus d'ajouter cette colonne à l'édifice du progrès.

La France, après s'être laissé ravir une initiative qui lui appartient souvent, sera-t-elle retenue en arrière des nations qui l'ont devancée pour cette fois ? Ce serait certainement contraindre ses habitudes et sa nature. Quand il s'agit de progrès, elle est souvent la première, jamais on ne l'a vue au dernier rang. Elle peut, dans cette circonstance, grâce à son unité, à sa belle et active administration, au savoir et au dévouement de ses médecins, reprendre vite le rang qui lui appartient, en fournissant à la science des documents plus riches et plus précis que les nations qui l'ont précédée. Et puisque le ministre s'en réfère aux lumières de l'Académie de médecine, nous n'avons pas à craindre que cette savante assemblée ne laisse notre pays au-dessous de ceux qui l'entourent ; nous ne doutons point qu'elle ne fortifie par son adhésion les vœux du Congrès international de statistique, vœux qui sont ceux de la science et de l'humanité.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 Octobre 1856.—Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

M. Kolliker lit successivement trois notes sur les sujets dont les titres suivent :

1° *Action du curare sur le système nerveux.*

Tout le monde connaît les expériences très intéressantes de M. Cl. Bernard, qui démontrent que, dans une grenouille, empoisonnée par du curare, les nerfs n'agissent plus sur les muscles, tandis que ceux-ci conservent toute leur irritabilité. Comme les déductions tirées par M. Bernard de ces expériences, savoir que l'irritabilité musculaire ou la faculté des muscles à se contracter est indépendante des nerfs, ont été mises en doute par plusieurs auteurs, notamment M. Eckhardt, de Giessen, parce que l'expérience de M. Bernard ne prouve pas que le curare paralyse les nerfs dans l'intérieur des muscles, j'ai pensé qu'il ne serait pas superflu d'entreprendre de nouvelles recherches sur le curare, et de chercher à déterminer l'action de ce poison sur les différentes parties du système nerveux.

Les expériences qui ont le plus contribué à me faire connaître l'action toute particulière du curare sont les *intoxications partielles*, que nul n'avait tentées jusqu'à présent. Dans une partie de ces expériences faites sur des grenouilles, je liais les deux arcs de l'aorte et j'empoisonnais l'animal à la tête, de manière que les jambes ne recevaient point de poison ; dans les autres, je coupais une jambe après avoir lié préalablement l'artère et la veine crurale en laissant toutefois le nerf ischiatique intact, puis j'empoisonnais l'animal au dos. C'est surtout cette dernière expérience qui prouve que le curare n'altère point les fibres nerveuses des troncs nerveux, mais seulement les nerfs des muscles mêmes ; car, dans l'expérience décrite, ces troncs (les nerfs lombaires de la jambe opérée) restent en fonction pendant deux, trois et quatre heures après la paralysie totale des autres extrémités. De plus, elle démontre que le curare n'agit point sur les nerfs de la sensation, ni sur la moelle épinière, car il est facile de déterminer des mouvements réflexes dans la jambe non intoxiquée en agissant sur les parties qui ont subi l'action du curare.

Je dirai donc :

1° Que le curare n'agit pas sur les nerfs de la sensation ;

2° Qu'il affecte peu la moelle épinière ;

3° Qu'il n'a presque aucune influence sur les troncs nerveux ;

4° Mais qu'il paralyse subitement les nerfs des muscles mêmes.

2° *Terminaison des nerfs dans l'organe électrique de la torpille.*

Suivant M. Kolliker, le vrai mode de terminaison de ces nerfs est le suivant :

Après avoir formé les ramifications pâles, regardées jusqu'à présent comme les véritables terminaisons, les nerfs se divisent en des rameaux

(1) Voir les numéros des 4 et 6 novembre.

(1) Quelques personnes ne saisissent pas bien l'importance du médecin *vérificateur officiel du décès et de sa cause.* La tendance de l'administration française est pourtant d'établir cette fonction partout où elle le peut ; c'est qu'elle juge avec raison, dans sa sollicitude croissante, qu'un médecin fonctionnaire sera plus libre dans son examen et sa déclaration ; elle croit aussi que sa visite obligée contribue à imposer une crainte salutaire aux tentatives criminelles, tandis qu'elle ne peut attendre les mêmes avantages du médecin *choisi* et *appelé* par la famille et en conséquence tenu au secret.

(2) On remarquera que, partout où le médecin vérificateur des décès sera créé, *lui seul* a besoin de se rendre au domicile du défunt, où il trouve le bulletin de décès, que la famille est allée réclamer au médecin traitant, et sur lequel celui-ci a inscrit le nom de la maladie et sa durée, sans qu'il lui soit utile de se transporter au domicile du décédé, puisque la vérification du décès est faite par le médecin officiel.

(3) Nous ne pouvons, à ce sujet, résister au désir de donner un exemple de la puissance des grands nombres pour annuler les erreurs de détail. On sait qu'à Paris le médecin vérificateur n'établissant son diagnostic que par l'inspection cadavérique et sur les dires de la famille, et non, *ainsi qu'il le faudrait*, sur un bulletin du médecin traitant, cette statistique est nécessairement entachée d'erreurs peut-être nombreuses ; d'autre part, l'inégalité de l'instruction des médecins anglais peut faire soupçonner l'imperfection qui doit se glisser dans leur diagnostic ; cependant, malgré ces motifs, malgré toute la divergence qui peut séparer deux nations dans leurs appréciations, dans leur doctrine, dans leur savoir moyen, malgré tout cela, nous trouvons la plus grande analogie entre les rapports de leurs décès phthisiques et les nôtres ; à Londres comme à Paris, sur 1,000 décès, 1/7e à 1/8e sont dus à la phthisie ; pour les deux villes, les âges de 15 à 40 sont ceux qui, relativement à la mortalité de ces âges, ont le plus à redouter de la phthisie ; dans les deux villes, les 4/10es environ des décédés de 15 à 30 ans succombent à la phthisie (*Ann. d'hy. et Registrar*). Ces analogies, dans des conditions où on aurait pu s'attendre à ne les point trouver, ne sont-elles pas de nature à rassurer sur la valeur des erreurs de détail qui se glissent forcément dans ces relevés ?

(1) Membre de l'Académie des sciences de Stockholm et du Conseil de santé.

pâles et très déliés, qui, en s'anastomosant de toutes parts, forment un *réseau nerveux* très élégant et délicat. Ce réseau, dont les fibrilles constituantes ne mesurent pas plus de 0,0005 à 0,0008 d'une ligne et dont les mailles offrent la même grandeur, forme à lui seul une membrane nerveuse particulière de 0,0008 à 0,001 de ligne d'épaisseur, qui est étendue dans tout l'espace d'une cloison de l'organe électrique, étant appliquée pourtant à une membrane homogène contenant des noyaux, qui lui sert de support. Chaque cloison de l'organe électrique, qui est séparée des avoisinantes par un petit espace contenant un fluide clair, est formée de cinq couches; au milieu se trouvent les grandes ramifications nerveuses et les vaisseaux sanguins supportés par un tissu conjonctif homogène, puis viennent des deux côtés les membranes délicates formées par le réseau nerveux décrit, qui sont recouvertes en dernier lieu par des membranes homogènes à noyaux, qui ne portent pas de traces d'épithélium du côté de l'espace contenant le fluide.

3° Mouvements particuliers des cellules plasmiques de certains animaux.

M. Kolliker signale, dans cette note, l'existence de mouvements spontanés dans les cellules plasmiques de certains individus de la famille des ascidies composés, et dans celles du tissu conjonctif gélatineux de la tête des torpilles électriques, etc.

(Les trois notes de M. Kolliker sont renvoyées à l'examen d'une commission composée de MM. Flourens, Milne Edwards et Cl. Bernard.)

De l'érysipèle après l'ouverture d'abcès par le bistouri.

M. A. Legrand soumet au jugement de l'Académie une note sur l'érysipèle après l'ouverture d'abcès par le bistouri, dont il relate deux observations ayant eu une terminaison fatale.

Le premier cas s'est présenté chez un homme âgé de plus de 50 ans, qui avait un phlegmon dans l'aisselle; le second chez un enfant de 6 semaines, qui avait eu plusieurs furoncles, dont un devint assez volumineux pour qu'on crût nécessaire d'en pratiquer l'ouverture.

Malgré les délais qui se sont écoulés entre le jour de l'opération et le moment de l'invasion de l'érysipèle (dix et quinze jours), on ne saurait mettre en doute la corrélation intime qui existe entre ces deux événements; de telle sorte qu'on peut affirmer que, si on n'eût point ouvert les deux abcès à l'aide du bistouri, il ne fût pas survenu d'érysipèle, et qu'il n'y aurait eu par suite aucune raison appréciable pour que les deux individus succombassent.

L'auteur en tire la conséquence qu'il faut, aussi souvent que cela sera pratiquable, substituer au bistouri pour ouvrir les abcès la potasse caustique, qui n'entraîne aucun des dangers de l'instrument tranchant. Je prouve, ajoute M. Legrand, par des faits puisés dans ma pratique, et dont un observé sur moi-même (ce qui m'a permis de bien apprécier l'action de la potasse caustique, que j'ai pu comparer à celle du bistouri dont j'ai subi aussi les atteintes), je prouve, dis-je, que cette manière de procéder, sans doute un peu plus longue, est infiniment plus commode, moins douloureuse, et surtout ne donne jamais lieu à l'érysipèle, circonstance qui domine toute la question. Bien loin de là (et j'en cite deux exemples qui me paraissent péremptoires), c'est que, si on applique la potasse caustique sur le centre de la tumeur dont le développement constitue l'érysipèle phlegmoneux, on arrête, on fait rétrograder même le travail inflammatoire et pyogénique. (Commissaires: MM. Serres, Andral, Jobert de Lamballe.)

— M. Fock prie l'Académie de vouloir bien hâter le travail de la commission à l'examen de laquelle ont été renvoyées ses précédentes communications concernant les proportions des diverses parties du corps humain. Il annonce avoir fait exécuter, d'après les règles qu'il a découvertes, une petite figure d'homme. Comparée à une figure de l'Apollon Pythien, ayant la même grandeur absolue, il s'est trouvé que les longueurs relatives des parties étaient aussi les mêmes. M. Fock en conclut que les proportions déterminées par lui sont précisément celles du célèbre canon de Polyclète. Quoique, d'après les développements donnés aujourd'hui par l'auteur, sa découverte semble concerner plutôt l'Académie des beaux-arts que l'Académie des sciences, la demande est renvoyée à l'examen de la commission primitivement nommée, commission qui, par le décès de M. Magendie, ne compte plus que deux membres, MM. Serres et Flourens.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE.

Séance du 20 Juin 1856. — Présidence de M. Fauvel.

Résumé de la discussion sur le typhus (suite).

Il a été établi précédemment, poursuit M. Fauvel, que, dans les hôpitaux de Constantinople, beaucoup d'individus sains, préposés au service des malades et beaucoup de malades eux-mêmes, avaient éprouvé les atteintes de l'infection typhique. M. Fauvel présente le chiffre général des malades en traitement qui, en février 1856, en ont été atteints, et, en signalant la nature et la proportion des diverses maladies, il établit que, si les diarrhéiques et les scorbutiques ont fourni le plus fort contingent, parce qu'ils étaient de beaucoup les plus nombreux, aucune des affections principales n'a eu le privilége de l'immunité.

M. Fauvel reproduit les faits communiqués par M. Arnaud au sujet de l'incubation, et, avec lui, il estime que l'incubation peut s'accomplir en dehors, comme au sein du foyer épidémique, que sa durée n'a rien de fixe, que d'ordinaire elle a été de huit à douze jours, mais qu'elle a été quelquefois au delà, sans avoir d'ailleurs de limites précises.

En définitive, dans l'opinion de M. Fauvel, l'étiologie est le point sur lequel les faits ont fourni les données les plus sûres: on sait, d'une manière certaine, les conditions de la production et de la propagation du miasme typhique, et, sous ce rapport, on est aussi avancé qu'à l'égard du miasme paludéen, fait d'une importance capitale, puisqu'il conduit avec certitude à la prophylaxie.

En résumé, dit M. Fauvel, de tout ce qui vient d'être exposé il résulte:

Que, en 1855 et 1856 une affection épidémique, ayant tous les caractères attribués au typhus des camps, a sévi sur les troupes alliées et sur l'armée russe en Crimée, et, consécutivement, dans les hôpitaux de Constantinople, d'Odessa, de Nicolaieff, etc.;

Que cette épidémie a pris beaucoup plus d'extension et a été plus meurtrière en 1856 que l'année précédente;

Qu'elle a commencé à se manifester avec les premiers froids, alors que les soldats, épuisés par de longues fatigues, une nourriture peu réparatrice, ou de mauvaise qualité, se sont entassés dans leurs tentes dans des tanières établies sur un sol fétide, imprégné de détritus de toutes sortes, alors que les ambulances, mal installées, mal pourvues, ont été encombrées de malades;

Que cette affection, importée dans les hôpitaux de Constantinople, s'y est propagée aux autres malades et aux personnes préposées à leur service;

Qu'elle s'est également propagée parmi les équipages chargés du transport des malades;

Qu'elle paraît avoir été l'effet toxique d'un miasme animal et des conditions où se trouvaient les troupes et les malades, se régénérant au sein de l'organisme et se transmettant par infection de l'atmosphère confinée et sous l'influence de l'encombrement;

Que la manifestation de cette intoxication, après une incubation plus ou moins longue, s'est traduite par des états morbides, identiques au fond, mais variables quant à la forme et à l'intensité, et en rapport avec les conditions dans lesquelles se trouvaient les individus affectés, ainsi qu'avec le degré plus ou moins grand de résistance de chacun;

Qu'elle s'est présentée sous des formes diverses suivant les saisons: plus souvent encéphalo-pulmonaire pendant la saison froide, et gastro-encéphalique dans les mois chauds;

Qu'elle s'est combinée avec les différents éléments morbides antérieurs ou concomitants (intoxication palustre, scorbut, diarrhée chronique, dysenterie, cachexies diverses), constituant alors des états morbides complexes, au milieu desquels on pouvait cependant reconnaître l'élément typhique commun;

Qu'à son degré le plus léger et le plus simple, elle s'est révélée souvent par des accidents éphémères: malaise général, brisement des membres, céphalalgie, vertiges, anorexie, nausées, mouvement fébrile, continu ou rémittent, le tout disparaissant au bout de quelques jours, parfois après des sueurs copieuses ou un exanthème cutané plus ou moins caractérisé;

Qu'à un degré plus accentué, on voyait, avec les mêmes symptômes, un état catarrhal des muqueuses et des troubles plus ou moins intenses des centres nerveux, qui se dissipaient encore après quelques jours de durée;

Qu'à un degré plus grave, la maladie prenait l'une des formes qui ont été indiquées et dans lesquelles les symptômes ataxo-adynamiques, qui constituent l'état typhique, donnaient à l'affection les caractères de ce qu'on a appelé *typhus confirmé*: c'était tantôt la forme sidérante rapidement mortelle, tantôt, après des phénomènes rémittents ou intermittents, une marche continue et progressive, tantôt un début lent et des phénomènes se développant avec régularité jusqu'à la terminaison heureuse ou fatale;

Qu'au milieu de ces variétés de formes, à part le cas d'une affection intestinale antérieure, la diarrhée n'a jamais été un des symptômes ordinaires de la maladie pendant les premiers jours, et que, quand elle a paru, c'est après avoir été provoquée par une médication spéciale;

Que si l'on voulait donner une description *type*, on serait fort embarrassé de choisir entre les diverses variétés qui ont été décrites, et que, faute de détails assez précis, l'embarras ne serait pas moins grand, si l'on cherchait à déterminer quels sont les signes pathognomoniques de la maladie;

Que de là découle la nécessité de rechercher ses caractères propres, non dans certains symptômes particuliers, mais dans leur agencement, leur évolution, leurs rapports, la marche, la durée de l'affection et dans les circonstances antérieures ou concomitantes;

Que de cette manière, et en attendant des recherches plus précises, il est possible de constituer la maladie et de la reconnaître; qu'ainsi, dans les conditions que nous avons vues, la coïncidence d'un mouvement fébrile, avec des phénomènes ataxo-adynamiques, qui ne sont pas en rapport avec la bénignité des localisations catarrhales ou autres, et l'apparition d'un exanthème particulier, le tout avec exclusion de certains symptômes propres à d'autres maladies, peut suffire à caractériser l'affection, quelles que soient ses formes et ses variétés;

Que, si les recherches anatomiques n'ont rien révélé de pathognomonique, elles ont du moins démontré l'absence de la lésion dothinentérique et fait voir une certaine uniformité dans les altérations, bien en rapport avec l'influence d'une cause indentique.

Il résulte enfin de tout ceci, que ces affections typhiques qui, à deux reprises différentes, ont sévi simultanément chez les alliés et les Russes, qui, nées sous les mêmes influences, ont présenté partout une physionomie semblable et des caractères communs, dans les symptômes, la marche, les terminaisons, les lésions anatomiques, ne sauraient être considérées autrement que comme un même état morbide, le véritable typhus des armées, partout identique au fond dans sa nature, quelle qu'ait été la diversité des formes et des complications.

C'est pourquoi il est impossible de séparer, autrement que par des degrés, les manifestations éphémères, les états typhiques, de ce qu'on a appelé le typhus confirmé, puisque tous ces cas, nés d'une même cause, ne peuvent pas avoir une nature différente. Ils ne représentent que les degrés divers d'une même échelle pathologique, les variétés d'une même espèce, au même titre que toutes les variétés de fièvre paludéenne, appartiennent à la même espèce par la nature de la cause.

Les caractères de l'épidémie étant ainsi déterminés, M. Fauvel passe à la comparaison du typhus actuel avec celui décrit par Hildenbrand et avec les diverses épidémies typhiques observées depuis cet auteur.

Les nosographies, fondées sur les apparences symptomatiques, étaient en honneur à l'époque où écrivait Hildenbrand, qui, comme l'a remarqué avec raison M. Moering, a englobé, dans sa description, les faits en apparence semblables. Hildenbrand a suivi la méthode des médecins naturalistes de son temps, et, frappé d'une certaine analogie, il a rattaché le typhus aux fièvres exanthématiques. Parti de là, il a, suivant la juste remarque de M. Netter, dû établir un type à développement régulier et à période fixes. Hildenbrand a dû admettre cependant des anomalies tellement nombreuses, qu'il est naturel de croire que, dans son esprit même, les anomalies constituaient la règle, et le type régulier la rare exception.

M. Fauvel expose la doctrine de Hildenbrand relativement au mode de transmission de la maladie qui, suivant cet auteur, s'accomplirait par le contact direct, et il établit que les faits récemment observés infirment absolument cette doctrine.

M. Fauvel montre ensuite que le typhus actuel est semblable à la maladie décrite par Hildenbrand, si l'on néglige le type régulier qu'il a admis pour les besoins de l'analogie, et si l'on s'en tient aux variétés de son typhus anomal; puis il passe à la comparaison de l'épidémie dont il s'occupe, avec celles qui ont été décrites depuis cet auteur.

M. Fauvel s'arrête surtout sur l'épidémie observée en 1829 au bagne de Toulon par MM. Pellicot et Fleury, sur celle de Philadelphie en 1835 dont Gerhard a donné la description: sur la grande épidémie d'Irlande de 1847 et sur celle qui a sévi en Bohême et en Silésie pendant les années 1847 et 1848.

Suivant lui, l'étude comparative de ces quatre épidémies suffit pour trancher la question. Il expose succinctement leurs principaux caractères, les rapproche de ceux de l'épidémie actuelle et montre la ressemblance frappante qui existe entre toutes: causes, symptômes, marche, transmission, lésions anatomiques, tout, en un mot, présente la plus grande analogie; et c'est, ajoute-il, une erreur de croire qu'elles différaient du typhus des armées.

Rappelant les observations de Shattuch en Angleterre, l'ouvrage récent de Jenner, et les faits observés en Allemagne, M. Fauvel établit que le typhus existe encore à l'état sporadique dans certaines contrées de l'Europe, et qu'il n'en est pas de même en France, où on ne l'observe que dans les bagnes, comme l'a signalé M. Arnaud. L'explication de ce fait se trouverait, suivant M. Fauvel, dans les conditions différentes au milieu desquelles vivent les populations de ces divers pays.

(La suite à un prochain numéro.)

COURRIER.

Erratum. — Dans le *Premier-Paris*, sur la séance de l'Académie de médecine, 2ème colonne, 1er alinéa, au lieu de: « soit par la gangrène des parois du kyste, soit par la péritonite foudroyante, » lisez: *par l'inflammation des parois du kyste, simulant une péritonite foudroyante.*

Hôpital de la Pitié. — M. le docteur Becquerel, agrégé de la Faculté de médecine, commencera ses conférences cliniques, à l'hôpital de la Pitié, le lundi, 10 novembre, à 9 heures du matin, et les continuera les lundi et vendredi de chaque semaine, à la même heure.

Les conférences du premier trimestre seront consacrées aux maladies de l'utérus.

Cours clinique sur les maladies chirurgicales des enfants. — M. le docteur Guersant, chirurgien de l'hôpital des Enfants, commencera son cours le jeudi 13 novembre:

1° Tous les jeudis visites, leçons et opérations de 8 à 10 heures;
2° Tous les jours visites à 8 heures.

Société médicale du Panthéon (12e arrondissement). — La prochaine séance de la Société aura lieu le mercredi 12 novembre, à 8 heures très précises du soir, à la mairie, place du Panthéon. — Ordre du jour:

1° Continuation de la discussion sur les maladies mentales.
2° État actuel de la jurisprudence sur les faits de communication de la syphilis par les nourrissons à leurs nourrices, par M. Guérin, avocat à la Cour d'appel.
3° Communication d'un travail sur la nature du suc de réglisse du commerce, par M. Dublanc.
4° Communications diverses.

Les membres des autres Sociétés médicales sont invités aux séances, qui ont lieu tous les deuxièmes mercredis de chaque mois. Les personnes qui désirent faire des communications à la Société, sont priées d'en informer le secrétaire général avant le 1er du mois.

Précis des maladies du foie et du pancréas; par V.-A. Fauconneau-Dufresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies du département de la Seine, lauréat de l'Académie impériale de médecine et de l'Institut de France, membre de la Société de médecine de Paris et d'autres Sociétés savantes, chevalier de la Légion d'honneur.

1856, librairie centrale de Napoléon Chaix et C°, éditeurs, rue Bergère, 20, et aux bureaux de l'Union Médicale, 56, faubourg Montmartre. Un vol. de 500 pag., format anglais, broché 5 fr.; élégamment cartonné, 6 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Sous presse pour paraître du 1er au 15 Décembre 1856:

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE POUR LA VILLE DE PARIS,

Fondé par **DOMANGE-HUBERT**, et continué par l'Administration de *L'UNION MÉDICALE*. — Vingt-huitième année. — 1857.

Les éditeurs de l'*Almanach général de médecine et de pharmacie* prient instamment les Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes de Paris et des arrondissemens de Saint-Denis et de Sceaux, dont les noms ne figurent pas dans la dernière édition, soit par erreur, soit parce qu'ils n'étaient pas encore établis dans le département de la Seine, d'envoyer le plus promptement possible, *franco*, à M. le Gérant de l'*Union Médicale*, faubourg Montmartre, 56, leurs NOM, PRÉNOMS, PROFESSION, DATE DE RÉCEPTION, DÉCORATIONS, TITRES OFFICIELS, HEURES DE CONSULTATIONS, et ADRESSE.

Les Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes de Paris et de la banlieue, qui auraient quelques renseignements ou réclamations à adresser aux éditeurs de l'*Almanach*, quelques rectifications à demander, sont invités à le faire dans le plus court délai possible, par la voie indiquée ci-dessus.

Grâce au concours de tous les intéressés, cette publication deviendra de plus en plus utile au corps médico-pharmaceutique du département de la Seine.

Tome X. — N° 136. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 11 Novembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56.
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, à *Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Jurisprudence en matière professionnelle : De l'incapacité légale, pour le médecin, qui résulte de l'article 909 du Code Napoléon. — II. Pathologie : Deux faits pour servir à l'histoire thérapeutique des kystes de l'ovaire. — III. Chirurgie : Résultats des opérations de phimosis par la méthode de Ricord. — IV. Académies et sociétés savantes. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Sur l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés chez les enfants. Discussion. — Communication sur le délirium tremens. Discussion. — V. Faculté de médecine : Arrêtés concernant les agrégés de la Faculté de médecine de Paris. — VI. Courrier.

JURISPRUDENCE EN MATIÈRE PROFESSIONNELLE.

DE L'INCAPACITÉ LÉGALE, POUR LE MÉDECIN, QUI RÉSULTE DE L'ARTICLE 909 DU CODE NAPOLÉON.

Nous regrettons sincèrement qu'aucun de nos lecteurs n'ait répondu au pressant appel que nous lui avons adressé dans notre numéro du 4 novembre dernier, relativement à l'arrêt de la Cour impériale de Toulouse dans une affaire d'application de l'art. 909 du Code Napoléon ; cependant nous ne nous en étonnons pas ; nos lecteurs ont dû se trouver aussi embarrassés que nous-même pour discuter un arrêt qui discute et qui tranche une pure question de droit. Aux motifs invoqués par la Cour de Toulouse, nous n'avons trouvé à opposer, dans notre ignorance de la science du droit et de la jurisprudence, que des raisons de bon sens, d'équité naturelle, de sentiment, et nous craignons que ces moyens ne paraissent insuffisants devant une question d'interprétation et d'application d'un article de loi. Il faudrait pouvoir produire une savante discussion de jurisprudence que nous sommes dans l'impuissance de tenter.

Dans cette conjoncture, et pour ne pas laisser nos lecteurs sous l'impression de la doctrine sévère, inexorable de la Cour de Toulouse, nous avons cru devoir emprunter au *Moniteur des hôpitaux* des réflexions, à notre sens, très judicieuses publiées à cette occasion par Me Émile Martin, avocat et docteur en droit dont on ne saurait contester la compétence, et dont tous nos lecteurs apprécieront le talent distingué.

Avant de reproduire les remarquables considérations auxquelles s'est livré Me É. Martin, qu'il nous soit permis de faire observer encore une fois au corps médical, qui semble s'endormir dans une douce quiétude, que sa situation vis-à-vis de la législation générale et souvent vis-à-vis de la jurisprudence, est une des plus graves qui puisse être faite à une partie du corps social. Ce n'est pas assez de la terrible et anxieuse question de la responsabilité ; de la question délicate et obscure du droit de réquisition ; de la question plus délicate encore de la déclaration des naissances ; de la question toute de cœur et de conscience du secret ; sans compter les chicanes et les misères en fait de questions d'honoraires ; voilà encore le médecin en présence de cet article 909, que l'interprétation inflexible de la Cour de Toulouse peut placer dans la situation la plus douloureuse, ou de perdre des avantages certains en cédant aux élans du cœur et aux instincts de la nature, ou, pour conserver ces avantages matériels, d'étouffer les plus chères, les plus saintes, les plus pieuses affections. Non, une doctrine qui exige de telles immolations, ou des intérêts ou des sentiments, ne peut être une doctrine vraie et équitable. — Amédée Latour.

Après avoir exposé les faits de la cause, Me E. Martin s'exprime ainsi :

Ainsi, voilà le docteur Ségur réduit à prouver, pour profiter des dispositions qu'a faites en sa faveur sa tante par alliance, qu'il s'est abstenu, quoique médecin, de lui donner des soins pendant la maladie dont elle est morte. A l'inverse de ce qui a lieu ordinairement, cet acte d'indifférence et d'ingratitude serait accueilli ici avec faveur et obtiendrait sa récompense. . . . . .

Quoi qu'il en soit, l'arrêt demeure comme document de jurisprudence, et c'est aux yeux des jurisconsultes ce qu'on appelle un arrêt de principe. Il peut, nous ne devons pas le dissimuler, exercer une grande et regrettable influence, surtout dans nos anciennes provinces du Midi. La Cour de Toulouse, on le sait, a hérité en partie de l'autorité morale qui s'attachait au parlement qu'elle a remplacé. A côté d'elle siége une Faculté de droit dont les membres sont fort considérés ; enfin, c'est à Toulouse, patrie de Cujas, qu'a été fondée récemment une Académie de droit et de législation qui jette en ce moment un certain éclat. Toutes ces causes font que les questions de principes agitées devant la Cour de Toulouse soulèvent d'intéressants débats, auxquels prennent part spontanément toutes les célébrités de la science juridique et du palais. Plus la contestation a eu de retentissement, plus la solution donnée par la Cour obtient naturellement de crédit, et dans l'affaire Ségur, cette solution a été conforme aux conclusions de l'avocat général. . . . . .

Qu'il nous soit permis seulement d'avouer que l'arrêt de la Cour de Toulouse nous a paru constituer un singulier anachronisme. Est-ce bien, en effet, à une époque où l'honorabilité du corps médical le place, dans l'opinion de tous, au-dessus des soupçons trop facilement accueillis par l'art. 909, qu'il convient d'étendre, au lieu de la restreindre, l'incapacité, nouvelle en législation, que cet article a établie ?

Qu'il nous soit permis également de nous récrier contre le ton généralement employé dans ces discussions, et qui tendrait vraiment à faire supposer que les médecins sont dans l'habitude de torturer leurs malades à l'article de la mort pour leur arracher des dispositions testamentaires. Si l'art. 909 a pris place dans notre législation, il faut bien se rappeler qu'il a été écrit à une époque où les professions qui touchent à l'art de guérir venaient seulement d'être arrachées, par une réglementation heureuse et puissante, à l'anarchie et à l'indiscipline dans lesquelles les avait laissées le siècle dernier. Dans l'état actuel de nos mœurs, il est au moins permis de douter de l'utilité de l'art. 909, et pour nous, ce qui nous a singulièrement frappé, c'est que, dans tous les procès auxquels le regrettable art. 909 a donné lieu, nous avons toujours vu le donataire joindre à sa position de médecin du testateur une qualité qui venait, comme dans l'affaire Ségur, expliquer la libéralité ; et s'il y a eu du scandale, il a toujours été dans le spectacle offert par la cupidité des collatéraux à laquelle ne pouvait imposer silence une qualité (celle de mari parfois) dont les titres et les droits sont respectés partout.

Mais, au surplus, la Cour de Toulouse nous paraît, en droit, avoir commis une erreur, et nous espérons que ceux qui voudront bien nous suivre dans les quelques explications que nous demandons à présenter à ce sujet, partageront notre appréciation.

La règle de l'art. 909 n'était écrite dans aucun texte de loi avant l'apparition du Code Napoléon. Seulement, la jurisprudence, par voie d'interprétation, avait créé quelque chose d'analogue. Le savant Pothier l'atteste dans un passage de son *Traité des donations*, que les rédacteurs du Code Napoléon avaient sous les yeux lorsqu'ils ont formulé la disposition de l'art. 909. Voici ce passage, dont les termes méritent d'être scrupuleusement pesés :

« Il y a des personnes à qui le testateur ne peut rien léguer, quoiqu'elles soient capables de recevoir des legs de toute autre personne. Telles sont toutes les personnes qui ont quelque pouvoir sur la personne du testateur, ce qui pourrait faire craindre la suggestion. C'est pour cette raison que l'ordonnance de 1539, art. 131, déclare nulles toutes donations entre vifs et testamentaires, faites au profit des tuteurs et autres administrateurs ; ce qui a été étendu par la coutume de Paris aux pédagogues, et par la jurisprudence aux médecins, chirurgiens, apothicaires, opérateurs, qui gouvernaient le malade dans le temps qu'il a fait son testament ; aux directeurs et confesseurs du testateur, au procureur dont le testateur était le client. »

Ailleurs, Pothier ajoute sur ce même sujet : « L'incapacité des confesseurs, médecins, procureurs et autres semblables personnes, n'étant établie par aucune loi, comme l'est celle des tuteurs et administrateurs, mais seulement sur la jurisprudence des arrêts, il s'ensuit que cette incapacité ne doit pas être si strictement interprétée. C'est pourquoi, lorsque les donations et legs faits à ces sortes de personnes sont modiques et n'excèdent pas les bornes d'une juste reconnaissance, ils doivent subsister. Lors même qu'ils sont plus considérables, *s'il paraît des motifs probables* qui aient pu porter le donateur à les faire, ils doivent subsister, comme si cette personne était un proche parent : par exemple, si ce confesseur, ce médecin, etc., était un petit-neveu du défunt, que le défunt ait rappelé à sa succession. »

Voilà ce qui existait avant le Code Napoléon. Examinons maintenant ce que ce Code a voulu faire relativement au point qui nous occupe :

L'art. 909 est ainsi conçu : « Les docteurs en médecine ou en chirurgie, les officiers de santé et les pharmaciens qui auront traité une personne pendant la maladie dont elle meurt, ne pourront profiter des dispositions entre vifs ou testamentaires qu'elle aurait faites en leur faveur pendant le cours de cette maladie.

» Sont exceptées : 1° Les dispositions rémunératoires faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus ;

» 2° Les dispositions universelles, dans le cas de parenté jusqu'au quatrième degré inclusivement, pourvu toutefois que le décédé n'ait pas d'héritiers en ligne directe ; à moins que celui au profit de qui la disposition a été faite ne soit lui-même du nombre de ces héritiers.

» Les mêmes règles seront observées à l'égard des ministre du cultes. »

Il importe de remarquer tout d'abord que, sous une législation qui posait ce principe nouveau et important « est défendu aux juges de prononcer par voie de disposition générale ou réglementaire sur les causes qui leur sont soumises » (art. 5, Code Napoléon), il était indispensable d'écrire dans la loi, si on voulait la maintenir, une incapacité que la jurisprudence ne pouvait plus légalement établir.

C'est ce qui a été fait pour les incapacités dont il est question dans les passages ci-dessus transcrits du *Traité des donations* de Pothier. Mais de quelle manière cela a-t-il été fait ? Il faut bien le reconnaître, loin d'accueillir tout ce que nous offrait l'ancienne jurisprudence, l'art. 909 a considérablement réduit les incapacités. Nous ne voyons plus figurer l'incapacité relative aux procureurs, que d'anciens jurisconsultes étendaient aux avocats, ni celle relative aux pédagogues. Faut-il croire que, par compensation, on a voulu donner une plus grande extension aux incapacités qu'on conservait ? Cette supposition est démentie par l'esprit progressif qui se manifeste dans l'ensemble des dispositions du Code Napoléon.

Si on a simplement voulu maintenir, relativement aux médecins, l'incapacité qui existait et telle qu'elle existait, comme l'atteste d'une manière évidente le choix des termes de l'art. 909, empruntés presque mot pour mot à l'ouvrage de Pothier, nous sommes en droit de dire que l'interprétation de la Cour de Toulouse dénature complétement le sens de la loi.

Nous ferons grâce à nos lecteurs d'une thèse de droit dans laquelle la Cour examine si l'art. 909 a pour base une présomption *juris et de jure*, ou simplement une présomption *juris* ; ces discussions d'école ont quelquefois pour effet d'égarer les meilleurs esprits.

Nous nous demanderons seulement, au point de vue du bon sens, ce qu'a voulu et ce qu'a pu vouloir l'art. 909. — Il ne faut pas, comme on le fait dans l'opinion contraire, réduire l'art. 909 à son premier paragraphe, mais le prendre dans son ensemble et le rapprocher en même temps de l'ancien état de choses auquel il se rattache par la tradition. Or, en procédant ainsi, on est frappé avant tout de ce fait qu'il maintient expressément les libéralités *rémunératoires* faites à titre particulier, eu égard aux facultés du disposant et aux services rendus.

Rémunératoires, voilà certes un mot significatif et qui trahit bien clairement la pensée de la loi ! Il nous avertit qu'à l'exemple de l'ancienne jurisprudence, la loi ne s'est préoccupée dans l'art. 909 que des relations de malade à médecin, que des questions de rémunération de services reçus.

Donc, ce que la loi a voulu proscrire, ce sont exclusivement ces libéralités exagérées qui auraient pour objet unique de récompenser les soins médicaux donnés au testateur.

L'examen de la seconde exception, admise par l'art. 909, vient confirmer l'interprétation tirée de la disposition relative aux dons rémunératoires. En effet, il s'agit, dans cette seconde exception, du cas où un héritier du testateur préféré à tous les autres, se trouverait avoir soigné ce testateur en qualité de médecin, pour la maladie de laquelle il est mort, et durant laquelle la libéralité aurait été faite. Bien que cette préférence puisse n'être que la manifestation d'une reconnaissance exagérée pour les services du médecin, la loi ne veut y porter aucune atteinte, parce qu'il faut laisser à l'esprit de famille une entière liberté ; mais qu'on y prenne bien garde, c'est parce que la loi maintient, dans le domaine de la famille, une libéralité qui peut avoir pour objet de rémunérer des soins médicaux d'une manière excessive, qu'il y a exception à la règle du premier paragraphe. C'est en ce sens que l'exception confirme la règle. Et il ne faut voir aucune relation entre cette dernière disposition et l'idée de Pothier sur les causes étrangères qui pouraient expliquer la donation.

Le cas, cité par Pothier, d'un rappel à succession d'un petit-neveu qui, sans cela, se trouverait exclu, n'est pas l'hypothèse de l'art. 909. Pothier ne le donne, du reste, que comme un exemple des motifs *probables* qui peuvent se présenter ; et il est facile, pour ceux qui savent ce qu'était dans l'ancien droit le *rappel à succession*, de se convaincre que les rédacteurs de l'art. 909 et Pothier ont raisonné sous l'influence de préoccupations différentes. Le raisonnement de Pothier sur les *motifs probables* de la libéralité appartient à un ordre d'idées que le législateur a laissées en dehors de l'art. 909, par cela seul qu'il ne s'occupait que des donations faites dans la dernière maladie à un médecin en tant que médecin.

Les principes posés par Pothier pour indiquer la limite d'application de la règle admise par l'ancienne jurisprudence, subsistent aujourd'hui encore avec la même force à l'encontre de l'art. 909.

Après les explications que nous venons de présenter, il ne reste plus qu'à se demander, relativement aux libéralités qui sont étrangères aux rapports du médecin et du malade, qui ont une cause autre que les services reçus, à celles dont l'*intention*, s'il est permis de parler ainsi, ne se rattache pas exclusivement à l'époque de la dernière maladie, si l'article 909 s'en est occupé, s'il y fait seulement allusion. La Cour de Toulouse l'affirme ; en cela nous croyons fermement qu'elle s'est trompée.

Pothier demandait, pour maintenir la libéralité, des motifs *probables* autres que la volonté de rémunérer les soins du médecin. Sous le Code Napoléon, on exigera plus encore, c'est-à-dire des *preuves* et non des probabilités ; et c'est assurément bien assez. Ces preuves, le docteur Ségur les avait fournies ; on ne pouvait, en droit, rien lui demander de plus.

Au surplus, telle nous paraît être l'opinion de jurisconsultes qui font autorité, et notamment de M. le premier président Troplong, lesquels admettent que, dès qu'il est certain que la libéralité dont le médecin a été l'objet a sa cause dans un sentiment d'affection antérieur et indépendant des soins qu'il a donnés au disposant, l'incapacité cesse.

Espérons que la doctrine de la Cour de Toulouse trouvera des contradicteurs, et qu'elle sera condamnée, le cas échéant, par la Cour de cassation. Cette Cour, en effet, a admis spécialement que la libéralité faite au mari médecin par sa femme durant sa dernière maladie, échappe à l'application de l'art. 909, ce qui est inconciliable avec la règle inflexible proclamée par la Cour de Toulouse. Si la Cour de cassation a sanctionné en faveur du mari une telle solution, ce n'est pas seulement, comme on pourrait le croire, parce que le Code Napoléon a relevé le mari de l'in-

capacité de recevoir des libéralités de sa femme durant le mariage, mais surtout parce qu'elle a reconnu que l'art. 909 n'a pu vouloir défendre de respecter les manifestations de l'affection conjugale.

C'est que, en effet, au-dessus des incapacités de recevoir domine, en matière de donations, ce principe, qu'il faut respecter le plus possible les sentiments, les inclinations et la liberté du donateur. Ce principe serait profondément altéré si on admettait la solution de la Cour de Toulouse, et si on négligeait de resserrer les incapacités dans leurs plus étroites limites, conformément à la vieille maxime : *odiosa restringenda.*

Il existe une restriction législative analogue à celle qui concerne les médecins, mais bien autrement importante : celle qui exige l'approbation du gouvernement pour l'acceptation de toute libéralité faite à des établissements religieux ou d'utilité publique. En cette circonstance, où la captation doit cependant, plus que jamais, être redoutée, à cause de la facilité avec laquelle peuvent être exploités les scrupules religieux des esprits faibles, on veut une décision basée sur l'examen des faits. — Pour la question qui nous occupe, l'intervention de la magistrature ne saurait être, jusqu'à un certain point, d'une nature différente. Le juge a à rechercher le véritable caractère de la libéralité. Faite pendant la maladie dont le testateur est mort, excède-t-elle les bornes du don rémunérateur de services reçus, et se rapporte-t-elle exclusivement aux relations qui ont existé de médecin à malade : la loi veut alors que la nullité soit prononcée. Au contraire, la libéralité a-t-elle sa cause dans un sentiment antérieur et étranger à ces relations, elle doit être maintenue. C'est, avant tout, d'après les faits qu'il faut prononcer.

Ainsi interprété, l'article 909 exprime de la part du législateur, une intention qui, si elle n'est pas à l'abri de justes critiques, peut du moins être comprise. Il ne donne pas à la magistrature un rôle aveugle et indigne d'elle, et il ne l'oblige jamais à tenir le langage que nous regrettons d'avoir trouvé dans l'arrêt de la Cour de Toulouse, et qui se réduit à peu près à ceci: « La sentence que nous allons rendre est, dans les faits particuliers de la cause, une évidente iniquité, mais elle est un hommage rendu à l'inflexibilité de la loi. »

MARTIN (Émile),
Avocat, docteur en droit.

PATHOLOGIE.

DEUX FAITS POUR SERVIR A L'HISTOIRE THÉRAPEUTIQUE DES KYSTES DE L'OVAIRE;

Par le docteur Th. HERPIN, président de la Société médicale d'émulation de Paris, et président honoraire de la Société médicale de Genève.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Ce fut en juin 1842, quatre ans après ma première visite à Mme Y..., qu'elle eut recours à mon ami M. Strœhlin. Le kyste avait pris, depuis quelque temps, un développement considérable; il gênait la circulation des membres inférieurs et y provoquait des douleurs aiguës. La malade avait de l'oppression et des rhumes fréquents avec accroissement de la dyspnée; des urines rares, un appétit médiocre, des digestions pénibles, des éructations, quelquefois des vomissements. La peau était sèche et écailleuse. Mon confrère, pendant quelques semaines, tenta sans succès divers diurétiques. Le 1er août 1842, il pratiqua une première ponction, il s'écoula 10 litres 1/2 d'un liquide citrin, transparent, contenant une forte proportion d'albumine. Le kyste étant vide en entier, on sentit alors très bien l'engorgement de l'ovaire gauche formant une tumeur du volume des deux poings. De cette date jusqu'au 22 août, M. Strœhlin pratiqua huit autres ponctions dont les résultats furent les suivants:

31 octobre,	8 litres	d'un liquide pareil au précédent.	
1er février 1843,	6 1/2	id.	moins transparent.
15 mars,	4 1/2	id.	id.
10 avril,	5 »	id.	trouble grisâtre.
1er mai,	5 1/4	id.	épais et verdâtre.
23 mai,	4 1/2	id.	id.
27 juin,	4 3/4	id.	id.
22 août,	4 litres	d'un liquide très épais s'écoulant difficilement.	

Mais, après la troisième ponction, celle du 1er février 1843, on s'aperçut qu'une tumeur du volume de la tête d'un enfant s'était développée à droite du kyste. A chacune des ponctions, le ventre diminuait toujours moins, et son volume avait peu changé après la dernière opération. En effet, Mme Y... était enceinte, et l'utérus qui occupait d'abord le côté droit de l'abdomen où la malade sentait des mouvements, tendit graduellement à l'envahir tout entier. Ce ne fut que sur les instances de la patiente que mon confrère consentit à la ponction du mois d'août 1843.

Les époques menstruelles, après une suspension de deux mois et demi, avaient paru, abondantes et prolongées, pour la dernière fois, au milieu d'août 1842. L'aménorrhée avait précédé de plusieurs mois la grossesse. En mai suivant, après la sixième ponction (liquide puriforme), les signes généraux et physiques d'une phthisie pulmonaire, ne laissèrent aucun doute. Le 14 septembre, Mme Y... accoucha rapidement d'un enfant à terme, couvert de taches livides, dont le cœur donna quelques pulsations, mais chez qui la respiration ne put s'établir. Le 2 décembre, la distension énorme du ventre et la suffocation décidèrent M. Strœhlin, malgré les progrès rapides de la phthisie, à faire une dernière ponction qui donna issue à 15 litres de liquide purulent. Trois semaines après, le ventre s'était beaucoup développé, et Mme Y... succomba avec tous les signes d'une phthisie avancée, le 26 décembre 1843, sept ans après le début du kyste, dix-sept mois après la première ponction. On ne put obtenir l'autopsie.

Ce fait pourrait fournir, à divers points de vue, d'intéressants commentaires: je me bornerai à quelques remarques sur les symptômes de la rupture du kyste et sur le traitement des accidents qui la suivirent.

La tumeur, évidemment, ne se vida que peu à peu; les premiers symptômes furent des coliques, une selle liquide et une crise de douleurs à arracher des cris pendant un quart d'heure; puis succédèrent deux heures de calme et même de sommeil. Bientôt une nouvelle crise de même genre fut suivie également d'un calme relatif. Six heures après la rupture, la malade s'étant levée, de violentes douleurs amènent un évanouissement et sont suivies d'un froid très vif; dans ce moment, la mère, en frictionnant sa fille, sent encore la tumeur. Nouveau repos, nouveaux mouvements pour se lever, nouvelle attaque de souffrance, évanouissements et froid plus prolongé. Onze heures après la rupture, lors de ma visite, les signes de la péritonite sont déjà prononcés. Sans rentrer ici dans les détails des symptômes ultérieurs, je puis rappeler qu'ils ont été, surtout les généraux, bien moins intenses que ne le sont, à l'ordinaire, ceux de la péritonite spontanée, et beaucoup moins surtout que ceux qui surviennent à la suite des ruptures ou perforations de l'estomac, des intestins ou de la vessie. Je suis loin d'attribuer entièrement cette atténuation des symptômes au traitement employé; et il me paraît impossible qu'on ne soit pas frappé de la différence d'action sur le péritoine : d'un côté, des matières alimentaires ou fécales, de l'urine, etc.; et de l'autre, d'un liquide albumineux, sécrété lui-même par une membrane qui paraît de nature séreuse; surtout quand ce liquide n'a pas subi de dégénérescence purulente (1). Cette différence est fondamentale, et je serais disposé à m'étonner beaucoup plus de la mort dans ces cas que du fait de la guérison, si la plupart des auteurs ne regardaient pas cet accident comme rapidement mortel.

Dans un cas semblable, comme dans tous ceux de rupture d'organes creux dans la cavité abdominale, les indications sont : 1° de réduire, ou tout au moins de ralentir, autant que possible, l'écoulement qui se fait par la perforation, et de ne pas multiplier, par les déplacements du liquide irritant, l'étendue des surfaces du péritoine en contact avec ce liquide; 2° de combattre l'inflammation qui résulte nécessairement de l'arrivée d'une substance étrangère dans la cavité séreuse.

L'absence, aussi complète qu'on peut l'obtenir, de mouvements volontaires et même passifs, pourvoit en partie à la première de ces indications : j'ai imposé le repos absolu avec autant d'insistance, au moins, que s'il se fût agi d'une hémorrhagie grave ou d'une fracture, et je crois qu'on ne saurait trop insister sur cette pratique. Mais l'immobilité des organes contenus dans l'abdomen et celle des parois de cette cavité, ne seraient pas moins utiles pour atteindre le même but et atténuer l'inflammation d'une membrane de frottement. L'opium, outre son utilité comme calmant, a l'avantage de ralentir la respiration et de diminuer les contractions actives des intestins et même de la vessie; je l'ai employé à doses suffisantes pour obtenir, pendant la période la plus critique, la suspension des évacuations alvines, la rareté de l'émission des urines, en même temps qu'une somnolence habituelle.

Comme moyen antiphlogistique, j'ai eu recours aux sangsues et à l'onguent mercuriel. J'ai préféré la saignée locale à la saignée générale, un écoulement de sang prolongé à un écoulement rapide, parce que l'expérience m'a démontré que le premier moyen était préférable au second dans les phlegmasies des membranes; du reste, il n'a pas dépendu de moi que le sang n'ait pas coulé plus longtemps. Le mercure, ce moyen héroïque dans la péritonite, a été employé à des doses qu'on pourra trouver trop modérées; cependant, au bout de peu de jours, les gencives étaient atteintes.

J'ai appuyé sur ces règles de traitement, sans avoir la prétention de rien dire de nouveau; mais il est des préceptes qu'il est bon de confirmer et de rappeler; il en est tant qu'on oublie ou qu'on néglige dans la pratique. En fait de règles utiles, il ne faut pas craindre les répétitions.

Obs. II. — *Guérison d'un kyste ovarique par résorption, à la suite d'un traitement sudorifique et d'une cure de purgatifs.*

Le 14 mai 1844, je suis appelé en consultation par M. le docteur Chanal, auprès de Mme Robert, aubergiste, rue Ancienne, à Carouge, près Genève. Mme R..., âgée de 35 ans, mais encore réglée, n'ayant eu que deux enfants (dont le dernier il y a dix ans environ), avait toujours joui d'une bonne santé, quand elle s'aperçut, il y a quelques mois, qu'elle portait, dans le côté droit du ventre, une tumeur que M. Chanal reconnut, dès sa première visite, être un kyste de l'ovaire. L'examen attentif que j'en fais ne peut que confirmer ce jugement. La tumeur offre la forme, la consistance, la disposition, etc., du kyste décrit au commencement de l'observation précédente; elle occupe également le côté droit; mais elle ne s'élève pas tout à fait jusqu'à la hauteur de l'ombilic. Dans ce cas, comme dans le précédent, la palpation, la percussion, l'auscultation, le toucher vaginal et l'examen de l'état des fonctions des organes abdominaux, ne laissent planer aucun doute sur le diagnostic. L'accroissement du kyste avait été assez régulier.

Mon confrère ayant inutilement prescrit divers diurétiques, je propose d'essayer la médication sudorifique, qui est sur-le-champ agréée. Voici comment on la pratiqua : Le matin, deux jours de suite sur trois, la malade était emmaillotée, suivant les us hydrothérapiques, dans une couverture de laine (sans drap), et prenait, toutes les demi-heures, jusqu'à transpiration, 0,10 de poudre de Dover. Il en résultait une sudation abondante, qui était entretenue, pendant cinq heures (2), avec une tasse d'infusion légère de sureau, donnée toutes les demi-heures, à dater de la cessation des poudres. La couverture était trempée, les matelas percés. En sortant de l'enveloppement, la malade était essuyée avec soin et transportée dans un autre lit où elle déjeunait; la une douce transpiration se manifestait pendant quelque temps.

En quinze jours de ce traitement, il s'était fait, dans la tumeur, un changement marqué; son volume et surtout sa consistance avaient sensiblement diminué; mais Mme R..., quoique mangeant bien, maigrissait, s'affaiblissait et était très fatiguée de sa cure; nous dûmes la discontinuer.

Après une semaine environ de repos, nous poursuivîmes un traitement purgatif; on administra tous les deux ou trois jours des pilules d'Anderson, qui amenaient des évacuations qu'on eut soin de modérer. Sous cette influence, l'appétit devint vif, les forces et l'entrain revinrent graduellement; mais l'amélioration ne se borna pas là; la tumeur continua à rétrograder graduellement, elle se retira vers la fosse iliaque.

A la fin de juillet, deux mois et demi après le début du traitement sudorifique, le kyste était rentré dans la cavité pelvienne, il fallait enfoncer les doigts derrière le pubis pour sentir là une sorte d'empâtement non circonscrit. Mme R... reprit ses occupations et gagna bientôt un embonpoint et une fraîcheur qu'elle n'avait pas eus depuis longtemps.

Deux ans après, cette dame quitta le canton de Genève, toujours très bien portante, et à la fin de 1847, trois ans et demi après sa guérison, elle vint me faire une visite; je ne la palpai point; mais elle, qui suivait si bien les moindres changements dans sa tumeur, m'affirma de la manière la plus positive qu'il n'en restait aucune trace. Au printemps de 1850, au rapport de la mère de Mme R..., il n'y avait pas eu de récidive; près de six ans s'étant écoulés depuis la résolution du kyste. J'ignore ce qui s'est passé après cette dernière époque.

N'étant pas le médecin ordinaire de la malade, je n'avais pas pris des notes détaillées sur ce cas; mais cette esquisse rapide a été soumise au contrôle du docteur Chanal; on peut compter sur son exactitude.

La médication sudorifique n'a pas eu tout l'honneur de la guérison; toutefois, elle me paraît avoir procuré le principal avantage, celui de décider le mouvement rétrograde, complété par les purgatifs. Le traitement des hydropisies par les sueurs me semble trop négligé par les praticiens; je lui ai dû mes plus beaux succès dans ce genre de maladies, soit qu'il s'agit d'ascite ou de graves anasarques; sans doute, ces succès n'ont été que temporaires quand l'hydropisie se liait à des affections incurables du foie et du cœur; mais c'était tout ce qu'on pouvait obtenir, et presque toujours dans ces cas, les diurétiques et les purgatifs avaient déjà échoué. Je crois que la médication sudorifique devrait être tentée, avec quelque rigueur, dans les kystes de l'ovaire, quand ce ne serait qu'à titre de palliatif, quitte à l'alterner avec les purgatifs ou les diurétiques. La rareté des avantages obtenus jusqu'à présent dans cette affection, par les traitements internes, tient probablement en partie à ce que, dans notre siècle si éminemment chirurgical, l'attention a été dirigée principalement sur les ponctions et injections. Le fait que je viens de raconter entraînera peut-être quelques praticiens dans une autre voie. Prévost (le physiologiste), homme très consciencieux et qui fut, comme praticien, l'un des plus habiles thérapeutistes de notre temps, m'a raconté quelques cas de guérisons durables ou temporaires d'hydropisies enkystées qu'il avait obtenues par des moyens internes. Il croyait, comme moi, que ces succès seraient moins rares, si l'on avait plus de confiance dans les ressources réunies de la nature et de la médecine. Cette opinion était celle des médecins de Genève appartenant à la génération qui a précédé la mienne. Quant à la ponction, ils étaient convaincus, par expérience, que les femmes atteintes de kystes de l'ovaire vivaient d'autant plus longtemps qu'on retardait davantage l'époque de cette opération.

(1) Ce commentaire a été écrit en 1848.

(2) Je n'avais conseillé que trois heures.

CHIRURGIE.

RÉSULTATS DES OPÉRATIONS DE PHIMOSIS PAR LA MÉTHODE DE RICORD.

Londres, le 6 Octobre 1850.

Monsieur le rédacteur,

Il s'est élevé récemment à l'Académie de médecine une discussion sur la meilleure manière d'opérer le phymosis, et si l'opération en elle-même ne présente pas beaucoup d'importance, la discussion en a gagné considérablement par la position éminente des membres qui y ont pris part. Comme la question n'est pas définitivement jugée, il est peut-être permis de venir produire quelques faits à l'appui, et, si vous voulez bien le permettre, je citerai les résultats que j'ai obtenus en suivant la méthode de mon excellent maître M. Ricord.

Et d'abord, il est bien entendu que je ne prétends point, en préconisant une méthode, amoindrir le mérite d'une autre; je voudrais seulement fixer l'attention sur le cas d'un enfant de 4 ans, que j'opérais il y a quelques mois.

Le père m'amena le petit malade pour le traiter d'une inflammation aiguë du prépuce, accompagnée de beaucoup de gonflement. Le prépuce dépassait le méat au moins d'un pouce, il était induré, et la verge entière avait doublé ses dimensions. Par l'ouverture, fort étroite d'ailleurs, s'échappait une matière purulente; miction fort douloureuse, santé générale assez bonne.

J'appris qu'il y avait phymosis congénial, et que l'écoulement se répétait de temps en temps. Le père m'assura qu'il était certain qu'il n'y avait point eu d'attouchements habituels; et j'attribuai les accidents au phymosis et à la stagnation de l'urine dans la cavité balano-préputiale. Par un traitement approprié, les accidents cédèrent en quelques semaines, pour reparaître aussitôt qu'ils ne furent plus combattus. Je conseillai alors l'opération que je fis exactement d'après la méthode de M. Ricord, aidé de mon interne, le petit malade étant endormi par le chloroforme. J'appliquai six serres-fines, et tout marcha bien; mais le phymosis se reproduisit, parce que j'espérais donner au petit malade un prépuce couvrant la moitié du gland et mobile sur celui-ci. En conséquence, je tombai dans l'erreur signalée par M. Ricord dans la discussion académique : « Si vous n'attirez pas assez le prépuce, par une résection nécessairement insuffisante, vous ne ferez que substituer un rétrécissement du tissu cicatriciel, à une étroitesse des tissus normaux. » Je dus donc opérer une seconde fois : les choses se passèrent parfaitement, et maintenant cet enfant présente l'apparence ordinaire des circoncis, et se trouve délivré de toutes les incommodités dont j'ai parlé plus haut.

Un fait assez intéressant, c'est que le phimosis avait, à l'état inflammatoire, non seulement excité une balano-posthite, mais c'est que je constatai, après la section lors de la première opération, que la sécrétion purulente était très prononcée *au méat*; c'était une véritable blennorrhagie, ou plutôt, comme s'exprime fort bien M. Ricord, une uréthrite. L'écoulement persista encore quelque temps après la seconde opération, et a cédé sans traitement direct.

Je dois dire que les serres-fines, dans ce cas comme dans quelques autres de la même nature, m'ont rendu de grands services. J'appuie sur

cette circonstance, car ces petits instruments trouvent fort peu de faveur ici; et plusieurs chirurgiens en contestent l'utilité. Et cependant je m'en trouvai fort bien tout récemment à l'hôpital allemand, après l'ablation du testicule chez un adulte. J'en appliquai neuf le long de l'incision ordinaire, et j'obtins la réunion immédiate sur plusieurs points.

Mais je n'ai jamais eu tant à me louer et du procédé de M. Ricord et de l'usage des serres-fines, que dans un cas de phimosis que j'opérai, il y a quelque temps, à l'hôpital allemand, aidé du médecin directeur, M. le docteur Lichtenberg.

Le malade était un boulanger de 25 ans, qui se présenta avec un phimosis inflammatoire; forte induration, ulcération superficielle au limbe, et engorgement indolore des ganglions de l'aine. L'induration était très prononcée le long du frein, mais la pression n'excitait point de douleur. Écoulement purulent par l'ouverture préputiale. Le malade nous assure que c'est la première fois qu'il souffre du côté des parties génitales, qu'il n'a jamais eu d'éruption générale sur le corps; et qu'à l'état normal, le limbe du prépuce est étroit, sans que cette circonstance l'ait empêché de le retirer en arrière de la couronne. Les accidents avaient huit jours de date. On se contenta de cautérisations répétées et du traitement ordinaire de la balano-posthite, avec phimosis; et comme il nous restait quelques doutes, M. Lichtenberg inocula aux deux cuisses avec du pus qui s'écoulait du limbe rétréci. Résultat nul.

Les bubons cédèrent à l'onguent napolitain, et après un mois de séjour à l'hôpital tout était rentré dans l'ordre, sauf le phimosis. Je conseillai alors l'opération, en m'appuyant sur les raisons ordinaires, et qui ressortent des détails de l'observation. Le procédé de M. Ricord fut mis en pratique, et, trois jours après l'opération, tout le pourtour de la plaie était cicatrisé par première intention, et formait une continuation parfaitement régulière de peau et de muqueuse.

Je ne puis comparer ce résultat qu'à celui qu'obtint M. Ricord lui-même au mois d'août dernier, à l'hôpital du Midi. J'assistais à l'opération, qui fut faite avec cette habileté si connue et qui n'a pas besoin de mon témoignage. Trois ou quatre jours après, une mince ligne cicatricielle marquait la section préputiale qui avait été faite. Il ne faut pas oublier, cependant, qu'il est indispensable, pour obtenir d'aussi beaux résultats, que les malades soient dans des conditions favorables: un homme opéré le même jour, à l'hôpital du Midi, et chez qui l'action inflammatoire et ulcérative reprit le dessus après l'opération, eut beaucoup de gonflement. C'est ce qui m'arriva aussi, en dépit des serres-fines, chez un malade que j'opérai à Royal-Free Hospital, pour un phimosis accompagné d'un développement énorme de végétations sur le gland et la face interne du prépuce. L'ablation de celles-là amena aussi un gonflement considérable; mais l'opération eut éventuellement un plein succès.

C'est ici que je pourrais citer une petite modification apportée dans la forme de la pince par M. Curling, de l'hôpital de Londres. Ce chirurgien a donné un dessin de son instrument dans la *Lancette* du 26 avril 1856, page 456, et cite un cas fort intéressant où il suivit le procédé de M. Ricord, en se servant de fils au lieu de serres-fines. Cette modification consiste à donner à la pince, ordinairement droite, une courbure en bas. M. Ricord, à qui je signalai cette circonstance, ne m'a pas semblé attacher beaucoup d'importance à ce changement de forme, et, pour mon compte, je craindrais, par la courbure, d'être amené à diviser le frein, accident qu'on doit, selon moi, chercher à éviter. Une variation de forme que je serais assez tenté de proposer, ce serait de donner un peu plus d'épaisseur aux branches de la pince en bas que vers les anneaux, pour remédier à l'écartement des branches qui, lorsqu'on serre le prépuce, étreignent moins à la partie inférieure que vers le dos de la verge. Je crains bien que vous ne trouviez cette communication trop peu importante pour lui accorder une place dans votre excellent journal, mais peut-être en sera-t-il autrement, grâce aux faits de pratique que je me suis efforcé d'exposer.

Recevez, etc.

Victor DE MÉRIC,
Chirurgien de Royal-Free Hospital et de l'hôpital allemand à Londres.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 10 Septembre 1856. — Présidence de M. GUÉRARD.

Sommaire. — Correspondance. — Nouvelle observation de *leucémie*, par M. Becquerel. — Mémoire *sur l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés chez les enfants*, par M. Hervieux. Discussion : MM. Guérard, Delasiauve. — Communication de M. Delasiauve sur le *delirium tremens*. Discussion : MM. Trélat, Blache, Gillette.

Correspondance : Hommage d'un mémoire imprimé *sur l'amygdalite aiguë dite simple, sur le traitement et sur la nature de cette phlegmasie*, par le docteur E. Barthez.

— M. BECQUEREL communique la nouvelle observation de *leucémie* dont il a parlé dans la dernière séance, et qui est complétée par l'autopsie. — (Voir l'UNION MÉDICALE du 8 novembre 1856.)

— M. HERVIEUX lit un second mémoire *sur l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés chez les enfants en bas âge.*

Dans son premier travail, l'auteur avait étudié la maladie dont il est question chez les nouveau-nés proprement dits, c'est-à-dire chez les enfants au-dessous de 1 mois; dans ce second mémoire, l'affection a été envisagée chez les enfants de 1 à 12 mois seulement.

Voici les conclusions de cette deuxième partie du travail général :

1° L'altération des plaques de Peyer, étudiée chez les enfants de 1 à 12 mois, comparativement à la lésion de ces plaques chez les sujets âgés de moins de 1 mois, présente les caractères différentiels suivants : nombre étendu et volume plus considérable de ces plaques, rareté moindre des plaques jaunes, apparition de la forme grenue dans certains cas, les autres formes restant les mêmes; fréquence plus grande des ulcérations.

2° L'altération des follicules isolés peut revêtir chez les enfants de 1 à 12 mois, les deux formes, criblée et psoréntérique, que nous avons observées chez les nouveau-nés; seulement la forme criblée est celle qu'on rencontre le plus fréquemment chez les premiers.

3° Chez les enfants âgés de 1 à 12 mois, les ganglions mésentériques, altérés, sont plus injectés, plus volumineux que chez les nouveau-nés, quelquefois ramollis et comme infiltrés d'une matière fibro-plastique, d'autres fois enfin tuberculisés.

4° Quant aux lésions concomitantes du tube digestif, on peut dire, d'une manière générale, que les congestions, soit actives, soit passives, aussi bien que les extravasations sanguines qui en sont la conséquence, sont moins fréquentes chez les enfants âgés de 1 à 12 mois que chez les nouveau-nés; mais, en revanche, l'anémie, le ramollissement de la muqueuse, s'observent bien plus souvent chez les premiers, et la tendance aux invaginations est incomparablement plus prononcée.

5° En ce qui concerne les autres viscères de l'abdomen, tels que le foie, la rate, les reins, les uretères, la vessie, etc., les lésions nombreuses et variées qu'ils présentent, nous paraissent chez les enfants de 1 à 12 mois, comme chez les nouveau-nés, être complétement indépendantes de l'altération intestinale qui fait l'objet de ce travail.

6° L'existence de concrétions sanguines occupant les cavités droites ou gauches, mais surtout les cavités droites, telle est la seule lésion importante et digne d'être notée qu'on observe du côté du cœur chez les enfants de 1 à 12 mois, tandis que chez les nouveau-nés, nous avions noté, dans la maladie que nous étudions, la fréquence des lésions suivantes : persistance du trou de Botal et du canal artériel, congestions actives ou passives de l'endocarde et de la membrane qui tapisse l'orifice interne des gros vaisseaux, épanchements péricardiques, etc.

7° Les lésions qui caractérisent la pneumonie, la pleurésie, l'emphysème pulmonaire et les tubercules pulmonaires ou ganglio-bronchiques, sont beaucoup plus fréquentes dans l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés chez les enfants âgés de 1 à 12 mois que chez les nouveau-nés; mais les hémorrhagies pulmonaires sont infiniment plus rares chez les premiers que chez les seconds.

8° Les lésions que l'on constate du côté de la cavité crânienne, examinées comparativement chez les enfants âgés de 1 à 12 mois et chez les nouveau-nés, présentent, dans la maladie qui nous occupe, les différences suivantes : chez les premiers, la congestion encéphalique se manifeste par un piqueté plus ou moins prononcé des deux substances; chez les seconds, par une rougeur diffuse. L'état congestionnel des vaisseaux de la pie-mère et des sinus cérébraux n'est guère moins fréquent chez les uns que chez les autres. Mais c'est surtout chez les nouveau-nés qu'on rencontre l'hémorrhagie méningée et le ramollissement général de la substance encéphalique. Enfin, si, chez ces derniers, on observe plus fréquemment des épanchements séreux dans l'arachnoïde et les ventricules, on observe plus fréquemment chez les enfants de 1 à 12 mois la méningite franche avec pus et fausses membranes.

9° Somme toute, si, chez les nouveau-nés, les congestions passives, les épanchements séreux ou sanguins sont plus fréquents dans la lésion intestinale que nous étudions, en revanche, les inflammations franches, soit des séreuses, soit des parenchymes, se montrent beaucoup plus souvent chez les enfants de 1 à 12 mois.

10° Parmi les symptômes de l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés, la diarrhée occupe toujours le premier rang. Elle présente les mêmes caractères chez les sujets de 1 à 12 mois que chez les nouveau-nés. Seulement, elle apparaît plus souvent chez les premiers avec les caractères de la diarrhée séreuse et cholériforme.

11° La constipation rebelle n'est guère moins rare chez les enfants âgés de 1 mois à 1 an que chez les nouveau-nés. Chez les uns et chez les autres, elle alterne le plus souvent avec la diarrhée.

12° Le météorisme, pour être un peu moins fréquent que chez les nouveau-nés, n'en est pas moins un symptôme très fréquent et très important de l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés chez les enfants âgés de 1 mois à 1 an.

13° Chez les sujets de 1 à 12 mois, comme chez les nouveau-nés, le gargouillement abdominal est rarement limité aux fosses iliaques. Il se perçoit, quand il existe, dans une grande étendue de l'abdomen.

14° La rétraction des parois abdominales et la saillie à travers ces parois des circonvolutions intestinales, sont des symptômes plus fréquents chez les sujets de 1 à 12 mois que chez les nouveau-nés, et qui, quand ils s'accompagnent de vomissements rebelles, de la fixité du regard avec dilatation ou contraction des pupilles, me paraissent significatifs de l'existence des convulsions intestinales.

15° En général, dans l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés, les vomissements sont moins fréquents chez les sujets de 1 à 12 mois que chez les nouveau-nés, mais ils sont plus souvent bilieux.

16° Très fréquent chez les nouveau-nés dans la maladie qui nous occupe, le muguet ne se montre plus qu'exceptionnellement passé le premier mois de la vie extra-utérine.

17° Habituellement humide et couverte d'un simple enduit muqueux chez les sujets de 1 à 12 mois, comme chez les nouveau-nés, la langue acquiert dans certains cas, assez rares il est vrai, une sécheresse extrême chez les premiers, et peut même exceptionnellement se couvrir, ainsi que les lèvres, de croûtes fuligineuses et noirâtres.

18° La fièvre est un phénomène constant chez les sujets de 1 à 12 mois atteints de l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés. Elle est généralement beaucoup plus intense que chez les nouveau-nés, et ce n'est que par exception qu'elle fait place, comme il arrive souvent chez ces derniers, aux symptômes de l'algidité progressive.

19° Les troubles fonctionnels qui révèlent l'existence de la pneumonie soit lobulaire, soit lobaire, tels que la dyspnée, la toux, les râles caractéristiques, etc., sont encore plus fréquents, et, dans tous les cas, beaucoup plus accusés chez les enfants de 1 à 12 mois que chez les nouveau-nés proprement dits dans l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés.

20° Les accidents nerveux qu'on observe chez les enfants de 1 mois à 1 an dans cette maladie l'emportent également de beaucoup et par le nombre et par la fréquence, et par l'intensité sur ceux qu'on rencontre chez les nouveau-nés atteints de la même affection.

21° Les convulsions cloniques sont beaucoup plus fréquentes chez les premiers que chez les seconds et se produisent soit isolément, soit conjointement avec des convulsions toniques, soit enfin alternativement avec ces dernières.

22° Les manifestations de la douleur sont beaucoup plus nombreuses chez les enfants de 1 à 12 mois que chez les nouveau-nés et se traduisent non seulement par des cris plus ou moins aigus, mais par des contractions répétées des muscles de la face, un air de souffrance répandu sur la physionomie, de l'agitation, par le balancement spasmodique de la tête (balancement céphalique), par le tremblement nerveux des mains, etc.

23° Parmi les lésions de l'appareil tégumentaire qui accompagnent l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés, l'érythème et les ulcérations péri-malléolaires, le purpura et la diathèse purulente, se produisent beaucoup plus rarement chez les sujets de 1 à 12 mois que chez les nouveau-nés.

24° Les phénomènes par lesquels se caractérisent l'aspect général du sujet, chez les enfants de 1 à 12 mois atteints de l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés, sont, comme chez les nouveau-nés, la décoloration générale de la peau et des muqueuses accessibles à la vue, l'excavation des yeux, et de plus, dans certains cas, la stupeur, l'hébétude de la face, la prostration excessive des forces, les fuligiosités de la langue et des lèvres; en un mot, la plupart des symptômes qui, chez l'adulte, caractérisent l'état typhoïde.

25° Si l'algidité progressive, le sclérème, l'ictère, la cyanose, la diathèse purulente, ne s'observent pas à titre de complications possibles chez les sujets de 1 mois à 1 an comme chez les nouveau-nés, on voit, en revanche, survenir chez les premiers d'autres maladies intercurrentes, telles que la phthisie pulmonaire ou ganglio-bronchique, la méningite tuberculeuse, la coqueluche, la rougeole, la variole, etc.

26° La durée de la maladie est généralement plus longue, sa marche moins foudroyante, et conséquemment son pronostic moins grave chez les enfants de 1 à 12 mois que chez les nouveau-nés.

27° Le diagnostic ne présente guère plus de certitude absolue chez les uns que chez les autres. C'est par l'ensemble des symptômes et non par l'existence de tel ou tel signe en particulier qu'on peut arriver à reconnaître cliniquement la lésion intestinale qui nous occupe.

28° Le traitement repose sur les mêmes bases chez les enfants âgés de 1 à 12 mois que chez les nouveau-nés.

29° Les causes prédisposantes et déterminantes de la maladie sont les mêmes chez les enfants de 1 à 12 mois que chez les nouveau-nés. Seulement, chez les premiers, il faut ajouter aux causes prédisposantes ordinaires l'éruption des dents de la première dentition, éruption qui paraît exercer surtout son influence dans les trois derniers mois de la première année.

M. GUÉRARD : Je désirerais savoir de M. Hervieux s'il a voulu dire que la lésion des plaques de Peyer qu'il a décrite n'est pas pathognomonique d'une affection typhoïde chez l'enfant, ou bien si, comme chez l'adulte, on ne peut pas toujours, de la gravité des symptômes, déduire celle de la lésion. On sait, en effet, que, dans les cas les plus légers en apparence, l'ulcération peut aller jusqu'à la perforation de l'intestin.

M. HERVIEUX : En réponse à la question que veut bien me poser M. Guérard sur la relation qu'il peut y avoir entre la fièvre typhoïde et l'altération des plaques de Peyer et des follicules isolés chez les enfants en bas âge, je dirai : 1° que la coïncidence de ce que nous appelons l'état typhoïde avec la lésion dont il s'agit doit être considérée, chez les très jeunes enfants, comme étant généralement l'exception, tandis que cette coïncidence est la règle chez les adultes; 2° que chez les nouveau-nés, c'est-à-dire chez les enfants au-dessous d'un mois, on ne voit jamais apparaître l'état typhoïde, tel qu'il est décrit dans les auteurs classiques; 3° que chez les sujets de 1 à 12 mois on le voit pour ainsi dire poindre dans l'état pathologique que j'ai étudié, puisque, sur 52 enfants atteints de cette affection, je l'ai observé deux fois. Dans un troisième mémoire, que je communiquerai bientôt à la Société, et qui a pour base des observations recueillies chez des enfants de 1 à 3 ans, la coïncidence est encore manifestement plus fréquente. En telle sorte qu'il y a là une progression croissante, par suite de laquelle les chances de coïncidence de l'état typhoïde avec la lésion des plaques de Peyer semblent être d'autant plus grandes, que l'on a affaire à des sujets d'un âge plus avancé.

Je ferai même remarquer, à cette occasion, un fait très curieux, c'est que, chez les enfants de 1 à 3 ans, par exemple, on rencontre beaucoup plus souvent l'état typhoïde coïncidant avec la période ultime de la diathèse tuberculeuse qu'avec la lésion simple des plaques de Peyer. Or, ceci nous conduit à une remarque diagnostique très importante, savoir, qu'en présence d'un état typhoïde, bien caractérisé se manifestant chez un enfant de 1 à 3 ans, il y aura bien plutôt lieu, du moins *à priori*, de supposer que l'on a affaire à une affection tuberculeuse avancée qu'à une lésion des glandes agminées ou isolées de l'intestin.

M. DELASIAUVE désirerait savoir quels sont les symptômes qui sont résultés des invaginations intestinales dont M. Hervieux nous a parlé dans son travail. Les faits qu'il a rappelés me remettent en mémoire un vieillard en démence, mort à Bicêtre, et présentant plusieurs invaginations avec huit ou dix obstacles dans l'intestin, obstacles dus à des sortes de bourrelets complétement ou incomplétement circulaires, et constitués par des espèces de furoncles développés sur les villosités intestinales. Les circonvolutions du tube digestif étaient dilatées sensiblement à l'extérieur, mais il n'y avait pas de vomissements.

M. HERVIEUX : Je demanderai à la Société la permission d'entrer dans quelques détails sur ces invaginations intestinales dont j'ai parlé dans mon travail et qui ont appelé la bienveillante attention de M. Delasiauve.

Ces invaginations occupent constamment l'intestin grêle, plus spécialement le tiers supérieur de ce conduit. Elles forment de gros pelotons qui ne contiennent pas moins de 10 à 20 centimètres d'intestin, quelquefois même 50 centimètres. Ce qui me paraît remarquable, dans ces cas, c'est l'apparence singulière que présentent non seulement les portions d'intestin invaginées, mais encore les diverses parties du canal digestif. Les parois du tube intestinal, non seulement au niveau de l'invagination, mais en divers points de l'étendue du conduit sont comme hypertrophiées. Les valvules conniventes ont acquis un développement énorme. Les parties inférieures de l'intestin grêle sont ridées, tantôt selon l'axe du conduit, tantôt dans le sens transversal. Quelquefois les plis qui en résultent sont à la fois transversaux et longitudinaux et semblent former entre eux des espèces d'anastomoses. Il est rare que l'estomac et le gros intestin ne présentent pas des particularités analogues. L'un et l'autre semblent avoir subi une sorte d'hypertrophie. L'un et l'autre présentent des replis tantôt longitudinaux, tantôt transversaux. Mais, dans l'estomac, ces replis se disposent souvent sous la forme de losanges qui donnent à ce viscère l'aspect réticulé.

Une expérience bien simple m'a permis de reconnaître à quoi tenaient ces apparences. J'ai soumis à des tractions suffisantes un de ces intestins. Et, par ce moyen, non seulement les invaginations s'effaçaient, mais les valvules conniventes, les plis, les rides de la partie ainsi étirée disparaissaient. Il n'y avait donc eu qu'une rétraction, qu'une condensation des parois intestinales, mais point d'hypertrophie.

Les convulsions intestinales qui donnent lieu à ces invaginations et aux apparences cadavériques dont je viens de parler se produisent assurément, pour la grande majorité des cas, dans les derniers moments de la vie. Mais j'ai quelques raisons de croire qu'elles se produisent également à des époques moins avancées de la maladie.

Ainsi, j'ai observé chez quelques-uns de nos petits malades la rétraction des parois abdominales coïncidant avec la saillie des circonvolutions intestinales et des vomissements plus ou moins rebelles. Me rappelant ce que l'autopsie m'avait révélé chez un certain nombre de sujets relativement aux invaginations, j'en suis arrivé à conclure que l'intestin était peut-être, dans certains cas, le siége de convulsions réelles, convulsions qui se traduiraient par les phénomènes symptomatiques dont je viens de parler.

Je crois d'ailleurs que ces convulsions de l'intestin peuvent avoir lieu sans que pour cela les invaginations qu'elles produisent soient durables et que l'état spasmodique du tube alimentaire une fois passé, tout rentre dans l'ordre. Ce n'est que dans les derniers moments de la vie, alors que les muscles intestinaux ont perdu leur tonicité vitale et ne peuvent plus réagir, que les invaginations persistent, comme le prouvent les nécropsies.

Je dois faire remarquer que les vomissements, pas plus que la constipation rebelle, n'étaient un phénomène constant dans les cas dont j'ai parlé.

Mais il est un autre ordre de phénomènes que j'ai oublié de mentionner, et qui n'en est pas moins digne d'attention. Car il a fait naître chez moi la pensée que ce qu'on appelait autrefois les *convulsions internes* (dont on ne trouve d'ailleurs nulle part une bonne description) n'étaient peut-être autre chose que ces convulsions intestinales dont j'ai admis l'existence.

En effet, en même temps que j'observais chez quelques enfants la rétraction des parois de l'abdomen, la saillie à travers ces parois des circonvolutions intestinales, les vomissements, etc., j'ai noté souvent la fixité du regard, la contraction ou la dilatation des pupilles, une sorte d'hébétude de la face. Eh bien, ces phénomènes, qui appartiennent évidemment à l'ordre des phénomènes convulsifs, ne peuvent-ils pas, lorsqu'ils coïncident avec les symptômes précédents, être considérés comme l'indice des convulsions internes, ou, pour parler un langage plus scientifique, de convulsions intestinales? C'est une simple remarque que je fais en passant, et qui, si elle se trouvait corroborée par l'observation exacte de faits analogues, pourrait conduire au diagnostic d'un état pathologique qui échappe le plus souvent à l'observation.

— M. Delasiauve : Je désire appeler l'attention de la Société sur un point important de pratique, relatif à certains cas de *delirium tremens*. Cette affection a des symptômes caractéristiques, mais souvent méconnus. Il n'y a pas longtemps, je fus appelé en consultation auprès d'une jeune femme âgée de 25 à 26 ans, récemment atteinte d'aliénation mentale survenue brusquement. La question de séquestration fut discutée; mais l'aspect de la malade me fit penser au *delirium tremens*. J'interrogeai les antécédents, les habitudes, et malgré les résultats négatifs de cette enquête, je persistai, et je parvins à faire partager mon avis au médecin ordinaire. Je prescrivis 25 ou 30 centigrammes d'opium dans les vingt-quatre heures, assurant que la maladie céderait très rapidement, si je ne me trompais pas. Dernièrement j'ai appris que les choses s'étaient passées ainsi; j'appris également qu'avant le début, la malade éprouvait une excitation insolite que sa famille attribuait à l'usage de l'absinthe.

Auprès d'un autre malade analogue, ce n'est qu'à force de recherches que je suis parvenu à trouver la cause. Auprès d'un troisième, je signalai le danger de remettre au lendemain le traitement par les opiacés, la mort pouvant être la conséquence de ce retard. Ce malade guérit rapidement.

Comment concilier ces faits avec ceux que nous avons journellement sous les yeux et dans lesquels le délire est sans gravité?

C'est qu'il existe deux formes très différentes de la maladie : la forme simple et la forme suraiguë.

Les cas simples de *delirium tremens* sont inoffensifs, et la guérison est facile; il suffit pour l'obtenir de soustraire simplement le malade à ses habitudes d'ivrognerie. Dans ces cas, il y a plus ou moins d'excitation, mais ce n'est pas la manie proprement dite. Le malade est criard, il a de l'hébétude et surtout des hallucinations, des visions. Il lie ses idées, ce qui n'a pas lieu dans la manie, et son délire n'a pour point de départ que ses visions; il se croit poursuivi, insulté, et il raisonne faux avec ces faits faux; mais, il est vrai, avec les idées de ses visions. En dehors de ce cercle d'idées, il est calme.

Dans la forme suraiguë, l'agitation est extrême, mais elle tient uniquement à la multiplicité extrême des hallucinations. L'incohérence résulte de leur rapidité seule. Il y a de la jactitation, la face est rouge, animée, la langue sèche et l'haleine a parfois une odeur alcoolique; il y a dans certains cas une fièvre considérable, de la sueur. Il faut alors se défier des rémittences qui peuvent survenir, car quelque heures après, les symptômes reprennent, et la mort survient inopinément.

De là, l'importance extrême d'un traitement prompt par l'opium à haute dose. Si on a recours sans retard à cette médication, le malade est sauvé; si on la néglige, il succombe.

M. Trélat n'a rien à dire sur les symptômes du *delirium tremens*; il veut seulement attirer l'attention sur la différence qui existe dans les deux sexes. Il n'a pas vu survenir de mort à la Salpêtrière, comme M. Delasiauve en a observé à Bicêtre. Les femmes guérissent parce qu'elles ne boivent plus.

M. Delasiauve a cru d'abord à la différence signalée par M. Trélat; mais depuis, il a vu plusieurs cas suraigus chez des femmes, ce qui lui a fait modifier son opinion. S'il peut y avoir dissidence sur la gravité du *delirium tremens* entre les observateurs, c'est que les cas très graves, suraigus, tels que ceux qui ont été cités par M. Léveillé, ne sont pas observés dans les asiles d'aliénés, vu la rapidité de leur marche; les malades vont alors dans les hôpitaux proprement dits.

M. Blache reconnaît la justesse de la dernière remarque de M. Delasiauve. Étant à la Maison de santé, où il faisait, comme médecin du Bureau central, le service de M. Duméril, il a vu plusieurs cas de *delirium tremens* très aigus, dont plusieurs, l'un notamment relatif à une jeune fille, furent mortels. Les autres furent traités avec succès par l'opium.

M. Gillette signale l'omission qui a été faite, parmi les symptômes, de la loquacité des malades sur la boisson. Lui aussi a été témoin de faits malheureux, dans lesquels on a omis d'employer l'opium. Il y a treize ans, dit-il, je remplaçais à l'Hôtel-Dieu M. Jadioux. Tout le monde sait quelle répugnance extrême il avait pour les opiacés, répugnance partagée naturellement par les gens du service. Il m'arriva un jour un malade atteint de *delirium tremens*, et j'ordonnai 20 centigrammes d'opium; le lendemain, il n'y avait pas de mieux, et j'augmentai la dose. Le surlendemain, le malade était mort. J'appris plus tard qu'effrayé de la dose prescrite, on n'avait osé administrer le remède ordonné.

Le secrétaire, Dr Woillez.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

DU TRAITEMENT DE LA PÉRIOSTITE PAR L'INCISION;

Par le docteur Michaelis, de Kœnorn.

Tout le monde est d'accord pour inciser le plus tôt possible le panaris profond, avant même que la suppuration ne soit formée; le docteur Michaëlis étend ce traitement à toutes les périostites aiguës, dès que le diagnostic a pu être posé. Sans perdre de temps à employer les antiphlogistiques et les émollients, il faut faire une ou deux incisions allongées et profondes jusqu'à l'os. La douleur disparaît rapidement; s'il n'y avait pas encore de suppuration, le travail inflammatoire cède sans altération de l'os, et parfois la réunion est immédiate; lorsque la collection purulente est déjà formée, l'incision est encore plus indispensable pour mettre fin aux progrès du décollement du périoste, et consécutivement à des affections osseuses étendues et graves. Les cas chroniques et ceux qui sont déterminés par une affection constitutionnelle, syphilitique, par exemple, ne réclament pas ce traitement préventif; néanmoins, les périostites syphilitiques très aiguës n'en sont pas exclues. En général, il ne faut pas se laisser arrêter par un état général, quand l'état local est de nature à réclamer l'intervention active. L'incision doit être faite prématurément toutes les fois que l'on peut arriver sur l'os. Ce n'est que dans les cas contraires, quand le siége de l'os est profond, qu'il est recouvert de parties molles épaisses ou d'organes qu'il faut ménager, que l'on peut et doit attendre que la collection tende à se porter à l'extérieur, et ouvrir aussitôt que faire se peut. Quand le malade se présente ayant déjà un abcès un peu volumineux, même superficiel, il faut l'ouvrir par une petite incision, et si le cas est aigu, faire de nombreuses injections émollientes, et dans le cas contraire, des injections iodées. Il faut sonder aussi peu que possible, et avec la plus grande prudence. Il va sans dire que le traitement local sera accompagné d'un traitement général toutes les fois que l'état général l'exigera. — (*Zeitsch. d. k. k. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1856, n°s 5 et 6.)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

ARRÊTÉS CONCERNANT LES AGRÉGÉS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'article 2 du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés;

Vu l'article 2 de l'arrêté du 7 mars 1856, par lequel un concours est ouvert à Paris, le 2 janvier 1857, pour neuf places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris;

Vu la circulaire du 26 août 1856, qui répartit ces neuf places d'agrégés stagiaires de la manière suivante :

3e section. — Médecine proprement dite. . . . . 5 places.
4e section. — Chirurgie proprement dite . . . . . 3 places.
Accouchements. . . . . 1 place.

Considérant que, dans l'état actuel des choses, la Faculté de médecine de Paris possède dans la 3e section, pour la médecine proprement dite, un agrégé de plus qu'il n'y a de chaires, et dans la 4e section, pour la chirurgie, un agrégé de moins qu'il n'y a de chaires;

Considérant que cette situation est contraire à l'économie du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés, et qu'il importe, pour qu'elle ne puisse se prolonger, que le nombre des places d'agrégés stagiaires, mises au concours par l'arrêté du 2 mars 1856, soit modifié, non dans son chiffre total, mais dans les chiffres suivant lesquels les places sont réparties entre la médecine proprement dite et la chirurgie proprement dite.

Arrête :

Dans le concours ouvert à Paris, le 2 janvier 1857, pour neuf places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de Paris :

1° Quatre places seulement, au lieu de cinq, seront affectées à la médecine proprement dite;

2° Quatre places, au lieu de trois, seront affectées à la chirurgie proprement dite.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856.

Rouland.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'art. 2 du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés,

Arrête :

Art. 1er. Sont maintenus pour trois ans dans leurs fonctions, près la Faculté de médecine de Paris, les agrégés en activité dont les noms suivent et dont le temps d'exercice expire dans la présente année, savoir :

MM. Robin, 1re section, Regnault, 2e section, Orfila, id., Vigla, 3e section, Becquerel, id., Guéneau de Mussy, id., Hardy, id., Richet, 4e section, Jarjavay, id., Sappey, id., Depaul, id.

Art. 2. M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856.

Rouland.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'article 2 du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés,

Arrête :

Art. 1er. Sont rappelés à l'activité près la Faculté de médecine de Paris, les agrégés libres dont les noms suivent, savoir :

1° Pour trois ans, MM. Béclard (1re section, anatomie et physiologie) Gosselin (4e section, chirurgie);

2° Pour six ans, MM. Barth (3e section, anatomie pathologie), Tardieu (3e section, médecine légale).

Art. 2. M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856.

Rouland.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu l'article 43 du statut du 20 décembre 1855 sur l'agrégation des Facultés,

Arrête :

Art. 1er. Les vingt-six agrégés actuellement en exercice près la Faculté de médecine de Paris, sont répartis, ainsi qu'il suit, dans les quatre sections :

Ire Section. — *Sciences anatomiques et physiologiques.*

Anatomie et physiologie, MM. Verneuil et Béclard.
Histoire naturelle, M. Robin.

IIe Section. — *Sciences physiques.*

Physique, M. Regnault.
Chimie, M. Leconte.
Pharmacie et toxicologie, M. Orfila.

IIIe Section. — *Médecine proprement dite et médecine légale.*

Pathologie interne, clinique interne, pathologie générale, matière médicale et thérapeutique, hygiène, MM. Vigla, Becquerel, Guéneau de Mussy, Hardy, Aran, Bouchut, Delpech, Gubler, Lasègue.
Anatomie pathologique, M. Barth.
Médecine légale, M. Tardieu.

IVe Section. — *Chirurgie et accouchements.*

Chirurgie, MM. Gosselin, Richet, Jarjavay, Sappey, Broca, Follin, Richard.
Accouchements, MM. Depaul et Pajot.

Art. 2. M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856.

Rouland.

Le ministre secrétaire d'État au département de l'instruction publique et des cultes,

Vu le décret du 9 mars 1852,

Arrête :

Art. 1er. M. Jarjavay, agrégé, est chargé, pendant la présente année scolaire, du cours d'anatomie près la Faculté de médecine de Paris;

M. Béclard, agrégé, est chargé, pendant la présente année scolaire, du cours de physiologie près la même Faculté, pendant l'absence de M. Bérard, professeur titulaire empêché;

M. Vigla, agrégé, est chargé, pendant la présente année scolaire, du cours de clinique médicale près la même Faculté, pendant l'absence de M. Rostan, professeur titulaire empêché;

M. Hardy, agrégé, est chargé, pendant la présente année scolaire, du cours de pathologie et de thérapeutique générales près la même Faculté, pendant l'absence de M. Andral, professeur titulaire empêché.

Art. 2. M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Fait à Paris, le 7 novembre 1856.

Rouland.

Nous apprenons que M. Hardy a donné sa démission. Nous pensons que le nom de M. Henri Roger sera substitué à celui de M. Hardy dans toutes les combinaisons dont il vient d'être question dans les arrêtés ci-dessus.

Par arrêté de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, en date du 3 novembre 1856, un congé est accordé pour cause de maladie, pendant toute la durée de l'année scolaire 1856-1857, à M. Bonfils, préparateur de chimie à la Faculté des sciences de Nancy.

M. Schœndœrfer, bachelier ès-sciences, est chargé de suppléer M. Bonfils pendant la durée du congé qui lui est accordé.

— M. le docteur Deleau, médecin en chef de la Roquette, commencera un cours public, sur l'emploi du perchlorure de fer, contre les maladies syphilitiques, les fleurs blanches, les affections scrofuleuses et les hémorrhagies en général.

Ce cours aura lieu le 20 novembre, à l'École pratique, salle n° 2, tous les jeudis, de 4 à 5 heures.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Sous presse pour paraître du 1er au 15 Décembre 1856 :

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE POUR LA VILLE DE PARIS,

Fondé par DOMANGE-HUBERT, et continué par l'Administration de *L'UNION MÉDICALE*. — Vingt-huitième année. — 1857.

Les éditeurs de l'*Almanach général de médecine et de pharmacie* prient instamment les Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes de Paris et des arrondissemens de Saint-Denis et de Sceaux, dont les noms ne figurent pas dans la dernière édition, soit par erreur, soit parce qu'ils n'étaient pas encore établis dans le département de la Seine, d'envoyer le plus promptement possible, *franco*, à M. le Gérant de l'*Union Médicale*, faubourg Montmartre, 56, leurs NOM, PRÉNOMS, PROFESSION, DATE DE RÉCEPTION, DÉCORATIONS, TITRES OFFICIELS, HEURES DE CONSULTATIONS, et ADRESSE.

Les Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes de Paris et de la banlieue, qui auraient quelques renseignements ou réclamations à adresser aux éditeurs de l'*Almanach*, quelques rectifications à demander, sont invités à le faire dans le plus court délai possible, par la voie indiquée ci-dessus.

Grâce au concours de tous les intéressés, cette publication deviendra de plus en plus utile au corps médico-pharmaceutique du département de la Seine.

Tome X. — N° 137. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 13 Novembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, à *Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. PATHOLOGIE : Note sur les kystes de l'ovaire et leur traitement. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 11 novembre : Correspondance. — Suite de la discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire. — IV. PRESSE MÉDICALE ANGLAISE : Gaz acide carbonique, comme anesthésique local dans les maladies utérines. — V. COURRIER.

PARIS, LE 12 DÉCEMBRE 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion a fait un pas, un grand pas, grâce à M. Robert, qui seul jusqu'ici, avec M. Gimelle, a abordé son véritable sujet, la valeur des injections iodées et les indications de ce moyen thérapeutique dans le traitement des kystes de l'ovaire.

M. Huguier a précédé M. Robert à la tribune. On trouvera, dans le discours de M. Huguier, d'excellents détails, des faits pratiques pleins d'intérêt, mais on regrettera que cet honorable chirurgien n'ait pas su se réduire, se concentrer, et porter toutes les ressources de son instruction chirurgicale vers le point principal, qu'il s'agit surtout d'élucider. Ce point principal s'est un peu effacé sous l'abondance et la variété des sujets que M. Huguier a cru devoir embrasser, et son discours, qui eût été une bonne épreuve écrite de concours sur cette question : les kystes de l'ovaire, a manqué de précision et de ce but net et topique que les dissertations académiques doivent toujours avoir en vue. C'est, à vrai dire, moins la faute de M. Huguier que celle de l'éducation médicale donnée à la génération dont il fait partie, et des habitudes contractées dans ces luttes singulières, décorées du beau nom de concours, et qui n'étaient que des assauts de mémoire et de vitesse, des *steeple-chases* dans le domaine de la science, où remportait le prix celui qui disait le plus de choses dans le moins de temps possible. Cette grande et belle et noble institution du concours, dont l'organisation intelligente sera trouvée digne un jour d'occuper quelque éminent esprit, cette institution, telle qu'elle a fonctionné pendant un quart de siècle, a faussé et rétréci grand nombre d'intelligences qui ont perdu la spontanéité, l'élan, l'originalité de l'esprit sous les exigences du didactisme, ce lourd et froid manteau de plomb, qui force les facultés les plus diverses et les plus indépendantes à se courber vers un niveau commun, au-dessus duquel il n'est pas permis de s'élever.

M. Huguier s'est donc trop souvenu de ces luttes du grand amphithéâtre de l'École, où le concurrent devait faire preuve de tout ce qu'il savait sur un sujet donné et dans un espace de temps déterminé. Or, M. Huguier a prouvé qu'il savait beaucoup et de bonnes choses sur la question générale des kystes de l'ovaire; et s'il ne s'agissait que d'un concours, nous n'hésiterions pas à donner un excellent *point* à son épreuve. Mais comme discussion académique, nous n'hésitons pas non plus à donner la préférence au discours de M. Robert. Cependant, c'est justice de signaler dans le discours de M. Huguier des considérations très intéressantes, au point de vue pratique, sur la préférence que donne ce chirurgien aux ponctions pratiquées par le vagin pour vider les kystes ovariques, et même pour pratiquer les injections iodées.

M. Robert, qui a fui aussi les périls de l'improvisation, mais qui a su lire son discours avec trait et accent, a très nettement posé la question. Quels sont les kystes de l'ovaire qui peuvent être traités par les injections iodées? Quels sont ceux où il faut s'en abstenir? Et sur ces deux points, l'orateur a exposé les résultats de son expérience propre, dont la signification ne diffère pas sensiblement de l'opinion exprimée par M. Cruveilhier. Pour M. Robert, comme pour ce savant professeur, les kystes très volumineux, anciens, dont une ponction exploratrice donne lieu à l'écoulement d'un liquide soit visqueux, soit albumineux, soit purulent, soit plus ou moins coloré, ces kystes ne guérissent pas par les injections iodées, et pour eux aussi M. Robert rejette l'emploi de la canule à demeure, moyen qu'il condamne absolument comme favorisant au lieu de prévenir l'épanchement des liquides dans le péritoine. Au contraire, les kystes qui ne donnent lieu qu'à l'écoulement d'un liquide purement séreux ou légèrement opalin, sont susceptibles de guérir par l'emploi des injections iodées. Mais dans quelles proportions? Quelle est la relation entre les succès et les insuccès? On ne le sait pas encore, et c'est cette recherche qu'il s'agirait précisément d'entreprendre aujourd'hui pour fixer définitivement la valeur des injections iodées. Mais tel que l'état de la science aujourd'hui permet de le reconnaître, et en tenant compte des seuls faits connus, où d'après ce qui se voit toujours, les cas de succès ont dû être plutôt produits que les cas d'insuccès, on peut dire néanmoins que l'introduction des injections iodées dans la thérapeutique des kystes de l'ovaire, et dans des conditions déterminées, est une véritable conquête de l'art, car avant cette introduction l'art en était réduit à des moyens palliatifs.

Nous ne redirons pas ici à qui M. Robert fait remonter la gloire de cette application, car nous ne voulons pas entrer sur le terrain si tourmenté des questions de priorité. D'ailleurs, l'Académie est là pour vider le débat, si le débat surgissait.

Amédée LATOUR.

PATHOLOGIE.

NOTE SUR LES KYSTES DE L'OVAIRE ET LEUR TRAITEMENT,

COMMUNIQUÉE

Par M. PIDOUX, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Le kyste de l'ovaire est une maladie organique de singulière espèce. Le tubercule, le cancer, l'anévrysme, les cachexies spéciales du foie, du rein, de la rate ont une gravité, une incurabilité presque universelles. Toutes les constitutions, tous les âges sont à peu près égaux devant ces maladies. Devant les kystes ovariques, au contraire, la femme est à une loterie pleine de chances les plus imprévues. Ces tumeurs ont une échelle de gravité immense, depuis la simple incommodité jusqu'à la mort inévitable. Essentiellement dépendantes de l'organisation toute particulière des parties où elles se développent, on ne les rencontre que dans ces parties. Le cancer, le tubercule naissent partout, comme l'inflammation, l'œdème ou l'hémorrhagie. L'espèce morbide dont il est question ici, quoique infiniment variée, ne végète que dans l'ovaire. Pourtant, il y a une diathèse ovaro-kysteuse, mais toute locale. C'est comme si l'ovaire était à lui seul un petit organisme greffé sur un autre et y jouissant d'une pathologie propre plus indépendante que celle des autres organes. Voilà pourquoi ces kystes et ces tumeurs se forment chez les femmes de la santé la plus franche d'ailleurs, et ne paraissent se rattacher à aucune diathèse connue. Ce sont des maladies surnuméraires et hors rang, qui n'entretiennent guère, dès lors, avec l'organisme, que les rapports de la nutrition générale.

Que les kystes de l'ovaire soient très différents d'eux-mêmes chez les divers sujets, c'est ce que tout le monde sait. Que dans le même ovaire, il y ait plusieurs kystes de nature et par conséquent de gravité différentes, la chose est encore assez connue, quoique trop souvent oubliée dans ses conséquences pratiques; mais ce qui paraît l'être moins, à en juger par le brutal niveau de la chirurgie sabreuse, c'est que le même kyste passe non seulement par plusieurs phases d'accroissement, mais par plusieurs degrés ou puissances de vie morbide, depuis la bénignité la plus favorable aux triomphes opératoires, — mais aussi la plus féconde en meurtres légaux — jusqu'à la malignité ou à l'entraînement pathologique les plus intraitables.

Le problème thérapeutique de ces kystes est donc complexe et obscur, parce que rien n'est moins simple ni moins clair que le problème de leur pronostic.

D'abord, quand la diathèse ovaro-kysteuse est très prononcée, on voit les kystes et tumeurs, variétés d'une même espèce, pulluler comme dans une mâchoire malsaine la carie des dents. Cette multiplication croît avec le nombre des kystes déjà existants. Soit que nés tous d'une même poussée morbide, ou que, successivement développés sous l'influence d'une même disposition, ils grandissent inégalement en raison de leur espèce plus ou moins hâtive; soit que la maturité de l'un d'eux favorise la génération kysteuse dans d'autres vésicules, et que la cachexie ovarique ait la propriété d'exciter, par un véritable cercle vicieux, la pullulation des productions morbides dont elle est elle-même issue, toujours est-il que les kystes et les tumeurs éclosent d'autant plus abondamment que la lésion est plus avancée dans les kystes premiers-nés, et l'économie plus altérée. A chaque ponction qui permet l'exploration du ventre, on trouve la grappe de tumeurs augmentée. Un kyste, comprimé par celui que la ponction vient de vider, se développe à son tour avec une rapidité quelquefois telle, qu'un mois après, c'est lui qu'on ponctionne en croyant évacuer encore le premier. On a compté avec des conditions données de nature ou d'épaisseur de parois, d'épaisseur ou de nature de liquide, pour porter tel ou tel pronostic, pratiquer ou ne pas pratiquer d'injection, etc., et on se trouve en face de conditions toutes contraires.

Je répète, et j'insiste sur cette observation, que le même kyste peut présenter successivement, et à diverses périodes de son développement, toute l'échelle ou tous les degrés de vie morbide qu'on rencontre isolément dans des kystes différents sur la même femme ou sur plusieurs.

C'est qu'en fait de plasticité morbide, l'ovaire a le fonds le plus riche et le plus varié. C'est un organe essentiellement formateur. Aussi, quelle diversité de formations solides ou demi-solides, liquides ou demi-liquides! Quelle association bizarre, quelle marqueterie de tissus hétéromorphes, de tissus ou de liquides qu'on ne rencontre que là! Il offre quelquefois, réuni en une seule masse, l'abrégé ou l'échantillon de tous les tissus qu'embrasse l'anatomie pathologique. Mais dira-t-on, nous ne devons nous occuper que des kystes. Je le veux bien, si la nature en présente de purs et de dégagés de tout cortège malsain. Sans doute, il en est de tels, surtout au début de ces productions; mais le médecin ne doit jamais oublier la fécondité morbide des ovaires, et il fera bien de ne porter de pronostic que sous cette réserve.

Les observateurs exacts, les médecins positifs dressent des statistiques de kystes de l'ovaire pyramidales comme des piles de boulets, et totalisent leurs résultats thérapeutiques! Établirez-vous autant de colonnes de chiffres qu'il y a de variétés vivantes de kystes, de marches, de terminaisons différentes de ces tumeurs, de genres et de degrés d'effets produits par elles sur l'économie, etc. ?.... Alors ce n'est plus de la statistique que vous ferez, mais de la pathologie; deux choses dont l'esprit et la méthode s'excluent tellement, qu'on porte le défi d'avoir jamais vu un statisticien pathologiste et un pathologiste statisticien.

Il ne faut pas se lasser de réfléchir sur ces capricieuses tumeurs, La vérité pratique vraie est toujours au fond de la pathologie. On distinguera facilement des kystes sains ou bénins et des kystes malsains ou graves. Les premiers ont pour caractère de croître lentement et de n'exercer sur l'économie aucune influence délétère ou cachectisante. Les seconds croissent rapidement et produisent d'assez bonne heure un commencement de cachexie ovaro kysteuse, qui ne ressemble ni à la cachexie cancéreuse, ni à la cachexie tuberculeuse, ni à la cachexie séreuse ou hydropique, quoique ce soit de celle-ci qu'elle se rapproche le plus. C'est encore moins la cachexie utérine, qui est un composé de chlorose et d'hystérie bâtardes.

N'est-ce pas une chose fort remarquable que les affections utérines : dysmétrie et ses infinies variétés avec ou sans déviation, métrite chronique, etc., et ses innombrables sympathies morbides, soient fort rares dans les kystes de l'ovaire? Il semble que la maladie organique absorbe toute la vie morbide de l'appareil génital pour s'épuiser dans la production des tissus et des liquides pathologiques, car il n'est pas de maladie organique plus silencieuse et plus latente que les kystes de l'ovaire, vivant en eux-mêmes, inaperçus jusqu'à ce qu'ils aient acquis un volume déjà considérable, et ne produisant pas même alors les troubles locaux stéréotypés d'avance, en dépit de la clinique, dans toutes les descriptions de la médecine exacte et mécanique. Des corps fibreux énormes de la matrice sont dans le même cas, et continuent à exercer l'imagination des médecins anatomistes. Nouvelles leçons à ceux qui expliquent, par des causes et des rapports physiques, les souffrances locales si pénibles qu'on observe dans les déplacements de l'utérus!

Ainsi, la rapidité de développement et la cachexie ovaro-kysteuse sont deux faits presque toujours en rapport. On voit les femmes épuisées comme par un parasite qui transformerait à son profit toutes leur substance. C'est une colliquation, un véritable entraînement pathologique. J'en conclus que, s'il est vrai que ces étonnantes affections soient tout à fait locales, elles finissent souvent néanmoins par entraîner l'organisme entier dans le cercle de leur vie morbide.

Voilà pourquoi j'ai dit entraînement pathologique, car il ne faudrait pas croire que ce soit là un pur entraînement physiologique, un simple défaut de balance entre la décomposition et la composition nutritives. Si ce n'était pas autre chose, il suffirait d'une réparation alimentaire généreuse, aidée de quelques toniques pour prolonger indéfiniment la vie des malades. L'ovaire altéré n'est pas tellement indépendant de l'organisme général, que celui-ci n'en ressente l'influence que par les soustractions de matériaux qu'il lui fait subir. La présence de tissus, et surtout de liquides pathologiques dans un point de l'économie, n'est jamais chose innocente. Les kystes de l'ovaire n'entretiennent pas des symptômes de sensibilité morbide avec le système entier comme l'utérus malade; ils ne soulèvent pas, comme lui, de ces névropathies hypochondriaco-hystériques qui, quoique secondaires, se constituent en autant de maladies propres, mais ils ne laissent

pas que d'infecter l'organisme, d'altérer le sang lentement et à leur manière. C'est ce qui arrive dans les kystes graves ou malsains. La seule présence d'un liquide morbide, fût-il simplement séreux, dans la plèvre ou le péricarde, cachectise bien les sujets, et condamne bien, tant qu'il séjourne dans ces cavités naturelles, l'hématose et la nutrition à une cachexie pleurétique ou péricardique qu'il est impossible d'attribuer à la gêne mécanique produite par ces épanchements; pourquoi la présence de liquides malsains formés dans des cavités douées d'une vie morbide plus ou moins maligne, n'exercerait-elle pas sur le sujet en qui ces productions ont pu se développer, une de ces actions en vertu desquelles une altération primitivement locale s'assimile enfin toute l'économie impuissante à lui résister, imprime son cachet morbide particulier à la nutrition et à l'hématose, et les entraîne dans sa direction envers et contre tous les moyens réparateurs hygiéniques et pharmaceutiques qui sont désormais sans rapport avec le mode de nutrition? L'organisme n'assimile plus sainement; il est assimilé pathologiquement par le kyste.

C'est certainement ce qui arrive dans cette catégorie des kystes, de l'ovaire que j'ai appelés graves ou malsains; et c'est ce qui constitue la cachexie ovaro-kysteuse, l'une des variétés de la cachexie séreuse ou hydropique.

Quelquefois même, l'action générale malsaine des kystes de l'ovaire est accusée par des symptômes d'infection putride intermittente, dessinant des accès d'une véritable fièvre pernicieuse sur le fond de la cachexie ovaro-kysteuse. Les malades sont prises d'une série d'horripilations ou d'un frisson convulsif et glacial, comme si un poison animal venait de pénétrer ou de se produire dans leurs vaisseaux. Puis, une chaleur fébrile âcre, avec ou sans délire, souvent avec une langue désséchée, se développe, et l'accès se termine par une sueur ou une diarrhée. Ces accidents annoncent généralement une mauvaise nature de kyste, et précipitent singulièrement la marche de la maladie. En résumé, c'est à la cachexie ovaro-kysteuse que succombent presque toutes les femmes chez qui la maladie se termine d'une manière funeste.

Un entraînement physiologique pur et simple ne saurait expliquer leur état général et leur mort. Ce qui l'explique encore moins, c'est la compression des viscères digestifs et respiratoires. On fait jouer aux déplacements mécaniques qui en résultent, un rôle systématique dont le moindre défaut est d'être démenti tous les jours par la clinique. Combien de fois n'ai-je pas vu ces malheureuses femmes entraînées par leur hydropisie enkystée de l'ovaire jusqu'au dernier degré du marasme et de la cachexie séreuse, continuer à manger et à digérer (quant aux premières voies) comme elles l'avaient toujours fait, sans vomissements, sans diarrhée, etc..., mais aussi sans digestion interstitielle ou sans nutrition, cette fonction primitive et générale étant pervertie par la cachexie qui y a primitivement son siége.

Il y a des kystes de l'ovaire, essentiellement sains et bénins, qui persistent tels indéfiniment. Il y en a de malsains et de graves qui débutent avec cette nature, et mènent rapidement les sujets. Enfin, il en est de la première espèce qui, après avoir été d'abord et pendant un certain temps sains, bénins, non cachectisants, dégénèrent et passent à la seconde espèce. Dans les premiers, le liquide est presque toujours séreux, ténu, transparent et comme formé par une membrane séreuse. Dans les seconds, presque toujours il est visqueux, filant, verdâtre, brun, boueux. La membrane sécrétante ressemble davantage alors à une fausse muqueuse. Elle est épaisse, veloutée et quelquefois comme fongueuse. Ces liquides et cette membrane-là ne deviennent ou ne redeviennent jamais séreux. Au contraire, les kystes séreux, si on en juge par la nature du liquide fourni à des époques différentes, deviendraient trop souvent muqueux, à productions malsaines. Les ponctions palliatives répétées ont la triste propriété de favoriser cette transformation et l'entraînement cachectique.

En face du problème redoutable de la thérapeutique de ces kystes, on ne doit donc pas oublier qu'il y a dans l'ovaire une telle puissance de végétation morbide, que, lorsqu'elle s'est fortement emparée de ces organes essentiellement producteurs, elle ne s'arrête que faute d'aliment, et que la consomption de la femme y met seule un terme. Voilà pourquoi le kyste de l'ovaire, sain et inoffensif à son début, laissant alors en dehors de lui l'organisme sain et inaltéré, peut amener une détérioration générale profonde, contracter lui-même des caractères de plus en plus fâcheux, s'altérer dans son organisation et ses produits, et cachectiser l'économie à sa manière.

Et cependant les kystes et les tumeurs de l'ovaire ne sont pas essentiellement constitués par des tissus de mauvaise nature. Leur gravité réelle est dans leur entraînement. S'il s'arrête — et cela est très possible — par une cure naturelle, que l'art aussi peut susciter, on a sous les yeux le spectacle d'une maladie qui laissée à elle-même, eût été sûrement fatale, tuée sur place comme un parasite mortel à la femme, et réduite à des restes d'elle-même à jamais incapables de nuire. Encore une singularité étrangère aux autres affections organiques, et propre aux kystes de l'ovaire. Quel courage, mais quelle prudence ne doit-elle pas inspirer aux chirurgiens qui sont médecins!

Ces courtes réflexions touchant la pathologie des kystes de l'ovaire, permettent de dire un mot sur la question en litige aujourd'hui devant l'Académie.

(La suite au prochain numéro.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 11 Novembre 1856. — Présidence de M. Rossy.

La correspondance officielle comprend :

Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les départements de la Corse et du Lot en 1855.

— Un rapport de M. le docteur Valat, médecin cantonal à Autun, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné à Auxy en 1856. (Com. des épidémies.)

— Une série de questions relatives à la vaccine posées par le président du département militaire du royaume britannique, et transmises au ministre du commerce, avec prière de solliciter de l'Académie de médecine les réponses que comportent ces questions.

— Le tableau des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de l'Yonne. (Com. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivants :

L'état des vaccinations faites gratuitement à Bayonne dans le courant de l'année 1856, par M. le docteur Hocsselle. (Comm. de vaccine.)

— Une notice sur deux cas rares de calculs rencontrés dans les glandules hypertrophiées du voile du palais, et sur leur traitement à l'aide de la dissolution, par M. le docteur Anselmier. (M. Ségalas, rapporteur.)

— Une lettre de M. le docteur Bartoletti, secrétaire général de la Société de médecine de Constantinople, qui transmet à l'Académie deux exemplaires du compte-rendu de la discussion qui a eu lieu, au sein de cette Société, sur le typhus observé dans les armées pendant la guerre d'Orient.

— Un mémoire intitulé : Observations cliniques faisant connaître l'action et les résultats thérapeutiques obtenus par *les eaux thermo-minérales alcalines de Vichy*, dans les diverses maladies, par M. le docteur Barthez, médecin en chef de l'hôpital thermal militaire de Vichy. (Com. des eaux minérales.

— Une note sur un *esthésiomètre*, nouvel instrument pour mesurer la sensibilité, par M. le docteur Burcq. (M. Beau, rapporteur, s'il y a lieu.)

— Un paquet cacheté déposé par M. Beau, membre de l'Académie.

— Une lettre de M. Leroy-d'Étiolles, relative au traitement de l'hydropisie ovarienne par la canule laissée à demeure.

Il rapporte sommairement l'histoire d'une guérison obtenue par ce moyen (en 1835), chez une personne âgée de 25 ans environ; elle avait eu à 20 ans une grossesse qui s'était terminée heureusement, et elle faisait remonter à quatre années l'origine de sa maladie contre laquelle avaient été vainement mis en usage une foule de fondants et de résolutifs.

M. Tadini, médecin italien, qui habitait alors Paris, eut la pensée de pratiquer la ponction, de laisser à demeure la canule pour faire écouler le liquide à mesure qu'il se reformerait, et tenir les parois du kyste dans un état de vacuité de rapprochement qui favoriserait leur adhérence mutuelle. C'était une imitation du procédé de Larrey pour la guérison de l'hydrocèle. Appelé en consultation par M. Tadini, je donnai une entière approbation à ce mode de traitement, et je m'y associai en imaginant d'adapter à la canule du trocquart deux petits crochets mousses qui, sortant par deux œils distants d'un centimètre et demi de son extrémité, l'empêchaient de s'échapper, et favorisaient la sortie de la sérosité. Ces crochets peuvent s'adapter à un tube métallique où à un tube de gomme. (J'ai parlé de cette canule dans l'exposé de mes travaux et inventions publié en 1840).

L'opération fut pratiquée par M. Tadini en ma présence, et je continuai de voir avec lui la malade. La canule resta en place quinze jours sans produire d'accidents inflammatoires; pendant ce temps quelques injections d'eau tiède furent faites dans la cavité du kyste; alors aucun liquide ne sortant plus par la canule, elle fut retirée. L'affaissement permanent de la tumeur et l'oblitération de sa cavité furent constatés par Magendie deux mois après la cessation du traitement.

Six ans plus tard, je rencontrai dans la société cette dame jouissant de la santé la plus florissante. Elle m'apprit qu'elle avait mis un enfant au monde depuis l'opération.

Ce fait montre l'efficacité du traitement par la canule laissée en permanence après la ponction. J'ose espérer que l'Académie le trouvera digne de son attention.

J'ai l'honneur d'être, etc.

— Une lettre de M. Robiquet, en réponse à la réclamation de M. Berthé, au sujet de l'étude des propriétés physiologiques de la *codéine*. (L'abondance des matières nous oblige à renvoyer cette lettre au prochain numéro.)

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement des kystes ovariens. — La parole est à M. Huguier.

M. Huguier, après quelques observations destinées à indiquer l'importance de la discussion actuelle et à limiter le nombre des cas où l'expectation, préconisée par M. Moreau et M. Trousseau, est applicable aux kystes ovariques, pose successivement les questions suivantes :

A quel âge succombent ordinairement les personnes atteintes d'hydropisie de l'ovaire abandonnées à elles-mêmes? que-ls sont les accidents auxquels elles sont exposées?

Il y a, sous le rapport de la gravité des kystes ovariques, deux catégories à établir. Dans la première, il faut placer toutes les femmes qui sont frappées par la maladie vers l'âge de 45 à 50 ans, chez lesquelles la fonction génératrice est terminée; chez ces malades, la marche de l'affection est ordinairement très lente, c'est chez elles que le chirurgien doit respecter la maladie, à moins qu'une absolue nécessité ne réclame son intervention, ce qui, malheureusement, se présente encore trop souvent. Dans la deuxième catégorie, nous placerons toutes les femmes qui sont atteintes vers l'âge de 20 à 40 ans et au-dessus; celles-là, en général, ne vivent pas longtemps : elles succombent habituellement entre 30 et 45 ans, et plus la maladie les a frappées jeunes, moins elles ont de chances en leur faveur. Les femmes de cette deuxième catégorie sont sujettes à mille incommodités, à la stérilité; elles sont très exposées à la péritonite, à l'inflammation et à la suppuration du kyste, à celle de l'utérus et de ses annexes, à la métrorrhagie, à l'avortement, à l'accouchement impossible ou difficile, comme j'en ai vu un exemple avec M. Depaul. Elles meurent par asphyxie lente, par altération des grandes fonctions assimilatrices, l'ascite, la péritonite chronique ou aiguë, par rupture du kyste. Cette dernière terminaison, à laquelle on doit quelques rares guérisons, est le plus souvent mortelle. Ce tableau, que je ne crains pas d'avoir trop rembruni, n'est certes pas fait pour encourager le praticien à rester dans l'inaction.

L'inefficacité de la thérapeutique médicale, la longue durée de la maladie et ses divers modes de terminaison spontanée justifient-elles l'utilité de l'intervention chirurgicale? Évidemment oui, car les quelques cas de guérison à la suite de rupture de la tumeur au dehors ou dans une cavité naturelle, ne font que démontrer l'opportunité d'une *évacuation chirurgicale*, mais ce n'est pas à dire qu'il faille opérer indistinctement tous les kystes ovariques.

L'étude clinique et anatomo-pathologique montre encore mieux l'utilité de l'intervention chirurgicale. Tant que la science diagnostique ne sera pas plus avancée, on confondra toujours une foule de kystes formés autour de l'ovaire avec ceux de cet organe : 1° les kystes séreux des ligaments larges; 2° les kystes embryonnaires de ces ligaments résultant d'un commencement de grossesse utérine; 3° les kystes péri-utérins développés sous la membrane cellulo-fibreuse qui entoure l'utérus; 4° même les kystes interstitiels de la matrice quand ils ont acquis un grand volume (M. Huguier montre un dessin représentant un kyste de ce genre); 5° les kystes du corps de Wolf ou de l'organe de Rosenmüller; 6° certaines hydropisies enkystées du péritoni-pelvien.

Toutes ces poches, se rapprochant des membranes séreuses par leur organisation, peuvent être facilement oblitérées par un moyen chirurgical, conformément aux remarques de M. Velpeau sur les cavités accidentelles, et comme M. Cruveilhier l'a également fait ressortir en étudiant l'organisation de ces tumeurs. C'est probablement un de ces kystes, dits kystes de l'ovaire, qu'Auguste Bérard croyait avoir guéri par l'acupuncture.

Les kystes ovariques proprement dits sont de plusieurs espèces : 1° ceux qui se développent dans les vésicules de Graaf; ce sont les plus communs, les plus difficiles à guérir, à raison de leur ressemblance avec une muqueuse (ils se composent d'une membrane villeuse et d'une couche épithéliale); ils se présentent souvent sous la forme multiloculaire; 2° ceux qui se développent dans la gangue de l'ovaire, dans la trame celluleuse interposée aux vésicules de Graaf. Ces kystes-là sont de véritables kystes séreux ou séro-sanguins; 3° les kystes hydatiques; 4° les purulents à marche tout à fait chronique; 5° les kystes embryonnaires, dont les parois sont cellulo-vasculaires. Ces quatre dernières espèces sont susceptibles de guérir facilement. La distinction clinique entre ces divers kystes étant le plus souvent impossible, si vous enveloppez dans la même proscription l'action chirurgicale appliquée à ces tumeurs, que l'on réunit sous le nom de kystes de l'ovaire, vous priverez un grand nombre de femmes des secours de l'art, et les vouerez à une foule d'accidents, ainsi qu'à une mort certaine que vous eussiez pu conjurer.

Quels sont les kystes qui ne doivent pas être opérés?

1° Tous ceux qui se manifestent vers l'âge de 50 ans; cependant MM. Boinet et Monod ont opéré avec succès des femmes âgées de plus de 60 ans.

2° Ceux qui, chez des femmes beaucoup moins âgées, ne font plus de progrès et ne causent aucun trouble fonctionnel.

3° Les kystes multiples, aréolaires, multiloculaires, si surtout ils ont un grand volume. Je vois que, dans 7 cas de mort, 4 appartiennent à des cas multiloculaires. La mort n'a pas ordinairement lieu par péritonite, mais bien par infection purulente ou putride, par épuisement graduel, conséquence de la suppuration, de la mortification lente ou d'une véritable gangrène des kystes et de leurs cloisons. C'est ce que j'ai observé dans deux cas où, à la vérité, les injections iodées ne furent pas mises en usage. Je dois dire que des guérisons de kystes multiloculaires ont été obtenues par MM. Boinet, Monod, Demarquay.

4° Les kystes très volumineux dont les larges adhérences avec les viscères supérieurs ou les parois de l'abdomen s'opposent à la rétraction et à l'oblitération.

5° Les kystes développés chez des personnes très faibles ou dont la constitution est entachée d'un vice général; ceux compliqués de lésions organiques de l'ovaire ou de l'utérus, à moins qu'une nécessité absolue n'exige l'intervention du chirurgien.

Nous pensons qu'au contraire on devra opérer :

1° Tous les kystes qui existent chez des femmes jeunes, qui leur causent des incommodités sérieuses ou des accidents, et il y en a beaucoup plus qu'on ne le pense généralement; rappelez-vous les malades citées par M. Gimelle, par M. Jobert, M. Trousseau, M. Cruveilhier.

2° Les kystes qui sans causer actuellement d'accidents, ont un accroissement rapide et continuel;

3° Ceux dont les parois ne paraissent pas trop épaisses, qui sont sans inégalités, sans bosselures, exemptes d'adhérences très étendues avec les viscères, ceux dont le contenu est très léger, mobile, peu épais, d'apparence séreuse et non sirupeuse.

4° On devra ponctionner et injecter de teinture iodée tous ceux qui, après une ou plusieurs ponctions, s'enflamment et suppurent, afin de prévenir ou d'arrêter l'intoxication purulente.

Examinons maintenant les méthodes et les procédés.

L'*incision* a été abandonnée par ses inventeurs eux-mêmes. En prenant la précaution de faire adhérer le kyste et la paroi abdominale, quelques praticiens de nos jours ont évité l'épanchement du liquide et la péritonite, mais nullement l'inflammation, la gangrène du kyste, l'infection purulente ou putride. Cependant, aujourd'hui que nous possédons les injections iodées, peut-être l'incision devrait-elle être moins généralement abandonnée, surtout en la pratiquant par le vagin. J'ai obtenu trois succès à l'aide de cette méthode dans des kystes proliféres et embryonnaires. (M. Huguier montre une *mèche de cheveux* provenant de l'un de ces kystes.)

Ponction simple, comme Roux, comme M. Nélaton l'a vu, guérison complète avoir lieu à la suite d'une seule ponction. C'était chez une dame de 25 ans, affectée d'un kyste qui contenait près d'un litre de liquide opaque, filant, brun clair; la ponction avait été faite par le vagin. Il n'y eut ni fièvre ni inflammation kystique appréciable. Depuis 1853, le kyste n'a pas reparu; il ne reste qu'une tumeur placée au côté gauche de l'hypogastre, et ayant le volume d'un œuf de poule.

Quant à la ponction simple *répétée*, je n'ai jamais vu cette opération faite d'une manière convenable, et dans des conditions opportunes, être suivie d'accidents. Les trois faits cités par M. Cruveilhier sont, comme il l'a dit lui-même des exceptions; on peut ajouter que dans ces faits, l'opération a été retardée presque au moment où des accidents sérieux ont forcé de la pratiquer, condition éminemment défavorable; qu'en outre, dans un de ces cas, il y eut des pressions, des manœuvres, etc.

En définitive quand on doit opérer un kyste ovarique, la ponction simple doit d'abord être employée, soit comme opération évacuative, soit comme premier temps d'une opération plus complexe si la maladie récidive.

La *ponction avec canule à demeure* ne nous paraît convenable que pour les kystes primitivement purulents, pour ceux qui suppurent après une ou plusieurs ponctions; pour les kystes multiloculaires, qui par une erreur du diagnostic souvent inévitable ont été pris pour des kystes

uniloculaires. (M. Huguier montre un dessin représentant un kyste multiloculaire dont la poche principale contient quinze litres de liquide).

Ponction et injection iodées. Les faits nous paraissent aujourd'hui assez nombreux pour démontrer l'efficacité de cette opération. Sur 32 cas rapportés par M. Boinet, je ne trouve que 7 cas de mort (4 kystes multiloculaires, 3 avec lésion concomitante des organes sexuels). En admettant que quelques-uns de ces faits aient été publiés prématurément, l'ensemble des faits ne démontrerait pas moins l'utilité, et dans un grand nombre de cas l'innocuité de la méthode. Le premier volume du *Moniteur des hôpitaux* contient un cas de guérison par cette méthode; MM. Monod et Demarquay sur 10 cas, n'ont eu qu'un décès; M. Monod m'a même assuré avoir réussi par cette méthode chez des femmes âgées et dans un cas de kyste multiloculaire. MM. Cazeaux, Velpeau, Jobert, Gimelle, Cruveilhier vous ont également signalé l'innocuité de l'opération. MM. Moreau et Trousseau l'ont complétement répétée, le premier par pur sentiment; le second, 1° à cause des récidives, et cependant la récidive est la règle après la ponction simple que M. Trousseau approuve! 2° parce-que cela l'effraie? Cependant ni la douleur qu'elle provoque, ni sa longue durée, ni les accidents qu'elle peut causer, ne rendent cette opération *effrayante*.

Voici quelques faits qui me sont propres : sur 9 opérations de ce genre que j'ai pratiquées, je n'ai eu à déplorer aucun décès; une seule malade a eu une péritonite grave dont elle a guéri. Deux malades ont vu leur affection récidiver; elles n'avaient subi que deux ponctions et une injection; se croyant guéries, elles sont sorties de ma salle, mais j'ai su qu'elles étaient rentrées dans un autre hôpital. Que sont-elles devenues? je l'ignore.

Cinq malades ont guéri sans accidents sérieux; sur ce nombre deux avaient des kystes ovariques dont le point de départ avait été une grossesse extra-utérine; les trois autres avaient des kystes simples, à parois minces (l'un refermait une matière albumineuse).

La neuvième malade est celle dont M. Malgaigne et moi avons parlé dans la première séance, elle était presque mourante quand je lui fis la ponction le 19 avril 1855; il s'écoula dix-huit litres d'un liquide blanc jaunâtre, légèrement filant et onctueux. Elle avait en même temps une tumeur fibreuse utérine interstitielle du volume de la tête d'un adulte. Le kyste s'enflamma; des symptômes d'infection purulente se manifestèrent; une deuxième ponction fut faite le 12 mai 1855 : six litres et demi de liquide purulent furent évacués, une canule laissée à demeure, des injections iodées pratiquées tous les jours, et les accidents cessèrent. Aujourd'hui la santé est excellente, la tumeur fibreuse utérine a un peu diminué de volume; quant au kyste, il est tellement revenu sur lui-même, qu'il n'admet pas plus de deux ou trois cuillerées de liquide iodé.

En résumé, les injections iodées dans les kystes de l'ovaire sont propres, dans un grand nombre de cas, à amener la guérison de cette affection; non seulement, dans la majorité des cas, elles ne sont pas suivies d'accidents, mais elles font le plus ordinairement cesser, comme par enchantement, les accidents inflammatoires et d'intoxication purulente. Je demeure convaincu que l'on aurait encore plus de succès à cela si l'on n'eût pas attendu pour opérer que les malades eussent déjà un pied dans la tombe.

Voici les objections sérieuses qui ont été faites à cette opération : 1° les cas d'insuccès que l'on cache l'emportent probablement sur les succès que l'on publie; 2° il est impossible d'obtenir le retrait de certaines poches très volumineuses; 3° une injection irritante dans un grand kyste expose à une inflammation grave, soit de la tumeur, soit de l'utérus ou du péritoine; 4° si le kyste n'est pas adhérent, on pique le péritoine en deux ou même quatre points, quand il adhère entre l'épiploon avec la partie antérieure et inférieure du kyste; 5° on peut blesser des vaisseaux volumineux, déterminer des épanchements de sang dans la cavité péritonéale; 6° on aura affaibli la paroi du kyste dans le point ponctionné, et plus tard, s'il se reproduit, il pourra se rompre dans ce point sous l'influence du plus léger effort, d'où une péritonite mortelle; 7° si la poche suppure, les liquides stationnant dans sa partie la plus déclive, s'altèrent et il y a danger d'infection purulente ou putride; 8° si c'est un kyste aréolaire ou multiloculaire, la fonte purulente, le ramollissement putride ou la gangrène se manifesteront dans les parois et cloisons qui séparent les poches les unes des autres.

La plupart de ces objections sont plus spécieuses que solides. Rien ne montre, en effet, que les insuccès aient été égaux ou supérieurs en nombre aux succès... Si quelques praticiens, peu scrupuleux et ambitieux, ont caché leurs insuccès, en échange, que de chirurgiens honnêtes et qui ne courront pas après la publicité, ont laissé ignorer leurs succès!

Les plus grands kystes peuvent revenir sur eux-mêmes; rien n'oblige à panser une injection irritante dans un grand kyste; on peut auparavant, comme le font tous les chirurgiens prudents et comme l'a de nouveau recommandé M. Demarquay, faire au préalable un, deux et trois ponctions évacuatrices, pour réduire le volume de la tumeur. Et quant aux accidents qui sont purement *opératoires* (piqûre du péritoine, épanchements, rupture consécutive), on peut les éviter, comme l'a dit M. Jobert, en déterminant l'adhérence du kyste à la paroi abdominale, ou mieux en faisant la ponction par le vagin, ce que je fais toujours à moins d'impossibilité absolue. Les avantages de l'opération par le vagin sont nombreux : en opérant la partie la plus déclive de la tumeur, on évite la stagnation des liquides; si la plaie demeure fistuleuse, ou si la maladie ayant récidivé, le kyste distendu de nouveau vient à se rompre, l'écoulement du liquide aura lieu sans danger par le vagin; en outre, on est moins exposé à blesser les vaisseaux du kyste qui arrivent à cette poche par sa partie externe. La ponction par le vagin ne produit pas de ces adhérences, qui fixent les kystes et l'empêchent de se rétracter; je ne l'ai jamais vue suivie de péritonite. M. Ricord s'est également bien trouvé de la ponction vaginale, il a guéri par elle une malade qui n'avait pu être guérie par la ponction abdominale...

(L'orateur insiste encore sur les avantages de la ponction par le vagin, puis il termine en ces termes :)

De tout ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure :

1° Que les kystes de l'ovaire ne sont pas des affections aussi bénignes qu'on le pense généralement, que ce sont au contraire des affections fort graves dans un grand nombre de circonstances;

2° Que c'est une erreur de penser que, dans la majorité des cas, la vie se prolonge jusqu'à un âge avancé : plus la femme est jeune, plus promptement elle succombe;

3° Les kystes uniloculaires, sans altération organique de leurs parois, qui contiennent un liquide séreux, séro-sanguinolent ou albumineux; ceux qui ont eu pour point de départ une grossesse extra-utérine, les kystes purulents sont ceux dont on obtient le plus facilement la guérison;

4° Il ne faut pas toucher aux kystes aréolaires et multiloculaires, à moins que, très peu volumineux, ils causent déjà de grandes incommodités ou souffrances; on a alors la chance d'éviter les graves accidents que leur traitement chirurgical ordinairement détermine lorsqu'ils sont volumineux;

5° Le moment opportun pour opérer est celui où le kyste n'ayant pas encore acquis un grand volume, commence à faire souffrir la malade ou à exercer une fâcheuse réaction sur les fonctions;

6° Rarement l'emploi d'une seule méthode réussit; souvent il faut les combiner;

7° Parmi les injections, les iodées sont celles qui réussissent le plus souvent, qui sont le moins suivies d'accidents, et qui mettent le plus sûrement à l'abri de l'infection purulente;

8° On devra, autant que possible, attaquer le kyste par le vagin plutôt que par la paroi abdominale.

M. Robert : Au point où en est arrivée cette discussion, ce que l'Académie doit le plus désirer, c'est de connaître des faits. M. Cruveilhier, dans la dernière séance, et dans celle-ci M. Hugier, ont trop nettement indiqué les distinctions qu'il convient d'établir dans la structure des kystes de l'ovaire, au point de vue de leur curabilité, pour que je revienne encore sur cet important sujet. Je me bornerai à dire ce que l'observation m'a appris sur le traitement de ces kystes, et plus spécialement sur les effets des injections iodées.

La première et la plus simple des opérations que l'on pratique sur les kystes ovariques, c'est la ponction suivie de l'évacuation d'une partie ou de la totalité du liquide contenu dans leur cavité. Le manuel opératoire n'offre rien qui mérite ici d'être mentionné. Cependant il ne faut pas oublier qu'après l'extraction de la canule, quelques gouttes de liquide contenu dans le kyste peuvent s'écouler dans le péritoine et y produire une dangereuse inflammation. Pour éviter cet accident, il faut exercer une pression constante sur la paroi de l'abdomen pendant toute la durée de l'opération et après elle, de manière à ce qu'elle soit toujours exactement appliquée sur le kyste. On doit même la contenir au moyen d'un bandage convenable pendant plusieurs jours, jusqu'à ce que l'on suppose les adhérences établies. Je connais deux cas dans lesquels les malades s'étant levées le second ou le troisième jour après l'opération, toutes les deux s'étant appuyées contre un corps résistant, ont été prises de péritonite mortelle. Il est donc de la plus haute importance de laisser pendant plusieurs jours les malades au repos et dans la plus stricte immobilité.

Cependant, malgré toutes les précautions, il se manifeste quelquefois, peu d'heures après l'opération, une douleur assez intense, mais circonscrite, autour de la piqûre. Elle cède en général à une application de sangsues ou de quelques moyens simples, et jamais je ne l'ai vue avoir de suites graves. Elle est l'indice d'une péritonite partielle, dont la conséquence doit être la formation d'adhérences entre le kyste et la paroi contiguë de l'abdomen. Loin de considérer cet accident comme fâcheux, je lui trouve l'avantage d'offrir une plus grande sécurité, dans le cas où l'on aurait ultérieurement besoin de pratiquer une nouvelle ponction.

La ponction simple, suivie de l'évacuation du liquide contenu dans la poche ovarique, suffit, dans certains cas, pour en amener la guérison. Aux faits rapportés par M. Huguier, j'ajouterai le suivant :

En 1849, j'ai opéré une femme de 33 ans, qui portait depuis dix ans un kyste d'un tel volume, que la ponction en fit sortir seize litres de liquide. Celui-ci était transparent comme de l'eau, assez fortement salé, et dans lequel ni la chaleur ni l'acide nitrique ne décelaient aucune trace d'albumine. Je comprimai le ventre avec un bandage fortement serré, et le maintins dans cet état pendant plus de dix jours. Le liquide ne se reproduisit pas; la malade, dont j'ai eu des nouvelles trois ans après, était dans un état de santé parfaite. D'après la nature du liquide, il n'est guère permis de douter que ce n'ait été un acéphalocyste. M. Cruveilhier a depuis longtemps signalé la possibilité de la guérison des tumeurs de cette nature par la ponction simple; il pense même que ce caractère les distingue essentiellement des kystes séreux dans lesquels le liquide se reproduit dès qu'il a été évacué. Du reste, j'ai observé un cas semblable, en 1849, à la suite de la ponction d'un kyste hydatique du foie.

La ponction simple des kystes de l'ovaire est ordinairement suivie de la reproduction plus ou moins prompte du liquide; on peut y revenir alors à titre de palliatif aussi souvent que cela est nécessaire; l'organisme s'y habitue d'une manière remarquable.

Enfin, la ponction est le premier temps d'une opération complexe ayant pour but la guérison radicale.

Or, deux méthodes peuvent être employées pour obtenir cette guérison. La première consiste à ouvrir le kyste et en provoquer la suppuration de manière à obtenir la formation de bourgeons charnus et la cicatrisation, comme dans les plaies suppurantes. Le second, au contraire, laisse au kyste ses caractères de cavité close; la suppuration, loin d'être un but qu'on cherche à atteindre, est un accident redoutable qu'il importe de prévenir.

Quel que soit le procédé par lequel on obtient l'ouverture permanente et la suppuration d'un kyste de l'ovaire (ponction suivie d'une canule à demeure; sonde en gomme élastique maintenue dans la plaie; application successive de caustique, comme le faisait Récamier; incision en deux temps, suivant le procédé appliqué par MM. Graves et Begni aux kystes du foie), la cavité ovarienne ainsi mise en contact permanent avec l'air atmosphérique perd ses caractères de cavité close : une inflammation violente ne tarde pas à s'y manifester; la suppuration qui en résulte devient promptement fétide et donne lieu à des symptômes d'intoxication putride; la disposition du foyer purulent, ne permettant pas au pus de sortir facilement par la canule, il devient impossible de fermer la plaie, qui devient fistuleuse. La suppuration persiste un temps indéfini, et les malades qui n'ont pas succombé à la période d'inflammation aiguë, périssent tôt ou tard dans le marasme. Quelquefois la mort a lieu inopinément, par l'inflammation intercurrente aiguë du kyste, inflammation qui se propage au péritoine.

L'idée d'employer les injections iodées dans ces cas, s'est naturellement présentée à l'esprit des praticiens qui connaissaient les propriétés antiseptiques de l'iode et les modifications qu'il imprime aux surfaces suppurantes. En 1850, j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'y recourir; mais malgré les résultats qu'elles m'ont procurés d'abord, je n'ai pas eu le bonheur de guérir et de sauver mes malades.

Ainsi, chez une femme de 55 ans, chez laquelle la tumeur paraissait être survenue à la suite d'une contusion, datait de quatre ans, et depuis 6 mois, avait pris un accroissement rapide, je fis sortir par la ponction trois litres d'un liquide séreux, couleur chocolat. La canule fut laissée à demeure, et chaque soir je retirai du kyste une quantité considérable de liquide. Le quatorzième jour, la malade eut des frissons, la suppuration devint grisâtre et d'une fétidité repoussante. Des injections d'eau chlorurée ayant été sans résultat, j'eus recours à la solution iodée de Guibourt mêlée à deux tiers d'eau. Dès le lendemain, la malade fut soulagée, la suppuration perdit une partie de sa fétidité. L'usage de l'eau iodée fut continué pendant neuf jours matin et soir. Le kyste était alors réduit au volume du poing, et ne suppurait presque plus; je me contentais de la compression; mais six jours après, le pus était redevenu fétide. Une seule injection suffit pour faire disparaître les accidents généraux qui s'étaient de nouveau manifestés. Je pensai alors que la présence de la canule dans le kyste pouvait être nuisible : je la remplaçai par un clou en plomb. Les accidents ne reparurent pas, mais je ne pus pas mieux obtenir le retrait et l'oblitération du kyste. La compression, le soin que je pris de faire coucher la malade sur le ventre, de manière à placer l'ouverture fistuleuse dans une position déclive, de larges ventouses appliquées sur le ventre au niveau du kyste, tout fut impuissant. Cette malade, dont l'observation a été publiée prématurément par M. le docteur Thomas dans sa thèse, est en effet sortie de l'hôpital dans un état satisfaisant et portant le corps étranger dans l'ouverture fistuleuse; mais le kyste a continué à fournir une certaine quantité de pus plus ou moins fétide, et j'ai appris que quelque mois après, la malade avait fini par succomber dans le marasme. Je n'ai pu en faire l'autopsie.

Une deuxième observation est relative à une femme de 40 ans, qui, depuis cinq ans, s'était aperçue que son ventre augmentait de volume. Depuis un an, la tumeur avait fait des progrès rapides. La ponction en fit sortir 10 litres d'un liquide séro-purulent. La canule fut retirée, et, malgré la compression, la tumeur ne tarda pas à se reproduire. Dix jours après, seconde ponction, issue de 8 litres de pus; je fis une injection iodée et laissai la canule à demeure pendant quatre jours. Seize jours après, je fus contraint de faire une troisième ponction, également suivie d'injection iodée; je laissai la canule encore pendant quelques jours. Dix-sept jours après, je dus pratiquer une quatrième ponction. Le kyste était considérablement diminué et ne contenait que de la sérosité foncée. Au bout d'un certain temps, la tumeur tendait à s'accroître de nouveau.

M. Thomas n'a pas donné la fin de cette observation. La canule a été laissée à demeure et j'ai pratiqué presque tous les jours des injections iodées. Mais malgré tous mes soins, la malade s'est affaiblie et n'a pas tardé à succomber. A l'autopsie, j'ai trouvé un kyste considérable de l'ovaire droit, cloisonné, constitué par un certain nombre de poches communiquant entre elles, et remplies de pus mêlé à de la teinture d'iode.

Le troisième fait est celui d'une jeune fille de 17 ans qui faisait remonter le début de sa tumeur à 4 ans, la ponction donna issue à 2 litres de liquide filant. Ce liquide se reproduisit avec une rapidité telle, que je fus obligé de revenir à la ponction tous les deux jours. Enfin, je laissai la canule à demeure, mais la malade la retira peu de jours après. Le kyste se remplit de nouveau; une nouvelle ponction donna issue à un liquide d'abord séreux, puis purulent, d'une grande fétidité. Les injections d'eau chlorurée furent impuissantes; je les remplaçai par des injections iodées. Le kyste diminua peu à peu; il ne sortit plus enfin par la canule qu'une demi-cuillerée de liquide. Je pus alors espérer une guérison prochaine, et c'est ce que pensa M. Thomas lorsqu'il publia cette observation. Mais à la suite d'un refroidissement, cette jeune fille fut prise d'une inflammation violente du kyste et succomba en peu de jours.

L'autopsie me montra un kyste de l'ovaire droit, à parois épaisses, et dont la cavité était encore assez considérable. Le péritoine offrait des traces d'inflammation autour de la tumeur, et contenait un peu de pus.

Dans ces trois faits, on voit que si l'iode a pu modifier la nature du pus et arrêter la marche de l'infection purulente, il a été impuissant pour amener le retrait de la membrane pyogénique, et n'a pas empêché les malades de succomber.

Il est à ma connaissance que, dans plusieurs autres cas semblables, les résultats n'ont pas été plus heureux. L'observation elle-même de notre collègue M. Barth, dépose contre cette méthode. Mais il y a plus : il résulte d'un fait dont je dois la connaissance à M. le docteur Briquet, que la teinture d'iode peut se combiner avec les produits albumineux déposés dans l'intérieur du kyste ou à sa surface interne et transforme ceux-ci en lames compactes, d'une densité que M. Briquet compare à celle du cuir et qui s'opposent à tout travail d'adhésion. Ce cas intéressant vient d'être publié par M. le docteur Dolbeau dans la *Gazette hebdomadaire*.

L'auteur de l'*Iodothérapie*, en rapportant les observations qui me sont propres, prétend que l'iode n'a pas été convenablement employé, et que sa méthode eût produit de plus heureux résultats. A cet argument, très familier aux novateurs passionnés, je n'ai qu'une réponse à faire, c'est que la prétendue méthode de M. Boinet n'était pas encore née à cette époque (ses premières observations datent de 1851 et 1852). J'ajouterai que ce mode opératoire, mis en usage par M. Boinet lui-même sous les yeux de M. Briquet, a produit de fâcheux résultats.

Ainsi la méthode qui consiste à ponctionner les kystes ovariques et à maintenir l'ouverture béante, doit être abandonnée, et réservée seulement pour quelques cas exceptionnels. Tel serait celui dont M. Huguier a entretenu l'Académie. Le kyste, nous a dit notre collègue, s'est considérablement rétracté, la malade va bien, mais elle n'est pas guérie, et tant qu'elle conservera une cavité suppurante, on peut craindre qu'il ne survienne des accidents sérieux. Un refroidissement, une indigestion, les causes occasionnelles les plus légères peuvent déterminer l'inflammation du kyste ou du péritoine; la malade peut mourir d'épuisement...

Dans quelques cas rares où le kyste serait facilement accessible par le vagin, peut être serait-il possible de ponctionner la tumeur par cette voie. Mais presque toujours les kystes ovariques sortent du petit bassin,

comme l'utérus à l'état de gestation, et viennent réclamer une place dans l'abdomen ; aussi n'ai-je pas encore rencontré de kyste de l'ovaire qu'il fût possible d'ouvrir par le vagin.

Il me reste maintenant à étudier la seconde méthode, celle qui consiste à vider les kystes ovariques par une simple ponction, immédiatement suivie d'une injection iodée. Ici la tumeur, comme je l'ai dit, conserve ses qualités de cavité close.

Ce qui me paraît résulter des faits qui me sont propres et de ceux dont j'ai eu connaissance, c'est que l'injection iodée ne provoque pas, en général, d'inflammation vive des parois du kyste. Mais le liquide iodé peut s'échapper par la piqûre du trocat et passer de la cavité kystique dans celle du péritoine. Pour éviter cet accident, divers chirurgiens ont proposé de laisser la canule à demeure pendant quelque temps, dans le but de déterminer la formation d'adhérences entre le kyste et la paroi abdominale. Je craindrais, en adoptant ce moyen, que dans certains cas, la canule ne déterminât un peu de suppuration autour d'elle, et ne devînt le point de départ d'une inflammation pyogénique qui se propagerait au kyste. Je préfère donc retirer la canule immédiatement après l'injection et maintenir la paroi antérieure de l'abdomen exactement appliquée contre la poche ovarique, à l'aide d'une compression convenable. Cette simple précaution m'a toujours suffi.

Il est inutile de chercher à faire sortir tout le liquide contenu dans la tumeur. Je dirai même que les pressions multipliées ont l'inconvénient grave de froisser le péritoine et de le prédisposer aux inflammations.

Après l'injection, j'ai l'habitude de laisser une certaine quantité de liquide injecté, suivant en cela le précepte donné par M. Velpeau, pour l'opération de l'hydrocèle.

Que se passe-t-il après l'injection? Je n'ai eu que six fois l'occasion de pratiquer des injections iodées dans les kystes de l'ovaire; sur ce nombre je n'ai point observé d'accidents graves ; les phénomènes d'inflammation ont été très modérés, le volume du kyste ne m'a pas paru avoir d'influence sur leur intensité. Dans deux cas de kystes énormes, contenant l'un 14 litres, l'autre 18 litres de liquide, les douleurs produites par les injections iodées, ont été presque nulles, et la réaction fébrile à peine marquée.

La quantité d'iode que l'on abandonne dans le kyste est nécessairement absorbée ; il en résulte des symptômes d'iodisme ; j'en ai été témoin deux fois, mais il n'y a rien eu de grave.

Lorsque l'opération doit échouer, l'épanchement se reproduit assez rapidement et continue sa marche progressive. J'en ai observé deux exemples : les malades découragées n'ont pas voulu se soumettre plus tard à une seconde tentative. L'insuccès d'une première opération n'exclue pas la possibilité d'une guérison radicale. On peut y revenir une ou plusieurs fois, pourvu que ce soit à de longs intervalles, et qu'on se soit assuré que la tumeur s'accroît de nouveau.

Dans le cas où la guérison doit avoir lieu, l'épanchement se reproduit peu de temps après l'opération ; mais il est loin d'atteindre son volume primitif; puis il suit une marche rétrograde. Dans les deux cas de tumeur très volumineuse dont j'ai parlé, la rétrocession du kyste a coïncidé avec une diurèse très abondante.

A mesure que la poche diminue, ses parois semblent devenir plus denses; mais la résorption est lente, et pendant très longtemps on sent encore la fluctuation. J'ai visité, le 31 octobre dernier, une malade que j'avais opérée il y a huit mois et demi, d'un kyste très volumineux. Il existe encore près de l'ombilic, à gauche, une tumeur du volume du poing, indolente, assez ferme, élastique et légèrement fluctuante. Elle diminue de jour en jour, au dire de la malade. Du reste, cette femme vaque à ses occupations, en ayant seulement soin de porter une ceinture.

Mais que deviennent ultérieurement et définivement les kystes? S'oblitèrent-ils complétement, ou bien conservent-ils une cavité? Je ne sache pas que l'on ait encore eu l'occasion de le constater anatomiquement. Parmi mes opérées, je n'ai pas vu que la tumeur ait disparu complétement, bien que, chez l'une d'elles, il se soit écoulé deux ans depuis l'opération. Cependant j'admets, d'après le témoignage de plusieurs praticiens distingués, qu'il puisse en être ainsi.

Du reste, on aurait tort d'admettre que l'oblitération des kystes soit la condition unique et exclusive de leur guérison. L'iode a la propriété remarquable de modifier les surfaces altérées, de manière à y rétablir l'équilibre entre l'exhalation et l'absorption. Cette propriété, sur laquelle M. Abeille paraît avoir le premier appelé l'attention, a été bien démontrée par les résultats des recherches nécroscopiques de M. Hutin sur des individus opérés d'hydrocèle depuis plus ou moins longtemps. Moi-même j'ai constaté plusieurs fois, à la suite d'injections faites dans l'articulation du genou pour des cas d'hydarthrose ancienne et rebelle, l'absence de tout déchet dans les mouvements, ce qui démontre l'intégrité des surfaces de glissement.

Je suis d'autant plus fondé à croire que les mêmes résultats peuvent être obtenus dans les kystes de l'ovaire, que, dans certains cas, la tumeur persistant avec ses caractères de kyste, reste indéfiniment stationnaire. Il y a quelques mois, j'ai vu une femme de 36 ans, à laquelle M. Velpeau fit, le 29 février 1848, une première ponction palliative (4 litres d'un liquide citrin). Elle sortit de l'hôpital au mois de mars. Mais la tumeur s'étant reproduite, elle rentra à la Charité au mois d'août 1849 ; seconde ponction suivie, cette fois, d'une injection iodée, aucun résultat ; le 12 octobre, seconde injection ; une troisième le 17 novembre. La malade sortit des salles le 1er décembre, dans un état qui pouvait faire croire à un insuccès. Cependant, depuis cette époque, le kyste est resté complétement stationnaire ; aujourd'hui, il égale le volume des deux poings. Les règles ont reparu ; la santé est florissante ; et cette femme, qui est blanchisseuse, se livre sans aucune gêne aux travaux de sa profession. Près de sept ans se sont écoulés depuis la dernière opération.

Il est donc bien démontré que les kystes de l'ovaire peuvent être guéris par la ponction suivie de l'injection iodée. C'est là un progrès réel de la chirurgie moderne, dont la science et l'humanité sont redevables à M. Velpeau et à M. Boinet.

Toutefois, pour apprécier exactement la méthode, nous aurions à résoudre deux questions : 1° celle de savoir si elle peut compromettre la vie et dans quelles proportions; 2° celle d'établir le chiffre des guérisons.

Relativement à la première question, nous savons qu'il y a eu des revers; mais malheureusement il n'ont pas tous été enregistrés. Et cependant comment avoir des données précises, si l'on ne procède pas par la statistique? Les revers, disait Boyer le père, sont bien plus importants à connaître que les succès! Mon expérience personnelle, basée sur 6 faits seulement, n'est évidemment pas assez grande pour peser dans la balance.

Les 30 cas indiqués par M. Jobert sont évidemment faits pour nous rassurer, mais ils me semblent trop peu nombreux encore.

2° Dans quelles proportions les injections iodées produisent-elles la guérison? Ici les documents sont encore moins explicites. Sur les 6 cas qui me sont propres, il y a deux récidives...

Tout ce que l'on sait, c'est que la nature du liquide influe puissamment sur les chances de succès. Les kystes qui renferment de la sérosité limpide paraissent occuper le premier rang. J'ai mentionné tout à l'heure l'observation d'une malade que j'ai opérée le 11 février dernier et dont la guérison paraît aujourd'hui assurée : cette femme portait une tumeur énorme, contenant 18 litres d'un liquide transparent, à peu près incolore, coagulable par la chaleur et l'acide nitrique. Elle avait subi précédemment deux ponctions à une année d'intervalle.

Les kystes renfermant un liquide citrin et même ceux dont le contenu contracte une teinte brunâtre par le mélange avec une certaine quantité de sang, présentent à peu près le même pronostic. J'ai vu, il y a peu de jours, une femme de 24 ans, opérée, le 14 août dernier, par M. le docteur Abeille, d'un kyste contenant 14 litres de sérosité brunâtre ; 250 grammes de solution de Guibourt, étendue de moitié d'eau, y ont été injectés. L'état de la malade est aujourd'hui très satisfaisant et permet d'espérer qu'elle guérira.

Mais les conditions ne sont plus les mêmes lorsque les liquides sont huileux, épais, presque gélatiniformes, au point de ne sortir que difficilement par la canule du troquart. Quelques faits m'ont appris qu'il existe alors peu de chances de guérison.

Telle est, aujourd'hui, l'unique solution possible aux questions que nous avons posées. Quoi qu'il en soit de ces incertitudes que le temps ne manquera pas de dissiper, on peut dire déjà que, dans l'état actuel de la science, l'intervention de la chirurgie à titre de moyen curatif, est admissible dans le traitement des kystes de l'ovaire, et que la méthode qui consiste à ponctionner la tumeur et y faire une injection iodée, est celle que l'on doit préférer.

Reste à résoudre une dernière question, à déterminer l'époque à laquelle il convient d'agir.

Certes, personne ne conseillera d'attendre que les kystes aient acquis un volume énorme et tel qu'il en résulte des troubles fonctionnels notables ; mais d'un autre côté, quel est le praticien qui osera porter la main sur une tumeur récente, d'un petit volume, dont l'accroissement est à peine sensible et qui n'occasionne aucun dérangement dans la santé de la femme ?

Pour ma part, je n'admets l'opportunité de l'opération que dans les cas où il s'agit d'un kyste déjà volumineux ou en voie d'accroissement assez rapide, de telle sorte qu'on puisse dire que, dans un temps peu éloigné, il deviendra la source d'incommodités graves.

Il est quatre heures et demie, l'Académie se forme en comité secret.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

GAZ ACIDE CARBONIQUE, COMME ANESTHÉSIQUE LOCAL DANS LES MALADIES UTERINES.

Dans une réunion de la Société obstétricale d'Édimbourg, le docteur Simpson a dit avoir employé avec succès le gaz acide carbonique comme anesthésique local dans la névralgie du vagin et de l'utérus, et dans divers états morbides et déplacements des organes pelviens, accompagnés de douleurs et de spasmes. Il l'a trouvé quelquefois utile également dans les états d'irritation des organes voisins. Il a donné des soins, il y a deux ans, à une dame, épouse d'un médecin du Canada, à laquelle une dysurie et une irritabilité excessive de la vessie faisaient éprouver les plus vives souffrances. Un grand nombre de moyens avaient été essayés en vain. L'injection du gaz acide carbonique dans le canal vaginal, répétée plusieurs fois par jour, procura de suite du soulagement et finit par amener une guérison complète. Cette dame est restée dans un état satisfaisant depuis son retour en Amérique, et dernièrement elle est devenue mère. Quelquefois le soulagement est immédiat. Dans deux ou trois cas, M. Simpson dit avoir vu l'usage du gaz continué tous les jours pendant plusieurs mois, et il a conservé des notes sur un cas où la malade était très affaiblie et réduite à rester presque continuellement couchée, par suite d'un abaissement de la matrice et de sensation douloureuses dans cet organe et dans les parties voisines, particulièrement quand elle essayait de s'asseoir ou de marcher. Beaucoup de moyens avaient été employés par lui-même et par d'autres médecins, avec peu ou point d'avantage. Cependant à la fin, cette dame a recouvré dans une assez grande proportion la possibilité de marcher, et complétement celle de se tenir debout sans souffrir, résultat qu'elle attribue elle-même à l'application du gaz acide carbonique.

Dans la pratique, M. Simpson fait usage, pour obtenir ce gaz, d'une bouteille commune dans laquelle il mélange six drachmes (environ 21 grammes) d'acide tartrique cristallisé, avec une solution de huit drachmes (soit 28 grammes) de bicarbonate de soude dans six ou sept onces d'eau. Un long tube flexible en caoutchouc conduit le gaz de la bouteille dans le vagin. Le bouchon, au moyen duquel ce tube est fixé dans le goulot de la bouteille, doit être adapté de manière à empêcher la déperdition du gaz ; et, pour atteindre ce but, il est préférable que le liége soit traversé par un tube métallique et recouvert en dehors par une couche de caoutchouc.

Chez une dame qui avait perdu ses enfants dans deux couches précédentes, il avait avec succès provoqué l'accouchement prématuré à huit mois par des injections répétées de gaz acide carbonique dans le canal vaginal, à l'aide de cet appareil ; — l'acide carbonique d'ailleurs n'agissant pas, dans ce cas, directement comme excitant spécifique de la contraction utérine, mais seulement indirectement, en distendant le canal vaginal d'une manière mécanique, ainsi que le démontrait le toucher, et en déterminant à la fin, à la façon d'une injection d'eau, la séparation des membranes d'avec le col de l'utérus.

L'application du gaz acide carbonique, comme anesthésique local, aux surfaces muqueuses des voies génitales de la femme (1), et à d'autres parties du corps, n'est pas une découverte de ces derniers temps. M. Simpson avait trouvé, dans cet exemple comme dans beaucoup d'autres, que ce qui semblait inconnu et nouveau, était, quand on venait à l'examiner à fond, une pratique connue antérieurement dans son essence, et peut-être même dans ses plus minutieux détails. En outre, ici comme ailleurs, quand une fois un principe est découvert, comme par exemple les propriétés anesthésiques du gaz acide carbonique employé topiquement, nous arrivons à nous rendre compte des bons effets de certaines pratiques que, peut-être auparavant, nous étions disposés à rejeter ou même à regarder comme ridicules. Le fait que le gaz acide carbonique, appliqué localement à une surface muqueuse, agit comme sédatif ou anesthésique, explique un moyen employé communément chez les anciens, Hippocrate, Paul d'Égine, Rueff, Paré, etc., qui consistait à porter dans le vagin la fumée d'herbes aromatiques et médicinales à l'aide de tubes et d'appareils appropriés ; de telles vapeurs étant chargées d'acide carbonique ; il est plus que probable que, si ce traitement était efficace, cet effet était dû aux propriétés anesthésiques du gaz dont il est question. C'est ainsi encore que la pratique moderne de faire des injections dans le vagin, etc., avec les eaux de Nauheim et de Marienbad, etc., très en vogue sur le continent, et très avantageuse dans certains états morbides, d'après l'assurance que M. Simpson en a reçue de son ami le docteur Funck, de Francfort, trouvera sa véritable explication dans l'action anesthésique locale de l'acide carbonique que ces eaux contiennent en abondance. La connaissance des effets topiques de l'acide carbonique peut servir aussi peut-être à rendre compte de quelques autres points de thérapeutique usuelle, comme, par exemple, de son action calmante dans les irritations gastriques et intestinales. De là l'usage des boissons effervescentes, des eaux gazeuses, etc., dans l'irritabilité gastrique et la nausée ; il n'est pas impossible que les propriétés anti-acides de l'alcali produisent quelque effet ; mais il est très probable que la principale influence est due aux propriétés anesthésiques du gaz acide carbonique. Les effets sédatifs et curatifs des injections de ce gaz dans le rectum dans la dysenterie, trouvent une explication semblable, et servent à corroborer cette manière d'envisager son action. Comme exemple de son usage à titre d'anesthésique local sur la surface cutanée, le docteur Simpson a cité le *cataplasma cerevisiæ* ou cataplasme de levûre, qu'on appliquait communément sur les ulcères irritables et sordides, et dont les propriétés calmantes et anti-septiques étaient sans doute dues au gaz que la surface de ce topique exhale abondamment. Comme application anesthésique sur les ulcérations cancéreuses, les effets de l'acide carbonique sont excellents ; le docteur Ewart de Bath, rapporte que « par ce moyen il a pu entretenir dans un état de bien-être une personne, qui depuis très longtemps ne connaissait qu'agonie et torture. » Ce qui, dit-il ailleurs, « nous frappe du plus grand étonnement dans les deux cas précédents, c'est le soulagement presque instantané de la douleur, qui n'a presque jamais manqué de suivre l'application du gaz. » Relativement aux effets de l'acide carbonique sur les surfaces vives et les plaies, le docteur Ingenhouz a fait connaître à Beddoes l'expérience suivante : « Si, après vous être appliqué un vésicatoire sur un doigt, vous le dépouillez de son épiderme, le contact de l'air occasionnera de la douleur ; mettez votre doigt dans l'air vital (oxygène), ce nouveau contact causera une douleur encore plus vive ; plongez-le ensuite dans l'air fixe ou dans l'air azotique (acide carbonique ou azote), et la douleur diminuera ou même cessera tout à fait. » Ces résultats ont été confirmés par le docteur Beddoes au moyen des expériences suivantes qu'il a faites sur trois personnes différentes : 1° Application d'un vésicatoire sur un doigt ; à la suite de l'action des cantharides, ablation de l'épiderme soulevé, le doigt étant plongé dans le gaz acide carbonique ; nulle douleur. — 2° Un autre vésicatoire ayant été ouvert dans l'air ordinaire, douleur cuisante ; cessation rapide de cette douleur, le doigt étant placé dans une vessie d'air fixe. — 3° Après la dénudation du derme à l'aide d'un troisième vésicatoire, le doigt est immédiatement plongé dans l'oxygène ; très vive douleur, comme si du sel eût été répandu sur la plaie ; sédation de cette douleur, au bout de deux minutes, dans le gaz acide carbonique ; retour immédiat de la sensation pénible dès que la plaie est de nouveau exposée au contact de l'air atmosphérique. Si aucune erreur n'a entaché ces expériences, elles mettent sur la voie d'un progrès dans le traitement de quelques lésions douloureuses, brûlures, plaies, etc. ; car elles font naître la pensée qu'il est possible d'apaiser les souffrances qui les accompagnent, au moyen du contact des parties douloureuses avec l'acide carbonique ou quelque autre gaz ou fluide capable d'agir comme anesthésique local. Si donc nous regardons les résultats annoncés par Ewart, Beddoes et Fourcroy, comme exempts de toute erreur, nous devons reconnaître que le gaz acide carbonique sera d'une application excellente dans tous les cas où il y aura lieu de rechercher la sédation de la douleur et la cicatrisation de surfaces lésées. — (Reproduit d'après *Edimburgh medical journal*, juillet 1856, par *Association medical journal*, n° du 27 septembre 1856.) Trad. du Dr A. G.

(1) Mojon a employé avec avantage des courants de gaz acide carbonique dans le fond du vagin, contre le col utérin et dans l'intérieur même du museau de

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE MORTS EN ORIENT.

Souscription ouverte dans les bureaux de l'UNION MÉDICALE :

Dragons de la garde : MM. Bruneau, médecin-major, 20 fr.; Bailen, médecin aide-major, 10 fr.; Morel, id., 10 fr.

Lanciers de la garde : MM. Brivin, médecin-major, 10 fr.; Tassart, médecin aide-major, 10 fr.; Robert, id., 10 fr.

20e *Régiment de ligne* : M. Rollet, médecin aide-major, 10 fr.

MM. Chalut, officier de santé à St-Maur (Seine), 5 fr.; Allard, d.-m. à Paris, 5 fr.; Baret, d.-m. à Paris, 20 fr.; Renard (Léon), médecin aide-major au 71e ligne, à Antibes (Var), 10 fr.; Huet, d.-m. à Écouen (Seine-et-Oise), 10 fr.; Durand, d.-m., à St-Gaudens, 5 fr.

Total.	145 fr. »
Listes précédentes.	1,615 fr. 50
Total de l'UNION MÉDICALE.	1,760 fr. 50

Cours d'anatomie générale. — M. Gosselin commencera ce cours lundi prochain, 17 novembre, à 7 heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3 de l'École pratique, et le continuera les lundis et vendredis.

tanche, pour apaiser les coliques utérines et favoriser l'écoulement menstruel chez les jeunes filles ou les femmes très replètes, dont la menstruation est difficile. (*Bibl. du méd.-prat.* du Dr Fabre, vol. XIV, p. 63.)

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FELIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 138. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 15 Novembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Pathologie : Note sur les kystes de l'ovaire et leur traitement. — II. Chirurgie : Observation de luxation en dehors, congénitale et complète de deux rotules. — III. Académies et sociétés savantes. (Académie des sciences.) Séance du 3 novembre : Propriétés des systèmes musculaire et nerveux. — Présence du fluor dans le sang. — (Académie de médecine). Séance du 11 novembre : Étude des propriétés physiologiques de la codéine. — *Société médicale de Constantinople.* Résumé de la discussion sur le typhus. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causeries.

PATHOLOGIE.

NOTE SUR LES KYSTES DE L'OVAIRE ET LEUR TRAITEMENT (1),

COMMUNIQUÉE

Par M. PIDOUX, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Laquelle faut-il plaindre plus, de la femme livrée aux hasards d'une médecine systématiquement expectante, et plus encore peut-être, sceptique et paresseuse, ou de la femme tombée aux mains de la grande chirurgie? (*grande chirurgie* ou *archichirurgie* ; c'est celle qui se met au-dessus de la médecine).

Supposons les divers cas qui peuvent se présenter dans la pratique, et suivons dans leur examen l'ordre et la marche des choses.

Voici une première femme. Elle porte un kyste du volume de la tête d'un fœtus. Ce kyste est mobile et ne remplit que très incomplétement la cavité abdominale. Il a mis un long temps à acquérir ce volume. On sent, aussi bien que possible, qu'il est uniloculaire, rempli par un liquide ténu, et que ses parois sont minces et égales partout. Le sujet jouit d'une bonne santé. Il est possible que, dans quelques années, cinq, huit, dix ans, plus ou moins, cette femme succombe aux progrès de son hydropisie enkystée de l'ovaire ; mais il n'est point du tout impossible, qu'ils vivent encore ensemble dans vingt ans, etc... Je ne peux pas croire que tel soit le cas posé par mon maître et mon ami le professeur Trousseau, comme présentant l'indication des ponctions simples et répétées avant que le kyste ait eu le temps de prendre un trop grand accroissement. Qui osera plonger un trocart dans cette tumeur simple, jusque-là bénigne, et susceptible de rester telle, sauf ultérieurement, un volume plus considérable, peut-être? Songez-y : la malade (s'il est permis de l'appeler de ce nom), la malade est votre femme ou votre fille.... Elle mourra peut-être, dans six ans, de sa maladie ; mais elle mourra peut-être après-demain de votre opération. Vous êtes libre.

Seconde supposition. C'est une femme chez qui le kyste, sans avoir encore atteint un très grand volume, est arrivé pourtant très rapidement à égaler une fois ou deux la tête d'un fœtus. Sans présenter déjà les traits de la cachexie ovaro-kyteuse, la malade ne jouit pourtant pas d'une bonne santé générale depuis le développement rapide de sa tumeur. Il est d'ailleurs constaté, que le kyste est simple et n'offre aucune des grosses contre-indications que tout le monde connaît, surtout depuis les dernières lectures académiques, etc... Abandonnerez-vous ce kyste à lui-même? Il va être très probablement grave et malsain, bientôt cachectisant. Il est vraisemblable que la malade périra, et cela en un an, deux ans au plus, peut-être avant, etc. La chose est presque aussi certaine que si elle avait des tubercules pulmonaires au premier degré, ou une induration carcinomateuse du col utérin à son début. Ce kyste croît à vue d'œil... La malade est votre femme ou votre fille... Vous n'avez que trois partis :

1° Attendre l'heure de la ponction de nécessité. C'est, dans bien des cas, je le répète, attendre une mort presque nécessaire, comme dans la phthisie ou le cancer, avec cette différence que vous ne possédez aucune ressource raisonnable contre ces affections incurables, et qu'une expérience déjà recommandable vous offre ici l'action incontestée des injections iodées dans les cavités closes.

2° La ponction simple, mais immédiate, avec l'espoir de la répéter souvent et dès que le kyste aura repris ses premières dimensions, ou même avant. Mais souvenez-vous que ce kyste s'est développé rapidement, et paraît d'une assez mauvaise espèce. Dans ces cas, la ponction simple favorise puissamment une prompte reproduction du liquide et la viciation progressive de ses qualités. N'allez-vous pas précipiter l'entraînement cachectique? Rien de plus à craindre?

3° La ponction suivie d'une ou plusieurs injections iodées. Pour moi, il y a peu à hésiter en pareil cas. Qui pourrait en détourner? Serait-ce la pensée de ces péritonites foudroyantes, dont la menace m'a paru être une raison décisive contre les ponctions répétées des kystes simples, bénins, à marche insensible, encore petits et même moyens chez des femmes très bien portantes? Mais pourquoi ne pas vous assurer des adhérences par de larges et profondes applications de caustique? J'avoue que je suis bien un peu scandalisé de l'oubli où l'on tient cette précaution depuis le commencement de la discussion académique. Personne ne croit devoir s'en dispenser dans le traitement des kystes hydatiques ; et personne ne paraît y songer dans celui des kystes de l'ovaire.

Pourquoi cela?

Est-ce que le plus grand nombre des ponctions rapidement funestes, ne tient pas au développement de ces péritonites par suffusion du liquide ovaro-kystique dans la cavité abdominale, faute d'adhérences entre la tumeur et le péritoine pariétal?

Est-il plus difficile d'obtenir des adhérences dans ce cas que dans celui des kystes acéphalocystiques? La mobilité de la tumeur, l'interposition d'une anse intestinale, seraient-elles des obstacles, quand d'ailleurs toutes les conditions anatomiques sont les mêmes? N'ayant jamais pratiqué la ponction de kystes d'un petit ou d'un moyen volume pour tenter la cure radicale par les évacuations simples et répétées ou par les injections iodées; n'ayant jamais cru nécessaire d'établir des adhérences dans les nombreuses ponctions de grands kystes que j'ai faites, j'ignore par moi-même s'il est plus difficile de produire l'inflammation adhésive solide des deux surfaces péritonéales dans les kystes ovariques que dans les kystes hydatiques où je l'ai toujours obtenue. Mon ami et collègue de l'hôpital Lariboisière, M. Bourdon, m'a dit qu'autrefois interne de M. Récamier, inventeur de la méthode, il avait essayé vainement de l'appliquer à nos kystes, sans pouvoir se rendre compte néanmoins des causes qui l'avaient empêché de réussir. Le fait lui paraissait bizarre et inexplicable. Mais il est dû sans doute à quelques circonstances fortuites, car j'ai consulté plusieurs chirurgiens qui m'ont affirmé que, dans le plus grand nombre des cas, on déterminait à volonté les plus fermes et les plus larges adhérences de nos kystes de l'ovaire avec les parois du ventre. On serait dès lors coupable de ne pas écarter, par ce moyen facile, l'objection et le danger les plus graves auxquels puisse exposer un procédé qui, dans vingt ans, je l'espère, sera un des honneurs de l'art au XIXme siècle, et le triomphe chirurgical du médicament le plus précieux que ce siècle ait donné à la pharmacie.

J'engage les médecins qui croiront devoir s'aider des lumières spéciales et de la main d'un chirurgien dans ces cas, de lui faire de l'application préalable du caustique et de l'établissement des adhérences, une condition *sine qua non*.

Quatrième supposition. Un kyste bénin ou grave à son début vient d'atteindre enfin son plus grand volume. Il est uniloculaire, a produit séreux ou même épais et gommeux. Partout il est en rapport avec la cavité abdominale qu'il remplit et distend. La ponction de nécessité va être indiquée. La cachexie ovaro-kysteuse existe, mais sans marasme ni phlegmasies chroniques du tube digestif ou des bronches, sans fièvre hectique ni anémie excessive, etc... On peut considérer ici que si le terme de l'entraînement cachectique est encore éloigné, il est à peu près inévitable, et que les ponctions simplement évacuantes vont le rapprocher chaque fois qu'elles seront nécessaires. J'estime que, dans ce cas, les injections iodées sont encore indiquées en principe.

(1) Suite. — Voir le dernier numéro.

Feuilleton.

CAUSERIES.

Un confrère heureux. — Inconvénients d'être appelé jeune. — Petite révolution à la Faculté. — Épidémie sur les professeurs. — L'enseignement libre. — La littérature médicale et la critique. — Boutade.

S'il est un médecin qui doive se trouver heureux, à cette heure, dans Paris, c'est assurément notre honoré confrère M. le docteur Boinet. Ce n'est pas seulement parce que ses idées, ses opinions, sa pratique, se trouvent actuellement sur la sellette académique, qu'elles sont combattues par les uns, approuvées par les autres et discutées par tous, ce qui ne laisse pas que de donner du relief à son nom et de jeter un certain éclat sur ses travaux d'ailleurs très méritoires ; mais encore parce que son nom, si souvent prononcé depuis quelques semaines à l'Académie, est toujours accompagné d'une épithète qui doit le faire tressaillir de joie. Tous les orateurs, en effet, semblent s'être donné le mot pour répéter à l'envi cette formule : notre *jeune* confrère M. Boinet. C'est un inestimable avantage que la jeunesse, assurément, mais encore faudrait-il le posséder ; et M. Boinet doit rire dans sa barbe du léger anachronisme commis par nos académiciens. Rire ! Y a-t-il bien de quoi? Si l'on ne connaissait la bienveillance exquise et les bons sentiments confraternels des orateurs, on serait tenté de supposer là quelque malice. Car enfin, M. Boinet, qui compte déjà dix-huit printemps de doctorat, ne peut passer rigoureusement pour un jeune confrère, et m'est idée que ce jeune confrère doit approcher de son neuvième lustre, s'il ne l'a dépassé. Voilà une jeunesse un peu phénoménale. Tout en ne pouvant admettre aucune mauvaise intention à ceux qui l'emploient, M. Boinet fera bien de se méfier de cette épithète. Elle est dangereuse. La jeunesse n'est pas une très bonne recommandation pour la pratique. Auguste Bérard, qui s'y connaissait, ne dédaignait pas de prier les journalistes — il m'en souvient — de ne pas le qualifier des noms de Bérard *jeune*. M. Alphonse Sanson, qui n'a sans doute pas pris les mêmes soins, ne doit peut-être qu'à l'obstination avec laquelle on l'a toujours nommé Sanson *jeune*, de ne pas arriver à la notoriété chirurgicale de son frère aîné. Dans les belles-lettres, dans les beaux-arts, cette appellation, comme dirait M. Piorry, n'a rien de dangereux, si ce n'est l'étonnement qu'elle produit parfois, comme je l'ai vu un jour dans un salon où l'on annonça M. S... *jeune*, et que l'on vit entrer cette jeunesse sous les traits d'un petit vieillard fort aimable, sans doute, mais qui ne pouvait absolument inspirer, surtout aux demoiselles qui souriaient malignement, l'intérêt qui s'attache aux jeunes hommes.

On comprend que la petite révolution qui vient de se passer à la Faculté, à l'occasion de l'agrégation, a dû être le sujet de toutes les conversations. L'appréciation en bien ou en mal de cet acte de l'autorité publique est interdite ici. Ce qui ne nous est pas interdit, c'est de rendre hommage au sentiment délicat et élevé qui a poussé notre honorable confrère M. Hardy à donner sa démission. Pouvant profiter d'une inadvertance administrative dont il serait trop long d'expliquer la cause, M. Hardy a noblement et spontanément refusé de s'appliquer des avantages qui lui étaient offerts au détriment d'un de ses collègues, victime d'une erreur. Nous apprenons avec plaisir que cette erreur est réparée et que M. Henri Roger, comme nous l'avions prévu, rentre en possession des droits et fonctions édictés par les nouveaux arrêtés ministériels. En effet, M. H. Roger vient d'être réintégré sur la liste des agrégés dont les fonctions expiraient en 1856, et qui sont maintenus en exercice pour trois années. — M. Aran, agrégé en exercice, est désigné pour faire, pendant la présente année, le cours de pathologie générale, en remplacement de M. Andral, empêché.

Du reste, jamais peut-être notre Faculté ne s'était trouvée dans des embarras aussi nombreux. Il paraît qu'une véritable épidémie règne sur les professeurs, car jamais il n'y en eut autant d'*empêchés*, pour parler le langage de l'arrêté ministériel ; or, un professeur *empêché* ne peut être qu'un professeur malade. Vous nous saurez gré, cher et honoré lecteur, de vous tenir au courant de l'état de la santé précieuse de nos maîtres, et c'est ce que nous ne manquerons pas de faire très prochainement. En vous présentant la statistique de tous les cours dont les professeurs titulaires sont obligés de recourir à la santé plus florissante des agrégés, vous serez surpris et affligé des calamités qui sévissent sur notre École. Nous pourrons aussi en même temps et comme contraste, vous montrer une recrudescence d'animation, de vigueur et de puissance dans l'enseignement libre, pour lequel les sympathies des élèves se montrent de plus en plus vives. De ce simple récit pourra peut-être sortir une conséquence pour la Faculté, celle de veiller avec la plus tendre sollicitude sur la santé de ses professeurs, de soigner énergiquement leurs maladies actuelles, dont quelques-unes tournent, dit-on, à la chronicité, afin qu'elle puisse reprendre le plus tôt possible, il y a urgence, l'éclat de son enseignement si célèbre ; la durée de cet état pathologique si malencontreux, finirait par en affaiblir le rayonnement.

Qui donc disait que la littérature médicale se mourait, qu'elle était morte? Prophète de malheur, entrez donc dans le bureau d'un journaliste et vous le verrez, le pauvre journaliste, littéralement enterré sous des montagnes de livres nouveaux, et moins heureux que les puisatiers dont vous lisez les émouvantes histoires, aucune main secourable ne vient lui prêter assistance. Quant à moi, qui respire encore par quelques interstices laissés d'ici, de là dans les piles qui m'entourent, je crains si fort d'y toucher à ces piles, et qu'un volume ébranlé faisant ébouler la montagne, je ne sois enseveli tout de bon, que je ne peux expliquer que par là la rareté de la bibliographie dans ce journal. Mais je viens de m'entendre avec un ingénieur en chef de ces sortes de mines qui m'a promis de me tirer sain et sauf, et très prochainement, de cette position critique. Et, à vrai dire, j'entends déjà les coups lointains des terrassiers qui viennent me porter secours. Tout cela pour annoncer que nous avons senti l'urgence de payer nos dettes à tous ces pauvres volumes arriérés, et de nous tenir à l'avenir au courant, par la division du travail, des publications nouvelles. Rude, grande, et j'ose dire grave besogne, qui, si elle se faisait, si elle pouvait se faire avec le talent, l'instruction, le courage et l'indépendance qu'elle exigerait, relèverait la critique scientifique et littéraire de l'amoindrissement où elle est tombée. Voyons, ceux qui se plaignent le plus de cet amoindrissement se sentent-ils en mesure de faire mieux? Alors, qu'ils me fassent l'honneur de venir se mettre en

A moins d'un liquide trop épais pour filer à travers un trocart à hydrocèle, la ponction ne doit pas être pratiquée avec un gros trocart. L'évacuation excessivement prompte du liquide favorise davantage les épanchements péritonéaux, que son écoulement lent par une canule étroite. Ce précepte est plus important encore dans la ponction des kystes mobiles et de petit volume. Quoi qu'il en soit, on fera bien, ici encore, de se procurer de bonnes adhérences. La ponction toute seule a ses dangers. Les injections iodées ont les leurs, comme on le verra tout à l'heure. Prenez donc toutes vos mesures, ou ne vous plaignez pas si, assombris par des malheurs trop souvent dus à vos témérités, vos succès ne tentent personne.

Dans ces cas de grands kystes où l'on vise à la cure radicale par les injections, quelques opérateurs, désirant mettre l'iode et les parois de la cavité morbide en contact le plus immédiat possible, aspirent avec une seringue tout le liquide restant dans le bas-fond du kyste pour le vider complétement. L'expérience prouve que ce procédé n'a pas tous les avantages qu'il semble promettre à nos petites vues. De plus, il expose à des regrets que le public doit partager.

Je tiens de très bonne source que, dans le cours de l'année dernière, un chirurgien en train de pratiquer l'aspiration du liquide d'un kyste avec la seringue, prescrivant, en conséquence, à l'élève interne qui l'assistait, d'exercer sur le ventre des pressions capables de ramasser sous le bout de sa canule les restes du liquide, la malade, femme vigoureuse et saine, se plaignit subitement d'une douleur à l'épigastre. La manœuvre est suspendue, la seringue et la canule retirées. Il était neuf heures du matin; la malade rendait l'âme avant minuit, tuée par une péritonite suraiguë. L'autopsie en fit foi.

Cinquième supposition. Mais ce grand kyste, susceptible encore d'une cure radicale — quoique plus difficile que celui de notre troisième malade — abandonné à lui-même, a marché. La cachexie est consommée, le marasme et l'hectisie avancent. Tous les mois et souvent plus, on est obligé de revenir à des ponctions colliquatives. Le terme fatal approche. Dans quelques mois tout sera fini. Combien on est tenté, après une ponction de nécessité, d'assainir ce kyste par une injection iodée ! Il y a là des produits malsains qui infectent la malade. Que risque-t-on ? *Melius anceps quàm nullum*, etc.... D'ailleurs, si on ne guérit pas, on peut prolonger les jours en rendant moins fréquent le besoin des dernières ponctions de nécessité. Je ne suis pas de cet avis. Les chances de succès sont prodigieusement faibles. Et puis, les derniers moments des malades n'appartiennent pas au médecin. Enfin, j'ai des raisons de croire que les injections peuvent hâter la catastrophe; et, dans un instant, j'en vais citer trois exemples. Ne donnons jamais au public l'ombre du droit de soupçonner que ces opérations *in extremis*, sont un dernier mandat tiré sur les familles par une chirurgie qui s'en est lavé les mains d'avance.

Une question importante s'agite : c'est celle de savoir si on doit laisser la canule ou une sonde dans les kystes ouverts, soit pour évacuer les liquides morbides au fur et à mesure qu'ils se forment, soit pour renouveler plus facilement des injections irritantes ou détersives, soit pour exciter par la présence d'un corps étranger un degré convenable d'inflammation adhésive, l'épaississement ou la rétraction des parois du kyste.

Cette méthode étant un moyen à peu près sûr de produire l'inflammation suppurative, de l'entretenir, de convertir le kyste en un vaste foyer purulent, je crois devoir la repousser. Un individu qui porte un foyer suppurant en contact avec l'air extérieur, par une petite ouverture surtout, me produit toujours l'effet d'un malheureux bien portant, mais posté à la bouche d'un canon susceptible de faire feu d'un moment à l'autre. Un refroidissement, une émotion, une indigestion, je ne sais quoi, la force des choses, tiennent toujours ces pauvres femmes suspendues entre la vie et la mort. On les croit en bons rapports avec leur kyste, et on apprend qu'elles ont éprouvé un violent frisson et qu'elles sont en proie à une infection purulente aiguë. D'autres fois, plus souvent, c'est une fièvre hectique de même nature, un *tabes* qui les consume lentement.

Je sais les exemples contraires qu'on exhibe. Une femme, — et j'ai tous les jours de ses nouvelles, — a été opérée par MM. Huguier et Malgaigne il y a dix-huit mois. Les injections iodées n'ont pas effacé le kyste. Il suppure par une canule à demeure. L'opérée va et vient comme une personne naturelle. De temps en temps, elle éprouve du malaise, de l'anorexie, etc... C'est pour elle le signe que le pus de son kyste se vicie, et l'avertissement qu'une injection iodée est utile. Alors, elle la pratique elle-même, et s'injecte comme elle prendrait un lavement. Le pus s'assainit et les symptômes de fièvre gastrique disparaissent; ainsi de suite. C'est *un phénomène*. Combien de temps cela durera-t-il (1) ?

Malgré tous les cas de ce genre qu'on pourrait citer, je persiste à croire, qu'après les ponctions simples ou suivies d'injections, il faut fermer la plaie de son mieux, sauf à recommencer. Nul n'ignore, en effet, que les injections iodées sont fréquemment suivies de la reproduction du liquide, et d'un liquide souvent purulent. Cela arrive surtout dans les kystes albumineux et muqueux.

Que si on m'objectait, qu'il y a contradiction entre ce précepte et celui d'établir des adhérences du kyste et des parois abdominales avant la ponction, puisque celle-ci pratiquée au milieu d'une escarrhe profonde, expose presque toujours à une permanence de l'ouverture et à une fistule consécutive, je répondrais qu'on devra, dans ce cas, plonger le trocart au centre d'un triangle formé par trois escarrhes. Les adhérences sont aussi solides en ce point et bien au delà encore, qu'au centre même de l'escarrhe.

Maintenant, je terminerais par quelques observations d'effets toxiques des injections iodées, si je n'éprouvais le besoin de revenir sur la thérapeutique des kystes petits ou moyens, mais bénins, en face desquels je me suis placé dans ma première supposition.

Quelque simple et bénin que paraisse un kyste de l'ovaire, on sait trop qu'il ne faut pas s'y fier tout à fait. Sans doute, devant ces sortes de cas, il est imprudent de s'armer du trocart et de l'injection. On a toujours le temps pour cela. Mais n'existe-t-il aucun moyen d'enrayer le développement de ces kystes, sans ponction ni injection, sans compromettre la vie de femmes bien portantes que rien ne menace actuellement.

Je crois avoir retardé quelques ponctions chez une de mes malades par les frictions sur le kyste avec une pommade iodurée à très hautes doses, et l'usage interne simultané de l'iodure de potassium. On employait 30 grammes de pommade au huitième par jour, en plusieurs frictions prolongées, et 2 à 3 grammes d'iodure de potassium à l'intérieur. Toutefois, ce n'est pas de ce moyen que je veux parler. C'est d'un autre, en faveur de qui je ne peux encore invoquer que l'analogie. Mais l'analogie entre le traitement des kystes hydatiques et des kystes de l'ovaire, n'est-elle pas aussi légitime que possible ?...

(1) Dans son excellent discours de mardi dernier, M. Robert a fait allusion au même cas, et a exprimé les mêmes opinions sur la question importante qui s'y rattache. J'aurais donc dû, peut-être, supprimer ce passage de mon travail. Mais il emprunte maintenant trop d'autorité à la conformité de pensée d'un chirurgien aussi grave que M. Robert, pour que je ne le laisse pas subsister littéralement.

Il y a quelques mois, une jeune femme se présente dans mon service avec une tumeur de la rate qu'on ne pouvait rapporter qu'à un kyste développé dans cet organe. Il avait le volume de la tête d'un enfant à terme, si ce n'est plus. La santé générale commençait à être notablement altérée. La malade souffrait beaucoup dans la région splénique. Pour la préparer à une ponction de ce kyste, suivie d'injection iodée, je fais appliquer sur son centre un énorme cautère. Au bout de quelques jours, je prescris qu'on incise l'escarrhe et qu'on fasse au fond une nouvelle application de caustique. Ainsi encore une troisième fois. Quand je veux m'assurer si des adhérences sont établies, je trouve un empâtement considérable s'étendant largement et profondément autour de l'escarrhe, et la tumeur sensiblement diminuée, prise dans ce gâteau de lymphe plastique organisée. Dix jours après, son volume s'est réduit de moitié, et on n'y peut plus percevoir de fluctuation. L'état cachectique s'amende à vue d'œil. Au bout d'un mois, on pouvait défier la main la plus expérimentée de retrouver dans cette région autre chose qu'une induration vague et illimitée sans forme de tumeur. La malade est sortie de l'hôpital parfaitement bien portante, et, jusque-là, solidement débarrassée de son kyste.

Il est probable que la vaste et profonde inflammation déterminée par le caustique, s'est propagée à l'intérieur du kyste, et qu'après en avoir détruit la vie parasitique spéciale, elle a produit la rétraction et l'adhésion des parois de la cavité.

En 1850, à l'hôpital de la Charité, j'ai observé chez un homme de la campagne, portant à l'épigastre un énorme kyste hydatique enraciné dans le foie, une diminution telle du volume de cette tumeur après une large et profonde application du caustique destinée à assurer l'innocuité de la ponction, que je n'ai pas cru devoir pratiquer celle-ci, et que le malade est sorti à moitié guéri après un long séjour à l'hôpital, où l'état réduit de la tumeur s'est maintenu. J'ignore ce que ce malade est devenu.

Enfin, j'ai maintenant au n° 28 de la salle Saint-Henri, à l'hôpital Lariboisière, un cordonnier de 32 ans, entré il y a un mois. Il porte au-dessous de l'hypochondre droit un kyste développé sans doute à la face concave du foie, et qui descendait, lors de l'entrée à l'hôpital, jusqu'à cinq ou six travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Une ponction exploratrice donna le liquide ténu, transparent, non albumineux des kystes hydatiques. Une escarrhe profonde et large a été pratiquée au centre de la tumeur, et, quelque temps après, une seconde au fond de la première préalablement incisée et enlevée. Aujourd'hui, les parois abdominales sont solidement et largement adhérentes au kyste, et celui-ci a diminué de deux travers de doigt au moins. Il fait d'ailleurs une saillie beaucoup moins considérable sous la peau. Une névralgie lombaire et iléo-crurale du côté droit, qui semblait symptomatique de cette tumeur, a notablement diminué. J'ajourne la ponction, car j'espère obtenir une réduction plus grande par de nouvelles et profondes applications de la pâte de Vienne.

Je demande maintenant si, au lieu de se croiser les bras devant les kystes de la première catégorie où j'ai rejeté la ponction, on ne devrait pas les cribler d'escarrhes plus ou moins profondes. Pour moi, dès que je serai chargé d'une pareille malade, je ne balancerai pas à enceindre son kyste dans un cercle de cautères et à en placer, au centre, un large et puissant; ou bien, j'appliquerai une traînée cruciale de caustique de Vienne, en deux ou trois fois, de manière à prendre le kyste par plusieurs points ensemble, et de déterminer ainsi une inflammation générale ou successive de sa cavité. On essaierait de produire, suivant les cas et les sujets, une inflammation aiguë ou subaiguë. Si on songe que, dans l'espèce, le kyste est petit et sain, on pourra espérer de le combler par des

---

communication avec moi, qu'ils viennent partager avec moi la responsabilité de cette œuvre. Je leur ferai la part aussi large qu'ils le désireront. On gémit sur les conditions des temps, qui laissent inactives des facultés précieuses et des intelligences fécondes; nous, ici, les appelons de toute notre ardeur, nous sommes à leur recherche incessante, nous les encourageons de notre mieux, mais quand nous les mettons sur ce terrible chapitre de l'appréciation des livres, nous voyons aussitôt leur zèle s'attiédir et leur ardeur s'éteindre. Tenez, disais-je ces jours-ci, à une de ces intelligences inactives, voici une traduction aussi distinguée que savante de Borsieri; elle est précédée d'une introduction, dans laquelle M. E. Chauffard a abordé avec un grand talent les plus belles questions de philosophie médicale. Voici encore deux beaux volumes que M. Monneret intitule : *Pathologie générale*. Si vous avez du goût pour ces sujets élevés, voilà de quoi fournir de beaux articles de critique. Mais mon intelligence clignait l'œil d'une façon significative. — Aimez-vous la physiologie, repris-je ? Voici le traité de M. J. Béclard qui en est à sa 2e édition. L'intelligence détournait la tête. — Et ce grand *Traité d'auscultation* de M. Beau ? — Silence. — Et cette 2e édition de l'*Anatomie topographique* de M. Pétrequin ? — Rien. — Et ce charmant petit volume de chimie de M. Lehman ? — Pas de réponse. — J'épuisai en vain mon catalogue de nouveautés, passant de la médecine à la chirurgie, des accouchements à l'histoire naturelle, des sciences à la philosophie, mon intelligence refusa tout, renâcla sur tout, ceci parce que c'était trop élevé, cela trop technique, mais en vérité parce que c'était de la critique, et qu'ils sont tous comme cela, nos honorés confrères, fuyant épouvantés devant les mots critique, examen, appréciation, dont ils laissent le lourd fardeau au rédacteur en chef.

Et ce rédacteur en chef, les barbares, les insensés, ils croient qu'il peut tout lire, ils le veulent assez savant, assez érudit, assez compétent pour pouvoir tout apprécier, qu'il soit à la fois philosophe, médecin, chirurgien, accoucheur, naturaliste, chimiste et physicien, qu'il sache revêtir sa critique d'une forme toujours littéraire, mais aveugle comme la justice, inflexible comme la loi, inexorable comme le bourreau; qu'il n'ait ni cœur ni entrailles, ni sympathies ni antipathies, qu'il n'ait jamais eu aucun contact avec les hommes ou qu'il ne s'en souvienne.....

Pour moi, bon et cher lecteur, si jamais un ange de cette espèce tombe du ciel dans le bureau de ce journal, je promets de me prosterner à ses genoux et de briser aussitôt à ses pieds l'humble plume que voilà.

Amédée Latour.

COURRIER.

On lit dans le *Moniteur de l'armée* :

« A la revue passée par l'Empereur le 18 octobre dans la plaine de Satory, M. Becquey-Beaupré, colonel du 1er carabiniers, présenta à Sa Majesté M. Lapère, médecin de ce régiment, qui ne compte pas moins de 73 ans de service (38 ans de services effectifs, 16 ans d'Afrique, 2 campagnes en Espagne, 1 en Belgique), et qui va prendre sa retraite. L'Empereur détacha de la poitrine du général Fleury la croix d'officier de la Légion d'honneur et la remit lui-même à M. Lapère, dont l'émotion fut partagée par tous les témoins de cette scène touchante.

— On vient de publier à Lyon l'adjudication au rabais du nouvel hôpital qui doit être construit à la Croix-Rousse. Le montant du devis s'élève à 1,113,000 fr.

— Il y a maintenant en France quatorze stations où se font des observations météorologiques que le télégraphe apporte tous les matins au gouvernement et à l'Observatoire; ces stations sont à Dunkerque, Mézières, Strasbourg, Tonnerre, Paris, le Havre, Brest, Napoléon-Vendée, Limoges, Montauban, Bayonne, Avignon, Lyon et Besançon.

— Alessandro Riberi, professeur de médecine opératoire à l'Université de Turin, a institué un prix de 600 fr. à accorder à l'élève de sixième année qui aura obtenu le plus grand nombre de points dans ses examens pendant tout le cours de ses études. A égalité de points, le prix sera donné à l'élève le moins riche.

— La section médicale de la Société d'encouragement pour les sciences, lettres et arts de Milan, a accepté, d'*un médecin italien établi en Orient*, l'offre d'un prix de 1,000 fr. à accorder à l'auteur du meilleur mémoire sur les *névralgies brachiales*. Établir le diagnostic différentiel des névralgies dans divers troncs nerveux, et insister spécialement sur le traitement. Distinguer la névrite de la névrose. Les mémoires, écrits en italien, en français ou en latin, devront être adressés à la section médicale de la Société, avant le 30 septembre 1857.

— M. Vigla, agrégé, chargé du cours de M. Rostan, à l'Hôtel-Dieu, fera sa première leçon le lundi 17 novembre. Les suivantes auront lieu les mercredis, vendredis et lundis. Visite des malades tous les jours à 7 heures 1/2.

— M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité le mercredi, 19 novembre, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis, pendant le semestre d'hiver.

Traité de pathologie générale, par M. Ed. Monneret, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Necker. Deux forts volumes in-8. — Prix : 15 fr.

A Paris, chez Béchet jeune, libraire-éditeur, rue Monsieur-le-Prince, 22.

Traité d'anatomie topographique médico-chirurgicale, considérée spécialement dans ses applications à la pathologie, à la médecine légale, à l'art obstétrical et à la chirurgie opératoire, par J.-E. Pétrequin, ex-chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon, professeur à l'École de médecine de la même ville. 2e édition corrigée, augmentée en partie refondue. Un beau volume grand in-8 de 780 pages. — Prix : 9 fr.

Manuel de l'allaitement et de l'hygiène des enfants nouveau-nés, par L. Chandelux, d.-m. Un vol. in-18. — Prix : 2 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez Victor Masson, libraire, place de l'École-de-Médecine, 17.

Considerazioni sulla contagiosità del cholera-morbus asiatico, par Prospero Pinondi, dottore in medicina e in chirurgia della Università di Pavia. Marsiglia, 1856, un vol. in-8 de 424 pages. — Prix : 5 fr.

A Paris, chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Mémoire sur la place à séquestre (10 septembre 1856), par J.-E. Connay (de Rochefort). In-4. — Prix : 1 fr. 25 c.

Labé, libraire-éditeur, place de l'École-de-Médecine, 4.

— L'histoire des anciennes maisons des rues de l'Abbaye, d'Agnesseau, des Amandiers-Popincourt, des Amandiers-Saint-Jacques, d'Amboise, Amelot, de l'Ancienne-Comédie, de la cour d'Aligre et de l'impasse d'Amboise (place Maubert) vient de paraître. C'est une brochure séparée, qui fait partie de l'ouvrage intitulé : *Les Anciennes Maisons de Paris sous Napoléon III*, par M. Lefeuve.

productions solides, ou tout au moins, de l'enrayer beaucoup. On sait qu'une inflammation adhésive peut se produire à l'abri de l'air, dans des cavités closes, sans vive douleur et sans retentissement sympathique. C'est sans doute ce qui a eu lieu chez les trois malades à kystes hydatiques dont je viens de rappeler les cas.

L'expérience prononcera sur la valeur du moyen, qu'une analogie qui s'impose d'elle-même, m'amène à proposer dans le traitement des kystes de l'ovaire d'un petit ou moyen volume, dépouillés de tout caractère grave, et que le fer doit respecter.

(La fin au prochain numéro.)

CHIRURGIE.

OBSERVATION DE LUXATION EN DEHORS, CONGÉNITALE ET COMPLÈTE DES DEUX ROTULES ;

Par le docteur SINGER, chirurgien de l'Hôpital général de Vienne.

Une ouvrière de 20 ans, maigre et grêle, fut reçue à l'hôpital pour une vaginite syphylitique. On découvrit chez elle les lésions suivantes des deux genoux. Dans l'extension, les extrémités inférieures n'offraient rien d'anormal ; la seule différence qu'on pût y découvrir, comparées avec des jambes de femmes de même stature, consistait dans une moindre saillie de la partie antérieure du genou. En fléchissant la jambe à 90°, il n'en était plus ainsi, les deux condyles du fémur faisaient une saillie considérable, et entre eux se trouvait un enfoncement : la fosse intercondyloïdienne. L'épine du tibia n'est pas médiane, regardant la fosse intercondyloïdienne, mais elle est déjetée en dehors, et son prolongement tomberait sur le condyle externe du fémur. A la face externe de ce condyle existe une tumeur presque ovale, recouverte de peau normale, faisant une saillie de 9 lignes, et mesurant dans son plus large diamètre 18 lignes. Elle se termine en pointe mousse dans la direction de l'épine du tibia, et embrasse ainsi le condyle externe du fémur en dehors et en arrière.

En palpant les genoux pendant la flexion, on trouve les fosses intercondyloïdiennes tout à fait vides, et l'on acquiert la certitude que l'extrémité inférieure des fémurs ne présente pas la moindre déformation. Dans la tumeur précédente, on découvre au-dessous de la peau un os, la rotule, appliquée par sa face interne, sur le condyle externe du fémur. Elle a la conformation normale, est attachée à l'épine du tibia par le ligament rotulien solide et se continue en haut dans la masse des muscles extenseurs de la jambe. Pendant la flexion de 90°, la rotule est située à 1 pouce au-dessous de la limite supérieure du condyle externe du fémur, et à 4 lignes derrière la petite tubérosité du condyle externe du tibia. En augmentant la flexion à 140° à peu près, la rotule se porte en bas et plus en arrière, de manière à être enclavée entre la tête du péroné et le tubercule du condyle externe du fémur. Par contre, pendant l'extension, la rotule se dirige en haut et en avant, et quand l'extension est complète, son bord antérieur touche l'arête du condyle externe du fémur et son bord supérieur dépasse ce condyle de 6 lignes à peu près dans ce mouvement, la rotule parcourt donc en dehors du condyle externe du fémur, le même chemin que dans sa position normale elle parcourt en dedans de ce condyle, dans une longueur de près de 3 pouces.

Pendant l'extension la plus complète et le relâchement total des muscles extenseurs de la jambe, il est de toute impossibilité, en employant même une force considérable, de faire glisser la rotule par dessus l'arête du condyle, et de lui faire prendre sa position normale.

La rotule elle-même se laisse facilement soulever et examiner pendant l'extension et le relâchement du triceps crural. Elle est formée par un disque presque circulaire, d'un diamètre de 16 lignes à peu près sur une épaisseur de 6 lignes, sa face externe est légèrement convexe, un peu inégale ; sa face interne n'a pas d'arête, elle est plutôt un peu concave, lisse et glissante, donnant la même sensation qu'une extrémité articulaire humectée de synovie, et perçue à travers la peau, cette sensation se continue en bas au-dessous du ligament rotulien sur la face externe du condyle externe du fémur qui se trouve en contact avec la rotule, il cesse en haut au bord supérieur de cet os. La main ne remonte pas au-delà de ce bord ; elle se trouve retenue comme dans une poche. Est-ce la continuation de la synoviale du genou, ou bien une poche accidentelle ? on ne le peut décider positivement ; néanmoins la première supposition paraît plus probable, parce que le passage de cette surface lisse sous-rotulienne à la grande capsule, se fait sans interruption sensible, pardessus le condyle externe, qui lui-même est partout lisse et glissant.

Le ligament rotulien est long de 18 lignes, large de 12, et épais de 6 lignes.

Les condyles du tibia ont la forme et la grandeur normales. En pénétrant avec le doigt, au-dessous de l'épine du tibia vers les surfaces articulaires, dans la direction des éminences intercondyloïdiennes, on rencontre de suite un tissu très élastique, analogue à un coussinet graisseux. Est-ce une couche de nouvelle formation, ou bien est-ce le tissu graisseux qui normalement remplit l'espace compris entre les ligaments ailés de la face interne de la rotule ? Ces questions restent indécises, aussi bien que celle de savoir si dans ce cas, les ligaments ailés existent, ne fût-ce que rudimentairement.

La tête du péroné ainsi que les insertions des tendons qui entourent le genou ne présentent pas la moindre anomalie.

Rien aux pieds, si ce n'est que la plante du pied gauche est un peu moindre qu'au droit ; il y existe un relâchement des ligaments de l'articulation de Chopart. Aucune difformité n'existe ni au tronc ni aux extrémités supérieures.

L'étude attentive de tous les mouvements imprimés aux deux genoux fit reconnaître que les ligaments étaient tous intacts, et que les articulations n'avaient éprouvé aucun dérangement.

La marche sur un plan horizontal, est aussi facile et libre que chez la personne la plus saine, même avec une charge portée sur le dos ou sur les bras. Elle est également facile quand il s'agit de monter un plan incliné, un escalier par exemple. Mais il n'en est plus de même quand la personne veut descendre l'escalier ; elle est obligée de s'aider des mains, parce qu'au moment de poser un pied, le genou fléchit, et elle tombe. De plus elle ne marche qu'avec peine sur un plan horizontal quand la tête supporte une charge. M. Singer explique cette particularité de la manière suivante, en se basant sur les travaux des frères Weber. Dans la marche ordinaire, le centre de gravité du tronc ne tombe pas sur la ligne qui passe par le centre du mouvement ; celle-ci est représentée par une ligne traversant les deux cavités cotyloïdes du bassin, et la verticale abaissée du centre de gravité fait avec elle en avant un angle de 5°,7 qui peut aller jusqu'à 22°,5 dans la course. L'exemple suivant le démontre encore mieux. Supposons un baton, posé perpendiculairement sur un doigt et en équilibre ; quand nous avançons le doigt, le baton tombe en arrière par son extrémité libre ; et nous prévenons sa chute, en l'inclinant légèrement en avant. La même chose arrive pour le corps de l'homme ; le tronc est immobile, a une extrémité libre, la tête, une autre qui repose sur une base de sustentation mobile, le bassin articulé avec les fémurs ; ces derniers impriment le mouvement au tronc, comme le doigt avançant imprime le mouvement au baton, et comme cette articulation permet le mouvement en arrière du tronc, celui-ci doit recevoir une tendance à basculer en arrière quand son extrémité inférieure reçoit une tendance en avant. Nous prévenons instinctivement cet effet en inclinant le tronc en avant, et cela d'autant plus que la marche est accélérée. Le même mécanisme aide aussi à surmonter la résistance de l'air. On peut ne pas exécuter ce mouvement ; mais alors il faut fixer solidement le tronc sur les fémurs, en faire pour ainsi dire une seule pièce, qui ne permette plus la rotation du tronc en arrière ; on y arrive par de violentes contractions musculaires, et la marche est lente, fatigante et ne se fait que par petits pas. La descente sur un plan incliné ne permet pas cette inclinaison du tronc en avant ; il est au contraire porté en arrière et les muscles triceps crureux ont à faire la plus grande dépense de force. Or dans notre cas, l'énergie de ces muscles est suffisante pour une marche dans les circonstances ordinaires, mais incapable d'acquérir le degré nécessaire pour permettre la marche dans d'autres conditions, où le corps est naturellement penché en arrière, comme la descente d'un escalier, et la marche sur un plan horizontal, la tête portant une charge. La cause de cette insuffisance ne réside pas dans une faiblesse du muscle, qui est normalement développé, mais dans sa direction vicieuse. Il est devenu non seulement extenseur, mais aussi rotateur de la jambe en dehors, ce qui lui fait perdre de son énergie ; de plus il n'a pas les avantages que la présence normale de la rotule à la partie antérieure lui donne, en faisant que le ligament rotulien s'insère à angle à l'épine du tibia.

Plusieurs physiologistes, entre autres Valentin, attribuent à la rotule un rôle dans l'action de se mettre à genoux. Dans cette station, elle doit permettre à l'articulation de supporter la pression considérable qui résulte du poids du corps. Il n'en est rien : car cette jeune fille peut rester longtemps à genoux, en reposant seulement sur l'épine des tibias et sans que les condyles touchent le sol.

Les conclusions suivantes peuvent être tirées de ce qui précède :

1° La rotule n'a pas d'influence sur la solidité de l'articulation du genou ; celle-ci dépend uniquement des ligaments.

2° La rotule n'est autre chose qu'un os sésamoïde du triceps crural, et n'offre aucun autre avantage que ceux que les muscles éprouvent par la présence de ces os.

3° Les limites imposées dans le cas présent à certains mouvements de la jambe, ne dépendent pas d'une influence exercée par la rotule déviée sur les mouvements de l'articulation, mais ces effets doivent être attribués à la direction vicieuse du triceps crural, qui se trouve née par là dans des conditions mécaniques peu favorables.

4° La station sur les genoux se fait parfaitement bien, sans l'intervention de la rotule.

Enfin l'auteur examine les cas donnés comme des luxations congénitales de la rotule, et ne leur trouve pas les caractères que cette lésion devrait présenter. D'accord avec M. Malgaigne, il montre que beaucoup de maladies du genou peuvent produire cette luxation ; ce sont surtout l'hydropisie, l'inflammation violente, le genou valgus, le relâchement des ligaments articulaires ; or, dans tous ces cas de luxation, il existait ou avait existé une de ces lésions. M. Malgaigne *(Traité des fractures et des luxations)* en cite trois exemples, deux observés par Michaëlis et un découvert par lui-même. Or, M. Singer trouve que ces cas ne sont pas plus probants que ceux de Paletta, de Chelius et d'Ammon ; M. Malgaigne lui-même ne paraît pas tout à fait convaincu de son diagnostic, car il dit qu'il convient d'attendre des faits un peu plus concluants. M. Singer croit donc que le cas précédemment décrit est le seul prouvant la luxation congénitale de la rotule, et il se fonde sur les considérations suivantes :

1° L'absence de toute déformation des condyles, et en général des extrémités articulaires des genoux, l'absence de tout produit pathologique dans l'articulation, caractères qui la distinguent des luxations traumatiques et pathologiques anciennes.

2° L'absence totale du genou valgus ; ce dernier étant tantôt cause, tantôt effet des luxations pathologiques, et se montrant même après les luxations traumatiques.

3° La solidité normale des genoux ; l'impossibilité de faire passer les rotules pardessus les condyles externes des fémurs ; la luxation ne provient donc pas d'un relâchement des ligaments, et n'est donc pas pathologique.

4° Tous les mouvements sont exécutés par ces genoux avec autant d'étendue et de facilité que par des genoux sains ; ce qui différencie cette luxation des luxations traumatiques anciennes.

5° La démarche tout à fait normale sur un plan horizontal.

6° La simultanéité de la lésion aux deux genoux et le même développement incomplet des deux rotules.

La luxation n'a pu être produite pendant l'accouchement ; mais, eu égard aux faits de luxations de la rotule par contraction musculaire seule, on peut admettre que le même mécanisme a pu déterminer le déplacement de ces os sur le fœtus renfermé encore dans la matrice (1).

(1) Extrait de *Zeitschr. d. k. k. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1856, numéros 5 et 6.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 3 Novembre 1856. — Présidence de M. Is. GEOFFROY ST-HILAIRE.

Propriétés des systèmes musculaire et nerveux.

M. Cl. BERNARD, à l'occasion de la communication que M. Kœlliker a faite à l'Académie dans la dernière séance, lit un travail ayant pour titre : *Analyse physiologique des propriétés des systèmes musculaire et nerveux au moyen du curare.* Après avoir rappelé ses expériences sur le curare, ainsi que les conclusions auxquelles il a été conduit par l'étude de cette substance, conclusions qui se résumaient en ces termes : « La contractilité musculaire est entièrement distincte et indépendante de la propriété nerveuse qui la met en jeu, » M. Bernard expose en ces termes la suite de ses recherches sur ce sujet.

En poursuivant ces recherches, un autre fait nouveau s'offrit à mon observation : je vis que le membre qui n'avait pas reçu de curare restait parfaitement sensible, et que l'on y déterminait toujours des mouvements réflexes en le pinçant ; mais ce qui était plus remarquable encore, c'est que, en excitant la peau des autres parties du corps où avait pénétré le poison, on voyait de même des mouvements réflexes se produire uniquement dans le membre non empoisonné.

Il était évident que ces derniers mouvements réflexes dans le membre sain, par irritation des parties empoisonnées, devaient être transmis par les nerfs sensitifs restés intacts ; ce qui me porta à penser que le curare n'avait anéanti que les propriétés des nerfs moteurs en laissant subsister celles des nerfs sensitifs, et que, si l'on n'obtient pas de mouvement réflexe en pinçant la peau quand l'animal est totalement empoisonné, cela ne prouve pas que l'animal soit insensible, mais seulement que les nerfs moteurs sont partout devenus impropres à réagir sur les muscles par l'excitation sensitive réflexe aussi bien que sous l'influence de la volonté. L'impuissance à se mouvoir peut, en effet, reconnaître deux causes : 1° un animal n'exécutera pas de mouvements parce qu'il n'y est pas poussé, et parce que ni la volonté, ni aucune sensation transmise par les nerfs ne l'y détermine ; c'est alors une immobilité par paralysie des nerfs sensitifs ; 2° l'animal pourra encore rester sans mouvement, bien qu'il ait la volonté de se mouvoir, ou qu'il y soit poussé par une sensation venue du dehors : c'est lorque les nerfs sont impuissants à transmettre aux muscles l'influence motrice ; on a, dans ce cas, une immobilité par paralysie des nerfs moteurs.

C'est de cette dernière façon qu'agit le curare. On peut déjà s'en convaincre en observant les phénomènes de l'empoisonnement sur des mammifères élevés, sur des chiens, par exemple. On voit que les membres refusent d'obéir à la volonté bien avant que les sensations et l'intelligence soient perdues. Lorsqu'on appelle un chien dont les membres sont déjà paralysés, on reconnaît d'une manière évidente par des mouvements de certaines parties, tels que ceux de la queue et des yeux, qui résistent plus longtemps à l'action du poison, que l'animal entend, sans qu'il puisse cependant exécuter des mouvements pour venir vers la personne qui parle.

Mais j'ai démontré directement cette propriété singulière du curare d'éteindre les propriétés nerveuses des nerfs moteurs tout en conservant celle des nerfs sensitifs par l'expérience suivante :

Sur une grenouille, je pratique une incision au bas du dos pour isoler les nerfs lombaires. Je passe ensuite au-dessous d'eux une ligature avec laquelle je serre tout le corps de l'animal, moins les nerfs lombaires, qui se trouvent ménagés. De cette manière, la moitié antérieure de la grenouille ne communique plus avec la moitié postérieure que par les nerfs lombaires, car la ligature a étreint l'aorte et tous les vaisseaux sanguins. J'empoisonne alors l'animal en plaçant un peu de curare sous la peau du dos, près de la tête, et peu à peu toute la moitié du corps au-dessus de la ligature éprouve les effets toxiques et devient immobile. Mais si l'on pince la peau dans cette partie, on détermine aussitôt dans le train postérieur des mouvements qui, quelquefois, sont assez violents pour que la grenouille exécute l'action de sauter en poussant au-devant d'elle la moitié antérieure de son corps empoisonnée et inerte.

De cette deuxième série d'expériences, j'ai conclu que le curare effectue une analyse physiologique qui ne se borne pas à isoler les propriétés du système musculaire. Elle sépare encore comme distinctes les propriétés des nerfs moteurs et sensitifs, puisqu'on voit qu'elle conserve les propriétés des nerfs sensitifs et anéantit celle des nerfs moteurs. Le curare agit sur le système nerveux moteur de la vie de relation plus vite que sur le système nerveux de la vie organique ou sympathique. Mais il finit aussi par atteindre ce dernier lorsque l'empoisonnement est complet, et j'ai vu qu'il n'est plus possible alors, par exemple, d'arrêter le cœur par la galvanisation du nerf vague. Enfin, j'ai constaté que cette action du curare s'exerce sur les nerfs moteurs de manière à les anéantir en procédant de la périphérie au centre, ce qui est l'inverse de la paralysie ordinaire de ces nerfs.

Les expériences de M. Kœlliker sont donc tout à fait concordantes avec les miennes. Il est évident que M. Kœlliker ne connaissait pas mes dernières recherches sur le curare, de sorte que la coïncidence des résultats que nous avons obtenus est une garantie de plus de leur exactitude.

En terminant, j'appellerai surtout l'attention des physiologistes sur cette espèce d'analyse physiologique des systèmes organiques qu'on peut effectuer à l'aide des agents toxiques. J'ai développé cette idée dans mon cours au Collége de France, où j'ai étudié à ce même point de vue d'autres substances, telles que la strychnine, le sulfo-cyanure de potassium, l'oxyde de carbone, etc., qui agissent non pas sur des organes, mais sur des systèmes organiques, comme, par exemple le système nerveux moteur ou sensitif, le système musculaire, les globules du sang, etc. Ces substances ainsi considérées sont de véritables réactifs de la vie qui, portés par le torrent de la circulation dans tous les points de l'organisme, exercent leur action sur certains tissus, les isolent et amènent la mort par un mécanisme qui désigne le rôle physiologique du tissu qui se trouve atteint. Avec ces agents, on peut étudier non pas la mort des organes, comme l'a fait Bichat, mais la mort des systèmes organiques. Cette étude offre un haut intérêt au point de vue de la physiologie générale.

Présence du fluor dans le sang.

M. J. NICKLÈS communique, sur ce sujet, la note suivante :

Par suite de considérations que j'aurai prochainement l'honneur de soumettre à l'Académie, j'ai été conduit à vérifier cette assertion, tant contestée, de la présence du *fluor dans les os*. Mes expériences ayant été affirmatives, j'ai recherché le fluor dans le sang, seule voie par où il ait pu arriver jusqu'au tissu osseux. J'y en ai trouvé de notables proportions, non-seulement dans le sang humain, mais encore dans celui de plusieurs mammifères (porc, mouton, bœuf, chien), et de plusieurs oiseaux (dindon, canard, oie, poulet).

Des résultats si concordants me semblent donner au fluor une importance qu'il n'a pas eue jusqu'à ce jour en médecine ou en physiologie ;

ils infirment évidemment cette opinion de Berzélius, suivant laquelle la présence du fluor dans les os est purement accidentelle, et qu'en tout cas elle n'est pas nécessaire.

S'il fallait d'autres preuves en faveur de la nécessité de réviser le jugement de l'illustre chimiste, on les trouverait dans les faits suivants : il y a du fluor dans la bile, il y en a dans l'albumine de l'œuf, il y en a dans la gélatine, il y en a dans la salive, dans l'urine, dans les cheveux ; il y en a dans les poils d'animaux (bœuf, vache et veau) ; en un mot, l'organisme animal est pénétré de fluor : on peut s'attendre à le trouver dans tous les liquides qui l'imprègnent.

Dans un prochain travail, je ferai connaître les procédés très simples à l'aide desquels j'ai pu reconnaître la présence du fluor dans toutes ces matières. Pour le moment, je dois me borner à prendre date et à prier l'Académie de me donner acte de cette communication.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Addition à la séance du 11 Novembre 1856. — Présidence de M. Bérsy.

Une lettre de M. Robiquet, en réponse à la réclamation de M. Berthé, au sujet de l'étude des propriétés physiologiques de la *codéine*.

Par une lettre adressée à l'Académie, dans sa dernière séance, M. Berthé a cru devoir réclamer contre la priorité que je me serais attribuée, à tort, au sujet des propriétés thérapeutiques de la codéine. Je suis encore à comprendre la raison d'être de cette réclamation faite en termes peu bienveillants. Il me paraît toutefois indispensable d'en démontrer le peu de fondement.

La note que j'ai eu l'honneur de lire à l'Académie se compose de deux parties. Dans l'une (et c'est de beaucoup la plus étendue), j'établis, par l'expérience et par le calcul, un procédé d'analyse optique de la codéine, propre à en faire reconnaître les falsifications. Je ne pense pas que M. Berthé ait quelque revendication à faire sur ce point.

Dans l'autre partie, j'examine, *chez l'homme*, l'action physiologique et thérapeutique de la codéine. Après avoir cité les noms des expérimentateurs qui ont suivi cette direction, je cherche à expliquer, par la différence des doses, la divergence de leurs opinions, et j'accepte, avec M. le docteur Barbier (d'Amiens), l'influence spéciale de la codéine sur le grand sympathique.

On voudra bien m'accorder que, dans cette partie de ma note, j'ai glissé rapidement sur les faits observés, craignant de m'aventurer sur un terrain difficile, où les plus grands physiologistes ne s'avancent qu'avec prudence. Je ne suis d'ailleurs pas aussi profondément persuadé que mon confrère de la nécessité de parler longtemps pour confirmer les opinions déjà bien connues de M. Barbier (d'Amiens). M. Berthé, au contraire, a expérimenté sur des *animaux seuls* : ses conclusions portent sur l'action toxique plus marquée des sels de codéine (fait déjà signalé par Magendie en 1835), sur la paraplégie que la codéine détermine chez les chiens, et sur une action fort singulière par laquelle elle rendrait ces animaux (nouveaux Mithridate) insensibles à l'action de l'acide arsénieux ingéré dans l'estomac.

Il ne m'appartient pas de juger ces expériences, et je ne veux pas dire mon opinion ; mais en vérité, Monsieur le Président, je ne vois pas quel rapport les recherches de M. Berthé peuvent avoir avec les miennes, ni quel emprunt je lui ai fait.

M. Berthé termine sa réclamation par le parallèle de nos conclusions réciproques. Quand on cite, il faut citer textuellement, ne rien omettre et ne rien ajouter. J'ai enlevé, à coups de ciseaux, le résumé du travail de M. Berthé, tel qu'il l'a imprimé dans le n° 75 du *Moniteur des hôpitaux*, et je l'ai mis en regard du mien, pris dans le n° 130 du même journal.

Les voici tous deux :

M. BERTHÉ.	M. E. ROBIQUET.
1° Contrairement à l'opinion émise par M. Kunkel, la codéine paralyse complétement le train postérieur des animaux auxquels on l'administre à dose toxique.	1° La codéine peut être analysé optiquement, avec beaucoup d'exactitude et de rapidité, à la seule condition d'opérer sur une liqueur contenant 0 gr,50 d'alcaloïde dissous dans 100 cent. cubes d'alcool à 56° centésimaux.
2° Le phénomène de rétroprogression qui avait porté ce physiologiste à lui reconnaître une action toute particulière sur le cervelet et la moelle allongée, ne s'est, dans aucun cas, manifesté, et qu'en conséquence rien n'indique qu'elle possède cette propriété.	2° Une solution de codéine n'agit pas de la même manière sur les divers rayons simples de la lumière polarisée et les déviations, vers la gauche, ne sont pas proportionnelles aux poids dissous.
3° Conformément à l'opinion émise par M. Barbier, d'Amiens, elle paraît avoir une action spéciale sur le système nerveux du grand sympathique, action qui se manifeste par une diminution sensible de la faim, et surtout par une tolérance extraordinaire des organes digestifs, après l'ingestion stomacale de l'acide arsénieux.	3° La codéine employée, à forte dose, n'est nullement préférable à la morphine et semble produire, sur le cerveau, un effet de stupeur qui, souvent répété, serait suivi des conséquences les plus funestes.
4° Loin d'accélérer la circulation et la respiration, ainsi que l'annonce M. Kunkel, elle paraît presque sans effet sur ces deux fonctions, mais lorsqu'elle en provoque une sensible, c'est toujours un ralentissement de la circulation.	4° Donnée, au contraire, dans les limites de 0,020 à 0,030 milligrammes par jour, elle exerce une influence salutaire sur cette partie du système nerveux qui indépendante de la volonté et que le médecin a tant de peine à dominer, surtout chez les malades atteints d'affections nerveuses ou d'hypochondrie.
5° La puissance d'intoxication de la codéine est, sur les chiens, aussi considérable que celle de la morphine.	
6° Contrairement à l'opinion de M. Grégory, ses sels sont plus actifs que l'alcaloïde lui-même.	

Enfin, M. Berthé m'accuse d'avoir formulé un sirop au millième pour faire oublier celui qu'il avait proposé et qui contenait 0,025 milligrammes de codéine par 30 grammes de sirop. J'ai cherché, en vain, dans les trois publications signalées par l'auteur lui-même, le passage faisant allusion à ce nouveau sirop, et j'attends encore qu'il veuille bien dire où je pourrais en trouver la formule.

J'abuse, Monsieur le Président, de la patience de l'Académie, elle voudra bien, toutefois, me pardonner la longueur d'une réponse que je ne pouvais différer à cause de la réclamation à laquelle elle s'adresse.

Veuillez agréer, etc. E. Robiquet.

P. S. J'ai déposé, en même temps que cette lettre, plusieurs exemplaires des numéros du *Moniteur des hôpitaux* où se trouvent les recherches de M. Berthé et qui sont destinés aux membres de la commission chargée de juger mon travail ainsi que la réclamation dont il a été l'objet. (Renvoi à la commission nommée.)

M. le Secrétaire perpétuel fait observer qu'aucune contestation de priorité ne peut s'élever entre M. Berthé et M. Robiquet, le premier s'étant occupé de l'action physiologique de la codéine, expérimentée sur les animaux, — et le second ayant eu en vue l'analyse optique du même alcaloïde.

SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE DE CONSTANTINOPLE.

Séance du 20 Juin 1856. — Présidence de M. Fauvel.

Résumé de la discussion sur le typhus (suite).

M. Fauvel arrive à la question de l'identité. Si, dit-il, on ne tenait compte que des apparences symptomatiques, le typhus devrait être confondu avec beaucoup d'autres maladies, ainsi d'ailleurs que cela avait lieu autrefois ; quand Pinel rangeait dans les fièvres adynamiques tous les états morbides avec apparence adynamique, la pneumonie des vieillards, par exemple. Mais, depuis cette époque, une grande révolution s'est opérée dans la science. M. Fauvel rappelle ici les travaux de Broussais, les recherches d'anatomie pathologique, l'emploi de méthodes d'exploration plus précises, qui sont venus saper par la base l'édifice des médecins naturalistes.

La meilleure classification serait, pour M. Fauvel, celle fondée sur sa cause spéciale, sur la nature des maladies, mais, comme cette base fait souvent défaut, on doit s'adresser à d'autres éléments, parmi lesquels les symptômes et les lésions anatomiques sont les principaux. Quant au typhus, il lui semble qu'aujourd'hui on pourrait le définir par sa cause, sur laquelle les opinions sont unanimes.

Quand les beaux travaux de M. Louis eurent rattaché la plupart des fièvres essentielles à la fièvre typhoïde, on s'est demandé, continue M. Fauvel, si le typhus devait y être également rattaché. Des observations nouvelles pouvaient seules résoudre la question. M. Gaultier de Claubry n'hésita pas cependant, après des études sur les épidémies anciennes de typhus, à se prononcer pour l'identité. MM. Chomel et Louis la considérèrent comme probable, mais sans se prononcer définivement, et, dans leur manière de voir, cette identité était subordonnée à l'existence de la lésion caractéristique de l'intestin.

Or, plusieurs épidémies de typhus sont survenues et l'on n'a pas trouvé cette lésion. C'est là un fait de nature à résoudre le problème. Cependant, ajoute M. Fauvel, M. Cazalas a soutenu que ce fait n'a pas la valeur qu'on lui attribuait. M. Fauvel rappelle les opinions de ce médecin sur le point dont il s'occupe, et il estime que, pour avoir émis de pareilles opinions, M. Cazalas a dû se laisser entraîner par le besoin de la thèse qu'il a voulu défendre. M. Fauvel soutient qu'il n'en est pas une qui ne soit contraire aux faits admis par la plupart des médecins de l'époque actuelle. Partout, dit-il, où la fièvre typhoïde a été observée, soit à l'état sporadique, soit à l'état épidémique, on a trouvé la lésion folliculeuse qui n'appartient qu'à elle, au même titre que la pustule varioleuse appartient à la variole, et ce fait est admis indistinctement par ceux qui regardent la maladie comme inflammatoire et par ceux qui la considèrent comme une affection spécifique. Tout au plus, dans l'hypothèse d'une fièvre exanthématique, pourrait-on admettre que, comme dans certains cas très rares de variole, l'éruption intestinale peut manquer per exception ; mais de là, à déclarer qu'indifféremment elle existe ou n'existe pas, il y a loin.

M. Fauvel ne peut pas admettre d'avantage la raison alléguée par M. Cazalas, pour expliquer l'absence de la lésion dothinentérique dans les épidémies de typhus. D'après M. Cazalas, plus la cause est active et moins la lésion intestinale est prononcée. C'est, remarque M. Fauvel, comme si l'on disait que l'éruption variolique doit manquer quand la variole devient épidémique. Il suffit de rappeler les cas de typhus qui durent deux ou trois septenaires et où la lésion n'existe pas plus que dans les cas rapidement mortels.

Avant de quitter ce point, M. Fauvel relève la critique trop sévère, d'après lui, qu'a faite M. Cazalas du mémoire de M. le professeur Forget. Pour M. Forget, la fièvre typhoïde est une entérite folliculeuse, rien donc d'étonnant qu'il nie l'existence de la maladie quand il ne trouve pas la lésion qui la caractérise, et il est assez naturel que, dans sa manière de voir, l'autopsie seule, dans certains cas, ait levé ses hésitations.

Dans l'étiologie, les différences ne sont pas moins grandes. Personne, suivant M. Fauvel, n'admettra la filiation ascendante et descendante de l'encombrement produisant tantôt la fièvre typhoïde et tantôt le typhus. Avant, pendant l'épidémie actuelle et à son déclin, la fièvre typhoïde s'est manifestée avec ses caractères distinctifs ; si l'encombrement produit le typhus, il n'en est pas de même de la fièvre typhoïde qui se développe dans les conditions les plus opposées. La transmissibilité de la fièvre typhoïde étant admise, l'exemple des pensionnats et des casernes où cette maladie se développe épidémiquement, prouve, non que l'encombrement en soit la cause, mais que les conditions de sa transmission s'y trouvent réunies chez des individus prédisposés par leur âge. Il en est de même pour les exanthèmes contagieux. Après avoir insisté sur ce point, M. Fauvel établit qu'à part la propriété contagieuse généralement admise aujourd'hui, les conditions efficientes de la fièvre typhoïde ont échappé jusqu'ici à tous les observateurs.

M. Fauvel ne trouve pas non plus d'identité dans la symptomatologie. Il trace un tableau comparatif des deux maladies sous ce rapport, et il en conclut qu'il est presque toujours possible de distinguer, au lit du malade, le typhus de la fièvre typhoïde, et en serait-il autrement, que cela ne prouverait que l'insuffisance de nos moyens d'investigation.

La marche, la durée, la convalescence ne présentent pas non plus de similitude. M. Fauvel récapitule ce qui a été dit à ce sujet dans la discussion.

De toutes ces considérations, M. Fauvel déduit que le typhus et la fièvre typhoïde sont deux maladies essentiellement distinctes.

M. Fauvel attribue en partie la confusion qui règne sur ce point à la dénomination de fièvre typhoïde. Il désirerait qu'elle fût remplacée par celle de dothinentérie ou par tout autre nom, en rapport avec un caractère constant dans cette maladie, et qui lui serait propre.

Il résume toute la discussion dans les propositions suivantes, qui en sont, à son avis, les corollaires :

Le typhus est l'effet d'un empoisonnement miasmatique.

Le miasme typhique prend naissance au sein des matières confinées et par l'accumulation prolongée d'hommes sains et surtout malades, dans des espaces trop étroits où l'air n'est pas suffisamment renouvelé.

L'atmosphère est le véhicule du miasme typhique, et l'air infecté produit et propage l'intoxication.

Par conséquent, la cause qui produit le typhus est comparable à celle qui détermine les fièvres dites palustres, avec cette distinction que ces dernières résultent d'un miasme organique végétal, tandis que le typhus est l'effet d'une matière animale toxique ; mais tandis que le miasme palustre épuise son action dans l'organisme sans s'y reproduire, ce miasme typhique se régénère dans l'homme ; d'où cette différence que le typhus se propage de l'homme à l'homme dans certaines conditions données, tandis que les affections palustres ne sont pas transmissibles.

Admettre que le typhus est un simple empoisonnement, c'est dire qu'il n'est pas le résultat d'un germe, comme la variole et les autres affections contagieuses proprement dites, où il suffit d'un atome virulent, introduit dans l'organisme, pour reproduire l'espèce et la multiplier. Si le typhus était le résultat d'un germe, il ne serait pas resté confiné dans les hôpitaux ; nous l'aurions vu sortir de ses foyers et se propager dans tout le pays, à la manière des exanthèmes contagieux. Un seul varioleux, au milieu d'individus non vaccinés, suffit à produire une épidémie de variole ; un typhique, au milieu d'une salle de malades, bien tenue et suffisamment aérée, ne propage pas le typhus. La vérité de cette proposition, bien souvent démontrée, l'a été d'une manière très probante, parce qui s'est passé à l'infirmerie de St-Benoist et à l'hôpital civil.

Rien n'est venu confirmer l'opinion de Hildenbrand, que le typhus se transmet par la peau, par le contact direct ou indirect.

Le typhus se propage en raison de l'encombrement par rapport à l'espace, en raison du plus ou moins d'aération de l'espace encombré, du nombre plus ou moins considérable de typhiques qu'il renferme et des soins de propreté plus ou moins minutieux dont les individus et tout ce qui les entoure sont l'objet.

Les effets toxiques sont, jusqu'à un certain point, proportionnés à la condensation du miasme et au temps pendant lequel on a été soumis à son action, en d'autres termes, à la dose du miasme observé : aussi l'intoxication ne se produit-elle que par un séjour suffisamment prolongé dans l'atmosphère, sans, qu'à cet égard, on puisse établir rien d'absolu, parce qu'il faut tenir compte des résistances individuelles plus ou moins grandes. On comprend alors pourquoi le miasme typhique produit des états morbides si différents d'intensité, depuis le simple malaise et les accidents éphémères, jusqu'au typhus grave et sidérant. C'est ainsi qu'on observe une gradation analogue dans les effets du miasme palustre, depuis la fièvre intermittente simple, jusqu'à la rémittente et à la pernicieuse.

De là découle qu'on ne doit pas, comme l'a fait Hildenbrand, ranger le typhus dans la classe des fièvres exanthématiques contagieuses. En dehors de la contagion, nous ne savons rien de la cause qui peut engendrer ces dernières ; tandis que le typhus naît spontanément sous l'influence de conditions connues que l'on peut en quelque sorte produire ou faire disparaître à volonté.

L'exanthème du typhus est comparable à celui de quelques empoisonnements par certaines substances animales. Il n'est pas le résultat d'un travail régénérateur qui, comme dans la variole, reproduit le virus. L'exanthème du typhus n'est pas inoculable, ou, du moins, ne contient pas le germe d'un état morbide identique.

Le typhus n'est donc pas contagieux dans le sens propre du mot. Il n'a nullement les caractères d'une fièvre exanthématique qui résulte d'un contage. Il ne présente pas cette incubation à durée limitée, ces périodes fixes, cette évolution toujours complète, cette marche régulière des fièvres exanthématiques. Celles-ci n'avortent pas : bénignes ou graves, elles parcourent fatalement leurs périodes.

Dans une épidémie de fièvre exanthématique, on observe des anomalies, sans doute, mais rien de comparable aux variétés et aux degrés divers de l'intoxication typhique. Hildenbrand, en composant le type régulier du typhus, avait en vue les fièvres exanthématiques ; aussi, la description type qu'il en donne, loin d'être en harmonie avec la majorité des faits, n'est-elle tout au plus applicable qu'à de très rares exceptions.

Le miasme typhique, introduit dans l'économie, ne produit pas nécessairement des accidents typhiques. De même que le miasme palustre, il peut y rester un temps plus ou moins long à l'état latent. Il peut être éliminé par les voies naturelles, sans manifestation morbide ; mais, sous l'influence d'une cause accidentelle, qui trouble l'équilibre de l'organisme, ou même par sa malignité seule, on le voit, après un temps d'incubation dont on ne saurait fixer la limite, manifester ses effets par des phénomènes plus ou moins graves, qui sont les divers degrés de l'état typhique ou du typhus.

Suivant nous, il n'y a pas plus de différence essentielle entre les accidents typhiques légers, les états typhiques plus intenses et le typhus grave, qu'il n'y en a entre la fièvre intermittente simple, la rémittente et la pernicieuse. Ce sont des effets, des degrés différents d'une même cause qui agit avec plus ou moins d'intensité.

Dans les conditions énoncées précédemment, le typhus, à ses divers degrés, peut se manifester ou à l'état de simplicité chez des individus sains, ou à l'état de complicité chez des individus déjà malades, sans qu'aucune affection paraisse assurer le privilége de l'immunité. Dans le second cas, les accidents typhiques se combinent avec ceux de l'affection antérieure, et la maladie présente un de ces états complexes, qui ont été si nombreux dans l'épidémie actuelle.

Une fois les accidents typhiques développés, on n'a pas encore trouvé, quoi qu'on en ait dit, de médication héroïque capable de les enrayer d'une manière sûre ou même probable.

La thérapeutique est restée, jusqu'ici, sans action directe sur les effets du miasme typhique ; elle manque, pour les neutraliser, d'un agent dont l'efficacité serait comparable à celle du quinquina dans les fièvres palustres.

Rien ne prouve que les cas de typhus, dits avortés, aient eu une solution prompte sous l'influence de la médication employée ; car on a vu de pareils cas, après toutes les médications, même après la méthode expectante. Ce n'est pas à dire pour cela que les moyens mis en usage n'aient pas été utiles, n'aient pas atténué la gravité de la maladie, mais leur action jugulante est incontestable. Le sulfate de quinine n'a paru agir, avec avantage, que contre les phénomènes intermittents et en régularisant la marche de la maladie.

Si la thérapeutique a peu d'action sur les accidents typhiques, l'hygiène est toute puissante pour prévenir le développement du typhus. La cause est connue : on peut l'empêcher de se produire, et, quand elle existe, il est toujours possible de la faire disparaître.

C'est dans l'emploi des moyens prophylactiques que l'intervention de la médecine est surtout efficace ; et, quand les observations actuelles n'auraient fait que confirmer cette vérité déjà proclamée par Hildenbrand, qu'on devrait les regarder comme très fructueuses et comme ayant rendu un grand service à l'humanité.

Le typhus et la dothinentérie, bien que présentant, comme toutes les maladies ataxo-adynamiques, des analogies d'aspect et des symptômes communs, diffèrent essentiellement au fond. Ces deux maladies diffèrent de nature, c'est-à-dire par leur cause essentielle ; elles diffèrent par des caractères propres, dans l'évolution symptomatique, dans la marche, la durée, les terminaisons ; elles diffèrent, enfin, sous le rapport des lésions anatomiques. Elles se rapprochent en ce sens, que ni l'une ni l'autre n'ont pu, jusqu'ici, être conjurées par aucune méthode de traitement.

Il n'est nullement prouvé, bien que le contraire ait été dit, que le typhus ne soit pas sujet à récidive, au bout d'un certain temps.

Le typhus, à l'état épidémique, n'est plus, de nos jours, qu'une maladie accidentelle née sous l'influence de grandes calamités, de grandes misères publiques.

A l'état endémique, on ne l'observe plus, en Europe, que dans quelques contrées où, sans doute, il achèvera de s'éteindre, sous l'action bienfaisante d'une civilisation éclairée.

Quant aux épidémies, il faut espérer que, par les mêmes raisons, elles deviendront de plus en plus rares ; il faut admettre aussi que la leçon dont nous avons été témoins ne sera pas perdue pour l'avenir ; car, ainsi qu'on l'a dit avec beaucoup de vérité dans ce débat, non le typhus n'est pas une conséquence latale de la guerre, et, quand il se développe dans les armées et y exerce des ravages, c'est, à moins de circonstances majeures, à l'incurie de ceux qui sont chargés ou de prescrire et de surveiller l'application des préceptes de l'hygiène, ou de les faire exécuter, qu'il faut en rapporter la cause.

Le secrétaire spécial, Leval.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 139. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 18 Novembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT.

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Pathologie : Note sur les kystes de l'ovaire et leur traitement. — II. Académies et sociétés savantes. *Société médico-chirurgicale de Paris* : Polypes utérins : choix à faire parmi les caustiques. — Fracture longitudinale de la rotule. — Maladies des voies urinaires. — III. Faculté de médecine : Séance de rentrée de la Faculté de médecine de Paris. — IV. Courrier.

PATHOLOGIE.

NOTE SUR LES KYSTES DE L'OVAIRE ET LEUR TRAITEMENT (1), COMMUNIQUÉE

Par M. Pidoux, médecin de l'hôpital Lariboisière.

Jusqu'à présent, on n'a accusé les injections iodées que d'être ou inefficaces, surtout dans les cas de kystes muqueux qui se reproduisent après elles; ou de déterminer des inflammations excessives du kyste, et des épanchements mortels dans le péritoine, etc., etc. Mais l'iode, injecté dans les kystes ovariques, n'a point été attaqué comme poison, c'est-à-dire comme capable de produire, par son absorption, les deux degrés d'accidents toxiques qui lui sont propres, savoir : 1° l'iodisme, qui consiste en un exanthème général fébrile et un enanthème frappant principalement la membrane muqueuse commune aux yeux, aux fosses nasales et aux poumons; 2° les phénomènes beaucoup plus graves de sidération et de choléra sec que déterminent plusieurs de nos poisons violents. Cependant il n'est pas entièrement innocent de ces fâcheux effets.

J'ai fourni il y a deux ans à, mon honorable collègue M. Désormeaux, pour sa thèse d'agrégation sur le traitement des kystes de l'ovaire, une observation qu'on peut lire à la page 37 de cette judicieuse dissertation. Je l'abrège ici, désirant n'attirer l'attention que sur le fait d'iodisme.

J'avais déjà fait à la malade, sujet de cette observation, quinze à vingt ponctions. La cachexie, accrue par chacune d'elles, l'entraînait rapidement. Je déclarai qu'elle n'avait guère que deux ou trois mois à vivre. Alors, on m'adjoignit un habile consultant, qui, sans prétendre à une guérison, donna l'espoir de prolonger la vie et de rendre les ponctions colliquatives moins souvent nécessaires, au moyen d'une injection iodée. La malade était un de ces sujets très irritables, singulièrement sensible à l'action physiologique des médicaments, et rebelle à leur action thérapeutique, deux effets qui se rapportent souvent l'un à l'autre. L'honorable consultant m'affirma qu'il n'avait jamais observé l'iodisme dans les nombreuses injections qu'il avait faites. Je m'inclinai. Ponction : évacuation de vingt litres de liquide albumineux; — injection iodée : évacuation d'une grande partie du liquide injecté.

Le lendemain, fièvre très intense, prurit féroce de toute la peau, érythème de la face avec œdème aigu et tuméfaction considérable des paupières, ophthalmie sèche, coryza violent, enrouement, angine, toux, céphalalgie, abattement, malaise inexprimable, soif inextinguible, anxiété, etc.

Un peu de liquide se reproduit; on l'évacue par une sonde laissée à demeure. Il exhale une odeur très prononcée d'iode. Des bulles d'air nombreuses et fétides sortent avec le liquide.

A dater de ce moment, on vit se prononcer un amaigrissement rapide, la sécheresse terreuse de la peau, les frissons irréguliers, une dysenterie horrible, le refroidissement cholériforme et tous les accidents des infections septiques auxquels succomba ma malade huit ou dix jours après l'opération.

L'iodisme a ouvert la marche de la mort, et la dissolution putride l'a fermée.

Je traitais il y a deux ans, d'un kyste de l'ovaire, une femme de 28 ans. La première ponction fut pratiquée par moi dans un kyste uniloculaire séro-albumineux. Je voulus faire suivre une injection iodée. La malade s'y opposa. Plus tard, voyant la nécessité des ponctions se reproduire de six mois en six mois, elle me proposa elle-même ce qu'elle m'avait refusé d'abord. La santé générale était bien conservée. Je ne laissai pas le kyste reprendre tout son volume; et le liquide ayant été incomplétement évacué, j'injectai une seringue contenant la demi-solution dite de Guibourt, étendue d'une égale quantité d'eau. Ma canule était restée dans le kyste, et c'est bien dans le kyste que le liquide pénétra. Je n'avais pas achevé mon injection, que la malade poussa des gémissements cruels, se plaignant d'une vive douleur dans le ventre. Aussitôt sa face pâlit et se grippa, tout son corps se refroidit et le pouls disparut. J'essayai d'aspirer le liquide que je venais d'introduire. N'y parvenant pas, une seule goutte de liquide se refusant à sortir par la canule, je pris le parti d'injecter deux seringues d'eau tiède dans le kyste. Il n'en ressortit pas un atome. Des vomissements se déclarèrent. Une sensation de constriction douloureuse s'empara de la gorge. Les urines se supprimèrent, et un ténesme sec continuel s'établit avec une toux férine et stridente. Pas de trace d'érythème ni cutané ni muqueux. Les douleurs abdominales s'apaisèrent assez promptement, et il ne fut pas possible de songer à l'existence d'une péritonite. Mais les symptômes généraux augmentèrent encore. La malade avait l'aspect d'une cholérique dans la plus profonde algidité. Pendant quarante-huit heures, elle resta glacée comme une statue, et sans pouls. Je la sondai et obtins un bassin d'urines fort chargées d'iode.

Voyant qu'au bout de douze heures, la chaleur et le pouls ne reparaissaient pas, que les vomissements persistaient avec le spasme pharyngien qui s'opposait à la déglutition, je crus la malade perdue.

Au bout de deux jours, une réaction s'établit lentement, la déglutition put se faire, les urines toujours iodées coulèrent d'elles-mêmes, et dix jours après l'opération, la malade, horriblement amaigrie et très faible, commença à se lever. La sécheresse et la constriction du pharynx persistèrent fort longtemps.

Que devint le kyste? Je dois dire qu'il mit à se remplir six mois de plus que précédemment, mais qu'il se remplit.

Comme il était revenu à peu près à moitié du volume de la ponction de nécessité, je proposai à la malade une nouvelle ponction avec injection. Elle la refusa avec un ressentiment violent. Il y a un an, d'autres kystes se formèrent, et je ponctionnais de plus en plus souvent, tantôt l'un, tantôt l'autre. Enfin, il y a deux mois, la malheureuse, excédée de ponctions qui devaient se répéter tous les quinze jours, et se rappelant le délai que lui avait procuré la première injection, me supplia de recommencer. Je mé le fis demander plusieurs fois. Pourtant, dans l'espoir de prolonger une existence très utile encore entre chaque ponction, et confiant en ce que le premier empoisonnement, dû sans doute à des circonstances exceptionnelles, ne se reproduirait pas, je cédai. Même mode opératoire. Injection plus faible en teinture d'iode iodurée. Mêmes accidents, aussi rapides, aussi prolongés, beaucoup plus graves. Inutile de les décrire encore. Mais la malade n'avait plus la même force pour les supporter. Elle resta dans un état cachectique profond avec des douleurs lombaires atroces.

Cette fois, le kyste se remplit avec une effrayante rapidité. Fût-ce le kyste injecté ou un voisin?... Toujours est-il que je pratiquai encore une ponction, huit jours après laquelle la malade succomba. Il y a de cela six semaines.

La première injection paraît avoir modifié quelque peu avantageusement le kyste; mais elle a failli tuer la malade par empoisonnement. La seconde, suivie d'une nouvelle sidération toxique, a précipité le dénouement.

Je sais qu'une dame portant un grand kyste, et profondément cachectisée, a été opérée dans une maison de santé de Paris, l'an dernier, par injection iodée. Elle n'a pas eu d'iodisme, mais elle a été frappée presque immédiatement par cet état cholériforme et algide que m'a présenté deux fois ma malade. Toutes ses sécrétions étaient chargées d'iode. La malheureuse a succombé.

On conçoit que l'iodisme soit incompatible avec un pareil état, qui est un degré d'empoisonnement au-dessus. On peut voir aujourd'hui, dans un des services de l'hôpital Lariboisière, une femme qui vient d'y être opérée d'un kyste de l'ovaire par ponction et injection iodée, et chez laquelle trois seringues de la solution Guibourt, poussées dans un grand kyste, ont encore produit, dans les vingt-quatre heures, ces accidents effrayants de choléra sec qui paraissent décidément peu rares. Elle est maintenant en pleine réaction, avec un ventre toujours très douloureux à la plus légère pression.

Je veux finir par la relation d'un cas où trois injections iodées, quoique traversées par des accidents très vifs, m'ont pourtant donné, au moins jusqu'à présent, un résultat plus heureux.

Il s'agit d'une femme de 36 ans, robuste, entrée dans mon service, salle Ste-Élisabeth, n° 34, en novembre 1855. Sa tumeur avait débuté, après une couche, par une ovarite aiguë du côté droit, avec œdème et cyanose du membre pelvien de ce côté. C'était au mois d'août précédent. Je reconnus un kyste n'occupant pas tout le ventre et refoulant les intestins à gauche, et en décembre j'en pratiquai la ponction. Elle donna issue à 10 litres environ d'un liquide transparent, mais filant. Le kyste fut complétement vidé. Le 2 mars 1856, une seconde ponction fut nécessaire. Les membres inférieurs étaient œdématiés, et la malade présentait une cachexie hydropique assez prononcée, conservant toutefois un bon état des forces. A cette époque, on découvre, à gauche, une autre tumeur, mais beaucoup moins volumineuse que la première.

Douze litres d'un liquide citrin, filant, très albumineux, évacués, et la tumeur du côté gauche pouvant alors être bien appréciée, on injecte 200 grammes de solution Guibourt, et on n'en retire que la moitié. La malade éprouve, dans la journée, une sensibilité modérée du ventre; ce fut tout. Amélioration de l'état général. Le kyste met plus de temps à se remplir. Pourtant, le 4 juillet, il faut le vider de nouveau. Cette fois, le liquide est purulent, mais inodore. On en avait déjà retiré dix litres, lorsque, tout à coup, sa nature change d'aspect, et un litre de liquide semblable à celui de la précédente ponction s'écoule par la canule. Le petit kyste s'était sans doute ouvert dans le grand. Injection iodée comme la précédente. Le soir, sensibilité très vive et très superficielle du ventre, sans vomissements. Refroidissement des extrémités. Opium à hautes doses. Le lendemain, amélioration croissante. Plus tard, retour des forces et de l'embonpoint. La tumeur principale reste réduite. Celle de gauche n'a pas reparu.

Jusqu'au 1er septembre, on a pu croire la malade à l'abri d'une récidive. Mais alors une douleur se fit sentir dans la région iliaque droite, et la tumeur apparut, regagnant bientôt le volume d'une petite tête de fœtus. Toutefois, la fluctuation y est plus difficile à percevoir que lors des premières ponctions. Les parois du kyste sont évidemment plus épaisses. Encouragé par les résultats obtenus, je me décide à une nouvelle injection avant l'accroissement excessif du kyste (12 septembre). Mon interne, M. Binet, élève distingué et très habile, qui a passé un an dans un service chirurgical où l'on pratique beaucoup de ponctions avec injections iodées, sentit bien, en plongeant le trocart dans la tumeur, que sa coque était, cette fois, beaucoup plus dure qu'antérieurement.

Deux litres d'un liquide franchement purulent. Injection *ut suprà*, la canule exactement engagée dans le kyste. A peine a-t-on pressé sur le piston de la seringue, que la malade jette un cri aigu, accusant une horrible douleur à l'épigastre. Refroidissement, pouls petit, face anxieuse, respiration entrecoupée, douleur très vive du ventre, nausées, etc... Opium à hautes doses par la bouche et le rectum.

Le lendemain, le danger n'est pas conjuré, et je peux craindre une issue funeste. Vomissements verdâtres, ventre météorisé, d'une sensibilité extrême. Douleurs atroces au niveau de la dernière vertèbre dorsale, peau froide, pouls misérable, à 120. Frictions mercurielles. Opium et calomel.

15 septembre. L'amendement commence par l'état général. Mais le ventre est toujours douloureux et météorisé, et les vomissements persistent. Potion de Rivière, glace, frictions mercurielles.

Le 17 septembre, un purgatif.

Le 18, des selles muqueuses abondantes ont produit une détente véritablement critique. Les vomissements cessent. L'amélioration se prononce de jour en jour; elle progresse régulièrement. L'abdomen est indolent. Il a repris ses conditions normales. On ne sent plus dans le flanc droit qu'une tumeur profonde, du volume d'un gros poing d'adulte. Les règles ont reparu.

Le 8 octobre, la malade quitte l'hôpital dans un état aussi satisfaisant que possible.

J'ai fait faire, depuis quinze jours, de vaines recherches pour retrouver cette femme qui m'avait pourtant laissé son adresse, et que j'avais priée de venir me donner de ses nouvelles.

Plusieurs observations m'autorisent à penser que nombre d'accidents rapportés à des péritonites n'ont pour cause que l'inflammation brusque du kyste. Ces accidents sont plus effrayants et produisent, sur le coup, des symptômes plus pernicieux que ceux d'une péritonite; mais, en compensation, ils sont moins graves dans leurs effets derniers. Les kystes de l'ovaire semblent très étrangers à l'organisme, et ils le sont, en effet, tant qu'ils restent sains et bénins. Mais si naturellement ou accidentellement ils sont irrités, on les voit produire des accidents d'autant plus étranges et d'autant plus malins, qu'ils appartiennent moins à l'économie. Tous les parenchymes accidentels, irrités et dégénérants, lui sont plus funestes que les altérations des parties saines et normales. Tissus d'une vie inférieure et ataxique, ils doivent être, en effet, plus altérables, et posséder moins de résistance vitale.

*

Voilà mon obole. Je n'aurais pas songé à l'offrir, sans l'appel

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 13 et 15 novembre.

fait par mon honorable ami, M. Cazeaux, à tous ceux qui pouvaient posséder la moindre des choses sur la question académique.

8 Novembre 1856.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE PARIS

(ancienne Société médicale du Temple).

Compte-rendu extrait des procès-verbaux (1856). — Présidence de M. Depaul.

Sommaire. — Polypes utérins : choix à faire parmi les caustiques. — Fracture longitudinale de la rotule. — Maladies des voies urinaires.

M. Grange obtient la parole pour une communication verbale. Une dame de 34 ans, qui est venue le consulter, avait au pourtour du col utérin des polypes allongés, arrondis, réunis à leur insertion sur le col, distincts à leur extrémité, flottants dans le vagin, où, par leur aspect, ils rappelaient la forme des glands qui servent à orner les tentures de rideaux. Il les tordit, les arracha avec ses doigts et en cautérisa la base au fer rouge. La malade se crut, pendant environ un an, complétement guérie. Néanmoins, tout récemment, elle est revenue trouver M. Grange, parce que les végétations se sont reproduites, toujours multiples, mais d'une autre forme. Ce sont aujourd'hui des cubes offrant la fâcheuse complication d'ulcérations qui fournissent beaucoup de sang. Que faut-il faire? Doit-on cautériser? Serait-ce le cas de tenter l'amputation de la surface malade?

M. Gaide : Quel est l'aspect des végétations?

M. Grange : Elles sont molles et fongueuses.

M. Depaul : En nous rapportant l'histoire de sa malade, notre collègue paraît avoir eu particulièrement en vue de nous demander notre avis sur le traitement à suivre. Pour lui répondre en connaissance de cause, il serait nécessaire d'établir clairement le diagnostic. Ces végétations peuvent être cancéreuses, syphilitiques ou simplement l'effet d'un développement hypertrophique des glandes sébacées qui existent dans ces parties. Dans ce dernier cas, l'examen microscopique fournirait des renseignements positifs. S'il est reconnu que le mal ne soit pas de nature cancéreuse, on pourrait recourir avec succès à la cautérisation qui est habituellement bien supportée par le col utérin. Cependant il y a des femmes chez lesquelles cet organe est doué d'une sensibilité assez prononcée pour que sa cautérisation détermine une métro-péritonite consécutive à l'action même du caustique. Dans tout les cas, l'amputation du col utérin nous paraît devoir être rejetée; car c'est une opération dont jusqu'ici les résultats ont constamment été funestes.

M. Grange se propose d'examiner de nouveau sa malade, pour arriver à toute la précision possible dans le diagnostic, et agir en conséquence.

M. Homolle : L'application du caustique potassique dans les affections du col de l'utérus n'est pas toujours sans danger. Je vais citer un fait qui le prouve. Mme V. C., sage-femme, âgée de 48 ans, après une cessation menstruelle de plusieurs mois, recommença à voir irrégulièrement en rouge à des intervalles de plus en plus rapprochés. Bientôt survinrent des douleurs lancinantes aiguës dans la région hypogastrique, coïncidant surtout avec l'émission des urines et qui prirent le caractère névralgique. Dans l'intervalle des pertes en rouge, il survint un écoulement séreux non odorant accompagné de gastralgie, d'amaigrissement, d'un teint cachectique et de la préoccupation d'une affection incurable. Le spéculum permit de constater, sur la lèvre antérieure du col utérin, une tumeur irrégulièrement mamelonnée, rougeâtre, du volume d'une aveline, dont le tissu fongueux et saignant tranche nettement sur la muqueuse du col de l'utérus. Je fais, au moyen d'un pinceau de blaireau, des applications de solution saturée de sulfate d'alumine pur et constate les effets immédiats suivants : la tumeur, que le seul contact de la charpie fait saigner, est à peine touchée par le sel que l'exhalation sanguine cesse, le tissu blanchit et semble se rétracter, sans que la muqueuse voisine paraisse affectée de son contact.

Sous l'influence de ces applications réitérées tous les jours, on voit cesser toute perte de sang et même l'écoulement séreux et sortir des portions membraneuses provenant de l'exfoliation de la tumeur. Enfin la tumeur elle-même, en quelque sorte énucléée des tissus où elle était implantée, fut amenée au dehors par la malade, qui, sentant avec le doigt sa mobilité, la détacha complétement. Le col, examiné au spéculum quelques jours après, avait repris son volume et son aspect normaux, tout écoulement avait cessé ainsi que les douleurs lancinantes; et quatre mois se passèrent sans que la malade éprouvât d'accident. Les règles étaient revenues régulières et la santé meilleure qu'elle ne l'avait été depuis longtemps. Mais, vers le cinquième mois, les douleurs, l'écoulement séreux, la gastralgie reparurent progressivement et l'examen au spéculum fit reconnaître la reproduction d'une végétation fongueuse, plus petite, mais présentant les mêmes caractères que la première. Les applications de sulfate simple d'alumine en solution saturée débarrassent encore la malade et lui donnent de nouveau trois mois de santé. J'avais été assez longtemps sans la voir, lorsqu'appelé en toute hâte auprès d'elle, je la trouvai affectée de métro-péritonite à un degré qui ne me paraissait laisser aucun espoir; et j'appris que Mme C., ayant vu reparaître les mêmes symptômes dus à la reproduction de la végétation fongueuse du col, et mécontente d'un traitement qui n'avait pas amené de guérison définitive, s'était décidée à consulter un chirurgien qui avait employé le caustique potassique. C'était quelques heures après la seconde cautérisation que survenait la métro-péritonite à laquelle succombait la malade, le troisième jour.

M. Mialhe : Le caustique potassique, comme tous les caustiques fluidifiants, peut fuser, s'infiltrer dans les tissus et déterminer des accidents que l'on n'observe pas avec les caustiques coagulants.

M. Homolle pense qu'en dehors de la grande division des caustiques en fluidifiants et coagulants, il y a d'autres distinctions à faire, et que chaque caustique a sa spécialité d'action. Pour se renfermer dans l'appréciation du sulfate d'alumine simple, il dit qu'il ne faut pas le confondre avec l'alun (sulfate double d'alumine et de potasse) qui ne constitue réellement qu'un simple cathérétique. Le sulfate simple, dont la grande solubilité (2 parties d'eau peuvent en dissoudre 3) et la forte proportion d'acide expliquent l'action énergique, a cela de remarquable que, à l'instar de la pâte arsenicale, mais avec une parfaite innocuité, il est dépourvu d'action caustique sur les tissus normaux qu'il se borne à irriter superficiellement; il détruit les tissus hétérogènes par couches de plus en plus épaisses et profondes, par imbibition, sans que l'on soit forcé d'attendre l'élimination des parties escarrhifiées.

M. Gery désirerait quelques détails sur le mode d'emploi du sulfate d'alumine simple.

M. Homolle, après avoir employé le sel solide, a fini par adopter la solution saturée qu'il applique au moyen d'un pinceau quand il veut obtenir une action superficielle, et imbibé dans un gâteau d'amiante qu'on laisse en place vingt-quatre heures, quand il doit produire une escarrhe profonde. On peut renouveler plusieurs jours de suite ces applications en ayant le soin d'enlever une couche superficielle de l'escarrhe qui présente ce caractère particulier, que le tissu a conservé son organisation et ne paraît nullement décomposé. M. Homolle a employé également un sulfate double d'alumine et de zinc qu'il est très facile d'obtenir en dissolvant dix pour cent d'oxyde de zinc dans la solution d'alumine simple. Ce sel lui a paru doué d'une énergie plus grande, sans toutefois s'éloigner du mode d'action du sulfate d'alumine simple.

M. Dreyfus, pour agir sur le col utérin, a l'habitude d'employer le caustique de Filhos, sans avoir jamais vu arriver d'accident. Néanmoins, le fait que vient de rapporter M. Homolle le rendra circonspect. Il voudrait avoir quelques éclaircissements, sur le moyen de conserver à ce caustique toute son action, sans être exposé à le voir fuser. Il signale l'inconvénient du poids considérable de ces sortes de crayons.

M. Mialhe : Le crayon doit être coulé dans un tube de plomb d'une certaine épaisseur. Il faut le tailler chaque fois de manière à découvrir une portion de potasse non altérée.

M. Vée pense qu'il est préférable d'employer de très petits crayons et de les sacrifier après chaque cautérisation.

M. Forget appelle l'attention de la Société sur un mode particulier de l'emploi des caustiques. Il consiste à les incorporer à la gutta-percha, ce qui permet de leur donner la forme de crayons ou de lanières souples dans lesquelles le caustique (chlorure de zinc, potasse caustique) est emprisonné dans une éponge, suffisant à la défendre contre l'action hygrométrique de l'air, sans s'opposer à son action sur les tissus organiques vivants. M. Forget a vu une tumeur cancéreuse de la mamelle enlevée par ce procédé et des végétations fongueuses du col utérin complétement détruites.

M. Delcroix nous raconte le fait suivant : Un ouvrier serrurier, n'apercevant pas un trou carré assez étroit qui était sur le sol, y tombe et heurte fortement l'un de ses genoux dans lequel il ressent une vive douleur. Cependant il revient le lendemain à son atelier et travaille pendant huit à dix jours. Obligé enfin de garder le repos, il couvre le genou de cataplasmes, prend un bain et se décide à aller consulter M. Delcroix, qui, constatant un gonflement considérable, mais sans pouvoir entendre ni sentir de crépitation, prescrit de continuer le repos, les cataplasmes et les bains. Il engage le malade à revenir bientôt le voir, lui faisant pressentir qu'une ponction pourrait être nécessaire. Quelques jours après il la pratiqua et donna issue à un liquide sanguinolent; il fit une injection iodée qui fut évacuée au bout d'un instant. Cela terminé, il reconnut, non sans surprise, que la rotule était fracturée perpendiculairement et que le fragment externe était transversalement divisé en deux morceaux; de cette manière, la totalité de l'os était partagée en trois parties inégales. Si bien indiquées qu'aient été la ponction et l'injection iodée, que devait-il s'en suivre quant à la consolidation de la fracture? M. Delcroix craignait qu'elle n'en fût retardée. Au contraire, le malade alla de mieux en mieux, le gonflement disparut au bout de dix jours. Trois semaines après la ponction, le malade était considéré comme guéri attendu qu'il pouvait marcher librement.

M. Dreyfus : Il y a des circonstances dans lesquelles il est vraiment difficile d'établir clairement le diagnostic des maladies du genou. La crépitation elle-même, à laquelle on vient de faire allusion, peut induire en erreur. Ainsi, ayant été appelé auprès d'un parfumeur qui était tombé sur le genou, il constata de la mobilité dans la rotule et de la crépitation, en conséquence, il annonça une fracture. Un professeur de chirurgie, amené en consultation, fut d'avis qu'il y avait une simple contusion. Il ajouta qu'à la suface interne de la rotule il existait un apophyse, et que, quand l'articulation se trouvait à peu près à sec, le frottement de cette apophyse pouvait très bien simuler la crépitation et donner, comme ici, lieu à une méprise.

M. Gery : Je ne mets nullement en doute le diagnostic de M. Delcroix; mais je désirerais savoir quelles traces sont restées de la fracture après la guérison.

M. Delcroix : Au moment que je constatai la fracture, les fragments étaient bien séparés et très saillants. Actuellement, ils laissent encore entre eux un enfoncement facile à reconnaître.

M. Ségalas : La direction de la fracture dans le sens longitudinal explique comment le malade a pu marcher malgré son accident.

M. Gery : Dans les fractures de la rotule, ce qui est le plus difficile, c'est de se mettre à genoux sans tomber brusquement. La cicatrisation n'amène jamais une réunion parfaitement exacte; on trouve toujours un sillon correspondant au tissu de nouvelle formation qui sert à réunir les fragments.

M. Delcroix : Quand le malade est venu me consulter, il souffrait déjà depuis une vingtaine de jours, qu'il faut ajouter aux trois semaines qui s'écoulèrent après la ponction; je ne le regardai donc comme guéri que six semaines après son accident. La direction de la fracture explique comment, sauf trois ou quatre jours, il a pu constamment marcher, et pourquoi je n'ai applique autour du genou un appareil contentif ni même une bande roulée.

M. Labarraque : Presque toujours les fractures, de la rotule sont transversales et l'action musculaire s'oppose au rapprochement exact et permanent des fragments. Dans le cas de M. De croix, au contraire, cet effort des muscles a opéré une sorte de coaptation naturelle bien préférable à tous les bandages. J'ai vu M. Cloquet avoir recours à un moyen ingénieux de traitement d'une fracture transversale de la rotule. Les fragments étant rapprochés avec le plus grand soin, les doigts d'un interne les maintenaient immobiles pendant que du plâtre fin fut coulé, et l'aide ne retira les doigts qu'avec lenteur et précaution afin de former un moule aussi exact que possible.

M. Ségalas nous parle d'un malade qui vient de se présenter chez lui et qu'il nous fait voir quelques instants après. C'est un homme de 50 et quelques années, ayant la figure pâle, les traits amaigris, l'œil éteint, les extrémités inférieures fortement infiltrées. Depuis plus de six mois il urine continuellement goutte à goutte : c'est une incontinence par regorgement et paralysie de la vessie. Une bougie filiforme est d'abord introduite dans le canal de l'uretre, obstrué de nombreux et anciens rétrécissements; ensuite, séance tenante, on parvient à pénétrer dans la vessie avec une sonde de gomme élastique d'un très petit calibre par laquelle s'écoule lentement une quantite considérable d'urine claire et sans mélange de mucosites. S'il continue d'en être ainsi, dit M. Ségalas, il n'y aurait pas de catharre vésical, et dans ce cas, en évacuant les urines à l'aide du cathétérisme, l'incontinence cesserait ainsi que l'infiltration des membres inférieurs. Plus tard, malgré la longue durée de la maladie et l'état de prostation des forces, il ne serait pas absolument impossible de voir la vessie reprendre sa contractilité volontaire. Cette paralysie s'est produite par l'obstacle mécanique à l'émission de l'urine dû aux rétrécissements qui existent dans l'urètre. Comme la plupart des malades, celui-ci les attribue aux injections qu'il a pratiquées autrefois. M. Ségalas est d'avis que les rétrécissements sont occasionnés par les blennorrhagies et non par les injections qu'elles nécessitent. Il pourrait citer bien des preuves à l'appui. Il se borne à rappeler le cas d'un malade qu'il opéra facilement de la pierre par la lithotritie, et qui convint avoir eu dans sa jeunesse vingt-deux blennorrhagies, qu'il avait toutes guéries à l'aide d'injections; or, chez lui, il n'y avait par le moindre rétrécissement. Voici maintenant une démonstration d'un autre genre. Un officier de 28 à 30 ans, professeur à Saint-Cyr, ne pouvait uriner qu'avec une sonde qu'il était obligé de garder à demeure, parce que, lorsqu'il la retirait, le canal se contractait et il ne pouvait plus la replacer. Cette infirmité l'arrêtait court dans sa carrière en ne lui permettant pas de prendre du service actif dans l'armée. M. Ségalas cautérisa le canal avec le nitrate d'argent et par là fit cesser ses contractions spasmodiques. Le malade put ôter et remettre à volonté la sonde et enfin s'en débarrasser complétement; la vessie avait repris sa contractilité normale. Cet officier prit du service. Il y a fait son chemin et jouit maintenant d'une bonne santé.

M. Gery : L'incontinence d'urine est assez fréquente chez les vieillards. L'accumulation de l'urine dans la vessie peut tenir à d'autres causes qu'à des rétrécissements du canal de l'urètre. Elle résulte assez souvent d'une paralysie dont la cause première a été de retenir volontairement ses urines pendant un temps beaucoup trop long. Un chantre de paroisse, n'osant pas sortir pendant un service solennel, éprouva un besoin extrême d'uriner sans y satisfaire. Etant libre plus tard, il ne put pas venir à bout d'évacuer ses urines. La rétention continua; il survint une incontinence d'urine par regorgement, de l'infiltration dans les membres inférieurs. Le malade, retenu par un sentiment mal entendu de honte, refusait d'appeler un médecin. Enfin, sa position s'aggravant de plus en plus, M. Gery fut demandé. Il obtint avec quelque peine des renseignements sur ce qui s'était passé; sonda le malade avec facilité, car le canal était libre. Bientôt le cathétérisme devint inutile, la vessie avait repris ses fonctions. L'infiltration des membres inférieurs s'était dissipée promptement, aussi, dans le village, le malade passa-t-il toujours pour avoir été guéri d'une hydropisie.

Le secrétaire général, Dr Collomb.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

SÉANCE DE RENTRÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Samedi dernier, 15 novembre, la Faculté de médecine faisait sa séance solennelle de rentrée avec le cérémonial habituel. On a remarqué que la foule des élèves était sensiblement moins compacte cette année que les années précédentes, et dans l'enceinte réservée, des places en assez grand nombre sont restées vides. Les absents ont eu tort; ils se sont privés du plaisir d'entendre un des plus intéressants discours qui aient été prononcés depuis longtemps dans cette solennité. Chargé de faire l'éloge de M. le professeur Requin, M. Natalis Guillot a de beaucoup élargi le cadre du panégyrique, et, par des digressions habiles et heureuses, l'orateur a su constamment tenir en éveil le jeune auditoire, qui lui a chaudement témoigné sa satisfaction. Nous n'avons d'espace aujourd'hui que pour reproduire cet élégant et spirituel discours, que nous sommes heureux de pouvoir offrir à nos lecteurs.

Amédée Latour.

M. le professeur Gavarret a proclamé les prix dans l'ordre suivant :

PRIX DE L'ÉCOLE PRATIQUE.

Premier grand prix : M. Panas (Fotino), de Céphalonie (Grèce).

Premier prix : M. Luton, de Reims.

Deuxième prix (ex æquo) : M. Brunet et M. Guyot.

PRIX MONTYON.

Médaille d'honneur : M. Isambert.

PRIX CORVISART.

Les mémoires pour ce prix n'étant parvenus à la Faculté qu'après l'expiration des délais fixés par le programme, ce prix n'a pas été distribué cette année.

ÉLOGE DE M. LE PROFESSEUR REQUIN;

Par M. le professeur Natalis Guillot.

Messieurs,

En réunissant les Professeurs et les Élèves, pour rendre aux maîtres qu'elle a perdus le dernier honneur d'un adieu solennel, la Faculté veut aussi confier à la mémoire de la jeunesse les exemples qu'ils ont donnés, glorieux souvenirs, précieux enseignements, qui doivent être conservés par la tradition dont cette jeunesse est dépositaire.

Des voix éloquentes vous ont plus d'une fois fait entendre ici le panégyrique d'hommes illustres; elles vous ont raconté leur vie, les honneurs, la fortune qui les récompensèrent en ce monde. Un éloge aussi mérité, expression des sentiments que la plupart d'entre vous conservent au fond de leur cœur, appartient à la mémoire de ceux que nous avons vus souffrir, combattre, vaincre, et succomber sans avoir joui des fruits de la victoire. La vie dont je vais raconter les détails, longtemps obscure et semée d'épines, éteinte au moment où de plus grands espaces s'élargissaient devant elle, offre un de ces exemples dont s'effraient les cœurs vulgaires et qui stimulent puissamment les âmes généreuses. Ceux d'entre vous, Messieurs, qui peut-être ont déjà senti les premières aspérités de la route où ils se sont engagés, comprendront, mieux que d'autres, les épreuves douloureuses et courageusement traversées par un esprit laborieux et persévérant.

Pierre-Achille Requin, naquit à Lyon, le 15 août 1803, et mourut à Paris, le 31 décembre 1854. Son père, ancien officier des armées de la République et de l'Empire, lui laissa l'honneur pour seul patrimoine; avec une aptitude naturelle au travail, dirigé par des maîtres éclairés, il fit dès son enfance de rapides progrès. Déjà dans les classes d'humanité, la vivacité de son esprit, l'heureuse émulation qui l'élevaient au-dessus de ses condisciples, donnaient de brillantes espérances. Il était, quoique fort jeune, en état d'instruire les autres; et le manque de fortune, cet aiguillon de tant de bons esprits, le contraignait à enseigner à un âge où l'on éprouve rarement le désir d'apprendre.

A 17 ans, couronné de palmes universitaires, il connaissait les langues anciennes; les littératures de toutes les époques lui étaient familières; la chaleur vivifiante de la jeunesse l'avait mûri pour ces travaux.

Séduit par les formes pures, par les larges dimensions des ouvrages de l'antiquité, il lisait Aristote avec le même sentiment qui nous émeut lorsque sous le beau ciel de la Grèce et de l'Italie, en présence des monuments de tant de religions éteintes, écrasés par l'ombre dont ils nous couvrent, nous sentons naître en nous un désir curieux de pénétrer la pensée primitive exprimée par ces antiques créations du génie humain.

M. Requin, étudiant avec ardeur les sciences et la philosophie de l'antiquité, prévoyait le jour où, fortifié par l'étude, devenu médecin, saisissant le sens caché de ces œuvres sublimes, il deviendrait capable d'en interpréter les détails et d'en admirer l'ensemble imposant.

En effet, Messieurs, étudier l'antiquité dans ses écrits, analyser dans leurs gradations séculaires les efforts de l'intelligence humaine, c'est guider son esprit par la voie la plus sûre, vers l'appréciation des résultats que la science moderne accumule autour de nous.

C'est à travers ces nébuleux lointains du passé, que s'entrevoit la terre féconde, aux mamelles de laquelle nous sommes attachés, et dont, sans pouvoir sortir de notre enfance intellectuelle, nous sucerons longtemps encore le lait, même à notre insu.

M. Requin devinait que, pour marcher sûrement vers l'avenir, il fallait posséder la connaissance des choses antiques, il voulait les pénétrer et les comprendre, prévoyant avec sagacité que cette fatigue rétrospective fortifierait sa raison.

A ce moment de la vie, où les travaux assidus découragent tant d'imaginations, et deviennent l'effroi de l'intelligence qui les aborde, son esprit plein des richesses que l'étude sérieuse, que la variété des connaissances accorde rarement même à l'âge mur, s'était orné du charme inappréciable dont il se montra constamment revêtu.

Ses condisciples se le représentaient comme destiné à parcourir la plus brillante carrière littéraire. La nature apparente de son intelligence, le vœu de ses maîtres, tout le poussait dans cette voie, dont les abords lui étaient faciles; mais son ambition n'était pas dirigée de ce côté.

Il lui fallait plus d'obstacles à vaincre; il était irrésistiblement forcé de suivre cette même lueur mystérieuse qui guida les philosophes grecs, ses premiers maîtres, dans la contemplation de la nature. Religieusement attaché à leur esprit marqué du sceau de l'antiquité, il en devait garder jusqu'à sa mort l'empreinte indélébile.

Ses inclinations le poussèrent vers la médecine; il était digne de l'apprendre, comme il fut plus tard digne de l'enseigner; il avait en vue l'art par excellence, l'art dont Homère lui avait parlé, en lui disant que, par toute la force et l'utilité de son savoir, le médecin possède la valeur de dix hommes.

Dès cette époque où la vive intuition de la jeunesse lui donne l'intelligence du vrai et du beau, comme le vieil Homère et le bon Plutarque, ses premiers maîtres, il voyait dans la médecine le plus noble but offert à une âme élevée.

Heureuse illusion d'un âge où l'on voit de loin la splendeur des sommets sans soupçonner l'escarpement des pentes et la profondeur des précipices qui bordent le chemin.

Si, deux siècles plus tôt, il eût apparu sur le seuil de la Faculté de Paris, le doyen eût pu, non sans raison, lui appliquer ce qu'il disait en 1692, du plus instruit des étudiants de cette époque, de celui qui devint l'illustre académicien Dodart : « C'est un garçon fort sage, fort » modeste, qui sait par cœur Hippocrate, Galien, Aristote, Cicéron, » Sénèque et Fernel, c'est un garçon incomparable, *monstrum sine vitio*, » et il n'a pas *vingt ans*, ajoutait l'exigeant Guy Patin. »

Requin, âgé de 18 ans, rompu à la scolastique, imprégné jusqu'à la moelle des vertus du syllogisme et de la grammaire, sectateur enthousiaste d'Aristote, ennemi du spiritualisme de Platon, nous représentait un de ces vaillants érudits de nos antiques Écoles, insoucieux de leur personne, offrant un extérieur inculte, *vêtus comme leurs vieux livres*, grands explicateurs de gloses et amateurs de commentaires, qui, sans trop dédaigner les *observateurs*, n'eussent jamais inventé l'observation. Physionomies expressives, reproduisant le charme de ces portraits d'un autre âge, qui semblent sans couleur aux yeux du vulgaire, tant que la splendeur d'un nouveau cadre ne leur rend pas l'éclat de la vie.

Les premiers pas de celui qui ne s'appuie que sur sa valeur personnelle sont trop ordinairement pénibles.

Les ressources matérielles du jeune élève étaient plus que médiocres, il fallait vivre et marcher vers un but fort éloigné : aussi, dut-il prendre un biais nécessaire à l'accomplissement de sa volonté.

Il se chargea de l'éducation de quelques enfants dans une famille riche et puissante, se résignant avec courage aux pertes de temps qu'il allait être contraint de subir.

Cette époque de sa vie me paraît avoir été la plus malheureuse.

Vous, Messieurs, qui, dans notre carrière scientifique, n'obéissez qu'aux nobles élans de la jeunesse, vous comprenez, mieux que personne, la souffrance irritante d'un esprit actif, contraint de briser chaque jour son travail, de s'arracher aux fortes études préliminaires, rudes et attrayantes de la science médicale, d'interrompre les recherches anatomiques, de considérer l'hôpital comme une terre promise, mais inabordable, et les leçons précieuses de nos maîtres vénérés comme un fruit défendu.

Que d'efforts à poursuivre pour remplir d'aussi douloureuses lacunes! Qui d'entre vous ne les apprécie ? Et quel légitime orgueil doit ressentir celui qui a surmonté tous les obstacles, avec le secours de sa seule volonté.

Tout en souffrant, comme étudiant en médecine, de cette position difficile, il savait y trouver des consolations dignes d'un homme de goût. Dans la maison où il vivait se rencontraient, des penseurs, des philosophes, écrivains d'élite, hommes d'État d'une haute valeur.

Tous s'intéressèrent naturellement au jeune précepteur : éloigné d'eux par ses études scientifiques, il s'en rapprochait sur le terrain des lettres. Il conquit ainsi de précieuses sympathies, et le commerce de ces hommes distingués développa les facultés de son esprit, quoiqu'il n'eût pas besoin d'emprunt, tant la nature l'avait doué d'une heureuse originalité.

M. Requin fut reçu docteur en 1827, sous la présidence de Dupuytren qui appréciait le candidat et l'honora d'un appui qu'il lui conserva toujours.

Il prit presque aussitôt part au concours pour l'agrégation, il eut à combattre des rivaux fortifiés comme lui par l'étude et déjà dignes de la réputation qu'ils obtinrent plus tard.

De ceux qui soutinrent cette lutte, le plus grand nombre a disparu, la jeunesse était riche d'espérance pour ceux-là, et leur promettait un avenir brillant qu'ils méritaient et dont ils furent privés.

Ces hommes, dont l'esprit fut non moins élevé que celui de Requin, ne différaient de lui que par d'autres qualités aussi rares que les siennes. Ces caractères honnêtes rappellent douloureusement à ma mémoire les souvenirs de nos premiers pas.

C'était alors Sandras, observateur précis des maladies nerveuses, chez lequel un jugement fin et sagace se cachait derrière une grande simplicité. Vidal, tout à la fois médecin et chirurgien, comme tant de grandes intelligences, riche du savoir et de l'esprit réunis de ces deux branches de l'art. Hourmann, aimé de ses rivaux, et supérieur à tous, car sa vie ne fut qu'un ensemble de courage et de vertus.

Toute cette jeunesse s'est éteinte, tous sont morts, épuisés avant la fin du combat qu'ils avaient courageusement commencé. Cruelle réalité qui remit à d'autres la palme dont ils étaient dignes, et que leurs émules eux-mêmes leur annonçaient sans envie.

Le premier triomphe de Requin fut son titre d'agrégé, conquis en 1828.

Ce succès décida de sa carrière : il se dégagea des liens matériels qui entravaient ses études; il répara les pertes de temps auxquelles il avait été condamné; il avait cependant assez profité de ses heures de loisir, pour être l'égal sinon le supérieur de ses émules.

Une nouvelle direction devait être donnée à ses travaux. Ils prirent un caractère pratique; le séjour de l'hôpital, les conseils qu'il y reçut d'un éminent professeur lui firent envisager le rôle du médecin sous son véritable *jour*. Ce fut à cette époque qu'il entrevit dans l'avenir les honneurs du professorat.

M. Requin, connaissait l'antique édifice au sein duquel il pénétrait avec le titre d'agrégé, et il avait vu, dans l'histoire de la Faculté, ce que ses annales offrent à la fois de grandeur et d'imperfection. Il savait tous les noms glorieux que nos sciences ont conservés : en fallait-il davantage, pour l'entraîner vers l'enseignement, cette application la plus difficile et la plus élevée de l'intelligence humaine.

Si l'histoire de l'ancienne Faculté de Paris nous retrace les habitudes et les préjugés d'une puissante corporation, elle rappelle aussi la mémoire des savants qui nous précédèrent, et dont les efforts ont devancé et préparé les nôtres.

Malgré ses abus et ses fautes, la Faculté de médecine de Paris, grande par ses origines et par son antiquité, le fut également par son amour sincère pour la science, par le sentiment profond qu'elle avait des devoirs du médecin.

Elle aimait la jeunesse comme nous l'aimons, et c'est à ses traditions que avons emprunté les liens de bienveillance et de sympathie qui établissent une sorte de parenté entre le maître et les élèves.

Arrêtons-nous un moment, Messieurs sur ce passé, et voyons ce qu'il fut, en considérant ce que nous sommes.

De nos jours, en sortant du collége, avec un peu de grec et de latin et un léger vernis de science, on est *bachelier*; qu'on y ajoute un certificat de *bonnes mœurs*, on a droit au titre d'étudiant en médecine.

En 1700, on était jeune étudiant à 26 ans; on ne suivait alors les cours de la Faculté qu'avec le diplôme important de *maître ès-arts*; diplôme qui indiquait une connaissance parfaite des langues, des lettres et de la philosophie.

Les trois grades nécessaires étaient le *baccalauréat*, précédé des études élémentaires; la *licence* après les études supérieures; le *doctorat*, témoignage d'une instruction complétement perfectionnée.

Après trois années de travail et d'épreuves sévères, on devenait bachelier; une nouvelle année et de nouveaux examens permettaient d'espérer et d'obtenir le *baccalauréat émérite*, et de solliciter de la Faculté les honneurs du *paranymphe*.

La cérémonie pompeuse du *paranymphe* faisait le bonheur de nos vieux maîtres et de leurs élèves; tout le monde y prenait part dans l'École, et c'était un des grands jours de la Faculté.

Ce n'était pas un grade que le *paranymphe*, mais une très grande distinction que la Faculté accordait aux *bacheliers émérites* à la fin de leurs études élémentaires. Elle imposait aux candidats l'obligation de défendre des thèses publiques, comme on le fait de nos jours dans les concours de l'agrégation.

Quelques jours avant la cérémonie, les *bacheliers émérites* en costume, précédés des bedeaux et des appariteurs revêtus de leurs insignes, et portant leurs masses, sortaient de l'École, traversaient *Paris*, se rendaient au *parlement* et chez tout ce qu'il y avait d'illustre à la cour ou dans l'armée, les invitant à honorer de leur présence l'acte important de la Faculté. Dans le cours de ces visites, *visiteurs* et *visités*, parlaient la langue de Pline et de Celse, c'était l'usage, mais par exception *écrite aux statuts de l'École*, M. le *prévôt des marchands* et MM. les échevins de la ville de Paris, écoutaient seuls une harangue en français; ils avaient droit à ce privilége, mais on peut aussi supposer que c'était de la part de la Faculté une courtoisie *nécessaire*.

L'objet de cette cérémonie à laquelle on conviait tant de témoins, était exprimé par la *mystérieuse* dénomination de *paranymphe* : nom étrange, qui signifiait poétiquement la première entrevue de l'adepte avec la nymphe de la science, sa fiancée, encore revêtue de la robe virginale, et dont la ceinture allait bientôt tomber.

Un nouvel intérêt s'ajoutait encore à la solennité de ces séances, on n'y ménageait pas toujours son prochain, mais s'il arrivait que la malice y lançât des paroles aigres ou amères, une coutume toute *lénitive* en *édulcorait* la saveur.

A la fin de la séance, et ici, Messieurs (je traduis le § XXVI des statuts de la Faculté), des gâteaux, des confitures, des dragées, *bellaria*, circulaient dans la salle en abondance, *plenis patellis* aux frais des bacheliers.

Cette agréable cérémonie était très *goûtée* de la jeunesse, et l'âge *mûr* n'y était pas *indifférent*.

La licence ne pouvait être obtenue qu'après toutes ces épreuves, et le licencié n'avait plus à s'occuper que de l'étude des questions les plus élevées de la science. Ces travaux d'un ordre important ne l'empêchaient pas de prendre part, comme examinateurs aux interrogatoires des élèves moins avancés que lui dans leurs études et de faire en même temps preuve de sa valeur personnelle devant la Faculté.

Il devait subir une série de thèses auxquelles la Faculté attachait une très grande importance, les gens du monde s'en occupaient, les profanes aimaient alors beaucoup plus qu'aujourd'hui à venir respirer les parfums de la science, jusque dans son sanctuaire.

Les dames, (sans doute élégamment parées) daignaient quelquefois même embellir de leur présence les réunions de l'École, et la *tenue* des *étudiants* de cette époque, était loin de les *effaroucher*.

En 1704, une thèse sur cette question : *L'homme a-t-il commencé par être un ver?* fut soutenue par Geoffroy, fils du célèbre chimiste, et père de l'entomologiste. Elle piqua vivement la curiosité du beau sexe. Contre l'usage, il fallut la traduire en français. Toutes les dames (et on en comptait du plus haut rang) voulaient comprendre le mystère enfermé dans cette question. La réception du docteur terminait cette longue série d'épreuves.

Le doyen pressait sur son cœur le candidat reçu, auquel il ne restait plus à accomplir qu'une dernière formalité.

Les anciens n'avaient garde de l'oublier. Le nouveau docteur faisait hommage au président de sa thèse inaugurale, d'un costume dont le nôtre n'est qu'une incomplète copie.

Cette coutume singulière disparut lentement; vers le milieu du XVIIIe siècle on donnait encore une toque neuve et une boîte de gants au président de sa thèse inaugurale.

Le *docteur* pouvait s'élever encore, et prétendre à la *régence*, que l'on n'obtenait pas sans efforts nouveaux.

Le titre de *régent* impliquait l'obligation d'instruire et d'examiner les élèves; la régence était le corps enseignant.

A cette époque où le titre de *docteur* était difficilement obtenu, où, le grade de *licencié* conférait déjà le droit d'exercer la profession, c'était quelque chose de bien élevé que cette position des *régents*.

Seuls, ils participaient à la nomination des *doyens* placés au sommet de la hiérarchie.

Tuteur des études, protecteur de la tradition, défenseur des droits et priviléges du corps, le *doyen* dominait tout, tenait entre ses mains et sous son autorité, les lois, la force et l'honneur de la corporation, consacrés par le serment de tous ses membres, depuis le plus humble jusqu'au plus puissant.

Le *doyen* était l'expression vivante de ce que la Faculté avait de plus grand, soit par l'autorité de la vertu, soit par l'étendue et la profondeur du savoir.

Il en concentrait alors sur lui-même, comme aujourd'hui, toute la gloire et tout l'éclat.

Que de noms, Messieurs, dans cette longue suite de docteurs régents et de doyens, devraient être inscrits sur ces murailles, et frapper chaque jour vos regards; que de nobles exemples leur souvenir perpétuerait pour cette École.

Ces régents et doyens, tout à la fois théologiens et clercs dans le moyen-âge, appartenant à l'Église, qui les séparait de la chirurgie naissante par l'horreur du sang, et par l'*obligation du célibat*, préférèrent plus d'une fois aux avantages temporels de leur profession les rigueurs de la vie claustrale; quelques-uns furent archevêques et cardinaux; l'un d'eux même, le seul de nos doyens passés, et probablemet de nos doyens futurs, fut élevé à la papauté sous le nom de Jean XXI.

Sous Charles VII, en 1452, rendus au monde par l'Église elle-même, qui leur *permit le mariage*, ils restèrent toujours, quoique laïcs, mêlés aux grands mouvements de chaque époque.

Lorsque l'extinction des discordes civiles permit en France l'essor des sciences, ce fut alors que commença la nomenclature des hommes qui les servirent le plus dans cette École. Nommons quelques-uns des régents et des doyens qui s'illustrèrent à partir de cette époque : 1580, Baillou; 1594, les deux Riolan, Simon Pietre; 1598, Charles Pison; 1608, Chartier; 1627, Guy-Patin, Claude Perrault, génie universel, créateur de l'anatomie comparée, qui construisit l'Observatoire et la colonnade du Louvre, et sut prouver par ces chefs-d'œuvre, qu'aucune gloire n'était étrangère à la *Faculté de Paris*.

Inscrivons sur cette liste Hamon, 1626, dont on disait que ses vertus pouvaient éclairer tous les siècles, qui délaissa les gloires de cette École pour les austérités de Port-Royal; ami de Pascal, ami de Racine, qui voulut être enterré à ses pieds. Dodart, anatomiste et physiologiste, rapportant tout à la science, même les lois de l'Église.

Devançant son siècle dans la voie de l'observation, il inaugurait les expériences renouvelées par nos contemporains.

Pendant trente-trois ans, il étudia les transpirations, les déjections, les comparant à la somme des matières ingérées. Il entreprit de semblables recherches sur le poids soustrait au corps par la saignée, et sur la rapidité avec laquelle l'organisme peut réparer cette perte.

S'étant pesé au commencement, puis à la fin du carême, il avait perdu par le jeûne plus de 4 kilog. de substance, qu'il recouvra en huit jours, avec toute la sûreté de conscience d'un chrétien et le robuste appétit d'un physiologiste, faisant ainsi servir la science au salut de l'âme et du corps.

Fagon (1664), qui eut pour berceau le Jardin-des-Plantes, et qui fut le restaurateur de cet établissement. Il osa, le premier, dans sa thèse inaugurale, soutenir la circulation du sang. C'est à l'autorité qu'il exerça comme surintendant du Jardin-des-Plantes, que la botanique doit Tournefort et la glorieuse dynastie des Jussieu. Il fit ordonner par Louis XIV, dont il était le médecin, les savantes explorations de Plumier en Amérique, de Feuillée au Pérou, celles de Tournefort en Égypte et dans l'Asie-Mineure.

Rappelons encore les noms de Littre (1691), qui, le premier, découvrit le mécanisme et les effets des grossesses extra-utérines; de Tournefort, immortel auteur des *Institutiones rei herbariæ*; (1698) de Louis Lémery, médecin de l'Hôtel-Dieu, digne de continuer la gloire de son père, chef de la chimie française.

Il fut célèbre par sa discussion avec Duverney et Winslow, sur l'origine, la cause et la formation des monstruosités, discussion que nous avons vu renaître de nos jours sous la parole puissante de Cuvier.

On soutenait qu'un fœtus à deux têtes vient d'un germe à deux têtes, c'était l'opinion universellement admise : Lémery affirma, que ces deux têtes, appartiennent à deux embryons parfaits, soudés par accident. Ce fut le premier pas de la *tératologie*, et ce pas était grand.

Que de noms j'omets encore, que d'hommes utiles, dont je ne puis rappeler la mémoire, brillèrent depuis cette époque jusqu'au jour où la grande réformation de la société française détruisit, avec la Faculté de Paris, tant d'institutions séculaires, pour en fonder de nouvelles.

Tous ces doyens, Messieurs, étaient honorés et respectés, les souverains eux-mêmes les comblaient de dignités et de faveurs; en général, ils étaient médecins des rois, et profitèrent de leur crédit pour donner une grande splendeur à la science et à la médecine.

La corporation des médecins, qui brillait de ces splendeurs scientifiques, n'était pourtant pas exempte de payer son tribut aux misères morales de l'humanité; pétrie d'or et d'argile, comme tant d'institutions de ce monde, n'estimant rien en dehors d'elle, elle écrasait sans ménagement tout ce qui pouvait offusquer son orgueil.

Arnauld de Villeneuve, celui qui découvrit l'art de la distillation, l'essence de térébenthine, les teintures médicamenteuses, qui, appliquant le mercure aux affections de la peau, indiqua le remède du mal, que l'homme devait connaître un siècle plus tard; Fernel, médecin philosophe et mathématicien; Sylvius, le professeur le plus éloquent de son temps, furent en butte à ses persécutions; et pour les exprimer par un seul exemple, nous dirons qu'en plein XVIe siècle, elle ne craignit pas de s'opposer à la publication des *Œuvres d'Ambroise Paré* (1574).

Pleine d'aigreur et prodigue de mesquine taquinerie envers la corporation des chirurgiens, dédaignant les hommes de mérite qui en faisaient partie, elle ne sut ni prévenir des conflits, ni apaiser des rivalités au nom de la science.

On lit avec regret les motifs vulgaires des luttes qui divisèrent si longtemps ces fameuses corporations.

L'orgueil clérical de la médecine prétendait tout dominer; la chirurgie voulait étendre ses priviléges; la corporation des *barbiers* elle-même s'agitait. La *barberie* était la servante commode de la Faculté, dont ses menus services lui assuraient l'appui. Cette alliance faisait sa force. Son domaine naturel ne lui suffisait plus : elle tentait de pénétrer *au delà de l'épiderme*, malgré les prohibitions expresses des lois.

Tous appelaient à leur aide les statuts plus ou moins apocryphes de la corporation, les ordonnances des rois, les arrêts des Parlements.

On invoquait l'usage, la confiance du public, la nécessité; chacun cachait le vrai mobile qui n'était autre que l'*intérêt*.

Il ne faut pas s'étonner, Messieurs, si les esprits fins et délicats du XVIIe et du XVIIIe siècle, furent scandalisés de ces débats.

On rit d'abord de ces rivalités, des pamphlets virulents qu'elles suscitaient, des *petits* écrits qui mettaient au jour de *grands* ridicules, et Molière parut pour leur infliger le premier châtiment.

A la plaisanterie succéda le dégoût, et l'édifice vermoulu ne tarda pas à s'écrouler.

Ces malheureuses dissensions, ces habitudes de haine et de discorde, cet oubli de la grandeur de notre profession, divisèrent dès l'origine les deux grands courants de l'art de guérir, et les empêchèrent longtemps de se confondre, pour porter en commun, et répandre comme aujourd'hui, tant de science et de lumière.

Elles durent certainement retarder les progrès de l'École française et la retenir dans l'ombre, tandis que les Écoles d'Italie, aussi studieuses, et plus paisibles, établissant l'étude de la médecine sur ses véritables bases, l'anatomie, la physiologie et la physique, enrichissaient le monde de leurs découvertes.

Notre Faculté actuelle, en perdant les priviléges de sa mère, a été délivrée de ses erreurs et de ses abus; guidée par les tendances philosophiques du siècle, elle ne connaît d'autre devoir que celui de fortifier les études médicales, et de repousser l'ignorance, mortel fléau de la société.

L'exemple du progrès a été donné dès le moment où elle fut constituée, et les hommes n'ont pas manqué à cette mission qui sera toujours sa gloire.

Pour prendre place dans leurs rangs si souvent illustrés, M. Requin dut subir des concours variés; il en soutint un grand nombre sur la pathologie, la physiologie, la thérapeutique et l'hygiène; toutes les parties de l'art médical semblaient lui être familières; nul, dans ces luttes multipliées, ne mérita plus d'éloges, car nul ne rencontra plus souvent que lui des adversaires avec lesquels la défaite même est un honneur.

Quelques caractères timides, redoutant le choc des concours, se sont peut-être effacés devant ces rivalités; le défaut du commun des hommes est une faiblesse morale née avec eux, et dont ils refusent de se guérir; un amour-propre fatal inspire trop souvent des craintes exagérées aux plus intelligents, les éloigne de la lice, ou désespère ceux que la victoire semble abandonner un moment.

Surmonter de telles appréhensions, imposer à son amour-propre l'autorité de sa raison, c'est remporter sur soi-même une victoire plus glorieuse, peut-être, que celle qui serait obtenue sur des rivaux; et je serai compris par vous, Messieurs, qui, pour la plupart, animés d'une généreuse ambition, vous préparez vaillamment aux combats et aux victoires de l'avenir.

Les organisations vigoureuses n'ont jamais été épuisées par la fatigue des luttes, elles y ont au contraire gagné une énergie et une activité nouvelles. M. Requin nous en offre la preuve.

Les émotions soudaines, loin d'arrêter sa pensée, n'en ralentissaient pas même l'action; son esprit, fertile en ressources, était de ceux que la controverse surexcite; ses raisonnements étaient toujours justes et inébranlables; ardent à la lutte pour la lutte elle-même, nul ne rechercha plus intrépidement que lui l'étreinte d'un adversaire, et ne sut le garotter plus étroitement dans les liens d'une dialectique inexorable. Il nous rappelait alors l'héroïque ténacité du vieil athlète dont parle Virgile :

Hæret pede pes densus que viro vir.

Vaincu, et quel concurrent ne le fut dans ces laborieuses épreuves, sa joviale humeur le préservait du découragement; habile à chercher des consolations, il savait en trouver là où en découvrent tant d'esprits cultivés : chez les bouquinistes du quartier latin. Passion innocente, pleine d'émotions délicieuses, que la satiété ne vient jamais amortir, et qui, seule peut-être entre toutes les passions humaines, ne laisse dans notre âme aucun regret.

Les caractères élevés grandissent encore par l'infortune, aussi, sa philosophie semblait gagner à ces désappointements, qui ne firent jamais entrer aucun fiel dans cette nature excellente. Vainqueur, il eut la rare vertu du triomphe, l'absence d'*orgueil*.

Les thèses qui lui furent imposées dans ces concours, témoignent de la variété et de la solidité de connaissances qu'il possédait; elles révèlent un esprit fécond, dont l'activité ne paraissait trouver de repos que dans de nouvelles publications. On lit encore avec intérêt quelques brochures, opuscules de critique, souvenirs de voyage, écrits avec une finesse élégante. Après ces travaux d'un ordre secondaire, il voulut publier un ouvrage sérieux, et fut conduit par les observations qu'il avait suivies à l'Hôtel-Dieu, à entreprendre un *Traité du rhumatisme articulaire et de la goutte*.

Mon devoir d'historien et ma vieille affection, me prescrivent de louer les qualités de cet ouvrage : elles sont grandes en certaines parties; mais je dois également signaler, sans restriction, l'erreur où l'auteur me paraît être tombé. Séparer le vrai du faux, ce n'est pas déprécier la mémoire d'un homme honorable, c'est offrir un enseignement utile qui rappelle à chacun de nous sa propre faiblesse.

Un jour nouveau venait d'éclairer les lésions du cœur, en découvrant la coïncidence qui les rattache au rhumatisme articulaire. Ce point de vue étendait le domaine de la science, et ouvrait en même temps une large voie aux études de la clinique.

A qui était-il permis de voir sans intérêt surgir une découverte aussi précieuse? En présence de si beaux résultats qu'importaient les noms propres et les amitiés particulières?

M. Requin, dans cette publication, eut peut-être le tort d'oublier un instant sa philosophie. Malgré les préoccupations causées par de nouvelles luttes, il commença son *Traité de pathologie médicale*, œuvre importante, à laquelle il avait consacré tout ce qu'il avait pu épargner de temps, tout ce qui lui restait de forces.

Ce dernier travail lui ouvrit à la fois les portes de la Faculté et celles de l'Académie de médecine. Le but de son ambition était atteint. Il ne lui restait plus qu'à résumer sa vie si laborieuse dans les efforts incessants du professorat. Il avait été le modèle du travail par ses études et par ses écrits, il devait l'être encore par ses leçons.

Ce fut le moment le plus heureux de sa vie, que celui où, pour la première fois dans cette chaire, il prit la place qu'il était si digne d'occuper, et vint compléter, par la parole, l'enseignement préparé dans ses ouvrages.

Il ne pouvait certes pas se dissimuler les difficultés de cet enseignement de plus en plus éloigné des doctrines anciennes.

Pour parvenir à la connaissance des phénomènes de l'organisation, le pathologiste ne peut être éclairé par une théorie purement dogmatique, il la repousse comme une lumière trompeuse.

Guidé uniquement par l'étude de l'homme normal et des conditions qui l'entourent, il peut seulement alors discerner dans l'homme souffrant les actes anormaux dont il est le témoin, et en apprécier les relations réciproques, malgré leur apparente confusion.

Ce que nous voyons, ce que nous touchons, ce que nous pouvons saisir avec nos sens et notre intelligence, constitue le domaine de nos connaissances, et pose pour nous les seuls problèmes que le médecin philosophe puisse espérer de résoudre.

C'est là que la pensée trouve les lumières qui la guident; la raison lui interdit un autre terrain; si nous nous écartons des routes que nous y devons suivre, les fausses lueurs de notre imagination commencent à nous éblouir, de confuses intuitions nous enveloppent d'un nuage et nous replacent dans le champ obscur des erreurs de nos devanciers.

Lorsque nous considérons les travaux de l'antiquité, nous découvrons que, d'âge en âge, elle s'est heurtée aux mêmes obstacles, dont quelques-uns sont à peine détruits.

Les théories qu'elle créa pour les surmonter, indices de son inventif génie, n'en démontrent pas moins le vice radical de ses spéculations et l'impuissance de ses efforts :

Galien comme Fernel, cherchaient avant nous la raison des choses, le rapport de l'organe sain ou malade avec les phénomènes qu'il produit; on a signalé, depuis bien des siècles, l'influence de l'*air*, des *eaux*, des *lieux*, des *aliments* sur l'organisation; nous tournons encore autour des mêmes questions, mais avec des idées différentes, les moyens d'étude ont changé :

Les moyens que nous possédons nous donnent une force qui manquait à l'intelligence élevée de nos prédécesseurs.

Les sciences parallèles à la médecine ne sont plus de douteux accessoires; elles s'étendent et projettent de vives clartés sur le terrain où nous marchons : aujourd'hui plus que jamais, notre puissance est augmentée par les armes que ces sciences nous fournissent; les refuser, ce serait effacer les pages les plus belles et les plus neuves de l'histoire de la médecine.

Négligeant les résultats qui se déroulent sous nos yeux, supposons qu'on pût dépouiller le médecin de toutes les découvertes fournies depuis cinquante ans par les sciences, que l'on dit encore accessoires. Quel pas rétrograde serait alors imposé à l'art de guérir. Après avoir détruit un pan de l'édifice, entourés de ruines, replongés dans l'obscurité, nous arriverions à regretter cet ensemble si beau auquel travaille notre siècle, et que bien d'autres siècles encore sont destinés à compléter.

Renonçons, comme on l'a voulu, aux découvertes de la chimie, repoussons les lumières de la physiologie, nous cessons à l'instant de comprendre la respiration, la chaleur qui naît et se conserve en équilibre au sein de nos organes; oublions l'anatomie, et refusons le secours de la physique pour en pénétrer les détails; imitons ceux qui ne savaient à quoi pouvaient servir les découvertes de Fallope, qui voyaient une pure curiosité dans la connaissance des vaisseaux chylifères, qui regardaient la circulation comme la fantaisie d'un savant, qui ne comprenaient ni Hartsoeker, ni Lewenhoeck, ni Malpighi.

Alors privés volontairement de nos richesses, nous nous tromperons sur l'air, sur la chaleur, sur la lumière, sur la matière, sur nos organes.

Des groupes entiers de phénomènes nous seront inconnus, nous ne verrons plus qu'incertitude là où nous commençons à distinguer et à comprendre.

Ce serait alors, Messieurs, à mesure que la trace de nos connaissances disparaîtrait à nos yeux, que, forcés de reconstruire les théories de chaque époque, nous enfonçant dans les ténèbres, et cependant instinctivement entraînés vers la lumière, nous serions forcés de combiner les systèmes, de faciliter la vérité, pour nous faire illusion sur notre ignorance.

Lorsqu'en temps de disette, l'homme manque de pain, il cherche à se tromper lui-même et prépare ses aliments avec des poussières; telle a été l'erreur déplorable de l'antiquité, telle est encore l'infirmité de certains esprits obstinément tournés en arrière : ils ne veulent rien accepter du présent, rien espérer de l'avenir. Ils négligent l'instrument de toutes ces sciences précieuses, l'instrument de la médecine elle-même, qui s'exprime par un seul mot : *Observation*. Mot d'une signification profonde, et dans lequel se résume l'expression de toutes les qualités intellectuelles et morales du véritable médecin.

Quoique la médecine ait ainsi grandi, le cadre de nos études est loin d'être complet; mais nous savons que nous sommes dans la bonne voie, et l'incontestable progrès que nous y avons fait nous démontre cette vérité.

Doués d'un admirable sens, les grands hommes de notre École ont invariablement tenté de diriger les générations dans la route qu'ils s'étaient frayée les premiers.

Ce même esprit, Messieurs, va éclairer votre carrière.

Les sciences d'observation peuvent seules vous donner la force dont vous avez besoin pour la parcourir. C'est dans le faisceau qui les unit que vous trouverez non les théories de chaque siècle, mais le travail utile de tous les observateurs.

Celui qui veut s'instruire doit suivre cette direction; s'il s'en écarte, il ne tarde pas à s'égarer.

Esprit vulgaire, il pourra posséder le diplôme de docteur, mais il ne sera médecin que de nom.

Des caractères chagrins, des esprits paresseux, ont attaqué les méthodes de la médecine moderne; on reproche à ceux qui s'avancent dans ces voies de ne s'attacher qu'à des détails matériels, d'oublier l'ensemble, et de méconnaître la cause première qui en produit tous les phénomènes.

Ces reproches, Messieurs, portent à faux : le philosophe n'a jamais cherché l'inconnu, qu'en s'appuyant sur le connu; il n'a jamais pris d'autre point de départ pour sa pensée que les faits perçus par ses sens, dans le cercle borné qu'ils parcourent.

Au-delà de ce qu'ils saisissent, commence l'action de cette mystérieuse cause, de cette énigme impénétrable que nous appelons *la vie*.

Bornés par ces horizons, pouvons-nous comprendre les vérités qu'ils nous cachent?

Est-ce donc une faute que de respecter sa raison et de renoncer à rompre la chaîne qui s'oppose aux élans de notre imagination? Le physicien découvrant les lois de la mécanique céleste, le géologue qui compte les bouleversements du globe, le micrographe dont l'œil suit les phases d'évolution d'une cellule organique, le médecin qui analyse l'homme sain et malade, sont tous forcés de s'arrêter à la limite que l'esprit humain ne peut franchir, le reste est le *secret de Dieu*.

M. Requin, dans son traité, a parcouru, de même que dans ses leçons, le domaine entier de la pathologie, abordant à la fois dans cet ouvrage ce qu'elle offre de plus humble et de plus élevé.

Ouvrage que la modestie de l'auteur destinait surtout aux étudiants, et qui cependant, par l'élévation des vues qu'il renferme, par la finesse des aperçus, semble plutôt destiné à prendre place dans la bibliothèque du savant.

L'originalité de l'esprit, l'étendue des connaissances de l'auteur, la sève élaborée qui pénètre toutes les parties du livre, lui donnent un attrait sérieux.

Ce fut une tâche énorme, qu'il parut commencer avec résolution, qu'il dut plus d'une fois considérer avec effroi.

Il voulait cependant éclairer la pathologie de toutes les lumières qu'elle peut recevoir. Si l'érudition, malheureusement trop rare aujourd'hui, révèle dans ce livre une préoccupation dominante de l'auteur, c'est que, plus sûrement que tout autre, M. Requin pouvait indiquer les jalons de la route où l'esprit médical a marché. — Cette érudition, qui est la seule véritable, appartient aux hommes d'élite, elle leur impose le devoir et leur donne le droit de rendre justice au passé et d'éclairer le présent.

Malgré toutes leurs inégalités, ces ouvrages sont d'une incontestable utilité : malgré les imperfections de la méthode adoptée par l'auteur et les lacunes qui en interrompent l'ordonnance générale, ils constituent un ensemble que peu d'esprits peuvent embrasser.

Tout en mettant la dernière main à ce traité, M. Requin employait utilement son temps à la préparation des leçons qu'il faisait dans cette enceinte; tous ses travaux marchaient de front.

Quoique dévoué à sa mission de professeur, le devoir ne s'attachait pas seul à cette chaire, il lui fallait *l'affection de ses élèves*. Cette affection ne lui manqua pas, ils lui en donnèrent des marques, même après sa mort; l'un d'eux recueillit les derniers feuillets inachevés de son livre, et les compléta comme un dernier hommage offert à la mémoire de son maître.

Parmi les hommes qui se recommandent à l'estime publique, quels sont, Messieurs, les plus dignes de notre admiration? Devons-nous la réserver exclusivement au mérite souvent fortuit des découvertes, et oublier ceux dont la vie rappelant d'aimables qualités du cœur unies au talent, inspire la bienveillance et le respect. Si l'auréole de la gloire semble appartenir à quelques intelligences privilégiées, si d'éminents succès les élèvent sur le piédestal où elles brillent, d'autres intelligences, plus modestes et non moins utiles, n'avancent qu'à pas lents dans la route qu'elles ont entreprise; vouées au travail le plus ardu, le travail est leur plus douce jouissance et leur unique consolation.

La faveur publique semble les dédaigner, et cependant elle leur doit une part dans les récompenses qu'elle prodigue à des vivants plus heureux; elle célèbre les noms des premiers, et souvent elle oublie les seconds qui meurent courageusement dans la mêlée; mais le soldat sait apprécier le compagnon d'armes frappé de mort à ses côtés; il déplore les revers inévitables qui terrassent les plus vaillants; il conserve religieusement les souvenirs du champ de bataille, et redit avec émotion le nom de ses vieux camarades.

Pour moi, Messieurs, malgré le sentiment de mon insuffisance, je me suis cru grandement honoré, en recevant la mission qui me chargeait de prononcer ici l'éloge, non d'un collègue, mais de celui dont je fus longtemps l'émule, qui sortit vainqueur de la lutte, jeune encore, plein de force et d'avenir, et auquel je succède, non sans me préoccuper des souvenirs que ses leçons vous ont laissés.

J'ai dû retracer sa vie, ses travaux, sa persévérance et son courage, vous l'avez aimé, il méritait votre affection, et cette affection, non moins que ses écrits conservera sa mémoire.

COURRIER.

Nous apprenons que, par un arrêt longuement motivé, la Cour de cassation vient de casser l'arrêt de la Cour impériale de Toulouse dans l'affaire de l'application de l'art. 909 du Code Napoléon. Nous espérons pouvoir publier le texte de cet arrêt.

— M. le professeur Natalis Guillot commencera son cours de pathologie interne, mercredi 19 novembre, à 7 heures du soir, et le continuera les vendredis, les lundis et les mercredis de chaque semaine.

— M. le professeur Piorry commencera ses leçons cliniques à l'hôpital de la Charité le mercredi, 19 novembre, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis, pendant le semestre d'hiver.

COURS DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — M. le docteur Aran, agrégé, chargé de ce cours comme suppléant de M. le professeur Andral, commencera ses leçons le *jeudi* 20 *novembre*, à 3 heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les *mardis, jeudis* et *samedis*, à la même heure.

— M. Vigla, agrégé, chargé du cours de M. Rostan, à l'Hôtel-Dieu, a fait sa première leçon le lundi 17 novembre. Les suivantes auront lieu les mercredis, vendredis et lundis. Visite des malades tous les jours à 7 heures 1/2.

Lettres sur la Syphilis, adressées à M. le rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, par M. Ph. Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie de médecine, de la Société de chirurgie, etc., etc., avec une *Introduction* par M. Amédée Latour, rédacteur en chef de l'*Union Médicale*, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène publique, etc. — *Deuxième édition* revue, corrigée et augmentée. Un joli volume in-18, format Charpentier, de 472 pages. — Prix : 4 fr. pour Paris, et 5 fr. pour la province.

Paris, 1856, au bureau de l'*Union Médicale*, 56, rue du Faubourg-Montmartre, et chez tous les libraires de l'École de médecine.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 140. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 20 Novembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 19 NOVEMBRE 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

La discussion sur les kystes de l'ovaire a prouvé, dans la séance d'hier, combien sont nombreux les points de vue sous lesquels chaque question de notre science ou de notre art peut être envisagée. Des trois orateurs qui ont pris la parole, M. Jobert s'est placé surtout sur le terrain clinique, M. Barth a principalement insisté sur le point anatomo-pathologique, et M. Cazeaux a particulièrement voulu présenter les résultats statistiques des divers traitements employés contre les kystes ovariques.

L'étendue du compte-rendu de cette séance nous prive de l'espace nécessaire à l'appréciation de ces trois discours. Si un résumé appréciatif de cette discussion est possible, nous ferons nos efforts pour le présenter. Nous ne cacherons pas que nous sommes un peu de l'avis de M. Jobert, qui a fort nettement exprimé la pensée que cette discussion obscurcissait au lieu d'éclairer la question, et nous pourrions ajouter que cela dépend moins du sujet lui-même que de la manière dont il a été généralement traité. C'est avec regret que nous nous faisons l'écho de l'opinion publique sur ce point, et l'opinion publique déclare que l'Académie ne s'élève pas, dans cette discussion actuelle, à la hauteur de quelques débats antérieurs. Il y a unanimité aussi, dans la Presse médicale, pour signaler l'inconvénient et l'abus de la lecture de ces *copies* de concours, simple prétexte et occasion pour les orateurs de faire l'exhibition de leur personnalité et de leurs propres résultats.

C'est fort triste à dire, mais il faut le dire, ne serait-ce que comme avertissement, une sorte de mauvais vent semble souffler sur nos institutions médicales. Science, enseignement, Académie, Faculté, tout paraît s'amoindrir. Nous traversons évidemment une période d'allanguissement général, où chacun, exclusivement occupé de lui-même, ne prend plus aucun souci des intérêts généraux de l'art, de la science, de la profession. *Caveant consules*, dirons-nous à ceux qui peuvent nous entendre, et c'est là seule chose que nous puissions faire.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATION DE FIÈVRE INTERMITTENTE AVEC HÉMATÉMÈSE;

Par le docteur Charles PELLARIN.

Montrouge, le 25 Octobre 1856.

Dans l'UNION MÉDICALE du 16 septembre dernier, M. le docteur Bonnet, professeur à l'École de médecine de Poitiers, rapporte un cas d'hématémèse survenue pendant un accès de fièvre intermittente. Et le savant professeur, qui n'a trouvé dans les ouvrages de Torti, de Morton, de Sydenham, d'Alibert, ni dans les dictionnaires de médecine, aucune mention de la forme gastrorrhagique de la fièvre intermittente pernicieuse, signale ce fait « comme extrêmement rare et comme peut-être inobservé jusqu'à ce jour. »

Le temps et les facilités me manquent pour les recherches susceptibles de corroborer ou d'infirmer l'assertion quant au degré de rareté du vomissement de sang dans les fièvres périodiques. Mais en voici un exemple que l'opinion exprimée à ce sujet par notre honorable confrère de Poitiers m'engage à communiquer aux lecteurs de l'UNION MÉDICALE. Il s'agit d'un cas observé en 1853, chez un jeune homme de 15 ans 1/2, à l'occasion duquel un médecin distingué des hôpitaux de Paris, M. Legroux, fut appelé en consultation.

Félix G..., alors élève externe au lycée Napoléon, venait de passer les vacances chez son père, à la campagne, non loin de Valançay, sur les bords du Fouson ; petite rivière qui se jette dans le Cher après avoir traversé une contrée marécageuse où la fièvre intermittente est endémique. Le 1er octobre 1853, dans le trajet pour revenir à Paris, et en chemin de fer même, ce jeune homme, d'une constitution assez délicate, est pris d'un accès de fièvre accompagné de vomissements; de retour chez son oncle, M. G..., capitaine de cavalerie en retraite, qui habite route d'Orléans, 73, à Montrouge, il continue à éprouver du malaise, et je suis appelé près de lui le lendemain 2 octobre. Je le trouvai accusant de la céphalalgie, une courbature générale, présentant 100 pulsations à la minute, avec une langue saburrale et des dispositions nauséeuses. — Prescription : potion vomitive contenant 5 centigr. d'émétique, et un demi-gramme de poudre d'ipécacuanha. — Le soir, l'état s'était amélioré, le pouls était descendu à 84.

Le 3 au matin, retour de la fièvre et du mal de tête. — Sulfate de magnésie, 30 grammes. — Le 4, apyrexie, pouls, 76. — Le 5, la nuit a été mauvaise; il y a 108 battements artériels par minute; la langue reste très sale. — Cette dernière circonstance me décide à donner de nouveau 15 grammes de sulfate magnésien. — Le 6 au matin, l'état fébrile ayant à peu près cessé, une périodicité quoique irrégulière était entrevue, et bien que les accès ne fussent point caractérisés par les trois phases de froid, de chaleur et de sueur, j'administrai le sulfate de quinine à la dose de 6 décigrammes en pilules. Le soir, retour du frisson, nuit mauvaise; le 7 au matin, pouls 108, langue toujours très chargée. — Potion avec 1 décrigr. de tartre stibié. — Le 8, de bonne heure on reprend le sulfate de quinine (5 décigr. en potion).

Cette fois l'antipériodique triomphe. — Le 9, point d'accès, non plus que les jours suivants. L'appétit revient, à partir du 13 je cesse de voir le malade qui reprend le cours de ses études.

Jusqu'au 1er novembre, nul ressentiment de l'affection; mais ce jour là, M. Félix G... est repris d'un frisson suivi de céphalalgie. — Le 2, nouvel accès plus prononcé, à midi, une potion contenant 1 gramme de sulfate de quinine est prescrite pour être prise dans la nuit et dans la matinée suivante. — Le 3, vers 11 heures, un violent frisson se déclare accompagné de vomissements d'abord bilieux et bientôt sanguinolents. Il est rejeté ainsi une quantité considérable de sang noirâtre : une cuvette en est plus qu'à moitié remplie. — En même temps, il est rendu une couple de selles contenant pareillement du sang de couleur foncé. — Des syncopes surviennent et se prolongent au point de faire craindre une mort immédiate.

Appelé en toute hâte auprès du malade, je le trouve inanimé, pâle et froid comme un mort, sans pouls radial. Tous les excitants cutanés sont promptement mis en œuvre pour combattre cet état alarmant : frictions alcooliques sur la région du cœur, application de corps chauds, de sinapismes, de ventouses. La circulation périphérique se rétablit enfin, et avec la circulation, la vie, qui paraissait comme éteinte, se ranime.

A la suite de cette crise, M. Legroux fut appelé en consultation. Cet habile praticien n'hésita pas à considérer les accidents qui étaient survenus comme caractéristiques d'une fièvre intermittente pernicieuse dont, à tout prix, il fallait prévenir ou modifier l'accès subséquent. Il insista pour que l'administration du sulfate de quinine fût continuée. Un gramme de ce sel fut donné le soir même en lavement.

Un autre gramme était destiné à être donné le lendemain matin par la bouche, mais chaque prise en fut rejetée presque aussitôt qu'ingérée.

Néanmoins l'accès suivant se trouva modifié au point de ne donner lieu à aucun des graves accidents de la veille. Il ne consista qu'en un sentiment de froid et de malaise au milieu du jour. — Dans la soirée, sulfate de quinine, 1 gramme en lavement, qui est conservé pendant toute la nuit.

Point d'accès le 5, on veut continuer l'administration du sulfate de quinine (8 décigr.) par les voies inférieures, mais malgré la précaution d'ajouter au lavement 6 gouttes de laudanum, il est rendu sur-le-champ, ainsi qu'un deuxième donné une heure plus tard. Je me décide alors à tenter de nouveau l'administration de l'antipériodique par la bouche, 7 décigrammes en pilules, associés à 5 centigr. d'extrait d'opium, sont parfaitement tolérés.

Les jours suivants, on abaisse à 5, puis à 3 décigr. les doses du sulfate de quinine, additionnées d'un gramme d'extrait de quinquina.

L'appétit, le sommeil, les forces reviennent, le rétablissement est complet. Depuis trois ans, Félix G..., actuellement élève à l'École des arts et manufactures, jouit d'un état de santé satisfaisant.

J'ai omis de mentionner que j'avais constaté, et que M. Legroux constata pareillement, l'unique fois qu'il vit le malade, une notable augmentation du volume de la rate.

On ne saurait mettre en doute que, dans le cas qui vient d'être rapporté, l'hématémèse ait été indépendante de toute altération organique de l'estomac; elle a eu pour cause la concentration sanguine produite par la période algide d'un violent accès de fièvre intermittente.

Il est à remarquer que cette fièvre, qui affectait d'abord le type tierce, passa ensuite au type quotidien lors de sa seconde manifestation qui donna lieu à la gastrorrhagie.

Je suis persuadé, pour ma part, que, dans ce cas, aussi bien que dans celui cité par M. Bonnet et dans celui de M. Bourgeois, d'Étampes (UNION MÉDICALE du 21 octobre), il y aurait eu, selon toute vraisemblance, une issue funeste, si l'on eût hésité à donner l'antipériodique à larges doses.

J'avais rédigé depuis quelques jours la note qui précède; mais j'étais bien aise, avant de la transmettre à l'UNION MÉDICALE, et pour m'assurer de son exactitude sur tous les points, de causer de nouveau des circonstances qui s'y trouvent mentionnées avec mon ex-malade et avec ses parents. Or, ils étaient allés passer le mois de septembre et la première semaine d'octobre précisément dans cette campagne (aux Bordes, commune de Varennes, département de l'Indre), d'où le jeune Félix G... avait rapporté la fièvre intermittente il y a trois ans. Les deux vacances précédentes, de 1854 et 1855, y ont été passées impunément, sans retour de la maladie. Mais cette année-ci, et depuis une dizaine de jours que M. Félix G... est revenu à Montrouge, il éprouve tous les deux jours, vers midi ou une heure, un frisson accompagné et suivi de céphalalgie, courbature, dégoût pour les aliments. Un accès avait lieu le 22 du courant, jour où j'ai vu M. Félix G... La langue est simplement blanchâtre, la matité, dans l'hypochondre et dans le flanc gauche, occupe une grande étendue. Je conseille l'emploi immédiat du sulfate de quinine; 1 gramme en lavement et trois prises de 20 centigrammes par la bouche. A la suite de cette médication, l'accès du 24 a manqué. L'emploi de l'antipériodique; à doses décroissantes, aura raison, je l'espère, de ce réveil de l'affection fébrile.

Quoique né et élevé dans une localité sujette aux fièvres intermittentes, jamais M. Félix G... n'en avait éprouvé d'atteinte avant l'époque de 1853. C'est à la suite d'un retour à la maison paternelle, après une absence de quelques années, qu'il est pris de fièvre pour la première fois. Un de ses frères, pareillement, avait passé son enfance dans la région du miasme paludéen, sans en subir manifestement l'influence. Mais ayant été mis en pension dans une ville éloignée, il éprouva aussi, lui, à son retour chez son père, une fièvre tierce. Ces faits, et beaucoup d'autres du même genre qui sont journellement observés, prouvent qu'il y a une sorte d'acclimatation au miasme paludéen, acclimatation dont on perd le bénéfice par une absence prolongée hors de la région miasmatique.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 18 Novembre 1856. — Présidence de M. BOSSY.

La correspondance officielle comprend :

Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné dans les arrondissements d'Avranches et de Valogne (Manche), dans le département de l'Indre pendant l'année 1855. (Comm. des épidémies.)

— Un rapport de M. le dr FINAZ, médecin-inspecteur des eaux minérales de Charbonnières (Rhône), sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1854. (Com. des eaux minérales.)

La correspondance non officielle se compose des pièces qui suivent :

Un mémoire intitulé : Recherches chimiques sur les eaux minérales et thermales de Royat et Chamalières (Puy-de-Dôme), par M. J. LEFORT, pharmacien à Paris. (Même commission.)

— Une note sur une pâte caustique au chlorure de zinc, par M. SOMMÉ, interne en pharmacie à l'hôpital des Cliniques. (Comm. MM. Guibourt et Jobert.)

— Une note intitulée : Un dernier mot sur la codéine et sur les moyens d'éviter et de reconnaître sa substitution par la morphine et ses sels, par M. BERTHÉ, pharmacien. (Commission nommée.)

— Une lettre de M. le docteur BOINET, sur le traitement des hydropisies enkystées de l'ovaire, suivie d'un tableau et de l'analyse de 45 cas de kystes ovariques traités par les injections iodées. (Comm. MM. Cazeaux, Depaul et Barth.)

— Une lettre adressée par M. le docteur Casimir PINEL neveu, et accompagnant l'envoi du portrait de Philippe Pinel.

M. LE PRÉSIDENT : L'hommage offert par M. Casimir Pinel est accepté avec reconnaissance. Le bureau, venant au devant du désir de l'Académie, a fait placer l'image de Pinel en face du portrait d'Esquirol, son illustre élève.

L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire. — La parole est à M. Jobert (de Lamballe).

M. JOBERT donne lecture d'un mémoire destiné à compléter sa première communication sur les kystes ovariques. Mais avant d'entrer en matière il communique le fait suivant :

Il y a douze jours environ, dit l'orateur, j'opérai, en présence de M. Gimelle, une jeune femme qui portait, au côté gauche de l'abdomen, un kyste ovarien du volume d'une petite tête de fœtus. Divers moyens médicaux avaient été employés sans succès. Voici comment je procédai. Par la ponction je retirai 300 grammes d'un liquide séreux et coagulable par la chaleur, — c'est-à-dire une partie seulement du contenu de la tumeur; j'y injectai par la canule laissée dans la plaie, 65 grammes de teinture iodée pure, qui, après quelques minutes, fut *en partie* retirée. Le lendemain, la malade ne ressentait aucun trouble fonctionnel, elle avait même bien dormi; le liquide s'était reproduit et j'en évacuai de nouveau 200 grammes à peu près, auxquels je substituai, comme la première fois, le liquide iodé. Alors je fis, non sans quelque effort, l'extraction de la canule, qui se trouvait prise dans la masse plastique, dont sa présence avait déterminé l'exsudation entre la surface du kyste et la paroi abdominale. La tumeur, revenue d'abord à ses premières dimensions, commença à décroître dès le surlendemain de l'injection; aujourd'hui elle est réduite d'un tiers. Aucun accident ne s'est manifesté; les vives douleurs accusées antérieurement par la malade et qui seules nous ont déterminé à opérer un kyste de si petites dimensions, se sont complétement calmées; tout fait espérer que la diminution de la tumeur se prononcera de plus en plus; cependant il n'est encore permis de rien conjecturer quant au résultat définitif.

La conduite que j'ai suivie chez cette malade est celle à laquelle je me suis conformé dans tous les cas dont j'ai déjà entretenu l'Académie.

Dans ma première communication, j'ai annoncé un chiffre approximatif; aujourd'hui, je suis en mesure de donner le nombre exact des injections iodées que j'ai faites à diverses époques. Ce nombre s'élève à 26.

Sur une Anglaise de 38 à 40 ans, je fis une première injection au mi-

lieu du liquide ovarique avec de l'eau alcoolisée, et ensuite quatre avec la teinture d'iode. Aucun accident; mais la malade n'a pas guéri. — Sur une autre malade, trois injections iodées ont été faites; le kyste avait été presque entièrement vidé. Les signes d'une inflammation non douteuse se sont déclarés, ils ont été conjurés par la médication antiphlogistique. La malade n'a pas guéri. — Une demoiselle que je soignais avec M. Rayer, et qui portait un kyste ovarique multiloculaire, a subi huit injections iodées. Il y a eu amélioration et retard dans la formation du liquide; mais la guérison n'a pas été définitive. Il n'est survenu aucun accident, quoique plusieurs onces de teinture iodée aient été injectées chaque fois. Une ponction avait précédé les huit opérations dont il vient d'être question. Le kyste a conservé une certaine quantité de son liquide pour se mêler à l'injection, chaque fois qu'elle a été faite.

Cinq jeunes personnes affectées de kystes ovariques ont été soumises à la ponction et à l'injection iodée. Trois ont guéri par une ponction et deux injections successives faites dans la même séance. Deux ont vu reparaître la tumeur après l'absorption du liquide déposé dans la poche. Ce n'est qu'après une nouvelle ponction et une nouvelle injection pour chacune, que la guérison a été définitive.

Enfin, deux jeunes femmes ont subi la ponction avec injection, et le mal a continué à se développer. Deux autres ponctions sont devenues nécessaires. L'une de ces malades est guérie, l'autre est en traitement.

Il ressort des faits précédents que les kystes anciens, épais et vastes n'ont pu guérir par la ponction et l'injection. Toutes les fois que l'injection a été faite dans le kyste contenant encore une certaine quantité de liquide, il n'y a eu aucun effet local grave, ni aucun trouble général sérieux; et lorsque le kyste se trouvait à nu, l'inflammation a été signalée par des douleurs, de la sensibilité du ventre, et de la réaction.

Il est démontré, en outre, que dans les cas où le résultat a été complet, on avait affaire à des kystes de moyenne grosseur, à une seule cavité et sans transformations.

L'orateur présente ensuite le développement de plusieurs propositions qui se trouvent résumées à la fin de son allocution dans les termes suivants:

1° L'anatomie pathologique ne me paraît pas devoir être prise pour guide dans les kystes de l'ovaire, en ce qui concerne la thérapeutique, puisque les injections agissent toujours sur la membrane kystique, en déterminant un produit plastique et un travail adhésif.

2° Que le kyste ait pour origine une vésicule, une membrane pyogénique, un sac séro-muqueux, il sera susceptible d'être oblitéré et guéri lorsqu'il n'aura subi aucune transformation, aucune dégénérescence.

3° Les ponctions successives et rapprochées peuvent produire l'oblitération du kyste par un dépôt albuminoïde.

4° Le mode de guérison des kystes de l'ovaire par l'injection me paraît devoir être assimilé à celui de l'hydrocèle.

5° Les kystes vastes et anciens ne guérissent pas par les injections, mais ils peuvent être modifiés avantageusement en retardant le produit d'exhalation.

6° Les injections iodées ou alcooliques peuvent produire une inflammation plus ou moins sérieuse du kyste, lorsque le liquide touche immédiatement sa surface interne.

7° Les injections faites au milieu du liquide kystique ne produisent jamais d'accidents, et cependant elles provoquent les mêmes phénomènes adhésifs.

8° Le kyste peut récidiver après avoir été oblitéré. Plusieurs injections sont indispensables pour produire l'oblitération des kystes ovariques.

9° La ponction simple doit être préférée lorsque les kystes sont très enflammés et dégénérés.

10° On doit pratiquer la ponction de bonne heure, afin d'éviter la transformation du kyste, sa rupture, les péritonites diffuses, mortelles ou chroniques, et l'épuisement.

11° L'incision me paraît applicable, exceptionnellement, aux abcès circonscrits et limités des kystes multiloculaires.

12° L'électricité peut amener la résorption des kystes multiloculaires.

13° L'extirpation est une opération dangereuse qui doit bien rarement trouver son application.

M. Barth : Je me félicite de voir que mon humble communication au sujet d'un kyste ovarique, est devenue le point de départ d'une discussion qui, j'en suis sûr, finira par jeter un certain jour sur l'un des points les plus importants de la médecine et de la chirurgie. De spéciale qu'elle était d'abord, la question n'a pas tardé à devenir générale; et à être posée en ces termes : faut-il abandonner les kystes de l'ovaire à eux-même ou faut-il les opérer? Et dans ce dernier cas, doit-on se borner au traitement palliatif, à la ponction de nécessité, ou bien tenter la cure radicale. Deux opinions contradictoires se sont produites.

L'une veut que l'on s'abstienne complétement; si cette idée n'a pas été énoncée, au moins est-elle, j'en ai la conviction, dans l'esprit de plusieurs de mes maîtres. Elle est fondée sur l'innocuité que présentent souvent les kystes ovariques, sur les dangers de l'opération, dangers immédiats, tels que la péritonite aiguë; dangers consécutifs, comme la péritonite lente, l'altération du liquide contenu dans la tumeur, l'infection putride; à l'existence de certains kystes pendant de longues années sans qu'aucun inconvénient grave en soit résulté, les défenseurs de l'abstention opposent les cas de mort plus ou moins rapide à la suite de simples ponctions. Bien que je sois disposé à combattre cette opinion, je reconnais cependant qu'elle a son utilité. Il est bon que lorsque certains esprits se laissent entraîner dans des voies nouvelles, d'autres seront là pour les retenir, les modérer; il naît de là une discussion sur les limites qu'on ne doit pas franchir, sur les moyens qu'il convient d'employer. Les partisans de l'abstention invoquent des statistiques contenant des faits déplorables, tellement effrayants qu'on en demeure étonné! Ces statistiques que M. Trousseau vous a citées, je ne pense pas qu'on doive les accepter sans examen. Se peut-il que de simples ponctions aient été si fréquemment mortelles? Pour ma part j'ai pratiqué 25 à 30 fois cette opération, et j'ai retrouvé des notes sur 21 de mes opérées; dans aucun de ces cas je n'ai observé d'accidents immédiats, et quant aux dangers consécutifs, ils n'ont pas été plus grands que ceux dont les kystes par eux-mêmes n'eussent pas manqué d'être le point de départ, en l'absence de toute intervention chirurgicale; les malades qui ont succombé à toute autre chose qu'aux conséquences de l'opération; une seule fois la mort a eu lieu le lendemain de la ponction; mais celle-ci avait été faite, comme on dit, *in extremis*, et l'état de la malade était d'une telle gravité que l'opération ne peut certainement pas être accusée d'y avoir ajouté. C'est ce qui a eu lieu également dans l'un des faits communiqués à l'Académie par M. Bouchard.

Les partisans de la deuxième opinion, ceux qui veulent qu'on opère les kystes de l'ovaire, allèguent l'accroissement indéfini de ces tumeurs, les accidents qu'elles provoquent en refoulant et en comprimant les organes voisins, le danger des ruptures, qui tantôt se font spontanément, tantôt sous l'influence d'un choc sur l'abdomen, et deviennent la cause de péritonites mortelles. Ils citent d'une part des exemples où les tumeurs par elles-mêmes ont amené la mort, et, d'une autre part, le nombre déjà assez respectable de guérisons que l'on doit à l'opération. On objecte que, sur ce nombre, il y en a d'apparentes, en ce sens que la maladie a récidivé. Mais il y a lieu de discuter ce que l'on entend par récidive. L'anatomie pathologique, dont M. Jobert vient tout à l'heure de nier, injustement selon moi, l'utilité dans cette question, l'anatomie pathologique nous apprend qu'à côté d'un kyste volumineux de l'ovaire s'en trouvent souvent d'autres à l'état naissant, qui grandissent à leur tour, quand la présence de la principale poche ne gêne plus leur développement. Ce que l'on prend pour un retour de la première collection liquide peut donc être simplement l'apparition d'un nouveau kyste.

La vérité se trouve, comme toujours, entre les opinions extrêmes; elle ne me paraît être ni dans le système de l'abstension, ni dans celui de l'opération appliquée à tous les cas. Il faut établir des distinctions, de bonnes distinctions. Dans des discours remarquables par la solidité des pensées et l'élégance de la forme, vous avez entendu plusieurs de mes collègues déterminer quels kystes sont opérables, quels doivent être respectés, à quelle époque on intervenait le plus utilement... Mais si, en théorie, on est libre de choisir les meilleures conditions et l'époque la plus opportune pour opérer, il n'en est pas de même dans la pratique. Je suppose que vous trouviez de l'avantage à ne pas attendre que le kyste ait acquis un grand volume, que ses parois aient subi telle modification; les malades n'en attendront pas moins; elles temporiseront le plus possible, essaieront d'une foule de moyens avant de se soumettre à l'opération.

Un point essentiel, dans cette discussion, c'est d'éliminer, comme étranger à ce débat, tous les kystes qui n'appartiennent pas à l'ovaire. Si nous voulons arriver à des conclusions utiles, gardons-nous bien d'englober sous le même titre, dans les mêmes statistiques de succès ou d'insuccès, et les kystes de l'ovaire, et ceux du péritoine, et les hématocèles auxquelles j'estime que le plus sage est de ne pas toucher, les kystes de la trompe, qui parfois peuvent se vider spontanément dans l'utérus, et les kystes embryonnaires contenant des cheveux, des débris d'os, etc.

Circonscrivant la question aux vrais kystes de l'ovaire, nous trouvons que, pour ces tumeurs, l'opération doit être admise ou rejetée d'après des considérations tirées en premier lieu de leur disposition *uniloculaire* ou *multiloculaire*. La première est évidemment une condition plus favorable; mais les kystes multiloculaires n'échappent pas complétement aux moyens chirurgicaux. Voici le dessin d'un énorme kyste de ce genre. La femme qui portait cette tumeur ponctionnée d'abord par M. Cruveilhier en 1847, entra ensuite à la Salpêtrière, où mon prédécesseur, dans le service de l'infirmerie, lui fit plusieurs ponctions; pour ma part, je lui en pratiquai dix, et je vis chaque fois s'écouler une quantité de liquide bien supérieure à celle que semblait contenir la poche la plus apparente. Il n'y eut jamais aucun accident; la mort eut lieu vingt-deux jours après la dernière ponction, par suite d'une rupture du kyste. Je vis alors que ses divers compartiments communiquaient entre eux par de petits orifices.

Il faut avoir égard aussi à la nature du *liquide*, et ici l'emploi du microscope peut être utile pour distinguer un liquide séreux véritable d'un liquide hydatifère. Disons à ce propos que les échinocoques des ovaires sont extrêmement rares, heureusement pour la question qui nous occupe; car si l'épanchement du contenu du kyste constitue l'un des plus grands dangers de l'opération, rappelons-nous qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre un liquide séreux et le liquide des hydatides; ce dernier a sur le péritoine une action des plus irritantes, ainsi que M. Cruveilhier l'a encore redit l'autre jour. Un liquide séro-sanguin albumineux ou renfermant de la cholestérine, diminue les chances de la cure radicale.

Les parois sont-elles minces, c'est une circonstance favorable. Épaisses, elles s'opposent au retrait de la poche et peuvent même, comme cela a été remarqué par M. Guérin, y favoriser l'entrée de l'air.

Si à côté d'un kyste volumineux il en existe d'autres, s'il y a une provision, une pépinière de petites poches, passez-moi l'expression, on court risque de les voir se développer une fois la cavité principale vidée et oblitérée.

Lorsqu'à un kyste ovarique se trouve appendue une masse d'une certaine fermeté, défiez-vous : c'est souvent de la matière colloïde ou encéphaloïde qui est logée dans certains vacuoles de la tumeur ou placée dans ses parois; le kyste pourra guérir, mais il restera là quelque chose qui continuera à s'accroître et amènera la mort de la malade!

Il faut encore avoir égard à la *marche* lente ou stationnaire ou envahissante du kyste; à l'âge de la malade, circonstance importante sur laquelle M. Huguier a insisté avec raison; à l'état de la santé générale : si le teint est jaunâtre, cachectique, tout médecin prudent s'abstiendra d'opérer; à la présence ou à l'absence d'une prédisposition héréditaire aux maladies cancéreuses.

Admettons qu'il s'agisse d'un kyste uniloculaire, sphéroïde, également fluctuant dans toute son étendue (ce qui dénote la présence d'un liquide séreux), sans bosselures, coïncidant avec un bon état de santé général; dans ces conditions le kyste peut être attaqué par une opération, et j'ajoute que c'est un devoir d'intervenir si ce kyste fait des progrès dans son accroissement.

Quelle opération doit-on instituer alors? — La ponction palliative? elle a pour effet de favoriser la reproduction du liquide à des intervalles de plus en plus rapprochés; à chaque ponction il y a un nouveau danger; les malades chez qui on l'a renouvelée souvent finissent par succomber épuisées.

Je ne dirai rien de l'électrisation, rien non plus de l'extirpation des kystes, et me bornerai à discuter les avantages des ponctions suivies d'injections iodées; cette opération qui a pour but de procurer le retrait et l'accollement des parois de la tumeur, compte aujourd'hui assez de succès pour être prise en considération. Parmi les insuccès qu'on lui reproche, tous ne lui sont pas légitimement imputables; tel est le cas déjà cité de M. Bouchard; tel est encore le fait que j'ai communiqué à l'Académie, puisque les accidents ont été mis pendant le temps où les injections étaient journellement pratiquées chez ma malade, et qu'ils datent du jour où ce traitement a été interrompu. Le liquide auquel je donne la préférence est une injection iodée soluble; quant au moment le plus favorable à l'opération, sans doute il y aurait avantage à ne pas attendre que la tumeur ait acquis un volume excessif, mais il faut bien prendre les cas tels qu'ils se présentent! Une grande étendue des parois expose à une inflammation plus considérable, aux accidents de l'iodisme qui est rare, mais que l'on a eu tort de nier : l'Union Médicale de ce jour en contient un exemple communiqué par M. Pidoux. On peut à l'aide de ponctions successives chercher à réduire le volume du kyste avant d'y pratiquer une injection; mais n'oublions pas que plusieurs ponctions représentent plusieurs dangers.

Permettez-moi, Messsieurs, de dire ici un mot de mon procédé; si je ne le défendais pas, il n'aurait rencontré dans cette enceinte que des critiques, à l'exception, toutefois, de M. Velpeau, qui en a parlé favorablement. A mon sens, ce procédé réalise plusieurs avantages : on ne fait qu'une seule opération; — on est maître du kyste, on le tient; — on y injecte la solution iodée quand et comme on veut; on peut même y pratiquer une irrigation continue.

MM. Moreau et Malgaigne ont fait, à ce procédé, plusieurs reproches. Vous pratiquez, dit M. Malgaigne, deux ponctions; il y en a une de trop. J'en conviendrais si l'on arrivait au même résultat par une ponction simple; mais c'est ce qui n'a pas lieu, et les ponctions *répétées* valent-elles mieux que ma double ponction?

M. Malgaigne dit encore : le procédé n'est pas nouveau; c'est le séton employé contre l'hydrocèle. Non, ce n'est pas un séton; c'est un tube conducteur, ce qui est bien différent.

M. Jobert a objecté de même que le procédé n'était pas nouveau; il lui trouve de l'analogie avec la sonde que Delpech laissa à demeure dans un kyste (et la malade a succombé). Cependant les choses ne sont pas comparables. Delpech ne faisait pas d'injections iodées pour prévenir la décomposition du pus et l'infection putride; il se servait d'une sonde rigide, et moi du tube flexible en caoutchouc que voici. — Deux ponctions vous exposent à deux dangers, a ajouté M. Jobert; et cependant ne nous a-t-il pas dit, d'une autre part, qu'entre ses mains, la ponction des kystes ovariens n'avait jamais produit d'accidents? Dans l'opinion de notre collègue, le véritable danger de ces ponctions, c'est l'épanchement du liquide dans le péritoine; or, c'est précisément cet accident que j'évite avec mon procédé. Suivant lui, que l'on se serve d'une canule ou d'une sonde à demeure, le résultat est le même. Cependant, il faut considérer que la canule, étant plus courte, peut s'échapper et permettre à une partie du liquide de s'écouler dans le péritoine; qu'étant rigide, elle peut occasionner l'inflammation des parties qu'elle traverse et favoriser l'entrée de l'air dans la tumeur. Cet inconvient d'être rigide doit faire redouter les mêmes accidents de l'emploi d'une sonde; ici, encore, il y a à craindre l'irritation de l'orifice, l'épanchement dans le péritoine; la sonde peut laisser échapper le kyste, et c'est pour prévenir cet *échappement* que M. Leroy-d'Étiolles a proposé des crochets destinés à s'appliquer contre la face interne de la tumeur et à retenir celle-ci contre la paroi du ventre. Ces crochets sont-ils bien sûrs? Je trouve dans une thèse de M. Desormeaux une autre invention analogue, due à M. Rambaud; j'ignore si l'instrument a été employé.

Le tube dont je me suis servi est pour ainsi dire inaltérable; après être demeuré près de trente jours dans la cavité du kyste, il pourrait encore servir aujourd'hui; rien ne serait plus facile d'ailleurs que de lui en substituer un autre. Mou, flexible, s'accommodant aux orifices par lesquels il passe, il est peu irritant, il maintient exactement les rapports entre la surface du kyste et la paroi abdominale, ce qui est la vraie condition des adhérences, grâce auxquelles l'épanchement dans le péritoine est rendu impossible. Je suis retourné au musée Dupuytren, et j'y ai examiné de nouveau la pièce que j'ai présentée à l'Académie; j'ai constaté, (comme d'ailleurs cela a été vu à la Société anatomique par M. Cruveilhier), qu'il existait entre la tumeur et la paroi du ventre des adhérents solides, indestructibles... S'il était survenu une récidive, et qu'une nouvelle ponction fût devenue nécessaire, on eût pu en toute sécurité plonger le trocart dans l'intervalle des deux cicatrices, résultat des premières ponctions.

Enfin, ce tube flexible peut faire office de sonde à double courant; il peut servir à pratiquer dans le kyste une irrigation continue.

Passons à un autre genre de critiques, adressées cette fois en général à la méthode de la canule à demeure. M. Robert a fait à cette méthode des objections nombreuses, fondées principalement sur les insuccès qu'il a observés par lui-même ou dont il a eu connaissance. Mais, en revanche, il y a eu des succès aussi. Le fait de M. Leroy-d'Étiolles en est un exemple. Six ans après la ponction avec canule laissée à demeure, M. Leroy a revu la dame dont il a rapporté l'observation : « elle jouissait de la santé la plus florissante. » Dans un autre travail communiqué à l'Académie et qui est le résumé de la statistique de M. Fock, vous trouverez encore un exemple de succès obtenu par la même méthode. — J'avoue franchement qu'aujourd'hui, ayant entendu les arguments produits à cette tribune, j'ai de la tendance à préférer à cette méthode la ponction suivie de l'occlusion immédiate de la tumeur. Et cependant, si au moment d'une première ponction le liquide qui s'écoule est fétide, si c'est du pus, est-ce que, après l'avoir évacué par la ponction, vous fermerez la tumeur? Non évidemment. Et c'est alors que mon procédé pourra être utile. Il permet d'ouvrir ou de fermer à volonté la cavité du kyste. Veut-on empêcher l'air d'y entrer? il suffit de lier les deux bouts du tube et de les couvrir d'un morceau de diachylum. Veut-on l'ouvrir? ce même tube remplacera avec avantage la sonde à demeure.

Les accidents observés chez ma malade ne sauraient être attribués au procédé mis en usage. En effet, c'est quand la malade eut arraché le tube, et que le kyste fut fermé, qu'il s'est distendu de plus en plus, au point de se rompre à la fin. La grossesse concomitante n'est pas non plus, ce me semble, une circonstance à perdre de vue. Cette grossesse, n'était-ce pas un appel de fluide vers les organes de la génération, n'a-t-elle pas déterminé une circulation plus active, une exhalation plus abondante dans le kyste? De là sans doute cette teneur de la rétraction dans les derniers temps de la maladie; car, à partir du moment où la tumeur fut réduite au volume d'une tête d'enfant, le kyste semblait s'être arrêté dans sa marche rétrograde.

Pour me résumer, je dirai que si la méthode des injections iodées est

mauvaise, mon procédé tombera avec elle ; si les injections sont bonnes, et s'il est reconnu qu'il est utile, dans certains cas déterminés, d'établir une communication du kyste à l'extérieur, mon procédé restera, et l'avenir dira ce qu'il vaut.

Quant à la question générale de la cure des kystes ovariens, il y a aujourd'hui assez de succès pour rendre légitime l'intervention de l'art dans une maladie aussi grave. Si les succès ne sont pas encore en très grand nombre, c'est que le temps n'a pas permis d'en grossir la liste ; et si leur proportion n'est pas plus considérable, il ne faut l'attribuer qu'à l'imperfection de nos méthodes actuelles, et, dans tous les cas, réserver l'avenir.

M. Cazeaux : Messieurs, lorsque je pris la parole au commencement de cette discussion j'avais pour but de répondre à quelques assertions émises par MM. Moreau et Malgaigne ; mes honorables collègues me parurent en effet exagérer singulièrement l'innocuité des kystes de l'ovaire, tous deux surtout s'accordaient sur un point, c'est que quel que soit le résultat ordinaire de cette affection, il fallait se garder de vouloir en arrêter le cours, et tout au plus permettaient-ils, dans les cas extrêmes, de soulager les souffrances de la malade par la ponction palliative, et de prolonger de quelques mois sa misérable existence.

A M. Moreau qui avait insisté sur le peu de gravité de la maladie, je crois devoir répondre que mes lectures, d'accord en cela avec mon expérience personnelle, m'avaient inspiré une opinion entièrement opposée, et que pour moi les kystes ovariens constituaient une affection des plus graves. Que le plus souvent ils menaçaient sérieusement la vie de la femme, et qu'il fallait certainement considérer les cas dans lesquels ils avaient permis à la malade de jouir d'un assez bonne santé pendant 20 et 30 ans, comme des cas très exceptionnels.

A M. Malgaigne qui semblait mettre en doute les faits déjà assez nombreux de guérison par l'injection iodée, je me contentai de répondre que je pouvais affirmer avoir vu plusieurs femmes guéries et radicalement guéries depuis plusieurs années.

Mais ce n'était là que de simples assertions, et je comprenais que, dans une question de cette importance, une affirmation, quelle que soit la source, est insuffisante, et que des faits, des faits nombreux et bien observés sont indispensables pour entraîner la conviction... et je me mis en mesure de répondre par des faits aux doutes de notre collègue. J'en connaissais beaucoup, mais en y réfléchissant, je m'aperçus que quel que soit leur nombre, ils seraient encore insuffisants ; pour juger en effet de l'opportunité, de l'utilité, je dirai presque de la moralité d'une méthode nouvelle, d'une opération qui peut avoir des dangers, il faut d'abord résoudre plusieurs questions préjudicielles, et voir, qu'on me permette une expression triviales, si le remède n'est pas pire que le mal. Si en effet, comme le pensent plusieurs médecins, les kystes de l'ovaire sont une des maladies les plus bénignes ; si ces kystes coïncident le plus souvent avec une santé parfaite, si même tout en causant quelques légères incommodités, ils n'abrégent pas pour la malade la durée moyenne de la vie, il est plus que téméraire de venir proposer pour les détruire une opération qui probablement, dans quelques cas, peut être suivie de mort. La témérité sera plus grande encore si la science possède déjà des moyens de pallier sûrement les souffrances que, dans quelques cas, prétendus exceptionnels, peuvent causer ces kystes, et si ces moyens suffisent pour éloigner tout danger de mort prématurés.

Eh bien, en était-il ainsi dans l'espèce? MM. Moreau et Malgaigne avaient-ils raison en soutenant l'innocuité ou du moins le peu de gravité de la maladie, et en considérant la ponction palliative comme le seul remède qu'on puisse employer dans les cas extrêmes. C'était là, évidemment, ce qu'il fallait d'abord examiner.

Et d'abord, entendons-nous bien. Quand je parle de la gravité plus ou moins grande que peuvent offrir les kystes de l'ovaire, quand je cherche à établir le pronostic de cette affection, il est bien évident que je laisse de côté ces petites tumeurs profondément cachées dans le petit bassin, et qui ne se révèlent qu'à l'autopsie. Notre honorable collègue, M. Trousseau, a eu parfaitement raison de dire qu'elles ne constituaient ni une maladie, ni même une incommodité ; et il a eu tort de craindre que cette proposition paraisse paradoxale. En général stationnaires chez les vieilles femmes, ces kystes passent complétement inaperçus. Si leur étude présente un véritable intérêt, au point de vue étiologique, ils n'ont absolument aucune importance quand il s'agit de thérapeutique, et personne ne s'en préoccupe quand on discute les moyens à l'aide desquels il faut combattre cette affection.

J'irai même plus loin que notre collègue ; et ce que je viens de dire de ces tumeurs, alors qu'elles ont le volume d'un œuf de poule et même d'une orange, je le dirai des kystes dont le volume a dépassé celui d'une tête de fœtus à terme. Je crois, en effet, contrairement à M. Trousseau, qu'à moins de circonstances tout exceptionnelles, le chirurgien doit alors rester inactif. J'aurai, du reste, l'occasion de discuter plus tard ce point important.

Je dis le chirurgien, mais non pas le médecin ; à mon avis, en effet, M. Trousseau et Cruveilhier m'ont paru exagérer l'impuissance de la médecine, en déclarant ses efforts complétement inutiles. Il me serait facile de prouver, par des faits, que les préparations iodées à l'extérieur et à l'intérieur, les vésicatoires, les purgatifs et les diurétiques ou autres médications, ont parfois donné des résultats inespérés. M. Royer m'a assuré avoir guéri un de ces kystes avec des frictions iodées et l'iode à l'intérieur, M. Lalesque de la Teste, m'a communiqué une observation dans laquelle, après une première ponction, la gomme gutte, longtemps continuée et aidée des bains de mer, a procuré une guérison radicale. M. Herpin publiait, ces jours derniers, dans l'*Union médicale*, un exemple de guérison par les sudorifiques unis aux purgatifs. Six mois après il n'y avait pas eu de récidive.

Ces faits, et plusieurs autres que je pourrais emprunter aux auteurs, ne me semblent laisser aucun doute sur la possibilité d'obtenir, dans quelques cas rares, la résorption du liquide kystique, et c'est surtout lorsque la tumeur est encore peu volumineuse, qu'il est permis d'espérer une semblable guérison. Je ne vois d'ailleurs aucun inconvénient sérieux à tenter la médication iodique, par exemple, et les purgatifs, administrés, avec prudence, pourraient être également utilisés.

Une malade, opérée plus tard par M. Boinet, et que j'interrogeais sur ses antécédents, me racontait que pendant les seize années qui avaient précédé l'opération, elle avait subi une foule de traitements, mais que les purgatifs seuls, longtemps prolongés, avaient, à trois reprises différentes, produit une diminution notable dans le volume de la tumeur : pendant dix-huit mois, elle s'était crue guérie, mais le kyste s'était rempli de nouveau ; elle s'est alors soumise à l'injection iodée, et depuis lors (mai 56) la tumeur a complétement disparu.

Évidemment il ne faut pas s'exagérer l'importance de ces médications internes, elles échoueront dans le plus grand nombre de cas, mais les succès obtenus, quelque rares qu'ils soient, doivent empêcher les praticiens de les repousser systématiquement. Il y a lieu de penser, en effet, que leur efficacité doit être très variable suivant la variété de kystes à laquelle on a affaire, et ce qu'il y a de mieux pour l'avenir, c'est de chercher à distinguer les cas dans lesquels elles peuvent être utiles.

Je reviens à la question purement chirurgicale.

Pour moi, comme pour la plupart des chirurgiens, c'est seulement lorsque le kyste a acquis un volume considérable, lorsque, continuant à se développer, il gêne déjà par sa masse les organes voisins, trouble l'irrégularité des grandes fonctions, devient le siége de douleurs plus ou moins vives, que le chirurgien peut songer à intervenir. Mais savoir où doit aller cette intervention, là est toute la question.

Et, d'abord, l'hydropisie enkystée de l'ovaire est-elle une maladie assez gravepour légitimer cette intervention. Ce qui a été dit par les honorables collègues qui m'ont précédé à cette tribune, me dispense d'entrer à cet égard dans de grands développements. Tous ou à peu près tous ont été unanimes pour reconnaître la gravité extrême de l'affection. Mais ils n'ont peut-être pas assez insisté sur la rapidité avec laquelle elle cause la mort des malades. Quand on dit : je connais une femme qui, depuis vingt, trente, ou quarante ans, porte un kyste de l'ovaire, on énonce sans doute un fait vrai, mais on en tire une conséquence très fausse quand on cesse de considérer ce fait comme très exceptionnel, et que généralisant un fait isolé, on conclut trop facilement à la bénignité de cette affection. Il faut le dire et le redire, l'hydropisie enkystée de l'ovaire entraîne le plus souvent la mort : suivant M. Velpeau, la terminaison fatale ne se fait guère attendre plus de cinq ou six ans, quand la maladie est complétement abandonnée à elle même, ou traitée seulement par les moyens médicaux. A en croire quelques autres auteurs, la vie moyenne serait encore plus courte. Ainsi, cherchant à apprécier la durée moyenne de la maladie, traitée seulement par les moyens médicaux, le docteur Lée arrive à ce résultat, que parmi ces malades :

26 p. 100 vivent 1 an ;
19 p. 100 vivent 2 ans ;
13 p. 100 vivent 3 ans ;
8 p. 100 vivent 4 ans ;
23 p. 100 vivent 5 ans.

En résumé, la moitié des malades meurent dans les deux ans : sur 123 femmes, 63 moururent dans les deux ans, et 90 de ces 123 dans les quatre ans.

J'avais espéré pouvoir donner à l'Académie une statistique beaucoup plus étendue que toutes celles qui ont été publiées sur la durée moyenne de cette maladie, et j'avais pensé qu'en m'adressant à tous les médecins, j'obtiendrais ainsi une masse de documents. Malheureusement, mon espoir ne s'est point réalisé, et, tout en remerciant ceux de nos confrères qui ont répondu à mon appel, j'ai le regret de dire que les observations reçues sont en trop petit nombre pour pouvoir les utiliser.

Je dois dire aussi qu'on trouvera, dans les auteurs et les écrits périodiques, peu de faits qui donnent des renseignements précis sur l'âge et la durée de la maladie.

Après bien des recherches, je suis, du reste, arrivé au même résultat que le docteur Lée, car après avoir recueilli 31 observations, j'ai vu que 7 de ces malades seulement avaient vécu plus de dix ans, et que pour toutes les autres la moyenne était de deux ans à deux ans 1/2 à peu près, en faisant dater la maladie du moment où la tumeur a eu un volume appréciable.

Toutefois, gardons-nous de donner à ces résultats statistiques une trop grande valeur. Je suis très disposé à croire qu'ils exagèrent un peu la mortalité. Il est infiniment probable, en effet, et c'est un reproche assez peu mérité par la plupart des statistiques, que les faits heureux, beaucoup moins intéressants, ont été plus rarement publiés que les cas malheureux. Aussi, en tenant compte de cette circonstance, je crois être dans le vrai en disant que, lorsque le kyste de l'ovaire paraît avoir une tendance continuelle à s'accroître et qu'il contient déjà quatre à cinq litres de liquide, la malade ne doit en moyenne compter que sur quatre années d'existense.

Quatre ans de vie, c'est bien peu, surtout si on réfléchit que la plupart de ces malades n'ont pas dépassé 40 ans.

Mais, dit M. Moreau, nous ne conseillons l'expectative que dans de certaines limites, et quand la tumeur a fait des progrès considérables ; nous croyons qu'il y a une chose à faire, c'est la ponction palliative. Mais nous pensons, avec M. Malgaigne, que c'est la seule chose à faire. Une de mes clientes l'a subie 28 fois depuis 28 ans ; une autre a été ponctionnée 110 fois ; enfin, une dernière a été radicalement guérie après une simple ponction.

Certes, Messieurs, ces faits et plusieurs autres semblables que je pourrais citer, portent avec eux leur enseignement ; mais peut-on les généraliser, comme semblent vouloir le faire les adversaires de la cure radicale, et laisser croire que la ponction simple non seulement soulage les souffrances actuelles des malades, mais encore éloigne beaucoup le terme fatal?

Hélas ! non : la ponction n'est qu'un palliatif bien momentané : quelques jours parfois, quelques mois au plus sont à peine écoulés, et la tumeur reparaît pour être bientôt aussi volumineuse et produit de nouveau tous les accidents qui avaient nécessité la première opération. Qu'importe, direz-nous, on recommence et voilà tout... Non, ce n'est pas tout, car il ne faut pas croire que ces ponctions aient les avantages que vous voulez bien leur prêter. Si, en effet, elles soulagent immédiatement, elles ont été assez souvent suivies de la mort prompte des malades, pour que, malgré le silence des autopsies, on soit disposé à les croire pour quelque chose dans cette terminaison aussi brusque que fatale. Vous avez entendu M. Velpeau raconter que dans une seule année, cinq ou six malades succombèrent brusquement le lendemain et le surlendemain d'une première ponction; trois des clientes de M. Cruveilher moururent ainsi, sans qu'une autre cause de mort puisse être invoquée : elles avaient été ponctionnées *palliativement*, quelques jours avant. M. Malgaigne en a vu une autre mourir en 24 heures ; une dame de mes clientes cessait de vivre trois jours après une seconde ponction : M. Duclout a résumé dans sa thèse les statistiques de Southam, Savart-Lee et Kiwisch, et il en résulte que sur 130 femmes ponctionnées *toujours palliativement*, 22 ont succombé quelques jours ou quelques heures après la ponction. Je ne veux pas insister davantage sur ces lugubres résultats, dont la plupart nous ont déjà été présentés par MM. Trousseau et Huguier, ils parlent assez haut pour n'avoir pas besoin de commentaires, et je me contenterai de dire avec M. Velpeau, qu'il faut y regarder à deux fois avant de pratiquer cette opération palliative.

Mais en dehors de ce danger immédiat, la ponction offre-t-elle au moins aux malades la chance probable de prolonger notablement leur existence. Reconnaissons d'abord que, dans quelque cas, elle a été suivie d'une guérison radicale, mais les cas sont si rares qu'il est à peine possible de baser sur eux une espérance. Dans l'immense majorité des faits, la récidive a eu lieu, de nouvelles ponctions sont devenues nécessaires et les malades succombent assez rapidement. Je ne reviendrai pas sur les statistiques citées à cette tribune : elles semblent établir que la moitié des femmes succombent dans les deux années qui suivent la première ponction. Je crois qu'il y a là une exagération involontaire, et cette exagération tient à ce qu'on ne publie guère les ponctions simples non suivies d'accidents, tandis que celles qui causent la mort éveillent vivement l'attention et sont livrées à la publicité. Je suis même convaincu que la ponction prolonge un peu la vie des malades. Si, en effet, à l'exemple du Dr Atlée, on compare la vie moyenne des femmes ponctionnées et de celles dont le kyste a seulement été traité par des moyens médicaux, on voit que les premières ont vécu sensiblement plus que les secondes.

La ponction rend donc des services incontestables, mais les chiffres de mort cités plus haut démontrent toute son insuffisance, et vraiment MM. Malgaigne et Moreau ne sont pas difficiles, s'ils s'en contentent.

Avoir prouvé le danger des kystes de l'ovaire, traités par les moyens médicaux, aidés ou non de la ponction, c'est exprimer tacitement le désir d'un traitement plus sûr et plus radical. Aussi, a-t-on depuis longtemps déjà cherché dans la médecine opératoire un remède à une si grave maladie. Je ne reviendrai pas sur les diverses opérations proposées, elles sont toutes connues et plus ou moins bien appréciées ; je me bornerai à examiner la valeur des injections iodées.

Pour juger de la valeur d'une méthode, il faut, quand cela est possible, interroger les résultats qu'elle a déjà donnés. C'est apprécier l'arbre par ses fruits. Or, bien que l'emploi des injections iodées dans le traitement des kystes ovariques ne remonte guère au-delà de douze à quinze ans, les faits sont déjà assez nombreux pour être consultés avec fruit. J'examinerai d'abord les faits que M. Boinet a bien voulu me communiquer. Dans plusieurs d'entre eux, il m'a été possible de constater moi-même la guérison.

M. Boinet m'a communiqué 44 cas dans lesquels il a employé les injections iodées. Ces 44 observations ont été prises sur des femmes dont l'âge variait depuis 15 à 78 ans. C'est assez dire que, pour M. Boinet, tous les âges sont égaux devant les injections iodées. Pour bien juger ces faits, il me paraît utile de les catégoriser, et de voir successivement quel a été le résultat de l'opération, suivant que le kyste était uniloculaire ou multiloculaire, suivant aussi les qualités du liquide.

30 de ces kystes étaient uniloculaires. Parmi eux, 21 contenaient un liquide séreux, citrin et coulant très facilement ; 2 renfermaient un liquide légèrement sanguinolent ; 6 un liquide purulent ou séro-purulent ; 3 un liquide hydatique ; 1 était compliqué de tumeur fibreuse.

Sur les 21 kystes uniloculaires séreux, 19 ont guéri après une ou plusieurs ponctions et injections ; 2 ont succombé à la péritonite et à la résorption purulente. Au dire de M. Boinet, les imprudences des malades auraient été cause de la péritonite, mais je ne tiens compte que de la mort.

Chez une de ces malades, qui se croit encore aujourd'hui guérie et qui a été opérée pour la dernière fois il y a plus de trois ans, j'ai constaté, ces jours derniers, un commencement de récidive. C'est donc seulement 19 guérisons.

Sur deux femmes qui avaient un liquide sanguinolent, l'une est guérie, l'autre, qui avait deux tumeurs kystiques, a vu seulement disparaître une de ces tumeurs, l'autre s'est reproduite. Donc, 1 guérison, 1 insuccès.

Des 6 kystes purulents, 4 ont guéri, 1 récidive, 1 mort.

Les 3 kystes hydatiques ont guéri.

Ainsi, sur ces 32 kystes appartenant à 30 malades, il y a eu, en résumé, 27 guérisons, 3 récidives 2 morts.

Mais les kystes dont nous venons de parler sont certainement les plus favorables, on pourrait peut-être dire les seuls favorables à l'opération, et il est bon de noter que, conformément à l'opinion générale, les kystes uniloculaires séreux offrent une presque certitude, puisque, sur 21 cas, il y a eu 19 succès, 1 seule mort. Malheureusement, les autres variétés de kystes offrent des résultats beaucoup plus fâcheux.

Deux kystes uniloculaires ont donné un liquide filant, gélatineux ou albumineux. Le résultat a été une mort, une guérison.

Le résultat des opérations pratiquées dans les kystes multiloculaires est encore beaucoup moins favorable. 11 malades ont été traitées par M. Boinet : 6 sont mortes, 5 n'ont pas été guéries, et sont regardées par lui comme incurables.

De la pratique de M. Boinet on peut donc conclure que les kystes uniloculaires guérissent presque tous par les injections iodées ; que les kystes uniloculaires, contenant un liquide séro-purulent, offrent après ceux-ci les chances les plus favorables, puisque quatre sur six ont guéri.

Quant à l'influence des liquides séro-sanguinolents, des liquides visqueux et gélatineux, elle est évidemment très mauvaise, comme le prouveront les autres faits dont je parlerai ; mais le nombre des observations est encore trop peu considérable pour bien savoir ce qu'il faut craindre ou espérer.

Quant aux kystes multiloculaires, la méthode ne leur paraît pas applicable.

Les faits de M. Boinet ne sont pas les seuls qu'il m'importe de soumettre à l'attention de l'Académie.

M. Monod m'a communiqué le résumé de sa pratique. Il a conservé ses notes sur 8 observations. Il compte 6 guérisons, 1 insuccès, 1 mort. Il emploie, comme on sait, la solution de Guibourt.

M. Nélaton, on vous l'a déjà dit, a fait neuf opérations de ce genre. Trois kystes séreux et uniloculaires ont guéri. Il a échoué dans six cas

de kystes multiloculaires, ou contenant un liquide épais, gluant, comme gélatineux, et purulent.

M. Robert vous a déclaré qu'après avoir eu six fois recours à cette opération, il n'avait pas vu une seule fois survenir des accidents graves; 4 de ses malades ont guéri, 2 ont montré plus tard des récidives.

M. Huguier, sur 9 opérations, n'a vu qu'une seule fois survenir des accidents de péritonite, mais aucun de ces malades n'a succombé. Il vous a signalé 5 guérisons, 2 récidives, 1 amélioration notable sous l'influence de la canule, que la malade porte depuis deux ans.

M. Demarquay m'a dit avoir fait 10 opérations : il n'a eu qu'une seule mort. Mais il n'a pu suivre assez longtemps les malades pour donner les résultats définitifs.

M. Giraldès m'a assuré avoir 7 fois employé les injections iodées. Il n'a jamais eu le moindre accident, mais il ne sait pas ce que ses malades sont devenues. J'ai pu, ces jours derniers, examiner une femme que notre confrère avait ponctionnée et injectée il y a deux ans. La guérison paraît se maintenir.

M. Maisonneuve a ponctionné et injecté 5 kystes uniloculaires, séreux et sans complication de tumeurs; 3 de ses malades ont été guéries après une seule ponction et une seule injection. Une n'a été guérie qu'après deux ponctions et deux injections; une autre n'a pas été guérie.

Il se rappelle 6 femmes ayant un kyste multiloculaire, avec un liquide de mauvaise nature (visqueux, chocolat ou purulent). Chez toutes, la canule fut laissée à demeure; toutes moururent pendant le traitement, dans un espace de six semaines à six mois.

M. le professeur Simpson d'Édimbourg, raconte avoir fait sept ou huit opérations semblables, il s'est servi de la teinture d'iode de la pharmacopée d'Édimbourg, il en injecte habituellement deux ou trois onces. Dans quelques cas il a laissé sortir une partie du liquide injecté, dans quelques autres, il a laissé la totalité du liquide dans le kyste.

Aucune douleur locale, aucune douleur générale n'a suivi l'injection. Dans un seul cas, il y eut de la douleur, de la fièvre, mais la malade avait éprouvé les mêmes symptômes à la suite d'une ponction simplement palliative.

Dans quelques cas le liquide s'est reproduit presque aussi vite que lorsqu'on n'a pas injecté d'iode, mais dans le plus grand nombre, la guérison paraît avoir été obtenue, ou du moins a été constatée six mois encore après l'opération.

L'honorable docteur Sere de Thumret, m'a transmis une observation fort curieuse du kyste de l'ovaire, traité d'abord sans succès par une injection composée de 250 grammes d'alcool camphré, qui fut trois mois après guéri par l'injection du docteur Boinet.

M. Bigot d'Évreux a tenté deux fois la cure radicale par les injections iodées chez une femme de 52 ans qu'une première ponction avait déjà débarrassé de 7 litres de liquide citrin, il se décida un mois après à faire suivre la deuxième ponction d'une injection iodée, trois semaines après le kyste est aussi rempli qu'avant, puis après deux mois on ne sent plus rien. Il croit à la guérison; six mois après récidive, puis de nouveau, ponction et injection, il y a 15 jours à peine.

Chez la seconde malade, chez laquelle le kyste est compliqué de tumeur, une première injection a été suivie de récidive; la seconde a été faite récemment, il est impossible de dire quel en sera le résultat.

M. le docteur Rechlmann, de Epsig (Bas-Rhin), a bien voulu me communiquer l'histoire d'un kyste dont le liquide, d'abord citrin, se montra purulent après les ponctions subséquentes; les trois dernières ponctions furent suivies d'une injection iodée, mais toujours sans succès. La malade succomba peu de temps après.

M. le docteur Philippart, de Roubaix, publiera probablement une observation fort intéressante dont je ne peux ici faire connaître que le résultat. Cet honorable confrère avait cru devoir combiner les injections iodées avec la canule à demeure, tout allait pour le mieux, lorsqu'une imprudence ou plutôt une maladresse de la sœur de la malade, fut la cause d'une péritonite rapidement mortelle.

En additionnant tous ces faits, nous avons cent-dix-sept cas de kystes ovariques, dans lesquels on a eu recours aux injections iodées, tantôt, comme l'a dit M. Robert, en conservant au kyste son caractère de cavité close, tantôt, au contraire, en provoquant la suppuration par la canule laissée à demeure. Ces faits, ne laissent aucun doute sur les avantages du premier procédé, mais les résultats donnés par la sonde à demeure sont tellement défavorables, qu'il ne faudra, désormais, rien moins qu'une nécessité des plus impérieuses pour autoriser le chirurgien à tenter une pareille méthode.

Vous avez vu, Messieurs, que les 6 malades observées par M. Maisonneuve ont toutes succombé, que les 3 malades dont M. Robert nous a raconté l'histoire sont également mortes. Dans 6 observations de M. Nélaton, il y a eu un insuccès ou mort. M. le docteur Philipert, de Roubaix, qui pendant si longtemps a cru sauver et guérir sa malade, a vu bientôt une injection mal faite causer une péritonite mortelle; le même sort n'est-il pas, un jour ou l'autre, réservé à la malade que M. Huguier a bien voulu me faire examiner, et qui depuis deux ans, il faut en convenir, doit à sa canule une santé parfaite. M. Boinet lui-même, qui pendant si longtemps s'est servi de la canule, a obtenu des résultats si malheureux, que son avis, aujourd'hui, est de réserver la sonde à demeure pour des cas tout exceptionnels, et lorsque déjà un grand nombre de ponctions et d'injections ont échoué. Peut-être serait-il plus sage alors d'y renoncer complétement.

Un fait vraiment remarquable, et qu'il importe de signaler, c'est que, sur ces cent dix-sept observations, il n'en est pas une seule dans laquelle l'injection iodée ait produit des accidents sérieux. Dans quelques cas, il est vrai, on a signalé quelques phénomènes dus à l'intoxication iodique, dans certains autres quelques accidents inflammatoires, mais jamais ces accidents n'ont eu de conséquences fâcheuses; et d'ailleurs, cela fût-il arrivé dans quelques cas, on serait mal venu, à mon avis, à attribuer ces accidents à l'injection, car il n'est pas rare de voir une inflammation redoutable et même mortelle résulter d'une simple ponction palliative. S'il fallait même comparer les résultats de la ponction simple et de la ponction suivie d'injection iodée, on arriverait certainement à cette conclusion : que la première a, plus souvent que la seconde, déterminé une kystite ou une péronite mortelle. Bien mieux, dans quelques cas où existaient déjà des symptômes évidents d'inflammation et de purulence du kyste, l'injection iodée a modifié très avantageusement la surface interne du kyste et diminué les accidents.

Notons aussi que soixante-deux de ces kystes étaient des kystes séreux et uniloculaires et que sur ces soixante-deux, quarante-huit ont guéries, onze ont été opérés sans succès, mais sans accidents, et que dans quatre cas seulement les femmes sont mortes; que des dix malades de M. Demarquay, des six de M. Giraldes, aucune n'a éprouvé d'accidents.

Une remarque encore importante, c'est que parmi les malades non guéries, il en est bien peu qui n'aient retiré quelques avantages des injections iodées; parmi celles que nous avons notées comme récidivistes, presque toutes ont vu, après une ou plusieurs injections, le liquide se reproduire plus lentement et la tumeur qui, primitivement, avait très rapidement atteint un volume considérable, rester longtemps stationnaire. Cette influence heureuse des injections iodées s'exerce même dans des cas en apparence très défavorables. Ainsi, j'ai examiné ces jours derniers avec M. Boinet, deux dames qui se croient encore aujourd'hui guéries. L'une d'elles, opérée en 1848, portait un kyste dont on a extrait 22 litres de liquide, et de plus une tumeur fibreuse développée à côté ou dans l'épaisseur même des parois du kyste, une seule ponction et une seule injection furent faites, et depuis cette époque, 1848, cette dame qui était alors dans un état pitoyable, a repris de l'embonpoint et jouit d'une santé parfaite; elle se croit radicalement guérie; malheureusement il n'en est pas ainsi, et en l'examinant avec soin, nous avons constaté qu'à côté de la tumeur fibreuse notablement augmentée de volume, existe un petit kyste contenant au moins un litre de liquide.....

J'ai également visité récemment une dame qui, avec une tumeur fibreuse, avait aussi un kyste de l'ovaire très volumineux, elle fut ponctionnée et injectée en 1851 par M. Boinet, en 1853, j'examinai cette malade et je ne trouvai aucune trace de kyste. Je l'ai revue ces jours derniers avec M. Boinet et nous avons pu constater que la tumeur fibreuse avait pris assez de développement et qu'à côté d'elle existait aujourd'hui un kyste contenant à peu près deux litres de liquide. Nous nous sommes bien gardé d'en instruire cette femme qui jouit du reste d'une santé parfaite et se croit radicalement guérie.

Ainsi, Messieurs, en supposant, et ce n'est pas démontré, que c'est bien l'ancien kyste qui s'est reproduit, et non un kyste nouveau qui s'est développé, ce qui me paraît tout aussi probable, voilà deux femmes qui sont restées, l'une huit ans, l'autre cinq ans, sans ressentir aucune atteinte d'un mal qui, très probablement, se serait reproduit en quelques mois, si la ponction simple avait été pratiquée, et aurait entraîné la mort en quelques années.

N'oubliez pas, Messieurs, qu'il y a dix ans à peine toutes ces malades étaient vouées à une mort certaine, que, grâce à la nouvelle méthode, 48 jouissent aujourd'hui d'une santé parfaite, et vous conclurez avec moi que c'est faire une faute grave que de se refuser, dans les cas favorables, à une semblable opération.

Ces cas favorables sont maintenant bien connus : je n'y reviendrai pas. Je ferai seulement remarquer qu'à l'exception des liquides épais, gélatineux, fortement visqueux ou chocolat, qui jusqu'à présent ont résisté au traitement iodique, les liquides purulents ou séro-purulents, sanguins ou séro-sanguinolents ne sont pas, comme on l'a dit, une contre-indication formelle à l'opération. Et si cette catégorie offre d'assez nombreux insuccès, les guérisons obtenues jusqu'à ce jour légitiment de nouvelles tentatives.

Aux kystes multiloculaires, à loges nombreuses surtout, la nouvelle méthode ne paraît nullement applicable.

Nos honorables collègues, et M. Robert en particulier se sont demandé ce que deviennent ultérieurement les kystes traités et guéris par l'injection iodée. Les faits que j'ai vus deux, six mois, trois, quatre ans après la guérison me portent à penser que la maladie peut se terminer de trois manières différentes : tantôt, comme M. Robert, j'ai vu ces kystes fortement revenus sur eux-mêmes, ne plus constituer qu'une tumeur peu volumineuse, et nécessitant seulement l'usage d'une ceinture bien faite, mais conservant toujours leur caractère de kyste, et offrant une certaine fluctuation. J'avoue que pour ceux-ci la guérison radicale ne me paraît pas parfaitement assurée, et plus que tous autres ils me semblent sujets à récidive.

Dans quelques cas je n'ai pu trouver dans la partie inférieure du ventre qu'une tumeur dure, un peu inégale, et dont le volume varie depuis celui du poing jusqu'à celui d'une tête de fœtus à terme; il ne m'a pas été possible de trouver la fluctuation. Les parois épaissies et rétractées du kyste formaient seuls la tumeur.

Enfin, dans certaines circonstances, je n'ai pu, malgré toute l'attention possible, trouver trace de tumeur, la pression faite avec soin sur toute l'étendue des parois abdominales, ne m'a fait distinguer aucune résistance anormale, aucun empâtement, aucun gonflement. La percussion avait partout une sonorité physiologique, en un mot, aucun vestige du kyste, et cela dans des cas où plus de 20 litres de liquide avaient été extraits au moment de l'opération... Que sont devenues les parois? ont-elles été résorbées, sont-elles aplaties l'une contre l'autre, de manière à fournir une espèce de toile, second épiploon qui recouvrirait toute la masse intestinale? Je n'en sais rien; mais quelle que soit la réponse que l'anatomie pathologique fera plus tard à ces questions, le fait m'a beaucoup étonné et mérite, je crois, d'être signalé.

La plupart des objections faites aux injections iodées me paraissent pouvoir être faites également à la ponction simple, et M. Huguier a suffisamment démontré leur inanité. Il en est une cependant que M. Huguier a oubliée, et qui mérite d'être réfutée, car elle est de nature à impressionner vivement les praticiens.

Si tous les kystes de l'ovaire, a-t-on dit, ne se prêtent pas aux injections iodées, si, dans quelques-unes de leurs variétés, l'opération a paru accélérer la terminaison fatale, il importe, avant de la pratiquer, de bien établir le diagnostic, et de reconnaître et la nature du liquide et la multiplicité des loges. Or, cela n'est pas toujours possible, et vous agissez en aveugle. Quant à la nature liquide, nous avons vu qu'excepté les liquides épais, très visqueux, albumineux ou gélatineux, tous les autres, séreux, hydatiques, séro-purulents ou séro-sanguinolents, pourraient être traités avantageusement par la méthode. Donc, si le diagnostic différentiel de ces derniers liquides est à peu près impossible, il devient aussi à peu près inutile. Au contraire, avec une certaine habitude, on reconnaît, dans les kystes albumineux ou gélatineux, une ondulation, une fluctuation toute différente, et la main perçoit alors une sensation qu'il est beaucoup plus facile de reconnaître que de décrire.

Le diagnostic des kystes multiloculaires est aussi assez facile quand la cavité présente un petit nombre de loges; car l'ondulation paraît alors comme cloisonnée, comme limitée seulement à telle ou telle partie de la tumeur. De telle sorte que si les mains, appliquées toutes deux sur les parois abdominales, sont placées à 10 ou 15 centimètres l'une de l'autre, elles perçoivent l'ondulation qui disparaît aussitôt qu'elles s'écartent davantage. Le même fait peut se reproduire plusieurs fois, les mains étant promenées sur toute la surface de la tumeur.

Après tout, le diagnostic préalable est-il donc d'une aussi grande importance? Je ne le pense pas. La ponction une fois pratiquée, toutes les incertitudes disparaîtront. Vous serez alors suffisamment éclairé et sur la nature du liquide, et sur la multiplicité des poches, et, en supposant le cas très défavorable, vous vous arrêterez, et la malade en sera quitte pour une simple ponction.

Si je ne craignais d'abuser de la bienveillante attention de l'Académie, j'ajouterais quelques observations sur l'époque à laquelle il convient d'opérer, sur la préférence que M. Huguier croit devoir accorder, dans quelques cas, à la ponction vaginale, et sur les ponctions préalables faites dans le but d'obtenir une rétraction partielle des kystes avant de pratiquer l'injection, ponctions préalables sur lesquelles, dans ces derniers temps, a particulièrement insisté M. Demarquay. Mais je serai très bref sur chacun de ces points. Le moment où il convient d'intervenir a été fixé par M. Robert; je n'y reviendrai pas.

Quant à la ponction vaginale, elle ne me paraît acceptable que dans les cas où le kyste repoussant en bas le vagin, fait une saillie plus ou moins considérable à la partie supérieure de ce canal. Dans tous les autres cas, elle doit être rejetée.

Enfin, les ponctions préalables suivies de l'écoulement partiel du liquide, offrent, à mon avis, plus d'inconvénients que d'avantages. D'un côté, en effet, des faits nombreux prouvent que les kystes les plus volumineux ont pu être évacués complétement en une seule fois et guérir par l'injection; de l'autre, les ponctions répétées ont plusieurs fois produit sur les qualités du liquide une influence désastreuse, et un liquide séreux et citrin, à une première ponction, a quelquefois offert une purulence marquée après la seconde ou la troisième; enfin les ponctions simples ont si souvent été suivies d'accidents, qu'il me paraît imprudent d'exposer les malades à ces chances défavorables.

En résumé, Messieurs, il me semble prouvé, par tout ce que je viens de dire :

1° Que les kystes de l'ovaire constituent une maladie des plus graves et assez promptement mortelle.

2° Que la ponction dite palliative ne guérit que dans les cas très exceptionnels, ne soulage que pour peu de temps, expose la malade à des dangers sérieux, sans lui offrir, en compensation, les chances probables d'une vie moyenne.

3° Que la ponction suivie de l'injection iodique est, dans l'état actuel de la science, le moyen le plus sûr et le moins dangereux de guérir cette maladie jusqu'alors incurable.

4° Qu'il est aujourd'hui plus que rationnel d'y recourir dans tous les cas de kystes séreux, hydatiques et uniloculaires.

5° Si les kystes séro-purulents ou séro-sanguinolents offrent moins de chances de guérison, les résultats obtenus par M. Boinet autorisent à en tenter la cure radicale.

6° Enfin, que les kystes à loges nombreuses, comme tous ceux dont les liquides sont épais ou gélatineux, ne paraissent pas susceptibles de guérir par la nouvelle méthode.

Mais enfin, n'y a-t-il rien de mieux à faire dans ces cas malheureux que d'abandonner les malades à une mort certaine. Je ne veux que toucher à cette question, Messieurs, car je sais que ma réponse rencontrera dans cette enceinte peu de sympathies, et que pour la justifier, je serais obligé d'entrer dans de trop longs développements.

Toutefois, je ne veux pas quitter cette tribune sans protester contre l'espèce d'anathème lancé par plusieurs de nos collègues sur l'extirpation des ovaires. Je crois qu'avant de proscrire, il faut examiner, et qu'on n'a pas assez sérieusement examiné. Réservée pour les kystes multiloculaires et aréolaires, pour ceux dont le liquide est albumineux ou gélatineux, je n'hésite pas à déclarer que, dans ma conviction, l'opération est pleinement justifiable. Le succès, a dit M. Cruveilhier, ne justifie pas les entreprises téméraires. Je ne suis pas de cet avis, l'histoire de la chirurgie est là tout entière pour prouver le contraire. Et M. Cruveilhier, en reconnaissant l'utilité des injections iodées dans les kystes de l'ovaire, a donné à son aphorisme cet éclatant démenti. Que de gens, avec lui, les ont, pendant longtemps, qualifiées d'entreprise téméraire.

Certes, je n'ai pas la prétention de justifier toutes les opérations pratiquées en Angleterre et en Amérique. Il est incontestable que quelques-unes d'entre elles l'ont été avec une légèreté impardonnable; mais il est incontestable qu'un grand nombre de femmes ont dû la vie à cette opération. Malgré les erreurs nombreuses de diagnostic, malgré les incertitudes, les tâtonnements que rencontre à son début tout nouveau procédé opératoire, près des trois quarts des femmes ont survécu à l'opération et ont guéri. Or, je veux bien croire que tous les insuccès n'ont pas été publiés, et qu'il faut en tenir compte. Soit. Pour rétablir l'équilibre, supposons, si vous voulez, qu'on a dissimulé la moitié des cas malheureux, il n'en restera pas moins un chiffre incontestable, c'est que la moitié de ces femmes ont survécu à l'extirpation.

Or, n'oublions pas qu'il s'agit ici d'un kyste de l'ovaire, et d'un kyste de la pire espèce, que lorsque ces tumeurs malignes ont acquis un volume considérable, elles tuent les malades dans un temps très court, et, avant de les tuer, elles déterminent des souffrances telles, qu'à plusieurs de ces malheureuses, la mort semble préférable à la vie; eh bien! dans ces conditions, on vient proposer une opération qui, jusqu'à présent a donné 50 p. 0/0 de succès, et vous la rejetez avec dédain. Eh bien! je dis que votre indignation n'est pas légitime, et que vous n'avez pas le droit de pas instruire les familles des ressources qu'elle offre à la malade. Je dis que tous les jours les chirurgiens pratiquent des opérations tout aussi graves pour des maladies dont les indications ne sont pas plus pressantes.

Encore une fois, je ne veux pas prolonger cette discussion, plus tard, peut-être, elle sera reprise. J'ai voulu seulement que les paroles prononcées par MM. Malgaigne et Cruveilhier, ne restassent pas sans réponse dans cette enceinte.

Je n'ajoute plus qu'un mot. L'emploi des injections iodées est une des conquêtes les plus glorieuses de la chirurgie moderne. C'est à M. Velpeau, sans aucun doute, à ses beaux travaux sur les cavités closes que revient l'honneur d'avoir popularisé cet admirable agent thérapeutique. Mais pour être juste envers tous, ajoutons que c'est au docteur Boinet qu'appartient incontestablement l'honneur d'avoir prouvé les avantages des injections iodées dans le traitement des kystes de l'ovaire. C'est à son activité, à son zèle pour la chirurgie que nous devons de ne plus en être réduits aujourd'hui à l'incision de Ledran, à la ponction vaginale ou à l'extirpation. C'est à lui qu'une foule de femmes, vouées à une mort certaine et prompte, devront encore de longs jours. C'est donc un service éminent rendu à l'humanité et à la science, et l'Académie saura un jour, j'espère, payer la dette de la science et de l'humanité.

La séance est levée, et la continuation de la discussion est renvoyée à la séance prochaine.

Société d'hydrologie médicale de Paris. — La Société d'hydrologie médicale de Paris tiendra la première séance de sa quatrième session le lundi, 24 novembre, à 3 heures, au siége habituel de ses réunions publiques, quai Malaquais, n° 3.

COURS DE PATHOLOGIE ET DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALES. — M. le docteur Aran, agrégé, chargé de ce cours comme suppléant de M. le professeur Andral, commencera ses leçons le *jeudi* 20 *novembre*, à 3 heures de l'après-midi, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et les continuera les *mardis, jeudis* et *samedis*, à la même heure.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FELIX MALTESTE et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 141. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 22 Novembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu, clinique de M. Jobert de Lamballe) : Observation de fistule vésico-utérine guérie par l'opération. — — II. Clinique médicale : (Hôpital de la Charité, services de MM. Velpeau et Cruveilhier) : Sur un cas d'épididymite blennorrhagique, suivie d'inflammation de la vésicule séminale, de péritonite et de pleurésie ; anémie testiculaire ; autopsie. — III. Pathologie : Observation de kyste de l'ovaire guéri par la ponction palliative. — IV. Académies et sociétés savantes. (Académie des sciences.) Séance du 10 novembre : Développement de la sensibilité par suite d'inflammation dans les parties de peau frappées de lèpre. — Extirpation des capsules surrénales chez les rats albinos. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Traité de l'impuissance et de la stérilité.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôtel-Dieu. — Clinique chirurgicale de M. Jobert de Lamballe.

OBSERVATION DE FISTULE VÉSICO-UTÉRINE GUÉRIE PAR L'OPÉRATION.

Depuis un certain nombre d'années, les lésions mal connues et mal étudiées acquièrent un positivisme remarquable. La structure et les fonctions des organes mieux connues conduisent aussi à la découverte d'altérations ignorées. A chaque instant, la science enregistre de nouveaux faits qui témoignent de l'ardeur scientifique de l'époque.

Ce qui vient d'être dit est vrai pour beaucoup d'appareils d'organes, et, entre autres, pour les voies urinaires et les organes génitaux des deux sexes.

Aujourd'hui, un nouvel exemple vient prouver encore une fois de plus que, dès que l'attention est attirée sur une maladie, des faits nouveaux se produisent. C'est ainsi que se trouvent facilement expliquées maintenant des maladies sur lesquelles régnait une obscurité fâcheuse.

La nommée Geminel, âgée de 27 ans, couturière, rue Fontaine-Molière, n° 20, née à Presk (Meuse), entre à l'Hôtel-Dieu, salle St-Maurice, n° 2, le 4 juin 1856.

Cette femme semble être d'une assez bonne constitution et d'une assez bonne santé.

A 13 ans, elle a eu au côté gauche du thorax un abcès froid, qui a été incisé, et dans lequel on a introduit de la charpie trempée dans de la décoction de feuilles de noyer.

De 15 à 20 ans, elle a éprouvé un grand nombre de phénomènes hystériques, tels que boule, clou, céphalalgies intenses, gastralgie, appétit pour les fruits verts et les aliments vinaigrés, etc., tous symptômes nerveux, sauf la paralysie des membres. Je dois ajouter, pour être complet, qu'il s'est déclaré chez elle une aphonie de trois semaines, pendant lesquelles elle a été entièrement muette.

Ce n'est qu'à 20 ans que la menstruation a commencé à paraître, et ce n'est qu'à force de médicaments (quinquina, préparations ferrugineuses de toutes sortes, absinthe) qu'elle s'est définitivement établie au bout d'un an. Les règles vinrent alors chaque mois avec assez d'abondance. Elles duraient huit jours environ; le sang était bien coloré; elles étaient précédées de peu de douleur; dans leur intervalle, quelques fleurs blanches.

Elle a eu son premier enfant à 22 ans; la grossesse, l'accouchement et les suites de couche n'ont rien offert de particulier.

Elle se maria à l'âge de 24 ans et devint enceinte presque de suite.

Après six semaines de mariage, elle a eu une maladie qu'elle qualifie d'inflammation de bas-ventre et qu'elle attribue à la disproportion des organes sexuels de son mari relativement aux siens. Quoi qu'il en soit, vomissements, céphalalgie, constipation, envies fréquentes d'uriner, avec ténesme vésical, tels sont les symptômes éprouvés. Le traitement a consisté en bains, injections dans la vessie et le vagin; cinquante sangsues furent appliquées sur les reins par deux fois et en deux jours; enfin, après une perte qui dura trois jours, elle expulsa un œuf regardé par le médecin comme datant de deux mois.

C'est huit jours après cet avortement qu'elle s'est aperçue qu'elle perdait ses urines, sans avoir jamais rendu, par le vagin, de détritus.

Ses urines sortent toujours par le vagin sans que jamais l'envie d'uriner se fasse sentir. Les règles sont supprimées depuis cette époque.

Le médecin, ayant cru à un abcès intermédiaire à la vessie et à l'utérus, a introduit des linges dans le vagin, mais la malade prétend qu'on n'a pas introduit d'instrument.

État local. — Urètre normal. Pus au fond du vagin. Vagin humide par l'urine.

Par l'orifice du col utérin, on voit suinter un liquide.

Les parois du vagin sont saines d'ailleurs. Une sonde cannelée recourbée, introduite par l'orifice du col de l'utérus, vient rencontrer une sonde d'argent placée dans la vessie.

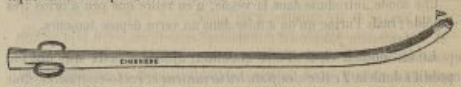
Cette malade, quinze jours après son entrée à l'hôpital, a été prise de symptômes de péritonite typhoïde, ce qui a retardé l'opération.

1er août. *Opération.* — La malade étant placée dans la position habituelle, les jambes pliées sur les cuisses et les cuisses sur le bassin, le siége près du bord du lit : un spéculum univalve déprime la cloison recto-vaginale, des leviers placés de chaque côté permettent de voir le col de l'utérus.

Je saisis, au moyen de pinces de Museux, les lèvres du col dont je fends les commissures; je peux alors pénétrer dans la cavité de l'utérus et constater qu'il existe une ouverture communiquant avec la vessie.

Avec des pinces à dents et le bistouri, les lèvres du museau de tanche sont ravivées de manière à avoir deux surfaces saignantes; au moyen d'aiguilles courbes, portées sur des manches et enfilées de lacets cirés, trois points de suture sont appliqués de manière à réunir les deux lèvres du col et en oblitérer complétement l'ouverture.

Une seringue pleine d'eau froide est injectée dans le vagin; un petit tampon d'agaric est introduit. On place dans la vessie une sonde métallique dont la disposition est la suivante :



Le bout vésical de la sonde est percé d'un trou. Sur sa concavité qui est très faible, existe une rigole longue environ de 2 ou 3 centimètres, en sorte que par ces deux ouvertures, l'urine peut s'écouler plus facilement. La malade est replacée dans son lit, les jambes écartées et pliées sur des coussins placés sous les jarrets.

Le soir, elle a peu de fièvre; elle a quelques douleurs de ventre. L'écoulement de sang par la vulve est presque nul.

Les urines sont sanguinolentes.

Le tampon d'amadou est retiré.

2 août. La malade a eu quelques frissons, elle a des douleurs de ventre assez vives; l'urine est toujours sanguinolente; la sonde ne peut être supportée, elle est retirée et l'on pratique le cathétérisme.

Lavement avec 60 centigrammes de sulfate de quinine.

3 août. Pas de fièvre. Quelques frissons. Les urines sont toujours teintes de sang dont la couleur est très rouge; la malade a de grandes douleurs dans le ventre, qui même de temps en temps lui arrachent des cris; il lui semble qu'elle a toujours des envies d'uriner; elle expulse par l'urètre de petits caillots de sang.

Depuis l'opération, le lit n'a point été mouillé par l'urine.

Tisane de groseille. Lavement avec 60 centigrammes de sulfate de quinine.

4 août. Toujours du sang par l'urètre, mêmes douleurs, mêmes envies d'uriner; l'introduction de la sonde est douloureuse.

Elle n'a pas été à la selle depuis l'opération. Eau de Sedlitz.

5 août. Le malade a été une fois à la selle. Mêmes symptômes du côté de l'abdomen. Elle ne perd pas d'urine.

7 août. N'a pas été à la selle depuis le dernier purgatif. Toujours de l'écoulement de sang.

Sedlitz. Lavement avec 30 grammes de sulfate de soude qui est donné le soir, la malade n'ayant pas été à la selle dans la journée.

8 août. Les deux premiers fils sont coupés; celui du milieu reste seul. Toujours de l'écoulement de sang; douleurs abdominales.

9 août. Même état. Bain.

12 août. Le troisième fil est retiré; tout est en bon état; les lèvres du col sont réunies. Il y a encore quelques légères douleurs. L'écoulement de sang a cessé, et les urines sont redevenues d'une couleur moins foncée.

Feuilleton.

TRAITÉ DE L'IMPUISSANCE ET DE LA STÉRILITÉ;

Par le docteur Félix Roubaud (1).

M. Roubaud expose d'excellentes raisons pour justifier son entreprise et le choix du sujet de son ouvrage; il fait valoir avec justesse l'importance des études qu'il a faites, et l'utilité plus grande qu'on ne le croit généralement que peut avoir pour le médecin la connaissance complète des infirmités dont sont susceptibles les fonctions de la reproduction. Cependant, on peut se demander, et on s'est demandé s'il n'y a pas un certain péril à publier sur ce sujet des ouvrages *ex professo*, qui, quoi qu'on fasse, ne restent pas confinés dans le pur domaine médical, et qui, par les précautions mêmes que l'on prend pour éviter ce résultat, tombent sous les yeux de gens qui ne devraient pas les lire. Je n'ai pas la prétention de résoudre ce point de déontologie littéraire, et je me borne à dire que M. Roubaud proteste avec une éloquente énergie, et avec toutes les apparences de la sincérité contre toute autre intention que celle que peut avoir en vue une imagination chaste et un esprit honnête.

La partie pathologique et thérapeutique de cet ouvrage est précédée d'une introduction, dans laquelle l'auteur examine, dans tous ses détails, la physiologie de l'espèce, c'est-à-dire la copulation, — la fécondation considérée dans l'acte spermatique et dans l'acte ovarien, — la génération, mystère impénétrable, au sujet duquel on ne peut faire que des conjectures plus ou moins savantes. — La fonction génératrice, par quelque mécanisme qu'on la suppose produite, offre à l'étude plus d'une question importante : la durée de la menstruation, les circonstances qui influent sur sa première manifestation, ou qui, dans son cours ultérieur, trouvent ici leur place, la signification de la menstruation, les phénomènes qui accompagnent cette sorte de ponte périodique. La fonction génératrice est loin d'être indépendante des autres fonctions de l'économie; l'étonnant changement que l'époque de la puberté entraîne dans tout l'organisme donne la preuve de ce *consensus;* la femme sans ovaire devient *virago*, l'eunuque cesse d'être homme; hélas! et le vieillard aussi!

La nutrition influence d'une manière remarquable l'activité génératrice; « une nourriture frugale, grossière même, mais suffisante, est infiniment préférable, pour le but à atteindre, à ces raffinements culinaires inventés par les palais blasés, et à ces excès de table dont toute civilisation avancée donne le triste spectacle. » Avis aux prêtres de Gastereа, qu'ils méditent sur ces *carpières de la misère* de la Sologne, où l'on isole « les carpes exclusivement destinées à la reproduction, les étangs étant si favorables à la croissance des carpes, que la rapidité du développement de leur taille les rend tout à fait infécondes. » Après la nutrition, l'auteur étudie la circulation, la respiration, les excrétions dans leur influence sur la fonction reproductrice. Puis, dans le domaine de la vie animale, le rôle du système nerveux central, des sens.

Le pouvoir de l'imagination est ici immense, dit M. Roubaud, et la réciproque n'est pas moins vraie : l'imagination ne peut guère exister sans l'aptitude à la génération, « car on ne connaît aucune production intellectuelle portant le cachet de l'originalité qui soit émanée d'un eunuque. » Des circonstances diverses influent sur le développement et l'exercice de la génération, les unes inhérentes à l'individu, tel que l'âge, — la constitution, — le tempérament. « On aurait plutôt, dit Venette, éteint un grand feu avec une goutte d'eau, et l'on obligerait plutôt un fleuve rapide à remonter vers sa source que de corriger l'inclination de cet homme » (il s'agit de l'homme bilieux); — les facultés morales et les passions dont l'excès peut devenir nuisible, — les habitudes... Le régime le plus favorable à l'énergie de la génération est celui qui tend à faire prédominer le tempérament nervoso-sanguin. L'étude des professions et des travaux occupe également l'auteur : les professions libérales sont éminemment propres, selon lui, à l'acte de la génération.

Parmi les circonstances étrangères à l'individu, le climat joue un grand rôle, comme chacun sait; les saisons également, et, quoi qu'en ait dit Beaumarchais sur les deux grands privilèges de l'homme, c'est au printemps que s'opère, dans l'espèce humaine, le plus grand nombre de conceptions; toutefois, l'homme civilisé échappe à l'humiliation de cette espèce de rut périodique par bien des artifices, et entre autres par cette sorte de printemps qu'en Suède, en Finlande, à Saint-Pétersbourg il sait se créer actuellement en hiver : dans ces pays, le maximum des conceptions correspond, en effet, aux deux mois les plus froids de l'année. Après avoir réfuté la fameuse croyance aux années climatériques; signalé l'activité supplémentaire qui suit la continence forcée des temps de disette, d'épidémie, de guerre civile, et l'époque du carême; comparé l'influence du jour et de la nuit et, à cette occasion, mis en regard Fontenelle et Victor Hugo, donné raison au philosophe et retouché en physiologiste un vers du poète, l'auteur aborde l'étude de l'impuissance, qui peut résulter du défaut de l'une des conditions suivantes :

Les anomalies de la verge (absence, dimensions extrêmes, bifurcation, direction vicieuse), les anomalies du prépuce (absence, phymosis, adhérence au gland), du frein (brièveté), du gland et de l'urètre, de la vessie, forment le premier chapitre de cette étude. Le second traite de l'impuissance idiopathique, sorte de Lévrose où de *syncope génitale* que l'auteur considère comme excessivement rare en se mettant sciemment en opposition avec la médecine névrosiste et polypharmaque. L'impuissance idiopathique peut dépendre de la diminution de la perversion, de l'excitation génitale, ou d'un excès de cette excitation. Le défaut d'énergie est congénital ou accidentel; et dans ce dernier cas, il peut être produit par des causes très légères en apparence : une indigestion, un refroidissement, une émotion morale; il est pour les malades l'objet d'une préoccupation continuelle, et leur suggère l'idée de quelque affreux désordre organique. Pour redresser cette erreur, il faut que le médecin feigne d'accepter comme vrais les légers accidents (suintement au méat, élancement dans l'urètre, fibulation du gland), qui frappent le plus l'attention de l'impuissant; une fois ces symptômes écartés, « le malade appartient au médecin corps et âme, » c'est alors seulement qu'on peut essayer de combattre l'erreur, et de mettre en usage des agents médicamenteux, des agents physiques ou mécaniques. Il n'existe pas de spécifique contre la syncope génitale, de médicament aphrodisiaque à proprement dire. C'est le plus souvent en agissant sur l'état général, en modifiant la constitution du malade que les remèdes parviennent à rendre à l'appareil générateur son activité perdue; toutefois les moyens directs ne doivent pas être négligés, mais ici la plus grande prudence est nécessaire. Une idée particulière à l'auteur, c'est que la flaccidité et la décoloration des organes externes réclame les *excitants* directs qui agissent sur la circulation et la nutrition, tandis que un certain degré d'hyperémie dans ces parties indique au contraire les agents *excitateurs* (qui s'adressent plus spécialement à l'innervation). On peut encore mettre à contribution des agents physiques, chaleur, froid, élec-

(1) Deux volumes in-8°, chez J.-B. Baillière, 1855.

Potion avec :

Eau de laitue.	128 grammes.
Eau de fleur d'oranger	16 grammes.
Laudanum.	8 gouttes.

Frictions avec l'huile de camomille camphrée sur le ventre.

Lavement à la décoction de têtes de pavot.

On permet à la malade des potages.

22 août. Jusqu'à cette époque, la malade n'a pas perdu d'urine; elle est restée couchée et elle a senti l'envie d'uriner. Toutes douleurs du côté de l'abdomen ont cessé. L'urine rendue, mise dans un verre, dépose au fond une certaine quantité de muco-pus. La malade se lève sans perdre d'urine.

24 août. La malade va très bien. Elle n'a pas perdu d'urine depuis qu'elle se lève. Elle sent bien l'envie d'uriner. Elle urine six à sept fois par jour et quatre à cinq fois dans la nuit. L'urine dépose toujours.

26 août. Examen de la malade :

Pas d'urine ni de muco-pus au fond du vagin.

Le col est entièrement effacé.

On aperçoit sur la ligne médiane du col une ligne longitudinale, trace de la réunion des lèvres du col.

Trois plis transversaux perpendiculaires à cette ligne, qui ne sont autre chose que les restes des points de suture.

La cicatrice est encore un peu rosée.

Une sonde, introduite dans la vessie, n'en retire que peu d'urine très limpide; mais l'urine qu'on a mise dans un verre dépose toujours.

Le fait dont il vient d'être question, ajouté à ceux qui ont été publiés dans le *Traité des fistules urinaires et recto-vaginales*, doit encore appeler davantage l'attention sur cette grave lésion de la vessie et de l'utérus. On verra, en lisant cette observation, que la symptomatologie ne diffère en rien de celle des lésions semblables qui, déjà, ont été publiées. Ce nouveau cas de fistule servira à compléter l'histoire de ces conduits accidentels si peu connus jusqu'à nos jours.

Les rapports de la vessie avec le col de l'utérus auraient dû faire penser, lors même qu'aucun fait n'existait, que les fistules vésico-utérines devaient être possibles. Désormais, il est facile de comprendre que ces fistules peuvent avoir lieu de la vessie vers le col, et surtout de l'intérieur de celui-ci vers la première. Il est très possible que le temps fasse découvrir une autre origine aux *fistules vésico-utérines*. On peut admettre, en effet, qu'une cause puisse tout à la fois attaquer la vessie et le col de l'utérus, en établissant son siége dans le tissu cellulaire qui les réunit.

Chez notre malade, il est difficile de savoir comment la fistule vésico-utérine s'est établie; mais il est probable, cependant, qu'elle a débuté par l'intérieur du col de l'utérus. Le cathétérisme pratiqué chez cette malade à différentes reprises, l'a été avec tant de ménagement et d'habileté, qu'il n'est pas croyable qu'il ait pu la produire. Pour rendre même ce mécanisme probable, il faudrait admettre une foule de circonstances qui n'ont pas existé.

Comme on a pu le voir, par la lecture de cette observation, il n'y avait rien de plus obscur que le siége de cette fistule urinaire. Cependant, à différentes reprises, en examinant le vagin et n'y découvrant aucune trace de tissu cicatriciel, il a bien fallu en rechercher le siége ailleurs. Dès lors, j'ai plusieurs fois porté mon attention sur le col de l'utérus mis à découvert. Avec un peu de patience, nous avons fini par voir le liquide urinaire franchir l'ouverture du col. A dater de ce moment, j'ai dû faire les recherches nécessaires pour découvrir le siége précis de la fistule, et c'est en introduisant une sonde cannelée recourbée dans le col et une sonde de femme dans la vessie, qu'il a été possible de reconnaître définitivement un trajet établi entre la vessie et l'intérieur du col. Quoique la malade perdit constamment son urine par le vagin et qu'elle ne ressentit nullement le besoin d'uriner, il régnait, cependant, de l'obscurité sur son existence jusqu'au moment où le cathétérisme a pu la démontrer.

L'urine, comme nous l'avons déjà dit, paraît avoir d'autant plus d'influence sur les fonctions utérines, qu'elle agit directement sur la membrane muqueuse utérine. C'est ce que prouve clairement notre observation. Chose remarquable, aussitôt que le cours de l'urine est rétabli par l'urètre, les règles ont de la tendance à reparaître : tantôt le lendemain même de l'opération, et tantôt très peu de temps après.

A son entrée à l'hôpital, la malade désirait ardemment être débarrassée de son mal; malheureusement, elle fut prise d'une péritonite typhoïde qui régnait alors dans l'hôpital. Un retard devint, par conséquent, nécessaire. Ce n'est que lorsqu'elle a été bien préparée, et que toute complication a cessé, que j'ai proposé l'opération. Avant tout, elle fut prévenue qu'après sa guérison, elle ne pourrait plus peut-être devenir mère. Il s'agissait, en effet, pour rendre à l'urine son cours naturel, ou bien de fermer directement l'ouverture de communication établie entre la vessie et le col de l'utérus, ou bien de fermer le museau de tanche. Il est évident que, dans la supposition où l'opération serait possible de la première manière, c'est-à-dire après le ravivement de la fistule et le rapprochement de ses lèvres par la suture, la grossesse serait possible. Cette opération ne put pas être faite ainsi, à cause de l'étendue de la voie de communication et de l'étroitesse du col. Je dus donc faire l'opération autrement, et je me décidai à raviver les lèvres du museau de tanche et à les maintenir en contact par leurs surfaces saignantes au moyen de la suture entrecoupée. Le résultat a été complet, car l'urine passe par la voie naturelle, et le siége n'est jamais mouillé par ce liquide.

On a pu voir que, dans cette opération, nous nous sommes servi d'une sonde de femme ouverte en gouttière et terminée à son extrémité par une ouverture arrondie, afin de donner plus facilement issue à l'urine. Cet instrument, d'ailleurs, est plus léger que les sondes ordinaires, moins courbe, et n'a pas l'inconvénient, comme les sondes en gomme élastique, de se coller à l'urètre et de l'enflammer. L'extrémité libre de la sonde offre deux anneaux pour y passer des liens.

Dans l'observation, il est fait mention des envies d'uriner assez fréquentes que la malade éprouve; c'est ainsi que les choses se passent habituellement; mais la vessie s'habituera au contact de l'urine et le réservoir fonctionnera comme par le passé.

Comme bien on le pense, désormais les règles prendront nécessairement leur cours par la vessie, comme cela a eu lieu chez d'autres malades.

La malade est très satisfaite du résultat, et elle a facilement fait le sacrifice de ne pas avoir d'enfants pour se guérir d'une infirmité aussi dégoûtante.

Je ne puis céder au désir de citer en quelques mots le fait concernant une malade qui fut guérie par le même procédé et qui, cependant, devint enceinte.

Ce serait le cas de se demander ici comment s'est faite la fécondation chez cette femme, dont les lèvres du museau de tanche ont été contondues d'une manière exacte par le procédé qui a été relaté dans l'observation précédente. Voici ce qui a été rapporté à la page 345 de la *Lancette des hôpitaux*, du mardi 19 juillet 1853 :

« Le 24 juin, nouvel examen de la malade, qui permet de constater l'état suivant :

» 1° Il n'existe pas d'érythème à l'extérieur des parties génitales.

» 2° L'urètre a un calibre normal; il est seulement encore un peu douloureux, par suite du séjour prolongé des sondes.

» 3° Le vagin n'a rien perdu, ni de sa longueur, ni de sa largeur.

» 4° On ne voit plus que les traces du museau de tanche, dont les deux lèvres sont entièrement confondues.

» 5° Sur les côtés, on aperçoit deux longues cicatrices parallèles.

» 6° En arrière et en avant, deux autres cicatrices transversales.

» 7° Entre les deux lèvres confondues du museau de tanche, on aperçoit une surface encore un peu rosée qui est légèrement touchée avec le nitrate d'argent.

» 8° La malade se lève et ne perd plus du tout d'urine. Elle urine seule, et le besoin s'en fait sentir à peu près toutes les deux heures.

» 9° Enfin, la malade est sortie de l'hôpital israélite, et il y a quelques jours, elle a eu ses règles qui se sont écoulées par la vessie, sans aucune difficulté, avec l'urine qui a pris une teinte sanguinolente. »

Depuis l'opération, la malade a été revue plusieurs fois par moi, et j'ai pu me convaincre que la guérison était demeurée bien solide.

Encore une fois, ce qui précède étant connu, il est difficile d'expliquer comment la grossesse a pu avoir lieu, à moins qu'on ne veuille admettre que, pendant les efforts du coït, il ait pu se produire, on ne sait comment, un éraillement qui rendrait, jusqu'à un certain point, compte de la transmission des animalcules spermatiques sur l'ovaire fécondé; car il y a longtemps que les autres doctrines sur le mystère de la génération me paraissent définitivement jugées.

J'ai tracé, jusqu'à présent, l'histoire de trois malades affectées de fistules vésico-utérines, et les trois opérations, faites sur le col, ont été couronnées de succès. L'occlusion partielle du conduit utérin a donc suffi pour rétablir la voie normale de l'urine et pour rappeler les menstrues.

CLINIQUE MÉDICALE.

SUR UN CAS D'ÉPIDIDYMITE BLENNORRHAGIQUE, SUIVIE D'INFLAMMATION DE LA VÉSICULE SÉMINALE, DE PÉRITONITE ET DE PLEURÉSIE; ANÉMIE TESTICULAIRE; — AUTOPSIE.

Par Michel PETER, interne des hôpitaux.

Les autopsies d'épididymite sont heureusement fort rares, c'est ce qui m'a décidé à publier l'observation suivante, qui porte plus d'un enseignement avec soi. Elle prouve, en effet, que la blennorrhagie peut avoir parfois des conséquences formidables, puisqu'elle est capable d'entraîner une péritonite des plus graves, l'inflammation se transmettant de la vésicule séminale au péritoine.

Cette péritonite, je la crois fréquente à l'état circonscrit, et les auteurs me semblent en avoir confondu les symptômes avec ceux de la vaginalite : il fallait une péritonite aussi intense que celle que je décris pour mettre en lumière ce phénomène pathologique.

Cette observation prouve encore que la vaginalite et l'épididy-

---

ricité, magnétisme; les moyens mécaniques : massage, frictions, douches d'air chaud, acupuncture et électro-puncture, et la flagellation. Ce dernier moyen l'auteur l'emprunte, à qui? n'importe; il lui donne place dans l'arsenal thérapeutique, après l'avoir revu et corrigé : une centaine de fils de métaux différents ajustés au bout d'un manche à marteau servent à pratiquer la petite opération mystérieuse qui pour être efficace, doit être répétée tous les jours, de la façon la plus anodine possible. Enfin ce chapitre des moyens physiques se termine par l'indication de la ventouse, et du sinapisme.

La diminution de l'énergie procréatrice n'est pas la seule cause de l'impuissance idiopathique. Celle-ci peut être due à une perversion de l'excitabilité génésique, devenue sourde à tout ce qui l'éveille dans l'état physiologique. Et tantôt c'est le moral, tantôt le physique qu'il faut en accuser. Ici les plus étranges observations se présentent. La perversion est-elle incomplète, un commencement d'excitation a lieu, mais l'érection ne se maintient pas; des causes morales, physiques, pathologiques produisent ce déplorable état auquel conviennent particulièrement le traitement moral de l'encouragement et le traitement direct par les excitants.

Enfin, l'impuissance idiopathique peut avoir pour seul motif l'*excès* d'énergie : érection sans désir (priapisme) et *vice versâ*, désir sans érection (érotomanie), désirs et érections sans éjaculation (aspermatisme), désirs, érection, éjaculation avec délire érotique (satyriasis) tous ces états sont décrits avec détails et leur thérapeutique soigneusement indiquée.

Vient ensuite l'histoire de l'impuissance symptomatique, qui se rattache tantôt à une cause physiologique : âge avancé (incurable, dit Rabelais dans ses *Prognostics*, à cause des années passées); constitution faible, tempérament lymphatique; tantôt à une cause morbide : telle est, en premier lieu, l'obésité. Passons vite. En second lieu, le marasme ou l'allanguissement général des fonctions entraîne aussi l'extinction de l'appétit génésique; 3° l'état fébrile; 4° la chlorose et les conditions pathologiques qui s'en rapprochent; 5° les maladies des centres nerveux; 6° la paralysie des nerfs qui se distribuent aux organes génitaux; 7° les névroses de toutes sortes; 8° les intoxications : syphilitiques (comme dans une observation curieuse communiquée à l'Académie de médecine par M. Bourguignon en 1842); intoxication saturnine; antimoniale, arsenicale, iodique (aujourd'hui, l'auteur n'eût pas manqué d'ajouter la cachexie des ouvriers qui travaillent le caoutchouc, et chez lesquels M. Delpech a signalé l'impuissance comme un symptôme à peu près constant); empoisonnement par le camphre, le hashich; 9° maladies de l'appareil génito-urinaire.

L'impuissance *consécutive* constitue une forme à part. Elle peut résulter de lésions traumatiques, d'inflammation de la verge, etc.; de l'abus d'agents débilitants ou anesthésiques, tels que le vitex, le nénuphar (?); le café paraît agir sur les tempéraments faibles ou forts comme l'absence sur les petites ou les grandes passions, c'est-à-dire comme le vent sur une petite flamme ou sur le brasier d'un incendie. « La femme de Mahmoud Kasnin, roi de Perse, voyant un jour de sa fenêtre un cheval qu'on allait châtrer, dit à ceux qui le menaient, qu'ils pouvaient se dispenser de faire souffrir à cet animal une opération aussi cruelle, puisqu'en lui donnant seulement du café on pourrait le rendre aussi énervé que le roi. » Le nitrate de potasse n'a pas une meilleure réputation; l'opium, le datura, la jusquiame, le gaz produit par la combustion du charbon n'épargnent pas à l'appareil génital leur action stupéfiante. Les abus de l'appareil musculaire; de l'appareil digestif avec toutes leurs variétés; de l'organe intellectuel, de l'appareil génital; sont successivement appréciés dans leur influence sur l'activité reproductrice. L'étude des diverses conditions de l'appareil génital est surtout traitée avec tous les développements qu'exige ce sujet difficile et encore passablement obscur.

Enfin, il est une impuissance qui mérite le nom de *sympathique*, car elle est placée sous la dépendance de quelque état morbide éloigné de l'appareil digestif, du larynx (?), du cerveau; ou bien elle se rattache à un état particulier des facultés intellectuelles ou affectives : trouble de l'imagination qui, par la croyance à l'influence fâcheuse d'une lune, d'un saint du calendrier, par l'idée d'une maladie grave ou par la crainte d'un échec, etc., *noue l'aiguillette* plus puissamment qu'aucun des esprits qui furent jadis accusés; — trouble de la raison produit par une imagination exaltée ou par une émotion des facultés affectives. Celles-ci peuvent être modifiées de telle façon qu'il en résulte une absence permanente ou momentanée de la sensibilité morale, une *apathie* amoureuse. Des causes très nombreuses peuvent y donner lieu; et ce n'est guère qu'au traitement moral que l'on peut avoir recours pour la combattre.

Il n'est point douteux que l'impuissance virile ne puisse être déterminée par des causes purement morales. Aux exemples qu'en a rapportés M. Roubaud, il aurait pu ajouter celui que j'ai cité ailleurs et qui concerne un jeune élève de l'École polytechnique, fort et vigoureux, donnant tous les jours de sortie des preuves de virilité, et qui devint tout à coup impuissant après un pari qui consistait à rester insensible aux excitations d'une jeune et belle femme. Il gagna sa gageure, mais aux dépens de la perte de ses fonctions génésiaques, qu'il ne récupéra que deux ans après, à la suite du traitement singulier que lui fit suivre un vieil officier de santé de son pays, et qui consista à le mettre pendant plusieurs semaines au régime du safran *intùs* et *extrà*.

L'étude de l'impuissance chez la femme ne comprend pas seulement l'énumération des vices de conformation qui s'opposent à la copulation. Pour M. Roubaud, il y a encore impuissance quand le désir vénérien fait défaut ou que le coït ne procure pas de sensation voluptueuse. Nous ne suivrons pas l'auteur dans la description qu'il donne des anomalies de la vulve, du vagin et des lésions organiques de l'appareil copulateur de la femme. Parmi les lésions vitales, il accorde à la névralgie de la vulve une place importante; et insiste sur cette affection assez mal connue et contre laquelle il emploie l'assa fœtida et la valériane, si la névralgie est essentielle; la ceinture hypogastrique, les pessaires, etc., si la douleur est liée à la présence d'une maladie utérine. Les lésions mécaniques (tumeurs diverses de la vulve, du vagin, corps étrangers) sont étudiées ensuite.

La femme peut être affectée de *frigidité* naturelle ou par vice de conformation; de frigidité idiopathique, symptomatique et, enfin, sympathique ou morale. Nous ne pouvons entrer dans les détails des causes et des symptômes de ces diverses espèces; les considérations présentées à propos de l'impuissance chez l'homme sont ici généralement applicables.

Le deuxième livre traite de la *stérilité*, d'abord chez l'homme. Elle est tantôt *idiosyncrasique*, comme cela a lieu entre parents trop rapprochés qui violent la loi du croisement des races, comme cela se produit encore chez les sujets tuberculeux, cancéreux, syphilitiques, etc. Dans ces cas, l'auteur admet la fécondation d'un germe, comme à l'état normal, mais suivie promptement de l'expulsion prématurée du produit de la conception; en d'autres termes, il y aurait *avortement* et non défaut de génération. Les faits cités à l'appui de cette opinion sont nombreux et dignes de la plus sérieuse attention.

La stérilité relative est celle où les deux individus ne sont inhabiles à

mite peuvent porter une grave atteinte aux fonctions sécrétoires du testicule.

Observation. — Landais (Louis), âgé de 16 ans, de constitution assez débile, entre, le 4 juin 1856, à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau pour y être traité d'une épididymite blennorrhagique siégeant à gauche ; la blennorrhagie datait de quinze jours environ, et l'épididymite de cinq jours (1).

L'épididymite marchait assez rapidement vers la résolution, et l'écoulement avait cessé, quand, le vendredi 13 juin, le malade éprouve des frissons, un sentiment de malaise général, en même temps qu'il a des nausées et quelques vomituritions. Cet état se continue le 14 juin ; on croit à l'invasion d'une fièvre éruptive. — 15. Vomissements bilieux abondants et continuels. Douleur légère à l'abdomen. On fait passer le malade dans une salle de médecine, et il entre, le 17 juin, dans le service de M. Cruveilhier.

On peut constater, à la visite du soir, une douleur extrêmement vive de l'abdomen, qui n'est point ballonné. Le malade reste immobile sur le dos, les mouvements augmentant ses douleurs. La face est grippée ; il y a une petite toux sèche, peu fréquente et une dyspnée manifeste résultant de la gêne des mouvements du diaphragme : 35 inspirations par minute ; le pouls, à 105, est assez plein, mais dépressible, et il n'a point la petitesse du pouls de la péritonite. Soif vive ; vomissements bilieux répétés et abondants ; selles liquides, bilieuses, fréquentes et involontaires ; il n'y a pas de hoquet ; insomnie et céphalalgie légère ; intelligence intacte.

Le testicule gauche et l'épididyme correspondant forment une tumeur du volume d'un petit œuf de poule ; l'épididyme induré n'est pas très douloureux au toucher. Il n'y a pas d'épanchement dans la tunique vaginale. On n'observe rien d'anormal le long du cordon.

Diagnostic : Péritonite ; laquelle a pu avoir lieu : 1° par propagation de l'inflammation de la tunique vaginale non oblitérée au péritoine, ou 2° par contiguïté du canal déférent et de la vésicule séminale gauche au péritoine sus-jacent. — Or, la tunique vaginale étant oblitérée le long du cordon, la seconde hypothèse, seule vraisemblable alors, est celle à laquelle on s'arrête.

Application de vingt-cinq sangsues sur le ventre ; onctions mercurielles ; cataplasme. Boisson gazeuse, glace.

Les sangsues coulent assez abondamment ; mais il n'y a qu'un faible soulagement.

18. A la visite du matin, même état général ; l'abdomen est toujours très douloureux, sans ballonnement.

19. Face toujours grippée, couverte de sueur ; douleur de l'abdomen toujours vive. Vomissements moins abondants ; selles vertes copieuses.

Un peu de délire ce matin.

Le côté gauche du thorax est également devenu douloureux. Pas de matité appréciable ; faiblesse du murmure respiratoire. 40 inspirations ; pouls à 110. — On soupçonne une pleurésie diaphragmatique.

On répète l'application des sangsues.

Délire dans la nuit du 19 au 20.

20. Face très grippée, hippocratique ; peau froide. Pouls à 110, petit, misérable. Abdomen toujours douloureux et toujours déprimé. Douleur des deux côtés de la poitrine.

Mort à cinq heures après midi.

Autopsie le 22.

Abdomen. — *Péritonite généralisée* : un litre de sérosité purulente épanchée dans le petit bassin ; sérosité purulente et glutineuse recouvrant les intestins ; quelques fausses membranes peu adhérentes et infiltrées de pus sur le colon ascendant et le foie. Fausses membranes vasculaires et adhérentes reliant le diaphragme à la rate et à l'estomac.

Estomac et *intestins* parfaitement sains.

Foie et *rate* volumineux et un peu congestionnés.

Rien dans les *reins* ni dans la *vessie*.

Les *organes génitaux* sont enlevés soigneusement et examinés avec M. Gosselin.

L'*urètre* n'est rouge qu'à sa partie antérieure et dans l'étendue de 4 centimètres environ ; il est pâle dans le reste de son trajet ; la pâleur du *vérumontanum* est surtout remarquable.

En pressant la *prostate*, on fait sortir par chacun de ses orifices urétraux une assez grande quantité de liquide évidemment purulent. De la prostate incisée, on fait également sourdre une série de gouttelettes de pus qui s'échappent manifestement de chacun des follicules prostatiques et non du parenchyme de la glande, qui n'est ni rouge, ni tuméfiée. C'est là une prostatite canaliculaire ou muqueuse et non point une prostatite parenchymateuse.

La *vésicule séminale* droite (correspondant au testicule sain) ne contient qu'une petite quantité de liquide spermatique, dans lequel on trouve au microscope des cellules épithéliales, des granulations moléculaires et très peu de spermatozoïdes, morts d'ailleurs. — Dans la *vésicule séminale gauche*, on ne trouve qu'une faible quantité de liquide purulent dans lequel le microscope démontre l'existence de globules de pus mêlés aux cellules épithéliales ; il n'y a point de spermatozoïdes. Cette vésicule est plus volumineuse qu'à droite, parce que le tissu cellulaire qui l'entoure est très injecté et épaissi. Le péritoine sus-jacent est manifestement plus vascularisé qu'en aucun autre des points où siége cependant l'inflammation.

Au niveau du point où il contourne la vésicule séminale gauche, le *canal déférent* est extérieurement très injecté, ainsi que le tissu cellulaire ambiant. Là d'ailleurs, comme dans sa portion pelvienne, ce canal est tuméfié, induré, et il adhère intimement au péritoine qui le tapisse. Le tissu cellulaire sus-jacent est évidemment induré, comme il l'est dans le cas d'inflammation, et le péritoine est en ces points plus friable. La muqueuse du canal est pâle.

L'*épididyme* gauche est beaucoup plus gros que le droit ; sa tête est à peu près quintuplée de volume ; son corps est deux fois plus volumineux qu'à droite, et enfin sa queue forme, avec la tunique vaginale, une masse du volume d'une grosse noisette. Incisée, cette partie de l'épididyme offre l'aspect d'une masse fibro-celluleuse rouge, au milieu de laquelle on ne retrouve les flexuosités de l'épididyme que dans des points très circonscrits, et de l'intérieur desquels on ne peut faire écouler de pus. Il n'y a point, comme dans la pièce observée par M. Marcé (*Gazette des hôpitaux*, décembre 1854, p. 597), de matière jaune intra-canaliculaire ; il semble qu'ici la transformation fibro-celluleuse soit due plutôt à l'organisation de la matière de l'épanchement plastique extra-canaliculaire.

Au niveau du bord supérieur du *testicule* gauche, au point où pénètrent les vaisseaux sanguins, il n'y a pas d'épaississement du tissu cellulaire sous-séreux qui puisse comprimer ces vaisseaux. En ce point même, la séreuse d'enveloppe du testicule est moins injectée qu'aux autres points. Ce testicule gauche est plein, distendu, volumineux ; incisé, son parenchyme est blanc et évidemment anémié. Le corps d'Highmore seul est rosé. — Le testicule *droit* a un volume égal au précédent, mais son parenchyme est gris rosé.

A gauche, les deux feuillets opposés de la *tunique vaginale* sont réunis entre eux par des adhérences nombreuses, peu résistantes, qui cèdent facilement à la traction, et qui, au niveau de la queue de l'épididyme, sont infiltrées de pus. En ce point, l'inflammation de l'épididyme est évidemment plus considérable, et c'est également là que la vaginalite est le plus intense. Toute la surface pariétale et viscérale de la séreuse est rouge, et l'on apprécie bien cette coloration en la comparant à celle de la séreuse du côté opposé.

Poitrine. — Pleurésie diaphragmatique double, surtout marquée à gauche. Fausses membranes très vasculaires qui relient les poumons à la plèvre, et sont surtout épaisses à gauche, au point où, à la face péritonéale correspondante du diaphragme, se voient des fausses membranes également épaisses et vasculaires. Épanchement très peu considérable de sérosité glutineuse.

Tête. — Rien dans les méninges.

Articulations. — Rien dans les séreuses articulaires.

Résumé. — Blennorrhagie et épididymite consécutive ; l'épididymite semble se résoudre, mais c'est l'effort inflammatoire qui se déplace et la vésicule séminale qui s'enflamme davantage. Puis apparaissent des symptômes généraux, simulant l'invasion d'une fièvre éruptive, tandis que c'est une péritonite qui s'annonce. Enfin, cette phlegmasie se généralise, il survient même une pleurésie de contiguïté, et le malade succombe, victime de ces inflammations de voisinage. On trouve alors les lésions que j'ai décrites, et dont la moins remarquable n'est point l'anémie testiculaire.

Réflexions. — *Vaginalite de contiguïté.* — L'inflammation, qui débuta par la muqueuse de l'urètre, se propagea, par continuité de tissu, à toute l'étendue de la muqueuse des voies spermatiques. Jusque là, se trouvent justifiées les idées de Bichat, sur la localisation de l'inflammation dans un tissu donné ; il y eut inflammation *par continuité*. Mais cette inflammation ne se localisa pas de la sorte : toutes les tuniques de l'épididyme s'enflammèrent, son atmosphère celluleuse se prit à son tour et servit de conducteur au travail phlegmasique qui devait s'emparer de la tunique vaginale ; il y eut inflammation *par contiguïté*. De sorte que, contrairement à ce que voulait Bordeu et à ce que répétait Bichat, le tissu cellulaire extérieur à un organe ne lui fait point une atmosphère isolante, mais sert de trait d'union entre son inflammation et celle d'organes voisins. C'est un fait d'anatomie générale dont M. Gendrin, dans son *Histoire anatomique des inflammations*, et M. Curling dans son *Treatise on the diseases of the testis*, ont tiré parti pour expliquer comment, dans l'orchite proprement dite, il n'y a point de vaginalite concomitante, et comment, au contraire, celle-ci se manifeste toujours dans le cas d'épididymite. Dans l'orchite, en effet, l'inflammation ne peut pas se transmettre du tissu cellulaire parenchymateux au tissu cellulaire sous-séreux de la tunique vaginale, la tunique albuginée isolant ces tissus l'un de l'autre ; tandis que, dans l'épididymite, l'inflammation marche du tissu cellulaire circumlobulaire au tissu cellulaire sous-séreux, qui se continue avec le précédent.

Péritonite de contiguïté. — C'est d'ailleurs un fait vulgaire que cette vaginalite compliquant l'épididymite ; mais, ce qui l'est beaucoup moins, c'est de voir l'inflammation se propager de la vésicule séminale à son atmosphère celluleuse, et de celle-ci au péritoine ; bien que, cependant, le mécanisme soit identique. Je crois même que, dans un certain nombre de cas d'épididymite, il y a vésiculite et péritonite très circonscrite du petit bassin, et que c'est alors qu'on observe ces douleurs de bas-ventre, ces phénomènes généraux et ces vomissements sympathiques qu'ont notés les auteurs ; seulement, loin d'en reconnaître la véritable cause et de voir là les symptômes d'une péritonite circonscrite, ils attribuaient généralement ces symptômes à l'inflammation de la séreuse vaginale, laquelle réveille ordinairement si peu de sympathie dans l'organisme. Maintenant, pour que cette péritonite, de circonscrite qu'elle est et qu'elle reste, dans la majorité des cas, vienne à se généraliser, il ne faut que des circonstances inconnues et une prédisposition heureusement fort rare.

Quant à l'inflammation blennorrhagique de la vésicule séminale, on sait, par les leçons orales de M. le professeur Velpeau, qu'elle serait loin d'être rare.

Pleurésie de contiguïté. — Mais ce qui eut lieu de l'épididyme à la tunique vaginale, d'une part, de la vésicule séminale au péritoine, d'autre part (au moyen d'un mécanisme identique en sa

(1) C'est de ce malade qu'il est question dans le résumé de la clinique de M. Velpeau, publié par M. Guyon dans la *Gazette des hôpitaux* du 16 octobre 1856.

---

la génération qu'autant qu'ils s'associent ; leur coït, fécondant avec d'autres, le prouve. Les hypothèses ne manquent pas pour expliquer cette singularité. Celle de l'*harmonie d'amour*, défendue par Virey, n'est pas la moins ingénieuse : « Il faut que les deux sexes s'égalent, se saturent pour ainsi dire réciproquement. » M. Roubaud a cherché, dans des faits plus simples, la raison de cette anomalie : il l'attribue à ce que le méat urinaire ne correspond pas exactement à l'orifice du col utérin, ou bien à l'excès ou au défaut d'irritabilité utérine, propriété spéciale dont l'excitant naturel est le contact du sperme.

Chez l'homme, la stérilité se rattache :

1° A un trouble de la sécrétion spermatique ; l'âge, ainsi que l'ont démontré les recherches curieuses de M. Duplay, ne tarit pas cette sécrétion et ne la modifie pas autant qu'on l'a cru jusqu'ici ; ne pouvant être attribuée à l'absence des animalcules (puisque M. Duplay les a presque constamment trouvés avec leurs caractères normaux), la stérilité des vieillards devient un problème difficile à résoudre. M. Roubaud croit y parvenir en invoquant l'état d'affaiblissement où se trouvent alors toutes les puissances musculaires ; il en résulterait un défaut de projection du sperme par les organes musculaires qui doivent entrer en jeu pendant l'éjaculation. — La part que le tempérament, la constitution, les maladies prennent à la stérilité est déterminée dans un chapitre spécial.

2° Les anomalies du testicule sont ensuite passées en revue. L'absence des deux testicules, cause radicale d'impuissance et de stérilité est possible, dit M. Roubaud ; elle se traduit toujours par l'absence des désirs vénériens et des spermatozoïdes, et par la substitution des attributs physiques moraux de la femme, aux caractères constitutifs de l'homme. — La rétention du testicule dans le ventre entraîne, d'après Hunter, dont M. Follin a récemment développé les opinions, l'atrophie de l'organe et l'absence de spermatozoïdes ; cependant il est des exceptions à cette règle. L'atrophie des deux testicules lorsqu'elle est complète, équivaut à leur absence, produite tantôt par un arrêt de développement, tantôt par la compression, l'inflammation, des lésions de l'innervation, par l'action de certaines substances, telle que l'iode par exemple, etc. ; l'atrophie testiculaire réclame évidemment des médications très variables selon les cas. Les maladies du testicule, les affections de ses enveloppes, peuvent devenir cause de stérilité : dans un cas d'hydrocèle double, l'impuissance et la stérilité temporaire, disparurent après la guérison de l'hydropisie. L'indication des deux épididymes s'opposant à l'issue du sperme sécrété dans les testicules, ou tout au moins coïncidant avec l'absence de spermatozoïdes, mérite ici une mention toute particulière. Aux faits de M. Gosselin, l'auteur en ajoute d'autres qui prouvent l'identité, relativement à leurs effets, des indications, suite d'inflammation blennorrhagique, et de celles qui succèdent à des phlegmasies traumatiques, métastatiques, etc.

3° Viennent ensuite les maladies encore peu connues des vésicules séminales ; ni la spermatorrhée, ni l'absence des spermatozoïdes, ne peuvent être considérées comme constantes dans le cours de ces affections.

4° Les troubles de l'excrétion spermatique, par suite d'une lésion organique ou dynamique des organes et des agents qui président à cet acte, donnent une nouvelle série de causes de la stérilité ; les symptômes et le traitement sont ici trop variables pour pouvoir être résumés.

5° Enfin, il existe, d'après M. Roubaud, des *états pathologiques du sperme* lui-même.

L'ouvrage se termine par l'étude de la stérilité chez la femme. Les troubles de l'ovulation, les anomalies de l'ovaire, les lésions physiques de ces organes, leurs lésions vitales, leurs déplacements et leurs hernies, puis les dérangements de la fonction tubaire, les vices de conformation, les ruptures, les oblitérations, les lésions vitales, les déplacements des trompes utérines, sont décrites successivement. A leur tour, les vices de conformation du col de la matrice (atrophie, hypertrophie, oblitération de l'orifice utéro-vaginal), les lésions organiques du col, l'oblitération du canal utérin, les lésions vitales (excès ou défaut d'excitabilité utérine, et à ce propos l'auteur cite un cas de stérilité guérie par l'électrisation de l'utérus), et les déplacements du col dépendants du coït ou indépendants de cet acte, les déplacements du vagin, ceux de l'utérus forment le titre d'autant de chapitres intéressants ; il en est de même des lésions organiques ou vitales de l'utérus, des corps étrangers qui en obstruent la cavité, et finalement des troubles de la gestation.

Le livre de M. Roubaud, comme on peut en juger par cette rapide analyse, est conçu sur un plan très vaste, et l'on serait tenté de dire trop vaste, si notre distingué confrère de la presse médicale n'avait su faire oublier la longueur des développements scientifiques par l'attrait d'un style éminemment littéraire. Plus d'une page offrait des difficultés sérieuses par la nature scabreuse du sujet ; mais, ainsi que M. Roubaud a soin de le rappeler, « la science est comme le feu, elle purifie ce qu'elle touche. »

Cependant, et c'est par là que je termine ce compte-rendu, on peut regretter que M. Roubaud n'ait pas attendu quelques lustres de plus pour composer et pour publier cet ouvrage. A l'âge où est encore notre heureux confrère, quoi qu'on fasse et qu'on veuille, il faudrait les macérations d'un saint Jérôme ou le désintéressement forcé d'un Origène pour ne pas s'attarder dans certaines descriptions fort scabreuses. On voit, on sent que l'auteur a fait de grands efforts pour rester maître de lui, pour substituer des synonymes et des équivalents à des expressions dont la technicité lui répugnait. Mais, en ces matières, l'élégance et la poésie de l'expression dissimulent mal le fond de la pensée. Dans l'infâme roman de ce gentilhomme mort à Charenton, on ne rencontre pas un seul mot obscène. Par contre, et si j'en juge par quelques pages qui ont passé sous mes yeux, dans les livres de théologie où sont exposés les détails les plus délicats d'une certaine casuistique, l'expression a toute la crudité et la brutalité du fait. Je ne crois pas cependant que les austères directeurs des écoles ecclésiastiques soient jamais tentés de substituer le roman du marquis de Sades à leurs ouvrages spéciaux. S'il eût eu le malheur d'avoir cinquante ans, M. Roubaud aurait pris peut-être moins de précautions de langage, mais aurait certainement montré plus de sévérité sur certains détails de son livre. Aussi, à sa pensée que j'ai citée plus haut, je substitue volontiers celle-ci : La science, la véritable science, est chaste toute nue.

Amédée Latour.

M. Ad. Richard, agrégé, commencera *mardi* prochain, 25 novembre, à 3 heures, son cours de médecine opératoire, amphithéâtre n° 2 de l'École pratique, et le continuera les mardis, jeudis et samedis, de 3 à 4 heures.

— M. le docteur Edmond Langlebert commencera son cours public sur les *maladies syphilitiques*, le lundi 24 novembre, à midi, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure, dans son amphithéâtre, rue Larrey, 8.

cause prochaine, mais bien différent dans ses résultats), ce qui eut lieu pour ces organes s'opéra du péritoine diaphragmatique à la plèvre correspondante à travers le tissu fibreux du diaphragme. Il y eut là probablement inflammation par voie de contiguïté et par voie de vascularité, de l'une à l'autre séreuse. En effet, le tissu cellulaire sous-péritonéal est, en de certains points du trèfle aponévrotique, bien voisin du tissu cellulaire sous-pleural; et enfin les vaisseaux diaphragmatiques inférieurs s'anastomosent largement avec les vaisseaux diaphragmatiques supérieurs.

Métastase ou infection. — En voyant deux séreuses aussi considérables se prendre chez un sujet affecté de blennorrhagie, on pourrait se demander si la phlegmasie des séreuses ne serait point le résultat d'un phénomène d'infection analogue à celui qui détermine l'arthrite blennorrhagique. Mais 1° il est bien remarquable que les séreuses articulaires de notre malade étaient très saines; 2° il est assez rare de voir l'arthrite blennorrhagique coïncider avec l'épididymite, et l'inflammation de séreuses plus étendues doit être plus rare encore; 3° enfin, et surtout, on a pu suivre sur les pièces la marche progressive de l'inflammation par contiguïté.

D'ailleurs, cette propagation de l'inflammation du péritoine diaphragmatique à la plèvre correspondante, et réciproquement, n'est pas rare, puisque j'en ai observé trois cas en deux ans.

Anémie testiculaire. — C'est un état du testicule signalé pour la première fois par M. Gosselin, et dans lequel le parenchyme de l'organe est pâle, décoloré et presque exsangue. Alors on ne trouve nulle trace de spermatozoïdes dans les tubes séminifères et dans les canaux excréteurs de l'organe. Cet état, que M. Gosselin a presque toujours vu coïncider avec la présence des fausses membranes sur la tunique vaginale ou avec l'oblitération de celle-ci, il l'explique par la dérivation que le nouveau mode de vitalité de la séreuse établit à son profit et au détriment du testicule. Dire, dans le cas que je rapporte, qu'il y avait orchite et anémie testiculaire, c'est presque faire une contradiction dans les termes; mais cette contradiction n'est qu'apparente : puisqu'il n'y avait pas orchite, mais épididymite et vaginalite. Or, comme le fait très bien observer M. Gosselin, le même système vasculaire fournissant au testicule, à l'épididyme et à la tunique vaginale, l'inflammation de ces deux derniers organes doit faire que la plus grande partie du sang contenue dans le système se rend aux parties dont la vitalité est devenue momentanément prépondérante, et qui sont le siége d'une élaboration plastique spéciale. Mais cet afflux plus considérable du sang, dans deux des trois organes réciproquement solidaires, ne peut se faire qu'aux dépens de celui qui n'est pas enflammé, aux dépens du testicule; et c'est, en effet, ce qui avait lieu dans le cas actuel. Enfin, pour comprendre la possibilité de cette anémie, il faut bien songer, ce me semble, que le testicule est un organe à fonctions intermittentes. Sous l'influence des excitations vénériennes, il fait un appel considérable de sang nécessaire à la sécrétion spermatique; puis, dans l'intervalle de ces excitations, il entre dans un repos relatif, et ne vit plus, pour ainsi dire, que d'une vie végétative : il se nourrit, mais ne fonctionne pas ou fonctionne peu. Si, dans ces conditions, les deux organes, qui ont avec lui des connexions vasculaires, viennent à s'enflammer, ils font, au grand dommage du testicule, un appel de sang plus considérable. Et comme, en ce moment, la glande séminale ne fonctionne guère, en tant qu'organe sécréteur, la vie végétative s'y affaiblit de plus en plus, et le testicule s'anémie.

PATHOLOGIE.

OBSERVATION DE KYSTE DE L'OVAIRE GUÉRI PAR LA PONCTION PALLIATIVE.

Monsieur et très honoré confrère,

Je retrouve, dans mes notes, l'observation d'un cas de guérison d'un kyste de l'ovaire, par la ponction pratiquée dans un but simplement palliatif; si, à cause de l'intérêt d'actualité, vous jugez ce fait digne d'être inscrit dans votre excellent journal, veuillez lui accorder l'hospitalité de vos colonnes.

A la fin de 1851, je fus consulté par madame Gilbert, marchande de vins, âgée de 51 ans, affligée par une énorme tuméfaction abdominale, dont elle faisait remonter l'origine à l'année 1832. Cette dame, d'une haute taille, d'un tempérament lymphatico-sanguin, d'une forte constitution, n'a jamais eu d'enfant, et a été toute sa vie parfaitement réglée jusqu'à ce jour; quelques irrégularités ont commencé à paraître il y a deux ou trois mois; elle paraît être arrivée à l'époque de la ménopause. Dix-neuf ans auparavant, elle a, d'après son récit, éprouvé des douleurs dans le côté gauche du bas-ventre, aux reins, du ténesme vésical, de la fièvre, de l'anorexie, puis des vomissements; bientôt après, la malade s'aperçut de la présence, dans le fond du bassin, au lieu où elle avait eu de la douleur, d'une tumeur qui, d'abord du volume d'une orange, devint bientôt d'une dimension considérable, et finit peu à peu par envahir toute la cavité de l'abdomen, en permettant cependant de se livrer aux occupations d'une vie active, et de jouir d'une bonne santé, sauf, toutefois, la gêne inséparable d'une telle incommodité.

Quand je vis la malade, le ventre avait au niveau du nombril une circonférence de 1 mètre 30 centimètres; il était uniformément tendu, sans saillie du nombril, sans veines dilatées et flexueuses; la matité était absolue, de plomb; la fluctuation était évidente, nette, légère, si je puis dire, c'est-à-dire extrêmement facile à produire. Il y avait de l'essoufflement au moindre mouvement; souvent de l'orthopnée au lit; la marche était devenue extrêmement difficile, presque impossible.

Le regrettable et savant confrère qui, au début du mal, avait donné ses soins à la dame Gilbert, avait alors diagnostiqué un kyste de l'ovaire; je ne pus que confirmer son diagnostic. Une telle sorte d'hydropisie pouvait seule parvenir à un semblable développement avec l'intégrité de toutes les grandes fonctions de la vie (1), en faisant toujours la part de la gêne qui résultait de la compression causée par la tumeur ovarique.

Redoutant les accidents qui pouvaient survenir après la ponction d'un kyste aussi vaste, j'engageai la malade à temporiser encore, tout en lui recommandant quelques précautions qui pouvaient rendre moins pénible sa triste situation; et la pauvre femme put encore, tant bien que mal, traverser une année entière.

Enfin, le 5 septembre 1852, Mme Gilbert m'annonça que, désormais, elle ne pouvait plus vivre dans l'état où elle se trouvait; la suffocation devenait menaçante, continuelle, à tel point que la pauvre dame s'attendait à étouffer d'un moment à l'autre. La face, livide, cyanosée, exprimait une affreuse angoisse; la respiration, purement costale, était extrêmement courte et précipitée; l'asphyxie était imminente; il fallait évacuer le liquide, quelque accident qu'on pût avoir à redouter. Le ventre, à cette époque, avait, au nombril, 1 mètre 48 centim. de circonférence; sa convexité, de l'appendice xiphoïde au pubis, avait 1 mètre 3 centim.; la paroi abdominale, amincie, presque transparente, fendillée çà et là, menaçait de se rompre. La malade étant à jeun, et l'heure convenable, je ponctionnai immédiatement entre l'épine iliaque antéro-supérieure et l'ombilic, mais bien au-dessous de ce niveau (0m,20 environ), à cause du grand volume du ventre qui me rassurait contre tout danger; j'avais exploré tout le ventre au moyen de la percussion employée méthodiquement; j'avais auscultè les bruits intestinaux pour reconnaître les anses intestinales : mon examen m'avait entièrement tranquillisé. Un trocart ordinaire à paracentèse, placé à sept heures justes du matin, cessait seulement, à huit heures cinq minutes, de donner issue à une sérosité parfaitement transparente, dont nous remplîmes quatre seaux. La totalité du liquide pesait 31 kilog. 1/2. Cette masse énorme d'eau évacuée, le ventre, que j'avais suivi dans son retrait avec une large sous-ventrière, préalablement placée et percée d'une ouverture correspondant au trocart, fut garni d'une grande quantité de coton cardé, après que j'eus ramené, je ne dirai pas dans la cavité abdominale, mais sur les côtés de la colonne lombaire et dans les fosses iliaques, la masse des intestins, puis je laçai ma ceinture en serrant convenablement. Je dois dire que je mis tous mes soins à établir une compression aussi parfaite que possible. Après cette déplétion, malgré la compression, la malade tomba dans un état de demi-syncope, dont je la tirai en projetant un peu d'eau à la face, en faisant respirer du vinaigre, et surtout en établissant un décubitus horizontal, la tête étant un peu plus basse que le reste du corps.

Je sortis en prescrivant quelques cuillerées de vin d'Espagne donné dans une cuiller à café d'heure en heure, un peu de bouillon vers la fin du jour, le repos le plus absolu, quelques frictions sur les membres avec une flanelle imbibée d'alcool de mélisse. Ce simple traitement eut un plein succès.

Le lendemain, le faciès était bon; le pouls, assez plein, à 72; un peu d'urine avait coulé; la malade n'éprouvait aucune douleur; le repos toujours absolu fut prescrit; la compression fut attentivement, minutieusement même, observée; le régime fut un peu réparateur; bref, la dame Gilbert alla de mieux en mieux et sans fièvre, sans aucune trace d'inflammation du côté du ventre, se rétablit complétement, sans qu'on ait pu constater la reproduction du liquide.

Quatre ans se sont écoulés depuis la ponction : la santé est parfaite; nulle trace de kyste n'existe; le ventre a repris une forme normale; les fausses-côtes et leurs cartilages sont revenus à leur place; en un mot, rien ne rappelle l'existence de cette tumeur immense qui menaçait autrefois, d'une manière si pressante, la vie de mon heureuse cliente.

Comment la nature a-t-elle fait pour combler cette large cavité? Comment une inflammation adhésive s'est-elle établie sans donner trace de son existence par de la douleur, du frisson, etc.? Je laisse à nos maîtres le soin d'élucider ces questions. J'ai borné mon rôle à rapporter un fait dont j'ai, à dessein, supprimé beaucoup de détails pour arriver à une concision que je n'ai pas atteinte.

Agréez, etc.

Dr Claudot, de Neufchâteau.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 10 Novembre 1856.—Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Développement de la sensibilité par suite d'inflammation dans des parties de peau frappées de lèpre.

M. Flourens communique l'extrait suivant d'une lettre que lui a adressée M. Guyon à l'occasion de sa note du 27 septembre dernier, sur la sensibilité des tendons dans l'état inflammatoire.

« Un fait analogue, dit M. Guyon, nous est offert chez les *lépreux* dans la partie tégumentaire frappée de lèpre. Et, en effet, cette partie, absolument insensible, et c'est, comme l'on sait, cette insensibilité qui la caractérise, devient sensible comme le tendon dans l'état inflammatoire. C'est ce que j'ai observé chez les nombreux lépreux que j'ai eu occasion de voir sur une grande échelle en Amérique d'abord, puis en Afrique. »

Extirpation des capsules surrénales chez les rats albinos.

M. le docteur Philippeaux adresse une note sur les effets de l'extirpation des capsules surrénales chez les rats albinos (*mus ratus*). Il expose en ces termes les résultats de ses expériences :

Le 10 octobre, j'ai enlevé la capsule surrénale droite sur deux rats albinos (le procédé opératoire est le même que celui qui a été suivi par MM. Brown-Séquard et Gratiolet). Ces deux animaux sont morts le lendemain.

Le 12, j'ai renouvelé cette opération sur deux autres rats, qui, comme les précédents, ont succombé le lendemain.

Le 16 et les jours suivants, j'ai de nouveau enlevé la capsule droite sur cinq rats albinos qui ont tous survécu.

Le 3 novembre, les rats étant guéris, j'ai extirpé sur quatre d'entre eux la capsule surrénale gauche.

Aujourd'hui, 10 novembre, vingt-cinq jours se sont écoulés depuis que j'ai enlevé la capsule surrénale droite sur ces animaux, et sept jours complets depuis que j'ai extirpé l'autre capsule, c'est-à-dire la gauche. Les deux plaies sont entièrement cicatrisées, et les quatre rats sont parfaitement guéris. Aucun de ces animaux n'a paru éprouver la moindre douleur au moment de l'extirpation des capsules surrénales.

Je n'ai observé aucun phénomène nerveux particulier ni après l'extirpation de la capsule surrénale droite, ni, ce qui est remarquable, après l'extirpation de la capsule surrénale gauche, lorsque, par conséquent, les deux capsules se trouvaient enlevées.

Les animaux en expérience ont mangé, bu, et ont accompli toutes leurs autres fonctions dès le jour qui a suivi soit la première, soit la seconde opération.

De ces expériences, je crois pouvoir conclure :

1° Que l'extirpation des capsules surrénales n'entraîne pas nécessairement la mort des animaux;

2° Que, dans les cas où la mort survient, elle est causée par l'opération, qui est grave et qui occasionne souvent soit une inflammation du tissu cellulaire qui environne les reins, soit une péritonite, soit une hépatite, soit, et cela arrive souvent, une hernie intestinale au travers des muscles divisés;

3° Que certains animaux auxquels on a enlevé les deux capsules surrénales survivent à l'opération sans qu'il soit possible de constater le moindre trouble permanent ou même passager dans leurs fonctions;

4° Que les capsules surrénales ne paraissent pas des organes plus essentiels à la vie que la rate et les corps thyroïdes. (Commissaires nommés pour les communications de MM. Brown-Séquard et Gratiolet.)

Nouveau procédé opératoire pour l'hypospadias.

M. Maisonneuve présente une note sur un nouveau procédé opératoire qu'il a imaginé pour la guérison de l'hypospadias.

Logements insalubres.

M. Valat appelle l'attention de l'Académie sur certaines mesures administratives qu'il propose pour diminuer successivement le nombre des logements insalubres jusqu'à leur complète suppression.

Une commission, composée de MM. Flourens, Dumas et Velpeau, est invitée à prendre connaissance de ce mémoire et à examiner s'il convient à l'Académie d'intervenir dans cette question par les démarches que suggère l'auteur.

— M. E. Robiquet envoie une note sur le diabétomètre, appareil destiné à mesurer le sucre dans les urines diabétiques.

COURRIER.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE MORTS EN ORIENT.

Souscription ouverte dans les bureaux de l'Union Médicale :

MM. Homolle, 10 fr.; *hôpital militaire de Briançon* : Larivière, médecin-major, 15 fr.; Miriel, méd. aide-major, 10 fr.; Idt, pharmacien-major, 15 fr.; Chalet, pharm. aide-major, 7 fr.; Tharin, pharm., 5 fr.; Riboulet, méd. principal, 30 fr.; Delmas, médecin-major, 15 fr.; Itasse, médecin à Sedan, 10 fr.; Termonia, id., 15 fr.; Berthe, id., 10 fr.; Thomas, id., 10 fr.; Blanc, id., 5 fr.; Beauvieux, id., 5 fr.; Bernutz, id., 10 fr.; Gerboulet, id., 5 fr.; Penasse, id., 5 fr.; Toulmonde, id., 5 fr.; Berna, id., 5 fr.; Ledant, à Raucourt, 10 fr.; Chaussonnet, à Douchery, 10 fr.; Bourguignon, pharmacien à Sedan, 5 fr.; Pimprenelle, id., 5 fr.; Limbourg, id., 5 fr.; Meunier, id., 5 fr.; Loret, id., 5 fr.; Behan, id., 10 fr.; Aron, médecin-major au 73e de ligne, 10 fr.; Pouthon, aide-major, id., 5 fr.; Bernard, id., 5 fr.; Joly, méd.-major au 3e dragons, 5 fr.; Lanthenois, pharm.-major à l'hôpital militaire, 10 fr.; James, ancien pharmacien, 5 fr.; Boulard, d.-m. à Limoges, 10 fr.; Cabasse, médecin-major à l'école de St-Cyr, 20 fr.; *hôpital militaire de Sidi-Bel-Abbez* (Algérie) : MM. Mallet, méd.-major chef, 10 fr.; Bechade, aide-major de 1re classe, 5 fr.; Chartier, aide-major, 5 fr.; Dapetseche, chirurg. sous-aide, 5 fr.; Kremer, pharm. aide-major de 1re classe, 5 fr.; 72e régiment de ligne : MM. Bazin, médecin-major, 10 fr.; Bertrand, aide-major, 5 fr.; 2e régiment étranger : M. Milliot, aide-major de 1re classe, 5 fr.

Total.	367 fr. »
Listes précédentes.	1,760 fr. 50
Total de l'Union Médicale.	2,127 fr. 50

—

Sommes reçues par M. le docteur Maheux, secrétaire de la commission :

MM. les docteurs Vaucanu, à Yvetot, 10 fr.; Ansaloni, à Romorantin, 5 fr.; Bonind, méd.-major au 64e de ligne, à Phalsbourg, 5 fr.; Leman, docteur en médecine, id., 5 fr.; Neubauer, id. id., 2 fr.; Reeb, pharmacien, id., 5 fr.; Guirin, id. id., 5 fr.; Hanès, aide-major, id., 5 fr.; Quatrefage, pharm. aide-major, id., 5 fr.; Deleusse, id. id., 5 fr.; Petiteau, aux Sables-d'Olonnes, 10 fr.; Dussourd, médecin-major à l'hôpital militaire de Colmar, 15 fr.; Baudelique, pharm.-major id., 15 fr.; Vizeric, aide-major, id., 15 fr.; Simon, pharm. aide-major, id., 5 fr.; Otterburg, docteur en médecine à Paris, 5 fr.; Liotard, aide-major au 95e de ligne, 5 fr.; le Cercle pharmaceutique du Haut-Rhin, 200 fr.; Berguesse, docteur en méd. au Havre, 5 fr.; Saulnier, id. à Clermont (Puy-de-Dôme), 5 fr.; Pomonti, aide-major à Perpignan, 5 fr.; Martin, médecin id., 5 fr.; Gramaccini, méd.-major à l'hôpital milit. de Maubeuge, 15 fr.; Ropert, id., 5 fr.; Dupuis, pharm. id., 10 fr.; Guyot, id. id., 5 fr.; Fatrez, aumônier id., 5 fr.; Leniez, médecin civil à Maubeuge, 5 fr.; Julien, id., 5 fr.; Dereine, id., 5 fr.; Robert, id., 4 fr.; Monnier, pharm. id., 4 fr., Gravez, id., 4 fr.; Courtin, id., 4 fr.; Bousseau, id., 4 fr.; Emm. Coind, méd. à Orléans, 20 fr.; Renucci, id. à Blois, 5 fr.; A... B..., 5 fr.; Froussart, médecin-major au 4e cuirassiers, à Valenciennes, 7 fr.; Blanvillain, médecin-major à Belle-Ile-en-Mer, 10 fr.; Rey, méd. aide-major, id., 5 fr.; Schweing, id. id., 5 fr.; Laforcade, chirurg.-major en retraite, 5 fr.; Bramel, docteur en méd. id., 5 fr.; Hérouard, pharm. id., 5 fr.; docteur Dusseuil, pharm. en chef à l'armée française d'occupation à Rome, 5 fr.; Potier-Duplessy, aide-major à Nemours (Afrique), 5 fr.; l'Association médicale de l'arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne), 106 fr.

Total à ce jour (18 novembre). . 2,535 fr. 50 c.

—

Souscriptions recueillies par M. le docteur Sénard, chirurgien principal de la marine, membre de la commission :

MM. Sénard, 25 fr.; Chapuzot, docteur en médecine à Paris, 10 fr.; Chapuzot fils, étudiant en médecine, 10 fr.; Marbeau, trésorier général des invalides de la marine, 40 fr.; Virieu, chirurg. de 2e classe, 10 fr.; Aiguillé, chef de bureau, 5 fr.; Blachier, id., 10 fr.; Godefroy, id., 5 fr.; Delarbre, id., 5 fr.; Renaud, id., 5 fr.; Beau, sous-chef de bureau, 10 fr.; Ravier, id., 5 fr.; de Saint-Germain, id., 5 fr.; Vince, commis, ex-étudiant en médecine, 5 fr.; Blanchard, directeur de la comptabilité générale, 20 fr.; Deverre, docteur en méd., ancien chirurgien de 1re classe, 10 fr.; Champy, agent comptable au ministère de la marine, 5 fr.

Total. . . . 185 fr.

NOTE

SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Par le docteur Amédée Latour.

In-8°, Paris, 1857, aux Bureaux de l'Union Médicale. — Prix : 2 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris — Typographie Felix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

(1) Tous les organes principaux ont été l'objet d'un minutieux examen, sauf le foie, on comprend pourquoi.

Tome X. — N° 142. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 25 Novembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires, Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Pathologie : De l'altération des dents désignée sous le nom de carie. — II. Clinique médicale : Observation d'un kyste de l'ovaire ; rupture de ce kyste ; résorption de la portion liquide de la tumeur. — III. Revue générale : Nouveaux faits de cure radicale de hernie par l'invagination. — Traitement de l'asthme nerveux par la fumée de datura. — Médication de Sydenham contre les fièvres palustres. — Tannin mêlé à la glycérine contre la fissure à l'anus. — Mode de préparation d'une gelée de lichen et d'huile de foie de morue. — IV. Bibliothèque : Traité pratique des maladies du testicule, du cordon spermatique et du scrotum. — V. Académies et sociétés savantes. *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Fait de maladie convulsive rare. Discussion.

PATHOLOGIE.

DE L'ALTÉRATION DES DENTS DÉSIGNÉE SOUS LE NOM DE CARIE ;

Par le docteur Oudet,
Membre de l'Académie impériale de médecine.

Bien que la carie des dents constitue un état pathologique, son étude se rattache à une question qui est essentiellement physiologique. Pour bien saisir les caractères de cette altération, il importe, avant tout, de déterminer avec soin la nature du tissu qu'elle intéresse plus particulièrement ; ce sera le sujet de la première partie de ce travail ; la seconde sera consacrée à la description de la carie.

DE L'IVOIRE.

1° COMPOSITION ET CARACTÈRES PHYSIOLOGIQUES DE L'IVOIRE.

En désignant, avec Hunter, sous le nom d'ivoire, la portion des dents appelée improprement osseuse, j'ai voulu substituer à une dénomination vicieuse, une expression qui ne pût donner lieu à aucune conséquence fausse, puisqu'elle est consacrée par l'usage pour indiquer la même substance chez un animal généralement connu. Ce n'est pas que je ne sente que cette désignation pèche en ce qu'elle ne saurait s'appliquer à toutes les productions dentaires, dont quelques-unes, formées d'une substance cornée, diffèrent de l'ivoire proprement dit par leurs caractères physiques et chimiques. Aussi aurais-je accepté le nom de dentine, proposé par R. Owen, si je n'eusse craint d'introduire un mot nouveau dans le langage médical.

L'ivoire constitue la partie principale des dents, car aucune de ces productions ne peut exister sans que le bulbe ne soit revêtu d'une enveloppe solide. Quoique sa substance soit très dure, elle n'en est pas moins perméable aux liquides avec lesquels elle se trouve en contact. Pour rendre sensible cette perméabilité de l'ivoire que l'émail possède également, j'ai fait l'expérience suivante : après avoir agrandi la cavité dentaire d'une incisive de bœuf, j'y ai versé une solution de proto-sulfate de fer ; puis, l'ayant bouchée hermétiquement, j'ai plongé la couronne de la dent dans une dissolution de cyanure jaune de potassium et de fer, et je l'ai laissée séjourner plusieurs jours dans ce liquide. Au bout de ce temps, j'ai découvert, dans l'intérieur de la couronne, des taches bleues qui indiquaient, par cette coloration, les points où les deux liquides s'étaient rencontrés après avoir traversé, chacun de son côté, une portion de la couronne.

L'ivoire est formé d'une matière animale, *organique*, et de sels calcaires. Cette constitution chimique, qu'il partage avec les os, et dont on s'est tant prévalu pour réunir ces tissus dans un même système organique, n'implique entre eux aucune autre analogie. Elle est commandée par les usages auxquels ils sont également destinés. En un mot, elle satisfait à une condition fonctionnelle, mais elle ne saurait fournir un caractère hystologique. Aussi, chez certains animaux, dont les dents n'ont que de faibles résistances à vaincre, l'ivoire y est-il remplacé par une substance cornée.

Outre les deux éléments chimiques que nous venons d'indiquer, l'ivoire contient, comme toutes les productions épidermiques, un fluide d'imbibition fourni par la pulpe, qui le pénètre dans toutes ses parties et vient se répandre jusqu'à la surface de la dent. Sans cesse produit, il est sans cesse renouvelé, et, par ce mouvement non interrompu, il concourt à communiquer aux substances dentaires la vitalité dont elles jouissent. C'est à ce fluide qu'elles doivent la teinte brillante qui les anime, laquelle diminue, s'altère ou disparaît par les progrès de l'âge, les lésions de la pulpe, du cordon dentaire, etc. Certaines circonstances pathologiques mettent en évidence l'existence de ce fluide. Lorsque j'étais élève des hôpitaux, me livrant, pendant un temps très froid, à des dissections anatomiques, je fus fort étonné de trouver entièrement rouges les racines de deux dents que j'avais extraites du cadavre d'un homme mort d'une congestion cérébrale. L'émail ne participait nullement à cette coloration. Depuis, j'ai eu l'occasion d'observer la même chose sur une dent provenant d'un sujet qui avait succombé au choléra.

L'imbibition est donc une des conditions attachées à la vitalité des dents et qui les lie à l'organisme. A ce point de vue, les substances dentaires, comme toutes les productions tégumentaires, se trouvent, par rapport aux autres tissus, dans la même position que certains animaux placés aux degrés inférieurs de l'échelle des êtres vivants à l'égard des animaux d'un ordre supérieur. Privés, les unes et les autres, de vaisseaux, l'imbibition y remplace la circulation. Toutefois, elle nous offre ici un caractère particulier ; tandis que chez ces animaux elle supplée à la circulation dans son acte essentiel, pour les dents, elle a une destination différente. Car je ne puis admettre qu'il se passe dans l'ivoire un véritable travail de nutrition, à moins qu'on ne veuille ici détourner ce mot de sa signification physiologique.

Certainement, c'est la pulpe qui est chargée de fournir le fluide d'imbibition ; cependant, en réfléchissant à la grande quantité du liquide renfermé dans cet organe, je m'étais plus d'une fois demandé s'il était uniquement destiné à cet usage, et si sa composition chimique ne présenterait pas une grande analogie avec celle de l'ivoire. Les recherches que je dois au talent et à l'extrême obligeance de M. le professeur Wurtz, ne semblent pas avoir répondu à mes prévisions. D'après cet habile chimiste, le liquide des pulpes dentaires, examiné chez l'homme, est *fortement* alcalin, et contient en dissolution une quantité considérable d'une matière albuminoïde particulière. Cette substance est la modification de l'albumine, qui se forme par l'action des alcalis sur ce principe. Elle précipite par l'acide acétique, ce qui la distingue de l'albumine normale. Le liquide qui la tient en dissolution est incomplétement coagulé par la chaleur. Il est précipité d'ailleurs par les réactifs ordinaires de l'albumine, par les acides minéraux, le tannin, les sels métalliques, tels que le sous-acétate de plomb, le sulfate de cuivre et le sublimé corrosif. L'alcool le coagule en flocons épais.

En incinérant le liquide des pulpes dentaires, après l'avoir préalablement desséché, M. Wurtz a obtenu un résidu fortement alcalin, dans lequel il n'a pu découvrir que des *traces* de phosphates de chaux. La nature alcaline du liquide dont il s'agit exclut l'idée d'y admettre le phosphate de chaux à l'état de simple dissolution. Il paraît plus probable que ce sel est intimement combiné à la matière albuminoïde elle-même.

Par des lavages répétés, le tissu solide des pulpes a été réduit à l'état d'une matière fibreuse parfaitement blanche, et semblable, par son aspect et ses propriétés physiques, à la fibrine elle-même.

Il ressort de cette analyse un fait significatif : la forte alcalinité du liquide contenu dans la pulpe. Nul doute qu'en constituant ainsi ce liquide, la nature n'ait eu en vue la conservation de la dent. Remarquons, en effet, que les agents ordinaires de destruction des dents ne les atteignent que par les propriétés acides qu'ils possèdent ou peuvent acquérir par leur séjour dans la bouche. C'est afin de neutraliser cette influence nuisible, que mille voies ont été ouvertes, qui donnent sans cesse passage au fluide fourni par la pulpe, et lui permettent de se répandre sur tous les points de la substance calcaire des dents.

Tels sont les éléments qui entrent dans la composition de l'ivoire. Aucun vaisseau, aucun nerf ne le pénètre. Cette proposition repose sur des faits si nombreux et si décisifs, que j'ai de la peine à comprendre que des physiologistes puissent encore admettre la vascularité de l'ivoire. Je ne reviendrai pas sur un sujet que j'ai traité longuement dans plusieurs de mes écrits. Je me bornerai à reproduire un seul argument, et cet argument, je l'emprunterai à l'anatomie comparative. Pour être conséquents à leur opinion, ces auteurs iraient-ils jusqu'à dire, des incisives des rongeurs, dont la substance s'use et se répare continuellement, que leur bulbe fournit sans cesse et tout à la fois de l'ivoire, des vaisseaux et même des nerfs ? Mais ces dents vont bientôt être soumises au travail de la mastication. Comment, portant en elles tous ces éléments de l'organisme toujours si prompts à réagir contre la plus légère excitation, pourront-elles supporter la détrition qui les attend, sans éprouver la moindre atteinte, ne lui opposant que la faible résistance d'un corps qui obéit avec inertie aux lois de sa destruction ?

Cet isolement de l'ivoire, qui le place en dehors du mouvement général de la circulation, fait qu'aucun travail de composition et de décomposition ne s'opère en lui ; aussi ne participe-t-il pas au renouvellement moléculaire qui s'accomplit dans les autres parties de notre économie. Chez les animaux qui ont été soumis à l'usage de la garance, il conserve la couleur rouge qu'il a acquise pendant ce régime. J'ai trouvé cette coloration parfaitement prononcée sur un jeune porc, tué six mois après qu'on avait cessé de mêler de la garance à ses aliments.

Chaque couche de l'ivoire, une fois produite, demeure donc telle que l'a déposée la pulpe. Les pertes de substance qu'il éprouve ne se réparent jamais. C'est par la même raison que les influences morbides qui se font sentir avec tant de puissance sur les autres tissus, n'exercent sur lui aucune action. Qui ne sait que, dans le rachitisme, les dents conservent leur consistance, tandis que les diverses parties du squelette sont ramollies.

Cependant, quelques auteurs, assimilant la formation de l'ivoire au travail d'ossification qui a lieu dans les cartilages, prétendent qu'il parcourt dans son développement les mêmes phases que les os ; qu'il passe successivement de l'état gélatineux à l'état cartilagineux, et de ce dernier à l'état osseux. Pour le démontrer, ils se fondent sur ce qu'on observe dans la coupe verticale d'une dent en voie de formation. On reconnaît, en effet, que le sommet des cornets de substance éburnée, qui répond à l'extrémité gengivale de la couronne, est épais et très dur ; tandis que leur base, très mince, se termine elle-même par une portion plus molle qui s'écrase avec la plus grande facilité sous le doigt. Mais que prouve ce fait ? Que les couches de l'ivoire, voisines de l'extrémité radiculaire de la dent, n'ont pas alors l'épaisseur qu'elles acquerront plus tard par l'apposition des couches nouvelles qui viendront se joindre à elles ; que très minces à l'endroit où elles consistent seulement en quelques lames, elles le deviennent encore davantage là où une seule de ces lames, dépassant les autres, réduit à sa propre ténuité la portion terminale de l'ivoire. En un mot, on retrouve ici ce qu'on remarque dans toutes les autres productions du système tégumentaire, dont l'accroissement est également le résultat de l'apposition les unes sur les autres des couches continuellement déposées à la surface de leurs bulles. C'est de cette manière, et non par une transformation qu'elle éprouverait, que la pellicule très mince qui termine la racine de l'ongle, prend peu à peu, et avec le temps, plus de consistance par les couches qui s'y adossent successivement, et finit par constituer l'extrémité libre et épaisse de l'ongle.

Toutefois, bien que l'ivoire ne tienne à l'organisme par aucun lien vasculaire ni nerveux, il n'en est pas moins un tissu organisé et vivant. Il est, en partie, formé par une matière animale, organique, laquelle provient d'un acte de l'organisme ; il est pénétré par un fluide d'imbibition, résultat d'un acte de même nature ; du côté de la pulpe, il se trouve étroitement uni à elle par les couches qu'elle fournit sans interruption et qui viennent à chaque instant se joindre à celles qui sont déjà formées ; du côté des racines, il est, par sa face externe, en contact immédiat avec la membrane et la substance corticales. Enfin sa vitalité est démontrée par les maladies qui l'affectent.

L'ivoire n'est donc pas un corps brut, un produit inorganique, comme Hunter a pu le laisser croire, et comme l'ont avancé Cuvier et Geoffroy Saint-Hilaire. Il possède une véritable organisation qui est appropriée aux fonctions mécaniques qu'il a à exercer. Cependant, tout en consacrant cet état organique de la substance éburnée, je préférai l'exprimer par une autre désignation. A l'époque où je publiai mes premiers travaux, le mot organisation entraînait tellement avec lui l'idée de la présence de vaisseaux et de nerfs dans les corps qui en sont doués, que je dus éviter de l'appliquer à une structure qui s'en trouve tant éloignée. Et puis, à ce temps, qu'entendait-on par une organisation ? Quels en étaient les caractères essentiels et généraux ? Ils varient tellement de tissu à tissu ; ils éprouvent dans leurs conditions diverses des modifications si profondes que, si on l'ignorait alors, je doute fort qu'aujourd'hui la science soit beaucoup plus avancée. Ce sont ces motifs qui m'ont porté et me portent encore à qualifier du nom de tissus vivants les productions dentaires et cornées. Outre l'avantage qu'il a de les dégager de toute idée spéculative, il indique le lien incontestable qui les rattache aux autres parties de notre économie et exprime le fait le plus certain et le plus tranché qui sépare les substances dites organiques des matières inorganiques.

Cette absence de vaisseaux et de nerfs dans l'ivoire, caractère qui lui est commun avec l'émail et les rend incapables d'exercer par eux-mêmes aucun acte de l'organisme, d'une part ; de l'autre, la vitalité qu'ils possèdent néanmoins, sont les traits les plus saillants qui séparent les substances dentaires de toutes les autres parties de notre économie. Sous ce double rapport, on peut dire qu'elles participent à la fois, des propriétés des corps inorganiques

et des propriétés des tissus vivants; ou plutôt elles forment le lien de transition des unes aux autres. Une telle disposition, qui s'applique à toutes les productions cornées, était rendue nécessaire, aussi bien pour leur propre conservation que pour les usages qu'elles ont à remplir. C'est elle qui leur permet de pouvoir supporter, sans en souffrir, l'action des corps avec lesquels elles sont habituellement en contact. C'est à la nature particulière de ces substances qu'elles doivent d'être placées, comme une barrière, entre le monde extérieur et l'organisation pour protéger cette dernière. Aussi, sous quelles formes qu'elles se montrent à la surface des téguments internes et externes, est-on sûr de les rencontrer partout où notre économie doit être en rapport avec un agent étranger.

Quoique privées de nerfs, les dents sont sensibles. Elles ressentent l'impression de la chaleur, du froid, des acides qui produisent sur elles ce sentiment connu sous le nom d'agacement. On sait la sensation pénible qu'on détermine, quand on promène la pointe d'une sonde sur le collet d'une dent ou sur une portion de la couronne qui a été dépouillée d'émail.

Mais la sensibilité des dents se manifeste surtout dans la faculté tactile qu'elles possèdent à un haut degré, et en vertu de laquelle elles perçoivent les qualités physiques des substances soumises à leur action. C'est cette faculté, que Graves a étudiée avec beaucoup de soin, qui leur permet de sentir les corps les plus petits, s'ils sont durs, et même la présence de corps moins résistants, comme un morceau de papier, une pétale de rose.

Les dents ne sont donc pas seulement des instruments de mastication, elles remplissent, en outre, une fonction spéciale, celle d'apprécier les qualités des corps avec lesquels elles sont en rapport et de nous avertir à l'instant même quand le bol alimentaire renferme quelque corps qui soit nuisible à leur propre substance.

Plusieurs auteurs ont argué de ces phénomènes de sensibilité que l'ivoire était pourvu de nerfs. Ces auteurs auraient, je crois, fait preuve d'un meilleur esprit, si, au lieu d'opposer entre eux deux faits également incontestables, l'absence des nerfs et l'existence de la sensibilité dans la substance éburnée, ils en eussent profité pour appeler l'attention des physiologistes sur un point encore obscur de la science. Ne sait-on pas qu'il est des parties chez lesquelles l'anatomie n'a pu reconnaître la présence des nerfs, et qui, cependant, donnent lieu, dans certaines circonstances, aux souffrances les plus fortes? Les tissus dits fibreux, qu'on incise, qu'on cautérise, sans déterminer de douleur, n'en causent-ils pas lorsqu'on les distend ou qu'on les tiraille? Les os, qui dans l'état sain sont insensibles, ne deviennent-ils pas le siége de vives souffrances quand ils sont malades? Les dents qui supportent impunément les efforts les plus violents, ne sont-elles pas douloureusement impressionnées par l'action des acides? Or, comment concilier tout cela avec les idées reçues? Et n'est-il pas raisonnablement permis de reporter ces manifestations de la sensibilité à la puissance qui veille sans cesse à notre conservation? N'est-ce pas elle qui préside à tous les phénomènes de l'organisme, qui les fait naître, en règle la marche et en fixe la durée? N'est-ce pas cette puissance qui, contenant en une juste mesure les fonctions de la pulpe, proportionne dans les dents simples la production de l'ivoire aux pertes continuelles qu'elles subissent par l'usure; qui, dans certaines circonstances, communiquant une plus grande activité à ces fonctions, leur fait réparer en peu de jours les graves dommages apportés à ces dents par des causes accidentelles, ou qui, ailleurs, les ralentit ou les arrête, quand l'accroissement de ces dents est parvenu à un terme qu'il ne doit pas dépasser.

Quant à moi, me renfermant dans mon sujet, je me bornerai à conclure des faits qui viennent d'être exposés, que la présence des nerfs dans nos tissus n'est pas une condition indispensable pour que ces derniers puissent transmettre les impressions qui leur sont communiquées

La pulpe est le siége principal de la sensibilité des dents. On a objecté que cet organe se trouve séparé de l'action des corps extérieurs par une épaisseur considérable de couches solides; mais, comme l'a fait remarquer Cuvier, les poissons, qui ont leur labyrinthe enfermé dans le crâne, entendent par les ébranlements qui leur sont communiqués; or, c'est, ajoute-t-il, quelque chose de plus fort en sensibilité, que ce que les dents éprouvent.

Toutefois, n'exagérons pas le rôle qu'ici joue la pulpe. Il devait être très important pour Cuvier qui considérait les substances dentaires comme des corps inorganiques privés de vitalité. Mais je ne saurais l'accepter dans toute la portée physiologique que cet auteur lui a accordée. Je doute que l'ivoire ne serve qu'à transmettre matériellement l'action des corps avec lesquels il se trouve en rapport et qu'il demeure complétement étranger aux phénomènes de sensibilité dont il est le siége. Il m'est bien difficile de le croire quand je vois la surface d'une dent limée, qui ne pouvait d'abord supporter sans douleur le plus léger contact, la plus faible impression du chaud ou du froid, perdre en très peu de temps de sa sensibilité, et celle-ci s'éteindre bientôt complétement. Je ne puis surtout le croire, quand je vois, tous les jours, la cautérisation faire disparaître à l'instant même la vive douleur que font éprouver les dents usées, sous la sonde ou par le contact des corps sous lesquels elles doivent agir. Certainement on ne peut pas dire que la pulpe prenne une part quelconque à ce dernier résultat, et il faut bien l'attribuer à des changements survenus dans l'ivoire par suite de l'opération chirurgicale.

Jusqu'à présent, je me suis occupé des caractères physiologiques de l'ivoire, il me reste, pour compléter cette partie de mon travail, à traiter de l'arrangement des éléments matériels qui entrent dans la composition de ce tissu et à déterminer son mode d'accroissement.

Ici je vais me trouver placé en présence de grandes difficultés. L'anatomie microscopique s'est, dans ces derniers temps, emparée presque exclusivement de ce sujet. Mais elle l'a étudié sous des faces et d'après des idées si diverses; tant d'hypothèses en ont surgi, qu'il me serait aussi impossible de les exposer sans sortir des limites qui me sont prescrites par la nature de ce travail, que de suivre toujours l'observation au milieu de ce véritable dédale. Je n'entreprendrai donc pas une telle tâche. J'écarterai avec soin les détails peu importants, pour ne m'attacher qu'à ce que les faits offrent de plus positif dans leur signification et de moins incertain dans les déductions qu'on en peut tirer.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATION D'UN KYSTE DE L'OVAIRE; RUPTURE DE CE KYSTE; RÉSORPTION DE LA PORTION LIQUIDE DE LA TUMEUR.

G..., âgée de 29 ans, non mariée, de moyenne taille, brune, d'assez forte constitution, exerce la profession de cuisinière chez des maîtres qui habitent en hiver la ville de Genève, en été une campagne située dans un village très salubre des environs de la ville. Elle est bien nourrie et habite une chambre saine. Sans qu'elle puisse y attribuer aucune cause, soit de refroidissement, soit de suppression brusque des menstrues, soit de coups ou de chutes, cette fille s'aperçoit, depuis dix-huit mois, d'une tumeur qui s'est développée dans son ventre lentement, progressivement, sans jamais manifester d'augmentation subite de volume, sans produire aucune douleur, autre qu'une sensation de fatigue et de lourdeur et de la gêne dans les mouvements.

Cette tumeur a commencé par se montrer dans la fosse iliaque du côté gauche; puis, remontant en haut et en dedans, elle a atteint la ligne médiane jusqu'à l'ombilic, et enfin s'est étendue jusqu'à la fosse iliaque droite, de manière à produire une saillie très marquée du ventre en avant, et un élargissement de la taille aussi apparent que celui d'une femme arrivée au terme de sa grossesse.

La malade a consulté déjà plusieurs médecins et a suivi des traitements variés; le seul qui soit arrivé à ma connaissance, consiste en des frictions d'onguent napolitain sur l'abdomen. Ces frictions, ayant amené de la salivation, ont été abandonnées au bout de peu de jours. Du reste, la malade a continué à faire son ouvrage sans être arrêtée un seul jour; elle éprouve seulement, le soir surtout, un sentiment de lassitude et un peu d'oppression. Les règles ont paru tous les mois, mais sont moins abondantes qu'auparavant, et ne durent guère qu'un seul jour.

Le 6 octobre 1854, cette fille vint à ma consultation pour la première fois : ses traits ne sont ni altérés, ni amaigris; elle marche facilement, n'offre aucun œdème autour des malléoles. L'appétit est un peu diminué, la langue nette; il n'y a jamais eu de nausées ni de vomissements, mais des borborygmes et une disposition habituelle à la constipation. Il n'y a pas de leucorrhée.

Le ventre présente une forme régulière; il n'est pas plus développé d'un côté que de l'autre; mais son volume dépasse celui d'une femme arrivée au terme de la grossesse; il est fortement tendu; la peau, lisse, luisante, offre sa coloration normale; la saillie de l'abdomen existe surtout en avant, à la région ombilicale; l'ombilic lui-même présente la petite tumeur conique telle qu'elle existe au huitième mois de la gravidité. On perçoit distinctement et superficiellement la sensation du flot du liquide comme dans l'ascite; à la percussion, on obtient un son mat dans tout l'abdomen, sauf à la région épigastrique et en arrière dans les deux flancs, où le son est tympanique.

Il n'y a aucune douleur à la pression, en sorte que je pus l'exercer assez profondément pour seatir à l'hypogastre un corps dur, arrondi, mobile, dont la tension du ventre ne me permit pas de reconnaître le volume, mais auquel je pus imprimer un ballottement peu prononcé.

Au toucher vaginal, que je fis à travers la membrane hymen intacte, mais sans effort et sans provoquer de douleur, je constatai que le col de l'utérus était lisse, dur, conique, allongé, peu mobile, car, lorsque je le soulevais, je sentais une résistance élastique produite par la tumeur de l'abdomen. Je n'ai pas jugé à propos de porter le doigt dans le cul-de-sac vaginal pour atteindre le corps de la matrice, afin de ne pas risquer de déchirer la membrane hymen.

Dans deux audiences subséquentes, j'ai cru sentir, en posant doucement la main sur la surface de l'abdomen et en lui imprimant quelques secousses brusques, un léger frémissement vibratoire; la malade elle-même avait par moments une sensation de bouillonnement dans la région occupée par la tumeur.

J'ai fait prendre à cette femme des ferrugineux, du nitrate de potasse, des purgatifs légers, des frictions composées à parties égales de teinture d'iode et de glycérine, sans remarquer aucune diminution dans le volume de l'abdomen.

La malade prenait depuis huit jours des pilules de scille, digitale et scammonée (1 grain de chaque, trois à cinq pilules par jour) lorsque, le 20 décembre 1854, je fus appelé en toute hâte auprès d'elle à cause d'une chute qu'elle venait de faire dans sa cuisine.

C'est en portant dans ses bras une marmite pleine que, se heurtant contre une chaise, la femme G... était tombée de sa hauteur en appuyant le côté gauche du ventre contre le bord de la marmite. Une syncope de quelques minutes de durée était survenue aussitôt, mais était déjà passée lorsque j'arrivai auprès de la malade. Celle-ci était au lit, accusant une douleur peu vive, sourde, au côté gauche du ventre, elle assurait n'avoir éprouvé, ni sensation extraordinaire de déchirement, ni élancement au moment de la chute. Le pouls était entre 80 et 90 pulsations, faible, dépressible, la face pâle, la peau naturelle.

Lorsque je découvris l'abdomen, je fus aussitôt frappé du changement qu'il avait subi : au lieu d'être saillant en avant, il était applati, même légèrement concave, dans la région sus-ombilicale, la peau, dans ce point, était ridée, souple, flasque. On pouvait enfoncer la main beaucoup plus profondément dans toute l'étendue du ventre et sans produire de douleur, sauf un peu de sensibilité dans la région de l'S iliaque. Le liquide contenu dans la cavité abdominale, était surtout accumulé dans les régions latérales pendant le décubitus dorsal; on le faisait fluctuer par la plus légère pression, et il se portait toujours vers le point déclive à chaque mouvement de la malade. Il n'y a eu aucune émission d'urine, ni de matières fécales depuis l'accident. Il me fut beaucoup plus facile, dès ce jour-là, de reconnaître la boule de consistance dure, presque cartilagineuse dont j'avais déjà constaté la présence précédemment; cette tumeur était ovoïde, peu mobile, occupait l'hypogastre, et plus grosse que la tête d'un enfant nouveau-né.

Je prescrivis simplement le repos au lit, une potion antispasmodique, et j'appliquai une serviette fortement serrée autour du ventre, après l'avoir fait arroser de teinture d'arnica.

Le lendemain, aucune douleur ne se faisait plus sentir, la quantité habituelle d'urine rendue par la malade ne subit pas d'augmentation, non plus que les jours qui suivirent. Je fis reprendre les pilules purgatives et diurétiques, qui amenèrent deux ou trois selles par jour, pendant huit jours. Le ventre diminua rapidement de volume, en sorte que, le troisième jour, la malade se sentait déjà moins lourde de moitié, elle se leva depuis ce jour-là et reprit peu à peu ses occupations.

Au bout de quinze jours, la tumeur était réduite à la coque dure signalée plus haut, et qui, depuis lors, a conservé toujours le même volume, autant que j'ai pu l'apprécier.

J'ai revu la jeune G... cet été, elle souffrait de lassitude et de palpitations; ses règles étaient régulières, mais toujours fort peu abondantes. Son abdomen n'a pas augmenté de volume.

Le diagnostic de la maladie dont je viens de tracer l'histoire, ne me paraît pas douteux; il s'agit ici d'un kyste de l'ovaire gauche, constitué par une enveloppe membraneuse extérieure dont la cavité est remplie de liquide séreux et contient en outre un noyau dur. La présence d'hydatides dans la tumeur, malgré le frémissement vibratoire que j'ai cru sentir, me paraît un fait plus que douteux, car la sortie de ces vers vésiculaires hors de leur enveloppe aurait produit, lors de la rupture du sac, des symptômes plus graves que ceux qui ont été observés.

Il me semble en effet hors de doute qu'il y a eu rupture de la paroi de la tumeur et épanchement de son contenu dans la cavité péritonéale. La résorption graduelle et prompte du liquide a été la suite de cet accident, elle n'a provoqué aucun symptôme alarmant, et l'amélioration notable qui en a été la suite dans l'état de la malade, s'est maintenue jusqu'à aujourd'hui. Mais je n'ose espérer que le mal ne reparaisse plus tard.

Je ne me permettrai qu'une seule réflexion à l'occasion de ce fait; elle m'est suggérée par la conduite tenue par M. Boinet dans un cas analogue rapporté par l'UNION MÉDICALE dans un de ses derniers numéros. Ce chirurgien distingué a cru devoir pratiquer la ponction abdominale aussitôt après la rupture du kyste, il ne s'en est suivi aucun accident et la maladie n'a pas encore reparu depuis lors; j'ai suivi une conduite différente et le résultat a été le même, à part la présence de la coque dure que sans doute la paracentèse abdominale n'eût pas fait disparaître. Mon observation prouve d'une manière évidente que la résorption du liquide épanché est possible; il est donc inutile de chercher à l'évacuer au moyen d'une opération, avant, du moins, d'avoir attendu le temps nécessaire pour que cette résorption puisse s'effectuer.

Dr V. GAUTIER,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

REVUE GÉNÉRALE.

NOUVEAUX FAITS DE CURE RADICALE DE HERNIE PAR L'INVAGINATION.

Cette nouvelle tentative de l'emploi de la méthode de Gerdy a été faite par M. Alphonse Guérin et a été suivie de succès. Nous devons donc enregistrer ces faits encourageants.

Un jeune homme, âgé de 22 ans, entré à la Charité, le 16 janvier de cette année, portait, depuis six ans, une entérocèle inguinale oblique, qui a paru, pour la première fois, huit jours après une brûlure faite par une poutre enflammée, dans la région de l'aine gauche. La hernie était peu volumineuse et mal maintenue; son canal permettait largement l'introduction du doigt. Elle n'était douloureuse que pendant la marche et la station prolongée; mais dans cette situation la douleur était telle, qu'elle forçait le malade à se coucher et à garder le repos.

L'opération a été pratiquée le 22 février. Le scrotum, refoulé dans le canal jusqu'au voisinage de l'orifice interne, sur l'extrémité de l'index gauche de l'opérateur, un fil double muni d'un grain de chapelet fut passé, au moyen d'une aiguille courbe, à travers le fond de l'infundibulum, de manière à sortir à son niveau, servant ainsi à maintenir appliquée contre la paroi inférieure du canal la peau des bourses invaginée. Pour fixer le tout en place, les deux chefs du lien furent noués sur un morceau de petite sonde, le col et le sac laissés en arrière, et, par conséquent, non compris dans la striction du fil. Douze heures après l'opération, il se développa une inflammation avec rougeur et tuméfaction, et surtout une douleur très vive, assez intense pour que l'interne de garde jugeât prudent de relâcher légèrement le fil, ce qui produisit un soulagement immédiat.

Les douleurs reparurent le jour suivant, mais limitées, ainsi que l'inflammation, à un travers de doigt autour du trajet du fil.

Le sixième jour, M. A. Guérin enleva le fil et le grain de chapelet qui étaient restés en place; le lendemain, la tuméfaction était limitée au-dessous de la petite ouverture; elle décrut les jours suivants, et le 6 mars (douzième jour de l'opération) l'aine était entièrement libre, l'anneau oblitéré et la toux provoquée ne faisait plus sortir la hernie.

Le dix-huitième jour, le malade sortit, muni par précaution d'un bandage.

— Le second malade est un jeune de 20 ans, entré à la Charité, le 5 mai 1856, pour une hernie inguinale congénitale qui s'était déjà plusieurs fois étranglée. Il présentait en outre, une mobilité anormale des testicules, qui n'étaient point fixés dans les bourses; celles-ci étaient atrophiées. La présence habituelle des testicules dans l'abdomen occa-

sionnait de grandes douleurs. Quoique faibles, les anneaux du côté gauche maintenaient encore les intestins; le canal du côté droit, large d'environ un pouce, avait seul permis le passage d'une entérocèle du volume du poing, que les mouvements des testicules empêchaient de maintenir.

M. A. Guérin conçut la possibilité de remédier à la double infirmité par l'opération de Gerdy. L'occlusion du canal, tout en contenant la hernie, devait servir en même temps à fixer le testicule dans le scrotum et à favoriser l'essor incomplet de son développement.

L'opération fut pratiquée le 8 mai. Le testicule mis en place, la hernie réduite, le scrotum fut refoulé dans le canal, comme dans le fait qui précède, et fixé par un fil à peu de distance de l'anneau interne; les deux chefs de fil furent noués sur un morceau de sonde.

Le soir, dans un effort de toux, le testicule rentra dans l'abdomen, et l'on essaya en vain de le faire sortir.

Le lendemain matin, à la visite, M. A. Guérin dénoua le fil, ramena le testicule et s'aperçut qu'il avait cheminé à travers une ouverture particulière située à la paroi antérieure du canal, et externe relativement à la hernie. Le grain de chapelet était insuffisant pour le maintenir en dehors, une seconde boulette de liége fut glissée dans l'infundibulum, à côté de la première, de manière que le fil qui le portait traversât l'ouverture nouvellement reconnue. La hernie et le testicule avaient ainsi chacun leur trajet respectif oblitéré par un fil et un grain de chapelet noués séparément.

Le surlendemain, douleurs vives sur le siége de l'opération et sur le trajet du cordon; rougeur et tuméfaction considérable autour du fil. Les nœuds sont défaits et les morceaux de sonde enlevés; soulagement presque immédiat.

Le cinquième jour, les deux boulettes, qu'on avait laissées en place, sont enlevées; le testicule n'est pas dans les bourses, où il ne trouverait pas de place, mais il reste dans l'endroit où il a été fixé.

Le douzième jour, la cicatrisation est complète; le scrotum, en partie descendu, permet d'espérer la rentrée en place du testicule. On applique un bandage (le bandage de M. Bourjeaurd), dans le but de le refouler en bas. La hernie ne fait plus saillie, même pendant les efforts de toux. Le malade sort dans cet état le 25, c'est-à-dire le dix-septième jour de l'opération.

Ce jeune homme a été revu plusieurs mois après, et on a pu constater que l'entérocèle était guérie, et que le testicule, toujours situé à l'extérieur, ne rentrait plus dans le ventre et prenait de l'accroissement sous l'influence de sa nouvelle position. — (In *Gaz. des hôp.*, n° 137.)

TRAITEMENT DE L'ASTHME NERVEUX PAR LA FUMÉE DE DATURA.

On ne discute plus guère sur l'existence de l'asthme essentiel, nerveux, ne dépendant ni d'une maladie du cœur, ni d'une altération des gros vaisseaux, ou des bronches, ou des poumons, accès de suffocation semblables à ceux des femmes hystériques, accès terribles dans leur forme et peu graves au fond, et dont la cause organique ne peut être raisonnablement rapportée qu'à un trouble passager de l'innervation. Mais si tous les praticiens sont à peu près d'accord pour admettre la réalité d'un asthme nerveux, il s'en faut qu'ils emploient tous les mêmes moyens pour le combattre. M. le docteur Valérius vient de signaler à la Société de médecine de Gand un nouveau mode de traitement, ou plutôt une modification à un traitement déjà connu, qui a suffi, dit-il, très souvent pour dissiper sur-le-champ la suffocation.

On sait que, parmi les médications prescrites contre l'asthme nerveux, on signale surtout les vapeurs de jusquiame, de belladone, et particulièrement de datura stramonium, qui a été vivement recommandé dans ces derniers temps. Ce serait aussi le moyen le plus efficace, suivant M. Valérius; mais il ne faudrait point charger le malade de faire lui-même ces fumigations. Il est évident d'abord que ce n'est que dans l'intervalle des accès qu'il serait possible au malheureux, en proie à la suffocation, de fumer ces substances narcotiques sous forme de cigarettes, comme on est dans l'usage de le prescrire. Pendant la crise, le malade ne peut attendre de secours que des personnes qui sont autour de lui. En aspirant d'ailleurs cette fumée qu'il produit lui-même, il la rejette presque tout entière au dehors, et n'en tire presque aucun profit. Il faut que quelqu'un se charge de lui lancer la fumée de stramonium au visage, en choisissant le moment de ses inspirations, afin que cette vapeur pénètre immédiatement dans les voies respiratoires du patient. Il est merveilleux de voir alors avec quelle rapidité la suffocation se dissipe et quelle quantité de fumée est nécessaire pour ramener le calme dans l'économie. A peine cette fumée a pénétré dans le poumon, que le malade est pris d'une petite toux sèche, et c'est ordinairement le signal d'une rémission dans les symptômes, quelquefois même la cessation complète de sa crise.

Le fait capital qui résulte de l'observation du médecin belge, est la nécessité qu'il aurait constatée de faire aspirer la fumée de datura au moment même où elle sort de la pipe, et avant que, par son contact avec l'air de la chambre, elle se soit refroidie. C'est en vain, d'après lui, qu'on mettrait l'asthmatique dans une atmosphère de vapeurs narcotiques; il faut que cette vapeur s'introduise dans ses narines au moment même de sa production : aussi a-t-il imaginé un petit appareil à ce destiné, dans lequel on brûle la feuille sous le nez du malade, de manière à lui faire aspirer aisément la fumée qui s'en dégage. — (In *Annales de la Société de méd. de Gand*, novembre 1856.)

MÉDICATION DE SYDENHAM CONTRE LES FIÈVRES PALUSTRES.

Il est bon de remettre sous les yeux des contemporains les moyens préconisés par les grands praticiens des derniers siècles. Des cliniciens actuels, M. Trousseau est celui qui puise le plus volontiers à cette source abondante et trop négligée de pratiques utiles. Voici un cas où la pratique de Sydenham a été suivie d'un résultat rapidement favorable.

Un homme qui avait pris une fièvre intermittente tierce à Ostende, est venu à Paris dans un état de pâleur et de cachexie des plus prononcés; sa fièvre se produisait par accès bien tranchés, et il avait pris, comme toujours, une masse énorme de sulfate de quinine. M. Trousseau n'a pas essayé ici la méthode de Torti qui, souvent, donne de bons résultats, mais qui échoue quelquefois : il a purgé le malade, et immédiatement après il a procédé à l'administration méthodique du quinquina, en suivant rigoureusement la formule de Sydenham.

La préparation purgative administrée ici au début du traitement est un apozème ainsi composé :

Quinquina jaune concassé. . . .	15 grammes.
Faites bouillir dans :	
Eau.	1000 grammes.
Jusqu'à réduction à.	500 grammes.
Passez et ajoutez :	
Sulfate de soude.	30 grammes.

Agitez avant de boire.

On connaît, d'autre part, la formule de l'électuaire de Sydenham :

Quinquina jaune en poudre. . .	32 grammes.
Conserve de roses.	q. s.
Sirop d'écorce d'oranges am. .	

Divisez en bols pour être pris entre les deux accès, la moitié le premier jour, et l'autre moitié le lendemain.

Il est presque inutile de dire que l'accès suivant n'est pas venu; mais, pour empêcher le retour de la fièvre, le même opiat a dû être prescrit à la même dose aux intervalles croissants de cinq, huit et quinze jours. La guérison de ce malade est aujourd'hui des mieux assurées, et l'on peut en dire autant d'un militaire revenu en France avec une fièvre algérienne qui remontait à un an. Chez ce dernier malade, la rate était sensiblement engorgée. Même traitement que dans le cas précédent : même résultat. On devra, toutefois ici, insister sur l'emploi de l'électuaire, en raison de l'engorgement splénique, et combattre la cachexie palustre par l'administration prolongée pendant quelque temps d'un julep contenant 2 grammes de mars tartarisé. — (In *Journal de méd. et de chir. prat.*, novembre 1856.)

TANNIN MÊLÉ A LA GLYCÉRINE CONTRE LA FISSURE A L'ANUS.

M. le docteur Van Holsbeck considère le resserrement du sphincter de l'anus comme l'effet et non comme la cause de la fissure, et il cherche surtout à guérir cette dernière. Il appuie sa manière de voir, et le traitement qu'il met en usage, sur plusieurs cas de fissure qui ont persisté après l'incision des fibres du sphincter anal. Il a recours au tannin, incorporé dans la glycérine, dans les proportions suivantes : Glycérine, 16 grammes; tannin, 1 gramme.

Voici comment il procède : une mèche plus ou moins volumineuse, que nous couvrons de notre topique, dit M. Van Holsbeck, est introduite dans le rectum avec prudence. Nous la renouvelons le matin et le soir. Le patient, avec un peu d'adresse, parvient à pratiquer cette petite opération. La mèche, comme on le comprend, a un double avantage : elle agit en guérissant la fissure par son topique, et fait cesser par son volume, qu'on peut augmenter progressivement, la constriction que pourrait exercer le sphincter anal. Le mode d'action de la mèche, dans ce cas, est analogue à celui des algalies employées pour dilater le canal de l'urètre, alors qu'il est le siége d'un rétrécissement.

Nous recommandons enfin à nos malades, pour prévenir le retour des fissures, surtout à ceux qui sont habituellement constipés, de prendre à tâche d'avoir toujours des selles faciles. — (In *Presse médicale belge*, 1856.)

MODE DE PRÉPARATION D'UNE GELÉE DE LICHEN ET D'HUILE DE FOIE DE MORUE.

M. Sauvan, pharmacien à Montpellier, a eu l'idée d'associer l'huile de foie de morue à la partie gélatineuse du lichen. Les bons effets obtenus par les professeurs Estor et Alquié, dans les affections thoraciques, l'engagent à publier la formule et le mode de préparation de cette combinaison nouvelle :

Gelée de lichen d'Islande.	125 grammes.
Gélatine.	5 grammes.
Huile de foie de morue cyanhydrée (avec deux gouttes d'essence d'am. amères).	125 grammes.

Préparez la gelée de lichen d'après les règles ordinaires; faites-y fondre la gélatine et passez-la dans le pot qui doit la contenir. Ajoutez alors l'huile de foie de morue; remuez le tout avec une spatule, jusqu'à ce que le mélange soit homogène et que la gelée commence à se prendre.

On administre cette gelée aux mêmes doses que l'huile de foie de morue, c'est-à-dire deux ou trois cuillerées par jour.

Le professeur Estor faisait ajouter à la formule de M. Sauvan 60 grammes de sirop de phellandrium. — (In *Bulletin de thérap.*, 15 novembre 1856.)

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DU TESTICULE, DU CORDON SPERMATIQUE ET DU SCROTUM,

Avec de nombreuses figures, par T.-B. Curling, F. R. S., chirurgien de l'hôpital de Londres, professeur de chirurgie au Collége médical de cet hôpital, président de la Société hunterienne de Londres, etc., traduit de l'anglais sur la 2e édition, avec des additions et des notes, par L. Gosselin, ancien chef des travaux anatomiques et agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin, chevalier de la Légion d'honneur, membre de la Société de chirurgie, de la Société de biologie, et de la Société anatomique de Paris, etc. (1)

Depuis plus de douze années, il existait en Angleterre un livre classique sorti de la plume d'un professeur célèbre, résumant l'expérience d'un des praticiens les plus répandus de Londres. Publié après le traité d'A. Cooper, ce livre en renfermait les principes, et M. Curling son auteur s'était attaché à lui donner une forme nouvelle en rapport avec l'état actuel de nos connaissances, soit en puisant largement dans sa vaste pratique, soit en invoquant l'expérience de ses compatriotes comme celle des savants étrangers précieux.

C'est ainsi que MM. les professeurs Quekett, Paget, Bowman, Andrew Clark, Mead, etc., pour ne parler que des contemporains, lui ont tour à tour fourni des documents.

C'est ainsi que M. Curling a utilisé l'*Essai sur les maladies des testicules* de Harvey Ludlow, ce jeune chirurgien si plein d'avenir, qui a trouvé la mort en Orient sur le théâtre de la guerre.

C'est ainsi que les plus récentes publications faites en France par MM. Gosselin, Follin, Verneuil et par nous-même, ont été analysées et honorablement citées.

Aussi l'ouvrage de M. Curling, quoique non traduit, n'en avait pas moins facilement franchi le détroit, et quelques chirurgiens, lui réservant une place d'élite dans leur bibliothèque, le consultaient souvent et toujours avec beaucoup de fruits.

Ce livre, M. Gosselin a voulu en doter la littérature médicale de son pays, et pour cela, il n'a pas dédaigné le rôle modeste de traducteur. Ceux qui connaissent ses travaux seront surpris, sans doute, d'une semblable conduite; mais en voici l'explication à la première page. « J'avais, dit ce savant chirurgien, conçu le projet, pour mettre ces travaux à la portée de tous, de les réunir dans une monographie sur l'anatomie et la pathologie du testicule. Je n'aurais pu le faire sans placer les travaux des autres à côté des miens, et lorsque parut la deuxième édition de l'ouvrage de Curling (janvier 1856), je ne tardai pas à connaître qu'il était impossible d'exécuter le plan que j'avais conçu, sans faire des emprunts considérables à cet important ouvrage, et sans en quelque sorte le reproduire en totalité. Il m'a paru dès lors plus convenable de donner la traduction du traité de M. Curling, en ajoutant sous forme d'articles additionnels, ou de notes, les résultats de mes propres recherches et les travaux français qui auraient pu échapper à l'auteur, de manière à mettre du même coup sous les yeux du lecteur tout ce qui avait pu être fait d'utile et de neuf sur ce sujet dans ces dernières années, tant en Angleterre qu'en France. »

Ces raisons ont certainement quelque valeur, mais que notre maître nous permette de le dire, elles n'entraînent pas notre conviction, et nous restons avec le regret de n'avoir pas un livre de lui. Dans sa détermination, nous perdons l'*Anatomie du testicule* qui a tant besoin d'être remaniée. Qui, mieux que M. Gosselin, pouvait le faire? Un livre sur les maladies du testicule; mais M. Gosselin en avait tous les matériaux. N'a-t-il pas depuis dix ans sondé dans toutes ses profondeurs l'anatomie, la physiologie et la pathologie de l'organe producteur du sperme. Mais oublions nos regrets, et félicitons-nous de pouvoir profiter de l'expérience de deux savants praticiens.

La première partie, consacrée aux maladies des testicules, commence par les imperfections congéniales et les vices de conformation de cet organe. On a cité plusieurs cas de testicules multiples, on a poussé l'amour du merveilleux jusqu'à doter un individu de cinq testicules, mais nos auteurs ont fait justice de tous ces faits apocryphes. On sait aussi que les cas d'absence d'un ou des deux testicules avaient été admise trop facilement à une époque où l'on connaissait moins bien leur migration, mais les exemples fournis par MM. Page, Paget, Thurnam et Friese ne laissent aucun doute dans l'esprit. Hunter, A. Cooper avaient observé des cas d'absence du canal déférent, M. Gosselin a signalé à son tour des cas de ce genre, il avait fait aussi des expériences sur les chiens pour connaître les troubles amenés dans la fonction spermatique par l'absence du canal déférent; tous ces travaux sont consignés dans le livre de M. Curling.

A la suite de la ligature du canal déférent, on s'attendrait à voir se déclarer dans le testicule une vive inflammation. M. Gosselin, guidé par les données de la physiologie expérimentale, nous prouve dans une note que rien de semblable ne se produit, et les raisons qu'il invoque nous ont paru très convaincantes. Nous ne pouvons résister à l'envie de signaler un fait physiologiques auquel on ne saurait trop attacher d'importance et que l'observation a révélée à M. Gosselin. Des recherches cadavériques lui ont montré que chez les sujets dont le canal déférent était oblitéré, la vésicule contenait autant de liquide que celle du côté opposé, et ses études sur le vivant lui ont fait voir que l'éjaculation était tout aussi abondante que dans l'état normal. M. Gosselin en a conclu avec raison que les vésicules séminales sécrètent beaucoup, et les testicules très peu, et cette faible quantité du liquide testiculaire explique parfaitement pourquoi les oblitérations du canal déférent n'amènent pas l'inflammation du parenchyme testiculaire. A l'appui de son opinion, M. Gosselin aurait pu encore rappeler l'analogie du testicule et de l'ovaire. Ce dernier parenchyme produit très peu, et l'oblitération fréquente de la trompe de Fallope n'amène pas son inflammation.

MM. Curling et Gosselin ont traité avec un grand soin la migration du testicule. Après avoir indiqué la fréquence de l'arrêt et le point où il peut avoir lieu; nos auteurs examinent le mécanisme de la migration physiologique du testicule. M. Curling décrit trois faisceaux à l'extrémité inguinale du *gubernaculum testis*. Ils s'insèrent : le premier à l'épine du pubis, le second au ligament de Fallope, et le troisième au fond du scrotum. Ce dernier faisceau, le moins volumineux d'ailleurs, et non décrit, donne une explication très satisfaisante d'un fait inexpliquable pour Hunter; à savoir pourquoi dans sa migration le testicule peut arriver jusqu'au fond du scrotum. Je signalais tout récemment devant la Société de biologie l'existence des fibres musculaires sur la tunique vaginale de l'adulte, n'est-ce pas là le vestige de cette bandelette.

De là ressort naturellement la doctrine sur les causes de la migration du testicule. Après une exposition fort savante de tous les cas connus en Angleterre, M. Curling arrive à conclure que les causes d'arrêt dans la migration dépendent soit de la faiblesse ou de la paralysie du cré-

(1) Chez Labé, place de l'École-de-Médecine; 1857.

muster, soit d'adhérences qui retiennent cet organe dans l'abdomen, soit enfin de l'étroitesse de l'anneau inguinal externe.

Quel est l'état du testicule non descendu? Peut-il produire des spermatozoïdes? Nos auteurs n'ont rien négligé pour jeter une vive lumière sur ces questions aussi importantes pour le physiologiste que pour le praticien.

M. Curling rapporte ensuite les divers cas où le testicule, au lieu d'arriver dans les bourses, a fait fausse route, et en fait ressortir toute l'importance en chirurgie, il décrit la descente du testicule: 1° dans le périnée, 2° dans l'anneau crural.

Le traducteur a ajouté ici les résultats des travaux les plus récents publiés en France, et que Curling n'avait pas encore pu connaître; comme la thèse de M. Lecomte, élève de M. H. Larrey, les recherches de M. E. Godard, de MM. Goubaux et Follin. M. Gosselin s'est ensuite attaché à montrer ce que ces diverses dispositions pouvaient offrir de difficile dans le diagnostic et le traitement de la hernie.

Tous les observateurs s'accordent à reconnaître que le testicule arrêté dans l'abdomen ou dans l'anneau, ou bien placé dans des lieux autres que ceux qui lui sont destinés, ne produit plus des spermatozoïdes; si le vice de conformation existait des deux côtés, y aurait-il stérilité? Tous les observateurs répondent très affirmativement; mais M. Gosselin a adopté une opinion plus réservée sur ce point, il ne se prononce pas d'une manière absolue, et il n'aura une conviction entière qu'après avoir examiné le liquide au microscope. Nous nous rangeons volontiers à cette dernière doctrine. Il répugne, en effet, de croire qu'un organe devient impropre à remplir ses usages par cela seul qu'il n'est pas dans sa position normale. Cependant il faut s'incliner devant une observation plusieurs fois répétée, et par les meilleurs anatomistes parmi lesquels il nous suffit de citer M. Ch. Robin. Mais je m'aperçois qu'une question importante, à mon avis, a été omise, à quelle époque peut-on dire qu'il y a arrêt définitif dans la migration du testicule? Si le sujet est jeune, il peut bien se faire que le testicule ne descende que plus tard. Il y a lors une descente tardive, et dans ces cas y aura-t-il les mêmes phénomènes que dans l'arrêt permanent? Voilà encore une considération qui doit rendre prudent sur la question de la stérilité due à un arrêt de migration du testicule. Si un testicule ne descend que vers l'âge de 16 ans par exemple, sera-t-il impropre à la production du sperme?

Nous passerons rapidement si l'on veut, sur l'arrêt de développement, sur l'atrophie et l'inversion des testicules pour arriver à un sujet tout nouveau, je veux parler de l'anémie testiculaire qui fait l'objet d'une addition très curieuse de la part de M. Gosselin. Toutes les fois qu'il a rencontré cette lésion, le chirurgien n'a pas trouvé des spermatozoïdes ni dans le testicule, ni dans le canal déférent. Il distingue l'anémie unilatérale et l'anémie bilatérale. Cette anémie accompagne les tubercules et la transformation fibreuse du testicule. M. Gosselin a été frappé de sa coïncidence avec les maladies de la tunique vaginale, et surtout avec l'oblitération de cette séreuse. Plusieurs fois dans nos recherches nous avons pu vérifier l'exactitude de cette description.

Toutes les causes de l'atrophie testiculaire ont été indiquées avec beaucoup de soin; mais M. Curling n'admet l'atrophie par l'iode; cette atrophie signalée depuis longtemps par M. Cullerier. Nous avons lieu d'être surpris de cette opinion, qui a pour elle l'analogie et l'observation. M. Gosselin, dans une note, a proposé de traiter l'atrophie du testicule de cause syphilitique et héréditaire par l'iodure de potassium.

Nous voici à l'hydrocèle, question très vaste et qui est traitée avec tous les développements nécessaires. Rien d'important pour la pratique n'y est négligé, appréciation des causes, indication de tous les moyens de traitement, tout s'y trouve; nous avons vu avec plaisir que l'injection iodée, cette belle découverte de M. Velpeau, trouve aujourd'hui la préférence parmi les chirurgiens anglais; M. Gosselin est venu ajouter de nouveaux arguments en sa faveur. Et disons-le de suite quand le chirurgien de l'hôpital Cochin est venu démontrer qu'il y avait abolition de la production du sperme, anémie testiculaire à la suite de l'oblitération de la tunique vaginale, l'injection iodée est sortie du débat tout à fait victorieuse. Du moment que cette oblitération n'a pas lieu avec cette injection tandis qu'elle se produit par les autres moyens, il ne saurait plus y avoir le moindre doute.

Désormais la question ne peut plus être posée entre l'injection vineuse et l'injection iodée; il s'agit de savoir si l'on veut ou non conserver une de nos fonctions les plus précieuses.

Puisque nos auteurs ont voulu faire l'histoire de toutes les méthodes thérapeutiques de l'hydrocèle, puisque M. Gosselin a consacré une longue note pour combattre le procédé de M. Baudens; pourquoi n'avoir pas examiné le procédé de notre excellent ami M. A. Richard. Ce procédé a fait assez de bruit pour qu'il mérite les honneurs d'une discussion. Sans doute, nos auteurs ont rangé l'injection alcoolique dans la même place que l'injection de teinture iodée; et voilà pourquoi ils ont cru pouvoir la passer sous silence.

A propos de l'opération de l'hydrocèle, M. Curling indique avec la plupart des auteurs qu'il faut pratiquer la ponction au niveau de la réunion du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs de la tunique vaginale. Nous donnons une entière approbation à ce conseil; c'est pour nous un lieu d'élection, et qu'on nous permette d'en dire les motifs. Les vaisseaux qui rampent sur la face externe de la tunique vaginale offrent deux groupes ayant deux directions différentes. Le groupe supérieur partant du voisinage du canal déférent au-dessus de la tête de l'épididyme descend verticalement sur la tunique vaginale et la tunique fibreuse qui la double, il arrive ainsi en s'étalant jusque vers la partie moyenne de la séreuse, et se termine insensiblement par des vaisseaux capillaires au niveau du sillon qui existe fréquemment au-dessous de la partie moyenne de la tunique vaginale. Le deuxième groupe sort du niveau de la queue de l'épididyme. Les vaisseaux qui le composent se portent transversalement en avant, en avant et en arrière de la tunique vaginale, et forment ainsi des anneaux qui viennent se rencontrer vers le côté interne du sac séreux. Ces vaisseaux sont très abondants en bas, et vont en diminuant de quantité vers le sillon dont nous venons de parler. Il résulte de cette disposition qu'il y a une zone très peu vasculaire au niveau de ce sillon; or c'est là que la ponction doit porter, et l'on comprend maintenant que, pratiquée dans ce point, elle aura le moins de chance possible pour être suivie d'une hémorrhagie.

Nous avons remarqué que M. Curling n'avait pas parlé de la valeur du poids de l'hydrocèle à propos du diagnostic différentiel. Cet auteur, dans d'autres passages, accorde une grande valeur au poids de la tumeur. Il n'ignore cependant point que M. Nélaton a souvent signalé la difficulté de percevoir le poids d'une tumeur. Les expériences de ce chirurgien sont très précises, nous avons nous-même assisté à l'une d'elles faites sur un testicule encéphaloïde enlevé sur un enfant, et nous sommes dans la conviction que la main ne peut pas apprécier des quantités différentielles si peu considérables.

Pourquoi M. Curling n'a-t-il pas insisté davantage sur les diverses formes de l'hydrocèle, non seulement au point de vue anatomique, mais encore au point de vue clinique. Nous aurions voulu que M. Curling nous parlât un peu de ces hydrocèles que j'appellerais volontiers *spongieuses* et des hydrocèles *crépitantes* dont M. le professeur Velpeau signalait récemment l'existence.

Nous aurions voulu aussi que M. Curling se montrât un peu plus sévère sur la nomenclature de l'hydrocèle; il a appliqué ce mot, suivi d'une épithète il est vrai, à des maladies tout à fait différentes, aussi il en résulte une certaine confusion dans le langage.

Pour M. Curling, l'hydrocèle enkystée se développe sous cette portion de la tunique vaginale passant au-dessous des corps de l'épididyme. Nous admettons en effet, pour l'avoir vue plusieurs fois à tous ses degrés, une semblable formation. Mais admettre qu'il peut se développer une poche entre la séreuse et la tunique albuginée du testitule; c'est à n'en pas douter, s'exposer à être taxé d'exagération, ou invoquer une fausse interprétation. Je préférerais admettre que M. Curling a voulu parler dans ce cas de cette forme particulière de l'hydrocèle que j'ai décrite récemment dans les *Archives générales de médecine*. Du reste, à part cette divergence d'opinion, nous trouvons parfaitement exacte la description de cette forme d'hydrocèle.

M. Curling a décrit sous le nom d'hydrocèle enkystée du testicule, des petits et des grands kystes, en se basant sur les travaux de M. Gosselin; tous ces kystes ne proviennent pas du testicule; quelques-uns certainement, prennent naissance dans les diverticulums de la tunique vaginale, diverticulums qui ont fait l'objet d'un mémoire présenté par nous à la Société de chirurgie. Nous lisons avec plaisir une phrase dans M. Curling. Elle vient admirablement à l'appui de notre manière de voir. J'ai, dit M. Curling, minutieusement examiné les hydrocèles enkystées dans le but de découvrir leur mode de formation. Ces rapports intimes qu'elles affectent avec les conduits excréteurs du testicule, m'avaient d'abord fait supposer qu'elles étaient produites par la dilatation morbide d'un de ces conduits, mais je me suis convaincu qu'elles n'en dépendent pas et *qu'elles se forment dans le tissu cellulaire intermédiaire aux conduits excréteurs et à la membrane séreuse qui les revêt*. Si M. Curling avait connu les diverticulums vaginaux, il aurait certainement modifié son interprétation.

Pas n'est besoin de dire que la question de l'hydrocèle spermatique y est exposée avec autant d'exactitude que de précision et par l'auteur et par le traducteur. C'était là un chapitre tout nouveau dans la pathologie des testicules, et rien n'a été mis de côté; tous les travaux anglais et français y sont mentionnés, et ce n'est pas là le moins curieux pour un lecteur attentif qui voudrait se faire une idée de la manière dont deux nations peuvent aborder l'étude d'un fait nouveau. La rupture des voies spermatiques a été admise par nos deux auteurs; mais il me semble qu'ils ne se sont appuyés sur des injections dont le résultat pourrait recevoir une autre interprétation. Cette théorie de la rupture n'est-elle pas attaquable, en se plaçant seulement au point de vue du raisonnement? Les canaux excréteurs des glandes se dilatent d'abord et le kyste se forme, ce n'est que plus tard que se produit la rupture de la poche distendue. Pourquoi ne pas admettre la même explication, si naturelle d'ailleurs, pour les vaisseaux séminifères?

(La suite prochainement.) Dr B. BÉRAUD.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 21 Septembre 1856. — Présidence de M. GUÉRARD.

Sommaire. — Communication par M. Vigla d'un fait de *maladie convulsive rare*. Discussion : MM. Trousseau, Trélat, Thirial, Blache, Aran.

M. VIGLA communique un cas très grave d'affection nerveuse sur lequel il appelle l'attention de la Société, désirant savoir si, parmi les membres présents, il en est qui en ont vu de semblables. Il s'agit d'une jeune fille prise, dès son réveil, jusqu'au soir de chaque jour, par des contractions rhythmiques du membre inférieur gauche, celui-ci est incessamment soulevé avec vivacité, pour retomber avec force sur le lit où repose la malade.

M. Vigla a observé un premier fait de cette espèce en compagnie de M. Nélaton. C'était un jeune garçon qui, après avoir subi la cautérisation transcurrente sur un membre, éprouva, dans ce seul membre, des contractions cloniques régulières et incessantes qui, après bien des traitements infructueux, cessèrent subitement un jour à l'apparition d'un point de côté, qui fut le début d'une pleurésie.

Il a vu, avec M. Michon, un troisième cas plus malheureux, dans lequel les convulsions du membre abdominal persistèrent, quoi qu'on fît, pendant des années.

M. TROUSSEAU rappelle que les affections analogues à celles dont M. Vigla vient d'entretenir la Société sont communes chez les animaux, notamment chez les chiens, qui ont alors une sorte de tic non douloureux, d'une régularité parfaite. Les faits analogues, dit-il, sont plus rares chez l'homme. Chez la jeune malade de M. Vigla, il faut se méfier de l'existence de l'hystérie, à laquelle je crois plutôt qu'à toute autre chose. Les contractions musculaires de la jeune malade ressemblent, en effet, assez bien à certaines convulsions bizarres de muscles isolés; il est fréquent de rencontrer des femmes qui aboient, par exemple. La cessation des convulsions pendant le sommeil ne prouverait pas qu'elles sont involontaires. M. Vigla devrait faire surveiller sans interruption la jeune personne; car, en pareil cas, il faut se méfier même des plus chastes et des plus simples.

M. TRÉLAT: Nous avons de temps en temps, et en ce moment même, à la Salpêtrière, des personnes du sexe qui simulent réellement la répétition du même mouvement. J'ai sous les yeux une malade qui se livre à un exercice de cette espèce seulement à l'heure de la visite.

M. THIRIAL, sans vouloir se prononcer sur la question relative à la malade de M. Vigla, a observé un cas récent de simulation remarquable. Il s'agit d'une femme d'une grande méchanceté, qui, à la suite d'une violente contrariété, se frappait la tête du poing toute la journée. Les moyens pharmaceutiques échouèrent tous; il pense que l'hydrothérapie, qui est employée, fera cesser la simulation, si elle existe.

M. BLACHE: J'ai été à même d'observer des faits, sinon exactement semblables à ceux de M. Vigla, du moins analogues. J'ai vu une jeune fille de 16 ans, bien formée, qui, vingt, cinquante fois par jour, se projetait subitement en avant, et se précipitait par terre lorsqu'on ne pouvait la retenir à temps. Elle se faisait à la tête de très fortes contusions. Tous les anti-spasmodiques ont été mis en usage sans succès, ainsi que les affusions froides. La guérison est survenue après six semaines à deux mois de gymnastique, grâce à la direction énergique et intelligente de M. Lainé.

Y avait-il affection simulée dans ce cas? Je ne saurais le dire; mais il y avait simulation évidente chez un jeune garçon auquel l'énergie de M. Lainé en imposa tellement, que les accidents insolites cessèrent.

M. VIGLA: Ma malade ne présentait aucun signe d'hystérie. La menstruation était régulière et l'état général sensiblement amélioré dans les derniers temps. Je ne puis croire à une simulation dans ce fait. Le saltimbanque le plus robuste ne pourrait résister à un exercice pareil à celui auquel se livre ma malade. Jamais elle ne s'interrompt le jour, car elle n'est pas seule un instant. J'appelle surtout l'attention sur l'intensité et le rythme régulier des mouvements qui persistent pendant douze à quinze heures de suite, pour recommencer de même le jour suivant.

M. TROUSSEAU cite des faits qui lui paraissent démontrer l'influence extraordinaire de la volonté en certains cas. Il rappelle l'observation d'une femme admise à l'Hôtel-Dieu pour un prétendu entozoaire monstrueux qui se livrait, dans son abdomen, à des mouvements extraordinaires. Cette femme faisait rentrer son ombilic vers la colonne vertébrale ou le projetait violemment en avant, avec une force vraiment étonnante. Trois jours de diète eurent raison de ces convulsions apparentes. A Charenton, un aliéné restait sur un pied du matin au soir. Il guérit, et avoua qu'il avait voulu savoir si ce qu'on disait de saint Siméon-Stylite était vrai. Il n'y a pas de choses que la volonté ne puisse faire, surtout lorsqu'elle est tendue par une maladie mentale.

La persistance et l'unicité des phénomènes ne suffit pas pour éloigner l'idée de l'hystérie. Notre collègue, le docteur Lassègue, vous a lu un remarquable travail, où il a démontré que la toux peut être le seul symptôme hystérique.

M. ARAN a eu récemment sous les yeux un fait étrange, caractérisé par des phénomènes nerveux rythmiques, ressemblant à une chorée des membres supérieurs. Il y avait aussi des attaques convulsives violentes survenant très régulièrement à six heures du soir, et rappelant celles des Convulsionnaires de Saint-Médard sur le tombeau du diacre Pâris. La malade poussait un cri, se renversait en arrière sans connaissance, se roulait sur la tête et faisait les choses les plus surprenantes pendant trois quarts d'heure, puis elle s'assoupissait plusieurs heures, avait ensuite du brisement dans les membres, et, du côté de la vulve, des constrictions très douloureuses.

Ces accès ont cessé sous l'influence d'un sommeil provoqué à l'heure de leur retour. La douche de pluie et l'immersion dans l'eau froide répétées deux fois par jour ont grandement amélioré l'état de la malade. Il n'y a plus d'accès hystériques, et il y a moins de mouvements choréiques; aujourd'hui elle peut écrire et broder. Je puis affirmer qu'elle guérira.

Le secrétaire, Dr WOILLEZ.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FELIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Sous presse pour paraître du 1er au 15 Décembre 1856 :

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE POUR LA VILLE DE PARIS,

Fondé par **DOMANGE-HUBERT**, et continué par l'Administration de *L'UNION MÉDICALE*. — Vingt-huitième année. — 1857.

Les éditeurs de l'*Almanach général de médecine et de pharmacie* prient instamment les Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes de Paris et des arrondissemens de Saint-Denis et de Sceaux, dont les noms ne figurent pas dans la dernière édition, soit par erreur, soit parce qu'ils n'étaient pas encore établis dans le département de la Seine, d'envoyer le plus promptement possible, *franco*, à M. le Gérant de l'*Union Médicale*, faubourg Montmartre, 56, leurs NOM, PRÉNOMS, PROFESSION, DATE DE RÉCEPTION, DÉCORATIONS, TITRES OFFICIELS, HEURES DE CONSULTATIONS, et ADRESSE.

Les Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes de Paris et de la banlieue, qui auraient quelques renseignements ou réclamations à adresser aux éditeurs de l'*Almanach*, quelques rectifications à demander, sont invités à le faire dans le plus court délai possible, par la voie indiquée ci-dessus.

Grâce au concours de tous les intéressés, cette publication deviendra de plus en plus utile au corps médico-pharmaceutique du département de la Seine.

Tome X. — N° 143. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 27 Novembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 25 novembre : Correspondance. — Suite de la discussion sur le traitement des kystes de l'ovaire. — IV. PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE : De l'emploi du collodion dans les fractures. — De la réduction des luxations scapulo-humérales. — V. HYDROLOGIE : Avantages comparés des eaux minérales naturelles et artificielles. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

PARIS, LE 26 NOVEMBRE 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

L'assistance plus nombreuse que d'habitude qui s'était rendue à l'Académie dans l'espoir d'entendre M. Velpeau, n'a pas été trompée dans son attente. L'honorable professeur a occupé lui seul la tribune, et, pendant près de deux heures, a tenu la parole. Il nous serait facile de présenter l'analyse de ce discours, tant M. Velpeau met d'ordre et de clarté dans l'exposition de ses idées ; mais ce serait faire double emploi avec notre compte-rendu qui s'est efforcé de rendre fidèlement cette nouvelle et substantielle oraison.

Ce qu'on pourrait nous demander, c'est d'indiquer quelles sont les lumières nouvelles que M. Velpeau a jetées sur la question et quels sont les points qu'il a plus particulièrement élucidés. Ici, nous l'avouons, nous éprouverions un certain embarras. Il nous a semblé que M. Velpeau lui-même ne se trouvait pas aussi à l'aise dans cette question que dans beaucoup d'autres qu'il a si magistralement traitées devant l'Académie ; ce n'était pas hier la même ampleur de forme, la même fermeté de principes, la même logique entre les prémisses et les conclusions ; comme dans la discussion du cancer, par exemple, il n'a pas pris son sujet corps à corps, dans son ensemble d'abord, puis dans ses plus délicats détails, passant successivement de la synthèse à l'analyse et des faits à la doctrine ; non ; on ne trouvera pas dans ce nouveau discours de M. Velpeau une de ces œuvres qui font époque, qui sur un point donné, et pour le moment actuel, fixent et arrêtent la science et l'art.

La question, on ne le voit que trop, ne permettait pas à M. Velpeau d'intervenir avec sa *maestria* ordinaire. Il a dû se borner, et il l'a fait avec succès, à une exposition de l'état de la science et de l'art sur la pathologie et sur la thérapeutique des kystes de l'ovaire, et cette exposition, quoique déjà faite par plusieurs orateurs, M. Velpeau possède tant de bonheur, de lucidité, de précision dans le langage, qu'il a pu la refaire de manière à être écouté avec plaisir et attention.

Si nous étions absolument forcé de donner notre impression sur le discours de M. Velpeau, nous dirions qu'avec l'autorité que lui donne sa science et sa position, l'éminent orateur a voulu tracer aux travailleurs un cadre d'études et de recherches sur une question où les *desiderata* sont encore si nombreux. Voilà ce que nous savons, voilà ce que nous ne savons pas, a-t-il semblé voulu dire à l'assistance, et les indications de ce qui reste à apprendre, M. Velpeau les a données avec cette haute raison, ce sens pratique et cette rigueur de critique qui le caractérisent.

La signification ultime de ce discours est en faveur des injections iodées. Les célèbres travaux de M. Velpeau sur les injections iodées dans les cavités closes, ont été évidemment le point de départ de leur application aux kystes de l'ovaire. M. Velpeau était dans son droit, droit que tout le monde reconnaît, en rappelant ses travaux, ses succès sur cette partie de la thérapeutique. Évidemment, les injections iodées dans les kystes de l'ovaire sont les filles légitimes des travaux de M. Velpeau, et, à ce titre, elles ont des droits à ses sympathies, mais les sympathies de M. Velpeau ne se sont montrées ni enthousiastes ni aveugles.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR [1] ;

Recueillies par M. RICHARD-MAISONNEUVE, interne du service.

Quatorzième Leçon.

LÉSIONS DES PARTIES MOLLES. — Nous avons étudié les altérations que produit le rachitisme dans le tissu osseux, et dans toutes les parties du squelette ; voyons ses effets dans les autres organes.

Ces altérations portent tantôt uniquement sur les propriétés physiques extérieures des organes, tantôt sur leur texture intime. La plupart sont des effets consécutifs des lésions osseuses. Quelques-unes précèdent ou accompagnent ces lésions, soit à titre de complications, soit parce qu'elles se lient à l'action des causes qui ont produit la maladie.

I. Le cerveau n'est modifié que dans son volume, qui est en rapport avec le développement du crâne. C'est une sorte d'hypertrophie de la masse cérébrale, qui semble due à la résistance moindre de son enveloppe solide. Dans l'ordre physiologique, l'antagonisme du cerveau et de sa boîte osseuse est marqué, chez le fœtus et le nouveau-né, par la prédominance de l'expansion cérébrale, tant que le crâne est en grande partie membraneux. Le crâne l'emporte à son tour, et borne l'accroissement du cerveau, quand ses diverses pièces acquièrent plus de densité. Or, le rachitisme crânien prolonge l'état fœtal et l'exagération du développement cérébral.

Glisson (1) a déjà noté que le cerveau est souvent parfaitement sain dans ce cas ; il n'a signalé que chez quelques enfants un épanchement séreux plus ou moins abondant. Cet épanchement, quand il ne constitue pas une hydrocéphalie, n'est pas inhérent au rachitisme ; il se rapporte plutôt à la maladie qui a fait mourir l'enfant.

Il va sans dire qu'on n'observe pas ce grand développement du cerveau si le rachitisme affecte peu le crâne. Vous avez pu constater avec moi que c'est surtout quand la maladie se montre de très bonne heure, qu'il y a rachitisme crânien, et par conséquent excès de développement cérébral.

Cet état du cerveau a pour conséquence physiologique la prédominance fonctionnelle du système nerveux ; de là une vive irritabilité nerveuse, une disposition aux affections cérébrales ; de là aussi cette intelligence précoce attribuée aux rachitiques, mais que leur refuse Büchner (2), et qui est en effet beaucoup moins constante qu'on ne le croit généralement.

II. On a dit que le cou est plus court chez les enfants rachitiques, le larynx plus petit et plus étroit. Mais il faut des recherches plus nombreuses et plus précises, pour accepter ces résultats.

J'en dirai autant de l'augmentation de volume des artères carotides et des veines jugulaires observée par Glisson (3) dans ses *dernières* autopsies. Je ne sache pas que d'autres observateurs aient porté leur attention sur cette particularité.

III. Les viscères thoraciques sont modifiés d'une manière remarquable dans le rachitisme très prononcé des côtes et du sternum.

Le thymus, dit Glisson (4), est *peut-être* plus développé ; on n'a pas, je crois, examiné cet organe sous ce point de vue, depuis Glisson.

(1) Voir les numéros des 8, 17, 19, 26, 31 juillet, 9, 14, 26 août, 6, 13, 20, 23 septembre, 4, 9, 16, 23, 25 octobre, 4 et 6 novembre.

(1) *Loc. cit*, cap. 2, IV.
(2) *Loc. cit.*, § 13, p. 16.
(3) *Loc. cit.*, c. 2, IV, p. 16.
(4) Cap. 2, III, p. 15.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

Professeur de pathologie et de thérapeutique générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Analyse *De arte curativâ*. Ce qu'il faut considérer dans le traitement de toute maladie : Galien et Thessalus. — Traitement des fièvres intermittentes chez les anciens. Thérapeutique de l'inflammation. — Examen des idées de Galien, relativement à l'emploi de la saignée dans les maladies. — Galien contre Erasistrate et les érasistratéens. — Un petit chef-d'œuvre de polémique. — Anathème contre les intempérants. — De la saignée chez les enfants et les vieillards. — Du choix des veines qu'il faut saigner. — L'artériotomie chez les anciens.

XXXIII (1).

Thérapeutique de Galien (suite). — Analyse *De arte curativâ*.

Le *De arte curativâ* est un autre ouvrage de thérapeutique générale qui fait le pendant du *methodus medendi*. Il est dédié à Glaucon. Nous nous bornerons à en extraire quelques propositions utiles à connaître.

Première proposition : Dans le traitement de toute maladie, il faut considérer : 1° ce que la maladie offre de commun chez tous les individus qui en sont atteints ; 2° les circonstances propres au sujet à traiter ; excellente maxime qui revient à dire qu'il faut traiter à la fois la maladie et le malade.

Parmi ces circonstances particulières il faut compter l'âge, la constitution, l'état des forces, les habitudes, l'état naturel du pouls, de la chaleur ; la nature des occupations, l'état antécédent de l'âme, son état actuel ; le sexe, le pays que le malade habite actuellement et aussi celui qu'il habitait avant sa maladie ; la saison et les états divers de l'atmosphère dans une même saison. Il faut, dit Galien, tenir grand compte de toutes ces circonstances, car elles ont de l'influence en thérapeutique. En voyant de combien de conditions diverses il entourait l'exercice de l'art médical, combien de connaissances variées il exigeait du médecin, on comprend aisément que Galien conçût un profond mépris pour ce Thessalus, charlatan insigne, qui se vantait d'enseigner en six mois tout l'art de la médecine.

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 janvier, 7, 19 février, 8, 15 avril, 15, 22, 27 mai, 26 juin, 3, 10, 31 juillet, 4, 11, 18, 25 septembre et 25 octobre.

Dans un autre passage, on trouve nettement indiqué l'un des principaux points de la doctrine médicale de Galien : « Parmi les fièvres, dit-il, il en est qui dépendent des phlegmasies, d'autres des humeurs ; *febres nonnullæ ex inflammationibus, nonnullæ ex humoribus accendantur.* » Par là Galien reconnaît à la fièvre ou aux fièvres deux points de départ distincts, l'un dans les solides, l'autre dans les humeurs. Dans le premier cas, la fièvre n'est qu'un symptôme dépendant de l'altération du solide.

Un passage singulier est celui où Galien établit une distinction entre les fièvres intermittentes à types quotidien, tierce, quarte d'après la cause organique qui leur donnerait naissance. La fièvre quotidienne, dit-il, vient d'une lésion de l'estomac ou de l'orifice supérieur de cet organe ; la tierce d'une affection du foie, la fièvre quarte d'un mauvais état de la rate. En vertu de quelle idée Galien assigne-t-il des sièges si différents aux divers types des fièvres intermittentes ? On l'ignore, mais à coup sûr cette idée est le fruit d'une hypothèse. L'auteur rentre dans l'observation, lorsque, devançant la découverte de Lancisi, il indique, comme cause des fièvres intermittentes, l'influence des miasmes paludéens.

Les fièvres intermittentes occupent, nous l'avons déjà vu, dans les ouvrages de Galien, une place importante ; nous trouvons encore dans le *De arte curativâ* des détails curieux sur leur traitement. Il est intéressant de voir par quels efforts prodigieux les médecins de l'antiquité combattaient ces cruelles maladies qui décimaient des populations entières ; saignées, vomitifs, purgatifs, tout l'arsenal de la médecine perturbatrice écroulé devant le quinquina ; tels étaient, avec le régime, les moyens à l'aide desquels ils traitaient et parvenaient même, laborieusement il est vrai, à guérir les fièvres intermittentes.

Galien reprend, dans le *De arte curativâ*, la question du traitement de l'inflammation déjà exposé dans le *methodus medendi*. Il y développe encore sa théorie des fluxions et du phlegmon. Le phlegmon n'est qu'un effet de la fluxion ; son traitement doit être dirigé non-seulement sur la partie enflammée, mais encore sur l'ensemble du corps : 1° en sollicitant des évacuations générales, saignée, etc. ; 2° en couvrant la partie de substances propres à faire refluer le sang ; 3° en éliminant de cette partie l'humeur morbifique ; 4° enfin en lui donnant de la force, du ton.

Là aussi on trouve de longs détails sur le traitement des tumeurs.

Examen d'un certain nombre d'ouvrages spéciaux. — Galien s'est beaucoup occupé de la saignée, de son utilité, des cas dans lesquels on doit y avoir recours. On se rappelle les considérations importantes qu'il a émises à ce sujet, dans le *methodus medendi* ; il a composé en outre quatre ouvrages spéciaux relatifs à la saignée, et contenant tantôt des discussions, tantôt une simple exposition de préceptes, ils portent les titres suivants :

1° *De venæ sectione adversùs Erasistratum ;*
2° *De venæ sectione adversùs Erasistrateos ;*
3° *De curandi ratione per missionem sanguinis ;*
4° *Des moyens de produire des émissions sanguines locales : ventouses, scarifications, sangsues.*

Dans le premier de ces ouvrages, Galien prend à partie Érasistrate, l'un des chefs glorieux de l'école d'Alexandrie.

« Comment se fait-il, dit l'auteur en commençant, qu'Erasistrate, ce médecin qui a traité si minutieusement des grandes choses et même des plus petites, se soit si peu occupé de la saignée ? La saignée indispensable dans l'inflammation, il prétend la remplacer par la diète, plus propre, suivant lui, à la déplétion des parties. Or, si, dans l'opinion même d'Érasistrate, l'évacuation est nécessaire dans l'inflammation, rien ne la produit mieux que la saignée. La diète agit lentement, donne lieu à des effets variables, suivant les individus, et ne saurait remplacer les émissions de sang. Il y a des inconvénients graves qui suivent nécessairement les longues diètes, savoir : l'exténuation des forces, la dégénérescence des humeurs en sucs bilieux, un sentiment d'angoisse des plus pénibles, un mélange d'excitation et d'abattement général qui trouble toute la machine, se mêle à toute la maladie et en empêche la résolution, la suppression des déjections, etc....

» .... Érasistrate, ajoute Galien, me fait l'effet d'un homme qui, ayant devant lui un chemin court, facile et sûr, en prend un détourné, long, difficile et dangereux. Que la diète puisse faire disparaître la plénitude, qui en doute ? la question n'est pas là, mais dans le comment elle la fait disparaître ; c'est avec beaucoup de temps, et non sans péril.

» Érasistrate, continue Galien, Érasistrate, qui admire partout la nature et la proclame la gouvernante et la providence des animaux, ne prend cependant aucun souci de l'imiter. Effectivement, s'il avait observé attentivement ce qui se passe dans les procédés de la nature, il aurait constaté que souvent, lorsqu'une maladie vient à se guérir spontanément, c'est à la suite d'une hémorrhagie que cette guérison a lieu ; ne pas chercher à imiter ces procédés, c'est faire peu de cas des enseignements de la nature, c'est montrer peu de sagesse. Hippocrate, auteur de tout ce qu'il y a de bon en médecine, nous a transmis ce grand enseignement : « Toutes les fois que la nature tend à une crise avec des forces » suffisantes, il faut suivre son impulsion et la favoriser : *quò natura* » *vergit eò ducendum.* »

Or, dit Galien, dans un très grand nombre de cas, la nature médicatrice tend vers l'hémorrhagie, il est donc du devoir d'un bon praticien de favoriser cette tendance et d'imiter ce procédé, — du reste, Érasistrate, parmi les médecins de l'antiquité, fait exception. Remarquez que tous, quelles que soient leurs sectes, rationalistes ou empiriques, tous ont pratiqué la saignée. La nature semble avoir voulu manifester encore l'utilité des émissions sanguines, en subordonnant, pour ainsi dire, l'intégrité de la santé chez les femmes à la régularité de l'écoulement men-

Le cœur est plus rapproché de la paroi thoracique, ce qui donne lieu à une matité plus étendue du côté gauche, et à une absence du bruit respiratoire dans des points où on l'entend ordinairement. MM. Rilliet et Barthez (1) ont vu, en outre, le cœur quelquefois déformé, plus souvent dévié; déformé, quand les nodosités costales internes s'impriment sur sa surface; dévié, lorsqu'elles repoussent son bord gauche en avant et font tourner l'organe sur son axe, de manière à diriger sa face antérieure à droite. Les mêmes auteurs citent deux cas d'hypertrophie du cœur, paraissant produite par la compression que ce déplacement, porté fort loin, lui avait fait subir.

Ce sont surtout les poumons qui portent les traces de cette pression des parois thoraciques. Les renflements costaux s'enfoncent dans leur tissu, y creusent une sorte de rainure verticale, au niveau de laquelle le poumon est aminci, d'une couleur plus foncée; il est aussi plus dense et moins aéré qu'à l'état normal. Cette altération s'étend plus ou moins loin, suivant le degré de dépression des côtes; les poumons deviennent emphysémateux dans d'autres points.

Les conséquences de cet état des voies aériennes se comprennent facilement: la respiration est courte, haletante, plus ou moins gênée. On entend souvent, au lieu du murmure respiratoire, un souffle presque bronchique qui pourrait faire croire à une pneumonie. Les sujets sont exposés à de fréquentes affections de l'appareil respiratoire, maladies toujours graves, parce qu'elles portent sur des sujets débiles; les petits enfants rachitiques de cet hôpital y meurent très souvent de pneumonie. Cependant, on ne doit pas toujours, dans ce cas, juger de la gravité de l'affection pulmonaire par le degré de la dyspnée, parce que la déformation du thorax ajoute à la gêne de la respiration.

IV. Les viscères abdominaux paraissent volumineux; mais le développement de l'abdomen en forme de globe est dû à trois circonstances: à l'abaissement du diaphragme, au resserrement des côtes, à la flexion antérieure du rachis, qui réduisent la capacité abdominale et poussent les viscères en avant. La portion abdominale du thorax osseux, soulevée par ces viscères, est plus dilatée que sa portion pulmonaire, et c'est aux fausses côtes que commence ce contraste entre le volume de la poitrine et celui de l'abdomen. Les gaz intestinaux, toujours abondants chez les enfants, le sont encore un peu plus, comme le dit Glisson (2), chez les rachitiques, et augmentent la tension de la paroi abdominale.

On a dit que le foie était plus développé qu'à l'état normal, et Glisson (3) ajoute que, quoique plus volumineux, en général il n'est pas autrement altéré. Je ne connais pas d'observations modernes faites sur ce point.

Les lésions du tube digestif n'ont d'ailleurs rien de spécial dans le rachitisme. L'entérite, le ramollissement de la muqueuse intestinale, l'engorgement des ganglions mésentériques, ne paraissent pas plus fréquents dans cette affection que dans d'autres conditions de l'organisme.

V. On observe des tubercules chez les rachitiques. Glisson (4) avait déjà noté ce fait. Portal (5), qui l'a également observé, en a conclu qu'il y avait un rachitisme scrofuleux; mais il a eu le tort d'y comprendre le mal vertébral de Pott. Lugol a été plus loin; il range simplement le rachitisme parmi les affections scrofuleuses. Les tubercules et les scrofules peuvent, en effet, déterminer le rachitisme dans certains cas; mais, dans d'autres, ils lui succèdent au contraire ou l'accompagnent comme une complication ou une simple coïncidence. On ne voit pas plus de tuberculeux chez les rachitiques que chez les enfants non rachitiques, ni plus de rachitiques parmi les enfants scrofuleux que parmi les autres.

M. Rufz (1) et Guersant (2) ont même avancé que les tubercules étaient moins fréquents dans le rachitisme que chez les enfants qui succombent à d'autres maladies. Mais les vingt cas rassemblés par M. Rufz ne suffisent pas pour justifier cette assertion.

M. Hervieux (3), de son côté, a été frappé de l'existence du rachitisme chez le tiers des enfants tuberculeux qu'il a examinés au nombre de 31, depuis la naissance jusqu'à l'âge de 3 à 5 ans. Il est regrettable que ce laborieux observateur n'ait pas recherché en même temps la proportion des rachitiques parmi les enfants non affectés de maladies tuberculeuses. Les tubercules sont rares, en effet, de la naissance à l'âge de 3 ans; le rachitisme règne au contraire précisément dans cette période. Il est donc possible que la forte proportion de rachitiques parmi les tuberculeux de M. Hervieux, dépende de la fréquence du rachitisme dans les premières années de la vie. C'est peut-être par la même raison que M. Rufz n'a trouvé que 6 tuberculeux parmi ses 20 rachitiques, dont 13 avaient moins de 2 ans et 1/2.

MM. Decès et Brulé, internes de nos services de scrofuleux, ont bien voulu, sur ma demande, relever le nombre des enfants de leurs salles qui portent des marques de rachitisme actuel ou ancien. Ils n'en ont trouvé que 3 ou 4 sur 100. Cette proportion n'est certainement pas supérieure à celle qu'on trouverait dans toute autre réunion d'enfants non affectés de scrofules.

En définitive, il n'existe pas une liaison nécessaire entre le rachitisme et les scrofules ou les tubercules. Mais il n'y a pas d'antagonisme entre ces affections; je dirai même qu'il y a une certaine affinité qui les rapproche souvent, principalement au point de vue étiologique. Cette affinité est surtout manifeste lorsqu'on voit les mêmes enfants, atteints de rachitisme dans leurs premières années, l'être plus tard de scrofules ou de tubercules. Il semble que les mêmes causes puissent engendrer les scrofules ou les tubercules à une époque de la vie, et le rachitisme à une autre époque, comme elles paraissent, dans des cas exceptionnels, produire à la fois les premières lésions et la seconde.

VI. Le système musculaire des enfants rachitiques offre deux genres d'altérations. D'une part, il souffre dans sa nutrition; les muscles sont mous, pâles, amincis; d'autre part, ce système participe aux vices de direction et de configuration des os.

C'est surtout aux membres que le système musculaire est ainsi profondément modifié. Le temps a fait justice de la bizarre hypothèse de Mayow (4), qui expliquait mathématiquement la courbure des os par le défaut d'accroissement des muscles, devenus trop courts pour la distance de leurs extrémités d'insertion. Ce qui est vrai, c'est que les muscles, après avoir concouru activement par leur contraction à la déformation des os, s'accommodent à la longue, en vertu de leur force tonique de rétraction, aux dimensions inégales des espaces qu'ils parcourent, s'étendent, s'allongent sur la convexité des courbures, et se raccourcissent dans le sens de leur concavité; ils tendent à former la corde des arcs osseux du côté de la concavité.

Mais, dans ces modifications qu'éprouve le système musculaire, il faut distinguer les muscles profonds et les superficiels. Les premiers, adhérents aux os dans presque toute leur longueur, ne peuvent s'en écarter et leur restent parallèles. Telle est la disposition du vaste interne du bras, dans la courbure de l'humérus en dehors; du fléchisseur profond des doigts, du long fléchisseur du pouce, par rapport à la courbure du cubitus et du radius; celle des muscles fixés le long de la ligne âpre, dans la courbure du fémur; des muscles de la couche profonde de la jambe, dans les diverses courbures du tibia et du péroné, etc.

Les muscles superficiels, au contraire, faiblement bridés par leurs aponévroses d'enveloppe, s'écartent des os et se tendent entre les deux extrémités de l'arc osseux, en décrivant des courbes beaucoup moins prononcées que celles des os.

Cette disposition des muscles concourt, avec le changement de configuration des os, à transformer totalement l'aspect extérieur des membres. En voici un exemple sur ce dessin d'une femme morte à la Salpêtrière, à l'âge de 69 ans. La déformation considérable des membres inférieurs avait réduit sa taille à un mètre. Les jambes sont non seulement contournées, mais encore aplaties et étalées en travers, tant au niveau des os que dans leur portion charnue.

Il faut remarquer néanmoins que les muscles ne sont pas toujours raccourcis, dans leur totalité, en proportion de la brièveté qu'ils présentent vis-à-vis des os déformés, parce que les articulations sur lesquelles ils passent sont souvent infléchies en sens inverse du membre incurvé, et que l'élongation qu'ils éprouvent par suite de cette circonstance compense le raccourcissement que la courbure osseuse leur a fait subir. Vous avez vu, dans la dernière séance, le triceps sural ainsi allongé par la flexion exagérée du pied dans une forte courbure de la jambe en avant.

Une brièveté absolue, suffisante pour produire la tension et la résistance des muscles lorsqu'on veut effacer la courbure des os, est donc un fait moins commun qu'on ne pourrait le croire au premier abord. J'ai vu cette tension principalement dans les muscles insérés par leur extrémité inférieure à l'os incurvé, tels que le rond pronateur, à l'avant-bras, le pectiné, les premier et second adducteurs, à la cuisse, etc.

Les muscles éprouvent encore des déplacements partiels qui ne sont pas sans influence sur leur action, et qui, en général, tendent plus ou moins à gêner leurs fonctions. La pièce n° 509 du musée Dupuytren représente un tibia du côté gauche qui est droit dans ses deux tiers supérieurs, fortement courbe en arrière à son tiers inférieur, et, de plus, tordu sur lui-même dans son quart inférieur, de manière que la malléole interne se dirige en arrière, et la facette péronière du tibia en avant et en dehors. Les tendons de la partie inférieure de la jambe décrivent, dans un cas pareil, des spires, avant de parvenir à leur destination. Le triceps crural est déplacé de même dans les déviations du genou en dedans; la rotule est alors entraînée en dehors et à moitié luxée sur le fémur; cette disposition change tout à fait l'action des extenseurs de la jambe.

VII. Chez les rachitiques, les vaisseaux et les nerfs, beaucoup moins rétractiles que les muscles, suivent plus ou moins exacte-

(1) *Déformation de la poitrine*, dans *Journal des connaiss. méd.-chirurg.*, avril 1840.
(2) Cap. 2, II, p. 13.
(3) C. 2, II, p. 12.
(4) C. 2, II, III.
(5) *Du Rachitisme*, p. 74, 78 et suiv., 1797.

(1) *Gaz. méd*, 1834.
(2) *Dict. de médecine*, article RACHITIS, 2e édit.
(3) Mémoire inédit, et : Barthez et Rilliet, *Maladies des enfants*, t. III, p. 333 et 366, 2e édit., 1854.

(4) *De Rachitide*, p. 46 et suiv., Leyde, 1671.

---

struel, et, chez beaucoup d'autres individus, au retour périodique du flux hémorrhoïdaire. Les femmes bien réglées, ajoute Galien, ne sont sujettes ni à la podagre, ni aux douleurs articulaires, ni à la pleurésie, ni à la péripneumonie, ni à aucune des maladies qui viennent de la pléthore. De même les hémorrhoïdaires sont exempts d'une foule d'affections qui naissent lorsque cessent les hémorrhoïdes et que l'on fait disparaître promptement par la saignée.

Galien proclame que la saignée l'emporte sur tous les autres évacuants. Il compare les effets produits sur l'économie par la saignée à ceux auxquels donnent lieu les purgatifs, et il montre que, dans un certain nombre de cas, la saignée est préférable. Dans un parallèle semblable entre la saignée et la diète, il donne l'avantage à la première, et il termine en s'écriant : « Exténuer les malades par la diète, ce n'est pas les guérir. » Il y a là un excellent morceau de polémique.

Mais il ne suffit pas à Galien de prendre à partie le grand chef de l'école d'Alexandrie. En arrivant à Rome, il y avait trouvé des médecins qui se faisaient gloire de suivre les errements d'Érasistrate et de porter son nom. C'est pour les combattre que l'auteur composa le livre intitulé *De venæ sectione adversùs Erasistrateos*, ouvrage qui contient à peu près les mêmes idées que le précédent.

Dans le traité *De curandi ratione per missionem sanguinis*, Galien pose, discute et résout les questions suivantes :

1° Quelles sont les affections ou diathèses qui réclament les émissions de sang?
2° Quel effet produisent les pertes de sang sur l'économie?
3° Quels sont les malades qui, indépendamment de leurs maladies ou diathèses, peuvent être soumis, sans inconvénients, aux émissions sanguines?
4° A quelle époque de la maladie faut-il surtout pratiquer la saignée?
5° Quelle veine faut-il ouvrir?
6° Quels sont les cas où il faut ouvrir la veine une seule fois, et quels sont ceux où il convient de revenir plusieurs fois à la saignée?
7° Dans quels cas faut-il ou ne faut-il pas pousser la saignée jusqu'à la défaillance?

Pour résoudre ces diverses questions, il faut, dit Galien, consulter à la fois la raison et l'expérience, surtout l'expérience, mais ne jamais séparer l'expérience du raisonnement.

Au premier rang des affections ou diathèses qui réclament les émissions sanguines, Galien place la plénitude ou pléthore, maladie caractérisée par la surabondance de la masse des humeurs. Galien en admet deux espèces : 1° *plenitudo ad vasa;* 2° *plenitudo ad vires.* La saignée convient dans les deux cas, à moins que l'on ait affaire à des enfants ou à des vieillards fort âgés, mais, pour en régler l'emploi, il faut, avant tout, mettre en ligne de compte : le degré et la nature de la pléthore, l'état du sujet, sa constitution forte ou frêle, l'embonpoint ou la maigreur de son corps, l'état de ses forces, son genre de vie, son régime, ses habitudes physiques et morales, etc.; l'état de l'atmosphère, la saison, le climat, etc., etc. Galien s'arrête assez longuement à la considération de la saison, relativement à l'emploi de la saignée. C'est au printemps ou dans le passage de l'hiver au printemps qu'il faut saigner les individus prédisposés aux hémoptysies, à l'épilepsie, aux apoplexies, aux inflammations de poitrine, à la podagre, aux arthrites, et encore ceux qui sont sujets au flux hémorrhoïdal.

« Quant aux individus adonnés aux boissons et aux plaisirs de la table, s'écrie Galien, dans leurs maladies, vous n'avez rien de bon à leur opposer, ni saignée, ni purgatif, ni aucun autre moyen. La masse énorme d'humeurs dont ils sont remplis, ne permet pas à la coction de se faire. Ne touchez pas à de pareils gens! » Tel est l'anathème foudroyant que l'auteur lance, non sans raison, contre les intempérants et les crapuleux.

La saignée est encore indiquée au début d'un phlegmon, surtout lorsqu'il est un effet de la pléthore, ou lorsqu'il est le produit d'une lésion purement locale, comme celle qui succède à une violence extérieure. Dans ce dernier cas, la saignée est également utile comme préventive, en modérant la douleur d'où naissent la fluxion et le phlegmon.

L'auteur passe ensuite en revue les diverses parties susceptibles, à des degrés divers, d'être le siége du phlegmon; il cite, en particulier, et au premier rang, le poumon *fluxioni accipiendæ promptissimus.*

Lorsque, dans l'état de pléthore, tous les organes internes accomplissent leurs fonctions, de manière à ne pas garder plus de sang qu'ils n'en reçoivent, alors l'afflux des humeurs se fait vers les parties périphériques, muscles et articulations, et la pléthore se traduit par une affection rhumatismale à laquelle la saignée est également convenable.

Dans tous les cas où la saignée est indiquée, elle doit être, suivant les cas, plus ou moins abondante. Lorsque la fièvre est intense, la saignée devra être poussée aussi loin que les forces pourront le permettre. Les individus à peau blanche et à muscles grêles, *comme les Gaulois*, devront être saignés avec modération. On ne pratiquera pas d'émission sanguine chez les enfants, avant l'âge de 14 ans; jusqu'à 16 ou 18 ans elles seront employées modérément et seulement dans les cas où il y a danger pour la vie.

Chez les vieillards, au delà de 70 ans, la saignée ne doit être qu'une exception légitimée par la conservation des forces, le bon état du pouls et l'énergie de la réaction dans les maladies.

Une foule de circonstances, dit Galien, font varier les effets des émissions sanguines. Au premier rang il faut placer les dispositions individuelles, l'idiosyncrasie. « Il est des malades qui ont pu supporter la soustraction de six livres de sang dans un espace de temps très court et à qui j'ai pu de la sorte, enlever très rapidement une fièvre intense; d'autres se sont trouvés mal de la perte d'une demi-livre de sang seulement. »

Galien attache une grande importance à une chose futile pour nous, savoir le choix de la veine à ouvrir. Quelle que soit la partie affectée, dit-il, c'est du côté où est située cette partie et, le plus près possible d'elle qu'il convient de choisir la veine. Quelle que soit la veine, il n'importe, pourvu qu'elle soit accessible; ainsi, pour les maladies du foie on peut provoquer l'écoulement de sang par le bras droit, ou par la narine droite; pour celle de la rate, par le bras ou la narine gauche; de même pour les autres parties ou organes. Les veines qu'il saigne le plus volontiers, sont les trois veines qui vont de l'aisselle au coude, l'une interne, l'autre externe, la troisième médiane. Suivant Galien, il n'est pas indifférent de saigner tel ou tel de ces vaisseaux; le choix doit varier suivant le siége des parties affectées, pour toutes les parties situées au-dessous du cou, il faut choisir la veine interne; pour les parties situées au-dessus, ce sera l'externe; pour les parties intermédiaires, ce sera la médiane.

Pour détourner le flux trop abondant du sang menstruel, il faut pratiquer la saignée du bras; pour le solliciter, la saignée du pied; de même quand il s'agit soit de détourner, soit de solliciter le flux hémorrhoïdal.

Pour les affections récentes, on saignera loin du siége du mal, pour les maladies anciennes on se rapprochera de la partie affectée.

Chacun de ces préceptes est suivi de commentaires où Galien déduit tout au long les motifs sur lesquels ils sont fondés.

Quant à l'époque de la maladie où il convient de pratiquer la saignée, quoique les émissions sanguines lui semblent surtout utiles au début, il les autorise à une époque plus ou moins éloignée, si les symptômes les réclament et si les forces les permettent.

Au temps de Galien, la saignée des artères était communément pratiquée par les médecins. L'auteur avait une certaine répugnance pour l'artériotomie à cause de la lenteur de la cicatrisation des vaisseaux et de l'anévrysme dont elle est suivie. Cependant il raconte qu'il guérit un prêtre et se guérit lui-même par cette opération à laquelle il se décida sur des indications qu'il reçut en songe. Mais la guérison la plus curieuse en ce genre est celle qu'il observa chez un individu atteint de douleur à la hanche; cet homme s'étant ouvert par accident l'*artère située sous la malléole*, se trouva tout à coup débarrassé de sa coxalgie. Galien déclare qu'il ne se forma pas d'anévrysme, et qu'il obtint la cicatrisation de l'artère au moyen d'un emplâtre fait avec un mélange d'aloès, de manne, de blanc d'œuf et de *poils de lièvre*.

Dans le dernier ouvrage relatif aux moyens de procurer les émissions sanguines locales, il passe ces divers moyens en revue; savoir les sangsues, les ventouses, les scarifications. Les saignées locales conviennent, dans les diverses fluxions lorsque les saignées générales ont été pratiquées au début ou lorsque celles-ci ne sont plus indiquées.

Dans le prochain article, nous exposerons les idées de Galien touchant la médication purgative.

(La suite au cours prochainement.)

ment la courbure des os. Les artères, en particulier, décrivent, en outre, des flexuosités comparables à celles des vaisseaux du même ordre dans l'état de vacuité des organes creux ou très mobiles, susceptibles de varier de dimensions, comme l'estomac, l'utérus, la langue, l'iris, etc. Vous voyez cette disposition sur cette préparation du squelette et des artères d'un enfant rachitique de 2 à 3 ans.

(Prochainement la suite de la 14e leçon.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 25 Novembre 1856. — Présidence de M. Bérst.

La correspondance officielle comprend :

Deux rapports de M. Viard, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Semur, sur des épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné en 1855 et 1856 dans la commune de Grignon et Vilaine (Côte-d'Or).

— Un rapport de M. Boulland, de Ste-Ménehould, sur une épidémie d'angine gutturale qui a régné en 1856 dans la commune de Vienne-la-Ville (Marne).

— Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné en 1855 dans le département de l'Aisne. (Com. des épidémies.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivants :

Une observation d'hydropisie de l'ovaire gauche, traitée et guérie par M. Delrau, au moyen de ponctions successives. (Com. nommée.)

— Une lettre de M. le docteur Delprayssé sur la nature et le traitement de la rage. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— M. Depaul, secrétaire annuel, dépose sur le bureau un mémoire de M. Jules Rouyer, intitulé : *Du traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées.* Ce travail est le compte-rendu exact des observations de M. le professeur Nélaton sur les kystes ovariques.

— M. le Secrétaire annuel présente encore un mémoire de M. le professeur Boeck, de Christiania, sur la syphylisation.

M. le Président annonce à l'Académie la mort de M. Caventou, membre correspondant à Saint-Omer.

M. le Président propose ensuite à l'Académie de suspendre la discussion sur les kystes de l'ovaire, et de se former en comité secret afin d'entendre un rapport de M. Boudet sur les trois candidatures à une place vacante dans la section de pharmacie.

Après quelques réclamations de MM. Michel Lévy, Boullay et d'autres membres, l'Académie est consultée, et la parole est donnée à M. Velpeau.

M. Velpeau : La question des injections iodées dans les kystes de l'ovaire est complexe. La solution exigerait, en effet, au préalable, que l'on connût la durée ordinaire de la maladie, que l'on sût jusqu'à quel point elle compromet la santé et la vie; quelle est la valeur des traitements médicaux employés pour la combattre; il faudrait savoir encore si des opérations autres que les injections, par exemple les ponctions simples, peuvent guérir ces kystes, et dans quelle proportion; quels résultats donne l'opération radicale, comme M. Malgaigne l'a appelée, c'est-à-dire l'extirpation; et en supposant que l'on adopte la méthode des injections, si le liquide iodé est préférable aux autres; enfin il faudrait distinguer les kystes les uns des autres, en déterminer les diverses espèces. La question est complexe, je le répète; et c'est ce dont l'Académie s'est déjà aperçue, sans doute, car les orateurs qui m'ont précédé ont éclairé chacun une partie de cet important sujet en se plaçant à des points de vue très différents.

Et d'abord, la durée des kystes de l'ovaire peut-elle être fixée? Ce que l'on a dit à cet égard est loin d'être clair : on a donné les chiffres de 10 ans, 6 ans, 2 ans comme la moyenne de cette durée. Mais la question est de savoir comment on est parvenu à cette détermination. Remarquez qu'au début, c'est-à-dire quand un kyste n'a que le volume d'un œuf ou même d'une orange, son existence est ignorée, et lorsqu'un médecin est appelé et qu'il constate une tumeur grosse comme la tête d'un enfant, à plus forte raison quand c'est une poche de la capacité de 10 et 20 litres, la première apparition du kyste remonte peut-être à huit ou dix ans. Ces collections séreuses, comme celles qui se produisent à l'extérieur (l'hydrocèle, par exemple), ont d'ailleurs une marche très variable : parmi les hydropisies de la tunique vaginale, il en est, comme on sait, qui acquièrent en six mois un développement que d'autres mettent six ans à atteindre. Si l'on compte le début de la tumeur à partir de l'époque où elle est devenue appréciable, on trouve encore de très grandes différences : d'un côté les femmes maigres, dont la paroi abdominale ne présente aucune tension ou qui s'observent, qui s'*écoutent*, remarquent de bonne heure l'existence d'une grosseur; d'une autre part, les femmes chargées d'embonpoint, peu attentives, peuvent porter pendant deux, quatre, dix ans des kystes dont elles ne soupçonnent même pas la présence. On ne connaît donc pas, on ne peut donc pas connaître la durée moyenne de la maladie. Lorsque, contrairement à M. Corbin, qui donnait le chiffre de douze ans comme exprimant cette moyenne, je la réduisais à cinq ou six ans, je ne donnais là qu'un résultat approximatif, et je spécifiais que cette durée était comptée à partir d'une certaine époque, derrière laquelle il y en avait une autre impossible, le plus souvent, à déterminer. Car on sait que, chez certaines femmes, le développement des kystes est extrêmement lent; j'ai vu au moins dix malades portant de ces tumeurs grosses comme une orange, et chez lesquelles pendant dix, vingt, vingt-cinq ans, le kyste est resté assez petit pour que la ponction ne fût pas devenue nécessaire. Chez d'autres sujets, la marche de l'affection est rapide : vous trouvez un kyste du volume de deux poings; un an après il a les dimensions d'une tête et plus; un an encore et la ponction devient indispensable. Et lorsque tel est devenu le volume de la tumeur, j'ai vu un grand nombre de femmes survivre pendant quatre, dix, quinze et dix-huit ans.

Je conclus de tout cela que dans la grande majorité des cas, les femmes vivent plus de 6 ans, peut-être même plus de 8 ans après l'apparition d'une tumeur ovarique appréciable; et puisque chez plusieurs l'existence, sans qu'on emploie aucun traitement, se prolonge pendant 15 et 18 ans, il serait imprudent d'opposer à la maladie des remèdes qui auraient un grand danger par eux-mêmes : mais aussi, puisque tôt ou tard cette maladie devient mortelle, il y a évidemment lieu d'intervenir par une opération.

Les kystes de l'ovaire peuvent-ils guérir par un traitement pharmaceutique? La réponse négative faite à cette question par MM. Cruveilhier et Trousseau m'a surpris, parce que je suis sûr d'avoir vu de ces guérisons, bien qu'il me soit impossible de faire passer cette conviction dans l'esprit des autres. Chez un petit nombre de femmes, j'ai constaté par le toucher vaginal et le palper de l'abdomen une tumeur du volume d'un œuf à peu près, indolente, parfaitement fluctuante, lentement développée dans l'une ou l'autre fosse iliaque : sous l'influence de grands vésicatoires appliqués sur le ventre, de larges frictions iodurées, d'un traitement fondant, en un mot, j'ai vu cette tumeur diminuer et finir par disparaître tout à fait. On peut m'objecter que je me suis trompé de diagnostic, mais étant sûr pour ma part d'avoir évité l'erreur, je garde ma conviction, tout en renonçant à la faire partager.

Pour admettre l'incurabilité des kystes de l'ovaire, on s'est fondé sur l'isolement de ces tumeurs au milieu de l'organisme. En voyant une poche qui contient 10 ou 20 litres de liquide, ne tenant à l'ovaire que par un fil, en quelque sorte, on se demande comment la résorption pourrait avoir prise sur elle. Cependant, en y réfléchissant, on pourrait aussi se demander pourquoi l'organisme, qui, par exhalation, a colligé là une pareille masse de liquide, serait impuissant à la reprendre par absorption. Au surplus, de pareilles questions ne se jugent que par des faits : l'hydrocèle guérit bien rarement, mais cependant guérit quelquefois sans opération.

J'ai vu dans un collége de Paris un jeune homme atteint de cette maladie; la tunique vaginale contenait environ un verre de sérosité; le jour de l'opération fut fixé, et j'arrivai avec mon aide, muni de tout ce qu'il fallait pour faire une injection de vin chaud (car on ne se servait pas encore d'iode à cette époque). J'examinai de nouveau le malade; il n'y avait plus d'hydrocèle.

Il existe de ces faits singuliers, et je m'étonne que M. Cazeaux ne s'en soit pas rappelé un dont il a été témoin avec M. Moreau et moi : c'est celui d'une jeune fille qui portait dans son abdomen, distendu d'une manière épouvantable, une tumeur dure comme une pierre; la santé générale était bien conservée. Cette lésion nous semblait devoir être certainement mortelle : pour l'acquit de notre conscience, nous fîmes une prescription quelconque. Au bout de quelques années, M. Cazeaux a lui-même constaté que cette jeune fille était complétement guérie.

Cependant, il demeure vrai que la guérison spontanée ou obtenue à l'aide d'un traitement pharmaceutique est une rare exception.

Lorsque les kystes sont d'un petit volume, leur *rupture* spontanée ou accidentelle peut être suivie de guérison, comme on en a cité ici quelques exemples. Mais souvent aussi la mort en est la conséquence. Dans une statistique de Tilt, sur 70 cas de rupture, il y a 30 morts, ce qui n'est pas de nature à rendre cette rupture très désirable. Ce n'est pas là d'ailleurs une terminaison fréquente; je l'ai observée deux fois, et deux fois elle a amené la mort.

J'en viens à la ponction simple, ponction palliative, remède de nécessité auquel tout le monde a recours. J'ai vu avec regret qu'un certain passage de mon premier discours à l'Académie a servi de point de départ à des appréciations bien exagérées de la gravité que cette opération a par elle-même. M. Trousseau vous a cité le tableau dressé par Southam de 21 ponctions simples : des opérées, 4 sont mortes dans les vingt-quatre heures, 3 dans le cours du premier mois, 14 à la fin de l'année. — Je ne puis admettre cette proportion, quoiqu'elle se retrouve, et même exagérée encore dans les statistiques de plusieurs médecins anglais et allemands. Ainsi dans celle de Lee, sur 36 cas, nous trouvons 3 femmes mortes dans les vingt-quatre heures qui ont suivi la ponction, 6 en quelques jours, 12 en un an, en tout 21 cas de mort dans le cours de la première année! La statistique de Kiwisch n'est pas moins effrayante : 64 ponctions, 9 femmes mortes dans les vingt-quatre heures, 10 et quelques en moins d'un an. Fock sur 132 ponctions, cite 74 morts en moins d'un an. Les quatre cas (car il n'y en a que quatre) où j'ai vu la mort suivre de près la ponction simple, ne rentrent pas dans les faits ordinaires :

Dans l'un il s'agissait d'un kyste énorme contenant un liquide gélatineux, qu'un autre chirurgien n'avait pas réussi à vider; trouvant une fluctuation évidente, je fis la ponction avec un trocart du volume du doigt; il ne sortit de la tumeur qu'un litre à peine d'une espèce de gelée qu'il fut impossible de rendre plus liquide. Une violente inflammation s'empara de la tumeur. — Dans le second cas, qui avait aussi quelque chose de spécial, il existait une distension énorme du ventre. — Dans le troisième, c'était un kyste en partie séreux, en partie gélatineux et même solide; la malade était en proie à une fièvre déjà ancienne, elle était épuisée. — Le quatrième cas enfin était encore un fait complexe.

Je n'ai donc nullement eu l'intention de donner ces quatre faits comme type des conséquences ordinaires de la ponction palliative; ce sont les seuls malheurs de ce genre que j'ai vus; depuis trente et quelques années j'ai fait la ponction 310 ou 312 fois, et d'après mes notes et mes souvenirs les femmes ont survécu de 6 à 18 ans. L'une d'elles chez laquelle j'avais répété la ponction 38 fois, a vécu 14 ans.

Comment s'expliquer ces statistiques effrayantes? C'est que la statistique est comme les langues qu'Ésope servait sur la table de Xanthus : c'est ce qu'il y a de meilleur ou de pire. Excellente entre les mains de M. Louis, elle devient mauvaise entre d'autres mains. On comprend que si la ponction est pratiquée *in extremis*, elle doit être suivie souvent d'une mort prompte... Mais je ne m'arrêterai pas plus longtemps à chercher la raison de la différence entre les résultats indiqués par nos confrères d'Angleterre ou d'Allemagne, et ceux que nous observons tous les jours. A mes yeux la ponction palliative n'est pas dangereuse, à moins de certains cas complexes; si elle donne lieu à des accidents mortels, c'est comme la saignée produit quelquefois la phlébite.

Je viens de dire que la ponction palliative n'était pas une opération dangereuse; mais quels avantages peut-on en retirer? D'abord, il est démontré qu'elle peut amener une guérison radicale; aux exemples qu'on a cités, j'en puis ajouter un observé sur la femme d'un de nos confrères, atteinte, depuis neuf ans, d'un kyste de l'ovaire. La ponction, faite, il y a près de dix ans, par M. Nélaton, donna issue à 22 ou 24 litres de sérosité; nous pensions tous qu'il faudrait y revenir plus d'une fois. Eh bien, cette femme a complétement guéri; je l'ai revue il y a six mois, elle n'a aucune trace de son ancienne tumeur. Mais, de même que la guérison après la rupture du kyste, rupture qui équivaut à une ponction naturelle, la disparition de la poche après une ponction simple est une très rare exception.

L'un des graves inconvénients des ponctions palliatives est celui-ci, qui a été parfaitement indiqué par M. Pidoux (dans un travail intéressant publié dans l'Union Médicale) : c'est qu'elles épuisent les malades; une quantité considérable de liquide (et j'en ai vu quelquefois jusqu'à 52 kilogrammes!) retirée d'un kyste, ne saurait se reproduire dans l'espace de quelques mois, sans que l'économie s'affaiblisse par cette déperdition. Aussi ai-je l'habitude de ne faire la ponction évacuative que lorsque j'y suis en quelque sorte forcé; qu'il existe un état assez grave déterminé par la gêne mécanique que la tumeur apporte dans l'exercice des fonctions; et je prends toutes les précautions pour retarder ou modérer le plus possible la reproduction de l'épanchement après la ponction, en comprimant le ventre, en prescrivant des frictions avec des pommades fondantes, des médicaments convenables. En somme, on ne doit user de la ponction palliative qu'avec une grande discrétion.

Parlons maintenant de la cure radicale, de l'extirpation. En 1839, époque où je publiai mon *Traité de médecine opératoire*, je connaissais 40 et quelques exemples d'ovariotomie, et sur ce nombre 15 à 18 morts. Cette opération m'a toujours fait grand'peur. Fendre l'abdomen du sternum au pubis, faire sortir la tumeur au dehors, la séparer par la dissection des parties auxquelles elle adhère, c'est effrayant. Et cependant les mêmes auteurs qui déclarent si dangereuse une simple piqûre, comme la ponction palliative, et lui attribuent la perte de la *moitié* des opérées, nous disent qu'un *tiers* seulement des femmes succombe à ces énormes délabrements!

Dans un travail très bien fait, que M. Ch. Bernard, médecin des hôpitaux, a publié dans les *Archives* cette année, je trouve une statistique de l'ovariotomie ainsi composée : 292 extirpations de l'ovaire, 100 morts, 100 guérisons; 92 opérations incomplètes, dont 30 ont amené la mort. Savez-vous ce que c'est que l'opération incomplète? C'est : le ventre fendu dans une étendue proportionnelle au volume du kyste, celui-ci trouvé trop adhérent pour être enlevé, la plaie refermée. 30 femmes mortes sur 92, et la ponction en tuerait 21 sur 40! — Un autre relevé cité dans le même travail de M. Ch. Bernard, nous montre 7 morts sur 13 ovariotomies; un troisième, 15 sur 50.

J'ai peine à comprendre ces résultats. Faire au péritoine une simple boutonnière, comme dans l'opération de la hernie étranglée, mettre à nu les intestins, nous paraît à tous chose grave; et ce serait une opération simple que celle qui consiste à ouvrir largement l'abdomen, à disséquer le péritoine comme pour une démonstration anatomique, à enlever une tumeur, ce qui ne peut se faire sans placer de nombreuses ligatures. Il y a là quelque chose d'étrange. Serait-ce que tous les cas malheureux n'ont pas été publiés? Que ceux annoncés comme heureux ne l'étaient pas en réalité? Quoi qu'il en soit, tenons compte de cet aveu : 15 femmes sont mortes des suites d'opérations *incomplètes*. Si l'on n'avait pas touché à leurs kystes, il est probable qu'elles eussent vécu jusqu'au terme ordinaire de leur maladie.

Je repousse donc l'extirpation, que j'avais peut-être quelque tendance à admettre en 1839; pour la légitimer, il faudrait que la vie fût menacée, et pour être rationnellement *pratiquable*, elle exigerait que le kyste eût un petit volume; or, dans cet état, il permet à la vie de continuer pendant de longues années. N'envions donc pas l'ovariotomie à nos confrères d'Amérique; la chirurgie française est aujourd'hui dans une excellente voie, elle est à la fois très hardie et très prudente et semble avoir renoncé à toutes les opérations aventureuses; pour qu'elle intervienne, elle veut que le remède soit moins dangereux que le mal.

Me voici arrivé aux ponctions, suivies d'injections irritantes dans les kystes de l'ovaire. Cette méthode n'est pas nouvelle; elle a suivi les phases diverses de l'opération de l'hydrocèle. Dès la fin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, des chirurgiens anglais et français ont injecté du vin chaud dans les kystes de l'abdomen et même dans le péritoine; il y a une trentaine d'années, M. Jobert a injecté de l'alcool dans les tumeurs ovariennes. D'où vient donc que de nos jours l'opération a produit une si vive émotion? C'est que le résultat de ces tentatives avait été généralement mauvais, qu'il y avait eu beaucoup de morts. On faisait ce raisonnement fort juste, que les injections de vin chaud, poussées dans la tunique vaginale, déterminaient une inflammation vive et très douloureuse du sac, et qu'il suffisait de quelques gouttes de ce liquide infiltré dans le scrotum, pour déterminer la gangrène et les phénomènes généraux les plus graves; à plus forte raison, devait-il en être ainsi des mêmes injections pratiquées dans un kyste de l'ovaire; laisser une partie du liquide irritant dans la poche, c'était courir les risques d'une vaste inflammation; et si quelques gouttes tombaient dans le péritoine, une péritonite mortelle était à craindre. Tout cela effrayait les chirurgiens; ils renoncèrent aux injections irritantes dans les tumeurs abdominales, ou du moins les réservèrent pour des cas exceptionnels.

L'état de la question a bien changé, depuis que, par des faits sans nombre, j'ai démontré que l'injection iodée, dans les cas d'hydrocèle, déterminait, dans la tunique vaginale, une inflammation peu douloureuse, d'une intensité modérée; qu'on pouvait impunément y abandonner une partie du liquide injecté, et que c'était même là une bonne manière de procéder; que, dût-il s'échapper quelques gouttes du liquide iodé, il ne se produirait pas de bien grands ravages. J'ai vu encore un autre fait, c'est que l'iode ne produit d'inflammation que là où il touche les tissus. Ainsi, l'on n'osait pas injecter du vin chaud dans les hydrocèles congénitales; on redoutait, à bon droit, une inflammation expansive capable d'atteindre le péritoine par contiguïté. Cette inflammation est si peu à craindre, quand on se sert de l'eau iodée, qu'en l'injectant dans le sac d'une hydrocèle en communication avec l'abdomen, il est à peine nécessaire d'établir momentanément la séparation des deux cavités, par la pression avec le doigt au niveau de l'anneau inguinal. Ayant reconnu ces propriétés de l'iode, j'ai appliqué la même méthode et avec le même succès aux kystes du cordon spermatique, aux anciens sacs herniaires, à la cure radicale des hernies, aux kystes de l'aine, de la cuisse, de l'aisselle, du sein, de la thyroïde; je m'en suis servi encore contre les hydarthroses rebelles, et principalement contre celle du genou, de la plus vaste articulation du corps; les mêmes essais étaient répétés à cette époque par M. Boinet et une foule d'autres chirurgiens.

L'Académie se souvient qu'il y a dix ans, en 1846, quand je portai devant elle ces faits (dont j'avais déjà donné connaissance à l'Institut en 1842), la méthode des injections iodées n'était pas encore entrée dans la pratique. Soutenu par Auguste Bérard et M. Jobert, j'eus pour adversaires Blandin, Gerdy, Roux..... (Puisque je parlais statistique tout à

l'heure, je remarquerai qu'il semble y avoir du danger à se déclarer l'adversaire des injections iodées, car aujourd'hui Blandin, Roux, Gerdy ont disparu, les partisans de la méthode sont seuls restés parmi nous.)

A cette époque, en 1846, je ne bornai pas à l'hydrocèle l'emploi des injections iodées, mais l'érigeant en règle générale, en une sorte de loi, j'établissais :

« 1° Que la douleur et la réaction générale sont encore moindres dans » les kystes étrangers au scrotum que dans l'hydrocèle proprement dite, » ce qui s'explique par l'absence dans le premier cas et la présence dans » le second, d'un organe aussi sensible que le testicule ;

» 2° Que la résolution, toutes choses égales d'ailleurs, est un peu moins » prompte dans la tunique vaginale que dans les kystes des autres » régions ;

» 3° Que partout où quelque plan osseux ou ostéo-fibreux forme une » des parois du kyste, la guérison se fait plus longtemps attendre, man- » que même quelquefois tout à fait. C'est ainsi que le succès des injec- » tions iodées n'a pas été constant quand je les ai pratiquées sur l'olé- » crâne ou sur le devant de la rotule ;

» 4° Que si le kyste contient de la matière gélatineuse ou grumeleuse, » ou granulée ou visqueuse, le succès, sans être impossible, est moins » sûr, moins constant que s'il s'agit de kystes franchement liquides, » soit séreux, soit synoviaux, soit sanguinolents ;

» 5° Que, selon toute apparence, le liquide iodé ne fait naître d'in- » flammation que sur les points de la surface séreuse qu'il touche, et » que l'inflammation, provoquée par son contact, est d'une nature tel- » lement fixe, qu'elle tend très peu à s'étaler ;

» 6° Que, sans plaie extérieure, elle devient rarement purulente.

» Tournant et retournant la question sous toutes ses faces, je ne » pus m'empêcher de mettre en regard des injections iodées toute la » grande classe des cavités closes, séreuses ou synoviales de l'économie. » Il ne s'agissait plus de la teinture d'iode seulement, mais bien des » injections irritantes en général ; non plus du traitement de l'hydro- » cèle, qui ne laissait, du reste, que très peu à désirer déjà, mais bien » du traitement local de presque toutes les hydropisies ; non plus des » épanchements séreux proprement dits, mais aussi des collections san- » guinolentes de toutes sortes, et même de certaines collections puru- » lentes, d'une vaste question de thérapeutique, par conséquent. »

L'application de cette méthode aux kystes de l'ovaire se trouve déjà indiquée dans mon livre sur les opérations, qui est de 1839. A l'article *Paracentèse*, je disais : « Ce que j'ai vu des injections iodées dans l'hydrocèle et les kystes séreux me porte à penser qu'elles offriraient encore plus de chances de succès que le vin dans l'ascite ou les kystes de l'abdomen. »

Et en effet de nombreuses applications de cette méthode aux kystes de l'ovaire ont été faites déjà. M. Robert paraît le premier l'avoir tentée en France, d'autres l'ont mise en usage en Angleterre, en Allemagne ; M. Boinet a pratiqué un grand nombre d'injections iodées, en même temps que je m'en occupais aussi, quoique avec moins d'ardeur que notre confrère qui s'est emparé de la méthode au point de la rendre presque sienne. MM. Jobert, Monod, Demarquay, Huguier, Fock, Briquet, Nélaton, ont également apporté leur contingent de faits ; le tout, en y ajoutant les miens, forme un ensemble de 130 cas. Il faut sans doute rabattre de ce chiffre, car plusieurs faits doivent faire double emploi dans la statistique de M. Briquet par exemple (12 cas), et dans celle de M. Boinet ; je ne sais pas au juste si parmi les faits de M. Monod et ceux de M. Demarquay, il n'y en a pas qui figurent dans la statistique de chacun de ces chirurgiens. M. Jobert parlait de 26 opérations, et dans son discours de mardi dernier, il n'en détaille que dix ; serait-ce que les 26 opérations auraient été faites sur 10 malades seulement ?

En somme il y a eu 30 morts, 64 guérisons ; dans les autres cas il y a eu récidive.

30 morts sur 130 malades, c'est un chiffre considérable ; si telle devait être la mortalité des opérées ; je ne serais pas disposé à plaider la cause des injections iodées dans les kystes de l'ovaire. D'une autre part, ce chiffre de 64 guérisons est digne d'être pris en considération.

A quelles causes peut être attribuée la terminaison funeste à la suite des injections d'iode ? C'est là ce que nous avons à examiner maintenant.

Les kystes de l'ovaire diffèrent considérablement les uns des autres ; leur diagnostic, au dire de quelques-uns de nos savants collègues, serait chose facile, je leur en fais mon compliment, mais j'ai le regret de ne pas être édifié à cet égard ; à mon avis, rien n'est plus difficile. Il y a les kystes du corps de Wolff ou de Rosenmüller, kystes sur lesquels M. Follin et M. Verneuil ont publié d'intéressants travaux ; il y a de ces singuliers kystes, appendus aux ligaments larges comme le nid d'un loriot aux branches d'un arbre ; il y en a qui appartiennent à la matrice, et dont M. Huguier a donné une excellente description ; quelques-uns renferment un épithélium épais qui empêche l'inflammation du sac d'aboutir à l'adhérence de ses parois opposées ; et parmi les kystes propres à l'ovaire les uns ayant eu pour point de départ une vésicule de Graaf contiennent un liquide gélatineux ou sanguinolent, les autres un liquide séreux ; les kystes du péritoine, comme ces derniers kystes ovariques se rapprochent de la constitution anatomique de l'hydrocèle, et se prêtent au même traitement. Or, il me paraît malaisé d'établir entre ces divers kystes un diagnostic positif, et cependant il serait important de connaître la nature du liquide contenue dans la poche kystique ; je l'ai déjà dit, quand ce liquide est séreux, il indique que la surface dont il provient est également séreuse, et c'est dans ce cas que les chances de l'opération sont les meilleurs. Est-ce à dire cependant qu'il faille la réserver exclusivement aux kystes de cette nature ? L'ayant vue réussir dans le cas de collections hématiques, je la crois encore applicable aux kystes renfermant un liquide gras, sanguinolent.

Une circonstance importante, dont j'ai fait la remarque dès 1846, c'est que le liquide d'un kyste peut changer d'une ponction à l'autre. Aujourd'hui c'est un kyste sanguin ; dans quinze jours, ce sera un kyste séreux ; c'est-à-dire que la sérosité du sang y restera seule et qu'il s'y ajoutera le liquide aqueux sécrété par les parois de la cavité accidentelle. De là la possibilité, ayant évacué le sang, de transformer l'hématocèle en hydrocèle. Quelque chose d'analogue s'observe également pour les abcès froids simples, sans altération osseuse : après une ou deux ponctions le pus est remplacé par de la sérosité. Si donc, par une première ponction, on retirait d'un kyste un liquide visqueux, gluant, il faudrait, par des ponctions successives, essayer de le transformer en kyste séreux avant de procéder à l'injection.

Indépendamment du danger qui résulte de la constitution particulière de certaines tumeurs ovariques, on redoutait encore les accidents d'une inflammation très étendue. L'expérience a prouvé que cette inflammation n'est pas aussi grave qu'on l'avait cru, qu'elle ne le devient que très exceptionnellement.

Des 30 cas de mort que j'ai indiqués tout à l'heure, il faut d'abord en retrancher 20 qui n'appartiennent pas à la véritable méthode des injections iodées, mais à un genre de procédé définitivement jugé aujourd'hui : celui qui consiste à maintenir la canule du trocart dans la plaie. On a confondu à tort les ponctions suivies d'une injection iodée, puis de l'occlusion immédiate du kyste, avec les procédés où un corps étranger est laissé dans une ouverture permanente de la tumeur. Mais les choses se passent tout différemment dans les deux cas : dans le premier, le travail qui succède à l'injection a lieu sous la peau, c'est une méthode sous-cutanée, et il n'y a pas de suppuration ; dans le second, la suppuration a lieu forcément ; et s'il s'agit d'un sac d'une capacité de 30 litres, je suppose, comment voulez-vous que la femme résiste à une pareille sécrétion ? Les injections iodées, faites dans ces conditions, peuvent bien modérer l'abondance de la suppuration, en corriger les mauvaises qualités, mais elles ne la tarissent pas. D'ailleurs, les faits ont parlé ; je le répète : vingt fois (et plus souvent peut-être) la mort a été la suite de ces ouvertures permanentes des kystes ovariques ; les résultats de M. Robert, ceux de M. Briquet, de Fock, sont là pour le prouver.

La suppuration est encore à craindre, dût-on ne laisser la canule que pendant quelques heures ou quelques jours, comme le fait M. Jobert. L'avantage de cette pratique serait d'empêcher que le liquide ne se répandît dans l'abdomen. Mais si d'un kyste vous retirez 6 litres de liquide et que vous y substituiez quelques onces seulement d'eau iodée, il n'est guère à craindre qu'elle aille sortir par la plaie de la ponction située à la partie supérieure, au plafond de la tumeur. Dans les cas où la mort a eu lieu, ce n'est pas cet *échappement* de liquide iodé qui l'a occasionnée. Si même quelques gouttes en tombaient dans le péritoine, je n'en serais pas tourmenté. Au surplus, une fois vidée, il faut bien que la tumeur s'aplatisse, qu'elle se rétracte, dès lors elle fuira au loin, et la canule ne se trouvera plus dans la cavité du kyste.

Et maintenant, si nous déduisons des 30 cas de mort que j'ai cités tout à l'heure, les 20 faits de ponctions suivies du séjour permanent d'une canule ou d'une sonde dans la plaie, il ne reste plus que 10 morts à opposer aux 64 guérisons. C'est là un beau résultat et qui, dans l'avenir, pourra être encore meilleur, car, ne l'oublions pas, jusqu'à ce jour la méthode a été employée en tâtonnant, comme toute chose qui est encore à l'étude.

Le point essentiel à établir est celui-ci : Les ponctions suivies d'injections iodées sont-elles plus dangereuses que les ponctions palliatives ou le sont-elles au même degré ? Si la question était résolue dans ce dernier sens, il n'y aurait pas à hésiter : on aurait dans les injections iodées un moyen de guérir 3 malades sur 4, c'est-à-dire un bon moyen thérapeutique. La science et l'humanité sont également intéressées à voir cette question promptement résolue.

En résumé, il résulte pour moi de ce que j'ai vu et de ce qui a été observé par d'autres chirurgiens :

1° Que les kystes de l'ovaire ont une durée variable qui est ordinairement de six, dix, douze ans ;

2° Qu'ils sont susceptibles de guérir spontanément ou à l'aide d'un traitement pharmaceutique ;

3° Que leur guérison peut encore succéder à leur rupture, bien que cet accident soit le plus souvent funeste ;

4° Que la ponction palliative des kystes de l'ovaire n'est pas une opération dangereuse ; qu'elle peut amener la guérison définitive dans certains cas, très exceptionnels à la vérité ; qu'elle a l'inconvénient grave de produire ou de hâter l'épuisement de l'économie, par la soustraction d'une grande quantité de liquides ;

5° Que l'extirpation est une opération affreuse et doit être proscrite quand même les guérisons annoncées seraient réelles ;

6° Que les seules injections irritantes à employer sont les injections iodées, et que celles-ci sont applicables à tous les kystes séreux de l'abdomen appartenant à l'ovaire ou étrangers à cet organe (quant aux kystes multiples, aréolaires, compliqués de dégénérescences diverses, il n'y faut pas toucher) ;

7° Que l'on peut tenter encore l'emploi des injections iodées dans les cas de kystes contenant un liquide gras, onctueux, hématique, après plusieurs ponctions destinées à transformer ces kystes en des collections séreuses.

La séance est levée à cinq heures moins un quart. L'Académie se forme en comité secret pour entendre un rapport de M. Larrey, sur les candidatures à la place vacante dans la section de pathologie externe.

Une séance supplémentaire en comité secret aura lieu samedi prochain. L'Académie entendra le rapport de M. Boudet, sur les candidatures dans la section de pharmacie.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

DE LA RÉDUCTION DES LUXATIONS SCAPULO-HUMÉRALES ;

Par le docteur Blocdau, de Sondershausen.

Une des causes les plus fréquentes qui rendent la réduction difficile, est la mobilité de l'omoplate ; les tractions exercées sur le bras entraînent ce dernier ou malgré les tentatives faites pour le fixer. Le docteur Blocdau remédie à cet inconvénient de la manière suivante. Le malade est assis à terre ; un aide, placé du côté sain, fixe le tronc ; un second fait l'extension ; l'opérateur appuie la paume d'une des mains contre la surface concave de la cavité glénoïde de l'omoplate, il saisit de l'autre main, le bras luxé. Faisant alors des efforts en sens contraire, il repousse le scapulum vers la colonne vertébrale, pendant que les efforts de l'extension détachent la tête de l'humérus de sa position vicieuse. En même temps, le genou de l'opérateur, appuyé contre l'aisselle, peut servir de point de d'appui pour relever la tête de l'humérus surtout dans les luxations en bas.

Les causes qui s'opposent à la réduction de ces luxations sont complexes, néanmoins celle qui vient d'être indiquée a une grande importance, et la manœuvre si simple proposée par M. Blocdau doit être employée quand les circonstances le permettent. Dans le mode de réduction par soulèvement vertical du bras, on a plus de prise sur l'omoplate, parce que l'on agit sur la clavicule et sur l'épine du scapulum ; ne serait-ce pas une des causes qui rendent la réduction plus facile par ce procédé ? — (*Allg. med. central-zeitung*, 1856, n° 14.)

DE L'EMPLOI DU COLLODION DANS LES FRACTURES ;

Par le docteur Wendrykowski.

L'auteur est partisan de l'appareil inamovible appliqué immédiatement, et il trouve dans le collodion le meilleur agent de pansement. Après la coaptation on enduit la place fracturée et les alentours d'une épaisse couche de ce liquide, puis s'il n'y a pas encore de gonflement considérable, on entoure la fracture d'une compresse fendue, également imbibée de collodion ; dans le cas contraire, on s'abstient de cette pièce. Le membre est alors contenu par des attelles de carton résistant, légèrement humecté pour le rendre flexible. Ces attelles sont préalablement matelassées d'une couche d'ouate convenablement épaisse, enduite également de colladion à sa surface appliquée sur le membre, et destinée à remplir les creux, et à empêcher la pression directe des attelles. Un premier bandage roulé les fixe en place, et un second bandage analogue enveloppe tout le membre, depuis son extrémité jusqu'au delà de la fracture, aussi loin qu'il est nécessaire de l'immobiliser. Lorsque le gonflement n'avait pas été considérable, on n'a pas besoin de changer l'appareil pendant le traitement ; s'il devient trop large par le retrait du membre, il suffit de le resserrer au moyen de rubans passés en lacs. Dans le cas d'un gonflement au contraire, on est obligé au bout de quelques jours, de réappliquer les bandes sans toucher aux attelles. Les fractures compliquées réclament le même appareil.

L'auteur trouve au collodion plusieurs avantages qui le lui font préférer aux autres agents de solidification des appareils. Il agit comme antiphlogistique ; il possède à un plus haut degré toutes les bonnes qualités de l'eau froide, sans en avoir les inconvénients ; dès le premier moment, le malade sent une fraîcheur bienfaisante et n'éprouve plus les douleurs de la fracture et de l'inflammation (?). Cet agent se solidifie rapidement, et maintient en contact les bouts de l'os fracturé. Enfin l'appareil est simple, et n'a pas besoin d'être changé. — (*Allg. méd. central-zeitung*, 1856, n° 62.)

AVANTAGES COMPARÉS DES EAUX MINÉRALES NATURELLES ET ARTIFICIELLES.

Le nombre des personnes qui ont été prendre les eaux à leurs sources, l'été dernier, ne peut se comparer avec celui des années précédentes. Faut-il l'attribuer à ce violent désir de respirer de l'air pur qu'éprouvent généralement les habitants des grandes villes ? Non, il y a une raison bien plus sérieuse pour expliquer ce déplacement considérable, elle est tout simplement dans le résumé de la statistique présentée par M. le docteur Herpin à l'Académie des sciences, dans le courant de l'année 1855. Là, en effet, les médecins ont pu reconnaître que les eaux minérales naturelles, employées en bains, comme en boissons, agissent favorablement dans la très grande majorité des cas, et leur confiance dans ce genre de médication s'est naturellement communiquée à leurs malades. Ainsi donc, la question des eaux minérales naturelles, si souvent reprise, est jugée ; mais, il reste toujours la difficulté d'en user pendant la mauvaise saison. Comment déterminer des gens impressionnables et maladifs à rester à la campagne pendant la moitié de l'année, lorsqu'il n'y a plus de soleil pour les réchauffer, de chemins praticables pour leur permettre de se promener, et des tapis de verdure pour les égayer. C'est pour obvier à cet inconvénient sans doute, et pour répondre aussi aux besoins des personnes, qui sont trop peu fortunées pour aller à la source, que, depuis fort longtemps les médecins et les chimistes cherchent à analyser et recomposer artificiellement ces eaux bienfaisantes. Mais, il faut le reconnaître, tous les praticiens consciencieux s'accordent à le dire, les eaux minérales naturelles produisent des effets qu'il est impossible d'obtenir avec les eaux minérales factices.

Frappé de cette différence désavantageuse qu'il faut subir pendant la moitié de l'année, un pharmacien de Paris a cru devoir procéder autrement que ses devanciers, en mélangeant les éléments des eaux minérales les plus estimées avec des matières organiques, dans le but d'obtenir, avec une heureuse manipulation, un sel (1) qui ne subit point de double décomposition et qui sert à préparer des bains qu'il nomme électro-chimiques, parce qu'il leur attribue une double action électrique et chimique.

Ce titre ne nous paraît pas justifié, parce que l'action électrique et chimique dont s'agit, ne nous est pas suffisamment démontrée.

Cependant, nous sacrifions volontiers la forme pour le fonds, et nous nous plaisons à dire que des faits heureux, positifs, concluants, observés et constatés par plusieurs médecins d'un mérite bien connu, sont venus successivement se produire pour démontrer qu'avec des doses variées du mélange composé par M. Pennes, on peut obtenir (suivant les indications) des bains hygiéniques, dérivatifs et stimulants.

Nous conclurons en disant que l'auteur aurait fait chose utile s'il était démontré que ces bains minéraux factices peuvent, en quelques cas, suppléer les eaux naturelles.

C'est par erreur et par suite d'une fausse indication donnée par un journal, que nous avons annoncé que la Cour de cassation avait cassé l'arrêt de la Cour impériale de Toulouse dans l'affaire de M. Ségur. La Cour de cassation a simplement admis le pourvoi par arrêt de la chambre des requêtes, mais l'affaire n'a pas encore été plaidée au fond.

— Les deux professeurs de pathologie externe à la Faculté de Paris, MM. Denonvilliers et J. Cloquet, dont le premier professera pendant le semestre d'hiver et le second pendant le semestre d'été, se sont entendus pour qu'un cours complet de pathologie ait été fait dans l'espace de quatre semestres.

— Au dernier *meeting* de la Société médicale et chirurgicale de l'armée britannique, il a été unanimement décidé qu'une souscription serait ouverte parmi les officiers de santé de l'armée « pour perpétuer, par quelque souvenir durable (*some lasting memorial*), la mémoire de leurs confrères, militaires ou civils, morts pendant la dernière guerre. »

Erratum. — Au discours de M. Cazeaux, publié dans le dernier compte-rendu de l'Académie de médecine, au lieu de M. Sère de *Thamret*, lisez de *Muret*.

(1) Ce sel est un mélange de brome, de phosphore, soufre, chaux, alumine, soude, fer, delphine et huile volatile de labiées.

NOTE

SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Par le docteur Amédée Latour.

In-8°, Paris, 1857, aux Bureaux de l'Union Médicale. — Prix : 2 fr.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 144. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 29 Novembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PATHOLOGIE : Note sur la gangrène glycoémique. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — III. OPHTHALMOLOGIE : Amaurose vermineuse uni-oculaire ; guérison rapide sous l'influence des poudres de Hufeland. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie des sciences.) Séance du 17 novembre : Guérison par absorption des abcès symptomatiques du mal vertébral. — Lithotripsie d'un calcul volumineux très dur. — *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Fait de maladie convulsive rare. Discussion. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Causeries.

PATHOLOGIE.

NOTE SUR LA GANGRÈNE GLYCOÉMIQUE;

Communiquée à l'Académie des sciences, dans la séance du 25 Novembre 1856,

Par M. MARCHAL DE CALVI.

Il y a déjà plusieurs années, je publiai un cas, le premier connu, de gangrène dans le diabète. Il s'agissait d'un homme chez lequel un orteil s'était sphacelé, sans qu'on eût pu reconnaître la cause de la gangrène. Il avait eu précédemment un grand nombre de furoncles, phénomènes nécrosiques, c'est-à-dire de même nature que le sphacèle actuellement existant. Je reconnus que cet individu était diabétique (son urine contenait 90 grammes de glycose par litre), et je supposai dès lors que les manifestations nécrosiques étaient sous l'influence de la glycosurie. Mais j'avoue qu'un seul cas était loin de suffire à la déduction d'un rapport aussi important, et je ne m'étonnai point que quelques personnes voulussent voir une simple rencontre, une coïncidence, dans ces deux faits, la glycosurie et la gangrène.

L'orteil se détacha, moyennant quelques coups de ciseaux, et la plaie se cicatrisa. Je traitai la glycosurie, et réduisis extrêmement la proportion du sucre dans les urines, sans toutefois le faire disparaître entièrement. Le malade jouit d'une santé suffisante pendant deux ans environ. Mais il se négligea et la glycosurie se reproduisit au degré où je l'avais vue d'abord. C'est alors que tout le pied, le même où l'orteil s'était sphacelé, se gangrena; en même temps des accidents généraux graves se manifestèrent, écartant la ressource de l'amputation; le sujet éprouvait notamment une horrible souffrance au creux de l'estomac, ce qui me fit penser qu'il existait peut-être une inflammation nécrosique de la membrane muqueuse gastrique. Dans les moments où cette souffrance était le plus atroce, la respiration était précipitée et immense, et l'on avait le spectacle d'un véritable supplice. Enfin, la mort arriva comme une délivrance. Malheureusement, je ne pus faire l'autopsie. On me dit que, dans les premières heures qui suivirent la mort, il s'amassa hors des lèvres une salive demi-solide qui fit penser aux gens de la maison qu'elle devait contenir du sucre.

Cette seconde gangrène, au moment précisément d'une recrudescence de la glycosurie, me confirma dans la supposition d'un rapport de causalité entre la glycosurie et la gangrène.

Entre les deux phases de la maladie, et dès ma première communication académique sur ce sujet, M. le docteur Landouzy, professeur à l'École de médecine de Reims, avait fait part à l'Académie de médecine d'un cas de sphacèle des extrémités inférieures chez une femme diabétique qu'il avait observé, sans s'être arrêté au lien qui pouvait rattacher le sphacèle à la glycosurie.

Quelque temps s'était passé sans que mon attention eût été appelée de nouveau sur ce sujet, lorsque je fus prié par M. le docteur Ménestrel de voir avec lui un de ses malades qui habitait Montmartre.

Je commence par déclarer qu'il n'y a rien d'extraordinaire à ce que M. Ménestrel, qui est un praticien habile et recommandable à tous égards, ignorât les faits que je viens de rappeler, attendu qu'ils avaient eu peu de retentissement et n'avaient pas été l'objet d'un travail de quelque étendue.

Le malade dont il s'agit, d'une soixantaine d'années, replet, d'apparence sanguine, portait une large plaque gangréneuse à l'une des cuisses, et une autre plaque de même nature au dos. Je ne doutai pas qu'il n'y eût là une cause générale, diathésique, et je demandai au malade si, depuis quelque temps, il était tourmenté par une soif insolite, et si la quantité des urines avait augmenté. Il me répondit affirmativement sur ces deux points, au sujet desquels, chose surprenante, il avait gardé le silence vis à vis de son médecin. Depuis plus d'un an, la soif était vive et la sécrétion urinaire surabondante. J'annonçai à mon confrère, qui ne me cacha pas son étonnement, que, selon toute apparence, nous avions sous les yeux un cas de gangrène glycosurique. Une première analyse des urines, faite à Montmartre par un homme assurément peu initié, me donna tort. Mais j'envoyai des urines à M. Duroy, pharmacien, que j'ai eu souvent occasion de citer pour son habileté et son obligeance, et il y trouva facilement une proportion notable de glycose.

Aujourd'hui, c'est M. le docteur Ménestrel, qui, instruit par un premier cas, en a reconnu un qui avait échappé à un autre confrère.

Un médecin, M. le docteur de Soula, âgé de 65 ans, d'une forte constitution, n'étant sujet à aucune maladie, si ce n'est à des accès de goutte rares, qui ne l'avaient retenu au lit qu'une ou deux fois dans les trois dernières années, éprouva, en novembre 1855, quelques symptômes de congestion cérébrale. Le 21 ou le 22 de ce mois, il tomba sans connaissance dans sa chambre, et ne put se relever qu'avec le secours de sa domestique. Le jour même ou le lendemain, il se fit appliquer des sangsues à l'anus, et un confrère fut appelé le 23.

On appliqua de nouveau des sangsues et le malade fut purgé plusieurs fois. Il se levait tous les jours, et sortit même une fois en voiture. Néanmoins, il éprouvait un fourmillement dans la main droite et de la faiblesse dans les jambes.

Le 11 décembre, on fit une saignée du bras, sur l'avis de M. Chomel.

Le 25 de ce mois, le malade se plaignit d'une souffrance à la nuque, où l'on constata une sorte de furoncle de la dimension d'une pièce de cinq francs, sans saillie centrale annonçant la formation d'un bourbillon. Le malade y éprouvait une sensation de brûlure et de fourmillement qui le privait de sommeil. (Cataplasmes émollients; bains.)

Le 30, l'inflammation occupait toute la région cervicale postérieure, et l'on put évaluer à 12 centimètres carrés la surface envahie. Dans toute cette étendue, la pression du doigt était douloureuse, insupportable; la peau plus ou moins rouge; le tissu cellulaire sous-cutané, endurci, *sans aucun signe de fluctuation*.

On fit des incisions profondes en divers sens : il sortit une quantité médiocre de sang; point de pus.

Plus tard, les incisions fournissent un pus séreux d'abord, puis sanieux et fétide. La peau était décolorée, laissant voir le tissu cellulaire mortifié.

C'est dans ce moment que M. le docteur Ménestrel fut appelé à voir le malade, et la ressemblance de cette gangrène avec celle que nous avions observée ensemble le frappa tout d'abord, au point qu'il ne douta pas que ce ne fût un exemple de gangrène glycoémique; et, en effet, l'urine du malade, examinée à diverses reprises, par M. Duroy, donna de 43 à 47 grammes de glycose p. 1000.

« Tel est, m'écrit M. le docteur Ménestrel, dans une lettre fort obligeante, dont je lui exprime ici toute ma reconnaissance, le fait curieux et important, que je suis doublement heureux de vous communiquer, parce que vous ne manquerez pas d'en enrichir la science, et parce qu'il me fournit l'occasion de réparer, jusqu'à un certain point, une erreur, peut-être excusable, vu la nouveauté de la découverte. »

Sans doute des détails importants sont omis dans cette observation, qui a été remise telle quelle à M. Ménestrel; mais il suffit que le rapport de l'affection gangréneuse avec la glycosurie y soit évident.

Le diabète est commun, et, fort heureusement, la gangrène diabétique est rare. Pourtant en voilà trois exemples depuis un

Feuilleton.

CAUSERIES.

Deux élections prochaines à l'Académie de médecine. — Retard à la discussion actuelle. — Émotion des agrégés. — Les amphithéâtres de l'École pratique. — Le grand amphithéâtre de la Faculté. — Inauguration de l'année scolaire à Strasbourg.

L'Académie de médecine est dans l'imminence de deux élections nouvelles. L'élection, dans une Académie, est une fonction parfaitement physiologique, mais qui ne s'accomplit pas néanmoins sans une certaine crise, sans un retentissement plus ou moins sensible sur tout l'organisme. C'est la parturition chez la femme, phénomène on ne peut pas plus naturel, mais qui ne se passe jamais sans trouble général. Cependant, la comparaison s'arrête là; l'accouchement académique n'a jamais causé, que je sache, la mort d'une Académie, et quelque difficile et grave qu'ait été la parturition, on a toujours pu dire, après l'événement : La mère et l'enfant se portent bien.

Il en sera, sans contredit, ainsi, des deux enfantements qui se préparent. Le premier, le plus proche, aura lieu mardi prochain, et c'est un nouveau membre de la section de pathologie chirurgicale qui verra le jour. Cet accouchement, on peut le prédire à coup sûr, sera facile, prompt, et les suites en seront des plus heureuses. Je n'ai qu'à mettre sous les yeux de mes lecteurs la liste de présentation dressée par la section, pour qu'ils deviennent tout de suite et aussi bien que moi-même qui sera élu. Voici donc cette liste telle qu'elle est sortie du comité très peu secret de mardi dernier :

M. Nélaton,
M. Denonvilliers,
M. Hutin,
M. Morel-Lavallée,
M. Bonnafont.

Ai-je besoin d'ajouter que M. Nélaton obtiendra d'emblée l'unanimité des suffrages, ou peu s'en faut? Ce n'est pas assurément que les autres candidats ne soient dignes aussi des suffrages de l'Académie. Mais l'Académie, en choisissant cette fois M. Nélaton, paiera une dette plus ancienne, et ce sera bien le cas de répéter le vieux proverbe : Qui paie ses dettes s'enrichit. M. Denonvilliers, plus jeune que son collègue, ne demande d'ailleurs qu'avec discrétion le remboursement immédiat; il connaît la règle des intérêts accumulés et composés; il sait bien, en effet, qu'il ne perdra rien pour attendre.

M. Nélaton sera une acquisition précieuse pour l'Académie. Il y apportera sa notoriété considérable, son esprit sage et contenu, sa prudence éclairée, sa judicieuse réserve, toutes qualités qui ne l'éloignent pas cependant des tentatives et des efforts vers le progrès. Que M. Nélaton ne se laisse pas envahir et absorber par les exigences de la clientèle, qu'il soit exact aux séances et fidèle aux devoirs de rapporteur, nous osons lui prédire une belle carrière d'académicien.

L'autre accouchement académique, qui aura lieu probablement la semaine suivante, enfantera un nouveau membre dans la section de pharmacie, et celui-là sera, on le craint, plus laborieux; il est de fait que la grossesse a été pénible et traversée par des incidents divers. Il y a eu combat de fœtus dans le sein maternel, et la section assure qu'elle sent distinctement trois têtes. Un fœtus tricéphale, voilà un cas bien rare de tératologie, et ce ne sera pas trop des lumières de la section d'accouchement pour mener les choses à bonne fin.

On assure, en effet, que la section de pharmacie doit présenter la liste suivante :

En première ligne, *ex æquo* : MM. Mialhe, Gobley et Poggiale (je donne cette liste comme on me l'a donnée, c'est-à-dire par rang d'âge. Un journal la donne ainsi par ordre alphabétique : MM. Gobley, Mialhe et Poggiale);

En seconde ligne, *ex æquo* : MM. Boignet et Lefort.

Cette liste de présentation suscitera, dit-on, une chaude discussion.

Il est certain que personne ne s'en montre satisfait. Les partisans de M. Mialhe, et ils ont raison, voudraient voir ce candidat seul en première ligne. Les amis de M. Gobley, et ils n'ont pas tort, craignent pour leur candidat un voisinage redoutable. Les défenseurs de M. Poggiale, et je les approuve, sont tout à fait désobligés de cette parité illusoire.

Illusoire est bien le mot. Ces *ex æquo* ne sont, après tout, que des tempéraments, une planche sur laquelle on fait passer les petits accommodements de conscience. On croit être juste et on n'est que faible. On conçoit quelquefois, à la rigueur, dans des circonstances rares et exceptionnelles, un *ex æquo* entre deux intelligences, mais entre trois!... cela ne se comprend plus, et la section de pharmacie se calomnie elle-même quand elle se déclare impropre à trouver les différences qui séparent les trois candidats qu'elle place également au premier rang.

Ces différences sont si réelles qu'elles frappent des yeux moins exercés sur ce point que ceux de la section. Faudra-t-il que la Presse les lui rappelle? Elle le fera si elle le croit utile, mais elle attendra le résultat du comité secret de mardi prochain.

Ne quittons pas l'Académie sans dire qu'il est probable que la discussion sur les kystes de l'ovaire ne reprendra guère que l'année prochaine. Les deux prochaines séances seront consacrées aux élections dont il vient d'être parlé. Puis viendra la séance solennelle annuelle dans laquelle M. Dubois (d'Amiens) prononcera l'éloge de M. Roux; les dernières séances de l'année étant consacrées au renouvellement du bureau et des commissions, il est à peu près certain que M. Jules Guérin, le premier orateur inscrit, ne pourra prendre la parole que dans la première séance de janvier prochain.

A notre Faculté de Paris, rien de bien nouveau, si ce n'est une agitation assez vive, dit-on, dans le corps des agrégés. Nous n'avons rien à dire de ces émotions intérieures suscitées par des questions ici indiscutables. Mais, puisque MM. les agrégés paraissent en train de récriminer, nous les engageons à avertir qui de droit du mauvais état, de l'état d'indignité dans lequel se trouvent les amphithéâtres de l'École pratique, où se donne aujourd'hui avec tant de profit l'enseignement libre. On ne peut exiger, sans doute, que des amphithéâtres, où se succèdent sans relâche des cours d'anatomie et des démonstrations de chirurgie pratique, soient tenus comme un boudoir; mais on peut demander qu'une certaine propreté relative y règne, qu'une certaine décence y soit observée, que le professeur qui succède à un autre professeur ne soit pas obligé de s'asseoir devant une table humide et tout imprégnée d'hu-

petit nombre d'années, quatre en comptant celui de M. Landouzy, et, de plus, je suis informé par M. Mialhe qu'il s'en est présenté deux autres qui n'ont pas été publiés. C'est ainsi que souvent les soins accablants de la pratique nuisent à la science, en empêchant d'honorables confrères d'apporter leur contingent aux questions litigieuses ou peu avancées.

En somme, il est désormais impossible de refuser une place à la gangrène glycosurique ou plutôt glycoémique, car la glucosurie n'est que le signe, dans l'histoire générale de la gangrène, et, d'autre part, on est en droit de rechercher dès à présent quel peut être le mode pathogénique ou le mécanisme de cette redoutable manifestation.

On est certainement le plus près possible de la vérité, si même on n'y atteint pas complétement, en pensant que la présence du sucre dans le sang crée une diathèse inflammatoire dans la membrane interne des vaisseaux, et que, comme la résistance vitale est affaiblie dans le diabète, ce dont on peut juger facilement par la dépression des forces, l'irritation inflammatoire ainsi produite naît avec une tendance nécrosique.

Cette inflammation gangreneuse affecte préférablement le tissu cellulaire sous-cutané, et l'on voit se produire soit des furoncles qui peuvent se succéder pendant plus ou moins longtemps, comme chez mon premier malade, et qui ont une marche très lente, soit des gangrènes en nappe, comme chez le malade de Montmartre et chez celui de la dernière observation.

Chez mon premier malade, celui qui eut successivement un sphacèle d'un orteil et une gangrène de tout le pied, il se produisit pendant longtemps (outre des furoncles dans diverses parties du corps, dont un au nez qui dura très longtemps) de petites destructions partielles du derme le long des jambes.

On voit que la gangrène glycosurique peut affecter des formes diverses.

Mais, en outre, la diathèse inflammatoire, créée par la présence du sucre dans le sang, peut donner lieu à des manifestations plus simples, qu'il faut savoir rapporter à leur véritable cause, ce qui exige quelque attention. Ainsi, chez un de mes amis, que j'ai guéri radicalement du diabète, j'observai ceci de particulier : lorsqu'il faisait usage de quelques spiritueux, il éprouvait sur diverses parties du corps, mais spécialement aux lombes, des démangeaisons insupportables, avec production d'une multitude de petits boutons rouges qui duraient quelques heures. Il n'avait jamais rien éprouvé de semblable avant d'être diabétique, et il a cessé de l'éprouver depuis qu'il est guéri. Voilà donc une manifestation herpétique qu'il est impossible de ne pas rattacher à la diathèse inflammatoire glycosurique; et l'on voit ici l'influence d'une cause occasionnelle (l'usage des spiritueux) intervenant dans une diathèse, ce qui est un point de vue très intéressant et très fécond de l'histoire générale des diathèses.

Chez ce même diabétique dont je viens de parler, j'observai un phénomène très singulier que je ne chercherai pas à expliquer. A deux ou trois reprises, il eut des éjaculations hémorrhagiques, sans douleur. Le sperme avait la couleur rouge du sang artériel.

Cet individu eut un enfant qui présenta un état morbide insolite, dont on eut l'explication plausible, quand on sut plus tard que lui-même était diabétique. Cet enfant tétait et buvait avec fureur, criant dès qu'il cessait de boire. Une seule fois il fut calmé, lorsque j'eus l'idée de suspendre l'allaitement et de lui donner du bouillon de poulet et de l'eau pure. Cette circonstance eût pu m'éclairer, mais l'idée du diabète chez une si jeune enfant ne se présenta pas à mon esprit. Chose extraordinaire, il avait des muscles très développés, d'une dureté remarquable, et sa peau était très mince, jouant sur les reliefs musculaires, comme s'il n'y avait pas eu de tissu intermédiaire : partout la graisse était absente. Il mourut dans l'opisthotonos. Il aurait fallu examiner l'urine; mais le père ne s'était pas encore plaint, et, je le répète, on ne sut qu'assez longtemps après qu'il était diabétique.

Si, comme cela n'est pas douteux, la glycoémie crée une diathèse inflammatoire à tendance gangréneuse, il y a désormais deux raisons de recourir aux alcalins dans le traitement de cette maladie : celle qui se déduit de la doctrine étiologique de M. Mialhe, à laquelle je me range complétement, et celle qui résulte des propriétés antiphlogistiques des alcalins, notamment du bicarbonate de soude.

Ce que fait le sucre, en donnant lieu à des inflammations gangréneuses du tissu cellulaire, l'excès d'acide urique (diathèse urique) peut le faire. J'ai vu plusieurs fois, mais surtout dans un cas bien remarquable, dont tous les éléments m'étaient parfaitement connus, des furoncles et même des anthrax se succéder sous l'influence d'une diathèse urique, constatée par l'analyse des urines, antérieurement à la période fébrile produite par les inflammations gangréneuses du tissu cellulaire, et, comme on pourrait dire, dans l'état *normal*. J'y ai coupé court au moyen d'un traitement alcalin, par le bicarbonate de soude *intùs* et *extrà*, comme je fais en ce moment chez un individu dont la convalescence est troublée par un nombre considérable de gros furoncles développés à la suite d'un rhumatisme goutteux général; car c'est le propre des grandes inflammations d'accumuler l'acide urique dans le sang, ce qui donne lieu à de prétendues *crises* qui n'étaient aucunement dans l'essence de la maladie.

Si l'acide urique en excès agissait sur l'intérieur d'une grosse artère, on verrait se produire une artérite oblitérante, et, par suite, une de ces gangrènes si improprement appelées *séniles*, dont la pathologie a été éclaircie depuis peu, et qui sont communes en Angleterre, où le genre de vie met en contact avec l'intérieur des artères des éléments de stimulation excessive. C'est ainsi qu'un goutteux pourra présenter un sphacèle, non pas à titre de complication, mais bien à titre d'accident goutteux, l'inflammation artérielle étant de même nature que l'inflammation articulaire existante, ayant existé ou pouvant exister. Malheureusement il y a tout à croire qu'en pareil cas, le médecin, dominé par la considération de l'effet, quand il faudrait s'inspirer de la cause, n'ayant en vue que la gangrène, donnera des antiseptiques, le quinquina surtout, et des calmants, particulièrement l'opium, autre stimulant, ajoutant ainsi à la cause qui a produit l'inflammation de l'artère et la mort des parties.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR [1];

Recueillies par M. Richard-Maisonneuve, interne du service.

Quatorzième Leçon.

Origine des lésions rachitiques. — L'anatomie pathologique n'est pas seulement l'étude de la nature morte; elle a aussi pour mission de rechercher l'origine des désordres qu'elle signale. A ce point de vue, nous avons à nous demander maintenant comment s'accomplissent les altérations anatomiques et, en particulier, les transformations du tissu osseux qui constituent le rachitisme.

Glisson (1), et presque tous les auteurs après lui, ont cherché avec raison, au delà des os les causes de leur vice de nutrition; car l'opinion qui fait consister le rachitisme de l'enfance en une inflammation locale n'est pas soutenable. Je ne parle pas de l'ostéomalacie des adultes, à laquelle l'inflammation prend peut-être plus de part.

Malheureusement, les *desiderata* de la science nous laissent encore dans une grande incertitude sur ces causes premières du rachitisme; aussi les hypothèses n'ont-elles pas manqué à ce sujet.

Il y a juste cent ans, le médecin Navier (2) se livrait, après Ruysch, à de nombreuses expériences sur le ramollissement des os par les acides, à l'occasion de la curieuse observation de la femme Supiot, qui venait d'être publiée par Morand. Navier concluait que la maladie de la femme Supiot avait été produite par des principes acides, sortes de *levains rachitiques* mêlés à toutes les humeurs. C'était d'ailleurs l'opinion de Morand lui-même; Boerhaave professait également, dans ses *Eléments de chimie*, que le rachitis dépendait de ce que les sels acides de l'estomac ne subissaient pas, comme à l'ordinaire, la transformation alcaline en passant dans la masse des humeurs. Beaucoup d'autres depuis ont proposé la même explication; on l'a appuyée, à l'exemple de Morand, sur le fait de la présence du phosphate de chaux en plus grande abondance dans les urines, fait qui aurait besoin lui-même d'être vérifié et dont il faudrait surtout mieux déterminer les conditions spéciales.

Il est vrai que les sels calcaires manquent dans les os rachitiques; mais est-ce parce qu'ils manquent dans le sang, ou parce qu'ils sont éliminés par d'autres voies? Ou bien parce que le tissu vivant de l'os est devenu incapable de les retenir et de se les approprier? Questions à peu près insolubles dans l'état actuel de nos connaissances. Quant à la prétendue dissolution des os par des humeurs acides, elle n'appartient plus qu'à l'histoire de la science.

Ce que nous savons, c'est que la grande fonction de l'*ostéose*, dans l'enfance, exige une activité fonctionnelle spéciale, une énergie particulière de tous les organes qui servent à la nutrition, un concours favorable des éléments du dehors introduits dans l'organisme. Quand ces conditions manquent, la formation osseuse est suspendue, il y a rachitisme.

M. Broca (3) a trouvé les premiers caractères anatomiques du rachitisme, ce qu'il nomme le *rachitisme latent*, sur presque tous les enfants affaiblis, amaigris, au-dessous de 4 ans, dont il a eu occasion d'examiner les os. Aussi est-il très disposé à ne voir dans le rachitisme, avec Portal (4), avec Pinel (5), qu'un effet symptomatique de toutes les maladies capables de troubler la nutrition dans l'enfance. Toutefois M. Broca réserve l'avenir, et nous pensons qu'il agit sagement. Des faits nouveaux nous dévoileront peut-être un jour la *spécificité* du rachitisme. Si, en effet, la débilité joue un grand rôle dans la production de cet état pathologique, elle n'en est pas l'élément unique. Sans cela, on ne verrait pas, dans cet hôpital, des enfants minés par une maladie chronique, réduits au dernier degré de marasme, ne présenter encore que les lésions du rachitisme latent; tandis que d'autres, dont la constitution est beaucoup moins altérée, ont le système osseux profondément déformé.

Quoi qu'il en soit, le seul fait qui nous soit bien connu, dans l'étiologie du rachitisme, c'est celui qui se rattache à cette doc-

(1) *Loc. cit.*, c. VI, p. 58.
(2) *Observations sur l'amollissement des os*, Paris, 1755.
(3) *Recherches sur le rachitisme*, p. 53 et 75.
(4) *Du rachitisme*, introduction, p. 7.
(5) *Nosographie philosophique*, t. III, p. 391, 5e édit., 1813.

* (1) Voir les numéros des 8, 17, 19, 26, 31 juillet, 9, 14, 26 août, 6, 13, 20, 23 septembre, 4, 9, 16, 23, 25 octobre, 4, 6 et 27 novembre.

---

meurs cadavériques, et que le sol soit nettoyé des détritus qui s'y rencontrent.

Du reste, ce ne sont pas seulement les dépendances de la Faculté qui auraient grand besoin d'un coup de badigeon. Le grand amphithâtre lui-même se trouve dans un état déplorable de pauvreté, de nudité. La grande toile d'Ambroise Paré qui recouvrait la grisaille primitive a disparu, et ce n'est pas trop regrettable; mais cette grisaille elle-même a été gravement endommagée, et quoiqu'elle ne brillât pas non plus par des qualités éminentes, mieux valait la conserver que de l'altérer ainsi sans profit. Allons, vous tous qui présidez aux destinées de cette institution, dont l'éclat a brillé depuis tant de siècles, un peu de zèle, un peu d'ardeur, il y a opportunité, il y a urgence..... Nous n'en dirons pas davantage aujourd'hui.

La Faculté de Strasbourg a inauguré avec éclat la nouvelle année scolaire. M. l'Inspecteur général Bérard, qui présidait la cérémonie, a prononcé un discours dans lequel il a exposé les avantages que la Faculté alsacienne devait retirer des attributions nouvelles qui lui ont été conférées, de conduire exclusivement au doctorat les aspirants aux grades de la médecine militaire. Nous extrayons de ce discours le passage suivant qui indique l'esprit et la signification de la mesure nouvelle, en même temps qu'il paie un juste tribut d'hommages à l'antique Faculté de Strasbourg.

« Une phrase de l'exposé des motifs du décret du 12 juin dernier signale le point fondamental de la mesure que nous inaugurons.

« L'expérience de ces dernières années, dit M. le maréchal ministre » de la guerre, m'a raffermi dans cette conviction, que l'école impé» riale de médecine et de pharmacie militaires ne pourrait trouver d'é» léments suffisants pour combler ses vides, qu'autant que ces élé» ments auraient été réunis et disciplinés dans un établissement » spécial. »

« Cet établissement spécial, Messieurs, le gouvernement l'a trouvé dans la Faculté de médecine de Strasbourg, Faculté qui joindra désormais aux privilèges qu'elle partage avec ses sœurs de Paris et de Montpellier, de former des médecins dans l'ordre civil et de leur conférer des grades, celui de conduire jusqu'au doctorat inclusivement, c'est-à-dire jusqu'au terme de leurs études universitaires, les élèves du service de santé des armées. Ce qu'on doit attendre de la direction qu'elle saura imprimer aux études de ses nouveaux disciples, on peut l'apprendre dans le passé de la faculté de Strasbourg aussi bien que dans ses programmes d'hier.

« L'empereur Maximilien II n'avait pas encore fondé l'académie de Strasbourg, que déjà l'anatomie était démontrée dans le gymnase de cette ville. L'avenir d'une institution tient quelquefois à ses débuts. Si la science de l'organisation fut toujours en honneur dans votre école, cela tient peut-être à l'impulsion qu'avait su lui donner, dès le milieu du XVIe siècle, le célèbre Jean Winter (que nous appelons Gonthier), lorsque, contraint d'abandonner la France, il était venu en Alsace chercher un refuge dans une ville qui grâce à Dieu, devait devenir française. De bonne heure aussi, on associe chez vous la culture des lettres à celle de la médecine, et quand on fonde votre académie, c'est à ce même Gonthier, à un anatomiste, autrefois le maître de Vésale et l'émule de Sylvius, qu'est réservée la chaire de littérature grecque! Nous aimons à rappeler ce fait; nous croyons pourtant qu'il est plus prudent de chercher, de nos jours, dans les Facultés des lettres, les professeurs auxquels est réservée la tâche de faire sentir les beautés d'Homère et de Démosthènes.

« Je reviens à nos jeunes chirurgiens militaires. Comme ils auront consacré deux ans, au moins, à l'étude de la médecine avant d'appartenir à l'administration de la guerre, l'anatomie ne figure point dans le programme de leurs cours obligatoires; et cependant je mets au premier rang des avantages qu'ils rencontreront ici le soin qu'on y apporte aux travaux du scalpel. L'esprit scientifique qui naît de ces études si positives, si fertiles en applications, se reflète ici sur les autres parties de l'enseignement; il domine dans les chaires de pathologie et de clinique, dont il n'a point exclu les vues élevées qu'enfantent la comparaison et la généralisation des faits : il a enfin imprimé à la Faculté de Strasbourg le cachet qui la rend si respectable.

« Ici, Messieurs les élèves, vous vivrez au milieu des traditions des Lobstein, des Lauth, je ne crains point pour vous l'influence de pareils souvenirs. L'anatomie normale n'a point épuisé l'activité de ces hommes célèbres, vous avez pu contempler, ici, le monument qu'ils ont élevé à l'anatomie pathologique et qui prend chaque jour des proportions plus considérables sous la direction de leur habile successeur. »

Je donne ici la parole à un de mes honorables correspondants, qui me signale un jugement sur une question d'intérêts professionnels sur laquelle la jurisprudence a varié. Amédée Latour.

Limoges, le 15 Novembre 1856.

Monsieur le rédacteur,

Le zèle que vous mettez à défendre les intérêts du corps médical si souvent attaqués, me fait prendre la liberté de vous communiquer la copie d'un jugement que vous accueillerez peut-être avec quelque intérêt, car il est relatif à une question importante : il s'agit de l'art. 2101 du Code civil, concernant, comme vous le savez, les privilèges des médecins.

« 2101. Les créances privilégiées sur la généralité des meubles sont celles ci-après exprimées, et s'exercent dans l'ordre suivant : 1° les frais de justice; 2° les frais funéraires; 3° les frais quelconques de la dernière maladie, concurremment entre ceux à qui ils sont dus; 4° etc. »

Le législateur a-t-il voulu, en parlant de nos privilèges après les frais funéraires, a-t-il voulu dire que le médecin sera privilégié seulement après la mort du malade; ou bien le privilége a-t-il lieu pour les frais de dernière maladie, après toute espèce de règlements d'affaires par voie de justice? Telles sont les deux thèses soutenues par des hommes d'une réputation élevée en jurisprudence. La première, toute au désavantage de nos intérêts professionnels, est souvent appliquée aux médecins par MM. les juges-commissaires, les avocats-agréés lorsqu'il s'agit d'un règlement d'affaires par suite de faillite.

Le tribunal civil de Limoges a été appelé à se prononcer sur un cas de ce genre, où l'on voulait priver de son droit de privilége un de nos honorables confrères de Limoges, en le mettant au rang des créanciers non-privilégiés, compromis comme lui dans la même faillite.

Le tribunal a conclu, par des raisons qui sont péremptoires, que le médecin était privilégié.

Jugement du 25 août 1856. — « Considérant que c'est à tort que le privilége du docteur X... est contesté par le motif que L... C... qui a reçu des soins ne serait pas mort de la maladie pour laquelle il le traitait.

» Considérant en effet que l'art. 2101 du Code Napoléon qui accorde un privilége aux frais quelconques de la dernière maladie, ne dit pas que le privilége ne s'exerce que sur les biens d'une personne décédée; que, dans le sens littéral, la dernière maladie d'une personne dont on parle ne veut pas nécessairement dire la maladie dont cette personne est morte, mais seulement la dernière maladie qu'elle a eue; que les divers privilèges dont parle l'article 2101, tels que ceux pour salaires de gens de service et pour fournitures de subsistances, ne s'exercent évidemment pas seulement contre les personnes décédées, et qu'ils ont incontestablement lieu pour s'exercer sur les biens du débiteur, quels qu'ils soient, au moment où ces biens sont réalisés par une vente, et qu'il n'y a aucune raison de supposer que le législateur n'a pas voulu accorder pour la dernière maladie du débiteur vivant ce qu'elle a accordé pour la dernière maladie du débiteur mort. Dans l'un et l'autre cas, le législateur a accordé le privilége, parce qu'il a supposé que le médecin n'avait pas eu le temps de se faire payer par le malade; par ces motifs, le tribunal maintient la collocation privilégiée du docteur X... »

Agréez, etc. Dr Boulland.

trine d'un simple arrêt de la production osseuse par la diminution de la vitalité générale de l'organisme. C'est le seul mode d'action que nous puissions saisir dans les causes déterminantes du rachitisme.

Ces causes sont : l'hérédité; les maladies de l'enfance; l'humidité et autres conditions atmosphériques insalubres; une mauvaise alimentation.

I. Quand des parents rachitiques dans leur enfance donnent le jour à des enfants chétifs et rachitiques à leur naissance ou peu après, quand des parents scrofuleux, vénériens, d'une faible constitution ou trop âgés, donnent des produits semblables, l'influence héréditaire paraît incontestable. Le rachitisme congénital ne peut dépendre que de causes de cette nature ou de circonstances propres à la mère pendant la gestation, ou enfin des conditions particulières qui gênent le développement du fœtus dans l'utérus, comme la compression du système vasculaire de l'un des fœtus dans les grossesses doubles, etc.

II. Rien de plus commun que de voir le rachitisme se développer à la suite des maladies éruptives, des fièvres aiguës, des entérites et autres affections du tube digestif, ou bien après les orages de la dentition. Ce sont encore des causes débilitantes, comme les tubercules et les scrofules, dont j'ai parlé précédemment.

III. On peut en dire autant de l'humidité, de l'insalubrité de l'air et des habitations, de la malpropreté, qui entrent certainement pour beaucoup dans la production du rachitisme, si fréquent chez les enfants pauvres des cités populeuses.

IV. La mauvaise alimentation a toujours été considérée comme une cause très active du rachitisme. C'est celle, en effet, qui influe le plus directement sur la composition du sang et sur les phénomènes nutritifs qui en dépendent, tels que le développement et l'accroissement des os. Le rachitisme n'est alors qu'un fait particulier du trouble général de la nutrition.

Mais on a dit, en outre, que la composition, la nature des aliments, exerçaient une influence directe sur la formation des os; que certaines nourrices, par exemple, dont le lait contenait une faible quantité de sels calcaires, pouvaient produire le rachitisme chez leurs nourrissons. Sans nier cette influence d'une manière absolue, je ne connais pas un seul fait qui prouve qu'elle soit réelle. On a cité des expériences sur les oiseaux, qui seraient devenus rachitiques par l'usage exclusif d'aliments dépourvus de sels calcaires. Ces expériences sont trop délicates pour qu'on puisse en bien apprécier la portée, avant qu'elles aient été répétées et vérifiées par plusieurs observateurs.

On a prétendu encore que la nourriture animale était une cause de rachitisme chez les enfants très jeunes; et on aurait rendu de petits chiens rachitiques en les nourrissant de viande au lieu de lait. La chose est possible, mais elle prouve seulement qu'il est un âge où une semblable alimentation exclusive convient peu aux organes digestifs. Il ne s'ensuit pas que ce résultat tienne à une modification spéciale de la composition du sang; l'animal a été mal nourri, voilà tout.

La pathologie comparée nous fournit des expériences toutes faites, qui jettent quelques lumières sur ces différentes questions. Les porcs deviennent souvent rachitiques; ce qu'on attribue surtout à l'humidité de leurs étables et à une mauvaise nourriture, lorsqu'au lieu de glands, on leur donne, en trop grande abondance, des restes de lait formés presque uniquement de sérum. Behrs (1) a décrit, en 1847, une maladie de ce genre, compliquée de tumeurs lymphatiques, strumeuses, qui attaquait les porcs de Westphalie. Le régime animal ne paraît pas agir sur ces animaux comme sur les petits chiens dont nous avons parlé. M. Leblanc m'a affirmé que des équarisseurs ont réussi à élever des porcs avec de la viande de cheval; ces animaux ne sont pas devenus rachitiques; mais leur chair était trop ferme, et on les refusait aux marchés. Les jeunes chiens contractent souvent des courbures des jambes, surtout au train de devant, qui porte plus directement le poids du corps. D'après les observations de M. Leblanc, ces courbures se voient principalement chez les fortes espèces, à corps gros et lourd, chez les chiens de Terre-Neuve, par exemple, beaucoup plus rarement chez les lévriers. Elles se produisent ordinairement quand ces animaux sont atteints de ce qu'on nomme la *maladie des chiens*. On les observe également chez les chiens qu'on fait courir trop tôt à la chasse.

Dans ces espèces, le rachitisme parcourt très rapidement ses périodes, ce qui est en rapport avec la promptitude de l'ossification chez ces animaux. Voici une portion de l'avant-bras d'un chien de 6 mois environ, recueilli par M. Leblanc; la paroi du canal médullaire est amincie, l'os courbe et déjà éburné. Ce fait peut être rapproché de ce qui se passe dans le rachitisme congénital éburné observé par M. Depaul; la rapidité de la maladie coïncide aussi, dans ce cas, avec la rapidité du développement physiologique.

Des causes analogues à celles que je viens de mentionner produisent le rachitisme chez nos oiseaux de basse-cour. On assure que les oies que l'on tient immobiles et que l'on gave pour obtenir des foies gras, deviennent rachitiques.

Behrs dit que la maladie des porcs de Westphalie était héréditaire. Daubenton (2) se demande si les formes osseuses produites par un rachitisme ancien et guéri ne pourraient pas aussi se transmettre par la génération, et si ce ne serait pas de cette manière que se seraient perpétués les bassets à jambes torses, par suite d'une affection rachitique des premiers individus de cette variété.

(1) *Journal vétérin. et agricole de Belgique*, 1847, p. 498, ext. de : *Magazin für die gesammte*, etc., 1847.

(2) *Œuvres de Buffon, description du chien*, par Daubenton.

Terminons cette séance par l'examen de quelques malades.

Voici un enfant d'un an, fils unique de parents bien portants, qui habitent un logement humide. Sa mère, qui le nourrit encore, nous affirme que jusqu'à 5 mois, sa santé était très belle; seulement sa tête était plus volumineuse qu'elle ne l'est actuellement. Vous pouvez voir que les bosses frontales sont développées; la fontanelle fronto-pariétale est déjà fort rétrécie; elle se trouve située à gauche de la ligne médiane, sur laquelle on sent une saillie osseuse qui appartient au pariétal droit. C'est là un exemple d'un fait que l'on rencontre quelquefois, l'inégal développement des deux moitiés du crâne des rachitiques. L'enfant n'a encore aucune dent; les clavicules et les humérus ne sont pas déformés, mais les avant-bras sont légèrement courbés et flexibles, et les poignets renflés; le thorax est déprimé, plus à droite qu'à gauche; on y trouve le chapelet bien prononcé. Au rachis, existe une courbure postérieure qui ne disparaît pas complétement dans l'extension. Les membres inférieurs ne présentent qu'un peu de courbure des fémurs. Chez cet enfant, le rachitisme est donc léger, et dans le crâne il est déjà arrivé à la période de guérison.

Je vous présente cette petite fille, comme un type de rachitisme. La mère a eu six autres enfants, dont un seul, venu à terme, a vécu jusqu'à 3 ans; il était noué. Cette petite fille, venue au monde en bon état, était maigre, débile en sortant de nourrice, à 9 mois; mais il paraît qu'elle avait encore les membres droits. Aujourd'hui, elle est âgée de 2 ans, et voici ce que nous constatons : tête de volume normal, fontanelle persistante, onze dents saines; le chapelet est marqué jusqu'aux dernières côtes, dont le large évasement contraste avec la dépression des parties latérales du thorax. Les clavicules sont courbées à angle en avant, vers l'extrémité interne; la courbure est plus forte à droite qu'à gauche. Les humérus offrent une courbure convexe en dehors dans leur partie inférieure, et les avant-bras une concavité du côté de leur face palmaire. Ces os sont flexibles. Le ventre est développé comme une outre. Le rachis, un peu convexe en bas et en arrière, perd complétement cette convexité dans l'extension. Le bassin paraît bien fait. Les membres inférieurs sont courbés en dehors et ont la forme d'une S. Les pieds ont la direction des valgus. Cette enfant ne peut pas se tenir seule debout.

Voici une autre petite fille, âgée de 3 ans, dont la santé a été bonne jusqu'à 14 mois. A cette époque, elle commence à languir, et, à 18 mois, on s'aperçoit que ses genoux se portent en dedans. Elle offre l'exemple d'un rachitisme presque localisé dans ce point : en effet, il n'y a pas de rachitisme crânien, les dents sont saines, le chapelet n'est plus guère appréciable qu'à droite, le thorax n'est pas déprimé. Les membres supérieurs sont droits et offrent seulement le gonflement épiphysaire. Mais les genoux, surtout le gauche, sont fortement déviés en dedans.

OPHTHALMOLOGIE.

AMAUROSE VERMINEUSE UNI-OCULAIRE; GUÉRISON RAPIDE SOUS L'INFLUENCE DES POUDRES DE HUFELAND;

Par Ch. Deval, D.-M. P.

Si la présence des vers dans le tube digestif détermine le plus habituellement la mydriase, elle est susceptible aussi d'engendrer une amaurose, le plus souvent incomplète, mais parfois complète. J'en ai consigné des cas dans mon *Traité de l'amaurose* (1). Chez un enfant, soigné par Wardrop, et qui était à la fois affligé de goutte-sereine et de surdité, ces symptômes se dissipèrent après l'expulsion de vers.

L'élément vermineux domine la pathologie de l'enfance. Aussi, est-ce chez les jeunes sujets, atteints d'amaurose non congénitale, qu'il faudra surtout songer à l'existence des vers dans le tube digestif, comme cause possible du trouble de la faculté visuelle, trouble qui a quelquefois ici une invasion brusque. Il y aura lieu de soupçonner cette condition étiologique, si le malade a le teint décoloré, jaunâtre, la figure bouffie, les yeux ternes, les paupières inférieures cernées par un demi-cercle plombé; s'il a plus de salive que d'habitude, et si l'on trouve, le matin, sur son oreiller, ce fluide quelquefois écumeux; si le ventre est gonflé et l'haleine fétide; s'il y a du prurit au nez, à la gorge, au fondement, et surtout si le malade a déjà rendu des vers. Demandez si le sommeil est inquiet et interrompu par des rêvasseries; si l'enfant est en proie à des claquements ou à des grincements de dents, phénomène noté par des pathologistes modernes, et, depuis longtemps, par Avicenne : *Accidit habentibus vermes stridor dentium, præcipuè nocte*. L'un de mes anciens aides, le docteur Hubsch, que j'ai trouvé fort habile à diagnostiquer les affections vermineuses, après les avoir observées à Naples en grand nombre, et insisté sur les conditions que peut présenter la langue dans cette circonstance. Elle offre, assez souvent, un enduit blanchâtre parsemé de points rouges. Les uns ont la grosseur d'une tête d'épingle, les autres sont plus petits; il en est qui sont réunis en groupe, de manière à former des plaques rouges qui se dessinent sur un fond blanc. Plus confluents vers les bords et l'extrémité de la langue, ils sont constitués par l'érection de ses papilles, sous l'influence de l'irritation dont elles deviennent le siége. Parfois, comme dans la chlorose, comme dans la syphilis, un ou deux symptômes mettent seuls sur la voie d'une cause si souvent méconnue des désordres morbides.

(1) Un volume in-8°, Paris, 1851, chez V. Masson. Traduction allemande du même ouvrage, par le docteur Jacob Herzfelder (de Würzbourg); Leipzig, 1853, librairie de Basse.

Observation. — Marie Picard, âgée de 7 ans, demeurant, à Paris, rue Traverse, n° 8, fut conduite à mes consultations cliniques, le 11 septembre 1856. Cette enfant, d'un tempérament lymphatique, et qui fut affligée d'ophthalmies graves, dans les premières années de sa vie, porte, non loin de la circonférence de la cornée droite, un leucome qui adhère à l'iris et vers lequel la pupille est entraînée; toutefois, l'ouverture pupillaire, qui n'est pas plus dilatée que d'habitude, permet aux rayons lumineux de pénétrer au fond de l'œil. Le globe gauche est sain.

Au rapport de sa mère, Marie jouissait de la faculté de distinguer, de l'œil droit, tous les objets, quand on constata que cette faculté y était radicalement abolie. L'enfant était borgne depuis huit jours.

Je présentai à l'œil droit plusieurs objets, son congénère étant bouché; aucun d'eux ne fut aperçu. Tous, au contraire, furent annoncés sans hésitation, quand cessait l'occlusion de l'œil sain.

Interrogeant minutieusement la mère sur les causes possibles de la maladie pour laquelle on demandait mes conseils, je ne trouvai dans ses réponses aucune donnée capable de m'éclairer. Une allégation seule me frappa. Depuis quelque temps, l'enfant était fort agitée pendant la nuit; elle se réveillait souvent en sursaut, poussait des cris et versait des larmes. Bien qu'il n'y eût ici aucun autre signe d'une affection vermineuse et que l'enfant n'eût jamais rendu de vers, je prescrivis, à titre d'essai, de prendre, soir et matin, pendant trois jours, un paquet des poudres suivantes, dont la formule est de Hufeland :

Poudre de semen-contrà. . . .	2 grammes.
— de racine de jalap. . .	30 centigrammes.
Calomelas.	10 centigrammes.

M. pour un paquet.
F. s. a. six paquets semblables.

La jeune malade ayant été ramenée le 18 septembre, la mère, ravie de joie, m'annonça que le premier paquet des poudres vermifuges avait été donné dans la soirée du 11, et qu'à la suite de l'administration du second paquet, le lendemain matin, une grande quantité d'ascarides lombricoïdes fut expulsée par les selles. La vue de l'œil droit fut explorée dans la soirée du même jour; elle était rétablie.

C'est également ce que j'eus la satisfaction de vérifier moi-même, en présence des docteurs Jean, Guyomar, et de plusieurs autres médecins, qui me font l'honneur de fréquenter mes consultations cliniques et qui avaient examiné la malade dans le séance du 11. L'enfant vit de l'œil droit une épingle fine et d'autres objets minutieux. J'engageai la mère à continuer, de temps à autre, l'emploi des vermifuges.

C'est dans le cadre des amauroses ganglionnaires ou du grand sympathique, qu'on a placé la goutte sereine déterminée par la présence des vers dans les voies de la digestion; c'est, en effet, l'irritation du système nerveux abdominal, sous l'influence de la titillation continuelle occasionnée par ces parasites, qui en constitue le point de départ. Il me paraît toutefois hors de doute que le trouble des fonctions visuelles s'établit surtout par la souffrance du cerveau, qui vient participer aux désordres abdominaux, d'où des effets pathologiques divers: la céphalalgie, le strabisme, des accès épileptiformes, des accidents parfois qui peuvent devenir mortels, comme l'oculiste Delarue, et, plus récemment, le docteur Vermeulen (1) en ont relaté des exemples. Mais, comment se fait-il que la même cause n'entraîne pas toujours les mêmes conséquences, et que l'amaurose apparaisse si rarement dans cette circonstance, tandis qu'il est si commun, notamment chez les enfants, de rencontrer des quantités énormes de vers qui suscitent à peine quelques dérangements à la santé? Comme pour bien des choses en médecine, l'interprétation de ce phénomène se perd dans les secrets de la vie. Il paraît probable, d'après le docteur Duval (d'Argentan) que, pour donner lieu à la forme amaurotique qui nous occupe, les vers doivent être agglomérés sur un point particulier, et non encore déterminé, du tube digestif, de telle sorte que se trouvant, par exemple, dans la région inférieure des intestins, ils ne produiraient aucune réaction vers les yeux et le cerveau, tandis que, fortuitement placés dans la partie supérieure, ils entraîneraient l'amaurose. Nous ajouterons que, dans la pensée des docteurs Roche et Sanson, les convulsions et les autres désordres sérieux, que les vers sont susceptibles d'engendrer, ne surgissent que quand ils ont fait irruption dans la cavité de l'estomac. Dans une observation publiée par le docteur Rolland (*Journal de médecine de Toulouse*), un accès de manie furieuse, qui durait depuis quatre heures, s'évanouit avec rapidité, sous l'influence d'une potion fortement éthérée, qui procura le vomissement de trois lombrics. Le malade recouvra, dès lors, la plénitude de ses facultés, qui n'éprouva plus la plus légère atteinte.

Tous les éléments de la médication anthelmintique sont applicables à la forme amaurotique dont il est question dans cet article. Il importe d'y recourir aussitôt que possible; car, à la longue, les parties nerveuses, chargées de percevoir la lumière, peuvent s'altérer sans remède, de telle sorte que l'éloignement de la cause morbifique ne suffit plus pour ramener la vue à ses conditions normales. Une jeune fille, aveugle depuis trois années, à qui Weller fit rendre une bonne quantité de lombrics, d'un énorme volume, récupéra, au bout d'une semaine, assez de vue pour distinguer les dimensions des objets. Bien que les moyens les plus convenables eussent été continués avec persévérance, ils ne réussirent à amener aucun amendement ultérieur.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 17 Novembre 1856.—Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Guérison par absorption des abcès symptomatiques du mal vertébral.

M. Bouvier lit un mémoire sur la guérison par absorption des abcès symptomatiques du mal vertébral, dont voici un extrait :

(1) *Union Médicale*, 1855, page 491.

Le moyen le plus usité aujourd'hui contre ces abcès appelés *par congestion* est la ponction oblique ou sous-cutanée d'Abernethy, suivie ou non d'injections iodées; mais une autre méthode à laquelle on n'a pas accordé assez d'attention consiste à faire résorber l'abcès. Cette résorption a été observée par David, Abernethy, Larrey, Dupuytren, Hourmann, MM. Clairat et Morpurgo, Forget, Vilmot, F. Martin, Aran, etc. Elle est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit dans les abcès par congestion de la fosse iliaque, parce que ces abcès échappent souvent au médecin. L'absorption du pus peut être spontanée, soit que la maladie du rachis approche de la guérison, soit que, par une cause quelconque, il se produise dans l'organisation une révolution favorable à l'action des forces absorbantes. L'âge, la constitution des sujets, le siége, l'étendue de l'abcès, la nature du liquide contenu, la structure de la membrane du kyste influent sur le plus ou moins de facilité de cette absorption. Il convient donc, suivant diverses conditions de la maladie, de la traiter par la méthode d'*absorption* ou de recourir à d'autres moyens.

Il suffit quelquefois de guérir l'affection vertébrale pour produire la résorption de l'abcès. D'autres fois, il faut provoquer directement l'absorption du pus par des moyens locaux ou généraux, tels que la compression, la stimulation des parois de l'abcès, les excitants généraux, les purgatifs, les diurétiques, les sudorifiques, l'iode, etc.

Quatre cas d'abcès iliaque et un cas d'abcès volumineux de la cuisse, dont la guérison a été obtenue par cette méthode, sont rapportés dans le mémoire que j'ai l'honneur de soumettre au jugement de l'Académie et que je termine par les conclusions suivantes :

1° La disparition des abcès symptomatologiques du mal vertébral par l'absorption du pus est un mode de guérison préférable à tout autre;

2° Ce mode de guérison est beaucoup plus fréquent qu'on ne le croit communément;

3° En général, l'art ne doit rien négliger pour obtenir cette résorption avant d'en venir à l'évacuation du pus;

4° La méthode curative *par absorption*, trop négligée jusqu'ici, doit donc figurer au premier rang dans le traitement de cette affection;

5° L'étude des conditions qui favorisent la résorption spontanée conduit à des médications souvent assez efficaces pour opérer le même résultat par l'intervention de l'art;

6° Il est des circonstances qui contre-indiquent l'emploi exclusif de cette méthode et qui commandent l'évacuation immédiate du pus;

7° Même dans ce cas, le traitement par absorption est souvent utile, combiné avec l'évacuation d'une partie du pus produit, suivant une pratique déjà conseillée par Abernethy. (Commissaires : MM. Rayer, Velpeau, J. Cloquet.)

Lithotripsie d'un calcul volumineux et très dur.

M. Guillon présente à l'Académie M. P..., curé à M... (Indre), qu'il a débarrassé d'un calcul vésical très dur, du volume d'un très gros œuf de poule. C'est cet ecclésiastique qui a motivé la demande insérée dans la *Gazette des hôpitaux* du 2 octobre dernier.

M. P... a dû subir cinq lithotripsies de quelques minutes chaque, pratiquées à quelques jours d'intervalle, parce que, très méticuleux et d'une forte corpulence, il a exigé qu'on le chloroformisât.

Comme le chloroforme, bien qu'il fût employé par une personne exercée, produisait très promptement un état congestionnaire du cerveau, état qui pouvait avoir des suites funestes, on devait cesser immédiatement. Si M. P... avait consenti à ce que la lithotripsie fût pratiquée sans chloroformisation, deux séances auraient suffi.

Ce calcul avait 58 millimètres de diamètre, et son poids peut être évalué à environ 150 grammes, d'après la quantité de détritus lithiques rendus à la suite de chaque opération.

Ces lithotripsies, pratiquées dans la maison de santé des frères Saint-Jean-de-Dieu, ont eu pour témoins M. le supérieur et plusieurs frères de l'établissement, M. le professeur Jobert, désigné par l'Académie des sciences (M. Cloquet était absent de Paris à cette époque); M. Londe, de l'Académie de médecine, M. le docteur Drouineau (de la Rochelle), M. l'abbé Moigno, MM. Londe et Guillon fils, étudiants en médecine.

La lettre que M. Guillon a adressée à l'Académie pour lui présenter M. le curé de M....., et qui a été lue par M. le secrétaire perpétuel, se termine ainsi :

« Ce fait pratique, qui sera réuni à plusieurs autres dans un mémoire » que j'aurai l'honneur de vous adresser prochainement, Monsieur le » président, est une preuve nouvelle qu'avec mes brise-pierre à levier » et à évacuateur, on peut détruire promptement les calculs vésicaux, » quels que soient leur volume et leur dureté. »

Monstres célosomiens.

M. Colin adresse la description de deux animaux, deux veaux mâles nés à terme, qu'il a disséqués dans le cours de cette année, et dont les squelettes ont été déposés au musée de l'École vétérinaire d'Alfort. — (Commissaires : MM. Serres, Is. Geoffroy Saint-Hilaire et de Quatrefages.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 8 Octobre 1856. — Présidence de M. Guérard.

Sommaire. — Suite de la discussion de la précédente séance. MM. Vigla, Becquerel, Thirial, Legendre, Moreau (de Tours). — Communication par M. Woillez d'un cas d'*hypertrophie de la rate avec les symptômes de la leucocythémie, sans exagération du nombre des globules blancs du sang.*

M. Vigla : Je me félicite d'avoir fait à la Société la communication qu'elle a entendue lors de la dernière séance. Le silence des membres m'a montré que rien n'a été observé par eux de pareil à cette flexion répétée de la cuisse sur le bassin, flexion extraordinaire à la fois par sa vio ence et par sa durée.

La question de la simulation a été soulevée; je suis en mesure de donner des détails du contraire, car j'ai soumis la malade à une épreuve physiologique probante. Je lui ai fait inspirer du chloroforme, et cela brusquement, dans la pensée de produire une émotion vive, peut-être même une fièvre qui pourrait être salutaire. J'ai poussé les effets de l'inhalation jusqu'à l'insensibilité la plus complète; pendant quelques secondes, les mouvements se sont ralentis, puis ont cessé complétement; de sorte que j'ai pu, au grand étonnement des parents, faire fléchir le genou, ce qu'avait tenté vainement M. Michon auparavant. Mais la suspension des mouvements a duré peu de temps; ils ont repris ensuite avec plus de violence qu'auparavant, quoique l'insensibilité ait persisté alors pendant huit ou dix minutes.

Ce n'est pas la première fois que j'ai constaté un pareil résultat. Un malade présentait une contracture idiopathique depuis quelques jours. L'inhalation du chloroforme a fait cesser momentanément aussi chez lui cette contracture; j'ai pu ouvrir facilement les mains, mais les contractions se reproduisaient presque aussitôt. Il résulte de ce fait que le chloroforme ne peut agir que momentanément sur les affections convulsives.

La malade qui a fait le sujet principal de ma communication, a été un peu soulagée en apparence par le chloroforme pendant deux ou trois jours; mais, après, sa situation a été la même qu'auparavant. Je lui ai fait prendre ensuite jusqu'à six pilules d'extrait alcoolique de noix vomique par jour, elles ont aussi amélioré la situation, mais encore d'une manière passagère; et, en définitive, nous n'avons rien obtenu.

M. Becquerel : Je ne veux rien dire au sujet de la malade de M. Vigla, mais rappeler un fait qui a quelque analogie avec ceux qui viennent d'être cités; il est relatif à l'action hyposthénisante des courants électriques, soit sur la contractilité, soit sur la sensibilité exagérée. Dans ces cas, j'ai recours à l'emploi de ce moyen depuis très longtemps. Je l'ai mis en usage sur une jeune fille de 18 ans, affectée d'une chorée effrayante de la face, sans autre symptôme hystérique. Par l'emploi du chloroforme, les mouvements n'ont pas cessé; ils diminuaient seulement pendant le sommeil. J'ai essayé les courants électriques avec la machine Breton, avec des intermittences rapides et fortes, et je les ai employés depuis un mois tous les jours sans interruption. Les mouvements cessent, mais seulement pendant une demi-heure à une heure, pour revenir ensuite. Je ne sais si elle guérira; je le crois, car les mouvements sont moins intenses. Je ne pose pas d'ailleurs de conclusions absolues; seulement, je ferai la remarque que j'applique ce que j'ai dit non seulement à la chorée, mais à toutes les convulsions nerveuses essentielles.

M. Thirial pense que l'électricité devrait être essayée immédiatement chez la malade de M. Vigla, et que, si elle ne réussit pas, on pourrait obtenir un bon effet de la glace appliquée sur la hanche, combinée avec l'hydrothérapie employée avec ses moyens les plus puissants. A cette occasion, il cite un cas de contraction violente des muscles du mollet, dans lequel une amélioration notable est survenue rapidement à la suit d'une application semblable, secondée plus tard par un moyen de contention du membre à l'aide d'un appareil approprié.

M. Legendre : J'insiste sur le fait de la non-cessation des mouvements qui a lieu à la suite de l'emploi du chloroforme. Cela établit une différence entre les convulsions en général et les mouvements de la chorée, qui disparaissent pendant le sommeil produit par les inhalations de chloroforme; en sorte qu'on pourrait se demander si la chorée est réellement une affection convulsive. Comme preuve de la cessation des mouvements choréiques pendant le sommeil provoqué par le chloroforme, je citerai l'exemple d'une jeune fille de 12 ans, entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie pour une chorée qui, légère d'abord, avait toujours été en s'aggravant et était arrivée au point de rendre le sommeil et l'alimentation impossibles. Cette affection menaçait d'avoir une terminaison fâcheuse, lorsque, sous l'influence des inhalations de chloroforme, répétées deux fois par jour, on obtint d'abord chaque fois un sommeil de vingt minutes à une demi-heure de durée, pendant lequel les mouvements choréiques étaient complétement interrompus. Au bout de deux ou trois jours de ces inhalations, le sommeil naturel revint pendant la nuit, puis l'affection diminua graduellement sous l'influence de la chloroformisation continuée pendant huit jours, et qui, chaque fois, déterminait toujours une cessation complète des mouvements choréiques.

M. Moreau (de Tours) : Il me revient en mémoire un fait de chorée dans lequel un médecin étranger, dont je ne me rappelle plus le nom, employa pour tout traitement l'immobilité pure et simple, obtenue à l'aide de bandelettes servant à maintenir le malade. Je me demande si, dans le fait de M. Vigla, on ne pourrait pas avoir recours à un semblable moyen.

M. Legendre rapporte deux exemples de mouvements choréiques parfaitement caractérisés, se manifestant dans le cours de méningites tuberculeuses, et fait appel à l'expérience de ses collègues, MM. Roger et Barthez, pour savoir s'ils ont jamais observé de cas semblables. Il a eu l'occasion d'observer ces deux cas rares en même temps, au mois d'août dernier, l'un en ville, l'autre à son service à l'hôpital Ste-Eugénie. Dans le premier fait, il s'agit d'un enfant de 5 ans, qui, après trois semaines de toux, d'amaigrissement, de fièvre continue, sans symptômes appréciables du côté de la poitrine, fut pris des signes propres à la méningite tuberculeuse, céphalalgie violente, vomissements répétés, strabisme, rareté et irrégularité du pouls, puis assoupissement, perte de connaissance, injection des conjonctives, dilatation des pupilles, etc.; deux jours après l'apparition des symptômes cérébraux, les membres supérieurs commencèrent à être agités de mouvements, que M. Legendre prit d'abord pour de la carphologie; mais les jours suivants, frappé de leur persistance, de leur irrégularité, de leur désordre, et remarquant en outre que les membres inférieurs et le tronc étaient aussi continuellement agités de mouvements désordonnés, involontaires, il fut frappé de la similitude parfaite que ces mouvements offraient avec ceux de la chorée la mieux caractérisée. Ces mouvements persistèrent pendant quatre jours avec la même violence et ne cessèrent qu'avec la vie. L'autopsie ne fut pas faite.

Au même moment, par une coïncidence inexplicable, mais qui se rencontre quelquefois pour les cas rares, dit M. Legendre, un enfant de 6 ans était apporté dans son service le 30 août, offrant tous les signes d'une méningite tuberculeuse et présentant de plus une hémichorée parfaitement caractérisée du côté droit. Les mouvements cessaient lorsque l'enfant tombait dans l'assoupissement, mais quand on venait à le réveiller ou à exciter sa sensibilité, alors on voyait les mouvements choréiques du côté droit du corps reparaître avec violence. Cet enfant succomba aux progrès de sa méningite trois jours après l'apparition des mouvements choréiques; qui allèrent en s'affaiblissant.

A l'autopsie, qui fut faite avec le plus grand soin, on constata l'existence d'une tuberculisation générale et les caractères anatomiques de la méningite tuberculeuse; mais l'examen le plus attentif du cerveau, de la moelle et de leurs membranes ne fit découvrir aucune lésion spéciale à laquelle on pût rapporter le développement de ces mouvements choréiques si remarquables.

— M. Woillez communique une observation d'*hypertrophie de la rate avec symptômes de la leucocythémie, mais sans exagération du nombre des globules blancs du sang.* — (Cette observation sera publiée dans un des prochains numéros de l'Union Médicale.)

Le secrétaire, Dr Woillez.

COURRIER.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE MORTS EN ORIENT.

Sommes nouvelles reçues par M. le professeur Paul Dubois, président de la commission :

MM. les docteurs Masson (Charles), 20 fr.; Belhomme, 50 fr.; Labarraque, 30 fr.; Cabanellas, 30 fr.; Vosseur, 20 fr.; Piogey, 10 fr.; Delangiard, 20 fr.; Trastour, de Montaigu (Vendée), 15 fr.; Bremont, 20 fr.; Jodot, 10 fr.; Toutain, pharmacien, 5 fr.; Lacger, médecin principal de l'hôpital militaire de Toulouse, 15 fr.; Pastureau, id., 15 fr.; de Santi, médecin-major, id., 10 fr.; Domergue, médecin aide-major, id., 5 fr.; Dieuzaide, id., 5 fr.; Lassus, chirurgien sous-aide, id., 5 fr.; Durand, médecin requis, id., 3 fr.; Piquemal, id., 3 fr.; Recurt, id., 3 fr.; Boutet, id., 3 fr.; Cardeilhac, id., 3 fr.; Lapeyre, pharmacien-major, id., 5 fr.; Cauvet, id. aide-major, id., 5 fr.; Pons, id., 5 fr.; Bergé, aumônier de l'hôpital militaire de Toulouse, 3 fr.; Grimaldi, médecin aide-major du 14e bataillon de chasseurs à pied, 5 fr.; Licourt, médecin-major du 16e bataillon de chasseurs à pied, 10 fr.; Chabert, méd. aide-major id., 5 fr.; Moutier, médecin-major du 92e régiment de ligne, 5 fr.; Fraineau, médecin-major du 8e régiment d'artillerie, 5 fr.; Couture, médecin aide-major, id., 5 fr.; Judan, méd.-major du 16e régiment d'artillerie, 5 fr.; Raoult des Longchamps, médecin aide-major, id., 5 fr.; Campardon, id. id., 5 fr.; Chatelain, médecin en chef de l'hôpital militaire de Nancy, 15 fr.; G. Dufour, aide-major au 1er régiment de cuirassiers de la garde impériale, 10 fr.; Normand, id. id., 10 fr.; Penard oncle, de Versailles, 20 fr.; Hoursolle, de Bayonne, 5 fr.; Duclaud, id., 5 fr.; Perréon, médecin aide-major du 8e régiment d'artillerie, 5 fr.

Total.	438 fr.
Souscriptions précédentes.	5,360 fr.
Total à ce jour.	5,798 fr.

Souscriptions recueillies par la Gazette médicale de l'Algérie :

La *Gazette médicale de l'Algérie*, 25 fr.; le docteur Sonrier, médecin-major au 68e de ligne, 10 fr.; le dr Félix Bertherand, médecin aide-major de l'artillerie à Alger, 10 fr.; le docteur Martenot de Cordoux, médecin-major au 13e bataillon de chasseurs, 15 fr.

Total. . . .	60 fr.

Souscriptions reçues par M. le docteur Maheux, secrétaire de la commission :

MM. les docteurs Duplay, médecin de l'hospice de la vieillesse, 10 fr.; Claude Bernard, membre de l'Institut, 10 fr.; Davaine, 10 fr.; Simonin père, directeur honoraire de l'École de médecine de Nancy, 20 fr.; la Société de médecine de Lyon, 100 fr.; le docteur Lunier, à Blois, 10 fr.; l'Association médicale de la Sarthe, 50 fr.; le docteur Baudon de Mouy (Oise), 5 fr.; l'Association médicale de l'arrondissement de Meaux (Seine-et-Marne), 2e liste, 50 fr. 50 c.; le docteur Marbeau, à Brives, 5 fr.; les médecins et pharmaciens de l'hôpital militaire de Marseille et de la réserve des médicaments des hôpitaux militaires, 270 fr., dont suit le détail : MM. Froment, médecin principal, chef à l'hôpital militaire de Marseille, 40 fr.; Villamur, méd. principal de 2e classe, id., 10 fr.; Andrieu, méd.-major de 2e classe, id., 10 fr.; Jubiot, id. id., 10 fr.; Bonnard, méd. aide-major de 1re classe, id., 10 fr.; Billot, id. de 2e classe, id., 10 fr.; Cochu, id., 10 fr.; Thémoin, id., 10 fr.; Bailey, id., 10 fr.; Buffé, id., 10 fr.; Martin, médecin sous-aide requis, 5 fr.; Maurel, id., 5 fr.; Rougier, id., 5 fr.; Larche, id., 5 fr.; Dupuy, pharmacien-major en chef, id., 15 fr.; Chorel, id., aide-major, id., 10 fr.; Aveline, id., 10 fr.; Deschamps, pharm. sous-aide, id., 5 fr.; Thouaut, id., 5 fr.; Bonnard, id., 5 fr.; Cothon, id., 5 fr.; Arrufat, id., 5 fr.; Colomer, id., 5 fr.; Rebuffat, id., 5 fr.; réserve des médicaments milit. à Marseille : MM. Fournez, pharmacien-major de 1re classe, 20 fr.; Rodemaker, id. de 2e classe, 15 fr.

Total	540 50
Listes précédentes. . . .	2,539 09
Total à ce jour	3,079 59

— La Faculté de médecine de Strasbourg et l'École supérieure de pharmacie ont décerné ainsi qu'il suit les prix pour l'année 1855 à 1856 :

Faculté de médecine.

Première année : M. Jean-Frédéric-Edouard Lauth, de Strasbourg.
Deuxième année : M. Constant Schaumont, de Strasbourg.
Troisième année : M. Alexandre Liétard, de Domremy (Vosges).
Quatrième année : M. Armand Crussard, de Neufchâteau (Vosges).
Prix de thèse : Médaille d'honneur : M. Joseph-Théodore Picard, de Wissembourg.
Mentions honorables aux élèves admis après concours comme interne à l'hôpital civil : MM. Grenet, Libermann, Berdot, Ehrmann, Rapp et Sengel.

École supérieure de pharmacie

Deuxième prix : M. Philippe-Martin Vosselmann, de Wissembourg.
Mention honorable : Frédéric Schœndœrffer, de Hatten.

— M. Cailliot, professeur de chimie médicale à la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le professeur Forget vient d'être nommé membre honoraire de la Société impériale de médecine de Constantinople.

— M. Morel est nommé directeur des autopsies à la Faculté de médecine de Strasbourg.

— Plusieurs médecins de Genève se sont réunis pour exprimer à M. le docteur Coindet les regrets que leur fait éprouver la destitution dont il vient d'être frappé, et pour protester contre les causes de cette destitution. M. Coindet, commis en justice pour examiner l'état mental d'une jeune fille mineure, dans des circonstances auxquelles se rattachaient des intérêts de famille, avait conclu à l'existence de l'aliénation et à la nécessité d'un transport dans un asile. Deux autres confrères émirent un avis opposé. C'est à la suite de ces faits, et sous l'accusation de *détention arbitraire de fille mineure*, que M. Coindet, sur son refus de se démettre volontairement de ses fonctions de médecin en chef de l'asile des aliénés, a été destitué par le conseil d'État.

— La Société royale de Londres vient de décerner sa grande médaille à M. Milne Edwards, doyen de la Faculté des sciences de Paris, pour ses travaux relatifs à l'*anatomie comparée* et à la *zoologie*. Les divers membres étrangers auxquels cette Société avait déjà accordé la même récompense sont MM. Biot, Dumas, Becquerel, Leverrier et Regnault en France; de Humboldt, Müller, Encke, Mitscherlich et Liebig en Allemagne; Hansen et Struve en Russie, et Plana à Turin. On voit, par cette liste, que ses choix portent tour à tour sur les principaux représentants des diverses branches de la science.

— M. le docteur Constantin James vient de recevoir de S. M. le roi de Sardaigne la décoration de l'ordre des S. S. Maurice et Lazare.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 145. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 2 Décembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Pathologie : De l'altération des dents désignée sous le nom de carie. — II. Clinique médicale : Observation d'hypertrophie de la rate avec symptômes de la leucocythémie, sans exagération du nombre des globules blancs du sang. — III. Revue générale : Traitement des adénites cervicales. — Emploi de l'ergotine dans la diarrhée épidémique de l'armée sarde, en Orient, pendant l'été de 1855. — Traitement de l'herpès tonsurant du cuir chevelu. — IV. Académies et sociétés savantes. *Société d'hydrologie médicale de Paris* : Séance du 24 novembre. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Des causes de la coloration de la peau et des différences dans les formes du crâne au point de vue de l'unité du genre humain.

PATHOLOGIE.

DE L'ALTÉRATION DES DENTS DÉSIGNÉE SOUS LE NOM DE CARIE [1] ;

Par le docteur Oudet,
Membre de l'Académie impériale de médecine.

2° STRUCTURE DE L'IVOIRE.

Il faut remonter à Leeuwenhoek et à Hunter, pour trouver les premières recherches qui aient été sérieusement entreprises sur la structure de l'ivoire : le premier, s'armant du microscope pour la découvrir ; le second, s'éclairant de la physiologie expérimentale ; mais tous les deux se renfermant exclusivement dans leurs procédés d'investigations. Eh bien, cette direction différente, donnée par ces maîtres habiles à leurs travaux, s'est continuée jusqu'à nos jours. De même que, pendant près d'un siècle, on a vu les physiologistes repousser, les uns par le dédain, les autres par incrédulité, les résultats obtenus par le microscope ; de même nous voyons, de notre temps, une école, passant sous silence les conquêtes faites par la physiologie, prétendre ravir à l'organisme ses secrets les plus cachés par la seule puissance de l'instrument qu'elle emploie.

Je n'imiterai pas cet exemple. Je profiterai également des lumières fournies par ces deux modes d'observation, et j'étudierai la structure de l'ivoire sous le double point de vue microscopique et physiologique.

Lorsqu'on soumet à un faible grossissement une lamelle très mince d'ivoire provenant de la section verticale d'une dent, on la voit composée d'un grand nombre de fibres marchant parallèlement entre elles du centre de la dent à sa circonférence. A leur origine, ces fibres sont tellement serrées les unes contre les autres qu'on a quelque peine à les distinguer ; mais, à mesure qu'elles s'éloignent de la cavité dentaire, l'intervalle qui les sépare augmente et il l'emporte bientôt sur leur diamètre.

Par leur extrémité externe, elles aboutissent à la superficie de l'ivoire. Souvent elles sont alors tellement fines qu'elles n'apparaissent plus que comme de petites lignes qui finissent par devenir imperceptibles. Les fibres de la couronne touchent à celles de l'émail avec lesquelles on les voit fréquemment s'entrecroiser, ou dont elles ne sont séparées que par un espace très petit, rempli par une couche d'apparence granulée. Il n'est pas rare que quelques-unes d'entre elles pénètrent assez avant dans l'émail. A la racine, elles se terminent à une distance plus ou moins grande de la substance corticale, dans laquelle cependant quelques fibres viennent souvent se perdre.

Par leur extrémité interne ou centrale, les fibres de l'ivoire s'ouvrent dans la cavité dentaire, dont elles concourent à former les parois. Ces parois, examinées au microscope, représentent une surface criblée d'un nombre considérable de petits points ronds, offrant une grande analogie avec ce qu'on observe dans la section transversale d'une dent.

A un grossissement plus fort, les fibres apparaissent plus nombreuses. On en voit beaucoup de plus petites serpenter à leurs côtés, et qu'on pourrait croire s'en détacher. D'autres s'entrecroisent dans des sens différents, et donnent à leur ensemble l'aspect d'un réseau que quelques auteurs ont regardé comme le résultat des ramifications et des anastomoses des fibres.

A ce grossissement, les fibres de l'ivoire présentent des sinuosités formées par une série de renflements ovalaires placés les uns à la suite des autres, et inclinés, en sens inverse, à leur point de jonction. Retzius en a compté deux cents dans la longueur d'une ligne. Outre ces sinuosités partielles, on observe des courbures générales, beaucoup plus étendues, offrant trois et même quatre inflexions, lesquelles partagent en un nombre à peu près égal toute la longueur des fibres.

Ces sinuosités et ces courbures avaient beaucoup préoccupé Retzius, et cet habile anatomiste n'avait pu s'en rendre compte qu'en exprimant une simple présomption. Il appartenait à la physiologie de résoudre cette difficulté, en démontrant que les sinuosités et les courbures des fibres sont une conséquence des changements auxquels la pulpe obéit pendant la formation de l'ivoire.

On conçoit que si les mêmes points de la pulpe correspondaient toujours à la direction première des fibres qui en naissent, ces dernières devraient suivre une ligne droite. Mais il en est autrement. La pulpe exécute deux sortes de mouvements : l'un, organique, intestin, lui est communiqué par la circulation ; l'autre, plus prononcé, est déterminé par le déplacement de cet organe, et est lui-même le résultat de l'allongement de la pulpe pendant l'accroissement de la dent. Au premier mouvement appartiennent les sinuosités des fibres, lesquelles répondent chacune à la production d'une pellicule éburnée. Le second mouvement, beaucoup plus marqué, donne lieu aux grandes courbures qu'on observe dans les fibres. La relation qui existe entre ces deux ordres de faits est telle qu'en suivant avec soin la direction des lignes que suivent les fibres, on peut remonter *à posteriori* aux changements concomitants qui ont dû s'opérer du côté de la pulpe.

Toutes les fibres sont contenues dans une espèce de gangue que l'on a appelée substance *intermédiaire* ou *fondamentale*. Elle constitue la portion la plus considérable de l'ivoire et remplit tout l'intervalle qui existe, soit entre les fibres, soit entre les extrémités de ces dernières et l'émail et le cément. Cette substance ne m'a pas paru avoir partout le même aspect. On lui attribue généralement la grande dureté que possède l'ivoire, sans doute par cette considération qu'on la rencontre en plus grande quantité vers la portion externe des dents.

Si la préparation qu'on examine provient d'une coupe transversale de l'ivoire faite près de la surface triturante de la couronne, on y aperçoit un grand nombre de points blancs, les uns, ceux qui en occupent le centre, d'une figure ronde, les autres, situés à la périphérie, d'une figure ovale, suivant que les fibres de l'ivoire ont été coupées perpendiculairement ou obliquement à leur longueur. Ces points blancs sont entourés d'une ligne noirâtre et présentent à leur centre un très petit point de même couleur. Ils sont séparés les uns des autres par une masse assez considérable de la substance fondamentale dont nous avons parlé ci-dessus.

Telle est, dans son expression la plus simple, et j'oserais presque dire la plus vraie, la disposition matérielle que l'ivoire nous montre sous le microscope. Qu'elle ait été étudiée et représentée par le burin à Stockholm, à Breslaw, en Angleterre ou en France, on la trouve partout décrite avec les mêmes caractères. C'est un point sur lequel nous sommes donc tous d'accord. Mais dès que l'on touche à l'interprétation des faits, aussitôt le dissentiment commence, et il ne tarde pas à arriver à ce degré, que le même fait, qui s'offrait à tous sous une forme semblable, sert néanmoins de base aux interprétations les plus diverses. Ainsi, pour les uns, les fibres de l'ivoire sont des corps solides et pleins ; pour d'autres, ce sont des tubes ayant des parois distinctes remplis, soit d'un liquide transparent, soit de sels calcaires ; pour ceux-ci, ce sont de véritables canaux vasculaires servant à transmettre les fluides destinés à la nutrition de l'ivoire ; et pour d'autres, ils seraient des prolongements partant tous d'un organe commun contenu dans la cavité dentaire. Enfin, M. Dujardin, dont les expériences microscopiques datent de 1836, regarde l'ivoire comme une substance

(1) Suite. — Voir le numéro du 25 novembre 1856.

Feuilleton.

DES CAUSES DE LA COLORATION DE LA PEAU ET DES DIFFÉRENCES DANS LES FORMES DU CRANE AU POINT DE VUE DE L'UNITÉ DU GENRE HUMAIN ;

Par le baron Muller.

Les travaux de M. Addison sur le *bronzed skin* (peau bronzée), le mémoire lu à l'Institut par M. Bertrand Saint-Germain (négritie de la langue), la communication de M. Trousseau à l'Académie de médecine, ayant éveillé l'attention de la Presse médicale sur cette question si curieuse de la coloration de la peau ; nous avons pensé que les lecteurs de l'Union liraient avec plaisir le résumé d'une brochure remarquable sur la matière, due à la plume du baron Müller, de Stuttgard, qui a pour titre : *Des causes de la coloration de la peau et des différences dans les formes du crâne au point de vue de l'unité du genre humain.*

La question de l'unité ou de la diversité d'origine des familles humaines qui peuplent la terre a été, depuis le milieu du dernier siècle, un des problèmes les plus agités par toutes les sciences qui s'occupent de l'homme. Pour M. Muller, l'humanité est une, primitivement et essentiellement une.

Les différences que présentent les habitants de la terre dans la coloration de la peau et dans les formes du visage et de la tête, arguments suprêmes des défenseurs de la diversité des races, sont dues à deux causes qui ont agi d'une manière constante et continue sur l'homme pendant le cours des siècles écoulés depuis la Création.

Ces causes sont les conditions climatériques dans lesquelles il vit, et le développement de son intelligence.

Les conditions climatériques déterminent la coloration de la peau.

Le développement de l'intelligence crée les formes de la tête.

La structure de la peau est la même chez tous les hommes, elle a pour base le derme, incolore de sa nature, formé d'une couche interne percée de trous, de lames aréolaires (Flourens) et d'une couche externe qui se subdivise en deux parties, l'une interne, hérissée de prolongements qui plongent jusque dans les trous de la partie aréolaire, l'autre externe, qui constitue la membrane pigmentaire.

L'activité vitale du derme se manifeste par la génération et la sécrétion du pigmentum de l'épiderme, de la graisse dermique, de la sueur.

Le pigmentum, découvert par le célèbre Malpighi, n'est plus regardé aujourd'hui comme une membrane, mais comme un dépôt ou enduit de matière colorée, siége et cause de la coloration de la peau.

L'épiderme, portion la plus externe, est une substance cornée, formée d'un grand nombre de feuillets transparents superposés les uns aux autres.

Entre le derme et l'épiderme se trouve le pigmentum. Il s'y accumule, entre dans les feuillets de la lame interne de l'épiderme, celle-ci le repousse dans l'épiderme externe ; arrivé ainsi à la surface de la peau, le pigmentum y disparaît au fur et à mesure que celle-ci s'use, en partie, il y perd sa couleur par l'influence de l'atmosphère. De ce passage résulte pour l'épiderme une coloration spéciale.

La peau du fœtus nègre ne contient pas plus de couche pigmentale que la peau de l'homme blanc.

Tous les hommes possèdent l'appareil pigmental ; mais il n'y a pas chez tous, sur toute l'étendue de la peau, production du pigmentum.

Il est difficile de faire connaître la composition qualitative et quantitative du pigmentum.

Pour MM. Schleiden, Schmid, Schlosberger, elle se composerait d'une matière très riche en carbone, la plupart du temps ferrifère.

Le dépôt est abondant et riche en carbone chez les hommes bronzés et bruns, plus abondant et peut-être plus riche chez les nègres.

M. Flourens pense aussi que la composition des différents pigmentum est au fond la même ; quant à la question anatomique, il dit :

« 1° Je n'ai jamais vu ou su voir de dépôt qu'à l'état coloré ;

» 2° J'ai trouvé ce dépôt dans la peau de l'homme de race blanche, mais en quantité seulement appréciable par le microscope ;

» 3° Je pense donc que le pigmentum existe dans toutes les peaux, et qu'il ne diffère de l'une à l'autre que par la quantité, étant très peu abondant dans la peau blanche, très abondant chez les hommes de couleur. »

Quelles sont les causes qui provoquent la création de cette matière colorante, et sous quelles influences se dépose-t-elle ?

La vie de l'homme est entretenue par les procédés de la respiration et de la nutrition.

Ce dernier se compose d'un ensemble de fonctions qui ont pour but la conservation du corps, en assimilant à sa substance les éléments dont il se nourrit ; il est complété par la circulation du sang veineux qui vient se transformer en sang artériel au contact de l'air des poumons.

Dans cette métamorphose, le sang veineux perd considérablement du carbone qu'il renferme ; sa couleur rouge brun devient rouge écarlate, son odeur plus forte, sa température augmente.

Le procédé de la respiration consiste dans l'introduction et l'expulsion alternative de certaines quantités d'air atmosphérique dans les poumons, et dans les modifications que cet air y subit.

Dans ce contact, l'air qui, on le sait, se compose de 21 parties oxygène et 79 azote, perd 1/7e de son oxygène, lequel se trouve remplacé par de l'acide carbonique. Il y a même plus d'oxygène disparu qu'il n'y a d'acide carbonique acquis. L'azote n'a pas subi de changements.

L'union chimique de l'oxygène de l'air avec le carbone du sang veineux donnant lieu à une véritable combustion, développe, dans l'homme, une source de calorique qui lui est propre et qui est indépendante du milieu dans lequel il vit : c'est la chaleur animale. On peut estimer sa moyenne à 37,5 Réaumur, elle reste la même sous toutes les latitudes.

Le nombre des unités caloriques qui se dégagent pour donner la température moyenne de 37,5 est déterminé par l'énergie de la combustion pulmonaire ; à cet effet, il est indispensable que l'oxygène aspiré trouve, pour le développement de cette chaleur, une quantité proportionnée de carbone. Il en résulte que la consommation de carbone dans les poumons est plus considérable chez l'homme du Nord que chez le méridional ; aussi l'habitant du Midi prend moins de nourriture et des substances alimentaires moins riches de carbone.

Par contre, le Groënlandais consomme en grande masse des huiles, des graisses, substances qui contiennent beaucoup de carbone et d'hydrogène.

Quelles sont les variations que le climat détermine dans la consommation de l'oxygène ?

Cette consommation se réglant nécessairement d'après la densité de l'air, il faut déterminer celle-ci d'après la formule bien connue

$$D = 1{,}3 \text{ gr.} \times \frac{267}{267 + T} \times \frac{H - 3{,}8\ F}{76}$$

(T exprimant la température, H la hauteur barométrique, F la force élastique de la vapeur d'eau.)

Mais comme les indications barométriques et hygrométriques ne sont pas assez généralisées, on peut réduire la formule à :

$$D = 1 \text{ gr.} \times \frac{267}{267 + T}$$

Or, comme la température moyenne

D'Ustjansk, en Sibérie, est de — 16° centig.
De Bruxelles, + 10° centig.
De Cobbé, en Darfour + 26° centig.

poreuse, homogène, creusée de canaux parallèles entre eux ; mais il ne pense pas que les pores qu'elle présente soient les orifices d'autant de tubes ou de vaisseaux.

En présence d'opinions si divergentes, une réflexion nous saisit tout d'abord : comment le même objet, vu par tous d'une manière semblable, peut-il se prêter à des jugements si divers? Sans doute le microscope n'est pas plus infaillible que les autres procédés d'observation. Des erreurs peuvent naître de la préparation des pièces; des modifications que l'ivoire peut éprouver dans sa texture par l'usure qu'on lui fait subir pour l'amener à l'état d'une lamelle très mince; de l'élément nouveau qui lui est adjoint pour en augmenter la transparence. A ces causes d'erreur, nous ajouterons celles qui peuvent venir des illusions d'optique. Ainsi, par exemple, la séparation qui existe entre deux corps contigus l'un à l'autre, apparaît, au microscope, comme une ombre grisâtre ; eh bien, si l'on ne se met en garde contre cette illusion, n'est-il pas à craindre qu'on ne donne à cette ombre l'existence d'un corps réel.

Quelques personnes ont accusé le microscope de montrer tout ce qu'on veut découvrir avec cet instrument ; tandis que, d'un autre côté, on ne semble accorder de confiance qu'aux plus forts grossissements. Ces deux assertions me semblent également mal fondées. Le microscope ne montre que ce qui existe réellement ; et quand on a acquis une certaine expérience, il est facile de distinguer ce qui appartient au fait qu'on observe, de ce qui lui est étranger. Quant à ce qui regarde le degré de grossissement auquel on doit recourir, je suis persuadé que, pour le genre d'expérimentations qui m'occupent en ce moment, les grossissements modérés sont, en général, préférables, en ce qu'ils font voir les objets d'une manière plus nette et plus distincte.

Toutefois, je dois l'avouer, le microscope a introduit dans la science beaucoup plus d'hypothèses et d'erreurs que de vérités démontrées. Si je fais abstraction des corpuscules osseux découverts par Leeuwenhoek, et constatés depuis dans la substance corticale par Purkinjé et Retzius, je serais très embarrassé de dire quels progrès importants il a fait faire dans ces derniers temps, à l'anatomie et à la physiologie des dents. Mais peut-on justement en faire peser sur lui la responsabilité? Est-ce le microscope qui a appris que l'ivoire était le résultat d'une ossification de la pulpe? Une telle opinion se serait-elle produite, si on eût tenu compte de la constitution anatomique de la pulpe et des actes fonctionnels qu'elle accomplit tant chez l'homme que chez les animaux dont l'accroissement des dents est continu?

Est-ce le microscope qui a montré à Owen des canaux et des fibres médullaires dans les dents de l'anarrhique, du brochet, etc., fait qui, s'il était exact, constituerait une solution de continuité dans la chaîne hystologique qui réunit toutes les productions dentaires en un seul et même système organique? Cependant, que nous dit Retzius qui, le premier, en a donné la description? que, chez ces animaux, la pulpe se divise après que la coquille dentaire a été formée, et que des couches nouvelles se forment ensuite autour de ces divisions. D'où cet habile anatomiste conclut que la substance qui se produit ainsi a la plus grande similitude avec la structure osseuse, et que les divisions de la pulpe ont également une parfaite ressemblance avec les fibres médullaires des os. Mais, je le demande, si nous dégageons le fait des inductions théoriques de l'auteur, en quoi diffère-t-il donc de ce que nous observons dans la formation des molaires des ruminants? La pulpe de ces dents, après que le travail de la dentition a commencé, ne se partage-t-elle pas de même en un plus ou moins grand nombre de divisions, et ces divisions ne s'étendent-elles pas en longueur à mesure des progrès que fait l'accroissement des étuis de substance éburnée qui les entourent? Eh bien, augmentez, d'une part, le nombre de ces divisions ; de l'autre, diminuez le volume des prolongements de la pulpe, et vous y retrouverez la disposition que Retzius et, après lui, Owen ont indiquée.

Enfin, est-ce le microscope qui a fait voir que les tubes de l'ivoire ont des parois membraneuses, lesquelles ne seraient elles-mêmes que des prolongements de la membrane de la pulpe? que le cément procède de la partie du sac dentaire située entre le germe et l'organe adamantin? ou qui a découvert que, chez les musaraignes, la racine des dents se forme en même temps que la couronne, etc. ?

Ce qu'on est, je pense, en droit de reprocher aux auteurs qui ont appliqué le microscope à l'étude de l'organisme dentaire, c'est d'avoir trop souvent substitué l'interprétation à l'observation. Ainsi, par exemple, quand on a avancé qu'on aperçoit des vaisseaux dans la substance de l'ivoire, on a émis une opinion, mais on n'a pas rendu le fait microscopique tel qu'il se présente, car rien n'indique, à l'examen le plus attentif, que les lignes ou les fibres qu'on y découvre, soient plutôt des vaisseaux que toute autre structure qu'on leur a aussi attribuée. On se fût tenu, je crois, dans les termes d'une méthode plus judicieuse, si, après avoir décrit le fait tel que le microscope le montre, on eût exposé ensuite les considérations anatomiques et physiologiques qui portaient à regarder ces lignes ou ces fibres comme des vaisseaux. Je ne pense pas qu'en suivant cette marche on fût parvenu à démontrer la vascularité de l'ivoire; mais, ce dont je suis convaincu, c'est que la question se serait trouvée placée sur son véritable terrain : d'exclusivement microscopique, elle serait devenue tout à la fois microscopique et physiologique.

C'est là, qu'on en soit assuré, où il faudra inévitablement en venir toutes les fois qu'on voudra rechercher la structure intime de nos tissus; et si, un jour, il est donné à l'homme de pénétrer ce mystère profond, c'est au concours de ces deux procédés qu'il le devra. On compromet donc grandement ce précieux instrument, quand on prétend décider par lui des questions, que seul, il est incapable de résoudre.

(La suite à un prochain numéro.)

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATION D'HYPERTROPHIE DE LA RATE AVEC SYMPTOMES DE LA LEUCOCYTHÉMIE, SANS EXAGÉRATION DU NOMBRE DES GLOBULES BLANCS DU SANG ;

Lue à la Société médicale des hôpitaux,

Par le docteur WOILLEZ, médecin du Bureau central.

La question de la leucocythémie ou leucémie considérée comme maladie particulière, n'est pas encore complétement élucidée, et l'observation suivante me paraît de nature à l'éclairer d'un nouveau jour. Je l'ai recueillie récemment à l'hôpital Necker, où je remplace provisoirement M. le docteur Monneret. M. Bercioux, interne très distingué du service, a bien voulu me donner les notes détaillées qu'il avait recueillies sur le malade; je les ai réunies aux miennes pour la rédaction de cette observation. C'est donc en son nom aussi bien qu'au mien que je viens vous communiquer ce fait intéressant.

OBSERVATION. — Guérin (Pierre), âgé de 40 ans, maçon, né à Laval (Mayenne), demeurant à Vaugirard, 3, rue de Plaisance, entre le 13 septembre 1856, à l'hôpital Necker, salle St-Jean, 1.

Cet homme, assez robuste, d'une taille moyenne, à cheveux châtains, est à Paris depuis huit mois. Auparavant, il a toujours habité Laval, sauf le temps de son service militaire, pendant lequel il n'a jamais quitté la France.

Sa mère est morte du choléra en 1832; son père est mort depuis longtemps aussi, sans qu'il sache de quelle maladie. Il a deux frères et deux sœurs, dont un frère et une sœur sont maigres et souvent malades. Sa femme est morte récemment, lui laissant trois enfants assez bien portants.

En 1841, étant militaire, il séjourna dix-neuf jours à l'hôpital, pour une maladie aiguë sans frissons ni intermittences, mais sur laquelle il ne peut donner de détails.

En 1851, maladie de huit mois, dont six de séjour au lit ; il affirme que c'était une fièvre typhoïde, mais sans pouvoir s'en rappeler les particularités.

A part ces deux maladies, sa santé a été très bonne antérieurement à sa maladie actuelle. Son alimentation était médiocre et il ne se livrait à aucun excès. Il avait fait des excès alcooliques dans sa jeunesse.

A partir de la mi-juin de cette année, diminution de plus en plus sensible des forces, qui n'empêche pourtant pas le travail jusqu'au moment de l'admission. Pendant ces trois mois : appétit conservé, digestion bonne, selles régulières, mais parfois un peu de diarrhée, pendant un jour ou deux seulement ; un peu de toux sèche, s'accompagnant d'un sentiment d'oppression et de gêne dans la poitrine, plus marquée du côté *droit*; toux quelquefois douloureuse, dans les deux hypochondres également ; céphalalgie fréquente, mais légère, sans étourdissements ni trouble des sens; palpitations rares, avec étouffements, sans œdème, sans hémorrhagie ; enfin, à des intervalles variables, et, dans les derniers temps, tous les jours, accès de fièvre avec léger frisson le soir, et quelques sueurs, n'obligeant pas à changer de linge.

A ce mouvement fébrile plus récent, se rattachaient de l'anorexie, quelques nausées, et enfin un ictère qui fut la cause de son admission, ses camarades l'ayant averti qu'il avait la jaunisse, et lui ayant conseillé de se faire soigner.

A la visite du 14 septembre, lendemain de l'admission, nous constatons une teinte ictérique manifeste de la peau et des sclérotiques, et en même temps des signes d'embarras gastrique : langue recouverte d'un enduit épais; sentiment d'embarras dans le ventre; quelques nausées; dégoût des aliments. Les selles sont régulières, le foie a son volume normal. Le pouls est fréquent; il y a un peu de céphalalgie, un peu d'abattement. L'intelligence est parfaite.

Prescription : *Limonade.* — *Poudre d'ipéca* 1,50 *et tartre stibié* 0,05. *Diète.*

Les jours suivants, l'ictère diminue rapidement, mais l'abattement persiste, l'appétit se perd, et il survient un peu de diarrhée.

Le 18, changement très notable dans la physionomie du malade. Décubitus dorsal, figure fatiguée, traits tirés, pâleur extrême des lèvres et de la muqueuse buccale, soif vive, anorexie complète ; j'apprends qu'il y a eu trois selles liquides, et que, dans la dernière, le malade a rendu un verre environ de sang. Le pouls est à 112, petit, régulier, il y a par moment des palpitations, un souffle doux à la base du cœur, un murmure continu avec redoublement du niveau des vaisseaux du cou, et un peu d'œdème aux membres inférieurs. Cette anémie déjà ancienne, cette pâleur, cette diarrhée avec hémorrhagie, me font penser à la possibilité d'une leucocythémie.

Le ventre qui, jusque-là, n'avait été examiné qu'au niveau du foie, est exploré avec soin. Il est bien conformé, sans développement des veines superficielles ; je n'y détermine de douleur que par la pression ou la percussion du côté gauche. La palpation me fait reconnaître dans l'hypochondre gauche une tumeur à surface unie, sans bosselures, et qui, se prolongeant sous les côtes, s'étend en dedans jusqu'à la ligne blanche, où elle est un peu échancrée, et descend à trois travers de doigt au-dessous du niveau de l'ombilic, en s'arrondissant vers la fosse iliaque gauche. Cette tumeur, légèrement mobile dans sa partie inférieure, est dirigée obliquement de haut en bas et de dehors en dedans ; la percussion la limite supérieurement au niveau de la sixième côte gauche. Le foie, comme précédemment, ne dépasse pas le rebord des fausses côtes; ses dimensions sont normales.

Dans aucune des régions du corps, il n'existe de ganglions lympha-

---

Nous trouverons que le poids de 1 décimètre cube d'air est

De 1,3829 gr. à Ustjansk,
De 1,2532 gr. à Bruxelles,
De 1,1856 gr. à Cobbé.

Ceci bien compris, voyons quelle quantité d'air les poumons consomment en ce jour.

D'après Menzies, la quantité d'air qui entre dans la poitrine à chaque inspiration, s'élève à 655 centimètres cubes; en comptant 20 inspirations par minute, l'air inspiré et expiré s'élèvera à 13,100 centimètres cubes, ce qui fait par heure 786 décimètres cubes, et par journée 18,864 décimètres cubes. Ce chiffre admis, ces 18,864 décimètres cubes d'air pèseront donc

A Ustjansk. . . . . 26,087 gram.
A Bruxelles. . . . . 23,630 gram.
A Cobbé. . . . . 22,345 gram.

L'oxygène de l'air atmosphérique s'y trouvant dans le rapport de 21 à 10, les habitants des trois localités nommées consomment respectivement

A Ustjansk. . . . . 5,150 gram.
A Bruxelles. . . . . 4,968 gram.
A Cobbé. . . . . 4,694 gram. d'oxygène.

Or, comme il faut 72,33 parties d'oxygène pour brûler 2,667 parties de carbone à conditions égales, le Sibérien d'Ustjansk devra brûler par jour au moins 2,096 gr. de carbone, tandis que le nègre du Darfour ne pourra en consommer dans les poumons que 1,7959, soit une différence quotidienne de 1,301 gr. à sécréter par des voies extra-pulmonaires.

D'où nous concluons que dans les pays chauds, à chaque inspiration :

1° Le sang veineux perd moins de carbone, et qu'une plus grande quantité de cette substance passe dans le sang artériel ;

2° Que ce surplus de carbone qui reste dans le sang artériel par suite de la consommation réduite, doit être expulsé hors du corps par une voie extra-pulmonaire. A cet effet, les artères conduisent le carbone excédant dans les vaisseaux sanguins du derme ; exhalé par ceux-ci, nous le trouvons sous forme de pigmentum, comme matière colorante, entre le derme et l'épiderme. Blumenbach, avant M. Muller, exprimait ses vues sur la matière en ces termes:

» La teinte noire et brûlée des dernières couches des téguments communs, doit s'attribuer à une surabondance de carbone dans l'économie animale, rejetée en dehors avec l'hydrogène par l'action du derme; l'oxygène de l'atmosphère le précipite, et il vient se fixer dans le réseau sanguin de Malpighi. »

Cette couleur semble tenir aussi à l'action des vaisseaux sanguins du derme qui séparent et fixent le carbone.

Modifications de la coloration. — Tous les enfants sont blancs en naissant, et si un enfant naît dans la froide saison, il mettra plus de temps à devenir noir.

Dans nos climats, le foie paraît être l'émonctoire principal par lequel l'économie animale se débarrasse d'une surabondance de carbone qui deviendrait dangereuse pour la santé.

La mélanose ou la *nigrescentia* provient d'une disposition maladive du sang, lequel sécrète un pigment noir et le dépose dans les différents tissus et organes du corps.

M. Thénard, qui a analysé le premier la substance mélatonique, l'a trouvée composée principalement de carbone.

Influences agissantes sur la cause colorante. — Une cause qui favorise ou retarde l'expulsion du pigmentum, c'est la desquammation de l'épiderme.

Chez les nègres, la plante des pieds et la paume de la main sont beaucoup plus claires que les autres parties du corps : la peau s'y use vite et le pigmentum y disparaît avant qu'il ait eu le temps de se reformer complétement.

M. Muller entre dans de nombreux détails pour prouver, par des descriptions minutieuses et des voyages dans l'intérieur de l'Afrique, la vérité de ses assertions.

La seconde partie de la brochure est consacrée à l'action de l'intelligence sur les formes de la tête.

Cette étude étant un peu étrangère à notre sujet, nous nous bornons à citer l'énoncé du problème.

Après avoir démontré, dit le savant auteur, que la couleur de la peau est principalement le résultat d'influences climatériques, et ne peut être, par conséquent, considérée comme un trait caractéristique des races, nous espérons prouver que les formes du crâne ont des rapports intimes avec le degré de civilisation auquel un peuple est parvenu, et que, par conséquent, elles, non plus, ne peuvent justifier une division en races des habitants de la terre, à moins de classer les hommes d'après leur plus ou moins d'intelligence, et de justifier ainsi, au nom de la suprématie de la raison, non seulement tous les abus de l'esclavage, mais encore toutes les tyrannies individuelles.

Sans avoir la prétention de réfuter l'ingénieuse théorie de M. Müller, nous ne pouvons nous dispenser de consigner ici une objection que nous a inspirée l'étude attentive de ces phénomènes.

D'après le savant physiologiste, dans le nègre, la quantité de carbone brûlé par les voies naturelles étant minime, il s'établit nécessairement une suprésécrétion extra-pulmonaire; d'autre part, il admet chez ce même nègre, par suite de la desquamation de la peau (très visible et très manifeste sur certaines parties du corps), un renouvellement de l'épiderme.

Ceci bien établi, lorsqu'un nègre, transporté dans nos contrées, sera soumis à un régime analogue au nôtre, qu'il vivra pendant une suite d'années dans des conditions analogues à celles où nous vivons, cette suprésécrétion extra-pulmonaire ne devrait plus avoir de raison d'être; et si l'épiderme se renouvelle sans cesse, ne doit-il pas arriver un moment où la peau du nègre sera tout au moins modifiée dans sa coloration.

Or, ceci ne se vérifiant pas, le nègre restant toujours noir, malgré les changements de régime, d'habitation, de position sociale, on est en droit d'admettre, en dehors de la suprésécrétion extra-pulmonaire de carbone, *quelque chose* qui tient à la trame organique elle-même.

Ce qui nous confirme dans cette pensée, c'est que dans la race caucasique, en dehors de l'organisme sain, il se produit une coloration anormale noirâtre, indépendante du phénomène du mélange du sang noir et du sang rouge, indépendante d'un obstacle mécanique apporté à la circulation du sang.

Dans notre thèse inaugurale, *De la physiologie pathologique de la cyanose*, nous avons étudié la question sur toutes ses phases, et, nous appuyant sur des données anatomo-pathologiques attentivement recueillies et sur des faits cliniques soigneusement observés, nous sommes arrivés à ces conclusions :

La coloration pathologique de la peau, dite cyanose, reconnaît plusieurs causes :

La moins évidente, la moins active, est constituée par le mélange du sang veineux et du sang artériel.

La plus fréquente, la plus manifeste, la mieux caractérisée est due à un obstacle mécanique siégeant au centre de la circulation générale.

En dehors de ces deux origines, il existe des cas de cyanose qui, de toute nécessité, doivent être rapportés à une discrasie particulière du sang, à un vice d'hématose.

Dr PROSPER DE PIÉTRA SANTA.

Mes études sur le choléra ou découverte de tout ce qu'il importe à la science et à l'humanité de connaître sur cette maladie, par le docteur AZÉMAR. Un vol. in-8 de 216 pages. — Prix : 3 fr.

A Paris, chez Germer-Baillière, libraire, 17, rue de l'École-de-Médecine.

tiques engorgés. Le corps thyroïde ne paraît pas développé.

Poitrine sonore également des deux côtés, murmure vésiculaire s'accompagnant de quelques râles ronflants, plus marqués à droite qu'à gauche en arrière.

Respiration haute, bruyante, à 32 ; un peu de toux sèche ; oppression fréquente. Les grandes inspirations déterminent de la douleur dans le côté droit de la poitrine.

Intelligence présente ; cependant la mémoire paraît diminuée ; le malade, qui répond avec indifférence, a besoin d'être fortement excité pour donner quelques renseignements.

L'urine peu colorée, parfaitement transparente, ne donne rien par la chaleur, par l'acide nitrique, l'iodure ioduré de potassium, ni par la potasse.

Le développement considérable de la rate, à l'anémie, joint à la diarrhée et à l'hémorrhagie intestinale, me confirment dans mon diagnostic d'une leucocythémie, et quelques grammes de sang sont retirés par une ventouse pour être examinés au microscope. *(Voir plus loin.)*

Je prescris une médication tonique.

19. Le malade est abattu. La langue est sèche, la soif vive. Quelques nausées, sans vomissements ; quatre à cinq selles liquides. Le volume de la rate et du foie n'est pas modifié ; la palpation et la percussion ne déterminent aucune douleur.

Respiration accélérée (36). Un peu d'oppression ; pouls très faible, irrégulier, à 116 pulsations ; palpitations, lypothymies. Le malade affirme n'avoir pas de frisson le soir, et à peine un peu de sueur la nuit. Un peu de sommeil, avec rêvasseries.

Le soir, M. Bercioux trouve le malade essoufflé par l'effort qu'il a fait pour se mettre sur le bassin ; sa peau est froide et couverte de sueur. Le pouls à peine sensible, ne peut être compté.

Le malade ne répond aux questions qui lui sont faites que par des paroles incohérentes, très difficilement articulées.

20. Pâleur plus prononcée. Langue sèche, soif vive. Dans la journée d'hier un vomissement, et quatre selles liquides ; malaise général. Respiration accélérée, à 32, un peu d'oppression. Pouls à 120, très déprimé, peau sèche ; même état du côté du cœur et des vaisseaux du cou que le 18 ; œdème des membres inférieurs plus étendu en hauteur. Intelligence obtuse ; urines involontaires.

M. Bercioux revoit le malade à quatre heures, et constate ce qui suit : anxiété très grande, face pâle, traits tirés, joues caves, angoisse extrême, oppression considérable, lypothymies. Le malade, agité, change à chaque instant de position, puis, par moments, il reste couché sur le dos, la tête renversée en arrière, les yeux fermés. Il a eu un peu de délire depuis le matin, et quelques hallucinations. Cependant il répond aux questions qu'on lui fait.

Il se plaint d'oppression et de douleur dans le ventre, en montrant l'hypochondre gauche. C'est la première fois qu'il se plaint de cette douleur, qui n'est pas augmentée par la pression. Quelques selles liquides depuis le matin.

La mort a lieu à dix heures du soir.

Autopsie le 22 septembre, trente-six heures après la mort.

Tête. — Pas de sérosité dans la cavité de l'arachnoïde. Le tissu cellulaire sous-séreux est œdématié. Les sinus latéraux contiennent à peu près une cuillerée à café de sérosité. Les deux substances du cerveau ont leur consistance habituelle. La substance grise est très pâle.

Poitrine. — Les plèvres contiennent quelques cuillerées de sérosité citrine ; elles sont parfaitement saines, à part quelques faibles adhérences entre les deux lobes du poumon gauche, dans la scissure qui les sépare.

Les poumons sont dans leur état normal, parfaitement crépitants dans toute leur hauteur, et ne contenant pas de tubercules aux sommets. Les bronches ne présentent pas de rougeur. Les ganglions bronchiques ne sont pas développés.

Le péricarde contient deux cuillerées environ de sérosité transparente. Le cœur est d'un volume normal ; son tissu est pâle ; ses cavités contiennent à peine 5 à 6 grammes de sang liquide, peu coloré, que l'on conserve pour un examen ultérieur.

Abdomen. — En ouvrant le ventre, on voit la rate qui occupe la plus grande partie de la moitié gauche de la cavité abdominale, où ses limites visibles correspondent aux lignes de matité tracées à l'extérieur pendant la vie. Le foie ne dépasse pas les fausses-côtes.

L'estomac et l'intestin grêle sont sains. Ce dernier contient quelques matières jaunâtres, glaireuses. La muqueuse est normale et teinte en jaune, excepté dans sa partie inférieure, où elle est très pâle. Le gros intestin présente un rétrécissement notable, depuis la partie moyenne du colon transverse jusqu'à l'ampoule rectale. Le diamètre de cette partie égale à peine celui de l'intestin grêle ; toute cette partie du gros intestin est remplie de matières fécales demi-solides et colorées. Il y a épaississement des parois intestinales dans ce point, et la muqueuse épaissie, de bonne consistance, présente une multitude de plis longitudinaux. Dans toute l'étendue du gros intestin, cette muqueuse est pâle et offre dans quelques points un développement assez notable des follicules isolés. Nulle part de lésion qui puisse expliquer l'hémorrhagie observée peu avant la mort.

La rate, dans sa partie supérieure, est repliée au-dessous du diaphragme, et séparée des parois thoraciques par une grande épaisseur du poumon. Elle mesure 26 centimètres de hauteur, 12 centimètres de largeur, et 5 d'épaisseur. La partie moyenne, échancrée en dedans, est presque aussi échancrée en dehors. Elle est rouge, ferme, comme carnifiée ; mais au niveau des coupes, qui sont d'un rouge-brun foncé, le tissu cède facilement à la pression du doigt. Les vaisseaux de l'organe, et la veine splénique en particulier, sont examinés jusque dans leurs dernières ramifications apparentes, et sont parfaitement libres. Aucune tumeur ne peut non plus les comprimer.

Dans le méso-colon, deux ganglions un peu tuméfiés, ramollis, et de même couleur que la rate ; les autres, comme ceux du mésentère, sont sains.

Le foie, normalement conformé, mesure 23 centimètres de largeur, 8 en épaisseur, et 18 en hauteur. Son tissu est sain. La vésicule contient une cuillerée de bile très foncée ; les canaux cystique, hépatique et cholédoque ont leur largeur ordinaire et sont libres dans toute leur étendue. Aucun calcul dans les voies biliaires.

Le pancréas est sain.

Les reins ont leur volume normal ; le gauche est tout à fait exsangue, et diffère sous ce rapport du rein droit, qui a sa coloration ordinaire. Les capsules surrénales et la vessie sont saines.

Examen du sang. — Pendant la vie, le sang recueilli le 18 est immédiatement agité dans un tube, puis laissé dans le repos, sans qu'il se sépare de couche de globules blancs. Il se forme un caillot coloré, assez consistant, qui, examiné au microscope, ainsi que le sérum, ne montrent pas la moindre exagération des globules blancs, dans les très nombreuses préparations que j'examine (0 à 3 globules blancs seulement dans le champ du microscope). Un élève du service se charge de soumettre le sang à M. Robin, mais, en son absence, il le fait examiner par M. Martin-Magron, qui constate aussi que les globules blancs ne sont pas en nombre exagéré. M. Broca crut reconnaître une exagération dans la quantité des globules blancs du sang, mais il m'avoua qu'il n'avait examiné le sang qu'une seule fois ; et l'on sait combien, dans l'examen microscopique du sang, il faut se défier d'une seule exploration. Au reste, ce dernier examen contradictoire, mais insuffisant, ne fut pas confirmé par les autres constatations faites soit avant, soit après la mort, et dont l'unanimité ne peut laisser place au moindre doute.

Le sang recueilli dans les ventricules *droit* et gauche du cœur à l'autopsie, et qui était resté fluide, ne me présenta, pas plus que le sang recueilli pendant la vie, l'altération microscopique signalée comme lésion essentielle de la leucocythémie : l'exagération du nombre des globules blancs. Mais je ne m'en tins pas à mon exploration, et je priai M. Vidal, dont vous connaissez l'habileté et la compétence dans ce genre de recherches, et qui a publié le mémoire le plus complet qui ait été écrit sur la leucocythémie, d'examiner avec soin le sang recueilli dans le cœur ; or, voici la note qu'il voulut bien m'adresser :

« Le sang que vous m'avez remis était très altéré ; je l'ai examiné à un grossissement de 350 diamètres environ ; j'y ai trouvé :

» 1° Des globules rouges altérés pour la plupart, les uns déformés, framboisés, d'autres devenus sphériques.

» 2° Des globules blancs (environ six à huit dans le champ du microscope) en nombre plus grand que dans le sang normal tiré de la veine pendant la vie, mais en quantité très minime pour du sang recueilli dans le cœur d'un cadavre, surtout s'il a été pris dans le cœur droit.

» 3° Des granulations moléculaires provenant de la fibrine en décomposition. »

Enfin, j'examinai encore au microscope la boue splénique, et j'y trouvai des globules rouges déformés en grande quantité, très peu de globules blancs (moins que dans l'état normal), des fragments de fibrine déformés, des vaisseaux capillaires, et des fibres des trabécules spléniques.

RÉFLEXIONS. — Ainsi voilà un sujet chez lequel il y avait hypertrophie de la rate et les symptômes évidents de la leucocythémie : pâleur des téguments, anémie cachectique, développement de la rate, et, vers la fin, diarrhée et hémorrhagie intestinale. Et tout cela sans exagération des globules blancs du sang.

Déjà M. Bennett avait signalé, dans son ouvrage, quelques faits de cette espèce ; mais ils étaient restés douteux, la vérification anatomique n'étant pas venue compléter ces observations.

Plus récemment, au mois de mai de cette année, M. Guyot a présenté à la Société anatomique une rate hypertrophiée, sans *leucémie*, provenant d'un sujet qui n'avait jamais été atteint de fièvre intermittente, et dont le sang fut examiné avec soin par M. Vulpian. La malade avait été vue par MM. Bernard et Charcot. Mais cette observation, dans laquelle la rate présentait des points hémorrhagiques, offrait une lacune : l'état des vaisseaux de la rate n'avait pas été noté, et l'on pouvait croire à une oblitération de la veine splénique.

Notre honorable confrère et ami, M. le docteur Barth, avait, en effet, communiqué, en 1854, à la même Société, un cas très intéressant d'hypertrophie de la rate, sans accès antérieurs de fièvre intermittente, et dans lequel cette hypertrophie s'expliquait par l'oblitération de la veine splénique (1).

Le fait que je viens de rapporter lève tous les doutes qui pouvaient exister dans l'observation de M. Guyot, sur la réalité de l'hypertrophie de la rate avec l'appareil de symptômes caractérisant la *leucocythémie*, mais sans exagération des globules blancs du sang, et avec perméabilité des vaisseaux spléniques.

Si donc l'on peut admettre une leucocythémie liée à une hypertrophie des glandes en général, et qui est une des deux variétés de la maladie, telle que l'a décrite Virchow (forme lymphatique), on ne saurait admettre qu'avec une extrême réserve sa seconde variété (forme splénique), dans laquelle la rate seule est hypertrophiée. La prédominance des globules blancs ne pouvant être considérée ici comme l'altération caractéristique de la maladie, il faut en revenir aux idées anciennes qui faisaient de l'hypertrophie de la rate la lésion *principale* d'un état pathologique particulier, mal connu dans la nature. Sans doute, les travaux modernes sur la leucocythémie ont jeté quelque jour sur la question relative à cette hypertrophie de la rate, en signalant un état particulier du sang (exagération des globules blancs) très fréquent dans cette affection ; mais il est évident que cet état du sang ne peut être considéré comme caractérisant essentiellement, dans sa forme splénique, la maladie appelée leucémie.

(1) Voyez *Bulletin de la Société anatomique*, décembre 1854 et mai 1855.

REVUE GÉNÉRALE.

TRAITEMENT DES ADÉNITES CERVICALES.

Voici l'opinion de M. Guersant sur les moyens le plus habituellement usités pour le traitement des adénites chroniques, et ceux qu'il met plus particulièrement en pratique à l'hôpital des Enfants.

Les émissions sanguines locales, qui ont été très en vogue il y a un certain nombre d'années, n'ont donné que rarement de bons résultats entre ses mains. Elles ne lui ont paru, en général, que diminuer le gonflement et la douleur, l'engorgement ne tardant pas ordinairement à reparaître, et le plus souvent à être suivi de suppuration. Aussi y a-t-il presque complétement renoncé. Mais si les émissions sanguines ne conviennent pas dans les adénites chroniques, il n'en est pas de même de l'adénite symtomatique d'une lésion traumatique aiguë. Dans ce cas, à l'exemple de Blandin, M. Guersant applique des sangsues et des émollients, et en obtient de bons résultats. Aussi, formule-t-il en principe que les émissions sanguines doivent être réservées particulièrement pour les adénites traumatiques aiguës, et qu'il faut les exclure du traitement de l'adénite chronique, où elles n'auraient pour effet que de débiliter les malades sans aucune utilité.

Les onctions fondantes sont préférées aux émollients : M. Guersant se sert de l'onguent napolitain seul ou uni à la belladone. Cependant ces onctions ne sont pas tout à fait sans inconvénients. Elles produisent quelquefois de l'érythème et plus rarement de la salivation. Ce dernier accident se produit rarement, en effet, chez les enfants ; M. Guersant a employé quelquefois jusqu'à 3 ou 4 onces d'onguent napolitain sans l'avoir jamais vu survenir. L'onguent napolitain calme la douleur et prépare la résolution. Au bout de quatre ou cinq jours, généralement, la tumeur a assez sensiblement diminué pour qu'on puisse cesser l'usage des onctions mercurielles et les remplacer par la pommade iodurée.

Quelquefois, M. Guersant emploie la pommade iodurée d'emblée à la dose de 4 grammes sur 30. Il a remarqué, toutefois, que cette pommade calmait généralement moins vite que l'onguent napolitain. Quelquefois, dès le début, il en résulte de l'érythème ; mais y a-t-il moyen de prévenir ou d'éviter cet inconvénient, c'est de faire préparer la pommade iodurée avec de la pommade de concombre, et d'y ajouter une petite quantité d'eau avant de broyer l'iodure de potassium avec le corps gras. On prévient de cette manière l'irritation que produiraient les parcelles dures de ce sel. Cette pommade est employée en simples onctions et non en frictions. Enfin, on y joint très souvent l'usage des corps chauds, la laine ou la ouate, de préférence aux cataplasmes.

L'application de ces divers moyens a amené la résolution d'adénites anciennes et volumineuses chez plusieurs petits malades, et notamment chez un jeune sujet qui était couché, il y a quelque temps, au dernier lit de la salle Saint-Côme, et chez lequel nous avons pu constater cet heureux résultat.

L'emplâtre de Vigo a été essayé aussi à l'hôpital des Enfants ; il a paru réussir quelquefois ; mais M. Guersant lui préfère les pommades à cause de l'irritation locale et du sentiment de gêne que cause cette emplâtre.

Les vésicatoires qu'on a beaucoup vantés dans le temps comme résolutifs et abortifs, ont également été mis en usage, mais ils n'ont pas toujours amené la fonte des indurations, et ils ont eu, en outre, l'inconvénient dans plusieurs cas d'ulcérer la peau.

Tels sont les moyens résolutifs les plus usités à l'hôpital des Enfants, et telle est, d'une manière générale leur valeur respective aux yeux de M. Guersant. — (In *Gaz. des hôp.*, n° 140.)

EMPLOI DE L'ERGOTINE DANS LA DIARRHÉE ÉPIDÉMIQUE DE L'ARMÉE SARDE, EN ORIENT, PENDANT L'ÉTÉ DE 1855.

Nous empruntons les extraits suivants à un mémoire publié par par M. le docteur Massalaz, médecin de bataillon de 1re classe :

« L'épidémie diarrhéique, qui décimait nos troupes pendant les mois de juillet et d'août, était la continuation du choléra dont le germe toxique affaibli, mais non éteint, dominait encore profondément la constitution médicale de Balaclava ; seulement, l'organisme du soldat avait acquis par l'habitude la force de réagir contre les causes morbides qui l'enveloppaient de toutes parts, et la susceptibilité primitive s'était émoussée sous l'influence des rudes épreuves de l'acclimatement.

» Les médicaments employés pour combattre la diarrhée furent pris, en général, dans la classe des toniques, des astringents et des opiacés. Ainsi la décoction de tamarin gommée, la tisane de riz laudanisée, la décoction d'écorce de Simarouba, la décoction blanche de Sydenham, les lavements amidonnés et opiacés, l'extrait gommeux d'opium, 10 à 20 centigr., joint au sulfate de quinine, 20 à 60 centigr. dans 10 grammes d'eau, l'ipécacuanha à dose altérante, le sous-nitrate de bismuth, etc., et dans quelques cas exceptionnels une médication excitante, et, pour ainsi dire, incendiaire, avec les alcooliques (rhum, vin vieux, cognac), eurent raison de certaines diarrhées séro-muqueuses, opiniâtres et rebelles à l'action de ces médicaments.

» Tels furent les moyens employés pour combattre cette maladie qui affectait alors les *quatre cinquièmes* des hommes recueillis dans nos hôpitaux temporaires et de dépôt, où se trouvaient environ deux mille malades. Cependant, malgré l'énergie et le rationalisme de cette médication, bien des cas se montraient réfractaires, et nous comptions un assez grand nombre de victimes.

» Je me souvins alors que le seigle ergoté, en nature, avait été conseillé par Stoult et autres dans les diarrhées rebelles, et j'avais sous les yeux un mémoire publié tout récemment, par notre chimiste Bonjean, *sur l'emploi de l'ergotine chez les malades et les blessés de l'armée d'Orient*, où sont consignés des cas de guérisons remarquables de dysenteries chroniques par ce puissant hémostatique, et dus à M. le docteur Fonfayral, médecin à Eymet (Dordogne), qui les a insérés dans le *Journal des sciences médicales pratiques de Montpellier*, t. VI, p. 293, et t. VII, p. 242 et 340. Guidé par l'analogie et l'induction, je crus devoir essayer ce remède dans ces hypersécrétions et exhalations muqueuses et séreuses de l'intestin, que l'on pourrait presque appeler des *hémorrhagies blanches*.

« En conséquence, une vingtaine de malades, atteints de diarrhées chroniques, profuses, asthéniques, furent soumis à l'action de l'ergotine, à la dose de 1 à 2 grammes dans 120 grammes d'eau gommée et édulcorée, à prendre par cuillerées à bouche de demi-heure en demi-heure. Cette prescription se fit à la visite du matin qui avait lieu à six heures. A la visite du soir, nous pûmes déjà constater une amélioration sensible chez tous les individus soumis à cette médication ; le nombre des selles, qui auparavant était de dix à quinze par jour, avait presque diminué de moitié. L'expérimentation fut poursuivie, en répétant la même dose d'ergotine à la visite du lendemain, et le soir du même jour le nombre des déjections alvines était descendu à deux, trois et quatre au plus, chez le plus grand nombre de nos malades ; chez cinq d'entre eux, le flux intestinal avait complétement cessé. L'état physique et moral des sujets s'harmonisait sensiblement avec l'amélioration locale ; ainsi la soif avait diminué, la langue devenait plus humide, moins rouge et moins pâle, le pouls moins fréquent, les forces et l'appétit renaissaient.

» En présence de cette transformation, il était impossible de ne pas accorder à l'ergotine le bénéfice de cette rapide amélioration ; malheureusement, le défaut de médicament, dont j'avais épuisé ma provision personnelle, m'empêcha de poursuivre ces essais thérapeutiques, qui avaient d'abord donné de si heureux résultats ; car l'ergotine, dont le Conseil supérieur de santé militaire avait pourvu notre corps d'armée, se trouvait sur le transport le *Crésus*, qui sombra sur les côtes de Gênes au début de l'expédition.

» Néanmoins, cette médication, bien que limitée dans sa durée et dans le nombre des sujets qui y furent soumis, paraîtrait démontrer, d'une manière assez péremptoire, la puissance curative de l'ergotine dans les diarrhées chroniques. — (In *Répertoire de pharmacie*, novembre 1856.)

TRAITEMENT DE L'HERPÈS TONSURANT DU CUIR CHEVELU.

Dans une bonne thèse sur le tricophycon, nom du végétal parasite dont la présence est la cause d'un grand nombre de maladies du cuir chevelu, M. le docteur Cramoisy a exposé de la manière suivante le traitement employé par M. Bazin contre l'herpès tonsurant :

« Ce traitement est exclusivement externe. Il consiste :

» 1° Dans l'avulsion plus ou moins répétée des poils sur les parties malades.

» 2° Dans l'application des agents parasiticides en lotions, en onctions et en bains.

» L'avulsion des cheveux et des poils se fait à l'aide de pinces épilatoires convenables. Ils sont arrachés, non seulement sur toutes les surfaces rouges et antécédemment couvertes de croûtes, mais encore sur les parties environnantes, dans un rayon qui doit varier suivant leur degré d'adhérence.

» Quand le cuir chevelu est sensible, et qu'en raison du nombre multiplié de points malades il faut étendre l'épilation à toute la tête, on frictionne d'abord le cuir chevelu pendant quatre ou cinq jours avec l'huile de cade, qui facilite la chute des croûtes en même temps qu'elle éteint la sensibilité cutanée ; on interrompt de temps à autre l'épilation, dès qu'une surface de 1 centimètre est dégarnie de cheveux, pour la lotionner avec l'eau de sublimé.

» Dans l'intervalle d'une épilation à l'autre, on fait sur les parties dégarnies et sur toute la tête une onction légère avec la pommade au turbith minéral.

» Dans les affections récentes et peu étendues du cuir chevelu, il suffit souvent d'une seule épilation. Dans le plus grand nombre de cas, on doit en pratiquer une seconde au bout de quinze jours ou trois semaines, de la même manière et avec les mêmes précautions que la première fois. Après les épilations, on lotionne tous les deux ou trois jours la tête avec la solution de sublimé ; on fait, de plus, tous les soirs une onction avec la pommade au turbith minéral.

» On est obligé, quand l'affection est très invétérée, de répéter souvent l'épilation jusqu'à ce que toutes les racines des poils aient pu être extirpées. Avec des pinces à mors recourbés, on gratte, on ratisse les surfaces malades, et l'on enlève ainsi toute la substance cryptogamique. On cesse l'épilation quand la couleur bleuâtre a disparu, quand les poils repoussés ont repris leurs caractères normaux, et quand le cuir chevelu n'offre plus de rougeur ni de desquamation.

» Voici les formules de la pommade et de la lotion parasiticide :

Pommade parasiticide.

Turbith minéral	50 centigrammes.
Axonge récente.	30 grammes.

F. s. a.

Lotion parasiticide.

Sublimé corrosif	50 centigrammes.
Eau distillée	500 grammes.

F. s. a.

» M. Bazin recommande encore quelques soins préliminaires qui abrégent beaucoup le traitement. Ils consistent :

» 1° A faire couper les cheveux ou les poils à 1 ou 2 centimètres de la peau ;

» 2° A débarrasser la partie malade des croûtes qui y adhèrent ;

» 3° A nettoyer cette dernière avec l'eau de savon, ou mieux, faire prendre un bain savonneux ;

» 4° A faire suivre, enfin, l'épilation des lotions et des pommades parasiticides. »

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 24 novembre. — Présidence de M. Mélier.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Cahen écrit pour demander le titre de membre titulaire, et adresse un travail intitulé : *Les eaux de Vichy sont-elles purgatives ?*

— Don Manuel Ruiz de Salazar, docteur en médecine, à Madrid, demande le titre de membre correspondant (étranger), et fait hommage d'un ouvrage sur des eaux minérales sulfureuses de la province de Santander.

— M. Uzac, devant quitter Paris pour se fixer à Tarbes (Hautes-Pyrénées), demande à échanger son titre de membre titulaire en celui de membre correspondant.

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ.

Description géographique et topographique de la vallée de Toranzo, dans la province de Santander, et observations hydrologiques sur les bains et eaux hydro-sulfurées de Outaneda et Alceda (en espagnol). Madrid, 1850, par le docteur Don Manuel Ruiz de Salazar.

Guide pratique des baigneurs aux thermes d'Acqui, et aperçu des principales maladies traitées dans l'établissement civil et dans celui des indigents, en 1852 (en italien), Turin 1853, par le docteur Lorenzo Granetti.

Plusieurs numéros du *Journal de balnéologie* (en allemand), publié par le docteur Spengler, d'Ems.

Relation des saisons de bains de 1854 *et* 1855, *à l'établissement des bains de mer de Schevening en Hollande* (en anglais), par le docteur P.-M. Mess.

Notice sur les eaux minérales de Saint-Gervais, en Savoie, 1854 (accompagné d'une carte géologique), par le docteur Payen.

Guide des malades aux eaux de Bagnols (Lozère), par le docteur Dufresse de Chassaigne.

Du mode d'action des eaux minéro-thermales de Plombières, 1847, par le docteur Léopold Turck.

Des maladies du foie aux eaux de Plombières, par le même.

L'hydrologie de Plombières, de MM. O. Henri et Lhéritier ; et Examen du livre de M. le docteur Lhéritier sur le rhumatisme traité par les eaux de Plombières, par le même.

De la vieillesse étudiée comme maladie et des moyens de la combattre, 1854, par le même.

De la nature et du traitement de la fièvre typhoïde, par le même.

Eau minérale iodo-bromurée calcaire de Saxon en Valais (Suisse), 1856, par M. Ossian Henri, père.

Rapport fait à la Société de pharmacie de Paris, sur les produits pharmaceutiques de l'Exposition universelle, par M. Reveil.

COLLECTIONS.

Échantillons de la roche dolomitique sodo-bromurée calcaire de Saxon en Valais (Suisse) recueillis sur place en 1854, et offerts par M. Ossian Henri père.

C'est dans cette roche que l'eau de Saxon paraît se minéraliser. Ces fragments dégagent une odeur d'iode très prononcée.

Carte topographique et routière de la vallée de Montjoie et des environs des bains de Saint-Gervais en Savoie, offerte par M. le docteur Payen.

Modèle de l'établissement et des appareils pour l'inhalation des vapeurs résineuses, offert par M. Armand Rey, de Bouqueyron (Isère).

M. le Président prononce une allocution :

Après avoir passé en revue les travaux de la Société pendant la session précédente, et l'avoir félicitée du zèle et de la persévérance qu'elle met à poursuivre l'objet de ses études, il fait remarquer que l'administration ne reste pas en arrière dans le mouvement qui fait aujourd'hui de l'hydrologie médicale une des parties de la médecine le plus activement étudiées. La loi votée par le Corps législatif dans le cours de sa dernière session, s'adressait aux intérêts les plus élevés des sources minérales. Le règlement administratif qui se prépare aujourd'hui dans les bureaux du ministère, comprendra toutes les questions de détail et d'application pratique dont la loi ne pouvait s'occuper, et la question médicale y tiendra une juste place. Enfin M. le Président communique quelques renseignements d'un grand intérêt, relatifs à l'accroissement incessant des établissements thermaux, au point de vue des malades qui s'y rendent, des bains qui s'y donnent, et de la consommation des eaux minérales transportées.

M. le Président avait, au commencement de son discours, payé un juste tribut de regrets aux pertes que la Société a faites dans le courant de l'année qui s'achève, dans la personne de trois de ses membres titulaires, MM. Petit, Sandras, et M. Cuvillon, médecin militaire.

M. le Secrétaire général donne lecture du discours qu'il a prononcé, dans l'intervalle des deux sessions, aux obsèques de M. Sandras.

M. le Secrétaire général propose, au nom du bureau, d'ajouter aux *Annales* de la Société une *Revue bibliographique* de tous les travaux publiés en dehors d'elle, touchant l'hydrologie médicale. Cette *Revue* prendrait place dans la dernière livraison de chaque volume, comprenant une liste complète de toutes les publications ayant paru dans le cours de l'année précédente, et consacrant une analyse plus ou moins détaillée à celles qui présenteraient le plus d'importance.

A cet effet, une *commission de bibliographie* serait instituée, comprenant le bureau, le comité de rédaction, et six membres désignés chaque année, dans la dernière séance de décembre, au scrutin de liste, pouvant être réélus. Afin de compenser l'augmentation de dépenses nécessitées par cette extension donnée aux publications de la Société, le prix d'abonnement aux *Annales* serait porté de 5 à 6 francs pour Paris, et de 6 à 7 francs pour les départements.

Cette proposition est adoptée par la Société.

— Sur la proposition du bureau, M. Léluт, membre de l'Institut et du Corps législatif, est nommé membre honoraire.

— M. Cahen lit un travail intitulé : *Les eaux de Vichy sont-elles purgatives?* Nous en extrayons ce qui suit :

Deux opinions diamétralement opposées ont été émises sur l'action que les eaux de Vichy exercent sur l'intestin. Les médecins anciens (Mareschal, Fouet) s'accordent pour leur reconnaître des vertus purgatives ; les médecins de nos jours soutiennent, au contraire, qu'elles produisent la constipation. Cette divergence d'opinions, relativement à un phénomène aussi simple en apparence, et aussi facile à constater, paraît tenir à deux causes. On n'a pas assez exactement défini ce qu'il fallait entendre par le mot purgatif ; on n'a pas assez tenu compte des conditions morbides différentes auxquelles on administrait les eaux.

Si l'on ne considérait comme purgatifs que les médicaments qui provoquent la diarrhée, non, certes, les eaux de Vichy ne purgeraient pas ; mais il arrive chaque jour que des purgatifs, même énergiques, n'ont d'autre action que celle de produire l'expulsion des matières solides contenues dans le gros intestin ; et cette propriété eccoprotique, les eaux de Vichy la possèdent incontestablement dans un grand nombre de circonstances bien définies.

Quand on administre ces eaux, ou seulement des bicarbonates alcalins, à des individus sains, il se produit généralement une diurèse ; et comme les sécrétions sont complémentaires les unes des autres, il peut arriver que cette augmentation de la sécrétion urinaire produise une diminution proportionnelle de la sécrétion intestinale, et consécutivement de la constipation. Quand il existe de la diarrhée entretenue par une mauvaise digestion gastrique, les eaux de Vichy rétablissent cette digestion, dont les conditions normales pourront encore faire cesser le dévoiement et agir comme les médicaments resserrants. Mais cette action sur l'intestin ne sera que médiate, indirecte ; car, il faut bien se le rappeler, il n'y a pas généralement de rapport immédiat entre la muqueuse intestinale et les eaux ingérées, qui passent en totalité et avec une extrême rapidité par les urines.

Quand, au contraire, il existe une constipation entretenue par une gastralgie par exemple, les eaux de Vichy, en guérissant la gastralgie, permettront le rétablissement régulier de la digestion intestinale, et produiront un effet eccoprotique. Dans les affections hépatiques, qui le plus souvent sont accompagnées de constipation, l'usage des eaux, en facilitant le cours de la bile, produira le même résultat ; car les recherches de Tiedmann et Gmelin ont établi que la présence de la bile provoquait les contractions péristaltiques de l'intestin. Dans ces circonstances, les eaux de Vichy auront produit une purgation, mais médiatement encore, et non par une action directe sur la muqueuse intestinale.

Ces résultats, en apparence contradictoires, s'observent tous les jours. Pour savoir si la constipation survient plus fréquemment que la purgation, ou si la purgation est plus souvent produite que la constipation, il faudrait pouvoir recueillir un nombre considérable d'observations, et la conclusion n'aurait aucune importance réelle, car elle varierait suivant la nature des maladies qui auraient été traitées par les eaux de Vichy.

Dans l'étude des eaux minérales, il importe, en effet, de distinguer avec soin les phénomènes qui résultent directement de l'usage des eaux, de ceux qui ne se manifestent que consécutivement à cet usage. Les premiers, phénomènes physiques ou chimiques, sont instantanés, identiques chez tous les individus, variables surtout suivant la composition des eaux. Les autres, phénomènes physiologiques, ne sont pas les mêmes chez tous les sujets, et varient surtout suivant les conditions pathologiques contre lesquelles on les administre.

En résumé, il n'est pas exact de dire que les eaux de Vichy produisent généralement la constipation. Il ne le serait pas non plus de prétendre qu'elles purgent généralement.

Elles rétablissent le cours des matières fécales, et produisent un effet eccoprotique dans un certain nombre de circonstances.

Cette influence ne s'observe pas seulement dans des cas exceptionnels liés à certaines idiosyncrasies.

Elle se manifeste en rétablissant la régularité de la digestion stomacale, et consécutivement celle de la digestion intestinale.

Elle devient évidente dans les cas où l'usage des eaux rétablit ou facilite le cours de la bile.

C'est dans ces limites que les eaux de Vichy sont, suivant les expressions de Fouet, désopilatives et purgatives.

— M. Le Bret lit un rapport sur un ouvrage du docteur Ruiz de Salazar, intitulé : *Description géographique et topographique de la vallée de Toranzo*, et *Observations hydrologiques sur les bains et eaux hydro-sulfurées de Outaneda et Alceda* (en espagnol).

Des remercîments seront adressés à l'auteur, et son nom sera inscrit parmi les candidats au titre de membre correspondant.

La séance est levée.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU LUNDI 8 DÉCEMBRE 1856.

1° Élection d'un membre titulaire.

2° Communication de M. Sales-Girons relative *aux vapeurs des eaux minérales*.

3° Rapport de M. Lefort sur un ouvrage de M. Bouquet intitulé : *Histoire chimique des eaux minérales de Vichy, Cusset*, etc.

4° Discussion sur la communication de M. Cahen : *Les eaux de Vichy sont-elles purgatives?*

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE MORTS EN ORIENT.

Le total des souscriptions recueillies jusqu'à ce jour par M. le baron Paul Dubois, président de la commission, est de 5,360 francs, et non de 5,798 francs indiqués par erreur dans le numéro de l'Union Médicale de samedi dernier.

Souscription ouverte dans les bureaux de l'Union Médicale :

MM. le docteur Barthez, médecin de l'hôpital militaire de Vichy, 40 fr. ; Battle-Badessa, médecin de colonisation à Sidi-bel-Abbas (Algérie), 5 fr. ; les membres de la Société médicale de Boulogne-sur-Mer : MM. Perrochaud, Dupont, Livois, Gros, Cookesley, Ovion, Duhamel, Flour, Biencourt, 90 fr. ; Thomas, ancien médecin de l'hôpital à St-Étienne, 5 fr. ; Escoffier, médecin de l'hôpital à id., 100 fr. ; Vial, id. id., 50 fr. ; Millon, id., 10 fr. ; Bruny, chirurgien de l'hôpital à id., 25 fr. ; Gallois, id., 25 fr. ; Jozan, d.-m. à id., 10 fr. ; Besson, id. id., 15 fr. ; Dayrol, id. id., 10 fr. ; Maurice, id. id., 10 fr. ; Michalouski, id. id., 25 fr.

Total.	420 fr. »
Listes précédentes.	2,127 fr. 50
Total de l'Union Médicale.	2,547 fr. 50

— Par décision du conseil de surveillance de l'assistance publique, plusieurs médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris vont être admis à la retraite à partir du 1er janvier prochain. Ce sont MM. Paul Dubois, Cruveilhier, Bouneau et Hervez de Chégoin.

M. Paul Dubois sera remplacé à l'hôpital de la Maternité comme chirurgien de cet établissement, mais il restera à la Clinique en sa qualité de professeur de clinique d'accouchements.

— M. E. Barthez, médecin de l'hôpital Ste-Eugénie, vient d'être nommé médecin du Prince impérial.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris — Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 146. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 4 Décembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. REVUE CLINIQUE DES HÔPITAUX ET HOSPICES (hôpital Saint-Antoine, service de M. Aran) : Apoplexie pulmonaire chez une femme enceinte de huit mois : accouchement prématuré artificiel ; naissance d'un enfant vivant ; rétablissement de la mère. — III. CLINIQUE MÉDICALE : Observation de fièvre pernicieuse éclamptique. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine). Séance du 2 décembre ; Correspondance. — Rapport. — Election. — Présentation pathologique. — V. PRESSE MÉDICALE ANGLAISE : Traitement de l'ulcère phagédénique par l'irrigation et les bains chauds prolongés. — Maladie bronzée de la peau ; phthisie ; état cachectique ; mort. Affection kystique des capsules surrénales. — Emploi du gaz acide carbonique pour exciter le travail dans l'accouchement prématuré artificiel. — Injections iodées dans les kystes de l'ovaire. — Cas de rhumatisme aigu traités avec succès par le bicarbonate de potasse. — VI. RÉCLAMATION : Des travaux sur la ciguë par MM. Devay et Guillermond, de Lyon, et par M. le professeur Schroff, de Vienne. — VII. COURRIER. — VIII. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

PARIS, LE 3 DÉCEMBRE 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Entre les deux parties d'un rapport fait par M. Poiseuille sur un instrument de spirométrie, rapport très sacrifié et lu au milieu des conversations bruyantes et peu confraternelles de l'assemblée, le scrutin a été ouvert pour l'élection d'un membre dans la section de pathologie chirurgicale. Ainsi qu'il était facile de le prévoir, M. Nélaton a été élu sans lutte sérieuse, et 60 voix sur 78 votants ont montré le vif désir de l'Académie de ne pas différer plus longtemps l'entrée d'un chirurgien aussi distingué dans la savante compagnie. Un succès aussi honorable engage M. Nélaton, et il répondra certainement par son zèle et ses services à l'empressement que l'Académie vient de lui témoigner.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre et pour discuter le rapport sur les candidats à une place vacante dans la section de pharmacie, et pour laquelle une élection aura lieu mardi prochain.

Amédée LATOUR.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.

(MÉDECINE.)

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. ARAN.

APOPLEXIE PULMONAIRE CHEZ UNE FEMME ENCEINTE DE HUIT MOIS ; ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL ; NAISSANCE D'UN ENFANT VIVANT ; RÉTABLISSEMENT DE LA MÈRE.

L'accouchement prématuré artificiel, cette heureuse et brillante conquête de l'obstétrique moderne, trouve, on le sait, sa principale indication dans certains degrés de rétrécissement du bassin, compris entre les limites de 9 centimètres 1/2 et 6 centimètres 1/2.

Mais, à côté de cette indication purement obstétricale, se placent d'autres indications également importantes, qui peuvent se subdiviser en deux classes : les unes appartenant encore de très près à l'obstétrique, puisqu'elles résultent d'accidents et d'états morbides qui sont sous la dépendance de la grossesse elle-même, certaines hémorrhagies utérines, l'hydropisie de l'amnios portée à un degré extrême, l'éclampsie, les vomissements incoercibles ; les autres rentrant plus spécialement dans le domaine de la médecine proprement dite. Dans cette dernière catégorie, se rangent les affections préexistant à la grossesse, ou venant à se manifester dans son cours, qui, graves par elles-mêmes, sont encore aggravées par l'état de gestation, au point de paraître devoir se terminer promptement d'une manière fatale, si la déplétion de l'utérus ne vient en conjurer les dangers.

Il n'est pas possible de prévoir, *à priori*, quelles sont les affections qui, dans ces données, sont de nature à réclamer, comme moyen d'en enrayer la marche, la provocation de l'accouchement avant le terme régulier de la grossesse. Cependant les auteurs des traités spéciaux en donnent une liste déjà assez étendue. Ainsi, aux maladies indiquées ci-dessus, il faut ajouter, d'après M. Cazeaux (3e édit., 1850, p. 291 et suiv.), les maladies du cœur avancées, les infiltrations générales avec épanchement dans les grandes cavités, une suffocation imminente, l'existence d'une tumeur anévrysmale considérable, menacée de rupture par suite de la gêne que le développement de l'utérus produit dans la circulation générale, des accidents nerveux, tels que l'asthme, la chorée, etc., et, dans des conditions définies, les tumeurs abdominales ou pelviennes. Du reste, l'opération a été pratiquée déjà avec avantage dans de telles circonstances, par exemple dans des cas d'ascite et d'hydrothorax (Siebold, thèse du dr Farniot, Strasbourg, 1836), d'anasarque avec suffocation imminente (docteur Staenglmayr, *Gaz. méd.*, 1851), d'anévrysme de l'aorte (Mai, d'après le docteur Lacour), de maladie organique du cœur (docteur Dubreuilh, UNION MÉDICALE, 1850), et sans doute dans d'autres cas encore qui nous sont inconnus (1).

Le fait suivant mérite d'être ajouté à la liste de ceux où cette opération a été pratiquée avec le plus heureux succès. Il s'agit d'un cas d'apoplexie pulmonaire chez une femme enceinte, observé à l'hôpital St-Antoine, dans le service de M. Aran, et chez laquelle l'accouchement a été provoqué à huit mois et une semaine, avec le résultat le plus avantageux pour la mère et pour l'enfant.

(1) Renseignements empruntés à une bonne thèse de Paris, celle du docteur Gardelle, de Montauban, 1855.

Louise Revel, âgée de 37 ans, marchande des quatre saisons, fut apportée à l'hôpital Saint-Antoine, le 16 octobre dernier, et couchée au n° 15 de la salle Sainte-Thérèse.

Enceinte de huit mois, elle a été prise, vingt-quatre heures auparavant, subitement, au milieu de la santé, d'une oppression très forte et d'une toux fatigante, suivie de quelques crachats sanglants. Malgré une saignée qui a été faite en ville, la dyspnée, non seulement n'a pas disparu, mais même est devenue plus considérable.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, la face est cyanosée, les lèvres bleuâtres, la respiration haute et fréquente, et la dyspnée si intense, que la malade est obligée de se tenir assise sur son lit et renverse fortement la tête en arrière à chaque inspiration ; il y a une expectoration très abondante consistant en un liquide rouge, spumeux et ressemblant à du sang mêlé d'une grande quantité d'eau et couvert d'écume, sans caillots ; on entend, à distance, des râles muqueux, une sorte de gargouillement qui a son siége dans la trachée. La percussion ne fait découvrir aucune matité appréciable dans aucun point de la poitrine, et même la sonorité est exagérée le long des gouttières vertébrales. L'oreille, appliquée sur les parois thoraciques, ne perçoit qu'un gros râle sous-crépitant mêlé de râle sibilant prolongé, couvrant les deux temps de la respiration, dans toute l'étendue de la poitrine, excepté à la partie latérale du poumon gauche, où les ronchus sont moins nombreux. Les bruits du cœur sont masqués par la sibilance ; le pouls, à 128, est petit, à peine sensible, irrégulier. Les extrémités sont froides et cyanosées. L'impossibilité où se trouve la malade de rester couchée dans son lit, s'oppose à une auscultation utile du souffle placentaire et des bruits fœtaux ; depuis vingt-quatre heures, les mouvements de l'enfant ont cessé de se faire sentir. — Malgré la faiblesse extrême de la malade, une saignée de 350 grammes est pratiquée ; deux heures après, trente ventouses sèches, dont quinze vésicantes, sont appliquées sur les parois thoraciques, et un julep, avec 0,75 de sulfate de cuivre, est prescrit à prendre dans la journée.

17 octobre. Il y a eu du soulagement à la suite de la saignée ; mais l'expectoration sanglante a continué pendant la journée ; le sang rejeté, toujours très liquide, sans caillots, mêlé à des mucosités diffluentes. Ce matin, les crachats sont encore teints de sang, mais bien moins abondants. Le pouls s'est relevé un peu, et bat 100 fois par minute ; 32 respirations ; l'oppression a beaucoup diminué, ainsi que les râles qui consistent toujours en un mélange de ronchus sibilants et muqueux dans toute l'étendue du thorax, mais plus abondants à la partie supérieure des poumons et dans le poumon droit en général. Pas de matité ; pas de douleur dans la poitrine. — Large vésicatoire volant sur le côté droit du dos ; julep avec 0,25 de kermès minéral.

19 octobre. Etat bien amélioré ; l'oreille perçoit encore des râles dans la poitrine et il y a encore des crachats sanglants, d'ailleurs moins abondants ; ces crachats, plus foncés que ceux observés jusqu'à ce jour, affectent la teinte jus de pruneaux, ce qui tient probablement à ce qu'ils ont séjourné dans les bronches au contact de l'air. Saignée encore, de 250 grammes ; deux portions.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,

Pendant le 1er semestre de 1853-1854,

PAR M. ANDRAL,

Professeur de pathologie et de thérapeutique générales,

Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — De la médication purgative et des idées singulières de Galien sur les propriétés des purgatifs. — Une consultation de Galien. — Examen du traité sur les habitudes ; fragment d'Erasistrate.

XXXIV (1).

Thérapeutique de Galien (suite).

La médication purgative comprend à la fois les vomitifs et les purgatifs. Galien consacre deux ouvrages spéciaux à exposer ses idées sur ces agents importants de la thérapeutique. Voici de quelle manière singulière il débute dans le traité *De purgantium medicamentorum facultatibus* : « Il y a, dit-il, des crimes tellement exorbitants qu'ils n'ont pas été prévus par le législateur et qu'il n'existe pas, dans le Code, des lois pour les punir. »

En lisant un si pompeux exorde, en tête d'un livre sur les propriétés des purgatifs, on se demande, non sans quelque surprise, où l'auteur veut en venir et quel rapport il peut y avoir entre les purgatifs et le Code pénal. Le voici : Galien regarde comme un crime digne d'être puni par les lois, de nier que les purgatifs ne soient doués d'une propriété élective, en vertu de laquelle chacun d'eux porte spécialement son action sur une humeur particulière, les uns sur la bile jaune, les autres sur la bile noire, ceux-là sur la pituite, etc., etc. Il y avait, sur ce point, à l'époque de Galien, des opinions étranges dissipées aujourd'hui au flambeau de l'observation moderne. Nous croyons bien encore cependant à l'existence de médicaments qui agissent spécialement les uns sur le foie, les autres sur la partie supérieure ou inférieure de l'intestin, mais tout cela est sujet à révision. Voici sur quels arguments Galien appuie sa manière de voir : « Si, dit-il, tous les purgatifs attiraient indifféremment, dans l'intestin, les humeurs du sang, il n'y aurait pas de différence entre eux et la saignée. Il n'en est pas ainsi : tandis que la saignée ne fait que diminuer la masse du sang, ceux-là purifient ce liquide en éliminant de préférence certains matériaux qui ne doivent pas y rester. Voici trois ictériques, faites à l'un une saignée, donnez à l'autre un purgatif qui attire la bile noire, au troisième faites prendre un purgatif qui attire la bile jaune. Les deux premiers demeureront ictériques, le dernier seul sera guéri. » Le temps a fait justice de ces erreurs.

Le second ouvrage de Galien sur les purgatifs a pour titre : *Dans quels cas faut-il purger ? Par quels moyens ? Quand faut-il purger ?* L'auteur y traite et résout ces diverses questions. Les individus sains de corps, dit-il, supportent difficilement les purgatifs, parce que, dans ce cas, rien, dans le sang, n'est inutile. L'humeur éliminée était nécessaire à la constitution normale du sang ; en purgeant, on appauvrit ce liquide.

Galien distingue des individus parfaitement sains, ceux qui, quoique bien portants, sont cependant disposés à être malades. Ceux-là ont besoin d'être purgés ; or, cette nécessité se manifeste chez eux par du malaise qui leur arrive surtout dans le passage de l'hiver au printemps. C'était une pratique usitée, au temps de Galien, de saigner ou de purger, suivant le genre de trouble fonctionnel, au commencement du printemps. Lorsque le malaise ou la disposition à la maladie n'étaient pas très prononcés, au lieu de la saignée ou du purgatif, Galien voulait que l'on diminuât la quantité habituelle des aliments, de manière à produire, chez l'individu, une certaine inanition. Ce conseil, dont le christianisme a fait une obligation pour tous ses adeptes, en instituant le carême, se retrouve, dans tous les pays du monde, commandé par les règlements religieux, comme mesure d'hygiène. On comprend l'utilité, la nécessité même d'une pareille mesure à une époque où la société romaine, livrée à tous les excès de l'intempérance, semblait ne plus vivre que pour les plaisirs de la table.

Développant ses idées sur les purgatifs, Galien indique quels sont ceux auxquels on doit avoir recours suivant l'espèce de maladie que l'on a à traiter. Les affections épileptiques et apoplectiques réclament le purgatif de la pituite ; les maladies articulaires avec grande chaleur, celui de la bile ; celles avec humeurs froides demandent l'évacuation du phlegme, etc. Les purgatifs ne doivent pas, d'après Galien, être donnés d'emblée ; dans la plupart des cas, il convient de préparer l'économie à cette évacuation. En effet, le purgatif agit en séparant du sang l'humeur viciée ; il faut donc que cette humeur soit apte à être séparée, d'où la nécessité de donner, préalablement à l'emploi des purgatifs, des médicaments qui aient la propriété d'atténuer et d'inciser les humeurs épaisses, et qui ouvrent les voies par lesquelles ces humeurs doivent passer. Il y a là un fait d'observation caché sous cette idée théorique. L'expérience démontre qu'il est, dans le cours de la plupart des maladies, quelques précautions bonnes à prendre, par exemple de diminuer et même de supprimer l'alimentation, de faire passer dans le sang des boissons tempérantes et délayantes. Voilà ce qu'il faut retenir du précepte posé par Galien.

Dans un parallèle entre les vomitifs et les purgatifs, l'auteur s'occupe de préciser les cas où chacune de ces espèces d'évacuants doit tour à tour obtenir la préférence, parce qu'elle satisfait mieux à certaines indications. Comme contre-indications à l'emploi des vomitifs, il cite les affections chroniques de la poitrine, l'étroitesse de cette cavité. La bile doit être évacuée par le haut, la pituite par le bas. Le mode d'évacuation est encore subordonné aux saisons. L'été, les vomitifs sont préférables ; l'hiver, les purgatifs. En outre, soit qu'il s'agisse de poser d'une manière générale l'indication de l'emploi d'un évacuant, soit qu'il faille faire un choix entre les vomitifs et les purgatifs, il faut avoir égard au tempérament, à l'âge, au sexe, aux habitudes, etc., des malades.

Galien s'occupe également des indications et des contre-indications de la médication purgative dans l'état de fièvre. Cet état s'accompagne de surabondance ou d'altération du sang. Dans l'un et l'autre cas, il faut toujours prendre garde aux purgatifs, car, tout purgatif possède une action échauffante, et, dans la fièvre, il faut rafraîchir. Mais il s'agit de combattre également la cause qui produit la fièvre. Si c'est un excès de sang, vous n'avez que faire des purgatifs, il faut saigner ; si c'est une altération dans la composition de ce liquide, si le sang contient une humeur viciée, alors, en évacuant l'humeur, vous évacuerez la cause de la maladie. Il est des cas où l'humeur s'élimine spontanément, mais, souvent, l'élimination est fort longue à se faire ou bien ne se fait pas. Il faut alors passer par dessus l'indication des rafraîchissants et des tempérants, et saisir d'autre indication, celle de la cause de la fièvre qui est une altération du sang. Si le sang est altéré par un excès de bile, purgez, après avoir donné des atténuants, des incisifs, des rafraîchissants, car, dans ces cas, en purgeant, vous faites disparaître la cause de la maladie. Du reste, même dans les cas où l'indication des purgatifs est manifeste, il ne faut pas se hâter, il faut attendre le temps où les crises se préparent, et alors, dit Galien, vous observez si les efforts auxquels la nature se livre sont insuffisants, car il y a bien des cas où la nature se suffit à elle-même, vous commencez donc par les atténuants, les tempérants ; mais si vous vous apercevez que la nature lutte en vain contre la cause morbifique, alors vous attaquez cette cause par les purgatifs. Parmi les contre-indications à l'emploi de la médication purgative, Galien cite encore l'existence en quelques points du corps, d'un phlegmon bien caractérisé.

Voici l'ensemble des ouvrages particuliers de Galien sur la thérapeutique, les uns spécialement consacrés à l'étude des émissions sanguines, les autres à celle de l'emploi des purgatifs.

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 janvier, 7, 19 février, 8, 15 avril, 15, 22, 27 mai, 26 juin, 3, 10, 31 juillet, 4, 11, 18, 25 septembre, 25 octobre et 2e novembre 1856.

Les jours suivants, les crachats ne sont plus mêlés de sang; ils sont blancs et spumeux. On entend parfaitement les bruits du cœur du fœtus dans la fosse iliaque gauche.

L'état satisfaisant de la malade permet alors de l'interroger sur ses antécédents. Cette femme, qui est maigre, d'une constitution médiocrement forte, n'a jamais été alitée. Elle est sujette à s'enrhumer les hivers et tousse depuis longtemps; jusqu'ici elle n'a jamais craché de sang; ses parents n'ont pas eu de maladies de poitrine. Elle a eu sept grossesses dans l'espace de neuf ans; tous ses enfants sont morts en naissant ou dans la première enfance, à l'exception d'une petite fille de 23 mois. — La percussion fait constater une diminution de sonorité sous la clavicule gauche; à droite, la résonnance est normale sous la clavicule; mais, en arrière, du même côté, il y a une matité assez prononcée dans la fosse sus-épineuse et la partie la plus élevée de la sous-épineuse. Par l'application de l'oreille, on perçoit, sous la clavicule gauche, de l'expiration prolongée à un degré très marqué, mêlée de râles sibilants, et un peu de retentissement de la voix; et au sommet droit, en arrière, dans les points correspondants à la matité constatée, un peu de respiration bronchique; pas de bronchophonie, mais seulement du retentissement de la voix et de la toux.

Le 22 octobre, la malade a été reprise d'oppression et de crachement de sang. Saignée de 350 grammes.

Le 23, on la trouve assise sur son lit, les jambes pendantes et œdématiées, la face amaigrie avec un teint jaunâtre, et les pommettes plaquées de rouge, les pupilles dilatées, le pouls très faible, à 120 pulsations, la respiration haute et pénible, à 48 par minute. Le bruit respiratoire est rude, sibilant; l'expiration est très prolongée; la résonnance de la poitrine est exagérée; les battements du cœur sont très nets; il y a une expectoration sanglante, spumeuse, abondante. Les mouvements du fœtus, que la malade avait recommencé à percevoir depuis plusieurs jours, ont disparu de nouveau depuis vingt-quatre heures. — Le sang obtenu par la saignée d'hier, présente une couenne épaisse et résistante. — Vésicatoire volant sur le dos; julep avec 4 grammes d'acide gallique.

Mais en présence d'accidents aussi graves, qui se renouvellent ainsi et qui peuvent compromettre la vie de la malade, on regarde comme formelle l'indication de provoquer l'accouchement avant terme. M. Aran introduit la sonde utérine et cherche à décoller les membranes. Malgré cette opération, la journée s'étant passée sans qu'aucune douleur puerpérale se soit manifestée, comme le col, toujours mou, n'est pas dilaté, et que rien n'annonce qu'il y ait un commencement de travail, des injections d'eau tiède sont faites pendant dix minutes dans la cavité utérine, au moyen d'une sonde introduite dans le col. Deux heures après, le travail commence, et il se termine au bout de trois heures par l'expulsion d'un enfant vivant.

Le 24 octobre, lendemain de l'accouchement, l'expectoration est devenue beaucoup moins abondante; les crachats sont sanglants, visqueux, adhérents. La peau est moite; le pouls, faible, à 124; la respiration, toujours haute et difficile, à 26. Les râles sont bien moins nombreux en avant; en arrière, on entend, à la base du poumon droit, un peu de râle crépitant et de respiration soufflante; dans le reste de la poitrine, les ronchus sont sibilants et muqueux. — La perte de sang par les parties génitales, à la suite de l'accouchement, a été peu de chose. — Potion avec oxymel scillitique, 50 grammes, et kermès, 1 g^r,50. Diète.

A partir du 25 octobre, les crachats ont cessé d'être sanglants; les râles ont disparu peu à peu, et le 30, la malade va tout à fait bien, ainsi que son enfant qu'elle nourrit; sauf, toutefois, qu'elle tousse un peu, comme elle le faisait avant son entrée à l'hôpital, et qu'elle conserve quelque matité sous la clavicule gauche et dans la fosse sus-épineuse droite, avec de l'expiration prolongée dans ces deux points.

Il est inutile de faire suivre l'exposé de ce fait d'aucun commentaire tendant à établir le bien fondé de l'indication. Il est suffisamment démontré, d'une part par la gravité des accidents, et d'autre part par le résultat obtenu. A une époque encore très peu ancienne, dans un cas pareil, selon des probabilités qui équivalent, croyons-nous, à une certitude, cette femme aurait succombé à l'hémorrhagie dont elle était atteinte, et son enfant aurait péri avec elle. Une opération césarienne *post-mortem* aurait pu, il est vrai, le sauver *peut-être*, si l'on n'eût pas été détourné d'y penser par ce fait que, depuis un grand nombre d'heures déjà, la malade ne sentait plus les mouvements actifs.

Cette dernière circonstance mérite d'être notée avec soin en regard du résultat de l'opération, en ce qui concerne l'enfant. Dans de tels cas, si par suite d'une circonstance, quelle qu'elle fût, dépendante ou non de la maladie, il n'était pas possible de constater par l'auscultation l'état des fonctions du cœur du fœtus, le fait qui vient d'être rapporté, démontre que l'absence de perception par la patiente des mouvements fœtaux, même remontant à une période déjà éloignée, n'est pas suffisante pour faire désespérer d'obtenir un double succès au moyen de l'accouchement prématuré artificiel, la vie de l'enfant en même temps que le salut de la mère.

Dr A. Gauchet.

CLINIQUE MÉDICALE.

OBSERVATION DE FIÈVRE PERNICIEUSE ÉCLAMPTIFORME,

Recueillie à l'hôpital de Sétif (Algérie) en 1851,

Par le docteur A. Netter, médecin-major à l'hôpital de Strasbourg.

Première période, d'une durée de treize heures environ, caractérisée par une série d'accès épileptiforme, excessivement fréquente, alternant avec le coma.

Deuxième période, également d'une durée d'environ treize heures; coma profond.

Troisième période, embrassant six à sept jours; plusieurs accès de fièvre intermittente, accompagnés de subdélire et de quelques mouvements convulsifs.

Quatrième période (convalescence), de plus d'un mois, entravée par une forte bronchite qui dura huit jours.

Traitement : antiphlogistiques, sulfate de quinine à haute dose, révulsifs énergiques, guérison.

La nommée Mariam, juive, originaire d'Alger, d'une famille aisée qui tomba plus tard dans la misère, âgée de 18 ans, est d'une constitution très délicate : ses membres sont grêles et décolorés, et elle dit avoir porté un cautère au bras pendant deux ans, à cause d'une toux qui avait inquiété ses parents. Il y a quatorze mois, elle se maria et bientôt après devint enceinte : sa grossesse se passa sans autre accident qu'une fièvre intermittente, qui dura un mois; arrivée à terme, elle accoucha heureusement d'un enfant médiocrement développé; elle l'allaitait depuis vingt jours, quand elle eut une querelle violente avec sa belle-sœur, qui se porta à son égard à des actes de violence. Au milieu de la nuit qui suivit cette scène, la femme Mariam fut réveillée par une céphalalgie aiguë; au même moment elle fut prise d'un tremblement général, avec sensation de froid, suivi plus tard de chaleur et d'agitation; bientôt elle tomba dans des convulsions qui alternèrent avec le coma. Cet état, pendant lequel son mari ne put tirer d'elle aucune parole, se maintint tout le restant de la nuit et toute la journée du lendemain; les convulsions se manifestèrent par accès analogues à ceux qui seront décrits plus loin; la malade en eut trois pendant la nuit, mais les jours suivants ceux-ci se renouvelèrent tous les quarts d'heure.

Appelé à six heures du soir, *c'était le 2 mars* 1851, nous trouvâmes cette femme couchée par terre, sur un matelas, sans connaissance, le pouls fréquent, mais peu développé; nous la fîmes transporter aussitôt à la salle des femmes de l'hôpital militaire. En la déshabillant, on remarqua que son pantalon, vêtement indigène, était rempli de sang et de lochies excessivement fétides; c'est ce qui expliquait la mauvaise odeur qu'elle dégageait. Vingt-quatre sangsues aux tempes et des compresses froides sur le front furent appliquées immédiatement. Toute la nuit la malade eut des convulsions qui revinrent par accès et qui présentèrent le caractère épileptiforme.

Voici quel fut son état :

Elle était couchée sur le dos, les membres étendus et écartés, n'offrant d'autre signe de vie qu'un pouls peu développé et une respiration assez faible. Tout à coup, l'attention des assistants est excitée par quelques mouvements de tête, puis aussitôt les membres de la malade s'étendent et se raidissent par degrés; la face, devenue rouge, est agitée de contractions vivement répétées, qui lui donnent un aspect hideux; les arcades dentaires sont violemment rapprochées et la langue serrée entre elles. Tout le corps se raidissant est secoué par des mouvements brusques et successifs. Les inspirations sont courtes, précipitées et irrégulières. Le pouls petit et fréquent.

Après quelque durée, toutes ces contractions diminuent de fréquence et de violence; le pouls faiblit et disparaît même par moment; la respiration se ralentit et devient stertoreuse; des mucosités sanguinolentes arrivent comme avec peine à la bouche, deviennent plus abondantes, et quand la malade en est débarrassée, soit par de pénibles efforts d'expuition, soit plus encore par le secours des assistants, elle retombe dans son coma, pâle et presque inanimée.

Ces accès furent courts, mais excessivement fréquents; dix à quinze minutes d'intervalle entre eux, trois environ pour la durée de chacun.

Toute la nuit se passa ainsi; ce n'est qu'entre cinq et six heures du matin qu'il y eut de la rémission dans la fréquence et dans l'intensité des accès; en même temps, la peau se couvrit d'une légère transpiration.

Outre les vingt-quatre sangsues appliquées à la malade la veille au soir, je lui ai pratiqué vers minuit une saignée de 400 grammes, et ordonné un lavement laxatif à la suite duquel elle eut une selle involontaire.

3 mars, *huit heures du matin*. Coma profond; non-seulement on ne peut tirer aucune parole de la malade, mais elle est totalement insensible à de forts pincements qui ne provoquent de sa part ni plaintes, ni gémissements. Pouls peu développé et légèrement accéléré; peau moins chaude qu'à l'état physiologique, lochies fétides.

Prescription : Diète; eau gommeuse 2, sulfate de quinine en solution; 3 grammes à prendre à partir de midi, si les accès épileptiformes ne se renouvellent pas. (On lui versera cette solution par petites quantités dans la bouche.)

Trois heures du soir. La malade a éprouvé, dans la matinée, un accès épileptiforme moins intense que ceux de la nuit précédente; on a néanmoins commencé à l'heure indiquée l'administration de la quinine.

Dans ce moment, légère moiteur de la peau; du reste, coma comme le matin.

Prescription : En plus de la quinine déjà ordonnée, trois vésicatoires, dont deux aux cuisses et un à la nuque; onguent mercuriel (en tout 4 grammes) en frictions sur la tête, les cheveux préalablement coupés aussi près que possible.

4 mars, *huit heures du matin*. Nous nous assurons par le dire de l'infirmière, femme très obéissante et très dévouée, que les 3 grammes de quinine, prescrits la veille, ont été gardés par la malade.

La nuit a été assez tranquille, sauf des gémissements fréquents et des mouvements non convulsifs dans les bras et dans les jambes, phénomènes que j'attribue à l'action stimulante des vésicatoires, et que je considère comme des signes favorables.

Dans le courant de la nuit, la malade a uriné dans son lit; il y a eu aussi une selle involontaire; cependant un petit accès épileptiforme a été observé à cinq heures du matin.

Au moment de la visite, pupilles très contractées; yeux fixes; peau modérément chaude; pouls à 80 environ, faible et dépressible; un peu de contracture des membres; coma persistant; quelques rares et légers gémissements quand on remue la malade.

Prescription : Diète; eau gommeuse 2; sulfate de quinine, 3 gram.; potion gommeuse; continuation des frictions mercurielles; entretien des vésicatoires.

Trois heures du soir. Le pansement des vésicatoires, fait après la visite du matin, a provoqué des plaintes continues et a fait grimacer la figure. Dans ce moment, pupilles dilatées. Les yeux se tournent de tous côtés vers les assistants; la malade semble entendre quand son mari l'appelle par son nom; mais elle ne répond à aucune des questions qu'on lui

---

Les doctrines de Galien en thérapeutique ont été encore assez longuement exposées dans une lettre écrite à un personnage qui l'avait consulté pour son fils épileptique. Cette lettre peut être citée comme un modèle de consultation. L'auteur commence par de longues considérations théoriques sur la cause ou les causes de l'épilepsie, il donne ensuite une série de préceptes d'hygiène et de thérapeutique. Il y a un luxe effrayant de médicaments, d'immenses détails sur le régime, les heures des repas, la quantité et la qualité des aliments et leur ordre de succession, suivant les fameuses règles de la métasyncrèse empruntées à l'école méthodiste. C'est un morceau curieux à lire.

Galien a composé en outre quelques traités de matière médicale où l'on peut prendre une idée de ce qu'était, de son temps, la pharmacie. Il y trace l'histoire de tous les médicaments simples, ainsi que celle d'une foule de médicaments composés usités à cette époque. Le nombre en était grand, car l'esprit du temps, esprit dont Galien, malgré la trempe peu commune de son génie, ne sut pas assez se garantir, poussait les médecins vers l'empirisme et la polypharmacie.

Parmi les médicaments composés, il en est un célèbre, la *thériaque*, auquel l'auteur a consacré un traité spécial. Il le vante comme un bon remède dans un certain nombre de maladies, et aussi comme un antidote.

Il a fait aussi un traité sur les *antidotes* en général, qui n'est qu'une compilation de ce qui avait été écrit là-dessus par les auteurs de son temps. On s'occupait beaucoup alors des antidotes, sans doute parce que l'on empoisonnait beaucoup.

Il nous reste de Galien un petit traité sur un point de médecine légale : *Des maladies simulées et des moyens de les reconnaître*, souvent cité par les médecins légistes; et aussi un opuscule sur les *poids* et *mesures* en médecine, *De ponderibus et mensuris*. Voyez si une seule partie de la science ou de l'art médical a été étrangère à cet homme étonnant, à cet esprit véritablement encyclopédique!

Une œuvre qui tient à la fois à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique, et surtout à l'hygiène, est également sortie de la plume de Galien. C'est un traité sur l'*habitude*, qu'il considère surtout au point de vue du médecin hygiéniste. Il examine d'abord les habitudes relativement à l'alimentation, parle des modifications qu'exercent sur l'homme en santé le nombre et les heures des repas, la qualité et la quantité des aliments. Il veut que lorsqu'on rend à un malade les aliments, on prenne garde de le faire manger aux heures habituelles de ses repas dans l'état de santé. Il montre les inconvénients d'un changement de régime, et prétend qu'un régime médiocre, pour celui qui en a l'habitude, est souvent préférable à un régime meilleur. Il parle aussi des modifications exercées sur la santé par l'habitude des boissons alcooliques, de l'eau à diverses températures, de l'habitation à la ville ou à la campagne, sur la montagne ou dans la plaine; de l'exercice ou du repos, d'une vie active ou inoccupée, de l'exercice intellectuel plus ou moins assidu; enfin, il montre l'immense influence qu'exerce sur la conservation de la santé, l'habitude de certains états morbides, de la goutte, de certains ulcères, d'une sécrétion ancienne, de la sueur, du flux hémorrhoïdal, des épistaxis périodiques; l'habitude enfin de certains remèdes, tels que les vomitifs, les purgatifs, la saignée; des bains, etc., etc. Il déclare qu'il faut savoir respecter ces habitudes.

Un autre point de vue aperçu par Galien dans cette question importante de l'habitude, c'est celui du développement de l'activité des organes par l'habitude de les exercer. L'habitude d'exercer le cerveau développe les facultés intellectuelles, exemple : la mémoire, etc. L'activité musculaire se développe et s'accroît également par l'exercice habituel; à ce propos, l'auteur passe en revue les différents exercices de la gymnastique.

Il montre également les divers actes de la vie organique soumis à l'habitude, bien qu'ils semblent devoir s'y soustraire bien mieux que ceux de la vie animale. Voyez, dit-il, l'estomac, on l'habitue également à recevoir beaucoup d'aliments et à se contenter de peu. Galien déploie, dans cet ouvrage, un grand luxe de citations empruntées à Hippocrate, à Érasistrate, etc. On éprouve un certain charme, une certaine émotion à lire ces passages, à voir comment ces hommes éminents, qui ont exercé sur leurs contemporains une si grande influence, pensaient, écrivaient, arrangeaient et exprimaient leurs idées. A cela, s'il n'y a pas d'utilité directe, il y a au moins un puissant intérêt de curiosité. Il ferait un livre curieux et intéressant, celui qui rassemblerait un certain nombre de passages appartenant à des auteurs célèbres dont les œuvres perdues n'existent plus que sous forme de rares fragments épars dans les écrits de leurs contemporains ou de leurs successeurs. Une pareille collection ne manquerait pas d'intérêt, car tout homme sent au fond de son âme une curiosité singulière, une impulsion secrète, une sorte d'attrait mélancolique qui le porte à visiter, à fouiller les ruines des vieux monuments et à recueillir les débris des pensées des grands hommes qui ont laissé, dans un passé évanoui, des traces glorieuses.

Voici un passage d'Érasistrate, cité par Galien, et que nous empruntons à la traduction de M. Daremberg : « Celui qui veut, dit Érasistrate, traiter les maladies, ne doit pas manquer de prendre en grande considération l'habitude et le défaut d'habitude. Les individus qui se livrent à des travaux auxquels ils sont accoutumés, le font sans fatigue, tandis que ceux qui ne sont pas habitués s'exténuent rapidement. En vertu de l'habitude, certains individus digèrent facilement des aliments de digestion difficile. Le corps, habitué à certaines évacuations, fussent-elles désavantageuses, les réclame et devient malade si ces réclamations ne sont pas satisfaites. Il en est ainsi pour le flux hémorrhoïdal, pour les purgations que certaines personnes ont l'habitude de s'administrer, pour les ulcères et pour le *choléra* que quelques individus éprouvent à certaines époques. Toutes ces évacuations, désavantageuses en principe, l'habitude en fait un besoin pour l'économie qui devient gravement malade, lorsqu'elles lui manquent. — Il en est à peu près de même pour d autres espèces d'habitudes. Avez-vous appris des vers par cœur, si l'on vous demande de réciter deux ou trois vers pris dans le milieu de la pièce, vous ne le pouvez pas; mais si l'on vous permet de réciter le poème de suite, vous vous en tirez facilement. Ceux qui ne sont pas habitués à étudier, apprennent peu et lentement; habitués, ils apprennent plus et vite. Il en arrive de même aux personnes qui se livrent aux recherches philosophiques. Celles qui commencent de prime-abord, s'arrêtent aveuglées, comme enveloppées de ténèbres, fatiguées et frappées d'impuissance; de même que l'on voit s'arrêter, dès les premiers pas, celles qui, ayant perdu l'habitude de marcher, se mettent à courir; celles, au contraire, qui se sont fait une habitude de cultiver leur esprit et de le porter successivement sur des objets variés, n'abandonnent pas ces recherches et arrivent aisément à leur but. » D'où Érasistrate conclut que la puissance de l'habitude a une grande influence sur l'esprit comme sur le corps.

Cet ouvrage de Galien sur l'habitude est, en quelque sorte, un intermédiaire entre ses œuvres purement médicales et ses œuvres philosophiques, car, ce grand homme, travailleur infatigable, avait composé également un grand nombre de livres de philosophie, de logique et de morale dont il donne l'énumération dans le petit traité *De libris propriis*. Dans ce dernier écrit, dont nous avons souvent parlé, le médecin de Pergame, soigneux de sa réputation et de sa gloire, ayant quelque inquiétude sur le sort futur de ses œuvres, a pris soin d'en donner lui-même le catalogue, avec indication de la manière dont il a compris chacune d'elles, du temps où il les a composées, de l'esprit qui l'animait et du but qu'il se proposait en les écrivant. Ce catalogue dut être dressé à une époque avancée de la vie de l'auteur, car, sauf les traités de thérapeutique, on y trouve mentionnées la plupart des œuvres médicales de l'auteur. C'est là que sont nommés également une foule d'écrits que Galien avait composés sur la philosophie et la morale, et dont le plus grand nombre, déposés à la Bibliothèque du temple de la paix, furent consumés lors de l'incendie qui dévora ce temple. Il ne nous reste donc qu'une bien faible partie des œuvres philosophiques de Galien; or, il se trouve que quelques-unes ont des rapports avec la médecine; ce sont des ouvrages de philosophie médicale sur lesquels nous allons jeter, en terminant, un coup d'œil rapide.

(La suite au cours prochainement.)

adresse, et ne sort pas la langue quand on le lui demande; face légèrement colorée; pouls plus ample, moins faible, à 80 environ. La malade avale assez facilement le liquide qu'on lui verse dans la bouche. Cependant les membres sont encore dans une résolution complète.

5 mars, *huit heures du matin.* La nuit a été tranquille, sans accès épileptiforme. Pendant la visite, la malade regarde d'un œil surpris tout ce qui l'environne; inquiète des visages nouveaux qu'elle aperçoit, elle articule plusieurs fois le mot *omma* (ma mère); toutefois, elle ne répond pas aux questions qu'on lui adresse. Pouls comme la veille.

Prescription : Lavement laxatif; sulfate de quinine, 1 gramme; continuation des frictions mercurielles.

Trois heures du soir. Même état que ce matin, si ce n'est que la malade pousse des plaintes continuelles.

6 mars, *huit heures du matin.* Hier au soir, à quatre heures, un léger frisson s'est manifesté en même temps que quelques mouvements convulsifs des membres; le pouls est devenu fréquent et développé; la peau chaude et l'agitation très grande; la malade accuse une céphalalgie aiguë et de la douleur dans le ventre. Cependant la palpation n'a pas paru augmenter la douleur abdominale; peut-être la malade ne répondait-elle pas juste aux questions qu'on lui adressait. Malgré la présence de son mari, qui ne s'était pas éloigné de son lit depuis son entrée à l'hôpital, elle a eu des frayeurs continuelles causées par les objets extérieurs, tels que le tuyau de la cheminée, la table de nuit, etc., etc. Cet état s'est continué toute la nuit pour se calmer avec le jour. (Des sinapismes ont été appliqués aux mollets, un cataplasme sur le ventre et 1 gramme de sulfate de quinine administré par la bouche.)

A notre visite du matin, connaissance parfaite, quoiqu'accompagnée d'un peu d'inquiétude; la malade répond à toutes les questions qu'on lui adresse, mais lentement et par monosyllabes; regard un peu hébété, ni céphalalgie ni douleur abdominale; langue humide, couverte d'un enduit blanchâtre et *morsurée sur les côtés* (résultat des accès épileptiformes); pouls assez développé; peau médiocrement chaude.

Prescription : Eau gommée 3 ; laits sucrés 2 ; potion gommeuse.

7 mars. Dans la nuit, il y a eu du délire, de la céphalalgie et de la fièvre. Le matin, pouls à 70, peu développé et dépressible; pâleur de la face; encore un peu de lenteur dans les réponses. La malade demande instamment à manger.

Prescription : Bouillon; trois laits sucrés; sulfate de quinine 0g',8, à midi.

8 mars. Hier soir, à huit heures, la face s'injecte légèrement, et, dans la nuit, il y eut encore du subdélire, des mouvements convulsifs suivis de moiteur légère, deux selles involontaires. A la visite du matin, tous ces symptômes ont disparu.

Prescription : Trois laits sucrés; sulfate de quinine, 1 gramme en trois doses dans la journée.

9 mars. La nuit a été mauvaise; dans la première moitié, délire complet; la malade a manqué deux fois de s'échapper de son lit. Le pouls s'accéléra; la peau devint chaude. A partir de deux heures du matin, sommeil profond jusqu'à neuf heures; nous réveillons la malade; la première parole qu'elle prononce c'est : *J'ai faim.* Du reste, intelligence nette, réponses faciles; pouls un peu développé; toux fréquente.

Prescription : Lait, deux laits sucrés (dans l'après-midi, sur la demande de la malade, nous lui permettons une infusion de café qu'elle mélange avec son lait).

10 mars. La malade a peu dormi. Cette insomnie est occasionnée par de fréquents accès de toux très forts; ceux-ci, après beaucoup d'efforts, sont suivis de quelques crachats muqueux. Poitrine sonore, râles amples et abondants; la malade demande avec instance à manger. Demi-vermicelle; demi-soupe de pain; une infusion de café; deux laits sucrés; réglisse, 15 grammes.

11 mars. La malade est restée hier assise dans son lit pendant une demi-heure. Vers les sept heures du soir, elle s'est plainte de froid, toussa toute la nuit, mais moins fréquemment que dans la précédente; à trois heures du matin, elle eut une forte transpiration qui nécessita un changement de chemise et de bonnet.

A la visite, même état que la veille, même prescription, si ce n'est pour le pain, dont elle reçut matin et soir la valeur d'une soupe.

12 mars *et jours suivants.* Elle n'offre plus que de la faiblesse et une toux assez fréquente; sa nourriture est successivement augmentée et elle ne reçoit, comme médicament, qu'une potion gommeuse; de plus, tous les vésicatoires qu'on lui avait placés étant séchés, nous en prescrivons un autre au bras gauche, à cause de sa bronchite; plus tard, celui-ci est changé en cautère; les forces augmentent tous les jours. Elle sort en parfaite convalescence le 29 mars, et, depuis, nous l'avons vue en ville, complétement rétablie; un singulier phénomène qu'elle présente néanmoins, c'est une perte de mémoire de quelques faits antérieurs à la maladie, entre autres de tout ce qui est relatif à son accouchement.

NOTA. — Le soir de son entrée, en lui tâtant le pouls, nous avons remarqué, à la main gauche, une forte ampoule à parois épaisses et ratatinées; nous y fîmes faire un pansement avec du cérat. Cette petite lésion, qui paraît être la suite d'une brûlure et dont on n'a pu expliquer l'origine, s'est maintenue pendant tout le cours de son séjour à l'hôpital; elle est cicatrisée au moment de sa sortie.

REMARQUES. — Nous croyons qu'il ne peut y avoir de doute sur la nature de la maladie ci-dessus décrite, que nous rangeons parmi les cas rares de fièvre pernicieuse cérébrale; notre manière de voir est basée sur les motifs suivants :

1° L'affection a cédé après une administration de sultate de quinine à haute dose.

2° Des accès franchement intermittents, et plusieurs fois répétés ont succédé aux phénomènes encéphaliques qui ont été observés pendant les premiers jours de la maladie.

3° Un cas analogue, que j'ai eu occasion d'observer à Constantine, se rapprochant de celui qui est l'objet de ce mémoire, confirme mon opinion.

Voici le fait :

Un sergent-major du génie a été pris, dans le courant de l'été 1850, au milieu d'une nuit, de ces mêmes accès épileptiformes alternant avec le coma. Envoyé à l'hôpital, dans ma division de fiévreux, après avoir été saigné par l'officier de santé du corps, il est soumis au traitement suivant : vingt-quatre sangsues appliquées au temples, 2 grammes de sulfate de quinine en solution, administrés par la bouche. Pendant vingt-quatre heures, les accès épileptiformes se renouvellent incessamment, puis diminuent, et le malade reprend complétement connaissance. Dans la crainte d'un nouvel accès, je prescris de nouveau 3 grammes de sulfate de quinine, à prendre par doses fractionnées à différentes heures de la journée; par suite de la négligence de l'infirmier, le malade n'en reçoit que la moitié. Trente-six heures après la disparition des phénomènes encéphaliques, le même cortège de symptômes se représente avec plus d'intensité qu'auparavant, le malade meurt et l'autopsie ne fait constater que des hypérémies dans différents organes, moins prononcées dans le cerveau et ses annexes qu'ailleurs.

Si toutes ces considérations, dont la plupart dérivent de la connaissance de l'ensemble du tableau nosologique présenté par la femme Mariam, nous permettent aujourd'hui de classer sa maladie parmi les fièvres pernicieuses cérébrales, il n'en fut pas de même au début. A cette époque, les symptômes consistant uniquement en troubles des fonctions cérébrales, on pouvait en déduire une inflammation des centres nerveux. D'un autre côté, le caractère épileptiforme des accès de convulsions, joint à l'état puerpéral de la malade, pouvait faire croire à une éclampsie; en troisième lieu, l'analogie que le cas présent offrait avec l'autre que nous venons de rapporter, ainsi que la multiplicité des formes que peuvent affecter les fièvres pernicieuses, rendraient possible une maladie de cette nature.

Sans nous arrêter à un diagnostic précis, nous avons éloigné l'idée d'éclampsie, parce que la femme Mariam était déjà au vingt-tième jour de ses couches, et qu'il n'est pas commun de voir cette maladie se déclarer après le huitième; que, antérieurement, elle n'avait, à aucune époque, éprouvé de convulsions, et que sa grossesse s'était passée sans aucun des accidents qui précèdent l'éclampsie.

Quant à établir alors un diagnostic différentiel entre une méningo-encéphalite et une fièvre pernicieuse cérébrale, cela était tout à fait impossible; tous les symptômes se rapportaient également aux deux maladies, à l'exception du caractère épileptiforme, qu'on n'observe pas ordinairement dans la méningo-encéphalite.

Dans cette incertitude et sous l'influence du souvenir que nous avait laissé le cas du sergent-major, nous résolûmes d'administrer le sulfate de quinine, tout en traitant l'affection cérébrale; c'est ainsi que nous insistâmes sur les émissions sanguines plus que nous ne le faisons habituellement dans les fièvres pernicieuses et tant que durèrent les convulsions; celles-ci ayant cessé depuis plusieurs heures et la malade se trouvant dans un profond coma, nous prescrivîmes une application simultanée de trois vésicatoires. Ces révulsifs, comme le prouvent les détails de l'observation, ont certainement contribué à tirer la malade de sa torpeur; quant au sulfate de quinine, s'il n'a pas empêché le retour des accès intermittents, ceux-ci, quoique accompagnés de quelques symptômes encéphaliques, furent bénins et de courte durée.

Avant de clore cette observation, nous ajouterons, pour ce qui concerne l'étiologie de la maladie de la femme Mariam, que celle-ci nous paraît être un accès récidivé de la fièvre intermittente survenue pendant la grossesse, accès qui a pris la forme encéphalique sous l'influence de la violente dispute qui en a été la cause occasionnelle. Quant aux convulsions épileptiformes dont il a été accompagné dans son premier stade, nous aurions été tenté de les rattacher à l'état puerpéral de la malade si, antérieurement, nous n'en avions pas observé de semblables en dehors de cet état.

NOTA. — Nous avons appris depuis, d'une manière tout à fait certaine, que le sergent-major dont il est question dans ce mémoire, avait des préoccupations excessivement graves quand il est tombé malade. (Il nous suffira de dire qu'il s'était mis dans le cas d'être traduit devant un conseil de guerre.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 2 Décembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

Le compte-rendu des maladies épidémiques qui ont régné dans l'arrondissement de Figeac, en 1855.

— Un rapport de M. le docteur LE CŒUR, sur les épidémies de l'arrondissement de Caen en 1856. (Com. des épidémies.)

— Un mémoire de M. le docteur ALBERT père, sur une maladie endémique qui a régné pendant les mois de juillet et d'août dans la commune de St-Chinian. (Même commission.)

— Une note de M. le docteur PAPILLAND, sur le traitement du panaris par la teinture d'iode. (M. Jobert, rapporteur.)

M. LE PRÉSIDENT annonce à l'Académie que M. le professeur Bérard, doyen de la Faculté de Montpellier, assiste à la séance.

M. POISEUILLE, au nom d'une commission dont il fait partie avec M. Bouillaud, donne lecture d'un rapport sur le *spiromètre* de M. Guillet, instrument, dit M. Poiseuille, précieux pour la physiologie et la clinique. (Dépôt aux archives.)

L'Académie procède à l'élection d'un membre de la section de pathologie chirurgicale.

Les candidats ont été présentés par la section dans l'ordre suivant :

En 1re ligne, M. Nélaton,
En 2me ligne, M. Denonvilliers,
En 3me ligne, M. Hutin,
En 4me ligne, M. Morel-Lavallée,
En 5me ligne, M. Bonnafont.

Le nombre des votants est de 78 ; — majorité absolue, 40.

M. Nélaton obtient. . . . . 60 voix.
M. Hutin. 11
M. Denonvilliers 4
M. Morel-Lavallée. 1
M. Bonnafont. 1
Un billet blanc.

M. Nélaton ayant obtenu la grande majorité des suffrages, est élu membre de l'Académie, sauf l'approbation du gouvernement.

M. BARTH invite ses collègues à examiner une pièce pathologique sur laquelle on voit un kyste de l'ovaire accompagné de masses colloïdes et encéphaloïdes; les vaisseaux qui se ramifient dans ces produits pathologiques ont un développement considérable : on y voit une artère du volume d'une pédieuse.

A quatre heures l'Académie se forme en comité secret.

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

TRAITEMENT DE L'ULCÈRE PHAGÉDÉNIQUE PAR L'IRRIGATION ET LES BAINS CHAUDS PROLONGÉS.

L'idée de traiter les ulcères phagédéniques par l'irrigation continue avec de l'eau chaude, récemment adoptée par M. Cock, à l'hôpital de Guy, est loin d'être abandonnée. Mais il est des circonstances relatives au siége de la maladie qui mettent dans l'impossibilité d'avoir recours à ce moyen; dans ces cas, le bain chaud prolongé semble être ce qui remplace le mieux l'irrigation. Nous l'avons vu employer récemment dans le service de M. Paget à St-Barthélemy, dans un cas où un ulcère de cette espèce avait envahi la région inter-fessière chez une jeune prostituée. Cet ulcère était d'une trop grande étendue pour que l'on pût recourir avec succès à l'usage de l'acide nitrique; M. Paget prescrivit le bain de siége chaud de longue durée, deux fois par jour, en faisant remarquer que, dans plusieurs cas qu'il a eu récemment à traiter, cette simple mesure a été efficace pour arrêter la maladie. Il serait utile de renouveler l'eau pendant que le malade est dans le bain, le mode d'action consistant ici en ce que la plaie est sans cesse nettoyée et complétement débarrassée des produits de la suppuration, qui, par leur caractère contagieux, causent l'extension de l'ulcération. Langembeck a recommandé récemment de placer les moignons en mauvais état dans un bassin d'eau chaude, et de les y tenir constamment; il attribue des guérisons très rapides à l'emploi de ce moyen, dont les avantages sont probablement de la même nature que ceux des irrigations et des bains dans les circonstances dont il vient d'être question. — (*Medical Times and Gazette*, 18 octobre 1856.)

MALADIE BRONZÉE DE LA PEAU ; PHTHISIE ; ÉTAT CACHECTIQUE ; MORT. — AFFECTION KYSTIQUE DES CAPSULES SURRÉNALES.

Betsy Tait, âgée de 36 ans, admise le 2 août 1856, à l'infirmerie royale de Dundee, service du docteur Christie.

Cette femme avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque, il y a six mois, après s'être exposée au froid, elle commença à tousser et à cracher. Deux mois environ après le début de sa maladie, elle eut des frissons, des douleurs de tête et des douleurs lombaires; et peu de jours après, elle commença à remarquer que sa peau prenait une teinte brunâtre qui devenait graduellement plus foncée. Elle a reçu les soins d'un médecin pendant les deux derniers mois, mais sans éprouver aucune amélioration.

Lors de son admission, la malade présentait une maigreur considérable, une coloration bronzée de la peau, et un état semi-paralytique du côté droit de la face. Elle accusait, dans la région du foie et dans les lombes, une douleur qu'augmentait la pression, plus spécialement dans la région lombaire gauche. Il y avait évidemment, dans ces deux points, de la plénitude et de la tension. Elle se plaignait aussi d'une toux, accompagnée d'une expectoration muco-purulente, mais sans douleur dans la poitrine. L'examen du thorax dénotait de la matité dans toute l'étendue du côté gauche, avec une respiration rude et caverneuse; la respiration était puérile à la partie inférieure du poumon droit, et rude au sommet. Constipation; urine normale; langue sèche; pouls à 108, faible. — Dans la matinée du 4, cette femme tomba dans un état comateux, qui se termina par la mort à dix heures du soir.

Autopsie cinquante-trois heures après la mort. — Corps très amaigri; peau d'une couleur d'acajou foncé sur tout le corps et les jambes. Adhérences d'ancienne date tout autour du poumon gauche, qui est creusé d'une cavité ulcéreuse, avec des tubercules à tous les degrés; tubercules également au sommet du poumon droit. Cœur petit, avec son tissu musculaire flasque. Foie, rate, reins parfaitement sains. Capsules surrénales plus volumineuses qu'à l'état normal. Elles contiennent toutes deux une série de kystes remplis d'un liquide séreux peu abondant, avec un peu de matière floconneuse flottante. Il reste très peu de la substance corticale. — (*Medical Times and Gazette*, 4 octobre 1856.)

EMPLOI DU GAZ ACIDE CARBONIQUE POUR EXCITER LE TRAVAIL DANS L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ ARTIFICIEL.

Le professeur Scanzoni, non satisfait des moyens mis en usage jusqu'à présent, a imaginé un appareil pour faire arriver le gaz acide carbonique dans le vagin. Il a été conduit à cette idée par les expériences de Brown-Séquard, qui ont fait connaître l'action stimulante de ce gaz sur la fibre musculaire, et par ce fait que son contact prolongé avec les organes génitaux y suscite de la congestion, et peut guérir l'aménorrhée. Dans le seul cas où il a été essayé (entre la 32e et la 34e semaines de la gestation), le gaz a été dégagé dans le vagin pendant 20 minutes le 2 février, puis de 25 à 30 minutes le matin et le soir du 3, et de nouveau le 4. Une sensation de picotement se produisit d'abord dans la muqueuse vaginale, puis la dilatation du col de l'utérus commença; une cinquième application, faite le 5, eut pour effet d'exciter les douleurs d'un véritable travail, qui se termina par la naissance d'un enfant vivant. — (*Wien. medic. wochensch*, n° 11, d'après *Medical Times and Gazette*, n° du 11 octobre.)

INJECTIONS IODÉES DANS LES KYSTES DE L'OVAIRE.

Le traitement des kystes de l'ovaire au moyen des injections de solution d'iode gagne décidément de la faveur parmi les praticiens de Londres. Le plus grand nombre des cas qui ont été observés, ont été traités

par le docteur West et par M. Paget, à Saint-Barthélemy ; il y en a un cas actuellement dans le service du docteur Barnes, à l'hôpital Métropolitain. Dans aucun, à ce que nous croyons, un succès complet n'a été obtenu ; mais on pense que, dans la plupart, la tendance de la cavité kystique à se remplir de nouveau a été, par ce moyen de traitement, décidément arrêtée. Probablement quelques-uns de ces cas pourront encore être guéris par la répétition de l'opération. Dans aucun, nous pensons qu'il n'y a eu de symptômes sérieux à la suite. En général, on a essayé de faire sortir la solution iodée peu de minutes après son injection ; mais, dans plusieurs cas, où il a été impossible d'y parvenir, une quantité de 4 à 6 onces de teinture officinale a été abandonnée dans le kyste sans aucune conséquence fâcheuse. Deux cas malheureux — un dans les provinces et un à Londres — sont arrivés à notre connaissance, dans lesquels une ascite ayant été prise pour une hydropisie de l'ovaire, la solution a été injectée dans la cavité péritonéale. Dans certains cas, la difficulté du diagnostic est extrême. — (*Medical Times* et *Gazette*, 18 octobre 1856.)

CAS DE RHUMATISME AIGU TRAITÉS AVEC SUCCÈS PAR LE BICARBONATE DE POTASSE.

Nous avons eu, il y a peu de mois, l'occasion d'observer les bons effets du traitement du rhumatisme aigu par le bicarbonate de potasse, conformément aux conseils du docteur Garrod, dans quatre cas admis dans le service du docteur O'Connor (Royal free hospital).

L'un de ces cas était celui d'un jeune homme, ouvrier employé aux travaux des champs, âgé de 18 ans, qui n'avait jamais jusque-là été atteint de rhumatisme. Après l'administration d'un purgatif assez énergique, on lui fit prendre le bicarbonate de potasse à la dose de demi-drachme (1 drachme = 3,885 Guibourt) toutes les quatre heures, dans de l'eau, et l'on continua ainsi jusqu'à ce que l'urine devint alcaline ; tous les symptômes disparurent alors complétement. Le médicament fut continué encore quelques jours, en même temps qu'on fit prendre un nouveau purgatif ; le malade était tout à fait guéri le septième jour qui suivit son admission.

Dans les deux cas suivants, la même méthode de traitement fut employée avec un égal avantage, et les malades sortirent environ douze jours après leur entrée à l'hôpital.

Le quatrième cas se rencontrait chez un tailleur qui était déjà atteint d'un rhumatisme aigu depuis quelque temps, avant de venir à l'hôpital. La maladie était générale et occupait toutes les extrémités ; presque tous les muscles du corps étaient également affectés. Après lui avoir fait prendre un purgatif, on lui prescrivit le bicarbonate de potasse aux mêmes doses qui ont déjà été indiquées, et au bout d'environ quatre jours, le malade était presque débarrassé de ses douleurs. Le sommeil devint plus tranquille, et il continua à aller mieux pendant quelques jours. Cependant le genou droit qui avait été très douloureux et qui était fléchi avant l'entrée, redevint alors le siége de vives douleurs. On prescrivit la poudre de Dower pour la nuit, avec quelque soulagement, l'alcali étant d'ailleurs encore continué. La douleur dans le genou ne diminuant pas beaucoup, la jointure fut couverte de soufre et enveloppée étroitement d'un bandage de flanelle. En moins de douze heures un grand soulagement fut produit par l'emploi de ce moyen, et dans l'espace de peu de jours l'état douloureux de la jointure cessa entièrement, le membre put se redresser ; le malade fut renvoyé guéri au bout de trois semaines. — Le docteur O'Connor est, depuis plusieurs années, dans l'habitude d'avoir recours à l'application du soufre et d'un bandage de flanelle sur les articulations, dans les cas d'affections rhumatismales prenant une forme chronique, et il annonce en avoir retiré beaucoup d'avantage. — (*The Lancet*, 1er novembre 1856.)

RÉCLAMATION.

DES TRAVAUX SUR LA CIGUE PAR MM. DEVAY ET GUILLERMOND, DE LYON, ET PAR M. LE PROSSEUR SCHROFF, DE VIENNE.

I.

Dans les numéros 116 et 121 de l'UNION MÉDICALE, 1856, nous avons publié un extrait étendu d'un mémoire de M. le professeur Schroff, de Vienne, inséré dans *Wochenbl. d. zeitschr. d. k. k. gesellsch. d. aerzte zu Wien*, 1856, nos 2, 3, 4, 5, 7, et dont nous devons la traduction à notre honoré collaborateur, M. le docteur Strohl, agrégé de la Faculté de Strasbourg.

MM. Devay et Guillermond ont rencontré une telle similitude dans les résultats exposés par le professeur de Vienne avec leurs propres résultats antérieurement publiés, qu'ils ont cru devoir nous adresser une réclamation, dans laquelle ces honorables savants se plaignent que M. le professeur Schroff n'ait pas indiqué leur travail et n'ait pas spontanément reconnu leurs droits à la priorité des expériences qu'il a instituées après eux.

Notre devoir était d'accueillir la réclamation de nos honorables compatriotes de Lyon ; mais les convenances nous imposaient aussi l'obligation de la communiquer préalablement à notre savant collaborateur. De là est résulté un échange de lettres et d'explications qui nous permettent, tout en rendant justice à MM. Devay et Guillermond, d'exonérer M. le professeur Schroff du reproche d'avoir sciemment laissé dans l'ombre des travaux conformes, mais antérieurs aux siens. Dans une dernière lettre, M. Devay, sur notre demande, nous a autorisé à exposer nous-même les points de ce débat, afin qu'une plume désintéressée pût le dégager de toute vivacité, excusable à qui se croit victime d'une injustice et pardonnable à qui se défend de l'avoir commise.

Voici donc un simple exposé des faits, mais qui suffira, nous l'espérons, pour prouver que les honorables savants de Lyon, de Vienne et de Strasbourg, ne doivent pas cesser de s'estimer réciproquement.

II.

MM. Devay et Guillermond revendiquent pour eux la priorité des faits suivants reproduits dans le travail de M. Schroff, et déjà publiés dans un mémoire ayant pour titre : *Recherches nouvelles sur la conicine, principe actif de la ciguë*, mémoire qui a eu deux éditions, l'une en 1852, l'autre en 1853 :

1° La conicine s'altère promptement et perd sa force en vieillissant. Ce fait est établi par eux, page 34, où il est dit : « La conicine est un liquide incolore, mais très altérable à l'air, et qui se colore en brun. Pour empoisonner un cochon d'Inde, nous avons été obligés de tripler la dose d'une conicine déjà ancienne. »

2° Il est dit, dans le mémoire de M. Schroff, que les extraits de conicine, en général, sont inactifs, parce que ce principe se volatilise pendant l'évaporation ; que l'extrait alcoolique de plantes fraîches, à l'époque de la floraison, est le plus actif ; que celui des semences vient après, etc.

Or, MM. Devay et Guillermond ont institué une série d'expériences, pages 37 et suivantes, qui ont eu pour but de comparer le degré d'énergie des différentes préparations de ciguë. Ils ont prouvé, page 57, que les extraits de semences étaient les plus actifs ; qu'ensuite venait l'extrait d'alcoolature, qui correspond à l'extrait alcoolique de plantes fraîches de M. Schroff ; que la conicine se volatilisait pendant l'évaporation des extraits ; de plus, qu'elle se volatilisait avec son acide : ce qu'ils ont prouvé en distillant des semences de ciguë.

3° Le professeur de Vienne n'a pas établi le premier que la conicine dans les semences était mieux retenue que dans l'herbe ; que l'activité des semences était en raison directe de leur maturité, car ces faits sont indiqués plusieurs fois dans le livre de MM. Devay et Guillermond. Ils ont écrit, page 50, que, dans les semences mûres, *l'alcaloïde est pour ainsi dire embaumé.*

III.

Notre honoré collaborateur M. Strohl, de son propre mouvement et sans aucune mission de défendre M. le professeur Schroff, qu'il n'a l'honneur de connaître que par ses travaux, répond :

1° Le travail de M. Schroff sur la conicine est une suite, une continuation des recherches antérieures de ce professeur sur d'autres narcotico-âcres, sur le colchique, sur la belladone, sur la jusquiame, sur l'aconit, recherches qui ont précédé de plusieurs années la publication du travail sur la ciguë par MM. Devay et Guillermond.

2° Dans le dernier travail de M. Schroff sur la conicine, on retrouve les mêmes procédés d'expérimentation, la même méthode que dans ses recherches antérieures sur les substances ci-dessus nommées, car M. Schroff avait en vue le même but et se proposait la solution de problèmes indiqués d'avance. Ses travaux antérieurs ont été faits dans le même esprit. Il y a une succession méthodique de recherches qui ont déjà enrichi la science. Quoi donc de plus naturel que de voir deux expérimentateurs entreprendre à l'insu l'un de l'autre des travaux sur le même sujet, suivre à cet effet la même méthode, et arriver à des résultats identiques en quelques points, divergents en d'autres ?

3° Dans le préambule de ce travail de M. Schroff sur la conicine, l'auteur se justifie d'avoir négligé la *partie bibliographique* dans ses travaux antérieurs et répond au reproche qui lui a été adressé, à cet égard, en Allemagne et à l'étranger.

4° Rien ne prouve que M. Schroff ait eu une connaissance complète des travaux de MM. Devay et Guillermond. Il est possible qu'il ne les ait connus que par analyse ou par extraits publiés dans les divers journaux de médecine, ce qui expliquerait la mention qu'il a pu en faire, sans lui supposer l'intention de se les approprier ou d'en dissimuler la priorité.

5° Personne n'a porté et ne portera cette accusation contre MM. Devay et Guillermond, quoi qu'on trouve dans la traduction allemande du *Cours de matière médicale* de J. Pereyra, publiée en 1839, la plupart des points que les expérimentateurs français croient avoir les premiers mis en lumière (Voyez entre autres pages 373, 384, 385 de cet ouvrage. Voyez aussi DIERBACH, *Die neuesten cal de Nungen in der matéria médica* (Les découvertes récentes en matière médicale), 1837, tome 1er, pages 274, 275, 276).

IV.

Tels sont les faits ; puissions-nous les avoir résumés avec clarté et impartialité. Il en résultera, nous l'espérons, cette impression générale qui est la nôtre, que si, à première vue, MM. Devay et Guillermond ont pu se croire victimes d'un déni de justice de la part de M. Schroff, les explications données par notre honorable collaborateur, M. le docteur Strohl, doivent faire taire leur susceptibilité, car elles exonèrent le savant professeur de Vienne de tout reproche de fait et d'intention.

Amédée LATOUR.

COURRIER.

Le nombre des inscriptions prises à la Faculté de médecine de Paris, du 3 au 17 novembre, s'élève, savoir :

Pour le doctorat, à 902 ; pour le grade d'officier de santé, à 98 ; total des élèves inscrits, 1,000.

Sur ce nombre, il y a : inscriptions nouvelles, 126 ; élèves venant des Facultés de Strasbourg et de Montpellier, 11 ; élèves venant des écoles préparatoires, 84.

— Par décret du 12 novembre 1856, ont été nommés à vingt et un emplois de médecin aide-major de 2e classe, les deux chirurgiens sous-aides et les dix-neuf médecins stagiaires de l'École impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires dont les noms suivent :

MM. Fristo, Brunet, Lecadre, Hévin, Gaujot, Bouchard, Allamargot, Judée, Beaunis, Fournier, Farine, Humann, Lévy, François, Roux, Cotté, Goguel, de Laporte, Palissat, Crevaux et Ribadieu.

— Par un décret impérial du 29 novembre 1856, rendu sur le rapport de l'amiral ministre secrétaire d'État de la marine et des colonies, ont été promus ou nommés dans le corps des officiers de santé de la marine, à la suite des concours ouverts dans les ports :

Au grade de médecin professeur, le chirurgien de 1re classe Leroy de Méricourt.

Au grade de chirurgien de 1re classe, les chirurgiens de 2e classe : Franquet, Lozach, Lacroix.

Au grade de chirurgien de 2e classe, les chirurgiens de 3e classe : Cédont, Lucas, Bienvenue, Phélippeaux, Le Bouvier, Merlin, Géry, Germann, Moisson, Toucas, Bergeret, Doué, Castillon, Duburquois, Palasne-Champeaux, Guérin, Cerf-Mayer, Bavay.

Au grade de chirurgien de 3e classe, les chirurgiens auxiliaires et élèves : Roux, Le Prédour, Lecomte, Bon, Prouteaux, Ricard, Leconiat, Desgranges, Encognère, Espieux, Audoult, Fourcy, Bochard, Duhamel, Étienne, Beuf, Allongue, Auffret, Tessonneau, Noury, Jobart, Cornette de Venancourt, Borius, Bathy-Berquin, Le Barzic, Gouez.

Au grade de pharmacien de 1re classe, les pharmaciens de 2e classe : Villers, Carpentin.

Au grade de pharmacien de 2e classe, les pharmaciens de 3e classe : Le Dantec, Doué.

Au grade de pharmacien de 3e classe, Gay, Gentilly.

— Par deux autres décrets de la même date, également rendus sur le rapport de l'amiral ministre secrétaire d'État de la marine et des colonies, M. Simon, professeur d'hydrographie de 4e classe, a été promu à la 3e classe de son grade, et M. Crévost a été nommé professeur d'hydrographie de 4e classe, par suite de concours.

— Par arrêté du 20 novembre, M. Aubé, docteur en médecine, adjoint des hospices de Rouen, est nommé professeur suppléant à l'École préparatoire de cette ville. Il sera attaché en cette qualité aux chaires de médecine proprement dite.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE MORTS EN ORIENT.

Souscriptions recueillies par la Gazette médicale de Strasbourg (deuxième relevé) :

MM. Ehrmann, professeur, président de l'Association de prévoyance, 20 fr. ; G. Tourdes, id., président de la Société de médecine, 20 fr. ; Cailliot, professeur, 10 fr. ; V. Stœber, id., 20 fr. ; Ch. Schützenberger, id., 20 fr. ; Oberlin, professeur à l'École de pharmacie, 5 fr. ; Lereboullet, professeur, 5 fr. ; Rameaux, id., 10 fr. ; Stoltz, id., 10 fr. ; Strohl, agrégé, 10 fr. ; Hirtz, id., 10 fr. ; L. Coze, id., 10 fr. ; Herrgott, id., 10 fr. ; A. Willemin, inspecteur adjoint de Vichy, 20 fr. ; Ed. Schaaff, médecin communal, 10 fr. ; Engel, docteur-médecin, 5 fr. ; Hartung id., 10 fr. ; Ruef, id., 10 fr. ; Th. Bœckel, id., 10 fr. ; Ed. Banberger, id., 5 fr. ; J. Tourdes, id., 10 fr. ; Schaller, id., 5 fr. ; D'Eggs, id., 10 fr. ; Eissen, id., 5 fr. ; Jacobi fils, id., 5 fr. ; Reibel, médecin cantonal de Brumath, 5 fr.

Total. . . . . 270 fr.

—

Souscription ouverte à l'hôpital militaire de Strasbourg :

MM. Sédillot, médecin principal de 1re classe, 100 fr. ; Antoine, médecin principal de 2me classe, 10 fr. ; Haspel, id., 25 fr. ; Fée, professeur, 25 fr. ; Leuret, médecin-major de 1re classe, 20 fr. ; Bolus, médecin-major de 2me classe, 10 fr. ; Netter, id., 8 fr. ; Baradou, médecin aide-major de 1re classe, 5 fr. ; Glœsel, id., 5 fr. ; Leroux, id., 5 fr. ; Lex, médecin aide-major de 2me classe, 5 fr. ; Janson, médecin sous-aide, 3 fr. ; Tréjaute, id., 3 fr. ; Laguens, id., 3 fr. ; Ricouarte, id., 3 fr. ; Patin, id., 5 fr. ; Massaloux-Savergnac, id., 3 fr. ; Ollier, id., 3 fr. ; Fauque, id., 3 fr. ; Vincent-Genod, id., 4 fr. ; Debaussaux, id., 3 fr. ; Marteau, id., 3 fr. ; Nall, id., 3 fr. ; Rollin, id., 3 fr. ; Bazoche, id., 3 fr. ; Bourote, id., 3 fr. ; Quintard, id., 3 fr. ; Buez, id., 3 fr. ; Délange, id., 3 fr. ; Weil, id., 3 fr. ; Hubert de Sainte-Croix, id., 3 fr. ; Mathis, id., 3 fr. ; Bourillon, id., 3 fr. ; Guillemin, id., 3 fr. ; Milon, id., 3 fr. ; Fernandez-Munilla, id., 3 fr. ; Recton, id., 4 fr. ; Pauverte, id., 3 fr. ; Mairete, id., 3 fr. ; Duchenne, id., 3 fr. ; Bontemps, id., 3 fr. ; Chapelle, id., 3 fr. ; Cogite, id., 3 fr. ; Lartigue, id., 3 fr. ; Blavote, id., 3 fr. ; Tenturier, méd.-major au 4e d'artillerie, 10 fr. ; Worms, médecin aide-major, id., 5 fr. ; Aussenac, médecin-major au 6e d'artillerie-pontonniers, 10 fr. ; Courbassier, médecin-major au 11e d'artillerie, 10 fr. ; Thomas, médecin aide-major, id., 5 fr. ; Villemin, id., 5 fr. ; Ouradou, médecin aide-major au 6e de chasseurs, 5 fr. ; Arnaud, médecin-major au 31e de ligne, 8 fr. ; Burtureaux, médecin-major au 62e de ligne, 10 fr. ; Gronnier, médecin aide-major, id., 5 fr. ; Lévy, pharm.-major de 1re classe, 10 fr. ; Roger, pharm. aide-major de 1re classe, 5 fr. ; Klein, pharm. aide-major de 2e classe, 5 fr. ; Noury, pharm. aide-major requis, 5 fr.

Total. . . . . 415 fr.

NOTE

SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Par le docteur Amédée LATOUR.

In-8°, Paris, 1857, aux Bureaux de l'UNION MÉDICALE. — PRIX : 2 fr.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris — Typographie FELIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Sous presse pour paraître du 1er au 15 Décembre 1856 :

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE POUR LA VILLE DE PARIS

ET LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE,

Fondé par **DOMANGE-HUBERT**, et continué par l'Administration de *L'UNION MÉDICALE*. — Vingt-huitième année. — 1857.

Les éditeurs de l'*Almanach général de médecine et de pharmacie* prient instamment les Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes de Paris et des arrondissemens de Saint-Denis et de Sceaux, dont les noms ne figurent pas dans la dernière édition, soit par erreur, soit parce qu'ils n'étaient pas encore établis dans le département de la Seine, d'envoyer le plus promptement possible, *franco*, à M. le Gérant de l'*Union Médicale*, faubourg Montmartre, 56, leurs NOM, PRÉNOMS, PROFESSION, DATE DE RÉCEPTION, DÉCORATIONS, TITRES OFFICIELS, HEURES DE CONSULTATIONS, ET ADRESSE.

Les Médecins, Pharmaciens et Sages-Femmes de Paris et de la banlieue, qui auraient quelques renseignements ou réclamations à adresser aux éditeurs de l'*Almanach*, quelques rectifications à demander, sont invités à le faire dans le plus court délai possible, par la voie indiquée ci-dessus.

Grâce au concours de tous les intéressés, cette publication deviendra de plus en plus utile au corps médico-pharmaceutique du département de la Seine.

Tome X. — N° 147. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 6 Décembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 12, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Revue clinique des hôpitaux et hospices (hôpital Saint-Antoine, service de M. Aran) : Deux faits de thoracentèse pratiquée pour des épanchements pleurétiques aigus très abondants, et suivie de succès. — II. Tératologie : Hernie congénitale ou extrophie de la vessie. — III. Bibliothèque : Traité pratique des maladies du testicule, du cordon spermatique et du scrotum. — IV. Académies et sociétés savantes. (Académie des sciences.) Séance du 24 novembre : Moyen préventif de la fièvre puerpérale. — Délire des aboyeurs. — V. Variétés : L'École de médecine de Bucharest. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causeries.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.

(MÉDECINE.)

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. Aran.

DEUX FAITS DE THORACOCENTÈSE PRATIQUÉE POUR DES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES AIGUS TRÈS ABONDANTS, ET SUIVIE DE SUCCÈS.

Il n'y a pas encore longtemps que l'application de la thoracentèse au traitement des épanchements pleuraux, quoique en honneur dès l'antiquité, était rejetée par les médecins comme un *moyen dangereux et généralement suivi de peu de succès*. On s'y décidait néanmoins quelquefois, mais dans des cas de pleurésie chronique avancée, lorsque des accidents graves, et en quelque sorte ultimes, venaient à se manifester. L'on ne remarquait pas que les circonstances mêmes où l'on avait recours à cette opération, suffisaient à expliquer et son peu d'avantage et son danger, qui, en lui-même, est plus apparent que réel.

Laënnec a eu la gloire, dans son immortel ouvrage (édition de M. le professeur Andral, t. II), de jeter comme les fondements de la réhabilitation de ce moyen chirurgical dans le traitement de la pleurésie. Il en proclame l'innocuité (p. 523) ; il signale les causes de son peu de succès, qu'il attribue, en grande partie du moins, à la difficulté qu'éprouve le poumon longtemps refoulé contre le médiastin et la colonne vertébrale, à retrouver son élasticité et sa force expansive, à se laisser pénétrer par l'air qui entre dans la trachée, à vaincre enfin la résistance des fausses membranes qui ont eu le temps de s'organiser autour de lui (p. 521, 522) ; il conclut à la supériorité des chances de succès dans la *pleurésie aiguë* (p. 522) ; et il termine en prophétisant en quelque sorte la fortune prochaine de la thoracentèse, son application plus large et son emploi dans les épanchements récents.

« Je suis persuadé, dit-il, que l'opération de l'empyème deviendra beaucoup plus commune et plus souvent utile, à mesure que l'usage de l'auscultation médiate se répandra. Cette méthode d'exploration, par elle-même et par sa réunion à la percussion, et, dans certains cas, à la succussion hippocratique, faisant reconnaître les épanchements pleurétiques *dès leur origine*, comme nous l'avons montré, *on pourra plus souvent opérer de bonne heure, et par conséquent avec plus de chance de succès.* » (P. 525.)

A M. Trousseau revient l'honneur d'avoir le premier donné la consécration de l'expérience à ces vues théoriques. En 1843 et 1844, il publia dans le *Journal de médecine* des faits de thoracentèse suivie de succès, dans des cas de pleurésie aiguë, caractérisés par l'abondance de l'épanchement et l'intensité de la dyspnée. Depuis, le savant professeur a obtenu de nouveaux succès de l'emploi du même moyen dans des circonstances semblables, et plusieurs médecins ont rapporté d'autres exemples favorables. Malgré ces résultats, cette pratique, en même temps qu'elle obtenait des adhérents convaincus, soulevait des oppositions, sinon absolues, du moins fortement restrictives.

Peut-être en existe-t-il encore, mais il est permis de penser qu'elles deviendront de moins en moins nombreuses, à mesure que des succès nouveaux seront enregistrés dans les archives de la science. Quoi qu'il en soit, l'on peut dire dès à présent que la paracentèse thoracique est admise officiellement dans des cas déterminés de pleurésie aiguë.

En 1854, en effet, M. Marrotte, au nom d'une commission dont il faisait partie avec MM. Gendrin, Hardy, Legroux et Trousseau, a lu à la Société médicale des hôpitaux un rapport où la question de la thoracocentèse se trouve traitée complétement et à fond, et dont on trouvera probablement utile que les conclusions soient reproduites ici, dans ce qu'elles ont de plus essentiel, au moins en ce qui regarde les épanchements pleurétiques récents.

« Pour déterminer les applications de la thoracocentèse aux épanchements séreux aigus, il faut prendre en considération l'intensité et le stade de l'inflammation, le volume et la durée de l'épanchement.

» L'inflammation est, par elle-même, une contre-indication de la thoracentèse. L'opération étant impuissante à combattre cette cause première de l'épanchement, elle doit être écartée du traitement des pleurésies dans lesquelles l'inflammation est l'élément essentiel, et que caractérisent des épanchements peu abondants, principalement composés de productions organisables. Si, contrairement à ce qui s'observe d'habitude, la pleurésie suraiguë déterminait, pendant ses périodes d'augment et d'état, un épanchement qui menaçât la vie par son volume et d'une manière immédiate... », ce cas rentrerait alors dans la catégorie des épanchements excessifs.

« La thoracentèse, pratiquée dans la pleurésie aiguë modérée, et donnant lieu à un épanchement abondant, sans être excessif, n'abrége pas d'une manière évidente le temps nécessaire à la guérison définitive ;... elle n'y trouve donc pas son indication. »

La thoracentèse n'est applicable, dans la pleurésie aiguë modérée, que si l'épanchement est excessif.

L'épanchement excessif est caractérisé non par l'intensité de la dyspnée, car cette intensité n'est pas en rapport nécessaire et direct avec l'abondance de la collection séreuse de la plèvre, mais par le déplacement des organes voisins, et spécialement du cœur.

Dans les épanchements excessifs :

« 1° La ponction est *de nécessité* toutes les fois qu'il y a asphyxie imminente, quels que soient les symptômes concomitants.

» 2° Si la dyspnée et la gêne de la circulation ne sont pas considérables, mais qu'il existe un déplacement notable des viscères, et surtout du cœur, que cet organe soit déjeté au delà de la ligne médiane du sternum, la ponction n'est pas aussi immédiatement nécessaire ; mais, en tardant trop à la pratiquer, le médecin s'expose à voir une émotion morale, un effort physique, déterminer inopinément soit une syncope, soit une congestion pulmonaire rapidement suivies de mort. Le soulagement qui suit l'évacuation de la poitrine, ne fera pas oublier, toutefois, que le liquide peut se reproduire, et même d'une manière foudroyante, si les périodes d'augment et d'état ne sont pas terminées. De là aussi le précepte de ne pas opérer, tant que ces périodes existent, s'il n'y a pas urgence.

» 3° Lorsque le déplacement des organes spécifié ci-dessus n'existe pas, on est en droit de penser que la respiration et la circulation s'accoutumeront aux conditions anormales qui leur sont faites ; et les médecins, auxquels il répugne de pratiquer la thoracentèse sans raison *péremptoire*, prendront le temps de combattre la maladie, source de l'épanchement, et trouveront la justification de leur conduite dans des faits nombreux de guérison, et même de guérison rapide. »

Cela posé, voici deux exemples de thoracentèse pratiquée par M. Aran, dans des cas de pleurésie aiguë modérée, qui présentaient, quoique non encore dans des proportions extrêmement considérables, les conditions attribuées aux épanchements excessifs. La simplicité des suites de l'opération, ses résultats favorables les feront ranger parmi les faits qui militent en faveur de l'adoption de ce moyen dans le traitement de la pleurésie aiguë.

Premier fait. — *Épanchement pleurétique gauche.*

François Papau, âgé de 26 ans, jardinier, d'un tempérament sanguin, d'une constitution forte et robuste, n'avait jamais été malade, lorsque, l'un des derniers jours de septembre, sans aucune cause dont il puisse se rendre compte, il fut pris d'un point de côté à gauche dans le troi-

Feuilleton.

CAUSERIES.

Il paraît que le comité secret de mardi dernier, à l'Académie de médecine, a été très orageux. Il s'y agissait du rapport et de la discussion de ce rapport sur les candidats à la place vacante dans la section de pharmacie. Un journal fait observer que les élections, dans cette section, sont, en général, très laborieuses et très disputées. Il y a de cela plusieurs causes, mais il n'est pas opportun de les indiquer. Je n'en dirai qu'une. Il s'est formé dans le sein même de la section de pharmacie une opinion soutenue avec ardeur par plusieurs de ses membres, et qui consiste à penser que les places dans cette section devraient être réservées à des pharmaciens émérites, c'est-à-dire qui ont abandonné l'exercice actif de la pharmacie, après y avoir brillé d'un éclat plus ou moins vif. Mais cette condition ne se rencontre pas dans les candidatures actuelles, qui, à l'exception de M. Poggiale, pharmacien en chef du Val-de-Grâce, ont toutes pour sujets des pharmaciens pratiquant et ayant officine ouverte. Je ne crois pas néanmoins que cette opinion ait jeté d'assez puissantes racines dans l'Académie, pour qu'il soit nécessaire de tenter quelques efforts pour l'extirper. C'est là, d'ailleurs, une piètre question de dignité professionnelle qu'il convient de laisser traiter par la profession elle-même. Ce que je constate, c'est que l'Académie, qui s'émeut, qui s'agite, qui se passionne pour un membre de plus dans la section de pharmacie, reste dans la plus complète indifférence sur la question si souvent agitée ici de l'utilité de la création d'une section de philosophie, d'histoire et de littérature médicales. J'ose dire à l'Académie qu'elle a tort de ne pas prendre l'initiative dans cette question. L'utilité de cette création, étudiée ailleurs et en dehors d'elle, sa convenance, pourra être décidée sans elle et peut-être malgré elle, ce qui est toujours désobligeant pour les corps savants. On ne se gêne pas beaucoup aujourd'hui pour faire *proprio motu* ce que l'on croit utile et convenable ; et certainement la mesure dont je parle, si, comme j'ai tout lieu de le croire, elle est intelligemment présentée à qui de droit, ne manquera pas d'aboutir.

Mais il s'agit aujourd'hui d'un pharmacien à introduire dans la docte assemblée. La section, malgré vent et marée, a maintenu son *ex æquo*, ce qui veut dire aux académiciens : Écrivez trois bulletins, placez-les dans votre chapeau, agitez, tirez-en un au hasard et les yeux fermés, vous ne pouvez en amener qu'un bon.

Cela est vrai, à la rigueur, et personne ne conteste que les trois candidats mis en présence par la section ne soient dignes de s'asseoir sur la banquette académique. Mais l'Académie ne peut pas imiter cet *ex æquo* commode, et il faut qu'elle fasse un choix. Elle le fera après quelques tiraillements. Des trois candidats *ex æquo*, aucun ne sortira probablement vainqueur du premier coup ; il y aura second scrutin et peut-être ballotage, qui donnera la victoire, je le crois, à M. Mialhe.

C'est pour lui que je vote ici carrément, tout en rendant hommage au mérite très réel et très sérieux de ses deux principaux compétiteurs, et même de ceux qui ne sont pas, cette fois, tout à fait en ligne. D'ailleurs, une seconde place est à donner dans la section de pharmacie, MM. Gobley et Poggiale pourront se retrouver bientôt sur le terrain de la compétition, qu'il faut préalablement déblayer de la candidature de M. Mialhe.

Je vote pour M. Mialhe, parce que ses travaux me semblent avoir plus de notoriété, plus de variété, plus d'ensemble et des affférences plus directes avec la physiologie et la thérapeutique que les travaux, très méritants d'ailleurs, mais plus spéciaux de ses compétiteurs. Il y a de l'originalité dans les travaux de M. Mialhe, il y a une doctrine, doctrine que l'on peut contester dans quelques-unes de ses applications, ce dont je ne me fais pas faute, il le sait bien, mais au moins qui sort de la vulgarité et du terre à terre de la pharmacologie. Plus que tout autre, M. Mialhe a introduit et popularisé en médecine les grandes vues chimico-physiologiques de ses illustres maîtres MM. Dumas et Liébig, il en a tiré des inductions tout au moins séduisantes, et des applications qu'un grand nombre de praticiens ont trouvées dignes de la plus sérieuse attention. Les idées de M. Mialhe se sont rapidement répandues dans le monde savant par ses ouvrages, qui sont traduits dans toutes les langues. Et moi qui ai assisté à ses débuts, je peux dire que M. Mialhe est encore un de ces consolants et encourageants exemples de ce que peuvent le travail, la volonté et les austères et pures jouissances de l'étude.

Voilà pourquoi je vote ouvertement pour ce candidat, et si la notoriété, la célébrité, l'originalité, l'éclat et l'utilité des travaux ne suffisaient pas pour arriver aux honneurs académiques, en vérité ce serait décourageant.

La Cour impériale d'Angers venait à peine de rendre son arrêt qui déclare que la distribution des remèdes par un médecin homœopathe constitue une contravention à la loi du 21 germinal an XI, que la Cour impériale de Bordeaux rendait un autre arrêt complétement opposé et dans des circonstances complétement identiques. Cela devient embarassant. Messieurs les avocats ne se font pas faute, le cas échéant, de rire de nos dissidences médicales, et j'ai vu même plus d'un grave magistrat se donner le plaisir de quelque piquante épigramme à notre endroit. Hélas ! ce n'est pas que chez nous, on le voit bien et trop souvent, qu'Hippocrate dit oui et Galien dit non. Cela devrait rendre tout le monde indulgent pour notre science et pour notre art, dont les défaillances ne sont après tout que celles de la nature humaine. Je me garderai bien de dire, parce que je n'en sais rien, que la certitude n'est guère plus grande dans la science du droit que dans la science médicale ; mais ce qu'on peut conseiller sans trop d'outrecuidance à ceux qui sont obligés de porter un jugement sur des affaires de notre art auxquelles ils sont complétement étrangers, c'est de s'en rapporter à leur bon sens naturel qui les égarera moins souvent que les interprétations confuses et diverses de la jurisprudence.

Ainsi, si, dans la question de la distribution des médicaments par les homœopathes, les juges se faisaient à eux-mêmes ce petit et simple raisonnement, je crois que la solution de la question pourrait bien être unanime :

Ou le médicament homœopathique a une vertu, ou il n'en a aucune.

S'il a une vertu, il tombe dans le droit commun, et rien ne peut le soustraire à la législation existante sur la police de la pharmacie.

S'il ne jouit d'aucune propriété, les médecins qui le distribuent ou qui le vendent, se rendent coupables du délit prévu par l'article 411 du

sième espace intercostal, lequel ne fut accompagné ni suivi de frisson ni de fièvre. Les jours suivants, la douleur se déplaça, gagna la partie inférieure du même côté de la poitrine et y resta fixée. Malgré cette douleur, il put continuer à travailler pendant trois semaines encore, et ce ne fut qu'au bout de ce temps, alors que de la fièvre vint à se manifester, qu'il se décida à cesser son travail, puis à venir à l'hôpital chercher les soins qui lui étaient nécessaires.

A l'entrée, après avoir reçu du malade les renseignements qui précèdent, on constata tous les signes physiques d'un épanchement pleurétique considérable à gauche : sonorité du thorax normale et respiration forte à droite; matité absolue à gauche, occupant tout ce côté, à l'exception d'un petit espace au sommet en avant et en arrière; souffle, bronchophonie, égophonie, égophonie pure en haut de la partie occupée par la matité; apnée complète en bas; absence de toute vibration thoracique quand on fait parler le malade; déplacement du cœur qui est repoussé vers le côté droit; du reste, fièvre modérée, 96 pulsations; dyspnée peu prononcée, 24 respirations par minute.

Très peu de jours après, le 26 octobre, M. Aran voit, pour la première fois, le malade et constate les phénomènes suivants : Meilleur état qu'au moment de l'entrée; douleur du côté moindre; presque pas de toux, deux ou trois crachats muqueux; pas de gêne de la respiration, ni couché, ni debout; essoufflement seulement dans la marche ascendante; face calme, naturelle; pas de chaleur à la peau, pouls assez faible, 84 à 88 pulsations; 24 respirations; appétit; langue un peu blanche et humide; pas de soif; garde-robes naturelles; ventre un peu tendu, mais indolent; bon sommeil, pas de transpiration la nuit. Respiration presque exclusivement diaphragmatique; le côté gauche se soulève à peine, le côté droit un peu plus, mais beaucoup moins que chez les autres sujets. Un peu plus de voussure du côté gauche que du côté droit.

En avant, sonorité exagérée, avec timbre creux, dans les trois premiers espaces intercostaux gauches, limitée inférieurement par une ligne partant du bord supérieur de la quatrième côte et se dirigeant obliquement vers l'aisselle; matité au-dessous de cette ligne; la matité précordiale, qui se confond en dehors avec celle de l'épanchement, arrive jusqu'à 3 cent. à droite de la ligne médiane du sternum. Distension considérable de l'estomac, d'après la résonnance obtenue par la percussion de la région épigastrique. — Respiration très faible au niveau du son tympanique; retentissement des bruits laryngiens à ce même niveau, mais à peine du murmure respiratoire. Extinction complète de ce murmure au-dessous de la ligne de matité. Les battements du cœur ont leur maximum d'intensité sous la partie inférieure du sternum; ses bruits ont un retentissement considérable, et le premier se prolonge jusque sous la clavicule gauche. Pas de changement appréciable de la voix sous les deux clavicules; diminution évidente de son retentissement dans la partie latérale et déclive de la poitrine, le malade étant couché sur le dos; retentissement énorme de la voix au voisinage du sternum, sous la clavicule gauche. Respiration normale pure dans tout le côté droit en avant. Le malade étant debout, la sonorité n'existe plus dans le troisième espace intercostal; en revanche, la respiration prend une grande amplitude dans les deux premiers espaces et même dans le troisième, au voisinage du sternum.

En arrière, sonorité à droite; à gauche, il n'existe de trace de sonorité que dans la partie la plus supérieure de la gouttière vertébrale, comprise entre une ligne prolongeant l'épine de l'omoplate et le bord interne de la fosse sus-épineuse. Partout ailleurs, matité fémorale avec perte complète de l'élasticité. Dans la gouttière vertébrale, conservation des vibrations vocales. — Inspiration et expiration soufflantes dans les trois quarts supérieurs de la gouttière vertébrale, persistant, quoique plus faibles et plus éloignées, dans le quart inférieur. Respiration forte et souffle éloigné dans la fosse sus-épineuse gauche; souffle dans les deux temps de la respiration dans la fosse sous-épineuse, se prolongeant jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate, disparaissant rapidement au-dessous, pour laisser un silence complet. Respiration normale dans l'aisselle gauche, avec un peu de crépitation seulement; plus bas, expiration soufflante qui se prolonge en avant jusqu'au voisinage du cœur. Bronchophonie égophonique, pas d'égophonie. Le liquide se déplace évidemment par le décubitus sur le ventre, ainsi que le montre la réapparition de la sonorité dans les parties mates et du souffle dans les points où il existait de la matité.

Ponction dans le huitième espace intercostal, dans la direction de la ligne axillaire postérieure, à l'aide du trocart à hydrocèle garni d'une peau de baudruche : la ponction donne issue à 1,200 grammes d'un liquide d'une couleur jaune rougeâtre.

La respiration se rétablit avec un timbre sec sous la clavicule gauche, et la sonorité reparaît dans le quatrième espace intercostal; en arrière, pas d'autre changement que l'augmentation de la sonorité dans la gouttière vertébrale, laquelle descend jusqu'au milieu de la portion de cette gouttière correspondant à la cavité thoracique, et un affaiblissement dans le souffle : la respiration est aussi plus faible, moins rude dans l'aisselle gauche. — On prescrit un julep morphiné, deux pilules opiacées. Une portion.

28 octobre. Pouls bien relevé depuis hier, à 76 pulsations; 24 respirations. Le soulagement persiste. En avant, toujours peu de mouvements dans les parois de la poitrine, dans l'inspiration; le niveau de la sonorité tympanique est descendu d'un espace comme hier, en dedans principalement; la matité cardiaque est revenue exactement sur la ligne médiane; inspiration très faible, un peu crépitante dans les portions sonores; expiration très prolongée, mélangée de craquements secs; bronchophonie. En arrière, dans la gouttière vertébrale gauche : sonorité rétablie presque partout; résonnance un peu exagérée au sommet jusqu'à la racine des bronches, et à partir de ce point jusqu'en bas, sonorité à une percussion forte, mais avec sensation de résistance. A une percussion forte également, il y a du son dans la fosse sus-épineuse et au niveau de l'épine; à partir de ce point, matité complète et élasticité perdue. Respiration généralement faible dans la gouttière vertébrale, même en haut; l'inspiration soufflante a complétement disparu; faiblesse très grande du murmure respiratoire à partir de l'épine et dans l'aisselle; la respiration a beaucoup perdu de sa force et de son éclat dans l'aisselle. Égophonie depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'en bas. Sel de nitre 1,50, poudre de digitale 0,20.

Ce traitement a été continué pendant huit jours; puis le malade s'en étant dégoûté, ces médicaments ont été supprimés, et aucun autre moyen n'a été employé que le régime et le repos au lit. Le malade n'a cessé d'aller de mieux en mieux, et il est sorti de l'hôpital le 17 novembre, en très bon état, bien guéri, ne conservant qu'un peu d'obscurcissement de la sonorité et d'affaiblissement du murmure respiratoire dans le côté gauche. *(La suite au prochain numéro.)*

TÉRATOLOGIE.

HERNIE CONGÉNITALE OU EXTROPHIE DE LA VESSIE.

Le nommé Dutour (Pierre), âgé de 9 ans, blond, assez fort pour son âge, est atteint d'un vice de conformation assez rare; il a une extrophie ou hernie congénitale de la vessie.

Le bassin de cet enfant ressemble à celui d'une fille; il offre un écartement considérable des épines iliaques. Sa démarche est vacillante et ses jambes sont fortement écartées l'une de l'autre.

L'ombilic, chez Dutour, est situé plus bas que dans l'état normal, sans cependant se confondre avec l'ouverture qui existe aux parois abdominales. La cicatrice ombilicale est rudimentaire et offre une petite ouverture ovalaire. Un cordon raide et dur part de cette cicatrice et va jusqu'à l'entrée de l'ouverture sus-pubienne dont il sera parlé tout à l'heure.

La symphise pubienne est remplacée par un fibro-cartilage de plus de 3 centimètres d'étendue, flexible, cédant sous le doigt. Au-dessus de ce fibro-cartilage, c'est-à-dire au centre de la région sus-pubienne, se trouve une ouverture capable d'admettre une grosse noix, fortement cintrée par en haut. Cette ouverture contient à sa partie supérieure une tumeur arrondie, rouge, fongueuse, susceptible de réduction, excessivement sensible au moindre attouchement, disparaissant en totalité quand l'enfant est couché depuis un certain temps. Cette tumeur, qui n'est autre que la vessie, offre à sa partie inférieure et sur ses côtés deux petites saillies qui sont séparées du reste de la tumeur par deux espèces de fissures.

Au-dessous de la tumeur dont il vient d'être parlé, et par conséquent à la partie inférieure de l'ouverture sus-pubienne, se voit un rudiment de verge, offrant par l'allongement près de 4 centimètres de longueur, et fermant au repos l'ouverture sus-mentionnée. Ce rudiment de verge a un rudiment de prépuce qui semble avoir été fendu par en haut et se termine en pointe à la partie inférieure du gland; il est muni d'un filet très fort. Le gland est imperforé et manque de la moitié supérieure de sa couronne. En tirant sur la verge qui est réduite aux corps caverneux par le prépuce, on voit, à sa partie supérieure, une petite gouttière triangulaire, vestige de l'urètre, qui va se terminer à une espèce de tubercule rouge qui n'est autre que le vérumontanum. Immédiatement au-dessous, se trouve une saillie cutanée transversale, allant d'un pubis à l'autre. Au-dessous de cette saillie, se voit un scrotum rudimentaire, mais parfaitement reconnaissable et muni de son raphé; la peau y est froncée et ridée de haut en bas et de dedans en dehors.

A la partie supérieure de ce scrotum, sont deux testicules bien conformés, dont le gauche est un tiers plus gros que le droit. Ces testicules sont pourvus de cordons gros et durs que l'on sent jusqu'à leur entrée dans le ventre.

Les anneaux sont très élevés et livrent passage à deux hernies qui rentrent avec une grande facilité. A partir de l'orifice de sortie de ces hernies jusqu'au scrotum où elles viennent se confondre, se voient deux saillies considérables qui entourent la verge et la tumeur vésicale d'une sorte de bourrelet d'autant plus volumineux que l'enfant est debout, bourrelet composé des hernies, des cordons et d'une quantité assez considérable de tissu cellulaire.

Quand l'enfant est debout, la tumeur vésicale qui a le volume d'une noix, recouvre la verge et ne laisse voir que le gland. L'urine coule des parties latérales et inférieures de la tumeur, plus à droite qu'à gauche; elle semble venir des fissures dont il a été parlé plus haut. La peau des parties qui avoisinent la tumeur est excoriée par le contact de l'urine.

Dutour dit n'avoir jamais eu d'érection et n'éprouver aucune sensibilité spéciale par le toucher. Il ne s'est, dit-il, jamais *amusé* avec d'autres enfants : les parents confirment son assertion.

Je n'ai pu découvrir ni les orifices des uretères ni ceux des conduits éjaculateurs.

Ce fait de *tératologie* offre ceci de particulier, qu'il se complique de deux hernies considérables.

Il pourra servir à ajouter une unité au nombre déjà grand des faits de même nature qui ont été publiés.

Il pourra aussi devenir intéressant, plus tard, de savoir ce qu'il adviendra sous le rapport des fonctions génératrices.

Je surveillerai cet enfant, et si, dans un temps qui ne peut être fort éloigné, quelque chose survenait, j'en ferai part au public médical.

Dr Bertet, de Cercoux.

BIBLIOTHÈQUE.

TRAITÉ PRATIQUE DES MALADIES DU TESTICULE, DU CORDON SPERMATIQUE ET DU SCROTUM,

Avec de nombreuses figures, par T.-R. Curling, F. R. S., chirurgien de l'hôpital de Londres, professeur de chirurgie au Collége médical de cet hôpital, président de la Société huntérienne de Londres, etc., traduit de l'anglais sur la 2e édition, avec des additions et des notes, par L. Gosselin, ancien chef des travaux anatomiques et agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Cochin, chevalier de la Légion d'honneur, membre de la Société de chirurgie, de la Société de biologie, et de la Société anatomique de Paris, etc. (1)

Pour un praticien aussi observateur et aussi judicieux que M. Curling, les complications de l'hydrocèle devaient avoir les honneurs d'un article, et cet article est un exemple de bonne discussion. L'auteur anglais admet que l'hydrocèle vaginale peut être compliquée avec :

1° L'hydrocèle enkystée du testicule;

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 25 novembre 1856.

Code pénal relatif à la tromperie sur la nature et sur la qualité de la chose vendue, et par la loi de 1851, qui a aggravé la pénalité contre ce délit, en ce qui concerne les substances alimentaires et médicinales.

Or, moi, magistrat, étranger aux études nécessaires pour l'appréciation de ces choses, je ne sais si telle ou telle substance possède ou ne possède pas des propriétés thérapeutiques. Mais nous avons près le tribunal des hommes éclairés, des experts assermentés, médecins, pharmaciens, chimistes, qui peuvent nous donner un avis compétent; posons bien nettement les questions qui embarrassent la justice, et la justice se procurera par là les éléments d'un jugement équitable.

Véritablement, ce n'est pas plus difficile que cela, et nous ne comprenons guère que les tribunaux ayant un moyen si simple, si facile, si commode de se tirer d'affaire, préfèrent, comme la Cour de Bordeaux dans une affaire récente, préfèrent trancher la question en la préjugeant, en exonérant le médecin homœopathe de toute pénalité, sur ce motif que les médicaments homœopathiques ne sont pas dangereux.

Que la Cour de Bordeaux me permette de le dire, là n'est pas la question. Il ne s'agit pas de savoir si telle ou telle substance, à telle ou telle dilution est dangereuse ou inoffensive, c'est là notre affaire, notre science, notre art; c'est à nous de dire cela à la justice, et non à la justice à nous l'apprendre; il s'agit de savoir si les préparations homœopathiques sont oui ou non des médicaments, des remèdes dans l'acception de la loi, et dès lors si elles sont oui ou non soumises à l'application de la loi. La Cour d'Angers dit oui, la Cour de Bordeaux dit non. Nous verrons bientôt ce que dira la Cour de cassation, car, je crois que l'arrêt de la Cour de Bordeaux est déféré à sa censure.

Du reste, il est curieux de connaître le motif principal invoqué par la Cour de Bordeaux; le voici :

«..... Mais, considérant au fond que les remèdes homœopathiques étant donnés à une dose impondérable, et *sans danger*, ne peuvent être considérés et rangés dans la même catégorie que les remèdes ordinaires auxquels s'applique la loi de germinal, qu'en conséquence, en distribuant des remèdes homœopathiques, M..... n'a commis aucune contravention, la Cour le relaxe, etc. »

Sans danger!... Voilà ce me semble, et sans manquer de respect à la Cour, une immixtion incompétente dans une pure question médicale. Le danger en thérapeutique, consiste aussi bien à ne pas faire, quand il faut agir, qu'à trop faire quand il faut se modérer. Si, comme le bon sens l'indique, et comme l'expérimentation véritablement scientifique l'a toujours prouvé, le globule homœopathique ne possède absolument aucune propriété médicale, c'est un danger et un très grand danger de s'en rapporter à lui pour la guérison du croup, par exemple, ou d'accès pernicieux, ou du choléra, comme l'événement l'a prouvé à Marseille, à la grande confusion de l'homœopathie.

Mais je prêche ici des convertis, n'est-ce pas? Voyez, cependant, comme les choses les plus simples et les questions les plus claires se compliquent et s'obscurcissent par l'interprétation et par les commentaires. Si l'on disait au plus crédule de nos crédules Parisiens, qu'en attachant au bout d'une ficelle un kilogramme de viande, et qu'en le trempant dans la Seine du haut du Pont-Neuf, les habitants de Rouen pourraient aller puiser au fleuve un excellent consommé, cet homme crédule vous rirait au nez ou se croirait victime d'une mystification. Eh bien! le public accepte les prétentions de l'homœopathie, plus extravagantes encore. Quelle singulière aberration de l'intelligence humaine! Ce sera là, assurément, une des pages les plus curieuses de l'histoire de ce XIXe siècle, qui ne le cède en rien, sous ce rapport, au siècle de Mesmer et de Cagliostro.

Amédée Latour.

M. le docteur Brisset, médecin de Paris, né à Hirson (Aisne), vient de laisser, en mourant, à cette commune, une somme considérable pour la construction d'un hospice pour les malheureux. On assure que cette libéralité atteint le chiffre de 250 à 300,000 fr.

— Par décret du 24 novembre, l'École préparatoire de Marseille a été réorganisée. L'enseignement comprendra : 1° anatomie et physiologie; 2° pathologie externe et médecine opératoire; 3° clinique externe; 4° pathologie interne; 5° clinique interne; 6° accouchements, maladies des femmes et des enfants; 7° matière médicale et thérapeutique; 8° pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Le nombre des professeurs adjoints est fixé à trois; ils seront attachés : aux chaires de clinique interne, de clinique externe, d'anatomie et de physiologie.

Le nombre des professeurs suppléants est de quatre; ils seront attachés : aux chaires de médecine proprement dite, de chirurgie et d'accouchements, d'anatomie et de physiologie; de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Il est également attaché à cette école : un chef des travaux anatomiques; un prosecteur; un préparateur de chimie et de toxicologie.

— Un bill de l'assemblée législative de New-York vient d'accorder à la Faculté de médecine de cette ville, pour les études anatomiques, le tiers des sujets fournis par les prisons de l'État.

— Dans la fameuse île de Milo (archipel des Cyclades), existent une foule de sources minérales qui, ainsi que bien d'autres merveilles de la nature, sont sans utilité; car il n'y a là aucun bâtiment capable de préserver les malades contre l'intempérie de l'air. Parmi ces thermes, on remarque surtout un bain de vapeur naturel. Il est situé au pied d'une petite colline, dans les environs de la vieille ville, et paraît dater déjà des anciens temps helléniques. Un petit escalier en pierre conduit à la voûte souterraine, dont les parois sont tapissées de fleurs en forme d'éventail. Dans ce souterrain, la température est de 22° Réaumur. De là on passe par un escalier très étroit dans une caverne naturelle dont la température est de 38°. Au bout de quelques instants, le corps est inondé d'une sueur abondante, et l'on ressent un véritable bien-être de cette transsudation.

Dans un autre endroit de l'île, se trouve aussi une autre grotte à bain de vapeur; mais dans celle-ci, il jaillit de terre de l'eau salée; et une preuve que dès les temps les plus reculés elle était fréquentée par les malades, c'est qu'on voit des niches taillées dans le tuf volcanique, et dans ces niches, des sièges qui ont dû servir de reposoirs aux baigneurs. Au reste, ce fait est confirmé par l'histoire, et Hippocrate parle des thermes de Milo, où il envoya, dit-il, un Athénien qui souffrait d'une maladie exanthématique. — (*Das Ausland.*)

2° L'hydrocèle enkystée du cordon ;
3° L'hydrocèle diffuse du cordon ;
4° La hernie inguinale.

Mais en se servant du mot complication, n'a-t-il pas forcé un peu la signification de ce mot. Il peut bien, il nous semble, exister deux maladies sur le même individu, sans que l'on puisse dire que l'une de ces maladies complique l'autre.

Le chapitre V est consacré à l'hématocèle ; si nous n'avions trouvé à la fin de ce chapitre une addition très étendue de la part du traducteur, nous aurions regardé cette partie du livre comme inférieure aux autres. En effet, la classification des diverses espèces d'hématocèles y est passablement confuse. En voici un exemple : L'auteur nous annonce qu'il va traiter de l'hématocèle du testicule, et quel n'est pas notre étonnement lorsque nous lisons, au-dessous de ce titre, la phrase suivante : Dans l'hématocèle de la tunique vaginale, qui est de beaucoup la plus commune, l'épanchement sanguin peut se faire au milieu de parties saines, succéder à l'hydrocèle ou se combiner avec elle. Ainsi, on le voit, M. Curling donne le nom d'hématocèle du testicule à l'hématocèle de la tunique vaginale. Le même vice de langage existe dans la dénomination d'hématocèle enkystée du testicule. Nous nous demandons pourquoi M. Curling n'a pas adopté une classification qu'il connaissait, qui a été admise dans la thèse de M. Jamain, et que nous avons établie, dans un mémoire publié en 1851 (*Archives de médecine*). Aussi, M. Curling ne traite ni de l'hématocèle pariétale, ni de l'hématocèle parenchymateuse. Heureusement, dans un article additionel, le traducteur a fait ressortir toute l'importance de la distinction à établir entre l'hématocèle de la tunique vaginale, et l'hématocèle pariétale. Sans doute le traducteur aurait fait la même réparation, à propos de l'hématocèle parenchymateuse, si l'auteur n'avait pas, dans sa classification, adopté la dénomination d'hématocèle du testicule, qui portait à penser qu'il voulait décrire la même affection. Toutes ces réserves faites, nous avons lu, avec un vif intérêt, l'article additionnel du traducteur, relatif à l'hématocèle vaginale. Cette variété d'hématocèle y est divisée en franche et en consécutive.

Le traducteur, qui s'est tant occupé de l'influence que les diverses maladies peuvent avoir sur la fonction spermatique, n'a point oublié d'examiner la question relative à la lésion concomitante du testicule dans l'hématocèle ; sur deux pièces qui lui ont été montrées par MM. Dolbeau et E. Godard, il a pu constater que le testicule était aplati, déformé, et remarquable par la pâleur de sa substance, en même temps que par l'absence des spermatozoïdes. Un autre point mis en relief par M. Gosselin, c'est l'hémorrhagie interstitielle des fausses membranes qui se trouve souvent dans les hématocèles anciennes ; il a montré que ce fait pouvait expliquer certaine variété de l'hématocèle ; et après la lecture de son article, on ne peut s'empêcher de reconnaître que si l'histoire de l'hématocèle restait à faire, ainsi que l'a dit en 1832 notre savant maître, M. le professeur Velpeau, les travaux de M. Gosselin ont comblé cette grande lacune.

Près de cent pages sont consacrées à l'orchite, que l'auteur divise en aiguë, chronique et syphilitique.

Nous aurions voulu voir, dans ce traité spécial, un article consacré à ce que quelques auteurs ont appelé orchite varioleuse ; l'existence de cette espèce d'orchite n'est pas admise par tout le monde. Les auteurs de pathologie interne les plus estimés passent sous silence cette affection, et ceux qui ne l'ont point oubliée, se contentent de dire que la variole peut produire une orchite. En quoi consiste cette orchite, quelles sont ses lésions, quels sont ses symptômes, sa marche, sa terminaison, comment doit-on la traiter ? Voilà ce qu'on oublie de nous dire. Heureusement, M. Gosselin a intercalé une note sur cette espèce d'orchite, dont il a signalé, le premier, les lésions anatomiques. Mais revenons à l'orchite aiguë.

L'anatomie pathologique de l'orchite aiguë y est traitée avec grand soin d'après les recherches de M. Gaussail et de M. Marcé. Les terminaisons de l'inflammation du testicule, particulièrement la suppuration, l'atrophie et la gangrène ont vivement attiré notre attention : l'influence que l'orchite a sur les oblitérations des voies spermatiques et sur la structure du testicule, sont traitées d'après les expériences de M. Gosselin et de A. Cooper. La question de la stérilité comme conséquence de l'épididymite bi-latérale, fait le sujet d'une note fort intéressante de la part du traducteur.

L'étiologie de cette affection est exposée dans tous ses détails d'après les documents fournis par MM. Billiet, Gaussail, d'Espine et Aubry. L'auteur a passé en revue tous les traitements de l'orchite aiguë ; mais le traducteur, avec raison, a réparé deux omissions : nous voulons parler de la ponction de la tunique vaginale et du débridement du testicule. La ponction de la tunique vaginale, que nous avons vu employer si souvent par M. le professeur Velpeau, son inventeur, et qui a donné, en France, des résultats si merveilleux, a été, de la part du traducteur, traitée avec un soin tout particulier. Le débridement de la tunique albuginée, proposé par Vidal (de Cassis), n'est souvent, aux yeux de M. Gosselin, qu'une ponction de la tunique vaginale elle-même.

Pour l'auteur, l'orchite chronique est caractérisée par l'exsudation, dans le parenchyme du testicule, d'une matière jaune et homogène, qui, molle d'abord, devient plus tard ferme et solide, et qui, en même temps, adhère si fortement à la substance propre de l'organe, qu'on ne peut l'en séparer qu'avec beaucoup de difficulté. Cette substance se dépose non seulement entre les tubes séminifères, mais encore dans l'intérieur de ces conduits.

L'auteur décrit ensuite l'influence que cette substance peut avoir sur la tunique albuginée, et c'est par l'ulcération de cette dernière que se produit le fungus du testicule, maladie qui avait été étudiée en 1808 par M. Lawrence, et qui, dans ces dernières années, a été l'objet de travaux importants de la part de MM. Jarjavay et Deville. M. Curling admet aussi que, dans l'orchite chronique, se forment des fistules spermatiques. Mais leur existence ne paraît pas démontrée à son savant traducteur. Nous passerons rapidement sur les symptômes, le diagnostic et le traitement de cette affection, pour arriver à une note de M. Gosselin. Il y est dit, avec juste raison, que l'article de M. Curling est un de ceux qui étonneront le plus les chirurgiens français, parce qu'il fait penser que l'orchite chronique et le fungus du testicule sont des maladies très fréquentes en Angleterre. Or, en France, l'orchite chronique et le fungus du testicule sont des maladies assez rares. M. Gosselin a donné de ce fait une explication qui nous paraît très plausible.

Nous voici à l'orchite syphilitique ; cette maladie existe-t-elle ? Cette question n'est pas débattue dans ce livre, et cependant, en France, on connaît le travail de M. de Castelnau, dans lequel l'orchite dite syphilitique est regardée comme une orchite chronique ; pour le savant auteur que nous venons de citer, il n'existe point d'orchite syphilitique ; son opinion, en ces sortes de matière, méritait certainement les honneurs d'une discussion ; mais sans doute l'auteur et le traducteur n'ont point voulu l'aborder, parce qu'ils ne partagent pas cette manière de voir. M. Curling admet sans hésitation, contrairement à l'opinion de M. Ricord, la terminaison par suppuration de l'orchite syphilitique. Les recherches thérapeutiques et cliniques de l'illustre syphiliographe français sont examinées avec tous les honneurs qu'elle méritent.

Le chapitre VII est consacré à l'étude de la tuberculisation du testicule. L'anatomie pathologique de cette affection est décrite d'après des pièces recueillies par l'auteur et d'après l'examen au microscope fait par M. Andrew Clark. M. Curling admet qu'elle débute par la face interne des tubes séminifères. C'est un point d'anatomie qui paraît bien démontré aujourd'hui ; mais alors pourquoi M. Curling nous dit-il, dans la première phrase du chapitre : « Cette maladie débute généralement par l'épididyme, où elle se montre sous la forme de tubercule jaune cru. » Il y a là une petite contradiction qui met le lecteur dans l'embarras.

L'évolution de la matière tuberculeuse y est tracée avec beaucoup de soin et d'exactitude d'après les recherches de M. le docteur Andrew Clark.

Les symptômes, la marche, la terminaison, le diagnostic et le traitement offrent des remarques pratiques du plus grand intérêt. La note dans laquelle M. Gosselin a analysé l'excellente thèse de M. Ch. Dufour, sur la tuberculisation des organes génito-urinaires, rend l'histoire de cette affection plus complète. En lisant la note de M. Curling, insérée à la page 323, on voit que ce chirurgien ne partage pas les opinions de M. Malgaigne sur le traitement de cette affection, et c'est sans doute pour cela qu'il a laissé dans l'ombre une question qui, en 1852, a été cependant l'objet d'une discussion vive et animée au sein de l'Académie de médecine.

La manière dont l'auteur divise son chapitre VIII, indique bien quelles sont ses tendances et à quelle école il appartient. La division classique du cancer en squirrhe, encéphaloïde et mélanose est adoptée sans discussion. Après un article sur le squirrhe ou le cancer dur, l'auteur consacre de longs développements au cancer encéphaloïde. M. Curling fait débuter le cancer encéphaloïde par l'extérieur de la tunique albuginée. M. Gosselin a reproduit dans une note les idées de MM. Ch. Robin et Ordonnez, qui démontrent d'une manière évidente pour nous que le point de départ est plutôt dans l'épididyme. Nous avons lu avec beaucoup d'intérêt une curieuse statistique due à A. Ludlow ; elle montre, en effet, que le cancer du testicule est, relativement, très fréquent avant l'âge de 5 ans. La question du cancer testiculaire des deux côtés est longuement examinée. Vidal (de Cassis) avait émis cette opinion que, du moment où les deux testicules étaient pris on pouvait être certain qu'il n'y avait pas du cancer ; mais, s'appuyant sur les observations de M. le professeur Denonvilliers et de M. Demarquay, M. Gosselin admet une opinion moins exclusive que l'ancien chirurgien de l'hôpital du Midi.

Imitant M. Velpeau qui, dans son *Traité des maladies du sein*, a produit divers cas de guérison de cancer, M. Curling rapporte aussi des faits qui doivent servir d'encouragement aux tentatives des chirurgiens.

La lecture de cet article nous a rappelé les discours de M. Velpeau à l'Académie de médecine, à propos de la discussion du cancer ; c'est le même langage, la même doctrine ; c'est l'école clinique qui parle, cette école à laquelle nous avons été assez heureux de pouvoir puiser nos premières inspirations.

Nous signalerons encore au lecteur un fait important relatif à l'histoire générale du cancer, nous voulons parler de la récidive tardive de ce produit morbide. Dans un cas observé par les praticiens les plus éminents de Londres, la récidive n'est arrivée qu'au bout de deux ans, et dans le fait de M. Paget, au bout de douze ans. M. Curling trouve dans ces faits une raison de plus en faveur de l'opération de la castration.

Le chapitre IX se rapporte à une affection qui a été beaucoup étudiée en Angleterre depuis les travaux d'A. Cooper, je veux parler de la maladie kystique du testicule. Quel est son point de départ ? Est-il dans les tubes séminifères, comme le croyait A. Cooper ? M. Curling rapporte avec détail une observation fort attentive, qui le porte à croire que le corps d'Highmore donne naissance à ces kystes si nombreux. M. Ch. Robin a démontré anatomiquement que c'est l'épididyme qui est le point de départ de ces kystes. Les pièces disséquées par ce dernier anatomiste et par M. Guyon, nous portent à adopter entièrement cette opinion.

Si nous ne nous trompons point, dans ce chapitre M. Curling a décrit deux maladies qui doivent être bien distinguées : les kystes du testicule et l'enchondrôme du testicule. M. le professeur Nélaton a souvent appelé l'attention des chirurgiens sur l'évolution des tumeurs cartilagineuses. On sait que, au bout d'un certain temps, elles présentent des points ramollis qui ont l'apparence de kystes ; on sait aussi que ces tumeurs peuvent acquérir un volume prodigieux. L'homme-ballon que M. Nélaton a examiné à l'hôpital Saint-Louis en est une preuve. On sait encore que des épanchements sanguins se produisent quelquefois au centre de ces points ramollis. Ne se rappelle-t-on pas involontairement ces sortes de tumeurs quand on lit dans le traité de M. Curling le passage suivant : « J'ai fait la remarque que de petites masses d'enchondrôme se trouvaient fréquemment au milieu de la tumeur kystique. Des observations récentes m'ont démontré que l'enchondrôme se développe primitivement à l'intérieur des tubes et de leur dilatation. Cette origine était surtout manifeste sur plusieurs pièces que j'ai examinées avec le professeur Quekett. La matière cartilagineuse se montre en masses allongées qu'on détache aisément des masses qui les contiennent. Elle peut devenir assez abondante pour oblitérer les kystes et *former la plus grande partie de la tumeur*... Ce testicule kystique, le plus volumineux de tous ceux que j'ai vus, pesait 2,180 grammes. »

Et plus loin, pour compléter l'identité, M. Curling cite un cas où il a trouvé des épanchements sanguins. Et si un doute restait encore dans l'esprit, il serait dissipé par la distinction que l'auteur est obligé de faire, au point de vue du pronostic, en admettant une maladie kystique bénigne et une maligne. Cette dernière n'est-elle pas l'enchondrôme, dont les suites amènent assez souvent la mort.

Les chapitres X, XI, XII renferment l'histoire des tumeurs fibreuses du testicule, des tumeurs cartilagineuses, et des dépôts calcaires dans la glande spermatique. M. Gosselin a ajouté, à ce dernier chapitre, une note intéressante, intitulée : *Tubercules et dépôts calcaires excentriques de l'épididyme et du canal déférent*. Tout récemment, j'ai vu un cas parfaitement semblable à ceux dont parle M. Gosselin.

Le chapitre XIII est relatif aux corps étrangers de la tunique vaginale. M. Curling a relaté le fait si curieux de M. Chassaignac. Le corps enlevé sur un malade par ce chirurgien, n'avait pas moins de 21 millimètres de longueur sur 14 de largeur. Des recherches nombreuses sur ces petits corps nous ont prouvé qu'ils accompagnaient souvent l'hydrocèle, et nous donnons une entière approbation à M. Curling, quand il dit avoir rarement trouvé ces corps étrangers sans qu'il y ait une hydrocèle. Pour M. Curling, ces petits corps ont leur origine au-dessous de la tunique vaginale, qu'ils soulèvent d'abord pour se pédiculiser et se détacher peu à peu. Nous croyons cette doctrine trop exclusive. Comme M. Gosselin, nous avons vu bien souvent l'appendice testiculaire offrir à son sommet un petit corps pédiculisé prêt à se détacher ; ces corps sont durs, ossiformes. Mais il en est d'autres dont l'origine n'est certainement pas la même. Ainsi nous avons rencontré, dans la cavité vaginale, des petits corps libres, de couleur blanchâtre, et dont la structure indiquait évidemment une origine hématique. Dans ce cas, il n'y a pas d'hydrocèle. Enfin, nous avons vu des corps d'une couleur un peu jaunâtre, ayant pour origine une fausse membrane devenue libre et flottante, se concrétant peu à peu, et faisant l'office de corps étranger. Ici, l'origine inflammatoire ne saurait être douteuse. Chose curieuse ! quand les corps dont nous parlons sont pierreux, ossiformes, ils ne se trouvent jamais au point le plus déclive de la tunique vaginale ; ils sont vers la partie moyenne, un peu au-dessus de l'appendice testiculaire.

Deux pages seulement sont consacrées au chapitre XIV, qui traite de l'inclusion scrotale. On y trouve un court aperçu de l'important mémoire de M. Verneuil sur ce sujet. Les entozoaires du testicule, très rare dans le scrotum, font l'objet d'un chapitre, qui est le quinzième. Le seizième renferme quelques aperçus sur le spermatocèle, maladie rare et dont l'existence est douteuse au point de vue clinique.

Le chapitre XVII se rapporte à une affection plus commune dans la pratique chirurgicale, c'est la névralgie du testicule. Fidèle à la tradition, M. Curling en admet deux espèces, l'une qui est plus commune, c'est l'*irritable testis* des Anglais ; l'autre est une véritable affection névralgique des voies spermatiques. A. Cooper a consacré cette division, et dans la mamelle, les Anglais décrivent aussi les deux maladies ; mais cette distinction est-elle bien juste ? Nous ne le croyons point, et nous lisons avec plaisir une note du traducteur commençant ainsi : « Les faits qu'il m'a été donné d'observer, ne me permettent pas de bien saisir la différence entre les deux variétés d'affection nerveuse admises par M. Curling et la plupart des auteurs anglais. » M. Gosselin admet bien deux cas, mais ce sont réellement deux névralgies distinctes occupant soit les nerfs spermatiques, soit les branches du plexus iléo-lombaire ; c'est cette dernière névralgie que Chaussier appelle iléo-scrotale.

Le chapitre XVIII comprend les troubles sympathiques et fonctionnels du testicule. M. Curling aborde l'insuffisance de la production du sperme par des considérations marquées au coin de la bonne physiologie, et c'est précisément à cause de cela que nous aurions voulu le voir se servir d'un autre mot que celui de sécrétion. C'est là une mauvaise expression, qui entraîne l'auteur à comparer le testicule aux autres glandes, et alors, il ne faut pas s'étonner qu'il constate des différences. Le testicule n'est pas une glande, c'est un parenchyme ; il ne sécrète pas le sperme ; à la surface interne de ses vaisseaux, existe un liquide, ou, si l'on veut, un blastème au sein duquel on voit apparaître les vésicules spermatiques dont le développement complet n'a lieu que plus tard et bien loin des testicules. Quoi qu'il en soit, le lecteur rencontrera un chapitre intéressant où l'auteur passe en revue toutes les affections qui peuvent entraver ou abolir la production du sperme. Malgré cela, le traducteur a cru devoir résumer les conséquences des maladies du testicule sur leurs usages ultérieurs, et dans le cas où la maladie a été bilatérale, sur les aptitudes viriles du sujet. Nous ne suivrons pas M. Gosselin sur ce terrain où sa plume a tracé des aperçus entièrement nouveaux ; nous craindrions de faire une analyse trop détaillée, et nous devons laisser quelques désirs aux lecteurs.

La spermatorrhée est étudiée cliniquement dans ses causes, ses résultats, son traitement. Tout en reconnaissant l'utilité du porte-caustique de Lallemand, M. Curling indique le cas où il ne faut pas l'employer.

Quelques-unes des maladies dont nous venons de parler peuvent exiger une opération qui termine naturellement l'histoire des affections testiculaires, c'est la castration. Ses indications se trouvent disséminées dans l'ouvrage entier. L'auteur s'arrête au procédé de Boyer, et il donne les précautions nécessaires pour éviter les accidents pendant et après le manuel opératoire. Il cite divers cas d'hémorrhagie dus à la rétraction du cordon, et il trace les règles de conduite dans le cas où la castration serait nécessaire, alors qu'il existe une hernie ou que le testicule est retenu dans le canal inguinal.

La 2ème partie du livre commence par un chapitre sur le varicocèle ; c'est un des chapitres les plus remarquables. Le varicocèle est douloureux surtout chez les jeunes gens. M. Gosselin a été frappé de l'indolence de cette maladie non seulement chez les vieillards, mais encore chez les adultes. C'est là une des raisons qui doivent faire rejeter les méthodes curatives. L'excision du scrotum est repoussée par M. Curling, pour plusieurs raisons : elle n'arrête pas les progrès du mal, ne procure pas un soulagement complet et n'a pas d'autres avantages que la simple suspension. L'invagination du scrotum proposée par Lherman, quoique ingénieuse, doit être rejetée par les mêmes motifs.

La cure radicale du varicocèle par l'oblitération des veines comprend quatre méthodes : 1° la section des vaisseaux ; 2° leur ligature ; 3° la compression ; 4° l'incision. L'auteur examine avec impartialité les avantages et les inconvénients de chacune d'elles. Il leur reconnaît à toutes un danger plus ou moins grand, et il propose volontiers un traitement par la pression. Ch. Bell, ce grand physiologiste, dans une de ses leçons au Collége des chirurgiens, cherchant à établir que l'état variqueux d'une veine était dû simplement à la pression de la colonne sanguine, avança, comme preuve, que si l'on appuie avec un doigt sur le vaisseau dilaté, la dilatation disparaît bientôt au-dessous du point ainsi pressé. Cette observation donna naissance au procédé de la pression, et ce fut Key qui l'employa le premier. L'auteur rapporte dix observations de malades guéris ou soulagés notablement au moyen d'un bandage inguinal. Ce

moyen, qui est peu connu en France, mérite d'être expérimenté à cause de son innocuité.

Les tumeurs adipeuses du cordon ont reçu les honneurs d'un chapitre fort intéressant. L'auteur y rapporte les recherches anatomiques de M. le professeur J. Cloquet et de M. Macilwain, il cite une observation où une semblable tumeur ne put être diagnostiquée par les chirurgiens les plus habiles.

Dans un dernier chapitre, M. Curling trace l'histoire de la rétraction du testicule, due à la contraction spasmodique du crémaster? il fait voir qu'on peut confondre cette affection avec une migration imparfaite du testicule.

Nous voici à la troisième partie du livre, aux maladies du scrotum. L'auteur s'occupe d'abord des blessures et il signale tout ce qu'elles ont de spécial. Cela donne l'occasion au traducteur de parler des travaux de M. Voillemier, qui a signalé un accident de ces plaies, la hernie du testicule.

Dans les chapitres suivants, l'auteur parle du prurigo, des varices, de l'emphysème, de l'œdème, du phlegmon diffus, de la gangrène et de l'éléphantiasis. Cette dernière affection donne lieu à des tumeurs remarquables, aussi un long article lui est consacré. L'anatomie pathologique, les causes, les symptômes ont attiré plus particulièrement l'attention de l'auteur qui a intercalé deux figures bien propres à donner une idée du volume prodigieux que ces tumeurs peuvent acquérir. Le traducteur a rappelé, dans une note, tous les cas de cette affection connus en France.

Des considérations fort curieuses sont données par l'auteur sur les tumeurs adipeuses, fibreuses et kystes, trouvées sur la peau du scrotum. Et enfin, il termine par le cancer de cette enveloppe cutanée. Fidèle à sa doctrine, il décrit ce qu'il appelle le cancer épithélial. Il convient de faire remarquer, avec M. Gosselin, que, pour M. Curling, la tumeur épithéliale est un cancer, et se trouve ainsi parfaitement dans les mêmes idées que M. Velpeau.

Comme on a pu en juger, l'ouvrage que nous venons d'examiner est écrit au lit du malade. L'auteur et le traducteur n'ont négligé aucun fait pratique. Le style est facile, coulant; les expressions toujours bien choisies; et le mérite littéraire de l'ouvrage annonce de la part du traducteur une grande habitude d'écrire. Nous sommes convaincu que tous les praticiens trouveront, dans sa lecture, des aperçus qui les guideront dans le champ encore peu exploré des maladies du testicule. L'éditeur a cherché à rendre ce livre digne des auteurs, en plaçant dans le texte de nombreuses figures qui en facilitent beaucoup l'intelligence. Aussi, nous ne craignons pas de nous tromper en disant que bientôt le livre de MM. Curling et Gosselin trouvera, dans la bibliothèque de tous les chirurgiens, une place honorable à côté des *Maladies du sein* de M. le professeur Velpeau.

B. Béraud.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 24 Novembre 1856.—Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Moyen préventif de la fièvre puerpérale.

M. Piedagnel communique la note suivante sur un moyen préventif de la fièvre puerpérale:

La fièvre puerpérale, maladie fréquemment mortelle, règne à Paris trop souvent sous forme épidémique, et force l'administration des hôpitaux à prendre des mesures exceptionnelles; c'est ainsi que vers le 15 mai, M. le directeur général me fit dire que, voulant éviter l'encombrement des femmes en couche, il les disséminerait dans divers hôpitaux, et que je devais me disposer à recevoir dans mon service à l'Hôtel-Dieu, des femmes pour y accoucher.

Connaissant toute la gravité de la fièvre puerpérale, sachant combien peu sont certains les moyens employés pour la combattre, je pensai dans cette circonstance que peut-être il n'était pas impossible de la prévenir, et je m'occupai des moyens.

Sachant que la quinine a souvent été employée avec avantage dans cette maladie, qu'elle prévient les accès de fièvre intermittente pernicieuse, maladie générale beaucoup plus grave que la fièvre puerpérale; me rappelant que pendant le choléra de 1853-1854, j'avais obtenu des résultats préventifs non douteux par son administration; sachant aussi que le fer, qui a une action positive sur l'ensemble de l'économie, a de même été employé avec avantage contre la fièvre puerpérale, il me sembla qu'en les associant, on pourrait retirer de bons résultats de leur administration. Mais comme la fièvre puerpérale débute ordinairement d'une manière brusque, et par conséquent n'est pas toujours précédée d'altération partielle, je pensai que l'administration de ces médicaments, qui ne devait point entraîner de conséquence fâcheuse, pourrait être faite avant le début de la maladie, lorsqu'on craindrait de la voir se développer.

Mon service de femmes à l'Hôtel-Dieu se compose de tout le deuxième étage du bâtiment de la rive gauche de la Seine, et forme ainsi une longue salle de 84 mètres de long, 9 mètres de large, 3m,60 de hauteur, coupée en divers compartiments par des cloisons épaisses, et aérée, au nord et au midi, par de larges et hautes fenêtres..... Je convins avec M. le directeur de l'Hôtel-Dieu que, pour éviter l'encombrement, je n'aurais à soigner qu'une accouchée sur quatre malades, soit 16 sur 64 lits; cette mesure fut respectée tant que les circonstances le permirent; mais bientôt nous fûmes envahis, et j'ai eu, à plusieurs reprises, 25 à 30 femmes en couches.

Les malades furent bien surveillées, tenues avec la plus sévère propreté. Les fenêtres ouvertes presque continuellement, même la nuit, quand le temps le permettait, du feu jour et nuit fut entretenu dans les poêles pour établir des courants d'air: mais cette mesure ne fut employée que jusqu'au commencement de juin. Le traitement médical mis en usage fut le suivant: Dès qu'une femme entrait pour accoucher, accouchant ou accouchée, elle prenait deux pilules de 10 centigrammes de sulfate de quinine et 1 gramme de sous-carbonate de fer. Le soir, à la visite, une même quantité de médicaments était administrée, et tant que durait le séjour des malades à l'hôpital, matin et soir on donnait ces mêmes médicaments et à semblables doses. Les femmes buvaient de l'eau de tilleul et une bouteille d'eau de Spa. Toutes les fonctions étaient bien surveillées et maintenues autant que possible dans leur intégrité physiologique. Ainsi, 40 centigrammes de sulfate de quinine, 2 grammes de sous-carbonate de fer chaque jour furent le régime médicamenteux des femmes bien portantes jusqu'à leur sortie de l'hôpital.

Mais il n'est question ici que des cas simples, et tous ne l'ont pas été. Ainsi, dans plusieurs circonstances, des signes de la fièvre puerpérale ont eu lieu, des douleurs, des frissons, de la fièvre, de l'excitation cérébrale, etc., se sont développés; dans ces cas, immédiatement on augmentait progressivement et par jour les doses de sulfate de quinine, 60, 80 et jusqu'à 120 centigrammes que je n'ai pas dépassés. La quantité de fer était de même augmentée : 4, 5, 6 grammes furent mis en usage; dès que les symptômes s'affaiblissaient, on diminuait les doses des médicaments. Tel est le traitement que j'ai employé; voici maintenant le résultat :

Du 16 mars 1856 au 23 juillet, soit 68 jours, j'ai eu à traiter 51 malades, aucune n'a eu de fièvre puerpérale; 11 ont eu des symptômes de la maladie à son début, sans persévérance; 1, venant d'un autre hôpital, où elle était accouchée, est entrée avec une fièvre puerpérale avec délire: elle est morte en deux jours (c'est la première qui fut reçue dans mon service); 1 est entrée sans connaissance, dans un état d'éclampsie grave; elle avait été accouchée de force la nuit : elle est morte dans la journée.

Au 23 juillet, les entrées ont cessé, les femmes grosses ont pris une autre direction. J'ai continué à suivre celles qui étaient dans mon service; le résultat n'a pas cessé d'être heureux. Mais, le 23 septembre, de nouvelles femmes en couches se sont présentées; j'ai suivi le même traitement préservatif, et voici ce que j'ai obtenu :

Du 23 septembre au 31 octobre (trente-huit jours), 40 femmes ont été admises pour accoucher; 15 ont eu des accidents légers, 2 ont été gravement malades; 1 est morte de fièvre puerpérale avec péritonite, épanchement thoracique droit, considérable : l'utérus était sain, mais volumineux et pâle,

En résumé, sur 91 femmes accouchées, une seule est morte de fièvre puerpérale contractée dans mon service. (Commissaires : MM. Serres, Andral, Velpeau.)

Délire des aboyeurs.

M. Bosredon envoie une note sur un genre singulier de névropathie, le délire des aboyeurs.

Cette singulière affection, dont l'histoire, dit l'auteur, se perd dans la nuit du moyen-âge, paraît avoir pris naissance dans le sein de la Bretagne. Ce phénomène assez rare, et dont la nature est peu connue du monde médical, se reproduit par intervalles plus ou moins rapprochés: il est caractérisé par un cri perçant, convulsif, parfois musical, qui représente tantôt le chant du coq ou le cri du paon, tantôt le bêlement des brebis, tantôt le miaulement du chat, tantôt le jappement du chien. C'est ce qui a fait donner aux femmes qui en ont été atteintes le nom d'*aboyeuses*. Le hasard vient de me présenter un cas de ce genre, qui, traité par les moyens médicaux, a été suivi de guérison.

Jean Roux, âgé de 11 ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une bonne santé, dernier fils d'un père vigneron mort phthisique depuis trois ans, demeurant avec sa mère à Sainte-Croix-du-Mont (Gironde), fut pris, sans cause connue, le 1er février 1856, d'une toux apyrétique assez intense pendant le jour, accompagnée d'une légère expectoration muqueuse et de céphalée. Il était calme pendant la nuit. Une médication appropriée avait triomphé de ces accidents, lorsque, le 15 du même mois, il commença à faire entendre un cri semblable au cri d'une poule dont l'œsophage serait obstrué, et qui durait de sept à huit secondes. Ces crises, qui s'accompagnaient d'une respiration pénible et saccadée, se répétaient huit à dix fois dans la journée. A l'entrée de la nuit, elles cessaient jusqu'à sept heures du matin, où elles se renouvelaient.

Le sulfate de quinine, le chloroforme à l'intérieur et à l'extérieur, les purgatifs variés, les bains froids et les immersions froides furent vainement employés. Ces crises, suivant toujours la même marche, intermittentes pendant la nuit, devinrent plus fortes pendant le jour et fatiguaient davantage le malade, sans cependant trop nuire à sa santé. Désespérant d'obtenir la guérison par les moyens ci-dessus indiqués, j'employai la potion suivante :

Eau de tilleul.	125 grammes.
Valérianate acide d'atropine. .	1/2 milligramme.
Sirop de sucre.	30 grammes.

A prendre par cuillerées dans les vingt-quatre heures. Cette potion produisit une forte dilatation des pupilles, des hallucinations, de l'incohérence dans les idées, enfin, une forte secousse dans tout le système nerveux, surtout cérébral. Dans les vingt-quatre heures qui suivirent, l'économie rentra dans l'état normal; la maladie avait complétement cédé. Huit jours après, sous l'influence d'une légère impression, ce jeune homme fit entendre deux cris assez semblables aux précédents; pour en éviter le retour, je conseillai, le 21 août, la même potion; mais le malade n'en prit que quelques cuillerées, à cause des accidents nerveux qui commençaient à se manifester. Depuis, il n'a plus rien éprouvé, et sa santé s'est constamment soutenue bonne. (Commissaire, M. Andral.)

VARIÉTÉS.

L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BUCHAREST.

La *Gazette médicale de Vienne* a publié un article consacré aux institutions scientifiques créées par M. le docteur Davila, à Bucharest. Ce jeune médecin est docteur de la Faculté de Paris; il a fait ses premières études à Angers, et il se trouve aujourd'hui en Valachie l'ardent promoteur d'établissements qui devront exercer une heureuse influence sur ce pays. Ajoutons qu'il est puissamment secondé par un homme qui représente dignement la France dans ces contrées lointaines, par M. Béclard, fils et frère de savants justement célèbres.

Nous reproduisons avec plaisir l'article du journal autrichien, qui a été imprimé en partie dans quelques feuilles politiques, et nous y joignons quelques développements empruntés au *Journal de Maine-et-Loire* :

« Parmi les établissements d'instruction publique institués dans ces dernier temps, l'École de chirurgie de Michaï-Woda, créée par le docteur Davila, médecin en chef de la milice valaque, mérite le plus d'être signalé; cette École, à laquelle on peut prédire un bel avenir, était, depuis longtemps un besoin criant pour la population civile et plus encore pour la population militaire.

» ... Cette institution militaire, organisée le 4 décembre 1855, et destinée d'abord à cinquante élèves, en compte déjà soixante-seize. Elle est richement dotée; les élèves, portant un uniforme militaire convenable, habitent de vastes salles, etc., etc.

» Le directeur de l'Institut, le docteur Davila, s'occupe de sa charge avec un zèle et un dévouement infatigables, ce qui lui a valu la reconnaissance de la population et des médecins du pays; ceux-ci, avec un patriotisme digne d'éloges, se sont offerts comme professeurs sans aucune rétribution, etc.

» Pour comprendre la nécessité absolue d'une École d'aides-chirurgiens à Bucharest, il faut savoir qu'on en est ici au XIVe siècle, et qu'il faut quelquefois faire trente lieues pour obtenir les secours de l'art. La dernière invasion du choléra n'a pas permis de différer l'établissement de l'École de chirurgie, qui s'est élevée déjà au rang d'École de médecine, et deviendra avec le temps une Faculté. On reconnaît l'inspiration française aussi bien dans l'organisation militaire que dans le règlement des études, où M. le docteur Davila exige avant tout la connaissance de la langue française. A la distribution des prix, le directeur a prononcé, en langue valaque, un petit discours où il explique ainsi les trois degrés d'instruction de l'École.

» Après deux années d'études régulièrement suivies, tout élève peut devenir aide-chirurgien.

» La troisième et la quatrième années, les études se développent en cours de médecine, et les élèves laborieux, après des examens spéciaux et rigoureux, peuvent recevoir un diplôme d'officier de santé. Ils seront attachés à l'armée comme médecins de bataillon, et, dans l'ordre civil, il seront médecins d'arrondissement.

» Enfin, ceux d'entre eux qui se seront le plus distingués par leur aptitude et leur zèle iront, la cinquième année, étudier aux frais de l'État, dans une des grandes Facultés de l'Europe. Ceux-là, après y avoir conquis le diplôme de docteur en médecine reviendront dans leur patrie capables de professer à leur tour dans cette École, dont ils auront été les premiers élèves. C'est à eux qu'il appartiendra d'agrandir l'œuvre commencée et d'élever cette École au rang des Facultés.

» Lorsque M. Davila a montré la nécessité d'une éducation militaire rigoureuse et d'une discipline austère pour les médecins, il a été unanimement applaudi; voici en quels termes le *Courrier de Bucharest* parle de cette cérémonie :

» L'École de chirurgie fondée à Bucharest compte aujourd'hui une année d'existence, et s'il a toujours été facile de prévoir les services importants que cette institution était appelée à rendre dans un prochain avenir, on en est mieux convaincu encore après les épreuves et les résultats de cette première année. L'habile direction imprimée à la jeune École, la méthode et l'ordre parfait qui y règnent, le dévouement éclairé des professeurs, et ajoutons aussi la tenue et le zèle des élèves, ont concouru à donner à cet établissement un caractère sérieux, comme tout ce qui marque un progrès.

» La distribution des prix, qui a eu lieu le 13 de ce mois, avait attiré un grand concours de notabilités. On y remarquait MM. les agents et consuls généraux de France, d'Autriche et de Hollande; S. Exc. Soleiman-Pachr, M. le ministre des cultes et M. le Spathar de la milice. La salle, décorée avec goût, était ornée pour cette solennité des bustes des célébrités médicales de l'Europe.

» S. A. le prince caïmacan a bien voulu honorer de sa présence cette fête de famille et distribuer de sa main des prix aux lauréats.

» Parlerons-nous des difficultés vaincues avant d'avoir atteint ce but? Il suffit de dire que jusqu'ici toute tentative analogue avait échoué, et que le feld-maréchal Coronini, après avoir visité l'école de Michaï-Woda, s'écria : « Il n'y a qu'un Français qui ait pu faire cela! Il n'y a même qu'un Français dans des circonstances exceptionnelles. A peine M. Davila avait-il été appelé en Valachie pour y cumuler les fonctions de médecin en chef de la milice et de directeur de l'hôpital militaire, que la guerre fit passer à Bucharest les armées turque, russe et autrichienne, et l'invasion du choléra lui donna l'occasion de signaler son dévouement et l'expérience qu'il avait acquise dans le département de Maine-et-Loire en 1849, lorsque, simple étudiant, il combattit le fléau de manière à s'attirer un témoignage public de reconnaissance. Non content de se multiplier, pour ainsi dire, entre les devoirs officiels et le soin de sa clientèle, le docteur Davila vient de fonder, de ses deniers, un musée d'anatomie attenante à l'école de Bucharest.

» Qu'on s'étonne des sympathies assurées à la France et aux Français, lorsqu'on les voit travailler, partout et toujours, aux révolutions pacifiques de la civilisation!

» Dans ces provinces danubiennes, que de progrès à accomplir encore, et quel vaste champ ouvert à l'activité de jeunes médecins et savants français! »

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE MORTS EN ORIENT.

Souscriptions recueillies par M. le docteur Sénard, chirurgien principal de la marine, membre de la commission (2e liste) :

MM. Jacques, chef de bureau, 5 fr.; Lauvergne, chirurg. de 2e classe, 10 fr.; Borderie, id., 5 fr.; Guérault, id., 10 fr. — Somme versée au nom des officiers de santé du port de Toulon, par M. Reynaud, directeur du service de santé, 500 fr.

Total.	530 fr.
Première liste	185 fr.
Total au 1er décembre . .	715 fr.

Le prochain numéro de la *Revue des médecins des armées* ne devant paraître que vers la fin de décembre, nous publions la liste des souscriptions déjà reçues par ce journal, en attendant qu'il l'insère lui-même à cette époque.

MM. V. Rozier, rédacteur de la *Revue des médecins des armées*, 20 f.; de Guillin, médecin aide-major au 2e voltigeurs de la garde impériale, 10 fr.; Rouis, médecin-major à l'hôpital d'Oran, 15 fr.; Burlureau (F.), médecin aide-major au 46e de ligne, 10 fr.; Friaut, médecin aide-major au même régiment, 10 fr.; Jacquot, ancien médecin ordinaire à l'armée d'Espagne, 20 fr.; Félix Jacquot, médecin-major à l'hôpital de Thionville, 20 fr.; Louail, médecin-major au 3e de ligne, 5 fr.; Beguinaud, pharmacien aide-major de 2e classe à l'hôpital de Corté, 5 fr.; Meunier, médecin aide-major à l'hôpital de Corté, 6 fr. — Personnel de l'hôpital militaire de Besançon : MM. Artigues, médecin principal chef, 25 fr.; Gerrier, médecin aide-major de 1re classe, 20 fr.; Peyroux, méd. aide-major de 1re classe, 10 fr.; Couderc, id., 10 fr.; Ditte, pharmacien-major, 15 fr.; Tranchant, pharmacien aide-major, 5 fr.; Riester, id., id., 5 fr.; Dreyer, id., id., 5 fr. — Personnel médical composant la garnison de Besançon : Gouget, médecin-major, 15 fr.; Bintôt, médecin aide-major, 5 fr.; Reeb, médecin aide-major, 5 fr.; Duanthier, médecin aide-major, 5 fr.; Barthet, médecin aide-major, 5 fr.

Total jusqu'au 30 novembre. 251 fr.

Souscriptions reçues par M. le docteur Maheux, secrétaire de la commission :

MM. Bonnet, docteur en médecine à Besançon, 10 fr.; Gasté, médecin aide-major de 1re classe au 55e de ligne, 10 fr.; Chenu, pharmacien aide-major à l'hôpital d'Aumale (Afrique), 5 fr.; Mme Wolff, d'Aumale, 5 fr.; MM. Driard, aide-major au 1er régiment de tirailleurs algériens, 10 fr.; les médecins de la garnison de Mostaganem (Algérie), par l'intermédiaire du docteur Colin, médecin-major au 4e chasseurs, 40 fr.; Danet, pharm. à Morlaix, 5 fr. — Souscriptions recueillies par M. le docteur Songy, médecin-major au 5e dragons, à St-Mihiel, savoir : 1° docteurs en médecine, pharmaciens et vétérinaires civils, 17 fr. 95 c.; 2° officiers du 5e dragons, médecins compris, 40 fr. Total, en déduisant 1 fr. 67 c. de frais de poste, 56 fr. 28 c. — La Société médicale de Douai, 100 fr.; Mme veuve Debève, propriétaire à Douai, 5 fr.; M. Pruvost de Dorignies, id., 10 fr.; M. Héroguet, grand-doyen, id., 5 fr.; MM. Saint-Supéry, médecin-major au 19e chasseurs à pied, id., 12 fr.; Coindet, aide-major au 7e chasseurs à pied, id., 10 fr.; Mercadier, id. au 63e de ligne, id., 10 fr.; Legendre, id. au 19e chasseurs à pied, id., 10 fr.; Mourlon, id. au 14e d'artillerie, id., 10 fr.; Hurst, id. id., 10 fr.; Legrain, pharm. à Douai, 5 fr.; Lemaire, id., 5 fr.

Total.	333 fr. 28 c.
Listes précédentes.	3,079 fr. 59 c.
Total à ce jour (3 décembre).	3,412 fr. 87 c.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris —Typographie Félix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 148. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 9 Décembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Qu'a produit jusqu'ici la discussion académique sur le traitement des kystes de l'ovaire ? — II. REVUE CLINIQUE DES HÔPITAUX ET HOSPICES (hôpital Saint-Antoine, service de M. Aran) : Deux faits de thoracentèse pratiquée pour des épanchements pleurétiques aigus très abondants, et suivie de succès. — III. OBSTÉTRIQUE : De la conduite à tenir dans le cas d'insertion centrale du placenta sur le col utérin. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. *Société médicale d'émulation de Paris* : Observation de tænia. — Du développement des entozoaires. — Trachéotomie. — Du danger de l'introduction du sang dans les voies aériennes. — De la forme à donner aux canules. — V. PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE : Sur l'atrophie aiguë du foie chez les enfants. — Expériences sur la transformation de l'amygdaline en acide cyanhydrique, dans l'organisme vivant. — Sur le traitement de la coqueluche. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Souvenirs du choléra.

PARIS, LE 8 DÉCEMBRE 1856.

QU'A PRODUIT JUSQU'ICI LA DISCUSSION ACADÉMIQUE SUR LE TRAITEMENT DES KYSTES DE L'OVAIRE ?

Pendant qu'une sorte de trêve académique suspend la discussion sur le traitement des kystes ovariques, disons en peu de mots les résultats que cette discussion a déjà produits, ce qui nous conduira peut-être à indiquer ceux qu'elle pourrait produire encore.

Il suffit de rappeler le point de départ de ce débat pour montrer qu'au milieu de cette profusion de discours, dont tous ne manifestaient pas avec la même évidence leur raison d'être, un point lumineux est apparu.

La discussion s'est ouverte sinon par une négation formelle de M. Malgaigne sur l'efficacité des injections iodées, du moins par un doute très accentué, exprimé par cet éloquent chirurgien et par un appel pressant, qui ressemblait à un défi, à l'exhibition et à l'examen des faits.

Le premier, et séance tenante, M. Cazeaux répondit à ce défi, et par quelques considérations qu'il devait développer plus tard dans un des plus remarquables et des plus substantiels discours que cette discussion ait produits, cet honorable académicien exprima une opinion favorable aux injections iodées, en indiquant sommairement une série de faits où l'emploi de cette méthode avait été suivie de résultats avantageux.

Que le lecteur se rassure, nous ne suivrons pas, pour en faire un résumé stérile, la longue et souvent confuse discussion à laquelle nous l'avons fait assister avec une exactitude et des développements qu'aucun autre journal n'a égalés (1). Ce que nous voulons seulement faire remarquer, c'est qu'au début, M. Malgaigne n'était pas isolé dans son doute. M. Trousseau, dont la thérapeutique ne peut pas cependant être accusée de timidité, et qui a enrichi l'art de plusieurs pratiques hardies, M. Trousseau déclare qu'il n'a jamais osé employer l'injection iodée pour la cure des kystes ovariques. Même déclaration de M. Cruveilhier, avec une tendance plus marquée vers leur adoption plus ou moins prochaine dans sa pratique. Quant à M. Moreau, sa répugnance est plus énergiquement accusée, les injections iodées lui font peur, il les rejette absolument.

Tel était, au début de cette discussion, sur la question des injections iodées dans le traitement des kystes ovariques, l'état des esprits à l'Académie, et l'on peut dire à peu près dans le monde médical : doute, négation, inscience.

Les choses ont-elles changé depuis ?

Oui, évidemment.

Si nous jugeons des impressions générales par nos propres impressions, nous dirons que les opinions et les faits exposés par

M. Jobert, avec l'autorité clinique qui s'attache à ses paroles ;

M. Huguier, dont nous avons relu le discours avec attention, discours qui gagne à être lu ;

M. Gimelle, qui a exposé des cas précis et concluants ;

M. Robert, qui a surtout insisté sur le point important des indications ;

M. Barth, dont le témoignage a tant de valeur ;

M. Cazeaux, qui a exposé la statistique complète des cas connus et dont il a apprécié la valeur en les catégorisant ;

M. Velpeau, enfin, qui a couronné cet édifice de démonstrations par le beau fronton que vous savez.

Il paraît démontré :

1° Que les injections iodées employées comme moyen curatif dans le traitement des kystes de l'ovaire, ne constituent pas, par elles-mêmes, un moyen dangereux, capable d'aggraver la situation des femmes que l'on y soumet ;

2° Que dans un nombre très encourageant de cas, elles ont amené une guérison radicale et persistante ;

3° Que, dans plusieurs cas, les insuccès de la méthode ont pu être attribués au procédé employé ;

4° Que le seul procédé rationnel est la fermeture immédiate de l'ouverture après l'injection iodée, et que l'emploi de la canule à demeure est un moyen dangereux ;

5° Que les injections iodées ont réussi surtout dans les kystes simples, uniloculaires, et ne contenant qu'un liquide séreux et clair.

Voilà, ce nous semble, ce que la discussion actuelle a déjà produit en y ajoutant l'influence de quelques voix du dehors, qui n'ont pas été sans retentissement, telle que celle de M. Pidoux, telle surtout que celle de M. Boinet, si vivement intéressé dans la question, et qui a adressé à l'Académie un excellent et très concluant mémoire.

Ajouterons-nous que de tous côtés, et surtout dans les colonnes de ce journal, se sont produits des faits nombreux sur les divers modes de terminaison dont les kystes ovariques sont susceptibles, par simple résorption, par rupture, par ponction évacuatrice sans reproduction du liquide, et que tous ces faits deviendront des matériaux précieux pour qui tentera d'écrire l'histoire générale des kystes de l'ovaire (1) ?

Cette discussion a donc été moins stérile que nous ne le craignions au début. Elle a mis en lumière des faits pratiques d'une grande importance. Savoir, d'abord, que les injections iodées, pratiquées dans les kystes de l'ovaire, ne présentent pas plus de danger que dans toutes les autres cavités closes où on les pousse aujourd'hui avec tant d'avantages, est un point important en thérapeutique où la première condition est de ne pas nuire. Savoir, ensuite, que les injections iodées ont guéri des kystes de l'ovaire dans une assez grande proportion de cas, est plus important encore, et nous ne croyons pas possible de ne pas admettre ces deux résultats de la discussion académique.

C'est beaucoup, mais ce n'est pas suffisant. Restent deux grandes questions à élucider, qui nous semblent appeler de nouveaux efforts et qui méritent toute l'attention des orateurs qui doivent encore prendre la parole.

Reste la question du diagnostic qui conduit naturellement à celle des indications.

Il a été dit peu de chose, dans cette discussion du diagnostic. Serait-ce qu'il serait toujours facile d'apprécier, autrement que par la ponction exploratrice, la nature d'un kyste ovarique ; s'il est unique ou multiple ; si le liquide qu'il renferme est ou séreux, ou albumineux, ou gélatineux ; dans quel état se trouvent les parois du kyste ; quelles sont ses relations avec les organes voisins, et l'état de ces organes voisins, etc., etc. ? Nous ne le pensons pas, et, ce qui nous semble le plus évident, c'est que, bien souvent, le

(1) C'est aussi pour nous un devoir et un plaisir de rendre hommage au talent et au zèle de notre honoré collaborateur, M. le docteur AXENFELD, qui rédige, on voit avec quelle fidélité, les comptes-rendus des séances de l'Académie de médecine.

(1) Une discussion sur ce même sujet, et dont nos lecteurs verront prochainement le compte-rendu, a eu lieu à la *Société médicale des hôpitaux*.

Feuilleton.

SOUVENIRS DU CHOLÉRA.

I.

Dans un des derniers numéros de l'UNION MÉDICALE (11 octobre 1856), M. le d^r^ Roche aborde la difficile question du traitement du choléra. Avec une intrépidité de conviction dont nous sommes trop deshabitués, il annonce qu'il va ramener au combat les vieilles doctrines de la médecine dite physiologique. Protestant contre la fameuse incision de la carotide, qui nous semblait jusqu'ici sans réplique, il jette, comme Condé son bâton de maréchal à Fribourg, le lancettier de Broussais dans les retranchements ennemis. S'élancera-t-on pour le disputer ? Cela me surprendrait. Nous sommes aujourd'hui bien indifférents aux questions générales, et toute polémique, à moins qu'elle ne soit personnelle, nous est une fatigue et un ennui. Je ne fais pas exception ; et, si la lutte s'engage, mon intention n'est pas de m'y mêler. Je ne suis point soldat, enrégimenté du moins, et je ne pourrais l'être si, par impossible, l'envie m'en prenait, ne connaissant pas de capitaine. C'est la marque de ce temps ; il n'y a, sur toute la ligne, que des tirailleurs plus ou moins exercés.

Relèvera donc qui voudra cette provocation ; je l'admire quant à moi, parce qu'elle est courageuse, et que la thérapeutique ne peut que gagner aux efforts tentés pour la rendre rationnelle. Ce que j'admire surtout, dans la *douzième lettre*, c'est la partie qui précède immédiatement cette provocation et lui sert d'exorde adouci. J'entends l'hommage rendu à l'arme toujours triomphante de l'empirisme, au QUINQUINA, l'antidote par excellence de l'*Irritation* systématique ! Voilà brisé, encore un coup, l'étroit exclusivisme du ci-devant Val-de-Grâce. Mais, cette fois, les mains qui le brisent, en recueillent précieusement les éclats et veulent s'en servir en guise de projectile. C'est de bonne guerre.

A titre d'auxiliaire libre et d'*enfant perdu*, qu'il me soit permis de rappeler dans quelles circonstances j'ai éprouvé la trempe et le fil de cette héroïque épée... de bois du Pérou que vient de tirer M. le docteur Roche, et avec laquelle il tâche, lui aussi, de ranimer la bataille.

II.

Au mois de juin 1849, je fus envoyé dans le département de la Marne, à Sézanne, pour soigner les cholériques. Cette ville était alors en proie à une double épidémie ; tous ceux que ne terrassait pas le choléra avaient, du moins, à subir les atteintes de la suette.

J'ai, à cette époque et avec mon collègue Lemoule, signalé dans l'UNION MÉDICALE cette coïncidence remarquable et jusqu'à nous trop peu remarquée, de deux affections qui ne sont peut-être que des degrés différents d'une cause unique. Mais ce n'est pas de cela précisément qu'il s'agit aujourd'hui, et tout au plus apporterai-je une présomption en faveur de leur identité, en montrant qu'elles paraissent avoir la même prophylaxie. M. le docteur Roche y verra peut-être encore la confirmation de ce qu'il avance (numéro du 18 octobre) sur le rôle de la transpiration, considérée dans le choléra comme la véritable réaction éliminatrice. J'en serais enchanté.

J'arrivai à Sézanne au moment de la plus grande intensité de l'épidémie, alors que les habitants terrifiés comptaient le nombre des malades par celui des morts ; tous ceux qui étaient atteints succombaient. Je dis tous et j'exagère à peine ; des 20 premiers cholériques que je vis, 3 guérirent. Ces guérisons eurent lieu d'une façon tellement imprévue, et furent provoquées par des moyens tellement exceptionnels, qu'elles mériteraient, je crois, une relation particulière. Je la ferai quelque jour, si l'occasion se présente.

Aucun médecin (je parle de ceux qui ont été au feu) ne s'étonnera d'une mortalité semblable, et de l'expression, *imprévue*, que j'applique à des cas de guérison. Chaque fois que le choléra est venu nous visiter, on a pu constater qu'il présente ainsi un *moment* pendant lequel échouent toutes les médications, rationnelles ou non. Par bonheur, cela ne dure pas longtemps.

Je reprends ou plutôt je commence mon récit.

Une des salles de la mairie avait été transformée, dès le début de l'épidémie, en quartier général. C'est là que siégaient, en permanence, et à tour de rôle, des membres du *bureau de secours*. Pour constituer ce bureau, le maire n'avait eu qu'à faire appel au dévouement des habitants : les trente premiers inscrits s'étaient organisés par groupe de cinq, qui devaient être de service de six en six jours et pendant vingt-quatre heures. Pas un ne faillit à sa tâche. Entre autres attributions, le bureau de secours était chargé de transmettre à qui de droit, dans le plus bref délai possible, toutes les réclamations relatives à la salubrité publique ; de donner à tout le monde les renseignements dont on pouvait avoir besoin ; d'enregistrer le nom et la demeure des nouveaux malades, d'y envoyer le médecin de garde la nuit, et le jour celui à qui incombait le soin de la circonspection des nouveaux venus. C'est là, par conséquent, que nous revenions chercher sans cesse de nouvelle besogne.

Après deux jours et deux nuits passés en courses continuelles, non seulement sans sommeil, mais sans une demi-heure de repos, y compris le temps de manger ; sous le coup d'émotions et de préoccupations horriblement déprimantes, j'étais, on le comprendra, à bout de forces ; pour me servir d'un mot énergique, familier aux vignerons de Bourgogne, j'étais *décerclé*. J'envoyai un des garçons de la mairie me chercher du vin de quinquina ; il en rapporta une bouteille ; je m'en versai la valeur d'un verre à Bordeaux et l'avalai d'un trait.

— Que buvez-vous donc là, docteur ? me demanda l'un des membres du bureau de secours.

— Goûtez-y, lui répondis-je assez brusquement.

Il mouilla ses lèvres et fit la grimace :

— C'est diablement mauvais ! dit-il.

— Oui, repris-je, mais c'est un préservatif infaillible contre le choléra. Et je me sauvai.

Je n'en pensais pas un mot, et j'avais pris ce vin à titre seulement de tonique.

Quand je revins, la bouteille était vide.

A partir de ce moment, on fit, tous les matins régulièrement, au bureau de secours, une incroyable consommation de vin de quinquina. Non seulement les membres de service commençaient ainsi leur journée, mais leurs collègues venaient, à la première heure, s'informer des plus récentes nouvelles, et l'on trinquait.

Je ne dirai rien de la marche du choléra à Sézanne, et rien des traitements qui lui furent opposés ; là, comme ailleurs, comme partout, le fléau — puisqu'on le nomme ainsi — offrit trois phases distinctes : une ascendante, relativement courte ; une décroissante, beaucoup plus longue, pendant lesquelles les moyens thérapeutiques employés réussissaient tous, plus ou moins ; et, entre les deux, une phase d'*acuité* heureusement de très peu de durée, pendant laquelle tous les traitements, fort variés d'ailleurs, échouaient sans exception. Cette succession se trouve indiquée dans la presque unanimité des relations sérieuses,

praticien reste dans l'incertitude sur un grand nombre de ces points et que la ponction seule vient l'éclairer sur la nature du liquide.

Mais ce dernier élément de diagnostic est-il lui-même suffisant? On n'a pas oublié les considérations pleines d'intérêt par lesquelles M. Velpeau a appelé l'attention sur les transformations possibles du liquide kystique qui de noir, brun et de mauvais aspect peut passer à l'état de sérosité limpide. M. Cruveilhier en rappelant les états divers révélés par l'anatomie pathologique sur les kystes de l'ovaire a-t-il avancé davantage le diagnostic vivant et l'art des indications? M. Jobert s'est chargé de la réponse en déclarant que, pour lui, la nature anatomique du kyste ne lui fournissait ni indications ni contre-indications.

Là, comme on le voit, est l'obscurité. Quand, à quelle époque faut-il agir ou s'abstenir? La nature du liquide kystique présente-t-elle des indications décisives d'action ou d'abstention? Tous ces points ont été touchés, il est vrai, par plusieurs orateurs, mais pas avec des développements suffisants, et c'est sur eux que nous appelons surtout l'attention des nouveaux orateurs, afin de compléter l'intérêt et l'enseignement de cette discussion.

Nous terminerons en exprimant le vœu que M. Malgaigne, dont la négation ou le doute a allumé ce débat, vienne y prendre part. Il est très intéressant de savoir si les faits qui ont été exposés devant l'Académie, et qui ont sensiblement modifié l'opinion publique sur la valeur des injections iodées, ont également produit une transformation de ses idées, ou s'il persiste, et par quelles raisons dans son incrédulité première. Ce n'est pas le cas de s'abstenir, à moins de s'exposer à une vieille interprétation du silence : qui ne dit mot consent.

Amédée Latour.

REVUE CLINIQUE DES HOPITAUX ET HOSPICES.

(MÉDECINE.)

Hôpital Saint-Antoine. — Service de M. Aran.

DEUX FAITS DE THORACOCENTÈSE PRATIQUÉE POUR DES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES AIGUS TRÈS ABONDANTS, ET SUIVIE DE SUCCÈS.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Deuxième fait. — *Épanchement pleurétique droit.*

Louis Roux, 39 ans, boulanger, est couché au n° 36 de la salle Saint-Antoine.

D'un tempérament lymphatique, d'une constitution forte et robuste, habituellement bien portant et n'ayant jamais fait de maladie sérieuse, il était malade depuis trois semaines, lorsqu'il est entré à l'hôpital, le 27 octobre 1856.

Le début a eu lieu par un point de côté sous les fausses côtes droites, en dehors, sans gêne de la respiration, s'accompagnant d'un peu de toux avec très peu d'expectoration, très léger d'abord, diminuant encore par l'application d'une ceinture autour du corps, et n'empêchant pas le travail. Au bout d'une semaine, ce point de côté a augmenté, sans que la toux devînt, d'ailleurs, plus fréquente ni plus pénible. Dix jours avant l'entrée seulement, la respiration a commencé à devenir gênée, et, le 25 octobre, le malade a cessé de travailler, sans être cependant encore dans l'impossibilité absolue de le faire. Il paraît y avoir eu du frisson dans la nuit du 25 au 26, néanmoins, il dit ne pas savoir s'il a eu de la fièvre. Aucun traitement.

29 octobre. Décubitus dorsal; face calme et naturelle; langue chaude, un peu blanche à son centre, et rouge à la pointe et sur les bords; bouche sèche; soif, un peu d'appétit. Ventre souple, indolent dans toute son étendue; urines peu abondantes; pas de garde-robes depuis quatre jours. Peau chaude et moite; pouls médiocrement développé, souple et ondulant, à 76; 24 respirations; palpitations; pas de gêne de la respiration, ni couché, ni debout; impossibilité cependant de se coucher sur l'un ni sur l'autre côté. Pas de céphalalgie; peu de sommeil la nuit.

Le point de côté a son siége sous les fausses côtes droites, en dehors et en bas; rarement quelques élancements spontanés; mais la douleur s'éveille dans les grandes inspirations, et borne le développement de la respiration diaphragmatique. La partie antérieure de la poitrine se soulève sensiblement des deux côtés en haut; mais inférieurement, elle est relativement peu mobile.

En avant, sonorité exagérée, avec timbre grave dans les quatre premiers espaces intercostaux. La matité commence au bord supérieur de la cinquième côte, et s'étend obliquement en dehors en passant à la base de l'aisselle. Respiration forte, un peu d'exagération du retentissement de la voix dans les parties sonores; plus bas, au niveau de la matité, le murmure respiratoire s'entend encore, mais bien plus faiblement. Le cœur est considérablement refoulé à gauche; ses bruits sont parfaitement normaux, à part un léger prolongement du premier bruit. — En arrière, la matité commence au milieu de la gouttière vertébrale, et s'élève par une ligne oblique jusqu'à l'épine de l'omoplate, d'où elle redescend sous l'aisselle par une ligne courbe, pour aller rejoindre la matité antérieure. La respiration s'entend normale dans la fosse sus-épineuse et la partie supérieure de la gouttière vertébrale; elle s'entend encore, malgré la matité, même assez forte, quoique affaiblie, dans la fosse sous-épineuse. Elle est soufflante, principalement dans l'expiration, dans la moitié inférieure de la gouttière vertébrale, et à partir de l'angle inférieur de l'omoplate; mais le souffle s'affaiblit de plus en plus inférieurement. Les vibrations vocales, affaiblies en bas, sont encore très appréciables dans la fosse sus-épineuse. Égophonie dans la gouttière vertébrale inférieurement, au-dessous de l'angle inférieur scapulaire. Pendant la toux, la pénétration de l'air est accompagnée du bruit de *jouet d'enfant*: La respiration est parfaitement pure dans le côté gauche, sans allongement de l'expiration. — Par le changement de position et le décubitus sur le ventre, la sonorité se rétablit complétement en arrière dans les parties mates; la respiration y reparaît aussi à la partie moyenne; le souffle s'affaiblit et perd de son éclat; l'égophonie reste plus évidente. — Huit ventouses scarifiées sur le point douloureux. Tis. pect. Jul. diac. Repos au lit. Bouillon et potage.

3 Novembre. Le point de côté persiste, mais faiblement; du reste, assez bon état. 60 pulsations; 20 respirations. Décubitus sur le côté droit. Pas de douleur à la pression de la poitrine. Les deux côtés se soulèvent sensiblement dans l'inspiration; mais le côté droit est un peu en retard relativement au gauche; et, à droite aussi, le diaphragme se contracte un peu convulsivement et incomplétement.

Le niveau de la matité s'est sensiblement élevé. La sonorité tympanique s'est réfugiée dans les trois premiers espaces intercostaux, c'est-à-dire qu'elle est remontée d'au moins deux travers de doigt. Respiration forte, avec un peu d'expiration prolongée dans presque toute la hauteur de la poitrine, le long du bord du sternum; en dehors, elle s'affaiblit rapidement, et l'on n'entend plus, au-dessous de la ligne de matité, que le retentissement des bruits laryngiens, imitant à s'y méprendre du souffle tubaire. Il y a sonorité exagérée sous le sternum; la matité précordiale ne commence que le long du bord gauche de cet os. Le foie dépasse de près de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes. — En arrière, la matité s'est élevée de 1 à 1 centimètre 1/2. La respiration est affaiblie dans la fosse sus-épineuse droite, à la racine des bronches, et de là dans toute la gouttière vertébrale. Respiration soufflante, un peu faible, dans la fosse sous-épineuse, soufflante presque jusque en bas à partir de l'angle inférieur de l'omoplate, où le souffle est assez fort, mais un peu éloigné. Le maximum d'intensité du souffle est au voisinage de l'aisselle, le long du bord du scapulum. Égophonie, principalement vers l'angle inférieur de cet os; elle devient plus apparente quand on se bouche l'oreille du côté opposé. — Le malade étant couché sur le côté gauche, la matité persiste à droite dans la moitié inférieure; elle remonte jusque dans l'aisselle, quand il reprend la position assise. S'il se couche sur le ventre, la sonorité se rétablit en arrière, ainsi que la respiration, dans toute la hauteur du côté malade; seulement la respiration conserve le caractère soufflant. — Vésicatoire à la partie inférieure droite, très marquée, principalement en arrière. Vibrations vocales considérablement affaiblies, surtout latéralement et en bas.

Ponction avec le trocart muni de baudruche, dans le sixième espace intercostal droit, latéralement. Issue de 2,500 gramme de sérosité transparente.

Dans les derniers temps de l'écoulement, toux saccadée. Après la ponction, la matité a baissé de 5 centimètres dans tous les points en arrière, et de 7 centimètres en avant. Le foie est remonté de 1 centimètre; la matité cardiaque est rétablie jusqu'à la ligne médiane du sternum. La respiration a reparu avec la sonorité; le souffle a complétement disparu en arrière; la respiration est seulement faible, inférieurement.

4 novembre. 64 à 68 pulsations; chaleur de la peau modérée. Respiration plus libre. Point de côté un peu moins fort, mais encore existant. Très peu de toux depuis la ponction; un seul crachat muqueux; 18 respirations. Décubitus, selon l'habitude, sur le côté droit. La matité est remontée en avant jusque près de la ligne des premiers jours; néanmoins, la respiration s'entend bien. — En arrière, la sonorité existe dans presque toute la gouttière vertébrale; en dehors de cette gouttière, la matité remonte un peu plus haut qu'après l'opération; pas de souffle; le point de côté, s'opposant à la libre expansion de la poitrine, nuit à la constatation du bruit respiratoire. — 6 ventouses scarifiées sur le point douloureux; tis. pect., jul. diac. Bouillon, potages.

6 novembre. Très bon état. 60 pulsations. 18 respirations. Point de côté disparu. La ligne de matité ne dépasse pas, en avant, celle qui a été constatée le premier jour; respiration normale, seulement un peu faible; en haut, sonorité un peu exagérée, de même que la voix. En arrière, sonorité rétablie dans toute la gouttière; la ligne de matité, en dehors de cette gouttière, ne dépasse pas, dans sa plus grande élévation, l'angle inférieur de l'omoplate; on entend surtout l'expiration; un peu d'égophonie en dehors, au-dessous de l'angle scapulaire inférieur; frottement pleural, mais très faible. — Moiteur abondante. — Tis. pec., jul. diac. Une portion.

9 novembre. Très bon état. 52 à 56 pulsations; 20 à 24 respirations. Bon sommeil. Appétit. Pas de gêne de la respiration; presque plus de toux. Sonorité presque entièrement rétablie en avant, et à peu près égale des deux côtés au sommet. Elle est rétablie jusqu'en bas en arrière; seulement il y a un peu plus de résistance à la base, sous le doigt qui percute; la respiration s'entend bien jusqu'en bas; seulement, à la partie inférieure, elle est un peu faible et mélangée de frottement pleural irrégulier et superficiel, assez abondant. — Trois portions.

11 novembre. Respiration rétablie en arrière dans le côté affecté en bas et en dedans, mais encore faible et éloignée en dehors. — Trois portions.

Le 17 novembre. Très bon état sous tous les rapports; le malade n'est gardé à l'hôpital que par précaution uniquement.

Ces deux faits sont remarquables par la bénignité, et en quelque sorte la nullité des symptômes, comparée à l'abondance et à la gravité de l'épanchement, par l'heureux succès de la thoracentèse, par la simplicité des suites de l'opération, enfin par la rapidité de la guérison, malgré l'insignifiance ou même la nullité des moyens fournis par la matière médicale.

Dans ces deux cas, peu ou pas de fièvre, peu ou pas de dyspnée, le jour même où la ponction est décidée et pratiquée; le pouls est à 84 chez le premier malade, à 60 chez le second; celui-ci a 20 respirations; celui-là en présente 24. Tous deux ont quelque appétit; et sauf un point de côté, peu intense d'ailleurs, mais qui dure depuis longtemps, sauf le commémoratif d'un certain degré plus ou moins grand d'accélération du pouls, sauf enfin de l'essoufflement plus facile dans la marche et l'effort, il est plus que probable que ces deux sujets seraient loin de se croire atteints d'une maladie dangereuse; et il est certain que, sans les moyens

---

Elle est si constante, qu'on devrait peut-être l'ériger en loi. Mais c'est un bien gros mot. On pourrait la figurer par les deux petits côtés d'un triangle scalène, dont le grand côté serait placé horizontalement. Le zéro thérapeutique correspondrait au sommet formé par l'intersection des côtés petit et moyen.

J'abandonne ce soin aux esprits curieux d'analogie et de positivisme en même temps, si, toutefois, les deux tendances peuvent se concilier, et je me renferme plus étroitement dans l'objet de cette communication.

Un vingtième environ de la population fut enlevé; un nombre bien plus considérable fut atteint et guérit. Le reste, à part quelques exceptions, fut malade de la suette. Je voudrais pouvoir produire ici des chiffres exacts. Mais on donnera à ces assertions — citées de mémoire et dont je reconnais toute l'insuffisance — la valeur que l'on voudra. Cela n'importe pas absolument. Ce qui importe, c'est l'affirmation que voici : Des trente personnes composant le bureau de secours, personnes appartenant à des conditions sociales variées et présentant la série des âges de 18 à 70 ans, toutes firent usage de vin de quinquina pendant l'épidémie; aucune ne fut atteinte ni du choléra, ni de la suette.

En dehors du bureau de secours, deux membres du personnel administratif de la mairie payèrent le tribut à la maladie régnante : le premier adjoint mourut en quelques heures du choléra dans la phase d'acuité; le maire, brisé par les fatigues physiques, et surtout par les fatigues morales, fut, plus tard, obligé de garder le lit pendant plusieurs jours; il présenta la plupart des symptômes de la suette, avec complication d'ictère. Ni l'un ni l'autre n'avaient usé du vin de quinquina.

Ce fait, doublé de sa contre-épreuve, me semble considérable, et je serais heureux que M. le docteur Roche le trouvât digne d'attention.

III.

Un mot maintenant de matière médicale.

En 1854, je racontais ce que je viens d'écrire à un de mes amis, praticien fort occupé, et qui avait alors à soigner de nombreux cholériques, l'engageant à essayer de ce préservatif sur ses malades encore indemnes.

— Avec quel vin, me dit-il, était préparé le quinquina dont tu fis usage?

— Mais, avec du Bordeaux, probablement, et, dans tous les cas, avec du vin rouge généreux, ainsi que le prescrit le Codex.

— Eh bien! ton vin de quinquina était tout simplement du vin amer, et je le prouve, continua-t-il, me voyant incrédule : tous les vins rouges contiennent du tannin, qui s'empare de la quinine pour former un tannate insoluble....

— Excellente préparation, interrompis-je, que l'humaine cornue trouve le secret d'utiliser — demande à M. Barreswil — et dont on fait beaucoup d'éloges!

— Sous forme de poudre, pastilles ou pilules, reprit mon ami, c'est possible; mais en bouteille, il se précipite et se couche au fond du vase, d'où il ne bouge plus. Tu as bu et fait boire du vin amer. Après tout, ajouta-t-il, tous les amers sont toniques; mais le houblon et la gentiane coûtent moins cher!

Je ne trouvai rien à répondre et j'en fus d'abord contrarié. Il est toujours désagréable de rester court et d'être pris en flagrant délit d'illusion. Un instant suffit pour me rasséréner. Après tout, l'illusion ne portait que sur le rôle attribué à la quinine — illusions d'interprétation, c'est fréquent — mais le fait lui-même était intact et survivait aux interprétations détruites. Or, j'étais sûr de lui. Je voulus savoir si ce qu'on m'opposait et ce qui m'avait ébranlé dans mes suppositions, car j'en avais fait, je le confesse, était également sûr — en fait.

Presque tous les hommes compétents à qui je m'adressai pour résoudre mes doutes, confirmèrent l'opinion qui me gênait. Ils me répondirent que le tannate de quinine était insoluble; qu'il formait un précipité restant sur le filtre et que le vin rouge de quinquina était, par conséquent, une mauvaise préparation.

Le *Formulaire* de Bouchardat, consulté, semblait aussi me donner tort, en indiquant les petits vins blancs acides de Bourgogne comme le meilleur dissolvant des principes actifs du quinquina. — Je ne sais si M. Bouchardat est propriétaire de vignobles.

D'un autre côté, je trouvais, en faveur de la manière de voir opposée, des autorités imposantes : le Codex, d'abord; — ensuite :

MM. Trousseau et Pidoux, qui recommandent le vin de Madère pour menstrue du quinquina et qui signalent, un peu plus loin, la présence du tannin dans le Madère;

Virey qui, dans son *Traité de pharmacie*, parle d'un dépôt résultant de l'action du tannin et des autres astringents du quinquina sur la résine colorante du vin, et qui ne parle, non plus que les précédents, de l'action sur la quinine par le tannin du vin;

M. Garot (Union Médicale, 7 septembre 1852), qui démontre bien que le vin de quinquina est un mode d'administrer la quinine, inférieur aux préparations de tannate de M. Barreswil, et qui signale « une réaction s'opérant au sein même du vin de quinquina et entraînant, sous forme de dépôt et en combinaison, le tiers de la quinine primitivement distincte, » mais sans spécifier de quelle nature est cette réaction, ce qu'il n'eût pas manqué de faire si cette réaction eût été tannique;

Et, enfin, un honorable pharmacien de Paris, ayant pendant longtemps préparé du vin de quinquina en assez grande quantité pour le conserver en tonneau, qui m'assura avoir analysé le dépôt énorme dont étaient incrustées les parois intérieures de ce tonneau lorsqu'il le défonça pour cause de vieillesse, et n'avoir pas trouvé trace de tannate de quinine. Je laisse ce fait sous sa responsabilité; et elle me semble trop lourde pour que j'ose dire son nom avant d'y être formellement autorisé.

Quant à moi, je désire plus que jamais savoir là-dessus à quoi me tenir, et j'offre, par avance, tous mes remercîments à la plume qui voudra bien m'édifier à ce sujet.

Mais, qu'il faille employer le vin blanc ou le vin rouge; — que le tannin du quinquina ou celui du vin se combine avec les bases résino-extractives ou quiniques, et que les tannates formés soient plus ou moins insolubles; — que l'action du vin de quinquina ne se puisse expliquer que par les autres principes de l'écorce péruvienne, ou qu'on soit réduit à ne pouvoir pas l'expliquer du tout; dirai-je que cela m'est égal? Non, car je voudrais que la thérapeutique, ainsi que la géométrie, n'eût pas de mystère. Mais à moins que d'autres observations ne viennent infirmer la mienne, et me prouver qu'à Sézanne, il ne fallait voir qu'une coïncidence fortuite entre le vin consommé et la préservation obtenue, je ferai, le cas échéant (puisse-t-il ne pas échoir!), avaler bravement le plus possible de vin de quinquina, comme prophylactique, tout en regrettant de ne pas savoir pourquoi il préserve.

Après tout, il nous reste tant de choses à apprendre! Que d'inconnues dans ces deux mots : vin de quinquina! Savons-nous pourquoi la quinine guérit la fièvre? Et — Bacchus est grand! — savons-nous pourquoi les vins blancs, qui contiennent moins d'alcool que les rouges, grisent plus *volontiers*, à doses égales, etc., etc.? Il faut de la patience; attendons. « Il est au ciel et sur terre, comme dirait Hamlet, bien des voiles que la philosophie n'a *pas encore* soulevés. »

Dr A.-M. Legrand, de Dijon.

20 Octobre 1856.

de diagnostic dus au génie d'Avenbrugger et de Laënnec, le médecin ne pourrait se faire une idée de l'état de leur pleurésie, de l'étendue de l'épanchement, et de la gravité qui en est la conséquence.

Ces deux malades, en effet, étaient alors dans un état très sérieux. Chez le premier, dont la pleurésie siégeait à gauche, le cœur dépassait de 3 centim. le bord droit du sternum; chez le second, dont la maladie occupait le côté droit, le cœur (sans parler du déplacement du foie) était repoussé à gauche, et la matité précordiale ne commençait qu'au niveau du bord gauche du même os. Aussi les fonctions cardiaques ne s'exécutaient pas avec une régularité parfaite; l'un des malades offrait un retentissement très considérable des bruits du cœur, avec prolongement du premier jusque sous la clavicule gauche, et l'autre se plaignait de palpitations, auxquelles il n'était pas habituellement sujet. L'épanchement, chez ces malades, pouvait donc être regardé comme excessif, suivant l'expression du rapport qui a été cité, car l'organe central de la circulation, sans être déplacé à un degré aussi considérable qu'on l'a observé quelquefois, l'était cependant d'une manière très notable. Or, l'on sait que ce déplacement constitue un des dangers, et peut-être le principal, ou du moins le plus prochain, de la pleurésie qui se présente avec cette circonstance. La mort, en effet, peut arriver subitement; M. Chomel a dit avoir observé cinq ou six terminaisons de ce genre; et selon un calcul que donne M. Marrotte dans son travail, *sur dix cas d'épanchements suivis de mort subite qui ont été analysés, neuf fois le cœur était déjeté à droite, au delà de la ligne médiane du sternum; et, dans le dixième, l'épanchement, situé à droite, avait fortement refoulé le cœur à gauche.*

Il y avait donc, sans être peut-être absolument *péremptoire* et pressante, une des deux raisons qui entraînent l'indication de la thoracentèse. L'opération fut pratiquée. Voyons quels en ont été les résultats.

D'abord les suites directes ont été nulles. La piqûre produite par le trocart était cicatrisée au bout de trois ou quatre jours, et l'air, en raison de la méthode employée, n'ayant pas eu accès dans la poitrine, il ne s'est manifesté aucun des inconvénients graves que l'on redoute comme conséquence de la pénétration de ce fluide dans une cavité déjà atteinte d'inflammation.

Ensuite, en laissant de côté le mieux-être accusé après l'évacuation du liquide, les malades, par la soustraction du produit qui mettait obstacle au libre fonctionnement d'un des poumons et au jeu normal du cœur, se sont trouvés dans des conditions plus favorables pour guérir, et ils ont en effet guéri rapidement.

On a vu, il est vrai, à la suite des saignées, des vésicatoires, de la purgation, de la diurèse provoquée, des épanchements très abondants se résorber avec rapidité. Mais il est vrai aussi qu'on a vu des pleurésies, même sans épanchement très abondant, résister à tous ces moyens de traitement, durer longtemps, s'éterniser pour ainsi dire, finir par la chronicité et la suppuration ou faire succomber le malade par suite de l'insuffisance prolongée de l'hématose; ou bien encore la résorption s'opérer si lentement, que le poumon, dépouillé de son ressort et de son élasticité, entouré de fausses membranes qui ont eu le temps de s'organiser et de devenir solides, n'a pu recouvrer à beaucoup près son volume primitif.

Dans les deux cas qui viennent d'être rapportés ci-dessus, rien de semblable n'a eu lieu. L'opération a enlevé de suite, sans danger aucun, avec un soulagement immédiat que les malades ont apprécié (quoique n'accusant pas de dyspnée auparavant), une très grande quantité de liquide, 1,200 gram. dans un cas, 2,500 dans l'autre. Le poumon a repris immédiatement une portion notable de son volume. Il s'est reproduit ensuite une certaine quantité de liquide, mais elle n'a pas été considérable, et l'absorption n'a pas tardé à faire disparaître ce que la cavité pleurale contenait encore de sérosité.

Le résultat a été plus remarquablement favorable chez l'un des malades que chez l'autre. Dans la dernière observation, en effet, on voit l'expansion pulmonaire se rétablir de suite bien plus complétement, ainsi que l'ont démontré, d'une part, la production, vers la fin de l'écoulement, d'une toux saccadée, signe connu du retour rapide de l'air dans un grand nombre de cellules pulmonaires, et d'autre part, la réapparition plus complète et dans une plus grande étendue de la sonorité et du bruit respiratoire à la suite de l'évacuation du côté malade. Cette différence des résultats obtenus, ne paraît-elle pas devoir être attribuée à une moins grande intensité, dans ce cas, de l'élément inflammatoire? On voit, en effet, le sujet de la deuxième observation ne pas bien savoir s'il a eu du frisson et de la fièvre, son pouls, à l'entrée, ne donner que 76, puis tomber à 60 le jour de l'opération, et sa respiration être descendue ce jour-là de 24 à 20 par minute; celui de la première, au contraire, déclarer avoir eu de la fièvre avant son admission à l'hôpital, présenter 96 pulsations le jour de l'entrée, 84 à 88 encore le jour où la ponction fut faite, et sa respiration se maintenir à 24. On voit, de plus, chez ce dernier, la ponction donner issue à un liquide affectant une teinte rougeâtre, probablement par le mélange d'un peu de sang, et, enfin, le poumon ne pas reprendre aussi complétement son volume après l'opération, malgré l'évacuation d'une quantité de liquide moitié moindre, signe plus que probable de l'existence de fausses membranes offrant déjà un certain degré de solidité.

Quoi qu'il en soit, ces deux malades sont aujourd'hui rétablis; chez tous deux la guérison a été très prompte; elle l'a été surtout chez le second, qui, opéré le 3 novembre, ne présentait plus le 11 du même mois qu'un peu de faiblesse de la respiration dans un point circonscrit, en bas et en dehors du côté affecté, résultat d'autant plus remarquable que, à la suite de l'opération, sauf quelques ventouses appliquées à cause de la persistance du point de côté, absolument aucun moyen de traitement, emprunté à la matière médicale, n'a été mis en usage.

Dr A. Gauchet.

OBSTÉTRIQUE.

DE LA CONDUITE A TENIR DANS LE CAS D'INSERTION CENTRALE DU PLACENTA SUR LE COL UTÉRIN;

Par le dr Bonnet, de Poitiers.

Dans l'Union Médicale du 21 octobre 1856, je lis les paroles suivantes prononcées dans une des séances de la Société médico-pratique de Paris :

« M. Perrin rapporte un cas d'hémorrhagie pendant l'accouchement, suite d'une insertion du placenta sur l'orifice du col utérin. Cette position du placenta, quand il s'est agi de pratiquer la version, ne permit pas de le décoller assez largement, soit en arrière, soit latéralement, pour arriver aux pieds. Dans tous les cas, le décollement eût dû s'exercer sur une surface tellement large, que l'opération devenait tout aussi dangereuse, pour la mère et l'enfant, que la perforation du reste du placenta. Aussi, dut-on en venir à cette extrémité, ce qui *simplifia* singulièrement l'opération, qui paraissait devoir être interminable en procédant par décollement. »

« M. Bonnassies, dans un cas d'insertion placentaire centre pour centre, alla également à la recherche des pieds de l'enfant en perforant le placenta dans son milieu. La mère et l'enfant ont été sauvés. Malgré cela, cette conduite a été *blâmée* par un accoucheur en renom. »

Ainsi, un accoucheur en renom, peut-être un des maîtres de l'art, a blâmé M. Bonnassies d'avoir perforé le placenta dans son centre. C'est là, en effet, une méthode blâmée dans tous les livres et à l'École. Mais cette pratique est-elle toujours blâmable, et la doctrine opposée, celle du décollement du placenta, mérite-t-elle l'approbation? Je ne le pense pas.

Placé à la tête d'une École de maternité, je pratique assez souvent des accouchements, et, dans mes débuts, je décollais exclusivement le placenta dans les cas dont il s'agit, comme j'avais lu dans les livres, entendu professer à la Faculté par Désormeaux et enseigner dans les cours particuliers de M. Velpeau, mon illustre maître. Je n'ai pas été heureux en cherchant à me rendre compte de mes revers; j'ai cru devoir changer de méthode et perforer le placenta par son centre pour aller chercher les pieds de l'enfant. Je déclare que, depuis, je n'ai pas perdu de malade. Les deux faits suivants en sont une garantie. L'un a été publié et est devenu la base d'une thèse soutenue à Montpellier.

Pour bien juger les motifs qui m'ont fait changer de méthode, il faut d'abord connaître la position où se trouve placé un accoucheur dans les contrées où, comme dans la Vienne, les femmes, même dans les positions les plus élevées, se font assister par les sages-femmes. Dans les cas périlleux, les médecins ne sont appelés que très tard, et quand, trop souvent, le danger est au-dessus des ressources de la science.

Dans le cas particulier dont il s'agit, la femme perd depuis longemps; ses forces s'en vont. Ou elle s'en est rapportée à des conseils mal éclairés, ou on lui a fait perdre un temps précieux par un traitement mal dirigé, insuffisant, en la faisant temporiser par des espérances sans fondement. Et quand enfin le médecin arrive, la mère est profondément débilitée, quelquefois exsangue; l'enfant mort. De telle sorte qu'il ne reste plus qu'à agir promptement, rapidement, pour épargner le peu de sang qui reste pour sauver les jours de la mère. Dans cette position, la méthode qui économisera le plus de sang de la femme devra être préférée. L'expérience m'a appris qu'on arrivait plus sûrement à ce but en perforant le placenta qu'en le décollant.

Quand on veut décoller le placenta qui couvre entièrement le col utérin (car il n'en serait plus de même si l'insertion n'était que partielle), il faut glisser les doigts et la main dans l'utérus, dont le col est souvent dilaté ou dilatable, et détruire les adhérences établies entre les deux organes, déchirer tous les vaisseaux intero-placentaires nombreux et volumineux, puis renverser la portion du placenta décollée sur la portion restée adhérente; de telle sorte qu'une moitié du placenta verse du sang au dehors, la chose plus dangereuse pour la mère; le sang coule plus abondamment encore des veines utérines largement ouvertes, béantes, parce qu'il y a inertie. Le sang coule donc à flots; et pour qui ne peut en perdre sans menace pour sa vie, on voit de suite quel danger court la mère. Mais si le placenta, couvrant le col utérin, est inséré seulement sur lui près de son bord, par le quart, le tiers de son étendue, on peut très souvent alors aborder le placenta par sa portion la plus étendue, et le séparer dans ses deux tiers ou ses trois quarts. Car nous manquons de signes propres pour nous faire cette distinction, et alors il est impossible que la mère puisse survivre.

Quand on perfore le placenta, au contraire, les choses se passent autrement. D'abord, on ne détruit que l'organe qui fournit le sang à l'enfant (qui est presque toujours mort et ne court plus de risques) et les veines utérines n'étant pas déchirées, ne fournissent pas directement le sang. Le trou fait au placenta n'a que l'étendue nécessaire pour laisser passer la main en forme de cône. L'ouverture est donc beaucoup moins large que celle faite dans le décollement, dans la circonstance la plus favorable. De là, moins de perte de sang. Ensuite l'avant-bras, pendant qu'on cherche à saisir les pieds de l'enfant, et, après lui, le corps de l'enfant, remplissent la perforation, compriment toujours un grand nombre de vaisseaux placentaires déchirés, et modèrent par là, retardent l'hémorrhagie, conservent plus de sang à la mère, et mettent beaucoup plus de chances de son côté. Or, en un tel danger, la meilleure méthode est celle qui fait perdre le moins de sang; car, en conservant celui de la mère, on agit en même temps dans l'intérêt de l'enfant, s'il est vivant.

Ce sont ces données rationnelles qui me font préférer la perforation au décollement du placenta, et approuver la conduite de mes deux confrères, loin de la blâmer. C'est celle généralement suivie par ceux qui pratiquent des accouchements dans la ville, et que mon confrère, M. Pingault, a fait ressortir par des faits comparés des deux méthodes, dans un mémoire présenté à la Société de médecine de Poitiers, et inséré dans le sixième de ses *Bulletins* (1842).

Je finis par deux remarques pratiques, qui ne se trouvent point dans les livres.

1° Quand on perfore le placenta en arrivant aux membranes, si elles sont tendues, je ne dirai pas qu'il est difficile de les rompre, mais cela n'est pas aussi prompt qu'on doit le désirer (car il importe toujours d'agir rapidement pour économiser le sang), à moins que l'ongle ne soit long. Il faut donc, à l'exemple de mon confrère cité plus haut, avoir tout près de soi un crayon, une plume, en un mot, un corps long plus ou moins pointu, pour le conduire le long du doigt, déchirer les membranes, si elles résistent.

2° On doit fortement fixer l'utérus avec la main qui est au dehors. Car, quand la main qui agit dans sa cavité veut saisir les pieds, l'enfant, dont le corps est onctueux, glissant, fuit devant la main qui cherche à les saisir; il tournoie dans l'eau de l'amnios retenue par l'avant-bras, qui s'oppose à son écoulement, ou au moins la retarde beaucoup. Il faut fixer le fœtus, le confiner contre un point des parois du bassin, avec la main qui est au dehors, afin de pouvoir le saisir immédiatement et sans retard.

Quant à l'objection faite à la perforation, qu'en retirant le fœtus le passage des bras ou de la tête décollent complétement le placenta et l'entraîne avec eux, me paraît peu sérieuse. D'abord cela n'arrive pas toujours, tant s'en faut. Ensuite la matrice agacée par la main portée dans sa cavité, par les manœuvres, se contracte assez pour fermer les veines utérines et empêcher l'hémorrhagie que la compression de l'aorte et le seigle ergoté suffiraient pour prévenir.

Observation I. — Le 20 avril 1845, la sage-femme de la Maternité me fit prévenir qu'une fille enceinte était prise d'hémorrhagie. Cette jeune fille, 21 ans, primipare, à six mois à peu près, fut touchée par plusieurs élèves. Le dernier rapporta son doigt teint de sang. Je la fis aussitôt mettre au repos. A huit mois et demi, elle me dit que, depuis trois semaines, elle voyait son urine teinte de sang. La veille, il avait coulé plus abondamment, et le matin des caillots se trouvèrent dans son vase de nuit.

Quand j'arrivai auprès d'elle, le pouls était à 80 pulsations, mou, dépressible; elle était pâle. Je trouvai des caillots dans le vagin; le col utérin entr'ouvert, peu épais, long de 1 centimètre environ et commençant à se dilater. Je pus sentir un corps mou, plus dense que des caillots, rugueux, inégal : c'était le placenta. Je prescrivis le repos absolu; je fis découvrir les extrémités inférieures, recouvrir la vulve de linges imbibés d'eau froide, souvent renouvelés. Dans le milieu du jour, l'hémorrhagie s'était arrêtée quelques heures et reprit peu après. Le pouls était plus mou et dépressible, et elle souffrait dans les lombes. Enfin, le soir, à sept heures, la dépressibilité du pouls, les douleurs de reins qui augmentaient, quelques signes de syncope, et la certitude acquise par le stétoscope que l'enfant vivait me décidèrent à temporiser.

Deux heures après, le pouls, fuyant sous le doigt, et désirant conserver la vie de l'enfant, je me décidai à faire l'accouchement forcé. Dans l'espoir d'une première position du sommet, et en présence de plusieurs élèves de l'École de médecine, j'introduisis la main gauche dans la vulve; puis dans le col utérin, deux doigts, et successivement trois et quatre, en le dilatant lentement et doucement, jusqu'à ce que j'eusse fait pénétrer toute la main dans l'utérus. Je rompis alors les membranes, après avoir traversé le placenta inséré par son centre. Ayant saisi les deux pieds, je pus amener l'enfant au dehors, vivant encore, quoique le col utérin, non suffisamment préparé, se fût rétracté sur son cou et que le défaut de dilatation du périnée et de la vulve eût rendu l'extraction de la tête plus pénible que je ne l'aurais désiré. L'hémorrhagie ne fut pas très abondante, et cependant l'enfant expira quelques heures après le travail. Il était à peu près à terme.

Je fus obligé d'aller extraire le placenta peu après l'accouchement. La femme, replacée dans son lit, avait le pouls à peine sensible, était disposée à la syncope. Mais une réaction qui releva le pouls s'établit après quelques heures, et quinze jours après la femme sortit guérie.

Observation II. — Le 17 mai 1850, je fus mandé à 10 kilomètres de Poitiers, auprès d'une femme enceinte pour la sixième fois. Elle avait, disait-elle, encore trois semaines ou un mois à faire. Un mois auparavant, elle avait tout à coup été prise d'une hémorrhagie abondante. Une sage-femme lui avait fait connaître la position dangereuse où elle se trouvait. Elle lui appliqua des linges froids sur le ventre et sur la vulve, la mit au repos. L'hémorrhagie cessa, et, trois jours après, cette femme reprenait les occupations de son ménage. Ce fut un mois après que l'hémorrhagie ayant reparu avec une grande force, je me rendis auprès d'elle. Il y avait des syncopes, des tintements d'oreille. La sage-femme avait pratiqué une saignée d'une palette avant mon arrivée, et renouvelait le traitement qui avait réussi autrefois.

Je constatai que, de temps à autre, elle rendait de gros caillots; le pouls était mou, à 120 pulsations; la face était décolorée; au toucher, le col était large comme une pièce de 3 francs, mince, tranchant, couvert par le placenta dans toute son étendue. Ce dernier était bosselé, rugueux, fendillé. Dans l'écartement de ses cotylédons, je pus facilement

apprécier la poche des eaux, pratiquer le ballottement. L'enfant était vivant. Les battements de son cœur étaient fréquents, tumultueux, à 150 pulsations. Le lendemain, l'enfant vivant encore, et l'hémorrhagie, arrêtée jusque-là, ayant reparu plus menaçante, je me décidai à l'accouchement forcé. Avec la main gauche, je perforai le placenta et la poche des eaux, je saisis les deux pieds à la fois et les abaissai. Le bras de dessous se dégagea en même temps. La tête, en arrivant au détroit supérieur, se trouva placée dans le diamètre transversal; d'où je fus obligé de l'extraire. L'enfant naquit vivant, les battements de son cœur étaient réguliers, quoique éloignés, et les deux temps en étaient très distincts. L'opération dura moins de cinq minutes, et, pendant ce temps, la femme perdit fort peu de sang. La sage-femme faisait continuellement des frictions sur l'utérus pour le faire revenir sur lui-même. L'hémorrhagie fut peu abondante parce que ma main, qui remplissait la déchirure faite au placenta, comprimait les vaisseaux détruits, puis, après elle, ce fut le corps de l'enfant.

Aussitôt je fus chercher le placenta; je donnai du seigle ergoté pour faciliter le retrait de l'utérus et prévenir de nouvelles hémorrhagies, qui ne reparurent pas. La femme guérit assez rapidement. Trois semaines après elle était sortie.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS,

Séante à la Faculté de médecine.

Séance du 5 Juillet 1856. — Présidence de M. Herfin (de Genève).

Correspondance. — La correspondance imprimée comprend une brochure intitulée: *Des indications et contre-indications de l'hydrothérapie*, par M. le docteur Lubanski.

Observation de tænia. — Du développement des entozoaires. M. le professeur Cruveilhier, membre honoraire de la Société communique le fait suivant:

Un jeune professeur d'une Faculté des lettres de province, vint le consulter il y a une huitaine de jours. Depuis longtemps déjà, les fonctions digestives étaient altérées, le malade était maigre, jaune et affaibli; il obtint un congé de six mois et se rendit à Paris. Il y avait déjà deux mois qu'il éprouvait un malaise, une sorte de gêne dans la fosse iliaque droite, comme s'il se trouvait un paquet dans cet endroit; enfin le malade ayant ressenti des démangeaisons à l'anus, en retira quelques anneaux de tænias plus ou moins longs; ces fragments s'agitaient et chez quelques-uns, les mouvements auraient encore été sensibles douze heures après l'extraction.

M. Cruveilhier fit prendre au malade la décoction de racine de grenadier fraîche, un verre le matin pendant trois jours d'abord, pour préparer en quelque sorte l'économie à l'action de ce médicament. Aucun effet ne fut produit. On fit prendre les trois verres de décoction, un matin, en trois fois, à demi-heure d'intervalle. Le médicament avait été pris à huit heures; à onze heures, le malade commença à rendre de longs fragments d'entozoaires, qu'il tirait même et déchirait pour les amener au dehors, de telle sorte qu'au premier abord on ne pouvait savoir s'ils faisaient partie du même individu.

M. Cruveilhier entre dans quelques détails sur les différences qui existent entre le botriocéphale et le tænia solium, espèces entre lesquelles il hésitait pour classer l'entozoaire qu'on lui présentait.

La forme des anneaux, larges ou étroits, étant variable chez le même individu, ne constitue pas un caractère suffisant; le tube digestif présente la même disposition de chaque part, il règne dans toute la longueur de l'animal, sous la forme de deux cordons, reliés entre eux dans chaque anneau par une communication transversale; cette disposition même ne permettra jamais de considérer chaque anneau comme constituant un animal distinct, ver cucurbitain. La tête présente des caractères bien tranchés et suffisants; le tænia solium ou armé présente des crochets rétractiles et des suçoirs, tandis que le botriocéphale en est privé. Mais la tête n'est pas toujours facile à trouver, celle surtout du botriocéphale qui est très petite. Restent les anneaux pris isolément: ce sont les organes génitaux qui donnent ici un caractère aussi constant que facile à découvrir. Chaque anneau porte des organes génitaux mâle et femelle; mais dans le tænia solium, l'organe femelle se trouve près du bord latéral libre, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, et l'organe mâle est situé au milieu de l'anneau, près du bord adhérent inférieur à la face ventrale de l'animal. Dans le botriocéphale, tænia lata, tænia non armé, les deux organes, mâle et femelle, sont placés à côté l'un de l'autre, sur le milieu de l'anneau, près du bord adhérent inférieur. C'est à ces caractères que M. Moquin-Tandon, ayant examiné l'entozoaire qu'on a présenté à la Société, a reconnu un tænia solium, tænia armé.

M. Cruveilhier rappelle que l'on s'est appuyé souvent sur l'existence des entozoaires, pour soutenir la théorie de la génération spontanée. La découverte des organes génitaux, et même des œufs des tænias, vient faire tomber ce point d'appui.

Un autre caractère qui pourrait faire distinguer le botriocéphale du tænia solium, caractère extrinsèque cependant, consiste en ce que le premier ne se rencontre que chez les habitants de la Pologne, de la Russie et de la Suisse, tandis que le tænia est fréquent en Angleterre, en Hollande, en Allemagne, en Orient et en France. M. Cruveilhier cite ce qui arriva à Sœmmering, qui, Allemand d'origine, ayant cependant rendu un botriocéphale. Il avait été le prendre pendant un séjour qu'il fit en Suisse.

M. Depaul demande si l'on a rencontré, dans quelques parties du corps, les germes isolés des tænias, où et comment ils se développent et arrivent à l'état d'animaux parfaits dans le tube digestif de l'homme.

M. Cruveilhier pense que c'est à la suite d'une série de métamorphoses, comme on en observe dans la classe des insectes, que les œufs de tænia parviennent à reproduire l'animal duquel ils émanent.

M. Barth fait remarquer que, dans ces métamorphoses des insectes, chaque existence successive exige des conditions toutes spéciales; il en est de même pour le développement du tænia; et, d'après des observations et des expériences récentes, il paraîtrait que ce que l'on a décrit sous le nom de vers vésiculaires (cysticerques, échinocoques, cœnures), ne serait que des larves de tænia, premier produit de l'éclosion des œufs, développé dans le parenchyme des animaux qui les ont ingérés. Ces larves ne deviennent vers parfaits que si elles arrivent et se fixent dans le tube intestinal de l'homme; et on comprend facilement comment ces larves peuvent passer du parenchyme des animaux dont l'homme se nourrit, dans les intestins de celui-ci.

M. Barth a observé que, dans les portions de tænia rendues successivement, la longueur et la largeur des anneaux sont fort variables; cela tiendrait, comme il a pu le voir chez une dame sur laquelle la racine de grenadier opéra d'une manière vraiment effrayante, à ce que, sur la fin du ver, les anneaux sont fort irréguliers, ce qui n'a plus lieu à mesure que l'on se rapproche de la tête; or, les fragments qui se détachent les premiers et spontanément viennent dû l'extrémité inférieure du ver.

Trachéotomie. — Du danger de l'introduction du sang dans les voies aériennes. — De la forme à donner aux canules. — M. Hillairet présente quelques considérations sur la trachéotomie et sur le séjour des canules dans la trachée.

Le malade, objet de cette communication, est âgé de 48 ans, il est atteint d'une laryngite chronique, avec cornage, respiration difficile, et, enfin, on suppose une nécrose de quelque partie du larynx. La trachéotomie, proposée en consultation, fut repoussée. Un jour, en arrivant chez son malade, M. Hillairet le trouve tombé dans son salon et asphyxiant: il pratique immédiatement la trachéotomie, sans autre aide qu'une cuisinière, sans autre instrument qu'un bistouri de trousse et est obligé, en attendant l'arrivée de confrères, de tenir écartés avec les doigts les bords de la plaie de trachée. L'asphyxie ne cessa pas de suite, et il s'écoula une grande quantité de sang dans la plaie. Ayant, autant que possible, provoqué des mouvements respiratoires artificiels en abaissant les côtes, M. Hillairet vit enfin la respiration se rétablir, puis des efforts de toux chassèrent le sang. M. Hillairet fait remarquer ici qu'il s'est peu préoccupé de l'écoulement du sang dans la trachée; que déjà chez trois enfants qu'il a opérés, cet écoulement n'avait pas amené d'accidents, qu'il le considérait même comme excitant la muqueuse et provoquant des efforts qui favorisent l'expulsion des mucosités et le retour de la respiration.

Passant rapidement sur les détails de ce fait, M. Hillairet arrive à quelques considérations sur le séjour prolongé des canules dans la trachée dans certaines affections chroniques du larynx; il les résume ainsi: lorsque la canule doit séjourner longtemps dans le larynx, il faut, au début et tant qu'il y a gonflement et inflammation, placer une canule un peu longue; mais on doit la raccourcir le plus tôt possible, les canules courtes ayant moins de tendance à produire des accidents.

Le frottement des bords de la canule contre les anneaux de la trachée peut en amener l'ulcération et même la nécrose. On remédie à cet inconvénient en ayant deux canules de longueur différente, qui se remplacent alternativement, et, ainsi, ne portent pas sur les mêmes anneaux.

Quant aux canules à soupapes qui permettent au malade de parler, on leur a fait subir une modification, qui consiste à ouvrir à leur partie supérieure une petite fenêtre; celle-ci a des inconvénients. Des bourgeons charnus se développent autour de cet orifice, s'y introduisent, l'oblitèrent, empêchent de retirer facilement la canule, se déchirent même quand on enlève celle-ci. La présence de cette fenêtre facilite encore l'obstruction de la canule par des mucosités que le courant rapide d'air de bas en haut entraîne dans la canule. La canule courte à soupape obvie à tous ces inconvénients; l'air passe très bien sans fenêtre et le courant d'air ascendant est beaucoup moins rapide.

M. Larrey ne pense pas que l'introduction de sang dans la plaie de la trachée soit exempte de dangers, tout au contraire; il y a de nombreux exemples d'accidents fort graves; c'est aussi l'opinion de M. Trousseau. Il rappelle le procédé employé par M. Maslhieurat-Lagémard pour tenir béante la plaie de la trachée, et, encore comme M. Trousseau, préfère les canules longues et larges. Celles-ci sont moins sujettes à sortir, elles s'obstruent moins par les mucosités, et, quand elles sont bien placées, ne donnent pas lieu aux accidents d'érosion des anneaux, que redoute M. Hillairet.

M. Hillairet, relativement aux dangers de l'introduction du sang dans la trachée, dit que les faits heureux qu'il a vus et les expériences qu'il a faites sur les animaux le rendent moins timoré.

M. Depaul est toujours très effrayé de l'écoulement du sang quand il pratique la trachéotomie, et il a presque toujours vu des accidents formidables en résulter. D'autre part, toutes les fois que des enfants, encore retenus dans les parties de la mère, à la suite d'inspirations produites par une gêne dans la circulation fœtale et un travail trop long, ont introduit dans les conduits aériens, ou de l'eau de l'amnios, ou des mucosités ou du sang, leur état est on ne peut plus grave. Rarement M. Depaul est arrrivé à les sauver, en inspirant les liquides introduits, au moyen de la sonde laryngienne.

M. Hillairet ajoute que son malade, qui maintenant voyage, porte sa canule depuis plusieurs mois, respire et parle avec facilité.

M. Larrey pense qu'une canule, laissée trop longtemps en place, pourrait finir par produire une fistule trachéale.

M. Hillairet ne peut encore enlever la canule de son malade; quelques cartilages du larynx sont encore sans doute ulcérés et mobiles, et l'aspiration, qui ne se fait pas normalement, ne permet pas de supprimer sans danger la canule.

Le secrétaire des procès-verbaux, Dr Ch. Clairin.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

EXPÉRIENCES SUR LA TRANSFORMATION DE L'AMYGDALINE EN ACIDE CYANHYDRIQUE, DANS L'ORGANISME VIVANT;

Par le professeur Koelliker et le docteur Muller, de Würzbourg.

Il résulte de ces expériences, les faits suivants. 1° L'amygdaline et l'émulsine, introduites séparément dans les voies circulatoires par des lieux d'application différents, forment de l'acide prussique dans le sang, résultat déjà obtenu par Bernard. Lorsque la quantité de ces substances est assez considérable, la mort est prompte; elle est plus lente avec des doses plus faibles. Quand même la quantité d'amygdaline est forte, une très petite dose d'émulsine ne détermine par un empoisonnement rapide. Quand on injecte dans le sang d'abord de l'amygdaline, et une heure après de l'émulsine, la mort survient promptement. 3° Lorsque au contraire on injecte d'abord l'émulsine, et 55 à 80 minutes après, l'amygdaline, la mort est lente. L'émulsine est-elle transformée dans le sang ou excrétée rapidement? 4° En injectant de l'amygdaline dans le sang, et de l'émulsine dans le tube digestif, l'empoisonnement n'a pas lieu. Cette dernière ne passe donc pas du canal intestinal dans le sang, au moins sans modifications; d'un autre côté, elle ne se retrouve plus dans les intestins à l'autopsie, de sorte que l'on ne peut trancher la question de l'absorption de cette substance, parce qu'il serait bien possible qu'elle fût décomposée dans le tube digestif. 5° Après l'injection d'émulsine dans le sang et d'amygdaline dans les intestins, l'empoisonnement a lieu quoique lentement. On obtient le même résultat sans émulsine, en ingérant dans le canal digestif de lapins, une suffisante quantité d'amygdaline. Avec ces animaux, il se trouve donc dans l'intestin, un ferment capable de transformer cette substance en acide prussique. 6° L'amygdaline injectée dans les veines ou dans les intestins, passe en quantité, et parfois rapidement dans l'urine. Elle en disparaît au bout de un à deux jours. Cette excrétion, très souvent constatée chez les lapins, n'a pas été rencontrée par tous les observateurs; les uns, comme Wohler et Frerichs, n'ont pas trouvé l'amygdaline avec certitude, et d'après d'autres, Ranke par exemple, elle est changée en acide formique. — (*Verhandl. d. Würzb. phys. med. gesellsch.*, t. VI, n° 3, et *Allg. med. central-zeitung*, 1856, n° 72.)

SUR LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE;

Par le docteur Grub.

Quand on examine attentivement l'arrière-gorge d'un enfant atteint de la coqueluche, on trouve constamment un état plus ou moins inflammatoire de ces parties, accompagné souvent d'une augmentation considérable du volume des amygdales (1). Cette dernière lésion devient une cause fréquente d'accès de toux, parceque la déglutition, quoique indolore, ne se fait pas normalement; les matières qui passent sont déviées et viennent facilement en contact avec la glotte; les enfants avalent de travers. Dans cet état des choses, quand la fièvre, l'état de la respiration, etc., réclament une application de sangsues, il faut mettre celles-ci au cou, à la région tonsillaire, envelopper le cou d'ouate et donner une potion nitrée avec un peu d'émétique et d'extrait d'aconit. Quand la période inflammatoire est sur son déclin on obtient de bons résultats de la ceinture de pimpernelle 15,00 avec teinture homéopathique forte de belladone, gouttes 6, à donner trois fois par jour à, 10 jusqu'à 20 gouttes, selon l'âge des enfants, sur un morceau de sucre.

Les affections catarrhales des voies respiratoires chez les enfants et les adultes s'accompagnent souvent du même état inflammatoire de l'arrière-gorge. On découvre alors parfois un allongement de la luette qui peut aller jusqu'à toucher l'épiglotte, et détermine ainsi des accès de toux désespérants par leur ténacité et leur fréquence, et dont on ne trouve pas la cause à l'auscultation; le traitement précédemment indiqué est encore ici à sa place, seulement la teinture est donnée à la dose de 40 gouttes, pour les adultes, trois fois par jour, et le malade doit laisser le sucre fondre lentement dans la bouche. — (*Allg. méd. central-zeitung*, 1856, n° 17.)

(1) Voyez le dernier mémoire de M. Beau sur le même sujet, présenté à l'Académie des sciences.

SUR L'ATROPHIE AIGUE DU FOIE CHEZ LES ENFANTS;

Par le professeur Loeschner.

Le diagnostic de cette affection chez les enfants est difficile, même pour le praticien exercé, cause des complications qui accompagnent et masquent cette maladie, et à cause de sa marche particulière, chez les enfants de 2 à 4 ans, elle prend l'apparence d'une méningite, et chez les enfants de 7 à 12 ans, celle d'une fièvre typhoïde; il n'y a que l'examen minutieux de la région du foie, l'ictère qui ne manque jamais, l'absence de quelques symptômes surtout caractéristiques de la méningite et tout l'ensemble de la maladie qui puissent faire éviter l'erreur. La rareté de cette affection chez les enfants, fait qu'elle est niée par quelques auteurs, tandis que le reste n'en parlent que superficiellement. L'atrophie aiguë du foie se distingue de la fièvre typhoïde par la lenteur du pouls (60-70 par minute), par la coloration jaune plus ou moins intense de la peau, par des douleurs existant au commencement, dans l'hypochonde droit et s'étendant parfois dans l'épaule, par l'anéantissement total des fonctions digestives, avec absence de phénomènes catarrhaux, par la stabilité des symptômes, sans rémissions, sans exacerbations, par la diminution du volume du foie, et par l'urine foncée, renfermant beaucoup de bilipliaeine. La méningite existe souvent comme complication, causée par l'affection du foie; dans ce cas, il n'y a que les phénomènes saillants, et l'examen physique, en regard des altérations fonctionnelles du foie, qui puissent faire reconnaître l'atrophie comme maladie fondamentale. Cette atrophie trompe souvent par une marche foudroyante; mais on ne voit alors que la phase finale de la maladie, qui s'est préparée depuis longtemps par un vice de nutrition et une altération du sang passés presque inaperçus. — (*Oesterr. zeitschr. f. kinderheilk*, 1856, n° 8, et *Allg. med. central. zeitung*, 1856, n° 68.)

COURRIER.

M. le Gérant de l'Union Médicale à l'honneur de rappeler à MM. les Actionnaires qu'ils sont convoqués en assemblée générale pour jeudi prochain, 11 décembre, à 7 heures 1/2 du soir, au siége de la Société, à l'effet de nommer deux nouveaux membres du Conseil de surveillance, en exécution de la loi nouvelle sur les Sociétés en commandite.

On lit dans les journaux espagnols qu'une violente épidémie de petite-vérole, avec caractères pernicieux, règne en ce moment à Séville; que S. A. R. l'infante a été atteinte par le fléau, mais que la maladie n'a eu heureusement chez elle aucune gravité.

— Nous avons rapporté le conflit très regrettable qui s'est élevé dernièrement entre l'administration publique et la Faculté de médecine de Genève, et les circonstances qui ont amené la destitution fort injuste de M. le docteur Coindet, médecin en chef de la maison des aliénés. Cette destitution d'un médecin honorable qui remplissait dignement ses fonctions depuis vingt-cinq ans, a été suivie de mesures de rigueur à l'égard de plusieurs médecins fonctionnaires qui étaient coupables d'avoir protesté; dans une lettre de condoléance adressée à M. Coindet, contre l'arbitraire dont il était victime: c'est ainsi qu'ont été atteints successivement MM. les docteurs Figuière, Strœhlin, Rilliet, etc. Ce qu'il y a de déplorable dans cette affaire, qui a donné lieu à une vive polémique dans les journaux de Genève et qu'on trouve exposée complétement dans une brochure publiée par la Société de médecine genevoise, c'est que la politique ne paraît pas avoir été étrangère à ces proscriptions. Pour des raisons qui ne sont pas toutes d'intérêt public et d'équité, l'administration genevoise s'est privée des services précieux d'hommes éminents qui avaient fait leurs preuves depuis longtemps, et qui, pour ne citer que MM. Coindet et Rilliet, ont conquis dans le monde médical une position des plus honorables et des plus élevées.

— La séance solennelle de rentrée des Facultés et de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Caen a eu lieu le 15 novembre 1856, dans le grand amphithéâtre de l'École de droit. La séance était présidée par M. Ach. François, recteur de l'Académie. Des discours ont été prononcés par M. le recteur, les doyens des Facultés et le directeur de l'École préparatoire de médecine, M. le Cœur. Nous avons ce dernier discours sous les yeux, et nous regrettons vivement de ne pouvoir lui donner place dans nos colonnes; *La vie au médecin*, tel est le vaste thème qu'avait choisi l'orateur et qu'il a rempli avec une abondance, un sentiment et une chaleur dignes du sujet.

— C'est le même jour qu'a eu lieu la séance de rentrée des Facultés et de l'École préparatoire de Bordeaux, sous la présidence de M. Dutrey, recteur de l'Académie. Après les discours de M. le recteur et de M. le directeur de l'École de médecine, les prix ont été distribués comme il suit:

1re Année. — 1er *Prix ex æquo*: MM. Chassagne (Émile) et Duchêne (Gustave-Henri). — 2e *Prix*: M. Marx (Isaac-Edmond). — *Accessit*: M. Campagnac (Jules-Léon).

IIe Année. — 1er *Prix ex æquo*: MM. Caussade et Riquard. — 2e *Prix*: M. Soulez (Jean-Charles). — *Accessit*: M. Fénélon (Jean-François).

— Le président de la Société médicale de secours mutuels des États sardes, M. A. Tarella, vient de faire don de 2,500 francs à la Société.

Pour toutes les nouvelles, Amédée Latour.

Traité d'anatomie comparée des animaux domestiques, par A. Chauveau, chef des travaux anatomiques à l'École impériale vétérinaire de Lyon. *Deuxième partie*, in-8, Paris, 1856. — Prix: 8 fr.
Les deux parties en un beau volume in-8 illustré de 207 figures intercalées dans le texte. — Prix: 14 fr.
Paris. J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

Manuel du vaccinateur des villes et des campagnes, par Adde-Mengras, de Nancy, médecin à Paris, etc.; 2e édition revue et augmentée. — Prix: 3-50.
Paris, 1856, Labé, éditeur.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 149. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 11 Décembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9
Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56, A PARIS.
On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE, Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS, Chez les principaux Libraires.
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.
Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.
Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : Sur la séance de l'Académie de médecine. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — III. DIAGNOSTIC : Des matités circonscrites par des courbes comme signes pathognomoniques des épanchements pleurétiques. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. Académie de médecine. Séance du 9 décembre : Correspondance. — Rapport. — Élection. — *Société médicale des hôpitaux de Paris* : Correspondance. — Communications diverses sur les kystes de l'ovaire. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

PARIS, LE 10 DÉCEMBRE 1856.

SUR LA SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Après la lecture faite par M. Dubois (d'Amiens) d'un rapport de M. Gérardin, sur un mémoire de M. Dutrouleau, médecin en chef de la marine, relatif à la fièvre jaune, le scrutin s'est ouvert pour l'élection d'un membre dans la section de pharmacie. Cette élection a été très disputée et accompagnée d'incidents sur lesquels nous aurons à revenir dans une autre partie de ce journal. Au premier tour de scrutin, MM. Gobley, Mialhe et Poggiale qui la section avait présentés *ex æquo*, obtiennent en effet presque le même nombre de voix. Au second tour, M. Poggiale conserve ses voix, M. Mialhe en gagne quelques-unes au détriment de M. Gobley qui faiblit. Au troisième tour, ballotage entre MM. Poggiale et Mialhe qui donne 43 voix au premier et 31 au second. M. Poggiale est proclamé membre de l'Académie.

Après cette élection qui avait jeté une grande animation dans l'assemblée, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les comptes de M. le trésorier.

Amédée LATOUR.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. BOUVIER.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (1) ;

Recueillies par M. RICHARD-MAISONNEUVE, interne du service.

Quinzième Leçon.

DIAGNOSTIC DU RACHITISME.

Le diagnostic du rachitisme se déduit de ses caractères anatomiques et physiologiques.

Signes anatomiques. — Ses signes anatomiques vous sont déjà connus : ce sont toutes les lésions rachitiques, osseuses ou autres, perceptibles à l'extérieur. Le chapelet, le thorax en carène, les courbures des membres, sont des signes pathognomoniques. Après eux, viennent : le volume disproportionné et la configuration spéciale de la tête et de l'abdomen, les nœuds articulaires, une forte convexité des lombes en arrière dans la station ou l'attitude assise, la petitesse de la taille et surtout la brièveté des membres, l'évolution tardive et l'altération des dents, la flexibilité des os.

Aucun de ces signes n'avait échappé à Glisson, si ce n'est le dernier, la flexibilité des os, qu'il appelait *signum fabulosum* (1) ; et pourtant Glisson connaissait le ramollissement des extrémités épiphysaires, qu'il disait être *molliores et spongiosiores* (2). Cette flexibilité des os est d'autant plus sensible, en général, que leurs courbures sont plus marquées, tant que la lésion n'est pas entrée dans sa troisième période.

L'âge exerce une influence marquée sur la nature des signes que l'on observe. Le grand volume et la mollesse de la tête, la flexion du rachis en avant, se voient plus fréquemment chez les enfants au-dessous de 2 ans. Les nœuds articulaires, la brièveté des membres, sont plus prononcés chez les sujets un peu plus âgés.

Signes physiologiques. — Les signes physiologiques sont constitués par les troubles fonctionnels qui se produisent pendant la vie. Les principaux sont : des changements dans la physionomie et l'habitude extérieure du corps ; des troubles de la locomotion ; des lésions de l'innervation, douleurs, exaltation de la sensibilité ; un état fébrile ; la perturbation des fonctions respiratoires, digestives.

I. Le faciès des enfants rachitiques est souvent tout à fait caractéristique. Outre l'exagération des proportions relatives du crâne et de la face propres à l'enfance, outre le contraste des régions frontale et orbitaire très développées avec les régions maxillaires, qui le sont beaucoup moins, l'expression de la physionomie est triste, chagrine ou tout au moins sérieuse ; *vultus magis compositus et severus quàm ætas postularet*, a dit Glisson (3).

On trouve chez ces enfants tous les caractères extérieurs des maladies de langueur : pâleur et bouffissure de la face, téguments flasques, décolorés, chairs molles, membres grêles, amaigrissement général, disposition aux sueurs.

II. La locomotion est considérablement entravée chez les enfants rachitiques. La faiblesse musculaire, le ramollissement et la direction vicieuse des os, les empêchent de se tenir debout. Ils cessent de marcher, s'ils marchaient déjà au moment de l'invasion de la maladie. Les très jeunes enfants ont même de la peine à se tenir assis, à soutenir leur tête, qu'ils laissent tomber de côté et d'autre.

III. Pujol (1) a parlé d'un état aigu du rachitisme ; cet état est réel et paraît lié à la période de ramollissement des os. C'est alors que l'enfant ressent des douleurs quelquefois spontanées dans les os ramollis. Le mouvement, la pression des membres lui arrachent des cris, quand on le soulève par les bras. En général, la sensibilité des os à la pression se lie à leur flexibilité ; obscure lorsque la souplesse des os est peu marquée, cette sensibilité se montre d'autant plus vive que le tissu osseux a moins de consistance. Elle est également excitée par le redressement imprimé aux os incurvés et par l'exagération de leurs courbures. Elle peut durer des années ou se reproduire à divers intervalles, si la réossification se fait longtemps attendre. Nous avons vu un enfant de 8 à 10 ans, couché dans mes salles l'année dernière, rachitique dès le bas-âge, qui éprouvait encore de vives douleurs quand on imprimait des mouvements à ses tibias, fortement courbés et restés mobiles vers leur milieu.

IV. L'état aigu est accompagné d'une fièvre d'abord passagère, puis continue, qui paraît coïncider avec le moment du plus grand ramollissement des os. Cette fièvre cesse dès que le squelette reprend un peu de consistance.

V. Je ne reviens pas sur ce que je vous ai dit de l'influence de la déformation du thorax sur les phénomènes respiratoires. Il suffit quelquefois de voir respirer un enfant pour deviner qu'il est atteint de rachitisme, lorsque les voies aériennes sont saines d'ailleurs.

Les fonctions digestives sont dans un état variable. L'appétit est souvent diminué, mais quelquefois il est porté jusqu'à une sorte de voracité. Le plus souvent la digestion est pénible et fréquemment accompagnée de diarrhée.

Diagnostic différentiel. — I. Cet ensemble de symptômes suffit

(1) *Loc. cit.*, cap. 21, p. 272. *Voy.* aussi le chap. 13, p. 138.
(2) *Loc. cit.*, cap. 13, p. 134.
(3) *Loc. cit.*, cap. 21, p. 267.

(4) *Œuvres diverses de médecine pratique*, Castres, 1802, et Boyer, *Maladies chirurg.*, t. III, p. 626, 1814.

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
Pendant le 1er semestre de 1853-1854,
PAR M. ANDRAL,
Professeur de pathologie et de thérapeutique générales,
Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Examen du livre intitulé : *Le bon médecin doit être aussi philosophe* ; plan d'études médicales. Nécessité, pour le médecin, de cultiver la philosophie et les belles-lettres. — *Adhortatio ad artes addiscendas*, ou morceau de rhétorique. — Traité de l'influence du physique sur le moral. — Des moyens de traiter et de guérir les maladies de l'âme. — Indication d'un certain nombre d'autres ouvrages. — Idée des commentaires de Galien sur Hippocrate. — Fin de l'examen des œuvres galéniques.

— XXXV (1).

Œuvres de philosophie médicale.

Quod optimus medicus sit quoque philosophus, tel est le titre de l'un de ces ouvrages. Galien y fait une critique sévère des médecins de son temps à qui il reproche de ne pas étudier assez. « La plupart des médecins, dit-il, sont semblables à ces athlètes qui, tout en prétendant à la victoire dans les jeux olympiques, ne font aucun effort pour remporter la palme. Ils vantent sans cesse Hippocrate et ils ne le lisent pas. S'ils l'avaient lu, ils auraient vu qu'il recommande fortement d'acquérir une foule de connaissances dont ils négligent l'acquisition. Il faut, ajoute-t-il, qu'ils étudient d'avantage les mathématiques, la dialectique, la logique, afin que versés dans ces différentes branches des connaissances humaines, ils apprennent, par elles, l'art de raisonner ; que, guidés par la méthode qui préside à ces sciences, ils en contractent l'habitude de poser, de discuter, de résoudre les divers problèmes que l'étude de la nature humaine leur offre à chaque pas. Car la manière de poser un problème n'est pas différente, qu'il s'agisse de la discussion d'une question d'histoire naturelle ou d'une question de logique ou de morale. » — Ce n'est pas tout, les corps organisés ne peuvent continuer à vivre qu'autant que ceux du monde extérieur exercent sur eux une certaine influence. Mais, pour arriver à connaître cette action, il faut d'abord connaître les agents. Or, pour cela, il faut se livrer à l'étude de deux autres branches des connaissances humaines, l'astronomie et la météorologie. Il rappelle qu'Hippocrate, dans le *Traité des eaux, des airs et des lieux* recommande fortement cette étude. — Après avoir exercé son esprit dans l'art de raisonner, au moyen de la logique et de la dialectique ; après s'être livré à une observation approfondie du monde extérieur, après toutes ces études, Galien ne veut pas que l'on aborde encore celle de la médecine. Il faut auparavant prendre une connaissance exacte de la structure du corps humain ; il appelle l'anatomie le principe de tout raisonnement en médecine ; sans anatomie, dit-il, vous ne pouvez pas raisonner. C'est muni de toutes ces connaissances préliminaires que que l'on peut enfin aborder l'étude des maladies. Voilà, certes un magnifique plan d'études.

Dans ce même ouvrage, l'auteur s'occupe de nosographie. Il établit la nécessité, pour le médecin, d'approfondir, dans les maladies, leurs ressemblances et leurs différences pour arriver à former des classes, des ordres, des genres, des espèces, il formule des préceptes sur l'art d'établir des nosographies, sous lesquelles, suivant lui, il n'y a pas d'indications thérapeutiques possibles. Il y recommande encore vivement au médecin la pureté du langage qui s'acquiert par la culture assidue des belles-lettres. Il gémit de l'infériorité des médecins de son temps sur ce point, autant que de leur ignorance en anatomie et en physiologie. « Pourquoi, s'écrie-t-il, cette infériorité des médecins de notre époque ? pourquoi, en eux, cette préoccupation exclusive de la recherche empirique des médicaments, sans s'embarrasser de ce qu'est une maladie sous le rapport de sa nature ou de ses symptômes ? Sans doute ce n'est pas la capacité qui leur manque, car tous les hommes, aux diverses époques de l'humanité, sont à peu près les mêmes, de sorte que tous, avec du travail et de la persévérance, peuvent arriver au but qu'ils se proposent ; mais ce qu'ils recherchent avant tout, c'est d'acquérir des richesses et des honneurs ; on les voit s'adonner aux plaisirs de la table et de Vénus... » Comme conclusion, Galien déclare que le véritable médecin est celui qui est animé d'un sincère et ardent amour de la sagesse, qui a l'esprit et l'âme ornés de tout ce qui constitue le vrai philosophe.

Voici maintenant un opuscule qui a pour titre *adhortatio ad artes addiscendas*. C'est une sorte de discours académique, de paraphrase, d'amplification de rhéteur où il exhorte les jeunes gens à préférer la culture de l'esprit à celle du corps.

Il débute en accordant aux animaux une certaine dose de raison, ou, du moins, il ne lui paraît pas évident que les bêtes manquent de cette faculté ; il lui semble que quand on les étudie, on reconnaît entre leur intelligence et la nôtre certains rapports plus ou moins restreints. Mais une immense lacune existe entre l'homme et les animaux ; au point de vue des sciences et des arts, l'homme se distingue des bêtes par la multitude des arts qu'il cultive. Il les possède tous, tandis que l'arraignée ne sait que tisser sa toile, la fourmi creuser son trou, et le castor bâtir sa maison. L'homme est supérieur aux animaux non-seulement parce qu'il cultive les arts, mais encore parce la faculté qu'il a de les comprendre et de savoir qu'il les cultive ; ce que font les animaux, ils le font par instinct, toujours de même ; l'homme, au contraire, guidé par l'intelligence, perfectionne sans cesse ; de plus il s'élève par la raison et l'intelligence à la pratique d'arts divins que lui seul peut connaître. Parmi ces arts, Galien place la médecine, qu'un dieu, Apollon, ne dédaigna pas d'exercer, la géométrie, l'astronomie et la musique. Enfin l'homme, par son intelligence, a conquis le premier des biens divins, la philosophie. Tandis que, chez les animaux, la raison est à l'état de vestige, chez l'homme elle domine, et c'est par l'excellence de sa raison qu'il se sépare des brutes et se rapproche de la divinité. D'où il résulte que, suivant qu'il cultive ou non la raison, l'homme s'élève ou s'abaisse ; à cette raison l'homme renonce lorsque, au lieu d'en suivre les inspirations, il s'abandonne à la fortune qui le ballote comme un vaisseau sans pilote au milieu de la mer, et qui, presque toujours inconstante et mobile, le précipite après l'avoir élevé.

L'auteur suppose ensuite deux groupes d'hommes réunis l'un autour de Mercure, l'autre autour de la fortune. « Voyez, dit-il, cet immense concours d'hommes qui, de près ou de loin, suivent le char de la fortune. Ce sont des courtisans, des hommes avides, des hommes qui ont trahi leurs amis, des assassins, des violateurs de sépultures, des dépouilleurs de temples, des impies, des démagogues. — Voyez l'autre groupe composé d'hommes tous honnêtes et modestes, réunis autour du dieu dans un ordre déterminé. Ils ne courent pas, ne vocifèrent pas, ne disputent pas entre eux. Les plus voisins du dieu sont les mathématiciens, les philosophes, les astronomes, les grammairiens, les médecins ; au deuxième rang, les peintres ; les statuaires et les architectes, au troisième ; au quatrième, les hommes qui engagés dans la même carrière que les adorateurs de la fortune, la parcourent guidés par d'autres sentiments ; ils prennent pour guide Mercure, c'est-à-dire la sagesse et la raison. Ce groupe d'hommes, le dieu ne les estime ni par leurs dignités civiles, ni par l'illustration de leur naissance, ni par le nombre de leurs richesses, mais par le degré de leur probité et de leurs vertus. Là, tout près du dieu, vous trouvez Socrate, Homère, Hippocrate, Platon, ses mandataires et ses vrais ministres. Tandis que la fortune rejette tour à tour ceux qui l'ont aveuglément suivie, la raison, au contraire, n'abandonne jamais ses adeptes, elle les soutient et les protège dans toutes les épreuves de la vie. Malheur à ceux qui préfèrent à la culture de la raison, le soin d'amasser des richesses ! Ils en sont punis par l'amoindrissement de cette raison ; en effet, ils soignent tout ce qui est autour d'eux, ils prisent leurs chevaux, leurs chiens, leurs esclaves, par l'excellence de l'éducation que ces êtres ont reçue, et eux, ils négligent le perfectionnement de cette intelligence qui les distingue du reste de la créature. Les richesses abandonnent bien facilement ceux qui les possèdent, elles ne sont pas le vrai bien.

Galien déplore la vanité de ceux qui se glorifient de leurs parents, de leur naissance ; le seul avantage de la noblesse, dit-il, c'est de pousser les enfants à suivre les bons exemples et à marcher sur les traces de leurs ancêtres.

Il loue Solon d'avoir dispensé les enfants de payer à leurs parents une pension alimentaire, lorsque ceux-ci ne leur avaient appris aucun art.

Il montre l'inutilité et le danger de la beauté du corps. O jeunes gens, s'écrie-t-il, méprisez ces exercices qu'on appelle à tort des arts, qui consistent à marcher sur une corde tendue, à tourner en rond sans vertiges, etc. Il cherche à les garantir contre ce que la profession d'athlète a de séduisant, il en montre la turpitude, la fausse gloire qu'elle procure, l'inutilité de ces hommes qui, dégradés au point de vue moral, ne sont pas, au physique, ce qu'ils paraissent être ; voilà une idée de l'opuscule intitulé : *adhortatio ad artes addiscendas*.

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 janvier, 7, 19 février, 8, 15 avril, 15, 22, 27 mai, 26 juin, 3, 10, 31 juillet, 4, 11, 18, 25 septembre, 25 octobre, 27 novembre et 4 décembre 1856.

pour distinguer le rachitisme des autres cachexies de l'enfance, telles que celles qui sont produites par les tubercules, les scrofules, l'entérite chronique, le carreau. Il permet aussi de ne pas le confondre avec les accidents de la première dentition et les affections vermineuses, si communes dans l'enfance.

II. Quand l'existence du rachitisme est démontrée, il faut encore déterminer s'il est essentiel, et pour cela explorer avec soin tous les organes, s'assurer qu'il n'y a pas de lésions plus importantes que celle des os. C'est surtout lorsqu'il n'y a pas de proportion entre le degré du rachitisme et l'intensité des symptômes généraux, qu'on doit être porté à croire à l'influence d'un autre état morbide qui constitue l'affection principale.

III. Il est des déformations du squelette qui ressemblent à celles du rachitisme, quoiqu'elles dépendent d'autres causes. Telles sont : la dilatation du crâne dans l'hydrocéphalie, la déviation essentielle du rachis, quelques déformations du thorax par simple irrégularité de développement, la courbure des os par un cal vicieux, les déviations accidentelles des articulations, celles du genou par exemple, certaines courbures des os dues à un travail organique purement local. Les circonstances étiologiques suffisent, dans plusieurs de ces cas, pour établir la nature du mal.

A. Quand l'hydrocéphalie n'est pas considérable, qu'il n'y a pas de fluctuation manifeste du liquide intra-crânien, il n'est pas toujours facile de distinguer cette maladie du rachitisme céphalique. MM. Rilliet et Barthez (1) rapportent un cas où l'on crut à une hydrocéphalie et où il n'y avait qu'un rachitisme. M. Fischer, de Boston, a parlé d'un bruit de souffle qu'on entendrait dans l'hydrocéphalie (2). M. Rilliet, au contraire, n'aurait trouvé ce souffle que dans le rachitisme (3). De nouvelles recherches me paraissent nécessaires pour fixer la valeur de ce signe. Les symptômes de compression, dans l'hydrocéphalie, peuvent éclairer le diagnostic.

B. On distingue la déviation essentielle du rachis de celle qui est due au rachitisme, à ce qu'elle se montre ordinairement plusieurs années au delà de l'époque où on observe cette dernière affection, et à ce qu'elle n'est accompagnée d'aucun autre phénomène appartenant au rachitisme. Les courbures vertébrales de la première enfance sont généralement rachitiques; celles qui se développent plus tard le sont rarement. Il en est de même de certaines irrégularités du thorax, qui sont ou non rachitiques suivant l'époque à laquelle elles se manifestent, et suivant l'état général du système osseux.

C. J'en dirai autant des déviations du genou et d'autres articulations.

On est souvent disposé à attribuer à la seule action du poids du corps les courbures des jambes qui affectent des enfants jouissant, en apparence, d'une santé florissante. J'ai presque toujours trouvé chez ces enfants quelques traces de rachitisme, le chapelet, par exemple.

IV. L'ostéomalacie est une affection très analogue au rachitisme; mais il existe des différences entre ces deux maladies. Bien qu'on cite des cas d'ostéomalacie dans la première enfance, c'est surtout une maladie des adultes; en outre, les altérations anatomiques sont complétement différentes, comme vous pouvez vous en convaincre en jetant les yeux sur ces planches de M. Stanski (1). Figurez-vous les diaphyses des os longs renflées, réduites à une coque presque membraneuse, renfermant, au lieu de canal médullaire, d'énormes cellules remplies d'une bouillie rougeâtre, de sorte qu'après une courte macération dans l'eau, ces os ressemblent à l'intestin colon. Ces caractères et les symptômes généraux établiront le diagnostic. Je conviens que l'ostéomalacie peu avancée se rapproche davantage du rachitisme; mais, pour admettre l'identité de ces deux affections, il faudrait mieux connaître leur nature intime.

(1) *Maladies des enfants*, t. II, p. 170, 2e édit.
(2) Barthez et Rilliet, *ibid.*, t. II, p. 138, 2e édit.
(3) *Ibid.*, p. 159.

TRAITEMENT DU RACHITISME.

En abordant la question du traitement du rachitisme, je commencerai par exprimer un vif regret, celui de ne pouvoir m'associer à des paroles sorties d'une bouche autrement autorisée que la mienne. Un homme pour qui je professe une haute estime, M. le professeur Trousseau, disait en 1848 : « Le rachitisme confirmé était considéré comme *très difficile* à guérir et comme ayant toujours une *durée énorme*. Depuis quelques années, le traitement de cette affection a fait des progrès considérables (2). » Quels sont ces progrès ? Ils dateraient de l'introduction de l'huile de poisson, de l'huile de foie de morue, dans la cure de cette maladie.

Depuis bien des siècles, de pauvres pêcheurs du nord de l'Europe faisaient boire à leurs enfants malades de l'huile de poisson; ce remède se répandit dans le peuple. On raconte qu'en 1778, une foule empressée se rendait à Elberfeldt, en Prusse, et se jetait avidement sur l'huile fétide employée dans une tannerie à la préparation des cuirs.

Des essais isolés furent tentés avec cette substance par divers médecins, de 1790 à 1822; mais le moment n'était pas venu, leur voix fut à peine écoutée.

Mais, à dater de 1824 ou 1825, les médecins allemands se mettent à l'œuvre, puis les hollandais, les belges et, beaucoup plus tard, les médecins français et anglais. Des muids d'huile de foie de morue inondent l'Europe, le monde entier; on pince le nez à des millions d'enfants pour leur entonner le précieux remède. L'huile du corroyeur, ce mets d'Esquimaux et de Lapons, s'introduit partout, dans les palais comme dans les chaumières; elle est accueillie jusque sur les marches des trônes. Fortune étrange assurément, si l'homœopathie n'avait parcouru les mêmes voies!

On dira peut-être que j'ai mauvaise grâce à venir m'élever contre une vogue fondée sur l'opinion unanime, sur des observations mille et mille fois répétées. Fort bien; mais, — cela est triste à dire, — il y a des modes en médecine, et la mode est souvent bien absurde, quoiqu'elle gouverne le monde.

Est-il vrai que le rachitisme fût considéré comme *très difficile à guérir* et comme ayant toujours une *durée énorme*, avant qu'on lui opposât l'huile de foie de morue ? Je n'hésite pas à répondre non.

Écoutez Dehaen : « Je ne puis assez louer, disait-il en 1765, les testacés dans le rachitis; pris en poudre à la dose de deux ou trois scrupules par jour (secondés par une bonne hygiène), *ils guérissent* PROMPTEMENT *presque tous les enfants. In rachitide. . . . . satis nequeo ostracodermata laudare : si enim bis, ter die, pulveris hujus scrupulus quotidie detur, ... propemodum omnes citò. . . . . curantur* (1). »

Avant Dehaen, Boyle (2), cité par Van-Swieten, affirmait avoir guéri plus de cent enfants « réduits par le rachitisme à un état désespéré, » en leur administrant chaque jour quelques grains d'*ens veneris*, probablement un chlorure de cuivre ammoniacal, quoique Van-Swieten le croie plutôt un composé ferrugineux. Ce remède fut généralement considéré en Angleterre, à cette époque, comme un excellent spécifique, *specificum certissimum*, contre le rachitisme (3).

Boerhaave commence l'exposé du traitement par ces mots aphoristiques : *Curatio optima fit*, la maladie se traite heureusement (4).

Van-Swieten assure avoir guéri un grand nombre de rachitiques, *numerosos rachiticos* (5), et ne dit nulle part que cette guérison soit très difficile.

Je vous fais grâce de la ciguë, qui a réussi à Storck (6), de la garance, qui a compté de nombreuses guérisons entre les mains de Levret (7) et de beaucoup d'autres, des bains froids employés avec un grand succès par Floyer (8), tellement persuadé de leur efficacité, qu'il attribuait la fréquence du rachitisme à ce que, dans la cérémonie du baptême, on ne plongeait plus les enfants dans l'eau froide.

Portal (9) dit avoir vu Bouvart obtenir *les plus étonnants succès*, dans le rachitisme, avec le sirop mercuriel de Bellet. Il a eu lui-même beaucoup à se louer de cette préparation, employée seule ou associée à d'autres remèdes suivant les indications; il rapporte plusieurs cas de guérison. Salmade (10), son parent et son élève, a ajouté de nouveaux faits à ceux que son maître avait publiés.

Ainsi à chaque médecin célèbre, à chaque époque, son remède, et tous réussissent! La plupart, bien entendu, rabaissent ceux qui les ont précédés : ainsi fait-on à propos de l'huile de morue.

Prétendrait-on récuser le témoignage de nos devanciers, les taxer de prévention, d'inexactitude? La postérité, qui n'est pas loin, se chargerait de répondre, en pesant dans la même balance les assertions, les observations des praticiens de nos jours et de ceux des temps passés.

Qu'est-ce à dire donc? Tous les remèdes sont-ils bons pour le rachitisme? J.-L. Petit et mon vénéré maître Guersant vont vous expliquer cette singularité : « Quand la maladie est dans son état, dit J.-L. Petit, l'art a moins de part à sa guérison que la nature (11). » — « Le rachitisme, disait Guersant en 1827, guérit de lui-même par les seuls efforts de la nature, lorsque la constitution se fortifie à mesure que le développement a lieu (12). »

Je ne veux pas dire que l'huile de morue soit un remède inerte;

(1) *Recherches sur l'ostéomalacie*, Paris, 1851.
(2) *Gazette des hôpitaux*, numéro du 8 juin 1848; *voyez* aussi la *Gazette des hôpitaux* du 6 novembre 1856, et le *Journal des connaiss. médic.* du 10 novembre 1856.

(1) Dehaen, *Ratio medendi*, t. V, p. 182, Paris, 1765.
(2) *Exercitationes de utilitate philosophiæ naturalis*, exerc. V, cap. VI, 1692.
(3) Van-Swieten, *Comment.*, t. V, p. 627, Leyde, 1772.
(4) *Ibid.*, p. 615.
(5) *Ibid.*, p. 630.
(6) *Libellus secund. de cicutâ*, 1761.
(7) *L'art des accouchements*, § 1431, 1753.
(8) *History of Cold-Bathings*, 1732.
(9) *Nature et traitement du rachitisme*, p. 279, Paris, 1797.
(10) *Observations pratiques sur les maladies de la lymphe*, Paris, 1819.
(11) J.-L. Petit, *Maladies des os*, t. II, p. 564.
(12) *Dictionnaire de médecine*, t. XVIII, p. 468, 1re édit.

Un ouvrage plus sérieux, plus physiologique, plus médical, est celui où Galien cherche à déterminer jusqu'à quel point les différents états du corps peuvent exercer une influence sur le développement de l'intelligence, du caractère, des penchants. C'est une question grave, agitée par les philosophes et les physiologistes de tous les temps que celle de savoir jusqu'à quel point les qualités de l'âme dépendent de la constitution du corps. Galien, soutenant l'affirmative, s'efforce de prouver que certaines modifications organiques amènent, dans le développement de l'intelligence et le perfectionnement moral, de très grandes différences. Il discute l'influence de l'éducation, il ne nie pas qu'elle puisse être considérable, cependant il fait remarquer que si l'on soumet un certain nombre d'enfants à la même éducation, on observe, parmi eux, une extrême différence dans le caractère et les penchants, bien que l'éducation ait été la même pour tous; d'où il conclut que la composition du corps doit entrer pour une grande part dans les différences des facultés intellectuelles et des qualités morales. Il y a, dans cet ouvrage, de longues considérations sur la nature de l'âme, sur les modifications profondes que lui font éprouver les diverses constitutions physiques, le mode de fonctionnement des différents organes, la prédominance de développement ou d'action de telle ou telle partie. Suivant qu'il y aura, par exemple, prédominance de l'action musculaire ou cérébrale, on verra l'intelligence et le moral se modifier plus ou moins profondément. L'auteur cherche à montrer que le moral de l'homme est influencé par la nature des aliments, des boissons; il suit l'homme dans les différents climats, et fait voir les changements qu'il éprouve sous l'influence des diverses conditions atmosphériques. Ce livre est l'amplification du traité d'Hippocrate *Des airs, des eaux et des lieux*. Le but de l'auteur est de suivre l'homme pas à pas, de le mettre en rapport avec les diverses conditions physiques, et de montrer comment l'intelligence et le moral, dans leur développement, sont influencés par elles. Il cite, à l'appui de ses idées, des passages d'Hippocrate, de Platon et d'Aristote.

Après avoir, dans l'ouvrage que nous venons d'analyser, établi l'influence du physique sur le moral, Galien s'occupe, dans un autre ouvrage *ex professo*, de démontrer l'influence du moral sur le physique.

Il a également composé un livre intitulé : *Des remèdes qui doivent être opposés aux maladies de l'âme*, œuvre de philosophie et de morale dans laquelle l'auteur se propose pour but de trouver les moyens de traiter et de guérir les passions.

Parmi les œuvres qui composent la collection galénique, on trouve une *Histoire de la philosophie*, où sont exposés les divers systèmes philosophiques du temps, avec une notice biographique sur leurs auteurs. Mais l'authenticité de cet ouvrage n'est pas prouvée.

Un livre très authentique est le *De optima doctrina*, dans lequel Galien réfute le scepticisme. « Au milieu des ténèbres et des incertitudes qui nous entourent, il existe, dit-il, des choses certaines que les sens nous montrent ou que l'intelligence nous démontre. La providence n'a pas voulu que nous fussions les jouets de l'illusion et du mensonge, elle nous a donné des sens pour découvrir et une intelligence pour généraliser. »

Dans le traité *De sectis*, dédié aux jeunes gens qui commencent l'étude de la médecine, Galien donne un résumé succinct des doctrines des diverses sectes dogmatique, empirique, méthodique. C'est un livre en forme de dialogues, comme les livres de Platon, où l'auteur met successivement en scène les philosophes des sectes différentes et où chacun d'eux, tour à tour, attaque et se défend.

Galien commence par établir que l'on a beaucoup varié sur la route à suivre dans la recherche de la vérité. On a pris d'abord celle de l'observation ou de l'expérience, d'où la secte empirique a tiré son nom; puis sont venus les dogmatiques ou rationalistes qui ont procédé par voie de raisonnement. Quant à l'école méthodique, elle n'est qu'un rameau de la secte dogmatique à laquelle elle est identique par le fonds des doctrines et dont elle ne diffère que par la forme ou par le nom. Vous n'avez de nouveau, dit-il aux méthodistes, que votre division des maladies en deux classes : maladies par resserrement ou *strictum*, maladies par relâchement ou *laxum*, division très mauvaise, puisqu'elle laisse hors du cadre nosologique une foule d'affections qui méritent d'y entrer. Une pareille dichotomie ne saurait constituer la médecine.

Quant à la secte empirique, il attaque avec énergie l'exagération et l'exclusivisme de ses principes. L'observation, l'expérience, dit-il, demeurent stériles si elles ne sont pas fécondées par le raisonnement. Mais tout en combattant vivement les erreurs de l'école empirique, Galien sait rendre justice à certains chefs illustres de cette école; il professe surtout une profonde estime et une grande admiration pour Héraclite (de Tarente), dont il fait le plus bel éloge.

Voilà l'ensemble des ouvrages de Galien; sauf quelques traités spéciaux sur lesquels nous avons passé rapidement à cause de leur minime importance, nous n'avons, autant que possible, laissé échapper aucune des grandes idées qui ont jeté sur la médecine un éclat reflété de siècle en siècle. Nous nous sommes surtout attaché à mettre en relief les principes dogmatiques et les résultats généraux déduits des brillantes doctrines du médecin de Pergame. Nous voilà donc quittes envers Galien; toutefois, nous ne voulons pas clore cet examen des œuvres galéniques sans dire un mot de deux ouvrages réputés non authentiques de par les érudits, et qui, cependant, reflètent admirablement l'esprit et la manière de ce grand maître.

L'un, *Introductio seu medicus*, renferme de sérieuses études sur l'histoire de la médecine. L'auteur embrasse d'un coup d'œil les différentes phases parcourues par la médecine depuis son origine jusqu'à l'avénement du dogmatisme ou du rationalisme avec Hippocrate : le hasard seul préside aux premiers pas de la médecine, qui se réduit tout entière à la thérapeutique et n'est que l'art de guérir, jusqu'à ce qu'elle s'élève à la dignité de science par le rationalisme. L'histoire de la médecine comprend donc deux grandes époques : 1° l'époque empirique qui s'étend depuis les temps fabuleux jusqu'à Hippocrate; 2° l'époque dogmatique remplie par l'école de Cos. Les systèmes médicaux, les principes des diverses sectes empirique, dogmatique, méthodique, sont jugés et appréciés plus sérieusement que dans le traité *De sectis*. On trouve également, dans ces ouvrages, des notices biographiques sur les chefs des diverses sectes et les principaux promoteurs ou partisans des différentes doctrines médicales. C'est un tableau précieux de l'histoire de la médecine depuis les temps fabuleux jusqu'à Galien.

Comme appendice à l'histoire de la médecine, cet ouvrage contient la solution de diverses questions sur ce qu'est la médecine, sur sa définition, ses divisions, et divers autres points plus ou moins importants de la science médicale.

Le deuxième traité non authentique intitulé : *Definitiones medicæ*, est un recueil de définitions variées d'une foule de choses diverses, comme le raisonnement, le syllogisme, la santé, la maladie, etc., etc.

N'oublions pas de mentionner, en terminant cette revue des œuvres galéniques, les commentaires sur Hippocrate, ouvrages précieux qui, à eux seuls, auraient suffi pour immortaliser leur auteur. Ils sont nombreux et étendus. Ils nous font connaître à la fois Hippocrate et Galien. Sans doute, les éloges y tiennent infiniment plus de place que la critique, mais ce qui rend surtout les commentaires curieux, c'est l'abondance des faits que l'auteur y a accumulés. Ils contiennent de nombreux documents pour servir à l'histoire générale des doctrines qui ont vu le jour pendant les cinq siècles qui séparent Hippocrate de Galien; malheureusement ils sont incomplets, la moitié à peine nous est parvenue, tout le reste a été perdu.

Les commentaires de Galien sur Hippocrate peuvent être comparés à ceux de Van-Swieten sur Boerhaave : c'est le même esprit, la même ampleur, le même respect pour les doctrines, la même admiration pour le grand nom du maître. Chaque fois qu'il trouve sur son chemin un adversaire d'Hippocrate, Galien le prend corps à corps et lui porte des coups violents. Il a consacré deux volumes de polémique à combattre Pilcus et Julien, dont le dernier surtout avait écrit une diatribe virulente contre Hippocrate.

Les ouvrages de Galien, pris dans leur ensemble, forment une encyclopédie médicale complète, où sont venus largement puiser les auteurs qui, du IIe au XVe siècle de l'ère chrétienne, ont écrit sur la médecine. Il est curieux de voir ce qu'est devenu entre leurs mains, pendant ce long espace de temps, le monument élevé par Galien aux sciences médicales; c'est à cette étude que nous consacrerons la prochaine et dernière leçon, où, en même temps que nous dirons notre sentiment touchant l'empire absolu exercé par Galien sur la médecine, au moyen-âge, nous donnerons un aperçu rapide des auteurs grecs et arabes, commentateurs ou abréviateurs du médecin de Pergame.

(La fin du cours prochainement.)

Précis des maladies du foie et du pancréas; par V.-A. Fauconneau-Duresne, docteur en médecine de la Faculté de Paris, médecin des épidémies du département de la Seine, lauréat de l'Académie impériale de médecine et de l'Institut de France, membre de la Société de médecine de Paris et d'autres Sociétés savantes, chevalier de la Légion d'honneur.

1856, librairie centrale de Napoléon Chaix et Cie, éditeurs, rue Bergère, 20, et aux bureaux de l'Union Médicale, 56, faubourg Montmartre. Un vol. de 500 pag., format anglais, broché 5 fr.; élégamment cartonné, 6 fr.

on a vu des rachitiques guérir par son usage après l'emploi inutile d'autres remèdes. J'accorde ces faits, pourvu qu'on ne veuille rien exagérer.

Ce que je nie, c'est que nous possédions plus qu'autrefois un spécifique du rachitisme, c'est que l'huile de morue soit un remède *merveilleux* contre cette maladie, que son action y soit réellement *prodigieuse*, suivant l'expression de M. Tauffiier (1).

(Prochainement la suite de la 15e leçon.)

DIAGNOSTIC.

DES MATITÉS CIRCONSCRITES PAR DES COURBES COMME SIGNES PATHOGNOMONIQUES DES ÉPANCHEMENTS PLEURÉTIQUES.

M. Aran, dans une séance de la Société médicale des hôpitaux (voyez le numéro du 28 juin 1856), a affirmé que « ces erreurs, commises par » MM. Moutard-Martin et Oulmont, eussent été presque impossibles, si » l'on eût pratiqué la percussion suivant certaines règles indiquées par » M. Piorry, formulées plus nettement encore par l'un de ses élèves, » M. Damoiseau. Effectivement, ajoute-t-il, en percutant la poitrine sui- » vant certaines lignes longitudinales, on reconnaît que les épanche- » ments pleurétiques affectent toujours une disposition spéciale dans » leurs limites supérieures; la matité existe toujours en arrière, suivant » une ligne courbe à convexité supérieure, et s'inclinant de plus en plus » à la partie antérieure. Cette courbure est constante. Ainsi, dans le cas » de M. Stokes, où il y avait engorgement du foie, *la matité, au lieu* » *de décrire une ligne oblique, devait être transversale, et cela devait* » *suffire pour empêcher de diagnostiquer une pleurésie.* »

On le voit, *M. Aran considère les matités circonscrites par des courbes comme pathognomoniques des épanchements liquides, et, suivant lui, la matité produite par le foie devrait être limitée par une ligne transversale.* Telle avait été aussi ma première impression, mais l'expérience m'a forcé d'y renoncer : un fait éminemment instructif, digne de figurer à côté de ceux qui ont été produits par MM. Moutard-Martin et Oulmont, s'est chargé de m'édifier sur ce point si intéressant du diagnostic des épanchements pleurétiques; il est consigné dans ma thèse, le voici :

Ayant découvert sur un cadavre, à l'amphithéâtre des hôpitaux, une matité de forme elliptique, dont le sommet s'élevait environ à la moitié de la hauteur du thorax en arrière et à gauche, je fus tout surpris d'en trouver une toute semblable, quoique plus petite, dans le côté opposé. Cette dernière atteignait à peine l'angle inférieur de l'omoplate. Je demeurai convaincu que ces deux matités étaient en rapport avec deux de ces épanchements qui sont si fréquents aux approches de l'agonie. Je commençai par ouvrir le côté gauche, et j'y trouvai un épanchement enkysté dont les limites correspondaient à la courbe tracée sur les parois. La sérosité en était sanguinolente, et les fausses membranes, teintes de sang, étaient d'un rouge écarlate. C'était évidemment un de ces épanchements si bien décrits par Laënnec sous le nom de *pleurésie hémorrhagique*. Je ne doutais nullement qu'un épanchement ne dût aussi se trouver dans le côté droit, puisque j'y trouvais une matité d'une intensité, d'*une forme* et d'un caractère parfaitement identiques. Eh bien, il n'y en avait pas. Qu'y avait-il? Au niveau de la matité en question, la rigole costo-diaphragmatique était effacée, et le foie touchait immédiatement, par sa convexité, la paroi costale, précisément dans toute l'étendue de la courbe qui m'en avait imposé. (Thèse *sur le diagnostic et le traitement des épanchements pleurétiques*, du 28 février 1845, page 28.)

La conséquence de ce fait est évidente : puisque la courbe qu'affectent les matités dues aux épanchements ne suffit pas pour les distinguer des matités causées par la présence du foie ou des tumeurs de forme analogue, il faut, pour établir le diagnostic, avoir recours aux autres signes de ces affections. Il y en a plusieurs dont la réunion conduit presque toujours à la certitude, mais, pour les bien connaître et en tirer tout le parti possible, il est bon de se livrer à quelques expériences sur le cadavre, par exemple aux suivantes :

PREMIÈRE EXPÉRIENCE. — Après avoir vidé l'une des cavités thoraciques en enlevant le poumon au moyen d'une ouverture pratiquée le long du sternum, placez le cadavre dans l'attitude de malades atteints de pleurésie avec épanchement, emplissez d'eau cette cavité, verre par verre, et vous pourrez observer d'abord la région où le liquide ira se rendre et ensuite les courbes suivant lesquelles sa surface coupera les parois thoraciques.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE. — Introduisez de l'eau en quantité variable, mais pas d'air, dans une cavité pleurale libre d'adhérences, vérifiez ensuite, par la percussion, les limites du liquide en plaçant le cadavre dans les diverses positions que peuvent prendre les malades.

TROISIÈME EXPÉRIENCE. — Sur le cadavre d'un malade mort avec un épanchement n'occupant qu'une partie de la surface du thorax, pratiquez d'abord l'insufflation du poumon et liez la trachée sur un bouchon, de manière à neutraliser complétement la rétractilité de cet organe après l'ouverture de la cavité thoracique. Limitez l'épanchement par la percussion, puis, à l'aide d'un costotôme, faites une ouverture au centre de la matité, le liquide s'écoulera sans que le poumon se rétracte. En soulevant alors doucement la paroi de la poitrine, on aperçevra les limites du kyste coïncidant avec celles de la matité. Chaque fois que j'ai cherché ainsi le kyste pleurétique, je l'ai rencontré; j'en ai même présenté un à la Société anatomique, en 1845.

Ces expériences étant faites, on comprendra à merveille que tout liquide enfermé dans la cavité pleurale s'y comporte comme il ferait dans une carafe de même forme, c'est-à-dire que sa surface coupe la paroi thoracique suivant une ligne courbe appartenant au genre des sections coniques obliques, irrégulières. Je suppose, bien entendu, ce qui arrive ordinairement, que le malade est couché sur le côté affecté, le tronc plus ou moins incliné à l'horizon.

Toutes les fois donc qu'une matité ne sera pas terminée supérieurement par une semblable courbe, on aura raison de supposer qu'elle n'est pas produite par un liquide enfermé dans la cavité pleurale, mais toutes les fois que l'on rencontrera une matité terminée par ce genre de courbe, on ne sera pas autorisé à l'attribuer à un liquide, car, au lieu d'un épanchement, on pourrait rencontrer :

1° Cet amas de fausses membranes et de matières concrètes plus ou moins épaisses qui reste si souvent aux parties déclives de la gouttière costo-vertébrale après l'entière résorption des liquides épanchés.

2° Un kyste intrapulmonaire, un anévrysme de l'aorte, une tumeur quelconque dont la forme, quelquefois plus ou moins régulièrement globuleuse ou ovoïde, lui permettrait de toucher les parois de la poitrine suivant une courbe analogue à celle qu'engendrent les épanchements.

3° Le foie refoulé simplement dans la poitrine, ainsi qu'on l'a vu plus haut, ou augmenté de volume ou soulevé par une tumeur.

Il est généralement très facile d'éviter ces erreurs : il suffit de rechercher les autres caractères des épanchements liquides; il y en a trois principaux, ce sont :

1° La *mobilité*, seul signe vraiment pathognomonique de la matité due aux épanchements liquides; il a été depuis longtemps indiqué par M. Piorry. Il ne se rencontre, en général, que dans les premiers jours de la maladie, et il est souvent assez difficile de le constater. (Voyez *loc. cit.*, page 30.)

2° *La comparaison des limites inférieures de la cavité pleurale que l'anatomie médicale nous révèle avec les limites inférieures de la matité que la percussion nous fait connaître.*

S'il s'agit d'un liquide, la matité *dessine très exactement les limites inférieures de la cavité pleurale;* s'il s'agit au contraire d'une tumeur solide, du poumon hépatisé, par exemple, les régions correspondantes aux rigoles costo-diaphragmatiques restent plus ou moins sonores.

3° *La topographie des matités* aux différentes périodes de la maladie. De deux choses l'une, en effet, ou l'épanchement est stationnaire ou il est en voie de croissance ou de décroissance. S'il est stationnaire, la topographie des matités fait connaître les nuances particulières, dans ce cas, à chaque région des parois de la poitrine; s'il est en voie de croissance ou de décroissance, elle montre les régions qu'il envahit ou celles qu'il abandonne, ce qui a presque toujours lieu dans un ordre certain et connu à l'avance. (Voyez *loc. cit.*, page 26.)

Dans tous les cas d'erreur que j'ai lus, la topographie des matités eût, ce me semble, fait pénétrer le doute dans l'esprit des observateurs.

Ce n'est pas tout, il est un précepte posé depuis longtemps par M. Piorry, c'est de limiter le bord inférieur du foie dans les épanchements du côté droit, et celui de la rate dans ceux du côté gauche; dans tous les cas, de s'assurer de la hauteur de la voûte du diaphragme, en traçant sur la poitrine les limites de la base du cœur. On trouve, dans l'observation de ce sage précepte, des éléments précieux pour éviter la plupart des erreurs auxquelles la présence du foie peut donner lieu; et c'est pour ne l'avoir pas mis en pratique, que moi-même je commis sur le cadavre l'erreur dont il a été question.

On doit enfin appeler à son aide tous les autres procédés d'exploration; c'est ainsi que, pour s'assurer de la disparition totale du liquide, on doit chercher à découvrir le frottement pleurétique, seul signe certain du rapprochement et du contact des deux feuillets de la plèvre. Il se révèle par des bruits divers qu'il faut s'exercer à reconnaître. *(Loc. cit.*, p. 40.)

Disons-le en terminant, quelque importance que l'on doive attribuer aux signes physiques, il ne faut jamais perdre de vue ce vieil aphorisme : *Signum unum signum nullum.* Je ne fais d'exception à cette règle générale qu'en faveur de la mobilité bien constatée, car, à elle seule, elle peut conduire à la certitude.

Les symptômes généraux et locaux devront donc aussi être pris en grande considération.

En résumé, je soutiendrai, avec M. Aran, que, dans l'état actuel de la science, en tenant compte de tous les signes indiqués, il est bien difficile, pour ne pas dire même impossible, de se tromper en cette matière; car si les signes caractéristiques venaient à faire défaut, on pourrait toujours échapper à l'erreur par le doute, et s'abstenir.

J'accorderai, toutefois, que, dans les épanchements du côté droit, l'erreur est extrêmement facile, pour un observateur qui n'est pas prévenu de la difficulté, et surtout qui ne connaît pas les moyens de la résoudre.

Dr DAMOISEAU.

Alençon, le 14 novembre 1856.

(1) *De l'huile de foie de morue*, p. 43, Paris, 1853.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 9 Décembre 1856. — Présidence de M. BOUSSY.

La correspondance officielle comprend :

Un rapport final de M. BONNET, médecin des épidémies pour l'arrondissement de Valence, sur une épidémie de fièvre typhoïde qui a régné dans les communes de St-Barthélemy, de la Motte, de Galaure, et principalement à St-Uze (Drôme).

— Un rapport de M. CHAMBAY, médecin des épidémies pour l'arrondissement d'Alençon, sur deux épidémies de fièvre typhoïde qui ont régné dans la ville de Séez (Orne), en 1856. (Com. des épidémies.)

— Un rapport de M. le docteur CAMPMAS, médecin en chef de l'hôpital militaire de Barèges, sur le service médical de cet établissement pendant l'année 1855.

— Un rapport de M. le docteur F. BARTHEZ, médecin en chef de l'hôpital militaire de Vichy sur le service médical de cet établissement en 1856. (Comm. des eaux minérales.)

— Les tableaux des vaccinations pratiquées en 1855 dans le département de l'Aube. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose d'un mémoire intitulé : *Nouvelles expériences sur les effets de la ligature de l'œsophage*, par M. COLIN, chef du service d'anatomie et de physiologie à l'École d'Alfort. (Commission nommée.)

— Une note de M. GEORGE, dentiste, sur un appareil destiné à produire l'anesthésie au moyen d'un mélange réfrigérant, avant l'avulsion des dents. (Comm. MM. Oudet et Malgaigne.)

M. DUBOIS (d'Amiens), au nom de M. GÉRARDIN, commence la lecture d'un rapport sur un mémoire intitulé : *De la fièvre jaune*, et ayant pour auteur M. le docteur DUTROULAU, médecin en chef de la marine à la Guadeloupe.

La lecture de ce rapport sera continuée dans une prochaine séance.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un membre dans la section de pharmacie.

Les candidats ont été présentés dans l'ordre suivant :

En 1re ligne *ex æquo* : MM. Gobley, Mialhe, Poggiale ;

En 2me ligne *ex æquo* : MM. Buignet et Lefort.

77 membres prennent part au scrutin ; la majorité absolue est de 39.

M. Poggiale obtient. . . .	26 voix.
M. Gobley.	25
M. Mialhe.	21
M. Buignet.	2
Billet blanc	1
Billet nul	1

Aucun des candidats n'ayant réuni la majorité des suffrages, il est procédé à un deuxième tour de scrutin.

Nombre des votants 76 ; majorité 39.

M. Poggiale obtient	26 voix.
M. Mialhe.	26
M. Gobley.	24

MM. Poggiale et Mialhe ayant obtenu chacun le même nombre de voix, l'Académie procède à un scrutin de ballottage entre ces deux candidats.

Nombre des votants 75 ; majorité 38.

M. Poggiale obtient	43 voix.
M. Mialhe.	31
Billet blanc	1

En conséquence, M. Poggiale, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu membre de l'Académie, sauf l'approbation du gouvernement.

A cinq heures moins un quart, l'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS.

Séance du 23 Octobre 1856. — Présidence de M. GUÉRARD.

Sommaire. — Correspondance. — Communications diverses *sur les kystes de l'ovaire*. MM. Legroux, Woillez, Thirial, H. Roger, Moutard-Martin, Vigla, Marrotte, E. Barthez, Barth, Guérard.

La correspondance comprend l'hommage fait à la Société :

1° Par le docteur Pedro-Francisco da Costa Alvarenga et le docteur Garnier (traducteur), d'un mémoire sur l'*insuffisance des valvules aortiques, et considérations générales sur les maladies du cœur.*

M. MOUTARD-MARTIN est chargé de faire un rapport verbal sur ce travail.

2° Par M. le docteur Monneret, d'un exemplaire de son *Traité de pathologie générale.*

M. GUÉRARD est chargé de faire un rapport verbal.

M. THIRIAL demande la parole à propos du procès-verbal.

Dans la dernière séance, dit-il, M. Moreau (de Tours), ayant présenté la compression jointe à l'immobilité, comme pouvant être employée avec avantage dans certaines affections convulsives, notamment dans la chorée, et s'étant autorisé à cet égard d'un exemple de succès rapporté dernièrement dans un journal de médecine, je crois devoir faire remarquer à la Société que cette méthode de traitement n'est pas entièrement nouvelle. A l'appui de son efficacité, je demande la permission de vous citer un fait curieux que j'emprunterai à Van-Swiéten.

Cet illustre médecin donnait ses soins à une jeune fille de qualité, qui était en proie à une affection nerveuse des plus graves et des plus rebelles. Le moindre bruit, une lumière un peu trop vive la faisaient immédiatement tomber dans des crises convulsives, qui s'accompagnaient d'une violente sensation de déchirement dans l'abdomen. Les antispasmodiques les plus puissants avaient complétement échoué.

C'est alors que l'idée vint à Van-Swiéten de tenir le corps de cette jeune fille serré dans des bandelettes, à partir des jambes et des cuisses, et en comprenant dans cette ligature le ventre et la poitrine jusqu'aux mamelles, de manière à la transformer en une espèce de momie. Tout aussitôt, *illico*, il y eut un notable allégement dans tous les symptômes, et dès ce moment on put recourir avec avantage aux remèdes appropriés qui achevèrent la guérison. Toutefois, cette jeune fille fut dans la nécessité de se soumettre, pendant plusieurs mois, à cette sorte d'emmaillottement, et cela sans trop de déplaisir, ajoute Van-Swiéten, tant était grand et immédiat le soulagement qu'elle en ressentait.

M. VIGLA fait remarquer que le traitement de Van-Swieten n'a pas été très efficace, car il n'a été que palliatif pendant plusieurs mois; il faut tenir compte cependant du soulagement qu'il procurait à la malade.

M. LE PRÉSIDENT invite les membres de la Société à communiquer le résultat de leurs observations sur les kystes de l'ovaire et leur traitement, question actuellement à l'ordre du jour.

M. LEGROUX voit depuis très longtemps, dans le passage Choiseul, une domestique qui, depuis plusieurs années, portait un kyste énorme de l'ovaire, sans que jamais il eût été ponctionné; elle a été opérée par M. Boinet, par ponction et injection iodée, et, en peu de jours, elle a été guérie. Il y a deux ou trois mois que l'opération a été pratiquée et son ventre reste parfaitement plat.

M. WOILLEZ : Dans le traitement chirurgical des kystes ovariques, l'opportunité de l'opération est parfois bien difficile à établir. En voici un exemple que j'ai eu sous les yeux à l'Hôtel-Dieu, l'année dernière, alors que je suppléais M. Grisolle. Je trouvai dans le service une femme d'une cinquantaine d'années, pâle, mais ne présentant pas de signes évidents de cachexie cancéreuse. Elle portait un énorme kyste de l'ovaire droit, occupant, lorsque je la vis, presque toute la cavité abdominale, et que M. Grisolle avait précédemment ponctionné trois fois, à des intervalles assez éloignés, chaque ponction avait donné issue à plus d'un seau de sérosité citrine demi-transparente. La malade ressentait de temps en temps quelques douleurs sourdes dans le ventre, et ses digestions étaient devenues difficiles par le développement excessif du kyste; elle me supplia donc de l'opérer de nouveau, ce à quoi je consentis, mais avec le projet d'injecter une solution iodée dans la cavité du kyste, suivant la méthode de M. Boinet, le cas me paraissant favorable.

J'évacuai une énorme quantité de sérosité limpide, comme à la suite des précédentes ponctions, et je me disposais à injecter la solution iodée, la canule de la seringue était déjà introduite dans celle du trocart, lorsqu'il survint, dans le ventre, une douleur subite, déchirante, qui me fit suspendre l'opération. Je retirai la canule du trocart; mais les accidents

continuèrent et s'aggravèrent si rapidement qu'il n'y eut bientôt aucun doute sur l'existence d'une péritonite sur-aiguë. La malade succombait quelques heures après.

Ma perplexité fut d'abord extrême, et je me demandais inutilement la cause de cette mort imprévue, certain que la canule n'avait pas quitté l'intérieur du kyste, lors de l'apparition de la péritonite un aide maintenant avec soin le kyste contre le point ponctionné. Or, l'autopsie vint nous démontrer que la mort de cette malheureuse était due à la nature et à la disposition des éléments de la tumeur elle-même. Après l'évacuation de la sérosité, on pouvait sentir à gauche du kyste une tuméfaction inégale et largement bosselée, ce qui démontra que le kyste était multiloculaire; mais j'étais loin de soupçonner alors que cette partie de la tumeur contînt du tissu encéphaloïde et colloïde comme le montra l'autopsie. La mort était due à la rupture dans le péritoine d'une loge à enveloppe très mince contenant de la matière colloïde, rupture favorisée sans doute par la pression de l'aide qui était chargé de maintenir le kyste pendant l'opération.

Ce fait nous démontre combien l'opérateur doit être circonspect pour établir la nature réelle de la tumeur ovarique qui peut paraître simple et susceptible de guérison par les injections iodées, quand elle constitue une affection complétement au-dessus des ressources de l'art.

M. Thirial : Il n'est pas étonnant que l'on parvienne quelquefois à guérir des kystes de l'ovaire, puisque les exemples de guérison spontanée ne sont pas très rares, je puis moi-même en citer un. Il s'agit d'une femme qui, depuis quinze ans, portait un kyste de l'ovaire, dont le volume augmentait progressivement. Cette femme, que je voyais tous les ans dans mon pays, demandait toujours à être débarrassée de sa tumeur; elle était, du reste, bien portante, et je refusai toujours toute opération; enfin, à un voyage, je la trouvai complétement débarrassée de son gros ventre : un jour, il s'était produit un flux urinaire très abondant, le kyste s'était rapidement affaissé et ne s'était pas reproduit; probablement le kyste s'était rompu dans la vessie, et la guérison avait été complète.

M. Roger demande, à propos de ce fait, si quelque membre de la Société pourrait indiquer quelques résultats de la ponction de ces kystes par le vagin.

M. Moutard-Martin a vu, il y a quelques mois, pratiquer cette opération par M. Richet. La malade avait environ 30 ans; elle était forte, bien constituée, et portait un kyste de l'ovaire ayant à peu près le volume de l'utérus au cinquième mois de la grossesse. M. Richet, sentant parfaitement la saillie du kyste par le vagin, se décida à faire la ponction par cette voie. Le kyste, étant maintenu à sa partie supérieure par un aide, un trocart très long, fut conduit sur le doigt dans le vagin, et enfoncé dans la tumeur qui présenta une résistance très grande. Le liquide, très épais, filant, couleur chocolat, s'écoula incomplétement, et, au bout de plus d'une heure, malgré plusieurs injections d'eau tiède destinée à délayer le liquide trop épais, le kyste était loin d'être vidé. M. Richet se décida à pousser une injection iodée dont il ne ressortit pas une goutte. Une sonde en caoutchouc fut substituée à la canule du trocart, et laissée à demeure. Il ne survint aucun accident iodique, ni inflammatoire; un peu de fièvre seulement pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures, sans douleur exagérée du ventre. Après plusieurs injections iodées, après que l'on eut replacé la canule plusieurs fois dérangée, le kyste se vida petit à petit, les parois se rétractèrent; et au bout de plusieurs semaines, la malade sortit de l'hôpital parfaitement guérie.

Je ne cite que très brièvement et seulement dans ses principaux points cette observation, qui appartient à M. Richet ; mais elle me paraît trop intéressante à plusieurs points de vue pour ne pas la rapporter dans cette discussion. Notons d'abord l'absence d'accidents iodiques, malgré la rétention dans le kyste d'une quantité considérable de teinture d'iode; remarquons l'innocuité du séjour à demeure d'une canule en caoutchouc, des injections répétées, et enfin la guérison complète de la maladie. Cette observation prouve que, quand on peut laisser une canule à demeure, la consistance du liquide, qui ne permet pas son écoulement rapide, n'est pas toujours un obstacle à l'injection iodée et à la guérison.

M. Vigla appelle l'attention de la Société sur une forme de kystes de l'ovaire qui n'est pas suffisamment décrite, et sur laquelle lui-même n'est pas complétement édifié. Il a vu deux cas de ce genre, l'un avec M. Gosselin, et l'autre avec M. Demarquay.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune femme, qui fut prise de douleurs vives dans le ventre, avec fièvre. En quatre ou cinq semaines, il se développa dans le ventre une tumeur fluctuante, douloureuse, qui fut prise pour un vaste abcès. M. Gosselin, appelé pour voir cette malade, ouvrit la tumeur en incisant couche par couche, et il sortit de la sérosité jaunâtre et parfaitement limpide. Cette incision fut suivie d'une péritonite mortelle, et l'autopsie permit de constater la présence d'un kyste de l'ovaire. M. Vigla se demande si, dans quelques cas, l'inflammation n'aurait pas une grande influence sur le développement de ces tumeurs?

Le deuxième fait a été observé avec M. Démarquay. Il s'agit d'une tumeur fluctuante développée au milieu de phénomènes inflammatoires; tout devait faire croire à l'existence d'une collection purulente; cependant, dit M. Vigla, je rappelai à M. Demarquay le fait précédent, et j'ajoutai que, pour un abcès, la tumeur était bien superficielle et bien fluctuante. M. Demarquay déclara que le doute était impossible; l'ouverture fut pratiquée : il s'écoula de la sérosité limpide, survint une péritonite qui entraîna la mort.

Dans ces deux cas, l'ouverture du kyste fut suivie de péritonite mortelle; mais cette ouverture avait eu lieu par incision, et peut-être ces accidents doivent-ils être attribués au mode d'ouverture plutôt qu'à la nature même de la tumeur?

Mais il n'est pas rare cependant de voir la simple ponction être cause d'accidents mortels.

Une femme, jeune encore, vint de la province, portant un kyste considérable de l'ovaire; elle entra à la Maison de santé, où il fut décidé, avec M. Monod, que l'on ferait une ponction, et que, si le cas était favorable, on la ferait suivre d'injection iodée. La ponction fut faite, mais on tomba dans un kyste multiloculaire qui ne put être vidé. Il survint une péritonite suivie de mort. Dans ce fait, une simple ponction a entraîné des accidents mortels.

Dans un deuxième cas, il s'agit d'un kyste très simple, développé lentement chez une femme de 30 à 32 ans; il fut vidé complétement par MM. Monod et Demarquay, et on fit une injection iodée; il survint un état typhoïde qui fut attribué à l'inflammation du kyste. Au bout de quinze jours ou trois semaines, la malade parut entrer en convalescence et retourna dans sa famille. Au bout de trois mois, M. Vigla la revit; le ventre était développé; la malade avait la fièvre hectique, et elle se trouvait dans de si mauvaises conditions, que l'on n'osa pas proposer une nouvelle opération; elle mourut.

De ce fait, M. Vigla tire cette conclusion que, dans un kyste dont les conditions sont les meilleures, au point de vue de l'âge et de la santé générale de la malade, de la nature du liquide contenu et des parois, l'injection iodée peut donner lieu au développement ultérieur d'une fièvre hectique mortelle.

Dans un troisième cas, on a cru voir une guérison complète, et on l'enregistra comme telle; mais, quelque temps après, M. Monod pratiqua une nouvelle ponction.

M. Marrotte a pour principe de ne pas toucher à ces tumeurs tant que les malades sont dans de bonnes conditions de santé générale; mais, dernièrement, il vit une jeune femme de 25 à 26 ans, portant une tumeur ovarique extrêmement volumineuse développée en un an; les digestions étaient très difficiles; il y avait de la dyspnée; la mort paraissait devoir survenir prochainement. Au bout de quinze jours d'observation, il se décida à pratiquer la ponction, d'abord pour soulager la malade, et ensuite pour voir s'il n'y aurait rien à faire. Le trocart fut enfoncé, mais aucun liquide ne sortit. Le lendemain, il se développa des phénomènes inflammatoires intenses dans le kyste, puis une péritonite; et au bout de trois ou quatre semaines, la malade mourut. A l'autopsie, on trouva une péritonite et un énorme abcès dans le kyste.

M. Barthez rapporte un fait où des accidents funestes furent amenés par une simple ponction. Une jeune fille de 13 ans, non réglée, portait un ventre rendu très volumineux par un kyste contenant une quantité considérable de liquide; à sa partie supérieure, se trouvait une tumeur dure de nature obscure. On crut utile de faire une ponction. Il s'écoula une grande quantité de sérosité rougeâtre. Le surlendemain, survinrent des frissons, des douleurs de ventre, des vomissements, et, enfin, la mort, qui fut, sans contredit, le résultat de la ponction. On trouva, à l'autopsie, un énorme kyste de l'ovaire qui s'étendait depuis le bas-ventre jusqu'au diaphragme; sa surface interne était enflammée ainsi que le péritoine. La matrice n'existait que sous forme d'un petit cordon renfermant un canal étroit, un des ovaires avait disparu dans le kyste, qui contenait une série de tumeurs, en partie solides et en partie liquides, renfermées dans une coque épaisse et contenant des os et vingt-cinq ou vingt-six dents parfaitement conformées.

Le second fait que cite M. Barthez est plus favorable à la ponction, il s'agit d'une domestique qui, ayant un kyste de l'ovaire, en était déjà à la troisième ou quatrième ponction, lorsqu'elle devint enceinte. Le kyste gênant le développement de la grossesse, on fit la ponction : il s'écoula un demi-seau de liquide citrin transparent, à peine albumineux. Après cette ponction, la grossesse suivit son cours, et le kyste parut guéri. Cette femme eut à la suite plusieurs enfants, dont quelques-uns vinrent à terme; mais, au bout de quatre ou cinq ans, le ventre redevint gros. On fit une nouvelle ponction, et le liquide recueilli était plus albumineux. Depuis cette époque, tous les deux ans on est obligé de faire une nouvelle ponction.

M. Marrotte : Avant d'aborder le traitement curatif d'un kyste de l'ovaire, il serait bien important de connaître la nature du liquide qu'il contient, de savoir, en un mot, si l'on pourra ou non vider le kyste avec le trocart. Jusqu'à ce moment, il n'y a pas de moyen précis d'arriver à ce diagnostic.

M. Legroux : Il n'est pas douteux que les kystes séreux et les kystes gélatineux ne doivent pas donner la même sensation à la palpation, et la fluctuation est bien moins nette et moins franche dans un kyste gélatineux que dans un kyste séreux.

M. Moutard-Martin regrette que les médecins soient aussi peu disposés à employer, en pareil cas, le trocart explorateur. La piqûre du trocart capillaire est inoffensive, peu douloureuse, et c'est un moyen infaillible de connaître la nature des liquides contenus dans un kyste quelconque. Il ne nie pas qu'il ne soit préférable d'être en état de se passer de ce moyen ; mais ne vaut-il pas mieux employer ce moyen de diagnostic palpable, que d'éprouver un désappointement au moment de pratiquer une injection que le défaut de fluidité du liquide rend impossible?

M. Barth : Dans l'histoire générale des kystes de l'ovaire, ce point de diagnostic est l'un des plus intéressants à connaître. Pendant six années de pratique et d'études à la Salpêtrière, M. Barth a observé un bien grand nombre de tumeurs, où le diagnostic présentait une telle difficulté, qu'il se demandait s'il avait affaire à un kyste de l'ovaire ou à une tumeur fibreuse de l'utérus. En effet, tantôt le kyste ovarique est dur et résistant au toucher et donne la sensation d'une tumeur solide, tantôt la tumeur fibreuse est molle et paraît liquide. Souvent il faut rester dans le doute, et fréquemment, à l'autopsie, on voit que le degré de distension des parois ainsi que leur degré d'épaisseur fait varier à l'infini la sensation que ces kystes procurent. Il est certain que la nature du liquide doit faire varier la fluctuation; mais d'autres conditions, telles que le degré d'épaisseur des parois du kyste et son degré de distension ont une influence peut-être plus grande encore.

J'ai fait, ajoute M. Barth, plusieurs fois un grand nombre de ponctions sur la même femme, quelquefois de douze à quinze, et jamais je n'ai observé d'accidents primitifs, quelquefois même dans les cas qui paraissaient les plus défavorables. Une femme portait une tumeur dont la fluctuation était peu évidente, elle était surmontée, dans le flanc droit, par des bosselures dures et saillantes, je n'avais nulle intention d'y toucher. Il survint des douleurs, de l'amaigrissement, le teint se décolora et j'eus la crainte du développement de quelques productions cancéreuses. Cette malade fut vue par MM. Huguier et Depaul; les avis furent partagés sur la nature de la tumeur, qui touchait le foie. M. Huguier demandait si elle ne dépendait pas du foie, et fut d'avis de ne pas y toucher; M. Depaul pensa que l'opération était praticable, et la malade, qui l'avait entendu, voulut être opérée. La ponction fut faite; tout était préparé pour l'injection, mais il s'écoula un liquide très épais, et on se borna à la ponction. Il survint quelques douleurs, un peu de fièvre, pas de vomissements, et les jours suivants tous les accidents avaient disparu. Par cette simple ponction, le kyste revint sur lui-même, la portion dure et bosselée rentra sous l'ombilic, et on put parfaitement circonscrire la tumeur. Quelque temps après, survinrent des frissons presque périodiques, de l'amaigrissement, des douleurs abdominales, probablement de la péritonite chronique, et la tumeur se développa de nouveau. On voit par ce fait que, même dans les conditions les plus mauvaises, la ponction peut ne pas déterminer d'accidents primitifs.

Parmi les faits produits dans cette discussion, il y a lieu de poser des distinctions. Le kyste, ponctionné par M. Barthez chez une petite fille de 13 ans, était certainement dans des conditions toutes spéciales. Les deux kystes dont l'incision a déterminé la mort sous les yeux de M. Vigla, étaient-ce bien des kystes de l'ovaire ou des hématocèles rétro-utérines, réduites à la sérosité du sang? Cette question est grave, car il résulte des faits observés que, dans presque tous les cas où l'on a touché aux hématocèles, les malades sont mortes, et que quand on n'y a pas touché, la guérison a été presque constante.

M. Vigla déclare que, dans l'un des deux cas où l'autopsie a été faite, il s'agissait parfaitement d'un kyste de l'ovaire formé d'une manière sur-aiguë. Quant au second, il n'y a pas eu d'autopsie.

M. Trousseau demande si M. Barth comprendrait parmi les hématocèles les kystes de l'ovaire contenant du sang.

M. Barth n'entend par hématocèles que les épanchements sanguins dans le petit bassin.

M. Guérard croit à l'innocuité de la ponction dans le plus grand nombre des cas. Il cite une femme de 30 ans qui resta pendant trois ans dans son service à l'Hôtel-Dieu : elle portait un kyste de l'ovaire, du volume de la tête d'un fœtus à terme. On en fit la ponction, que l'on répéta au moins trente fois, le plus souvent avec injection iodée, et à des intervalles de quinze à vingt-cinq jours entre chaque opération; jamais il ne survint d'accidents sérieux, et la malade finit par mourir, mais épuisée par défaut de nutrition. Les parois du kyste étaient épaisses de plus d'un centimètre, et présentaient à l'intérieur un état mamelonné, avec coloration d'un rouge vif : cet épaississement des parois et cet état mamelonné de la surface interne étaient dus, sans aucun doute, aux inflammations successives causées par les injections iodées, la coloration rouge, de date plus récente, tenait à la même cause.

Le secrétaire, Dr E. Moutard-Martin.

COURRIER.

M. le Gérant de l'Union Médicale a l'honneur de rappeler à MM. les Actionnaires qu'ils sont convoqués en assemblée générale pour demain, jeudi, 11 décembre, à 7 heures 1/2 du soir, au siége de la Société, à l'effet de nommer deux nouveaux membres du Conseil de surveillance, en exécution de la loi nouvelle sur les Sociétés en commandite.

Par arrêté du 28 novembre, sont nommés membres du jury du concours qui s'ouvrira à Paris, le 2 janvier prochain, pour neuf places d'agrégés stagiaires par la Faculté de médecine :

MM. Bérard, inspecteur général de l'enseignement supérieur pour l'ordre de la médecine, professeur de physiologie, président; — Trousseau, professeur de clinique médicale; — Andral, membre de l'Institut, professeur de pathologie générale et thérapeutique; — Velpeau, membre de l'Institut, professeur de clinique chirurgicale; — Denonvilliers, professeur de pathologie chirurgicale; — le baron P. Dubois, professeur de clinique d'accouchements; — Guéneau de Mussy, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Paris; — Bégin, président du Conseil de santé des armées; — Michel Lévy, médecin inspecteur, directeur de l'école de médecine et de pharmacie militaires.

Sont nommés juges supplémentaires dudit concours : MM. Rostan, professeur de clinique médicale; — Nélaton, professeur de clinique chirurgicale; — Moreau, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants; — le baron Larrey, sous-directeur et professeur de clinique chirurgicale à l'École de médecine et de pharmacie militaires.

— Le concours pour quatre places de professeurs agrégés à l'École impériale de médecine et de pharmacie militaires (2 places en médecine et 2 en chirurgie) se sont ouverts le 1er décembre.

Le jury de médecine est ainsi constitué : MM. Michel Lévy, président; Faure, médecin principal; Laveran et Champouillon, professeurs; Riboulet, secrétaire du Conseil de santé des armées, juges; M. Tholozan, professeur agrégé, juge suppléant.

Quatorze candidats se sont présentés pour ce concours, savoir : MM. Félix Jacquot, Lallement, Rouis, Lasserre, Armieux, Frizon, Guipon, Lespiau, Verdier, Alix, Aubas, Dufour, Dezotteux et Rizet.

Le jury de chirurgie est composé de MM. Bégin, président; Hutin, médecin en chef des Invalides; Larrey, professeur au Val-de-Grâce; Thomas, médecin principal du Gros-Caillou; Mounier, professeur au Val-de-Grâce, juges; M. Legouest, professeur agrégé, juge suppléant.

Les candidats sont : MM. Menuau, Ferraton, Champenois, Baizeau, Didiot, Trudeau, Perrin, Vedrenne et Lecomte.

La première épreuve de ces deux concours est éliminatoire : elle consiste en une question écrite. La question échue aux médecins est la suivante : *De l'ophthalmie épidémique des armées.* — La question de chirurgie a été : *De la fracture des os par les projectiles de guerre.*

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE MORTS EN ORIENT.

Souscription ouverte dans les bureaux de l'Union Médicale :

MM. Morand, aide-major de 1re classe au 4e cuirassiers, 5 fr.; Bessac, lieutenant au 2e de ligne, 50 c.; Servoni, id. id., 50 c.; Gaudin, s.-lieutenant id., 50 c.; Capdecoum, id. id., 50 c.; Kléber, id. id., 50 c.; Ruel, id. id., 50 c.; Dammien, aide-major de 2e classe au 2e de ligne, 5 fr.—M. Maher, directeur du service de santé de la marine de Rochefort, en son nom et aux noms de MM. les officiers de santé sous ses ordres, 202 fr. — 69e de ligne : MM. Baudin, médecin-major, 10 fr.; Roudet, aide-major, 10 fr.; Gaudaire, id., 10 fr. — Hôpital militaire de Rennes : MM. Saiget, médecin principal, 15 fr.; Deslandes, méd.-major de 1re classe, 10 fr.; Mongodin, pharm.-major, 10 fr.; Burin, phar. aide-major, 5 fr.; Lafon, id., 5 fr.; Judicis, pharm. s.-aide, 5 fr.; Herbinet, id. id., 5 fr.; Alnin, id. id., 5 fr. — 9e bataillon de chasseurs à pied, M. Ruell, médecin aide-major, 5 fr. — 10e d'artillerie monté : MM. de Bourdeau d'Audejos, médecin-major de 1re classe, 50 fr.; Caron, aide-major; 5 fr.; Rouault, médecin civil à Rennes, 5 fr. — 3e régiment de hussards, M. Crépet, 10 fr.; Feldman, d.-m. à Paris, 5 fr.

Total.	385 fr. »
Listes précédentes.	2,547 fr. 50
Total de l'Union Médicale.	2,932 fr. 50

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Felix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 150. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 13 Décembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre*, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PATHOLOGIE : Observation de coloration bronzée de la peau (maladie d'Addison ?), avec autopsie. — II. CLINIQUE MÉDICALE (hôpital des Enfants-Malades, M. Bouvier) : Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur. — III. CLINIQUE CHIRURGICALE (hôpital militaire du Roule, M. Bonnafont) : Opération de blépharoplastie. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie des science.) Séance du 1er décembre : Poche amnio-choriale normale dans l'œuf humain pendant la grossesse. — Nouveau spiromètre. — Cas d'absence congéniale des capsules surrénales. — V. PRESSE MÉDICALE ANGLAISE : Observations sur la température du corps dans la fièvre intermittante. — Lupulin dans la spermatorrhée. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Causeries.

PATHOLOGIE.

OBSERVATION DE COLORATION BRONZÉE DE LA PEAU (MALADIE D'ADDISON ?), AVEC L'AUTOPSIE ;

Par le docteur William MONRO, médecin consultant à l'Infirmerie royale de Dundee.

Mme B..., âgée de 40 ans, épouse d'un ecclésiastique, demeurant à Newport, dans le comté de Fife, a commencé, il y a environ huit ou neuf ans, à remarquer sur son front une tache brunâtre, dont l'étendue s'est ensuite accrue graduellement ; depuis, d'autres points de la tête, de la face et du cou se sont affectés de la même manière. A cette époque, cette dame jouissait d'une santé passable ; cependant, depuis une quinzaine d'années à peu près, elle était sujette à des douleurs internes assez vives, douleurs qui lui étaient survenues à la suite d'un saut qu'elle avait été obligée de faire de l'impériale d'une diligence, et qu'elle supposait résulter d'un déplacement de l'utérus. Mariée depuis seize ans, elle n'a jamais eu d'enfants. Elle était bien portante dans sa jeunesse, sans avoir d'ailleurs jamais été robuste. Dans ces derniers temps, elle s'est fort amaigrie et est devenue très faible. Huit mois auparavant, son mari étant gravement malade, elle a éprouvé, en le soignant, beaucoup d'inquiétude et de fatigue : la nuance brune de la peau est devenue alors beaucoup plus foncée et plus générale, la surface entière du corps participant plus ou moins à cette coloration.

12 juin 1856. La malade est actuellement dans un état de maigreur extrême. Son visage, par sa couleur, a quelque ressemblance avec celui d'un lascar, ou natif des Indes-Orientales. Quand elle est debout, elle éprouve une grande faiblesse, un abattement et une prostration, qu'a encore augmentés une diarrhée il y a quelques jours. De temps en temps elle a une toux brève, qu'accompagne une expectoration visqueuse, et qui trouble le sommeil ; elle tousse, du reste, depuis une rougeole qu'elle a eue dans son enfance. Pouls à 100, petit et dépressible. Langue blanchâtre ; très peu d'appétit ; soif considérable ; garde-robes maintenant naturelles. La menstruation a lieu régulièrement. La malade ne se plaint d'aucune douleur. La sonorité de la poitrine à la percussion est conservée, à l'exception d'un point au-dessous de la clavicule, de chaque côté, où il y a de la matité. Les fonctions du cœur sont normales. Le ventre est collé à l'épine dorsale, qui se sent facilement à travers la paroi antérieure de cette cavité, ainsi que les battements de l'aorte abdominale. Malgré un examen soigneux et attentif, il est impossible de découvrir aucune maladie organique dans aucun des viscères abdominaux. L'urine, naturelle quant à la quantité, d'une couleur de paille, d'une pesanteur spécifique égale à 1,012, sans albumine, ne laisse voir, sous le microscope, aucun dépôt inusité. L'utérus est dans sa situation normale, parfaitement sain. Le sang, examiné au microscope, ne présente rien de particulier, pas de globules blancs en excès. La modification morbide de la couleur de la peau est plus fortement prononcée sur les genoux et les coudes et à la partie postérieure du cou. Les paumes des mains et les faces palmaires des doigts sont très peu altérées dans leur coloration, et contrastent beaucoup avec la face postérieure des mêmes parties. — Je conseillai l'usage de la teinture de chlorure de fer, dix gouttes trois fois par jour, des frictions avec l'huile d'olive sur la peau ; je recommandai de faire grande attention aux garde-robes et à l'état des sécrétions, et d'user d'un régime léger, mais nourrissant.

17 juin. Pas d'amélioration dans l'état de la malade ; elle n'a pas été en état de prendre la préparation ferrugineuse ; mais elle a fait les applications huileuses prescrites. La toux est extrêmement fatigante. — Mixture d'ipécacuanha et de chlorhydrate de morphine en solution, extrait de salsepareille. — L'appétit est mauvais, les selles régulières ; la faiblesse a évidemment fait des progrès.

La malade continua à aller de plus en plus mal jusque dans la soirée du 21, où elle mourut, conservant sa connaissance jusqu'à la fin.

Autopsie. — Elle eut lieu le 23 juin, avec l'assistance de mon ami le docteur William Aitken. — Le corps était dans un état d'émaciation considérable ; la poitrine était d'une étroitesse extrême, et sa base si resserrée, que la ceinture pouvait être embrassée dans l'anneau formé par les pouces réunis en avant et les doigts médius en arrière, la circonférence étant de 16 pouces (anglais). La coloration de la peau était d'une nuance bronze brunâtre partout, avec des taches plus foncées en plusieurs points. Ces taches se remarquaient particulièrement au voisinage des genoux et aux régions latérale et postérieure du cou. Vers les commissures et au pourtour des lèvres, à l'endroit où la membrane muqueuse se continue avec la peau, des dépôts isolés de pigment donnaient à cette partie une apparence telle, qu'elle semblait avoir reçu des éclaboussures de boue.

Le corps était généralement exsangue ; le cœur petit et flasque ; les poumons présentaient à leur sommet d'anciennes adhérences. Un dépôt de nature tuberculeuse était également disséminé dans les deux sommets, mais en quantité, du reste, peu considérable. Le reste de la substance pulmonaire paraissait sain. Dans l'abdomen, la rate, le foie et les reins étaient, chacun de leur côté, adhérents aux parties environ-

rantes ; mais le parenchyme de ces organes paraissait naturel. Les capsules surrénales et la membrane muqueuse du canal alimentaire étaient seules le siége d'une altération morbide marquée.

La capsule surrénale droite présentait une masse considérable, déprimant en haut surtout la substance du foie, de telle sorte qu'une portion du tissu de cette glande, altérée par cette pression, ne pouvait être séparée du corps surrénal malade. L'organe ne conservait aucune partie de sa forme naturelle. Augmenté d'environ quatre fois son volume ordinaire, il affectait la figure d'une masse tuberculeuse irrégulière, qui était modifiée dans quelques points par sa pression sur les parties environnantes. Le côté en rapport avec la veine cave, présentait une rainure profonde correspondante à ce vaisseau, dont le tissu, dans une étendue d'un demi-pouce, était si étroitement incorporé avec le corps surrénal altéré, que la dissection la plus soigneuse ne put les séparer. Après avoir été exactement débarrassée de toutes ces connexions, le poids absolu de la capsule surrénale droite se trouva de 278 grains ; sa pesanteur spécifique de 1,046. La veine surrénale était très petite, presque atrophiée. Les nerfs sympathiques, à partir du petit splanchnique, étaient considérablement augmentés de volume, ainsi que quelques-unes des branches, et les ganglions du plexus solaire de ce côté. Le tissu de ces parties nerveuses était d'une nuance rosée, comme sous l'influence d'un état d'excitation vasculaire. Du reste aucun autre changement ne pouvait s'y observer.

La capsule surrénale du côté gauche était un corps oblong rectangulaire, et avait conservé et sa forme originale qui était seulement aplatie, et ses rapports avec les parties environnantes. Un état de vascularisation des nerfs, à peu près semblable, mais moins prononcé, se montrait également de ce côté. Le poids absolu de ce corps était de 85 grains, et sa pesanteur spécifique de 1,042.

Examen à l'aide des coupes ; — à l'aide du microscope. Une section suivant le grand axe de l'organe faisait voir deux parties distinctes, savoir une partie d'une densité et d'une dureté cartilagineuses, et une partie évidemment ramollie, principalement occupée par un dépôt de matière jaune. C'était dans la portion médullaire des capsules que la maladie paraissait avoir fait le plus de progrès.

Elle était occupée par un dépôt en voie de ramollissement, d'une matière affectant un aspect remarquable et particulier, très semblable à ce qu'on appelle matière scrofuleuse, tuberculeuse, ou matière jaune caséiforme. Les veines étaient généralement diminuées de volume, et la cavité correspondante au sinus veineux central était entièrement occupée par l'exsudation jaune, à différents degrés de ramollissement. De petits kystes de diverses grandeurs étaient disséminés de toutes parts dans le stroma (substance corticale) de l'organe, et contenaient la même matière d'apparence scrofuleuse, en divers états de consistance ; impossible d'apercevoir au moyen du microscope les véritables

Feuilleton.

CAUSERIES.

L'élection de mardi dernier. — Le banc des pharmaciens. — La section de pharmacie et les candidats. — Déceptions et mystifications. — Projet d'arrangement. — Rôle des Académies. — Incidents de l'élection.

Notre pauvre monde médical est si pâle, si froid et si peu agité, que le plus petit incident y prend aussitôt d'assez grosses proportions. Il faut parler, par exemple, comme d'un événement, d'une élection académique, même dans la section de pharmacie, qui, d'ordinaire, ne fait pas grand bruit. On n'entend guère parler d'elle, en effet, qu'à l'occasion des élections pour le remplacement de ses membres ; mais elle se dédommage amplement alors de son inaction habituelle, ce qui n'empêche pas qu'il faille toujours compter avec elle pour une élection quelconque. L'Académie de médecine a le bonheur de posséder quinze, et bientôt seize pharmaciens, qui donnent un singulier appoint dans tout scrutin académique. Aussi, heureux ou à plaindre est-il le candidat qui possède ou non les sympathies de ce qu'on est convenu d'appeler le banc des pharmaciens..... Mais que Dieu me préserve d'oublier que la section de pharmacie est, de toutes, la plus irritable, la moins tolérante, la plus impatiente de toute critique ; je n'ai nulle envie de m'attirer quelque méchante affaire, et je déclare d'avance que je respecte infiniment la thériaque et le diascordium.

D'ailleurs, s'il est vrai, comme c'est le bruit général, qu'une grande partie des pharmaciens de l'Académie aient voté contre le candidat pour lequel j'avais fait ouvertement des vœux, c'est à eux de rire de moi et non à moi de rire d'eux. On m'assure même qu'ils ne s'en font pas faute, ce que je leur pardonne de grand cœur. Cependant, même avec la certitude d'un échec, j'aurais soutenu la candidature de M. Mialhe. L'insuccès d'une élection n'est pas pour moi le critérium de son illégitimité. Que d'exemples, et de mémorables, je pourrais citer ! N'est-ce pas trois ou quatre fois que vous avez frappé à la porte de l'Académie avant qu'elle ne s'ouvrit, chers et savants confrères Ricord, Trousseau ? Cette porte n'est-elle pas restée close pour l'illustre Lallemand ? C'est que le défilé par où l'on entre dans cette Académie est très étroit, très embarrassé, hérissé de rochers et d'épines, et que, pour le traverser sans meurtrissures, il faut un bonheur extrême et une grande habileté. Nos chers confrères des départements, qui ne peuvent ni connaître ni comprendre les secrets ressorts de la machine académique ; nos confrères de Paris même, qui ne fréquentent pas la salle des *voix perdues*, éprouvent de temps à autre de profonds étonnements en voyant le succès de celui-ci, la déception de celui-là. O vénérable statue d'Esculape ! si tu pouvais un jour redire tout ce qui s'est chuchoté dans les angles de ton piédestal, toutes les promesses données, tous les engagements pris, les chaudes protestations, les serrements de mains et autres démonstrations qui remplissent d'espoir le cœur des candidats ! Et vous, savant Tulpius (1), si votre grave image s'animait aussi, que diriez-vous à la vue de ces défections, de ces trahisons, de ces perfidies de scrutin, de ces retours imprévus, de ces chutes inattendues, de toutes ces stratégies de vote qui font passer ces pauvres candidats des angoisses de l'incertitude aux amertumes de la défaite !

Mais ils savent bien que les statues et les toiles sont muettes, ceux qui font une promesse de vote avec le même insouci qu'on tire son chapeau à qui vous salue. Et ce qu'il y a de singulier, c'est que les déceptions passées ne préservent personne des déceptions présentes. M. Mialhe comptait sur 46 voix au premier tour, et M. Gobley tout au moins sur autant, de sorte qu'il n'en restait plus pour M. Poggiale, qui probablement comptait aussi sur un plus beau succès. Cette mystification est traditionnelle à l'Académie de médecine, ce qui n'empêchera pas plusieurs de mes lecteurs de s'y laisser prendre à leur tour. Et remarquez que cette mystification dure même après le scrutin. Un candidat de mes amis, qui n'avait obtenu que 17 voix sur 52 qui lui avaient été promises, voulut en avoir le cœur net, et alla remercier tous les académiciens qui lui avaient promis leur vote. Aucun ne broncha, tous, au contraire, protestèrent de leur fidélité à la promesse faite, et rejetèrent sur la défection des autres l'insuccès de mon ami. Je connais un académicien qui a été nommé par 48 suffrages. Après l'événement, il en comptait 75, tant il trouvait de collègues qui se donnaient le mérite d'avoir voté pour lui. Ce miracle de la multiplication des votes pour et de la disparition des votes contre est encore un fait constant à l'Académie de médecine.

Cette dernière candidature en pharmacie peut donner lieu à une remarque dont on fera ce qu'on voudra, je n'y mets pas de malice. Aucun des candidats n'est venu lire un travail de pharmacie proprement dite. L'un s'est occupé du sucre, l'autre de l'acide carbonique, celui-ci de la bile, mais tout cela au point de vue de la physiologie chimique. Quant à la pharmacie, on l'a laissée dormir dans les bocaux, et il n'est sorti de tout cela ni un pauvre petit électuaire, ni le plus simple apozème.

D'où cette réflexion que je livre encore, sans y mal entendre, à l'attention du lecteur : voilà une section de pharmacie qui rejette dans le futur contingent les candidats pharmaciens purs — car on peut dire que M. Poggiale a été nommé non parce que, mais quoique pharmacien ; et voilà des candidats à une section de pharmacie, qui viennent parler de tout, devant l'Académie, excepté de pharmacie.

Je sais bien ce que les esprits mal faits pourraient déduire de ces simples remarques ; mais évidemment ces esprits n'auraient été touchés ni des charmes des émulsions, ni des grâces des mucilages ; moi qui me flatte d'un penchant très sérieux pour les potions et les teintures, je me borne à dire que la section de pharmacie a incontestablement sa raison d'être à l'Académie de médecine, mais qu'en se serrant un peu et en bonne camarade, elle devrait faire une petite place à la section de philosophie, d'histoire et de littérature médicales qui ne paraîtrait pas trop déplacée à côté d'elle. Je ne conteste pas qu'un pharmacien de plus ne puisse jeter un grand lustre sur l'Académie, mais on me passera bien qu'un homme de la science de M. Littré, par exemple, ne serait pas tout à fait une inutilité dans ce corps savant.

Les pharmaciens comme MM. Mialhe et Gobley n'ont pas seulement succombé sous le vote de leurs frères, ils ont eu encore à lutter contre l'élément militaire de l'Académie. Cet élément a manœuvré avec une stratégie admirable. L'épée a triomphé du pilon, aussi a-t-il fallu renverser le vieux proverbe, et dire pour la circonstance *cedant togæ armis*. Moi qui prêche l'union et l'esprit de corps, j'ai été profondément édifié de cette chaude entente entre tous les grands sabres de l'Académie, et de leur ardent prosélytisme en faveur du grand sabre de M. Poggiale.

(1) Pour nos lecteurs qui ne connaissent pas les lieux, je dois dire que la statue d'Esculape est placée dans la salle d'attente de l'Académie, et que le beau tableau représentant Tulpius (copie de Rembrandt) est placé dans la salle même des séances, au-dessus du bureau. Dans la première salle on fait les promesses, dans la seconde on les oublie.

vésicules ovales naturelles à la substance corticale, et les seules parties de forme élémentaire qui aient pu être observées, et qui aient été susceptibles d'être rapportées aux éléments histologiques normaux du corps surrénal, consistaient dans les cellules à noyaux, à queue et ramifiées, qui se voyaient dans les parties les plus fermes du dépôt jaune dont était enveloppée la portion médullaire. La partie dure catilagineuse était composée, d'après l'examen microscopique, d'éléments fibreux, en forme de cellules allongées et fusiformes, avec des noyaux simples et composés, et en même temps avec des fibres filamenteuses fines, et une matière granuleuse. La substance jaune était formée d'un stroma granuleux fin, dans lequel des corpuscules granuleux composés, des granules huileux, et des globules, en même temps que des cristaux solubles dans l'acide acétique, étaient les éléments les plus visibles et les plus abondants. Des cellules claires et transparentes dépourvues de noyaux, et en même temps d'autres cellules à queue et ramifiées, très irrégulières, avec des noyaux simples et composés, étaient aussi des éléments constituants que l'on y rencontrait.

La muqueuse de la bouche était amincie, pâle, exsangue, les glandes labiales et buccales se dessinaient et proéminaient à travers cette membrane. L'estomac, le tube intestinal étaient uniformément amincis dans toute leur étendue. Dans l'estomac, les glandes gastriques solitaires étaient remarquablement proéminentes, tandis que la membrane muqueuse en général était amincie et atrophiée. Le microscope montrait les villosités du jejunum et de l'iléon remarquablement atténuées; la membrane muqueuse de ces intestins se séparait avec la plus grande facilité de la tunique musculaire adjacente. Les glandes tubulaires de la muqueuse étaient presque entièrement effacées, et à leur place se trouvait une matière granuleuse amorphe. La pesanteur spécifique moyenne de la membrane muqueuse était de 1,040.

Remarques. — Toute vue spéculative sur la cause de la coloration de la peau dans cette singulière maladie, et spécialement sur ses rapports avec les lésions des capsules surrénales, serait, pour le moment, tout à fait hors de propos. L'unique devoir des praticiens, quant à présent, semble être d'observer et de faire connaître les cas qu'ils sont à même de rencontrer dans leur pratique. Plus tard, quand un nombre suffisant de faits aura été rassemblé, quand les circonstances qui s'y rapportent auront été partout recherchées, puis comparées avec soin, il sera possible de former une opinion mieux définie et plus satisfaisante sur la nature et le caractère de cette affection.

L'augmentation considérable de volume et la coloration rosée des nerfs en contact avec les organes malades ou les traversant, sont dignes d'être notées. Mais sur la question de savoir si ces phénomènes étaient ou n'étaient pas le résultat d'un état inflammatoire des capsules, il ne serait pas sûr de hasarder une opinion. D'après les caractères morbides les plus saillants observés dans ce cas, les dépôts tuberculeux au sommet des deux poumons, et la matière scrofuleuse caséiforme occupant la portion médullaire des capsules, je suis porté à penser que cette maladie appartient à la classe des affections tuberculeuses plutôt qu'à celle des phlegmasies; et, en conséquence, qu'elle doit être traitée par tous les moyens qui tendent à fortifier l'organisme, et plus spécialement par l'usage de l'huile de foie de morue (1).

CLINIQUE CHIRURGICALE.

Hôpital militaire du Roule. — M. Bonnafont, médecin principal.

OPÉRATION DE BLÉPHAROPLASTIE.

Le nommé Sittivoux, soldat au 2me voltigeurs de la garde impériale, reçut le 20 mai, à l'attaque du bastion central sous Sébastopol, un petit éclat d'obus qui vint frapper la partie inférieure de la région orbitaire droite, enlevant la paupière inférieure, pénétrant dans la cavité orbitaire et détruisant l'œil. Lorsqu'il est entré à l'hôpital du Roule, ce militaire présentait les désordres suivants : un ulcère de forme triangulaire remplaçait la paupière inférieure et s'étendait en pointe jusqu'à la région malaire. La conjonctive oculaire rejetée en avant par le globe de l'œil atrophié formait un bourrelet rougeâtre et saignant qui dépassait de plusieurs millimètres la paupière supérieure restée intacte. Cette mutilation qui donnait à la figure une expression très disgracieuse et dont le contact de l'air provoquait des douleurs incessantes, était encore aggravée par un écoulement puriforme, lequel mêlé aux larmes, avait déterminé sur la joue et jusqu'à la commissure correspondante des lèvres, un sillon rougeâtre excessivement douloureux.

C'est donc pour remédier autant que possible à cette difformité, que le malade avait sollicité instamment d'entrer à l'hôpital. Après un examen bien attentif de cette plaie, nous remarquâmes que la paupière inférieure n'était pas complétement détruite, et que sa moitié externe, entraînée en bas par le travail de cicatrisation de la première plaie, formait un angle obtus avec la paupière supérieure. Dès lors, il nous parut possible et plus facile de remédier à cette mutilation, en tâchant de ramener cette partie de la paupière à sa position normale, et d'obtenir, au moyen d'adhérences et de l'excision du repli conjonctival proéminent, l'occlusion de la partie interne de l'œil. Toutefois, voulant, avant de pratiquer cette opération délicate, nous éclairer de l'avis de nos confrères, nous réunîmes en consultation M. Gimelle, praticien de savoir et d'expérience, et M. Bergeron, médecin du Bureau central, attaché à l'hôpital militaire du Roule, lesquels, après avoir examiné avec soin le malade, ne dissimulèrent pas les difficultés que présentait cette opération, qu'ils jugèrent d'ailleurs très opportune et susceptible de remédier, sinon en totalité, du moins à une partie de cette blessure. Du reste, ils adoptèrent complétement le plan d'opération que je viens de décrire, laquelle fut arrêtée pour le dimanche 28 octobre.

Après avoir préparé aiguilles et fil, et tout ce qui était nécessaire, le malade fut assis sur un fauteuil, la tête fortement appuyée et fixée contre la poitrine d'un aide; puis, à l'aide d'un bistouri convexe, je fis une incision qui, partant de l'extrémité du cartilage tarse appartenant au fragment de la paupière supérieure, se dirigeait en bas et en dehors jusqu'au-dessous de la pommette, ayant ainsi près de 4 centimètres de long. Cette incision faite, je saisis avec des pinces à disséquer l'angle formé par la paupière, et je disséquai ce lambeau jusqu'à l'extrémité externe de l'incision; ici je rencontrai une difficulté à laquelle je ne m'attendais pas; j'espérais qu'une fois la couche de tissu cellulaire correspondant au rebord de la plaie incisée, les couches adjacentes auraient conservé leur élasticité, et auraient ainsi permis de ramener facilement, et par une légère traction, cette partie de la paupière à la rencontre de la paupière supérieure; mais il n'en fut point ainsi, car le tissu cellulaire de toute cette région étant induré, il me fallut porter la dissection beaucoup plus loin pour obtenir le résultat qui était absolument nécessaire.

Ce résultat obtenu, nous procédâmes à la dissection du lambeau interne et inférieur qui présenta les mêmes difficultés, en nous obligeant à porter l'instrument jusqu'à la partie moyenne du nez. Cela étant fait, nous excisâmes d'un coup de ciseau le bourrelet de la conjonctive, nous rafraîchîmes avec le même instrument tous les bords des lambeaux inférieurs, ainsi que la moitié interne de la paupière supérieure, puis nous rapprochâmes les lèvres de la plaie à l'aide de dix ou douze points de suture enchevillée; mais, afin de lutter avec avantage contre la tendance qu'avaient les lambeaux inférieurs à se laisser entraîner en bas, nous laissâmes les fils, qui avaient servi aux sutures, assez longs pour venir se fixer à quatre ou cinq épingles fixées elles-mêmes à une bande appliquée préalablement autour de la tête. A l'aide de ce petit système, les bords de la plaie étaient dans un contact aussi parfait que possible; mais afin de prévenir leur déchirure et de seconder l'action des fils, nous appliquâmes trois ou quatre bandelettes agglutinatives, lesquelles, faisant le tour de la tête, avaient pour but de ramener fortement en haut toute la peau de la joue, sur laquelle nous avions préalablement appliqué deux ou trois compresses graduées; la plaie fut recouverte ensuite d'un pansement simple maintenu à l'aide d'un monocle.

Nous laissâmes ainsi le malade pendant cinq jours sans qu'il se présentât aucun incident digne d'être noté. Quand nous levâmes ce premier appareil, nous trouvâmes, à notre grande satisfaction, les bords de la plaie dans la position que nous leur avions donnée et les adhérences établies déjà presque sur tous les points. Toutefois, nous jugeâmes prudent de laisser encore les fils, ainsi que les bandelettes agglutinatives, lesquelles furent enlevées le septième jour, et la plaie complétement cicatrisée le quinzième.

Ce militaire est sorti de l'hôpital le 25 novembre, la face ne présentant plus, au lieu de cette mutilation disgracieuse et quasi-repoussante, qu'une cicatrice linéaire, laquelle partant un peu plus en dedans que l'angle interne de l'œil, s'étend jusqu'à la région malaire et ne donnant passage à aucune espèce de sécrétion.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hôpital des Enfants-Malades. — M. Bouvier.

LEÇONS CLINIQUES SUR LES MALADIES CHRONIQUES DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR (1);

Recueillies par M. Richard-Maisonneuve, interne du service.

Quinzième Leçon (suite et fin).

Soins hygiéniques. — Je place bien au-dessus de l'action de l'huile de poisson et de tous les autres agents pharmaceutiques l'influence salutaire des soins hygiéniques, celle de l'air, de l'aliment, du mouvement.

I. On a remarqué que, pendant l'été, et sous l'influence d'un air pur, la maladie marche moins vite. Il est donc important de transporter, pendant l'hiver, dans un climat tempéré les enfants rachitiques, de les faire vivre à la campagne et dans un air sec. Lordat (1) a observé un sapajou qui était devenu rachitique, ce qui était dû sans doute à l'influence d'un climat moins chaud et plus humide que le sien.

II. L'alimentation des plus jeunes rachitiques a donné lieu, dès le siècle dernier, à des divergences d'opinions qui se sont reproduites de nos jours. Zeviani (2) proscrivait le lait; Benevoli (3), à la même époque, recommandait l'allaitement prolongé. J.-L. Petit (4) rangeait le sevrage prématuré parmi les causes du rachi-

(1) Extrait de *Association médical journal*, numéro du 4 octobre 1856.

(1) Voir les numéros des 8, 17, 19, 26, 31 juillet, 9, 14, 26 août, 6, 13, 20, 23 septembre, 4, 9, 16, 23, 25 octobre, 4, 6, 27, 29 novembre et 11 décembre.

(1) *Dictionnaire des sc. méd.*, art. Rachitis, t. XLVI, p. 607.

(2) *Della cura dei bambini attaccati dalla Rachitide*, Vérone, 1761.

(3) *Dissertazioni e osservazioni*, p. 236, Florence, 1747, et Van-Swieten, *Comment.*, t. V, p. 627.

(4) *Maladies des os*, t. II, p. 535 et 565, Paris, 1741.

Ah! messieurs les pharmaciens, si vous aviez fait preuve du même empressement envers le mortier de l'un des vôtres! Mais non, j'ai entendu l'un de vous, après la proclamation du scrutin, se féliciter hautement du résultat; j'en ai vu un autre serrer chaudement la main d'un académicien militaire, et se réjouir de l'événement comme d'une victoire. Est-ce donc ainsi que vous faites preuve de confraternité?.....

Tout cela, et c'est ce qui me console, n'empêchera pas M. Mialhe d'être un savant chimiste, un pharmacologue original et hardi, un esprit ingénieux et distingué. On peut être fier, et je le suis de soutenir de semblables candidatures. Le succès de son compétiteur ne me blesse ni ne m'offusque, mais l'insuccès de M. Mialhe ne me fait pas honte. Quand on porte dans son bagage scientifique une œuvre aussi capitale que le livre de la *Chimie appliquée à la thérapeutique*, on peut subir sans trop d'amertume les préventions heureusement passagères d'une partie de l'Académie. M. Mialhe sait attendre, c'est la vertu des forts; le jour de la justice arrivera aussi pour lui.

Il arrivera également pour M. Gobley; déjà il est question d'une combinaison qui hâterait le moment où les portes de l'Académie s'ouvriraient pour ces deux savants, car deux places au lieu d'une pourraient se trouver vacantes dans la section de pharmacie. Il faudrait pour cela qu'un honorable membre de cette section, qui depuis trenteans est empêché de siéger à l'Académie par ses fonctions de professeur à la Faculté de Strasbourg, voulût bien consentir à échanger son titre de membre titulaire dont il ne peut remplir les fonctions, pour celui de membre *associé libre* qui est un titre hiérarchiquement aussi élevé. Cette combinaison raisonnable et honorable a des chances d'aboutir.

Et alors, quand ces deux savants pharmaciens seront tranquillement assis l'un et l'autre sur la banquette académique, je me permettrai de dire à M. Mialhe que les vœux que je forme pour son succès n'impliquent pas le moins du monde une communion d'idées, de vues et de doctrines avec les idées, les vues et les doctrines à la propagation desquelles il consacre ses efforts. Je désire qu'elles entrent à l'Académie, mais c'est avec le secret espoir qu'elles y seront discutées. Qu'on ne s'y trompe pas, en effet, M. Mialhe est le représentant et le propagateur le plus accrédité des prétentions de la chimie à régner en souveraine sur la thérapeutique et la clinique. Ces prétentions rencontrent de vives résistances, mais elles trouvent aussi de chaudes adhésions. Le moment est venu de discuter ces adhésions et ces résistances. Cette question est la plus belle de toutes celles qui peuvent s'agiter à l'Académie, on peut même dire qu'elle domine toute la médecine. Or, puisque par la force naturelle des choses, et grâce aussi, il faut bien le reconnaître, à l'importance et à la popularité que la Presse donne aux débats académiques, notre Académie de médecine est devenue notre *forum* médical, c'est là que cette question doit être portée, c'est là qu'elle doit s'agiter avec les développements, l'ampleur et la solennité qui lui conviennent. L'Académie le pourrait-elle en laissant éloigné d'elle le représentant le plus actif et le plus convaincu des tendances et des prétentions de la chimie?

C'est aujourd'hui le rôle le plus important des corps savants d'apprécier les idées nouvelles. Mais au moins faut-il que les idées nouvelles puissent s'y produire et s'y défendre. Notre libéralisme va jusque-là, de vouloir que tous les novateurs — j'entends les novateurs sérieux et dont les découvertes s'appuient sur des données scientifiques acceptées et raisonnables — aient entrée à l'Académie. Ce n'est pas aux Académies qu'il faut demander de faire des découvertes, mais il faut leur demander de les apprécier, de les juger. Les Académies ont perdu et elles devaient perdre l'élément invention qui est et sera toujours le fruit du travail isolé et solitaire, mais elles ont conquis l'élément critique qui est et ne peut être que le résultat du travail collectif.

Notre Académie de médecine a devant elle un magnifique avenir si elle sait l'entrevoir, des destinées splendides si elle sait les accomplir. C'est à l'élément critique qu'elle doit demander sa puissance et sa force, son éclat et sa grandeur. Représentez-vous en image une assemblée.....

Mais je tourne trop au sérieux vers la fin de ces colonnettes. Ce que j'allais dire trouvera mieux sa place dans un nouvel effort que je tenterai probablement pour attirer des adhésions au projet de création d'une section de philosophie, d'histoire et de littérature médicales pour lequel je ne trouverai pas toujours, je l'espère, des yeux qui ne veulent pas voir et des oreilles qui ne veulent pas entendre.

Revenons à l'élection de mardi dernier. Elle a été traversée par une foule de petits incidents. Un académicien, économe des petits papiers de l'Académie, a trouvé commode de jeter dans l'urne la carte de visite de l'un des candidats. Il en avait le droit, ce brave académicien, et c'est bien à tort qu'on le lui contestait. Cette carte prouvait d'ailleurs que le candidat avait rempli ses devoirs de visiteur, condition qui n'est pas indifférente, comme doit se le rappeler un académicien qui a manqué sa nomination, il y a plusieurs années, pour avoir négligé de faire ses visites. Le banc des pharmaciens, notamment, ne lui pardonna pas cette infraction aux us et coutumes.

Un autre votant a fait contre la section une épigramme spirituelle et de bon goût. Son vote était ainsi conçu : MM. Poggiale, Mialhe et Gobley *ex æquo*. Il a fallu annuler le vote et c'est dommage.

Enfin, il s'est trouvé dans l'urne un billet de plus que ne le comportait le nombre des votants. Là-dessus, incident. Le scrutin est-il bon? Est-il nul? M. Ricord soutenait la nullité, et avec raison, je le crois. M. Dubois (d'Amiens) qui est le promoteur conciliant des moyens termes, a proposé le dépouillement tel quel; s'il se trouve un billet blanc, le scrutin sera bon; il sera nul dans le cas contraire. Il s'est trouvé un billet blanc, et le scrutin a été validé. Je ne chicanerai pas sur cette décision. Mais il est certain qu'un billet blanc est une manière comme une autre d'exprimer un vote, et à moins de certitude d'une erreur, ce billet devait être regardé comme l'expression légitime de l'opinion d'un membre de l'Académie.

Amédée Latour.

Le concours pour l'agrégation (anatomie et physiologie, sciences naturelles, pharmacie, physique et chimie) touche à son terme. Les candidats n'ont plus qu'à soutenir l'épreuve de la thèse.

Les questions ont été ainsi réparties :

M. Rouget, *Développement et structure du système osseux*; M. Dupré, *Développement et structure du système nerveux*; M. Legendre, *Développement et structure du système glandulaire*; M. Morel, *Développement et structure du système musculaire*; M. Baillon, *Des mouvements dans les organes sexuels des végétaux et dans les produits de ces organes*; M. Ducom, *Du sang*; M. Moitessier, *De l'urine*; M. Reveil, *Du lait*; M. Guillemin, *De la composition de la radiation solaire, son influence sur les êtres vivants*.

Les thèses devront être remises demain samedi 13.

Les argumentations auront lieu dans l'ordre suivant : Le mardi 16, M. Baillon argumenté par MM. Dupré et Morel; M. Ducom par MM. Moitessier et Reveil. Le jeudi 18, M. Rouget par MM. Legendre et Baillon; M. Guillemin par MM. Ducom et Moitessier. Le samedi 20, M. Dupré par MM. Morel et Rouget; M. Moitessier par MM. Reveil et Guillemin. Le mardi 23, M. Legendre par MM. Baillon et Dupré; M. Reveil par MM. Guillemin et Ducom. Le vendredi 26, M. Morel par MM. Rouget et Legendre.

tisme, et ne voulait pas qu'on privât les enfants du sein avant qu'ils n'eussent la plus grande partie de leurs dents. Cullen (1) ne voyait pas d'inconvénients à faire concourir le lait à l'alimentation des enfants rachitiques; il ne les faisait sevrer que dans des cas particuliers. Cependant l'opinion de Zeviani a longtemps prévalu. Guersant, en 1827, conseillait encore de ne pas allaiter les rachitiques trop longtemps, et d'exclure le lait du régime de ceux qui ne tétaient plus (2). Il s'est fait depuis une réaction en faveur de l'opinion de Benevoli, et on a été jusqu'à proscrire la nourriture animale.

La vérité se trouve entre ces exagérations. Imitons la sage conduite de Cullen: dirigeons-nous ici *à juvantibus et lædentibus*. En général, il faut donner à l'enfant un aliment en rapport avec son âge. On insistera sur l'allaitement, tant que la dentition sera peu avancée, mais on associera de bonne heure au lait d'une bonne nourrice quelques aliments plus substantiels, préparés avec le lait de vache, les bouillons gras, le pain, les fécules, les œufs, etc. On se gardera bien de proscrire la viande, dès que l'enfant pourra la mâcher. On aura soin d'ailleurs de modifier ce régime, suivant les indications particulières qui se présenteront. On s'attachera, par dessus tout, à entretenir le bon état du tube digestif. La nutrition générale, celle des os en particulier, sont évidemment subordonnées à cette condition plus qu'à toute autre.

III. Le mouvement favorisera le développement musculaire et la formation du tissu osseux; malheureusement, il doit souvent se réduire à un mouvement passif, la gestation, le balancement, etc. Glisson (3) a donné sur cette gymnastique d'excellents préceptes que l'on consulte avec fruit encore aujourd'hui. Dès que les enfants sont un peu plus forts, on les amène graduellement à pratiquer des exercices actifs. La gymnastique de Ling peut trouver ici une application utile.

Une précaution indispensable, c'est de ne pas exposer les os à des efforts qui dépassent leur résistance. On ne permettra pas la marche aux enfants dont les tibias sont flexibles, à moins que les membres ne soient étayés par des supports artificiels.

Moyens pharmaceutiques. — Les agents pharmaceutiques ne doivent tendre qu'à seconder l'effet des moyens hygiéniques, et surtout à exciter l'appétit, à faciliter les digestions, à activer la nutrition. C'est dans ce but que depuis longtemps on a utilisé l'huile de foie de morue, le quinquina, le fer, l'iode, les amers, les antiscorbutiques, le vin, les substances aromatiques, les stimulants extérieurs, frictions diverses, bains salés, sulfureux, bains de mer, eaux thermales, etc.

Les sels calcaires, tour à tour vantés et proscrits dans le traitement du rachitisme, paraissent depuis quelque temps reprendre faveur. Je ne connais pas de preuve positive de leur utilité; il est peut-être bon de les expérimenter de nouveau.

En définitive, nous ne possédons pas, dans l'état actuel de la science, de médicament capable de durcir les os des rachitiques; mais nous pouvons favoriser le retour de leur consistance naturelle par des moyens dont l'action se porte sur l'organisme entier et principalement sur les organes digestifs.

Traitement des difformités rachitiques. — Les difformités, les courbures, les affaissements partiels des os, déterminés par le rachitisme, réclament souvent l'emploi de moyens redresseurs. Les machines n'ont qu'un effet très borné dans la période d'éburnation. C'est surtout pendant la période de ramollissement que leur action peut être utile; mais elles ont l'inconvénient de gêner la circulation et les mouvements; aussi faut-il les exclure le plus souvent chez les enfants très jeunes et affaiblis. En général, il ne faut les employer que lorsque les enfants sont en état de marcher.

Quand il y a indication d'employer un de ces appareils, il faut qu'une pression porte sur la convexité des arcs osseux, et une autre à chaque extrémité de l'arc, du côté de la concavité. On obtient d'assez beaux résultats, quand il y a eu seulement affaissement des surfaces articulaires, dans les déviations des genoux, par exemple. Mais ces appareils agissent moins efficacement sur la continuité des os longs, ainsi que dans les déviations rachitiques de l'épine.

Quand les machines ne peuvent plus avoir d'effet, on a proposé, pour les remplacer, la ténotomie, la rupture des os et l'ostéotomie. En général, la ténotomie est peu utile. Quant aux deux autres moyens, ce sont des opérations graves, à peine tentées par deux ou trois personnes en Europe, et dont tous les résultats sont incomplétement connus. Pour moi, je ne pourrais me décider à ces opérations que chez un sujet assez âgé pour jouir de la plénitude de sa volonté, et assez infirme pour que sa difformité rendit son existence très pénible.

L'ostéotomie consiste, tantôt dans une simple section sous-cutanée de l'os, totale ou partielle, tantôt dans la résection de pièces cunéiformes (4). Le redressement opéré, on applique le même traitement que pour les fractures.

Nous avons encore, pour clore cette dernière séance, à vous montrer un certain nombre de malades.

1° Voici une petite fille âgée de 6 ans, qui n'a jamais marché. Sa tête a un volume normal, et la fontanelle est complétement fermée: le rachitisme crânien a du être peu marqué chez elle. Les clavicules présentent des courbures; à gauche, la courbure est plus saillante et plus rapprochée du sternum qu'à droite. Le sternum est bombé sur presque toute sa longueur; le thorax, déprimé sensiblement sur ses côtés, offre un chapelet prononcé. Il y a au rachis la courbure lombaire postérieure qu'on rencontre si fréquemment; cette courbure s'efface en partie. Le ventre est volumineux. Les membres supérieurs n'ont de particulier que le renflement des poignets. Aux membres inférieurs, vous voyez les fémurs convexes en dehors, et les tibias convexes en dedans. Il y a rapprochement des genoux.

2° Garçon de 18 mois, n'ayant jamais marché. Sa fontanelle a la dimension d'une pièce de cinq francs. L'enfant a huit dents très saines; les clavicules sont normales; au rachis existe une courbure lombaire, qui s'efface complétement; elle n'est due qu'au relâchement des ligaments, sans affaissement des vertèbres. Le chapelet est prononcé, le ventre volumineux. Les membres supérieurs et inférieurs offrent de légères courbures, à peine marquées. La flexibilité des os est peu étendue, mais douloureuse. C'est un cas où la maladie est encore dans la période de ramollissement.

3° Petite fille âgée de 1 an. Fontanelle très grande; il n'y a que trois dents; le thorax est très déprimé, et vous voyez qu'il ressemble bien à la poitrine des oiseaux. Vous êtes étonnés peut-être de rencontrer, chez un si jeune enfant, un chapelet aussi peu marqué; c'est qu'il est interne et saillant du côté des poumons. Le rachis offre une grande convexité en arrière. Les clavicules, les membres sont peu déformés; ces os sont flexibles presque sans douleur, ce qui fait supposer que la période aiguë est passée.

4° Voici un cas bien différent des précédents, par l'âge du sujet et par l'étendue de la déformation. C'est une fille de 14 ans, qui ne marche plus depuis six ans. Les membres inférieurs sont tellement déviés, que les jambes forment avec les cuisses un angle droit saillant en dedans; il y a un croisement considérable des genoux dans la station. Malgré une si grande difformité, cette jeune fille peut, au moyen d'une rotation des membres, rapprocher assez les pieds pour marcher, en prenant de chaque côté un point d'appui. La poitrine et le rachis sont bien conformés; les clavicules sont courbées, surtout la gauche, mais l'exagération de courbure de celle-ci tient peut-être à une ancienne fracture. Les humérus sont courts relativement aux avant-bras; leur courbure est située au bord externe, dans le tiers supérieur de l'os, tandis qu'habituellement elle siége beaucoup plus bas. Les avant-bras sont droits, mais leur extrémité est très renflée.

Chez cette malade, le rachitisme a passé depuis longtemps à la période d'éburnation; on ne peut presque plus rien attendre de l'emploi des machines, et, vu l'étendue de la difformité, il est permis de se demander si ce n'est pas là un cas où l'ostéotomie peut trouver une application convenable.

5° Petite fille âgée de 2 ans. Chez elle, la fontanelle offre encore l'étendue d'une pièce de deux francs. Le chapelet existe, la dépression latérale du thorax est peu prononcée; le rachis est droit ainsi que les membres; cependant, les membres inférieurs présentent une légère courbure en dehors dans leurs deux sections. Dans ce cas, le rachitisme porte donc principalement sur le crâne et les membres inférieurs.

6° Voici une petite fille âgée de 3 ans et 4 mois, qui paraît forte et bien portante. Elle n'offre qu'une déviation très prononcée d'un genou en dedans. On peut se demander si cette déviation est de nature rachitique. L'âge de l'enfant fait déjà présumer que telle est en effet sa cause; puis nous trouvons le chapelet des deux côtés et une légère courbure en dehors des fémurs.

7° Sur cet enfant qui n'a que 2 mois, le rachitisme n'a encore affecté que les jambes; elles sont courbées, bien que l'enfant n'ait pas encore marché. Le chapelet est très prononcé; il n'y a rien au crâne ni au rachis.

8° Voici une petite fille de 6 ans 1/2, sur laquelle vous pouvez apprécier le bon effet du traitement mécanique employé contre la déviation rachitique des genoux. Au volume encore considérable de la tête, à la forte saillie des bosses frontales, vous jugez que le rachitisme crânien était très développé. Il reste encore des traces de la dépression latérale du thorax; le ventre est volumineux; il y a un peu d'ensellure lombaire. Cette fille avait le genou gauche fortement dévié en dedans. Une longueur de 4 centimètres séparait le côté externe du genou d'une ligne droite tirée du grand trochanter à la malléole externe; le genou a été ramené à une rectitude complète. Ce résultat, qui se voit journellement, a été obtenu au traitement externe du bureau central.

9° Examinez cette petite fille, âgée de 2 ans. Elle a l'apparence d'une santé florissante; la tête a un volume ordinaire et la fontanelle est complétement fermée; le rachis est droit, ainsi que les membres supérieurs. L'enfant marche, et vous ne pensez probablement pas trouver sur elle de traces de rachitisme. Voici pourtant un chapelet très prononcé, des poignets renflés, un genou droit dévié en dedans, avec une très légère courbure du fémur en dehors. C'est un de ces cas de rachitisme léger, que l'on peut confondre avec les déviations analogues produites par la seule action mécanique de la pesanteur et de la contraction musculaire.

10° Je termine en plaçant sous vos yeux, comme exemple de l'emploi des machines, cette petite fille, âgée de 19 mois, à tête volumineuse, à bosses frontales saillantes. Je lui ai fait appliquer, pour une déviation en dedans du genou gauche, un appareil redresseur. Il consiste en un montant externe, articulé vis-à-vis du genou et fixé, d'une part, à l'étrier d'un brodequin, de l'autre à une ceinture en peau. Une large courroie presse le côté interne du genou, et se fixe sur ce montant. On a ajouté un second montant au côté interne de la jambe, pour donner plus de fixité à l'appareil. Il importe, dans ce cas, que le montant externe soit assez résistant et assez écarté du genou pour ne pas céder à l'action de la courroie dite *fronde*, qui est destinée à porter le genou en dehors.

(1) *Médecine pratique*, trad. de Bosquillon, t. II, p. 600, Paris, 1787.
(2) *Dictionnaire de méd.*, t. XVIII, p. 169.
(3) *Loc. cit.*, cap. 35, p. 397 et suiv.
(4) *Voyez*, sur cette résection, A. Mayer de Würzbourg, *sur l'ostéotomie*, dans la *Deutsche Klinik*, numéros des 15, 29 mars, 19, 26 avril 1856.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

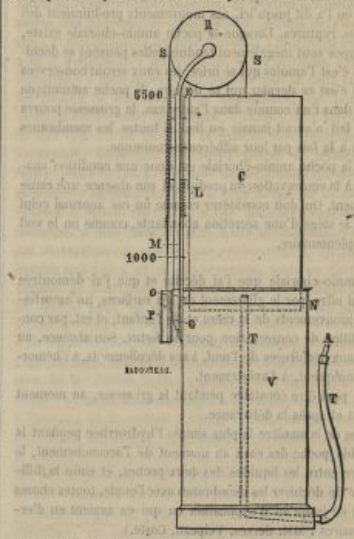
Séance du 1er Décembre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Nouveau spiromètre.

M. Schnepf communique une note sur un nouveau spiromètre d'une grande sensibilité. Cet instrument, qu'il présente en même temps à l'Académie, rentre dans le genre des gazomètres imaginés par les physiologistes anglais et allemands; mais il s'en éloigne par sa simplicité et par la précision avec laquelle il permet d'apprécier la quantité d'air inspiré, aussi bien que le volume d'air expiré.

Voici en quoi consiste cet appareil :

Un cylindre en laiton, ayant 35 centimètres de haut, et 18 centimètres de diamètre, fermé seulement à sa partie inférieure, à laquel e est soudé un socle également cylindrique, sert de récipient. Un tube de 15 millimètres de diamètre s'élève verticalement dans l'axe du récipient, traverse le fond, se coude dans le socle, d'où il sort sous une légère inclinaison, pour se continuer avec un tube en caoutchouc vulcanisé de longueur variable, mais terminé par une embouchure légèrement conique; c'est le tube respiratoire. Une cloche cylindrique, en laiton également, de 30 centimètres de haut et de 16 centimètres de diamètre, est renversée dans le récipient plein d'eau; elle est maintenue dans toutes ses positions dans un équilibre stable, au moyen d'un contre-poids et d'une chaîne qui passe sur une poulie, et dont les anneaux, inégaux en poids, compensent les variations que subit le poids de la cloche suivant qu'elle plonge plus ou moins dans l'eau du récipient. Une échelle, dont les divisions de 0 à 5500 correspondent à des centimètres cubes, est fixée sur le montant qui soutient la poulie et qui s'adapte avec précision sur le récipient.



Pour déterminer la capacité vitale du poumon, il faut chercher le volume de l'air inspiré et celui de l'air expiré. A cet effet, on verse de l'eau dans le récipient jusqu'à une hauteur fixée, de manière que la cloche plonge toujours dans le même volume d'eau; on abaisse la cloche au niveau du 0 de l'échelle quand il s'agit de recueillir la quantité d'air expiré; puis, après avoir fait inspirer et expirer successivement la personne que l'on veut examiner, on lui recommande de faire une profonde inspiration et de lancer dans la cloche l'air expiré par le tube respiratoire, en plaçant dans la bouche l'extrémité terminée par l'embouchure. Le point où s'arrête le bord supérieur de la cloche indique le nombre de centimètres cubes d'air expiré. Cette opération, que tous n'exécutent pas également bien du premier coup, est renouvelée trois fois, et on ne conserve que le résultat maximum.

Pour avoir le volume d'air inspiré, on élève la cloche au niveau de la division de l'échelle qui marque 5000 centimètres cubes; puis, après une expiration et une inspiration successives, on fait faire une expiration prolongée, et pendant le court intervalle de repos qui suit, la personne soumise à l'examen place l'embouchure dans sa bouche et inspire aussi longtemps que possible de l'air qu'elle puise dans la cloche; celle-ci descend, et le point où elle s'arrête, sert à déterminer le volume d'air inspiré.

Les avantages que présente ce spiromètre sur tous les autres gazomètres, depuis celui d'Hutchinson jusqu'a ceux des professeurs Vogel et Wintrich, peuvent, suivant l'auteur, se résumer en ces deux mots: *simplicité* et *précision*. — (Commissaires: MM. Despretz, Andral, Cl. Bernard.)

Poche amnio-choriale normale dans l'œuf humain pendant la grossesse.

M. Mattei lit un mémoire dans lequel il se propose de présenter l'histoire complète de la poche amnio-choriale qu'il avait annoncée par sa lettre du 25 août dernier. Après avoir cité, dans ce mémoire, l'opinion des ovologistes et des accoucheurs les plus accrédités, l'auteur montre qu'on avait constaté, dans la première moitié de la grossesse, la présence d'un espace entre le chorion et l'amnios, mais on croyait que cet espace, d'abord rempli par un tissu aréolaire et du liquide visqueux, s'oblitérait par l'adhérence des deux membranes dont il est formé. Personne jusqu'ici n'avait constaté, comme fait normal, la présence de la poche amnio-choriale pendant toute la durée de la grossesse.

Après avoir constaté la présence de cette poche, je suis arrivé, dit

M. Mattei, à reconnaître, sur 60 accouchements, qu'elle existe pendant toute la durée de la grossesse dans 39 cas : ce qui fait à peu près les deux tiers. Lorsqu'elle manque, le fœtus et ses annexes sont souvent faibles ou malades.

On peut constater la présence de cette poche pendant la grossesse lorsqu'il y a hydrorrhée. Dans ces cas, le feuillet externe (chorion avec la caduque) étant déchiré, sa cavité est le siége d'un suintement séreux sans qu'il y ait besoin d'une rupture de l'amnios et d'un décollement de la caduque utérine.

Au moment du travail, on peut constater la présence de la cavité amnio-choriale lorsqu'il faut percer successivement deux poches remplies d'eau, et surtout lorsque ces poches renferment un liquide de nature différente. On peut constater aussi la présence de cette poche lorsqu'au moment du travail on veut déchirer les membranes avec le doigt et quand le chorion, n'étant pas adhérent à l'amnios, suit l'ongle au lieu de se laisser entamer, ce qui n'arrive pas lorsque les deux membranes sont adhérentes.

Lorsque la délivrance a eu lieu et qu'on ne trouve pas une séparation ostensible entre le chorion et l'amnios, on sépare alors avec ménagement ces deux membranes dans toute leur étendue, et on finit par trouver la poche qui est alors moins étendue. Elle manque une fois sur trois d'une manière complète.

Comment peut se former cette poche et quels en sont les usages? On pourrait croire de prime-abord que cette cavité est le résultat du travail de l'enfantement ; mais pour prouver le contraire, il suffit de savoir qu'elle préexiste à l'accouchement. Cette poche est donc naturelle, et, comme par sa fréquence elle constitue la règle, elle doit avoir un but d'utilité.

D'abord destinée à contenir la vésicule ombilicale, elle contribue dans les premiers mois à protéger et à nourrir l'embryon avec lequel elle se développe. Lorsque celui-ci peut vivre suffisamment par le moyen des vaisseaux placentaires, l'espace amnio-chorial se change insensiblement en une espèce de séreuse destinée par ses glissements à amortir les mouvements que le fœtus, la mère et les contractions utérines occasionnent pendant la grossesse.

Si l'amnios, le chorion, la caduque et la surface utérine faisaient corps entre eux comme on l'a dit jusqu'ici, ces mouvements produiraient des décollements et des ruptures. Lorsque la poche amnio-choriale existe, comme ses enveloppes sont inégalement tendues, elles peuvent se déchirer séparément. Si c'est l'amnios qui se brise, les eaux seront conservées par le chorion ; si c'est ce dernier qui se déchire, la poche amniotique restera intacte, et dans l'un comme dans l'autre cas, la grossesse pourra aller à terme. Ce fait n'aurait jamais eu lieu si toutes les membranes s'étaient déchirées à la fois par leur adhérence commune.

La présence de la poche amnio-choriale est donc une condition anatomique favorable à la conservation du produit, et son absence une cause possible d'avortement. On doit considérer comme un cas anormal celui où cette poche est le siége d'une sécrétion abondante, comme on le voit dans la poche supplémentaire.

En résumé :

1° La poche amnio-choriale que j'ai décrite et que j'ai démontrée comme fait normal offre, par le glissement de ses surfaces, un amortissement à tous les mouvements de la mère et de l'enfant, et est, par conséquent une condition de conservation pour le fœtus. Son absence, au contraire, expose aux déchirures de l'œuf, à ses décollements, à l'hémorrhagie, et, par conséquent, à l'avortement.

2° Cette poche peut être constatée pendant la grossesse, au moment de l'accouchement et après la délivrance.

3° Elle explique de la manière la plus simple l'hydrorrhée pendant la grossesse, la double poche des eaux au moment de l'accouchement, la diversité de nature entre les liquides des deux poches, et enfin la difficulté ou la facilité de déchirer les membranes avec l'ongle, toutes choses qui n'avaient pas eu jusqu'ici d'explication ou qui en avaient eu d'erronées. (Commissaires : MM. Serres, Velpeau, Coste.)

Cas d'absence congéniale des capsules surrénales.

M. Antoine de Martini adresse à M. Flourens la lettre suivante :

« Dans ce moment où la question de l'importance vitale des capsules surrénales excite un si grand intérêt en clinique médicale et en physiologie, et où l'on tâche de la résoudre par les résultats qui ont eu lieu dans la vie des animaux après l'ablation de ces organes, j'ai cru devoir communiquer à l'Académie l'observation suivante, qui montre un cas d'*absence congéniale des capsules surrénales*.

» Dans une des salles de l'hôpital des Incurables (Naples), mourait de tubercules pulmonaires, un homme, G. M..., âgé de près de 40 ans. Un de nos jeunes chirurgiens, M. Martone, en faisant sur le cadavre une injection de vaisseaux pour son cours d'anatomie, fut surpris d'abord de ne pas trouver à leur propre région les deux reins ; mais il s'aperçut bientôt de l'existence, sur le promontoire du sacrum, d'une masse ovoïdale lobulée : c'était une fusion des deux reins en un corps unique.

» Ce corps rénal recevait de l'aorte une seule artère émulgente qui ne tardait à se diviser en quatre branches auxquelles correspondaient les branches veineuses, qui se réunissaient également en une veine émulgente unique. Deux uretères de calibre ordinaire, mais bien courts, allaient à la vessie. La masse de ce corps était divisée en cinq lobes, et sa structure anatomique était celle d'un rein normal. Cette anomalie était accompagnée de l'*absence totale des capsules surrénales* ; il n'y en avait pas de trace. M'occupant, vers cette époque, de la *maladie d'Addison*, dont j'ai communiqué deux observations à l'Académie de médecine, je me suis demandé si, dans ce cas, les capsules surrénales elles-mêmes n'auraient pas pu se fondre dans la masse rénale unique, et c'est pour savoir à quoi m'en tenir sur ce doute, que j'ai disséqué l'un après l'autre tous les cinq lobes : je n'ai pas trouvé de vestiges de capsules. La pièce est conservée dans le cabinet anatomique de l'hôpital.

» L'homme qui fait le sujet de cette observation avait la peau blanche ; il avait vécu jusqu'à 40 ans et mourait d'une maladie de poitrine ; il avait eu assez de force pour exercer son métier de menuisier ; il était marié et père de trois fils. »

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

OBSERVATIONS SUR LA TEMPÉRATURE DU CORPS DANS LA FIÈVRE INTERMITTENTE ;

Par le docteur S.-A. Michael.

Le journal *Archiv. für physiologische heilkunde von Vierordt. Iahrg.*, 1856, heft 1, p. 39, renferme deux séries d'observations sur la température de la surface du corps chez les malades atteints de fièvre intermittente. La première se compose de 11 cas de fièvre intermittente de différents types, dans lesquels les observations ont été prises toutes les heures, ou, du moins, fréquemment dans le cours de la journée. La seconde comprend 3 cas, dans lesquels les observations ont été faites pendant la durée même des paroxysmes, et généralement toutes les cinq minutes. L'état du pouls et celui de la respiration ont été, en général, notés en même temps. Le nombre des observations thermométriques s'est élevé à environ 260. Elles ont été prises en plaçant le thermomètre dans l'aisselle. Voici les conclusions générales auxquelles est arrivé le docteur Michael :

1° Un accroissement de température à partir de l'état normal ou du degré inférieur de l'apyrexie, lent d'abord, se met ensuite, peu de temps avant le frisson, ou au commencement de ce stade, à marcher rapidement et d'une manière continue, et atteint son maximum par des progrès intermittents.

2° La température se maintient à son élévation maximum pendant une période qui n'excède jamais deux heures, et qui est généralement beaucoup plus courte.

3° La diminution se produit toujours moins rapidement que l'élévation. Elle a lieu d'une manière graduée, chaque dépression de la température étant suivie d'un temps d'arrêt.

4° Les sensations du malade ne sont pas en rapport avec les changements de la température. La température est au-dessus de l'état normal au commencement du frisson et à la fin du stade de sueur. Les températures maximum se rencontrent durant le stade de chaleur, vers la fin du stade de froid, ou au commencement de celui de sueur. Ces remarques s'appliquent aux divers types de la fièvre intermittente.

5° Dans le plus grand nombre des cas, le maximum était entre 32° et 33° R. Le maximum le plus élevé a été 33 1/4° R.

6° La durée des paroxysmes varie considérablement dans les cas présentant le type tierce. Les limites sont entre seize et trente-deux heures ; dans le type quotidien, elles sont entre neuf et dix-huit heures.

7° La durée de la période d'accroissement est toujours plus courte que celle de la période de décroissement, dans le type quotidien ; dans le tierce, elle est tantôt plus courte, tantôt plus longue.

8° Pendant les intervalles d'apyrexie, la température tombe, en général, au-dessous de la température normale ; cependant il n'est pas rare, spécialement dans les fièvres quotidiennes, de rencontrer des cas où elle est au moins de quelques degrés (Réaumur) au-dessus de la température normale.

9° Après l'emploi du sulfate de quinoïdine (le sel ordinairement employé dans les cas du docteur Michael) aux doses de 10 à 15 grains, il y a soit cessation du retour de l'accroissement de la température, soit simple accroissement d'à peu près la même intensité, mais avec des symptômes subjectifs moins violents ; ou bien encore, la température s'élève, quoique à un degré plus bas, et les symptômes sont à peine perceptibles ; ou bien, enfin, il y a un faible accroissement de la température, sans aucun symptôme subjectif. Un seul cas s'est présenté dans lequel il y eut deux accroissements de température.

10° Pendant la convalescence, la température est, en général, au-dessous du chiffre normal, mais peut quelquefois s'élever de quelques dixièmes de degré au-dessus. Parfois, il y a des exacerbations le soir ou des rémissions le soir, ou bien c'est le même matin et le même soir. — (*The british and foreign med. chir. review*, n° XXXV, juillet 1856.)

LUPULIN DANS LA SPERMATORRHÉE ;

Par le docteur Pescheck.

M. Pescheck a employé le lupulin depuis plusieurs années dans un grand nombre de cas où la spermatorrhée semblait dépendre d'une cause non mécanique. D'abord, il avait coutume d'en donner deux grains soir et matin ; mais trouvant que ces doses ne produisaient aucun effet avantageux, il en prescrivit de 10 à 15 grains, à prendre au moment de se mettre au lit, en recommandant de ne pas boire de l'eau à la suite. De ces doses, même continuées pendant longtemps, il ne vit résulter aucun inconvénient, tandis qu'au contraire elle, avaient agi favorablement sur la maladie. Dans quelques cas, il associa à ce médicament 1 grain ou 2 de poudre de digitale. Une particularité importante du mode d'action du lupulin est l'influence qu'il exerce sur les fonctions digestives, si souvent en souffrance dans ces sortes de cas. Il est encore très avantageux pour apaiser l'irritation urétrale et les écoulements résultant d'excès antérieurs, et dans beaucoup de cas, il se montre supérieur au fer, ou à la quinine. Le docteur Pescheck a eu aussi plusieurs occasions de vérifier son utilité dans la chaude-pisse cordée. Il vaut mieux l'administrer sans aucun correctif destiné à diminuer son amertume, ses effets étant proportionnés à l'intensité même de cette propriété. Le lupulin ancien, privé de son huile et de sa saveur amère, est presque toujours sans effet. — (*Buchner's Repert. für pharm.*, n° 1, 1836, et *The British and foreign. med.-chir. review*, n° XXXV, *juillet* 1856.

COURRIER.

La séance annuelle de l'Académie de médecine aura lieu mardi prochain, 16 décembre.

— Par décret impérial, en date du 29 novembre 1856, rendu sur la proposition de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, M. Michel, agrégé en exercice près la Faculté de médecine de Strasbourg, est nommé professeur titulaire de médecine opératoire à ladite Faculté.

— Par arrêté en date du 9 décembre 1856, M. le ministre de l'instruction publique et des cultes a nommé juges du concours qui s'ouvrira à Strasbourg, le 2 janvier prochain, pour deux places d'agrégés stagiaires près la Faculté de médecine de cette ville :

MM. *Lotz*, doyen de la Faculté de médecine de Strasbourg, *Président* ; Forget, professeur de clinique interne à la même Faculté ; Sédillot, professeur de pathologie et de clinique externe à la même Faculté ; Rigaud, professeur de pathologie et de clinique externe à la même Faculté ; Schutzenberger, professeur de clinique interne à la même Faculté ; Stœber, professeur de pathologie et de thérapeutique générale à la même Faculté ; Hergott, agrégé à la même Faculté.

Ont été nommés juges supplémentaires : MM. Ramesux, professeur d'hygiène et de physique médicale à la même Faculté ; Tourdes, professeur de médecine légale à la même Faculté ; Michel, professeur de médecine opératoire à la même Faculté ; Hirtz, agrégé à la même Faculté.

— Par un autre arrêté en date du même jour, ont été nommés juges du concours qui s'ouvrira à Montpellier, le 2 janvier prochain, pour quatre places d'agrégés stagiaires près de la Faculté de médecine de cette ville :

MM. Donné, ancien inspecteur général de l'enseignement supérieur dans l'ordre de la médecine, recteur de l'Académie de Montpellier, *Président* ; Boyer, professeur de pathologie externe à la Faculté de médecine de Montpellier ; Bouisson, professeur de clinique chirurgicale à la même Faculté ; Dupré, professeur de clinique interne à la même Faculté ; Alquié, professeur de clinique externe à la même Faculté ; Anglada, professeur de pathologie interne à la même Faculté ; Bourrely, agrégé près de la même Faculté.

Ont été nommés juges supplémentaires : MM. Golfin, professeur de thérapeutique et matière médicale à la même Faculté ; Dumas, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à la même Faculté ; Jaumes, professeur de pathologie générale à la même Faculté ; Courty, professeur d'opérations et d'appareils à la même Faculté.

— Par décret du 15 novembre, sont autorisés à accepter et à porter différentes décorations qui leur ont été conférées par des souverains étrangers, les médecins dont les noms suivent :

Ordre de Charles III (Espagne). *Chevalier* : Roussille, médecin.

Ordre de Saint-Grégoire-le-Grand (États-Romains). *Chevalier* : Menuau, médecin-major de 1re classe.

Ordre de Saint-Sylvestre. *Chevalier* : Martialis, chirurgien de la marine.

Ordre du Sauveur. *Commandeur* : Guyon, médecin inspecteur.

Ordre du Medjidié (Turquie). 2e *classe* : Baudens, médecin inspecteur ; — 3e *classe* : Reynaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon ; Morgue, médecin principal de 1re classe ; — 5e *classe* : Masse, médecin-major au 82e de-ligne ; Vidal, chirurgien de la marine.

Ordre de Frédéric (Wurtemberg). *Commandeur de 2e classe* : Ricord, chirurgien en chef de l'hôpital du Midi.

— L'Association de prévoyance des médecins de l'arrondissement de Bruxelles vient de tenir son assemblée générale annuelle. Le bilan de cette excellente institution se solde aujourd'hui par un actif de 4,400 fr. en fonds publics. Elle a distribué en secours, à diverses veuves de médecins peu fortunés, la somme de 2,154 fr. C'est là un résultat bien consolant, et qui devrait engager tous les praticiens à prendre part à une œuvre aussi utile, aussi noble. — Ceux qui sont dans une position aisée le devraient faire surtout, car ils doivent, plus que tous autres, venir en aide à leurs confrères malheureux ; c'est là une question de cœur, une question d'humanité. Nous le constatons, du reste, avec plaisir, la plupart des notabilités médicales de Bruxelles en font déjà partie ; espérons que bientôt tous les praticiens, appréciant le louable but de cette institution, s'empresseront de s'y rallier. — (*Presse méd. belge.*)

— M. le professeur Cl. Bernard commencera son cours au Collége de France, le mercredi 17 décembre. Il traitera, cette année, de la physiologie et de la pathologie du système nerveux.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE MORTS EN ORIENT.

Souscriptions recueillies par la Gazette médicale de l'Algérie :

MM. les docteurs Lebrun, médecin-major à l'hôpital militaire du Dey, 10 fr. ; Buges, médecin aide-major à Tizi-Ouzou, 10 fr. ; Bresse, médecin aide-major au 1er zouaves, 10 fr. ; Wolters, médecin de la prison civile, à Alger, 10 fr. ; Desvignes, pharmacien à Alger, 10 fr. ; Negrin, chirurgien en chef de l'hôpital civil de Mustapha, 10 fr. ; Leguest, médecin colonial à Chéragas, 10 fr. ; Dupire, chirurgien-dentiste, à Alger, 10 fr.

Sommes reçues antérieurement. 60 fr.

Total jusqu'à ce jour. . . . . 140 fr.

—

Sommes nouvelles reçues par la Gazette des hôpitaux :

Les médecins de l'hôpital militaire de la Rochelle, 37 fr. ; les médecins de l'hôpital militaire d'Ajaccio, 66 fr. 38 c. — Souscription ouverte à Lille par la Société centrale de médecine du département du Nord, se montant à 501 fr., et dont suit le détail : bureau de la Société de médecine, 35 fr. ; professeurs de l'École de médecine, 95 fr. ; officiers de santé militaires en garnison à Lille, 137 ; médecins et pharmaciens civils, 234 fr. — Le docteur Beau, 20 fr. ; un pharmacien anonyme, 12 fr. 50 c. ; les médecins militaires de Thionville, 15 fr.

Total. . . . . 651 fr. 88 c.
Listes antérieures . . 401 fr. 90 c.

Total à ce jour. . . . 1,053 fr. 78 c.

—

Souscriptions recueillies par la Société médicale du département d'Indre-et-Loire (1re liste) :

MM. Charcellay, docteur-médecin à Tours, 10 fr. ; Thomas, id. id., 10 fr. ; Millet, id. id., 10 fr. ; Pillet, pharmacien, id., 10 fr. ; Bodart id. id., 10 fr. ; Haime, docteur-médecin, id., 10 fr. ; de la Tremblaye, id. id., 10 fr. ; Bretonneau, id. id., 10 fr. ; Plassan, orthopédiste id., 5 fr. ; Mège, docteur-médecin à Saint-Cyr, 10 fr. ; Crozat, id. à Tours, 10 fr. ; Herpin, id. id., 10 fr. ; Allain-Dupré, id. id., 10 fr. ; Leclerc père, id. id., 5 fr. ; Blot, id. id., 10 fr. ; Menou, ex-chirurgien-major, id., 10 fr. ; Pommier, id. id., 10 fr. ; Piollet, id. id., 10 fr. ; Margueron, ex-pharmacien aux armées, id., 10 fr. ; Compagnon, chirurgien-major au 2e lanciers, id., 10 fr. ; Tassin, pharmacien id., 10 fr. ; Duboy, id. id., 10 fr. ; Viel, id. id., 10 fr. ; Leguay, id. id., 5 fr. ; Chenouard, docteur-médecin à Vouvray, 10 fr. ; Dabilly, médecin à Tours, 5 fr. ; Salmon, id. id., 5 fr. ; Maugeret, id. id., 5 fr. ; Rey, id. à Savonnières, 5 fr. ; Brutinel, agent-voyer à Rochecorbon, 3 fr. ; P. F..., fabricant à Tours, 5 fr. ; J..., propriétaire id., 2 fr. ; R. D..., propriétaire (B), 3 fr.

Total de la 1re liste. . . 268 fr.

—

Sommes nouvelles reçues par M. V. Rozier, directeur de la Revue scientifique et administrative des armées :

MM. Cordier, médecin-major au 3e de ligne, 5 fr. ; Garnier, médecin-major au 2e hussards, 10 fr. ; Moyse, médecin aide-major au même régiment, 10 fr. ; Balzeau, médecin-major au 58e de ligne, 15 fr. ; Didiot, médecin-major, au 9e bataillon de chasseurs à pied, 15 fr. ; Champouillon, médecin aide-major au 58e de ligne, 10 fr. ; Riolacci, médecin aide-major au 78e de ligne, 5 fr. ; Pallier, médecin-major à l'hôpital de Sedan, 5 fr.

Total . . . . . 75 fr.
Montant de la 1re liste. . . 251 fr.

Total au 10 décembre. . . 326 fr.

—

Total général des souscriptions recueillies jusqu'aujourd'hui (10 décembre).

M. le baron Paul Dubois, président de la commission.	5,360 00
M. le docteur Sénard, membre de la commission. . .	715 00
M. le docteur Malheux, secrétaire de la commission. .	3,412 87
L'Union Médicale.	2,932 50
La Gazette des hôpitaux.	1,053 78
La Gazette médicale de Strasbourg.	802 99
La Gazette médicale de l'Algérie.	140 00
La Revue scientifique et administrative des médecins des armées.	326 00
La Société médicale du département d'Indre-et-Loire.	268 00
Total général. . . .	15,011 14

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 151. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 16 Décembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Consultation sur un cas d'hydropisie abdominale. Est-ce une ascite? Est-ce un kyste séreux? — II. Revue générale : Épidémie de fièvre puerpérale à Dunkerque. — Traitement de l'oxyure vermiculaire. — III. Bibliothèque : Recherches sur les monorchides et les cryptorchides chez l'homme. — IV. Académies et sociétés savantes. *Société d'hydrologie médicale de Paris* : Séance du 8 décembre. — V. Courrier.

CONSULTATION

SUR UN CAS D'HYDROPISIE ABDOMINALE. — EST-CE UNE ASCITE? EST-CE UN KYSTE SÉREUX?

DEMANDE.

Vichy, le 25 novembre 1856.

Monsieur et très honoré confrère,

Plusieurs fois vous avez permis à vos abonnés d'exposer, dans les colonnes de l'Union Médicale, les embarras que la médecine militante leur offrait dans la rencontre de certains cas extraordinaires, pour y solliciter l'assistance de votre Comité consultatif. Je viens vous demander la même hospitalité et les mêmes lumières. Cet honneur et ce secours, si vous me les accordez, vous offriront l'occasion de mettre sous les yeux de vos lecteurs l'histoire, aussi succincte que possible, d'un cas d'hydropisie, peut-être unique en son genre dans les annales de notre art. Le moment en est d'autant plus opportun, que ce cas difficile a de l'analogie avec la question sur laquelle vous rassemblez de nombreux documents dans votre journal.

Il s'agit d'une dame d'environ 35 ans, d'une organisation puissante, d'une constitution robuste, qui est venue à Vichy suivre un traitement thermal deux années consécutives, en 1854 et 1855. Je ne la dirigeai dans son traitement qu'en 1855 : ce fut de la fin de mai au 21 juin, époque où elle rentra chez elle. Encore réglée, elle était atteinte de dyspepsie, d'un engorgement médiocre et indolent du foie ; elle portait quelques glandes lymphatiques engorgées dans un sein, et, de plus, une tumeur difficile à constater, difficile à apprécier quant à son volume et à sa nature, attendu qu'elle était située profondément entre l'utérus et le rectum. Cependant le toucher vaginal permettait d'en reconnaître une saillie dans le cul-de-sac utéro-vaginal, et l'on avait de grandes raisons, tirées des signes généraux et locaux, de la croire fibreuse et grosse comme un à deux œufs de poule. L'hypogastre était tellement souple et tellement déprimé, qu'on pouvait, par le toucher abdominal, explorer le bassin jusque dans ses parties les plus déclives, et sentir encore par cette voie, sur un côté de l'utérus, un autre relief de la tumeur. Rien absolument, *alors*, aux ovaires ; pas le moindre rudiment de kyste ; pas le moindre vestige d'une collection séreuse. A part un peu de bouffissure au col et peut-être un peu d'hypertrophie au corps, l'utérus paraissait être à l'état normal.

La malade suivit un traitement médiocre quant à la puissance et à la durée, et s'en retourna très satisfaite. Les fonctions digestives étaient rétablies, le foie rentré dans ses limites normales, la tumeur semblait avoir diminué d'un tiers, les forces générales avaient repris leur précédente vigueur ; les glandes du sein, très anciennes et inertes, qui n'avaient été pour rien dans les motifs de la médication thermale, étaient demeurées, comme on s'y attendait, insensibles à l'action du traitement. Mais laissons là les eaux de Vichy : après avoir donné pour les fonctions digestives les résultats les plus heureux, et pour la tumeur du bas-ventre une amélioration que l'expérience permettait d'espérer provisoirement, elles deviennent désormais étrangères à l'évolution des accidents que je vais rapporter. Si je rapporte ces antécédents, c'est pour jeter du jour sur le diagnostic.

Tout alla bien pendant un mois. Le 22 juillet, Mme X..., devenue sujette à des sueurs considérables depuis la cure thermale, les vit se supprimer à la suite de refroidissements *probables*, car elle ne se ménageait point ; vers le même temps, elle se livrait à de fréquentes promenades à cheval, à des excursions en voiture cahotante, et ressentait à chaque secousse une douleur du côté de la matrice. Bientôt son attention fut forcément attirée sur la gêne et la sensibilité qu'elle éprouvait dans le bas-ventre. Son médecin, appelé le 27 juillet, constata un épanchement naissant dans les parties les plus déclives de la cavité péritonéale. J'émets à dessein cette expression de *cavité péritonéale* ; car il m'est difficile d'admettre qu'un *kyste ovarique*, dont l'absence était constatée un mois auparavant, eût pu se développer si rapidement et prendre des proportions telles, que la ponction devint nécessaire le 3 septembre, c'est-à-dire au bout de cinq semaines du traitement le plus énergique. Ce qui corrobore cette opinion, c'est que les frictions mercurielles, les sangsues à l'aine, les vésicatoires, qui figurent parmi les nombreux moyens thérapeutiques employés contre cet état morbide, font penser que le médecin ordinaire de la malade croyait à l'existence d'une péritonite développée sur la périphérie de l'utérus et de ses annexes. En même temps, des frissons rebelles à de fortes doses de sulfate de quinine, non suivis des caractères bien tranchés de la fièvre intermittente, témoignèrent assez, pendant un mois, d'un travail phlegmasique et d'une sécrétion morbide qui s'opéraient sur la membrane séreuse. L'étiologie est aussi d'accord avec ce diagnostic : c'est à la suite de transpirations supprimées, de fatigues et de tiraillements irritants, exercés sur les ligaments larges et sur la tumeur qui intéressait déjà le péritoine, que la maladie entra dans la nouvelle phase qui nous occupe. Quoi qu'il en soit, au bout de trois mois (fin d'octobre), Mme X... avait dû subir cinq ponctions, donnant issue chacune à 15 litres au moins de sérosité. Tout avait été mis en œuvre inutilement : émissions sanguines locales, vésicatoires, frictions mercurielles, frictions iodées, fomentations iodurées, agents purgatifs, diaphorétiques, diurétiques de toutes sortes.

Alors la malade alla passer l'hiver à Paris, où les règles se supprimèrent, dès son arrivée, pour ne plus reparaître. Elle se mit entre les mains de l'un des praticiens les plus honorables et les plus ingénieux de la capitale. Celui-ci, assisté même d'un consultant de première réputation, déploya à son tour toutes les ressources de notre art. Plusieurs exutoires, les dépuratifs, les purgatifs et les diurétiques les plus accrédités, furent employés, sans qu'on pût se dispenser de pratiquer la ponction à des époques de plus en plus rapprochées. Les intervalles n'étaient plus que de sept à dix jours, quand la malade, lasse du séjour de Paris, revint à Vichy en avril 1856, non point pour y prendre les eaux minérales, ce dont je l'avais dissuadée à l'avance, mais pour y jouir des bénéfices hygiéniques d'une campagne agréable.

A cette époque, 23 ponctions avaient été faites ; les dernières donnaient issue, en moyenne, à 14 litres de liquide presque incolore, un peu albumineux, et limpide. La cachexie séreuse avait fait de grands progrès, jambes et cuisses infiltrées ; pouls petit et fréquent ; soif ardente ; embonpoint considérablement diminué, faciès altéré ; forces musculaires épuisées au point de ne plus permettre la marche. Mais le cœur et les poumons étaient sains, abstraction faite de quelques bronchites accidentelles et passagères ; et l'estomac s'accommodait très bien des potages gras, des viandes rôties, d'un peu de vin de Bordeaux, de la bière, en un mot, d'un régime substantiel dont la digestion était secondée par l'eau de Seltz ou de Saint-Galmier. Le ventre n'était point douloureux à la pression, si ce n'est dans le moment de sa plus grande ampliation ; une fois désempli, on y reconnaissait un peu d'engorgement au lobe gauche du foie, une tumeur plus petite que le poing à la région ovarienne droite ; le corps de l'utérus dépassant de 3 centimètres le niveau du pubis ; une autre tumeur oblongue et flottante, dessinant le trajet du colon descendant, et pouvant être considérée comme l'S iliaque entouré de quelques ganglions mésentériques engorgés. Impossible de retrouver d'une manière précise les reliefs primitivement observés de la tumeur qui avait été constatée entre le rectum et l'utérus. Ventre très libre spontanément ; urines rares, troubles, épaisses et rouges (un demi-litre environ dans les vingt-quatre heures), peau sèche. Deux cautères aux cuisses, et un autre sur la partie de l'épigastre correspondante au lobe engorgé du foie, suppurent abondamment. A mesure que la cavité se remplit, le niveau du liquide s'élève d'une manière uniforme et régulière ; cependant, au moment de pratiquer la ponction, la région iliaque gauche est la dernière à perdre la sonorité tympanique.

Je ne pouvais point me résigner à assister, l'arme au bras, à la ruine progressive d'un si puissant organisme, c'est-à-dire, à n'avoir d'autre action que l'intervention palliative du trocart. Il fallait d'ailleurs épouser la disposition d'esprit de la malade, dont le moral, plein d'énergie, n'aurait point accepté une conduite qui eût abandonné sa cause à ses chances malheureuses. Les appareils organiques essentiels offraient encore de grandes ressources. Je résolus d'abord de réhabiliter les forces générales, pour empêcher, sinon, ralentir les progrès de la cachexie séreuse. J'y parvins par des promenades quotidiennes en voiture dans la campagne, par le séjour prolongé en plein air, par une nourriture substantielle et réparatrice, par l'emploi des amers et des ferrugineux. En quelques semaines, la position s'améliora au point que la malade put se promener dans un jardin, monter elle-même en voiture, se livrer aux soins de son ménage ; et l'œdème avait disparu. Une fois cette réparation acquise, je cherchai à me rendre compte de la nature de la maladie ; et, selon les différents points de vue où je me plaçai, je variai les médications qui devaient en remplir les indications particulières ; et jamais je n'en discontinuai l'application, sans y avoir été contraint par une intolérance bien reconnue, manifestée par des vomissements, des coliques, des lipothymies, etc. Souvent un souvenir imposant se dressait devant mon esprit pour intimider la persistance de mon intervention active : c'était le souvenir d'une hypothèse contre laquelle je n'avais guère le droit de m'inscrire en faux. Le praticien d'autorité qui soignait la malade à Paris, et qui n'avait pas assisté à la naissance de cet état morbide, avait avancé, m'a-t-on dit, sur les données qu'il avait sous les yeux, qu'il avait affaire à une *hydropisie enkystée*. Mais cette hypothèse était décourageante, et me réduisait à l'inaction, à moins de recourir à l'*ultima ratio medendi*, dont la cause se poursuit avec ardeur, en ce moment, devant l'aréopage médical. Et quand cette ressource eût été rationnelle au point de vue du diagnostic, les suites de l'injection iodée n'auraient-elles pas été redoutables pour les diverses tumeurs du foie, de l'ovaire, de l'intestin, tumeurs dont la nature devait être suspecte, si ce n'est considérée positivement comme vouée à la dégénérescence? D'ailleurs l'existence du kyste ovarique était plus que douteuse : c'est du moins une question que je vous prierai d'éclairer, mon très honoré confrère.

L'hypothèse de l'ascite m'offrait à remplir un rôle plus net et plus encourageant. On peut avoir quelque chance de résoudre une phlegmasie chronique du péritoine, en agissant par quelque modificateur sur la membrane séreuse, et en exerçant un antagonisme énergique sur les autres appareils organiques, notamment sur les organes sécréteurs, de manière à rétablir l'équilibre entre tous les actes de la vie. Même espérance si cet épanchement provient d'un défaut de plasticité du sang, d'un obstacle apporté à la circulation par l'engorgement du foie, etc., et que l'on agisse conformément à la nature de ces causes.

Pour répondre aux indications présentées par les divers éléments de l'état morbide que je viens d'exposer, j'essayai, pendant quelques semaines, des agents dits *fondants*, en choisissant ceux qui ne pouvaient pas augmenter l'altération du sang (suc d'herbes amères, iodure de fer, extraits de pissenlit, de houblon, etc., combinés de diverses façons) ; le foie et les autres organes engorgés n'en ressentirent rien, que de la fatigue ; j'employai, à plusieurs reprises, en concurrence d'autres médications, des frictions sur l'abdomen avec une pommade d'iodure de plomb et d'opium : aucun résultat. Une fois je couvris tout l'abdomen d'un vésicatoire monstre, je n'en obtins qu'un retard de trois jours de l'indispensable ponction. Je rentrai à divers reprises, dans le cercle des sudorifiques (salsepareille, poudre de Dower), des diurétiques et des purgatifs les plus puissants : la peau et les reins sont restés sourds à toutes mes provocations, et les intestins, après avoir répondu faiblement à mon appel, rentraient au bout de deux ou trois jours, dans les limites de leur évacuation quotidienne. De temps en temps, je revins au quinquina, au quassia, à l'aunée, aux ferrugineux, etc. Rien de tout cela n'a pu modifier la marche inexorable de l'hypersécrétion péritonéale. Vainement j'ai voulu mettre en pratique le précepte de lutter contre le besoin apparent de la paracentèse, de n'y recourir qu'à la dernière rigueur, jamais je n'ai pu la différer de plus de six à douze heures ; il fallait mettre fin à des douleurs intolérables de la région lombaire, à des vomissements, à des lipothymies, à des étouffements, qui disparaissaient comme par enchantement, aussitôt que le trocart ouvrait une issue au liquide accumulé. Vous ne devineriez pas à quel nombre de ponctions nous sommes arrivés? Soixante-trois depuis moins de quinze mois, 63 ponctions! et la malade est plus forte qu'à son arrivée à Vichy! et l'appétit, les forces digestives se soutiennent à cet à de vomissements, de faiblesse, d'insomnie, de douleur, que quand l'épanchement devient incompatible avec la capacité relative de l'abdomen. Le lendemain de la ponction, la malade se lève, se nourrit, dort, vaque aux soins de son ménage, a de la gaieté quand elle ne songe pas à l'avenir ; on la croirait à l'état normal, jusqu'à ce que la nécessité périodique de l'évacuation ramène la périodicité de ses souffrances. Je le répète, les tumeurs observées il y a sept mois dans l'abdomen, n'ont fait aucun mouvement ; il n'y a pas d'œdème aux extrémités. Les ponctions se faisaient tous les sept jours au printemps ; elles se sont rapprochées de plus en plus pendant l'été, à tel point que depuis le mois d'octobre, on est réduit à cette extrémité tous les quatre jours et demi,-rarement on peut attendre les cinq jours accomplis. En même temps la quantité de liquide évacué diminua proportionnellement. De 14 ou 15 litres qu'elle était au printemps, elle s'est réduite à 10 ou 9 litres depuis quelques semaines, par décroissement insensible. Si les intervalles diminuent ainsi progressivement, où allons-nous? Avec la force de résistance dont est douée la malade, je prévois que le temps n'est pas éloigné où je serai contraint de plonger mon trocart tous les deux ou trois jours pour 4 à 6 litres de liquide. Tous les praticiens doivent comprendre les embarras de cette situation : et je serais heureux que des conseils vinssent m'indiquer le parti le plus sage à prendre.

Voici les questions que me semble comporter le sujet dont je viens de vous entretenir; je n'ose prendre sur moi de leur donner une solution :

1° J'observe que le rapport entre le nombre de litres évacués à chaque ponction et le nombre de jours qui s'écoulent d'une ponction à l'autre, est à peu près constant, depuis près d'une année. Ainsi, pour 13 à 14 litres, c'était sept jours; pour 11 à 12 litres, six jours; maintenant c'est cinq jours pour 9 à 10 litres. C'est donc toujours, en moyenne, 2 litres de sérosité versés chaque jour dans la cavité péritonéale. Faut-il conclure, de la constance de ce rapport, de la diminution de longueur des intervalles que l'abdomen met à se remplir, et du besoin toujours impérieux de la ponction, qui annonce que le péritoine est rempli, faut-il conclure, dis-je, que cette cavité diminue de capacité? que, pour diminuer cette capacité, des coacrétions organisées produisent des adhérences sur quelques points de la surface des membranes séreuses, qu'enfin on peut espérer que ces adhérences s'étendront davantage, au point de restreindre de plus en plus l'étendue des surfaces sécrétantes?

2° Dans l'état actuel, quel degré de probabilité y a-t-il à l'existence, ou non, d'un kyste ovarique? et, dans ce cas, quelles chances de succès reste-t-il pour l'injection iodée?

3° Dans le cas où la poche qui sert de réservoir au liquide sécrété, qu'elle soit kyste ou cavité péritonéale, viendra à se rétrécir au point de m'obliger, à cause des tourments que la réplétion procure à la malade, à pratiquer des ponctions trop rapprochées, comme tous les trois jours, par exemple; pourrais-je, en conscience, et sans danger, introduire dans cette cavité une sonde en gomme élastique pour évacuer à volonté le liquide à mesure qu'il se produit, pour favoriser ainsi, par le contact des surfaces séreuses, la production des adhérences possibles, et épargner en même temps à la malade les ponctions trop multipliées?...

4° Quoi qu'il en soit, faut-il renoncer désormais à la matière médicale?

Se borner à soutenir l'organisme par l'observance d'une bonne alimentation et de toutes les précautions hygiéniques, et attendre les éventualités que nous réserve la nature? Abandonner la sécrétion morbide à sa marche, que rien n'a pu modifier jusqu'à présent? Faut-il ne plus chercher à retarder le retour de la ponction, en exagérant les sécrétions normales pour diminuer d'autant la sécrétion morbide? Pour mon propre compte, je serais désormais de cet avis; car toutes les tentatives faites dans le sens d'un antagonisme thérapeutique, ont échoué jusqu'à présent; mais encore que l'on réussirait à exagérer les sécrétions normales, je ne vois pas quel bénéfice la malade pourrait en retirer pour son bien-être et la prolongation de sa vie, attendu que ces efforts de l'art sont plus fatigants pour ses organes, et exercent sur l'ensemble de sa santé une influence plus fâcheuse que ne peut faire la simple spoliation d'une quantité équivalente de sérosité par une ponction facile et innocente.

Je serais heureux, Monsieur et très honoré confrère, que cette observation ne fût pas indigne de votre attention, et que vous jugeassiez convenable de vous prononcer sur les questions qu'elle comporte. Je vous serais reconnaissant de l'assurance que votre réponse judicieuse apporterait à ma conduite dans les embarras que le traitement de cette maladie me réserve.

Agréez, etc. Dr Victor Nicolas, à Vichy.

RÉPONSE.

Parmi les divers éléments anatomiques que cette observation met en relief, il en est un principal, supérieur à tous par son importance morbide, et surtout par l'imminence des accidents graves qu'il détermine et qu'il semble devoir bientôt entretenir sans interruption, c'est la sécrétion incessante d'un liquide pathologique dont l'accumulation abondante et rapide rend de plus en plus fréquente la ponction dite de nécessité, et donne à redouter, pour la malade, cette atteinte profonde aux forces vives de l'organisme, si bien caractérisée naguère dans les colonnes de ce journal par notre savant collègue, M. Pidoux, sous la dénomination non moins juste que pittoresque d'entraînement par cachexie séreuse ou hydropique.

Or, le moyen de conjurer ce péril extrême et plus ou moins prochain, c'est, comme l'a compris notre honorable confrère, de dissiper, si faire se peut, toutes les incertitudes qui obscurcissent encore le diagnostic. Pour cela, il convient de remonter avec lui à l'origine même de la maladie, et d'apprécier les diverses influences vitales ou organiques qui en ont préparé l'invasion et favorisé le développement. Cette détermination étiologique pourra peut-être, en nous conduisant au siége de la collection séreuse, ouvrir à la thérapeutique une voie nouvelle, la seule vraiment efficace qu'elle puisse offrir à la malade.

Essayons donc de répondre à la question capitale qui nous est adressée relativement au siége présumé de l'épanchement. S'agit-il d'une hydropysie ascite, ou a-t-on affaire à une collection séreuse enkystée? Tel est le problème à résoudre : c'est à l'observation à nous fournir les éléments de la solution. Voyons ce qu'elle dit.

Mme X..., en 1854, vient à Vichy pour s'y faire traiter d'un engorgement médiocre du foie, auquel se rattachaient quelques accidents dyspepsiques. Agée de 35 ans, cette dame, au mois de juin 1855, offrait *une constitution robuste, une organisation puissante*. Sa santé, à cette dernière époque, n'était donc pas mauvaise, malgré l'existence d'un engorgement mammaire chronique et d'une tumeur rétro-utérine faisant relief dans le vagin et sur un des côtés de l'utérus, c'est-à-dire dans la direction du ligament large.

Cette tumeur offrait déjà un assez grand volume, celui de deux œufs réunis. Quant à sa nature, elle n'est pas indiquée avec toute la rigueur désirable : *Il y a de bonnes raisons de la considérer comme une tumeur fibreuse*, dit l'observation; mais quelles sont ces raisons? Elle omet de le dire, et cela est regrettable; car si cette tumeur eût été minutieusement étudiée, si les signes objectifs de nature à la caractériser, et qui n'ont pas dû échapper au toucher intelligent de notre confrère, eussent été relevés et notés en détail, peut-être aurions-nous aujourd'hui la clef des phénomènes morbides qui bientôt vont se produire avec une grande intensité.

Quoi qu'il en soit, et j'insiste à dessein sur ce détail très important pour l'interprétation des faits ultérieurs, la tumeur voisine de l'utérus *située entre lui et le rectum*, est la seule production anatomique ayant une importance réelle, au moment où Mme X... quitte Vichy et retourne dans son pays. A cette époque, en effet, *les fonctions digestives étaient rétablies, le foie était rentré dans ses limites normales, les forces générales avaient repris leur précédente vigueur ;* c'est dire que l'état de santé de Mme X... était, je le répète, très satisfaisant.

Que s'est-il passé depuis cette époque?

Mme X..., un mois plus tard, à la suite de longues promenades à cheval et en voiture, sans doute par tous les temps, bons ou mauvais, voit se supprimer chez elle des sueurs dont elle avait contracté l'habitude depuis son traitement par les eaux thermales, en même temps elle éprouve de la gêne dans le bas-ventre et une douleur fixe du côté de la matrice, à chaque secousse que produit l'inégalité du sol ou le mouvement de la voiture. — Quelques jours plus tard, l'homme de l'art constate la présence d'un liquide dans le point le plus déclive de la cavité abdominale.

Ici, sans vouloir préjuger du résultat final de cette discussion, j'éprouve le regret d'être dans la nécessité de me séparer de mon honorable confrère de Vichy, et de ne plus parler le langage de l'observation qui déclare, suivant moi, sans preuve suffisante, que l'épanchement à son début a eu lieu dans la cavité péritonéale, et qu'une péritonite l'aurait produit. Où sont, en effet, les symptômes de cette phlegmasie, qui a dû être fort intense et probablement très étendue en surface, à en juger par l'abondance de la sécrétion pathologique et la rapidité avec laquelle elle se serait effectuée?

Il n'est guère vraisemblable qu'une péritonite se traduisant par ce caractère anatomique presque à son début, eût pu exister et parcourir ses phases initiales sans donner lieu à des vomissements plus ou moins opiniâtres : or, il n'est dit nulle part que la malade ait vomi à cette période de son affection.

Faut-il voir, avec notre confrère, dans la médication anti-phlogistique et plus tard résolutive qui fut successivement prescrite, un témoignage péremptoire à l'appui de l'existence d'une péritonite. Je ne le pense pas. On a eu recours, dites-vous, aux sangsues, aux vésicatoires, aux onctions mercurielles; mais ces agents thérapeutiques s'adressent avec non moins d'opportunité à une phlegmasie de l'utérus et de ses annexes. Et c'est encore à leur intervention que l'on a recours pour combattre l'inflammation qui accidentellement s'empare de certaines tumeurs enkystées et leur imprime en peu de temps un mouvement d'accroissement des plus rapides.

Je sais bien qu'il n'y avait pas, suivant l'observation, trace de kyste ovarien, deux mois auparavant; mais la tumeur située entre l'utérus et le rectum, d'un diagnostic obscur, et qui, par conséquent, a dû être porté avec quelques restrictions, cette tumeur supposée être un corps fibreux, ne pourrait-elle pas avoir été toute autre chose? Le diagnostic des tumeurs intra-abdominales est hérissé de difficultés si grandes que les plus habiles s'y trompent quelquefois. Or, dans le cas actuel, en supposant qu'il n'en ait pas été ainsi, et qu'il se soit bien réellement agi d'un corps fibreux, qu'est devenu celui-ci? A coup sûr, on doit le retrouver. Il y a neuf mois à peine, il avait le volume de deux œufs réunis; aujourd'hui, sous l'influence de la phlogose dont, dans l'hypothèse de l'observation, il aurait été le point de départ, et sous le coup du mouvement nutritif en excès qu'elle a dû y susciter, ce corps fibreux a dû s'accroître et non pas disparaître si complétement qu'on n'en retrouve aucune trace.

C'est cependant là ce qui aurait eu lieu si l'interprétation du fait primordial, donnée par notre confrère, était fondée; puisque, malgré l'exploration la plus attentive, *il lui a été impossible, au mois d'avril* 1856, *de retrouver d'une manière précise les reliefs primitivement observés de la tumeur qu'il avait constatée entre le rectum et l'utérus.*

Aussi, en présence de cette disparition inexplicable, je pourrais presque dire impossible, de cette tumeur soi-disant fibreuse, en un temps aussi court et dans les conditions spéciales où la malade s'est trouvée, je suis porté à me demander si l'effacement des reliefs, qu'elle accusait naguère d'une façon si accentuée, n'est pas la conséquence de son développement ultérieur qui a changé ses rapports primitifs en la dégageant de l'excavation pelvienne pour l'élever progressivement vers les régions supérieures de l'abdomen.

Il existe d'ailleurs, dans l'observation, d'autres motifs pour appuyer cette interprétation et justifier le diagnostic porté par les consultants de Paris qui ont admis une hydropisie enkystée.

Parmi ces motifs, le premier qui mérite de fixer notre attention, c'est le changement de position qu'a affecté l'utérus depuis l'examen fait, il y a neuf mois, par notre confrère. Au lieu d'être placé profondément dans le bassin ou refoulé par le liquide péritonéal, où on le trouve d'ordinaire dans l'hydropisie ascite; il s'est élevé de plusieurs centimètres au-dessus du pubis, entraîné sans doute dans cette direction par l'ampliation de la tumeur kystique dont, en raison de ses connexions avec elle, il a dû suivre le mouvement ascensionnel. Il est fâcheux qu'en même temps que l'observation signale cette élévation de la matrice, elle se taise sur la direction de son col : aisément le toucher vaginal pourra réparer cette omission, et s'il constate un certain degré d'obliquité latérale de l'utérus; la signification symptomatique que l'on peut rationnellement déduire de l'attitude de cet organe aura acquis toute sa valeur.

Nous tiendrons le même langage à l'endroit des caractères séméiotiques que peut fournir l'exploration plessimétrique de l'abdomen. Incomplète, et même assez peu indiquée dans l'observation, elle s'y traduit cependant par un signe négatif d'un épanchement péritonéal ayant lieu dans les conditions ordinaires, affirmatives au contraire de l'hydropisie enkystée; c'est la persistance de la sonorité dans un des côtés de l'abdomen. *A mesure que la cavité se remplit, le niveau du liquide s'élève d'une manière uniforme et régulière;* cependant, dit notre confrère, au moment de pratiquer la ponction, la *région iliaque gauche est la dernière à perdre la sonorité tympanique.* Or, c'est ce qui s'observe dans l'hydropisie ovarienne; tandis que c'est l'inverse dans les collections diffuses du péritoine.

Il est un autre phénomène pathologique qui, dans l'hypothèse d'une hydropisie ascite, s'explique difficilement, c'est la diminution progressive de la cavité qui est le siége de la collection séreuse, et la nécessité de rapprocher de plus en plus l'époque de chaque ponction. Le propre des épanchements intra-péritonéaux est de produire un degré de distension des parois abdominales, en rapport précisément avec l'ancienneté de la maladie, ce qui fait qu'au lieu de diminuer la quantité du liquide sécrété, il va sans cesse en augmentant d'une ponction à l'autre. Ici, c'est le contraire qui a lieu, et cela, suivant l'auteur, par un mécanisme que nous ne pouvons admettre; car nous ne comprenons pas comment, en l'absence des symptômes d'une phlegmasie indispensable à leur production, des fausses membranes auraient pu se former, s'organiser, et constituer un obstacle au développement de l'abdomen distendu par la collection séreuse.

Dans la pensée d'une hydropisie enkystée, quels que soient d'ailleurs son origine et son siége, le fait s'explique naturellement par le retrait spontané des parois du kyste.

C'est, en effet, cette propriété rétractile s'exerçant d'une façon progressive et illimitée, qui amène, dans certains cas, l'effacement graduel et même la guérison radicale d'épanchements séreux circonscrits par des cavités closes accidentelles ou congéniales, qui finissent ainsi, à la longue, par s'oblitérer complétement. Or, cela étant, on peut se demander si, dans l'observation qui précède, il ne faut pas voir une tendance de la maladie vers cet heureux résultat. A coup sûr, nous n'oserions affirmer qu'il en fût ainsi; mais ce que nous n'hésitons pas à dire, c'est que la décroissance rapide et notable des dimensions de l'organe sécréteur, implique presque nécessairement la délimitation et l'isolement de celui-ci.

Enfin, l'état de santé générale de la malade vient encore à l'appui de l'opinion à laquelle nous nous sommes ralliés. Chez cette femme, l'appétit et les forces digestives se soutiennent; le lendemain de la ponction elle se lève, *se nourrit, dort, vaque aux soins de son ménage : on la croirait à l'état normal.* Or, sont-ce là, je le demande, des conditions de santé compatibles avec une hydropisie ascite reconnaissant pour cause une lésion chronique soit du péritoine, soit des viscères, datant de plus d'une année, et ayant nécessité, dans ce laps de temps, soixante-trois ponctions! Assurément, en pareil cas, les choses d'ordinaire ne se passent pas ainsi, et je ne vois guère qu'une hydropisie ovarienne qui puisse s'allier avec cet état général de la constitution.

Le kyste ovarien, en effet, s'il n'est pas absolument isolé de l'organisme, s'y rattache du moins par des connexions souvent si superficielles et des liens si faibles, qu'il constitue, par rapport à celui-ci, une sorte de greffe ou de produit parasite, ayant une vie propre, et, jusqu'à un certain point, indépendante de la vie générale; ce qui fait qu'il peut subsister très longtemps au sein d'une constitution robuste, s'y élever à des dimensions considérables, et y être l'objet de médications diverses, sans éveiller des sympathies morbides et déterminer des troubles fonctionnels de nature, par leur gravité, à exercer sur elle une influence sensiblement délétère.

Mais, dans l'hypothèse d'une hydropisie enkystée, d'où provient ce besoin impérieux pour la malade d'une nouvelle ponction sitôt que le kyste est rempli? A quoi attribuer son intolérance toujours croissante à ne plus rien admettre au delà d'une quantité déterminée de liquide, et comment concevoir les douleurs intolérables si on diffère l'opération?

Ces diverses questions trouvent, suivant moi, leur solution dans l'inextensibilité même des parois du kyste et dans la sensibilité très vive que ne peut manquer d'y développer la distension forcée qu'elles ont à subir de la part du liquide : chacun sait, en effet, que la compression, les tractions exercées ou toute autre action vulnérante sur des tissus pathologiques, sont très douloureuses, pour peu surtout que ceux-ci soient enflammés; or, pour moi, l'excessive fécondité de l'organe sécréteur, dans le cas qui nous occupe, ne se sépare pas de la coexistence d'un certain degré de phlegmasie dans les tissus qui le composent. En résumé des considérations qui précèdent, nous croyons pouvoir conclure qu'il existe chez Mme X... une hydropisie enkystée, vraisemblablement d'origine ovarienne.

Toutefois, comme ce diagnostic de pure induction a besoin de s'éclairer des signes objectifs de la maladie sur lesquels l'observation ne se prononce pas d'une façon assez explicite, nous engageons notre confrère à en vérifier la justesse par de nouvelles recherches cliniques que seul il est à même d'entreprendre. Si l'étude qu'il fera à nouveau, et conformément à nos indications, de la tumeur abdominale, de son mode de développement après évacuation préalable du liquide qu'elle renferme, et de ses rapports prochains ou éloignés avec les différents viscères de l'abdomen, lui permet, comme je le suppose, de constater directement les caractères propres aux tumeurs enkystées que je n'ai pu que rappeler très sommairement dans cette discussion; il ne lui restera aucun doute sur la nature de l'affection, il partagera l'opinion que l'analyse des documents qu'il nous a adressés, m'a autorisé à formuler, et, dès lors, la voie thérapeutique à suivre est toute tracée : c'est à la méthode des injections iodées qu'il convient de recourir.

Mais à quel procédé donnera-t-on la préférence? Fera-t-on une ponction simple, puis une injection, suivie de l'extraction de la canule? Ou faut-il mieux laisser celle-ci à demeure, ou lui substituer une sonde en gomme élastique, afin d'évacuer le liquide à mesure qu'il se produit? Malgré l'opinion de quelques-uns de nos confrères, dont nous estimons le savoir autant que nous honorons le caractère, nous regardons cette dernière manière de procéder comme étant radicalement mauvaise, et allant à l'encontre du but principal que le chirurgien doit se proposer, c'est-à-dire l'oblitération du kyste. L'introduction et la permanence de corps étrangers, quels qu'ils soient, à l'intérieur d'une cavité séreuse accidentelle, ne tend à rien moins qu'à modifier d'une manière fâcheuse sa structure, et à lui faire perdre les caractères anatomiques qui la constituent dans des conditions de curabilité au moyen des injections iodées.

Ceux qui ont conseillé ce mode opératoire que nous repoussons, ont oublié sans doute qu'en introduisant ainsi dans les cavités dont il s'agit ces longs tubes en caoutchouc, véritables sétons qui rendent la pénétration de l'air on ne peut plus facile, ils transformaient presque à coup sûr un kyste séreux en un kyste puru-

lent; substituant de la sorte à l'excitation modérée et curative déterminée par le contact de l'iode sur les tissus, une inflammation plus intense et désorganisatrice, dont les effets ne peuvent manquer d'échapper à l'action médicatrice du liquide injecté.

Entre ce dernier, en effet, et le tissu séreux avec lequel il est mis en rapport, il y a évidemment une sorte d'appropriation, d'affinité, et comme une convenance réciproque qui est la raison même de sa vertu médicatrice dans les cas analogues à celui qui nous occupe. D'où il suit que toute méthode opératoire qui tendra à changer les conditions anatomiques du tissu séreux accidentel, et à détruire ainsi un des éléments nécessaires à la production des bons effets du médicament, devra nécessairement en compromettre l'action, et lui préparer des insuccès qu'en bonne justice on ne devrait pas lui imputer, car la méthode seule en est responsable. Aussi il convient, suivant moi, dans les cas analogues, d'opérer de la manière suivante.

Après avoir fait la ponction avec un trocart de moyen calibre, j'introduirais par la canule de celui-ci, laissée à demeure tout le temps nécessaire à l'opération, une sonde en gomme élastique très flexible; non dans le but, par conséquent, de substituer l'une à l'autre, mais pour m'assurer d'un moyen préventif contre l'effusion du liquide morbide à l'intérieur du péritoine, dans le cas où, par suite du retrait des parois du kyste, la canule du trocart viendrait à se trouver en dehors de sa cavité, ce qui, d'ailleurs, quand on y prend garde, doit rarement arriver. La sonde ainsi introduite peut facilement arriver jusqu'au point le plus déclive du foyer, rendre son évacuation plus complète; et en raison de sa souplesse, elle permet, en outre, de *malaxer le kyste* et de le presser en tous sens, de façon que toute sa surface soit baignée par le liquide injecté, sans qu'on puisse craindre un épanchement dans le péritoine.

Ce temps de l'opération une fois achevé, on retire la sonde, et, avec elle, la canule conductrice. On est ainsi plus certain, ce me semble, d'éviter le passage du liquide pathologique et iodé dans la cavité péritonéale, que si on substitue la sonde à la canule, car, si volumineuse qu'on choisisse la première, comme elle doit glisser aisément dans la canule, il devient évident qu'elle ne peut fermer hermétiquement l'ouverture artificielle du kyste que cette dernière remplissait exactement.

Enfin il est une dernière question que nous ne laisserons pas sans réponse :

Quelle sera, nous demande-t-on, l'influence des injections iodées sur les autres productions anormales qui coexistent avec l'hydropisie, et comment la constitution de la malade s'en accommodera-t-elle?

L'iode, et ici nous faisons parler l'enseignement clinique et expérimental, porté au contact des tissus pathologiques et mêlé aux produits des sécrétions qui en dérivent a, outre l'action topique dont j'ai précédemment indiqué la nature et les effets, la propriété, ainsi que l'a démontré M. Duroy dans une série de recherches dont il m'a rendu témoin, de se combiner aux principes immédiats tenus en dissolution dans ces liquides morbides; or, cette combinaison, en modifiant radicalement leurs propriétés au point de les rendre imputrescibles même au contact de l'air, leur enlève toute aptitude malfaisante pour l'économie. D'où il résulte que, en supposant que le mouvement alterenatif d'exhalation et d'absorption continue à s'opérer dans une certaine limite à la surface de ces vastes cavités séreuses enkystées, ce n'est plus, après qu'on y a pratiqué et suffisamment renouvelé les injections iodées, un liquide purement pathologique, et, à ce titre, plus ou moins malsain, suivant sa nature, que l'absorption fera rentrer dans le torrent circulatoire; c'est un composé nouveau, doué jusqu'à un certain point de vertus médicatrices; car ce liquide, par son mélange à l'iode, va nécessairement lui servir de véhicule, et aider ainsi à sa pénétration au sein de l'organisme.

Or, si ce précieux métalloïde est réellement doué d'une puissance réparatrice, à laquelle les constitutions les plus délabrées ont dû souvent une véritable régénération physiologique, si la propriété résolutive de ses divers composés est un fait que la clinique met tous les jours en évidence, il n'est pas douteux qu'au double point de vue, tant local que général, auquel nous nous sommes placé, il n'y ait, dans le cas actuel, avantage à recourir à son emploi.

Adopté par le Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE, dans sa séance du 12 décembre 1856.

Dr AM. FORGET,
Membre de la Société de chirurgie.

Cette consultation était rédigée et composée à l'imprimerie, quand nous avons reçu une nouvelle lettre de M. le docteur Nicolas, de Vichy, lettre que nous avons immédiatement transmise à M. le docteur A. Forget. Dans le cas où notre honorable collaborateur trouverait dans cette nouvelle lettre des éléments propres à modifier l'opinion qu'il vient d'exprimer, nous nous empresserions de le faire connaître à nos lecteurs.

(Note du rédacteur en chef.)

REVUE GÉNÉRALE.

ÉPIDÉMIE DE FIÈVRE PUERPÉRALE A DUNKERQUE.

Nous possédons de nombreuses et d'excellentes descriptions d'épidémies de fièvre puerpérale, observées dans les hôpitaux et dans les maisons d'accouchement. Les relations de ces mêmes épidémies, en dehors des conditions nosocomiales, sont beaucoup plus rares, soit que ces épidémies se rencontrent plus rarement en effet hors des hôpitaux, soit qu'un seul médecin ne puisse, dans la pratique civile, observer un nombre de cas suffisant pour publier une relation intéressante. Aussi doit-on savoir gré au praticien qui s'est trouvé dans les conditions favorables à une bonne observation, d'en publier les résultats. Ces recherches présentent le plus grand intérêt et devront conduire, il faut l'espérer, à l'institution de la thérapeutique préventive ou curative de cette terrible maladie. N'est-ce pas un sujet digne, en effet, des plus profondes méditations du médecin que la nature ait entouré de la fonction de la parturition de tant de périls, et qu'un acte aussi physiologique que l'accouchement puisse donner lieu à l'explosion des deux affections graves entre les plus graves du cadre nosologique, l'éclampsie et la fièvre puerpérale? Et n'est-il pas digne aussi de toute l'attention des étiologistes ce fait que ces tristes maladies soient à peu près l'apanage de l'espèce humaine, et, dans cette espèce, de la femme à l'état de civilisation?

M. le docteur Zandyck a observé à Dunkerque une épidémie grave de fièvre puerpérale, et il en publie la relation (1).

Cette épidémie, qui a duré neuf mois, a fait périr 32 femmes en couches sur 660, un peu plus de 1 sur 20. Voici, en résumé, les points principaux établis par M. le docteur Zandyck, dans ce travail plein d'intérêt :

« La fièvre puerpérale, avec toutes ses variétés, observée en 1854-1855 à Dunkerque (Nord), a présenté beaucoup d'analogie avec celle qui envahit épidémiquement de temps à autre les hôpitaux de Paris, depuis la fin du siècle dernier.

» Elle a offert ce caractère particulier qu'elle s'est propagée, *en ville*, et a frappé principalement la classe la plus malheureuse de la population. Elle n'a occasionné que de rares décès dans la classe aisée.

» Elle a régné concurremment avec la fièvre typhoïde à laquelle elle a emprunté quelques caractères extérieurs.

» Elle a pris un développement vraiment épidémique, et durant la période où elle a sévi, les fièvres typhoïdes ne se sont montrées ni plus ni moins nombreuses que les années précédentes.

» Presque partout où elle s'est déclarée, les médecins du pays ont constaté l'existence de circonstances débilitantes; parmi elles, surtout, une alimentation insuffisante, et de mauvaises conditions hygiéniques qui, en général, favorisent la production des maladies typhiques proprement dites. Cependant, indépendamment de ces influences, celle d'un agent, que nous ne pouvons définir, est incontestable.

» Contrairement à ce qu'indiquent toutes les statistiques, les primipares ont été atteintes exceptionnellement.

» Les deux autopsies ont prouvé que les lésions cadavériques ont été en rapport avec les symptômes observés pendant la vie, et elles expliquent la marche et l'enchaînement des phénomènes constatés chez tous les autres malades qui, après la mort, n'ont pu être soumises à nos investigations.

» La lésion principale reconnue a été la formation rapide et étendue du pus dans l'abdomen et dans le système vasculaire de cette région.

» La constitution médicale de 1854-1855 ne justifie nullement d'une manière satisfaisante l'apparition, le règne de cette épidémie.

» Notre fièvre puerpérale vient sanctionner, quant à la thérapeutique, le jugement des médecins qui l'ont vue et suivie ailleurs : elle est grave dans tous les cas, fatale surtout chez les natures faibles, débilitées; un traitement spécial, infaillible, un traitement qui en arrêterait sûrement le développement, est encore à trouver. »

Ce travail est l'œuvre d'un praticien aussi instruit que bon observateur. Nous regrettons de ne pouvoir donner plus d'étendue à son analyse.

(1) *Étude sur la fièvre puerpérale épidémique, et en particulier sur l'épidémie qui a régné à Dunkerque du mois de juin 1854 au mois de mars 1855.* In-8°, Paris, 1856, Labé, libraire.

TRAITEMENT DE L'OXYURE VERMICULAIRE.

Voici encore un intéressant travail publié par un de nos confrères des départements, M. le docteur E. Marchand, de Sainte-Foy. L'helminthe désigné sous le nom d'oxyure, qui est long de 8 millimètres environ, dont le corps est blanc et l'extrémité caudale excessivement déliée, habite, dit-on, le rectum; mais M. Marchand pense qu'il séjourne habituellement beaucoup plus haut. Chaque soir, il descend vers l'extrémité de l'intestin et vient déposer ses œufs dans le voisinage de l'anus. Il détermine alors dans ces parties un prurit insupportable : les malades se grattent avec rage, se déchirent avec leurs ongles, et, pendant une heure ou deux, sont dans une agitation extrêmement pénible. Que deviennent ces œufs ainsi déposés hors de l'intestin? C'est ce que personne ne peut dire; on sait seulement qu'après la ponte, l'helminthe se vide et meurt, et que le lendemain de nouveaux oxyures viennent encore vers le soir, sur les mêmes parties causer les mêmes accidents. Quoi qu'il en soit, les oxyures se rencontrent chez les enfants et parfois aussi chez les adultes. Chez ces derniers, ils signalent leur présence par des désordres beaucoup plus graves et surtout beaucoup plus tenaces que dans le jeune âge. « Le premier symptôme, dit l'auteur, par lequel cet helminthe révèle sa présence, est le prurit de l'anus. Ce prurit a un caractère particulier; les malades le comparent à des morsures de fourmis, ou bien à l'introduction lente dans la muqueuse d'un corps aigu et délié. Ils portent involontairement les doigts sur la région affectée et se grattent avec une sorte de rage; s'apercevant que le prurit est intérieur, ils introduisent leurs doigts dans l'anus. Sous ces diverses influences, le sphincter se contracte, le col de la vessie s'irrite, il survient des envies d'uriner. L'action des ongles écorche la muqueuse et la peau; il se manifeste des érosions superficielles qui s'étendent, peuvent s'approfondir; le liquide irritant qui en découle peut faire naître des vésicules, et le tout prend quelquefois l'apparence d'un eczéma de l'anus, du périnée et des bourses. Ces accidents, que l'on pourrait appeler de voisinage, ne se manifestent pas toujours, ils sont même exceptionnels chez les enfants; mais ils sont communs chez les adultes lorsque les crises de prurit sont violentes et que la cause est méconnue. On comprend très bien qu'un prurit anal insupportable qui revient chaque soir finit par déterminer une fluxion sanguine sur le rectum, la vessie, la prostate, etc..... J'ai vu résulter sous cette influence la contracture du sphincter, des hémorrhoïdes, une fistule anale, des ulcérations de la marge de l'anus, des envies fréquentes d'uriner faisant supposer qu'il y avait une pierre dans la vessie. Lorsque cet helminthe se place dans la vulve chez les petites filles, elles y portent la main et ont l'air de se masturber. Bien des prétendus *prurigo podicis* ne sont autre chose que le résultat de la présence des oxyures. Il en est souvent de même des douleurs attribuées aux hémorrhoïdes internes, aux irritations de la vessie, à la contracture spasmodique du sphincter, etc. Quelques convulsions des enfants peuvent-elles être attribuées à cette cause? C'est possible.

Le diagnostic est ordinairement facile; cependant il est des cas où, les malades ne s'expliquant pas bien, il est nécessaire de rechercher attentivement l'oxyure pour s'assurer qu'on n'a pas affaire à une irritation de l'intestin, du col de la vessie, à des hémorrhoïdes, etc. Lorsqu'on soupçonne la présence de ce ver, voici, d'après M. Marchand, comment il faut s'y prendre pour avoir une conviction arrêtée : l'examen de l'anus doit se faire le soir, pendant une crise; on élargit les plis, où l'on peut les rencontrer. Si cela ne suffit pas, on fait prendre un lavement d'eau froide; on le fait rendre en priant le malade de faire en sorte d'évacuer le moins de matières fécales possible, ce qui est facile; on décante, et on trouve les oxyures au fond du vase.

Cette affection est extrêmement tenace chez l'adulte. Le traitement palliatif consiste à donner un lavement d'eau froide au moment de la crise. Les vers engourdis se détachent et tombent, et la crise n'a pas lieu; mais il faut recommencer le lendemain. Quelquefois, plusieurs lavements d'eau froide doivent être administrés successivement. Ces injections sont tout aussi efficaces que les lavements médicamenteux. Mais quand on veut guérir définitivement son malade, c'est au *semen-contra* qu'il faut avoir recours. M. Marchand affirme que ce moyen lui a toujours réussi : seulement, il le donne tout autrement que nous n'avons coutume de le faire. Par la méthode ordinaire, on guérit les enfants, cela est vrai, mais il n'en est pas ainsi des adultes, chez lesquels la maladie est parfois excessivement rebelle. Il faut donner le semen-contra à très haute dose, en ayant recours aux précautions suivantes :

1° Il faut se servir de semen-contra fraîchement pulvérisé.

2° Il faut prendre chaque jour trois cuillerées à café de cette poudre : le matin, à midi, et le soir en se couchant. On délaye le remède dans quelques cuillerées d'eau, et on l'avale comme une dose de cubèbe.

3° Il faut prendre un régime animalisé, qui laisse peu de résidus.

4° Il faut prendre chaque jour quelque centigrammes d'opium, pour diminuer le nombre des selles.

Les malades prennent facilement ces hautes doses de *semen-contra*, parce qu'il procure une sorte d'excitation cérébrale qui ne leur déplaît pas.

Après deux ou trois jours de l'emploi de ce moyen, les crises diminuent. Il faut continuer dix ou douze jours. Une condition essentielle pour la réussite, c'est la constipation. Si les évacuations alvines sont rares, on voit que les boudins stercoraux sont en grande partie composés de poudre de *semen-contra*, et les oxyures qui leur sont adhérents sont privés de vie, plus volumineux et renfermant encore leurs œufs.

Le mémoire de M. Marchand est terminé par quelques observations, dans lesquelles le traitement qu'il indique a été suivi de succès. — (In *Annales de la Flandre occid.*, et *Journal de méd. et de chir. prat.*, décembre 1856).

BIBLIOTHÈQUE.

RECHERCHES SUR LES MONORCHIDES ET LES CRYPTORCHIDES CHEZ L'HOMME;

Par Ernest GODARD. — Une brochure in-8°, Masson, libraire, 1856.

Sous ce titre, M. Ernest Godard vient de publier un travail qui renferme l'histoire complète des anomalies de position du testicule; ce mémoire n'est point une compilation, mais le résultat d'une série d'observations originales.

Après avoir indiqué sommairement l'état actuel de la science sur ce sujet, M. Godard définit le monorchide : un individu qui n'a qu'un testicule dans le scrotum, celui du côté opposé étant renfermé dans la cavité abdominale, dans le canal inguinal, crural, etc. Les deux glandes spermatiques peuvent être saines, d'autres fois, l'une d'elles a subi une altération morbide, enfin les deux testicules peuvent être à l'état pathologique. C'est à ces quatre grands groupes que l'auteur rapporte les 42 observations qu'il a recueillies.

1° Les testicules, dont l'un est descendu et l'autre arrêté dans son évolution, sont tous les deux à l'état sain. — C'est la variété la plus fréquente, puisque, sur 37 monorchides, M. E. Godard l'a rencontrée 17 fois, 9 fois du côté gauche, 6 fois du côté droit; 2 fois le côté n'est point indiqué. — L'ectopie testiculaire peut être héréditaire; mais le

plus souvent, elle est la conséquence d'un vice anatomique, d'autres fois elle résulte de l'application irrationnelle d'un bandage sur le testicule, quand, par suite d'une erreur de diagnostic, cet organe a été pris pour une anse intestinale déplacée.

Après avoir indiqué le siége précis des ectopies, leur diagnostic, les modifications qu'elles entraînent dans le parenchyme testiculaire et dans l'appareil génital tout entier, M. E. Godard signale le premier ce fait remarquable, que le sperme d'un monorchide ayant les deux testicules sains renferme constamment des animalcules; que, de plus, un sujet placé dans ces conditions peut procréer des enfants de sexes différents, et qu'enfin le testicule descendu est sans influence sur le sexe.

M. Godard a noté avec soin tous les accidents qui peuvent résulter de l'ectopie suivant son siége, et il rapporte une série d'observations de testicules devenus tellement douloureux qu'ils ont dû être enlevés. Il termine cette première partie de son travail en indiquant les moyens auxquels on doit recourir pour faciliter la descente de l'organe.

2° Le testicule descendu sain, le testicule non descendu à l'état pathologique. M. Godard a observé cette variété *douze* fois sur trente-sept monorchides : 6 fois le testicule non descendu était affecté d'orchite blennorrhagique; 6 fois il était atteint de dégénérescence cancéreuse.

D'après cette proportion, M. Godard se trouve autorisé à regarder la non-descente de la glande séminale, comme une grave prédisposition à divers états pathologiques. L'auteur donne le résumé de ces douze observations qui toutes offrent le plus grand intérêt; puis entrant dans la pathologie du testicule non descendu il présente des considérations pratiques sur les causes, les signes, le diagnostic différentiel et le traitement. Il insiste particulièrement sur ce fait, que le testicule non descendu est prédisposé à s'enflammer, et à subir la dégénérescence cancéreuse, surtout quand il s'arrête au niveau du canal inguinal droit.

3° Le testicule descendu est à l'état pathologique, celui du côté opposé, arrêté dans son évolution, demeure sain.

M. Godard a rencontré 6 fois cette variété; 5 fois le testicule s'était enflammé consécutivement à une blennorrhagie, et une fois la glande avait subi une transformation fibreuse sous l'influence d'un bandage; il rapporte deux observations appartenant à cette catégorie, et dans lesquelles il a fait l'examen du sperme éjaculé; *ce liquide ne renfermant pas d'animalcules*, aussi M. Godard énonce-t-il cette proposition : que le testicule non descendu ne sécrète pas des spermatozoaires.

4° Le testicule descendu et celui du côté opposé, arrêté dans sa migration sont tous les deux à l'état pathologique.

Cette variété est une des moins fréquentes, et nous n'en voyons que deux observations dans le mémoire de M. Godard.

Nous voudrions pouvoir reproduire la fin du travail de M. Godard, qui le premier a examiné le sperme dans les cas de cryptorchidie et tracé l'histoire de cette anomalie chez l'homme, la cryptorchidie, c'est-à-dire l'*absence des testicules dans le scrotum*, est bien rare, puisque M. Follin dans ses intéressantes recherches n'en cite pas un seul cas; Marshall-Hall sur 10,800 conscrits n'en a rencontré qu'un seul exemple. M. Godard, qui, depuis plusieurs années, se livre à des investigations suivies sur les maladies du testicule et les anomalies de cet organe, en rapporte cinq observations; il les rapproche des faits qu'il a trouvés épars dans les recueils scientifiques, puis il rappelle les différentes opinions émises sur l'aptitude des cryptorchides à reproduire.

« L'histoire des cryptorchides, dit M. Godart, n'a pas encore été faite. » Dans les nombreuses recherches que nous avons entreprises pour élu» cider ce point de la science, nous avons recueilli des observations, » curieuses il est vrai, mais fort incomplètes, dans lesquelles on s'est » borné à noter si les hommes dont les testicules n'étaient pas descen» dus avaient des enfants, sans tenir suffisamment compte des difficul» tés inhérentes à ces sortes de recherches. Nos observations qui repo» sent sur des bases certaines nous ont permis d'établir cette loi : *Que » les cryptorchides ne sont point aptes à se reproduire*, — si toutefois, » on veut bien admettre avec nous que le sperme n'est fécondant qu'au» tant qu'il renferme des spermatozoaires. De plus, nous croyons que » le monorchide dont le testicule descendu est malade, se trouve, au » point de vue de la sécrétion spermatique, identiquement dans la con» dition des cryptorchides. Cette analogie peut être permanente ou tem» poraire; car si le cryptorchide est stérile à tout jamais, le monorchide » peut recouvrer ses facultés quand le testicule malade revient à l'état » normal. »

On peut voir, d'après ce rapide exposé, que le petit volume de M. Godard est plein de faits intéressants. Quelques-uns de ces faits, dont la découverte lui appartient, sont de nature à éclairer vivement l'histoire des anomalies testiculaires, leur histoire pathologique surtout, qui a été à peine abordée.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 8 décembre. — Présidence de M. Patissier, vice-président.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur Billout demande le titre de membre titulaire, et adresse un travail sur le *bain ferro-manganique de Luxeuil*.

— M. Decaye, éloigné depuis deux ans de la Société, par des circonstances toutes personnelles, demande à reprendre le titre de membre titulaire. (Accordé.)

— M. le docteur Chapelain, membre titulaire, momentanément éloigné de Paris, demande un congé.

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ.

Traité pratique des propriétés curatives des eaux thermales sulfureuses d'Aix-la-Chapelle et du mode de leur emploi, par M. le docteur Wetzlar, d'Aix-la-Chapelle, 1856. (Un rapport sera fait sur cet ouvrage.)

Rapport sur le service médical des eaux minérales pendant l'année 1853, fait au nom de la commission des eaux minérales, lu à l'Académie impériale de médecine, par M. Guérard.

Études sur les plantes qui croissent autour des eaux minérales et recherches sur la présence de l'iode dans les eaux minérales de l'Auvergne, thèse soutenue à l'École de pharmacie de Paris, par M. Gonod.

Recherches sur les causes d'insalubrité de la commune de Saint-Ours (Puy-de-Dôme), par M. le docteur Aguilhon.

Cours sur les eaux minérales envisagées au point de vue de la thérapeutique, par M. le docteur Durand-Fardel.

COLLECTIONS.

M. Lhéritier offre à la Société :

1° *Trois échantillons d'*oscillarie *(oscillarie mougeotie), tribu de la classe des phycées, famille des coospermées* (Bory Saint-Vincent).

2° *Échantillon de chaux fluatée (spath fluor)*. C'est un filon de projection trouvé au milieu d'une roche granitique du jardin de la préfecture, roche de laquelle sourdent plusieurs sources thermales.

3° *Matière saconneuse recueillie au sein de la roche granitique dans laquelle est enchambrée la source de la route de Luxeuil.*

4° *Matière végéto-animale, matière pseudo-organique, glairine, matière bitumineuse des anciens, zoogène*, etc., recueillie au point d'émergence de la source Muller, sur la roche granitique d'où elle émerge. Ce produit est constitué en grande partie par de la silice hydratée.

5° *Matière muqueuse verte, analogue à la matière verte de Priestley*, recueillie dans les réservoirs où il arrive des eaux savonneuses froides, et même des eaux froides ordinaires.

M. Otterbourg offre à la Société deux échantillons remarquables de *sel de Glauber, préparé artificiellement à Aix-la-Chapelle, et provenant de l'Exposition universelle.*

ÉLECTIONS.

M. le docteur Cahen est nommé membre titulaire.

M. le docteur Billout communique un travail intitulé : *Quelques renseignements sur les bains ferro-manganiques de Luxeuil*, dont voici un extrait :

La station thermale de Luxeuil présente la réunion de sources faiblement minéralisées, mais dans lesquelles le chlorure de sodium domine, ainsi que dans les sources dites *salines faibles*, et de sources notablement ferrugineuses et manganiques.

La *Société d'hydrologie* se rappelle une communication qui lui a déjà été faite par M. le docteur Chapelain, au sujet de la composition des sources ferrugineuses de Luxeuil. Nous n'y ajouterons qu'une remarque, au sujet de la matière organique qu'elle renferme, tout à fait analogue à celle de Néris, et qui, comme cette dernière, ne se montre que dans les bassins exposés à l'air (1).

Dans un travail également publié dans les *Annales de la Société d'hydrologie*, M. O. Henry fils constate qu'ayant analysé différents dépôts produits par les eaux de Luxeuil, le dépôt de la source ferrugineuse lui a présenté des caractères tout différents de ceux que lui ont offerts les échantillons provenant des autres sources. Dans ce dernier, en effet, le manganèse se retrouve en très petite quantité et reste par conséquent en dissolution, tandis qu'il se dépose presque en totalité dans l'eau des autres sources. Puisque le manganèse doit jouer un si grand rôle dans l'histoire de l'eau ferrugineuse de Luxeuil, il eût peut-être été préférable de donner à ce bain un nom complexe qui rappelât l'existence du principe manganésique. Nous conserverons néanmoins celui que l'usage a adopté.

On a bien souvent discuté la question de l'absorption par la peau des principes minéralisateurs contenus dans l'eau. Sans nous étendre longuement sur ce sujet, nous en dirons quelques mots à propos du bain ferrugineux si intéressé dans la question.

On a nié tout d'abord l'absorption de certains principes, et surtout du principe ferrugineux, et cependant on a constaté que certains malades qui n'avaient pu prendre en boisson ces agents spécifiques, en éprouvaient des effets très connus après l'usage en bain des eaux qui les contiennent. On a cherché alors à imiter, autant que possible, leur nature; après avoir reconnu que les substances alcalines seules avaient la vertu d'être absorbées dans les bains, on a associé ces substances aux principes réfractaires à l'absorption. M. O. Henry fils a publié, dans sa thèse, une série d'expériences très curieuses à ce sujet. D'abord il a expérimenté avec l'iodure de potassium, le ferrocyanure de potassium et le bichromate de potasse : quelques traces d'iodure alcalin ont seules été retrouvées. Dans la seconde série d'expériences, le carbonate de soude a été associé aux sels précédents, l'iodure et le bichromate ont été absorbés, le ferrocyanure seul n'a pas passé; il y a donc une exclusion réelle du principe ferrugineux. Prenez garde, nous dit-on : le malade, plongé dans le bain ferrugineux de Luxeuil pendant autant de temps que vous voudrez, n'absorbera pas un atome de principe ferrugineux.

L'objection peut être parfaitement fondée, en admettant toutefois, ce qui est bien loin de la vérité, que la baignoire des eaux minérales, représente exactement le creuset ou l'éprouvette du chimiste; ce qu'il y a de certain, c'est que le malade retire évidemment de ce bain le bienfait que les préparations ferrugineuses seules procurent. Mais cette eau que nous donnons en bain ne contient-elle pas un autre principe qui a pu être absorbé et qui jouit de propriétés thérapeutiques analogues à celles qui jusqu'en ces derniers temps ont été attribuées exclusivement aux préparations ferrugineuses? Cet agent, c'est le manganèse, qui, pour une raison que nous ne chercherons pas à expliquer, reste dissous là où le fer se précipite, le manganèse qui a pu être absorbé par la peau, grâce aux substances alcalines avec lesquelles la nature l'a combiné plus intimement sans doute que le plus habile chimiste ne saurait le faire.

L'eau ferrugineuse de Luxeuil agit donc à la fois et par l'oxyde de fer, et par l'oxyde de manganèse qu'elle contient.

Nous avons dit que les propriétés thérapeutiques du manganèse sont analogues à celles du fer. Entrons maintenant dans quelques détails à ce sujet.

On sait que l'affinité du fer pour le manganèse est des plus grandes; les minéralogistes nous ont appris qu'on rencontre presque partout ces deux métaux réunis. Ce qui est bien plus important pour nous, c'est qu'on les rencontre tous les deux dans l'organisme humain. Fourcroy et Vauquelin ont trouvé du manganèse dans les os; Gmelin, dans le suc gastrique; M. Pétrequin, de Lyon, dans son intéressant mémoire sur le manganèse, rapporte qu'il a constaté la présence de ce métal dans le pus de bonne nature. D'après ces expériences et celles de Millon, Wurtzer, Marchessaux, il est bien évident que, comme le fer, le manganèse fait partie intégrante des globules du sang.

On comprendra maintenant que le manganèse doive jouer en thérapeutique un rôle analogue à celui du fer. Je dirai plus, le manganèse réussira là où le fer n'a pas réussi; il sera un adjuvant, un complément du fer, peut-être même sera-t-il toléré par certains malades qui n'ont pu s'habituer à l'usage des préparations ferrugineuses. N'oublions pas enfin (et cela est bien important) que les préparations de manganèse ne sont pas incompatibles avec les autres toniques; elles ne sont pas précipitées par le tannin, et peuvent être administrées avec certaines substances astringentes qui altéreront les préparations ferrugineuses.

Assurément, il est difficile de déterminer à quel degré d'affections spéciales convient le fer, à quel genre convient le manganèse; il est donc rationnel d'administrer en même temps ces deux agents spécifiques. Leur réunion fournira évidemment à la thérapeutique une de ses plus merveilleuses ressources. Déjà la pharmacie a publié de nombreuses formules de préparations ferro-manganiques, mais où trouverons-nous ces deux agents plus habilement combinés que dans les eaux ferrugineuses de Luxeuil?

(Prochainement la suite de la séance.)

(1) De Laurès et A. Becquerel, *Recherches sur les conferves de Néris*, in *Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, t. I.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU LUNDI 22 DÉCEMBRE 1856.

1° Renouvellement du bureau;
2° Élection d'un membre titulaire;
3° Discussion sur la communication de M. Cahen, intitulée : *Les eaux de Vichy sont-elles purgatives?*
4° Rapport de M. Lefort sur un ouvrage de M. Bouquet, intitulé : *Histoire chimique des eaux de Vichy;*
5° Analyse des eaux de Royat, par M. Lefort.

COURRIER.

Les statistiques établissent que le nombre des médecins qui se trouvent dans les villes de quelque importance, est trop considérable. On ignore sans doute que, dans des localités presque rurales, un homme de notre profession peut vivre honorablement, et même agréablement. Nous connaissons, pour notre compte, au centre de la France, un chef-lieu de canton, rapproché d'un chef-lieu de département, dans lequel des familles considérables, dispersées dans les châteaux du voisinage, désireraient un médecin, à qui elles assureraient des avantages, et dont la clientèle totale acquerrait facilement de l'importance. Dans le désir d'être utile à ces familles et à cette localité, nous nous ferons un plaisir de donner au jeune confrère, à qui cette position pourrait convenir, tous les renseignements que nous avons.

— L'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille est réorganisée de la manière suivante :

L'enseignement comprendra : Anatomie et physiologie; — Pathologie externe et médecine opératoire; — Clinique externe; — Pathologie interne; — Clinique interne; — Accouchements, maladies des femmes et des enfants; — Matière médicale et thérapeutique; — Pharmacie et notions de toxicologie.

Ces chaires sont confiées à huit professeurs titulaires.

Le nombre des professeurs adjoints de ladite École, est fixé à trois, qui seront attachés : A la chaire de clinique externe; — à la chaire d'anatomie et physiologie; — à la chaire de pharmacie et toxicologie.

Le nombre des professeurs suppléants est de quatre, qui seront attachés : Aux chaires de médecine proprement dite; — aux chaires de chirurgie et d'accouchements; — à la chaire d'anatomie et physiologie; — aux chaires de matière médicale, thérapeutique, pharmacie et toxicologie.

Il est également attaché à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Lille : Un chef des travaux anatomiques; — un prosecteur; — un préparateur de pharmacie et de toxicologie.

Société médico-pratique de Paris. — Prix. — Sur la demande de plusieurs concurrents anonymes, et vu l'importance de la question mise au concours par la Société : *Du mode d'action des principaux purgatifs employés en médecine, et des indications tirées de la spécialité d'action propre à chacun d'eux.* La Société médico-pratique de Paris a prorogé jusqu'au 31 décembre 1857, l'époque à laquelle le concours sera fermé sans remise. Le prix sera de 500 francs.

Les mémoires devront être adressés *franco* à M. Martin, agent de la Société, à l'hôtel de ville, ou à M. le docteur Perrin, secrétaire général, 9, rue Charlot.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE MORTS EN ORIENT.

Sommes nouvelles reçues par M. le professeur Paul Dubois, président de la commission :

MM. les docteurs Trèves, 10 fr.; Bréant, 20 fr.; Roustans, 10 fr.; Morris, trésorier de la Société impériale de médecine de Constantinople, 40 fr.; Fauvel, de Constantinople, 40 fr.; Carathéodory, id., 100 fr.; J. Sinapian, id., 23 fr.; Piccinio, id., 23 fr.; Bartoletti, id., 40 fr.; Leval, id., 50 fr.; Vincino, id., 20 fr.; Monzeri, id., 20 fr.; Spadaro, id., 20 fr.; Barozzi, id., 20 fr.; Marchand, id., 40 fr.; Salvatore, id., 20 fr.; Davond, id., 40 fr.; Maccarthy, id., 10 fr.; Castro, id., 20 fr.; Servicen, id., 40 fr.; Mozian, id., 5 fr.; Scampo, id., 20 fr.; B. Spadaro, id., 10 fr.; A. Spadaro, id., 10 fr.; Jennaro, id., 10 fr.; G. Carathéodory, id., 50 fr.; Mavrojeni, id., 20 fr.; Sarantio Archangeni, id., 100 fr.; F. Dessa Sudda, id., 50 fr.; G. Dessa Sudda, id., 25 fr.; Léon, id., 20 fr.; Pardo, id., 10 fr.; Satto, id., 20 fr.; Deval, de Riom, 20 fr.; Rougier, id., 5 fr.; Combaud père, id., 5 fr.; Aguilhon, id., 10 fr.; Sagnès, d'Aiguespesse, 5 fr.; Mancel, id., 5 fr.; Lagout, id., 5 fr.; Dubousset, de Montagnac, 5 fr.; Boutarel, de Pionsat, 3 fr.; André, id., 3 fr.

Docteur Grandclément pour seize docteurs en médecine de Clermont-Ferrand, 225 fr.; docteur Lambert, souscriptions recueillies dans le canton de Bourg-Théroude, 181 fr.; Godard, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles, 40 fr.; Cambay, médecin principal de 1re classe à l'hôpital militaire de Versailles, 15 fr.; Salleron, id., 15 fr.; Demortain, pharmacien de 2e classe, id., 15 fr.; Cutteloup, médecin-major de 1re classe, id., 10 fr.; Rossignol, id., 10 fr.; Worbes, médecin aide-major de 1re classe, id., 5 fr.; Contrejean, id., 5 fr.; Goupil, médecin aide-major de 2e classe, 5 fr.; Perrod, id., 5 fr.; Sallagnier, id., 5 fr.; Cornillon, pharmacien aide-major de 1re classe, 5 fr.; Besnier, id., 5 fr.

Total	1,561 fr.
Souscriptions précédentes	5,360 fr.
Total des souscriptions reçues jusqu'à ce jour par M. le baron Paul Dubois	6,921 fr.

Traité clinique et expérimental d'auscultation appliquée à l'étude des maladies du poumon et du cœur, par le docteur J.-H.-S. Beau, médecin de l'hôpital Cochin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. Un vol. in-8 de 650 pages. — Prix : 7 fr. 50 c.

Introduction à l'étude de Guy de Chauliac, par P.-M.-E. Cellarier, docteur en médecine, chirurgien chef-interne à l'hôpital St-Eloi, à Montpellier. Un vol. in-8 de 280 pages. — Prix : 5 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent chez J.-B. Baillière, libraire, 19, rue Hautefeuille.

De la syphilisation appliquée aux enfants, par W. Boeck, professeur à l'Université de Christiania, traduit de l'allemand par J.-A. Hagen, d.-m. — In-8, Paris, 1857, imprimerie Bailly

Influence des découvertes physiologiques et chimiques récentes sur la pathologie et la thérapeutique des organes digestifs, par les docteurs X. Delore, chef de la clinique chirurgicale, et A. Berne, chef de la clinique d'accouchements à Lyon. Ouvrage couronné par Société impériale de médecine de Lyon.) Paris, 1857, Victor Masson, libraire. — Prix : 3 fr. 50 c.

Séance solennelle de la rentrée des Facultés de Caen, le 15 novembre 1856. Discours prononcé par M. le docteur J. Le Cœur, professeur à l'École préparatoire de Caen. — In-8°, Caen, 1856, imprimerie de Bubour.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris — Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 152. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 18 Décembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

PARIS, LE 17 DÉCEMBRE 1856.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance publique et annuelle du 16 Décembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

Une affluence inusitée se presse dans tout l'espace non occupé par MM. les académiciens. Des places ont été réservées pour les dames, qui occupent en grand nombre l'intervalle qui sépare la tribune des banquettes.

A trois heures précises, les membres du bureau, en grand costume officiel, entrent en séance, et la parole est donnée à M. Depaul, secrétaire annuel, qui présente le rapport sur les prix de l'année 1856.

On remarquera, dans cette énumération, la distinction toute spéciale accordée au beau travail sur la vaccine de M. le docteur Bertillon, travail dont les lecteurs de l'UNION MÉDICALE ont eu les prémices.

PRIX DE 1856.

Prix de l'Académie. — L'Académie avait mis au concours la question suivante :

« Faire l'histoire des applications du *microscope* à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies ; signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

L'Académie accorde, à titre de *récompense*, une somme de 600 fr. à l'auteur du mémoire n° 1, M. le docteur Michel, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Strasbourg.

Elle accorde en outre, à titre d'*encouragement*, une somme de 400 fr. à l'auteur du mémoire n° 2, M. Luys (Jules), interne des hôpitaux civils de Paris.

Le prix n'ayant pas été obtenu, l'Académie croit devoir proposer la même question pour 1858.

Prix fondé par M. le baron Portal. — L'Académie avait proposé pour sujet de prix :

« De l'anatomie pathologique des kystes. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

L'Académie décerne le prix à l'auteur du mémoire n° 1, M. le docteur Bauchet (Louis), médecin à Paris, ancien interne des hôpitaux.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — La question mise au concours était la suivante :

« Établir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite. »

Ce prix était de la valeur de 2,000 fr.

L'Académie accorde, à titre d'*encouragement*, une somme de 500 fr. à l'auteur du mémoire n° 1, M. le docteur Martinet, médecin à Paris, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine, et elle propose la même question pour 1858.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — L'Académie avait mis au concours la question suivante :

« De la saignée dans la grossesse. »

Ce prix était de la valeur de 1,000 fr.

L'Académie accorde le prix à l'auteur du mémoire n° 4, M. le docteur Silbert (Paulin), médecin à Aix-en-Provence.

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — Ce prix, qui est sexennal, devait être décerné à l'auteur du perfectionnement le plus notable apporté aux moyens curatifs des rétrécissements du canal de l'urètre pendant la période de 1850 à 1856, ou subsidiairement à l'auteur du perfectionnement le plus important apporté durant ces six années au traitement des autres maladies des voies urinaires.

La valeur de ce prix est de 12,000 fr.

Vingt-et-un mémoires ont été envoyés à l'Académie ; la commission chargée d'en faire l'examen n'a pu encore en prendre une connaissance suffisante pour établir son jugement ; en conséquence, le prix ne pourra être décerné qu'en 1857.

PRIX ET MÉDAILLES ACCORDÉS A MM. LES MÉDECINS VACCINATEURS.

L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics a bien voulu accorder (pour le service de 1854) :

1° Un prix de 1,500 fr., partagé entre MM :

Bertillon, médecin à Montmorency (Seine-et-Oise), auteur d'un mémoire considérable souvent cité dans le rapport de cette année, travail tout à fait hors ligne, et que l'Académie est heureuse de pouvoir récompenser ;

Thore, médecin à Sceaux (Seine), auteur d'un travail fait avec le plus grand soin, et qui décèle un praticien des plus distingués ;

Voisin (B.), médecin au Mans (Sarthe), qui a communiqué à l'Académie les faits d'une longue pratique, faits recueillis avec une rare sagacité et un excellent esprit d'observation.

2° Des médailles d'or à :

M. Gintrac (Henri), médecin à Bordeaux (Gironde) pour la relation envoyée par lui à l'Académie, au sujet de l'épidémie de variole qui lui a permis de faire une curieuse épreuve de revaccination ;

M. Burquet, médecin à Rhodez (Aveyron), pour les intéressants détails qu'il a donnés sur l'épidémie qui s'était introduite dans le séminaire de philosophie et le petit séminaire de Saint-Pierre ;

M. Parmentier, officier de santé à Valence (Drôme), dont les travaux sur la vaccine datent de longues années, et dont les services ont été justement appréciés par M. le préfet de la Drôme ;

M. Renault, médecin à Alençon (Orne), pour le zèle qu'il ne cesse de montrer dans l'accomplissement de ses fonctions, et le grand nombre de vaccinations qu'il pratique chaque année.

3° Cent médailles d'argent aux vaccinateurs qui se sont fait remarquer, les uns par le grand nombre de vaccinations qu'ils ont pratiquées, les autres par des observations et des mémoires qu'ils ont transmis à l'Académie.

MÉDAILLES ACCORDÉES POUR MM. LES MÉDECINS DES ÉPIDÉMIES ET POUR MM. LES MÉDECINS-INSPECTEURS DES EAUX MINÉRALES.

L'Académie, chargée de faire annuellement un rapport général à l'autorité sur le service des épidémies et sur le service des eaux minérales, a décidé que, pour encourager le zèle des médecins, elle proposerait à M. le ministre de l'agriculture du commerce et des travaux publics, d'accorder des médailles à ceux qui auraient envoyé les meilleurs travaux, ou qui auraient apporté le plus d'exactitude dans l'accomplissement de leurs fonctions.

En conséquence, l'Académie a proposé et M. le ministre a bien voulu accorder, pour le service des épidémies de 1855 :

1° Des médailles d'argent à :

M. Hecquet (Anatole), médecin à Abbeville, pour son mémoire sur la rougeole épidémique observée en 1855 ;

M. Raimbert, médecin des épidémies et des hospices de Châteaudun, pour son rapport sur la constitution médicale et les maladies épidémiques qui ont régné à Châteaudun en 1855 ;

M. Étoc-Demazy, médecin des épidémies de l'arrondissement du Mans, pour ses rapports sur l'épidémie de dysentérie qui a régné au Mans en 1854, et dans plusieurs communes en 1855 ;

M. Degaille, médecin des épidémies de l'arrondissement de la Flèche, pour ses rapports sur l'épidémie de dysentérie de la Flèche en 1854, et sur l'épidémie de scarlatine qui a sévi en 1855 dans plusieurs communes de l'arrondissement ;

M. Pichenot, médecin des épidémies du canton de Liernan, pour son rapport sur une épidémie d'angine couenneuse qui a régné dans la commune de Censerey.

2° Des médailles de bronze à :

M. Victor Guillemin, médecin-adjoint des épidémies pour le canton de Thionville ;

M. Chapel (Louis), médecin des épidémies pour l'arrondissement de Saint-Malo, mémoire sur une épidémie de rougeole ;

M. Aguilhon, médecin des épidémies de l'arrondissement de Riom, rapport sur une épidémie de fièvre intermittente à forme typhoïde ;

M. Danvin, médecin des épidémies de l'arrondissement de Saint-Pol, rapports divers sur des épidémies d'oreillons, de diphthérite, de scarlatine et de fièvre typhoïde ;

M. Martin-Duclaux, rapports sur les épidémies de fièvre muqueuse, de variole, de rougeole et de coqueluche, qui ont régné, en 1855, dans l'arrondissement de Villefranche (Haute-Garonne).

L'Académie propose en outre à M. le ministre d'honorer d'une mention particulière avec rappel de médailles obtenues antérieurement ;

M. Lecadre, médecin des épidémies de l'arrondissement du Havre ;

M. Jacquez, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lure ;

M. Poulet, docteur en médecine à Plancher-les-Mines ;

MM. Vingtrinier et Duclos, médecins des épidémies de l'arrondissement de Rouen.

Enfin, l'Académie accorde une mention honorable à MM. les docteurs médecins des épidémies :

Alexandre, d'Amiens ;
Billot, de Poligny ;
Castel, de l'île d'Oléron ;
Danson, de Béthune ;
Dehée, d'Arras ;
Laroche, d'Angers ;
Lemonnyer, de Vigy,

dont les rapports ont paru dignes d'être signalés.

L'ACADÉMIE A PROPOSÉ EN OUTRE, ET M. LE MINISTRE A BIEN VOULU ACCORDER, POUR LE SERVICE DES EAUX MINÉRALES EN 1855 :

1° Des médailles d'argent à :

M. Haime, collaborateur de M. le docteur Petit, pour le mémoire sur la matière organique des eaux de Vichy ;

M. Herpin (de Metz), qui, le premier en France, a fait connaître les bains et douches d'*acide carbonique*, très employés en Allemagne, et qui a publié un ouvrage ayant pour titre : *Études médicales, scientifiques et statistiques sur les principales sources d'eaux minérales de France, d'Angleterre et d'Allemagne* ;

M. Gerdy (Vulfrand), médecin-inspecteur à Uriage, auteur d'un mémoire sur les affections scrofuleuses, annexé au rapport de 1854 ;

M. Bernard, médecin-inspecteur-adjoint à Uriage, pour le mémoire annexé au rapport de 1854, relatif aux maladies consignées dans ce rapport ;

M. Buissart, médecin-inspecteur à Lamotte-les-Bains, dont les rapports annuels sont rédigés avec le plus grand soin, et envoyés très exactement.

2° Rappel de médailles d'argent avec mentions honorables :

M. Dufraisse de Chassaigne, dont le rapport offre l'analyse de tous les cas observés par lui, s'élevant à 433, et d'après un classement très méthodique ;

M. Petit (Charles), auteur d'un bon mémoire sur la matière organique des eaux de Vichy.

3° Des médailles de bronze à :

M. Barrié père, inspecteur à Bagnères-de-Luchon, dont les rapports sont envoyés exactement et très bien rédigés ;

M. Privat, inspecteur à la Malou, rapports bien rédigés et envoyés très exactement ;

M. Gaudet, inspecteur à Dieppe, pour son rapport de cette année ;

M. Chapelain, inspecteur à Luxeuil, mémoire sur l'eau ferrugineuse de Luxeuil, rapports annuels bien rédigés et envoyés exactement ;

M. Pouget, inspecteur à Royan, mémoire sur les bains d'eau de mer ;

M. Artigala, architecte à Tarbes, mémoire sur la construction des établissements thermaux.

4° Des mentions honorables à :

M. Tellier, inspecteur à Bourbon-Lancy, rapports envoyés très exactement ;

M. Calvet, inspecteur à Sylvanès et Camarès, rapports envoyés très exactement ;

M. Reboulle, inspecteur-adjoint à Bourbon-Lancy, rapport de 1854, renfermant un bon résumé de toutes les maladies observées ;

M. Chevallier, médecin-inspecteur à Provins, mémoire sur les modifications introduites dans le puisement, etc., des eaux de Provins.

Après le rapport de M. Depaul, qui a reçu les applaudissements de l'assemblée, M. le Président donne lecture du programme des prix pour 1857 et 1858.

PRIX PROPOSÉS POUR 1857.

Prix de l'Académie. — « Déterminer par des faits cliniques le degré d'utilité des exutoires permanents dans le traitement des maladies chroniques. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — « Exposer les altérations organiques produites par l'affection rhumatismale, et déterminer les caractères à l'aide desquels elles peuvent être distinguées des altérations dues à d'autres causes. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — « Du vertige nerveux. »

Tracer avec soin le diagnostic différentiel du vertige nerveux, signaler les caractères qui le distinguent des vertiges produits par la pléthore, par l'anémie, et par une lésion organique cérébrale, et indiquer le traitement particulier qu'il réclame.

Ce prix sera de la valeur de 1,500 fr.

Prix fondés par M. le docteur Capuron. — 1° *Question relative à l'art des accouchements :* La question des *morts subites dans l'état puerpéral*, proposée pour 1855, est remise au concours pour l'année 1857. L'Académie fera remarquer aux concurrents que, depuis longtemps, on a observé des cas de mort subite chez les femmes enceintes, en travail ou accouchées, sans que ces cas de mort aient pu s'expliquer par les causes ordinaires et appréciables des morts subites.

Ce sont ces cas encore inexpliqués que l'Académie avait en vue quand elle a proposé la question des *morts subites dans l'état puerpéral*, et c'est dans ce sens exclusivement qu'elle désire que la question soit traitée.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

2° *Question relative aux eaux minérales :* Caractériser les eaux minérales *salines*, indiquer les sources qui peuvent être rangées dans cette classe ; déterminer, par l'observation médicale, leurs effets physiologiques et thérapeutiques, et préciser les cas de leur application dans les maladies chroniques.

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Lefevre. — « De la mélancolie. »

Ce prix, qui est triennal, sera de la valeur de 1,800 fr.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — Ce prix, qui est annuel et de la valeur de 3,000 fr., sera décerné à celui qui découvrira des moyens complets de guérison pour des maladies reconnues le plus souvent incurables jusqu'à présent, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra-morbus, etc., etc. (*Extrait du testament.*)

Prix fondé par M. le marquis d'Argenteuil. — (Voir plus haut les conditions requises.)

PRIX PROPOSÉS POUR 1858.

Prix de l'Académie. — La question déjà proposée pour 1856 est de nouveau mise au concours ; elle est conçue en ces termes : « Faire l'histoire des applications du microscope à l'étude de l'anatomie pathologique, au diagnostic et au traitement des maladies, signaler les services que cet instrument peut avoir rendus à la médecine, faire pressentir ceux qu'il peut rendre encore, et prémunir contre les erreurs auxquelles il pourrait entraîner. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Portal. — De l'anatomie pathologique des kystes de l'ovaire et de ses conséquences pour le diagnostic et le traitement de ces affections. »

Ce prix sera de la valeur de 600 fr.

Prix fondé par madame Bernard de Civrieux. — L'Académie met de nouveau au concours la question suivante : « Établir par des faits les différences qui existent entre la névralgie et la névrite ; mais elle recommande aux concurrents non seulement de s'enquérir de tous les faits déjà observés, mais encore de s'aider des expériences qui pourraient être faites en ce qui concerne l'inflammation des nerfs, afin de faire mieux connaître les caractères différentiels de la névrite. »

Ce prix sera de 1,500 fr.

Prix fondé par M. le docteur Capuron. — « De la mort de l'enfant pendant le travail de l'accouchement. »

Ce prix sera de la valeur de 1,000 fr.

Prix fondé par M. le docteur Itard. — Ce prix, qui est triennal, sera accordé à l'auteur du meilleur livre ou mémoire de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée.

Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il sera de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

Ce prix sera de la valeur de 3,000 fr.

Prix fondé par M. le baron Barbier. — (Voir plus haut les conditions posées par le testateur.)

Les mémoires pour les prix à décerner en 1857 devront être envoyés à l'Académie avant le 1er mars de la même année.

N. B. Tout concurrent qui se sera fait connaître directement ou indi-

rectement sera, par ce seul fait, exclu du concours. *(Décision de l'Académie* du 1er septembre 1838.)

Les concurrents aux prix fondés par MM. Itard, d'Argenteuil et Barbier, seuls exceptés de ces dispositions.

La parole est donnée à M. Dubois (d'Amiens), secrétaire perpétuel, qui prononce l'*Éloge* de M. Roux.

Ce discours, que nous sommes heureux de pouvoir placer sous les yeux de nos lecteurs, a été plusieurs fois interrompu par les marques de satisfaction de l'assemblée, et s'est terminé au bruit des applaudissements unanimes.

ÉLOGE DE M. ROUX.

Le 6 avril 1769, le secrétaire perpétuel de l'Académie royale de chirurgie alla prononcer, en séance annuelle publique, l'éloge de Claude-Nicolas Lecat, célèbre chirurgien de Rouen.

L'assistance était nombreuse, animée de sentiments divers. Dans un mémorable exorde, Louis crut devoir montrer quels étaient ses devoirs, ce qu'il pouvait craindre du présent, ce qu'il devait espérer de l'avenir.

« S'il est juste, dit-il, de rendre après la mort, aux membres des compagnies savantes, le tribut de louanges qu'exige la célébrité dont ils ont joui, il est quelquefois très embarrassant, pour celui qui en est chargé par devoir, de satisfaire également aux égards que méritent sa compagnie, le public et la vérité.

» Mais, ajoutait Louis, il ne faut pas perdre de vue que les éloges de nos confrères sont destinés à faire partie de l'histoire de l'Académie, et qu'elle doit être lue en des temps éloignés, où l'amitié et toutes les considérations qui préviennent diversement les contemporains n'auront plus la moindre influence. »

Ces réflexions, Messieurs, si justes et si vraies, auraient pu certainement me préoccuper moi-même aujourd'hui que j'ai à prononcer, devant ses anciens émules, ses amis et ses élèves, l'éloge d'un chirurgien bien autrement célèbre; aujourd'hui, que j'ai à mesurer mon langage dans la critique et la louange d'un maître si vivement regretté et si digne de l'être; aujourd'hui, enfin, que j'ai à vous parler d'un des plus ingénieux et des plus hardis praticiens de notre époque, de Philibert-Joseph Roux, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut, titulaire de l'Académie de médecine, et chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Peut-être aurais-je pu aussi me dire, sans trop de présomption, que cette impartiale notice, placée en tête d'un des volumes de vos Mémoires, et, grâce à cette savante escorte, disputée à l'oubli, devra être lue en ces temps éloignés dont parle l'historien de l'Académie royale de chirurgie; mais j'ai plus de confiance dans notre temps et dans cet amour de la science qui nous anime tous. Je n'irai donc point en appeler à une autre époque; je parlerai devant vous et pour vous, Messieurs, avec la même liberté que si je m'adressais à la postérité la plus lointaine. Ne disant rien que de vrai, n'omettant rien de ce qui pourra faire honneur à la mémoire de M. Roux, et bien que, dans une autre enceinte, une voix justement applaudie m'ait rendu cette tâche bien difficile, je vais, à mon tour, essayer de vous le montrer tel que vous l'avez connu : doué des plus riches et des plus séduisantes facultés, opérateur habile et consommé, esprit vif, orné, loyal; avouant ses erreurs et ses revers avec autant d'empressement, j'allais dire avec autant de satisfaction, que ses succès et ses triomphes; caractère noble, généreux et conciliant, homme de goût et de mœurs élégantes; amoureux de la gloire, la poursuivant et la cherchant encore quand elle était venue, vieillissant dans une longue jeunesse, et conservant de cet heureux âge toutes les qualités et tous les défauts; succombant enfin au moment où, rassemblant ses souvenirs, il avait commencé le véridique inventaire d'une vie longtemps facile et heureuse, quelquefois trop active, mais toujours digne et honnête.

M. Roux naquit à Auxerre, le 26 avril 1780. Son père, maître en chirurgie, jouissait dans cette ville d'une considération méritée; grâce à de longs services, il y avait obtenu la place de chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu et de l'école militaire.

Cette école, justement célèbre, était dirigée par des religieux de l'ordre savant et éclairé de Saint-Benoît; le jeune Philibert y fut admis, et c'est là qu'il suivit les leçons du futur secrétaire perpétuel de l'Institut d'Égypte et de l'Académie des sciences, de Joseph Fourrier.

Philibert était un écolier fort dissipé, mais d'une humeur si franche et si ouverte qu'elle lui gagnait tous les cœurs, sauf cependant celui de son père, qui n'augurait rien de bon d'un enfant aussi léger et aussi volage : une mère eût été plus indulgente, mais notre écolier avait perdu la sienne de fort bonne heure.

La révolution s'était fait sentir à Auxerre comme partout; l'école militaire y était devenue un collége national; les élèves n'en continuaient pas moins d'y suivre les leçons de Fourrier, leur jeune et savant professeur qui, n'ayant point prononcé de vœux, n'avait eu qu'à déposer l'habit de Saint-Benoît pour rentrer dans l'ordre laïque; sa retraite eût été, dans ces temps de désorganisation, une véritable calamité; il suffisait à tout; on le vit enseigner successivement les mathématiques, la philosophie, la rhétorique et l'histoire générale.

Quant à notre futur collègue, s'il continuait à se distinguer, ce n'était guère que par la vivacité de son esprit et par une ardeur sans égale pour les jeux de son âge; grâce cependant à la plus heureuse facilité, il se maintenait presque toujours au premier rang parmi ses condisciples, mais son père n'en était pas plus satisfait; il ne pouvait croire que des succès obtenus ainsi sans efforts et presque sans travail fussent de bon aloi et durables; aussi, se croyant en face d'une éducation complétement manquée, il crut devoir renoncer à l'idée qu'il avait toujours eue de faire de son fils un ingénieur des ponts-et-chaussées, et obligé, à son grand regret, de se rabattre sur sa propre profession, il résolut du moins d'en faire un bon et utile chirurgien, comme il l'était lui-même. Pour l'initier aux premières notions de son art, il lui fit suivre ses visites à l'Hôtel-Dieu, et il l'exerçait chaque jour à ce qu'on appelle les petites opérations de la chirurgie.

M. Roux ne montrait pas plus d'application pour les études chirurgicales qu'il n'en avait montré dans ses études littéraires, ce qui ne l'empêchait pas non plus de faire de remarquables progrès; seulement, cette vie paisible et monotone de petite ville lui était odieuse, le goût des voyages commençait à le tourmenter. Jeune, sans expérience, avide d'émotions, il saisit la première occasion qui s'offrit à lui de voir d'autres pays, non pas, comme il le fit plus tard, en montant dans une somptueuse chaise de poste et semant l'argent le long des routes, mais tout simplement en prenant une commission d'officier de santé de 3e classe, et en se mettant le sac sur le dos.

C'est ce qu'il fit avec la résolution et la gaîté du jeune âge, vers la fin de 1796. Ce commencement de carrière militaire ne fut, du reste, ni bien sérieux, ni bien long. Dirigé sur Andernach, puis sur Aix-la-Chapelle, il fut congédié après dix-huit mois de service. Se trouvant ainsi libéré, comme un vieux serviteur, par suite du traité de Campo-Formio, il dut regagner ses foyers : il comptait y retrouver ses joyeux amis et ses deux loisirs, mais un Dieu inexorable veillait à ses foyers domestiques : c'était son père, rigide vieillard, qui, après quelques jours de repos, lui enjoignit de prendre la route de Paris et d'aller enfin y faire des études plus sérieuses que par le passé.

Pratiquer des saignées et faire quelques pansements, c'était à peu près à cela que se réduisait toute l'instruction que M. Roux avait acquise à l'hôpital d'Auxerre; tout était donc à reprendre pour lui, et, avant tout, l'anatomie, qui, alors comme aujourd'hui, était en grande faveur à l'école de Paris. C'est à cette étude qu'il dut consacrer les premières années de son séjour à Paris; il s'y livra tout entier, et cette fois avec d'autant plus de zèle et de succès, que le jeune maître auquel il s'était attaché n'était pas seulement un habile anatomiste, mais un des plus grands physiologistes que la France ait produits : c'était Bichat, qui, dans les débris de l'organisation et jusque dans le mécanisme de la mort, si l'on peut ainsi s'exprimer, cherchait à pénétrer les mystères de la vie.

Bichat avait à peine 26 ans; il n'appartenait pas officiellement à l'École de Paris, et déjà il la remplit tout entière, elle semble ne vivre que de son souffle; il en est comme le chef et le fondateur. Qu'importe que son nom n'ait point figuré sur ses programmes? que sa parole n'ait jamais fait retentir les voûtes de son amphithéâtre? Il a été le maître des maîtres; tous ceux dont j'ai eu ici à prononcer les éloges se sont fait honneur d'avoir vu ce glorieux jeune homme et d'avoir suivi ses leçons; c'est qu'il y avait en lui de quoi plaire à tous : aux hommes d'imagination, il exposait ses théories générales; aux esprits rigoureux et sévères, ses expériences et ses descriptions d'organes.

M. Roux, plein des souvenirs de cette mémorable époque, a su plus tard en tracer un admirable et fidèle tableau. Je viens de dire que l'École de Paris cultivait avant tout l'anatomie, mais c'était plutôt en vue des opérations chirurgicales que pour éclairer la physiologie. L'art des Ruysh et des Malpighi était à peu près oublié : Bichat se montre et tout prend un autre aspect, une autre direction; Bichat est vitaliste. Son esprit, dit M. Roux, se serait révolté à la pensée de cet organicisme moderne qui considère la vie, non comme une puissance primordiale et distincte, mais comme un simple résultat de l'organisation. Pour lui, le principe de la vie, loin de procéder de l'organisation, la régit et la gouverne. Bichat, dans son langage figuré, va plus loin, il personnifie la mort elle-même : c'est une puissance avec laquelle l'âme soutient une lutte, et cette lutte éphémère c'est la vie! N'est-ce point là, en d'autres termes, ce qu'à dit Pascal? N'est-ce point cette résistance du roseau pensant contre les forces extérieures de la nature? Quant à cette lumineuse distinction établie par Bichat entre les phénomènes, ou plutôt entre les fonctions de la vie, elle n'était que le péristile d'un monument bien autrement considérable, et déjà cependant elle dominait toute la science.

M. Roux nous apprend quelle part il lui a été donné de prendre à la composition de l'anatomie générale. Ce devait être, dit-il, le plus beau monument que Bichat allait élever à la science, son plus beau titre à la renommée, comme aussi celui qui lui survivra éternellement; et cependant, par un de ces heureux privilèges qui n'appartiennent qu'au génie, ces pages immortelles il les avait presque toutes improvisées; ses deux élèves, Buisson et M. Roux, en avaient rédigé une partie sous forme de leçons et au jour le jour. Telle a été, ajoute modestement M. Roux, l'origine de ces quelques pages de l'anatomie générale, très probablement les moins bonnes pour le style et pour la coordination des idées.

Mais cette brillante existence devait prématurément s'éteindre. Bichat, mort à 31 ans, avait à peine indiqué la route qu'il devait parcourir; M. Roux se demande comment il eût poursuivi une carrière si glorieusement commencée; l'eût-il rendue plus éclatante encore, si c'eût été sa destinée que sa vie se prolongeât? Répondons avec lui : C'est là le secret de la providence.

Quoi qu'il en soit, Bichat n'était plus. Quelle direction allaient prendre ses deux élèves? Pleins de son esprit, nourris de ses doctrines, allaient-ils continuer son enseignement, poursuivre ses travaux? Pour Buisson, la mort vint trancher la question. Enlevé plus prématurément encore que son jeune maître, il n'avait pas même terminé cette partie de l'anatomie descriptive qui lui avait été confiée. C'était donc à M. Roux que revenait de droit cet héritage scientifique. Mais si, vers la fin de 1803, il publia le dernier volume de l'*Anatomie descriptive*, déjà, en 1802, c'est-à-dire l'année même de la mort de Bichat, il s'était tourné vers la chirurgie. Le cours qu'il se mit à professer dans l'amphithéâtre même de Bichat, était un cours d'opérations. Bientôt il donna une nouvelle édition du *Traité des maladies des voies urinaires*, puis, coup sur coup, il parut dans plusieurs concours de chirurgie avec un remarquable éclat.

Ainsi, M. Roux, élève de Bichat, et qu'on devait considérer comme son successeur, fit précisément le contraire de ce qu'avait fait son maître.

Bichat avait commencé par la chirurgie; ses premiers maîtres avaient été Marc-Antoine Petit et Desault, son premier cours un cours d'opérations, ses premières publications des leçons et des mémoires de chirurgie. Mais bientôt ce beau génie se transforme, il se livre tout entier aux études physiologiques, et, dans cette nouvelle carrière il acquiert rapidement une gloire impérissable. M. Roux, au contraire, venait à peine de fermer les yeux de son maître qu'il abandonne toute étude physiologique pour ne plus s'occuper que de chirurgie.

Si Desault eût vécu plus longtemps, a dit quelque part M. Roux, il est très vraisemblable que Bichat se serait mû à toujours dans l'orbite de ce maître chéri, et qu'il aurait pu laisser après lui la renommée d'un grand chirurgien au lieu de celle d'un célèbre physiologiste; peut-être pourrait-on également dire de M. Roux que si Bichat eût vécu plus longtemps, il ne serait pas sorti non plus de l'orbite tracée par son maître. Mais, enfin, puisqu'au lieu de s'être illustré comme physiologiste, il a laissé après lui la renommée d'un grand chirurgien, nous devons maintenant le suivre dans cette autre sphère et voir comment il est arrivé à cette célébrité.

La carrière des concours était alors, comme aujourd'hui, ouverte à tous les jeunes talents. M. Roux venait à peine d'y entrer et déjà il allait se trouver en face d'un jeune homme que dévorait une vaste ambition, de celui qui devait être le plus redoutable et le plus constant de ses adversaires, de celui qu'il devait désormais rencontrer à chaque pas, qui, partout et toujours, serait là pour lui barrer le passage, qui allait peser ainsi sur toute sa destinée, jusqu'au moment où, enlevé par une mort prématurée, il lui laisserait, comme un dernier fardeau, sa propre et écrasante succession.

On pense bien que c'est de Dupuytren que nous voulons parler. Pour la première fois, ces deux émules allaient se rencontrer. Dupuytren était de trois ans plus âgé que M. Roux, mais déjà que de différences entre ces deux jeunes hommes, dont l'un avait 22 ans et l'autre 25!

Nous avons vu avec quelle facilité, avec quelle insouciance M. Roux avait passé les premières années de sa jeunesse : combien avait été léger pour lui le fardeau de la vie. Son père avait bien pu sans doute lui imposer quelque économie et borner ses dépenses; mais ce jeune homme n'avait jamais été aux prises avec l'infortune; il n'avait point reçu les sévères et fortifiantes leçons de l'adversité! Dupuytren, au contraire, né dans une petite ville de la Haute-Vienne, ne doit sa première éducation qu'à la générosité d'une famille étrangère. Plus tard, il est obligé de partager, avec un condisciple, une modeste chambre que meublent un pauvre lit, une table et trois chaises. C'est là que ce sérieux jeune homme inaugure ses longues études. Le sort ne lui accorde point ce bienfait des dieux, l'amitié d'un grand homme. Et qui sait s'il aurait accepté? C'est aux premières places qu'il se sent lui-même destiné et que déjà il aspire; lui qui, dans le champ de la science, n'a encore fait aucune conquête, lui qui n'aura point de Rubicon à traverser, il ose dire à ses camarades qu'il ne voudrait pas être le second dans Rome. Et qu'était-ce pour lui que Rome? C'était ce sceptre de la chirurgie qu'il voyait en perspective et sur lequel déjà il aurait voulu porter la main.

Tel était l'adversaire avec lequel M. Roux allait se mesurer. Le prix du concours était la place de chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu.

La victoire fut longtemps disputée. M. Roux, dans les épreuves orales et surtout dans les improvisations, se montrait supérieur à son adversaire; déjà il avait cette richesse, cette abondance d'expressions qui le faisait courir, s'écarter, revenir et puis dépasser le but sans jamais pouvoir s'y maintenir. Dupuytren, sobre de paroles, mais plus méthodique et plus rigoureux, avait l'avantage dans les épreuves où le raisonnement et l'appréciation des faits sont de préférence requis : Dupuytren fut déclaré vainqueur, et il monta sur cette grande scène de l'Hôtel-Dieu où il devait acquérir une si haute renommée.

M. Roux, cependant, avait fait preuve d'un si beau talent et de connaissances si étendues, qu'à peu de temps de là il fut désigné, par M. Frochot, préfet de la Seine, pour remplir les fonctions de chirurgien en chef adjoint de l'hôpital Beaujon.

Ce modeste établissement, situé loin du quartier Latin et du tumulte des Écoles, semblait destiné à recevoir ceux qui, sortis tout froissés de leurs conflits avec Dupuytren, avaient besoin, pour se remettre, de paix et de silence; M. Roux alla donc passer quelques années dans cette paisible retraite. Plus tard, le bon Marjolin, nommé chirurgien en second de l'Hôtel-Dieu, dut également aller dans cet asile chercher des malades à traiter, des élèves à instruire, et surtout des témoignages d'affection et de bienveillance; toutes choses qui lui auraient été refusées près d'un chef qui, non seulement ne pouvait pas souffrir d'égal, mais qui ne voulait pas même qu'un second le suivît de trop près.

Quelques années d'une vie peu active se passèrent donc ainsi pour M. Roux qui dut en frémir d'impatience, lorsque, en 1810, il fut assez heureux pour entrer dans la famille d'un grand chirurgien; M. Boyer lui accorda sa fille, et obtint pour son gendre la place de chirurgien en second de la Charité.

Sous la direction d'un maître tel que Boyer, M. Roux aurait pu acquérir ce qui lui manquait, il aurait pu devenir à la fois un habile et un sage chirurgien, mais pour un génie aussi aventureux et aussi entreprenant que le sien, ce ne pouvait être qu'une contrainte perpétuelle. Boyer était son chef, les règlements le voulaient ainsi; M. Roux devait lui-même finir par reconnaître la nécessité et la sagesse de cette subordination; il a dit plus tard en fort bons termes, que c'était une autorité salutaire qui au besoin pouvait contenir la trop vive ardeur des jeunes chirurgiens, et cette hardiesse trop grande qui naît trop facilement d'une trop grande indépendance. Mais dans les premières années de son adjonction à Boyer, loin de reconnaître et de bénir ce frein salutaire, il luttait chaque jour et déplorait ce qu'il appelait ses entraves.

C'était, du reste, une étrange opposition entre ces deux caractères et ces deux genres de talent : l'imagination, le génie inventif et inquiet semblait perpétuellement aux prises avec la circonspection, la sagesse et le bon sens; M. Roux avait quelque chose de vaillant, de généreux et de chevaleresque; M. Boyer quelque chose de prosaïque, de railleur, mais de profondément sensé; nous étions tous témoins de ces luttes intestines; les jeunes gens se déclaraient pour M. Roux, les hommes d'un âge mûr étaient plutôt pour M. Boyer; il semblait aux premiers que M. Roux était en chirurgie l'image de l'avenir, et que M. Boyer représentait le passé. M. Boyer trouvait, en effet, que la chirurgie était arrivée à son plus haut degré de perfection, que l'Académie royale de chirurgie y avait mis la dernière main, et qu'il n'y avait plus rien à ajouter; M. Roux s'écriait, au contraire : « Non, l'édifice de la science n'est pas encore achevé; non, l'art n'a point encore atteint ses dernières limites! »

Conviction généreuse et séduisante qui devait lui concilier tous les hommes d'avenir; aussi finit-il par l'emporter. Triste et résigné, M. Boyer lui laissa le champ libre.

Quel usage M. Roux fit-il de cette indépendance? En quoi et comment a-t-il agrandi le domaine de la science? Jusqu'où a-t-il reculé les limites de l'art? C'est là ce que nous allons examiner.

Le décès de Sabatier, survenu en 1811, venait de laisser vacante la chaire de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris; la lice s'ouvrit de nouveau : Dupuytren et M. Roux se retrouvèrent en présence; M. Roux se montra brillant, Dupuytren profond; l'ancien élève des Bénédictins eut un avantage marqué sur son compétiteur dans la composition latine; on retrouve toujours les fruits de l'éducation littéraire; quand les humanités ont été imparfaites ou manquées, on ne peut les réparer, on demeure à jamais incomplet. Cependant Dupuytren fut de nouveau déclaré vainqueur, et il lui fut donné d'occuper la chaire de Sabatier.

Ce n'était plus, du reste, qu'une question de temps pour M. Roux, sa place était marquée dans le haut enseignement. En 1816, la mort de Petit-Radel et d'Alphonse Leroy avait laissé libres deux autres chaires. Par suite de permutations, celle de pathologie externe fut déclarée vacante; mais le concours était supprimé. La Faculté dut faire une présentation, ce fut le classique et populaire Marjolin qui fut porté en première ligne, M. Roux n'arriva qu'en seconde. Enfin, le 10 février 1820, justice fut rendue à M. Roux : Percy avait donné volontairement et très à point sa démission, M. Roux fut présenté en première ligne, et le 4 mars suivant, sa nomination fut approuvée.

Mais ce n'était pas seulement dans l'enseignement que devait briller M. Roux, il devait aussi tenir un rang distingué dans les corps savants. Vers la fin de cette même année 1820, il avait été compris dans les premières nominations de l'Académie royale de médecine, il en devint un des membres les plus assidus et les plus actifs. L'Académie était alors divisée en trois grandes sections; M. Roux remplit, en 1825, les fonctions de secrétaire de la section de chirurgie; en 1827, il en fut le vice-président; en 1828, il fut porté au fauteuil de la présidence.

M. Roux, cependant, ne pouvait s'en tenir là; l'Institut a, dans la classe des sciences, une section de médecine et de chirurgie. M. Roux devait naturellement aspirer à occuper un de ces fauteuils : en 1820, une place était devenue vacante par suite du décès de Percy; M. Roux s'était mis au nombre des candidats; ses titres étaient nombreux, mais son éternel adversaire, Dupuytren, s'était également mis sur les rangs; l'issue ne pouvait être douteuse : Dupuytren fut nommé à une imposante majorité. En 1829, une nouvelle vacance est déclarée dans la section; cette fois, une grande gloire militaire, Larrey, vient disputer cet honneur à M. Roux; M. Roux balance un moment les suffrages; cinq voix seulement décident en faveur de Larrey; enfin, à la mort de M. Boyer, en 1833, M. Roux est nommé au premier tour de scrutin.

Le voilà donc en possession de ces quatre joyaux tant désirés : il est membre de l'Institut, il est titulaire de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté, et chirurgien en chef d'un grand hôpital; qu'a-t-il fait jusque-là, que va-t-il faire pour mériter toutes ces distinctions? En quoi a-t-il servi la science, et, nous devons aussi le demander, puisqu'il s'agit d'un chirurgien, en quoi a-t-il été utile à l'humanité?

Celui qui, jour par jour, voudrait raconter la vie d'un grand chirurgien, qui voudrait exposer tout ce qu'il a fait dans le cours d'une longue et laborieuse carrière, pourrait se dire comme l'historien latin : *Opus aggreditur opimum casibus.* Mais il faut le reconnaître, M. Roux, autant qu'il était en lui, a rendu cette tâche facile pour tous ceux qui s'occuperont de ses travaux; il s'était fait lui-même son propre historien, sa vie tout entière s'est passée dans l'éternel récit de ce qu'il avait fait; ses mécomptes eux-mêmes n'étaient point déguisés, c'était comme autant de drames qui servaient à orner ses narrations, ce qui ne l'empêchait pas d'insister, et avec raison, sur les faits qui pouvaient lui faire le plus d'honneur; ainsi, la première place était réservée à ceux qui se trouvent compris dans ce qu'on a nommé la chirurgie *réparatrice*.

Cette chirurgie réparatrice a été, il faut le dire, le triomphe de M. Roux, c'est dans cet ordre de faits qu'il a pu montrer toutes les ressources, toute l'étendue et toute la souplesse de son talent; il y mettait un art infini, et souvent les plus beaux résultats couronnaient ses efforts.

Les ruines d'une maison se peuvent réparer, a dit le fabuliste :

> Que n'est cet avantage
> Pour les ruines du visage!

Eh bien, Messieurs, grâce à son génie inventif, à sa merveilleuse adresse, M. Roux a su plus d'une fois procurer cet avantage, il a su réparer d'affreuses ruines du visage, non celles, sans doute,

> Qui sont des ans l'irréparable outrage,

mais les ruines bien plus profondes et bien plus hideuses, qui sont produites par des lésions accidentelles, par des mutilations, ou celles qu'apportent en naissant quelques êtres déshérités.

Cet édifice humain, si longuement et si merveilleusement organisé dans le sein de la mère, peut arriver au monde inachevé, imparfait, ou même déformé; il semble, en certains cas, que la nature s'est trouvée en

retard, et qu'elle s'est ainsi laissé aller à ce qu'on nomme des *arrêts de développement* ; d'autres fois, il semble qu'elle a précipité son travail, poussé trop loin son œuvre, et commis des *excès de développement*. De là autant de difformités que l'art peut être appelé à réparer. Mais pour combler ces vides, pour refaire ces muraille vivantes, où prendre des matériaux? De quel ciment se servir pour les faire adhérer et comment y entretenir la vie? C'est ici que doit se montrer, et dans tout son éclat, le génie chirurgical; il intervient dans l'œuvre du Créateur et travaille, en quelque sorte, de compte à demi avec la nature; mais, d'un autre côté, quel courage, quelle patience ne faut-il pas chez les pauvres malades pour supporter ces longues, ces sanglantes et douloureuses manœuvres? J'en veux citer un seul exemple pris, bien entendu, dans la pratique de M. Roux :

Une jeune fille, à peine âgée de 21 ans, était venue réclamer ses soins; elle avait au côté gauche de la face une large et hideuse ouverture qui venait se confondre avec la bouche ; on voyait à nu des portions osseuses, et comme, de ce côté, la mâchoire était privée de dents, la langue, mal contenue, faisait saillie hors de la bouche et ajoutait à cette difformité. Il ne fallut pas moins d'une année pour réparer cet affreux désordre, et sept fois on dut recourir à de nouvelles opérations; c'était la malade qui, à chaque fois, suppliait M. Roux de se remettre à tailler d'autres lambeaux dans les parties voisines. Douée d'un courage surhumain, d'un courage de femme! cette pauvre malade, loin d'hésiter, se montrait, à chaque nouvelle tentative, plus résolue et plus résignée ; après cinq opérations, cependant, elle se trouvait à peu près comme au premier jour ; et ici on ne sait ce qu'on doit le plus admirer ou de l'inébranlable fermeté de la patiente, ou de l'ingénieuse persévérance de l'opérateur; enfin celui-ci fut assez bien inspiré pour imaginer un procédé qui lui permit tout à la fois de refaire une portion de la joue et du nez ; les lambeaux, cette fois, demeurèrent en place : le plus difficile était fait ; la septième opération n'eut d'autre but que de rattacher une partie de la lèvre supérieure au bord de la joue reconstituée.

La pauvre fille fut enfin payée de sa constance et de ses peines; quelques cicatrices sillonnaient encore sa joue, mais elle pouvait du moins rentrer dans la société et ne plus y être un objet de dégoût et d'horreur, ceci lui suffisait, et je dirai que, arrivée à ce point, elle montra plus de sagesse et de raison que son opérateur ; celui-ci, qui ne voyait dans tout cela qu'un véritable travail d'art, aurait voulu atteindre un plus haut degré de perfection ; il soutenait que, en pratiquant du côté gauche une nouvelle incision, il pourrait donner plus de régularité et de symétrie à la bouche ; j'avais le désir, a-t-il écrit depuis, de compléter l'œuvre qui m'avait occupé si longtemps. La malade s'y refusa ; elle avait voulu, disait-elle, ne plus être un objet de pitié et de dégoût, elle ne céderait pas à un mouvement de coquetterie.

Quelques détails, donnés par M. Roux lui-même, montrent, du reste, que le cœur de cette jeune fille était à la hauteur de son caractère. Durant le long séjour, dit-il, qu'elle fit à l'hôpital, elle avait conçu pour l'une de ses compagnes de malheur la plus tendre affection, et elle s'était imposé le pieux devoir de lui venir plus tard en aide, en partageant avec elle le produit de son travail : fidèle à l'engagement que son âme compatissante lui avait fait prendre, on la vit, en effet, pourvoir aux besoins de la jeune femme, à laquelle elle s'était attachée uniquement, parce qu'elle avait cru voir qu'elle était plus infortunée qu'elle-même.

Mais ceci devient une digression : ne quittons pas la pratique de M. Roux. J'ai dit tout à l'heure que, dans cette merveilleuse construction de l'édifice humain, la nature semblait parfois avoir manqué de temps pour achever certaines parties ; il peut se faire, en effet, que les deux moitiés du corps ne se soient pas réunies complétement dans le sein de la mère, et que la division médiane persiste en quelques points, par exemple à l'égard de la lèvre supérieure, et alors il en résulte ce qu'on nomme un *bec-de-lièvre* ; il peut se faire aussi que cette même division se montre plus en arrière, et qu'elle partage en deux moitiés cette membrane délicate et mobile tendue au fond de la bouche, qu'on nomme le *voile du palais*. De là un timbre particulier de la voix et un vice remarquable de la prononciation.

Cette difformité n'est point rare : de tout temps on l'avait observée, et bien souvent, sans doute, l'idée avait dû venir aux chirurgiens de chercher à y remédier par un procédé semblable à celui qu'on emploie pour le bec-de-lièvre, c'est-à-dire en pratiquant quelques points de suture. Mais comment aller placer des aiguilles et des fils sur les bords fraîchement avivés d'une membrane si mince et si mobile? Et comment les maintenir en place pendant plusieurs jours? A M. Roux était réservé l'honneur de surmonter toutes ces difficultés, et son coup d'essai fut un coup de maître.

Dans le cours de l'année 1819, un jeune médecin, originaire du Canada, était venu trouver M. Roux. Le timbre de sa voix trahissait déjà la nature de son infirmité. Il raconta à M. Roux qu'il était né avec cette fâcheuse division du voile du palais. M. Roux, en examinant ce vice de conformation, s'aperçut que, dans certains mouvements de déglutition, les bords de la division se rapprochaient assez exactement l'un de l'autre. Ce fut pour lui un trait de lumière : il conçut tout aussitôt la possibilité de les maintenir ainsi rapprochés l'un de l'autre; et communiqua cette idée au jeune médecin, qui, séduit par l'espoir de recouvrer le libre usage de la parole, consentit avec joie à tout ce que voudrait faire M. Roux.

L'opération, pratiquée en présence d'un petit nombre de personnes, réussit complétement. Le timbre de la voix prit tout aussitôt un autre caractère, et, après quelque temps d'exercice, les mots furent parfaitement articulés.

C'était un beau succès que venait la d'obtenir M. Roux. Il appela cette opération la *staphyloraphie*, dénomination heureuse, qui entra de plein droit dans la nomenclature chirurgicale; car elle exprimait une chose nouvelle et par un mot judicieusement formé.

Chacun rendit hommage au génie inventif et à l'habileté de l'opérateur. M. Roux, lui-même, crut devoir mettre de côté toute fausse modestie, disant qu'on ne comprenait peut-être pas assez combien c'était chose heureuse que la chirurgie possédât enfin les moyens de restaurer le voile du palais. C'était chose heureuse, assurément; toutefois, quelques catastrophes virent prouver que, même dans cet ordre de faits, on ne saurait avoir l'assurance de porter toujours impunément l'acier tranchant sur des parties vivantes.

Que de fois n'a-t-on pas entendu M. Roux raconter lui-même l'histoire de ces trois jeunes gens nés en Irlande, modèles de l'affection fraternelle, qui, à l'insu de leur mère, ou du moins en lui cachant le véritable but de leur voyage, et en voulant lui ménager le plaisir d'une surprise, s'étaient rendus à Londres et de Londres à Paris, pour se confier à ses soins?

Ils étaient, il est vrai, dans de fâcheuses conditions morales : le chagrin d'avoir agi contrairement au désir de leur mère assombrissait toutes leurs idées; il leur semblait qu'une fatalité étrange pesait sur eux, et cette pensée les remplissait de funèbres pressentiments. Ainsi, celui qui devait subir l'opération, plus triste et plus inquiet que ses frères, va visiter les hauteurs de Montmartre, et entre par hasard dans le cimetière voisin ; il parcourt ces tristes lieux, et, à l'aspect de ces tombes, il ne peut s'empêcher de dire : « Si je meurs, c'est peut-être ici que je serai enterré! »

M. Roux, plein de confiance, comme toujours, avait fait tous ses efforts pour lui inspirer une pleine et entière sécurité. L'opération, du reste, fut des plus simples : elle dura aussi peu de temps que le comportait une division bornée au voile du palais; mais elle était à peine terminée, que se déclarèrent les accidents les plus graves et les plus alarmants; et, cinq jours après, cet infortuné jeune homme expirait dans les bras de ses deux frères.

Quelle avait pu être la cause d'accidents aussi formidables, aussi rapidement mortels? C'était là ce que M. Roux s'était naturellement demandé. L'autopsie n'avait pas été pratiquée : aurait-elle pu lui apprendre quelque chose? M. Roux en doutait et avec raison. Il était cependant quelques enseignements que M. Roux aurait pu tirer de cette mort si rapide et si imprévue; et d'abord, c'est que si ce repli membraneux qu'on appelle le *voile du palais* occupe peu d'espace, s'il est mince, traversé d'un petit nombre de vaisseaux et de nerfs, il n'en fait pas moins partie intégrante de ce tout animé, sensible et sans cesse agité par le souffle de la vie ; il aurait pu aussi en conclure que des sympathies mystérieuses établissent une effrayante solidarité entre tous les organes de l'économie, et qu'en portant le fer sur ceux qui paraissent avoir le moins d'importance, on entame la vie elle-même.

C'est là sans doute ce que paraissent redouter les chirurgiens qui ont vieilli dans l'exercice de leur art ; et de là cette prudence, cette circonspection qui, de plus en plus, les éloigne de la pratique des opérations et les leur fait sans cesse ajourner.

Il est cependant une chirurgie qui ne comporte pas ces ajournements, qui souvent même ne permet pas la moindre hésitation : c'est celle qu'on pourrait nommer la *chirurgie conservatrice*. Celle-ci n'a plus pour but de remédier à des vices de conformation ou de corriger des défectuosités organiques compatibles avec la vie, elle a pour unique objet la conservation même de l'existence, ou du moins sa prolongation ; parfois même c'est un simple sursis qu'elle vient donner, et ce sursis est encore un bienfait. La chirurgie n'a plus ici les prétentions qu'elle avait tout à l'heure ; elle ne restaure plus, elle ne perfectionne plus : elle empêche de mourir ! Mission impérieuse et sacrée qu'il ne faut jamais perdre de vue.

C'est sur les champs de bataille que cette chirurgie se montre dans tout son éclat ; mais, sans sortir de la pratique civile, assez de cas s'offrent à nous dans lesquels l'art doit intervenir, et dans lesquels il doit donner des secours aussi prompts, aussi intelligents que s'il s'agissait des accidents de guerre. Or, c'était surtout dans ces graves circonstances que se montrait encore la supériorité de M. Roux.

Par ses connaissances profondes en anatomie, par la justesse de son coup d'œil et la promptitude de ses résolutions, M. Roux était en quelque sorte l'homme de la circonstance. Là où d'autres sont pris d'un trouble insurmontable et se trouvent comme paralysés, M. Roux se sentait parfaitement à l'aise : rien ne le troublait, rien ne le déconcertait; et cela au milieu des dangers les plus pressants, dans ces larges et profondes blessures, par exemple, où des vaisseaux importants ayant été ouverts, le sang s'échappe à flots et la vie semble se répandre avec lui. Quelle sagacité, cependant, et quelle adresse ne faut-il pas alors pour découvrir quelle est la source du sang et pour aller chercher l'artère qu'on doit lier? Or, je le répète, ces difficultés, ces dangers, loin d'effrayer M. Roux, avaient pour lui un invincible attrait. Aussi se plaisait-il, dans ses leçons, à les rappeler de préférence, à dire comment il les avait reconnus et comment il s'en était rendu maître. Quant aux cas ordinaires, à ceux qui ne lui avaient offert aucune difficulté, c'est à peine s'il daignait en parler, ou, s'il le faisait, c'était avec un souverain mépris. « Quoi de plus vulgaire, disait-il, quoi de plus commun et de moins curieux que ces ligatures d'artères de moyen ordre, presque toutes placées superficiellement, et presque toutes accessibles à la main du chirurgien? »

Il aurait volontiers fait fi de ces pauvres blessés si peu intéressants pour la grande chirurgie.

« Mais il n'en est pas de même, reprenait-il avec satisfaction, des cas où j'ai eu à appliquer les ressources de l'art au foyer même des grandes hémorrhagies, sur la plaie de l'artère et au lieu d'émergence. Ceux-là seuls, ajoutait-il, pouvaient offrir un véritable intérêt, puisqu'il s'agissait d'artères d'un calibre considérable. » Voilà comment M. Roux entendait la pratique de la haute chirurgie, de celle, du moins, dans laquelle l'homme de l'art peut espérer de trouver quelque illustration.

Mais, outre ces blessures si graves, si difficiles à fermer, les artères peuvent éprouver d'autres lésions; elles peuvent se dilater dans une portion de leur étendue, et former ainsi des tumeurs, quelques-unes de leurs tuniques peuvent se rompre; de là autant de maladies distinctes qu'on a appelées *anévrysmes*. Ici encore il n'y a pas à attendre, il n'y a pas d'ajournement possible; abandonnées à elles-mêmes, ces lésions ont presque toujours une issue funeste : la chirurgie doit donc encore intervenir; mais comment peut-on obtenir la guérison de ces tumeurs, de ces dilatations artérielles? Un seul moyen peut offrir les chances de succès : il faut intercepter le cours du sang dans l'artère, il faut y amener une oblitération permanente. Or, pour arriver à ce résultat, il est plusieurs procédés auxquels on peut recourir. M. Roux n'en a inventé aucun; mais, à une époque où les travaux des chirurgiens étrangers étaient peu connus parmi nous, il a eu le mérite de faire triompher en France une méthode simple, rationnelle et souvent efficace : c'est celle qu'on désigne sous le nom de *méthode de Hunter*, et qui consiste à aller placer une ligature au-dessus de la tumeur et dans une partie saine de l'artère.

Toutes ces opérations, on le voit, rentrent essentiellement dans la chirurgie conservatrice : il s'agit toujours de remédier à des lésions qui intéressent directement l'existence. Mais il peut se faire que la chirurgie, sans perdre ce caractère, n'ait plus à écarter des dangers aussi imminents; il peut se faire qu'elle ait seulement pour but de conserver une partie du corps, un membre, par exemple. Ainsi, l'homme de l'art est appelé; il constate que l'os seul est malade; les parties molles sont parfaitement intactes : faut-il amputer ce membre? faut-il pour cela, et dans tous les cas mutiler le malade? C'était trop souvent le parti qu'on prenait en d'autres temps. M. Roux a prouvé par des faits que, dans la plupart des cas, on peut se borner à retrancher la portion d'os malade, que cette portion se trouve dans la continuité d'un os long ou à une extrémité articulaire, ou bien, enfin, dans toutes les parties contiguës d'une articulation. On diminue ainsi la longueur du membre, mais du moins on le conserve.

Ici M. Roux a eu le mérite d'une invention : on lui doit un nouveau procédé pour la *résection* des os du coude. Lui-même a exposé, en d'autres temps, à l'Académie, trois cas de succès; et j'ajoute que ce procédé est d'autant plus précieux, qu'il épargne plus de douleurs au malade, et qu'au lieu de trois incisions il n'en exige que deux; circonstances qui n'étaient pas toujours prises en grande considération par M. Roux, mais dont nous ne devons pas moins tenir grand compte.

Il faut dire maintenant que cet habile opérateur n'excellait pas seulement dans ces grandes et douloureuses manœuvres : chacun de nous a pu voir avec quelle aisance et avec quelle dextérité il procédait à ces minutieuses et délicates opérations, qui semblent exiger, de la part du chirurgien, des études toutes spéciales et presque exclusives. Nous citerons, comme exemple, celles qui se pratiquent sur l'œil et sur ses dépendances. On sait que la nature a placé dans cet admirable instrument d'optique une lentille : que cette lentille peut perdre sa transparence et devenir un obstacle à la vision : c'est la *cataracte*. Pour rétablir la vision, il faut abaisser le cristallin devenu opaque, ou l'extraire : d'où deux procédés, celui de l'*abaissement* et celui de l'*extraction*. Pour M. Roux, le choix ne pouvait être douteux : c'était l'extraction qu'il devait pratiquer presque exclusivement, puisque Dupuytren pratiquait de préférence l'abaissement. Et ici, pour donner une idée de l'étendue de sa pratique, il nous suffira de dire qu'en moins de quatre années il rendit ses élèves témoins de plus de trois cents opérations de cataracte.

D'après tout ce que nous venons de dire, on comprendra facilement quelle était la prodigieuse activité de M. Roux dans cette pratique journalière des opérations, activité très louable tant qu'elle s'est exercée dans les limites de la chirurgie *conservatrice*; je pourrais même ajouter qu'en le voyant à l'œuvre, dans ces moments critiques et décisifs, on ne pouvait s'empêcher de reconnaître combien ici la chirurgie semble l'emporter sur la médecine.

La médecine, en effet, dans les cas les plus heureux, et qui paraissent lui faire le plus d'honneur, ne peut jamais revendiquer à elle seule le bénéfice de la guérison, la nature est toujours là pour en réclamer sa part, tandis que la chirurgie, dans l'ordre de faits dont nous venons de parler, peut soutenir à bon droit que si elle n'était intervenue le malade aurait péri.

Mais, d'un autre côté, il ne faut pas oublier que si la médecine ne peut aspirer à de semblables triomphes, si elle ne peut se dire aussi essentiellement conservatrice, on ne saurait non plus faire peser sur elle, en un autre sens, la même responsabilité que sur la chirurgie; on est, en effet, obligé de reconnaître que, dans ses revers les plus fâcheux, dans ses sinistres les plus rapides, et lorsque toutes ses prévisions ont été démenties, la nature est encore là pour assumer une part incontestable, tout au plus peut-on l'accuser d'avoir laissé mourir le malade.

La chirurgie, au contraire, soit erreur, soit fatalité, et je parle ici de celle qui est exercée par les plus habiles et les plus éminents, la chirurgie peut être parfois accusée et positivement convaincue d'avoir tranché le fil des jours du malade.

M. Roux, pour sa part, ne le savait que trop, et c'est avec une entière franchise qu'il avouait ses malheurs; il est le premier, peut-être, qui ait eu le courage de classer ses opérations suivant que l'issue en avait été heureuse ou malheureuse : c'est ce qu'il a fait pour ses opérations de l'anévrysme par la méthode de Hunter. Il groupe d'abord ce qu'il appelle ses *succès*, ajoutant (lui seul pouvait trouver de ces mots) que c'est la partie la plus *riante* de son tableau ; puis il réunit en un second groupe ce qu'il nomme ses *revers*, mais tout cela sans en être déconcerté le moins du monde, et sans rien perdre de sa confiance ; c'est un homme de guerre qui parle de ses défaites, et qui sait que les armes sont journalières, il n'éprouve qu'un regret, c'est de se sentir trop âgé pour pouvoir prendre sa revanche : « si j'étais moins avancé dans ma carrière, écrivait-il dans ses dernières années, si j'étais encore à l'âge des longs espoirs, je pourrais du moins former le vœu de compenser ces revers par de nombreux succès! »

Mais M. Roux allait plus loin dans ses aveux : les échecs dont nous venons de parler peuvent survenir dans l'exercice de la chirurgie la plus sage, la plus prudente ; il en est d'autres, au contraire, qui doivent marquer douloureusement dans la vie d'un chirurgien, ce sont ceux qui résultent de méprises ou d'erreurs. Or, M. Roux n'a pas non plus reculé devant ces aveux : « deux fois entre autres, disait-il, il m'est arrivé d'ouvrir l'artère crurale. et deux fois j'ai été ainsi l'artisan de blessures mortelles! Loin de jeter un voile sur ces faits, ajoutait-il, je me propose, au contraire, de les faire connaître dans tous leurs détails, afin qu'ils servent d'enseignement aux jeunes chirurgiens. »

Ces aveux sont louables, messieurs, ils témoignent de la sincérité, de la bonne foi du chirurgien qui ne craint pas de les faire ; mais si de pareilles catastrophes doivent laisser de douloureux souvenirs dans l'âme du praticien, alors même qu'elles sont survenues dans la pratique de cette chirurgie que nous avons nommée conservatrice, que dirons-nous de ces mêmes échecs quand nous les voyons se répéter coup sur coup dans l'exercice de cette autre chirurgie, trop usitée de nos jours, et que nous n'osons ici qualifier?

Il est, en effet, des opérations tellement en dehors de la saine pratique, tellement extraordinaires, que rien ne saurait les justifier, et qui cependant sont, pour quelques chirurgiens, un objet d'amour-propre et d'ambition : c'est à qui ne se laissera point dépasser dans cette route sanglante. Or, M. Roux, je le dis à regret, bien qu'arrivé à la maturité de l'âge et à l'apogée de sa réputation, M. Roux n'a pas toujours su résister aux entraînements de cette intempestive chirurgie. Du reste, c'était avec un complet désintéressement qu'il se livrait à ces hasardeuses tentatives, personne moins que lui ne songeait à en faire une question de lucre ou de spéculation; il n'y voyait qu'une question d'art, de difficultés vaincues, et puis il ne voulait rester en arrière de personne.

Nous avons vu que, dès les premiers temps de son entrée à l'hôpital de la Charité, M. Roux avait cherché à se distinguer par l'importance et par la nouveauté des opérations qu'il voulait pratiquer; nous avons dit quelles avaient été les résistances de Boyer; mais il vint une époque où M. Roux, délivré de tout contrôle, débarrassé de toute entrave, put obéir pleinement à toutes ses inspirations, et ne plus écouter que son propre génie, ce fut lorsque la mort de Dupuytren lui eut ouvert les portes de l'Hôtel-Dieu.

Il était enfin à la tête de la chirurgie française. Jusque-là, toutes les fois qu'il avait voulu s'élever, il avait rencontré Dupuytren, et Dupuytren l'avait arrêté.

Que si, parfois, il était parvenu à se placer sur la même ligne que Dupuytren, c'est que, sur cette même ligne, il y avait plusieurs places; là où il n'y en avait qu'une, c'était Dupuytren qui l'occupait. Il ne pouvait y avoir qu'un premier chirurgien du roi, c'était Dupuytren qui avait cet insigne honneur; il ne pouvait y avoir alors qu'un chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, c'était Dupuytren qui occupait ce poste, et si M. Roux va enfin y parvenir, c'est que la mort de son rival lui laissera le champ libre.

C'était comme un dernier concours qui allait s'ouvrir entre ces deux chirurgiens. Ce vaste établissement, qu'on nomme l'Hôtel-Dieu, était encore tout plein de la mémoire de Dupuytren; l'ombre de ce grand chirurgien semblait encore errer dans ces longues salles, grave et silencieuse comme autrefois.

Ses internes, qui sont aujourd'hui, pour la plupart, des praticiens distingués, étaient demeurés en fonctions; lorsqu'ils se trouvaient réunis, l'esprit de leur maître était avec eux, et semblait leur communiquer quelque chose de sa sévérité, de sa hauteur et de son dédain. Pour eux, M. Roux, comparé à Dupuytren, ne pouvait être qu'un personnage très secondaire.

On dit qu'effrayé lui-même de cette lourde succession, M. Roux hésita longtemps à l'accepter; s'y étant enfin décidé, on sait comment il fut accueilli, et les préventions qu'il eut à surmonter.

Et cependant voyez de ces deux chirurgiens, Dupuytren et M. Roux, lequel aurait dû plutôt se concilier la faveur de la jeunesse : l'un était un homme au port sombre et majestueux, on le voyait marcher en avant des élèves, le visage hautain et soucieux, chacun se découvrait sur son passage et le suivait en silence; l'autre se montrait le visage ouvert, satisfait et souriant, faisant à tous bon accueil, obligeant, serviable, et cherchant ainsi à grossir l'escorte un peu bruyante dont il partageait lui-même la gaieté.

Chez Dupuytren, l'éducation littéraire laissait à désirer, il y avait même dans l'éducation morale des lacunes qu'il n'avait pu réparer; mais, tout en lui imprimait le respect et tenait à distance : sa parole, de même que son attitude et son geste, était simple, sévère et presque auguste.

M. Roux visait à l'élégance et brillait par d'autres côtés; sans doute il y avait des répétitions, des incidences interminables dans toutes ses allocutions, mais quelle richesse de souvenirs, quelle finesse dans les aperçus! Et tout cela sans apprêt, sans affectation, avec un charme, un abandon, une bienveillance dont rien n'approche.

Mais comme les juges de ce dernier concours étaient tous instinctivement hostiles à M. Roux, ils trouvaient que cette parole du téméraire successeur de Dupuytren n'était que diffuse, prolixe, pleine d'ambages et de circonlocutions, embarrassée de réticences, de synonymies et d'atténuations perpétuelles, tandis que la parole élevée, exacte et sentencieuse de Dupuytren était restée dans leur souvenir comme un modèle classique de correction, de justesse et de clarté.

Il faut avouer, du reste, que, dans ses premiers actes et dans sa manière de procéder, M. Roux se conduisit de telle sorte qu'il parut justifier les préventions qui existaient contre lui. M. Roux succédant à Dupuytren, s'était imaginé, dans sa bouillante ardeur, que, pour effacer ce grand praticien, il fallait agir et agir beaucoup.

Il oubliait que ce qui avait élevé si haut la renommée de son prédécesseur ce n'était ni le nombre ni la nouveauté des opérations qu'il avait pratiquées, mais bien ce jugement exquis, cette sûreté de diagnostic, et cette rare prudence qu'il apportait dans chacun de ses actes. Il est vrai qu'il y mettait un peu d'artifice et d'ostentation, et, qu'au fond, le salut des malades l'inquiétait peut-être moins que le soin de sa propre réputation; mais comme, après tout, ces deux choses étaient inévitablement liées, ces minutieuses précautions, ces profonds calculs tournaient, en définitive, au profit des malades.

Encore quelques mots, Messieurs, et j'aurai bientôt terminé ce paral-

lèle déjà si souvent repris entre ces deux illustres praticiens. Il semble qu'après ce dernier rapprochement dans les salles de l'Hôtel-Dieu, et alors que tous les deux sont descendus dans la tombe, il n'y ait plus de comparaison à établir, de parallèle à suivre; il est cependant un tribunal devant lequel ils auront encore à comparaître, qui seul portera sur eux un suprême jugement, je veux parler du concours qui s'ouvre pour tous les hommes célèbres devant la postérité.

L'histoire de la chirurgie aura alors à faire connaître ce que Dupuytren a fait pour étendre les limites de l'art, quels ont été ses inventions, ses découvertes, tous ses travaux enfin, et l'on verra s'il a laissé ou non de quoi justifier et maintenir cette hautaine suprématie si laborieusement acquise.

M. Roux, de son côté, sera jugé au même point de vue; le témoignage des contemporains sera sans doute invoqué; mais c'est, en définitive, sur pièces que leurs services seront appréciés; il semble que M. Roux en appelait pour lui-même à ces temps éloignés, quand il disait qu'on peut espérer de vivre, et de vivre éternellement dans la mémoire des hommes, lorsque, après soi, on laisse de grands travaux, tandis que le talent du professeur, n'étant que viager, s'éteint et meurt avec celui qui le possédait.

Aussi M. Roux, plus soucieux que Dupuytren de la postérité, a laissé de nombreux et importants ouvrages: dès 1809, il avait publié un volume de *Mélanges de chirurgie*: il obéissait alors au goût de l'époque; il s'y livrait à d'ingénieux essais de classification; lui aussi, à l'exemple de Pinel, voulait appliquer l'analyse à la chirurgie, et déjà il avait classé les plaies, les fractures et les hernies, en attendant qu'il pût donner une classification méthodique de toutes les opérations chirurgicales.

En 1813, il fit paraître la première partie d'un *Traité de médecine opératoire*: ses prétentions, ici, étaient toutes différentes. Il ne voulait rien moins (il le déclare dans sa préface) qu'élever à la chirurgie un monument digne de l'époque où il vivait. Il savait cependant que le savant et judicieux Sabatier venait de remettre sa *Médecine opératoire* au courant de la science, en attendant qu'une troisième édition, faite par MM. Sanson et Bégin, sous les yeux de Dupuytren, l'élevât de nouveau au niveau des connaissances les plus récentes; mais M. Roux méconnaissait alors sa véritable vocation. Plus tard, cherchant à expliquer pourquoi il n'était pas allé au delà de cette première partie, il avouait qu'il n'était point né pour la composition d'un ouvrage didactique de longue haleine; il y a plus, il regrettait d'avoir publié ces deux volumes: « Je voudrais, disait-il, que cette publication fût considérée comme nulle et non avenue. » Cependant, pour être juste, il faut dire que M. Roux y avait traité l'histoire des anévrysmes d'une manière plus approfondie, et avec plus de développement que ne l'avait fait Sabatier.

Deux ans après, en 1815, M. Roux fit paraître la célèbre relation de son *Voyage à Londres*.

Après une guerre qui avait si longtemps séparé les deux pays, et qui, dans les sciences, les avait rendus, non pas hostiles, mais presque complétement étrangers l'un à l'autre, c'était une heureuse idée d'aller sur les lieux examiner quel était alors l'état de la chirurgie anglaise, et d'en faire le parallèle avec la chirurgie française.

M. Roux avait pu se dire que le pays qui avait eu la gloire de donner naissance à Harvey et à Jenner, qui avait fait connaître au monde la circulation du sang, et qui l'avait doté des bienfaits de la vaccine, pouvait avoir fait en chirurgie des découvertes dont notre pays profiterait.

Grâce à lui, des noms jusque-là à peu près inconnus parmi nous, devinrent bientôt aussi célèbres qu'ils l'étaient par delà le détroit; c'était Abernethy, A. Cooper, Brodie, Travers, Lawrence, Ch. Bell et tant d'autres.

Mais ce qui dut causer une véritable surprise au chirurgien français, ce fut de voir qu'en chirurgie, comme en toute chose, cette forte race anglo-saxonne ne reculait devant aucune difficulté.

Lui qui croyait avoir été aussi loin que personne dans la ligature des grosses artères, il apprit avec un mélange d'admiration et d'étonnement que A. Cooper avait lié la carotide primitive; que sept fois l'artère iliaque externe avait été interceptée; qu'on avait également porté des ligatures sur l'artère sous-clavière en dedans des scalènes et que, enfin, on parlait de lier l'artère innominée! Mais, disait M. Roux, j'ose à peine faire mention d'un tel projet!

Y avait-il cependant dans ces sortes de faits et dans quelques autres relatés par M. Roux de quoi établir la suprématie de la chirurgie anglaise sur la chirurgie française? M. Roux certainement ne le pensait pas, mais par une singularité que rien ne saurait expliquer, après s'être posé cette question, il se récuse à raison de sa qualité de Français, et alors, dans une longue suite de paragraphes, il expose comparativement les services rendus par les deux nations à la chirurgie, disant à chaque fois que ce serait à quelque chirurgien célèbre d'une autre nation qu'il appartiendrait de décider de quel côté est la supériorité.

Ce n'est pas, je le répète, qu'on ne sente où M. Roux veut en venir. Son jugement ressort de l'exposé même des faits, mais il était une forme littéraire qui lui semblait de bon goût et à laquelle il se laissait aller.

M. Roux, du reste, comme beaucoup d'hommes riches de leur propre fond, a, plus d'une fois, placé d'excellentes choses dans des cadres au moins très étranges. J'en veux citer un curieux exemple: il s'était chargé de prononcer un discours lors de l'inauguration de la statue de Fourrier à Auxerre. Or, après avoir exprimé dans son préambule le regret de ne voir à cette solennité ni M. Arago, qui aurait si bien représenté l'Académie des sciences, ni M. Cousin, qui aurait si bien parlé au nom de l'Académie française, ni M. Jomard, qui aurait si dignement rappelé l'Institut d'Égypte, M. Roux n'imagine rien de mieux que de mettre tout ce qu'il a à dire, sans en excepter une phrase, dans la bouche de ces trois académiciens, et de les faire successivement et très longuement parler au pied de la statue de Fourrier; tout ce qu'il leur fait dire est excellent; on est même forcé d'admirer cette souplesse de talent, cette richesse d'imagination, qui lui fait ainsi prêter à ces hommes célèbres des paroles qu'ils n'auraient pas désavouées; mais on éprouve quelque regret de voir un homme de talent faire un pareil abus de son esprit.

M. Roux a été plus heureux dans son double *éloge de Bichat et de Boyer*, discours prononcé dans la séance de rentrée de la Faculté du 5 novembre 1854. Il y avait là, il est vrai, pour M. Roux, un grand attrait, il allait, et devant un immense concours d'élèves, revenir sur sa vie tout entière: Bichat, c'était les plus belles années de sa jeunesse; Boyer, c'était les années encore brillantes de son âge mûr.

Lui-même avoue, du reste, très naïvement, qu'il lui eût été impossible de ne pas se mettre en scène. Comment donc, disait-il, aurais-je pu peindre Bichat et Boyer, si je m'étais tenu tout à fait dans l'ombre, ou, ce qui eût été plus difficile encore, si je m'étais mis en dehors du cadre? M. Roux parla donc de lui, et il le fit avec un remarquable succès, surtout lorsqu'il fut question de Bichat.

Près d'un demi-siècle s'était écoulé depuis la mort de ce grand physiologiste, et on allait voir, on allait entendre celui qui l'avait vu, qui l'avait entendu, et qui avait vécu dans son intimité! Ce n'était ni cette notice exacte, ni ce récit animé, qui devait faire le plus d'impression sur l'auditoire, c'était le narrateur lui-même, c'était ce véridique témoin, ce disciple bien-aimé, qui, après cinquante ans, allait nous dire: je l'ai vu, c'est ainsi qu'il était; je l'ai entendu, voilà ce qu'il disait.

Aussi cet amphithéâtre, tout à l'heure si agité, si bruyant, se tenait dans un profond et religieux silence, quand M. Roux, cherchant à peindre Bichat, disait quel était son port, sa douce physionomie, comment sa chevelure d'un brun clair, légèrement ondulante, ne couvrait qu'à demi un de ces fronts larges et purs, qui décèlent une grande intelligence; quand il ajoutait que sa figure avait au plus haut degré l'expression de la douceur et de la bonté.

On avait Bichat sous les yeux: mais pour donner une âme à cette image, pour vivifier ces regards et rendre la parole à ces lèvres, M. Roux se mit à dire quel était le charme de son élocution, cet accent si plein de conviction et de chaleur; comment, lorsque parfois les mots venaient à lui manquer pour rendre sa pensée, il ne reprenait le cours de sa période qu'après avoir porté ses regards en haut, et fait entendre un cri particulier. Sa voix frappe encore mon oreille, ajoutait M. Roux; et, pour compléter l'illusion, en racontant cette particularité, M. Roux portait lui-même ses regards en haut, et imitait cette voix chérie qui vibrait encore dans sa mémoire. J'en appelle à tous ceux qui étaient présents; ce demi-siècle qui nous séparait de Bichat avait disparu pour nous tous; Bichat était là plein de vie et de jeunesse, les yeux tournés vers le ciel, et les sons, partis naguère de sa bouche, semblaient n'avoir fait que traverser l'oreille de M. Roux pour venir frapper la nôtre!

L'éloge si franc, si complet et si vrai de Boyer, a été une bonne action de la part de M. Roux, il a savamment exposé tout ce que la science doit à Boyer; sans doute, il y parle encore un peu trop de lui-même, mais en cela il n'est que vrai; ainsi, quand il dit que Boyer ne chercha chez ceux à qui il voulait donner ses filles, ni des titres, ni une grande fortune, mais de l'honnêteté, un cœur droit et un avenir en perspective, c'est lui-même qu'il désigne, sûr de ne pas être démenti. Ce qu'il avait apporté en dot pour sa part, c'était bien, en effet, une grande honnêteté, un cœur droit, et le temps a prouvé qu'il devait tenir ce qu'il offrait en perspective. Il est beau, Messieurs, il est glorieux, à la fin d'une longue carrière, de pouvoir prendre à témoin tout un demi-siècle, ayant ainsi la conscience d'être demeuré honnête et droit, même étant devenu célèbre!

Mais comme il fallait cependant que M. Roux se laissât toujours aller à quelques-unes de ses illusions, il ne put s'empêcher de prêter à Boyer ses propres prédilections. Boyer, dit-il, possédait presque toutes les qualités du bon, du vrai, de l'excellent chirurgien; et il les a conservées jusque dans les dernières années de sa vie. Vous croyez peut-être que M. Roux entend par là cette rare sagacité, ce jugement si droit et cette prudence consommée qui caractérisaient par dessus tout M. Boyer? Point du tout: je le laisse parler lui-même:

« Avec quelle assurance, s'écrie-t-il, avec quelle grâce parfaite il opérait! C'était plaisir de le voir l'instrument à la main! »

Étrange plaisir! diront peut-être les personnes étrangères à notre art, que celui qu'on peut trouver dans les scènes de douleur et de larmes! Mais laissons aux chirurgiens le soin de justifier un langage qui est bien, en effet, celui qu'ils tiennent; n'ont-ils pas dit de M. Roux lui-même qu'il n'était jamais plus brillant que le couteau à la main? Le compliment aurait pu le flatter; mais ce bon Boyer, ce vieux Corneille de la chirurgie, il eût été sans doute bien surpris qu'on pût le trouver gracieux en pareille circonstance!

M. Roux, du reste, rentre bien vite dans la vérité, quand il insiste sur la bonne foi scientifique de Boyer, et il le fait avec d'autant plus d'autorité et d'à-propos, que lui-même en cela était irréprochable. C'est donc avec raison qu'il rend hommage à cette complète abnégation, à cette franchise, à cette sincérité, qui percent, dit-il, dans tous les ouvrages de Boyer, ajoutant qu'en chirurgie l'homme le plus habile, s'il n'a ces qualités, peut tromper tout à la fois ses contemporains et la postérité.

Je le répète, Messieurs, ce discours a été une belle œuvre et une bonne action de la part de M. Roux; il a rendu pleine et entière justice à cet homme de bien qu'en d'autres temps il avait pu contrister. Tout a été réparé dans cette séance: l'ombre de Boyer a pu en tressaillir de joie!

J'arrive maintenant à l'ouvrage demi-posthume qui devait être le plus considérable et le plus imposant de tous ceux que M. Roux a composés; on pense bien que je veux parler de l'ouvrage qui a pour titre: *Quarante ans de pratique chirurgicale*. Personne ici ne lui est comparable; c'est en vain qu'on chercherait parmi les chirurgiens de l'époque un écrivain aussi attachant, aussi vrai, aussi nourri, aussi abondant; c'est comme un grand capitaine qui, après de mémorables campagnes, consigne tous ses hauts-faits en de copieux mémoires. M. Roux ignorait quelle étendue il donnerait à cet ouvrage. Il semble qu'en le commençant il avait le pressentiment d'une fin prochaine: il ne sait, dit-il, si le ciel lui réservera assez temps pour le terminer. Ce devait être le résumé de sa vie chirurgicale, et ce résumé c'était bien moins pour ses contemporains que pour la postérité qu'il voulait le publier. Dans une carrière, disait-il, où l'observation est une source inépuisable de lumières, et ajoute sans cesse à la somme de connaissances acquises, chacun est comptable des fruits de son expérience envers ceux qui lui succèdent: c'est une sorte d'héritage dont il doit compte à la postérité. Fidèle à ces principes, M. Roux avait donc commencé pour sa part la redditon de ce compte, mais c'est à peine s'il put coordonner une partie de ses nombreux matériaux, et encore fallut-il qu'une jeune Société, dont il était l'ornement, chargeât l'un de ses membres du pieux devoir de réunir et de publier ces premières rédactions.

Quant à la forme choisie par M. Roux, c'était celle qui convenait le mieux à sa nature verbeuse et vagabonde: c'est la forme épistolaire. Elle lui permet d'obéir pleinement à ce désir de parler avant tout et toujours de lui-même; et comme c'est à des amis qu'il s'adresse, à son cher Lawrence, à son cher Chœtius, rien ne l'arrête, rien ne le modère; car il sait qu'en disant du bien de lui-même il leur est agréable. Il y écrit de tout point comme naguère il parlait; ceux qui l'ont pratiqué croiront encore l'entendre, c'est la même intempérance: sa plume court et s'égare comme en d'autres temps sa parole à cette tribune. Vous vous le rappelez, messieurs, vous ne pouviez vous empêcher de sourire, lorsque dans nos discussions il demandait à ajouter un mot, un seul mot; c'est de même dans son livre: il va ajouter un mot et il couvre dix pages. C'est la même fécondité, la même exubérance; mais tout cela n'empêche pas qu'il ne soit plein d'intérêt et de charmes sans cesser d'être correct et élégant.

M. Roux avait commencé la rédaction de cet ouvrage avant 1848, mais le bruit des révolutions l'avait forcé de l'interrompre; il l'avait reprise en des temps plus calmes, et il y travaillait avec une activité et une ardeur sans égales, lorsque, le 27 janvier 1854, il fut atteint d'une congestion cérébrale des plus graves. Ce devait être pour lui un sinistre avertissement; il reprit cependant ses travaux ordinaires, et surtout la rédaction de son grand ouvrage. Quatre feuilles nouvelles étaient sur son bureau; d'une main défaillante il cherchait à renouer ses entretiens avec la postérité. On peut dire qu'il a travaillé pour elle jusque dans les bras de la mort.

Une nouvelle attaque vint arrêter cette main courageuse et terminer sa vie le 23 mars 1854.

Maintenant, messieurs, et avant de terminer, permettez-nous de dire toute notre pensée sur le collègue dont nous venons de retracer la vie.

Trois grands chirurgiens ont en quelque sorte rempli pour nous la première moitié du dix-neuvième siècle: Boyer, Dupuytren et M. Roux. De ces trois chirurgiens, M. Roux a eu incontestablement pour lui d'être, comme opérateur, le plus ingénieux, le plus entreprenant et le plus hardi; mais nous devons ajouter qu'il ne s'est pas toujours mis à l'abri d'un grave reproche, celui d'avoir poussé cette hardiesse jusqu'à la témérité. Pour lui, nous l'avons vu, les qualités du bon, du vrai, de l'excellent chirurgien se résumaient presque toutes dans l'art d'opérer avec assurance et avec grâce, avec grâce surtout. Plus que personne, M. Roux aurait pu, dans le cours de sa longue carrière, être utile à l'humanité; il a fait avancer la science, et en plusieurs points il a reculé les limites de l'art; que n'avait-il un peu plus de cette prudence et de cette réserve, si nécessaires dans la pratique de la chirurgie! Il excellait en tout, mais n'ayant jamais su se contenir, il abusait un peu de tout, non seulement de sa parole et de sa plume, mais encore de ce qu'il y a de plus redoutable au monde, de l'art chirurgical! Impatient d'agir, désireux de se montrer avec tous ses avantages, c'est-à-dire, l'instrument à la main, il ne prenait pas toujours le temps de s'assurer si telle opération était absolument nécessaire, si elle était rigoureusement indispensable, il examinait si elle était *possible*; or, quelle opération, pour un chirurgien aussi habile, pouvait ne pas être possible?

Étrange et brillante nature qui ne péchait que par l'excès même de ses qualités; on eût dit qu'une fée jalouse s'était plu à gâter en lui les plus beaux dons du monde, en les lui prodiguant sans mesure et sans discernement; de la cette verve, cette fougue, que l'âge n'avait pu calmer; de là aussi ce défaut d'ordre et de suite qui se reproduisait tour à tour dans ses leçons, dans ses écrits et dans sa pratique. Que de fois ne l'a-t-on pas vu, se livrant aux hasards de ses inspirations, commencer une opération, comme un discours, sans savoir précisément où il s'arrêterait ni comment il finirait, étonné ensuite, lui-même, des détours qu'il avait pris et des résultats auxquels il était parvenu.

M. Roux était donc un grand opérateur, mais il l'était trop exclusivement; il n'était point assez pénétré de cette grande et incontestable vérité, que pour être un heureux chirurgien, il faut être en même temps un sage médecin; que ce qui fait aujourd'hui la force et l'honneur de la chirurgie, c'est que, dans ses études et dans son exercice, elle est étroitement unie avec la médecine.

Mais si la chirurgie longtemps opprimée, marche aujourd'hui l'égale de la médecine, il ne faut pas qu'elle oublie que c'est en s'appuyant sur sa compagne, et en lui demeurant fidèle, qu'elle restera grande, forte et bienfaisante.

C'est à notre âge, Messieurs, qu'est due cette heureuse association. La même toge couvre aujourd'hui dans nos écoles le professeur de chirurgie et le professeur de médecine; ils montent tour à tour dans la même chaire, et ne rivalisent plus dans l'enseignement que par leur zèle et par leurs talents; et de même, dans nos Académies, leur union fait encore ici leur force. La tribune que j'occupe en ce moment est successivement abordée, dans nos joutes scientifiques, par des médecins et par des chirurgiens; et s'il était permis à celui qui a l'honneur de porter aujourd'hui la parole devant vous, de parler un moment de lui-même, il dirait que, par devoir et par goût, il cherche tour à tour, et sans préférence, à louer dignement les grandes réputations chirurgicales aussi bien que les plus hautes renommées médicales. Heureux lorsqu'arrivé au terme de ces nobles existences, et n'ayant vu partout que mêmes labeurs, mêmes talents, mêmes succès et même gloire, il ne sait plus s'il vient de parler d'un médecin, ou s'il vient de parler d'un chirurgien!

Fasse le ciel, Messieurs, que cette entente persiste! La science et l'art, unissant ainsi leurs efforts, et se prêtant un mutuel secours, pourront peut-être, grâce à cette heureuse alliance, s'ouvrir de nouvelles et glorieuses destinées; l'humanité elle-même, à l'heure de ses souffrances, ne pourra que s'applaudir de nous voir fortifier et maintenir cette unité primitive de la médecine et de la chirurgie.

CONSULTATION

SUR UN CAS D'HYDROPISIE ABDOMINALE. — EST-CE UNE ASCITE? EST-CE UN KYSTE SÉREUX?

Dans notre réponse à la demande d'une consultation faite par M. le docteur V. Nicolas, de Vichy, au Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE, nous avons cru devoir subordonner notre diagnostic à un plus complet examen de la malade. « C'est à notre confrère, avons-nous dit, » à en vérifier la justesse par de nouvelles recherches cliniques que, » seul, il est à même d'entreprendre. » Nous laissions ainsi la voie ouverte pour une rectification qui pouvait devenir nécessaire.

La seconde lettre de notre honorable confrère, que nous avons reçue trop tard pour pouvoir en tenir compte dans notre article du 16 décembre, renferme de nouveaux renseignements qui comblent quelques lacunes que nous avions signalées dans la première observation.

Confirmatifs pour M. Nicolas, du diagnostic qu'il a porté sur sa malade, ces renseignements, s'ils ne suffisent pas à nous ramener entièrement à son opinion, sont cependant de nature à nous faire mettre quelque réserve dans le diagnostic que nous avons formulé d'après les seuls documents que nous possédions.

Du reste, en nous rendant à l'invitation du Comité de rédaction de l'UNION MÉDICALE, qui nous a fait l'honneur de nous choisir pour son organe dans cette circonstance, nous rappellerons à M. le docteur Nicolas que nous avons eu soin de déclarer tout d'abord, que l'interprétation à distance d'un fait pathologique, si rigoureusement déduite qu'elle fût des éléments de la discussion, le cède toujours en précision et en exactitude à une appréciation faite *de visu*.

Aussi, est-ce à notre habile confrère de prononcer en dernier ressort, et d'aviser en conséquence de ce qu'il aura décidé.

Dr AIM. FORGET.

ERRATA. — Page 602, ligne 74, *au lieu de*: affirmatives au contraire, *lisez*: affirmatif. — Même page, ligne 89, *lire*: au lieu de diminuer, la quantité du liquide va sans cesse, etc.

COURRIER.

Par suite de la mise à la retraite de MM. Bouneau, Cruveilhier, Paul Dubois et Hervez de Chégoin, les mutations suivantes auront lieu dans les hôpitaux de Paris le 1er janvier prochain:

M. Nonat, médecin de l'Hôtel-Dieu, passe à la Charité en remplacement de M. Cruveilhier.

M. Pelletan, médecin de Lariboisière, passe à l'Hôtel-Dieu en remplacement de M. Nonat.

M. Moissenet, médecin de la Salpêtrière, passe à Lariboisière en remplacement de M. Hervez de Chégoin.

M. Oulmont, médecin de Saint-Antoine, passe à Lariboisière en remplacement de M. Pelletan.

M. Bergeron, médecin de la direction des nourrices, passe à Saint-Antoine en remplacement de M. Oulmont.

M. Chappotin de Saint-Laurent, médecin de Lourcine, passe à la Salpêtrière en remplacement de M. Moissenet.

M. Sée, médecin de Larochefoucauld, passe aux Enfants-Malades en remplacement de M. Bouneau.

M. Lasègue, médecin au Bureau central, est nommé à Lourcine en remplacement de M. Chappotin de Saint-Laurent.

M. Racle, médecin au Bureau central, est nommé à Larochefoucauld en remplacement de M. Sée.

M. Boucher de la Ville-Jossy, médecin au Bureau central, est nommé à la direction des nourrices en remplacement de M. Bergeron.

M. Danyau, chirurgien adjoint de la Maternité, prend la place de M. P. Dubois comme chirurgien en chef de cet établissement.

M. Desormeaux, chirurgien au Bureau central, est nommé chirurgien adjoint de la Maternité.

M. Cusco, chirurgien du Bureau central, est nommé chirurgien de la la Salpêtrière, en remplacement de M. Manec, nommé précédemment chirurgien de la Charité.

— M. Reveil, parmacien de Lourcine, a été nommé à la Clinique et M. Hébert pharmacien à Bicêtre.

— Le tribunal de police correctionnelle de Toulouse, a récemment prononcé une condamnation à 50 fr. d'amende et à cinq mois d'emprisonnement, contre un individu convaincu du double délit d'exercice illégal de la médecine et d'escroquerie.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris.—Typographie FELIX MALTESTE et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 153. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 20 Décembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,

1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, *rue Hautefeuille*, 19, *à Paris* ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Chirurgie : Observation destinée à l'histoire des fractures de l'olécrâne. — II. Clinique des départements : Accidents typhiques déterminés chez six personnes d'une même famille par l'usage passager de poisson mal conservé. Réflexions. — III. Académies et sociétés savantes. (Académie des science). Séance du 8 décembre : Séton filiforme dans les collections purulentes. — Existence de cils anormaux dans les ophthalmies, et guérison de ces maladies par l'extirpation de ces cils. — Sur la nature du délire des aboyeurs. — Appareil destiné à produire l'engourdissement d'une dent malade dont on doit faire l'extraction. — *Société d'hydrologie médicale de Paris* : Séance du 8 décembre. Sur les nouvelles salles de respiration pour le traitement des maladies de poitrine. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Causeries.

CHIRURGIE.

OBSERVATION DESTINÉE A L'HISTOIRE DES FRACTURES DE L'OLÉCRANE.

Par le docteur Leroy-Dupré.

M. Théophile *** est un homme de 30 ans, d'une taille moyenne, et présentant les caractères du tempérament nerveux. Il a toujours joui d'une excellente santé et n'a eu qu'une rougeole assez bénigne. Il faut néanmoins signaler une fracture de la cuisse gauche, qu'il a eue à l'âge de 11 ans, et qui n'a point laissé de traces.

Le 3 mars dernier, dans une course rapide qu'il faisait sur le siége d'une voiture élevée dite *dog-cart*, M. Théophile *** fut violemment jeté en bas du véhicule. Cette chute a été occasionnée par une des roues de la voiture qui, après être montée sur un trottoir, est retombée aussitôt, et a causé une telle secousse dans l'élasticité des ressorts, que ceux-ci ont soulevé le conducteur de son siége et l'ont lancé rapidement sur la route. M. Théophile *** est tombé directement sur le coude. La tête du malade n'a point porté. Il y a eu pourtant un peu d'hébétude, sans perte de connaissance, et envie de vomir sans résultat ; le repas avait eu lieu une heure et demie avant la chute. Le malade n'a point éprouvé de douleur violente ni de craquements dans la région du coude. Il a pu marcher, soutenu par deux personnes, pour entrer dans une maison voisine et recevoir les premiers secours.

Appelé le soir auprès du blessé, nous l'avons trouvé dans l'état suivant : décubitus dorsal, calme profond, malgré une accélération anormale du pouls, aucuns symptômes nerveux.

Le membre thoracique droit présente, à la région du coude, un gonflement considérable avec tension de la peau, qui est d'une couleur violacée ; toute la région articulaire est déformée. Si on applique les doigts sur ces parties, on a la sensation d'une fluctuation très marquée. Le sang n'est pas seulement infiltré dans le tissu cellulaire, mais il semble collégé en un vaste foyer. Pourtant le malade n'éprouve aucune douleur ; il peut même fléchir et allonger le bras dans une certaine étendue et faire quelques mouvements de pronation et de supination. Ces mouvements répétés, ainsi que l'exploration directe ne nous permettent point de constater de crépitation.

Il existe quelques contusions aux deux jambes, qui ont été déterminées par une des roues de la voiture. Nous prescrivons trente sangsues sur la région du coude. Cataplasme après leur chute. Diète, limonade citrique.

4 mars. Il existe une diminution assez notable dans le gonflement de la région malade. L'ecchymose est moins foncée, mais la partie antérieure et moyenne de l'avant-bras commence à augmenter de volume. Le malade a environ une heure et demie de sommeil. Continuation des cataplasmes que l'on arrose avec du laudanum, deux potages légers.

5 mars. Deux bains de bras dans une poissonnière contenant une décoction de feuilles de belladone et de jusquiame, ainsi que des espèces narcotiques, 30 grammes de chaque. On augmente l'alimentation.

Le 6 et le 7, mêmes moyens de traitement. Une pilule de cynoglosse le soir avant le sommeil.

Sous l'influence de cette médication calmante, la région du coude a beaucoup diminué de volume et permet une exploration complète et méthodique, sans déterminer de douleur. En promenant les doigts sur la région du coude, on sent vers la partie supérieure un fragment osseux qui est très mobile dans le sens transversal du grand axe du bras. Ce fragment osseux est constitué par l'apophyse olécrâne fracturée transversalement à sa base et tirée en haut par le tendon du muscle triceps brachial ; immédiatement au-dessous de cette portion d'os on trouve une dépression, un enfoncement qui permet l'introduction totale de la pulpe du pouce. Cet intervalle entre les deux fragments de l'os fracturé diminue pendant l'extension de l'avant-bras et augmente au contraire lorsqu'on fait fléchir l'avant-bras sur le bras.

Ces caractères ne nous permettent pas un instant d'hésiter sur le diagnostic : la fracture de l'olécrâne est évidente.

Du 7 au 15 les accidents vont en diminuant ; le bras a repris son volume à peu près normal. État saburral des premières voies ; teinte sub-ictérique ; purgatif.

Le 15, application d'une compresse amidonnée au-dessus de l'olécrâne. Cette compresse est graduée et présente une épaisseur de 2 centimètres. Elle est destinée à maintenir le fragment supérieur de l'os fracturé dans une position fixe et surtout à l'empêcher de céder à la traction du tendon du triceps. Cette compresse est maintenue par quelques tours de bande. Un gantelet est alors appliqué à la main jusqu'au poignet. A partir de cette région, nous plaçons un bandage roulé et sec jusqu'au-dessus du coude ; un second bandage, qui est dextriné, recouvre celui-ci et s'étend au delà de la fracture, en faisant un huit de chiffre au niveau de l'articulation.

Les praticiens ne sont pas d'accord sur la position que l'on doit donner au membre au moment de l'application du bandage et durant le cours du traitement, jusqu'à la consolidation complète des fragments. Il existe deux méthodes qui sont toutes deux recommandées par des chirurgiens du plus grand mérite. L'une est celle de la demi-flexion, l'autre celle de l'extension complète du membre.

La première de ces méthodes, adoptée par Desault, consiste à maintenir le membre dans la demi-flexion. Avec ce mode de pansement, la réunion immédiate des fragments ne peut avoir lieu ; mais ce grand chirurgien, et beaucoup d'autres après lui, ont acquis la certitude que la substance fibro-celluleuse qui unit les deux fragments osseux ne nuit en rien aux fonctions du membre, à la condition que cette membrane ne soit pas trop longue, et n'excède pas 27 millimètres. Desault va plus loin : il prétend que si on veut obtenir le contact immédiat des deux fragments osseux, la réunion, opérée à la partie postérieure, ne peut être obtenue antérieurement, qu'il reste un vide comblé plus tard par un cal relativement trop épais, et, partant, nuisible aux mouvements du membre. L'extension permanente de l'avant-bras produirait donc une irrégularité manifeste dans la consolidation.

Si, dans l'extension permanente, on peut éviter cet inconvénient, en ne rapprochant pas d'une façon tout à fait immédiate les deux extrémités de l'os fracturé, il s'ensuit que le fragment inférieur s'enfonce dans la cavité olécranienne, et, se laissant déborder en arrière par le fragment supérieur, devient la cause d'une consolidation vicieuse. Ainsi, dans les deux cas, soit qu'on rapproche immédiatement ou médiatement les deux fragments dans une extension complète, on n'obtient, d'après Desault, qu'une irrégularité plus ou moins notable dans la formation du cal réparateur, et une gêne manifeste des mouvements.

Boyer adoptait aussi la méthode de la demi-flexion, se fondant sur la difficulté de maintenir dans un perpétuel contact les deux fragments de l'os fracturé, et ne voyait aucun inconvénient à leur réunion au moyen d'une substance ligamenteuse.

La seconde méthode de traitement des fractures de l'olécrâne (nous l'avons implicitement fait connaître en parlant de la première) consiste à rapprocher, autant que possible, les deux fragments, et à maintenir le membre dans une rectitude parfaite jusqu'à la guérison. Elle a été défendue par un chirurgien anglais du plus grand talent, Astley Cooper ; et, en France, elle a été brillamment appliquée, dans une circonstance célèbre, par M. Baudens. Elle présente les inconvénients que nous avons signalés, et donne lieu souvent à une ankylose plus ou moins complète. La crainte de ce dernier accident nous a fait préférer la méthode par demi-flexion.

Après avoir fixé, comme nous l'avons déjà dit, une compresse graduée au-dessus du coude, nous avons placé l'avant-bras dans la demi-flexion, entre la pronation et la supination, et, faisant partir la bande du poignet, en remontant vers le coude, nous avons pratiqué un huit de chiffre au niveau de l'articulation elle-même, avec le soin de faire faire corps commun à la bande roulée et à la compresse graduée.

Feuilleton.

CAUSERIES.

LA FÊTE ANNUELLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE.

C'était fête, mardi dernier, à l'Académie de médecine. Mais, quoique ce fût Annuel-Majeur, comme on dit à l'Église, l'Académie ne s'était pas mise en frais suffisants de circonstance. Une serge verte sur le bureau et la tribune, quelques lampes de plus que pour les mardis ordinaires, et les quatre habits brodés des officiers de la compagnie, ne forment pas, en vérité, un décor assez riche et une mise en scène assez splendide. C'est un tort. Ces hommes du septentrion n'ont aucune poésie dans l'esprit. Quelle différence avec nos populations gallo-romaines du Midi, légèrement nuancées de sang arabe ! Il n'y a pas là une pauvre petite Société de médecine qui ne mette plus d'appareil et de solennité dans sa séance annuelle que l'Académie impériale de Paris. Ce ne sont que festons, ce ne sont qu'astragales, ce ne sont que fleurs, que guirlandes, que tapis de feuillage, tout ce qui annonce une fête. Et les académiciens eux-mêmes ! Ah ! certes, ils ne feraient pas à leur compagnie l'injure d'assister à sa solennité annuelle en paletot vulgaire ou en pelisse de course ; c'est leur plus bel habit noir qu'ils endossent pour la circonstance ; c'est de leur plus blanche cravate qu'ils ornent leur cou. Il est vrai que nos Sociétés de médecine de province n'invitent pas de dames à leur solennité, et, le dirai-je ? elles me semblent en cela faire preuve de bon goût. En voyant ce parterre de gracieuses dames et même de charmantes demoiselles à nos séances de l'Académie de médecine, on pense involontairement à ce personnage médical de Molière invitant sa maîtresse à une dissection. Franchement, on se demande ce que le beau sexe peut trouver d'amusant et de récréatif dans ces séances médicales. Si n'était que ces dames ont le plaisir de contempler MM. les membres du bureau, qui sont, ma foi, de fort beaux hommes, portant avec distinction l'habit brodé, et avec une grande aisance l'épée académique, je ne trouverais pour elles aucune espèce de compensation.

Mais passons sur les accessoires. On peut servir un excellent menu sans porcelaines de Sèvres, et pas n'est besoin de verres de Bohême pour apprécier de bons vins. Le menu académique a été satisfaisant. M. Depaul a rempli aussi bien qu'il le pouvait, et avec un progrès sensible, son rôle ingrat et difficile de rapporteur général des commissions des prix. Dans une circonstance que je ne peux complétement oublier, M. Depaul m'a donné le droit d'être sévère envers lui ; je ne veux pas l'être. Il m'est agréable, au contraire, de tenir compte de ses efforts et de son zèle. Le secrétaire annuel ne vise pas au succès littéraire, il a dit simplement, et sans prétention, ce qu'il voulait dire ; l'Académie s'est montrée satisfaite, ne soyons pas plus exigeant que l'Académie.

Ce n'est pas que cette partie du programme, toujours un peu sacrifiée, ne soit pas susceptible de plus d'importance et d'intérêt. C'est là, au contraire, et dans cette unique occasion, que l'Académie pourrait, par la voix de l'un de ses dignitaires, manifester ses tendances, ses vues, ses doctrines, qu'elle pourrait exposer ses désirs, dire la direction qu'elle voudrait imprimer aux travailleurs, ce qu'elle apprécie le plus et ce qu'elle a le plus de propension à récompenser, montrer, en un mot, son but, et j'oserais dire sa philosophie, si ce grand mot ne devait pas paraître énormément demesuré. Mais, hélas ! il faudrait que l'Académie eût des tendances, des vues, des doctrines, un but, une philosophie, et cette compagnie, comme toutes les institutions médicales du jour, n'a ni gouvernail, ni boussole, erre à l'aventure dans les mille détails de la science, touchant quelquefois et par hasard quelque îlot plus ou moins fertile, mais fuyant avec préméditation les grands continents, les vastes espaces dont elle a perdu les notions géographiques. L'Académie, qui devrait donner l'impulsion au dehors, la subit au contraire du dehors. Cela saute au yeux par les sujets de prix qu'elle met au concours, sujets toujours défloré, souvent épuisés par de longues discussions, qui ont quelquefois prouvé l'impossibilité de les résoudre. Ainsi a-t-elle fait pour la question du microscope, à l'égard de laquelle, de plusieurs années, sans doute, on ne pourra dire, pour ou contre, rien de mieux que ce qui s'est dit à l'Académie ; pour la question des exutoires, thèse de clinique pure, déjà parfaitement argumentée par M. Bouvier ; pour la question des kystes de l'ovaire qui, depuis bientôt trois mois, parcourt péniblement les nombreux méandres de l'éloquence académique. Certes, ces choix ne prouvent pas une grande fécondité de la part de ceux qui y président, et, si c'est par parti pris, ce parti n'est pas heureux.

Que l'Académie me pardonne ces remarques. Nul plus que moi ne s'intéresse à sa gloire et ne voudrait contribuer à agrandir son influence. Il faut, d'ailleurs, être plus sobre encore de flatterie envers les institutions qu'envers les hommes. L'Académie, depuis quelques années surtout, a pris une position imposante dans l'opinion publique ; mais cette position peut s'élever encore, et, dussent mes faibles efforts être accusés d'importunité chagrine, je ne cesserai de l'y pousser.

Il m'est doux maintenant de rendre hommage à l'œuvre remarquable de M. Dubois (d'Amiens). C'est, à mon sens, le discours le plus complet et le meilleur qu'il ait encore prononcé. Dans quelques détails, sans doute, il prête à la critique, mais son ensemble plaît, instruit et intéresse. C'est, d'ailleurs, œuvre si difficile qu'un éloge académique ! Qui donc y a réussi parfaitement ? Pour ne pas sortir de notre littérature médicale, les *Éloges* si célèbres de Louis sont, sans doute, de savantes et précieuses appréciations, mais la forme nous en paraît aujourd'hui austère et froide. Vicq-d'Azyr a plus de chaleur, plus d'abondance, mais aussi il est souvent diffus et verbeux, et son goût n'est pas irréprochable. Pariset les surpasse tous les deux par le style plus littéraire, plus imprégné des grands modèles du XVIIe siècle, de Bossuet surtout, qu'il relisait sans cesse ; Pariset a du trait, de l'esprit, du charme, de l'émotion, mais sa critique est faible, ses appréciations vagues et sans accent. Quant à la biographie, elle est à peine indiquée chez Louis, effacée et comme noyée dans un déluge de détails chez Vicq-d'Azyr, poétisée et idéalisée chez Pariset. S'il était possible de comparer des choses aussi dissemblables, on pourrait dire que Louis est le Rembrandt de l'éloge académique, n'accusant dans ses tableaux que certaines parties, mais les inondant de vie et de lumière ; que Vicq-d'Azyr en est le Gérard-Dow, soignant de ses délicatesses les plus petits accessoires comme les traits de ses personnages ; que Pariset en est le Claude Lorrain, avec ses toiles d'une nature plus idéale que réelle.

M. Dubois (d'Amiens) ne peut être comparé à aucun de ses prédécesseurs. Critique moins ferme que Louis, il est plus que lui biographe,

En agissant de cette façon, nous étions sûr que le fragment supérieur de l'olécrâne ne remonterait pas sous l'influence de la traction du triceps. Le bandage dextriné formait d'ailleurs, en se séchant, un étui solide qui enveloppait l'avant-bras et la partie inférieure du bras, et les fixait dans l'immobilité, comme aurait pu le faire une attelle. La demi-flexion donnée au membre ne fatiguait nullement le malade, qui n'aurait pu supporter, pendant un mois de suite, la position si fatigante de l'extension complète. Après l'application du bandage, le bras est soutenu par une écharpe.

Le 21 mars, c'est-à-dire six jours après l'application du bandage, celui-ci est enlevé, parce que l'avant-bras ayant diminué de volume, le membre semble jouer dans son enveloppe comme dans un fourreau. Il est, en effet, beaucoup moins gonflé. L'ecchymose si foncée qu'on observait à la région articulaire, a presque entièrement disparu. Elle n'est plus signalée que par une teinte d'un jaune verdâtre, qui, partant du coude, s'étend d'un côté jusqu'aux doigts, et de l'autre gagne l'aisselle elle-même. La diminution du membre permet parfaitement de sentir le bord inférieur du fragment supérieur de l'olécrâne. Les deux portions de l'os sont plus rapprochées, et permettent à peine l'introduction de la pulpe du doigt dans l'enfoncement qui les sépare. Cet intervalle paraît à demi-comblé par une sorte d'empâtement. La compresse graduée a tracé un sillon au-dessus du coude, en forme de gouttière transversale, et, embottant la partie inférieure du bras, a empêché le cubitus de remonter dans la direction du tendon du triceps.

Le bandage dextriné est replacé de la même façon. La surexcitation nerveuse du malade oblige de défaire plusieurs fois le bandage dans les jours qui suivent.

24 mars. Les fragments paraissent très rapprochés. On peut imprimer à l'articulation, sans que le malade en souffre, un léger mouvement de flexion, en prenant le soin de la saisir avec la paume de la main gauche, et de donner un point d'appui à la région du coude. Réapplication de l'appareil *ut suprà*.

31 mars. Le bandage enlevé permet de sentir que les fragments se sont encore rapprochés. La crête formée par le fragment supérieur du cubitus est moins sensible; l'empâtement plus notable entre les deux fragments. Un léger mouvement de flexion, imprimé à l'articulation, détermine de la douleur. Tout marche néanmoins vers une prompte guérison.

Le 3 avril, le bandage dextriné est définitivement supprimé pour être remplacé par un bandage ordinaire. Nous commençons à faire pratiquer au membre malade des mouvements de flexion répétés, quotidiens. Ceux-ci sont douloureux et comparables, au dire de M. Théophile ***, à la sensation que produirait une barre placée en travers de l'articulation. Cependant ces exercices devenus indispensables sont pratiqués deux fois par jour. Nous leur adjoignons des douches de vapeur chaque matin, et des frictions sur l'articulation avec de l'huile belladonée.

Le 13 avril, l'avant-bras fléchi sur le bras, forme un angle droit, les douches, les mouvements de flexion et d'extension permettent au malade de porter les aliments à sa bouche. Le 22 avril, nous l'engageons à pratiquer quelques exercices au moyen des ressorts de Pichery, afin de fléchir, et d'étendre alternativement le bras d'une manière fort douce. Malgré tous nos soins, nous ne pouvons obtenir ni une flexion ni une extension totales. M. Théophile ***, comme beaucoup de malades riches, ne veut pas supporter la plus petite douleur. D'ailleurs il a, comme nous l'avons dit, un tempérament nerveux, en sorte qu'au moment même où il sent la main du chirurgien qui s'apprête à lui faire exécuter quelques mouvements méthodiques, les muscles de son membre malade se contractent avec énergie, et il devient presque impossible sans employer une grande force, soit de fléchir, soit d'étendre l'avant-bras. Cette tonicité musculaire est tout à fait indépendante de la volonté.

Les fragments osseux du cubitus paraissent unis par une membrane épaisse et résistante, qui s'est étendue, et a maintenant 1 centimètre et demi de largeur. Les mouvements se font d'une manière nette, le bras a repris de la force, mais la flexion, et surtout l'extension complètes, sont impossibles.

Le 28 avril, nous faisons confectionner par Charrière un appareil à extension. Deux tiges d'acier présentant à leur milieu une charnière articulée et réunies entre elles par des coussinets rembourrés reçoivent le membre comme dans une gouttière. L'articulation du bras est placée au niveau de la charnière que l'on redresse chaque jour de façon à étendre l'instrument horizontalement et en même temps le membre lui-même. Cet instrument est appliqué pendant une heure chaque jour. Dans l'intervalle le malade soutient son bras au moyen d'une écharpe dont l'inclinaison est presque verticale.

4 mai, on cesse les douches de vapeur, l'extension est toujours difficile, mais sans douleur, la flexion est au contraire beaucoup plus facile, mais détermine une sensation de souffrance à laquelle le malade a hâte de se soustraire.

Le 8 mai, M. Théophile *** se sentant beaucoup mieux, prend moins de souci de la raideur de son articulation et dans le courant des mois de mai et de juin, il ne place son instrument qu'à des intervalles plus ou moins éloignés; il reste quelquefois huit jours entiers sans vouloir en supporter l'application, aussi vers la fin du mois de juin, les mouvements d'extension paraissent-ils plus difficiles à exécuter que deux mois auparavant. Les mouvements de flexion au contraire qui ont été pratiqués chaque jour avec persévérance, ont acquis toute la souplesse voulue, et le malade peut avec facilité porter la main du membre fracturé jusqu'à la clavicule du même côté.

Nous ne doutons nullement que le malade n'obtienne la rectitude parfaite de son bras, lorsqu'il voudra prendre sur lui d'exercer plusieurs fois chaque jour des mouvements d'extension; le membre, après quelques exercices méthodiques, atteint d'ailleurs l'extension à peu près totale dont il jouissait avant l'accident.

L'observation que nous venons de rapporter signale chez le malade la facilité d'allonger le bras dans les premières heures qui suivent la production de la fracture. Or, on sait que Desault et Bichat ont indiqué l'impossibilité d'étendre l'avant-bras sur le bras, comme un des signes caractéristiques de la fracture de l'olécrâne. Nous n'entrerons pas dans de longs détails au sujet de cette contradiction apparente entre les faits et l'opinion de ces deux grands chirurgiens, nous dirons seulement qu'il existe des cas, fort rares à la vérité, où l'expansion aponévrotique, qui unit l'olécrâne, peut n'être pas rompue. Dans ces circonstances, il n'y a point de déplacement, et l'extension de l'avant-bras sur le bras s'opère avec la plus grande facilité. Earle et Sanson citent chacun un fait semblable. Mais cette expansion fibreuse du triceps, quand elle n'est pas entièrement déchirée, peut encore permettre l'extension de l'avant-bras. C'est ce que nous avons observé chez notre malade, malgré l'intervalle notable qui séparait les deux fragments. Nous pensons donc que les chirurgiens ont attaché une importance trop majeure au défaut d'extension de l'avant-bras, comme symptôme des fractures de l'olécrâne. La mobilité transversale de cette apophyse a pour nous une valeur beaucoup plus réelle.

Disons, en terminant, que la méthode d'extension complète, dans le traitement dont il est question, aurait, sans nul doute, déterminé une fausse ankylose, dont il eût été très difficile de triompher. Le malade n'aurait jamais voulu ni se soumettre aux inhalations du chloroforme, ni permettre les plus indispensables manœuvres chirurgicales, lorsque celles-ci auraient provoqué une vive douleur.

10 août. Malgré la négligence qu'il a parfois montrée pendant le cours du traitement, M. Théophile *** a néanmoins guéri d'une manière complète. Nous avons eu l'occasion de le voir dans les premiers jours de ce mois aux eaux de Baden-Baden, où nous l'avions envoyé prendre des douches. Le bras avait repris sa vigueur première, et pouvait exécuter tous les mouvements avec la plus grande facilité.

CLINIQUE DES DÉPARTEMENTS.

ACCIDENTS TYPHIQUES DÉTERMINÉS CHEZ SIX PERSONNES D'UNE MÊME FAMILLE PAR L'USAGE PASSAGER DE POISSON MAL CONSERVÉ; RÉFLEXIONS.—FACILITÉ AVEC LAQUELLE LES AFFECTIONS TYPHIQUES PEUVENT SE PRODUIRE ACTUELLEMENT SOUS L'INFLUENCE DES CAUSES HYPOSTHÉNISANTES.

Sous ce titre, Monsieur le rédacteur, j'ai l'honneur de vous adresser une courte note qui, si je ne m'abuse, vous paraîtra mériter l'insertion dans votre excellent journal.

Le 16 août dernier, dans la soirée, deux jeunes gens du village de Bult, canton de Bruyères, voulant se régaler en famille le lendemain, qui était un dimanche, allèrent à la pêche dans un ruisseau du voisinage. Bientôt ils eurent assez de goujons pour une bonne friture; ce qui ne les empêcha pas de rentrer un peu tard au logis, alors que ces poissons étaient déjà pâmés depuis quelque temps. Avant de se coucher, ils jetèrent le produit de leur pêche dans un baquet d'eau, qui n'était pas fraîche. Je dois ajouter que, en ce moment, le temps était très orageux, ce qui devait faciliter l'altération de ces poissons, laquelle cependant, comme on va le voir, n'atteignit pas un haut degré.

Le lendemain, dans la matinée, la friture fut tirée de l'eau, nettoyée. Vers deux heures, on la mit dans la poêle avec du beurre bien frais; puis, quand elle fut cuite à point, tout le monde, bien dispos, se mit à table. On mangea avec appétit, *jucunde*, car on ne trouvait à l'aliment qu'une odeur, qu'une saveur agréables. Mais le jour même, sur les sept personnes qui avaient mangé de ces poissons, six se trouvèrent malades: elles avaient des maux d'estomac, des nausées, des défaillances, des vertiges, des douleurs céphalalgiques et rachidiennes, avec alternatives irrégulières de froid et de chaleur.

Le surlendemain, toutes éprouvaient plus ou moins de flux, avec plus ou moins de coliques.

La chambre dans laquelle je trouvai cette famille réunie ressemblait à une infirmerie trop étroite pour le nombre de ses hôtes. Ce n'étaient que visages pâles, jaunâtres, amaigris, aux yeux enfoncés et cerclés de noir.

Mais passons ces malades en revue et commençons par le père, qui, couché sur le dos, paraît être dans la prostration.

C'est un homme de 63 ans. Il m'offre un cachet typhique prononcé. Plus jaune, plus amaigri que celui des autres malades, son visage exprime la stupeur; ses lèvres sont croûteuses, noirâtres; ses dents fuligineuses; sa langue est sèche et brunâtre, sa voix cassée, son intelligence obtuse; sa peau sèche et plutôt fraîche que chaude aux extrémités; son pouls mou et plus fréquent que dans l'état normal; son ventre, météorisé, offrant du gargouillement et de la sensibilité à la pression. Une évacuation de gaz horriblement fétides a lieu pendant mon examen et me force à m'éloigner. On me dit que cet homme va de temps en temps sous lui, qu'il n'urine qu'à de longs intervalles; qu'il a parfois une agitation délirante telle, qu'on ne peut l'empêcher de se lever et d'errer pendant plus ou moins de temps dans la maison et jusque dans les écuries.

Sa femme, âgée de 54 ans, bien qu'ayant l'air très malade, ne garde pas le lit, parce que, dit-elle, l'agitation qu'elle éprouve, le feu qui la dévore l'empêchent d'y rester. Elle ne délire cependant pas. En outre de sa fièvre, dont je constate l'existence, elle continue à avoir le flux, des nausées, des douleurs lombaires rachidiennes, de sourdes coliques partant de la région ombilicale, et, de temps en temps, de la dyspnée, un sentiment de défaillance générale, des fourmillements dans les membres et de la soif.

Sa langue est couverte d'un enduit jaune-sale, son haleine fétide, son pouls d'une fréquence anormale et sa peau sèche. Malgré tous ces signes, elle dit avoir encore un peu d'appétit.

Les deux filles, âgées l'une de 25 ans et mariée, et l'autre de 16 ans, présentent, en outre des mêmes phénomènes, des douleurs occipito-cervicales et disent éprouver des sueurs abondantes (sorte de suette) lorsque le flux se suspend.

Le fils aîné, âgé de 23 ans, est dans une situation qui ne diffère guère de celle de ses sœurs, qu'en ce qu'il éprouve du trouble de la vue.

Plus sobre que Vicq-d'Azyr, il est aussi moins animé. Moins beau de forme et moins soutenu que Pariset, plus que lui aussi il est exact et réaliste. M. Dubois a pour moi une qualité que j'estime infiniment; il est lui et non un autre; il ne cherche à imiter personne, ce qui est souvent contrefaire. Il ne court pas après le style un peu sec de Louis, après la redondance de Vicq-d'Azyr, après la période correcte et classique de Pariset. Il donne sa forme avec modestie, avec une grande sincérité, et sa forme, sans briller d'un grand éclat ni d'un vif coloris, est néanmoins pure, sans recherche, quoique souvent élégante. Son dessin est correct, sa composition bien ordonnée, sa couleur sage; l'air et la lumière circulent dans l'ensemble, et cet ensemble fait plaisir. Autre qualité inestimable dans le genre difficile et périlleux de l'éloge académique: M. Dubois connaît la modération et la mesure. Son personnage ne prend pas sous sa plume des proportions exagérées; il le peint en général comme nous l'avons connu, n'enflant pas ses qualités, n'outrant pas ses défauts. Il y a du daguerréotype dans les portraits qu'il trace, mais un daguerréotype intelligent et retouché.

Tel s'est montré, ce me semble, M. Dubois (d'Amiens) dans l'éloge de M. Roux. Sujet délicat et difficile, déjà traité par M. Velpeau dans le discours ému qu'il prononça sur la tombe de son maître et de son ami, et par M. Malgaigne dans une séance de rentrée de la Faculté. Je sais que quelques personnes font un reproche à M. Dubois d'avoir un peu étendu et tant soit peu altéré le genre *Éloge* qui, pour elles, ne comporte qu'un pur panégyrique, exaltant le bien et jetant pieusement un voile sur le mal. L'honorable secrétaire perpétuel sait aussi que ce n'est pas impunément qu'on touche si légèrement soit-il aux faiblesses des hommes; si peu acéré que se montre le dard de la critique, il blesse profondément quelques sentiments intimes d'affection ou de famille. M. Dubois a fait une allusion discrète et habile à ces épines qui attendent l'historien impartial, en se plaçant, dans son bel exorde, sous le patronage de Louis. Sans restriction aucune, j'admire et je loue le courage de M. Dubois; je l'admire surtout de sa mesure dans la critique; il a tout indiqué, sans insister et sans peser, condition dont tous ceux qui manient une plume connaissent la difficulté. Rien de plus facile, au contraire que d'être exact et topique dans le blâme; si peu qu'on manque dans le cœur de bienveillance et dans l'esprit de goût, on produira un modèle très ressemblant du côté du ridicule et des faiblesses. Il est aisé de dire la vérité crue, et bien des gens appellent cela de la force, de l'énergie, du style incisif et vigoureux; ce qui est plus malaisé, c'est de laisser entrevoir la vérité en soulevant discrètement un coin du voile, c'est de l'envelopper sous les formes avouables par un homme de goût et de bonne compagnie; c'est d'en tempérer l'amertume par la bienveillance, et cela sans tomber dans la fadeur ou dans la couardise. M. Dubois a évité ces deux écueils; il a été suffisamment précis pour respecter les droits de l'histoire et de la vérité; assez mesuré pour ne blesser que les susceptibilités qui se blessent de tout.

Je n'entre dans aucun détail, puisque ce discours a passé sous les yeux de nos lecteurs. Ils y ont remarqué et applaudi comme l'assistance un très bel exorde, des passages frappés au coin d'une véritable éloquence, un parallèle, un peu long peut-être, mais d'une grande vérité, entre Roux et Dupuytren. Mais comme nous, ils regretteront sans doute que, dans cet éloge de la chirurgie et des chirurgiens, dans cette revue de cette partie de la science et de l'art au XIXe siècle, M. le secrétaire perpétuel n'ait pas trouvé l'occasion de prononcer une seule fois le nom d'un grand chirurgien aussi, membre de cette Académie qu'il a eu l'honneur de présider, ce nom autour duquel semble s'être organisée la conspiration du silence et que la justice doit venger de cet iniqué oubli, le nom de Lisfranc dont de grands défauts de caractère et même « quelques lacunes morales », comme M. Dubois l'a dit hardiment de Dupuytren, ne peuvent effacer le souvenir de grands services et de son passage éclatant dans la science et dans l'art.

Amédée Latour.

Par arrêtés du ministre de l'instruction publique, en date du 12 décembre 1856,

Sont maintenus pour trois ans dans leurs fonctions près la Faculté de médecine de Montpellier les agrégés en activité dont les noms suivent, et dont le temps d'exercice est expiré, savoir :

MM. Bourrely, 3e section; Parlier, id.; Quissac, 4e section.

Sont rappelés à l'activité près la Faculté de médecine de Montpellier, les agrégés libres dont les noms suivent :

1° Pour trois ans, M. Brousse, 2e section; M. Broussonnet, 3e section (médecine légale).

2° Pour six ans, M. Viguier, 1re section (botanique et histoire naturelle); Lescellier-Lafosse, 4e section (accouchements).

Les quinze agrégés actuellement en exercice près la Faculté de médecine de Montpellier sont répartis ainsi qu'il suit dans les quatre sections :

Ire Section. — *Sciences anatomiques et naturelles.*

Anatomie et physiologie, MM. Bourdel et Jacquemet.
Histoire naturelle, M. Viguier.

IIme Section. — *Sciences physiques, chimiques et toxicologie.*

Chimie générale et toxicologie, M. Faget.
Chimie pharmaceutique, M. Brousse.

IIIe Section. — *Sciences médicales.*

Pathologie interne, clinique interne, pathologie générale, thérapeutique et matière médicale, hygiène, MM. Parlier, Bourely, Lassalvy, Combal, Girbal.
Médecine légale, M. Broussonnet.

IVe Section. — *Sciences chirurgicales, accouchements.*

Chirurgie, MM. Quissac, Monlet, Garimond.
Accouchements, Lescellier-Lafosse.

— Sont rappelés à l'activité pour trois ans, près la Faculté de médecine de Strasbourg, les agrégés libres dont les noms suivent, savoir :

MM. Artonssohn, 3e section; Bach, 4e section.

Les douze agrégés actuellement en exercice près de la Faculté de médecine de Strasbourg, sont répartis ainsi qu'il suit dans les quatre sections :

Ire Section. — *Sciences anatomiques et physiologiques.*

Anatomie et physiologie, M. Koeberlé.
Botanique et histoire naturelle, M. Kirschleger.

IIme Section. — *Sciences physiques.*

Chimie, M. Strohl.

IIIme Section. — *Médecine proprement dite et médecine légale.*

Pathologie interne, clinique interne, pathologie générale, matière médicale et thérapeutique, hygiène et physique, MM. Dagouet, Hirtz, Arronssohn, Joyeux, Coze.
Médecine légale, M. Wieger.

IVme Section. — *Chirurgie et accouchements.*

Pathologie externe, M. Bach.
Clinique externe, M. Held.
Accouchements, M. Hergott.

Le gendre, âgé de 54 ans, à en juger par son visage et son attitude, paraît aussi malade que son beau-frère et ses belles-sœurs. Cependant, il ne se plaint actuellement que d'un reste de faiblesse générale. Il a eu, les premiers jours, un flux abondant. C'est à ce flux plus abondant dès le début que chez les autres malades qu'il attribue, dit-il, sa guérison.

Le septième membre de la famille, le seul qui n'ait pas souffert d'avoir mangé du poisson, est le plus jeune des enfants, garçon de 14 ans, d'une constitution qui cependant paraît moins forte que celle des autres, et d'une intelligence bornée.

Je ne conseillai au gendre qu'un bon régime alimentaire, graduellement plus substantiel; pour la mère, le fils et les filles, je joignis à l'usage du bouillon de bœuf et de légers potages gras, l'emploi du café noir à petites doses, et de la limonade de citron, avec addition d'un peu de vin généreux. Appelé plus tôt, je leur aurais fait prendre, ainsi qu'au père, l'ipécacuanha. Je prescrivis, pour cet homme, en outre de la limonade vineuse et citrique, une potion tonique, dont l'extrait de quinquina faisait la base.

Je devais revoir ces malades deux jours après; mais, ainsi que cela arrive souvent aux habitants de nos campagnes, où l'on redoute singulièrement les dépenses occasionnées par les visites du médecin, on me fit dire de différer mon voyage jusqu'à nouvel ordre.

Le 5 septembre, j'étais sans nouvelles de cette famille, lorsque je rencontrai un homme du village de Bult, de qui j'appris que le dernier malade dont je viens de parler était encore, à peu de chose près, dans l'état où je l'avais laissé, mais que les autres malades allaient bien.

Je ne dois pas omettre de dire qu'en sortant de cette maison, j'avais été prié de voir, dans le même village, le père du jeune homme de 36 ans; que, chez ce vieillard, âgé de 72 ans, j'avais constaté, à l'exception du délire, à peu près les mêmes phénomènes que chez le beau-père, et qu'ici, la maladie, qui datait de trois semaines déjà, s'était produite sans cause connue.

Avant même d'avoir connaissance de la maladie de cet homme, j'avais dit, chez les autres malades, qu'ils ne devaient nullement se considérer comme empoisonnés; que le poisson, pas assez altéré pour constituer véritablement un poison, mais assez pour faire un aliment malsain, n'avait fait que donner le branle à des accidents que d'autres auraient pu également déterminer.

En m'exprimant ainsi, je songeais à ces affections typhiques à formes variées, qui ne sont pas rares dans notre contrée depuis quelques années, et dont les causes déterminantes, également variées, ne sont pas toujours appréciables.

Naguère, dans notre ville, un jeune homme et une jeune fille, le frère et la sœur, succombèrent, à quelques jours d'intervalle, l'un à une forme lente et comme chronique d'une affection du même ordre que celle des deux vieillards de Bult, et l'autre, à une pyrexie aiguë, presque foudroyante. Chez la jeune fille, cette forme aiguë, dans laquelle avaient lieu des vomissements, le flux, des crampes et la cyanose, offrait une teinte cholérique très prononcée, ou plutôt c'était véritablement la fièvre cholérique complète. La cause déterminante de la maladie de cette jeune fille avait été le chagrin d'avoir perdu son frère, joint à la fatigue et aux veilles occasionnées pendant la longue maladie de celui-ci, maladie dont la cause déterminante est restée inconnue.

Vers cette époque, une jeune fille du village de Doncières, canton de Rambervillers, avait failli succomber promptement à une affection typhique, dont le phénomène prédominant était un délire des plus agités. Ici, aussi, la cause déterminante était inconnue.

Un mot sur un malade qui vient de mourir à Rambervillers.

C'était un vieillard de 80 ans, venu chez son gendre pour y passer quelque temps.

Huit jours après son arrivée, le 8 septembre dans la nuit, sans cause alimentaire connue, il fut pris de nausées et de vomissements, avec mouvement fébrile.

Le 9, il eut le flux et tomba dans la stupeur.

Le 10, le flux avait cessé; mais il y avait des alternatives de demi-coma et de délire agité, pendant lequel, plus d'une fois, le malade chercha à fuir. En aucun moment, il ne manifestait la conservation d'une partie de l'intelligence; en aucun moment non plus, ce jour-là, il ne pouvait avaler. Tel était l'état dans lequel je le trouvai, à ma première visite, pendant laquelle je constatai, en outre, les signes suivants : peau sèche partout, fraîche à la face et aux extrémités supérieures, teint terreux, yeux caves et cernés, regard terne, ou plutôt abolition du sens de la vue, lèvres croûteuses, langue sèche et brunâtre, pouls mou et irrégulier, ventre météorisé, miction involontaire, absence de paralysie des membres, mouvements automatiques.

J'émets le plus fâcheux pronostic, et me borne à prescrire une application de vésicatoires aux jambes.

Le lendemain, dans l'après-midi, contre mon attente, je retrouve ce malade. On me dit qu'après avoir passé une grande partie de la nuit dans l'état léthargique, il a recouvré sa connaissance dans la matinée, en a joui pendant assez longtemps, et a parlé d'une manière lucide, mais d'une voix éteinte, aux personnes qui l'environnaient; qu'ensuite, il est retombé dans le coma, où il se trouve au moment de ma visite, et dont je cherche vainement à le tirer.

Le 12, dans la matinée, il succomba, après avoir, de nouveau, mais très passagèrement, recouvré l'intelligence.

Un enfant de quelques mois, petit-fils de cet homme, offre, comme reflet de la maladie de celui-ci, une diarrhée abondante, et, dans le visage, une expression typhique manifeste.

Dans la maison habitée par ces malades, on avait tout récemment verni une chambre dans laquelle on ne couchait pas, mais où ce vieillard, chaque jour, se plaisait à passer plusieurs heures avec l'enfant sur ses genoux.

Les émanations de l'essence de térébenthine auraient-elles, ici, joué le rôle de cause déterminante? Il me paraît très raisonnable de répondre par l'affirmative, attendu que ces émanations ont une action hyposthénisante, et que nos maladies actuelles sont essentiellement asthéniques.

Une émotion morale triste, une fatigue résultant d'un travail excessif, une perte sanguine, une cause traumatique, l'encombrement, des émanations septiques, l'usage alimentaire des substances végétales ou animales mal conservées; les médicaments stupéfiants, même à petites doses; certains toxiques, tels que les mauvais champignons et la ciguë, même à doses qui, ordinairement, ne sont point véritablement dangereuses, peuvent amener les accidents les plus graves, par le fait d'une disposition particulière, asthénique, de l'organisme.

Je suis disposé à penser que l'on expliquerait de cette manière ces explosions de typhus dans les camps, sur les navires, dans les hôpitaux et au sein des populations civiles; je suis disposé à penser que l'on expliquerait de la même manière certains accidents toxiques, dont la relation se trouve dans les feuilles périodiques toutes récentes.

Ce sujet, sur lequel, Monsieur le rédacteur, j'aurai peut-être occasion de revenir un jour, me paraît digne de l'attention des médecins, car il touche à l'hygiène, à la thérapeutique et à la médecine légale.

Dr LIÉGEY.

Rambervillers, le 12 septembre 1856.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 Décembre 1856. — Présidence de M. Is. GEOFFROY ST-HILAIRE.

Séton filiforme dans les collections purulentes.

M. BONNAFONT a donné lecture d'un travail intéressant de chirurgie, intitulé : *Mémoire sur l'emploi du séton filiforme dans le traitement des collections purulentes en général, et en particulier du bubon syphilitique.*

Après avoir exposé d'une manière sommaire l'influence que le contact de l'air exerce sur la marche de bes maladies, quand il est mis en contact avec le pus, et passé en revue les différents modes qu'on emploie pour l'ouverture des humeurs abcédées, tels que l'incision, les ponctions ou les caustiques, M. Bonnafont donne la préférence au petit séton filiforme, traversant de part en part la base de la tumeur. Ce séton une fois établi, les deux bouts du fil sont noués, afin d'éviter sa sortie dans les pansements ultérieurs. Jusque-là, le procédé de M. Bonnafont ne présenterait qu'une modification peu importante relativement au séton employé par les anciens praticiens; mais ce qui distingue surtout la méthode de ce praticien de celles connues jusqu'à ce jour, c'est la compression méthodique qui accompagne l'usage du séton.

En effet, on s'était contenté jusqu'à ce jour, pour donner issue au pus, d'ouvrir directement la tumeur. Mais ce mode, qui fait l'objet de la critique judicieuse de ce travail, a pour inconvénient inévitable de permettre l'accès de l'air dans la cavité de l'abcès et de laisser ses parois flottantes dans des conditions très peu favorables à la guérison de l'abcès. Bien que l'accès de l'air ne soit pas l'objet d'une crainte sérieuse de la part des praticiens modernes, les célébrités anciennes de la chirurgie en tenaient un grand compte. Il y a donc, comme le dit M. Bonnafont, entre l'optimisme des premiers et le pessimisme des seconds un espace qu'il a voulu mettre à profit pour y introduire sa nouvelle méthode opératoire, décrite ainsi qu'il suit :

Après avoir traversé la tumeur à sa base et le plus près possible de sa paroi inférieure, M. Bonnafont exerce une compression méthodique à l'aide de compresses graduées, seules ou remplies de charpie, entre les deux ouvertures; la largeur de ces compresses doit être égale à l'intervalle qui existe entre ces deux ouvertures, sans toutefois les recouvrir, et l'épaisseur en rapport avec la profondeur de la cavité de l'abcès, et surtout maintenu par un bandage approprié. L'appareil étant ainsi appliqué, ces deux ouvertures doivent se trouver parfaitement libres dans l'espace que la bande laisse en quittant de chaque côté ces compresses graduées. Il est facile maintenant de comprendre le mécanisme de ce mode de pansement, et les avantages qui doivent nécessairement en résulter. Il y a, en effet, comme le dit M. Bonnafont, quatre indications qui, en agissant simultanément pour atteindre le même but, doivent concourir à activer la guérison. Ces indications sont résumées par l'auteur de la manière suivante :

1° Issue du pus par les petites ouvertures du séton;

2° Rapprochement des parois de l'abcès par la compression;

3° Irritation des surfaces pyogéniques par la présence et le contact de la petite mèche;

4° Enfin, obstacle presque complet de l'introduction de l'air dans le foyer, en raison de la petitesse de l'ouverture, et surtout de la compression qui n'y laisse que peu ou point l'espace vide.

C'est, comme on le voit, la méthode sous-cutanée que M. Jules Guérin a introduite avec tant de succès dans quelques spécialités de la chirurgie, et employée par M. Bonnafont, depuis 1851, pour l'ouverture des collections purulentes.

Mais c'est surtout pour le traitement des bubons suppurés que le mémoire de M. Bonnafont a été écrit, l'auteur se réservant d'entretenir plus tard l'Académie d'un travail plus étendu sur cette matière.

Ce compte-rendu ne nous permettant pas d'entrer dans toutes les considérations de l'auteur, sur les motifs qui l'ont porté à adopter spécialement cette méthode contre les bubons, nous nous contenterons de donner le résumé des résultats comparatifs obtenus par les différents modes d'ouverture; ces résultats suffiront pour édifier nos lecteurs sur la valeur préconisée par ce mémoire.

Afin de faire ressortir les avantages des moyens que je propose, dit l'auteur, je vais donner la statistique des bubons qui ont été traités à l'hôpital militaire du Roule pendant l'année 1856 :

I. Bubons suppurés ouverts par le séton filiforme et traités par la compression. 25

Nombre de journées depuis le jour de l'ouverture jusqu'à la complète guérison de l'abcès. 486
Moyenne par homme 19

II. Bubons suppurés par la potasse. 9
Journées de traitement depuis l'ouverture jusqu'à la cicatrisation de la plaie 455
Moyenne par homme 50

III. Bubons suppurés ouverts par l'incision de l'abcès. . . 4
Journées de traitement. 203
Moyenne par homme 50

IV. Bubons suppurés ouverts par simple ponction. . . . 2
Nombre de journées 109
Moyenne par homme 54

V. Bubons ouverts spontanément 2
Nombre de journées de traitement. 124
Moyenne par homme 62

Maintenant, si nous prenons le maximum et le minimum de la durée de chaque traitement, nous trouvons :

I. Sur 25 bubons ouverts par le séton filiforme, 11 ont été complétement guéris du 1er au 10e jour; 6 du 10e au 20e; 7 du 20e au 40e, et 1 seulement du 40e au 53e. — Minimum, 6 jours; maximum, 53.

II. Sur les 8 bubons ouverts par la potasse, 5 n'ont été guéris que du 30e au 40e jour; 1 du 40e au 50e; et 2 du 60e au 100e jour. — Minimum, 30 jours; maximum, 96.

III. Sur 4 bubons ouverts par l'incision, 2 ont guéri du 30e au 40e jour, et 2 du 50e au 60e jour. — Minimum, 38; maximum, 60.

IV. Sur 2 bubons ouverts par les ponctions, l'un est guéri en 49 jours et l'autre en 60.

V. Enfin, sur les 2 ouverts spontanément, l'un a mis 89 jours à guérir, ce que l'autre a fait en 35.

Ce relevé, dont l'exactitude ne saurait être mise en doute, et qui a été fait en grande partie par M. Barberet, médecin aide-major, qui m'a remplacé dans le service des vénériens à l'hôpital du Roule, démontre, de la manière la plus irréfutable, l'avantage du séton filiforme sur tous les autres procédés pour l'ouverture des bubons, tant sous le rapport de la durée du traitement que sous celui des dépenses qu'il entraîne. — (Com. MM. Cloquet et Jobert de Lamballe.)

Existence de cils anormaux dans les ophthalmies et guérison de ces maladies par l'extirpation de ces cils.

M. Charles MEININGER communique une note sur l'existence de cils anormaux dans la plupart des ophthalmies et sur la guérison rapide de ces maladies par l'extirpation des cils anormaux.

Un cil normal, dit l'auteur, présente toujours un étranglement vers le collet. A partir du collet jusqu'à l'extrémité inférieure du bulbe, la décoloration du poil est sensible chez les bruns comme chez les blonds, et, dans ces limites, le poil redevient sensiblement blanchâtre.

Un mauvais cil, celui que j'appelle *trichorhize*, à cause de la ressemblance de son bulbe avec un rhizome horizontal, ne présente plus d'étranglements au collet, et, au lieu de se décolorer dans sa partie inférieure, il y montre une teinte plus foncée, chez les bruns comme chez les blonds. Ce bulbe prend un accroissement considérable et se recourbe, le plus souvent à angle droit, comme la souche horizontale du *polygonatum vulgare*, avec laquelle il a, d'ailleurs, beaucoup de ressemblance. D'autres fois, mais plus rarement, ce bulbe se recourbe une seconde fois pour remonter parallelement au poil. Dans tous les cas, ce mauvais poil est implanté plus profondément qu'un bon. Il faut remarquer ici que la direction de la partie aérienne des trichorhizes est parallèle à celle de la partie correspondante des bons cils et que, par conséquent, les mauvais n'ont rien de commun avec les cils appelés *trichiasis* ou *distichiasis*.

Les bons cils ne présentent qu'une petite surface décolorée à leur point d'insertion dans la paupière, tandis que les trichorhizes montrent, à ce même point, un épanouissement sensible, plus fortement coloré que le reste. Pour les arracher, il faut se servir d'une pince et tirer normalement pour ne pas les casser, car si on les rompait très près de la paupière, il faudrait attendre quelques jours pour leur donner le temps de repousser, afin de pouvoir les saisir de nouveau, et la guérison se trouverait retardée d'autant.

Généralement toute douleur a cessé une heure après l'opération, et au bout de vingt-quatre heures l'œil le plus rouge est redevenu blanc.

J'ai vu des personnes auxquelles, après une première extirpation, il n'était plus jamais revenu de trichorhizes; d'autres (et à moi en particulier) auxquelles il en est revenu après dix ans; d'autres après deux ans, et d'autres encore auxquelles il en est revenu avec une étonnante persistance, au point qu'il a fallu les opérer de mois en mois, cinq, six et jusqu'à dix fois de suite : mais, à chaque nouvelle opération, il devenait sensible que les poils arrachés avaient fait un pas pour revenir à l'organisation normale. (Commissaires : MM. Velpeau et Jobert de Lamballe.)

Sur la nature de l'affection désignée dans une communication récente de M. Bosredon sous le nom de délire des aboyeurs.

M. L. PIZE communique, sous ce titre, une note qu'il résume dans les propositions suivantes :

1° L'affection décrite sous le nom de *délire des aboyeurs* n'existe pas.

2° Ce prétendu délire des aboyeurs n'est qu'un symptôme appartenant à diverses maladies.

3° Les cas qui ont été décrits sous ce nom singulier doivent être rapportés à diverses affections des voies respiratoires et à certaines névroses. (Renvoi à l'examen de M. Andral, déjà chargé de prendre connaissance de la note de M. Bosredon.)

Appareil destiné à produire l'engourdissement d'une dent malade dont on doit faire l'extraction.

M. J.-B. GEORGE dentiste, présente une note sur un appareil destiné à produire l'anesthésie au moyen d'un mélange réfrigérant, avant l'avulsion des dents malades. Cet appareil se compose : 1° d'un double manchon en caoutchouc, lequel enveloppe la dent, il est fixé sur la gencive à l'aide d'un ressort indépendant; 2° de deux tubes également en caoutchouc; dont l'un, servant à faire arriver le liquide réfrigérant dans le manchon, est muni, à son extrémité, d'une poche faisant office de réservoir et susceptible, lors de la fermeture des deux robinets, de devenir pompe foulante, et de forcer le liquide à remplir toute la cavité du manchon; l'autre sert à donner issue au liquide, aussitôt qu'il commence à s'échauffer par son séjour dans la cavité buscale.

Le temps nécessaire pour obtenir l'engourdissement de la dent, varie entre trois et cinq minutes. Le mélange dont M. George se sert, est composé de glace et de sel par parties légales.

Toutefois, il est utile de faire remarquer que, pour éviter au malade toute sensation désagréable de froid, il faut faire passer dans l'instrument au commencement de l'opération, un courant d'eau tiède, que l'on refroidit graduellement. L'appareil de M. Georges lui a été inspiré par les recherches de M. le docteur Velpeau sur l'action anesthésique du froid, et a été employé par l'auteur pendant deux mois avec un succès satisfaisant.

Explication de la figure.



A, réservoir pour l'eau.

B, sac en gaze pour contenir la mixtion réfrigérante.

C, ampoule destinée à recevoir la mixtion réfrigérante.

D, robinet.

E, réservoir du liquide réfrigérant, susceptible de devenir, par le fermeture des robinets, pompe foulante.

F, tube en caoutchouc destiné à l'entrée du liquide.

G, Manchon double pour envelopper la gencive et la dent qui doit être avulsée.

H, tube en caoutchouc pour la sortie du liquide.

I, robunet de sortie.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 8 décembre. — Présidence de M. Patissier, vice-président.

(Suite. — Voir le numéro du 16 décembre.)

M. le docteur Sales-Girons donne lecture d'une *Notice sur les nouvelles salles de respiration instituées à Pierrefonds, pour le traitement des maladies de poitrine.* (Extrait par l'auteur.)

Messieurs, dans une des séances de la *Société d'hydrologie médicale*, le docteur Barthez, notre savant collègue, vous fit connaître une série d'expériences qu'il venait de faire, pour savoir si les vapeurs de l'eau de Vichy conservaient en cet état toute la minéralisation. La conclusion formelle de notre confrère peut être résumée en ces termes : « Non, la vapeur d'eau minérale de Vichy ne retient aucun des principes *fixes* de cette eau. » Et cette conclusion pouvait s'appliquer, selon M. Barthez, à toute espèce d'eau minérale alcaline ou sulfureuse.

La discussion de la Société s'engagea sur cette conclusion absolue, et la majorité de ceux qui y prirent part ne parut pas favorable à cette assertion négative.

Le bruit de cette discussion ou l'importance du sujet nous valut, à la réunion qui suivit, la présence de M. le baron Thénard. L'illustre chimiste traita la question à fond, et ses conclusions, si j'ai bonne mémoire, pourraient se résumer en ces termes : « Les vapeurs d'eau minérale laissent les minéraux fixes de l'eau dans les vases d'ébullition; s'il y en reste, comme on le dit, il faut penser que l'ébullition trop vive ou le bouillonnement tumultueux auront soulevé avec les vapeurs ce que, dans l'industrie, on appelle des *particules d'entrainement.* »

Ainsi, M. le baron Thénard venait confirmer de son autorité le résultat des expériences de M. Barthez.

Il résulte de là, que la vaporisation normale, tranquille, n'élève dans ses vapeurs d'eau minérale que de l'eau déminéralisée ou *distillée*, du moins quant aux principes fixes qui sont les plus importants.

Je ne sais pas si le mot *distillation* fut prononcé, mais il vint à la pensée de tout le monde, et chacun de nous se dit certainement que, dans les *salles de respiration* existantes dans les établissements thermaux et qui sont alimentées par les vapeurs, les malades de la poitrine qu'on y envoie ne doivent respirer à peu près que de l'eau claire, contrairement à la pensée du médecin qui ordonne ce traitement.

Enfin la *Société d'hydrologie*, appréciant la valeur de la question et en pressentant les conséquences futures, fit des inhalations respiratoires dans les stations minérales le sujet d'un prix pour l'année 1857.

Ici, M. Sales-Girons dit qu'étant inspecteur des eaux sulfureuses de Pierrefonds, et sachant que, de tout temps, la médecine avait visé à l'application du remède sur le mal, eu égard aux maladies de la poitrine, son intention prochaine devait être d'instituer une salle de respiration à Pierrefonds. Mais la discussion qu'il venait d'entendre avec tant d'intérêt, en lui rappelant que les vapeurs ne fournissent que de l'eau sans minéraux ou sans médicament, lui avait suggéré l'idée de faire diviser ou pulvériser l'eau sulfureuse, de manière à être sûr qu'en la respirant, les poitrinaires respireraient bien l'eau dans toute l'intégrité de sa minéralisation.

La nature, se dit-il, donne des exemples du fait auprès des cascades, autour des bassins à jets d'eau, aux bords de la mer, où les vents poussent la poussière du flot brisé qui porte aux plantes sa particule saline. Il fallait réaliser en petit ce phénomène dans l'espace d'une chambre.

A la fin de la saison de 1855, dit M. Sales-Girons, je fis part du projet à M. de Flubé, le propriétaire des eaux, qui le goûta et promit de travailler à sa réalisation.

Je ne vous dirai pas, Messieurs, les essais sans nombre qui furent tentés par le propriétaire, dans le but de produire de l'eau poudroyée dans une chambre, mais tout ce que peut l'instinct inné de la mécanique fut épuisé dans l'intervalle d'une saison à l'autre. La découverte ne résiste pas à tant de persévérance.

Au mois de mai 1856, je fus appelé de Paris pour aller voir l'instrument inventé et exécuté par M. de Flubé, et, au retour, je pouvais rédiger le mémoire sur la *salle de respiration* de Pierrefonds, qui fut adressé à l'Académie de médecine, et deux mois après M. O. Henry, après une visite comme rapporteur pour l'Académie, pouvait, dans son rapport, émettre le vœu que les appareils d'inhalation respiratoire, en France, fussent modifiés, à l'imitation de celui de Pierrefonds-les-Bains.

M. Sales-Girons cite encore le témoignage d'admiration de M. Jules François, ingénieur du gouvernement pour les eaux minérales, lorsqu'il vint visiter la salle de respiration, et il passe à la description de l'appareil pulvérisateur de l'eau sulfureuse.

Figurez-vous, dit-il, une pompe aspirante de la force de cinq atmosphères. Par l'ouverture aspirante, elle puise de l'eau dans une source sulfureuse, par l'autre ouverture elle la rejette, et comme c'est à l'extrémité de cette ouverture que se trouve disposé le pulvérisateur, c'est là que se produit la division de l'eau dans l'atmosphère où doivent séjourner les malades pour leurs séances de respiration.

Figurez-vous encore cette extrémité percée de quatre trous capillaires, donnant issue à quatre jets d'eau capillaires aussi, lesquels jets viennent rencontrer, à 7 ou 8 centimètres de distance, un petit disque résistant, vous avez là tout l'appareil.

Maintenant, supposez la pompe mise en mouvement, l'eau sulfureuse aspirée d'un côté, se rend de l'autre côté de la pompe où elle est foulée, les jets capillaires se raidissent en raison de la pression, et quand celle; ci est au plus fort, ces mêmes jets viennent s'éclabousser ou se briser sur les disques en une poussière humide, que M. O. Henry a comparée à une fumée, mais qui, en tous cas, est aussi fine que le brouillard.

Un seul de ces jets suffit pour envelopper dans son nuage la tête du malade qui vient respirer ainsi les eaux sulfureuses en nature, car chaque globule de ce brouillard est un fragment de l'eau naturelle, et en porte conséquemment tous les principes minéraux ou médicamenteux. La vapeur, au contraire, les perdait tous, ou plutôt ne les enlevait pas des vases où l'on faisait bouillir l'eau minérale.

L'image d'une séance de respiration dans la chambre de Pierrefonds est facile à saisir : sous ces quatre jets capillaires qui pulvérisent l'eau au milieu de la chambre et à deux mètres au-dessus du sol, placer une petite table ronde, et ranger quatre malades autour, la poussière humide qui se produit perpétuellement les enveloppe comme une lampe suspendue au-dessus d'une table, éclaire les personnes qui sont assises autour. La conversation est toujours générale, et assez gaie. Il est ordonné au respirant de parler modérément, mais de respirer par la bouche et non pas seulement par les fosses nasales.

Quoique le bon sens dise que l'eau sulfureuse, conduite, sans interruption de tube, de la source dans la salle où elle est pulvérisée, ne peut avoir perdu aucun de ses éléments médicinaux, néanmoins l'Académie a voulu savoir si la chimie les retrouverait tous dans la poussière humide. M. O. Henry, chargé des expériences, a répondu à cette question. « En entrant dans la salle de respiration de Pierrefonds, les fenê» tres étant ouvertes, on est frappé de l'odeur sulfureuse, et quant aux » liquides recueillis en différents point de la chambre par la condensa» tion de la poussière, ils ont presenté l'existence de toutes les sub» stances propres à l'eau sulfureuse de Pierrefonds. Ainsi, ajoute le » rapporteur, le but que s'était proposé le docteur Sales-Girons se trouve » atteint. »

M. Sales-Girons énumérant les avantages comparatifs de la salle de respiration nouvelle avec celles alimentées à la vapeur, fait ressortir surtout celui de pouvoir opérer les fenêtres ouvertes, au lieu d'enfermer hermétiquement ensemble vingt malades de la poitrine dont les exhalaisons mutuelles n'ont certes rien de bien sain, au contraire.

Je vous le dis avec conviction, dit en terminant M. Sales-Girons, il me semble impossible que les respirations de vapeurs dans les établissements thermaux résistent à la comparaison avec la respiration à l'eau poudroyée qui conserve tous les minéraux, et qui n'a aucun des inconvénients insalubres de celles-là.

M. Sales-Girons conclut que, désormais, les établissements thermaux devront rester ouverts toute l'année au lieu seulement de la saison d'été.

Pour les respirations, les eaux minérales devront rester ouvertes durant l'automne et par l'automne, l'hiver et le printemps, qui nous ramène à la saison d'usage.

Or, les respirations seront ordonnées, l'automne, par les médecins, aux malades de la poitrine. Hippocrate nous en répond par son terrible aphorisme : *Autumnus tædidis malus.* L'automne est funeste aux poitrinaires.

M. Réveil nie formellement que M. Thénard ait exprimé que les vapeurs des eaux minérales ne gardent rien des substances fixes contenues dans l'eau sur laquelle on opère. Il a dit précisément le contraire. M. Réveil cite des exemples nombreux de principes fixes s'échappant avec l'eau convertie en vapeurs, entre autres l'acide borique, à Cerboli, en Toscane, le chlorure de sodium de l'eau de mer, à la température ordinaire; il rappelle le crachement de l'eau dans l'appareil de Marsh, les difficultés que l'on éprouve à obtenir une eau complétement distillée. Il lui semble que, si la réduction de l'eau minérale en particules très fines était possible, elle serait du moins très difficile à opérer efficacement pour les eaux sulfureuses, qui s'altèrent déjà si rapidement à l'air, et dont la grande division ne peut que favoriser l'oxydation des sulfures. M. Réveil termine en réclamant contre la manière absolue avec laquelle M. Sales-Girons a annoncé que les principes volatils seuls figuraient dans l'évaporation des eaux minérales.

M. Durand-Fardel développe ce dernier point de vue. L'inhalation minérale existe naturellement au bord de la mer, dans les salines, autour des sources sulfureuses, dans les cabinets de bains et de douches; elle a été développée artificiellement dans plus d'un établissement, où elle constitue une thérapeutique active, quelque imparfaite qu'elle puisse être; l'inhalation existe comme moyen thérapeutique, et il n'est pas probable même que l'art puisse jamais reproduire avec avantage celle que la nature développe dans tant de circonstances. Quant aux salles d'inhalation, quand M. Sales-Girons a dit qu'on n'y reproduit que de l'eau claire, il s'est trompé, car au Vernet, à Amélie, à Allevard, à Aix-en-Savoie, à Kissingen, à Aix-la-Chapelle, on respire effectivement des vapeurs médicamenteuses. Ces faits rétablis, M. Durand-Fardel n'hésite pas à applaudir aux tentatives de M. Sales-Girons, tout en faisant ses réserves au sujet des résultats que l'expérience aura à fournir.

M. James considère l'appareil de M. Sales-Girons comme réalisant tout ce que l'on peut exiger pour l'administration des eaux minérales par la respiration. Mais il fait remarquer que, jusqu'ici, ces eaux n'ont été administrées qu'en boisson dans les maladies de poitrine, c'est-à-dire en faisant pénétrer les principes minéralisateurs de dedans en dehors. Le procédé proposé par M. Sales-Girons s'appuie, au contraire, sur des phénomènes d'endosmose, et sur la pénétration des principes sulfureux de dehors en dedans. Avant de généraliser cet appareil, il faut s'assurer si l'inhalation est réellement utile dans les maladies de poitrine.

M. Gerdy se demande, de son côté, si le point de départ de M. Sales-Girons, basé sur ce que tous les corps contenus dans les eaux minérales en question devraient agir également dans les maladies des poumons, est exact. Il émet des doutes à ce sujet. Il serait prudent, dans tous les cas, avant de chercher à généraliser cette médication, d'expérimenter l'action de chacune de ces substances sur les voies respiratoires.

M. Leconte voudrait que l'on recherchât d'abord si l'inhalation laisse absorber tous les corps à tous les états. Pour l'absorption des corps solides, il n'y a aucune certitude. L'aspiration de la poussière de charbon, dans certaines industries, est très innocente. M. Leconte a tenu des lapins, pendant huit jours, la tête incluse dans un sac de caoutchouc, muni d'un tube ouvert à l'extrémité opposée, et contenant du charbon pulvérisé, et n'a retrouvé aucune trace de charbon dans leurs poumons. Si l'inhalation des corps gazeux est démontrée, celle des substances à l'état vésiculaire ou solide reste encore à rechercher, avant de juger l'utilité du nouveau mode proposé.

M. Sales-Girons déclare que M. Leconte a soulevé le point capital de la question, et la seule objection sérieuse qui lui ait été adressée. C'est à la science de décider si l'eau, sous forme vésiculaire, pénètre effectivement dans l'appareil pulmonaire. Il fait cependant observer que la respiration offre un mécanisme différent chez l'homme et chez les animaux. Il signale encore la différence des effets obtenus, suivant que les malades tiennent la bouche ouverte ou fermée durant l'inhalation.

Quant aux autres objections qui lui ont été faites, il répond qu'il ne méconnaît aucune des circonstances de l'inhalation naturelle; qu'il a proposé lui-même la production des vapeurs spontanément chargées de sel marin, comme modèle pour l'installation de son appareil. Mais les exemples tirés des divers établissements d'inhalation le touchent peu. Qui sait si, au Mont-Dore, à Allevard, à Aix, etc., ce n'est pas simplement par la vapeur d'eau que les inhalations agissent? Du reste, ce qu'il a voulu, c'est apporter un perfectionnement, et il n'admet pas que la comparaison puisse s'établir entre les vapeurs des salles d'inhalation, et la poudre d'eau qu'il produit.

M. Guérard appuie les observations faites par M. Sales-Girons, au sujet de l'importance que peut avoir la bouche ouverte ou fermée, en matière d'inhalation. A la fabrique d'armes de Châtellerault, les ouvriers qui résistent aux conséquences funestes de l'inspiration des poussières siliceuses ne le doivent qu'à la précaution constante de ne parler que très peu et très bas pendant le travail.

Le procédé annoncé par M. Sales-Girons n'est pas, à proprement parler, un mode d'inhalation. Ici l'on envoie de l'eau très divisée dans une enceinte où respirent les malades, et ceux-ci en éprouvent beaucoup de bien-être. Les salles d'inhalation, au contraire, nécessitent une température élevée, et la respiration ne peut manquer d'y éprouver de la gêne. Ce sont deux méthodes distinctes. Celle de M. Sales-Girons paraît très bonne, très logique; il faut seulement attendre ce que l'expérience nous apprendra à son sujet.

La discussion est close et la séance est levée.

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

COURRIER.

M. de Salvandy, ancien ministre de l'instruction publique, vient de mourir à l'âge de 61 ans, à la suite d'une maladie cruelle, qui lui a laissé jusqu'au dernier instant l'usage de toutes ses facultés. Le corps médical n'a pas oublié que c'est sous son ministère qu'ont pu s'agiter, en toute liberté, les plus importantes questions de l'organisation scientifique et professionnelle de la médecine, ni ses efforts pour donner à cette organisation nouvelle la sanction législative. Dans son discours au Congrès médical, M. de Salvandy sut trouver, en parlant de la médecine et des médecins, un langage digne et élevé. Ses vues et ses projets ne furent pas toujours en harmonie avec les vues et les projets que nous croyons les plus propres à assurer les intérêts moraux et professionnels du corps médical, mais on ne peut s'empêcher de rendre hommage à la générosité et à la loyauté de ses sentiments, comme nous ne pouvons pas oublier la vive et active sympathie dont il fit preuve pour le corps médical. M. de Salvandy a été un des rares hommes d'État qui se soient occupés de nos affaires, et il l'a fait avec cette haute intelligence et cette noblesse de caractère, qui, à tant d'autres titres, recommandent sa mémoire au respect de la postérité. Amédée Latour.

— Par décret impérial en date du 10 décembre 1856, rendu sur le rapport de M. le ministre de l'instruction publique et des cultes,

M. Béchamp (Pierre-Jacques-Antoine), docteur en médecine, docteur ès-sciences, pharmacien de 1re classe, est nommé professeur titulaire de chimie et de pharmacie à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Par un décret en date du 17 décembre 1856, rendu sur la proposition de S. Ex. M. le ministre de l'instruction publique et des cultes, la chaire de physique de l'École supérieure de pharmacie de Paris, est et demeure constituée sous le titre de *Chaire de physique appliquée à la pharmacie.*

Aux termes du même décret, M. Regnault, docteur ès-sciences, docteur en médecine et pharmacien de 1re classe, est nommé professeur titulaire de ladite chaire.

— La Société allemande a proposé comme sujet de prix pour 1857 la question suivante : « Quelle est, dans différentes circonstances, l'influence » du mouvement corporel poussé jusqu'à la fatigue, sur l'organisme » humain et surtout sur l'assimilation? »

Adresser les mémoires, avec épigraphe et accompagnés du nom et de l'adresse de l'auteur, sous pli cacheté, au conseiller méd. Béneke, à Oldenburg, avant le 15 juillet 1857.

— La Société médicale d'émulation, dans sa dernière séance, a renouvelé son bureau de la manière suivante pour l'année 1857 :

MM. Amédée Forget, président;
Hillairet, vice-président;
Fournel, secrétaire général;
Clairin, secrétaire particulier;
Maurice Perrin, vice-secrétaire.

— Une pension annuelle de 100 livres sterling (2,500 francs) vient d'être accordée, par la reine d'Angleterre, à M. le docteur Alison (d'Édimbourg), en récompense des services qu'il a rendus à la science.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE MORTS EN ORIENT.

Souscriptions recueillies par M. le docteur Sénard, chirurgien principal de la marine, membre de la commission :

Somme versée au nom des officiers de santé du port de Brest, par M. le docteur Lefèvre, directeur du service de santé de la marine, 185 fr. 15 c.

Produit de la souscription des officiers de santé présents au port de Lorient, transmis par M. le docteur Ange-Duval, président du Conseil de santé, 39 fr. 60 c.

Le docteur Blache, premier médecin en chef de la marine, directeur du service de santé à Marseille, 100 fr.

Total.	324 fr. 75 c.
Listes antérieures . .	715 fr. » c.
Total à ce jour. . . .	1,039 fr. 75 c.

—

Souscriptions reçues par M. le docteur Maheux, secrétaire de la commission :

MM. Rietschel, médecin-major à Tenez (Algérie), 10 fr.; Clerc, aide-major, id., 5 fr.; Léger, pharmacien-major, id., 8 fr.; Massaloup, aide-major, id., 5 fr.; Gay, médecin de colonisation, id., 5 fr.; Taccouis, pharmacien civil, id., 5 fr.; Bauche, docteur en médecine à Paris, 10 fr.; Brault, médecin-major au 40e de ligne, à Rome, 10 fr.; Bagnol, aide-major, id., 5 fr.

—

Collecte faite parmi les officiers du 82e de ligne, et envoyée par M. le docteur Masse, médecin-major au même régiment, à Napoléon-Vendée, 259 fr. 27 c.

—

Collecte faite au sein de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure, et envoyée par M. le docteur Delnen, de Nantes, 290 fr.

—

Souscriptions recueillies à Alger par MM. Léonard, Goze, médecins militaires, Folley, Romana, médecins civils, et Desvignes, pharmacien civil, 380 fr., dont suit le détail :

Médecins militaires : MM. Léonard, 25 fr.; Goze, 10 fr.; Vahu, 10 fr.; Cazalas 20 fr.; Marit, 10 fr.; Leclerc, 20 fr.; Frey, 5 fr.; Lebrun 5 fr.; Courcelle-Seneuil, 5 fr.; Prévost, 5 fr.; Vernier, 5 fr.; Hatry, 5 fr.; Fargues, 5 fr.; Meige, 5 fr.; Poupelard, 5 fr.; Halbron, 5 fr.; Laugier, 5 fr.; Chadourne, 5 fr.; Séré, 5 fr.; Baudouin, 5 fr.; Sautelle, 10 fr.

Pharmacien militaire : M. Beylier, 5 fr.

Médecins civils : MM. Folley, 20 fr.; Romane, 25 fr.; Agnely, 25 fr.; Feuillet, 20 fr.; Echelt, 20 fr.; Miquerès, 15 fr.; Bureau, 10 fr.; Choiemoiers, 5 fr.;

Pharmaciens civils : MM. Desvignes, 20 fr.; Girard, 10 fr.; Alcantara, 5 fr.; Marsan, 5 fr.; Micoud, 10 fr.; Defrance, 5 fr.; Bazire, 5 fr.; Isnardi, 5 fr.; Sarrazin, 5 fr.; un anonyme, 5 fr.

—

Souscription ouverte à Oran (Algérie), 130 fr., dont suit le détail :

MM. Guerre, médecin principal, 20 fr.; Miliot, méd.-major, 15 fr.; Duplessy, id., 10 fr.; Bonnard, id., 10 fr.; Dziewonski, id., 10 fr.; Boulian, id., 5 fr.; Besançon, aide-major, 5 fr.; Helye, id., 5 fr.; Darmandieu, id., 5 fr.; Maffre, id., 5 fr.; Lobstein, id., 5 fr.; Geoffroy, id., 5 fr.; Roy, id., 5 fr.; Nicker, id., 5 fr.; Rodes, médecin-major, 15 fr.

Listes précédentes.	3,412 fr. » c.
Total à ce jour.	4,535 fr. 14 c.

Total général de toutes les souscriptions connues au 18 décembre . . . . . 16,458 fr. 16 c.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris — Typographie Felix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 154. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 23 Décembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, *rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.*

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. PARIS : De la foi en médecine. — II. THÉRAPEUTIQUE : De la paralysie faciale ; traitement par la strychnine. De l'action des strychnées. Du curare dans le tétanos. — III. PATHOLOGIE : De la gangrène suite d'artérite. — IV. MATIÈRE MÉDICALE : Avantages de l'huile de foie de morue brune pure sur l'huile de foie de morue blanche. — V. PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE : Sur la pathologie et la thérapeutique de la péricardite. — Remarques sur la symptomatologie des fractures de la clavicule. — (PRESSE ANGLAISE) : Teinture d'iode dans les vomissements de la grossesse. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours.

PARIS, LE 22 DÉCEMBRE 1856.

DE LA FOI EN MÉDECINE.

I.

Il n'est peut-être pas dans les habitudes, mais il ne saurait être contraire aux bienséances, que le rédacteur en chef d'un journal s'entretienne familièrement avec ses lecteurs, avec d'anciens lecteurs, je peux le dire, car la dixième année de ma direction de l'UNION MÉDICALE est près d'expirer. Si durant tant d'années il ne s'était pas établi entre les lecteurs et le rédacteur d'un journal une certaine communauté de pensées, un double courant d'idées et d'intentions, une communion à la fois intellectuelle et sympathique, la faute n'en saurait certainement être imputée qu'au rédacteur en chef. C'est qu'il aurait ignoré, ou méconnu, ou dédaigné les besoins et les vœux de ses lecteurs. Me tromperais-je ? Mais il me semble qu'il n'en saurait être ainsi entre mes lecteurs et moi. Je puise cette douce assurance dans leur fidélité à me prêter leur bienveillant concours, dans l'expression réitérée de leur satisfaction, dans les témoignages de confiance dont ils m'honorent à l'occasion de leurs embarras professionnels et dont le journal ne trahit que les exemples qui peuvent avoir une utilité générale, dans leurs communications nombreuses et qui font participer à sa rédaction la plupart des lecteurs de ce journal, dans le succès enfin de cette publication, qui, depuis dix ans, n'a cessé de grandir, succès sincère et qui sera durable, car il n'est dû qu'au plus honorable des moyens, à la propagande faite par ses lecteurs eux-mêmes.

En quoi donc blesserais-je aucune convenance en remerciant publiquement mes lecteurs de leur participation si dévouée et si efficace au progrès de notre œuvre commune ?

Me serait-il interdit aussi de chercher la raison de ce succès de notre œuvre et de l'affectueux concours que lui donnent nos lecteurs ? Non, car cette raison est avouable, et n'implique d'ailleurs aucune prétention immodeste ; je la résume par un mot, et ce mot traduit, en effet, toutes les tendances de ce journal : RESPECT pour notre science, pour notre art, pour notre profession.

Mais respecter, c'est CROIRE ; et, en effet,

Je crois à notre science ;

Je crois à notre art ;

Je crois à notre profession.

Et ce n'est pas là une vaine et stérile profession de foi. Respecter et croire, c'est beaucoup, mais il faut encore AGIR.

« La foi qui n'agit point est-ce une foi sincère ? »

Aussi, est-ce dans cette triple croyance qu'il faut chercher la raison d'être de ce journal, de la direction que je tends à lui donner depuis dix ans, et que je continuerai à lui imprimer tant que ses destinées me seront confiées.

II.

Croire à la science, c'est admettre, avec tous les grands esprits anciens et modernes qui se sont gravement occupés du sujet de nos études, que la Médecine possède tous les éléments constitutifs des autres sciences :

Des faits ;
Une méthode ;
Une doctrine.

Des faits ; ils sont innombrables, et alors même que les progrès de l'observation, comme le prétendent des exigences récentes, frapperaient de nullité les faits antérieurs, tous ceux colligés dans les livres et les recueils, la science n'en serait pas moins en possession des faits actuels et présentement observables par milliers tous les jours, et au moyen desquels tôt ou tard elle arrivera à l'institution de faits principes, de faits généraux, couronnement de toute science.

L'absence des faits généraux dans une science n'implique pas l'impossibilité de cette science ; cette absence est provisoire, en médecine, comme elle l'est en météorologie, qui n'en possède encore aucun ; en histoire naturelle, qui cherche encore ses voies ; en physique et en chimie, qui n'en reconnaissent qu'à titre d'hypothèse. La science médicale, dans sa signification la plus philosophique et aussi la plus raisonnable, est une science en virtualité, en puissance. Cette science se fait tous les jours, et par tout observateur jouissant de sens intacts et d'un jugement sain, quelle que soit la position qu'il occupe, infime ou élevée. Un fait bien recueilli, une observation bien faite, est une pierre de l'édifice scientifique, et cette pierre peut être taillée partout où l'homme souffre, s'il s'y trouve un médecin qui l'observe pour le soulager ou le guérir.

C'est cette croyance à la science, à la possibilité de son institution par tout observateur attentif et bien doué, qui rend l'UNION MÉDICALE si libérale pour ses lecteurs, si accessible à toute communication sérieuse, si riche aussi d'une collaboration tant étendue que ses publications, si rapprochées soient-elles, ne suffisent pas pour produire toutes les communications qu'on lui fait l'honneur de lui adresser. J'en prends à témoin mes honorés collègues du *Comité de rédaction* qui, dans toutes nos séances hebdomadaires, sont obligés de voter avec peine le dépôt dans le *carton des réserves* d'une foule de travaux honorables, mais qui doivent céder le pas à ceux qui présentent le caractère plus tranché d'urgence et d'actualité.

Une méthode ; c'est la méthode d'induction, dite de Bacon, parce que le chancelier de Vérulam en a fermement tracé les principes, mais que l'on retrouve en application, pour notre science, dans Hippocrate, dans Aristote, dans Galien, dans nos grands observateurs des XVIe et XVIIe siècles, Fernel, Duret, Baillou, Sydenham. Méthode que l'on a dénaturée, calomniée dans ces derniers temps, en la disant incompatible avec la tradition, alors qu'elle n'en est que la pierre de touche et le critérium ; méthode qui n'exclut et n'atrophie, comme on l'a faussement dit, aucune faculté de l'intelligence humaine, mais qui les règle toutes et les contient dans la limite du vrai et même du vraisemblable, car elle ne rejette pas même l'hypothèse, cet aiguillon souvent nécessaire, cet excitateur souvent puissant de tant d'esprits.

Observation, Expérience, voilà sans doute les bases indispensables de toute science, et de la médecine en particulier. Mais l'observation éternelle, l'expérience à perpétuité, où conduiraient-elles donc sinon à l'accumulation incohérente de faits, si le jugement et l'esprit n'interviennent pour en déduire un corollaire et un enseignement ?

C'est un enseignement que nous cherchons ici dans l'observation et l'expérience. Partisan dévoué et convaincu de la méthode inductive, nous ne lui sacrifions pas cependant les plus belles propriétés de l'intellect humain, et tout en donnant une valeur suprême aux résultats de l'observation et de l'expérience, nous ne rejetons pas systématiquement les vues de l'esprit, les hypothèses raisonnables, et les problèmes du raisonnement.

Une doctrine ; la doctrine médicale à laquelle, après quelques oscillations, l'UNION MÉDICALE s'est rattachée, est la doctrine vitaliste, cette grande conception, dont l'origine se perd dans les origines mêmes de la science, dont on retrouve les indications dans Homère et jusque dans la Bible, qui a traversé tous les âges avec une fortune diverse, qui n'est ni de Cos ni de Rome, ni de Salerne ni de Cordoue, ni de Montpellier, ni de Paris, mais qui est de partout, parce qu'elle est une intuition, une vérité de sens commun, que personne ne rejette absolument, que Montpellier revendique,

Feuilleton.

HISTOIRE DE LA MÉDECINE DEPUIS HIPPOCRATE JUSQU'A NOS JOURS.

ANALYSE DU COURS PROFESSÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
Pendant le 1er semestre de 1853-1854,
PAR M. ANDRAL,
Professeur de pathologie et de thérapeutique générales,
Par M. le docteur TARTIVEL.

Sommaire. — Les doctrines de Galien au moyen-âge ; légitimité de l'empire absolu exercé en ce temps par le médecin de Pergame. — Tableau de la médecine au moyen-âge, en dehors des doctrines de Galien. — Réaction violente contre Galien au réveil de l'esprit humain. — Commentateurs et copistes de Galien parmi les représentants de l'école grecque : Oribase, Aëtius, Alexandre de Tralles, Paul d'Égine, etc., etc.

XXXVI (1).

Les doctrines de Galien au moyen-âge.

Nous avons parcouru les diverses parties du vaste monument élevé par Galien aux sciences médicales, depuis l'anatomie jusqu'à la thérapeutique et à la médecine légale. On s'est habitué à répéter sans cesse, dans les livres et dans l'enseignement, que la domination absolue, sans appel, exercée par Galien pendant quinze siècles sur les doctrines médicales et sur la pratique de la médecine, fut, pendant ce temps, la grande cause qui s'opposa aux progrès de la médecine, et la rendit stationnaire. Je ne crois pas que cette opinion soit une vérité absolue, et je m'inscris contre elle. Je dis que cette longue domination, cet empire absolu, sans exemple, loin d'avoir été, pour la médecine un mal, fut pour elle un bienfait ; il fut véritablement heureux que, pendant ce long espace de temps, on regardât les doctrines de Galien comme une sorte d'arche sainte à laquelle il ne fallait pas toucher. Il y a des temps dans la vie des sciences, comme dans la vie des peuples, où la liberté de penser qui, dans l'ordre naturel des choses, est le premier des biens, le plus incontestable, le plus sacré ; il est des temps, dis-je, où la liberté de penser ne peut plus être exercée sans péril, où il est véritablement bon, utile, indispensable, que la pensée humaine, aussi bien que la Société, plie, s'enchaîne sous le joug d'une autorité suprême, sans appel ; et quels sont ces temps ? Ils sont faciles à trouver, l'histoire nous en offre des exemples éclatants, elle nous montre des temps où l'ignorance profonde, déplorable, jette sur la société entière, et, par conséquent, sur le principe qui est le guide, la lumière, l'âme de cette société, un voile trop épais pour qu'il puisse être déchiré sans péril, car, à la place, que mettre ? c'est là la question.

Il s'agit de savoir si cet empire absolu de Galien pouvait être renversé, et, surtout, si quelque chose pouvait le remplacer. Remarquez qu'en dehors des médecins qui, pendant ces quinze siècles, suivirent aveuglément les doctrines galéniques, il n'y avait rien ; en dehors de ces médecins qui proclamaient sans hésiter, hardiment, à la face du soleil : *hors de Galien pas de salut*, y avait-il un commencement de science, si faible que vous voudrez ; une science autre que la science inscrite dans les livres de Galien, qui pût les remplacer ? la réponse est facile ; il est certain que, pendant ces quinze siècles, nulle part on ne découvre la moindre trace d'une science réelle qui pût se substituer à celle de Galien. Effectivement, en dehors des livres composés ou inspirés par Galien, que trouvons-nous ? rien. C'est pour l'intelligence humaine une époque fatale, bien qu'à certains égards elle ait réalisé des progrès considérables. On ne trouve qu'idées superstitieuses qui débordent ; la science est remplacée par la croyance à des puissances surnaturelles qui remplissent le monde et qui, de toutes parts, sont mises en scène pour expliquer les phénomènes de la nature, et, en particulier, ceux de l'économie humaine. L'on croit aux génies ; alors s'accomplissent les prétendus miracles de la magie, se développent les idées de cette philosophie singulière connue sous le nom de cabale, s'enfantent les rêves brillants mais vides de l'alchimie. Au milieu de toutes ces croyances superstitieuses grandit le plus grossier empirisme, aidé de la prétendue science des devins. Tout ce que l'esprit humain a enfanté de folies, de superstitions et d'absurdités, s'accumule pendant une période de quatre à cinq siècles. Ces croyances règnent seules et dirigent, en grande partie l'humanité. Plus tard de ces croyances, de ces superstitions, devaient sortir pour l'intelligence humaine, une direction nouvelle, d'autres principes qui, amalgamés avec ceux de la science antique, exercèrent une certaine influence sur les découvertes ultérieures. Mais, pendant ce long intervalle, la médecine se réduit à la composition d'un certain nombre de formules données par les magiciens et les devins ; les malades guérissent par l'invocation des démons ou des génies. Donc, en dehors du médecin de Pergame, il n'y a pas de science assez puissante pour attaquer ses doctrines et les renverser. Il est clair qu'alors cette œuvre galénique *si minime, remplie de tant d'imperfections et d'erreurs*, cette œuvre que nous contemplons aujourd'hui d'un œil dédaigneux, et qui cependant contient de grandes vérités, qui nous a faits ce que nous sommes, dont nous sommes les enfants et les héritiers, qui a imposé à la médecine moderne ses grandes divisions ; cette œuvre, enfin, plus rapprochée de la science de nos jours que n'était la médecine enseignée il y a trente ans à peine ; il est clair, dis-je, qu'alors cette œuvre, ce monument élevé par Galien à la médecine, fut, de cette dernière, la gardienne et la sauvegarde. Alors on pouvait dire avec vérité qu'en dehors de Galien il n'y avait pas de salut ; paradoxe ! dira-t-on, paradoxe, soit ! un paradoxe est souvent une vérité, *hors de Galien, point de salut !* On a présenté ce mot comme blâmable, mais à tort, car il était juste et vrai, c'est à tel point, qu'une chose blâmable, mauvaise dans les temps ordinaires, alors que la lumière éclaire le monde, savoir l'intervention de l'autorité en matière de science (car la science est au-dessus de l'autorité), se fit alors avec toute raison, des ordonnances royales prescrivirent de n'enseigner et de ne pratiquer la médecine que d'après les doctrines de Galien. Ces prescriptions tyranniques, abusives en d'autres temps, étaient utiles à cette époque. Au milieu de l'effroyable cataclysme qui engloutit tout au moyen-âge, il ne s'agissait pas de conquérir des vérités nouvelles, il s'agissait de conserver les grandes conquêtes dues aux beaux génies d'Athènes et de Rome, il fallait sauver le flambeau des sciences médicales qui menaçait de s'éteindre dans les ténèbres de la barbarie.

C'est ainsi qu'il faut comprendre la légitimité de l'empire absolu exercé

(1) Voir l'année 1855, et les numéros des 3 janvier, 7, 19 février, 8, 15 avril, 15, 22, 27 mai, 26 juin, 3, 10, 31 juillet, 4, 11, 18, 25 septembre, 25 octobre, 27 novembre et 4 décembre 1856.

mais que Paris adopte, qui a produit la Barthez et Bérard, ici Bichat et Broussais. Mieux dotée, à cet égard, que les sciences physico-chimiques qui partent d'une hypothèse — attraction, affinité — la médecine part d'un fait, d'un fait inéluctable et indiscutable, la vie, et c'est de ce fait antérieur et supérieur que découle pour nous la doctrine médicale. Ne pas croire aux influences de la vie dans tout phénomène de l'organisme vivant, paraît une monstruosité si révoltante que personne n'ose le faire sans restriction. M'engager dans la simple indication du vitalisme tel que nous le professons ici, ce serait dépasser les limites de ce modeste entretien. Il m'importe seulement de rappeler que ce vitalisme, je l'ai désigné sous le nom de *tolérant* et de *progressif*, c'est-à-dire acceptant toutes les applications éprouvées des sciences physiques et chimiques, tous les progrès réels de l'expérimentation, ne répugnant à aucune intervention étrangère, adoptant toutes les conquêtes de l'anatomie, du diagnostic, parce que toutes ces choses, qui font l'honneur et la gloire de la médecine moderne, sont parfaitement compatibles avec le principe primordial que la science de l'homme ne doit jamais perdre de vue.

III.

Croire à l'art, c'est faire abandon sérieux et motivé de la critique négative; c'est diriger toutes les tendances de l'observation, de l'expérimentation et de l'analyse vers l'affirmation, ce besoin toujours inassouvi de l'esprit humain, qui ne vit et ne progresse que par elle, qui se flétrit et s'éteint sous la négation stérile. La critique, pour certains esprits, n'est que la négation. Ils sont heureux et fiers quant ils ébranlent ou renversent une croyance. Le scepticisme intolérant et froid est le dieu médical moderne. Les prêtres de ce dieu s'abritent sous le grand nom de Descartes, qu'ils n'ont jamais compris, de son *doute* dont ils n'ont pas saisi la signification toute métaphysique, car Descartes fut le plus croyant des philosophes et le plus *hypothésique* des savants.

L'art médical ne peut vivre de négations; il lui faut des croyances; celui-là ne sera qu'un thérapeute indécis, infécond et nuisible, qui ne possédera pas la foi de son art. Cette foi, il la faut éclairée et prudente, sans doute, mais il est imprudent aussi de la bercer dans des espérances trompeuses, car elle n'aura jamais l'exactitude, la précision et la rigueur que quelques praticiens de nos jours prétendent lui donner.

Si le médecin doit posséder la foi de son art, c'est un bien plus grand besoin pour le malade; ils ne pensent pas assez à cette double nécessité tous ces professeurs de doute, tous ces propagateurs de négations qui tuent la science, comme art et comme profession. Ce sont nos malheureuses dissensions qui font la fortune des pratiques excentriques, car ces pratiques se produisent sous les apparences des plus énergiques convictions, et le public, qui a besoin de croire, va vers ceux qui affirment, et s'éloigne de ceux qui doutent ou qui nient.

L'Union Médicale, j'en dois faire l'aveu, penche volontiers vers l'affirmation. Elle est plus heureuse de produire un travail qui fournit quelque arme nouvelle à l'homme de l'art, qu'une critique d'un moyen généralement accepté. Je sais bien tout ce qu'on peut dire, et je me le dis souvent, sur la nécessité de l'examen, de la vérification, du contrôle; mais je sais aussi que l'expérimentation thérapeutique est hérissée de tant de difficultés, que l'esprit peut hésiter entre un observateur qui affirme et un observateur qui nie. C'est assurément un des problèmes les plus complexes que puisse se poser l'esprit humain, que de déterminer la valeur d'un agent thérapeutique. Un des plus précieux éléments de ce problème manque sans cesse, c'est-à-dire la connaissance de l'histoire naturelle des maladies, de leur évolution, de leur marche spontanée, sans perturbation par les agents médicamenteux. Mais comme cet élément fera éternellement défaut, le mieux est d'adopter ce vieil axiome de bon sens : *Melius anceps remedium quam nullum.*

IV.

Croire à la profession, c'est vouloir l'entourer de la dignité, de la considération et des avantages qu'elle mérite entre toutes les professions; c'est réclamer pour elle non des privilèges, qui ne sont plus de notre temps ni dans nos mœurs, mais la simple protection du droit commun et de la législation générale; c'est venir en aide à ceux de ses membres qui peuvent être victimes d'une accusation injuste ou d'une erreur judiciaire; c'est, en indiquant fermement ses devoirs, soutenir avec résolution ses droits; c'est la pousser avec énergie et une conviction qui ne se lasse pas, dans les voies fécondes et protectrices de l'Association, qui lui donneraient des garanties sérieuses contre la plupart des abus qui l'oppriment et des excès qui la déconsidèrent.

Ici je pourrais laisser la parole à nos lecteurs eux-mêmes, et certes cette exhibition de témoignages frapperait par son ensemble et par sa généralité. Je m'en abstiendrai néanmoins, m'en rapportant sur ce point à la mémoire, à la justice de tous, qui savent si l'Union Médicale a jamais manqué de répondre à tout appel légitime, si elle n'a pas spontanément pris la défense de tout intérêt sérieux et général.

V.

Telle a été, telle sera jusqu'au bout, avec les modifications de détail dont l'expérience m'a appris l'utilité, la doctrine de l'Union Médicale. Je n'ai voulu faire et je n'ai fait de cette publication un journal ni exclusivement scientifique, ni exclusivement pratique, ni exclusivement professionnel. Je l'ai composé de ces trois éléments en proportions mesurées, parce que ces trois éléments répondent aux besoins divers du corps médical, et qu'il est juste de leur donner à tous une satisfaction légitime. Aussi n'est-il pas un sujet de science, de pratique ou professionnel qui ne puisse entrer et qui n'entre dans le large cadre de ce journal.

L'Union Médicale n'a jamais voulu employer pour sa propagation des moyens, dont elle laissé à d'autres l'usage et la responsabilité. Exclusivement composée et dirigée par l'élément médical, la Société dont je suis l'organe n'a voulu faire qu'une œuvre médicale, qu'une œuvre scientifique et professionnelle, sans se préoccuper plus qu'il ne le fallait de l'élément industrie. Son organisation financière la mettant à l'abri de toute éventualité fâcheuse, elle a su attendre, elle sait laisser passer et s'éteindre les efforts excessifs tentés par une concurrence alarmée. Tout ce que fait l'Union Médicale pour sa propagation et sa conservation, elle le fait ostensiblement, publiquement; et elle persévérera dans cette voie, car elle y a trouvé sa force et son succès.

Amédée Latour.

THÉRAPEUTIQUE.

DE LA PARALYSIE FACIALE; TRAITEMENT PAR LA STRYCHNINE. — DE L'ACTION DES STRYCHNÉES. — DU CURARE DANS LE TÉTANOS.

Par M. le d^r^ Thibeaud, professeur à l'École préparatoire de médecine de Nantes.

C'est spécialement dans les paralysies qui ne reconnaissent pas pour cause une altération des centres nerveux, que les moyens de l'art ont plus de chances de succès. Dans ces cas, les médications les plus diverses ont été conseillées. On connaît les heureux résultats que l'on obtient de l'emploi de la noix vomique et de ses préparations dans certaines paraplégies et dans les paralysies saturnines. Dans une paralysie spéciale, le plus ordinairement due à l'influence d'une cause extérieure, dans la paralysie du nerf facial, la strychnine, administrée sous différentes formes, paraîtrait amener plus promptement et plus sûrement la guérison que les divers autres moyens mis en usage dans cette maladie. M. Bottu-Desmortiers, dans sa thèse soutenue à la Faculté de médecine de Paris en 1834, recommande, comme un traitement efficace dans cette affection, la strychnine à la dose de 6 à 10 milligrammes donnée à l'intérieur, ou employée par la méthode endermique. Les faits de guérison de paralysie faciale par la strychnine sont donc connus; cependant, comme il n'en a pas été publié un grand nombre, nous avons pensé que ceux que nous allons rapporter pourraient avoir quelque intérêt.

Observation I. — Melle C..., âgée de 45 ans, marchande d'épiceries, demeurant à Nantes, quai de la Fosse, était obligée, par la nature de ses occupations, de se tenir, pendant tout le jour, au comptoir d'un magasin non clos et exposé à de forts courants d'air. Le 2 mars 1850, à son réveil, l'irrégularité qu'elle remarqua sur les traits du visage l'effraya vivement. Les paupières du côté droit ne pouvaient se rapprocher, l'œil restait constamment ouvert, la commissure de la lèvre droite était abaissée, le froncement du sourcil et du front ne pouvait avoir lieu de ce côté, et pendant la mastication, les aliments séjournaient entre la joue et les arcades dentaires du côté droit. En un mot, tous les signes de la paralysie faciale existaient, et le côté atteint était précisément celui qui avait été frappé par un courant d'air.

Une saignée du bras fut pratiquée, la malade étant d'un tempérament sanguin et non menstruée depuis plusieurs mois. Le lendemain, on fit dissoudre 5 centigrammes de sulfate de strychnine dans 100 grammes de sirop de sucre, selon la formule du professeur Trousseau. Le premier jour, 1 centigramme du médicament fut administré, et, pendant les quinze jours qui suivirent, on augmenta graduellement les doses, jusqu'à atteindre 8 centigrammes en vingt-quatre heures. Les deux semaines suivantes, on appliqua, en outre, à la tempe droite et derrière l'extrémité supérieure de la branche montante de l'os maxillaire inférieur, de petits vésicatoires ammoniacaux que l'on pansa avec 1 et 2 centig. de sel de strychnine. Il ne se passa rien de particulier pendant les quinze premiers jours du traitement, mais, le dix-septième, de vives secousses se firent sentir dans les muscles de la face du côté paralysé, et surtout dans les extrémités inférieures. En même temps, quelques-uns des muscles du côté malade commencent à pouvoir se contracter volontairement. Toutefois, ce ne fut que vers la fin de la quatrième semaine, que le mouvement revint entièrement au front, au muscle sourcilier, à l'orbiculaire des paupières et à la commissure des lèvres. Le muscle buccinateur était devenu moins inerte dès le quinzième jour du traitement.

La guérison était à peu près complète la sixième semaine. Il ne restait qu'un peu de faiblesse de l'orbiculaire, de sorte que les paupières supérieure et inférieure ne pouvaient se rapprocher complétement. Dix à douze jours après, tout signe de maladie avait disparu.

Observation II. — Melle R..., âgée de 13 ans, d'une constitution délicate et n'étant pas encore réglée, fut atteinte, le 5 mai 1850, après avoir été exposée à un fort courant d'air, d'une paralysie faciale gauche. Le releveur de la lèvre ne se contractait plus, la commissure de ce côté était abaissée. Du reste, tous les signes qui caractérisent la paralysie du facial existaient chez la malade.

Le 11 mai, le sirop de strychnine, préparé suivant la formule précédente, est prescrit. Chaque cuillerée à café de 4 gram. contenait 2 milligrammes de sulfate de strychnine. Le premier jour, on administre une cuillerée à café du médicament, puis on augmente graduellement les doses. Le 18 mai, on en donne six cuillerées. On observe quelques contractions dans le muscle sourcilier et le releveur des lèvres.

22 mai. 2 centigrammes de strychnine ont été administrés pendant la journée. Le soir, surviennent subitement de violentes secousses convulsives dans les jambes avec faiblesse de la jambe gauche, chute, serre-

---

par Galien pendant tout le moyen-âge. Plus on se dégagea des ténèbres de ces temps barbares, plus il fut permis de s'éloigner de Galien. Lorsque, du sein de ces ténèbres, jaillit un rayon de lumière; lorsque, au lieu de l'or qu'ils cherchaient au fond de leurs creusets, les alchimistes en firent sortir cette méthode précieuse d'analyse qui leur appartient, on vit surgir une chimie nouvelle par rapport à celle qui existait alors, vieille par rapport à nous, qui montre l'inanité de la doctrine des quatre éléments; lorsque, sous le scalpel de Vésale, restaurateur de l'anatomie au XVIe siècle, la structure du corps humain se dévoila tout-à-coup par une foule de travaux, la science de l'anatomie plus complète, plus philosophique, reléguа dans l'ombre l'anatomie galénique; lorsque, plus tard encore, la belle découverte de la circulation du sang, eut montré la fausseté des théories humorales du médecin de Pergame, la doctrine des fluxions, d'où dérivait toute la pratique médicale de l'antiquité, fut complétement ruinée; lorsque, enfin, grâce aux travaux de Bacon, l'hypothèse, point de départ de Galien et de tous les médecins de l'antiquité, fut brisée et ne fut plus admise comme base et principe du raisonnement; lorsque tout cela se fit, ou simultanément ou successivement, dès ce moment, et sous l'influence, je ne crains pas de le dire, de tant de foyers de lumières qui, de tous les points de l'horizon, rayonnaient sur la médecine, et l'éclairaient, cette médecine si longtemps stationnaire avec Galien, mais qui, en dehors de lui, ne pouvait que reculer et s'abîmer, alors, mais seulement alors, libre et dégagée de ses liens galéniques, fit un pas en avant, alors aussi partit le signal de l'attaque et de la ruine du grand édifice élevé par Galien, quinze siècles auparavant, édifice si bien harmonisé dans son ensemble, que, pendant longtemps, les médecins ne voyant surgir rien autre à l'horizon, avaient pu le croire assis sur des bases qu'il n'était pas possible de renverser. Il le fut, cependant plus qu'il ne devait l'être, par une réaction violente, trop violente, comme toutes les réactions, car c'est la loi de l'humanité de se jeter toujours d'un extrême à l'autre, sans jamais s'arrêter dans le milieu de la modération et de la justice, et de fait cette réaction contre Galien, cette lutte, ces efforts, qui eussent été un mal, un mal irréparable, du IVe au XVe siècle, tout à coup, et par un de ces immenses progrès qui, simultanément, se fit dans toutes les branches des sciences médicales, et qui, en même temps qu'il entoura la médecine d'une magnifique auréole, jeta un brillant reflet sur toutes les autres parties des connaissances humaines, cette réaction, cette lutte, ces efforts, disons-nous, devinrent un bien, un bien immense.

Donc, il y avait utilité que les doctrines galéniques dominassent la médecine pendant le moyen-âge, que, pendant tout ce temps, des médecins enthousiastes conservassent avec respect ces doctrines et vinssent se rallier autour d'elles, comme autour de l'arche sainte.

Voyons maintenant ce que devinrent les doctrines de Galien pendant ce long espace de temps, et quels en furent les interprètes. Ces interprètes furent de deux sortes : 1° des médecins grecs; 2° des médecins que l'on ne s'attend guère à voir paraître sur la scène du monde, fils de ce peuple singulier qui, longtemps errant et vagabond dans les déserts, tout à coup, sort de l'obscurité, et, sous la conduite de Mahomet, son chef et son prophète, vient apporter à l'Europe barbare les lumières de la civilisation. C'est dans les œuvres des médecins grecs et arabes qu'il faut suivre la fortune des doctrines de Galien pendant le moyen-âge. L'école grecque a eu des représentants à Rome et à Constantinople jusqu'au XIIIe siècle, mais on n'y voit pas d'auteurs originaux, on n'y trouve aucune recherche nouvelle, les médecins se contentent de copier et d'abréger Galien. Sauf Alexandre de Tralles, tous sont des compilateurs et des abréviateurs. Pendant ce temps, il n'y a pas assez d'ardeur et de goût pour les études sérieuses, pour que les médecins prennent la peine de lire et de méditer les nombreux ouvrages de Galien. Ils trouvent plus commode d'étudier les doctrines de ce grand-maître dans les abréviations. La différence entre les Grecs et les Arabes, c'est que ceux-ci traduisent et commentent Galien au lieu de l'abréger.

Donnons un aperçu des traducteurs ou commentateurs de Galien, depuis la mort de celui-ci jusqu'aux Arabes.

Le IIIe siècle ne nous en montre aucun.

Au IVe siècle, paraît Oribase, élève de l'école d'Alexandrie; cette école vivait encore et ne manquait pas d'un certain éclat. Oribase eut le bonheur d'être soutenu dans sa carrière par l'empereur Julien dont il était le médecin et l'ami. Il s'était mêlé aux affaires politiques avant que Julien ne fût monté sur le trône, et il avait rendu de grands services à ce prince. Après la mort de Galien qu'il avait accompagné dans l'expédition de Perse, compromis dans des troubles politiques, il subit l'exil, se fit une grande réputation parmi les barbares, et revint ensuite à Constantinople pour y jouir de nouveau de la faveur des empereurs Valentinien et Valens.

Oribase a composé un livre formé de passages empruntés à des auteurs anciens et surtout à Galien. Dans ce livre que M. Daremberg vient de tirer de la poussière des bibliothèques et de donner, traduit, au public, Oribase se montre pénétré de respect et d'admiration pour Galien; on sent qu'il est fasciné par le génie de ce grand homme.

Dans le même siècle, un évêque, Mélésius, composa sur *la nature de l'homme*, un ouvrage de physiologie entièrement calqué sur celle de Galien. C'est le même esprit, la même méthode philosophique.

Aux Ve et VIe siècles, par suite de l'invasion successive des barbares, on ne voit surgir aucun médecin de l'école de Galien.

Cependant, au milieu de l'horreur et de la désolation qui suivent les pas des barbares, l'esprit se repose avec plaisir en un coin de l'Europe, où règne un prince généreux, digne de la reconnaissance et de l'admiration de la postérité. C'est Théodoric, chef des Goths et roi d'Italie. Une fois maître de Rome, ce prince, qui n'avait de barbare que le nom, se prend d'un noble amour pour les sciences. Secondé par son ministre Cassiodore, il rappelle, de tous côtés, les savants dispersés, leur rend leurs pensions, les favorise et les protége, rassemble des manuscrits, et, tout en devenant un grand homme, par les lettres, reste un grand homme par la guerre. Sous son règne se manifeste un véritable retour vers les saines idées, mais cette belle lumière de civilisation, rallumée en Europe par ce noble prince, ne brille pas longtemps, elle disparaît devant les Lombards, envahisseurs de l'Italie.

Allons donc en Asie, c'est à Constantinople que nous verrons l'héritage de Galien se transmettre de siècle en siècle.

Vers le milieu du Xe siècle, vivait, à la cour de Constantinople, un Aétius, élève de l'École d'Alexandrie, qui, comme Oribase, se contenta de l'honneur médiocre, mais utile, de publier des extraits des œuvres galéniques.

Alexandre de Tralles, qui vient après Aétius, n'est plus un simple com-

ment des mâchoires, délire pendant la nuit. On cesse l'administration de la strychnine; on prescrit une potion éthérée; des cataplasmes sinapisés sont appliqués aux extrémités inférieures.

23 mai. La faiblesse de la jambe gauche persiste, mais les contractions convulsives des muscles ont cessé. La malade peut aujourd'hui froncer le sourcil, la commissure gauche des lèvres commence à obéir à l'action du muscle élévateur, les contractions de l'orbiculaire des paupières sont rétablies, celles-ci peuvent être complétement rapprochées l'une de l'autre.

24 mai. La faiblesse de la jambe gauche persiste et la malade y ressent en même temps de la douleur; il existe un peu de tremblement des membres supérieurs, mais le trismus a disparu. Le côté gauche de la face paraît revenir à son aspect normal.

31 mai. La malade est parfaitement. La jambe gauche est maintenant dans l'état naturel; l'expression de la physionomie est la même des deux côtés; à peine reste-t-il un peu de faiblesse de l'élévateur des lèvres.

Ces deux malades ont été, comme l'on voit, assez rapidement guéries, et surtout il n'est resté chez elles aucune trace de la maladie, ce qui n'a pas lieu toujours. Il nous arrive de rencontrer assez fréquemment deux femmes chez lesquelles, à la suite d'une paralysie faciale incomplétement traitée, la commissure labiale est demeurée abaissée d'un côté, abaissement qui se produit surtout pendant le rire.

Aux deux précédents faits nous allons joindre le suivant, où la pile voltaïque fut employée. C'était en 1841; les travaux de M. Duchenne de Boulogne, sur l'électricité, devaient plus tard étendre bien au delà les applications de ce puissant agent dans le domaine pathologique, apporter à ces applications des modifications radicales, et spécialement donner lieu à des guérisons beaucoup plus promptes.

Observation. III. Mademoiselle X..., âgée de 18 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin et un peu lymphatique, fut atteinte simultanément au commencement de décembre 1841, d'angine tonsillaire et de paralysie faciale, à la suite d'un refroidissement qui s'était fait sentir surtout au côté droit de la face. Des gargarismes émollients, la diète, des boissons mucilagineuses et un purgatif, constituèrent le traitement dirigé contre l'angine. On se borna quant, à la paralysie, à pratiquer quelques frictions ammoniacales sur le côté droit de la face.

8 janvier 1842. La paralysie faciale datant d'un mois, la malade est soumise à l'action de la pile. On se sert de l'appareil à auge, et on agit sur les points de la peau correspondant aux muscles paralysés, au moyen d'un excitateur à boule et d'aiguilles à acupuncture, sans en faire pénétrer la pointe dans les tissus. On donne ainsi dans l'espace de trois jours, trois séances de 15 à 20 minutes chaque. Du 11 au 15, on suspend le traitement, pour le reprendre sans interruption jusqu'au 30. On promène la boule de l'excitateur sur la face interne de la joue droite; alors les secousses convulsives deviennent très fortes et douloureuses, les contractions musculaires apparaissent sous l'aspect de rapides tremoussements. Dans l'intervalle des séances on n'observe du reste aucun changement.

Cédant aux sollicitations de mademoiselle X... qui se plaint des douleurs que lui causent les séances de galvanisation, on suspend tout traitement pendant quinze jours. Le deuxième jour qui suivit cette interruption, on commença à remarquer quelques mouvements dans les points paralysés. La commissure droite des lèvres s'élève un peu, l'occlusion de l'œil droit commence à s'opérer. On donne trois séances galvaniques le 16, 17 et 18 février, en employant une eau moins acidulée. On avait mis jusque-là un quinzième d'acide sulfurique, on n'en ajoute plus qu'un trentième. Les contractions musculaires produites par la pile sont moins fortes. Cependant un coryza avec rougeur érysipélateuse de la joue paraissant s'être développé sous l'excitation de l'aiguille, force encore à interrompre le traitement jusqu'au 24 février. Alors les séances sont reprises, elles se prolongent toujours pendant environ vingt minutes. Les 6 et 7 mars, pas de séances, on reprend celles-ci et l'on continue pendant environ trois semaines.

A cette époque, des mouvements spontanés s'observent dans les muscles sourciliers, mais la commissure des lèvres n'a pas encore recouvré son mouvement d'élévation. Ce n'est qu'en avril que toute trace de la paralysie avait disparu.

On voit, par les faits que nous venons d'exposer, que le traitement a consisté à solliciter, de la part des muscles paralysés, des contractions artificielles, et, dans ce but, à agir sur le principe de la contractilité musculaire, c'est-à-dire sur les nerfs distributeurs de l'influx nerveux. Ces contractions doivent, au point de vue thérapeutique, réveiller dans le système nerveux la vitalité en quelque sorte engourdie, et ramener ainsi le mouvement normal ou volontaire.

Sans nous arrêter aux avantages incontestables que présente l'électricité, dirigée surtout d'après les découvertes du savant dont nous avons parlé, nous insisterons particulièrement sur l'emploi de la strychnine. Les effets remarquables et assez rapides qu'elle a produits chez les deux malades dont nous avons donné l'histoire, nous paraissent mériter l'attention. Les plantes de la famille des strychnées exercent, en effet, une action puissante sur le système musculaire. Les contractions qu'elles y déterminent, d'abord *cloniques*, ne tardent pas, si l'on continue leur emploi, à se transformer en contractions *toniques*. La raideur des mâchoires devient alors permanente; les muscles inspirateurs, fortement contractés, n'agissent plus; la respiration ne se fait qu'imparfaitement; l'asphyxie est imminente. Un véritable *tétanos*, que l'on pourrait appeler *tétanos toxique*, s'est produit, et représente exactement les phénomènes caractéristiques du *tétanos traumatique*. Dans les empoisonnements par la strychnine et dans les expérimentations faites sur les animaux, cette raideur se maintient longtemps après la mort. Dans la thèse de M. Édouard Bureau, sur la famille des loganiacées et les plantes qu'elle fournit à la médecine, thèse soutenue à la Faculté de Paris, le 7 juin 1856, sont rapportées plusieurs expériences faites sur des lapins avec la racine de *spigelia marylandica*, plante de la tribu des spigélies, voisine de celle des strychnées.

Le principe actif de cette plante, auquel on a donné le nom de *spigeline*, paraît réunir en lui les deux modes d'action des strychnées à effets paralysants et à effets tétaniques; toutefois, ces derniers prédominent et précèdent la mort. Les animaux, après avoir présenté les signes d'un affaissement profond, succombent à la suite de convulsions d'abord *cloniques*, puis *toniques;* l'asphyxie s'établit plus ou moins rapidement, et la raideur cadavérique s'observe longtemps après la mort, quelquefois plus de vingt heures.

Dans une étude que publie M. Tardieu dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, sur l'empoisonnement par la strychnine considéré au point de vue médico-légal, l'auteur analyse les faits consignés dans le procès Palmer, de Londres. A l'autopsie d'une des victimes de Palmer, autopsie faite six jours après la mort, la raideur cadavérique existait encore. Or, comme le remarque le médecin anglais présent, jamais, chez les tétaniques même, la raideur cadavérique ne se maintient aussi longtemps.

Le fait qui semble surgir évidemment de l'action des strychnées et des plantes qui s'en rapprochent, est donc une modification spéciale imprimée au système des nerfs moteurs, modification telle, que la contractilité musculaire s'accroît, devient bientôt convulsive, et produit enfin l'asphyxie par cessation d'action des muscles inspirateurs.

(La suite à un prochain numéro.)

PATHOLOGIE.

DE LA GANGRÈNE SUITE D'ARTÉRITE;

Par le professeur Porta.

Voici les conclusions auxquelles est arrivé le professeur Porta, par l'examen de trente-et-un cas qu'il a observés, et de ceux qui ont été publiés par d'autres observateurs.

Bien que les tuniques des artères soient formées de tissus peu disposés à l'inflammation, elles ne sont pas cependant exemptes d'aptitude à contracter ce genre de lésion; les violences extérieures, l'extension d'une phlegmasie affectant d'autres tissus, le rhumatisme, une métastase peuvent déterminer une artérite qui, à son tour, peut amener la gangrène des parties situées au-dessous. Entre toutes ces causes, la métastase est la plus fréquente, à ce point que sur 31 cas, 18 peuvent lui être rapportés. Il n'est pas rare que, sur le déclin ou la disparition d'une maladie interne sérieuse, il y ait répercussion sur les artères des membres, la maladie première ou disparaissant alors, ou persistant comme une complication de l'artérite récemment développée. Les grandes artères externes, telles que l'axillaire, l'humérale, la fémorale ou la poplitée, sont ordinairement les points du système artériel sur lesquels s'effectue ce genre de répercussion; on ne l'a pas encore rencontré dans la carotide. C'est exceptionnellement que des artères d'un plus petit volume sont atteintes, telles que la radiale, la cubitale, la tibiale.

La terminaison à laquelle tend l'artérite est l'oblitération de l'artère, toutes les manifestations observées subséquemment à la cessation des pulsations n'étant que les conséquences de ce résultat. Strictement parlant, néanmoins, la cessation de la pulsation n'est pas pathognomonique de l'oblitération; car quelquefois il continue à passer un mince courant sanguin qui imprime au vaisseau des oscillations trop faibles pour être perceptibles au toucher. L'obstruction de l'artère ne donne pas nécessairement naissance à la gangrène; non seulement, en effet, cette obstruction peut être incomplète; mais encore, quand elle est complète, elle peut s'être formée avec assez de lenteur pour avoir permis le développement des branches collatérales, le degré de l'oblitération exerçant en réalité moins d'influence que la rapidité avec laquelle le caillot s'est formé. Cette condition locale n'est pas la seule cause de la gangrène; celle-ci peut être favorisée dans sa production par un état de trouble de la circulation générale, ou par un affaiblissement temporaire de l'impulsion cardiaque. Il n'y a d'ailleurs aucune lésion des fonctions des capillaires; on trouve les petits vaisseaux sains et vides au milieu des parties gangrenées, exactement comme ils sont dans les mortifications qui surviennent à la suite d'une ligature. La gangrène, suite d'artérite, présente une grande analogie avec la gangrène sénile, qui peut se produire avec lenteur ou rapidité, suivant la quantité du dépôt osseux et les autres conditions du sujet.

Rien de constant n'a été observé relativement à la forme, à l'étendue, ou à la durée de cette conséquence de l'artérite. Quelquefois le malade meurt pendant la période prodromique, par suite de l'épuisement rapide de ses forces, avant que la mortification du membre soit accomplie. Dans d'autres cas, il y a des escarrhes limitées à la peau, ou bien la gangrène peut n'attaquer qu'un ou plusieurs orteils. Fréquemment, néanmoins, elle s'étend au pied et à la jambe, ou à la main et à l'avant-bras, jusqu'à ce que le développement de la circulation latérale rétablisse l'équilibre, si cela est possible. Même quand les progrès de la mortification s'arrêtent, il y a disposition à une rechute; et il reste une parésie, ou une atrophie du membre temporaire ou permanente. Le danger pour la vie ne dépend pas seulement du degré d'étendue de la gangrène, mais aussi de l'état général: celui-ci permet quelquefois d'espérer la guérison dans une gangrène même très étendue, tandis que, dans d'autres cas, il fait d'une gangrène limitée une circonstance extrêmement grave. En général, c'est là une affection si dangereuse, que peu de malades réussissent à échapper à ses effets.

A l'exception des changements internes qui peuvent exister comme effets de la maladie qui a causé l'artérite, nous n'avons souvent trouvé dans l'artère supposée affectée que de légères traces de lésions. Dans les cas les plus fâcheux, cependant, un fluide séro-gélatineux est trouvé en

---

pilateur, mais un auteur original. On a de lui un ouvrage en douze livres, où il décrit les maladies à sa manière, et ses descriptions ne sont pas sans mérite. Si l'on vient à comparer ce dernier représentant de la médecine grecque avec Arétée et Cœlius Aurélianus, on trouve, entre ces trois écrivains, des analogies et des différences. Arétée, plus brillant, plus vif, plus coloré, peint les maladies plus qu'il ne les décrit; Cœlius Aurélianus, plus exact, plus complet, plus minutieux, décrit les maladies plus qu'il ne les peint; Alexandre de Tralles n'a pas le pinceau d'Arétée; il aurait plus de ressemblance avec Cœlius Aurélianus, dont il possède l'exactitude avec plus de clarté et d'originalité.

Toutefois, malgré ses allures indépendantes et originales, Alexandre de Tralles n'en est pas moins imprégné de l'esprit de Galien, c'est un galéniste, mais un galéniste libre, indépendant, qui ne suit pas aveuglément la doctrine du maître, et même ne craint pas d'y signaler des erreurs. Ainsi il combat les idées de Galien, touchant les caractères et la nature de certaines fièvres que le médecin de Pergame attribue à la bile jaune, à la bile noire, etc. Il réfute également l'opinion du même auteur sur la nécessité qu'il y a, dans les maladies qui réclament la saignée, de choisir telle ou telle veine, suivant que l'on a affaire à telle ou telle maladie. Quelle que soit la veine que vous ouvriez, dit Alexandre de Tralles, peu importe, l'effet obtenu est le même.

Il admet une hydropisie due à la pléthore, hydropisie active des modernes, et veut qu'elle soit traitée par la saignée; il emploie, d'ailleurs, une thérapeutique peu active.

L'ordre qu'il suit dans ses descriptions est l'ordre topographique; l'ouvrage est composé de douze livres, dont le dernier forme un traité spécial consacré à l'étude des *fièvres*.

On a encore du même auteur une monographie sur les *vers lombrics*, ouvrage le plus complet qui ait été écrit sur ce sujet dans l'antiquité. Alexandre de Tralles a donc laissé des traces remarquables dans la médecine de son temps; seulement on regrette de voir un homme d'une valeur scientifique incontestable, donner, en thérapeutique, dans le travers d'une polypharmacie absurde.

Théophile, Jean d'Alin, Paul Palladius Iatrosophus ne sont que des copistes et des abréviateurs. Le premier, outre un abrégé des œuvres thérapeutiques de Galien, a composé deux traités spéciaux dans lesquels il rassemble tout ce que le médecin de Pergame a écrit sur le pouls et sur l'urine. Sur ce dernier sujet, un autre copiste, Actuarius, a écrit une compilation supérieure à celle de Théophile.

Parmi la foule des copistes inconnus qui pullulent du IXe au XIIIe siècle, et qui, non contents de copier Galien, finissent par se copier les uns les autres, nous devons une mention honorable à Paul d'Égine. Celui-ci se permet quelquefois d'avoir un avis et de formuler quelques jugements. Dans son ouvrage, il cite deux observations d'Aétius, l'une relative à une rachialgie épidémique avec paralysie des extrémités, l'autre à une affection de poitrine avec marasme; *tabes*, dans laquelle les malades expulsaient des concrétions calculeuses (phthisie calculeuse de Bayle). Cet ouvrage contient encore de longs détails sur la goutte.

En même temps qu'il était copié et abrégé par les médecins grecs, Galien était aussi étudié ailleurs, mais d'une autre manière. Les Arabes, à qui il servait de guide, le commentaient, mais en l'altérant par le mélange d'autres idées. C'est une des études les plus curieuses que présente l'histoire de la médecine, étude qui se confond avec celle de l'histoire générale, de voir, par suite de quels événements politiques et sociaux la médecine grecque, quittant son foyer primitif, passe chez les Arabes; comment c'est par les mains des médecins arabes que les œuvres de Galien sont parvenues jusqu'à nous. Galien nous revient donc par les Arabes au XIVe siècle, où nous avons à suivre encore son influence d'abord toute puissante, puis s'affaiblissant de plus en plus, à mesure que, par la renaissance des sciences, des lettres et des arts, l'esprit humain s'éveille enfin de son long sommeil, et, sortant des ténèbres du moyen-âge, salue l'aurore du jour nouveau qui va se lever sur le monde.

FIN DES LEÇONS SUR GALIEN.

Qu'il me soit donné, en terminant le compte-rendu des belles leçons jusqu'ici faites par M. Andral sur l'histoire de la médecine, de remercier l'illustre professeur de la bienveillance avec laquelle il m'a permis de continuer cette reproduction. L'indulgence du maître a égalé la témérité de l'élève; grâce à cette indulgence, l'élève n'a pas eu à se repentir de sa témérité; puisse le maître ne pas se repentir de son indulgence!

Je dois aussi des remercîments non moins grands à M. Amédée Latour, dont la bienveillante et cordiale amitié m'a toujours soutenu et encouragé dans des épreuves de plus d'une sorte. Ce que je dois au rédacteur en chef de l'Union Médicale, je ne puis le dire ici, car il est des sentiments intimes qu'il faut savourer en secret, semblables à ces fleurs délicates que l'on tient renfermées, pour ne rien laisser perdre de leur tendre coloris ni de leur suave parfum.

Dr A. Tartivel.

Les inscriptions prises à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Toulouse, pour le premier trimestre de l'année scolaire, s'élèvent au chiffre de 121, savoir: 103 pour la médecine, 18 pour la pharmacie.

— La Société médicale d'Amiens, dans sa séance du 10 octobre dernier, a fondé une Association de secours mutuels et de prévoyance entre les médecins et pharmaciens du département de la Somme.

Le but de cette Association est de distribuer des secours aux sociétaires tombés dans le malheur par suite de maladies, infirmités, progrès de l'âge ou revers de fortune immérités.

Les veuves et les enfants des sociétaires peuvent être admis à participer aux secours de l'Association. L'Association a de plus à signaler, par tous les moyens en son pouvoir, et à poursuivre au besoin, les délits et abus relatifs à l'exercice de la médecine et de la pharmacie.

Les membres de la Société médicale d'Amiens formant la commission administrative provisoire de cette Association sont:

Président: M. Adrien, médecin de l'Hôtel-Dieu d'Amiens. — *Trésorier:* M. Fevez, professeur à l'École de médecine et de pharmacie d'Amiens. — *Secrétaire:* M. Lenoel, professeur du cours communal de zoologie d'Amiens. — *Membres:* MM. Bor, pharmacien, membre du jury médical; Brandicourt, chef des travaux anatomiques à l'École de médecine d'Amiens; Dupont, pharmacien, président du conseil de salubrité d'Amiens; Fauvel, membre du comité départemental d'hygiène et de salubrité; Herbet, professeur à l'École de médecine et de pharmacie d'Amiens.

— Le conseil supérieur de santé de Turin a émis un avis défavorable à la prétention des pharmaciens de certaines communes, qui réclament un supplément d'honoraires pour avoir tenu leurs officines ouvertes la nuit pendant la durée du choléra.

dehors de l'artère, la tunique celluleuse est finement injectée, et les tuniques propres sont adhérentes l'une à l'autre, et friables. Quelquefois il y a épaississement de la tunique celluleuse, et exsudation de matière puriforme ou de lymphe plastique à la surface externe du vaisseau, laquelle le fait adhérer aux parties environnantes. Toutes ces lésions ne se rencontrent pas fréquemment dans l'artérite; excepté dans le cas de violence, toutes les tuniques du vaisseau peuvent présenter une apparence normale, et, ces lésions fussent-elles aussi prononcées, ce ne serait pas l'obstruction résultant du produit de l'inflammation, qui en serait cause. Celui-ci consiste en un coagulum solide de lymphe plastique, variant en volume, longueur et degré d'adhésion au vaisseau. Quelquefois on observe de petits caillots obstruant l'artère par intervalles; mais plus communément il y a un seul caillot, d'un ou plusieurs pouces de longueur, convertissant le vaisseau en un cordon. Parfois, cependant, le caillot affecte la forme d'un canal, ou présente ça et là de petites lacunes contenant une matière blanchâtre ou rougeâtre et semi-fluide, qui peut aussi couvrir toute la surface du caillot, ou en constituer presque entièrement la substance. Cruveilhier et Maisonneuve ont trouvé oblitérés, même les plus petits vaisseaux correspondant à la partie gangrenée; mais le plus souvent, l'oblitération se rencontrera seulement dans les vaisseaux situés au-dessus de la partie gangrenée, ceux correspondant à cette partie restant perméables, ce qui fait voir que le caillot a précédé la gangrène.

Les principales veines du membre participent quelquefois à l'état inflammatoire, et en laissent voir les signes plus nettement que ne le font les artères. Leurs membranes sont épaissies, riches en *vasa-vasorum*; en même temps leur cavité est remplie de lymphe, ou, plus souvent, de matière puriforme et de cruor combinés. Dans les cas ordinaires, cependant, les veines principales demeurent libres, contiennent une petite quantité de sang en partie fluide, en partie coagulé, ou, sans offrir aucune trace d'inflammation, sont obstruées par un caillot sanguin.

Comme l'artérite n'est précédée d'aucun prodrôme, il est impossible d'avoir recours à aucun traitement prophylactique. Mais, dans le but de prévenir ou de circonscrire la formation du caillot, l'artérite elle-même doit être activement combattue par des moyens anti-phlogistiques généraux et locaux, en rapport avec le degré de la réaction et l'état du malade. Ces moyens doivent néanmoins être employés avec la précaution convenable. Tout en combattant l'action inflammatoire, il faut chercher à favoriser la circulation collatérale. Aussitôt les symptômes les plus pressants apaisés, des fomentations aromatiques ou des applications chaudes seront faites sur la partie, le régime du malade amélioré, et même les stimulants employés, s'il n'y a pas de contre-indication spéciale. S'il y a beaucoup de douleur, on aura recours à l'opium avec beaucoup d'avantage. Ces moyens sont cependant souvent sans utilité; car l'artérite, spécialement quand elle est métastatique, se développe soudainement, donne naissance à l'exsudation, et disparaît immédiatement, la gangrène se manifestant à la suite, si la circulation collatérale ne peut suffire à suppléer le vaisseau obstrué, et ne laissant d'autre rôle au praticien que celui d'administrer des palliatifs. Toute tentative pour résoudre le caillot est inutile; il persiste même dans les cas de guérison; et tout ce qu'on peut faire se réduit à essayer de le limiter en favorisant la circulation collatérale. Même dans le cas de guérison, jusqu'à ce que la circulation soit complétement rétablie, la récidive est fort à redouter. — (*Omodei Annali di med.* feb. 1856, p. 416, et *The British and foreign med. chir. review*, juillet 1856.)

MATIÈRE MÉDICALE.

AVANTAGES DE L'HUILE DE FOIE DE MORUE BRUNE PURE SUR L'HUILE DE FOIE DE MORUE BLANCHE.

Monsieur le rédacteur,

La lutte que, depuis cinq années, je soutiens contre les propagateurs de l'huile de foie de morue blanche, touche enfin à son terme.

Après avoir fait justice des idées erronées dont armateurs et fabricants avaient à l'envie embarrassé la question, j'ai la satisfaction non seulement de voir mon opinion en faveur des huiles brunes et pures généralement adoptée, mais encore de constater que les préconisateurs de l'huile blanche, à bout d'arguments sérieux et scientifiques, en sont réduits à invoquer des citations faites, il y a dix ans au moins, par les auteurs, en faveur de ces huiles, alors que leur étude toute nouvelle était nécessairement incomplète, en raison du peu d'observations cliniques que l'on possédait sur ces huiles à cette époque, et de la difficulté des recherches analytiques que cette étude nécessite; tandis qu'ils laissent dans l'ombre les opinions plus récentes, que des recherches nombreuses et sérieusement discutées ont pu suggérer aux mêmes auteurs sur ce médicament.

Je ne puis, vous le comprendrez, Monsieur, laisser passer inaperçue cette manière de faire, et je vous prie de vouloir bien ouvrir vos colonnes aux quelques citations suivantes.

Dans une lettre récemment insérée dans un journal de médecine, on s'étaie d'une citation empruntée par M. le professeur Soubeiran à M. de Jongh en faveur des huiles blanches, mais on oublie de dire que cette citation remonte à 1847, et que, dans la *dernière édition* de son excellent *Traité de pharmacie*, publiée en 1853, ce savant professeur s'exprime en ces termes :

« Dans le commerce, on trouve quatre espèces d'huile de foie de » morue.

» 1° L'huile de Jongh extraite, *dit-on*, au moyen d'une douce cha» leur de la morue et du dorsch, elle a une couleur de vin de Malaga, » une odeur forte, un goût supportable.

» 2° L'huile brune, *c'est la plus employée*, elle est plus fluide que la » précédente, très odorante et très sapide.

» 3° L'huile blonde, d'une couleur de vin de Madère, moins odorante » et moins sapide que l'huile brune.

» 4° L'huile blanche anglaise, peu odorante, peu sapide, et *probable*» *ment inférieure dans ses effets.* »

Plus loin, on prétend que les auteurs français, qui ont écrit sur cette matière dans ces dernières années, sont unanimes pour déprécier la valeur thérapeutique de l'huile brune. Nous venons de voir ce que cette prétention, à l'égard de M. Soubeiran, a de fondé, ouvrons néanmoins les auteurs, et voyons ce qu'ils disent.

M. Champouillon, professeur au Val-de-Grâce, s'exprime ainsi dans la *Gazette des hôpitaux* de 1851 (pages 22 et 70) :

« Des recherches que j'ai entreprises pour indiquer le choix à faire » entre les trois espèces, il résulte, pour moi, que les huiles brune et » noire ont une action plus constante et plus rapide que l'huile jaune.

» . . . . . J'ai établi précédemment, comme résultat de mes observa» tions sur ce point, *l'infériorité des huiles jaunes comparativement aux* » *huiles brunes et noires* dans le traitement des phlegmasies et de la » tuberculisation pulmonaire. »

MM. Trousseau et Pidoux (*Traité de thérapeutique*, 1re vol., p. 281) écrivent : « L'huile de foie de morue, qui la première s'écoule des foies » par leur exposition au soleil, est très limpide, peu odorante, très recher» chée dans le commerce, et *n'a aucune vertu médicale.* — Bientôt, par » un commencement de putréfaction, il se sépare une nouvelle quantité » d'huile, etc. C'est la deuxième qualité du commerce qui, en méde» cine, est plus active que la première. Enfin, par l'ébullition, on obtient » une troisième qualité qui est brune, peu transparente, etc. *C'est cette* » *huile que l'on doit employer en médecine à l'exclusion des deux autres* » *qualités, et surtout à l'exclusion de la première.* »

M. Taufflieb (et on pourrait dire avec lui l'Académie de médecine, qui a couronné son magnifique travail sur les effets curatifs de l'huile de foie de morue) a émis les opinions suivantes :

« Cette huile (la brune) contient, ainsi que nous l'avons déjà vu, une » proportion notable d'éléments de la bile, de principes résineux et sti» mulants qui sont des adjuvants utiles dans le traitement des maladies » gastro-intestinales....., dans les bronchorrées ou bronchites catar» rhales chroniques, non compliquées de pharyngo-laryngite, dans les» quelles les balsamiques sont indiqués, *il faut donner la préférence à* » *l'huile brune.* »

M. Taufflieb ajoute : « Quant aux huiles dépurées artificiellement, que » l'on a cherché à introduire dans la médecine, elles ont l'inconvénient » d'être plus claires et moins actives que les huiles naturelles. » »

On prétend encore qu'à l'étranger, en Angleterre comme sur le continent, les plus savants médecins emploient exclusivement l'huile blanche, je me contenterai de citer l'opinion de deux hommes dont on ne pourra contester l'autorité.

En Allemagne, M. Schenck, de Siégen, dont les magnifiques travaux sur l'emploi thérapeutique de l'huile de foie de morue ont appelé l'attention du monde savant sur ce médicament, s'exprime en ces termes :

« Depuis dix ans que je fais, dans ma pratique, un usage constant de » l'huile de foie de morue, *j'ai cru devoir donner toujours la préférence* » *à l'huile brune.* »

En Angleterre, M. Pereira, professeur de matière médicale au Collége royal de médecine de Londres, affirme « que l'huile vendue sous » le nom d'huile blanche, est le plus souvent de l'huile iodée à laquelle » on communique l'odeur caractéristique avec un peu d'huile de ba» leine. »

A toutes ces observations médicales qui militent en faveur de l'emploi thérapeutique de *l'huile de foie de morue brune pure*, je dois ajouter une dernière considération, c'est la grande différence existant entre son prix et celui de l'huile blanche; *le bon marché de l'huile brune pure* permet en effet de l'administrer aux personnes les moins fortunées.

Excusez, Monsieur le rédacteur, la longueur de ma lettre, et veuillez, je vous prie, agréer l'expression de mes sentiments distingués,

BERTHÉ.

Paris, le 8 décembre 1856.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

SUR LA PATHOLOGIE ET LA THÉRAPEUTIQUE DE LA PÉRICARDITE;

Par le professeur BAMBERGER, de Würzbourg.

Le savant professeur s'est servi, comme base de son travail, de 57 cas, dont le diagnostic n'avait pas laissé de doute, cas qu'il a observés lui-même pendant la vie des malades et qu'il a pu suivre jusqu'à leur terminaison. La péricardite est rarement idiopathique et simple; sur ces 57 cas, il n'y en a que 3 qui se trouvent dans cette catégorie; tous les autres sont compliqués d'autres affections. La cause la plus fréquente de cette maladie est le rhumatisme articulaire aigu; 17 sur 57; aucun rhumatisme chronique ne s'est trouvé dans ces cas. Très souvent l'invasion de la péricardite est tout à fait silencieuse; parfois il existe une légère douleur précordiale ou épigastrique, douleur oppressive ou pongitive qui simule souvent la cardialgie. Plus rarement il survient des symptômes intenses de dyspnée, d'oppression, de battements de cœur, de douleurs précordiales, de tendance à la syncope, etc., etc. Jamais ce tableau ne s'est présenté avec la péricardite rhumatismale simple; il existe toujours concurremment d'autres complications, surtout l'endocardite, la pleurite, la pneumonie, ou une autre affection aiguë.

La cause de la péricardite qui vient après le rhumatisme, est la tuberculisation. Elle figure 12 fois dans ce tableau; et en en déduisant à cas, où il existait de plus une autre affection importante, comme des anévrysmes, la maladie de Bright, il en reste encore 8, dans lesquels les tubercules doivent être seuls invoqués. Ceux-ci n'ont pas nécessairement leur siége dans les poumons, puisqu'il y a eu 1 cas de tubercules du sternum et des ganglions bronchiques seuls.

Viennent ensuite la pneumonie et la pleurésie (sans prédilection du siége à gauche), les maladies du cœur et de l'aorte, la maladie de Bright; puis quelques autres maladies qui ne figurent que pour 1 ou 2 cas.

La véritable symptomatologie de la péricardite est encore à faire; celle donnée par les auteurs n'est pas exacte, parce qu'elle n'est pas calquée sur les cas simples, extrêmement rares; et il n'est pas indifférent de décrire une péricardite pure, ou une péricardite compliquée de pneumonie, de pleurésie, de maladie du cœur, etc. Sur les 57 cas observés, M. Bamberger croit pouvoir en employer 12 dans ce but; ce sont les 3 cas simples et 9 déterminés par un rhumatisme articulaire accompagné de peu de symptômes généraux. 6 fois il s'est montré une douleur précordiale pongitive; 2 fois une douleur oppressive, douleurs de moyenne intensité et qui ont disparu ordinairement après un ou deux jours. Des battements de cœur ont existé deux fois, et une dyspnée médiocre six fois. On ne peut rien dire de positif sur les symptômes fébriles et sur les phénomènes généraux. Dans 2 cas tout à fait purs, la maladie a débuté par des mouvements fébriles, des frissons et une faiblesse générale. Dans les autres, la complication du rhumatisme ne permet pas de faire la part de chaque affection. Le pouls n'est monté à 128 qu'une fois; les autres fois il est resté entre 80 et 112. Il résulte de ceci que, en général, la péricardite pure ou presque pure ne détermine que des manifestations peu intenses et ne peut être reconnue que par l'exploration physique.

Quand il y avait des complications d'affections pulmonaires ou cardiaques graves et aiguës, il est probable que le tableau symptomatologique, observé après l'invasion de la péricardite, aurait été à peu près le même, si cette dernière n'était pas survenue dans les autres cas, maladie de Bright, tubercules, anévrysme de l'aorte, hypertrophie du cœur, etc.; la péricardite n'a pas provoqué de symptômes directs, et aurait été ignorée sans l'examen local rigoureux. Néanmoins, elle paraît avoir le plus souvent contribué puissamment à l'issue fatale.

M. Bamberger n'a pu remarquer aucune différence dans la symptomatologie, d'après la nature de l'exsudation péricardique; différence qui eût pu caractériser cette nature.

Le pronostic de la péricardite, en ce qui regarde le danger de mort immédiate, paraît dépendre de la maladie primitive. Celle-ci est-elle curable, la péricardite n'entraîne que rarement la mort dans un temps court. Il n'en est plus de même quand elle complique des affections incurables ou difficiles à guérir; elle détermine presque toujours une issue fatale. Les 3 péricardites pures et une traumatique ont guéri; il en est de même des 17 rhumatismales, quoique plusieurs d'entre elles fussent accompagnées d'endocardite, et 2 d'altérations valvulaires anciennes. Un cas, compliqué de tremblement mercuriel, guérit également. Sur 6 cas de péricardite causée par la pneumonie et la pleurésie, il est mort une femme de 86 ans, avec pneumonie double. On perdit également un cas compliqué de pneumonie et de typhoïde. On trouve dans cette catégorie de maladies curables, une proportion extrêmement favorable, 2 morts sur 29 cas. Il n'en est plus de même quand on considère l'autre catégorie d'affections incurables, telles que des tubercules, les maladies du cœur et des gros vaisseaux, la maladie de Bright et quelques formes plus rares, comme la pyémie et la cirrhose du foie. Ici, il y eut 25 morts sur 28 cas, et les 3 guérisons ont été obtenues dans un cas d'hypertrophie du cœur avec hydropisie, 1 de cirrhose du foie et 1 de maladie de Bright.

Cet exemple montre de nouveau avec quelle prudence il faut se servir de la méthode numérique. En effet, en prenant tout en bloc, on trouve 57 cas avec 27 décès, proportion effrayante, tandis qu'en catégorisant, on obtient un résultat tout autre.

Quoique les suites immédiates de la péricardite ne soient pas bien graves dans beaucoup de cas, elle n'en reste pas moins une complication redoutable à cause des lésions incurables qu'elle détermine souvent, et qui menacent continuellement la vie du malade.

Le point le plus important du traitement est de ne pas trop agir, et il est très heureux pour le malade que la péricardite passe si souvent inaperçue. Il faut surtout s'abstenir d'un traitement antiphlogistique trop énergique; les saignées animent la circulation, et prédisposent plus tard à la paralysie du cœur et à sa dilatation. Les émissions sanguines locales sont surtout indiquées, quand la douleur précordiale est vive. Les mercuriaux sont sans utilité, quoi qu'en disent les Anglais. Le traitement pourrait se formuler de la manière suivante : au début, quand il y a de la douleur, de la suractivité du cœur, une émission sanguine locale modérée, les tempérants et les calmants, digitale, nitre, crème de tartre, eau de laurier-cerise, acide prussique. Plus tard, pour favoriser l'absorption, des applications chaudes, des vésicatoires répétés, frictions iodées et les diurétiques. Enfin, quand les symptômes de faiblesse du cœur et de dilatation passive se montrent, les toniques; et en cas de menace de paralysie du cœur, ou quand la faiblesse de cet organe devient considérable, les excitants. Enfin, une règle de la dernière importance, est le repos absolu pendant la durée du traitement et de la convalescence.

Nous regrettons seulement que M. Bamberger n'ait pas indiqué si tous ceux qu'il inscrit comme guéris, ont été totalement guéris de leur péricardite, ce qui ne nous paraît guère probable. Une seule fois il indique dans son tableau : sorti avec adhérence probable du péricarde au cœur. Il eût été intéressant de connaître le chiffre des guérisons totales et celui des guérisons partielles. — (*Archiv. f. path. anat. u. phisiol. u. f. Klin. medicin*, t. IX, n° 3.)

REMARQUES SUR LA SYMPTOMATOLOGIE DES FRACTURES DE LA CLAVICULE;

Par le docteur LINHART

On admet généralement comme symptôme pathognomonique de la fracture de la clavicule, l'abaissement de l'épaule correspondante. D'après M. Linhard, cet état de l'épaule n'existe pas, et de nombreuses expériences, faites sur des cadavres, lui ont prouvé : 1° que l'épaule est maintenue en place non seulement par la clavicule et les muscles seuls, mais aussi en partie par les vaisseaux et les nerfs, et par le tissu cellulaire et les aponévroses; 2° que l'abaissement de l'épaule n'est nullement un symptôme essentiel de la fracture de la clavicule, et que, quand il existe, son degré dépend du degré de déchirure des parties molles, surtout du tissu cellulaire et des aponévroses; 3° que le fragment interne remonte à son extrémité fracturée libre, et ceci d'autant plus qu'une plus grande étendue de l'aponévrose coraco-claviculaire a été détachée de l'os; dans ce cas aussi cette extrémité est dirigée un peu en arrière; 4° que la cause principale de l'écartement des fragments réside dans le soulèvement du fragment interne et non dans l'abaissement de l'épaule. Le meilleur moyen de constater ces dérangements consiste à tirer un fil horizontalement, à partir de l'articulation sterno-claviculaire vers le bras. Il sera facile de se convaincre que le fragment interne de la clavicule fait, avec ce fil, un angle moins aigu du côté fracturé que du côté sain, et que la distance verticale entre l'acromion et le fil est la même des deux côtés ou ne présente qu'une petite différence en moins du côté malade.

Ces mêmes expériences ont prouvé que la cause du soulèvement du fragment interne n'existe pas dans les muscles, mais dans l'articulation sterno-claviculaire même. Dans la position horizontale de la clavicule, les deux surfaces articulaires ne sont pas en contact intime; en haut et en arrière, il reste un espace libre, rempli en partie par le cartilage interarticulaire et en partie par un enfoncement des libres des ligaments sterno-claviculaire et inter-claviculaire. Les fibres sont dans un état de tension continue; lors donc qu'on scie la clavicule dans son milieu, le fragment interne n'étant plus retenu par l'externe, fait bascule autour du point d'appui articulaire, et les surfaces articulaires de la clavicule et du sternum se mettent en contact intime; or, dans ce mouvement, l'extrémité externe du fragment interne se dirige en haut et un peu en arrière. Ce dernier mouvement en arrière est constant.

L'épaule se porte en avant et en dedans; pour produire ce dérangement, l'omoplate glisse en avant, sur la convexité des côtes; son bord interne s'éloigne de la colonne vertébrale et fait saillie postérieurement, ses deux faces deviennent plutôt externe et interne qu'antérieure et postérieure (par rapport au tronc). Par ce mouvement de bascule, l'articulation scapulo-humérale se porte un peu en avant et se rapproche du thorax.

Enfin, l'auteur croit que la cause principale de la suppression de certains mouvements, surtout d'élévation, réside dans la douleur que ces mouvements déterminent et non dans une impossibilité absolue de les exécuter. — (*Oesterr. zeitschr. f. pract. heilk.*, 1856, n° 42.)

PRESSE MÉDICALE ANGLAISE.

TEINTURE D'IODE DANS LES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE.

Le docteur Eulenberg de Coblentz, dit que ce médicament, même à très faibles doses, est un agent doué d'une grande efficacité pour arrêter les vomissements pénibles qui s'observent si souvent chez les femmes enceintes. Il prescrit la teinture sous une forme très diluée (Teint. d'iode, 1 scrup. = 43 décigr., esp. de vin rect. 3 gros = 12 gram. M.), et à petites doses, trois gouttes dans de l'eau plusieurs fois par jour. La cardialgie qui accompagne cet état morbide est aussi modifiée d'une manière heureuse par le même moyen. Le docteur Eulenberg affirme que d'autres irritations sympathiques et névroses des nerfs de l'estomac sont soulagées par un traitement semblable. Cet auteur n'a pas trouvé l'iodure de potassium également avantageux dans les affections dont il vient d'être question. — (*Preuss. Ver. zeitung*, n° 25, 1856; et *Edinburgh med. journ.*, oct. 1856.)

NOTE

SUR LE TRAITEMENT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

Par le docteur Amédée LATOUR.

In-8°, Paris, 1857, aux Bureaux de l'UNION MÉDICALE. — Prix : 2 fr.

Le Gérant, G. RICHELOT.

Paris. — Typographie FELIX MALTESTE et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 155. DIXIÈME ANNÉE. Jeudi 25 Décembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. THÉRAPEUTIQUE : De la paralysie faciale ; traitement par la strychnine. De l'action des strychnées. Du curare dans le tétanos. — II. PATHOLOGIE : De l'altération des dents désignée sous le nom de carie. — III. DIAGNOSTIC : Recherches sur la quantité d'urée et de chlorure sodique, renfermée dans l'urine, dans différentes maladies, surtout dans la fièvre typhoïde et le catarrhe intestinal. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES. (Académie de médecine.) Séance du 23 décembre : Correspondance. — Élection du bureau. *Société médico-pratique de Paris* : Observation d'un cas rebelle de fissure à l'anus. Discussion. — V. VARIÉTÉS : Le quinquina. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : Spécimen d'un budget d'un asile d'aliénés et possibilité de couvrir la subvention départementale dans un asile, au moyen d'un excédant équivalent de recettes.

THÉRAPEUTIQUE.

DE LA PARALYSIE FACIALE; TRAITEMENT PAR LA STRYCHNINE. — DE L'ACTION DES STRYCHNÉES. — DU CURARE DANS LE TÉTANOS.

Par M. le d[r] THIBEAUD, professeur à l'École préparatoire de médecine de Nantes.

(Suite et fin. — Voir le dernier numéro.)

Chez les animaux empoisonnés par la strychnine, après l'emploi des moyens généraux, on a eu recours avec quelque avantage à l'éther, au chloroforme, substances propres à agir directement contre la contracture tétanique ; et, en dernier lieu, à la respiration artificielle. M. Alvaro-Reynoso serait, dit-on, porté à considérer le *curare* comme le véritable contre-poison de la strychnine.

Or, on sait aujourd'hui, d'après les recherches de MM. de Humboldt, de Schomburghk et autres savants, recherches résumées dans la thèse de M. Ed. Bureau, que tous les poisons connus chez les Indiens de l'Amérique du Sud sous les noms de *curare*, *woorara*, *wourali*, etc., et qui servent chez ces peuplades à empoisonner leurs flèches, agissent de la même manière sur l'économie animale, et contiennent probablement toutes le même principe, ou du moins des principes fort analogues fournis par divers végétaux, dont le plus important et le plus connu est le *strychnos toxifera*. C'est lui qui entre pour la plus grande quantité dans la composition du *curare*. Le *curare* ne renferme donc pas de venin de crotale ; il n'est pas extrait par les naturels de l'Amérique de la vésicule du serpent à sonnettes, ainsi que l'avait fait croire la ressemblance de ses propriétés toxiques avec celles de ce venin. En effet, comme lui, le *curare* introduit sous la peau agit, ainsi que l'ont démontré les nombreuses expériences de M. Cl. Bernard, en paralysant les fonctions cérébrales. Il abolit la sensibilité et tous les mouvements des muscles volontaires, tandis que le cœur continue de battre, les tuniques intestinales à se mouvoir chez les animaux. La respiration est suspendue, et l'asphyxie est la cause immédiate de la mort. L'action paraît s'exercer spécialement sur la contractilité musculaire, qu'elle anéantit tellement, qu'après la mort, les muscles ne peuvent se contracter sous l'influence des plus forts courants électriques. Chose remarquable, nous continuons à citer la thèse de M. Ed. Bureau, les strychnos à effets tétaniques et les strychnos qu'on pourrait appeler à effets paralysants, arrivent aux mêmes résultats par des chemins opposés, les uns en exaltant, les autres en paralysant les fonctions du système nerveux. En outre, les strychnées contenant la strychnine se rencontrent toutes dans l'ancien continent, aux îles Philippines, à Java, au Malabar ; tandis que les strychnées dont on extrait le *curare*, croissent toutes dans le Nouveau-Monde, à la Guyane et dans la haute Amazone.

Il est probable que c'est en réfléchissant à ces faits, qu'un médecin vétérinaire, M. Sewell, aura été conduit à faire usage du *curare* sur deux chevaux atteints de tétanos. Tous deux guérirent. Le fait cité dans la thèse de M. Ed. Bureau est extrait du *Dictionnaire de médecine de Berlin* et rapporté par le docteur Munter. Nous regrettons qu'il ne nous ait pas été possible de consulter l'ouvrage lui-même.

Ne pourrait-on pas tenter l'emploi du *curare dans le tétanos chez l'homme ?*

L'analogie conduit à cette conclusion : si, en effet, la strychnine convient comme excitateur du système nerveux dans les paralysies, le *curare* qui paralyse les fonctions de ce système ne combattrait-il pas avantageusement l'excitation morbide du système nerveux manifestée par les terribles effets qui constituent le tétanos ?

L'innocuité du *curare* administré par l'estomac chez les animaux étant constatée, il faudrait avoir recours à la méthode endermique et introduire cette substance sous l'épiderme comme on le fait pour la morphine et la strychnine. Mais de graves difficultés se présentent. De fortes doses tuent rapidement ; l'animal meurt comme foudroyé. A doses moindres, la respiration s'arrête, l'affaiblissement général survient, ou bien encore quelques convulsions non tétaniques précèdent la mort. Cependant, il est des doses de *curare* qui ne sont pas nécessairement mortelles. Il est rapporté dans la thèse que nous citons, que les Indiens, qui se servent pour la chasse de flèches enduites de *curare*, ne cherchent quelquefois qu'à engourdir les animaux et non à les tuer. Or, ils y parviennent en n'employant que de faibles doses de poison, et en le mêlant à des substances inertes.

Si l'on songeait à introduire le *curare* dans la thérapeutique du tétanos, il faudrait donc atténuer considérablement les doses. Mais en outre, il conviendrait d'instituer préalablement deux séries d'expériences. L'habileté de M. Cl. Bernard, auquel la science est déjà redevable de nombreuses recherches sur l'empoisonnement par le *curare*, aurait bientôt rendu à la médecine ce nouveau service.

Il s'agirait donc en premier lieu, et à l'aide d'expériences sur les animaux d'espèces diverses, de déterminer les doses de *curare* entraînant une mort plus ou moins prompte, puis les doses compatibles avec le maintien de la vie et propres à agir sur le système nerveux, de manière seulement à l'engourdir, à suspendre à un certain degré l'influence qu'il exerce sur la contractilité musculaire, à produire en un mot une sorte de mort apparente, comme le font les chasseurs indiens.

On devrait de plus constater les cas où la vie ne pourrait se maintenir qu'à l'aide de la respiration artificielle, et ceux où il ne serait pas nécessaire d'y avoir recours.

En second lieu, on pourrait soumettre à de nouvelles expérimentations les empoisonnements par la strychnine chez les animaux, observer leurs divers degrés, et se servir, dans les cas les plus graves, du *curare* comme contre-poison, en observant ses effets, et établissant les doses nécessairement très minimes auxquelles il devrait être employé.

Ce n'est qu'après ces études préparatoires, suivies avec le soin et l'attention qu'elles comportent, que la médecine et la chirurgie pourraient tenter, sans être accusées de témérité, l'emploi du *curare* dans le *tétanos traumatique*, maladie presque constamment mortelle. Comme nous le disions, l'analogie, fondement des méthodes substitutives, auxquelles la thérapeutique doit plus d'une conquête, nous semble devoir justifier l'essai d'une telle médication, quelque hardie et nouvelle qu'elle paraisse. N'est-ce pas, en effet, à la méthode substitutive que nous devons l'emploi éminemment avantageux des strychnées dans les paralysies et les désordres musculaires, tels que la chorée ? Pourquoi les plantes de la même tribu, renfermant un principe produisant sur le système nerveux des effets paralysants, ne seraient-elles pas l'antidote des contractions tétaniques produites par les premières, et de celles bien plus graves encore du tétanos ?

Toute substance agissant sur un appareil organique, de manière à y produire des phénomènes contraires ou analogues à ceux qui résultent de l'action d'une cause morbide, n'est-elle pas, en général, le moyen le plus puissant à opposer à celle-ci ?

Ce principe fondamental en thérapeutique nous semble comprendre à la fois dans son énoncé deux méthodes regardées comme antagonistes l'une de l'autre. En réfléchissant, en effet, aux faits sur lesquels se fondent les deux procédés ainsi formulés, *contraria contrariis, similia similibus curantur*, n'arrive-t-on pas à conclure que, dans ces deux cas, l'action spéciale, déterminée dans

Feuilleton.

SPÉCIMEN D'UN BUDGET D'UN ASILE D'ALIÉNÉS ET POSSIBILITÉ DE COUVRIR LA SUBVENTION DÉPARTEMENTALE DANS UN ASILE, AU MOYEN D'UN EXCÉDANT ÉQUIVALANT DE RECETTES ;

Par le d[r] GIRARD DE CAILLEUX, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre.

Une des plaies de l'assistance publique est, sans contredit, le nombre toujours croissant des aliénés dans les asiles. Cette charge si pesante, qui effraie les conseils généraux, a porté M. Girard, de Cailleux, le fondateur et l'organisateur de l'asile modèle d'Auxerre, à examiner les moyens qui pourraient donner satisfaction aux besoins de la population, en mettant les dépenses en harmonie avec les ressources des départements. D'après ses observations et ses calculs, on peut couvrir l'intérêt des sommes engagées, ou même la subvention départementale d'un asile de 350 malades par la création d'un certain nombre de places payantes, l'organisation du travail horticole et industriel.

Une question importante se présente, c'est celle de savoir si tous les aliénés doivent être admis dans un asile. M. Girard se prononce pour la négative, en se fondant sur les considérations suivantes : l'obligation n'est ni sociale, ni légale, la mesure est ruineuse et dangereuse. Au point de vue de la bienfaisance, fait remarquer l'auteur, il faut distinguer l'obligation sociale de l'obligation individuelle, les prescriptions de la loi écrite de celles de la loi morale individuelle. Un malheureux mourant de faim sera coupable devant la loi d'avoir volé un pain pour vivre, mais celui qui le voyant dans cet état ne s'empressera pas de venir à son secours, offensera la morale, et s'exposera aux châtiments de la justice divine. Il est facile de faire l'application de ces règles aux aliénés.

L'obligation légale n'est pas plus impérative ; après avoir prescrit la séquestration des aliénés dangereux, la loi se propose un but plus large, celui d'assurer autant que possible un asile et des soins aux aliénés qui réclament des secours publics, mais elle a soin d'indiquer qu'il faut restreindre dans de justes limites la charge nouvelle imposée aux départements, et la proportionner à leurs revenus. La loi a dû, en effet, prévoir le cas où les admissions seraient au-dessus des ressources des départements, en faisant connaître les catégories d'aliénés qui pouvaient, sans inconvénient, rester dans les familles. Cette mesure était indispensable au début des établissements, et l'expérience a prouvé que les asiles eussent succombé, sans ces précautions, par l'envahissement des légions d'aliénés. Le dernier dénombrement officiel élève leur chiffre à plus de 40,000, et sur ce nombre à peine 20,000 sont-ils placés dans les établissements !

Mais la loi qui n'a rien voulu donner au hasard à l'époque des fondations d'asiles, parce qu'elle n'avait jusqu'alors que des évaluations approximatives, sera-t-elle toujours en position de maintenir les catégories, et ne viendra-t-il pas un moment où elle se verra dans la nécessité d'admettre tous les aliénés curables ou incurables, comme le demandent déjà des hommes haut placés dans la science ? Il est évident que lorsque la société sera pénétrée, comme nous le sommes, de l'idée que les aliénés sont les blessés de la civilisation, elle n'hésitera pas à faire une obligation légale de l'admission de tous les aliénés dans les établissements publics. Je pourrais accumuler les preuves, je me bornerai à une seule, le mariage, tel qu'il est organisé actuellement, est une source continuelle de maladies, de folies, de suicides, de crimes transmis par l'hérédité ; en voici un exemple frappant, emprunté à l'*Étude de la question de l'hérédité dans l'hystérie* par M. Briquet : en résumé, dit cet observateur si exact, il est établi que de la naissance jusqu'à l'âge de 3 ans, il meurt 60 p. 100 des enfants nés de mères hystériques ; qu'une partie de ceux qui survivent, garçons ou filles, sont rachitiques, épileptiques ou scrofuleux, et que le reste des filles a une chance contre trois de devenir hystérique.

M. Girard objecte avec beaucoup de raison que si l'on étendait la mesure de l'admission à tous les aliénés, il faudrait aussi l'appliquer aux indigents atteints de maladies chroniques, et comme conséquence de cette conduite, il a soin de faire observer que le budget de la charité légale, consacré annuellement au soulagement des classes pauvres dans 9,242 établissements de bienfaisance, d'après les principes de la charité restreinte, qui ne s'exerce que sur un tiers de la population de France, s'élève déjà à 120 millions de francs (Buret, t. I, p. 242). Nous ne pouvons que nous rallier à l'opinion de l'auteur dans les circonstances actuelles, mais nous le faisons en déclarant que ces moyens sont purement palliatifs et qu'il faudra de toute nécessité attaquer le mal dans ses origines, et s'occuper de l'éducation et de l'hygiène de l'homme au moins avec l'ardeur et le soin qu'on montre pour celles des animaux.

M. Moreau Christophe, qui a réuni de nombreux documents sur la charité, démontre de la manière la plus probante que si, d'un côté, la Convention nationale fut l'époque où les secours furent le plus prodigués, de l'autre aussi, jamais la misère ne fut plus douloureuse, plus profonde, plus universelle ; de sorte que le moment qui vit s'ouvrir avec le plus de fracas les canaux de la bienfaisance nationale fut précisément celui qui en vit tarir toutes les sources. On peut d'ailleurs affirmer, sans crainte de se tromper que le plus sûr moyen d'altérer les sentiments moraux, serait de donner à la famille, à la bienfaisance privée, à la commune la facilité de se débarrasser de leurs indigents malades.

Lorsqu'on a lu l'ouvrage de M. Girard et étudié ses nombreux tableaux, il paraît difficile de n'être pas de son avis sur le besoin de restreindre les admissions, tout en sauvegardant les droits de l'humanité, pour ne pas amener l'encombrement des asiles et l'épuisement de la fortune départementale ; mais nous n'en sommes pas moins persuadé que ce n'est qu'en temps d'arrêt, et qu'il faudra aviser plus tard aux remèdes radicaux propres à combattre et à prévenir cette forme de la dégénérescence humaine. Il y a trente ans, on comptait à peine en France quelques rares établissements assez mal tenus, aujourd'hui, il en existe près de quatre-vingts, et tous les départements n'en sont pas encore pourvus. A peine un asile est-il fondé, qu'il est rapidement rempli, et on s'aperçoit qu'en dehors des portes, il y a beaucoup d'autres malheureux qui avaient des droits à franchir le seuil. Partout où je suis allé, j'ai constaté ce fait. Aujourd'hui, il n'y a qu'à suivre les conseils du médecin organisateur et administrateur dont tout le monde reconnaît la capacité, mais demain, et c'est aussi sa conviction, il faudra faire autre chose, c'est vers ce but que doivent tendre les efforts de ceux qui s'occupent sans cesse d'améliorer le sort de leurs semblables.

A. BRIERRE DE BOISMONT.

l'économie par le médicament, constitue essentiellement la modification thérapeutique qui doit se substituer à la modification morbide?

Les phénomènes produits par le médicament apparaissent parfois évidemment contraires, d'autres fois on les dirait absolument semblables aux symptômes par lesquels se traduit la maladie. Nous disons qu'il n'en est ainsi qu'en apparence, et, pour ainsi parler, qu'au premier coup d'œil de l'observateur. Car, au fond, les médicaments ne produisent jamais dans l'économie l'ensemble et l'évolution de phénomènes qui constituent l'acte morbide.

La belladone, bien qu'elle amène des rougeurs à la peau, de la constriction à la gorge; le quinquina et les sels de quinine, bien qu'ils accélèrent le pouls et suscitent dans le système nerveux des troubles remarquables, les tintements d'oreilles, les tournoiements de tête, des hallucinatons délirantes, ne donnent lieu l'un et l'autre ni à la scarlatine, ni à la fièvre intermittente.

Nous en dirons autant du nitrate d'argent dans certaines ophthalmies. Assurément les solutions dans lesquelles il entre, tout en rougissant l'œil et injectant la conjonctive, ne produisent pas une ophthalmie de même nature que celles que l'on observe si fréquemment, tout au plus ressemblerait-elle à l'inflammation directement produite par une cause physique.

Les modificateurs médicamenteux diffèrent en eux-mêmes et par les effets qu'ils déterminent dans l'économie, de même que les maladies diffèrent entre elles.

Ce point de doctrine a été parfaitement établi dans le beau chapitre *Sur la médication substitutive* du *Traité de thérapeutique* de MM. Trousseau et Pidoux. Mais de plus, l'action des modificateurs médicamenteux n'est pas essentiellement identique à l'acte morbide, bien qu'elle semble l'être d'après l'aspect extérieur des phénomènes. L'effet du médicament, en un mot, n'est jamais entièrement *adéquat* aux symptômes de la maladie, le *similia similibus* n'est pas vrai logiquement. La seule chose vraie, c'est la modification plus ou moins profonde imprimée à l'organisme par le médicament, et la substitution de cet état à l'état morbide.

Il est probable que c'est à ces troubles salutaires, à ces modifications intimes suscitées dans l'économie par nos médicaments, que sont dues leurs principales propriétés curatives. Les influences qu'ils exercent sur l'organisme vivant se traduisent au dehors par des manifestations diverses. Tantôt ces manifestations diffèrent de celles de la maladie, d'autres fois, elles paraissent avoir avec celle-ci des analogies plus ou moins rapprochées, dans bien des cas enfin, elles déterminent au sein des appareils des mutations plus profondes et qui échappent à notre vue. Lorsque ces rapports d'opposition ou d'analogie sont plus frappants, c'est alors que la thérapeutique triomphe, il est donc du plus haut intérêt pour l'avenir de l'art de les rechercher et de les prévoir; là certainement se trouve une source féconde de progrès.

PATHOLOGIE.

DE L'ALTÉRATION DES DENTS DÉSIGNÉE SOUS LE NOM DE CARIE (1);

Par le docteur Oudet,

Membre de l'Académie impériale de médecine.

D'après ces réflexions, on ne sera pas étonné si je n'aborde qu'avec une grande réserve un sujet où les illusions sont tellement faciles qu'il faut sans cesse être en garde même contre ses propres observations, et s'il m'arrive plus d'une fois de recourir à d'autres lumières pour élucider certains points.

Quelle que soit l'opinion qu'on se forme sur la nature de ses éléments matériels, il est incontestable que l'ivoire est composé de deux parties essentiellement distinctes : 1° de fibres; 2° d'une substance intermédiaire au milieu de laquelle elles marchent.

Mais que sont ces fibres?

Cette question, que Schwann s'adressait, je me la suis longtemps adressée. Représentent-elles des corps solides et pleins? ou sont-elles creuses et constituent-elles des tubes, des canalicules comme on les appelle?

Les auteurs qui professent la première opinion se fondent sur l'aspect qu'offrent les fibres de l'ivoire, quand celui-ci a été soumis à l'action d'un acide peu concentré. Ces fibres se montrent, en effet, sous la forme de petits cordons gélatineux qu'il est facile de séparer les uns des autres. Mais cette démonstration est loin d'être satisfaisante. Nasmyth attribue à ces cordons une structure celluleuse qui apparaîtrait sous la forme de globules ou de grains de chapelet placés les uns à la suite des autres. M. Mandl a objecté que cette apparence provenait des bulles d'air contenues dans l'intérieur des fibres. Cet habile micrographe s'appuie sur ce qu'un séjour prolongé dans l'eau les dissipe entièrement.

J'ai déjà fait connaître, et j'avais d'abord partagé l'opinion de M. Dujardin. Mais je ne puis aujourd'hui l'accepter, bien que je reconnaisse qu'elle se rapproche, sous certains rapports, de l'observation microscopique. Si, après avoir traité l'ivoire par de l'acide hydrochlorique affaibli, on enlève, dans la direction des fibres, une très fine lamelle de la matière gélatineuse qui en provient, et qu'on l'examine au microscope, on aperçoit sur les bords de cette lamelle, un nombre plus ou moins grand de fibres qui dépassent souvent de beaucoup les autres. Or, il me paraît bien difficile de ne voir que des pores ou des lacunes dans ces fibres dont la configuration se trouve si bien dessinée, et de ne pas regarder ces dernières comme des corps tout à fait distincts de la gangue qui les renferme.

(1) Suite. — Voir les numéros des 25 novembre et 2 décembre 1836.

Ainsi, jusqu'à présent, l'inspection microscopique nous a montré, sur les coupes verticales, l'existence des fibres de l'ivoire, mais rien ne nous indique encore la nature de ces fibres. Voyons ce que vont nous apprendre les sections pratiquées perpendiculairement à l'axe de la dent.

Nous avons dit que, lorsqu'on soumet au microscope une de ces lamelles, on y aperçoit un grand nombre de cercles blancs, assez épais, entourés chacun d'un cercle noir, et présentant à leur centre un très petit point de même couleur. On a inféré de ce fait que les cercles blancs représentaient la lumière d'autant de tubes, et les cercles noirs, leurs parois.

Examinons cette proposition, car elle est d'un grand intérêt dans la question que nous traitons.

Parmi les illusions auxquelles peuvent donner lieu les expériences microscopiques, j'ai signalé plus haut celles qui résultent de l'ombre produite par l'intervalle qui sépare deux corps contigus. C'est cette illusion qui en avait imposé à Cuvier, et lui avait fait prendre pour une membrane la ligne noirâtre qui marque la séparation existante entre l'ivoire et l'émail. C'est elle qui a fait considérer comme des faisceaux de fibres ces mèches noires qu'on rencontre dans l'émail, lesquelles ne sont, pour moi, que des lacunes, des fissures de cette substance. C'est elle, enfin, qui a trompé plusieurs auteurs sur la nature des corpuscules osseux qu'on trouve dans la substance corticale, corpuscules qui me paraissent n'être autre chose que des lacunes creusées dans cette substance. Eh bien! c'est la même illusion qui, donnant un corps à ce qui n'est qu'un reflet de lumière, a fait regarder les cercles noirs que nous avons mentionnés ci-dessus, comme constituant les parois des tubes ou canalicules de l'ivoire.

Partant de cette idée, on a été amené, par une conséquence forcée, à voir la lumière des tubes dans les cercles blancs et épais placés en dedans des cercles noirs. Mais rien ne justifie une telle assertion. Si on examine l'ivoire après qu'il a été dépouillé de ses sels calcaires, il est facile de se convaincre que l'épaisseur des fibres devenues gélatineuses par cette opération, correspond à l'étendue de la portion qui primitivement était blanche. Ce n'est donc pas elle qui peut former la lumière des tubes. Où donc cette dernière se trouve-t-elle?

C'est en étudiant les canalicules osseux, si bien décrits par mon savant et regrettable collègue, M. Gerdy, et en appliquant à cette étude les idées que j'ai déjà émises sur certaines dispositions de l'émail et de la substance corticale, que j'ai été conduit tardivement, et par cette voie détournée, à l'opinion que je vais exposer.

Quand on compare, au point de vue du fait anatomique qui m'occupe actuellement, une lamelle osseuse et une lamelle éburnée provenant d'une coupe transversale de ces tissus, on est frappé de la ressemblance qui existe entre elles. Sur toutes deux, on aperçoit des taches noires et rondes, reproduisant, à cela près de leur configuration, les lacunes que nous avons indiquées dans l'émail et le ciment. Ces taches sont très larges dans les os; dans l'ivoire, elles sont réduites à un petit point noir situé au centre de chaque fibre. Or, s'il est vrai, comme le reconnaissent les anatomistes, et comme on peut s'en convaincre, même à la simple vue, que ces taches marquent, chez les os, les orifices des canalicules qui les traversent, est-ce dépasser les exigences d'une saine application, que d'admettre qu'elles sont également les orifices des canaux qui parcourraient l'intérieur des fibres de l'ivoire. Une seule différence existe entre ces deux dispositions : pour les os, dont le tissu est un et homogène, les canaux ont pour parois ce tissu, et ils se dessinent par de simples pores creusés dans la substance osseuse. Pour l'ivoire, le fait microscopique est semblable, seulement il est plus compliqué. De même que les os, l'ivoire montre au centre de chacune de ses fibres un orifice entouré d'un cercle blanc constitué par la paroi de cette fibre. Mais comme, outre les fibres dont il se compose, il est formé d'une autre substance qui lui sert de gangue, il en résulte que les points par lesquels se touchent ces deux substances, se réfléchissent, au microscope, sous la forme d'un cercle noir.

Ainsi se trouve démontrée, par l'analogie et par l'explication du fait microscopique, la nature des fibres de l'ivoire. Les petits points noirs qu'on découvre sur une section transversale de la dent, au centre des cercles blancs, sont les orifices des canaux qui traversent l'intérieur de ces fibres; les cercles blancs en constituent les parois et sont formés par la substance éburnée; et le cercle noir qui les entoure, n'est qu'un effet de lumière qui marque les points de contiguïté qui séparent les fibres de l'ivoire de la substance fondamentale.

Que contiennent et à quoi servent ces tubes ou canalicules? Sont-ils remplis en partie ou en totalité par des sels calcaires, ainsi que l'ont avancé quelques auteurs? Seraient-ils destinés, selon d'autres, à transmettre les fluides nourriciers de l'ivoire? Ce sont des assertions qu'aucune observation exacte ne vient appuyer. Pour moi, et j'en donnerai bientôt les raisons, je pense que leur principal office est de donner passage au fluide d'imbibition.

Quant à la substance intermédiaire ou fondamentale, sa nature n'est pas bien connue. Elle ne m'a pas paru présenter la même composition chimique que la substance fibreuse. En traitant l'ivoire par un acide affaibli, je n'ai pu découvrir entre les fibres aucune trace de matière gélatineuse, ou, du moins, s'il en existe, ce ne peut être que dans une faible proportion. C'est sans doute à cela que la substance fondamentale doit la dureté qu'elle possède. Au reste, je reviendrai sur ce point quand je traiterai de la carie des dents.

(La suite à un prochain numéro.)

DIAGNOSTIC.

RECHERCHES SUR LA QUANTITÉ D'URÉE ET DE CHLORURE IODIQUE, RENFERMÉE DANS L'URINE, DANS DIFFÉRENTES MALADIES, SURTOUT DANS LA FIÈVRE TYPHOÏDE ET LE CATARRHE INTESTINAL;

Par S. Moos, à Heidelberg.

On a toujours examiné l'urine des vingt-quatre heures, au moyen de liqueurs titrées, en prenant autant de précautions que possible pour éviter les chances d'erreur.

Fièvre typhoïde. — La quantité de l'urine est le plus faible la première semaine; elle est la moitié de la quantité normale; elle augmente les semaines suivantes; dans la deuxième et la troisième, elle est à près les deux tiers et redevient normale dans la quatrième semaine. Le poids spécifique de l'urine est le plus élevé dans la première semaine et diminue progressivement dans les suivantes. Elle tombe de 1024 à 1022, 1020 et 1018.

La quantité de chlorure sodique est le plus petite la première semaine et va en augmentant peu à peu; ainsi 0 gr,9; 1,1; 3,4; 10,7. A l'entrée de la convalescence, ce sel devient plus abondant dans l'urine, même quand le régime de la maladie est continué. Il est évident que les sels de soude sont éliminés avec les matières alvines; car avec la cessation de la diarrhée, toutes choses restant égales d'ailleurs, le chlorure sodique se retrouve dans l'urine en plus grande quantité, et les analyses de Zimmermann ont démontré qu'il était très abondant dans les selles diarrhéiques des typhoïdes.

La quantité d'urée diminue chaque semaine, à partir de la première; néanmoins elle reste au-dessus de la normale, eu égard au peu de matières alimentaires ingérées, jusqu'à la période de diminution de la fièvre typhoïde. Première semaine, 36,9; deuxième semaine, 33,2; troisième semaine, 25,9; quatrième semaine, 22. Lorsqu'il survient de nouvelles lésions avec redoublement de la fièvre, l'urée reste augmentée jusqu'à ce que la convalescence soit de nouveau déclarée, à moins que la nouvelle maladie soit de nature à entraver les fonctions rénales.

Catarrhe intestinal. — La quantité de l'urine va en augmentant chaque semaine, tandis que son poids spécifique diminue dans la seconde. Première semaine, 1020; deuxième semaine, 1017; troisième semaine, 1017.

Le chlorure sodique, peu abondant la première semaine, 3 gr,8, monte à 6,2 dans la seconde, et à 12,4 dans la troisième semaine. Sa quantité correspond toujours à celle des aliments.

L'urée donne la première semaine, 2,13; deuxième semaine, 23,2; troisième semaine, 25,4. La quantité n'est pas en rapport avec celle des aliments; il y a un léger excédant de 2 à 6 grammes. Observons, à cet égard, qu'il est bien difficile de déterminer d'une manière absolue l'augmentation et la diminution de la quantité d'urée, parce que nous ne possédons pas de moyenne réelle normale. Cette valeur varie, selon les différents expérimentateurs, dans des limites trop larges, pour qu'une évaluation exacte de la quantité moyenne d'urée excrétée dans les vingt-quatre heures soit possible. La quantité elle-même n'est pas absolue; elle dépend de beaucoup de circonstances individuelles et d'influences extérieures, et de plus, les différentes méthodes d'analyse ne donnent pas le même résultat. Ainsi, M. Moos a tiré sa moyenne de l'observation d'un seul individu mis en expérimentation pendant quatre jours avec avec des régimes divers. La nourriture habituelle, la portion de l'hôpital, composée de viande et de légumes, avait donné une moyenne de 26,8 grammes d'urée et 14 grammes de chlorure sodique. La diète n° 1, composée de 200 grammes de pain, 25 centilitres de lait et 1 litre d'eau et de bouillon en soupe, avait diminué ces chiffres à 18 grammes d'urée et à 3,8 de sel. Il aurait fallu multiplier ces essais sur différentes personnes pour avoir une moyenne plus générale, obtenue avec les nouveaux moyens d'investigation (1).

On voit, par ces chiffres, que, dans la fièvre typhoïde et dans le catarrhe intestinal, la quantité d'urée excrétée dans les vingt-quatre heures est dans des rapports inverses. Très abondante au début et de beaucoup au-dessus de la moyenne, elle va en diminuant dans la fièvre typhoïde, tandis que, dans le catarrhe intestinal, elle est faible et va en augmentant.

	1re sem.	2e sem.
Fièvre typhoïde.	36,9	33,2
Catarrhe intestinal . . .	21,3	23,2

La comparaison ne peut plus se faire pour la troisième semaine, parce que le régime, dans ces deux maladies, est trop différent.

Dans le catarrhe intestinal, la quantité de chlorure sodique, faible au début, augmente dans la deuxième semaine; dans la fièvre typhoïde, il y a bien une légère augmentation, mais la quantité absolue reste toujours inférieure à celle obtenue dans l'autre maladie.

	1re sem.	2e sem.
Fièvre typhoïde.	0,9	1,1
Catarrhe intestinal . . .	3,8	6,2

La quantité d'urée et de chlorure sodique dans l'urine de vingt-quatre heures, peut donc servir de signe diagnostic entre la fièvre typhoïde et le catarrhe intestinal (2).

Dans la fièvre typhoïde, plus l'urée diminue tôt, plus le pronostic est favorable, *et vice versâ*.

L'augmentation et la diminution de l'urée et du chlorure sodique ne peuvent servir provisoirement de diagnostic qu'entre les deux maladies précédentes, car on les observe également dans d'autres affections. Cependant, dans un cas de bronchite fébrile, avec symptômes généraux simulant une typhoïde commençante, l'urée flottant entre 16 et 21 grammes, a fait éliminer cette dernière affection; effectivement, la convalescence s'est établie le onzième jour.

Variole. — A la période d'éruption, beaucoup de fièvre; diète; urée, 33; sel, 2 grammes.

Rhumatisme articulaire aigu. — Diète; urée, 28; sel, 28.

Diabète insipide. — Urée, de 33 à 54 gram.; sel, de 8 à 20,8 gram.

Pleuro-pneumonie. — Pendant l'hépatisation, urée entre 33,3 et 40 grammes. Le dixième jour, commencement de la résolution, urée, 38,8; le onzième jour, urée, 22,8, et diminuant depuis cette époque; le quinzième jour, fin de la résolution, elle était de 11,3 grammes. Le chlorure

(1) Voyez la thèse de M. Picard : *De la présence de l'urée dans le sang et de sa diffusion dans l'organisme* Strasbourg, 1836.

(2) Au moins à partir du quatrième jour, car aucun cas de catarrhe intestinal n'a pu être observé avant cette époque.

sodique, presque absent pendant l'hépatisation, devint tout à coup abondant le troisième jour de la résolution, et est allé en augmentant. Douzième jour, 1,1; treizième jour, 9,7; quatorzième jour, 15. Lionel explique ce fait par la grande quantité de chlorure sodique renfermé dans l'exsudation pulmonaire qui constitue l'hépatisation.

Fièvre intermittente. — Dans les cas récents, l'urée est augmentée pendant l'accès, et encore quelque temps après. Le chlorure sodique correspond à l'alimentation. Dans un cas chronique, avec cachexie, l'urée était diminuée comme chez les anémiques.

Une *méningite* observée du quatrième au huitième jour, et une *apoplexie cérébrale*, le troisième et le quatrième jours, ont donné une augmentation considérable de l'urée.

Ces sortes de recherches, qui peuvent paraître un luxe inutile en médecine, ont cependant une grande importance; car elles nous permettront certainement un jour de voir plus clair dans la pathogénèse et dans l'évolution des maladies, et exerceront alors de l'influence sur la thérapeutique. Dans notre cas spécial, si les proportions d'urée et de chlorure sodique dans la fièvre typhoïde se confirment par une expérimentation suffisamment prolongée, nous aurons un moyen de diagnostic de plus pour reconnaître cette affection dans les cas douteux. — (*Zeitschr. f. rat. medicin*, t. VII, n° 3.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 23 Décembre 1856. — Présidence de M. Bussy.

La correspondance officielle comprend :

L'ampliation de deux décrets qui approuvent la nomination de M. Nélaton dans la section de pathologie chirurgicale, et celle de M. Poggiale dans la section de pharmacie.

M. le Président invite MM. Nélaton et Poggiale à prendre place parmi leurs nouveaux collègues.

— Les comptes-rendus des maladies épidémiques qui ont régné, en 1855, dans les départements de l'Yonne et du Calvados. (Com. des épidémies.)

— Une demande d'analyse relativement à une source sulfureuse de la commune de Pierrefonds. (Oise.)

— Une semblable demande est adressée au sujet des sources minérales de Campagne-sur-Aube. (Aube.) — (Comm. des eaux minérales.)

— Les tableaux des vaccinations pratiquées, en 1855, dans le département des Ardennes. (Comm. de vaccine.)

La correspondance non officielle se compose des envois suivants :

Un mémoire de M. L. Sandras, intitulé : *Du mode d'apparition et de propagation du choléra dans l'hospice général de Tours pendant l'épidémie de* 1854. (Comm. du choléra de 1854.)

— Une nouvelle formule de gelée émulsive d'huile de foie de morue, par M. Duroy. (Comm. des remèdes secrets et nouveaux.)

— Un travail sur le traitement abortif de la fièvre typhoïde, par M. le docteur Billiard, de Corbigny. (M. Barth, rapporteur.)

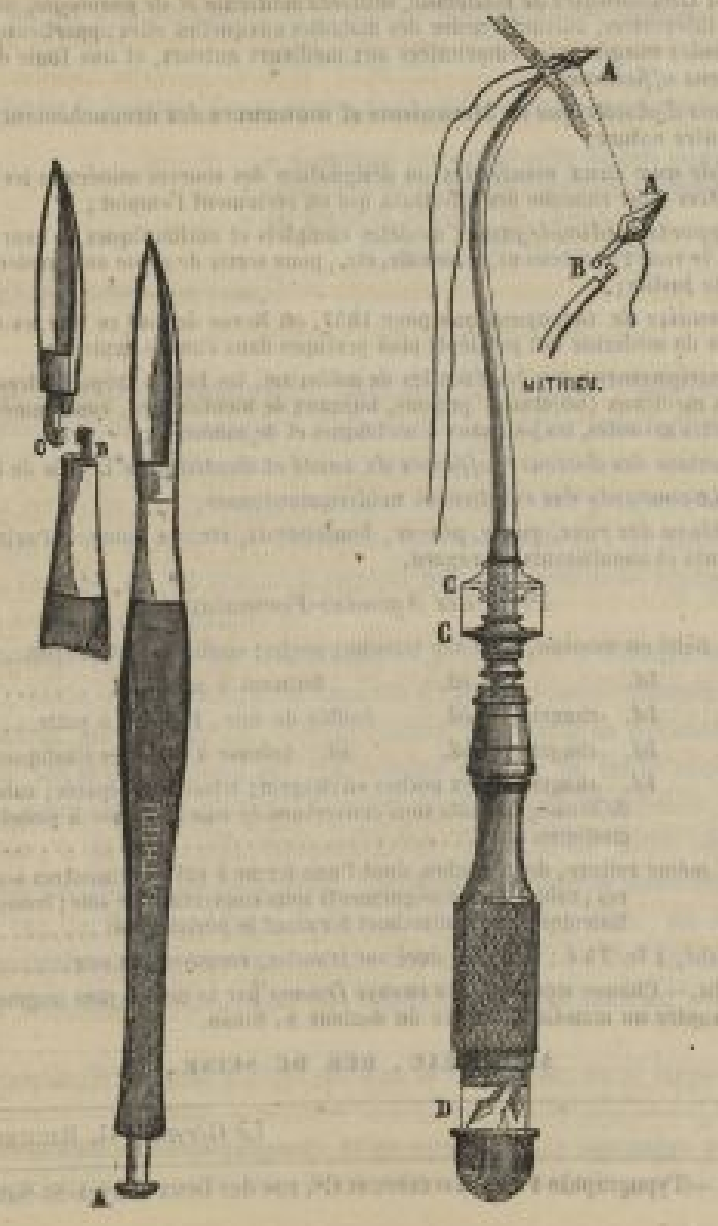
— Un mémoire sur la fièvre typhoïde cholériforme et le choléra asiatique, par M. Doin, médecin à Bruyères-le-Châtel (Seine-et-Oise.) (M. Barth, rapporteur.)

— Plusieurs observations sur des maladies chirurgicales, par M. A. da Costa, de Rio-Janeiro. (M. Jobert, rapporteur.)

— Une lettre de M. Capron, fabricant d'instruments de chirurgie, qui adresse à l'Académie une nouvelle ventouse à succion continue, dont nous donnons la figure ci-dessous. (Comm. MM. Depaul et Poiseuille.)



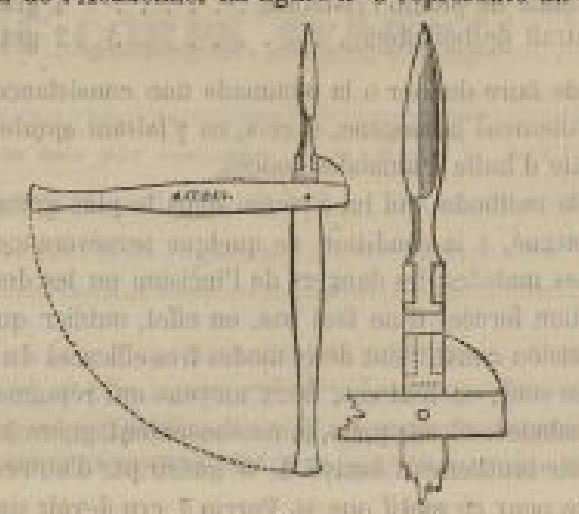
— M. L. Mathieu soumet à l'examen de l'Académie un nouveau *porte-aiguille*. Plusieurs points d'aiguille sont traversés à leur milieu d'un trou qui sert à placer les fils; leur base se termine par un petit prolongement cylindrique muni d'une petite encoche pour s'ajuster avec l'extrémité saillante du stylet de la tige creuse formant le porte-aiguille. Lorsque l'une de ces pointes a été placée au bout du stylet, et que les deux sont entrés dans l'extrémité de la tige creuse, ils forment ensemble un instrument solide et uniforme; une fois les tissus traversés par la pointe, on fait glisser, à l'aide du pouce, le petit coulant qui est près



du manche; la pointe s'échappe du tube, et n'étant plus assujettie, elle tombe avec l'anse de fil; alors, on retire la tige d'un côté, la pointe et le fil de l'autre.

Cet instrument, qui est dans la pratique depuis trois ans, a été employé avec succès pour pratiquer la staphyloraphie par M. Nélaton, la fistule vésico-vaginale par MM. Laugier, Jobert de Lamballe, Robert, Maisonneuve et plusieurs professeurs étrangers. — M. Mathieu a, depuis un an, employé le même mécanisme pour fixer plusieurs lames de scalpels sur un seul manche, afin de réduire le volume des boîtes.

En 1851, ajoute le présentateur, j'ai déposé différents systèmes nouveaux pour unir plusieurs lames sur un seul manche et je les ai soumis à l'appréciation de l'Académie. La figure n° 3 représente un de ces modèles.



C'est un manche en deux parties qui, déployé, permet de changer la lame, et une fois assemblé, la fixe solidement au manche. (Com. MM. Laugier et Nélaton.)

— M. Velpeau présente, au nom de M. J. L. Laurence, agrégé du Collége royal des chirurgiens de Londres, un mémoire sur une *nouvelle méthode pour appliquer la cautérisation au traitement des rétrécissements de l'urètre.*

— M. Jules Cloquet présente, au nom de M. Gaillard, professeur de clinique externe à Poitiers, un exemplaire de son travail sur la *Thécoplastie de l'urètre.*

L'Académie procède à l'élection des membres pour l'année 1857.

Le scrutin donne les résultats suivants :

M. Michel Lévy, président;
M. Laugier, vice-président;
M. Depaul, secrétaire annuel.

Conseil d'administration : Premier membre, M. Laugier, deuxième, M. Bégin, troisième, M. Robinet.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE DE PARIS.

Séances d'octobre et de novembre 1856. — Présidence de M. Comérat.

Sommaire. — Observation d'un cas rebelle de fissure à l'anus, par M. Plouviez. — Discussion : MM. Boinet, Aug. Mercier, Dreyfus, Moreau, Plouviez, Perrin, Homolle, Aubrun.

M. le docteur Plouviez lit la note qui suit, et ayant pour titre : *Fissure anale occasionnant des accidents sérieux, qui a résisté à une foule de moyens conseillés en pareil cas, et qui a fini par céder à un mode de traitement fort simple.*

La fissure anale est une plaie d'un rouge vif, de nature ulcéreuse, qui donne lieu parfois, quand elle est ancienne et accompagnée d'une constipation opiniâtre, à des douleurs si intenses, qu'elle finit par altérer profondément la santé et par donner même au médecin de vives inquiétudes. Le fait suivant en est un exemple, et si sa guérison n'est pas une exception, si, enfin, le mode de traitement qui a si bien réussi après l'emploi inutile d'une foule de moyens, triomphait également dans d'autres circonstances aussi graves, nous aurions véritablement une ressource de plus pour la combattre efficacement. Alors, nous pourrions, la plupart du temps, éviter l'opération qui, quoique minime, étant faite par la méthode sous-cutanée, n'en effraie pas moins les malades.

M. X..., âgé de 37 ans, d'une constitution très forte, d'un tempérament bilioso-sanguin, commença à éprouver, vers les premiers mois de l'année 1852, de la cuisson, puis de la douleur au fondement, que l'on attribua d'abord aux hémorrhoïdes. Loin de diminuer avec le temps, les douleurs augmentèrent, surtout après les évacuations. A la première exploration attentive, on découvrit une fissure à droite et une seconde en arrière. Depuis l'adolescence, une constipation opiniâtre, qu'aucun moyen n'avait pu vaincre, existait à un tel point, que, quoiqu'il fît, il n'allait guère que tous les sept ou huit jours. On lui donna des lavements de ratanhia qui ne produisirent aucune amélioration. La pommade de Dupuytren, l'onguent mercuriel, ne pouvaient être supportés au-delà de quelques minutes, même avec les mèches les plus minces. Ce qu'il y a de particulier, c'est que le cérat simple, le cold-cream, l'huile d'amandes douces, occasionnaient aussi des douleurs atroces. Trois cautérisations avec le nitrate d'argent dans l'espace d'un mois, mirent chaque fois le patient dans un état déplorable, sans résultat avantageux. Il avait repoussé l'opération qu'on lui avait proposée en désespoir de cause. C'est alors que je fus consulté à mon tour. Sa santé était fortement altérée : le facies annonçait la souffrance et la démoralisation. En l'explorant, il me fut assez facile de trouver les deux fissures dont l'une était effectivement à droite et l'autre en arrière. Elles étaient d'un rouge très vif, et au moindre tiraillement elles saignaient. Celle de droite était sur le bord d'une petite hémorrhoïde. Tous les moyens employés jusque-là ayant échoué et l'opération ayant été repoussée parce qu'on avait connaissance des deux cas de mort dont il est question dans la seconde édition du *Dictionnaire de médecine*, à l'article Fissure, il me fallut bien imaginer d'autres modes de traitement. En voici un que je mis d'abord en usage sans succès.

Vider le canal intestinal avec un purgatif, puis nourrir avec des consommés, et panser tous les jours avec des mèches enduites de la pommade de M. Campagnac (onguent de la mère et huile d'amandes douces), tels furent les soins mis en usage pendant un mois.

Malgré ce régime sévère, suivi avec courage, les évacuations avaient lieu, comme à l'ordinaire, tous les six ou sept jours avec les plus vives douleurs. Les mèches étaient rarement supportées au delà d'une demi-heure, en sorte que je fus obligé de recourir à une autre combinaison.

Trouver un moyen de rendre les évacuations journalières, et un mode de pansement plus supportable, tel est l'autre but que je me proposai d'atteindre dans l'espoir d'obtenir un meilleur résultat.

Après avoir essayé en vain, pour obtenir des effets constants, une foule de purgatifs qu'il serait trop long d'énumérer ici, je m'arrêtai aux pilules écossaises ainsi modifiées :

Poudre d'aloès	*ãã*	4 grammes.
Gomme gutte.		
Tartre stibié		5 centigrammes.
Huile volatile d'anis.		2 gouttes.
Sirop simple.		q. s.

F. s. a. pilules argentées de 20 centigrammes.

Une d'elles, prise le soir en se couchant, produisait régulièrement l'effet désiré le lendemain matin; puis j'introduisais dans le fondement un petit cône cylindrique d'onguent de la mère pur, que j'y laissais fondre. Après huit à dix jours, l'amélioration était évidente : quinze à vingt jours plus tard, il n'y avait plus de sang, plus de douleurs. En un mois, la guérison était radicale. On cessa d'appliquer l'onguent de la mère; mais les pilules furent continuées trois à quatre mois, laissant par-ci par-là un ou deux jours d'intervalle.

Depuis deux ans, la constipation est revenue comme par le passé, et malgré cela, il n'y a plus trace de fissure.

Si je suis entré dans des développements aussi étendus, à propos d'une telle affection, c'est que, non seulement elle avait donné lieu à des accidents très graves exceptionnels peut-être, mais encore, c'est que son histoire, sous le rapport des causes et du traitement, est loin d'être complète.

Dans le cas dont il s'agit, les douleurs étaient si atroces que parfois je craignais les convulsions. Souvent, il m'est arrivé d'essayer bien des moyens pour les calmer. Ce qui a réussi le mieux, ce sont les opiacés et les irrigations d'eau froide qui, tour à tour, ont été de la plus grande utilité. Bien entendu, l'un et l'autre n'agissaient que comme des palliatifs; mais il n'en est pas moins vrai que quand les douleurs étaient extrêmes, véritablement ils avaient de l'importance par le calme qu'ils apportaient presque instantanément.

Quelle est la part des deux moyens dans la guérison? (Pilules et onguent de la mère.) Il n'est pas difficile, il me semble, de résoudre une pareille question; car, d'après l'insuccès constant de toutes les pommades pendant plus de quinze mois, on ne peut admettre que l'onguent de la mère eût suffi à lui seul, tandis qu'il n'est pas douteux que les évacuations journalières, qu'il avait été impossible d'obtenir jusque-là d'une manière continue, ont eu incontestablement la plus heureuse influence. Si de nouvelles observations venaient confirmer l'excellence de cette application thérapeutique, il suffirait donc de chercher parmi les purgatifs celui qui s'accommoderait le mieux à l'idiosyncrasie des individus pour obtenir des effets toujours les mêmes.

Ce traitement étant très simple, d'une application facile, et comme il a réussi alors que tous les autres avaient échoué, nous ne pouvons trop engager nos confrères à l'essayer à l'occasion.

M. le docteur Boinet demande la parole à la suite de l'observation que vient de lire M. le docteur Plouviez, pour rappeler les avantages de la dilatation forcée dans le traitement de la fissure à l'anus. Avant la découverte du chloroforme, le traitement de Récamier était cruel, barbare et justifiait toutes les autres tentatives thérapeutiques qui, toutes comptent des succès, mais, avec l'emploi des anesthésiques, ce traitement est aujourd'hui aussi simple qu'expéditif. Quant aux ecchymoses, aux épanchements sanguins qui peuvent survenir à la suite de l'opération, ils n'offrent aucun danger, et se résolvent facilement.

M. Aug. Mercier n'a jamais employé la dilatation forcée. D'autres moyens lui ont suffi pour combattre la fissure à l'anus jusqu'à présent. Dans plusieurs cas, un verre d'eau de Sedlitz pris par fractions, chaque matin, a suffi, en prévenant la constipation, pour faciliter la cicatrisation de la fissure. Cinq ou six fois, il a encore réussi en cautérisant l'ulcère anal avec le caustique Filhos. La cautérisation par le nitrate d'argent, tout aussi douloureuse, est trop superficielle, et souvent infidèle. Chez une malade atteinte de fissure, et chez laquelle existait en même temps au-dessus des sphincters, dans l'intérieur du rectum, une tumeur molle, de nature variqueuse, de couleur violacée, qui sortait après les garde-robes, l'eau de Sedlitz à doses réfractées et la cautérisation au nitrate d'argent, n'ayant rien produit, le caustique de Filhos, employé à son tour, réussit très bien, malgré l'existence, en outre, d'une fistule borgne interne sous-jacente, que M. Aug. Mercier ne reconnut que plus tard, et qu'il opéra alors avec un succès complet.

M. le docteur Dreyfus a vu deux fois l'opération par la dilatation guérir la fissure, mais l'opération a été horriblement douloureuse.

M. Plouviez a réussi trois ou quatre fois avec la dilatation, mais il n'a pas osé l'employer chez son malade, ou du moins il ne l'a employée que d'une manière incomplète.

M. Moreau a dilaté deux malades, sans chloroforme, par surprise, et chez les deux la fissure a guéri. Chez un troisième malade, la dilatation fut pratiquée par un chirurgien appelé en consultation : le patient, outre des douleurs atroces, après l'émission des garde-robes, perdait, chaque fois, une quantité considérable de sang. Ces pertes successives l'avaient plongé dans un état inquiétant de chloro-anémie. Divers traitements avaient échoué, mais la dilatation réussit à merveille, et guérit le malade et de sa fissure et de ses hémorrhagies. Le malade se porte très bien aujourd'hui, et sa guérison date de deux ou trois ans.

M. Boinet répète qu'avec le chloroforme, il n'y a plus à hésiter dans l'emploi de la dilatation, si, surtout, au bout de quelque temps, on s'aperçoit de l'inutilité des traitements employés. Comment la dilatation agit-elle dans la curation de cette douloureuse maladie? Cela serait peut-être difficile à dire; mais il semble qu'elle agit par substitution du mode d'irritation, comme le font sans doute les purgatifs conseillés par Gerdy, et ici autrement employés par MM. Aug. Mercier et Plouviez.

M. Aug. Mercier croit, au contraire, que, dans les cas, trop rares il est vrai, où les purgatifs réussissent, c'est à la condition qu'ils préviennent toute irritation de l'ulcération anale, et cela en délayant précisément le bouchon stercoral dont le frottement à la surface de la fissure anale est si douloureux ordinairement. Ce n'est pas, au reste, la cause unique des douleurs que la fissure occasionne. Pour lui, l'ulcère, en vieillissant, devient le foyer d'une sensibilité particulière qui va augmentant sans cesse, exactement comme cela arrive dans le canal de l'urètre rétréci ou devenu le siége d'une irritation chronique. Dans ce dernier cas, l'urètre est quelquefois le point de départ d'une sensibilité telle, qu'il ne peut se laisser traverser par aucune sonde. Vient-on à pratiquer une cautérisation, on éteint cette sensibilité, et le canal se laisse ensuite dilater à volonté.

M. Aubrun n'a pas obtenu de bons résultats de l'emploi des pommades.

La dilatation forcée lui a toujours réussi : il n'a pas eu même toujours besoin de la pousser à son dernier degré. Chez une jeune femme, malade difficile, exténuée par des pertes sanguines à la suite des garde-robes, et que le chloroforme ne put que très incomplétement endormir, la dilatation, quoique modérée, n'en fut pas moins suivie de la guérison de la maladie. Chez une autre malade, affectée de trois fissures, et dans le fondement de laquelle, après l'avoir endormie et dilatée complétement, on apercevait, en outre, deux tumeurs variqueuses, dont l'une sessile, et l'autre légèrement pédiculée, donnaient lieu, chaque mois, à des pertes sanguines, depuis cinq années, suppléti ves du flux menstruel, on obtint bien la guérison des fissures par la dilatation, mais les mois suivants, les règles continuèrent par le rectum, comme par le passé. La malade fut alors de nouveau dilatée et anesthésiée dans le but d'opérer la ligature des tumeurs hémorrhoïdales. Cette opération eut un plein succès, mit fin aux hémorrhagies rectales, et les règles se rétablirent, par leurs voies naturelles.

M. Plouviez : M. Boinet disait que les purgatifs avaient le grave inconvénient de ne pouvoir être continués longtemps sans provoquer une irritation de la muqueuse gastro-intestinale. Je répondrai à cela que, sans vouloir entrer dans des considérations sur la médication évacuante en général, sur laquelle il y aurait tant à dire, les pilules écossaises modifiées avec le tartre stibié ne doivent pas être considérées comme ayant agi à la manière des purgatifs ; elles provoquaient uniquement une évacuation journalière, ce qui a duré plusieurs mois sans interruption, et ce qui se renouvelle encore aujourd'hui quand on en fait usage.

A mes yeux, le point important dans la fissure, est donc de trouver parmi les agents qui sollicitent le plus habituellement les contractions du gros intestin, celui qui s'accommode le mieux aux idiosyncrasies ; je dis le plus habituellement, car on sait, par expérience, combien leur action est incertaine selon les doses, surtout selon les individus ; et combien est différente parfois notre aptitude à en subir les influences.

Ce raisonnement me paraît basé sur une bonne pratique ; aussi j'ajouterai sans hésitation que je n'accorde pas même aux pilules plus haut le don de la spécificité contre la constipation ; et l'on viendrait prochainement me citer des insuccès avec elles, que je n'en serais nullement surpris, pas plus sans doute que M. A. Mercier ne le serait de voir échouer l'eau de Sedlitz qui, néanmoins, lui a réussi si bien dans certains cas, prise un verre par jour, et à doses fractionnées.

En résumé, tout en acceptant comme héroïque la dilatation forcée, aidée de l'éthérisation, je n'en recommencerai pas moins, à l'occasion, dans tous les cas de fissure, le traitement par les pilules écossaises en question, et par l'onguent de la mère pur.

M. Boinet ajoute encore à ses réflexions précédentes que les demi-dilatations ont été suivies de récidives, et qu'il ne faut pas hésiter à les pratiquer complètes, de manière à introduire successivement dans le rectum tous les doigts, et jusqu'à la main elle-même tout entière. Il a guéri, par cette dilatation énergiquement pratiquée, une jeune femme qui avait des pertes sanguines rectales après chaque garde-robe, et était tombée dans un état de cachexie anémique tellement prononcé, que plusieurs médecins l'avaient crue atteinte de quelque affection cancéreuse de la partie inférieure de l'intestin. Il y a aujourd'hui trois ans que la malade est guérie. La dilatation est donc un moyen héroïque et bien préférable à l'incision de Boyer, qui a ses dangers, et qui n'est plus guère pratiquée aujourd'hui.

M. le docteur Perrin demande, à son tour, à dire quelques mots sur l'influence considérable de la constipation sur la production et l'entretien, pour ainsi dire, de la fissure anale, et à faire connaître en même temps à la Société l'ensemble des moyens qui lui réussissent habituellement dans le traitement de cette cruelle maladie. Il cite l'observation d'une jeune femme tourmentée, depuis plusieurs années, des douleurs d'une fissure à l'anus, mais qui souffrait beaucoup moins à l'époque de ses règles, parce que, à ce moment, elle avait des garde-robes ordinairement très molles. Après un séjour à la campagne que, chaque année, elle faisait pendant quelques mois, et où elle ne vivait que de lait et de végétaux, elle ne tardait pas également à voir son état s'améliorer et à guérir complétement. Rentrée à Paris, la constipation revenait, et avec elle bientôt tous les accidents de la fissure. C'est basé sur ce fait d'observation que, généralement, les douleurs qui suivent les garde-robes sont en rapport avec le degré de constipation éprouvé par le malade, que M. Perrin a été conduit à prescrire aux patients un lavement de graine de lin bien grasse, ou d'huile d'olive pure, toutes les fois que le besoin d'aller se fait sentir. Le pourtour de l'anus et la terminaison de l'intestin se trouvant ainsi lubréfiées par l'injection, rendent plus facile et moins douloureux le glissement des matières fécales, et moins longues les cuissons qui continuent ordinairement à se montrer après la défécation. Autant que possible, il engage les malades de ne se présenter au bassin que le soir, au moment du coucher, ce qui leur permet de se mettre au lit immédiatement après, et de ne pas voir leurs occupations du jour complétement interrompues par l'excès des souffrances qui, on le sait, se prolongent parfois des heures entières.

Une fois les douleurs calmées, après la défécation accomplie, il fait prendre en lavement 100 grammes de la solution suivante :

Eau commune.	1 litre.
Extrait de monésia.	5 grammes.
Extrait de ratanhia.	5 grammes.
Alcool.	5 grammes.

Ce lavement, autant que possible, doit être gardé ; et s'il arrive que, donné peu de temps après l'émission de la garde-robe, il ne le soit pas, il faut attendre quelque temps, et en administrer un second en tout semblable, et alors l'injection est définitivement tolérée. Cette même injection peut être renouvelée le lendemain, c'est-à-dire dans le courant des vingt-quatre heures qui mesurent généralement l'intervalle entre deux garde-robes.

M. Perrin touche en outre, tous les cinq ou six jours, la fissure, qu'il met le plus complétement possible à découvert, avec le sulfate de cuivre en pierre. Ce caustique, qui appartient à la série des caustiques coagulants, lui a paru moins douloureux que le nitrate d'argent fondu, et a ensuite l'avantage de précipiter les parties albumineuses des liquides qui baignent la surface humide de la fissure, et de faciliter par là même la cicatrisation si ordinairement difficile de la petite plaie. Si les lavements gras ou huileux ne suffisent pas pour faciliter la défécation, le malade prend au besoin par la bouche une substance purgative quelconque, mais toujours appropriée à son idiosyncrasie, et à doses fractionnées, comme magnésie, prises de séné en poudre, rhubarbe, pilules aloétiques ou autres, etc.... Grâce à se surcroît d'action, le lavement est toujours suivi d'une garde-robe facile. Enfin M. Perrin fait oindre et autant que possible dilater doucement et progressivement l'orifice anal à l'aide du doigt, chargé préalablement de la pommade du docteur Campaignac, ou encore de la pommade suivante :

Onguent populéum ou beurre de cacao.	20 gram.
Extrait de monésia.	4 gram.
Acétate de plomb cristallisé.	4 gram.
Extrait de belladone	2 gram.

Il a soin de faire donner à la pommade une consistance douce, onctueuse, parfaitement homogène, et cela, en y faisant ajouter une proportion suffisante d'huile d'amandes douces.

Telle est la méthode qui lui a réussi dans le plus grand nombre des cas, et a épargné, à la condition de quelque persévérance dans le traitement, à ses malades, les dangers de l'incision ou les douleurs atroces de la dilatation forcée. Il ne faut pas, en effet, oublier que si la dilatation ou l'incision constituent deux modes très efficaces du traitement de la fissure, ce sont, en tout cas, deux moyens qui répugnent singulièrement aux malades, et auxquels ils ne consentent guère à se soumettre qu'après avoir inutilement essayé de se guérir par d'autres médications. Aussi, est-ce pour ce motif que M. Perrin a cru devoir signaler à la Société les détails pratiques d'une méthode curative assez compliquée, il est vrai, mais qui lui a à peu près constamment réussi.

M. Homolle n'a jamais eu besoin d'inciser ou de dilater dans les cas de fissure qu'il a eu occasion de rencontrer. L'emploi des astringents, lavements de ratanhia, pommade au tannin, suppositoires de beurre de cacao additionné de tannin, ont suffi généralement pour obtenir au bout d'un certain temps la guérison des malades.

M. le docteur Dreyfus est convaincu que la constipation doit être combattue dans la fissure : pour la combattre efficacement, il rappelle un moyen qui lui réussit spécialement chez les hémorrhoïdaires, c'est le massage méthodique de l'abdomen, suivant le trajet du gros intestin, et précédé d'un lavement froid. Au bout d'un quart d'heure, le besoin d'aller à la selle tarde rarement à se faire sentir.

M. Aug. Mercier met sous les yeux de la Société un instrument dont il explique l'ingénieux mécanisme, et qui a pour but d'extraire les bougies tombées dans la vessie.

Le secrétaire général, Dr Perrin.

VARIÉTÉS.

LE QUINQUINA.

Parmi les plantes d'un usage pour ainsi dire quotidien dans l'hygiène domestique, il en est une très précieuse, qui, malheureusement, tend à disparaître et à laquelle, jusqu'à présent, il n'a pas encore été possible d'en substituer d'analogues : c'est le quinquina. Nos lecteurs nous sauront gré de leur donner, sur cette plante, quelques détails extraits de *De Kina Boom uit Zuit-Amerika overgebragt naar Java :*

Les premières recherches faites par les savants nous apprennent que les habitants de l'Amérique du Sud n'ont rien fait pour empêcher les Européens de s'emparer du bois de quinquina. Personne ne songe à leur culture, les autorités du pays paraissent s'en soucier fort peu, ce qui n'est pas étonnant, si l'on considère que le district du quinquina couvre une étendue de 2,000 milles carrés.

Il faut remarquer également qu'il est fort difficile de se rendre compte des quantités exportées, et que, de temps à autre, des bois tout entiers sont la proie des flammes. Certes, les Européens savent beaucoup mieux que les habitants du Pérou et de la Bolivie, que les quinquinas diminuent, et que ces arbres, qu'on détruit par milliers, ne sont pas promptement remplacés par d'autres. Quiconque descend les Andes pour visiter les bois où croît le quinquina, se fraye une route en abattant les arbres, manière de procéder qui sera fatalement ressentie plus tard, car la quantité d'écorces perdues est à peine croyable. La conséquence de tout cela est celle que prévoyait de la Condamine, et que confirment tous les voyageurs qui ont récemment visité le pays, à savoir, que la quantité des arbres à quinquina diminue visiblement.

Il est donc à craindre qu'avec le temps, l'écorce du quinquina ne disparaisse du commerce. On trouve à ce sujet les lignes suivantes, dans l'introduction à l'*Histoire naturelle des quinquinas*, par Weddel :

« L'immense accroissement pris par le commerce des quinquinas dans ces parties rendait en quelque sorte nécessaire un travail à leur sujet. A une époque aussi où la consommation de ces écorces, et surtout de leur principe fébrifuge, la quinine, devient de plus en plus considérable, je crois qu'il peut être utile d'appeler l'attention sur les écorces qui, un jour, devront remplacer le quinquina Calsaya, dont l'épuisement devient de plus en plus imminent. Ces espèces, si elles sont beaucoup moins riches en principes actifs, nous offrent encore, par leur abondance, quelque sécurité contre la chance prochaine de nous voir privés du médicament le plus précieux du règne végétal. »

Plusieurs naturalistes hollandais ont pressé leur gouvernement à l'effet de transplanter l'arbre à quinquina de l'Amérique du Sud à Java, où sa culture pourrait, pense-t-on, réussir. Les consuls hollandais avaient bien promis d'envoyer des graines, mais leurs stations étant fort distantes des bois de l'intérieur du Pérou, de la Bolivie et de la Nouvelle-Grenade, il devenait fort difficile de se les procurer, et après bien des demandes constamment renouvelées et des promesses qui ne furent jamais suivies d'effet, il fut reconnu qu'il n'y avait d'autre moyen d'avoir les graines du quinquina, que d'envoyer quelqu'un les chercher. La personne qu'on voulait charger de cette mission devait être un savant botaniste et posséder une connaissance approfondie des quinquinas ; il fallait qu'elle y joignit une grande constance, une grande intrépidité et enfin une forte constitution pour lutter contre les difficultés et les dangers de longs voyages dans des pays lointains. On jugea donc à propos d'envoyer à cette recherche un ancien botaniste du jardin des plantes de Buitenzorg à Java ; il ne devait pas se borner à la recherche du quinquina Calsaya, il devait également faire une aussi grande collection que possible de toutes les autres sortes de quinquinas qui se trouvent à diverses hauteurs au-dessus du niveau de la mer.

Notre intention n'est pas d'entreprendre ici le récit des voyages du savant botaniste en question ; nous dirons seulement qu'il a réussi à faire parvenir en Hollande de nombreuses graines non seulement de quinquina, mais de beaucoup d'autres plantes. Il a été forcé néanmoins de ne pas en recueillir la première année : étant arrivé trop tard, le vent avait emporté les graines. Il faut remarquer, en effet, que la graine du quinquina, extraordinairement fine et légère, et entourée d'une membrane infiniment mince, s'envole aisément et est facilement perdue ; mais c'est à cela aussi qu'il faut attribuer l'étendue extraordinaire occupée par les arbres à quinquina en Amérique.

Nous ferons plus tard connaître à nos lecteurs le résultat de la plantation des graines de quinquina à Java.

COURRIER.

Nous sommes heureux de pouvoir annoncer à nos lecteurs que l'accusation grave de malversation et d'abus de confiance, dirigée contre un de nos confrères de Paris par suite d'une erreur bien regrettable, n'avait aucun fondement. Après quelques jours de prévention et après une enquête judiciaire rigoureuse qui a prouvé sa complète innocence, cet honorable confrère, par suite d'une ordonnance de non-lieu, a été rendu à sa clientèle et à ses amis. Cette affaire, qui a vivement ému et affligé le corps médical de Paris, et qui avait pris, par la rumeur publique, des proportions considérables, s'est réduite en définitive à une attribution erronée d'une somme de *cent francs*, erreur qui, dans les circonstances mêmes où elle s'est produite, a éloigné, dans l'esprit de la justice, jusqu'à la possibilité d'une intention déloyale. C'est avec une bien grande satisfaction que nous avons appris tous les détails de cette affaire de la bouche de personnes respectables ; aussi est-ce spontanément que nous avons cru devoir en annoncer le résultat, heureux de pouvoir dire que ce confrère honorable et distingué n'a pas démérité de la considération publique et de l'estime confraternelle. Amédée Latour.

— Par un décret impérial en date du 23 novembre dernier, la composition du Comité consultatif d'hygiène publique, près du ministère de l'agriculture et du commerce, a été ainsi modifiée.

Le Comité est composé de dix membres, dont quatre docteurs en médecine, un ingénieur des ponts-et-chaussées ou des mines, un architecte et un chimiste.

Par divers arrêtés ministériels, et conformément à ce décret, ont été nommés membres du Comité, M. Ville, ancien professeur de chimie à l'Institut agricole de Versailles, en qualité de chimiste ; M. le professeur Wurtz, en remplacement de M. Villermé, démissionnaire ; et M. Thirria, inspecteur général des mines, en remplacement de M. Trélat, également démissionnaire.

— Le concours de l'internat vient de se terminer. Ont été nommés :

Internes : MM. Menjaud, *prix*, Paris, *accessit*, Labbé, *mention*, Pouquet, *mention*, J. Simon, Cazelles, Duboué, Dubrisac, Coulon, Fournier (Eugène), Dezanneau, de Saint-Germain, Témoin, Delestre, Brulé, Paul, Bonnemaison, Royer, Leven, Fauvel, Goux, Gros, Ladreit de la Charrière, Simon (Edmond), Campana, Gérin-Rose.

Internes provisoires : MM. Mottet, Gauthier, Homo, Tillaux, Colvis, Collineau, Fournier (L.), Mercier (J.), Bosia, Denjoy, Cassou, Marchand, Mauvezin, Regnault, Regnier, Viaud Grand-Marais, Long, Sergent, Lancereaux, Vanebrouck, Desprès (Arm.), Belhomme, Blot, Dublanc, Bricheteau.

SOUSCRIPTION

EN FAVEUR DES VEUVES ET DES ORPHELINS DES MÉDECINS ET PHARMACIENS DE L'ARMÉE ET DE LA FLOTTE MORTS EN ORIENT.

Souscription ouverte dans les bureaux de l'Union Médicale :

MM. Dufour-Alebert, d.-m. à St-Sever (Landes), 10 fr. ; Bancel père, à Melun, 20 fr. ; Doquin, méd.-maj. au 16e régiment de ligne, 10 fr. ; Leroy-Dupré, à Paris, 20 fr. ; Association médicale de Châteauroux, 100 fr. ; Garapon, à St-Étienne (Loire), 10 fr. ; Macquin, méd. princip. de 2e classe au dépôt de recrutement de la Seine, 5 fr. ; Nicolas, à Vichy, 20 fr. ; Villaret, méd. princip., à Paris, 20 fr. ; Bertin, à Paris, 60 fr.

Total.	275 fr. »
Listes précédentes.	2,932 fr. 50
Total de l'Union Médicale.	3,207 fr. 50

— Nous apprenons que la *Société médicale d'Indre-et-Loire* a fait le meilleur accueil à la lettre des membres de la commission de souscription en faveur des veuves et orphelins des médecins et pharmaciens de l'armée et de la flotte morts en Orient.

La Société médicale d'Indre-et-Loire, après la lecture de cette lettre, a décidé qu'elle se constituait en commission départementale, et que, pour l'arrondissement de Tours, les membres de son bureau feraient partie de la sous-commission, qui se trouve ainsi composée :

MM. Charcelay, président ; Thomas, vice-président ; Millet, secrétaire général ; de Lonjon, secrétaire-adjoint ; Pillet, trésorier, et Bodart, membre titulaire résidant.

Les sous-commissions des arrondissements de Chinon et de Loches seront ultérieurement organisées dans ces deux villes, par les soins de MM. les membres correspondants de la Société médicale du département d'Indre-et-Loire.

A Tours, la souscription s'est déjà élevée à 393 fr.

AGENDA-FORMULAIRE

DES MÉDECINS PRATICIENS POUR 1857, PUBLIÉ PAR M. A. BOSSU,

OU L'ON TROUVE :

1° *Petit Dictionnaire de médecine, matière médicale et de posologie*, dans lequel sont intercalées, suivant l'ordre des maladies auxquelles elles appartiennent, **450** *formules magistrales* empruntées aux meilleurs auteurs, et une foule de *préparations officinales* ;

2° *Précis d'obstétrique* ou *Mécanisme et manœuvre des accouchements* naturels et contre nature ;

3° *Guide aux eaux minérales* ou désignation des sources minérales les plus fréquentées pour chacune des affections qui en réclament l'emploi ;

4° *Rapports médico-légaux* (modèles complets et authentiques de) sur l'infanticide, le viol, l'avortement, le suicide, etc., pour servir de guide aux médecins requis par la justice ;

5° *Annuaire de thérapeutique* pour 1857, ou Revue de tout ce que les divers recueils de médecine ont publié de plus pratique dans l'année expirée ;

6° *Renseignements* sur les Facultés de médecine, les Écoles préparatoires, les Services médicaux (hôpitaux, prisons, bureaux de bienfaisance, eaux minérales), les Sociétés savantes, les journaux scientifiques et de médecine ;

7° *Adresses des docteurs, officiers de santé et dentistes* de la ville de Paris ;

8° *Prix-courants des substances médicamenteuses* ;

9° *Tableau des rues, quais, places, boulevards, etc.* du nouveau Paris, avec les tenants et aboutissants en regard.

Prix des Agendas-Formulaires :

N° 1,	Relié en mouton, doré sur tranche ; poche ; coulisseau et crayon. . . .			3 »
N° 2,	*Id.*		*id.* fermant à patte.	3 50
N° 3,	*Id.*	chagrin	*id.* doublé de soie, fermant à patte. . . .	5 »
N° 4,	*Id.*	chagrin	*id.* *id.* trousse à passettes élastiques. .	6 »
N° 5,	*Id.*	chagrin, deux poches en chagrin ; trimestres séparés ; cahier de renseignements sous couverture de soie ; trousse à passettes élastiques.		8 »
N° 6,	même reliure, deux poches, dont l'une ferme à patte ; trimestres séparés ; cahier de renseignements sous couverture de soie ; trousse ; tourniquet en maillechort fermant le portefeuille.			9 »
Broché, 1 fr. 75 c. ; rogné, doré sur tranche, recouvert en soie.				2 50

Nota. — Chaque *agenda* sera envoyé *franco* par la poste, sans augmentation de prix, contre un mandat à l'ordre du docteur A. Bossu.

AU BUREAU, RUE DE SEINE, 31.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris. — Typographie Félix Malteste et Ce, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 156. DIXIÈME ANNÉE. Samedi 27 Décembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine,
rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Clinique médicale : Kyste de l'ovaire, uniloculaire ; ponctions antérieures ; reproduction du liquide ; injection iodée ; réduction très grande du kyste ; santé générale très bonne depuis deux ans. — II. Clinique chirurgicale : Observation sur un cas de surdi-mutité consécutive à l'explosion d'une bombe sous Sébastopol. — III. Toxicologie : Recherches sur l'empoisonnement aigu par le phosphore. — IV. Académies et sociétés savantes. (Académie des sciences). Séance du 15 décembre : Éléments des tissus contractiles. — *Société médicale du 2e arrondissement* : Compte-rendu trimestriel. — V. Courrier. — VI. Lettre à M. le docteur Blatin, ayant pour but de diminuer le nombre des victimes de l'expérimentation physiologique. — Lettre à M. Legrand, de Dijon.

CLINIQUE MÉDICALE.

KYSTE DE L'OVAIRE, UNILOCULAIRE ; — PONCTIONS ANTÉRIEURES ; — REPRODUCTION DU LIQUIDE ; — INJECTION IODÉE ; — RÉDUCTION TRÈS GRANDE DU KYSTE ; — SANTÉ GÉNÉRALE TRÈS BONNE DEPUIS DEUX ANS.

Observation lue à la Société de biologie, le 15 novembre 1856,

Par M. le docteur A. Laboulbène.

Au moment où la question du traitement des kystes de l'ovaire est à l'ordre du jour, j'ai pensé que la Société écouterait avec intérêt le récit du fait suivant que je vais avoir l'honneur de lui communiquer. J'ai recueilli cette observation pendant mon internat, dans le service de M. Rayer, à la Charité. Je m'abstiendrai de tout commentaire. *Videant peritiores.*

Anne R..., âgée de 48 ans, blanchisseuse, bien constituée, issue de parents doués d'une bonne santé, n'a pas eu de maladies sérieuses pendant son enfance. A l'âge de 19 ans, elle est entrée dans un hôpital pour une suppression de règles, qui s'était produite parce qu'elle avait mis ses pieds dans l'eau froide au moment où elles venaient de se montrer. Des ventouses et des applications de cataplasmes chauds les firent reparaître.

A l'âge de 21 ans, elle eut son premier enfant ; treize mois après, elle accoucha d'un fœtus mort-né ; à 24 ans, elle eut un dernier enfant. Mariée à 27 ans, elle ne fut pas heureuse, et c'est à partir de ce moment, qu'à la suite de mésintelligence dans le ménage, ses règles se supprimèrent à diverses reprises.

Dès les premiers jours de 1834, aménorrhée à la suite d'une querelle ; la malade se croit enceinte, et son mari, qui désirait vivement un enfant, cesse momentanément de la maltraiter.

Depuis cette époque apparaissent plusieurs érysipèles, les dents se carient et tombent pour la plupart, après avoir causé de vives douleurs ; la santé générale, jusque-là excellente, s'altère sensiblement ; l'appétit devient irrégulier, etc. Enfin, des élancements ont lieu dans le côté droit et inférieur de l'abdomen, et la malade, en y portant la main, s'aperçoit, pour la première fois, d'une tumeur à peu près grosse « comme une petite tête d'enfant. » Elle assure qu'elle a beaucoup plus souffert dans l'abdomen vers le temps où elle s'est aperçue de la présence de la tumeur, que plus tard, quand elle avait le kyste ovarique distendu par du liquide.

En 1835, les règles, au lieu d'être peu abondantes et variables dans leur apparition, comme l'année précédente, sont revenues à des époques fixes ; mais les douleurs prennent un tel caractère d'acuité que la malade se décide à entrer à l'hôpital de la Pitié. On lui applique 60 sangsues au haut des cuisses ou sur l'abdomen ; elle est saignée à trois reprises différentes. Les douleurs s'apaisent, l'appétit reparaît.

Jusqu'en 1844, elle suit une foule de traitements et fait un grand abus des drastiques, ce qui la fatigue beaucoup ; mais la tumeur reste stationnaire.

En 1845, mauvais traitements éprouvés pendant l'écoulement menstruel, nouvelle suppression qui se prolonge.

L'abdomen grossit, se développe. La malade n'éprouve pas les sensations de ses précédentes grossesses. Elle consulte une sage-femme qui lui dit qu'elle est près d'accoucher. Conservant des doutes, Anne se présente à la Maternité, les élèves la confirment dans l'idée d'une grossesse ; le lendemain M. P. Dubois ne partage pas cet avis, et il fait entrer cette femme à la clinique d'accouchements, où elle ne reste que peu de temps. Elle y revient l'année suivante, le 27 août 1846 ; et, pour la première fois, elle entend dire par M. Cazeaux qu'elle a un kyste de l'ovaire.

M. Cazeaux ponctionne le kyste le 22 septembre 1846. L'abdomen était très développé ; il sort beaucoup de liquide ; on ne fait pas d'injection, et le liquide sorti « marquait sur le linge comme du café, » dit la malade, qui ne varie pas à ce sujet.

Elle quitte l'hôpital plusieurs mois après la ponction, amaigrie, éprouvant toujours des douleurs, des tiraillements épigastriques et intestinaux ; le liquide s'était reproduit en faible quantité.

Près de cinq années s'écoulent sans accidents ; mais, dans le courant de la dernière, le kyste se remplit de nouveau, « le ventre revenait, » et en même temps réapparaissent les douleurs épigastriques, l'amaigrissement.

En mai 1851, deuxième ponction faite à la Clinique par M. P. Dubois. La malade nous assure qu'on n'a pu tirer que 4 ou 5 litres de liquide. Elle ne sait point quelles étaient sa consistance et sa coloration. L'abdomen était resté très développé. Elle sort deux jours après la ponction, malgré tous les conseils qu'on lui donne pour la retenir.

De 1851 à 1854, la malade est toujours souffrante ; l'abdomen se distend beaucoup. Des douleurs rhumatismales musculaires tourmentent à diverses reprises cette femme, qui va revoir M. Cazeaux. Elle entre à l'hôpital de la Charité le 4 septembre 1854.

État actuel. — Visage amaigri, extrémité inférieure des jambes légèrement œdématiée. Toutes les fonctions s'exécutent assez régulièrement, ainsi que la menstruation. Toutefois, gêne notable éprouvée par les organes de la respiration et par ceux de la digestion ; gêne causée par le kyste ovarique dont nous allons nous occuper.

L'abdomen est très volumineux, tendu. Les parois non œdématiées présentent des veines dilatées très apparentes. La forme est assez exactement arrondie, et n'offre pas de bosselures sensibles ni de saillie plus marquée à droite qu'à gauche.

Les divers points de cette surface lisse donnent une matité absolue à la percussion, et la sensation très nette de fluctuation en percutant d'un côté avec un seul doigt, l'autre main étant appliquée à plat sur un point opposé. Pas de frémissement. Son clair à gauche et sur le côté, où doivent, par conséquent, être les anses intestinales en partie refoulées.

Col utérin difficile à atteindre, paraissant sain au toucher. Douleurs dans la région lombaire. Mictions fréquentes ; urines normales.

Poitrine sonore, organes thoraciques n'offrant rien de particulier. Appétit modéré ; alternatives de constipation et de dévoiement. Sommeil léger, interrompu par des rêvasseries.

Le diagnostic n'étant pas douteux et le kyste ovarique, dont le développement avait commencé à droite, paraissant uniloculaire et dans de bonnes conditions, la malade désirant vivement la ponction, et celle-ci devenant urgente à cause de la gêne éprouvée dans la respiration, M. Rayer fait ponctionner la malade et autorise une injection iodée si le liquide renfermé dans ce kyste ne présente pas de contre-indications par sa couleur ou sa densité.

Le 15 septembre 1854, la malade, dont le pouls est à 64 pulsations le matin et qui a été purgée la veille, est opérée à neuf heures et demie par M. Giraldès. Le liquide sorti est clair, citrin, fortement albumineux. On retire 14 litres de ce liquide, et on injecte une solution composée de la manière suivante :

Eau distillée.	100	grammes.
Teinture d'iode	100	—
Iodure de potassium. . . .	20	—

Une faible partie du liquide injecté est laissée dans le kyste.

L'abdomen de la malade est ensuite matelassé de charpie et contenu avec un bandage en diachylon, dont les deux chefs présentent des digitations qui s'emboîtent réciproquement.

La malade est tenue au bouillon dans la journée, et prend 0,05 d'opium en quatre pilules.

Presque aussitôt après l'opération, Anne s'est plainte spontanément d'un mauvais goût à la gorge.

A dix heures, j'examine les urines, et j'y trouve de l'iode en grande quantité. Il est abondant dans la salive.

Le soir, le pouls est à 68, la malade est en très bon état.

Le samedi 16, l'iode est dans toutes les émissions d'urines faites depuis l'opération et dans la plupart des liquides excrétés. Il n'existe pas sen-

Feuilleton.

EXTRAIT D'UNE

LETTRE A M. LE DOCTEUR BLATIN,

L'un des Vice-Présidents de la Société protectrice des animaux,

AYANT POUR BUT

De diminuer le nombre des victimes de l'expérimentation physiologique.

« Comment pourrions-nous jamais devenir les
» complices de la cruauté capricieuse avec laquelle
» on traite si souvent les animaux ! »
(Cabanis, *Réf. de la méd.*, c. IV.)

Cher confrère et ami,

. . . . . .

Voyant dans quelle progression marchent les abus de l'expérimentation physiologique, j'en ai gémi d'abord, puis je m'en suis indigné (1) ; enfin, j'ai cherché dans ma tête à résoudre le problème qu'Amédée Latour a retiré du fond de son cœur, en s'écriant : « *N'y aura-t-il donc aucun moyen de rendre ces sacrifices moins nombreux et moins fréquents...* Le récit en fait mal... ; il produit une impression de répugnance dont on ne peut se défendre ! »

Ce moyen, je crois l'avoir rencontré, et je vais tout à l'heure vous le signaler ; mais, auparavant, il m'importe d'établir concurremment avec M. le docteur Max Simon (2), que la science doit avoir sa déontologie à propos de ses investigations privées, comme elle l'a, de toute nécessité, dans son enseignement public. Elle est la fille, par excellence, de la civilisation ; à ce titre, elle ne saurait être dégagée de toute règle. Il faut qu'un certain degré de pudeur l'accompagne jusque dans ses hardiesses ; car, le dévergondage, si l'on peut s'exprimer ainsi, ne saurait lui être permis par la loi, qui est au-dessus d'elle. Je dis au-dessus, puisque, sans législation, point de société ; et, sans société, point de science !

Il n'y a pas, il ne peut y avoir de voie si restreinte, ou si large qu'on la suppose, dans laquelle il soit permis de s'engager en dehors de toute condition morale. Le devoir s'étend à tout ; et aucun acte de notre liberté ne peut s'y soustraire en tant qu'il est réfléchi et médité.

Si le Code humain, incomplet dans son action, ne peut rien actuellement contre les atrocités qui nous occupent, que celui de la conscience soit au moins réveillé dans les âmes où il sommeille. Or, n'est-ce pas par une sorte de léthargie des sentiments moraux, qu'on s'imagine être en droit d'abuser de la douleur, lorsqu'on essaie de surprendre un phénomène organique ? La douleur, étant le lot de toutes les créatures, ne peut être considérée, par les esprits éclairés, que comme un lien de solidarité entre tous les êtres ; d'où il suit qu'on ne doit l'infliger que sous des motifs plausibles et dans des proportions qui témoignent du respect qu'on a pour elle... Car, si quelque chose est à vénérer parmi ceux qui s'adonnent à l'étude de la vie, certes, ce doit être la terrible faculté par laquelle se perçoit la souffrance, abstraction faite de la forme, du vêtement ou de la grosseur de l'appareil qui en est l'objet.

. . . . . .

Voici, cher confrère, le pivot sur lequel va tourner mon épître.

Lorsqu'une vérité, je voulais dire l'apparence d'une vérité, surgit du laboratoire d'un expérimentateur, elle est annoncée dans la presse, devant les Académies, et, sur-le-champ, elle donne lieu à de nombreuses martyrisations. Ici, on cherche à la confirmer ; plus loin, on s'applique à la combattre ; et le point de vue sous lequel on agit, dépend beaucoup de la rivalité, de la camaraderie, du nom, du pays, de la position, pourquoi ne pas ajouter aussi de la fortune du nouvel Archimède !...

Celui-ci, voyant qu'on le contredit, qu'on le mine, qu'on cherche à le dépouiller, reprend en sous-œuvre ses investigations ; ses amis s'y mettent de leur côté ; car, s'ils ne sont pas les auteurs de la découverte, ils peuvent en être les corroborants ; de telle sorte qu'il y ait dans tout cela un peu de gloire et beaucoup d'évidence pour chacun... Mais, chose désolante ! souvent, trop souvent, il n'y a rien du tout pour la science elle-même, que des mystifications : son histoire est là qui le démontre.

Vous me connaissez assez pour être convaincu que, malgré cette boutade, je ne suis pas l'adversaire absolu de la vivisection. Je me range, au contraire, à l'avis de ceux qui la considèrent comme une ressource pour faire progresser la physiologie transcendante ; attendu que je n'admets pas, avec M. Lordat, que le dynamisme *bestial*, comme l'appelle ce professeur célèbre, soit en si grande différence avec le dynamisme humain. Qu'on expérimente donc sur le vif, mais que ce soit avec plus de réserve et moins de dommage.

Partant, je me suis avisé de croire que les physiologistes arriveraient plus sûrement et plus promptement à des résultats péremptoires, s'ils consentaient à se grouper partiellement pour faire converger, sur un même sujet, leur attention et leur sagacité. Un fait vital est-il soupçonné ou proclamé, que les corps savants de Paris s'entendent pour l'examiner, avec ceux de Londres, de Berlin, de Philadelphie ; que chacune de ces compagnies invite, dans sa circonscription, ceux de leurs disciples qui ont fait preuve de capacité et de savoir, à se réunir en commun, de manière qu'un animal puisse servir à dix ou quinze personnes, au lieu de ne concourir qu'aux recherches d'une seule. Les conclusions qui proviendraient de cette entente auraient plus de portée ; car, certains phénomènes qui passeraient inaperçus pour l'*officiant*, pourraient être saisis au passage par les spectateurs. Nos sens individuels ne sont pas déjà si infaillibles pour que nous ne les corroborions pas, dans ces circonstances difficiles, par ceux de nos semblables, comme nous le faisons de nos bras à l'égard des obstacles matériels.

Encore une fois, il me semble que si des hommes dont la compétence ne saurait être révoquée en doute, concentraient ainsi leur attention et leur zèle, comme des rayons de lumière sur un miroir, la recherche des secrets biologiques serait plus solennelle, plus certifiée, et il en résulterait surtout une notable économie de douleur.

Mais, établissons, à outrance, qu'il ne faut point que le premier venu s'adjuge le privilége de fouiller impunément et ignoramment dans les tissus d'une créature animée... Il faut *qu'il ait acquis maîtrise !*

Et encore, pourra-t-il courir risque de recevoir le reproche que M. Longet adressait à Rolando, il y a une quinzaine d'années ; celui d'avoir expérimenté *à l'aveuglette* dans ses recherches sur la moelle des lapins et des cochons d'Inde (1).

Qu'en dites-vous, mon bon confrère ?... Si les grands officiers de l'ordre peuvent s'accuser entre eux de patauger dans la substance animée, que penser des simples miliciens ?

Au temps où M. le docteur Ségalas faisait des cours de physiologie —

(1) Dans la *Revue thérapeutique du Midi*, numéro du 30 septembre 1856.

(2) Voir l'ouvrage de cet auteur, *Sur les devoirs du médecin*, p. 78.

(1) Longet, *Recherches expérimentales*, 1841.

siblement dans les larmes dont la malade provoque la sécrétion. Le liquide lacrymo-nasal qui s'écoule contient cependant de l'iode.

La sueur axillaire et le mucus vaginal ne présentent pas de réaction iodique avec le moyen chimique employé pour trouver l'iode. Ce moyen consiste en un papier amidonné trempé dans le liquide expérimenté, et touché ensuite avec une légère quantité d'acide nitrique. Celui-ci fait apparaître l'iodure d'amidon, qui présente une coloration d'un bleu violet.

Dans la journée, la malade a toujours un goût salé à la gorge et une sensation de sécheresse.

Le soir, fièvre; 120 pulsations: douleurs abdominales; envies de vomir. Je desserre le bandage.

Dans la nuit, il y a une selle très peu abondante.

Le 17, 92 pulsations. La malade est mieux ce matin. Je desserre encore un peu le bandage. — Bouillon; opium en pilules, 10 centigr.

La nuit est bonne; les douleurs ont cessé. L'urine ne renferme qu'une très faible quantité d'iode.

Le 18, pouls à 72. La malade se trouve extrêmement bien. Elle est gaie et n'éprouve qu'un peu de douleur abdominale à la pression. Elle est très contente d'être opérée et demande des aliments. — Deux bouillons; deux potages.

L'urine, à deux heures de l'après-midi, offre encore des traces d'iode; à cinq heures du soir, elle n'en offre plus.

Le 19, 68 pulsations. Le mieux continue. Quelques légères douleurs abdominales pendant la nuit. Ce matin, mauvais goût à l'arrière-bouche seulement; appétit. — Une côtelette.

Le 20, le mieux persiste. — Huile de ricin, 60 grammes; une portion d'aliments.

La malade sort le 29 septembre, munie d'une ceinture hypogastrique.

J'ai fait revenir la veuve Anne R... dans le service de M. Rayer, pour y être examinée, six mois après l'opération. MM. Rayer et Giraldès ont constaté, ainsi que moi-même, l'absence de liquide et l'existence d'une tumeur située dans le flanc droit, mal délimitée, ayant le volume d'une tête d'adulte, indolente à la pression. La malade a repris de l'embonpoint. Elle est très gaie; son appétit est revenu; les douleurs à l'épigastre ont disparu, et, à part une sensation de pesanteur dans l'abdomen et ses douleurs rhumatismales, jamais elle ne s'est mieux portée.

Les menstrues sont très régulières.

Cette femme est revenue à la Charité le 9 novembre 1856, sur l'invitation de M. Rayer; elle se porte très bien; elle a de l'embonpoint et remercie l'opérateur. Les règles manquent parfois, mais sans faire éprouver alors les vives douleurs qu'elle a jadis ressenties.

Il existe, dans le côté droit de l'abdomen, une tumeur facile à délimiter, de la grosseur d'une tête de fœtus ou à peine plus grosse, constatée par MM. Rayer, Velpeau, Giraldès, Cazeaux, Broca, MM. les élèves du service et par moi-même. Cette tumeur ne paraît pas fluctuante, mais solide, et ne cause pas de douleurs à cette femme.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

OBSERVATION SUR UN CAS DE SURDI-MUTITÉ CONSÉCUTIVE A L'EXPLOSION D'UNE BOMBE SOUS SÉBASTOPOL.

Par M. BONNAFONT, médecin principal à l'hôpital militaire du Roule.

Le nommé T..., sous-officier au 39e de ligne, âgé de trente-quatre ans, d'un tempérament bilioso-nerveux, offrant une constitution assez robuste, entre à l'hôpital, le 26 février 1855, atteint d'une surdi-mutité complète, survenue à la suite d'une commotion cérébrale produite par l'explosion d'une bombe, sous les murs de Sébastopol.

Laissons le malade raconter lui-même les détails de ce malheureux événement.

« Le bataillon, nous écrit-t-il dans une lettre, se trouvait de garde en arrière de la grande batterie, pour la défendre en cas d'une sortie des Russes. L'on était placé par eux et par trois dans des trous d'embuscade creusés à cet effet. A six heures du matin, l'ennemi nous sachant probablement là, ouvrit sur nous un feu terrible de bombes et d'obus. Vers les neuf heures, une de ses bombes arriva sur le bord du trou qui m'abritait ainsi que deux autres grenadiers. Le terrain se trouvant un peu en pente, le projectile vint rouler au milieu de nous.

» La mèche brûlait encore : au même instant, je fais signe au grenadier, qui me regardait, de s'élancer dehors, et je me précipite sur les genoux vers le projectile pour tâcher de l'éteindre ou d'en arracher la mèche. C'était impossible. L'on ne pouvait non plus la faire déloger; le temps manquait, le terrain ne s'y prêtait pas. Voyant que la bombe va éclater, je pose rapidement la tête contre terre, à trois ou quatre pouces d'elle environ. L'explosion se fait aussitôt; elle fut terrible.

» Je restai entièrement étourdi pendant quelque temps.

» Quand je revins à moi, je cherchai ma tête entre les mains, croyant ne plus en avoir. Je me levai droit dans le trou, pensant que le feu avait cessé; un obus ou une nouvelle bombe, qui vint me couvrir de boue, m'apprit qu'il continuait toujours.

» L'un des grenadiers avait disparu. J'appris plus tard qu'on l'avait emporté dans le plus triste état; mais il vivait encore. J'ignore s'il a succombé. Il se trouvait, lui, placé un peu plus en arrière. L'autre avait été broyé, rôti, mis en morceaux, retourné sens dessus dessous. Ses effets et ses cartouches n'existaient plus. Je l'ai bien regretté.

» Pour ne pas rester toute la journée auprès du cadavre, je me jetai dans le trou voisin et m'y couchai étendu sur le dos, souffrant horriblement, mais ne voulant m'éloigner du péril qu'avec le bataillon. La terre qui me couvrait de temps en temps me faisait apercevoir du voisinage des projectiles. Le soir, l'on me conduisit au camp, et le lendemain à l'ambulance.

» Mes oreilles saignèrent pendant cinq jours.

» Je demeurai encore en Crimée pendant six jours, je crois. Là, on m'appliqua des ventouses, un vésicatoire à la nuque, et l'on me fit une saignée très abondante au bras. Les médecins me forcèrent de partir pour Constantinople, me promettant que je pourrais bientôt revenir. Une injection dans les oreilles, qui me fut administrée deux jours avant mon départ, faillit me faire perdre la tête. J'errai, transporté par le mal, une grande partie de la nuit, aux environs de l'ambulance.

» Je parlais encore, quoique avec beaucoup de peine et de difficulté.

» A Constantinople, le médecin qui me traita (1) fut pour moi de la plus admirable bonté. Deux fois il me fit appliquer des sangsues derrière les oreilles, ce qui en calma beaucoup les intolérables douleurs. Régime très doux. Après, il voulut que je revinsse en France pour qu'il fût prononcé sur mon sort le plus tôt possible, au dépôt de mon régiment. Il m'assura qu'avec de la patience, le temps, le calme et le repos absolu, loin du bruit des armes, je parviendrais, sans doute, à une grande amélioration dans mon état. Tous les médecins que j'ai revus depuis ont été du même avis, prétendant que le mal gisait dans les centres nerveux.

» Arrivé en France, je pris à Nimes, des bains tous les trois jours, et l'on m'appliqua des cataplasmes dans la région des oreilles.

» Mon frère, médecin aussi, vint me voir, me conseilla l'usage d'une huile douce et d'une certaine pommade qu'il me laissa.

» Quant à la tête, elle se trouva fort endommagée. J'éprouvai des élancements violents aux tempes, au front, un peu à droite de la ligne du nez, en arrière des oreilles, près du cou et au-dessous des yeux. La vue a souffert aussi, mais moins; les dents sont agacées et ne peuvent broyer les corps un peu durs. Par moments, on dirait qu'il se fait, dans l'intérieur de la tête, une explosion rapide comme l'éclair, cela m'éblouit; cette explosion se fait ressentir jusqu'à la plante des pieds.

» Avec un mouvement un peu vif, il me semble que le cerveau remue, ce qui me gêne beaucoup. Dégoût profond de la viande. Je tremble parfois; cependant je n'ai pas eu peur.

» L'on m'a demandé aussi si je rêvais : très souvent je crois être là-bas, au milieu de mes braves camarades.

» La traversée de Constantinople à Toulon, qui dura dix-sept jours, sur un vapeur, me fatigua beaucoup, à cause de la tempête que nous essuyâmes.

» A ma sortie de l'hôpital de Constantinople, la tête était généralement moins douloureuse; tout le reste du corps est en parfait état. »

Suivent des digressions qui ne trouvent pas leur place dans cette observation.

Pour ce qui est de l'état pathologique offert par le malade, cette description détaillée de tous les troubles organiques et fonctionnels opérés en lui depuis le jour de son accident jusqu'à son arrivée au milieu de nous, ne fait que confirmer d'une façon exacte ce que nous avions déjà constaté sans renseignements préalables.

Nous avons, en effet, le jour de son arrivée, reconnu qu'il y avait chez lui abolition complète de l'ouïe et de la voix, c'est-à-dire de la sensibilité des cordons nerveux préposés à l'accomplissement de leurs fonctions.

La cause de ces paralysies partielles nous conduisit naturellement à d'autres recherches symptomatiques.

Et tout d'abord, un tic nerveux exprimé par un mouvement habituel et saccadé de la tête nous avertit que, non seulement la masse encéphalique, mais encore le bulbe crânien de la moelle, avait été lésé de manière à produire sinon inertie, au moins névralgie des cordons qui en partent.

Cette révélation morbide, quoique d'une importance secondaire, nous permit cependant de pouvoir juger de la force de commotion qui avait dû être imprimée à la pulpe cérébrale. Si la partie céphalique du bulbe rachidien était compromise, que devait-ce être du centre nerveux qui le précède? Les autres organes des sens devaient nécessairement s'en ressentir. Les explorations sur la vue, l'odorat, le goût et la sensibilité tactile de notre sourd-muet, nous apprirent que, à une distance de 7 mètres, il ne distinguait les objets que très confusément; qu'il ne pouvait établir de comparaison entre diverses odeurs très fortes; que le goût de certains liquides était pour lui le même que celui de certains autres; qu'il éprouvait pour la viande une répulsion très prononcée; que le sens du toucher, néanmoins, n'avait reçu aucune altération appréciable.

En somme, outre la surdi-mutité et la névralgie de certains cordons nerveux cervicaux, nous pouvons affirmer qu'il y a, chez ce malade, trouble de la vue, de l'olfaction, trouble et perversion de la fonction gustative, en même temps qu'intégrité complète des ramuscules nerveuses qui aboutissent au tissu cutané.

Des lésions aussi graves sont ordinairement accompagnées de la perte complète ou à peu près complète de l'intelligence, de la mémoire, de la volonté. Ici, toutes ces facultés sont restées intactes, à l'exception pourtant de la dernière, que le malade avoue lui-même être très atténuée. C'est ainsi que, récemment, il nous avouait que, sans toutefois être pusillanime, il se sentait souvent apathique, indifférent, quand il s'agissait du développement d'une pensée quelconque.

Quoique son intelligence, comme nous le disions, n'ait pas été atteinte, que, dans une rédaction ordinaire, ses phrases se suivent et s'associent avec ordre, nous avons cru cependant surprendre, dans l'énonciation de ses idées, de la torpeur, de l'engourdissement, comme si son être psychologique eût été, lui aussi, ébranlé, frappé de stupeur.

Enfin, pour compléter l'examen de notre malade, nous portâmes notre attention sur les organes de la vie de relation et de reproduction, ainsi que sur les fonctions qui leur sont dévolues.

Dans un entretien dernier, il se plaignait à nous de fatigue et de malaise dans les jambes, à partir des genoux. *Ses doigts de la main droite agissaient plus difficilement que ceux de la main gauche, les jointures en étaient endolories.* (Textuel.) Voilà pour les phénomènes morbides se rattachant à la locomotion. Quant au grand appareil de la nutrition, il était complétement intact; aucun trouble ni dans la digestion, ni dans

(1) C'était M. Mounier, médecin principal, professeur à l'École impériale de médecine militaire du Val-de-Grâce.

---

c'était à l'Observance, si je m'en souviens bien — les élèves se donnaient le ton de répéter, sur des chiens qu'ils volaient ou sur des chats qui avaient eu le malheur d'aller flairer leur mansarde, les tentatives dont ils avaient été témoins la veille. Parmi eux, il n'y en avait pas un seul, peut-être, qui eût quelques notions d'anatomie comparée, car la plupart ne savaient que fort peu de choses en anatomie humaine. J'en sais un qui martyrisa un pauvre chien durant trois jours; lui, qui n'en avait pas encore fini, dans le charnier de la Pitié, avec son premier cadavre!..

Dites s'il n'y a pas comme un crime dans cet affreux gaspillage de la nature vivante.

En rappelant ces impiétés scholastiques, je me garderai d'en inférer cependant que tous ceux qui s'y livraient manquassent de cœur; ils voyaient faire et ils faisaient; on ne leur enseignait point la religion de la souffrance, et ils n'y prenaient point garde... La jeunesse est ignorante du mal physique, comme elle l'est du mal moral; mais, s'il est une jeunesse qui doive être initiée, à l'avance, aux douleurs de tous genres, c'est celle qui est entrée dans la carrière médicale, si remplie de devoirs et si exigeante à l'endroit de l'abnégation personnelle. . . . . .

Laissant à part ceux qui s'avisent de vouloir dénicher les grands mystères de l'animalité avec la même humeur qu'ils apportent à s'emparer d'un nid d'oiseau, je reviens aux hommes qui ont capacité pour porter la main sur les hosties de la science. Je dis encore qu'ils ne sauraient trop s'appliquer à épargner des angoisses aux animaux, sujets de leurs recherches. Lorsqu'un chimiste fait ses analyses, il ménage les réactifs coûteux.....

Allons, Messieurs, introduisez un peu de calcul dans vos cabinets d'expériences; vous ferez une œuvre véritablement pie, car c'en est une devant Dieu! Vous n'êtes pas tenus d'avoir la férocité d'un gladiateur, d'un bandolero ou d'un boucher..... Je vous en supplie, écoutez, oh! écoutez ce qu'a écrit à cet égard l'un des membres de l'Institut :

« Une science qui exige le sacrifice des animaux, est surtout obligée à ne pas verser capricieusement le sang, à ne pas prodiguer la douleur. Il est bon, je dirai même il est beau, pendant que l'esprit embrasse la rigoureuse fatalité qui détruit les existences, que le cœur maintienne ses droits. *Celui qui interprète les mystères de la vie ou de la mort, du plaisir et de la souffrance, doit avoir l'esprit élevé, l'âme miséricordieuse* ET LES MAINS INNOCENTES!... »

Ces belles paroles sont de M. Littré. Si j'étais ministre de l'instruction publique, j'ordonnerais qu'elles fussent inscrites sur la porte de tous les hôpitaux, sur celles de leurs amphithéâtres et sur le frontispice de toutes les thèses.

Drummond et Eliston, en Angleterre, ont exprimé des sentiments analogues à ceux que je voudrais glorifier ainsi (1).

Je ne suis pas un panthéiste ni un zoocrate, et je n'ose me qualifier de *philanthrope*; mais je me dis franchement l'ami de tous ceux qui gémissent. C'est ce mode qui m'a conduit à l'idée de l'*Association expérimentale*, idée qui, si elle était accueillie, répondrait au vœu qu'a exprimé Amédée Latour, et que partagent incontestablement tous les hommes qui réfléchissent et sentent.

Je place ma proposition sous le couvert de votre nom, cher Blatin, et je la confie au journal sous lequel peuvent le plus facilement s'abriter les écrivains *qui ne tiennent pas maison*, et que ne protégent ni la renommée ni la cabale. . . . . .

Dr DUMONT (de Monteux),
Médecin de 1re classe dans le service des prisons, membre correspondant de la Société protectrice des animaux.

Au Mont-St-Michel, le 11 novembre 1856.

A Monsieur le docteur LEGRAND, *de Dijon.*

Blois, 10 décembre 1856.

Monsieur et très honoré confrère,

Permettez-moi de faire acte d'adhésion complète à l'article très sérieux, — quoique spirituel, — dont l'UNION MÉDICALE du 9 décembre s'est fait un charmant feuilleton.

Comme vous, j'ai eu occasion d'observer, en 1849, la marche simultanée du choléra et de la suette, dans une petite ville de Loir-et-Cher, ainsi que je le constatai dans le mémoire que j'adressai alors à l'Académie de médecine, en qualité de médecin des épidémies.

Comme vous aussi, très honoré confrère, j'ai demandé à l'analogie un prophylactique contre le fléau asiatique. J'ai pris moi-même, et j'ai fait prendre aux personnes qui voulaient suivre mes conseils, une petite dose quotidienne de sulfate de quinine, pendant toute la durée de l'épidémie. J'ai renouvelé la même expérience en 1854, et, — je ne dirai pas que le sulfate de quinine a préservé du choléra toutes les personnes qui en ont fait usage à ma connaissance, — mais j'affirme qu'aucune de ces personnes n'a été atteinte par l'épidémie.

Vous avez fait la même observation, en employant le vin de quinquina. C'est à ce médicament que je donnerai désormais la préférence, comptant, avec M. le docteur Roche, sur l'efficacité des principes constituants du quinquina, autres que la quinine, surtout s'il ne s'agissait pas seulement d'un traitement préservatif, mais d'un traitement curatif; car une pilule de sulfate de quinine est plus facilement acceptée par une personne qui n'est pas malade qu'un verre de vin de quinquina. (A preuve la grimace du membre du bureau de secours de Sézanne.)

Mais le vin de quinquina garde-t-il de la quinine en solution? Ou, comme le prétend le confrère dont vous parlez, cet alcaloïde se dépose-t-il, combiné avec le tannin, et reste-t-il étranger à l'effet thérapeutique du vin de quinquina?

Le tannate de quinine, suivant votre ami, n'est une bonne préparation que lorsqu'on l'emploie sous forme de *poudre, pastilles* ou *pilules*. Peut-être est-il encore une autre forme, que je ne me charge pas de préciser autrement, sous laquelle ce médicament rend de grands services.

Ainsi, il est assez d'usage aujourd'hui d'administrer le sulfate de quinine dans du café, qui lui enlève son amertume, — avantage inappréciable dans la médecine des enfants; — or, qu'arrive-t-il dans ce cas?

Dira-t-on que le précipité n'a pas le temps de se déposer, et qu'il est avalé en suspension dans le café?

Il faudrait en déduire ce principe de garde-malade :

« Avant de prendre du vin de quinquina, ayez soin d'agiter la bouteille. »

Cela ne ferait pas l'affaire de votre taquin ami, mais enfin cela rétablirait l'harmonie entre la chimie, la matière médicale et la thérapeutique.

Je n'ose espérer, très honoré confrère, que mon explication soit suffisante pour faire cesser votre scientifique embarras; mais je tiens à vous déclarer qu'une cordiale sympathie a seule guidé ma plume.

Agréez, etc.

Dr DUFAY.

(1) Voir le remarquable ouvrage de John Style, intitulé : *The animal creation*, London, 1839, p. 90 et suiv., plus l'appendice, p. 333.

la circulation, ni dans la respiration; toutes ces fonctions s'accomplissaient d'une façon normale et régulière. Ce que nous avons à dire sur les phénomènes inhérents à la fonction génératrice ne peut être consigné que comme simple remarque : avant son accident, T... était très passionné pour les femmes; aujourd'hui, elles lui sont en horreur, et lui inspirent même du dégoût.

Afin de me rendre compte du degré de curabilité que pouvait présenter la surdité au milieu d'une série d'accidents aussi graves, je soumis le malade à deux ou trois examens détaillés; malheureusement, le résultat de ces examens a fait constater que cette surdité résisterait à tous les moyens qu'on pourrait employer.

Ainsi, le diapason, appliqué sur le crâne et aux environs des oreilles, n'a malheureusement pas fait percevoir ses vibrations au malade. Il en fut de même quand cet instrument a été appliqué à la partie supérieure du sternum, où les vibrations sont pourtant entendues par les trois quarts des sourds-muets de naissance.

J'explorai les deux conduits auditifs externes avec mon spéculum, et cette exploration me démontra qu'ils étaient, dans la partie voisine du tympan, obstrués par un amas de matières purulentes et cérumineuses desséchées. Celles-ci enlevées au moyen d'injections d'eau tiède et à l'aide d'une petite curette et d'un pinceau de charpie très ténue, le tympan fut mis à découvert, et il fut facile alors de distinguer, du côté gauche, une ouverture arrondie, faite comme un emporte-pièce, siégeant à la partie inférieure de la membrane du tympan, un peu plus au-dessous de son insertion avec la branche du marteau. Au côté droit, une perforation était aussi bien apparente, mais d'un plus grand diamètre, et située à la partie antérieure. Probablement que ces ouvertures étaient plus grandes au moment de l'accident, puisque la dernière révélait des indices d'une cicatrisation récente.

Malgré la gravité de ces désordres, malgré le pronostic fâcheux que l'on était en droit d'établir sur le degré de curabilité de cette surdité, fallait-il abandonner la maladie à elle-même? Il me sembla qu'elle était encore trop récente pour ne pas tenter quelques médications dans le but de réveiller la sensibilité du nerf acoustique, ainsi que celle des autres branches nerveuses paralysées.

A ce sujet, je me propose de soumettre le malade à l'électricité, dirigée dans la caisse du tympan, en faisant passer un fil conducteur par la trompe d'Eustache, et l'autre par l'ouverture qui existe à chaque membrane. C'est ainsi que j'ai obtenu, il y a déjà dix ans, un succès inespéré chez le nommé Mazembert, sous-officier de zouaves, devenu complétement sourd et presque muet à la suite d'une blessure du crâne, par l'explosion d'une mine à Blidah. Ce sont les résultats avantageux obtenus chez ce dernier malade qui m'engagèrent à soumettre le sergent T... à la même médication avant qu'il fût statué sur sa position militaire.

Le malade se trouvant encore très fatigué et surtout très affaibli, nous jugeâmes très à propos d'attendre quelques jours pour le soumettre à un traitement actif; mais, pressé par le malade, dont la pensée se portait continuellement sur son régiment et sur le désir qu'il avait de le rejoindre, nous commençâmes nos séances électriques; mais, en raison de son état d'innervation, l'électricité ne fut pas dirigée de suite dans la caisse du tympan, nous nous contentâmes, autant pour y habituer le malade que pour prévenir toute espèce d'accidents, de diriger l'excitation sur les nerfs superficiels avoisinant l'oreille. Pendant les premiers huit jours, les deux excitateurs furent promenés sur les régions mastoïdienne, temporale, parotidienne et cervicale. Dès que le malade fut un peu familiarisé avec cet agent thérapeuthique, nous nous décidâmes à le diriger dans l'intérieur de la caisse, par le procédé que nous employons depuis longtemps et que nous allons rappeler d'une manière très sommaire :

Une sonde en argent est introduite par le nez jusqu'à la trompe d'Eustache, et fixée dans cette position; puis, un petit mandrin en cuivre ou en argent recouvert dans toute son étendue par un fil de soie, est engagé dans cette sonde jusqu'à la trompe, dans laquelle il pénètre jusqu'à la caisse, ou tout au moins jusqu'à la portion osseuse de ce canal. Ce premier temps terminé, une aiguille à acupuncture très fine, longue de 6 ou 7 centimètres, est introduite par le conduit auriculaire extérieur jusqu'à la membrane du tympan, qu'elle traverse à sa partie moyenne et un peu postérieure, de manière à ce que sa pointe atteigne le promontoire, ainsi que le ganglion d'Arnold, d'où le fluide peut, en suivant les différentes branches qui partent de ce ganglion, porter l'excitation aussi profondément et aussi près que possible du nerf labyrinthique. L'aiguille est maintenue fixe dans le conduit à l'aide d'un bouchon de ouate ou de charpie. Il est bien évident que, pour pouvoir la placer d'une manière convenable, il faut que le conduit auditif externe soit bien éclairé, car, sans cela, on s'exposerait à porter la pointe soit sur le manche du marteau, soit sur la corde du tympan, ce qui donnerait lieu à des douleurs très vives qui contrarieraient beaucoup l'opération, et à laquelle le malade ne se soumettrait plus facilement.

Tout étant ainsi préparé, nous prenons les deux excitateurs du petit appareil électro-médical de MM. Breton frères; et, pendant que le pôle négatif est appliqué en permanence contre le conducteur qui va à la trompe, l'excitateur positif touche d'une manière intermittente l'aiguille qui va au tympan. Pendant les huit ou dix premières séances, les secousses furent excessivement modérées, malgré que le malade nous engageât par signes et par écrit à les lui donner beaucoup plus fortes, nous assurant que, après chaque séance, il éprouvait un bien-être qui lui donnait une grande confiance dans l'emploi de cette médication. Les secousses furent donc rendues plus actives, et, à chacune d'elles, le malade était soulevé de son fauteuil : mais loin de se tourmenter de cette excitation, aussitôt que je la suspendais pour le laisser se reposer, il pressait lui-même, comme par un mouvement de rage, les excitateurs, et se les tenait, malgré la secousse qui en résultait, constamment appliqués contre les deux conducteurs. Ce traitement fut continué pendant un mois environ tous les matins, sans aucun résultat apparent du côté de l'ouïe. Cependant le malade nous assurait qu'il se sentait mieux, que sa tête était moins faible, le corps plus solide et l'appétit plus prononcé; aussi recevions-nous tous les matins une longue lettre dans laquelle il nous exprimait son grand désir de continuer le traitement, nous engageant surtout à ne pas l'interrompre.

Nous devons noter ici, en passant, un tremblement nerveux qui se faisait particulièrement sentir à la main droite et à la tête. Ainsi, ce sous-officier, qui écrivait très vite et très facilement, était pris de mouvements convulsifs de la main qui lui faisaient abandonner tout à coup la plume ou le crayon, avec impossibilité absolue de rapprocher les doigts; en même temps, la tête se portait convulsivement par saccades du côté droit, tout en dirigeant la face du même côté. Ce mouvement nerveux fatiguait beaucoup le malade, et l'empêchait, disait-il, bien souvent de dormir.

Eh bien, sous l'influence des secousses électriques, tous ces accidents avaient complétement disparu au bout d'un mois, et c'est cette amélioration qui donnait au malade un encouragement et un espoir auxquels nous avions le regret de ne pouvoir nous associer. En effet, l'ouïe n'avait éprouvé aucune amélioration, la surdité étant toujours aussi complète. N'ayant donc rien obtenu en dirigeant le fluide par la membrane du tympan, nous nous décidâmes à agir sur l'appareil vocal, en laissant le conducteur dans la trompe; pour cela, pendant que l'excitateur négatif restait appliqué sur la sonde, l'excitateur positif, garni d'une éponge mouillée, fut promené sur la partie latérale du cou, en suivant la direction du nerf phrénique (1). Il se produisit aussitôt un phénomène qui nous surprit et qui nous laissa entrevoir un résultat qui, malheureusement, ne s'est pas confirmé. Dès que le nerf phrénique reçut l'excitation électrique, le malade fit une forte inspiration, à laquelle succéda une expiration prompte et subite, accompagnée d'un cri assez fort pour être entendu par les autres malades de la salle. Le malade lui-même, sans avoir rien entendu, éprouva une sensation si extraordinaire, qu'il se leva tout à coup, fut pris d'une telle émotion, qu'il devint impossible de continuer; il tâchait de nous faire comprendre combien il était heureux de ce qu'il venait d'éprouver.

Le lendemain et les jours suivants le même phénomène se produisait chaque fois que l'excitation était portée sur le même point du nerf phrénique et c'est avec peine que nous pouvions arracher le conducteur des mains du malade, qui voulait à toute force augmenter l'excitation; mais malheureusement, à part ce cri résultant de la brusque sortie de l'air du larynx, provoquée par la compression que la contraction spasmodique du diaphragme déterminait sur les poumons, il ne se produisit rien qui pût nous encourager à persister dans l'emploi de ce moyen.

En présence d'un résultat aussi négatif, nous jugeâmes prudent de le cesser, dans la crainte que cette surexcitation ne devînt nuisible au malade. M. Robert, l'habile chirurgien de l'hospice Beaujon, à qui ce sous-officier avait été également recommandé, vint le voir plusieurs fois, et, après avoir approuvé entièrement la médication que nous mettions en usage, il nous engagea, si elle n'avait pas de succès, à employer la noix vomique à l'intérieur. C'est ce que nous essayâmes de faire, mais le malade ne put supporter ce médicament qu'à une dose excessivement faible et le dérangement général qu'il en éprouva nous en fit cesser l'emploi.

En résumé, ce malheureux sous-officier a quitté l'hôpital emportant cette double et terrible infirmité, d'être complétement sourd et aussi complétement muet.

Cette observation suggère les mêmes réflexions qui s'agitent à l'égard de la surdi-mutité, à savoir si le mutisme a été ici la conséquence de la surdité, ou bien si la même cause a agi en même temps sur les deux fonctions.

Pour nous, cette question est à peu près jugée, et déjà plusieurs faits sont venus à l'appui de cette opinion qui fait que la perte complète du sens de l'ouïe entraîne avec elle celle de la parole; et si cette dernière faculté se maintient encore chez certains sourds, qui pourtant n'entendent rien, c'est que chez eux, l'ouïe, bien que perdue pour tout ce qui les entoure, existe encore assez pour qu'ils puissent comprendre ou entendre ce qu'ils disent. Toujours est-il que, chez notre malade, nous avons pu constater des lésions suffisantes pour expliquer la perte de la sensibilité du nerf acoustique, tandis que les organes de la voix n'offraient aucune espèce de lésion, du moins apparente. Ainsi la langue se mouvait dans tous les sens, le malade la sortait, la rentrait, en un mot, lui faisait exécuter tous les mouvements avec la plus grande facilité; la déglutition était aussi très facile; enfin, rien dans la cavité buccale ni pharyngienne ne présentait aucune altération.

Le goût et l'odorat, bien que légèrement affaiblis, avaient conservé leurs facultés, tandis que le tact semblait avoir acquis une grande perfectibilité. Quant à la déambulation, très faible et très incertaine avant l'emploi de l'électricité, elle était revenue, soit par l'influence du temps ou de l'action salutaire de cet agent, assez solide pour que le malade pût, à sa sortie de l'hôpital, se livrer à une marche certaine et assurée.

(1) Suivant ainsi les indications données par notre estimable confrère, M. Duchenne, dans ses belles expériences sur les contractions du diaphragme.

TOXICOLOGIE.

RECHERCHES SUR L'EMPOISONNEMENT AIGU PAR LE PHOSPHORE;

Par le docteur SCHUCHARDT, de Jollingue.

L'auteur a rassemblé avec beaucoup de soins tous les travaux entrepris dans ce but, il donne le résumé des cas d'empoisonnement publiés dans les journaux, il a institué de nombreuses expériences sur le mode d'action du phosphore en substance et en dissolution, sur les différents composés phosphorés, les acides, l'hydrogène phosphoré, le phosphure de calcium, sur les contre-poisons proposés, etc., de sorte que son travail est une bonne monographie sur l'action toxique du phosphore et de ses combinaisons. Il résulte de tous les faits connus que cette substance est un des poisons les plus énergiques, capable de donner la mort à l'homme, et en peu de temps, à la dose de quelques grains. Dans beaucoup de cas, surtout quand le phosphore est donné en substance, son action est énergique sur l'estomac et les intestins; elle est caractérisée par des ulcérations profondes et étendues et même par des perforations. Dans d'autres cas, où la mort est arrivée plus vite ou au moins aussi vite qu'à l'ordinaire, on ne trouve aucune lésion grave de ces organes, et ce sont surtout les solutions phosphorées qui ont donné ce résultat. Les poumons sont souvent le siége d'infiltrations sanguines étendues. Le caractère le plus constant de l'empoisonnement par le phosphore est un état de dissolution du sang; ce liquide est foncé, mal coagulé ou tout à fait fluide, présentant en couche mince une coloration rose ou pourpre spéciale. De plus, on observe souvent des ecchymoses sur beaucoup d'organes, surtout sur la surface du poumon, sur le péricarde, sur l'estomac et sur la peau. D'après Liedbeck, ce sang exposé à l'air ne rougit pas, mais se fonce davantage. Ces caractères du sang ne sont nullement inflammatoires, bien au contraire; on ne peut donc faire dériver cet état des lésions locales, d'autant plus qu'il existe également en l'absence de ces dernières. Il est hors de doute que ce liquide ainsi altéré constitue un des éléments les plus graves dans l'action toxique du phosphore, sans que cependant on puisse négliger les lésions locales de l'estomac et des intestins.

L'auteur s'est demandé laquelle des combinaisons du phosphore est capable de produire ces effets; et il s'est adressé à l'expérimentation pour obtenir la solution de ce problème.

Les acides du phosphore n'ont pas l'action manifestée par cette substance; donnés à des doses correspondantes à des quantités de phosphore infailliblement mortelles, ils ont été parfaitement innocents et n'ont exercé aucun effet sur les animaux. En second lieu, l'administration de substances alcalines, capables de neutraliser les acides formés, n'a aucunement retardé ou empêché l'issue fatale, quand on les avait administrées simultanément avec le poison et encore quelque temps après. Dans ces cas, il est vrai, on a souvent vu les effets locaux être moindres ou manquer complétement.

Les lésions locales peuvent bien être le résultat de la combustion du phosphore, et les acides formés dans ce cas peuvent augmenter la destruction, mais sont incapables de la déterminer à eux seuls. M. Schuchardt, pour tirer cette conclusion, se fonde sur le résultat des expériences; mais il faut observer, à cet égard, que les acides n'ont jamais été donnés dans un état de concentration complète, et que, malgré cette circonstance, l'acide phosphoreux et l'acide phosphorique ont entamé, quoique superficiellement, la muqueuse de l'estomac. Il résulte encore de quelques travaux, surtout de ceux de Mitscherlich, que l'acide phosphorique a beaucoup d'analogie d'action avec l'acide sulphurique. Or, dans la combustion lente ou rapide du phosphore, les acides peuvent bien se trouver, à leur formation, dans un état de concentration telle, que les tissus en soient cautérisés.

Une autre conclusion à tirer de ces expériences, est celle que les acides du phosphore ne se transforment pas en hydrogène phosphoré dans l'économie animale.

Après avoir ainsi démontré l'innocence des acides du phosphore, l'auteur a mis en expérimentation l'hydrogène phosphoré. Il rappelle d'abord les essais de Nysten, qui avait injecté dans les veines de l'hydrogène phosphoré gazeux; les siens ont porté sur une autre substance, le phosphure de calcium. Ce corps est composé de plusieurs combinaisons de phosphore de calcium, de phosphate de chaux et d'un excès de chaux. Au contact de l'eau, il se décompose et fournit les trois combinaisons du phosphore avec l'hydrogène (la gazeuse en plus grande quantité), et de l'hypophosphite, du phosphite et du phosphate de chaux. L'expérience a montré que ce phosphure de calcium ne pouvait être donné en substance, il n'arrive pas dans l'estomac, mais il faut l'ingérer en suspension dans l'huile. Sous cette forme, il répand une forte odeur et dégage lentement de l'hydrogène phosphoré gazeux non inflammable même avec une addition d'eau. 10 centigrammes, délayés dans 6 à 12 grammes d'huile, sont généralement mortels, et les animaux montrent les mêmes symptômes pendant la vie et les mêmes lésions cadavériques que ceux obtenus avec le phosphore. Les érosions et les ulcérations locales ne manquent pas, mais sont moins étendues et moins profondes. On les a observées dans l'œsophage dans un cas où le phosphure avait été administré en un morceau et n'était pas parvenu dans l'estomac, et dans le rectum, lorsque cette substance avait été introduite à l'état solide dans cet organe. Dans ces deux cas, la mort était survenue avec les symptômes ordinaires.

D'après ces expériences, on est en droit d'attribuer à l'hydrogène phosphoré l'action toxique déterminée par le phosphore, et de ne classer parmi les poisons que les préparations capables de donner naissance à ce corps.

Passant à l'étude des contrepoisons du phosphore, M. Schuchardt commence par la magnésie, proposée par Orfila. Il rapporte un cas du docteur Landerer, où un enfant avait avalé à peu près une cuiller à bouche de pâte phosphorée préparée pour les rats. La magnésie délayée dans de l'eau sucrée et prise en grande quantité à arrêté les accidents; l'enfant était hors de danger au bout de huit heures. Les sept expériences de M. Schuchardt n'ont pas eu le même résultat; chaque fois les lapins sont morts, quoique la dose de phosphore n'eût pas été considérable (0,07 au maximum); cependant les lésions locales étaient moindres. Nous n'aurions qu'une seule observation à faire à ce sujet. Le phosphore granulé avait été administré sous forme pilulaire et le liquide magnésien injecté en deux ou trois fois, dans l'intervalle de une heure et demie à deux heures après le poison. La quantité de magnésie a peut être été trop petite; la plus forte dose était de 1,50 et l'administration n'en a pas été assez longtemps continuée. Il résulte d'expériences que le phosphore met beaucoup de temps à disparaître, c'est-à-dire à former ses combinaisons; or, la magnésie n'a pas été assez longtemps en contact avec lui pour empêcher ses transformations jusqu'à la fin; elle se change en sels qui sont absorbés ou passent dans le canal intestinal et peuvent purger, et la partie non décomposée est mêlée aux aliments ou bien expulsée de l'estomac, pendant qu'il y a encore du phosphore dans cet organe. Il faudrait donner la magnésie pendant un, deux, trois jours même, à des intervalles rapprochés, de manière à ce qu'il y en ait constamment dans l'estomac et les intestins. Empêcherait-on les combinaisons nuisibles du phosphore, surtout celles avec l'hydrogène? On ne peut le savoir *a priori*, mais, dans tous les cas, on neutraliserait les acides formés et l'on diminuerait ou empêcherait même totalement l'action locale, ce que les expériences incomplètes de M. Schuchardt tendent déjà à démontrer.

M. Duflos avait proposé comme contre-poison du phosphore, un mélange de 1 gramme de magnésie calcinée avec 8 de solution de chlore. Une portion de la magnésie est transformée par le chlore en hypochlorite, ayant un pouvoir oxydant considérable. L'acide phosphoreux et l'hydrogène phosphoré sont changés, le premier en acide phosphorique et le second en acide chlorhydrique et en un des acides du phosphore; tous ces acides sont alors rapidement neutralisés par la magnésie. MM. Bechert et Cottereau qui ne mettent aucun doute dans l'efficacité de ce contre-poison, adoptent la formule, mais donnent une explication

un peu différente de son mode d'action. Malheureusement il n'y a que Bechert qui en ait obtenu de bons résultats, tandis que les autres expérimentateurs, tout en suivant la même voie, n'en ont pas eu à se louer; Hollaender seul a vu la mort survenir plus tard. M. Schuchardt a répété et varié l'expérience et n'a pas été plus heureux que ces devanciers. La seule chose à observer était le peu d'intensité des lésions de l'estomac et des intestins et l'absence d'altération des poumons.

Enfin quelques essais tentés avec le chlorure de chaux n'ont pas donné de résultats plus favorables.

D'après ce qui précède, il est clair que nous ne possédons pas de véritable contre-poison chimique du phospore; cependant quelques-uns des résultats obtenus sont de nature à ne pas abandonner la partie. N'ayant aucun moyen d'empêcher la formation de composés délétères ou de les rendre innocents, nous n'avons qu'à retarder autant que possible la combustion du phosphore par l'ingestion de grandes quantités de liquide, de lait, de magnésie délayée, etc., moyen qui ne doivent pas faire oublier les émollients, les mucilagineux, les émétiques. Ce sujet mérite au plus haut degré l'attention des savants, en raison des nombreux empoisonnements par le phosphore qui ont lieu depuis quelques années. — (*Zeitschr. f. rationn. med.* t. VII, n° 3.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 8 Décembre 1856. — Présidence de M. Is. Geoffroy St-Hilaire.

Éléments des tissus contractiles.

M. Ch. Rouget communique le résultat de ses recherches sur les éléments des tissus contractiles. Il résume son travail dans les termes suivants :

Il n'existe qu'une seule espèce d'éléments musculaires dont les formes variées correspondent à différentes périodes de développement de cet élément toujours identique à tous les degrés de la série animale et dans tous les tissus contractiles.

Les cellules contractiles, première forme de l'élément musculaire chez l'embryon, se rencontrent, comme je l'ai démontré, à l'état permanent dans l'enveloppe contractile des polypes hydraires.

Des tubes à contenu granuleux, plus ou moins condensé à la périphérie, en séries longitudinales et transversales de granules ou en fibrilles, de tels tubes constituent les éléments contractiles tant de la vie animale que de la vie organique chez les actinies, les planaires, la plupart des annélides et des mollusques.

Les éléments contractiles dits de la vie organique chez les animaux supérieurs sont constitués sur le même plan : ce sont des tubes à contenu granuleux, distinct de la paroi, renfermant dans leur intérieur des noyaux allongés, isolés et plus ou moins distants les uns des autres. Ce sont ces tubes brisés en fragments plus ou moins étendus, vidés plus ou moins complétement de leur contenu, altérés, en un mot, par les préparations, qui ont été décrits comme rubans musculaires (Henle Bowmann) ou fibres cellules (Kolliker). (Commissaires : MM. de Quatrefages et Cl. Bernard.)

— M. Legroux présente au concours pour les prix de médecine et de chirurgie de 1857 une note manuscrite sur le *traitement des crevasses et ulcérations du mamelon chez les nourrices*, et deux mémoires imprimés, l'un sur la *nature et le traitement du sclérème et de l'asphyxie*, l'autre sur les *concrétions polypiformes du cœur*. (Réservé pour la future commission.)

— L'Académie renvoie à l'examen de la section de médecine et de chirurgie constituée en commission du concours pour le prix du legs Bréant les pièces suivantes :

Un mémoire intitulé *Apparition, propagation et traitement du choléra dans l'hospice général de Tours pendant l'épidémie de* 1854, par M. L. Sandras.

Un mémoire sur le *choléra asiatique, les maladies épidémiques et les dartres*, adressé de Rouziers (Indre-et-Loire), par M. Giot;

Une lettre de M. Hansotte, relative à un mémoire sur le choléra et à un médicament employé par lui, médicament dont il avait envoyé une certaine quantité pour le cas où la commission voudrait en faire l'essai.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU 2me ARRONDISSEMENT.

(COMPTE-RENDU TRIMESTRIEL.)

Séance du 10 Janvier 1856. — Présidence de M. Guersant.

Sommaire. — Nouvelle préparation contre la gale. — De l'iode et de ses diverses applications. — De l'iodisme. — Action de l'alcool dans les injections par la teinture iodée. — Traitement des fistules par les préparations iodées. — De l'abus de la saignée et de ses effets consécutifs. — Toux convulsive guerie par les affusions froides. — De l'infusion de café dans les hernies étranglées.

M. Bourguignon, revenant sur un sujet qui a été, pour lui, l'occasion de recherches nombreuses et de plusieurs travaux justement estimés, entre dans quelques développements nouveaux sur le traitement de la gale, et, après avoir passé en revue les divers moyens qui ont été tour à tour préconisés, en fait ressortir les inconvénients, et propose d'accorder la préférence à une composition dans laquelle la glycérine remplace l'axonge, et dont voici la formule : Glycérine, 200 grammes; soufre bien broyé, 100 grammes; jaune d'œuf n° 2, gomme adragante, q. s., et des essences diverses pour masquer l'odeur du soufre.

M. Terrier, chargé de faire un rapport sur l'*Iodothérapie* du docteur Boinet, présente à la Société une rapide, mais consciencieuse analyse de cet ouvrage important; il s'attache à en faire ressortir les points les plus saillants, et particulièrement ceux qui se font remarquer par leur originalité et leur utilité pratique. Remontant à la première apparition du précieux métalloïde dans le domaine de la thérapeutique, il fait avec impartialité la part de chacun dans les nombreuses applications qui en ont déjà été faites, et attribue justement, sous ce dernier rapport, la part la plus large à M. Boinet. Enfin, en historien à la fois fidèle et indépendant, il marque d'un point d'interrogation les propositions qui lui paraissent être plutôt le fruit de l'enthousiasme que des applications pratiques, et en appelle encore, pour quelques autres, à l'expérience, qui seule peut juger en dernier ressort.

A l'occasion de l'un des accidents de l'iode, sur lequel le rapporteur a plus particulièrement insisté, et que l'auteur de l'ouvrage en question appelle *iodisme*, M. Arnal le trouve mal défini, et avoue que, même avec les descriptions qui en ont été données, il a encore aujourd'hui beaucoup de peine à s'en faire une idée bien précise. Lui aussi s'est beaucoup occupé des diverses applications de l'iode, et particulièrement à l'hôpital Saint-Louis, pendant que Lugol, dont il était l'interne, y faisait ses intéressantes recherches; lui aussi a fait des injections iodées dans des foyers purulents énormes; lui aussi a vu, à cette époque, donner à l'intérieur l'iode à des doses supérieures à celles d'aujourd'hui, et à l'extérieur sous forme de bains, d'où les malades sortaient rouges de la tête aux pieds, comme si un érysipèle général les avait envahis; mais il n'a jamais vu les accidents prendre les proportions d'un empoisonnement, et mériter un nom particulier, fût-il aussi euphonique que celui d'iodisme. Un coryza de vingt-quatre heures et la congestion de la conjonctive avec larmoiement, ont été les seuls effets qu'il ait observés; aussi M. Arnal se demande-t-il, en terminant, si l'alcool de la teinture iodée, qui est aujourd'hui si généralement employé, ne contribue pas, pour une bonne part, au prétendu iodisme dont on parle tant, et subsidiairement si, à titre de coagulant et d'antiseptique, il n'entre pas, lui aussi, dans les bons résultats obtenus par les injections dont il s'agit.

M. Guersant n'est pas éloigné de partager la manière de voir de M. Arnal, en ce qui touche l'action de la teinture iodée. Il est d'autant plus disposé à rapporter, en effet, à l'alcool une partie des résultats obtenus, que plusieurs fois, en l'injectant seul dans des fistules borgnes externes, il a obtenu des guérisons promptes et durables, et qu'il en a été de même dans tous les cas d'hydrocèle, dans lesquels il l'a également exclusivement employé. Il ajoute même que, chez deux malades sur lesquels l'injection iodée avait échoué, l'alcool a réussi, et qu'en outre, il lui a semblé qu'il déterminait des douleurs moins vives et des réactions moins énergiques.

Incidemment, M. Guersant déclare qu'il n'approuve pas non plus, pour les kystes du foie dont le rapporteur vient de faire mention, le procédé opératoire recommandé par M. Boinet, qui consiste à faire la ponction à côté d'un pli formé par la peau, dans le but d'éviter le parallélisme des deux petites plaies, et de prévenir l'entrée de l'air dans la cavité du kyste. Selon lui, en effet, l'épanchement dans le péritoine est bien autrement grave, et, pour le prévenir, il ne connaît pas de meilleur moyen que l'emploi préalable de la potasse caustique, qui, en fixant le kyste à la paroi qui va devenir le siége de la ponction, l'entourera d'adhérences protectrices.

M. Bourguignon pense, lui aussi, que l'alcool doit jouer un rôle important dans les injections par la teinture iodée, mais que celui de l'iode est plus important encore, par la propriété qu'il a de se combiner avec l'albumine, de changer la nature des sécrétions, et aussi comme antiseptique, en s'opposant à la décomposition putride des substances animales avec lesquelles il se trouve en contact.

Mais l'alcool aussi est antiputride, réplique M. Arnal.

M. Piogey est d'avis que, dans la solution iodée, qui est généralement employée, l'alcool est trop étendu pour qu'on puisse lui rapporter tout ou partie de l'effet produit. Il donne pour preuve de son opinion qu'entre ses mains les injections avec l'eau simplement iodée, mais concentrée par l'iodure de potassium, ont aussi bien sinon mieux réussi que la solution alcoolique; et il rappelle, à ce sujet, la guérison remarquable de fistule à l'anus qu'il a obtenue, et dont il a déjà entretenu la Société en 1851. Il cite encore deux cas analogues : l'un d'eux appartient à un ouvrier vannier qui portait, à la marge de l'anus, une double fistule aboutissant supérieurement à un clapier volumineux. La circonstance de tubercules pulmonaires faciles à constater et la grande étendue de la dénudation du rectum, firent reculer devant l'opération MM. Michon et Denonvilliers, dans le service desquels ce malade avait été tour à tour admis; M. Piogey entreprit alors sa guérison par les injections iodées, et il l'obtint complète et définitive au bout de plusieurs mois de traitement. Ajoutons que la maladie de poitrine n'en reçut aucune influence fâcheuse, et que, pour prévenir l'action irritante du métalloïde sur les parties saines, M. Piogey avait cru devoir, avant chaque injection, oindre d'un corps gras la partie inférieure de la surface interne du rectum.

M. Piogey rapporte encore le fait suivant : Un jeune homme, d'un tempérament éminemment lymphatique, voit se développer, au testicule gauche, un tubercule, qui n'avait pas moins de 28 centimètres de circonférence. Bientôt la tumeur s'enflamma, se ramollit et s'ouvrit successivement par cinq orifices qui donnaient issue à des liquides d'aspect et de consistance variés. Le malade fut soumis à l'administration intérieure de l'iodure de potassium, en même temps qu'aux injections hebdomadaires de la solution aqueuse d'iode à travers les trajets fistuleux, et, au bout de quatre mois, toute suppuration avait cessé. La santé générale elle-même s'améliora notablement sous l'influence de cette double médication.

Enfin M. Piogey termine par un dernier fait, selon lui, plus remarquable encore que les précédents, parce qu'il témoigne plus péremptoirement qu'eux de la puissance médicatrice de l'iode. Une de ses parentes, habitant la province, présenta dans la partie profonde et supérieure du cou un gonflement considérable, qui ne tarda pas à se ramollir, et se termina par deux ouvertures, l'une au devant de la partie moyenne du muscle sterno-cléido-mastoïdien gauche, l'autre vers le milieu de la joue correspondante. Toutes deux aboutissaient supérieurement au foyer primitif, qui avait son siége dans l'oreille mbyenne; la membrane du tympan avait elle-même été perforée, car, lorsqu'on faisait une injection par le conduit auditif externe, on voyait le liquide s'échapper par l'orifice des deux trajets fistuleux dont il vient d'être question. Deux mois d'un traitement composé exclusivement d'injections iodées et d'iodure ferrique à l'intérieur amenèrent une guérison complète. Au bout de deux ans, toutefois, et à la suite d'une grossesse parfaitement régulière, d'ailleurs, cette même malade fut prise de douleurs vives dans la partie postérieure et moyenne du cou : bientôt les mouvements de cette région devinrent impossibles par l'affaissement sur elle-même de la troisième vertèbre cervicale, et l'on vit se joindre successivement à ces premiers symptômes et l'aphonie et la paralysie des deux bras, et la suffocation progressive, qui ne tardèrent pas à amener la mort. M. Piogey suppose que les deux trajets fistuleux cités plus haut communiquaient primitivement avec la vertèbre malade, et il ne doute pas qu'on ne fût parvenu à guérir également cette dernière, si le médecin qui donnait alors ses soins à la malade avait repris, après l'accouchement, le traitement iodé, qui avait d'abord si merveilleusement réussi.

M. Triger fils raconte qu'un de ses clients, à la suite d'un effort violent, éprouva, dans la partie supérieure de l'aine gauche, une douleur vive qui fut suivie d'une tumeur dure et rénittente qui devint, elle-même, rapidement sensible à la pression. Appelé seulement le lendemain, lorsque déjà les nausées et les vomissements annonçaient une interruption complète dans le cours des matières fécales, il constata une hernie inguinale étranglée et essaya d'en obtenir la réduction par des moyens généralement employés en pareil cas, mais sans résultat favorable. L'application de la glace pendant deux heures consécutives ayant échoué à son tour et les accidents allant successivement croissant, il pensait au débridement, lorsqu'un vieux praticien des colonies proposa l'administration, toutes les heures, d'une tasse d'une infusion de café, promettant qu'à la cinquième la réduction s'opérerait pour ainsi dire d'elle-même. Les parents du malade justement effrayés des dangers de l'opération, exigèrent, avant d'y avoir recours, qu'on essayât le moyen nouveau et l'infusion de café fut immédiatement administrée. Eh bien, au grand étonnement de M. Triger et des assistants, dès la quatrième tasse, en effet, une légère pression suffit pour amener la réduction de la hernie.

M. Hervez de Chégoin pense qu'il ne faut voir là qu'une simple coïncidence et que l'administration du café n'a été pour rien dans la réduction qui l'a suivie, si tant est même qu'elle n'y ait pas apporté un obstacle de plus. Selon lui, cette réduction, presque spontanée, trouve plutôt sa raison d'être dans l'état syncopal dont M. Triger a parlé, par suite des douleurs aiguës ressenties par le malade. Dans le cours de sa longue pratique, il a eu, en effet, plusieurs fois l'occasion de rencontrer des hernies, en apparence irréductibles, qui pourtant, un peu plus tard, sont pour ainsi dire rentrées d'elles-mêmes, ou tout au moins sous l'influence d'un taxis modéré; d'où, pour lui, cette conséquence pratique, qu'en général il ne faut pas trop tôt désespérer, et, dans tous les cas, ne se décider pour l'opération que lorsque l'indication en est bien formelle.

M. Triger répond qu'en citant ce fait, remarquable sous plus d'un rapport, il n'a pas entendu cependant lui donner plus d'importance qu'il n'en mérite et encore moins préconiser l'emploi du café dans les hernies étranglées, mais qu'il ne peut pas, à l'exemple de M. Hervez de Chégoin, rapporter la réduction à l'état syncopal, car cet état durait depuis plus de deux heures, et, pendant ce laps de temps, il avait plusieurs fois essayé, mais en vain, de faire rentrer la hernie. Il croit, d'un autre côté, devoir ajouter que le vieux praticien qui avait conseillé le moyen en question lui a assuré qu'à la Havane, par exemple, ce moyen était usuel et réussissait presque toujours.

M. Piogey reprenant la parole, communique à la Société le fait suivant de chloro-anémie : une jeune dame de 21 ans, appartenant à une famille généralement bien portante, et étant elle-même fortement constituée, fut réglée pour la première fois à l'âge de 10 ans. Le deuxième jour, ayant été surprise par un orage, elle éprouva une suppression brusque, qui fut suivie d'un malaise général, de douleurs lombo-hypogastriques et d'une violente céphalalgie pour laquelle deux saignées du bras furent pratiquées en moins d'une semaine. A l'époque suivante, le retour des mêmes accidents amena l'emploi du même moyen, mais sans un meilleur résultat : les accidents, au contraire, allèrent successivement augmentant, avec des alternatives de surexcitation et de calme, de somnolence et d'insomnie, et à ces premiers symptômes, s'ajoutèrent successivement des douleurs gastralgiques aiguës, des accès de suffocation et une toux spasmodique dont les quintes violentes et prolongées se développaient ordinairement pendant la nuit. La saignée fut l'unique moyen qu'on opposa à ce mal qui grandissait sans cesse, si bien qu'en deux ans, la malade reçut quatre-vingts coups de lancettes, sans compter des milliers de sangsues dont tout le corps de la malade était littéralement criblé, depuis le cou jusqu'à la partie inférieure des cuisses.

Comme on le pense bien, un traitement pareil ne pouvait manquer de ruiner pour longtemps la constitution de cette malheureuse enfant : aussi, l'amaigrissement fit-il des progrès rapides en même temps que survinrent des lypothimies prolongées, et les parents justement effrayés, se décidèrent à mener, à petites journées, la jeune malade à Paris.

A peine arrivée, elle fut prise d'un accès d'hystérie bien caractérisé, pour lequel M. Piogey fut accidentellement appelé. Il constata l'état suivant : amaigrissement extrême, perte absolue de l'appétit, vomissements incessants, grande pâleur, décoloration des gencives, œdème des paupières et des membres inférieurs, bruit de souffle carotidien, palpitations constantes, avec retentissement douloureux dans la tête, etc.

L'étrange médication qui précède n'a pas été, du reste, le fait d'une erreur personnelle, car la plupart des médecins en renom de Turin ont conseillé les mêmes moyens : l'un la saignait pour les palpitations, l'autre pour la toux, celui-ci pour les règles absentes, celui-là pour les douleurs de tête; bref, en onze ans, la jeune malade a été saignée 250 fois!

Une preuve enfin, ajoute M. Piogey, que cette médication par la saignée à outrance n'est pas un fait isolé, c'est qu'une autre malade, originaire d'Italie, aujourd'hui sa cliente, a été saignée 18 fois en une semaine pour une névralgie, et une troisième 20 fois pour une simple gastralgie.

MM. Costes et Ducos de Syste protestent énergiquement contre le blâme que M. Piogey vient de lancer contre la médecine italienne tout entière, et affirment que ce qu'il a pris pour un fait général, n'est qu'une rare et très rare exception.

M. Arnal, sans penser que l'abus de la saignée atteigne dans toute l'Italie le degré d'exagération dont la malade de M. Piogey a donné le triste exemple, suppose cependant que, dans les principales villes, et particulièrement à Turin, il y a tout au moins tendance à cette exagération, car il se rappelle que, dans cette dernière ville, une de ses clientes a été saignée près de 80 fois pour une couperose qui, par parenthèse, en a été plutôt aggravée qu'améliorée, et qu'une seconde l'a été 12 fois pendant le cours d'une grossesse presque normale. Cette dernière, d'une forte constitution, a néanmoins donné le jour à un enfant cacochyme qui, au bout d'un an, a succombé à tous les symptômes d'une phthisie tuberculeuse!

M. Hervez de Chégoin n'approuve pas, en principe, l'emploi de la saignée dans la chloro-anémie, mais il pense qu'il est des cas exceptionnels où l'on est forcé d'y avoir recours, non seulement parce que les malades, déjà soulagés par elle, la réclament avec une instante énergie, mais encore parce qu'elle seule fait cesser immédiatement des symptômes graves de suffocation, de palpitations, de violente céphalalgie, etc. Mieux vaut, ajoute-t-il, l'empirisme qui soulage que la raison physiologique qui laisse mourir. Il cite, à ce propos, l'exemple d'une jeune personne atteinte d'une toux convulsive et incessante, contre laquelle avaient échoué les moyens rationnels les plus énergiques, voire même un large sétон appliqué sur chaque paroi de la poitrine et qui céda, comme par enchantement, aux affusions d'eau froide.

M. Dufour fils rapporte également un cas de névrose générale excessivement douloureuse qu'on ne faisait cesser que par la saignée, bien que la constitution épuisée de la malade, protestât à l'avance contre l'emploi d'un pareil moyen, mais l'exagération de la douleur et sa résistance à toute autre médication dominaient ici la théorie et forçaient le médecin dans sa répugnance, sous peine de conséquences plus graves encore que l'évacuation de quelques onces de sang.

Le secrétaire général, Arnal.

COURRIER.

La liste des candidats pour le concours de médecine, médecine légale, chirurgie et accouchements, se compose ainsi qu'il suit :

Médecine et médecine légale. — Sont inscrits : MM. Chauffard, Hérard, Marcé, Simonin-Empis, Laboulbène, Montanier, Lorain, Duriau, Charcot, Hervieux, Tholozan, Blain des Cormiers, Barnier, Prost, Axenfeld et Bacle.

Chirurgie et accouchements (5 places). — Sont inscrits : MM. Jamain, Fano, Morel-Lavallée, Trélat, Boullard, Desrivières, Houël, Foucher, Béraud, Blot, Duchaussoy, Herr, Legendre, Bauchet, Legouest.

— Le concours pour l'agrégation, ouvert à Paris pour les trois Facultés, vient de se terminer par les nominations suivantes :

Faculté de Paris.

MM. Rouget, pour la section d'anatomie et de physiologie.
Baillon, pour l'histoire naturelle.
Réveil, pour la pharmacie.
Guillemin, pour la physique.

Faculté de Strasbourg.

M. Morel, pour la section d'anatomie et physiologie.

Faculté de Montpellier.

M. Moitessier, pour l'histoire naturelle.

Société médico-pratique de Paris. — Composition du bureau pour l'année 1857 :

MM. Aubrun, président;
Archambault, vice-président;
Perrin, secrétaire général;
Compérat, archiviste;
Janin, trésorier;
Bonnassies, vice-trésorier.

Répétiteurs : MM. Trèves et Labarraque.

Comité de publication : MM. Dreyfus, Auguste Mercier, Compérat. Le président et le secrétaire général font de droit partie du comité.

De l'homicide et de l'anthropophagie, par le docteur Barbaste, médecin en chef du dépôt militaire de Romans, lauréat de la Faculté de médecine de Montpellier. Un volume in-8° de 628 pages. — Prix : 7 fr. 50 c.
A Paris, chez J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Extrait des procès-verbaux de la Société médicale du Panthéon (12e arrondissement). Discussion sur la syphilis. Y a-t-il deux virus chancreux? Qu'est-ce que le chancre induré? La syphilis secondaire est-elle contagieuse? In-8°, Paris, 1856, imprimerie de Moquet.

Théorie de la fièvre typhoïde dothinentérique et du typhus, par le docteur A. Netter, médecin-major à l'hôpital militaire de Strasbourg, etc. In-8, Paris, 1856, rue des Saints-Pères, 8.

Lettre à la Société de médecine des hôpitaux de Paris, sur les maladies du cœur, par le professeur Forget, de Strasbourg. Paris, 1856, rue des Saints-Pères, 8.

Recherches sur les causes d'insalubrité de la commune de St-Ours, canton de Pontgibaud (Puy-de-Dôme), notamment sur celles des fièvres épidémiques observées dans le village de ce nom, par J.-J.-Hippolyte Acollion, D.-M. P., etc. In-8, Paris, 1856, J.-B. Baillière.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris.—Typographie Felix Malteste et Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

Tome X. — N° 157. DIXIÈME ANNÉE. Mardi 30 Décembre 1856.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris et les Départements,
1 An..... 32 Fr.
6 Mois..... 17
3 Mois..... 9

Pour l'étranger, le port en plus, selon qu'il est fixé par les conventions postales.

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES, MORAUX ET PROFESSIONNELS DU CORPS MÉDICAL.

BUREAU D'ABONNEMENT
Rue du Faubourg-Montmartre, 56,
A PARIS.

On s'abonne aussi :
CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,
Libraire de l'Académie de Médecine, rue Hautefeuille, 19, à Paris ;
DANS LES DÉPARTEMENTS,
Chez les principaux Libraires,
Et dans tous les Bureaux de Poste, et des Messageries Impériales et Générales.

Ce Journal paraît trois fois par semaine, le MARDI, le JEUDI et le SAMEDI.

Tout ce qui concerne la Rédaction doit être adressé à M. le Docteur Amédée LATOUR, Rédacteur en chef. — Tout ce qui concerne l'Administration, à M. le Gérant, rue du Faubourg-Montmartre, n° 56.

Les Lettres et Paquets doivent être affranchis.

SOMMAIRE. — I. Obstétrique : Anneau répulseur dans les présentations de l'épaule. — II. Clinique médicale (hospice de la Salpêtrière, M. Baillarger) : Mélancolie suicide héréditaire, suivie de paralysie générale ; mort ; tumeur implantée dans l'hémisphère gauche du cerveau. — III. Revue générale : Traitement des fièvres intermittentes rebelles par un moyen bien simple. — Traitement de la goutte par le benzoate de soude. — Moyen d'administrer le gaz acide carbonique comme anesthésique local dans les affections douloureuses de l'utérus. — Antidote de l'iodure de potassium. — Traitement de la gale par une solution aqueuse de potasse caustique. — Moyen très simple de faire cesser le hoquet. — Le curare antidote de la strychnine. — IV. Académies et sociétés savantes. *Société d'hydrologie médicale de Paris.* Séance du 22 décembre : Correspondance. — Élection du bureau pour 1857. — Les eaux de Vichy sont-elles purgatives ? Discussion. — *Société médicale d'émulation* : Cas de diabète offrant des particularités remarquables. Discussion. — V. Presse médicale allemande : Remarques sur quelques points de la pathologie et du traitement du catarrhe chronique de la vessie. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Statistique des causes de décès. Lettre du docteur Marc d'Espine, de Genève, au docteur Bertillon.

OBSTÉTRIQUE.

ANNEAU RÉPULSEUR DANS LES PRÉSENTATIONS DE L'ÉPAULE.

Un instrument de plus !... J'en suis presque honteux, tant certains confrères ennemis de l'agrandissement instrumental vont crier à l'encombrement ; mais la petite invention que j'ai commise cette fois, est si simple, si peu coûteuse, mon ours est si mignon — que je l'exhibe....

Il y a trois ans environ, qu'à la suite d'une version podalique fort difficile, j'eus l'idée d'aider instrumentalement à la répulsion de l'épaule, malgré le malheureux sort *des espèces de fourches, de repoussoirs, de béquilles*, tous frappés de réprobation. Dans ma pensée, le bras du fœtus prolapsé devait passer dans un anneau, et cet anneau mobile sur deux tiges métalliques devait s'arcbouter contre le thorax, sous l'aisselle.

En une heure de travail, un ouvrier eût réalisé ma conception. Depuis cette époque, je n'ai fait qu'une version pour une présentation de l'épaule, avec issue du bras ; et ne sachant pour quel genre d'obstacle j'étais demandé, je ne m'étais pas muni du nouvel instrument. Aujourd'hui, l'occasion s'étant offerte, je l'ai mis à l'épreuve.

Madeleine P..., sage-femme à Saignon, appelée auprès d'une femme en travail au hameau de Saint-Quintin, trouve le bras du fœtus à la vulve. Demandé aussitôt en consultation, j'arrive à onze heures du matin.

Les contractions sont énergiques, mais presque permanentes, à cause du complet écoulement des eaux qui a eu lieu depuis cinq heures du matin. La *parturiante*, âgée de 40 ans, en est à son cinquième accouchement. Les douleurs ont déjà été vives et prolongées ; néanmoins, l'état dynamique du sujet me paraît bon.

Il s'agit d'une présentation de l'épaule gauche, sternum en avant. Le bras, qui dépasse la vulve, est en supination ; le pouce tourné à gauche ; le membre est violacé ; la radiale a cessé de battre, et les autres signes de la vie du fœtus sont tous négatifs. Un liquide épais, brunâtre, d'une odeur infecte, s'échappe par la vulve : c'est du méconium mêlé de sang noirâtre.

Si le fœtus était vivant, j'aurais à opter entre la version sur la tête et la version podalique. Je préfère alors tenter la première, dans l'intérêt de l'enfant ; mais, ici, il n'y a pas à hésiter : c'est par les pieds que le fœtus mort doit être amené. Dans l'intervalle de deux contractions, je place le répulseur en faisant passer le bras du fœtus dans l'anneau, et le fixe sous l'aisselle, en immobilisant les deux tiges l'une contre l'autre. Alors ma main gauche opposant à l'extérieur une résistance à l'utérus, afin qu'il n'obéisse pas à l'impulsion imprimée au fœtus, je repousse doucement l'épaule. Peu à peu, je la sens céder. Bientôt le bras est renfermé dans le vagin. Alors ma main gauche, quittant le rôle qu'elle remplissait à l'extérieur, va procéder à la version.

L'introduction de la main est facile, malgré la présence des tiges de l'instrument. Les bords de l'orifice de l'utérus forment un cercle très résistant. L'instant d'après il se contracte plus vivement et me force à suspendre la manœuvre. La femme ayant été placée un peu sur le côté gauche, auquel correspond la tête du fœtus, je porte la main gauche à droite et en haut de la matrice. Le premier objet que je rencontre, c'est le bras droit. D'après le conseil de Deleurye, j'amène ce membre en imprimant, par lui, au fœtus certains mouvements qui, d'ordinaire, aident à le dégager. Puis, pénétrant plus profondément, je saisis la cuisse qui se trouve au fond de l'utérus, c'est-à-dire la droite. Combinant alors l'action du répulseur avec l'abaissement du membre pelvien, sans me préoccuper du membre pelvien gauche, je fais exécuter l'évolution de haut en bas et d'arrière en avant. Une contraction survenant, je retire le répulseur et l'accouchement se termine sans entrave, la face du fœtus en bas.

Le bras, l'épaule et le devant de la poitrine à gauche, sur lesquels l'utérus a exercé son action, sont violacés. Le cordon est jaunâtre ; la vie paraît avoir cessé depuis plusieurs jours. La femme est bien.

Réflexions. — La comparaison que j'ai faite des difficultés de cette version avec celles beaucoup plus grandes que j'ai rencontrées dans les manœuvres du même genre — proportion gardée quant à l'énergie des contractions dans les divers cas — me prouve que l'anneau répulseur a singulièrement aidé à reporter à droite et en haut le torse du fœtus, puis à le faire évolutionner de haut en bas.

On comprend que mû par une double puissance, le fœtus doive mieux exécuter sa rotation que lorsqu'il est obligé de rouler sur lui-même, privé d'un point d'appui inférieur.

Dans la version céphalique, l'anneau répulseur servira à repousser l'épaule, avant que le bras ne soit sorti de l'utérus, et à l'empêcher de s'engager de nouveau, pendant que la main s'efforcera d'abaisser la tête et de la ramener au centre du bassin. Du reste, l'utilité du répulseur qui remplace la main n'est-elle pas toute démontrée ? S'il est vrai que souvent l'accoucheur n'a qu'à diriger ses efforts vers les pieds sans se préoccuper du bras, souvent aussi l'épaule forme un tel obstacle, que la main de la manœuvre doit trouver un grand secours dans le soulèvement du fœtus, soit pour dégager l'épaule du détroit supérieur, soit pour aider la main à franchir le col. Les accoucheurs qui ont employé divers répulseurs l'ont bien senti.

Cependant l'abandon du soulèvement instrumental après la vogue dont a joui la béquille de Burton n'en a pas moins eu lieu. Mais l'imperfection du moyen n'en a-t-il pas été la cause ? Nous devons le supposer lorsque nous voyons, d'une part, la manœuvre du soulèvement de l'épaule ou du bras obligée dans tant de cas, et, de l'autre, la facilité qu'ont à se déranger le *repulsor impellens* d'Albucasis et la béquille de Burton. Ces instruments ne gouvernent avec aucune solidité l'épaule ; ils ne peuvent repousser que dans un sens, c'est-à-dire en s'arc-boutant sous l'aisselle dans la direction de la tête. L'anneau répulseur portant par toute sa circonférence, aussi bien sur le moignon de l'épaule que sous l'aisselle, propulse dans tous les sens et ne peut se déranger.

Les praticiens le savent bien : quand le bras se présente à l'orifice, soit au devant de l'épaule, soit avant la tête, soit avec les pieds, il ne s'agit pas seulement de refouler le membre, de repousser l'épaule pendant que l'on va à la recherche des pieds ; Hamilton ajoute : *qu'après avoir repoussé ces parties, il faut les maintenir relevées jusqu'à ce que la tête descende.* Le précepte est excellent ; mais la main suffit-elle à remplir ce rôle ? Non, assurément. Pour que la tête se substitue à la partie repoussée, il faut que la main l'y ramène au centre. Or, les deux mains ne pouvant agir simultanément, l'une pour écarter les parties qui se présentent, l'autre pour amener la tête, on est conduit à l'emploi d'un instrument qui, en agissant, ne gêne pas la main de la manœuvre.

Oui, le cercle dans lequel est engagé ou le bras ou le moignon de l'épaule, remplit avec simplicité, solidement et sans danger,

Feuilleton.

STATISTIQUE DES CAUSES DE DÉCÈS.

LETTRE DU DOCTEUR MARC-D'ESPINE, DE GENÈVE, AU DOCTEUR BERTILLON.

Genève, 17 décembre 1856.

Monsieur et honoré confrère,

Je viens de lire les *considérations* que vous avez publiées en novembre dernier dans l'Union Médicale, à propos de la lettre adressée par S. E. M. le ministre de l'agriculture, à l'Académie impériale de médecine.

Vous avez pensé que le moment où l'administration française, désireuse de réaliser la pensée du congrès de statistique relativement à l'enregistrement *des causes de décès*, consultait à ce sujet l'Académie, était un moment bien choisi pour présenter à nos confrères consultés les motifs à l'appui d'une mesure très désirable, et dont vous, membre zélé et éclairé du congrès, aviez senti à fond l'urgente importance.

Permettez donc à un collègue qui a pu apprécier votre mérite et la maturité de vos vues sur la matière, à un collègue que, de concert avec les autres membres de la section, vous avez honoré de la mission de *rapporteur* au congrès, permettez à ce collègue de vous remercier de la forme claire, péremptoire et convaincante sous laquelle vous avez plaidé en faveur de mesures administratives dont nous sollicitons de tous nos vœux la réalisation en France ainsi que dans tous les États qui ont pris part au congrès statistique de 1855.

Je suis entièrement d'accord avec vous dans l'exposé que vous faites de l'ignorance qui règne encore aujourd'hui en étiologie médicale, en statistique de population, et en hygiène administrative et sociale, sur un grand nombre de questions qu'un bon système d'enregistrement des causes de décès pourrait seul contribuer à éclairer. Il n'y a rien de trop dans tout ce que vous signalez à cet égard ; on pourrait même ajouter à votre exposé beaucoup de faits qui prouvent très évidemment que la France n'est pas en mesure de se rendre un compte exact, souvent même approximatif, du nombre de victimes que moissonnent actuellement sur son territoire les causes de mort qui paraissent les plus faciles à constater.

Lisez les rapports, fort bien faits du reste, de M. Tardieu sur les deux enquêtes administratives tentées au sujet des décès par rage humaine, vous vous convaincrez par cette lecture que ces deux enquêtes ont été entièrement stériles, quant au but qu'elles se proposaient. Vous y verrez que les préfets, dépourvus de tout moyen de se livrer à ce genre tout spécial d'enquête, n'ont, pour la plupart, rien répondu, et que les quelques préfets qui ont fourni des renseignements, l'ont fait de manière à ce qu'il n'était pas permis, scientifiquement, de compter sur l'exactitude et le complet des documents qu'ils transmettaient.

Ouvrez le compte-rendu de la justice criminelle de France, documents que, depuis un grand nombre d'années, publie le ministère de la justice et qui, sous plusieurs rapports, justifient pleinement le haut crédit dont ils jouissent auprès des statisticiens ; et examinez les deux tableaux relatifs aux morts par accidents involontaires et par suicide qui terminent ces publications ; vous y trouverez que les accidents involontaires causent à peine le 1 p. 100 des décès en France, tandis que la même question étudiée en Angleterre et dans mon canton de Genève (où depuis dix-huit ans fonctionne un système régulier d'enquête sur les causes de mort fait par le ministère des hommes de l'art) donne pour ce grand et ce petit pays, placés chacun dans des conditions si différentes à tant d'égards, une même proportion annuelle de 3 à 4 p. 100 de morts accidentelles. Et ce chiffre qui atteint toujours le 3 p. 100 et ne dépasse jamais le 4 p. 100, en Angleterre comme à Genève, met en évidence une loi générale à laquelle très probablement la France ne ferait pas exception, si elle employait à recueillir les décès par accidents, les moyens mis en usage dans les deux autres pays.

Pour les suicides, vous serez très tenté d'expliquer, comme moi, une partie de la différence que signalent les comptes-rendus de la justice criminelle entre la proportion de 1 suicide pour 2,500 habitants à Paris, et 1 suicide pour 10 à 12 mille habitants pour toute la France, quand vous songerez que les moyens d'enquête dont on dispose à Paris n'existent guère dans le reste de la France, et quand vous découvrirez, en lisant le livre de M. Cazanwichl, qu'il lui a suffi de se donner la tâche de faire lui-même une enquête complète dans un arrondissement rural du département de l'Oise, pour y constater que les décès par suicide s'y élèvent annuellement à la proportion de 1 pour 3,000 habitants.

C'est ainsi qu'à l'aide d'une saine critique, dont les statisticiens doivent pour ainsi dire moins se passer que d'autres, on trouve quelquefois dans les résultats attentivement examinés, la mesure de l'imperfection relative des moyens d'enquête, plus encore que celle des faits que l'enquête s'est proposée d'apprécier.

Mais je dépasserais les bornes de ma lettre si je voulais compléter ici mon énumération, à la suite des faits importants et déjà bien suffisants que vous avez fait ressortir avec autant de netteté que de force.

Je reviens aux vœux exprimés par le congrès de Paris en 1855, et qui se résument dans les points suivants :

1° Que dans chaque État l'administration institue un service régulier et général de vérification des décès par des hommes de l'art, et de constatation des causes de mort par ces mêmes médecins vérificateurs.

2° Que dans chaque État tous les médecins qui y pratiquent leur art s'engagent à fournir des renseignements sur les maladies ou accidents qui ont causé la mort de leurs clients.

3° Que les médecins vérificateurs et pratiquants de chaque État soient priés de se conformer, dans les renseignements qu'ils fourniront, à la nomenclature polyglotte des causes de mort, que nous avons élaborée avec tant de soins dans la section du congrès qui a été investie de cette tâche.

4° Que dans chaque État des médecins qualifiés soient attachés aux bureaux de dépouillement.

Ces vœux, comme vous le savez mieux qu'un autre, mon cher collègue, il ne suffirait pas qu'ils fussent votés par les délégués des États pour que la mise à exécution en fût assurée ; aussi, sachant par expérience qu'en matière d'administration les changements progressifs ne s'obtiennent qu'à condition de persévérantes instances, j'ai pris au sérieux l'honorable mandat dont ma section m'avait investi auprès du congrès, et fort de l'acquiescement presque unanime de cette grande assemblée internationale, j'ai pris la résolution de presser autant qu'il

l'indication qui, selon Denman, consiste à repousser l'épaule *en plaçant le pouce et l'index sous l'aisselle, en forme de béquille ;* et selon M. Cosgraave, à faire remonter une partie du bras dans la matrice *par l'application du pouce à la partie postérieure de l'épaule,* et à les maintenir au-dessus du pubis. C'est bien. Mais est-il possible de continuer longtemps, à l'aide des doigts, la suspension de l'épaule, en attendant que la tête soit disposée à descendre en position centrale, sous les seules contractions de l'utérus ? C'est au manque de moyens efficaces de substituer la tête à l'épaule, qu'il faut attribuer la rareté de la version céphalique, alors cependant que la conservation de l'enfant a tant à y gagner. La main n'étant ni assez longue, ni assez recourbée pour aller saisir la tête et l'abaisser, Baudelocque avait songé à une tige plus recourbée qu'une branche de forceps. Cet adjuvant ne suffirait point, si on n'avait le moyen de soulever l'épaule pour l'empêcher de s'engager.

Telles sont les considérations pratiques qui justifient l'adoption de l'anneau répulseur. Cet instrument, qui consiste en un anneau de 5 centimètres de diamètre, mobile sur deux tiges de 40 centimètres de longueur, offre l'avantage : d'embrasser solidement le bras par sa base ; de repousser l'épaule sans danger dans tous les sens ; de la tenir soulevée aussi longtemps qu'on le désire, soit qu'on aille la saisir avec la main, soit enfin que l'on ait à opérer la version podalique.

Dr Camille Bernard, d'Apt.

CLINIQUE MÉDICALE.

Hospice de la Salpêtrière. — Service de M. Baillarger.

MÉLANCOLIE SUICIDE HÉRÉDITAIRE, SUIVIE DE PARALYSIE GÉNÉRALE ; MORT ; TUMEUR IMPLANTÉE DANS L'HÉMISPHÈRE GAUCHE DU CERVEAU.

Observation recueillie par M. Paul Tillaux.

La nommée V..., femme B..., couturière, âgée de 58 ans, est amenée à la Salpêtrière, dans le service de M. Baillarger, le 31 mars 1856.

Cette femme est pâle et amaigrie, son visage indique une profonde indifférence. Elle répond avec beaucoup de justesse aux questions qu'on lui fait, mais il faut lui arracher les réponses ; « elle a besoin de réfléchir longtemps avant de parler. »

Depuis deux mois, elle éprouve « un dégoût terrible de l'existence, » elle n'y *voit plus assez* pour travailler, ne peut plus *retenir ses urines.* « Voyant cela, elle se demandait, qu'ai-je à faire sur la terre ? » Aussi, deux fois a-t-elle tenté de se suicider ; une première fois, elle est allée pour se pendre dans le bois de Vincennes, mais la branche qu'elle avait choisie n'a pu résister au poids du corps, « elle n'a pas réussi. » Une seconde fois, elle se disposait à se jeter à l'eau, quand on l'a arrêtée et amenée à l'hôpital.

Ce mâle s'est noyé à 30 ans.

Son fils s'était pendu dans le bois de Vincennes, il y a un an.

De huit enfants qu'a eus sa mère, sept sont morts de maladies que la malade ne saurait nous indiquer.

Pas de tremblement dans la voix ; démarche assurée, non chancelante ; pupilles égales.

On prescrit du vin de quinquina, trois bains sulfureux par semaine et des pilules d'aloès pour entretenir la liberté du ventre.

2 mars. La malade est à l'atelier, travaille bien, est parfaitement calme, très douce, mange médiocrement.

Cet état dure jusqu'au 13 du même mois ; elle tombe alors dans un état de prostration très grand. Elle gâte.

On continue les bains sulfureux. Du 13 mars au commencement de juin, il n'y a pas de changement appréciable ; la malade travaille un peu, gâte toujours de temps en temps.

Au mois de juin, elle est notablement affaiblie ; sa tenue est très mauvaise et on doit la faire passer dans le quartier destiné aux malades agitées. Dès lors, faiblesse des jambes, embarras de la parole.

Au mois d'août, elle est mise aux gâteuses. Elle parle peu et avec peine. Le bras droit et la jambe du même côté sont un peu plus faibles ; les traits sont relâchés ; la marche très difficile ; elle reste toute la journée immobile sur son fauteuil, ne parlant que quand on l'interroge.

Le 13 octobre, la malade est frappée tout à coup d'une perte complète de connaissance, avec signes de congestion encéphalique très forte.

18 sangsues aux apophyses mastoïdes. Lavement purgatif. Orge nitré.

Le 14, même état, la malade ne peut rien avaler. 8 sangsues. Lavement purgatif. Deux vésicatoires aux cuisses.

Le 15, amélioration très sensible ; l'intelligence, la sensibilité et la motilité sont un peu revenues ; la malade entend les questions, veut y répondre ; mais on ne perçoit qu'un bredouillement inintelligible. La langue est étalée et blanche ; le pouls normal ; la sensibilité paraît également bien conservée des deux côtés. Pupilles égales. Bras droit légèrement contracturé ; la malade le maintient élevé, mais ne peut s'en servir. Le bras gauche est au contraire parfaitement libre.

Orge émétisée. Entretenir les vésicatoires. Du 15 au 23, il ne survient aucun changement ; la malade boit toujours difficilement.

Le 23, l'affaissement est plus considérable, la sensibilité plus obscure, les mouvements plus difficiles. Le pouls est à 108 ; la bouche est largement ouverte, la tête renversée en arrière, les yeux demi-entr'ouverts.

Le 24, l'état s'aggrave ; respiration bruyante ; impossibilité d'avaler ; bras droit complétement impuissant ; le gauche peut encore être légèrement soulevé.

Le 25, au matin, résolution complète ; extrémités froides et violacées.

Mort à sept heures du soir.

Autopsie. — Le cerveau est fortement congestionné à sa surface. Les circonvolutions sont aplaties et serrées les unes contre les autres. Il paraît plus volumineux que de coutume, pèse 1,340 grammes.

La dure-mère s'enlève facilement, sauf en un seul point situé à la partie antérieure du lobe frontal gauche. Dans ce point, la dure-mère porte à sa surface interne une tumeur du volume d'un œuf de pigeon. Cette tumeur est très facilement énucléée. Elle occupe une dépression lisse, arrondie, située entre deux circonvolutions écartées, en sorte que les circonvolutions voisines sont comprimées.

La tumeur offre un pédicule très étroit par lequel elle adhère à la dure-mère. Elle est divisée en trois ou quatre lobules, sa couleur et sa consistance sont assez analogues à celles d'un testicule immédiatement enveloppé, comme lui, d'une membrane fibreuse propre, envoyant par sa face interne de nombreux prolongements dans la tumeur, simplement contiguë à la substance cérébrale par sa surface externe.

Cette membrane fibreuse d'enveloppe est facilement renversée du côté du pédicule, auquel elle adhère très intimement ; on la voit se continuer ensuite manifestement avec la dure-mère.

La substance cérébrale formant paroi dans la cavité, est un peu jaunâtre et ramollie. Un filet d'eau en détache facilement quelques détritus.

M. Baillarger a recherché avec beaucoup de soin quel était le siége exact de ce fongus, par rapport aux méninges.

La cavité, après l'énucléation de la tumeur, n'était manifestement tapissée par aucune membrane. Il n'existait que deux membranes : la dure-mère, passant comme un pont au-dessus du fongus et n'y adhérant qu'au niveau du pédicule, et la membrane fibreuse d'enveloppe. M. Baillarger pense que cette membrane d'enveloppe n'est autre chose que la pie-mère, qui, sous l'influence de l'inflammation produite par la présence de la tumeur, et l'épanchement, toujours consécutif à l'inflammation, d'une certaine quantité de lymphe plastique, s'est épaissie considérablement et a revêtu, à ce niveau, l'aspect fibreux qu'elle présente à la moelle épinière, alors que l'élément fibreux l'emporte sur l'élément vasculaire.

Une inflammation adhésive a produit l'accollement de ces deux membranes sur le pédicule, en sorte qu'à ce niveau il y a eu nécessairement disparition de la cavité arachnoïdienne.

Quant au point de départ de la tumeur, il est probable, d'après la marche des symptômes, qu'il a été dans la dure-mère : seulement, au lieu de perforer cette membrane du crâne et aller faire issue au dehors, le fongus s'est développé du côté du cerveau.

On pourrait admettre cependant que la tumeur a commencé dans les mailles de la pie-mère, a transformé cette membrane en kyste résistant, et a fini par adhérer à la dure-mère, ainsi que nous l'avons vu.

A la coupe, la tumeur présente un aspect charnu et quelques noyaux blanchâtres lardacés dans son épaisseur.

Le reste du cerveau est parfaitement sain. Les membranes minces, nullement adhérentes.

Thorax. Adhérences pleurétiques nombreuses des deux côtés.

Tubercules crus aux sommets des deux poumons.

Cœur et système artériel exempts de toute altération.

Abdomen. Vésicule du fiel remarquablement épaissie. Parois fibreuses et résistantes, contenant une sérosité blanchâtre ; le canal cystique est oblitéré.

Kystes séreux dans les deux ovaires.

Cette observation, intéressante sous le rapport de l'anatomie pathologique, l'est, surtout pour nous, sous un autre rapport. M. Baillarger professe depuis longtemps que la paralysie générale, qu'on a appelée primitivement *paralysie générale des aliénés,* à cause de sa prétendue fréquence chez ces malades, est au contraire extrêmement rare chez les individus atteints de folie simple. Dans presque tous les cas qu'on a cités, il est facile de se convaincre que la paralysie générale a été méconnue au début ; aussi, les auteurs affirment-ils que cette complication survient dès les premiers mois du développement de la folie. Ces faits sont très communs.

Quant à ceux dans lesquels la paralysie succéderait à une folie ancienne, ils sont beaucoup plus rares et s'expliquent dans presque tous les cas par une lésion locale des centres nerveux, lésion qui, à la longue, a donné lieu à une paralysie plus ou moins générale.

M. Baillarger a récemment cité l'exemple d'un monomaniaque qui, dans les derniers temps de sa vie, a présenté les principaux symptômes de la paralysie générale. Chez ce malade, qui a fini par succomber à Charenton dans le service de M. Archambault, on a trouvé, outre les adhérences habituelles des membranes à la pulpe cérébrale, les traces d'une ancienne hémorrhagie.

Chez la malade dont nous venons de citer l'observation, l'exploration la plus attentive n'a fait découvrir au début qu'une mélancolie simple, avec tendance au suicide, mélancolie dont la cause était héréditaire, puisque la mère et le fils se sont suicidés. Plus tard, la faiblesse générale des membres, l'embarras de la parole, la diminution des facultés intellectuelles auraient pu faire croire à une paralysie générale, venant compliquer la mélancolie simple. La prédominance, dans les derniers temps, de la paralysie d'un côté, n'était pas suffisante pour démontrer la présence d'un élément autre que la paralysie générale, puisque ce fait se rencontre quelquefois chez les paralytiques. L'autopsie a démontré que, en admettant cette manière de voir, on eût commis une erreur de diagnostic.

Comment une tumeur d'un volume peu considérable et ne comprimant qu'une hémisphère, a-t-elle pu donner lieu à des symptômes de paralysie générale ? Mais rien n'est plus commun que de voir, à la suite de lésions locales, la paralysie se généraliser et s'accompagner alors des symptômes de démence. Tous ces malades arrivent à leur dernière période comme les paralytiques aliénés ; seulement les premières périodes ont été différentes.

REVUE GÉNÉRALE.

TRAITEMENT DES FIÈVRES INTERMITTENTES REBELLES PAR UN MOYEN BIEN SIMPLE.

Ce moyen est, en effet, si simple, qu'on peut craindre d'être taxé de simplicité en le reproduisant. Mais comme, en définitive,

---

serait en moi la réalisation de ces vœux auprès de tous les États qui m'y paraîtraient favorablement disposés.

A peine de retour à Genève, dès le mois d'octobre 1855, j'ai adressé sur cet objet des lettres-mémoires aux administrations de la Belgique, de Hollande, au Danemarck, à la Suède, à la Prusse, à la Saxe, aux États sardes, et tout d'abord à S. Ex. le ministre de l'agriculture et du commerce, notre très honorable et très honoré président du congrès.

Pour ce qui concerne mes instances auprès des administrations des divers États que je viens de nommer, de la France en particulier, en vue d'obtenir un bon système de vérification des décès et de dépouillement des renseignements qui en résultent, par des hommes de l'art, vous me permettrez de n'en pas parler pour le moment.

Dans l'intérêt même d'une solution favorable que nous désirons, et que j'ose espérer, autant que pour obéir à un sentiment de discrète convenance, je me borne à vous assurer que les obstacles que j'ai rencontrés, concernaient surtout les difficultés pratiques inséparables de tout changement à introduire dans les rouages administratifs ; mais que j'ai trouvé les États, qui ont bien voulu agréer ma correspondance et mes propositions, animés des meilleures dispositions en faveur des progrès de la statistique mortuaire.

Quant au troisième point relatif à la nomenclature polyglotte, adoptée par tous les États, je l'ai fait autographier de suite après le congres, en l'entourant de notes et développements explicatifs destinés à obtenir des médecins qui l'emploieraient, soit dans notre canton, soit au dehors, une application intelligente et concordante de cette nomenclature à la statistique des décès, et j'ai adressé à tous les États représentés au congrès des exemplaires de ce travail, comme spécimen à recommander.

Enfin, en vue d'obtenir le second genre de renseignements sur les causes de mort, destiné, dans l'intention du congrès, à contrôler les renseignements des médecins vérificateurs, j'ai fait une tentative auprès de l'Académie impériale de médecine, et j'ose en espérer un résultat favorable quand le résultat en sera venu. J'ai adressé à ce corps savant, composé de l'élite des médecins français, un mémoire où j'exposai les grands avantages que retireraient la science et l'étiologie médicale surtout, de la statistique nosologique de mortalité. Puis, j'ai terminé ce mémoire par une proposition, laquelle, si elle était agréée, concourrait puissamment à obtenir des médecins praticiens de France, ainsi qu'on l'obtient depuis dix-huit ans dans le canton de Genève et en Angleterre, des renseignements médicaux sur les clients qu'ils perdent. Ce mémoire, renvoyé à une commission, sera ultérieurement l'objet d'un rapport.

Je ne parle pas du cinquième point arrêté en congrès, recommandant l'adoption d'un modèle unique de bulletins de décès, selon l'échantillon que vous avez présenté, et qui a été particulièrement approuvé par le congrès ; parce que cet objet est simple, qu'il coule de source et n'arrêtera personne, dès que les quatre vœux précédents seront réalisés.

Telle est, Monsieur et honoré collègue, la brève esquisse des efforts que j'ai faits depuis plus d'un an, pour avancer l'exécution des mesures internationales que le congrès a considérées comme indispensables pour assurer la marche régulière et européenne de l'enquête sur les causes de mort.

Mon but, en vous la faisant connaître, n'est point de me mettre en scène, encore moins de me faire valoir ; j'ai voulu seulement que vous, ainsi que mes autres collègues de Paris, et tous les amis de la statistique qui pourront lire cette lettre, sachent où en sont les choses, et, par suite, concourront chacun de leur mieux à une solution qui est dans les vœux de tous, comme elle touche aux intérêts les plus importants de la science et de l'humanité.

Agréez, Monsieur et honoré collègue, l'expression de mes sentiments d'estime et de dévouement,

Dr Marc-d'Espine,

Membre du congrès international de statistique, et rapporteur sur la question de l'enquête sur les causes de mort.

COURRIER.

Le *Titre* et la *Table des matières* du tome X, année 1856, de l'Union Médicale, seront distribués avec l'un des prochains numéros.

— L'Académie des sciences et lettres de Montpellier met au concours les questions suivantes, proposées par la section de médecine :

Concours de 1857. « Étude médico-chirurgicale des déviations utérines. »

Le prix, pour cette question, sera de 400 fr.

Concours de 1858. « Des rapports de l'alimentation avec la respiration. Existe-t-il des aliments qui méritent le nom de respiratoires ? En cas d'affirmative, déterminer leur nature et poursuivre leurs transformations depuis le moment de leur introduction dans les voies digestives jusqu'aux dernières combinaisons qui ont lieu dans l'acte respiratoire. »

Le prix, pour cette question, sera de 300 fr.

Les mémoires devront être adressés, dans les formes académiques, avant le 1er août de chacune des années pour lesquelles le concours est institué, à M. le docteur Rousset, secrétaire général de l'Académie, rue du Courrier, 13, à Montpellier.

— La Société médicale du 1er arrondissement vient de renouveler son bureau. Il est composé, pour l'année 1857, comme il suit :

MM. Bonnafont, président ;
Bérier, vice-président ;
Mouzard, secrétaire général ;
Mac-Carthy, secrétaire annuel ;
Reis, trésorier.

— La Société des médecins des Bureaux de bienfaisance de Paris vient de renouveler son bureau, qui se compose, pour 1857, de

MM. Labarraque, du 5me arrondissement, président ;
Collomb, du 6me arrond., / Perrin, du 7me arrond., } vice-présidents ;
Thibault, du 5me arrond., secrétaire général ;
Gimelle, du 1er arrond., secrétaire annuel ;
Lemaire, du 11me arrond., vice-secrétaire ;
Ameuille, du 3me arrond., trésorier ;
Machelard, du 11me arrond., archiviste.

Conseil d'administration : Janin, du 3me arrond., Dufour (de Villefranche), du 2me arrond., Nicolas (de Louhans), du 1er arrond.

— A la suite d'un brillant concours, M. le docteur Melchior Robert, ancien interne des hôpitaux de Paris (service de Lisfranc et de M. Ricord), vient d'être nommé chirurgien agrégé de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

le quinquina, de purement empirique qu'il a été d'abord, n'est devenu rationnel que par l'expérimentation; comme nous n'en savons pas plus aujourd'hui qu'il y a deux cents ans sur sa manière d'agir; comme nous ne sommes pas plus avancés sur la nature de la maladie dont il modifie et suspend si efficacement la marche, on peut, sans blesser aucune susceptibilité scientifique, essayer du moyen préconisé par un praticien honorable, par M. le docteur Ébrard, de Nîmes, qui assure l'employer depuis vingt ans dans les *fièvres quartes* rebelles, alors que les préparations de quinquina étaient devenues impuissantes, ou que le mauvais état des voies digestives n'en permettait plus l'emploi. Il est parvenu, dit-il, non seulement à arrêter le cours de la fièvre, mais à la déraciner d'une manière si complète, qu'il n'a jamais vu de rechute. Voici ce remède et la manière dont M. Ébrard l'a employé :

« On fait macérer, pendant huit jours, dans du vinaigre, l'écorce de la racine du noyer. Le jour de l'accès, trois ou quatre heures avant l'heure présumée, on applique cette écorce autour des poignets, et on l'y maintient au moyen d'un lien convenablement serré.

» On enlève l'appareil quand le malade accuse de très vives douleurs, ce qui arrive ordinairement avant deux heures de temps.

» On peut ensuite appliquer des feuilles fraîches enduites d'un corps gras, comme pour le pansement d'un vésicatoire. » — (In *Revue thérapeutique du Midi*, nº 23.)

TRAITEMENT DE LA GOUTTE PAR LE BENZOATE DE SOUDE.

Nous avons publié (v. l'UNION MÉDICALE du 9 septembre 1856) un extrait d'un mémoire présenté à l'Académie de médecine par MM. Socquet et Bonjean, sur le traitement de la goutte par le silicate et le benzoate de soude, unis à l'aconit et au colchique. Nous ne savons quel jugement l'Académie portera sur ce travail, mais, en attendant, la vérité nous fait un devoir de dire que, quant à l'emploi du benzoate de soude dans le traitement de la goutte, MM. Socquet et Bonjean ont été devancés par un de nos honorables confrères de Paris, M. le docteur R. Briau, bibliothécaire de l'Académie de médecine. Ce fait résulte pour nous d'une brochure que nous avons sous les yeux, publiée par M. le docteur Mandilény, et publiée à Montargis en 1854. Voici un extrait de cette brochure, où l'auteur expose comment M. Briau a été conduit à employer le benzoate de soude contre la goutte :

Un hasard heureux lui a fait tomber sous les yeux un article d'une revue anglaise de je ne sais plus quel docteur, traitant de l'acide benzoïque; il y apprit que, entre autres propriétés, l'acide benzoïque avait celle de dissoudre l'acide urique et les urates. Ce fut pour lui un trait de lumière. Aussitôt il expérimenta l'action de cet acide sur plusieurs malades, mais il ne tarda pas à voir que, pour obtenir des résultats un peu prononcés, il fallait l'introduire dans le corps en doses progressivement plus grandes. L'effet ne répondait pas du tout à son attente. La raison en était simple : l'acide benzoïque, avant de se neutraliser par son union avec l'urée ou les urates contenus dans le sang, devait d'abord passer par l'estomac et produire son action sur la muqueuse gastrique; or, cette action devient assez promptement fâcheuse dès que les doses sont augmentées.

Comment remédier à cette contre-indication si désagréable? M. Briau pensa, avec raison, qu'en associant l'acide benzoïque avec une base alcaline de la nature de celles qui existent dans nos humeurs, il neutraliserait l'action délétère de l'acide sur la muqueuse gastrique; en conséquence, il étudia plusieurs sels benzoïques et il finit par s'arrêter au benzoate de soude qui n'a pas d'action fâcheuse sur l'estomac aux doses qu'il est utile d'employer.

L'expérience est venue confirmer ses prévisions; ce sel, introduit dans l'économie à doses progressives, a produit les plus heureux résultats chez les goutteux, sans compromettre aucunement l'état de l'estomac. C'était beaucoup certainement, mais ce n'était pas assez; il restait encore à remplir la troisième indication, c'est-à-dire qu'il fallait, en même temps que l'on maintenait l'urée ou l'acide urique à l'état soluble, augmenter les sécrétions et les excrétions d'une manière lente et continue, sans secousse.

Cette indication complémentaire était plus facile à mettre à exécution, car la matière médicale est riche de pareils agents. M. Briau les a souvent variés et les varie journellement suivant les indications secondaires qui proviennent de la constitution, du tempérament, du genre de vie et de la sensibilité. Cependant, il a le plus souvent recours au sel ammoniac qui provoque convenablement les sécrétions des muqueuses, sécrétions qui, d'ordinaire, n'ont plus, chez les goutteux, leur activité normale; et, en second lieu, au séné qui agit plus spécialement sur la muqueuse intestinale et augmente les excrétions.

Voici, maintenant, comment M. Briau procède dans son traitement préventif. Au début du traitement, les doses sont très petites, elles vont progressivement en augmentant. Il compose une poudre dans laquelle le benzoate de soude, le sel ammoniac et le séné en poudre entrent en égale quantité. Il donne, le premier jour, 25 centigr. de cette poudre matin et soir; chaque jour, il augmente la dose de 5 centigr, en sorte qu'au bout de vingt-cinq jours, on arrive à la dose maximum de 1 gram. et 1/2 ou 30 grains, que l'on continue ensuite pendant le reste du traitement.

Un goutteux qui commence ce traitement pour la première fois, doit le continuer régulièrement pendant environ trois mois; l'année suivante, six semaines à deux mois suffisent.

Nous n'avons rien à ajouter à cet extrait, ne connaissant aucun fait relatif à l'emploi soit du traitement de MM. Socquet et Bonjean, soit de celui de M. Briau. Disons seulement, quant à ce dernier, que c'est un médecin goutteux qui a publié cette brochure en l'honneur du traitement, qui, assure-t-il, l'a délivré de cet hôte incommode qu'un de nos plus célèbres écrivains, goutteux lui-même, vient gaiment de ranger parmi *les petits bonheurs*.

MOYEN D'ADMINISTRER LE GAZ ACIDE CARBONIQUE COMME ANESTHÉSIQUE LOCAL DANS LES AFFECTIONS DOULOUREUSES DE L'UTÉRUS.

M. Follin, qui a répété les essais de M. Simpson sur l'emploi du gaz acide carbonique comme anesthésique local (voyez l'UNION MÉDICALE du 13 novembre 1856), et qui a obtenu des résultats très remarquables chez des femmes en proie aux atroces douleurs que détermine le carcinôme utérin, décrit en ces termes le mode d'application de ce moyen :

On peut dégager ce gaz de deux façons : d'un mélange de bicarbonate de chaux traité ou par l'acide sulfurique ou l'acide chlorhydrique. Dans le premier cas, on obtient un gaz parfaitement pur; dans le second, le gaz peut entraîner de la vapeur d'eau chargée d'acide chlorhydrique.

Un seul flacon à trois tubulures, contenant 2 litres environ, convient parfaitement pour obtenir le gaz acide carbonique avec l'acide tartrique et le bicarbonate de soude. La tubulure du milieu sert à un tube de sûreté qui plonge au fond du vase; l'une des tubulures latérales supporte un second tube muni d'un entonnoir à robinet; la troisième tubulure, enfin, est destinée au tube à dégagement, auquel on adapte un long tube de caoutchouc terminé par une canule arrondie. On place du bicarbonate de soude en excès avec de l'eau dans le flacon; on remplit d'une solution concentrée d'acidet artrique l'entonnoir à robinet, puis, lorsque la canule est dirigée sur la partie qui doit recevoir la douche gazeuse, on laisse couler goutte à goutte l'acide tartrique sur le bicarbonate de soude. Le gaz se forme avec rapidité, et, s'il pénètre dans le vagin, il y produit un sentiment de chaleur qui, dans les cas de cancer douloureux, fait place à un bien-être immédiat.

On peut obtenir, à l'aide du carbonate de chaux et des acides sulfurique et chlorhydrique, un dégagement continu d'acide carbonique; mais il est convenable de laver ce gaz dans une solution concentrée de carbonate de soude. On ne doit point oublier que, dans ce dernier procédé, le dégagement du gaz est moins rapide que dans le premier, et que, partant, l'effet anesthésique se fait moins rapidement sentir; à la vérité, il est plus facile d'obtenir un dégagement gazeux longtemps continué. On doit recommander, dans le maniement de ces appareils, de prendre quelques précautions pour ne point obtenir une formation trop rapide de gaz; mais, dans tous les cas, rien n'est moins compliqué que cette fabrication d'acide carbonique et c'est sans utilité aucune qu'on a proposé de se servir, pour donner ces douches, d'une bouteille de plomb, munie de tubes à robinet et armée d'un manomètre. Cet instrument, volumineux et d'un prix élevé, n'est bon qu'à empêcher les praticiens de faire usage de l'anesthésie par le gaz acide carbonique. Les appareils les plus simples de la chimie le remplaceront toujours avec avantage.

Pour compléter la partie instrumentale de ce sujet, je dirai qu'il convient de se servir de sacs de caoutchouc ou de gutta-percha pour entourer les surfaces malades et les maintenir dans de véritables bains de gaz acide carbonique; ainsi, les plaies douloureuses des amputés, certains ulcères douloureux des membres, peuvent être utilement enveloppés dans de véritables manchons de caoutchouc qui recevront le gaz. — (In *Répert. de pharm.*, décembre 1856.)

ANTIDOTE DE L'IODURE DE POTASSIUM.

M. R.-J. Nunn propose le moyen suivant tout théorique et que rien n'indique avoir été pratiquement expérimenté :

« Donnez au malade à boire alternativement de l'eau chaude additionnée d'acide sulfurique jusqu'à acidité agréable, et une boisson émolliente tiède contenant quelque matière amylacée, comme de l'amidon, de la fleur de farine, soit de froment, soit de pomme de terre, de sagou, de l'arrow-root, etc.

» On peut aussi mélanger l'eau acidulée et celle qui contient des substances amylacées, et les administrer ensemble.

» Dans les deux cas, l'acide réagit sur l'iodure; il forme du sulfate de potasse, et met en liberté l'iode, qui immédiatement se combine avec l'amidon pour former de l'iodure d'amidon.

» Ces produits de la réaction chimique peuvent être évacués par un émétique. Ce traitement doit être continué jusqu'à ce que les matières vomies présentent la couleur bleue caractéristique de l'iodure d'amidon. Il faut ensuite traiter les phénomènes subséquents d'après les principes généraux de thérapeutique.

» L'usage de l'acide nitrique a été recommandé pour révéler la présence de l'iodure de potassium; mais l'acide sulfurique a été employé de préférence à titre d'antidote pour le cas ci-dessus, parce qu'il forme un des sels les plus innocents par sa combinaison avec la potasse, pendant qu'en même temps il a pour elle une affinité plus forte que la généralité des acides organiques et inorganiques; toutefois, quelques-uns d'entre eux pourraient, sans aucun doute, être administrés avec avantage, si les circonstances le réclament.

» Il y a, dans cet ensemble de réactions et de combinaisons, quelque chose qui pourra peut-être diminuer la valeur de cette théorie et les espérances à fonder sur cet antidote, c'est l'extrême instabilité de l'iodure d'amidon. » — (In *The med. examiner* et *Gaz. méd.* 1856.)

TRAITEMENT DE LA GALE PAR UNE SOLUTION AQUEUSE DE POTASSE CAUSTIQUE.

Les moyens de traitement de la gale se multiplient à l'infini. En voici un que nous n'osons pas dire nouveau, mais peut-être renouvelé, qui réclame aussi son droit d'entrée dans la pratique.

Au lieu de se servir, dans le traitement de la gale, après les lotions savonneuses, de pommade d'Helmerich ou de sulfure de chaux liquide, moyens assez généralement usités aujourd'hui, un médecin allemand, M. Fischer, emploie et préconise des frictions faites pendant une demi-heure avec une solution d'une partie de potasse caustique dans 12 parties d'eau distillée. — (In *Annales méd. de la Fl. occident.*, 1856.)

MOYEN TRÈS SIMPLE DE FAIRE CESSER LE HOQUET.

Ce moyen est indiqué par M. le docteur E. Ceysens, praticien distingué du Brabant, qui déclare qu'il ne lui a jamais fait défaut, soit dans le hoquet essentiel, soit dans le hoquet symptomatique de certains état anormaux des voies digestives. Il consiste en une pression plus ou moins forte, et continuée de quelques secondes à une ou deux minutes, sur l'extrémité interne ou sur le corps de l'une ou de l'autre clavicule ou des deux clavicules à la fois.

« Je n'expliquerai pas l'effet de cette pression, dit l'auteur. Seulement, qu'il me soit permis de faire la remarque suivante : un grand nombre de physiologistes placent le siége du hoquet dans le diaphragme. Nous savons que c'est le nerf phrénique qui s'épanouit en tous sens dans ce muscle. Or, notons les rapports qu'affecte ce nerf avec la clavicule; on sait qu'il n'en est séparé que par la veine sous-clavière, et que quelquefois même il se trouve immédiatement derrière cet os.

» La pression exercée sur la clavicule ne pourrait-elle pas modifier l'état du nerf, et, par suite, celui du diaphragme? » — (In *Journ. de méd., de chir. et de pharm. de Bruxelles*, décembre 1856.)

Cette remarque anatomo-physiologique n'est peut-être pas très séduisante. Si ce n'est chez l'enfant à cause de l'élasticité et de la mollesse osseuses, on ne comprend pas qu'on puisse exercer sur la clavicule, à moins de la rompre, une pression suffisante pour qu'elle retentisse sur le nerf phrénique. Nous rappellerons, à cette occasion, que nous avons cité, dans le tome Ier de l'UNION MÉDICALE, une observation de hoquet persistant, presque instantanément arrêté sous l'influence des inhalations de chloroforme.

LE CURARE ANTIDOTE DE LA STRYCHNINE.

Le mémoire de M. le professeur Thibeaud, que nous avons publié dans nos numéros 154 et 155, a été lu par l'auteur à la séance du 14 novembre dernier, de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. Dans le nº de décembre 1856 des *Archives générales de médecine*, se trouve un travail du docteur Harley, professeur de physiologie et d'histologie à l'Université de Londres, dans lequel sont rapportées des expériences fort curieuses sur l'action de la *strychnine* et du *curare*. Les convulsions tétaniques produites chez les grenouilles par la première de ces substances ont été rapidement suspendues par le *curare* introduit sous la peau à très faible dose, 1/500e de grain. Le docteur Harley n'hésite pas à conclure que la *strychnine* et le *curare* sont les antidotes l'un de l'autre. Ces faits confirment les prévisions émises dans le mémoire de M. Thibeaud, et conduisent naturellement à l'emploi du *curare* dans le tétanos.

Amédée LATOUR.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES.

SOCIÉTÉ D'HYDROLOGIE MÉDICALE DE PARIS.

Séance du 22 décembre. — Présidence de M. MÉLIER.

CORRESPONDANCE MANUSCRITE.

M. le docteur DEMORTAIN, pharmacien principal, pharmacien en chef de l'hôpital militaire de Versailles, demande le titre de membre titulaire, et adresse un travail *analytique sur les eaux de Versailles*. (Renvoyé à une commission composée de MM. Barthez, Beaude et Lecomte.)

— M. le docteur ALLARD, médecin-inspecteur des eaux de St-Honoré, candidat au titre de membre titulaire, demande à lire un travail sur l'*utilité thérapeutique des inhalations minérales dans le traitement des affections pulmonaires*.

— M. GILLEBERT-DHERCOURT, membre correspondant, adresse un travail intitulé : *Des effets physiologiques déterminés par l'application extérieure de l'eau froide*. (Renvoyé à une commission composée de MM. Bouland, Sales-Girons et Bouilay.)

— M. le docteur NIEPCE, membre correspondant, adresse à la Société une lettre relative aux inhalations pratiquées à Allevard, dans laquelle il proteste contre les assertions émises par M. Sales-Girons, dans sa dernière communication, concernant les inhalations minérales (1). Il rappelle les expériences, déjà publiées par lui, et qui lui ont servi à démontrer la minéralisation des vapeurs développées dans la salle d'inhalation d'Allevard.

OUVRAGES OFFERTS A LA SOCIÉTÉ.

Lettre adressée à M. le duc de Cambridge, *sur l'installation d'établissements thermaux pour l'armée* (en anglais), par le docteur PINCOFF, ex-médecin civil de l'hôpital de Scutari. (M. Durand-Fardel est chargé d'en rendre compte.)

Traité de l'angine glanduleuse et observations sur l'action des Eaux-Bonnes dans cette affection, précédés de considérations sur les diathèses, par le docteur Noël GUÉNEAU DE MUSSY.

Du rôle chimique de l'acide carbonique dans l'économie animale, par M. MIALHE.

Mémoire sur la conservation des blés dans les silos souterrains; inconvénients et difficultés que présente ce mode de conservation en France, moyens d'y remédier; par M. le docteur HERPIN (de Metz).

ÉLECTIONS.

Renouvellement du bureau et du comité de rédaction. Sont nommés :

MM. MÉLIER, président;
PATISSIER, vice-président;
DURAND-FARDEL, secrétaire-général;
LE BRET, secrétaire des séances;
DE LAURÈS, trésorier.

MM. FERMOND et RICHELOT, membres du *Comité de rédaction*.

MM. BOULLAT, V. GERDY, LEFORT, DE PUISAYE, RÉVEIL, ROTUREAU, membres de la *Commission de bibliographie*.

M. LE PRÉSIDENT propose de décerner le titre de *membre honoraire* à M. le docteur DEVAL, de Riom, ex-médecin inspecteur des eaux de Chatel-Guyon, doyen des médecins inspecteurs des eaux minérales de France.

M. DE LAURÈS appuie cette proposition : il insiste sur la considération

(1) Voir l'UNION MÉDICALE du 20 décembre.

dont M. le docteur Deval est entouré, et ajoute que la Société trouverait difficilement l'occasion de s'adjoindre un collègue plus honorable et plus digne de ses suffrages.

M. le docteur Deval est nommé membre honoraire.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la communication de M. le docteur Cahen, ayant pour titre: *Les eaux de Vichy sont-elles purgatives?* (1)

M. Gerdy pense que M. Cahen aurait dû insister davantage sur les conditions hygiéniques particulières où se trouvent les individus qui viennent prendre les eaux, conditions dont les fonctions intestinales doivent souvent se ressentir. En effet, il faut tenir compte, dans ce sens, de la vie au grand air, de l'exercice, chez les gens de cabinet, par exemple. Une promenade matinale, après l'ingestion d'un seul verre d'eau minérale, peut suffire pour vaincre la constipation. Du reste, les eaux de Vichy acquièrent peut-être des propriétés laxatives secondaires, par suite de leur composition, si l'on admet que le bicarbonate de soude puisse être transformé par les acides de l'estomac en un sel neutre, lactate, acétate ou chlorydrate de soude.

M. Alquié s'étonne que M. Cahen ait pu poser la question de savoir si les eaux de Vichy sont purgatives. Parmi le grand nombre de malades qu'il a eu à observer, il n'a rencontré aucun fait qui pût le donner à supposer, et, au contraire, il lui a fallu plus d'une fois recourir à des laxatifs pour combattre la constipation chez ceux qui faisaient usage de ces eaux. Si elles purgent elles-mêmes quelquefois, c'est à la manière des aliments mal digérés. Il peut suffire, dans ce cas, d'un seul verre d'eau minérale pour amener de la diarrhée. Une source, quelquefois, déterminera de tels effets, et point une autre. D'un autre côté, il arrive souvent que les eaux de Vichy, en rétablissant les fonctions digestives troublées, font cesser la constipation, mais sans produire aucunement la diarrhée. En résumé, les eaux de Vichy n'ont aucune qualité purgative, et cette question ne paraît même pas discutable.

M. James a vu souvent l'eau de Vichy, mais prise à Paris, amener de la constipation, et croit que, prise sur place, elle agit de même.

M. Cahen fait remarquer qu'il n'a nullement entendu donner les eaux de Vichy pour purgatives. Il a essayé seulement d'établir que l'opinion, qui leur attribue une action constipante, n'en est pas fondée. L'eau de Vichy n'arrive même pas dans le tube intestinal, mais elle agit sur les fonctions digestives, sur les phénomènes qui se passent dans l'intestin, dans les voies biliaires, et, par suite, sur les sécrétions intestinales. Souvent l'obstacle aux évacuations alvines est levé par cet intermédiaire; et, à ce point de vue, la qualification d'eccoprotique lui a paru significative. Quant à l'influence des conditions nouvelles où se trouvent les malades qui viennent prendre les eaux, il est loin de la méconnaître. Mais il émet quelques doutes sur les conséquences que M. Gerdy a attribuées à la transformation du bicarbonate de soude dans l'estomac, en supposant qu'elle ait lieu, les sels neutres à base de soude ne passant pas pour purgatifs.

M. Gerdy insiste sur ce que les sels neutres en général, et en particulier le sulfate, le phosphate de soude et le chlorure de sodium sont laxatifs à un certain degré.

M. Durand-Fardel pense, comme M. Alquié, que les eaux de Vichy ne sauraient être considérées, en aucun cas, comme purgatives; il ne croit pas davantage qu'elles aient la propriété de constiper. Il ne faut pas attribuer à l'action spéciale des eaux de Vichy toutes les constipations et toutes les diarrhées qui s'observent à Vichy même. Pour les premières, on ne doit pas oublier que la plupart des individus qui ont besoin des eaux de Vichy sont naturellement constipés, et que ces eaux sont loin de réussir toujours à faire cesser ces constipations par leur action primitive; quant aux diarrhées, il faut savoir aussi que les personnes qui prennent actuellement les eaux de Vichy sont très sensibles à certaines influences météorologiques, comme les orages, ou bien aux constitutions diarrhéiques qui règnent souvent aux mois d'août et de septembre, et qui suffisent quelquefois pour empêcher de tolérer aucunement l'eau minérale. Il semble résulter, du reste, de cette discussion, que, pour les médecins de Vichy, d'accord sur ce sujet, on ne doit pas attribuer aux eaux de Vichy la propriété de constiper plus que de purger directement.

La discussion est close.

M. Lefort lit un rapport sur l'ouvrage suivant: *Histoire chimique des eaux minérales et thermales de Vichy, Cusset*, etc., par M. Bouquet.

La séance est levée.

(1) Voyez l'Union Médicale du 2 décembre.

ORDRE DU JOUR DE LA SÉANCE DU LUNDI 5 JANVIER 1857.

1° Nomination de membres titulaires;

2° *Étude analytique des eaux minérales de Royat*, par M. Lefort;

3° *Sur l'utilité thérapeutique des inhalations minérales dans le traitement des affections pulmonaires*, par M. le docteur Allard;

4° Rapport de M. Durand-Fardel sur l'ouvrage suivant: *Traité pratique des propriétés curatives des eaux thermales sulfureuses d'Aix-la-Chapelle*, par le docteur Vetzlar.

Le secrétaire général, Durand-Fardel.

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'ÉMULATION DE PARIS,

Séante à la Faculté de médecine.

Séance du 3 août 1856. — Présidence de M. Herpin (de Genève).

La correspondance comprend:

Le *Journal de médecine et de chirurgie*, de M. Lucas-Championnière.

Les numéros de juillet de l'*Union Médicale*, offerts par M. Larrey.

Plusieurs membres de la Société demandent des congés; M. Larrey propose que la Société prenne deux mois de vacance; cette proposition est appuyée, mise aux voix et adoptée.

La prochaine séance aura donc lieu le premier samedi du mois de novembre 1856.

— M. Hillairet fait part à la Société d'un cas de diabète qui offre quelques particularités fort remarquables.

Un officier de marine, de retour de Sanghaï, depuis une quinzaine de jours, vint le consulter. Sans être précisément malade, sans présenter aucun des symptômes apparents qui mettent sur la voie de la glycosurie, cette personne avait un peu de lourdeur, de pesanteur dans la région du foie. Le teint était un peu jaune; il y avait de l'amaigrissement, les urines avaient une odeur particulière, les selles étaient normales. Le foie percuté, accuse un développement marqué; il dépasse de trois travers de doigt le rebord des fausses côtes. Cette augmentation du volume du foie, donna au médecin l'idée d'examiner les urines.

Le 24 juillet 1856, celles-ci présentent une densité égale à 1030, elles sont acides; traitées par la potasse et la chaleur, elles prennent une coloration rouge-brun et répandent une odeur de mélasse.

Aussitôt le malade est mis au régime suivant: il devra manger le moins possible de pain, il prendra, le premier jour, 4 grammes de bicarbonate de soude, puis 6 le second, 10 le troisième; des bains alcalins compléteront ce traitement.

Au quatrième jour, le malade se trouve très bien; les urines sont revenues à l'état normal, elles pèsent 1010, ont l'odeur urineuse, sont neutres et ne contiennent pas de sucre.

Ce malade, chez lequel on ne saurait trop remarquer la rapide disparition du sucre des urines, est parti pour la province, où il continuera le régime qui lui a si bien réussi.

M. Hillairet, estime que, dans ce cas, la glycosurie était due à un état congestif du foie, d'après la théorie de M. Andral; il pense aussi qu'il est de toute nécessité de continuer le traitement, si l'on ne veut voir le sucre reparaître dans les urines.

M. Caffe dit que le bicarbonate de soude ne guérit que temporairement, il faut, au bout d'un certain temps de suspension, reprendre ce médicamement, après deux ou trois mois, par exemple. C'est ainsi que M. Mialhe, traite périodiquement quelques malades depuis trois ans: On ne peut donc jamais compter sur une guérison absolue, radicale.

M. Hillairet a eu spécialement l'intention, en communiquant l'observation précédente, de faire remarquer la rapide disparition du sucre; il ne peut cependant, et c'est surtout pour répondre à M. Caffe, laisser ignorer qu'il a traité une dame diabétique revenant d'Afrique, et qu'il croit l'avoir guérie. Le traitement a duré, sans interruption, pendant deux ans et demi, il y un an que cette dame a cessé toute médication et vit probablement de la vie de tout le monde; il n'existe pas la moindre trace de sucre dans les urines. (Depuis la dernière séance, M. Hillairet a appris que cette malade était reprise de glycosurie.)

Ce qui empêche souvent sans doute le succès, dit M. Caffe, c'est qu'il n'est pas toujours possible de faire supporter aux malades pendant si longtemps le traitement alcalin non interrompu.

M. Mandl désirerait connaître la quantité de bicarbonate de soude que prenait la dame traitée par M. Hillairet? 8 grammes par jour pendant deux ans et demi.

M. Herpin ne voit pas que le bicarbonate de soude soit aussi difficile à supporter, d'une manière suivie, que le pense M. Caffe. M. Herpin a bu, pendant trois ans consécutifs, une bouteille d'eau de Vichy artificielle par jour.

M. Larrey signale les résultats généraux d'amputation de jambe, eu égard au lieu d'élection, résultats fournis par l'analyse des cas observés à la suite des dernières guerres. Il en ressort que l'amputation sus-malléolaire est appelée à devenir tout exceptionnelle, qu'elle ne peut être pratiquée que sur les riches et les oisifs, tandis que l'amputation au lieu d'élection, au-dessous du genou, devra être pratiquée toutes les fois qu'il s'agira d'individus sans fortune, obligés de travailler et de faire supporter des fatigues au membre mutilé; en effet, les appareils de prothèse, fort chers d'ailleurs, employés après l'amputation sus-malléolaire, sont peu résistants et finissent par blesser le membre auquel ils sont appliqués.

M. Larrey résume toutes les incommodités, les inconvénients, des appareils de prothèse appliqués à la suite de l'amputation sus-malléolaire et avoue que désormais sa conviction, dans le sens qu'il a énoncé plus haut, est plus complète; plusieurs chirurgiens militaires, haut placés dans la science, partagent déjà cette opinion, et il ne doute pas que bientôt presque tous ne doivent s'y rallier.

M. Caffe rappelle que Larrey le père, cite plusieurs cas où il fut obligé, sur la demande même des malades, d'amputer à nouveau des membres qui l'avaient été déjà au-dessus des malléoles. Du reste, M. Caffe pense que les progrès à faire dans les moyens de prothèse pourraient réduire un peu la rigueur des propositions de M. Larrey.

M. Herpin connaît un employé au ministère de la guerre, qui subit, à la suite d'une gangrène du pied, l'amputation sus-malléolaire et porte aujourd hui un appareil fort bien fait de M. Martin. Eh bien, malgré la perfection de la jambe artificielle, malgré le peu de fatigue que la profession du blessé nécessite, souvent encore le moignon s'ulcère et peut-être sera-t-on obligé ici d'en venir à l'amputation au lieu d'élection.

Le secrétaire des procès-verbaux, Dr Ch. Clairin.

PRESSE MÉDICALE ALLEMANDE.

REMARQUES SUR QUELQUES POINTS DE LA PATHOLOGIE ET DU TRAITEMENT DU CATARRHE CHRONIQUE DE LA VESSIE;

Par le docteur Lewinsky.

Il existe un symptôme constant dans tous les catarrhes un peu chroniques de la vessie, symptôme qui n'a pas été assez apprécié par les auteurs; c'est une contractilité de la vessie insuffisante pour expulser toute l'urine. Quand on sonde un malade qui vient d'uriner, on évacue encore une quantité de liquide souvent supérieure à celle qui avait coulé spontanément, quand même un ténesme vésical force le malade à uriner à chaque instant. Ce cas est surtout marqué quand l'urine est alcaline; le liquide obtenu par la sonde est alors plus trouble, plus ammoniacal, et répand plus d'odeur que la portion normalement excrétée. Cette contraction incomplète de la vessie paraît résulter d'une inflammation aiguë antérieure de la muqueuse vésicale, et est une des causes principales de l'alcalinité de l'urine, et par là de la persistance du catarrhe. Celui-ci est cause de la rétention de l'urine; l'urée de cette urine se décompose en carbonate d'ammoniaque, qui de son côté irrite la muqueuse vésicale. Le meilleur moyen de rompre ce cercle vicieux consiste dans le cathétérisme de la vessie, que l'on peut et doit mettre en usage même dans les cas de ténesme et de sensibilité exagérée de cet organe. L'introduction lente et prudente d'une sonde flexible a lieu non seulement sans douleurs notables, mais est encore le meilleur moyen de combattre ces accidents. En l'absence de ceux-ci, on peut la répéter deux fois par jour, tandis qu'un seul cathétérisme suffit dans les cas contraire. Quand la maladie est très ancienne, quand le dépôt muqueux est tenace et de mauvaise odeur, il faut faire chaque fois une injection d'eau tiède, destinée à laver les parois de la vessie. Sous l'influence de ces pratiques, les besoins d'uriner deviennent de moins en moins fréquents, l'urine s'éclaircit, perd son alcalinité, devient acide, et est rendue en plus grande quantité à chaque miction. Le traitement ne doit être usé que quand on s'est convaincu que la vessie se vide complétement.

Il se présente néanmoins des cas très invétérés, où ces moyens sont insuffisants contre le ténesme et les douleurs vésicales. Des injections d'une solution de belladone, ont rendu alors les plus grands services. On fait dissoudre dans tout au plus 180 gr. d'eau tiède ou d'une décoction un peu mucilagineuse, de 0,50 à 2 gr. d'extrait, en commençant par les doses faibles; l'injection doit être faite très lentement, et interrompue, quand un spasme vésical se déclare, et comme le liquide doit être retenu dans la vessie, il faut retirer la sonde très lentement, car la solution serait sans cela expulsée immédiatement. Le ténesme vésical disparaît bientôt; puis il revient, mais dans un intervalle plus long que les intervalles ordinaires, et augmente peu à peu d'intensité; néanmoins le malade ne peut pas faire sortir une goutte d'urine, malgré les plus grands efforts. Il faut alors réintroduire la sonde et vider le liquide. Après un nouvel intervalle, le même phénomène se représente et exige un second cathétérisme, et parfois même un troisième. Cette opération n'est plus aussi facile qu'auparavant; on rencontre au col un obstacle peu sérieux du reste, que l'on surmonte avec un peu de patience. Le malade commence ensuite à uriner spontanément; les intervalles sont plus longs qu'avant l'injection, et restent ainsi pendant plusieurs jours. Alors les besoins se rapprochent de nouveau, et l'on refait une nouvelle injection belladonée. Le malade doit se tenir tranquille pendant ce traitement. Quant aux effets généraux de la substance, on n'en observe que de légers, qui dans aucun cas n'avaient pris la moindre intensité. Les phénomènes locaux s'expliquent par un relâchement, une paralysie temporaires du corps de la vessie, pendant que le col se contracte d'avantage. Il n'est pas probable que la belladone exerce une autre action sur la vessie qu'une action stupéfiante: l'amélioration du catarrhe vésical, et de l'état de l'urine doit être mise plutôt sur le compte de l'évacuation de l'urine. Peut-être encore, que l'injection agit mécaniquement, en distendant la vessie par le liquide injecté, et par l'urine qui s'y accumule; il rend ainsi une plus grande capacité à cet organe. L'auteur termine en se demandant si cette action stupéfiante de la belladone ne pourrait être utilisée contre la sensibilité exagérée, et le peu de capacité de la vessie, qui rendent la lithotritie souvent difficile et parfois impraticable. — (*Wochenbl. d. zeitschr. d. k. k. gesellsch. d. aerzte zu wien*, 1856, n° 26.)

De la glycosurie, de son siége, de sa nature, de ses causes et de son traitement, par M. I. Guyard, d.-m., etc., ouvrage couronné par la Société de médecine de Toulouse. Un vol. in-18, Paris, 1856, Victor Masson, libraire.

Le Gérant, G. Richelot.

Paris — Typographie Félix Malteste et Cᵉ, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

EN VENTE:

Aux Bureaux de L'UNION MÉDICALE, et chez tous les Libraires de l'École de médecine,

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

POUR LA VILLE DE PARIS ET LE DÉPARTEMENT DE LA SEINE.

Fondé par DOMANGE-HUBERT et continué par l'Administration de L'UNION MÉDICALE.

VINGT-HUITIÈME ANNÉE — 1857.

Cet ouvrage renferme le recueil des lois spéciales relatives à l'enseignement et à l'exercice de la médecine et de la pharmacie; les renseignements les plus complets et les plus exacts sur les Facultés de médecine et les Écoles supérieures de pharmacie (personnel, enseignement, etc.), sur les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie, sur le haut enseignement public qui se fait au Muséum d'histoire naturelle, au Collége de France, à la Faculté des sciences et à la Faculté des lettres, sur tout ce qui rentre dans le domaine de l'Assistance publique (hôpitaux et hospices, secours à domicile); le tableau complet de toutes les Sociétés savantes de Paris se rattachant à la médecine et à la pharmacie; les indications nécessaires aux médecins et aux pharmaciens dans leurs relations avec les diverses Administrations publiques; le Service de santé des Autorités et Administrations; l'énumération de tous les Journaux de médecine et de pharmacie qui se publient à Paris; enfin, la Liste (avec les adresses, les titres officiels et les heures de consultations) de tous les Médecins et Pharmaciens du département de la Seine, et celle des Sages-femmes de Paris; cette Liste est reproduite par rues pour les Médecins et les Pharmaciens de Paris.

UN JOLI VOLUME IN-18, IMPRIMÉ EN CARACTÈRES NEUFS, FONDUS EXPRÈS. — PRIX : 3 FRANCS 50 CENTIMES.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES CONTENUES DANS LE TOME DIXIÈME (1856).

DE L'UNION MÉDICALE.

Nota. Les chiffres romains indiquent le Numéro. les chiffres arabes la Page.

A

Abcès (la cautérisation répétée substituée à l'usage de la mèche dans le traitement des —), par M. Nonat. LVIII, 233. — De la fosse iliaque droite (observation d'—), suivie de fistule entéro-cutanée abdominale. CXXIV, 494. — Symptomatiques du mal vertébral (guérison par absorption des —), par M. Bouvier. CXLIV, 575.

Ablation totale de la mâchoire inférieure, par M. Maisonneuve. LX, 243.

Académie de médecine (compte-rendu des séances de l'—) *Passim*. — Appréciation des —. *Passim*. — Nouveau réglement. XXXVIII, 154. — Programme des prix pour l'année 1857. CLII, 605.

Académie des sciences (Compte-rendu des de l'—). *Passim*.

Acarus du cheval (nouvel pouvant transmettre la gale à l'homme), par MM. Bourguignon et Delafond, XXI, 88.

Accidents congestifs (des) dus à la cessation brusque des hémorrhagies habituelles chez les sujets anémiques, par M. Nélaton. LXXIII, 293.

Accouchement anormal (observations d'—), présentation de l'abdomen; issue des intestins du fœtus à travers l'ombilic et leur procidence à la vulve de la mère, par M. Penjon; réflexions par M. Richelot. [illegible] tenu par la méthode de Cohen. CXXXIII, 532. — Prématuré artificiel provoqué, d'après la méthode du professeur Scanzoni, par M. Spaeth. XCV, 384. — Prématuré artificiel, provoqué par des fumigations d'acide carbonique, par M. Scanzoni. XCVII, 390. — Trombus du vagin après l'—), par M. Roubier. CXXV, 498. — Royal (un), par M. Le Roy. XLIX, 197. LII, 209. — (De la présentation de l'épaule dans les —), par M. Chailly-Honoré, XL, 164.

Acide arsénieux (de l'—), dans les congestions apoplectiques, par M. Lamarre-Picquot. LXII, 252. — Carbonique (du rôle de l'—), en présence des alcalis végétaux, par M. Langlois, XXVI, 106. — Carbonique (du rôle chimique de l'—), dans l'économie animale, par M. Mialhe. XVC, 382. — Cyanhydrique (recherches médico-légales sur l'—) et ses composés), par MM. Henry et Humbert, LVI, 227. — Sulfureux (application de l'—) contre la teigne), par M. H. Grun. XXI, 88.

Adénites cervicales (du traitement des —), par l'électrisation localisée, par M. Boulu. LXIII, 256. — (Traitement des —), par M. Guersant. CXLV, 579.

Affection convulsive, épileptiforme, consécutive à certaines lésions de la moelle épinière, par M. Brown-Séquard. CXXII, 488.

Agrégation (statut sur l'—) des Facultés. I, 4.

Agrégés (arrêtés concernant les —) de la Faculté de médecine de Paris. CXXXVI, 544.

Albuminurie (résumé d'un mémoire sur l'—), par MM. Becquerel et Vernois. LXXVII, 312. — LXXIX, 317.

Alcalis (action des —) sur le sucre dans l'économie animale, par M. Poggiale. XIV, 55. — (Note sur l'action des — sur le sucre, dans le sucre, dans l'économie animale), par Poggiale. CIV, 414.

Alcool. *V*. Maladies fébriles.

Aliénation mentale (étude statistique de l'—) dans le département du Bas-Rhin, par M. Dagonnet (analyse par M. A. Latour). LIX, 239.

Allès (B.). Des mesures à prendre pour diminuer, autant que possible, les cas de rage. LXXXVII, 349. — LXXXIX, 357.

Alimentation des enfants sevrés ou que l'on veut sevrer (sur l'—), par M. Gumprecht. VIII, 32.

Aliments de l'homme (recherches sur la composition chimique et les équivalents nutritifs des —), par M. Poggiale. XCVIII, 395.

Aloétine (de l'—), principe cristallisable du suc d'aloès, par M. Robiquet. XXVI, 106.

Alvarenga (da Costa). (*V*. Insuffisance des valvules, etc.)

Amaurose (traitement de l'—) et de la surdité par l'électricité, par M. Andrieux. XVI, 66. — Vermineuse uni-oculaire, guérison rapide sous l'influence des poudres de Hufeland, par M. Deval. CXLIV, 575.

Amputations (études sur les —) faites au moyen des caustiques dans certains accidents consécutifs aux lésions traumatiques des membres, par MM. Salmon et Maunoury. CXI, 441. — CXII, 446. — CXIX, 474. — CXXII, 487. — Partielles du pied et de la partie inférieure de la jambe (étude sur les résultats définitifs des —), par M. Legouest. XCV, 384.

Amussat (mort de M.). LIX. 240. — Par M. A. Latour. LX, 241.

Amygdaline (expérience sur la transformation de l'—) en acide cyanhydrique, dans l'organisme vivant, par MM. Koelliker et Muller. CXLVIII, 592.

Anderson. De l'emploi de la belladone dans l'empoisonnement par l'opium. LXVII, 271.

Andral. Cours d'histoire de la médecine. II, 5. — XVII, 69. — XXII, 89. — XLIII, 173. — XLVI, 185. — LIX, 237. — LXII, 249. — LXIV, 257. — LXXVII, 309. — LXXX, 321. — LXXXIII, 333. — CVII, 425. — XCII, 369. — CX, 437. — CXIII, 449. — CXVI, 461. — CXXXIX, 513. — CXLIII, 569. — CXLVI, 581. — CXLIX, 593. — CLIV, 613.

Andrieux. Traitement de l'amaurose et de la surdité par l'électricité XVI, 66.

Anémie (de l'—), dans l'enfance, par M. Maultmer. XV, 58.

Anesthésie du sens du goût, par M. Guyot. [illegible] l'engourdissement d'une dent malade dont on doit faire l'extraction, par M. Georges. CLIII, 611.

Anévrysme de l'artère dentaire inférieure, par M. Rufz. IV, 416.

Angine couenneuse (Relation d'une épidémie d'— qui a régné à l'hôpital Saint-Antoine), par M. Oulmont. XXIV, 100. — Gangréneuse (Observation d'—), traitée par le chlorate de potasse à doses successivement croissantes, et suivie de guérison, par M. Augé. CXXXII, 527.

Anneau répulseur dans les présentations de l'épaule, par M. C. Bernard (d'Apt), CLVII, 625.

Anselmier, notice sur deux cas rares de calculs rencontrés dans les glandules hypertrophiés des voiles du palais, et leur traitement par la dissolution. CXXVIII, 509.

Anurie complète, avec lésion d'un seul rein et d'un seul uretère, par M. Bourgeois. XXXI, 126.

Anus contre nature (Rapport par M. Robert, sur un cas d'—), communiqué par M. Leprestre. LXXXIX, 359.

Apepsie (sur l'—) ou absence de digestion chez les enfants, et sur le traitement de cette maladie par la pepsine, par M. E. Barthez. VI, 22. — VIII, 29.

Apiol (nouvelles observations confirmatives des propriétés fébrifuges de l'—), par M. Joret. LXXVI, 314.

Aphtesses (efficacité des alcalins dans les maladies —), par M. A. Dubois. XVI, 66.

Apoplexie pulmonaire chez une femme enceinte de huit mois; accouchement prématuré artificiel; naissance d'un enfant vivant; rétablissement de la mère, par M. Gauchet. CXLVI, 181.

Appareil à bain local chaud et permanent, par M. Charrière fils. XXXII, 131. — à lever les malades sans les toucher, par M. Gros (rapport par M. Begin). LIX, 240.

Appareil locomoteur (leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'—), par M. Bouvier, recueillies par M. Richard-Maisonneuve. LXXXII, 329. — LXXXVI, 245. — LXXVII, 350. — XC, 361. — XCII, 369. — XCVI, 385. — XCXIII, 393. — CIII, 410. — CVIII, 429. — CXI, 443. — CXIV, 454. — CXV, 458. — CXX, 479. — CXXII, 486. — CXXV, 497. — CXXVIII, 510. — CXXXI, 514. — CXXXIII, 530. — CXXXIV, 533. CXLIII, 569. — CXLIV, 574. — CXLIX, 593. — CL, 598.

Aran. Traitement de la chorée ancienne et rebelle par les préparations arsénicales. XLIX, 199. — Application des vésicatoires sur le col de l'utérus dans le traitement des affections de cet organe. C, 400.

Arcachon. Par M. Hameau. LXXIV, 297. LXXVI, 305.

Armée d'Orient (recherches sur les maladies de l'—) pendant l'hiver de 1854 à 1855, par M. Tholozan. CXIX, 475.

Arnal. Traitement du choléra sporadique, par l'ammoniaque liquide à l'intérieur. XC, 362.

Arthralgie des phthisiques (note sur l'—), par M. J.-H.-S. Beau. I, 3.

Ascarides lombricoïdes dans l'intestin, ayant déterminé la mort par M. Bertet. LXVI, 267.

Asile d'aliénés (spécimen d'un budget d'un—) et possibilité de couvrir la subvention départementale dans un asile, au moyen d'un excédant équivalent de recettes, par M. Girard de Cailleux (analyse par M. Brière de Boismont). CLV, 617.

Asphyxie (traitement de l'—), par M. Faure, LXXXII, 331. — Par M. Marshall-Hall. CXX, 480.

Association (l'—), par M. A. Latour. XCIII, 373. — De prévoyance des médecins du Rhône (adresse de l'—), à l'association de la Seine. LII, 209. — Des médecins du département de la Seine, assemblée générale du 27 janvier 1856. XV, 59. — Des médecins de Toulouse (adhésion à l'association de prévoyance de Paris). LXIV, 260.

Asthme nerveux (prescription contre l'—). XLIX, 199. — (Traitement de l'—), par la fumée de datura, par M. Valérius. CXLII, 567.

Atrophie musculaire progressive, compliquée de démence, par M. B. Ball. XLVIII, 194.

Augé. Observation d'angine gangréneuse, traitée par le chlorate de potasse à doses successivement croissantes, et suivie de guérison. CXXXII, 527.

Auscultation (remarques sur les bruits d'—), chez les femmes enceintes, par M. E. Martin. CV, 420. — (Application de l'—), au diagnostic des affections de l'organe de l'ouïe, par M. Schnepf. CXXXII. 528.

Automatisme (la théorie de l'—), étudiée dans le manuscrit d'un monomaniaque, par M. Baillarger. VI, 21.

Autoplastie (faits d'—), par M. Jobert de Lamballe. LI, 207. — (de l'application de l'—), au traitement des cicatrices vicieuses, par M. Sédillot. LXV, 262. — Périostique, nouvelle méthode pour le traitement des pseudarthroses, par M. Jordan. LXXI, 287.

B

Baillarger. La théorie de l'automatisme, étudiée dans le manuscrit d'un monomaniaque VI, 21. — Sur l'ossification précoce du crâne chez les microcéphales. XCII; 372.

Ball (B.). Cas remarquable d'atrophie musculaire progressive, compliquée de démence. XLVIII, 194.

Bamberger. Sur la pathologie et la thérapeutique de la péricardite. CLIV, 616.

Bandage herniaire (nouveau), de M. Bourjeaurd. LXXIX, 319. — Plâtré, du docteur Mathysen (Rapport sur le —), par M. Gossner. LXXXI, 328.

Banquet offert par M. le doyen de la Faculté de médecine de Paris aux élèves qui ont obtenu les meilleures notes à leurs examens, par M. A. Latour. XX, 81. — (Un) médical, à Lyon, par M. Pétrequin. XXIII, 93. — (Le) de l'*Union médicale*, par M. A. Latour. XL, 161. — A offrir aux médecins de l'armée d'Orient (proposition d'un —), par M. Maheux. LXXV, 304. — (Sur le —) offert aux médecins de l'armée et de la flotte, par M. Maheux. XCVI, 388. — (Le) du 20 août, offert aux médecins de l'armée et de la flotte, par M. A. Latour. CII, 405.

Barbeau (F.). De l'emploi du tartre stibié et du sulfate de quinine dans le rhumatisme articulaire aigu. CVII, 425. — Rhumatisme articulaire. CX, 437.

Bardinet. Quand un membre est atteint de sphacèle, faut-il toujours l'amputer? XXXIV, 139.

Barker (Fordyce). Cas de superfétation utérine double. XL, 163.

Barth. Observation d'un kyste de l'ovaire traité par une nouvelle méthode. XLI, 168. — Observation de thoracentèse. LIV, 220. — Observation d'un kyste ovarique, procédé particulier de ponction suivie d'injections iodées. CXXV, 499. — Opinion de M. — sur le traitement des kystes de l'ovaire. CXL, 558.

Barthez (E.). Sur l'apepsie ou l'absence de digestion chez les enfants et sur son traitement par la pepsine. II, 22. — VIII, 29. — Cancer encéphaloïde du rein, d'un volume énorme, développé chez un enfant de trois ans et demi. LXI, 248. — Rougeole anomale, bronchopneumonie grave récidivant deux fois, gangrène double de la bouche. XCII, 377.

Barthez (F.). De l'emploi des eaux alcalines de Vichy dans les diathèses à forme anémique ou scorbutique. LV, 222.

Baudrimont (Ernest). Une eau minérale éprouve-t-elle, dans sa composition, des variations journalières. XLVI, 187.

Bauché. Lettre à M. A. Latour. XXXIII, 133.

Baud. Nouveaux faits relatifs à l'emploi de l'hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée. LXIV, 260.

Baudens. De l'emploi du chloroforme dans la chirurgie militaire. II, 8. — De la valeur relative de la désarticulation du genou et de l'amputation de la cuisse. II, 8. — Thyphus de Crimée. LXXII, 291.

Bawens. Actions des acides végétaux sur le calomel. LXXI, 286.

Bayle. Signe général des altérations du sang dans les maladies, et signes particuliers pour chacune de ces altérations. LVI, 228.

Bazin. Traitement de l'herpes tonsurant. CXLV, 580.

Beau (J.-H.-S.). Note sur l'arthralgie des phthisiques. I, 3. — La digitale est-elle un sédatif ou un excitant du cœur? XVI, 63.

Beaupoil. De l'association de l'iodure de potassium et des sulfureux, des bains alcalins et des bains sulfureux dans le traitement des intoxications saturnines. VII, 27.

Becquerel. Sur le développement de la fièvre typhoïde sur les animaux. XXI, 88. — Nouvelle observation de leucémie. CXXXV, 538. — Et Vernois. Résumé d'un mémoire sur l'albuminurie. LXXVII, 312. — LXXIX, 319.

Béguin. De la couleur des cicatrices sur les nègres. LXIII, 255.

Behier. Hémorrhagie meningée, sous-arachnoïdienne. LXVIII, 273.

Belladone (de l'emploi de la—), dans l'empoisonnement par l'opium, par M. Anderson. LXVII, 271. — (Des effets de la—), l'économie et en particulier sur l'appareil de la vision, par M. Rouault. CXVII, 467. — (Rouault). CXIX, 473.

Béraud. Analyse du traité des maladies du testicule, etc., par Curling, traduit par M. Gosselin. CXLII, 567. — CXLVII, 586.

Bérigny. Observations ozonométriques faites autour de la caserne de Saint-Cloud. LXXV, 304.

Bernard (Camille). Anneau répulseur dans les présentations de l'épaule. CLVII, 625.

Bernard (Cl.). Recherches expérimentales sur la température animale. CVIII, 431. — CXVII, 468. — Propriétés des systèmes musculaire et nerveux. CXXXVIII, 551. — *V*. physiologie expérimentale.

Bernard (Ch.). Ictère grave; accidents cérébraux; hémorrhagie. CXVIII, 470. — Analyse du cours d'hygiène de M. Tesseреau. XXXI, 127. — Observation d'hémorrhagie rachidienne. LXII, 251. — Sur les lésions valvulaires des cavités droites du cœur, à propos d'un cas de rétrécissement siégeant dans le ventricule droit. CVI, 423. — Observation de rétrécissement de l'œsophage, à la fois spasmodique et organique. XVIII, 75.

Bernard (P.). L'imagination et la folie. XIII, 49. — Le malade et la maladie. XLI, 165. — La nature. XC, 361.

Bertet. Du sulfate acide de quinine comme véritable et seul antidote des accidents résultant des fièvres paludées de longue durée. IV, 15. — Nouveaux faits en faveur des avantages du pansement des plaies avec la glycérine. XIII, 51. — Efficacité de la modification quinique dans les fièvres marémateuses de longue durée. XXVII, 3. — Quand un membre est atteint de sphacèle, faut-il toujours opérer. XLIX, 198. — Ascarides lombricoïdes dans l'intestin ayant déterminé la mort. LXVI, 267. — La serre-fine appliquée au traitement des fistules vésico-vaginales. XCIII, 375. — Hernie congénitale ou extrophie de la vessie. CXLVII, 586.

Berthé. Faculté assimilatrice des différents corps gras. LXI, 252. — Réclamation de M. —, sur le mémoire de M. Robiquet, relatif à la codéine. CXXXIV, 535. — Avantages de l'huile de foie de morue brune pure sur l'huile de foie de morue blanche. CLIV, 616.

Bertillon. La vaccine et ses accusateurs. II, 5. — IV, 13. — IX, 33. — XIV, 53. — Influence hygiénique et morale de l'instruction. LXI, 245. — Considérations sur la lettre du Ministre de l'agriculture, sur la statistique des causes de décès. CXXXIII, 531. — CXXXIV, 534. — CXXXV, 539.

Bile (recherches sur la nature chimique et les propriétés des matières grasses contenues dans la —), par M. Gobley. CVII, 428.

Bilharz. Le distomum hæmatorium comme cause de maladies des voies urinaires en Egypte. XCVIII, 396.

Betti (de). Douze cas d'application du forceps-scie. CXXX, 520.

Billout. Quelques renseignements sur les bains ferro-manganiques de Luxeuil. CLI, 604.

Blache. Observation de leucohémie splénique à forme hémorrhagique. XIV, 56. — Rapport sur les recherches de M. Salathé, sur le spasme essentiel de la glotte chez les enfants. XXIV, 99.

Blachez. Fièvre intermittente chez les enfants, éclampsie. LXXII, 289.

Blain des Cormiers. Analyse d'un mémoire de M. Quévenne, sur l'action physiologique et thérapeutique des ferrugineux. XII, 48.

Blanchard (E.). Sur les fonctions du foie chez les Arachnides. VI, 24.

Blepharoplastie (opération de —), par M. Bonnafont. CL, 598.

Blepharoptose (consultation pour un cas de —), par M. Compérat. LXXVI, 305.

Bloedau. De la réduction des luxations scapulo-humérales. CXLIII, 572.

Blot (H.). De la glycosurie physiologique des femmes en couches, des nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes. CXXVI, 504.

Bolnet. Des effets de la teinture d'iode appliquée localement sur les muqueuses et les séreuses, au point de vue de la douleur. LXXII. 290. — Réponse à M. Duroy, réclamant la priorité de l'iode considéré comme antiseptique. CXV, 459.

Bonnafont. De l'absorption dans le choléra algide. XVI, 65. — Cathétérisme de la trompe d'Eustache. XVI, 67. — Fracture du col du fémur, de la rotule et rupture du ligament rotulien. XVI, 67. — Sur un nouveau mode d'occlusion des yeux dans le traitement des ophthalmies en général. XX, 84. — (Opinion de M.—), sur le traitement des ophthalmies. XXIX; 119. — XXXVIII, 153. — Différence de la spécificité contagieuse du choléra et du typhus, démontrée par des faits. XCIII, 373. — Instrument destiné à simplifier l'opération des phimosis. CIV, 416. — Note sur un nouvel instrument bien simple, pour extraire les corps étrangers des conduits auditifs externes. CXXIII, 491. — Observation de blépharoplastie. CL, 598. — Emploi du séton filiforme dans le traitement des collections purulentes en général et en particulier du bubon syphilitique. CLIII, 611. — Observation sur un cas de surdi-mutité consécutive à l'explosion d'une bombe sous Sébastopol. CLVI, 622.

Bonnet (de Bordeaux), du mode de propagation du choléra. XLV, 183. — XLVI, 187. — XLVII, 191.

Bonnet (de Lyon). Application du compteur à gaz à la mesure de la respiration. CXIV, 455. — LVII, 231.

Bonnet (de Poitiers) Fièvre gastrorrhagique intermittente pernicieuse, sans ulcération de l'estomac. CXII, 447. — Fièvre intermittente pernicieuse épileptiforme; effets du sulfate de quinine. CXIII, 451. — De la conduite à tenir dans le cas d'insertion centrale du placenta sur le col utérin. CXCVIII, 581.

Bosredon du délire des aboyeurs. CXLVII, 588.

Bouchut. *V*. nouveau-nés.

Bouchard (*V*. fièvres sudatoires).

Bouillaud. Réflexions sur la communication de M. Trousseau, relative à la maladie bronzée. CIV, 416.

Bouley (H.) et Reynal. Note sur la ligature

de l'œsophage. XCII, 372. — Faits et expériences sur la ligature de l'œsophage. CI, 403.

Boulland. Lettre sur le privilége du médecin pour les frais de dernière maladie. CXLIV, 574.

Boulu. Du traitement des adénites cervicales par l'électrisation localisée. LXIII, 256.

Bourdon (H.). Du rétrécissement de l'orifice iléo-cœcal. LVII, 229. — De la péritonite sans perforation intestinale dans la fièvre typhoïde. LXVII, 269.

Bourgeois. Anurie complète avec lésion d'un seul rein et d'un seul uretère. XXXI, 126. —Ver lombric trouvé dans les voies biliaires et aériennes. LXIX, 279. — Sur le ramollissement de l'estomac chez les enfants. CXIV, 455. — Observation de fièvre intermittente gastrorrhagique CXXVII, 506.

Bourguignon. Traitement préservatif de la fièvre typhoïde et des maladies infectieuses par l'inoculation de leurs produits morbides. XC, 363.

Bourguignon et Delafond. Nouvel acarus du cheval pouvant transmettre la gale à l'homme. XXI, 88.

Bourjeaurd. Nouveau bandage herniaire. LXXIX, 319.

Bouros. Empoisonnement par la racine de l'atractilis gummifera. LXXXI, 327.

Bousquet. Discours dans la discussion sur le vitalisme et l'organicisme. III, 11.

Boutigny (d'Evreux). Sur la nature de l'empoisonnement par la vapeur d'essence de térébenthine. XLVII, 192.

Bouvier. Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur, recueillies par M. Richard Maisonneuve. LXXXII, 329. —CXXXIII, 330. —CXXXIV, 333. — CXI, 443. — LXXXVI, 345. — LXXXVII, 350. — XC, 361. — XCII, 369. — XCVI, 385. — XCVIII, 393. — CIII, 410. — CVIII, 429. — CXIV, 454. — CXV, 458. — CXX, 479. — CXXII, 486. CXXV, 497.— CXXVIII, 510. — CXXIX, 514. — CXLII, 569. — CXLIV, 574. — CXLIV, 593. — CL, 598. — XXXV, 143. — (extrait du rapport de M.—) Sur la note de M. Duchenne de Boulogne, Sur quelques propriétés différentielles des courants d'induction du premier et du second ordre. LVII, 231.

Bouyer. Pneumonie avec délire et épistaxis, traitée sans succès par la saignée et l'émétique, guérie rapidement par la vératrine. XCLIV, 379.

Bratiler. Sur le rhumatisme du cœur et le pouls intermittent. XVIII, 76.

Briau (R.). Note sur une cause peu connue des vomissements des femmes enceintes, et sur le moyen d'y remédier. LXXXVII, 331. — Traitement de la goutte par le benzoate de soude. CLVII, 627.

Bricheteau. Rapport sur un mémoire de M. S. Pinel sur les formes de la paralysie générale et sur ses conditions anatomiques. LXXXVI, 347. — (*V.* médication bromo-iodurée).

Brière de Boismont. Analyse du spécimen d'un budget d'un asile d'aliénés, et possibilité de couvrir la subvention départementale dans un asile, au moyen d'un excédant équivalent de recettes, par M. Girard de Cailleux. CLV, 617. — (*V.* suicide.)

Briquet. L'utérus est-il le siége de l'hystérie? LXXVI, 306. LXXVII, 309. — Sur l'élimination des médicaments ingérés, en général, et sur celle des alcaloïdes du quinquina en particulier. LXXXIII, 336. — Étude expérimentale des périodes de la vie auxquelles se développent de préférence les affections hystériques. CXIII, 449. CXIV, 453.

Broca. Traitement abortif des bubons suppurés. CX, 440. — Réponse à M. L. Marie sur le. CXVI, 465.

Brôme (de l'emploi du —), et du bromure de potassium dans le traitement des affections pseudo-membraneuses, par M. Ozanam, LXXVI, 308.

Bronchite chronique traitée par le tartre stibié à haute dose. LXVII, 272. — Capillaire, péricardite avec épanchement très abondant. Opération, mort, autopsie, par M. Trousseau. CXXI, 482.

Broncho-pneumonie, suivie de phthisie aiguë et d'emphysème sous-cutanée du côté gauche du thorax, par M. Rostan. LXXIII, 294.

Brown (J.). Épidémie de rougeole observée à Leith. XXXVI, 146.

Brown Séquard. Physiologie et pathologie des capsules surrénales. CVIII, 432. — Nouvelles expériences sur les capsules surrénales. CXIV, 456. — Affection convulsive épileptiforme consécutive à certaines lésions de la moelle épinière. CXXII, 488.

Bruits respiratoires (transmission des —) à travers un épanchement pleurétique, par M. Girard. CXXXIV, 533.

Bubons vénériens suppurés (traitement abortif des —), par M. Broca. CX, 440. — (traitement abortif des —), par M. Marie. CXIII, 452.

Buch (Léopold de). (Compte-rendu de l'éloge de —), par M. Flourens. — Par M. Foissac. XV, 57.

Bucharest (l'École de médecine de —). CXLVII, 588.

Budge. Influence des ganglions semi-lunaires sur les intestins. CXXIX, 516.

C

Cabanellas. Compte-rendu annuel de l'Association des médecins du département de la Seine. XV, 59.

Cahen. Les eaux de Vichy sont-elles purgatives? CXLV, 580.

Caillat. Cas confirmatif des recherches anatomiques de M. Gigon, sur l'uretère. XXVIII, 116.— Réclamation sur un passage du mémoire de M. de Crozant. LII, 212.

Cal (influence de la proportion du phosphate de chaux contenu dans les aliments sur la formation du —), par M. A. Milne-Edwards. XLVIII, 195.

Calcul biliaire retenu dans l'intestin grêle, où il a déterminé des symptômes d'étranglement interne, qui ont rapidement cessé à la suite de la palpation de l'abdomen, par M. Marrotte. CVI, 422. — (Réflexions sur la discussion, au sujet de l'observation de M. Marrotte, concernant un —), par M. Fauconneau-Dufresne. CXV, 457. — Volumineux (observation de — de la région prostatique de l'urètre), par M. Maigrat. XCVI, 386. — Dans les glandes hypertrophiées du voile du palais (deux cas de — et leur traitement par la dissolution), par M. Anselmier. CXXVIII, 509.

Calomel (action des acides végétaux sur le —), par M. Bauwens. LXXI, 286.

Cancer cérébral (du), par M. Forget, de Strasbourg. CXXVI, 503. — Encéphaloïde du sein, d'un volume énorme, développé chez un enfant de trois ans et demi, par M. Barthez (E.). LXXI, 248. — De l'estomac d'un diagnostic difficile, par M. Legroux. CXVIII, 471.— Fibreux aigu de la glande thyroïde; mort par compression du nerf pneumo-gastrique droit, par M. E. Moutard-Martin. XXIV, 97. — Du rectum, ablation partielle, guérison par M. Demarquay. LII, 209.

Cancéreuses (de l'inopportunité des opérations chirurgicales dans les maladies —), par M. Leroy-d'Etiolles. XVI, 65.— (Résultats des expériences officielles faites dans le traitement des maladies —, par la méthode du docteur Landolfi). LVIII, 235.

Cantharinide (expériences sur l'action de la —, comparée à celle des cantharides), par M. Schroff. LXXXI, 325.

Cap. Nouvelle note sur la glycérine. XXVI, 105.

Capsules surrénales (physiologie et pathologie des —), par M. Brown-Séquard. CVIII, 432. — (Effets de l'ablation des —), par M. P. Gratiolet. CXI, 444. — (Nouvelles expériences sur les —), par M. Brown-Séquard. CXIV, 456. — (De quelques réactions propres à la substance des —), par M. Vulpian. CXXIII, 493. — (Extirpations des — chez les rats albinos), par M. Philipeaux. CXLI, 564. — (Cas d'absence congéniale des —), par M. de Martini. CL, 600.

Carathéodory. (*V.* Ségalas).

Carie (de l'altération des dents désignée sous le nom de —), par M. Oudet. CXLII, 565. CXLV, 577. CLV, 618.

Carrière (Ed.). Les hivers de Venise XXVIII, 113. XXXII, 129. XXXV, 141. XXXVII, 149. XXXVIII, 153. — Effets thérapeutiques du seigle ergoté et de la digitale contre les métrorrhagies. XXXI, 126.

Castorani. Sur le strabisme. XCVI, 388. — Fixateur de l'œil. CXXXII, 527. — (*V.* Keratite)

Cataracte guérie par le traitement mercuriel. XCIV, 380.

Catarrhe chronique de la vessie (remarques sur quelques points de la pathologie et du traitement du —), par M. Lewinski. CLVII, 628.

Cathéterisme (rapport et discussions à la Société médico-pratique, sur le mémoire de M. Maisonneuve, sur une nouvelle méthode de —. IX, 34. — (Nouveau procédé de—) dans les cas de tumeurs prostatiques et de valvules du col de la vessie, compliquées de fausses routes, par M. A. Mercier. XXIII, 93. — De la trompe d'Eustache, par M. Bonnafond. XVI, 67.

Cauchemar intermittent (observation de —), par M. Ferrez. LXXIII, 296.

Causeries par M. A. Latour. XII, 45. XVIII, 73. XXI, 85. XXVII, 109. XXX, 121. XXXVI, 145. XLII, 169. XLV, 181. XLVIII, 193. LIV, 217. LXIII, 255. LXVI, 265. LXIX, 277. LXXV, 301. LXXVIII, 313. LXXXI, 325. LXXXIV, 337. CVIII, 429. CXXIII, 489. CXXVI, 501. CXXXII, 525. CXXXV, 537. CXI, 441. CXXXVIII. 549. CXLIV, 573. CXLVII, 585. CL, 597. CLIII. 609.

Caustiques (note sur l'application de la gutta-percha à la préparation des —), à base de potasse et de chlorure de zinc, par M. Robiquet. LVI, 228.

Cautérisation (traité pratique de la —), par M. Philipeaux (analyse par M. A. Latour). XXIX, 118.

Caviole. (*V.* Nevrose).

Cazeaux. Opinion de M. —, sur le traitement des kystes de l'ovaire. CXL, 559.

Cazin. Guérison d'un cas de farcin chronique chez l'homme. LVIII, 237

Cécité. *V.* variole. —(Recherches statistiques sur les causes et les effets de la —) par M. G. Dumont, (analyse par M. Mayer). LIII, 215.

Cerise. Consultation sur un cas de névrose emotive. LIV 217. — (Analyse des), recherches anatomo-pathologiques sur la structure intime des tumeurs cancéreuses. XCIII, 375.

Cessner. Rapport sur le bandage plâtré du docteur Mathysen. LXXXI, 328.

Chailly-Honoré. De la présentation de l'épaule dans les accouchements. XL, 164.

Chaleur (*V.* traumatisme).

Champignon, comestible de couche (analyse du —) par M. Gobley. XVII, 72.

Chancre (du) au point de vue de la diathèse syphilitique, par M. H. Mussel. LXVI, 267.

Charcelay. Choléra - morbus transmis de l'homme à la poule par des matières cholériques mêlées aux aliments. XLIII, 175.

Charlatanisme médical (du —) qualifié et puni comme délit d'escroquerie, par M. A. Tardieu. XLVIII, 193. XLIX, 197. LI, 205.

Charrière fils. Appareil à bain local chaud et permanent. XXXII, 131.

Chauffard (E.). Du traitement des fièvres intermittentes rebelles. X, 39.

Chauveau. De la non-formation du sucre dans le tube digestif des animaux nourris exclusivement à la viande. CXIX, 476.

Cheiloplastie par transport du bord libre de la lèvre saine sur la lèvre restaurée, par M. Sédillot. XXI, 88.—(nouveau procédé de—), par M. Sédillot. L, 205.

Chènevis (action de l'huile de —) Sur la sécrétion mammaire, par M. Contenot. LXXXII, 332.

Chevallier et Henry. Le Phosphore et ses préparations considérées au point de vue de la médecine légale. XXVIII, 116.

Chimie appliquée à la physiologie et à la thérapeutique, par M. Mialhe (analyse par M. Lehhmann. XI, 43.

Chlorate de potasse contre la stomatite mercurielle. LXI, 247. — Contre la salivation mercurielle, par M. Vidal (de Béziers). LXIX, 280. — (Emploi du —) dans les affections diphthéritiques, par M. Isambert. LXXVI, 308. — (Note sur le —) employé contre la stomatite hydrargyrique avec continuation du traitement mercuriel, par M. A. Fournier. C, 397. — CI, 401.

Chloroforme (de l'emploi du —) dans la chirurgie militaire, par M. Baudens. II, 8. — Dans les accouchements et les douleurs musculaires, par M. Despaulx-Ader. XV, 66.— (note sur un nouveau procédé d'administration du —) Par M. Moreau-Nicolas. XVIII, 73. — (du —) Introduit dans l'oreille pour guérir l'odontalgie (réclamation par M. Simon). XLIII, 175. — (gélatinisation du —) Par M. Ruspini. LXI, 247. — (de l'emploi du —) Dans la pratique obstétricale, par M. Scanzoni. LXXI, 328. — *V.* éclampsie puerpérale.

Chlorure sodique (recherches sur l'influence du —) par M. Kaupp. LII, 211.

Choléra (le —) et les vents d'ouest), par M. Maigrot, XIII, 51. — (de l'absorption dans le —) algide, par M. Bonnafont, XVI, 65. — (de la contagion possible du —) Par M. A. Dubois. XVI, 65. — (différence de la spécificité contagieuse du —) et du typhus démontrée par des faits, par M. Bonnafont. XCIII, 373. — Sporadique, son traitement par l'ammoniaque liquide à l'intérieur, par M. Arnal. XC, 363.— (le —) à Genève pendant les mois de septembre et octobre 1855, par M. Rilliet. XXXVI, 143. — XXXVII, 151. — XXXIX, 157. — (douzième lettre sur le —) par M. Roche. CXVII, 465. — CXX, 477. — CXXIII, 489. — CXXVI, 501. — CXXVII, 505. — Dépôt d'urée sur la peau et les muqueuses, dans la période typhoïde du —) par M. Drasche. CXXV, 498.— (Souvenir du —) par M. Legrand (de Dijon). CXLVIII, 589. — Asiatique (cause du —) par M. Beauperthuy. L, 204. — Morbus transmis de l'homme à la poule par des matières cholériques mêlées à ses aliments, par M. Charcelay, XLIII, 175. — (du mode de propagation du —) par M. Bonnet (de Bordeaux). XLV, 185. — XLVI, 187. — XLVII. 191. — (le quinquina comme préservatif du —), par M. Dufay, CLVI, 622.

Chorée (traitement de la —) ancienne et rebelle par les préparations arsénicales, par M. Aran. XLIX, 199. — Violente (observation de—), guérie par l'immobilisation, par l'emmaillotement. par M. Nicod. LXXVI, 308.

Cicatrices (de la couleur des —) sur les nègres, par M. Béruin. LXIII. 255. — Vicieuses (*V.* Autoplastie).

Ciguë (expériences sur les différentes préparations de la —), par M. Schroff. CXVI, 462. — CXXII, 483.] — (des travaux sur la —) par MM. Devay et Guillermond et par M. Schroff, par M. A. Latour. CXLVI, 584.

Claudot. Observation de kyste de l'ovaire, guéri par la ponction palliative. CXLI, 564.

Cloquet (J.). Rapport sur l'emploi de l'éther comme antidote du chloroforme CV 419.

Cock. Traitement de l'ulcère phagédénique par l'irrigation et les bains chauds prolongés, CXLVI, 583.

Codéine (note sur la —), par M. Robiquet. CXXXI, 524.

Cœur (diagnostic des maladies congénitales du —), par M. Peacock. X, 40. — (sur le rhumatisme du —) et le pouls intermittent, par Bratiler. XVIII, 76. — (sur les lésions valvulaires des cavités droites du —) à propos d'un cas de rétrécissement siégeant dans le ventricule droit, par M. Ch. Bernard. CVI, 425.

Cohen. Implantation centrale du placenta sur le col; conduite à tenir dans ces cas. XXII, 91.

Colin. De la formation du sucre dans l'intestin, et de son absorption par les chylifères XLI, 168. — De la digestion et de l'absorption des matières grasses sans l'intervention du fluide pancréatique. LXXX, 323. — Des effets de la ligature de l'œsophage sur les animaux de l'espèce canine. XCVIII, 396.

Colique de plomb (de la non-identité de la —) et de la colique sèche des pays chauds par M. Jules Rochard. IV, 13. — (observation de —), rapportée à la colique végétale, quoique bien évidemment de cause saturnine, par M. Vigla. IV, 15. —Végétale (discussion sur la —), à la société médicale des hôpitaux. IV, 16. — De plomb. V, 17.

Collineau (*V.* Romans).

Collodion caustique (formules de —), par M. Macke. LXXIX, 319.

Collongues. De la dynamoscopie ou nouveau système d'auscultation, CXXIII, 492.

Comité médical des Bouches-du-Rhône (adresse du —) à l'association des médecins de la Seine. XLV, 185.

Compérat. (consultation pour un cas de blépharoptose demandée par M. Lizé, donnée par M. —). LXXVI, 303.

Compteur à gaz (application du —) à la mesure de l'air respiré), par M. Bonnet de Lyon, LVII, 131.

Congestions apoplectiques (*V.* acide arsénieux. LXII, 252.

Consanguinité (influence de la —) sur les produits du mariage), par M. Rilliet. LIX, 240. — LXIII, 253.

Constantin. Observation d'hydrophobie, après quatre mois d'incubation, chez un ouvrier mordu en même temps que plusieurs de ses camarades, non encore envahis par la maladie. LXXV, 303.

Consultation sur un cas de responsabilité médicale, par M. A. Latour. XLI, 365.

Contractiles (éléments des tissus —) par, M. Rouget. CLVI, 624.

Contraction musculaire (phénomènes physiques et chimiques de la —), par M. Ch. Matteucci. XLVIII, 196. — (conditions qui font varier la —) après la mort, par M. Matteucci. LV, 419.

Contractilité tendineuse, par M. J. Guérin. XXXIII, 133.

Contractures épidémiques (des —), par M. Marrotte. XL, 164. — Par épuisement nerveux, par M. Piogey. XL, 164.

Coqueluche (sur le traitement de la —), par M. Grub. CXLVIII. 592.

Cordon ombilical (observation d'absence totale du —) avec insertion du placenta sur le col, par M. Stute. CXVIII, 472.

Cornée. Observation de trouble de la —), revenant chaque jour après le sommeil, par M. Rosas. CIII, 412.

Corps étrangers des conduits auditifs externes (note sur un nouvel instrument bien simple pour extraire les —), par M. Bonnafont. CXXII, 491. — Des articulations (nouveau moyen de fixation des —), par M. Wolf CXXX, 520. — Gras (faculté assimilatrice des différents —), par M. Berthé. LXII, 252.

Corvisart. Sirop de pepsine. XVI, 64.

Coste. Développement des corps organisés. CV, 420.

Couperose (du traitement de la —) par l'iodure de chlorure mercureux (leçon de M. Nélaton sur la —). LXIV, 259.

Courants d'induction (note sur quelques nouvelles propriétés différentielles des —) de premier et de second ordres, par M. Duchenne de Boulogne. LIV, 219.

Coutenot. Action de l'huile de chènevis sur la sécrétion mammaire. LXXXII, 332.

Cowan (J.). De la dégénérescence du placenta. VIII, 32.

Cowdel (Charles). Deux cas de guérison de tétanos traumatique. XVI, 63.

Crozant (de). Note sur l'étiologie de la gravelle. XLV. 182. — XLVI, 184. — (réclamation de M. —), sur une lettre de M. Caillat. LVI, 228.

Croup (sur le —), par M. Wilson. LXXII, 296.

Cruveilhier. Sur l'ulcère simple de l'estomac. XIX, 79. — XXXIII, 136. — (opinion de M. —), sur le traitement des kystes de l'ovaire. CXXXIV, 535. — Du développement des entozoaires. CXLVIII, 592.

Cumming. Traitement du nœvus maternus par l'emplâtre stibié. IX, 36.

Curare (action du —) sur le système nerveux, par M. Kolliker. CXXXV, 539. — (Le—), antidote de la strychnine. CLVII, 627.

Cystite chez un enfant (cas de —), par M. A. Mercier. XLIII, 176.

D

Dal Piaz. Moyen de reconnaître la pureté de la glycérine. XLIX, 200.

Damoiseau. Sur l'emploi des lits médico-chirurgicaux. LXV, 264. — Des matités circonscrites par des courbes comme signes pathognomoniques des épanchements pleurétiques. CXLIX, 595.

Dareste. Rapport physiologique entre les lobes optiques et l'organe de la vue. — LIX, 240.

Décès. (Lettre du ministre de l'agriculture, relative à la rédaction d'un projet de classification des causes de décès en France.) CXXVIII, 511. — (Considérations sur la lettre du ministre de l'agriculture, sur la statistique des causes des —), par M. Bertillon. CXXXIII, 531. CXXXIV, 534. CXXXV, 539. — (Statistique des causes des —), lettre à M. Bertillon, par M. Marr d'Espine. CLVII, 625.

Declat. Traitement des névralgies par le valérianate d'ammoniaque. LXXXII, 331. CV, 419.

Delabarre. De l'application de la gutta-percha aux dentiers artificiels. XVI, 66.

Delafond (O.). *V.* pathologie générale comparée.

Delassiauve. Note sur le *delirium tremens*. CXXXVI, 544.

Delenda. *V.* Romans.

Delioux. Réclamations sur le mémoire de M. Parrot, relatif au zona, et réponse de M. Parrot. XLVIII, 196.

Délire des aboyeurs (du), par M. Bosredon. CXLVII, 588.

Delirium tremens (Note sur le), par M. Delassiauve CXXXVI, 544.

Delpech. Accidents que développe chez les ouvriers en caoutchouc l'exhalation du sulfure de carbone en vapeur. LXVI, 265.

Demarquay. Cancer du rectum, ablation partielle, guérison. LII, 209. — Modifications imprimées à la température animale par quelques maladies chirurgicales. CXXIII, 494.

Démon (le) de Socrate, par M. Moreau, de Tours. CXXI, 481. CXXII, 485.

Denonvilliers. Autoplastie pour remédier à un ectropion. LXXXIII, 336.

Depaul. Séjour prolongé dans l'utérus d'enfants morts. XLV, 184.

Derosi. Traitement par l'électricité des fièvres intermittentes. LXXXVIII, 353.

Désarticulation du genou (de la valeur relative de la — et de l'amputation de la cuisse), par M. Baudens. II, 8. — De la mâchoire inférieure (sur la) appliquée à l'extirpation des tumeurs profondes du pharynx, de la langue et du voile du palais, par M. Maisonneuve. L. 204.

Desormaux. Consultation sur un cas de pied-bot varus double chez un nouveau-né. LXXIX, 317.

Despaulx-Ader. Du chloroforme dans les accouchements et les douleurs musculaires. XVI, 66. — Pourquoi réussit-on? Pourquoi ne réussit-on pas? XXI, 87.

Deval. Amaurose vermineuse uni-oculaire; guérison rapide sous l'influence des poudres de Hufeland. CXLIV, 575.

Développement des corps organisés par M. Coste. CV, 420.

Devergie. De l'emploi du proto-sulfate de fer dans le traitement des maladies de la peau. VII, 27.— De l'emploi de la glycérine dans le traitement des maladies de la peau. XLIII, 174. — Note sur le pityriasis pilaris. LI, 207.

Devot. Statistique de la myopie en France. XIII, 51.

Diabète (cas de —) présentant des particularités remarquables, par M. Hillairet. CLVII, 628.

Dietl. Traitement du typhus et de la fièvre typhoïde. CII, 407.

Dieulafoy. Mal perforant du pied. C. 399.

Digitale (la) est-elle un sédatif ou un excitant du cœur? par M. Beau. XVI, 63. —(Action de la — et de la digitaline sur le cœur), par M. Homolle. XLI, 165.

Diphthérite (Observations de —, dont l'une traitée par les applications topiques de teinture d'iode), par M. Perron. LIII, 214. —(De l'emploi des gargarismes iodés et de la teinture d'iode dans le traitement de la —), par M. Zurkouski. LXX, 281.

Distomum hæmatorium, comme cause de maladies des voies urinaires en Egypte, par M. Bilharz. XCVIII, 396.

Dragoneau (du) ou ver filaire; par M. Mouzard. XVI, 62.

Drasche. Dépôt d'urée sur la peau et les muqueuses, dans la période typhoïde du choléra. CXXV, 498.

Druhen. Encore un mot sur la vaccine. VII, 25.

Dubois (A.). De la contagion possible du choléra. XVI, 65. — Efficacité des alcalins dans les maladies aphteuses. XVI, 66.

Dubois (Paul). Réponse à une lettre de M. Michel Lévy, sur le banquet des médecins de l'armée et de la flotte. XCVII, 392.

Dubois (d'Amiens). Eloge de M. Roux. CLII, 606.

Dubreuilh. Conditions favorables et défavorables à l'administration du seigle ergoté. LXVII, 272.

Duchenne, de Boulogne. Paralysie atrophique graisseuse de l'enfance. XVI, 63. — Note sur quelques nouvelles nouvelles propriétés différentielles des courants d'induction de premier et de second ordres. LIV, 219. — Recherches électro-physiologiques et pathologiques sur les fonctions des muscles du pied. LXVIII, 275.

Duchesne. Existence du phosphore à l'état libre dans les organes. XXXIII, 136.

Dufay. Le quinquina comme préservatif du choléra. CLVI, 622.

Dufour (Charles). Rétrécissement extrême du vagin sans obstacle à l'accouchement. XC, 364.

Dumont (G.). Influence de la variole sur la cécité. XXXIV, 139.

Dumont (de Monteux). Lettre à M. le docteur Cerise, sur l'une des formes de la douleur nerveuse, désignée sous le nom de *supplicium pluricum*. VII, 29. XI, 41. — Lettre à M. Munaret. LXX, 281. — Lettre ayant pour but de diminuer le nombre des victimes de l'expérimentation physiologique. CLVI, 621.

Douche hémostatique, par M. Gaillard. CXXVII, 506.

Duodeum (deux cas de lésions congénitale du — et de l'estomac, par M. Necker. CXXV, 500.

Duplicité monstrueuse (étiologie de la —), par M. Serres. LXXI, 304.

Dupuy. Affections des organes respiratoires. CXXIII, 471.

Durand-Fardel. Etudes sur les eaux-mères des salines. VII, 28.

Duroy. De l'iode considéré comme antiseptique. LXXXV, 343. LXXXVI, 346.

Dynamoscopie ou nouveau système d'auscultations, par M. Collongue. CXXIII, 492.

E

Eau laxative de Vienne (formule de l'—), LXI, 247. — Minérale (une) éprouve-t-elle dans sa composition des variations journalières, par M. E. Baudrimont, XLVI, 187. — Minérale de Birmensdorff (rapport sur l'—), par M. O. Henry, XI, 44. — Minérale de Miers (rapport sur l'—), par M. O. Henry. XI, 44. — Minérale de Pian-de-Chazy (rapport sur l'—), par M. O. Henry. XI, 44. — Minérale de Sarcey (rapport sur l'—), par M. O. Henry. XI, 44. — Minérale de Vals (rapport sur l'—), par M. O. Henry. XVII, 72. — Minérale de Vauguières (rapport sur l'—), par M. O. Henry. XVII, 72. — Minérale de Vittel (rapport sur l'—), par M. O. Henry. XVII, 72. — Mères des salines (étude sur les —), par M. Durand-Fardel. VII, 28. — Alcalines de Vichy (de l'emploi des —) dans les diathèses à forme anémique ou scorbutique, par M. F. Barthez. LV, 222. — de Saint-Galmier (les), par M. A. Latour. LVII, 229. Mères de salins (rappors sur les —), par M. O. Henry. XVII, 72. — Minérales artificielles (rapport sur les —), par M. Fermond, I, 3. — Minérales de Château-Gonthier (emploi médical des —), par M. Mahier. Rapport par M. Hérard. VII, 27. — Minérales de Luxeuil (note sur la composition de certains dépôts qu'abandonnent les —), par M. O. Henry. LVIII, 236. — Minérales de Pougues (notice médicale sur les —), par M. de Crozant. Analyse par M. A. Latour. LXXIV, 298. — De Vichy (les —), sont-elles purgatives? par M. Cahen. CXLV. 580.

Ebrard. Traitement des fièvres intermittentes rebelles, par un moyen bien simple. CLVII, 626.

Eclampsie puerpérale (emploi du chloroforme dans l'—). par M. Frémineau. XVI, 63.

École de médecine du Caire (réorganisation et réouverture de l'—). CXXIV, 495.

Ectropion (autoplastie pour remédier à un), par M. Denonvilliers. LXXXIII; 336.
Électrisation localisée (de l'—) et de son application à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique, par M. Duchesne de Boulogne (analyse par M. A. Latour. LXXXIV, 339. LXXXVI, 347. LXXXIX, 358.
Élimination (sur l'—) des médicaments ingérés, en général, et sur celle des alcaloïdes du quinquina en particulier, par M. Briquet. LXXXIII, 336.
Embryogénie comparée. Note par M. Serres. LXXII, 291.
Empoisonnement par la racine de l'atractylis gummifera, par M. Bouros. LXXX, 327. — Par les cantharides (dans un —) et la cantharidine, doit-on administrer des corps gras? par M. Schroff. XCV, 384. — Par l'opium (V. Belladone). — Par des pains à cacheter, par M. Verron. LXXI, 285. — Aigu par le phosphore (recherches sur l'—), par M. Schuchardt. CLVI, 623.
Enfants (résultats thérapeutiques obtenus à l'hôpital des —) de Munich, par M. Hauner. XXXIII, 135. XXXIX, 158.
Entérite vermineuse, compliquée d'hémorrhagie intestinale avec symptômes d'étranglement, par M. Halma-Grand. L, 202.
Entozoaires (du développement des —), par M. Cruveilhier. CXLVIII, 592.
Épanchements pleurétiques (les matités circonscrites par des courbes comme signes pathognomoniques des —), par M. Damoiseau. CXLIX, 595.
Épidémie cholérique de 1853-1854 (rapport sur l'—) dans les établissements dépendant de l'Administration générale de l'assistance publique de la ville de Paris, par M. Blondel. Analyse par M. A. Latour. VI, 21. IX, 35. X, 37.
Épididymite blennorrhagique, suivie d'inflammation de la vésicule séminale, de péritonite et de pleurésie, etc., par M. Peter. CXLI, 562.
Épilepsie (traitement de l'—), par M. Herpin. XVI, 65. — (recherches historiques sur l'—), par M. Josat, LXV, 261. LXVII, 269. LXVIII, 273. LXXI, 285. LXXIII, 293.
Ergotine (emploi de l'—) dans la diarrhée épidémique de l'armée sarde, en Orient, par M. Mazzalaz. CXLV, 579.
Érysipèle (de l'—) après l'ouverture d'abcès par le bistouri, par M. Legrand. CXXXV, 540.
Étiquettes pour les médicaments destinés à l'usage externe (circulaire de M. le préfet de police, concernant les —). XLIV, 177.
Éther (emploi de l'—) comme antidote du chloroforme, par M. A. Fabre. XCVI, 387. — (rapport de M. J. Cloquet sur l'emploi de l'—). CV, 419.
Étranglement interne par renversement et torsion du cœcum et du colon ascendant, par M. Moutard-Martin. LVII, 230.
Exanthèmes (de l'affinité qui existe entre les différents —), par M. Lecadre. LVIII, 233.
Expérimentateurs (humble supplique aux —), par M. A. Latour. XIVI, 385.
Expérimentation physiologique (lettre ayant pour but de diminuer les victimes de l'—), [illegible]
Ex voto (Examen des —) découverts dans le département de la Côte-d'Or, aux sources de la Seine, de la Dwi et de la Seine, par M. Ch. Rouhier. LVI, 223. LVIII, 233.
Eymael. Moyen de reconnaître immédiatement l'iode dans les urines. LXXXII, 332.

F

Fabre (A.). Emploi de l'éther comme antidote du chloroforme. XCVI, 387.
Fabrizzi (le docteur Paul—) et ses voyages par M. Ménière. CXIV, 453.
Fano. Fractures des côtes, etc. LXXXV, 344.
Fantonetti. Saccharure iodée, nouvelle préparation d'iode dans le traitement de la syphilis. LXVII, 272.
Farcin chronique (guérison d'un cas de—), chez l'homme, par M. Cazin. LVIII, 235.
Fauconneau-Dufresne. Discours prononcé sur la tombe de M. Ch. Petit. XXVI, 108. — Analyse des recherches sur la congestion sanguine du foie, par M. Fleury. LXXX, 321. — Quelques réflexions sur la note de M. le docteur de Crozant, concernant l'étiologie de la gravelle. LVI, 225.— Réflexions sur une discussion à propos de l'observation de M. Marrotte, concernant un calcul biliaire retenu dans l'intestin grêle. CXV, 457.
Faure. Traitement de l'asphyxie. LXXXII, 331.
Fécondation (obstacle à la—), et au cours menstruel, par le fait d'une membrane fibreuse qui coiffait le museau de tanche et couvrait l'orifice utérin, — opération, succès, par M. Fournet. XIII, 52.
Fermond. Rapport sur les eaux minérales artificielles. I, 3.
Féron. Traitement de la manie aiguë par la diète lactée. CXIII, 450.
Ferrez. Observation de cauchemar intermittent. LXXIII, 296.
Ferrugineux (analyse d'un mémoire de M. Quevenne, sur l'action physiologique et thérapeutique des—), par M. Blain des Cormiers. XII, 48.
Fiedler. Deux cas de scléréme de la peau. VIII, 32.
Fièvre gastrorrhagique intermittente pernicieuse, sans ulcération de l'estomac, par M. Bonnet, de Poitiers. CXII, 447. — Intermittente (expérience sur l'action de plusieurs substances contre la —), par M. Seitz. XIX, 79. — Intermittente, chez les enfants, éclampsie par M. Blachez. LXXII, 289. — Intermittente éclamptique (un mot sur la—), par M. Liégey. LXXV, 303. — Intermittente éclamptique ou épileptique chez un jeune enfant, par M. Liégey. CII, 408. — Intermittente gastrorrhagique (observation de—), par M. Bourgeois. CXXVII, 506. — Intermittente larvée; tuberculé du cerveau; emphysème pulmonaire, par M. Gallard, XVI, 64.—Intermittente avec hématémèse (observation de—), par M. Ch. Pellarin. CXL, 557. — Intermittente pernicieuse épileptiforme, effets du sulfate de quinine, par M. Bonnet, de Poitiers. CXIII, 451. — Intermittente (observation sur la température du corps dans la—), par M. Michael. CL, 600.
Fièvre jaune (résultats d'une enquête sur l'emploi de l'inoculation du venin d'une vipère, comme moyen préventif de la—), par M. Sénard. VII, 26. — Jaune épidémique (sur la—), par M. A. Pellerin. CXXXI, 522. — Pernicieuse éclamptiforme (observation de—), par M. Netter. CXLVI, 582. — Puerpérale (moyen préventif de la—), par M. Piedagnel. CXLVII, 588. — Puerpérale (épidémie de—), à Dunkerque, par M. Zandyck. CLI, 603. — Typhoïde (prescriptions applicables à certaines formes de la—). XIII, 51. — Typhoïde (du développement de la—), chez les animaux, par M. Becquerel. XXI, 88. — Typhoïde (forme péritonéale de la—), par M. Pedoux. LXXIII, 295. — Typhoïde (traitement préservatif de la—), et des maladies infectieuses par l'inoculation de leurs produits morbides, par M. Bourguignon. XC, 365. — Typhoïde (cas de—), survenu après et pendant la petite-vérole, par M. Piogey. XC, 365. — Intermittentes rebelles (traitement des—), par M. E. Chauffard. X, 39. — Par M. Bochard, ib., 40. — Intermittentes (apparition de—), dans les localités qui en étaient habituellement exemptes, par M. Rougot. XXV, 104. — Intermittentes (du sel de cuisine dans les—), par M. Moroschkin. LXXXVIII, 355. — Traitement par l'électricité, ib., ib. — Marémateuses de longue durée (efficacité de la médication quinique dans les—), par M. Bertet. XXVII, 111. — Palustres (médication de Sydenham contre les—). CXLII, 567. — Sudatoires (les) suette, suette miliaire, fièvre miliaire sporadique et épidémique, etc., par M. Borchard (analyse par M. A. Latour. LV, 221.
Fièvres intermittentes rebelles (traitement des —), par l'application d'écorce de racine de noyer, par M. Ebrard. CLVII, 626.
Fissure à l'anus (tannin mêlé à la glycérine contre la—), par M. Van Holsbeck. CXLII, 567. — Anale occasionnant des accidents sérieux, qui a résisté à une foule de moyens conseillés en pareil cas, et qui a fini par céder à un mode de traitement fort simple, par M. Plouviez, CLV, 619.
Fistule lacrymale (du traitement de la —), par M. A. Forget. XLII, 169. — Cure radicale de la tumeur et de la —, par M. Tavignot. CXXIX, 516. — Vésico-utérine, guérie par l'opération (observation de —), par M. Jobert de Lamballe. CXLI, 561. — Vesico-vaginales (la serre-fine appliquée au traitement des —), par M. Bertet. XCIII, 375. — Vésico-vaginale opérée avec succès, par la méthode de M. Jobert de Lamballe, par M. Philippeaux. LXIX, 277. — Vésico-vaginales (traitement palliatif des —), par M. Reybaud. LXXIX, 319.
Fixateur de l'œil, par M. Castorani. CXXXII, 527.
[illegible] sensibilité des tendons. CXXIII, 492.
Fluor (présence du — dans le sang), par M. Nicklès. CXXXVIII, 551.
Fœtus (des causes de la position normale du — dans la matrice), par M. Kristeller. XXX, 122.
Foi (de la — en médecine), par M. A. Latour. CLIV, 613.
Foie (congestion sanguine du —), par M. L. Fleury (analyse par M. Fauconneau-Dufresne. LXXX, 321. — (Sur les fonctions du — chez les Arachnides), par M. E. Blanchard. VI, 24. — (Cancer du —, de l'estomac et du cerveau, diagnostic, différentiel, etc.), par M. Gauchet. CXXXII, 525. — (Sur l'atrophie aiguë du — chez les enfants). CXLVIII, 592.
Foissac. Compte-rendu de l'éloge de Léopold de Buch, par M. Flourens. XV, 57.
Folie (lettres sur la —), par M. Lisle, XII, 45. XV, 57.
Follin. Expériences sur la ligature de l'œsophage. CIV, 415.—Moyen d'administrer le gaz acide carbonique comme anesthésique local dans les affections douloureuses de l'utérus. CLVII, 626.
Forceps-scie (douze cas d'applications du —), par M. de Betti. CXXX 520.
Forget (A.). Réflexions sur la note de M. Moreau-Nicolas, relative à l'administration du chloroforme. XVIII, 74. — Du traitement de la fistule lacrymale. XLII, 169. — (V. Hydropisie abdominale).
Forget (de Strasbourg). Réclamation de priorité relative à une opinion sur le vitalisme. V, 17. — Réclamation sur la complication des fièvres typhoïdes par l'angine couenneuse. XXVII, 112. — Sur des vers lombricoïdes, rencontrés dans les canaux biliaires. LXV, 261. — Du cancer cérébral. CXXVI, 503.
Fournet. Obstacle à la fécondation et au cours menstruel, par le fait d'une membrane fibreuse qui coiffait le museau de tanche et couvrait l'orifice utérin, plus de quinze ans de date de la maladie; opération avec succès. XIII, 52. — Gastrorrhagie dépendant d'une cause générale et locale, etc. LXIX, 278.
Fournier (A.). Note sur le chlorate de potasse employé contre la stomatite hydrargyrique avec continuation du traitement mercuriel. C, 397. CI, 401.
Fracture du bassin, déchirure du canal urétral, infiltration de l'urine gagnant la cuisse et allant jusqu'à la partie interne du genou, mort, par M. Royer. XX, 83. — Du col du fémur, de la rotule et rupture du ligament rotulien, par M. Bonnafont. XVI, 67. — Comminutive de la jambe, bandage par occlusion, par M. Géry. LV, 223. — De la clavicule (remarques sur la symptomatologie des —), par M. Linhart. CLIV, 616. — Des côtes (sur quelques-uns des accidents qui compliquent les —), par M. Fano. LXXXIII, 335. LXXXV, 344. — De la jambe (traitement des —), à l'aide d'appareils semi-périphériques en plâtre, et de la suspension, par M. J. Périer. CXXXII, 527.— De l'olécrâne (observation destinée à l'histoire des —), par M. Leroy-Dupré. CLIII, 609. — De l'emploi du collodion dans les —, par M. Wendrykowsky. CXLIII, 572.
Fraigniaud. Hydrophobie rabique après une incubation de neuf mois. LXXI, 286.
Frémineau. Emploi du chloroforme dans l'éclampsie puerpérale. XVI, 65.
Fritz. Ictère grave; état typhoïde, diminution de volume du foie; hémorrhagies; crampes; guérison. CXXIX, 515.
Furoncle mortel (observation de —), par M. Rotureau. XVI, 66.

G

Gaillard. Du kyste sus-orbitaire congénital. LXXV, 302. — Douche hémostatique. CXXVII. 507.
Gale. Nouvelle préparation contre la —. CLVI, 624. — Traitement de la —, par une solution aqueuse de potasse caustique. CLVII, 627.
Gallard. Fièvre intermittente larvée, tubercules du cerveau; emphysème pulmonaire. XVI, 64. — Du phlegmon péri-utérin, et de son traitement. XVI, 66. — Eloge de Valleix. XXXIV, 157.
Galierand. Prophylaxie et thérapeutique du scorbut par l'emploi du jus de citron. XLIX, 199. — Réclamation de M. — sur une lettre de M. Perrin. LVI, 228.
Galvanique. Action physiologique et thérapeutique du courant — constant sur les nerfs et les muscles de l'homme, par M. Remak. CXX, 480.
Galvano-caustique (de la), par M. Meddeldorff. CXXVI, 504.
Gamberini. Succédané de la quinine. VIII, 32.
Ganglions semi-lunaire, (influence des —) sur les intestins, par M. Budge. CXXIX, 516.
Gangrène glycoémique (note sur la —), Par M. Marchal (de Calvi). CXLIV, 545. — (De la suite d'artérite), par M. Porta. CLIV, 615.
Garrin. Note sur des cas de typhus, LXXXI, 327.
Gastrite chronique, (forme particulière de la —, comparée à l'ulcère simple, et au cancer de l'estomac), par M. Trousseau. LXXXVIII, 353. — XCII, 374. — C. 398, etc. CV, 417.
Gastrorrhagie dépendant d'une double cause, générale et locale. Par M. Fournet. LXIX, 278.
Gauchet. Revue clinique. *Passim.* — Cancer du foie de l'estomac et du cerveau, diagnostic différentiel, etc. CXXXII, 525. — Apoplexie pulmonaire chez une femme enceinte de huit mois; accouchement prématuré artificiel; naissance d'un enfant vivant; rétablissement de la mère. CXLVI, 581.—Deux faits de thoracentèse pratiquée pour des épanchements pleurétiques aigus très abondants, et suivie de succès. [illegible] — CXLVIII, 590.
Gautier. Observations d'un kyste de l'ovaire; rupture de ce kyste; résorption de la portion liquide de la tumeur. CXLII, 566.
Gaz acide carbonique, (emploi du —), pour exciter le travail dans l'accouchement prématuré artificiel. CXLVI, 583. — Acide carbonique, comme anesthésique local dans les maladies utérines, par M. Simpson. CXXXVII, 548. — Moyen d'administrer le —) comme anesthésique local dans les affections douloureuses de l'utérus, par M. Follin. CLVII, 627.
Gelée de lichen et d'huile de foie de morue, (mode de préparation d'une —), par M. Sauvan. CXLII, 567.
Geoffroy Saint-Hilaire. V. Viande de cheval.
George. Appareil destiné à produire l'engourdissement d'une dent malade, dont on doit faire l'extraction. CLIII, 611.
Géry. Fracture comminutive de la jambe, bandage par occlusion. LV, 223. — Hémiplégie avec retour de la mémoire et de l'intelligence quelques jours avant la mort. CXII, 448.
Gigon. Mémoire sur l'ischurie uretérique, et sur l'uretérotemnie, ou taille de l'urètre. XX, 81.— Mémoire sur l'ischurie, etc. XXI, 85. — Mémoire sur l'ischurie, etc. XXIII, 95. — Recherches sur l'ischurie, — LXXIV, 297. — Ischurie. LXXV, 301. — Réclamation de priorité en faveur de Magendie sur l'injection alcoolique dans les kystes de l'ovaire. CXX, 480.
Gillebert d'Hercourt. Sur la possibilité de la guérison des luxations coxo-fémorales congénitales. XI, 43.
Gimelle (opinion de M. —), sur le traitement des kystes de l'ovaire. CXXXI, 525.
Gintrac (H.), observations d'hémorrhée pétéchiale. XXV, 105.
Girard. Transmission des bruits respiratoires à travers un épanchement pleurétique. CXXXIV, 535.
Glue, (emploi de la — après l'opération de la cataracte par abaissement), par M. Magne. XVI, 67.
Glycérine, (application de la —, à la conservation des matières animales), par M. Luton. IV, 16. — (Nouveaux faits en faveur des avantages du pansement des plaies avec la —), par M. Bertet, XIII, 51.—(Nouvelle note sur —), par M. Cap p. XXVI, 104.— (De l'emploi de la —. dans le traitement des maladies de la peau), par M. Devergie. XLIII, 174. — De l'emploi de la —) dans le traitement du prurigo, par M. Sère. XLIII, 175. — Moyen de reconnaître la pureté de la —, par M. Dal Piaz. XLIX, 200. — Iodée contre plusieurs maladies de la peau, par M. Richter LXXXVII, 352.
Glycogénie, fait nouveau relatif au phénomène de la —, par M. G. Reghini. LXXIX, 319.
Glycosurie physiologique (de la), des femmes en couches, des nourrices, et d'un certain nombre de femmes enceintes, par M. H. Blot. CXXVI, 504.
Godelier. Résumé d'un mémoire sur le typhus observé au Val-de-Grâce, de janvier à mai 1856. LXXXIII, 334. —LXXXIV, 338.
Gosselin. Sur le traitement de la grenouillette. II, 7.
Goût. V. Anesthésie.
Goutte. (Traitement de la —), par le benzoate de soude, par M. Briau. CLVII, 627.
Grenouillette. (Sur le traitement de la —), par M. Gosselin. II, 7.
Gobley. Analyse du champignon comestible de couche. XVII, 72. — Recherches sur la nature chimique et les propriétés des matières grasses contenues dans la bile. CVII, 428.
Goubeaux. Action du sel marin, et de la saumure sur l'économie. XCIII, 376.
Gratiolet. Effets de l'ablation des capsules surrénales. CXI, 444.
Gravelle. Note sur l'étiologie de la —, par M. de Crozant. XLV, 182. — Note sur l'étiologie, etc. XLVI, 185. — (Quelques réflexions sur la note de M. de Crozant, relative à l'étiologie de la gravelle), par M. Fauconneau-Dufresne. LVI, 225. — Pharyngienne (observation de —), par M. Guéneau de Mussy. XVIII, 76.
Grossesse extra-utérine, par M. May. CXXXI, 524. — (Observation de—), compliquée d'hydropisie ovarienne, etc. CXXXIII, 532.— Anormales (deux), par M. Monteils-Pons. LI, 207.
Grub. Sur le traitement de la coqueluche. CXLVIII, 592.
Grun. Emploi de l'acide sulfureux contre la teigne, XXI, 88.
Gueneau de Mussy. Observation de gravelle pharyngienne. XVIII, 76.
Guepin. Du séton dans les maladies des yeux. LXXIII, 293.
Guérard. Observation d'hématocèle recto-vaginale. L. 207.
Guérin (Alph.). Nouveaux faits de cure radicale de hernies par l'invagination. CXLII. 566.
Guérin (Jules). Contractilité tendineuse. XXXIII, 135.
Guersant. Traitement des adénites cervicales. CXLV, 579.
Guillon. Accidents observés sous les tropiques, par suite de l'ingestion du poisson. XXVIII, 116. — Guillon. Lithotripsie d'un calcul volumineux, et très dur. CXLIV, 576.
Guillot (N.). Eloge de M. le professeur Requin. CXXXIX, 554.
Gumprecht. Sur l'alimentation des enfants sevrés, ou que l'on veut sevrer. VIII, 32.
Gutta-percha (de l'application de la —), aux dentiers artificiels, par M. Delabarre. XVI, 66. — V. Caustiques.
Guyet (Jules). Nouveau spiromètre. XCIII, 376.
Guyot. Anesthésie du sens du goût. LXXV, 304.
Guyot (Ch. T.). Moyen de remplacer le lait dans certains cas. LXXVI, 307.
Guyot (Jules.). De l'emploi de la chaleur au traitement du [illegible], de l'alcool dans les phlegmasies, XXV, 101. — Lettre sur le traitement de la phthisie pulmonaire. CXXIV, 493.

H

Halma-Grand. Entérite vermineuse, compliquée d'hémorrhagie intestinale avec symptômes d'étranglement. L, 202.
Hameau. Arcachon. LXXIV, 297. LXXVI, 305.
Harley Actions de la strychnine sur la moelle épinière. CXI, 444.
Hausser. Résultats thérapeutiques obtenus à l'hôpital des enfants de Munich. XXXIII, 135.— XXXIX, 158.
Hecker. Deux cas de lésions congénitales du duodenum et de l'estomac. CXXV, 500.
Hematocèle recto-vaginale (observation d'—), par M. Guérard. LI, 207.
Hémiplégie avec retour de la mémoire et de l'intelligence quelques jours avant la mort, par M. Géry. CXII, 448.
Hémorrhagie cérébrale (inutilité d'un traitement actif dans l'—), par M. Trousseau. LXXIII, 293. — Meningée, sous-arachnoïdienne, par M. Béhier. LXVIII, 273. — Rachidienne (observation d'—), par M. Ch. Bernard. LXII, 251.
Hémorrhée pétéchiale (observation d'—), par M. H. Gintrac. XXV, 103.
Henry (O.). Rapport sur l'eau minérale de Vals, de Vauguières, de Vittel, et des eaux-mères de la saline de Salins. XVII, 72. — Note sur la composition de certains dépôts qu'abandonnent les eaux minérales de Luxeuil. LVIII, 236. — Rapport sur les eaux minérales d'Usson, de Vrécourt, d'Aurenson et de Marina. LXXI, 288. — V. eau minérale. — Et Humbert. Recherches médico-légales sur l'acide cyanhydrique et ses composés. LVII, 227.
Henry (O.) fils. Nouvelle méthode d'analyse qualitative de l'iode et du brome. CXIX, 476.
Hérard. Rapport sur un mémoire de M. Mahier, sur l'emploi médical des eaux minérales de Château-Gonthier. VII, 27. — Ulcères chroniques simples de l'estomac, perforation, péritonite consécutive, mort. LXXXIII, 335. — Rapport sur le précis théorique et pratique des maladies du cœur, des vaisseaux et du sang, de M. Forget. CVI, 423.
Hernie congéniale ou extrophie de la vessie, par M. Bertet. CXLVII, 586. — Méthode Seutin dans les —, LXI, 248. — Nouveaux faits de cure radicale de —, par l'invagination, par M. A. Guérin. CXLII, 566. — étranglées (de l'infusion de café dans les —). CLVI, 624. — (des), par M. Piorry. LXVIII, 274.
Herpès tonsurant (traitement de l'— du cuir chevelu, par M. Bazin. CXLV, 580.
Herpin (discours de M. — en prenant la présidence de la Société médicale d'émulation). XIV, 56. — Traitement de l'épilepsie. XVI, 65. — Deux faits pour servir à l'histoire thérapeutique des kystes de l'ovaire. CXXXV, 537. CXXXVI, 542.
Hervieux. Traitement du scléréme des nouveau-nés par le massage et l'excitation musculaire. LI, 208.— Note sur un cas de pharyngorrhée à forme intermittente et de nature rhumatismale, guéri par le sulfate de quinine. LXIV, 258.— Altération des plaques de Peyer et des follicules isolés chez les enfants en bas âge. CXXXVI, 543.
Heurteloup. De la section mousse. LXXXI, 325.
Heyfelder. Résultat des opérations faites à Helsingfors, pendant le bombardement de Swéaborg. LXXXI, 328.
Hefflelsheim. Influence de la ligature des gros vaisseaux du cœur sur le battement ou choc précordial. CXXIX, 516.
Higginbottom. De la syncope sénile. LXXXVIII, 354.
Hillairet. Du danger de l'introduction du sang dans les voies aériennes; de la forme à donner aux canules. CXLVIII, 592. — Cas de diabète présentant quelques particularités remarquables. CLVII, 627.
Histoire de la médecine depuis Hippocrate jusqu'à nos jours. Cours professé par M. Andral et rédigé par M. Tartivel (V. Andral et Tartivel).
Hohl. Paralysie de la sensibilité et de la contractilité des extrémités inférieures; accouchement sans la moindre douleur. XLV, 184.
Homolle. De l'action de la digitale et de la digitaline sur le cœur. XLI, 165. — Réflexions sur l'emploi de l'iode dans la diphthérite. LXX, 281.
Hoquet (moyen très simple de faire cesser le —). CLVII, 627.
Huguier (opinion de M. —) sur le traitement des kystes de l'ovaire. CXXXVII, 546.
Huile de foie de morue brune pure (avantages de l'—) sur l'huile de foie de morue blanche, par M. Berthé. CLIV, 616.
Huter. Observations de respiration et de vagissements d'un nouveau-né renfermé encore dans les membranes intactes. CXXIII, 491. CXXVII, 507.
Hydrocèle des nouveau-nés et des enfants à la mamelle (traitement de l'—), par M. Linhart. LXXXVIII, 356.
Hydrocéphale (sur l'—), par M. Luysinsky. IX, 35.
Hydrocotyle asiatique (note sur l'—). Observation d'un cas mortel de lèpre tuberculeuse, par M. Sénard. XLIII, 173.
Hydro-ferro-cyanate de potasse et d'urée (nouveaux faits relatifs à l'emploi de l'—) par M. Baud. LXIV, 260.
Hydrophobie (observation d'—) après quatre mois d'incubation, chez un ouvrier mordu en même temps que plusieurs de ses camarades, non encore envahis par la maladie, par M. Constantin, LXXV, 303. — Rabique développée après une incubation de neuf mois, par M. Fraignaud. LXXI, 286. — Incubation de 18 mois, etc., par M. Valentin. CVIII, 432.
Hydropisie abdominale (consultation sur un cas d'—). Est-ce une ascite? est-ce un kyste séreux? Demande par M. Nicolas. — Réponse par M. A. Forget. CLI, 601.
Hydrothérapie (influence de l'—) sur la tolérance pour les médicaments, par M. Vidart. XIX, 78. — (Études pratiques sur l'—), par M. P. Vidart. Analyse par M. A. Latour. XXII, 92. — (Des indications et des contre-indications de l'—), par M. Lubanski. LX, 241. LXI, 245. LXIII, 254.
Hygiène (cours d'—), par M. Tessereau, analyse par M. Ch. Bernard. XXXI, 127. — Navale (traité d'—), par M. Fonssagrives, analyse par M. A. Latour. XC, 362. — Publique et privée des Romains (l'—), d'après les ruines de Rome et de Pompéia, par M. Michea. XLIV, 177. XLVII, 189. L, 201.
Hypospadias considérable (observation d'—). Fécondation, par M. Travel. CIII, 412.
Hystérie (l'utérus est-il le siége de l'—), etc.? par M. Briquet. LXXVI, 306. LXXVII, 309.
Hystériques (étude expérimentale des périodes de la vie auxquelles se développent de préférence les affections), par M. Briquet. CXIII, 449. CXIV, 453.

I

Ictère grave. Accidents généraux, hémorrhagie, par M. Ch. Bernard. CXVIII, 470. — Etat typhoïde; diminution de volume du foie; hémorrhagies, crampes, guérison par M. Fritz. CXXIX, 515. — typhoïde (de la nature de l'—), par M. Lebert. LX, 244.
Idiots (asile des — de l'Etat de New-York à Syracuse). LXXIII, 294.
Imagination (l'—) et la folie, par M. P. Bernard. XIII, 49.
Impuissance (traité de l'— et de la stérilité), par M. F. Roubaud, analyse par M. A. Latour. CXLI, 561.
Incapacité légale (de l'—), pour le médecin qui résulte de l'art. 909 du code Napoléon. — Arrêt de la cour impériale de Toulouse sur cette question. CXXXIII, 529
Incontinence d'urine chez l'homme (moyen d'empêcher sûrement l'écoulement de l'urine dans l'—), par M. Plouviez (rapport par M. Mercier. XLIII, 176.
Inertie utérine (sur l'— et la fatigue de l'utérus pendant l'accouchement), par M. Mattei. CXVI, 464.
Inhalations respiratoires d'eau minérale (rapport de M. Patissier sur l'étude médicale des — par M. Sales-Girons). CX, 440.
Injections iodées dans deux kystes congéniaux du cou, par M. J. Roux, CIV, 416.
Inondations (mesures hygiéniques pour prévenir les épidémies suite des—), par M. A. Latour, LXXII, 289.
Insuffisance (de l'— des valvules aortiques, avec des considérations générale sur les

maladies du cœur), par M. Alvaranga (da Costa), analyse par M. Garnier, XLII, 472.
Instruction (influence hygiénique et morale de l'—), par M. Bertillon, LXI, 245.
Intelligence (du siége commun de l'— de la volonté et de la sensibilité chez l'homme), par M. Max Parchappe, I, 4. VII, 25. X, 38. XVI, 61. XIX, 77. XXV, 101. XXVIII, 113. XXXI, 125. XLII, 170. XLIV, 178.
Intoxications saturnines (de l'association de l'iodure de potassium et des sulfureux, des bains alcalins et des bains sulfureux dans le traitement des —), par M. Beaupoil, VII, 27.
Iode (du passage de l'— par assimilation digestive dans le lait de quelques mammifères), par M. M. Labourdette et Dumesnil. LVI, 228. — (de l'—), considéré comme antiseptique, par M. Duroy. LXXXV, 313. LXXXVI, 346. — (moyen de reconnaître immédiatement l'— dans les urines), par M. Eymael. LXXXII, 332. — (Nouvelle méthode d'analyse qualitative de l'—et du brome), par M. O. Henry fils. CXIX, 476.
Iodoforme (recherches chimiques, physiologiques et thérapeutiques sur l'—) par M. Morezin. CVII, 428.
Iodure de fer (de l'action thérapeutique de l'—) dans les maladies scrofuleuses, par M. Moreau. XVIII, 76. — de potassium (antidote de l'—). CLVII, 627.
Iritis (considérations sur l'— et son traitement), par M. Quadri. CIV, 416.
Isambert. Emploi du chlorate de potasse dans les affections diphthéritiques. LXXVI, 308.
Ischurie urétérique (mémoire sur l'— et sur l'urétérotomie), par M. Gigon. XX, 82. XXI, 85. XXIII, 93. — (Recherches sur l'—) par M. Gigon. LXXIV, 297. LXXV, 301.
Ivoire (l'— des dents est-il le produit d'une sécrétion, d'une transsudation à la surface du bulbe dentaire? ou est-il le résultat d'une transformation et d'une véritable ossification de ce bulbe), par M. Oudet. XCII, 371. XCV, 383. XCVI, 387.

J

Jobert (de Lamballe). Propriétés du tissu cicatriciel et application de l'autoplastie aux brides. XXXVI, 146. — Faits d'autoplastie. LI, 207. — Expériences sur la ligature de l'œsophage. XCVIII, 394. — Rapport sur un procédé d'otomiosi proposé par M. Martens. CXXVI, 500. — Opinion de M. — sur le traitements des kystes de l'ovaire. CXXVIII, 512. — CX, 557. — Observation de fistule vesico-uterine guérie par l'opération. CXLI, 561.
Joly. Deux nouveaux genres tératologiques (ischiomèle et agnatocéphale). XXVIII, 116.
Jolly (V. Maladies convulsives).
Jordan. De l'autoplastie periostique. LXXI, 287.
Joret. Nouvelles observations confirmatives des propriétés fébrifuges de l'apiol LXXVII, 311.
Jossat. Recherches historiques sur l'épilepsie. LXV, 264. — LXVII, 269. — LXVIII, 273. — LXXI, 285. — LXXIII, 292.
Journalisme (le—), et l'association, par M. Legrand. LXXXVI, 340. — Par M. A Latour. LXXXVII, 349.

K

Kaupp. Recherches sur l'influence du chlorure sodique sur l'urine. LII, 21.
Kératite (de la—), et de ses suites, par M. B. Castorani, analyse par M. A. Latour. XLIV, 180. — Ulcéreuse (des effets de l'occlusion des paupières dans deux cas de—), générale, par M. Mascorel. CIX, 414.
Klinger. Remarques sur l'obturation de l'artère pulmonaire, par des caillots sanguins. XLVIII, 195.
Kolliker. Action du curare sur le système nerveux.—Terminaison des nerfs dans l'organe électrique de la torpille. CXXXV, 539.
Kolliker et Muller. Expériences sur la transformation de l'amygdaline en acide cyanhydrique, dans l'organisme vivant. CXLVIII, 592.
Kristeller. Des causes de la position normale du fœtus dans la matrice. XXX, 122.
Kuttner. Etudes du ramollissement gélatineux de l'estomac chez les petits enfants. CXI, 444.
Kyste. Sus-orbitaire congénital, par M. Gaillard. LXXV, 302. — De l'ovaire (observation d'un—), traité par une nouvelle méthode, par M. Barth. XLI, 168. — Ovarique (observation d'un—), et procédé particulier de ponctions suivie d'injections iodées, par M. Barth. CXXV, 499. — Ovarique (observation de rupture spontanée d'un—), suivie de guérison, par M. Marchand. CXXXI, 521. — De l'ovaire uniloculaire; ponctions antérieures; reproduction du liquide; injection iodée; réduction très grande du kyste; santé générale très bonne depuis deux ans; par M. A. Laboulbène. CLVI, 621. — De l'ovaire guéri par la ponction (observation de—), par M. Claudot. CXLI, 564. — De l'ovaire, rupture de la portion liquide de la tumeur (observation d'un—), par M. Gauthier. CXLII, 566. — De l'ovaire (discussion sur le traitement des—). CXXV, 499. — CXXVIII, 511.— CXXXI, 522. — CXXXIV, 555. — CXXXVII, 546. — CXL, 557. — CXLIII, 571. — De l'ovaire (injections iodées dans les—), CXLVI, 585. — De l'ovaire (deux faits pour servir à l'histoire thérapeutique des—), par M. Herpin. CXXXV. 557. — CXXXVI, 542. — De l'ovaire (du traitement des—), volumineux par les ponctions répétées, préparatoires aux injections iodées d'après la méthode de M. Demarquay, par M. Paupert. CXVI, 461. — De l'ovaire (note sur les—, et leur traitement, par M. Pidoux. CXXXVII, 545.— CXXXVIII, 549. — CXXXIX, 553. — De l'ovaire (qu'a produit jusqu'ici la discussion académique sur le traitement des—), par M. A. Latour. CXLVIII, 589. — De l'ovaire (discussion sur le traitement des—), à la Société médicale des hôpitaux. CXLIX, 595.

L

Laboulbène. Kyste de l'ovaire uniloculaire, ponctions antérieures, reproduction du liquide, injection iodée, réduction très grande du kyste; santé générale très bonne depuis deux ans. CLVI, 621.
Labourdette et Dumesnil. Du passage de l'iode par assimilation digestive dans le lait de quelques mammifères. LVI, 228.
Laboureur. Lettre sur le valérianate d'ammoniaque. XCVII, 389. — Le valérianate d'ammoniaque, tel qu'on le trouve aujourd'hui dans le commerce, n'est pas un médicament à composition définie. CIX, 434.
Lait (du) chez les femmes à l'état de santé et de maladie, par MM. Vernois et Becquerel. XVI, 67. — (moyen de remplacer le —) dans certains cas, par M. Ch. T. Guyot. LXXVI, 307. — Artificiel fait avec du bouillon (rapport de M. Piorry sur un —), proposé par MM. Gaudin et Choumara. CI, 404.
Lamarre-Piquot. De l'acide arsénieux dans les congestions apoplectiques. LXII, 252.
Landolfi (*V.* Cancéreuses).
Landouzy. Nouvelles données sur le diagnostic de la pleurésie et les indications de la thoracentèse. CXIV, 456.
Langenbeck. Du traitement des grandes plaies, surtout d'amputation par le bain tiède continu. XI, 41. — XII, 47.
Langlois. Du rôle de l'acide carbonique en présence des alcalis végétaux. XXVI. 106.
Larrey. Eclat d'obus ayant déterminé une plaie grave des organes génitaux, XVI, 63. — (opinion de M. —), sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion des paupières. XXXIII, 96. — Névropathie et épilepsie traumatiques. LXXXI, 327.
Latour (Amédée). Appréciation des séances de l'Académie de médecine (*Passim*). — Causeries. I, 1. — XII. 45. — XVII, 75. — XXI, 85. — XXVII, 109. — XXX, 121. — XXXVI, 145. — XLII, 169. — XLV, 181. — XLVIII, 193. — LIV, 217. — LXIII, 253. — LXVI, 265. — LXIX, 277, LXXV, 301. — LXXVIII, 313. — LXXXI, 325. — LXXXIV, 337. — CVIII, 429. — CXI, 441. — CXXIII, 489. — CXXVI, 501. — CXXXII, 525. — CXXXV, 537.— CXLIV, 575.—CXXXVIII, 549.— CXLVII, 585. — CL, 597. — CLIII, 609. — Rapport sur l'épidémie cholérique de 1853-1854, par M. Blondel (analyse). VI, 21. — XI, 53. — X, 38. — Analyse du traité des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, par M. Bouchut. VIII, 31.—Analyse du traité de pathologie générale comparée des animaux domestiques, par O. Delafond. XIV, 54. — Le médecin qui, dans une épidémie, obéit à une réquisition de l'autorité administrative, pour porter ses soins aux malades, est-il fondé à réclamer auprès de cette autorité des honoraires, pour ses peines et son temps. XVII, 69. — Analyse des nouveaux éléments de pathologie médicale, par M. Bayle. XVII, 72. — Deuxième banquet offert par M. le doyen de la faculté de médecine de Paris aux élèves qui ont obtenu les meilleures notes à leurs examens XX, 81. — Lettre à M. Amussat, sur le traitement de la phthisie pulmonaire. XXII, 89. — Analyse des études pratiques sur l'hydrothérapie, de M. P. Vidart. XXII, 92. — Analyse du traité du suicide et de la folie-suicide de M. Brierre de Boismont. XXIV, 97. — Analyse de la physiologie élémentaire de l'homme, par M. Brachet. XXVI, 105. — Analyse du traité pratique de la cautérisation, de M. Philipeaux. XXIX, 118. — Réponse à une lettre de M. E. Bauché. XXXIII, 133.— Analyse du traité théorique et pratique des maladies des yeux, par M. Demarres. XXXV, 142. — XXXVIII, 153. — Le banquet de l'*Union médicale*. XL, 161. — Les sociétés de secours mutuels et les médecins. CXVII, 165. — Analyse de l'ouvrage intitulé: De la kératite et de ses suites, par M. Castorani. XLIV, 180. — Analyse de la thèse de M. Borchard, sur les fièvres sudatoires, etc. LV, 221. — Analyse des leçons de physiologie expérimentale, etc. de M. Cl. Bernard. LVI, 227. — Les eaux de Saint-Galmier. LVII, 229. — Analyse de l'étude statistique de l'aliénation mentale dans le département du Bas-Rhin, par M. Dagonnet. LIX, 239. — Amussat. LX, 241. — La rage. LXIV, 257. — Analyse du traité de toxicologie, par M. Galtier. LXVI, 268 — Mesures hygiéniques pour prévenir les épidémies suite des inondations. LXXI, 289. — Analyse de la notice médicale sur les eaux minérales de Pougues, par M. Crozant. LXXIV, 299. — Analyse de l'ouvrage de M. Duchenne de Boulogne sur l'électrisation localisée. LXXXIV, 339. — Le journalisme. CXXXVII, 549. — Un mot sur le nalisme. CXXXVII, 549. — Un mot sur le nalisme. CXXXVII, 549. — Un mot sur le n

chlorure mercureux. LXIV, 259. — Des accidents congestifs dus à la cessation brusque des hémorrhagies habituelles chez les sujets anémiques.
Néphrite (de la—), produite par la brusque cessation de la rétention partielle d'urine existant depuis longtemps, par M. Leroy d'Etiolles. XI, 44.
Nerfs (terminaison des—), dans l'organe électrique de la torpille, par M. Kolliker. CXXXV, 559.
Netter. Observation de fièvre. CXLVI, 582.
Névralgies faciales (nouvelle méthode curative externe pour les—); rapport de M. Piorry sur un mémoire de M. Poggioli. LXXXVI, 348. — (*V.* Valérianate d'ammoniaque).
Névropathie et épilepsie traumatiques, par M. Larrey. LXXXI, 327.
Névrose (consultation par un cas de—), singulière et complexe, par M. Caviole et Moreau de Tours. XXXVII, 149. — Par M. Caviole. L. 201. — Emotive (consultation sur un cas de) par M. Cerise. LIV, 217. — Protéique (un mot sur une endémo-épidémie de—), par M. Liégey. LV, 225.
Nice (les hivers à —), par M. Lubanski. CXXX, 517. CXXXIII, 329.
Nicklès. Présence du fluor dans le sang. CXXXVIII, 551.
Nicklès. Sur la présence de la vivianite dans les ossements humains. VI, 24.
Nicod. Observation de chorée violente guérie, par l'immobilisation par l'emmaillottement. LXXVI, 308.
Nicolas. (*V.* hydropisie abdominale).
Nœuus maternus (traitement du—), par l'empâtre stibié, par M. Camming. IX, 36.
Nouat. La cautérisation répétée substituée à l'usage de la mèche dans le traitement des abcès, LVIII, 255.
Notta. Plaie profonde du poignet; hémorrhagie le 5e jour; ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie; guérison. VIII, 30. — Etudes sur l'urétrotomie. XXII, 90. XXIV, 98. XXV, 102. —Note sur le meilleur procédé de ligature des artères, avec observation de ligature de l'artère fémorale pour un anévrysme poplité. CIV, 415.
Nouveau-né (observation de respiration et de vagissements d'un—), renfermé encore dans les membranes intactes, par M. Huter. CXXIII, 491. CXXVII, 507. — (Traité pratique des maladies des—), et des enfants à la mamelle, par M. Bouchut, analysé par M. A. Latour. VIII, 34. — (Traitement anti-syphilitique chez les—). XLV, 184.

O

Oblitération de la veine-porte (influence de l'—) sur la secrétion de la bile et sur la fonction glycogénique du foie, par M. Oré. CXI, 444.
Obturation (remarques sur l'—) de l'artère pulmonaire par des caillots sanguins, par M. Klinger. XLVIII, 195.
Occlusion des yeux. (*V.* Ophthalmies).
Odontalgie (traitement de l'—) par le chloroforme dans l'oreille, par M. Simon. XXV, 104.
OEil (appareil de l'adaptation de l'—) chez les oiseaux, les principaux mammifères et l'homme, par M. C. Rouget. LXVIII, 275. — (Etude de l'—) sur le vivant, par M. Woller. LXXXI, 327.
OEsophage (note sur la ligature de l'—), par MM. H. Bouley et Reynal. XCII, 372. — (Expériences sur la ligature de l'—), par M. Jobert. XCVIII, 394. Par M. Orfila. Ibid, 395. — (Des effets de la ligature de l'—) sur les animaux de l'espèce canine, par M. Colin. XCVIII, 396. — (Faits et expériences sur la ligature de l'—), par M. Bouley. CI, 403. — (Expériences de M. Follin, sur la ligature de l'—). CIV, 415. — (Note sur la ligature de l'—), par M. Orfila. CVII, 428.
OEuf humain (poche amnio-choriale, normale dans l'—) pendant la grossesse), par M. Mattei. CI, 399.
Opération césarienne (sur l'—), par M. Metz. LXXII, 292. — (Résultat des —) faites à Helsingfors, pendant le bombardement de Sweaborg, par M. Hegfelder. LXXXI, 328.
Ophthalmies (sur un nouveau mode d'occlusion des yeux dans le traitement des — en général), par M. Bonnafont. XX, 84. — (Discussion sur le traitement des —) par l'occlusion des paupières, opinion de M. Larrey. XXIII, 90. — (Opinion de M. Bonafont, sur le traitement des —) par l'occlusion. XXIX, 119.—(Traitement des—), discussion, opinion de M. Piorry. XXIX, 119.— (Opinion de M. Velpeau sur le traitement des —). XXXII, 132. — (Opinion de M. Bouvier sur le traitement des —). XXXV, 143. — (Traitement des —), opinion de M. Bonnafont. XXXVIII, 155. — (Existence de cils anormaux dans les —) et guérison de ces maladies par l'extirpation de ces cils, par M. Meininger. CLIII, 611.
Ophthalmoscope de M. Desmarres. LIII, 216.
Opium (recherches sur l'—), par M. Reveil, rapport par M. Caventou. XCVIII, 395.
Oré. Influence de l'oblitération de la veine porte sur la sécrétion de la bile et sur la fonction glycogénique du foie. CXI, 444.
Orfila. Expériences sur la ligature de l'œsophage. XCVIII, 395. — Note sur la ligature de l'œsophage. CVII, 428.
Orfila et Rigout. Action du phosphore rouge sur l'économie animale. XXI, 88.
Organographisme par M. Piorry. XXXIII, 136.
Organe pulmonaire considéré comme premier impulseur du sang, par M. Wanner, XXI. 88.
Ossification précoce du crâne chez les microcéphales, par M. Baillarger. XCII, 372.
Otomiosie (rapport sur un procédé d'—), par M. Jobert, CXXV, 500.
Oudet. L'ivoire est-il le produit d'une sécrétion, d'une transsudation à la surface du bulbe dentaire? ou est-il le résultat d'une transformation et d'une véritable ossification de ce bulbe? XCII, 371. XCV, 385. XCVI, 387. — De l'altération des dents désignée sous le nom de carie. CXLII, 565. CXLV, 577. CLV, 618.
Oulmont. Note sur quelques cas de tumeurs intra-thoraciques offrant tous les signes de la pleurésie chronique. LXXVIII, 315. — Relation d'une épidémie d'angine couenneuse. XXIV, 100.
Owen-Rees. Moyen de rendre les urines alcalines. XCIV, 379.
Oxyure vermiculaire (traitement de l'—), par M. E. Marchand. CLI, 605.
Ozanam. De l'emploi du brome et du bromure de potassium dans le traitement des affections pseudo-membraneuses. LXXVI, 308.
Ozone atmosphérique (sources de l'—), par M. Scoutetten. LXVIII, 276. — (Influence de l'—) sur l'état sanitaire d'un pays, par M. Wolf. LXVIII, 276.
Ozonométriques (observations —) faites autour de la caserne de Saint-Cloud, par M. Berigny. LXXV, 304.

P

Pain de munition. (causes de la coloration du —) fabriqué à la manutention de Paris, du 7 au 8 avril 1856, par Poggiale, LXXXIII, 356.
Pana. Cas de péritonite spontanée chez l'homme. XXVIII, 415.
Pancréatique (second conduit —) chez le bœuf, s'ouvrant dans le canal cholédoque, par M. Poinsot. CX, 440.
Paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, par M. Duchenne, de Boulogne, XVI, 65.— Faciale (de la —). Traitement par la strychnine; de l'action des strychnées; du curare dans le tétanos, par M. Thibeaud. CLIV, 614. CLV, 617. — Générale (des formes de la —) et de ses conditions anatomiques. Rapport de M. Bricheteau sur un mémoire de M. S. Pinel. LXXXVI, 347. — De la sensibilité et de la contractilité des extrémités inférieures, accouchement sans la moindre douleur, par M. Hohl. XLV, 184. — (Discussion sur le traitement des —) par les eaux minérales, à la société d'hydrologie. XIII, 52. XIX, 80. XXV, 104. XXXI, 127. XXXVII, 152.
Paraphimosis (procédé opératoire qui simplifie les cas graves de —), par M. Malgaigne. LIV, 220.
Parchappe (Max.). Du siége commun de l'intelligence, de la volonté et de la sensibilité chez l'homme. I, 1. — Discours dans la discussion sur le vitalisme et l'organisme. III, 10. — Du siége commun, etc. VII, 25. X, 38. XVI, 61. XIX, 77. XXV, 101. XXXI, 125. XXVIII, 115. XLII, 170. XLIX, 178. — De l'analyse quantitative des principes constituants du sang. LIII, 213. LIX, 237. LX, 242. LXII, 249. LXVII, 270, LXX, 282.
Parrot (Jules). Considérations sur le zona. XXVII, 109. XXIX, 117. XXX, 124.
Passavant. De la trachéotomie dans le croup. LIV, 219.
Pathologie générale comparée des animaux domestiques (analyse du traité de —, de M. O. Delafond), par M. A. Latour. XIV, 54. — Médicale (éléments de —), par M. Bayle, analysés par M. A. Latour. XVII, 72.
Patissier. Rapport sur l'étude médicale des exhalations respiratoires d'eau minérale, par M. Sales-Girons. CX, 440.
Paupert. Du traitement des kystes volumineux de l'ovaire par les ponctions répétées, préparatoires aux injections iodées, d'après la méthode de M. Demarquay. CXXVI, 461.
Pencock. Du diagnostic des maladies congénitales du cœur. X, 40. — Des causes de la maladie bleue. XI, 44. — Des chances de viabilité d'un enfant atteint de maladie congénitale du cœur. XI, 44.
Peau. L'eau et les substances dissoutes sont-elles absorbées par la peau, par M. Poulet. XXXIII, 136. — Des causes de la coloration de la — et des différences dans les formes du crâne au point de vue de l'unité du genre humain, par M. Muller. CXLV, 577.
Pile. Applications chirurgicales des phénomènes thermiques de la —, par M. Regnauld. XXVI, 106.
Piogey. Contractures par épuisement nerveux. XL, 164.— Cas de petite-vérole, soutenus après et pendant la petite-vérole. XC, 363.
Piorry. Opinion de M. — sur le traitement des ophthalmies par l'occlusion. XXIX, 119. — Organographisme. XXXIII, 136. — Des hernies. LXVIII, 274. — Rapport sur un mémoire de M. Poggioli sur une nouvelle méthode curative externe pour les névralgies faciales. LXXVI, 348.—Rapport sur un lait artificiel avec du bouillon proposé par MM. Gaudin et Choumara. CI, 404.—(Opinion de M.— sur le traitement des kystes de l'ovaire. CXXXI, 522.
Pityriasis pilaris (note sur le —), par M. Devergie. LI, 207.
Placenta (de la dégénérescence dite graisseuse du —), par M. J. Corvan. VIII, 32. — Implantation centrale du — sur le col; conduite à tenir dans ces cas, par M. Cahen. XXII, 91. — De la conduite à tenir dans le cas d'insertion centrale du — sur le col utérin, par M. Bonnet, de Poitiers. CXLVIII. 591.
Plaie grave des organes génitaux (éclat d'obus ayant déterminé une —), par M. Larrey. XVI, 63. — Profonde du poignet; hémorrhagie le cinquième jour; ligature des deux bouts de l'artère dans la plaie; guérison par M. Notta. VIII. 30. — (Du traitement des grandes —, surtout d'amputation par le bain tiède continu, par M. Langenbeck. XI, 41. XII, 47. — Par morsure de cheval (des) au point de vue médico-légal, par M. Saucerotte. XXII, 91.
Plantes employées par les Indiens (note sur quelques). LXXXI, 328.
Plaques de Peyer (altération des — et des follicules isolés chez les enfants en bas-âge), par M. Hervieux. CXXXVI, 543.
Pleurésie. Nouvelles données sur le diagnostic de la — et les indications de la thoracentèse, par M. Landouzy. CXIV, 456.
Plouviez. Moyen d'empêcher sûrement l'écoulement de l'urine dans l'incontinence chez l'homme (rapport de M. Plouviez). XLIII, 176. — Fissure anale occasionnant des accidents sérieux et guérie par un traitement fort simple. CLV, 619.
Pneumonie catarrhale double et successive, suivie d'une pleurésie diaphragmatique après laquelle engorgement sous-maxillaire, qui a amené la mort, par M. J. L. Mercier. LXVI, 268. — Avec délire et épistaxis, traitée sans succès par la saignée et l'émétique jusqu'au sixième jour, guérie rapidement sous l'influence de la vératrine, par M. Bouyer. XCIV, 379. — Latentes (des) par M. Trèves. CXXVII, 508.
Poche amnio-choriale (existence fréquente d'une — jusqu'à une époque avancée de la grossesse), par M. Mattei. CVIII, 432.
Poggiale. Action des alcalis sur le sucre dans l'économie animale. XIV. 55. — Cause de la coloration du pain de munition fabriqué à la manutention de Paris du 7 au 8 avril 1856. — Recherches sur la composition chimique et les équivalents nutritifs des aliments de l'homme. XCVIII, 395. — Action des alcalis sur le sucre dans l'économie. CIV, 414.
Poinsot. Démonstration d'un second conduit pancréatique chez le bœuf, s'ouvrant dans le canal cholédoque. CX. 440.
Poiseuille. Recherches sur la respiration. II, 8.
Poisson. Accidents observés sous les tropiques, par suite de l'ingestion du —, par M. Guillon. XXVIII, 116.
Polype volumineux intra-utérin; issue spontanée dans le vagin; ligature partielle; chute totale, par M. Ripoll. CV, 418.
Porta. De la gangrène, suite d'artérite. CLIX. 615.
Poterin du Motel. Tumeur développée entre le côté gauche de la protubérance et l'hémisphère correspondant du cervelet. CXXVIII, 512.
Poudre corroborante (formule d'une —). XXV, 104.
Poulet. L'eau et les substances dissoutes sont-elles absorbées par la peau. XXXIII, 136.
Privilége des médecins (du) en cas de dernière maladie, par M. Boulland. CXLIV, 574.
Protéine ferrée (de la — et de son emploi). par M. Legendre. XC, 363.
Proto-sulfate de fer (emploi du — en pommade dans le traitement des maladies de la peau. VII, 27.
Prurigo (*V.* Glycérine).
Puerpéralité (remarques sur quelques maladies consécutives à la —), par M. Mikschik. CXXX, 519.
Pury (de). Evaluation directe des globules sanguins et des globules blancs, dans un cas de leucémie, dans la fièvre intermittente et dans quelques autres maladies. XLVII, 189.
Pyohémie spontanée et abcès multiples; pas de cause appréciable. CXXXI, 524.

Q

Quadri. Considérations sur l'iritis et son traitement. CIV, 416.
Quevenne. (*V.* Ferrugineux).
Quinine. Recherche de la — dans la sueur, par M. Regnault. LXXVII, 312.
Quinquina (sur la culture du —). CLV, 620.

R

Rage (cas de — par morsures d'un chat), par M. Sabatier. XXVIII, 115. — (de), par M. Latour. LXIV, 257. — Des mesures à prendre pour diminuer, autant que possible, les cas de —, par M. B. Alies. LXXVII, 349. LXXXIX, 387.
Ramollissement gélatineux de l'estomac chez les petits enfants (études sur le —), par M. Kuttner. CXI, 444. — Par M. Bourgeois. CXIV, 455.
Rate (observations d'hypertrophie de la — avec symptômes de la leucocythémie, sans exagération du nombre des globules blancs du sang), par M. Woillez. CXLV, 575.
Regnauld. Applications chirurgicales des phénomènes thermiques de la pile XXVI, 106. — Recherche de la quinine dans la sueur. LXXVII, 312.
Remak. Action physiologique et thérapeutique du courant galvanique constant sur les nerfs et les muscles de l'homme. CXX, 480.
Renault. Du typhus contagieux de l'espèce bovine. XX, 84. XXIII, 95.
Requin (éloge de M. le professeur —), par M. Natalis Guillot. CXXXIX. 554.
Résection d'une partie du nerf lingual, par M. Roser. LV, 224.
Respiration (recherches sur la —), par M. Poiseuille, II, 8. — (Application du compteur à gaz à la mesure de la —), par M. Bonnet de Lyon. CXIV, 455. — (Sur les nouvelles salles de — instituées à Pierrefonds, pour le traitement des maladies de poitrine), par M. Sales-Girons, CLII, 612
Respiratoires (affections des organes —), par M. Dupuy. CXVIII, 471.
Résonnance tympanique sous-claviculaire (signification de la —) par M. Legroux. LXI, 248.
Responsabilité médicale (consultation sur un cas de —), par M. A. Latour. XCI, 365. — (Addition à la consultation sur un cas de—), par M. A. Latour. XCII, 369.
Rétrécissement de l'œsophage (observations de —), à la fois spasmodique et organique, par M. Ch. Bernard, XVIII, 75.—De l'orifice iléo-cæcal, par M. Bourdon, LVII, 229. — du canal de l'urètre. Traitement par la dilatation. Chute d'une bougie dans la vessie, extraction, guérison, par M. Ripoll. XCI, 368. — Extrême du vagin sans obstacles à l'accouchement, par M. Dufour. XC, 364.
Revue clinique, par M. Gauchet. *Passim.*
Reybard. Traitement palliatif des fistules vésico-vaginales. LXXIX, 319.
Rhinoplastie (nouveau procédé de —), par M. Sédillot. XCIII, 375.
Rhubarbe (des principes de la —), par M. Schroff. LXXXIII, 356.
Rhumatisme articulaire aigu (de l'emploi du tartre stibié et du sulfate de quinine dans le—), par M. F. Barbeau. CVII, 425. CX, 437. — (Cas de). Traité avec succès par le bicarbonate de potasse. CXLVI, 584.
Richard-Maisonneuve. (*V.* Bouvier).
Richelot. (*V.* accouchement anormal).
Richter. Glycérine iodée contre plusieurs maladies de la peau. LXXXVII, 352.
Ricord (M.). à Bordeaux. CXXI, 481.
Righini. Fait nouveau, relatif au phénomène de la glycogénie. LXXIX, 319.
Rilliet. Le choléra à Genève pendant les mois de septembre et octobre 1856. XXXVI, 145. XXXVII, 151. XXXIX, 157. — Note sur l'influence de la consanguinité dans les produits du mariage. LXIII, 252. LIX, 240.
Ripoll. Polype volumineux intra-utérin; issue spontanée dans le vagin, ligature partielle, chute totale. CV, 418. — Rétrécissements du canal de l'urètre, traitement par la dilatation, chute d'une bougie dans la vessie, extraction, guérison. XCI, 368.
Ritgen. Méthode de préservation des ruptures du périnée pendant l'accouchement. XLI, 166.
Rubert. Observation de photophobie dépendant d'une rétinite chronique. XVII. 70. — Rapport sur une opération d'ans contre nature, par M. Leprestre. LXXXIX. 359. — Opinion de M. — sur le traitement des kystes de l'ovaire. CXXXVII, 547.
Robin. Altération des vaisseaux capillaires cause de leur rupture dans les apoplexies. LIX, 240.
Robiquet. De l'aloétine, principe cristallisable du suc d'aloès. XXVI, 106. — Nouveau saccharimètre pour doser l'urine des diabétiques. XXXII, 131. — Note sur l'application de la gutta-percha à la préparation des caustiques à base de potasse et de chlorure de zinc. LVI, 228. — Note sur la codéine. CXXXI, 524. — Réponse à la réclamation de M. Berthé sur la codéine. CXXXVIII, 552.
Rochard (F.). Du traitement des fièvres intermittentes rebelles. X, 40.
Rochard (Jules). De la non-identité de la colique de plomb et de la colique sèche des pays chauds. IV, 13. X, 17.
Roche. Sur la nature de l'empoisonnement par la vapeur d'essence de térébentine, XXXV, 145. — Douzième et dernière lettre sur le choléra. CXVII, 465. — Choléra. CXX, 477. CXXIII, 489. CXXVI, 504. CXXVII, 505.
Roger (Henry). Discours prononcé sur la tombe de M. Martin-Solon. VIII, 32.
Romans (sur les — envisagés au point de vue médical), par M. Delanda. (Rapport par M. Collineau). XI, 44.
Roser. Résection d'une partie du nerf lingual. LV, 224.
Rostan. Broncho-pneumonie, suivie de phthisie aiguë et d'emphysème sous-cutané du côté gauche du thorax. LXXIII, 294.
Rouhier. Tromhus du vagin après l'accouchement. CXXV, 498.
Rotureau. Observation du furoncle mortel. XVI, 66.
Rouault. Des effets de la belladone sur l'économie et en particulier sur l'appareil de la vision. CXVII, 467. — Belladone. CXIX, 473.
Rougeole (épidémie de — observée à Leith), par M. J. Brown. XXXVI, 146 — anormale, broncho-pneumonie grave récidivant deux fois, gangrène double de la bronche, par M. E. Barthez. XCIV, 377.
Rouget. Apparition des fièvres intermittentes dans les localités qui en étaient habituellement exemptes. XXV, 104. — éléments des tissus contractiles. CLVI, 624.
Rouget (Ch.). Appareil de l'adaptation de l'œil chez les oiseaux, les principaux mammifères et l'homme. LXVIII. 275.
Rouhier (Ch.). Examen des ex-voto découverts dans le département de la Côte-d'Or, aux sources de la Seine, de la Dwi et de la Cave. LVI, 225. LVIII, 253.
Roux (éloge de M. — par M. Dubois d'Amiens). CLII, 606.
Roux (J.). Injections iodées dans deux kystes congéniaux du cou. CIV, 416.
Rouxeau. De la curabilité de la méningite granuleuse. XXXIV, 138.
Royer. Fracture du bassin, déchirure du canal de l'urètre, infiltration de l'urine gagnant la cuisse et allant jusqu'à la partie interne du genou, mort. XX, 83.
Rufz. Anévrysme de l'artère dentaire inférieure. CIV, 416. — Lettre sur le traitement de la phthisie pulmonaire. CXII, 445.
Rul-Ogez. Ulcères syphilitiques de la gorge et du larynx, trachéotomie, traitement du docteur Ebert. XXV, 103.
Ruspini. Gélatinisation du chloroforme, LXI, 247.

S

Sabatier. Cas de rage par morsure d'un chat. XXVIII, 115.
Saccharimètre (nouveau—), pour doser l'urine des diabétiques, par M. Robiquet. XXXII 131.
Saccharure iodée. Nouvelle préparation d'iode dans le traitement de la syphilis, par M. Fantonetti. LXVII, 272.
Sales-Girons. Sur les nouvelles salles de respiration instituées à Pierrefonds, pour le traitement des maladies de poitrine. CLIII, 612.
Salathé. (*V.* Spasme essentiel de la glotte).
Salmon et Maunoury. Etudes sur les amputations faites au moyen des caustiques dans certains accidents consécutifs aux lésions traumatiques des membres. CXI, 441. CXII, 446. CXIX, 474. CXXII, 487.
Salvandy (mort de M. de—), par M. A. Latour. CLIII, 612.

Sanderet. De l'avenir de la médecine. LV, 221. — Lettre à M. A. Latour. CI, 401.
Sandras (mort de M. le Dr—). LI, 208. — (Obsèques de M.—). LII, 212.
Sang (de l'analyse quantitative des principes constituants du—), par M. Parchappe. LIII, 215. LIX, 237. LX, 242. LXVII, 270. LXX, 282. — (Signe général des altérations du—) dans les maladies et signes particuliers pour chacune de ces altérations, par M. Bayle, rapport par M. Piorry. LVI, 228. — (examen du—) des scorbutiques, par M. Mandl. LXXXI, 327. — Menstruel (déviation du—), hémorrhagie par les orteils, par M. Semple. CXXXI, 524. — Veineux (action de diverses infusions végétales sur le—), fraîchement sorti de la veine, par M. Le Clerc. XXXIII, 156.
Saucerotte. Des plaies par morsure de cheval au point de vue médico-légal. XXII, 91.
Scanzoni. De l'emploi du chloroforme dans la pratique obstétricale. LXXXI, 328. — Accouchement prématuré artificiel provoqué par des fumigations d'acide carbonique. XCVII, 590.
Schnepf. Application de l'auscultation au diagnostic des affections de l'organe de l'ouïe. CXXXII, 528. — Nouveau spiromètre. CL, 590.
Schroff. Expérience sur l'action de la cantharidine, comparée à celle des cantharides. LXXXI, 325. — Des principes actifs de la rhubarbe. LXXXIII, 356. — Dans un empoisonnement par les cantharides et la cantharidine, doit-on administrer des corps gras. XCV, 584. — Expériences sur les différentes préparations de la ciguë. CXVI, 462. CXX, 483.
Schuchardt. Recherches sur l'empoisonnement aigu par le phosphore. CLVI, 625.
Sciatique rebelle (traitement de la—) par les pois à cautère médicamenteux, par M. Trousseau. C, 399.
Sclérème de la peau (deux cas de—), par M. Fiedler. VIII, 32. — Des nouveau-nés (traitement du—), par le massage et l'excitation musculaire, par M. Hervieux. LI, 208.
Scorbut (prophylaxie et thérapeutique du—), par l'emploi du jus de citron, par M. Gallerand. XLIX, 199. — (Du jus de citron comme moyen prophylactique et curatif du—), par M. Perrin. LII, 210.
Scoutetten. Source de l'ozone atmosphérique. LXVIII, 276.
Section mousse (de la—), par M. Heurteloup. LXXXI, 525.
Sédillot. Observation de mutité et d'aphonie complètes, datant de 42 années, rapidement guéries par l'application de l'électricité d'induction. VI, 24. — Cheiloplastie par transport du bord libre de la lèvre saine sur la lèvre restaurée. XXI, 88. — Nouveau procédé de cheiloplastie. L, 203. — De l'application de l'autoplastie au traitement des cicatrices vicieuses. LXV, 262. — Nouveau procédé de rhinoplastie. XCIII, 375.
Ségalas. Rapport sur des observations de deux cas de taille par le procédé bilatéral de Dupuytren, modifié en raison des circonstances exceptionnelles qui ont été découvertes sous le couteau, par M. Caratheodory. XXIX, 118.
Seigle ergoté (le—) et le borax, leurs indications spéciales, par M. Spengler. XII, 48. — (Conditions favorables et défavorables à l'administration du—), par M. Dubreuilh. LXVII, 272.
Seitz. Expériences sur l'action de plusieurs substances contre la fièvre intermittente. XIX, 79.
Sel marin (action du—) et de la saumure sur l'économie, par M. Goubaux. XCIII, 376.
Semple. Déviation du sang menstruel ; hémorrhagie par les orteils. CXXXI, 524.
Sénard. Résultats d'une enquête sur l'emploi de l'inoculation du venin d'une vipère, comme moyen préventif de la fièvre jaune. VII, 26. — Note sur l'hydrocotyle asiatique, observation d'un cas mortel de lèpre tuberculeuse. XLIII, 175.
Sère. De l'emploi de la glycérine dans le traitement du prurigo. XLIII, 175.
Serre fine. (*V.* fistules vésico-vaginales).
Serrés. Embryogénie comparée. LXXII, 291. — Etiologie de la duplicité monstrueuse. LXXV, 304.
Service de santé militaire (décret concernant un concours pour l'admission aux emplois d'élève du—). LXXX, 524.
Séton (du—) dans les maladies des yeux, par M. Guépin. LXXIII, 295. — Filiforme (emploi du—), dans le traitement des collections purulentes en général, et en particulier du bubon syphilitique, par M. Bonnafont. CLIII, 611.
Seutin, (Méthode de M.—), dans les hernies. LXI, 240.
Sigmond. De la durée de l'incubation de la syphilis secondaire. CVI, 423.
Silicate et benzoate de soude unis aux préparations d'aconit et de colchique dans le traitement de la goutte, de la gravelle, du rhumatisme chronique et goutteux, par MM. Socquet et Boujean. CIX, 435.
Simon. Traitement de l'odontalgie par le chloroforme dans l'oreille. XXV, 104. — Réclamation relativement à l'emploi du chloroforme introduit dans l'oreille pour guérir l'odontalgie. XLIII, 175.
Simpson. Gaz acide carbonique comme anesthésique local dans les maladies utérines. CXXXVI, 549.
Sinapisan (G.). Observation d'une ulcération très vaste de la plante du pied, d'une nature suspecte, guérie par l'iodure de potassium. CV, 418.
Singer. Luxation en dehors, congénitale et complète des deux rotules. CXXXVIII, 551
Sirop boraté. LXVII, 272. — Calmant (formule d'un—). XXV, 104.
Société d'hydrologie médicale de Paris (compte-rendu des séances de la—). *Passim*. De la Société médicale des hôpitaux ; de la Société médicale d'émulation ; de la Société médico-pratique ; de la Société médico-chirurgicale de Paris ; des Sociétés médicales des 1er, 2e et 10e arrondissement.— Médicale des hôpitaux (prix proposés par la—) pour 1858. LXXIII, 296. — De secours mutuels (les—), et les médecins, par M. A. Latour. CXVII, 465.
Socquet et Boujean. Emploi du silicate et du benzoate de soude, unis aux préparations d'aconit et de colchique dans le traitement de la goutte, de la gravelle, du rhumatisme chronique et goutteux. CIX, 435.
Son tympanique ou tympanitique thoracique (du—) dans les maladies, par M. Woillez. LXXVII, 551.
Spaeth. Accouchement prématuré artificiel, provoqué d'après la méthode du professeur Scanzoni. XCV, 584.
Spasme essentiel de la glotte (recherches sur le—) chez les enfants, par M. Salathé, rapport par M. Blache. XXIV, 99.
Spengler. Le seigle ergoté et le borax ; leurs indications spéciales. XII, 48.
Spermatorrhée (lupulin dans la—), par M. Pescheck. CL, 600.
Spinacée (quand un membre est atteint de—), faut-il toujours l'amputer, par M. Bardinet. XXXIV, 159. — Par M. Bertet. XLIX, 198. — Des extrémités (de l'amputation dans le—), par M. H. Musset. LXV, 265.
Spiromètre (nouveau—), par M. J. Guyet. XCIII, 376. — par M. Schnepf. CL, 599.
Stoltz. Développement incomplet de l'une des moitiés de l'utérus. CXX, 480.
Stomatite hydrargyrique. (*V.* chlorate de potasse). — Mercurielle. (*V.* chlorate de potasse). LXI, 247.
Strabisme (sur le—), par M. Castorani. XCVI, 388.
Strychnine (action de la—), sur la moelle épinière, par M. Harley. CXI, 444.
Stute. Observation d'absence totale du cordon ombilical, avec insertion du placenta sur le col. CXVIII, 472.
Succédané de la quinine, par M. Gamberini. VIII, 32.
Sucre (de la non formation du—), dans le tube digestif des animaux nourris exclusivement à la viande, par M. A. Chauveau. CXIV, 476.— (De la formation du—) dans l'intestin et de son absorption par les chylifères, par M. Colin. XLI, 168.
Sulfure de carbone (accidents que développe chez les ouvriers en caoutchouc l'inhalation du— en vapeur, par M. A. Delpech. LXVI, 265.
Suicide (du—), et de la folie suicide, par M. Brierre de Boismont, analyse par M. A. Latour. XXIV, 97. — De l'influence de l'instruction sur la production du—), par M. Lisle. L, 203. LII, 211.
Sulfate acide de quinine (du—), comme véritable et seul antidote des accidents résultant des fièvres paludéennes de longue durée, par M. Bertet. IV, 15.
Superfétation (cas de—), utérus double, par M. F. Barker. XL, 165.
Supplicium neuricum (lettre de M. le Docteur Cerise sur l'une des formes de la douleur nerveuse, ici désignée sous le nom de—), par M. Dumont de Monteux. VIII, 29. XI, 41.
Surdi-mutité congénitale (étiologie de la—), par M. Menière. LIII, 210. — (Observation sur un cas de—), consécutive à l'explosion d'une bombe sous Sébastopol, par M. Bonnafont. CLVI, 622.
Syncope sénile (de la—), par M. Higginbottom. LXXXVIII, 354.
Syphilis secondaire (de la durée de l'incubation de la—), par M. Sigmund, CVI, 423. — (*V.* saccharure iodée.
Systèmes musculaire et nerveux (propriétés des—), par M. Cl. Bernard. CXXXVIII, 551.

T

Tardieu. Du charlatanisme médical qualifié et puni comme délit d'escroquerie. XLVIII, 193. XLIX, 197. LI, 203.
Tartivel. Cours d'histoire de la médecine, par M. Andral. II, 5. XXII, 89. XLIII, 173. XLVI, 185. LIX, 237. LXII, 249. LXXX, 321. LXIV, 257. LXXXIII, 333. LXXVII, 309. XCII, 369. CVII, 425. CX, 437. CXIII, 449. CXVI, 461. CXXIX, 513. CXLIII, 569. CXLVI, 581. CXLIX, 593. CLIV, 613.
Tavignot. Cure radicale de la tumeur et de la fistule lacrymale. CXXIX, 516.
Teinture d'iode (des effets de la —) appliquée localement sur les muqueuses et sur les séreuses, au point de vue de la douleur, par M. Boinet. LXXII, 290.
Température animale (recherches expérimentales sur la —), par M. Cl. Bernard. CVIII, 451. CXVII, 468. — (Modifications imprimées à la —) par quelques maladies chirurgicales, par M. Demarquay. CXXIII, 492.
Tendons (sensibilité des —), par M. Flourens. CXXIII, 492.
Tératologiques (deux nouveaux genres —) tichiomèle et agnatocéphale, par M. Joly. CXVIII, 116.
Térébenthine (action des vapeurs d'essence de — inspirées), par M. Letellier. XXI, 88. — (Mémoire sur l'empoisonnement par la vapeur d'essence de —), par M. Marchal de Calvi. XXXII, 450. XXXIII, 453. XXXIV, 157. XXV, 141. — (Sur la nature de l'empoisonnement par la vapeur d'essence de —), par M. Roche. XXVI, 145. — Par M. Marchal de Calvi. XLV, 181. — Par M. Bontigey (d'Evreux). XLVII, 192.
Tessereau. *V.* Hygiène.
Testicule (traité pratique des maladies de—), du cordon spermatique et du scrotum, par M. Curling, traduit par M. Gosselin (analyse par M. Béraud. CXLII, 567. CXLVII, 586.
Tétanos traumatique (deux cas de guérison de —), par M. Ch. Cowdel. XVI, 65.
Thibeaud. De la paralysie faciale ; traitement par la strychnine ; de l'action des strychnées, du curare dans le tétanos. CLIV, 614.
Tholozan. Recherches sur les maladies de l'armée d'Orient, pendant l'hiver de 1854 à 1855, CXIX, 475.
Thoracentèse (observation de —), par M. Barth. LIV, 220. — (Deux faits de —) pratiquée pour des épanchements pleurétiques aigus très abondants, et suivie de succès, par M. Gauchet. CXLVII, 585. CLXVIII, 590.
Tilleux. Mélancolie, suicide héréditaire, suivie de paralysie générale, mort ; tumeur implantée dans l'hemisphère gauche du cerveau. CLVII, 626.
Tissu cicatriciel (propriétés du —) et application de l'autoplastie aux brides, par M. Jobert de Lamballe. XXXVI, 146.
Touarks (tribu des —), par M. Serres. XXI, 87.
Toux convulsive guérie par les affusions froides. CLVI. 624.
Toxicologie (traité de —), par M. Galtier (analyse par M. A. Latour). LXVI, 268.
Trachéotomie (de la —) dans le croup, par M. Passavant. LIV, 219. — (Du danger de l'introduction du sang dans les voies aériennes ; de la forme à donner aux canules), par M. Hillairet. CXLVIII, 592.
Traumatisme (de l'emploi de la chaleur au traitement du — de l'alcool dans les phlegmasies), par M. J. Guyot. XXV, 101.
Transmissions des bruits respiratoires à travers les épanchements pleurétiques, par M. Legroux. CXVIII, 471.
Traxel. Observation d'hypospadias considérable, fécondation. CIII, 412.
Trèves. Des pneumonies latentes. CXXVII, 508.
Trousseau. Inutilité d'un traitement actif dans l'hémorrhagie cérébrale. LXXIII, 295. — Des pertes séminales et de leur rapport avec l'impuissance et quelques autres affections. LXXIX. 317. LXXXV, 342. — Forme particulière de la gastrite chronique, comparée à l'ulcère simple et au cancer de l'estomac. LXXXVIII, 353. XCIII, 374. C, 398. CV, 417.—Traitement de la sciatique rebelle par les pois à cautère médicamenteux. C, 397. — Maladie d'Addisson ou maladie bronzée. XCV, 381. XCVII, 389. — Communication sur la maladie bronzée ou maladie d'Addisson. CIV, 415. — Bronchite capillaire, péricardite avec épanchement très abondant, opération, mort, autopsie. CXXI, 482. — Opinion de M. —) sur le traitement des kystes de l'ovaire. CXXVIII, 511.
Tube digestif (note sur un point de l'anatomie pathologique du —), par M. Menière. LXXIV, 309.
Tueffard. Ulcération syphilitique des orteils. CXXXII, 527.
Tumeur développée entre le côté gauche de la protubérance et l'hémisphère correspondant du cervelet, par M. Poterin du Motet. CXXVIII, 512. — Cancéreuses (recherches anatomo-pathologiques sur la structure des —), par M. Ollier. Analyse par M. Cerise. XCIII, 375. — Fibreuses interstitielles de l'utérus (nécessité de respecter les —), par M. Nélaton. XCIV, 379. — Intra et extra-thoraciques prises pour des pleurésies, par M. Moutard-Martin. LXXVIII, 313. — Par M. Oulmont, LXXVIII, 315.
Typhiques (accidents déterminés chez six personnes d'une même famille par l'usage passager de poisson mal conservé), par M. Liégey. CLIII, 610.
Typhus. (Discussion sur le —) à la Société médicale de Constantinople. LXX, 283. LXXIX, 320. LXXII, 291. XCVII, 590. LXXXVIII, 355. CXXIV, 495. CXII, 447. — De Crimée, par M. Baudens. LXXII, 291. CIII, 414. CIX, 456. CXXX, 520. — (Note sur des cas de —), par M. Garcin. LXXXI, 327. — (Discussion sur le —), CXXXV, 540. — (Discussion sur le —), CXXXVIII, 552. — (Résumé d'un mémoire sur le —), observé au Val-de-Grâce, de janvier à mai 1856, par M. Godelier. LXXXIII, 333. LXXXIV, 337. — (Traitement du —) et de la fièvre typhoïde, par M. Dietl. CII, 407. — Contagieux de l'espèce bovine (sur le), par M. Renault. XX, 84. XXIII, 95.

U

Ulcération très vaste de la plante du pied, d'une nature suspecte, guérie par l'iodure de potassium, par M. G. Sinapian. CV, 418. — syphilitique des orteils, par M. Tueffard. CXXXII, 527. — et crevasses du mamelon chez les nourrices (moyen de traitement des —), par M. Legroux. LVII. 282.
Ulcère simple de l'estomac (sur l' —), par M. Cruveilhier. XIX, 79. XXXIII, 136.— chroniques simples de l'estomac, perforation purulente consécutive, mort, par M. Hérard. LXXXIII, 335. — phagédénique (traitement de l'— par l'irrigation et les bains chauds prolongés) par M. Cock. CXLVI, 533. — syphilitiques de la gorge et du larynx, trachéotomie, traitement du docteur Ebert, par M. Rul-Ogez. XXV, 103.
Urètère (cas confirmatif des ressources anatomiques de M. Gigon sur l'—), par M. Caillat. XXVIII, 416.
Urétérotomie (*V.* ischurie urétérique).
Urétrotomie (études sur l'—), par M. Notta. XXII, 90. XXIV, 98. XXV, 102.
Urine (recherches sur la quantité d'urée et de chlorure sodique renfermée dans l'—, dans différentes maladies, surtout dans la fièvre typhoïde et le catarrhe intestinal), par M. Moos. CLV, 618. — alcalines (moyen de rendre les urines —), par M. G. Owen Rees. XCIV, 379.
Utérus (séjour prolongé dans l' — d'enfants morts), par M. Depaul. XLV, 184. — (Développement incomplet de l'une des moitiés de l'—), par M. Stoltz. CXX, 480.

V

Vaccine (la — et ses accusateurs), par M. Bertillon, II, 5. IV, 13. IX, 35. XIV, 53. — (Encore un mot sur la —), par M. Drubien. VII, 25. — Produite par l'inoculation des eaux aux jambes d'un cheval, par M. Leblanc. LXXI, 288.
Vaisseaux capillaires (altération des — qui est une des causes de leur rupture dans les apoplexies), par M. Robin. LIX, 240.
Valentin. Hydrophobie rabique, incubation de 18 mois. CVIII, 432.
Valérianate d'ammoniaque (traitement des névralgies par le —), par M. Déclat, LXXXII, 334.—Qu'est-ce que le — ? Question professionnelle à l'occasion de cette substance, par M. A. Latour. XCVII, 589. — (Emploi du — dans le traitement des névralgies, par M. Déclat. CV, 449. — (le). Tel qu'on le trouve dans le commerce n'est pas un médicament à composition définie, par M. Labourcur. CIX, 444. — d'atropine contre les affections convulsives, par M. Michéa. XXXI, 126.
Valérius. Traitement de l'asthme nerveux par par la fumée de datura. CXLII, 567.
Valleix (éloge de —), par M. Gallard. XXXIV, 137.
Variole (épidémie de —) développée dans trois communes de l'arrondissement de Florac dans des circonstances insolites, par M. Monteils-Puns. XII, 49. XVI, 62. — Influence de la — sur la cécité, par M. G. Dumont. XXXIV, 139.
Velpeau (opinion de M. — sur le traitement des ophthalmies. XXXII, 132. — Opinion de M. — sur le traitement des kystes de l'ovaire. CXLIII, 571. — Vidal de Cassis. LI, 205.
Venise (les hivers de —), par M. Ed. Carrière. XXVIII, 443. XXXII, 129. XXXV, 141. XXXVII, 449. XXXVIII, 453.
Ver lombric trouvé dans les voies biliaires et dans les voies aériennes, par M. Bourgeois. LXIX, 279.
Verdé de Lisle (une lettre de M. —). XXXIX, 157.
Vernois et Becquerel. Du lait chez les femmes à l'état de santé et de maladie. XVI, 67.
Verron. Empoisonnement par des pains à cacheter. LXXI, 285.
Vers cestoïdes (génération des —), LXXI, 287. — lombricoïdes (sur des — rencontrés dans les canaux biliaires), par M. Forget de Strasbourg. LXV, 261.
Vésicatoires sur le col de l'utérus (applications des —) dans le traitement des affections de cet organe, par M. Aran. C, 400.
Viabilité (des chances de — d'un enfant atteint de maladie congénitale du cœur), par M. Peacock, XI, 44.
Viande de cheval (analyse des lettres sur les substances alimentaires, et particulièrement sur la — de M. Geoffroy-Saint-Hilaire), par M. A. Latour. CXX, 477. CXXII, 485.
Vidal (de Béziers). Du chlorate de potasse dans la salivation mercurielle. LXIX, 280.
Vidal (de Cassis). Discours prononcé à ses obsèques, par M. Marchal de Calvi. XLIX, 200. — Par M. Velpeau. LI, 205.
Vidart. Influence de l'hydrothérapie sur la tolérance pour les médicaments. XIX, 78. — Réclamation sur quelques points relatifs à l'hydrothérapie. XXXVI, 148.
Vigla. Observation de coliques rapportée à la colique végétale, quoique bien évidemment de cause saturnine. IV, 13. — Fait de maladie convulsive rare. CXLII, 568.
Vitalisme et organicisme (discussion sur le—). Discours de M. Parchappe. III, 10. — Discours de M. Bousquet, III, 11. — Discours de M. Malgaigne. V. 18.
Virchow. Sur la leucémie. XIX, 78.
Vivianite (sur la présence de la — dans les ossements humains), par M. J. Nicklès, VI, 44.
Vomissements des femmes enceintes (note sur une cause peu connue des — et sur le moyen d'y remédier), par M. B. Briau, LXXXVII, 351. — de la grossesse (teinture d'iode dans les —). CLIV, 616.
Vue (rapport physiologique entre les lobes optiques et l'organe de la —), par M. Dareste. LIX, 240.
Vulpian. De quelques réactions propres à la substance des capsules surénales. CXXIII, 498.

Y

Yeux. Traité théorique et pratique des maladies des—), par M. Desmarres, analyse par A. Latour. XXXV, 142. XXXVIII, 153.

Z

Zandyc. Epidémie de fièvre puerpérale à Dunkerque. CLI, 605.
Zona (considérations sur le —), par M. J. Parrot. XXVII, 109. XXIX, 117. XXX, 121.
Zurkowski. De l'emploi des gargarismes iodés et de la teinture d'iode dans le traitement de la diphthérite. LXX, 281. — Réclamations sur M. Boinet. LXXXVI, 317.

W

Wanner. Organe pulmonaire considéré comme premier répulseur du sang. XXI, 83.
Waller. Etude de l'œil sur le vivant. LXXXI, 327.
Wilson. Sur le croup. LXXIII, 296.
Woillez. Observation d'hypertrophie de la rate avec symptômes de leucocythémie, sans exagération du nombre des globules blancs du sang. CXLIV, 578. — Du son tympanique ou tympanitique dans les maladies. LXXXVII, 321.
Wendrykowki. De l'emploi du collodion dans les fractures. CXLIII, 572.
Wolf. Nouveau moyen de fixation des corps étrangers des articulations. CXXX, 520. — Influence de l'ozone atmosphérique sur l'état sanitaire d'un pays. LXVIII, 270.

PARIS. — IMP. FÉLIX MALTESTE ET Cie, rue des Deux-Portes-St-Sauveur, 22.

